

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท



นางนุชนาถ ชัยเจริญ

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กิติ,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2552



นางนุชนาด ชัยเจริญ

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

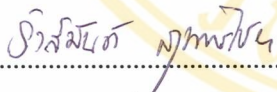
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กักดี,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



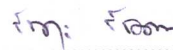
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก และ ผศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ที่ได้เอาใจใส่ ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในพระคุณ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. อรสา พันธภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ อ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้ศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนการศึกษา หลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้บังคับบัญชาทุกระดับ ในการสนับสนุนให้โอกาสในการศึกษาต่อและเพื่อนร่วมงานที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจให้ผู้ศึกษามาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ มารดา ป้า น้า พี่สาว น้องๆ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมาจนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

นุชนาถ ชัยเจริญ

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON FAMILY INTERVENTIONS FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

นุชนาถ ชัยเจริญ 4736749 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), พชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการจากฐานข้อมูลต่างๆทางอิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มุ่งงานวิจัยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 15 เรื่อง เป็น Randomized Controlled Trials (RCT) ระดับ 2 จำนวน 12 เรื่อง และเป็น Quasi-experimental research ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่อง ได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ คือ รูปแบบการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมี 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) Multiple-Family Group Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความกดดันลดลง ลดอัตราป่วยซ้ำ ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และอาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น 2) Psychoeducation Family Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติต่อโรคดีขึ้น มีการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลง อัตราป่วยซ้ำและการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ความร่วมมือในการรักษาและด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น 3) Mutual support group for Family Intervention ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น การเข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนลดลง 4) Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention ช่วยลดการป่วยซ้ำ ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และ 5) A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia ช่วยลดอัตราป่วยซ้ำและลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : การช่วยเหลือครอบครัว / ผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON FAMILY INTERVENTIONS FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

NUSCHANART CHAICHARONE 4736749 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The study aimed at analyzing and synthesizing research on family intervention for schizophrenic patients. Existing research and academic evidence were searched from electronic and manual databases. There were altogether 15 studies which met the inclusion criteria. Of these, 12 were randomized controlled trials categorized under Level 2, and three were quasi-experimental research studies categorized under Level 3. The findings revealed that there were five forms of family intervention for schizophrenic patients. First, Multiple-Family Group Intervention could reduce pressure of the family, decrease rates of relapses and re-hospitalization, and improve psychotic symptoms of patients. Second, Psychoeducation Family Intervention helped develop families' knowledge and attitudes toward schizophrenia, increased their perceived self-efficacy and social support, reduced perceived caregiving burdens, decreased rates of relapses and re-hospitalization, and increased treatment compliance and psychosocial functioning of patients. Third, Mutual Support Group for Family Intervention enhanced families' functioning and patients' psychosocial functioning while reducing frequency and duration of hospital admission. Fourth, Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention could reduce relapses and re-hospitalization, and increase functioning ability of patients. Finally, a Program for Relapse Prevention in Schizophrenia reduced relapses and re-hospitalization of patients.

The body of knowledge derived from the synthesis of research literature could be used to develop a clinical nursing practice guideline to improve quality of care for schizophrenia patients.

KEY WORDS: FAMILY INTERVENTION / SCHIZOPHRENIA PATIENTS

299 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
ประโยชน์และผลคาดว่าจะได้รับการศึกษา	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคจิตเภท	8
การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	23
ผลกระทบของโรคจิตเภท	25
การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท	29
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน	38
แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	41
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
คุณภาพของงานวิจัย	44
รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัด	45
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	72
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	91
ข้อจำกัดในการศึกษา	103

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะ	103
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล	104
ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยครั้งต่อไป	105
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	106
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	131
บรรณานุกรม	158
ภาคผนวก	167
ประวัติผู้ศึกษา	299

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
2	แสดงผลการวิเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับ Family Intervention For Schizophrenia Patients	168
3	แสดงการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ Family Intervention For Schizophrenia Patients	268

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม อารมณ์ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไปไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชาชนเป็นโรคจิตเภท ประมาณร้อยละ 1 ถึง 15 (Kaplan & Sadock, 1995) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 0.5 – 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ และพบว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2541) เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง มีอัตรากำเริบหรือป่วยซ้ำ (Relapse) สูงถึงร้อยละ 50 – 70 มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความพร้อมในหน้าที่ต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ มีโอกาส ที่จะหายเป็นปกติน้อย (ศิริเนตร สุชาติ, 2548) ต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือต้องการ การดูแลตลอดชีวิต มีการดำเนินของโรคโดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมถอยใน การทำหน้าที่ด้านต่างๆ การงาน ความสัมพันธ์กับทางสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และครอบครัวยังมีความสุข (กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547) จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนตนลดลง ไม่สามารถ รับผิดชอบตนเอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ต้องมีญาติสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกิดความเครียด (เวทีณี สุขมาก และคณะ, 2544) สูญเสียสังคม (วรกษ นิธิกุล, 2535) ขาดการพักผ่อนและขาดรายได้ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ที่ต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง 2 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่ามีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลายาวนาน ไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา ลำบากใจที่ต้อง รับประทานยาในที่ทำงาน และคิดว่าหายป่วยแล้ว (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; อุไรวรรณ เหลือง ไพโรจน์ และคณะ, 2537) มีการใช้สารเสพติด ของมึนเมา (สดโส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์

บุญเฉย, 2546) มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้แหล่งประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำไม่ดี บทพร่องการดูแลตนเอง (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) การไม่มาติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเวช เนื่องจากขาดความตระหนักต่อการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้อีก สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ, 2542) เช่นครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion) ลักษณะปฏิสัมพันธ์แบบบิดเบียน วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ไม่เป็นมิตร (hostility) (King & Dixon, 1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่า (ดวงดา อุทุมพถกษพร, 2534) สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูง (Emotional Overinvolvement) เช่น มีความห่วงใยผู้ป่วยที่มากเกินไป มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยแม้ว่าให้ความร่วมมือในการรักษาแต่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีอัตราการป่วยซ้ำได้ถึงร้อยละ 67 (King & Dixon, 1999)

นอกจากนี้จากงานวิจัยที่ผ่านมาก็ยังพบว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์กับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัวและญาติ ดังการวิจัยของวัชนี หัตถพนม และคณะ (2529) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่าญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา ญาติคิดว่าผู้ป่วยหายดีแล้วจึงไม่ต้องรับประทานยา ทำให้ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกลไส กุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2546) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าญาติส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ จากการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองคารา (2545) พบปัญหาหลังการจำหน่ายคือผู้ป่วย และญาติขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทการรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ญาติขาดความสามารถในการสังเกตอาการก่อนกำเริบ และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ช้าในขณะเกิดภาวะวิกฤต (Anderson, Reiss & Hogarty, 1996) จากการถูกผู้ป่วยอาละวาด ทำร้ายญาติหรือตนเอง ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกยุ่งยาก เครียด และความรู้สึกเป็นภาระและเบื้อหน้าต่อการดูแลผู้ป่วย การที่มีทัศนคติด้านลบของบุคคลในครอบครัว มีส่วนผลักดันทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ คิดว่าตนเองเป็นบ้า น่ากลัว ไร้ความสามารถไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ต. สกุด (2524) พบว่าญาติรู้สึกอับอาย มีปมค้อยในการยอมรับผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับ มีการล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ, 2542) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมอัตราการกลับมามีกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากปัจจัยด้านผู้ป่วยแล้วครอบครัวหรือ

ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและต้องกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาล

จากข้อมูลสถิติการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ในปีงบประมาณ 2547 – 2549 มีจำนวนเท่ากับ 7,275 ราย 6,569 ราย และ 6,581 รายตามลำดับ เมื่อศึกษาจำนวนครั้งของการมารับการรักษาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป เท่ากับ 2,751 ราย 2,493 ราย และ 2,601 ราย ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นร้อยละของการรับผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ขึ้นไป ไว้รักษาจะได้เท่ากับ ร้อยละ 53.1 ร้อยละ 55 ร้อยละ 57.5 ตามลำดับในแต่ละปี (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2549) ข้อมูลชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพมากขึ้น (จุฬาลักษณ์ ชำทอง, 2547) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเพื่อหาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอัตราการกำเริบ และสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาล

● หลักการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือสร้างความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาและประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าปัญหาสำคัญๆของผู้ป่วยจิตเภท คือ การไม่ยอมรับในการเจ็บป่วย ความไม่ร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาลสูง การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยให้การดูแลบำบัดผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวมีประสิทธิภาพสูงสุด และช่วยปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ตนเองให้ดีขึ้น จึงควรจะสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาบำบัดผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพ ดังนั้นแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจในการศึกษา โดยมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดภาระของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภาระต่างๆได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ และลดอัตราการกลับเข้ามารักษซ้ำในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ร่วมมือตามแผนการรักษา (McFarlane et al., 1995, Ran et al., 2003) จากการศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือลดการป่วยซ้ำโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้มีหลายรูปแบบ เช่น สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention) (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005;

Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) การบำบัดในรูปแบบหลายๆครอบครัว (Multiple-Family Group Intervention) (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) (Sellwood et al., 2001) การบำบัดสนับสนุนประคับประคอง (Mutual support group for Family Intervention) (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และโปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท (A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia) (Herz et al., 2000) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สามารถสนับสนุนความร่วมมือในการรับประทานยาได้ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการ ภาวะวิกฤต การช่วยเหลือครอบครัวในการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา การสื่อสาร และทักษะการจัดการความเครียด ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการดูแล (Li & Arthur, 2005) และลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆในชีวิต (Cheng & Chan, 2005) และแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นรวมทั้งการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่ดีขึ้น (Cheng & Chan, 2005) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการรักษาสูง (Xiang et al., 1994) ลดอัตราการกำเริบ (Li & Arthur, 2005; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) การมีผู้ดูแลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Razali & Yahya, 1995) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะราย และติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่พบอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท (Muela & Godoy, 2002)

รูปแบบการให้การบำบัดครอบครัวแบบ Mutual support Group for family เป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม ในเบื้องต้นเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความเข้าใจกับความต้องการทางด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วย และ เรียนรู้ในทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการกับอาการผู้ป่วย พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Chien & Chan, 2005) เพิ่มการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และจำนวนครั้งในการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ระยะเวลานอนลดลง (Chien & Chan, 2004)

สำหรับรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวแบบ Multiple-Family group Intervention โดยผู้บำบัดพบแต่ละครอบครัวในช่วงแรก เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การบำบัดทางจิต

สังคม แนวทางการช่วยเหลือญาติ ในระยะต่อมาทำการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่มเพื่อร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา ผลช่วยให้อัตราการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบลดลง (Bradley et al., 2006 ; McFarlane et al., 1995) อาการทางจิตลดลง (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) ความรู้สึกกดดันของครอบครัวลดลง (Hazel et al., 2004) เป็นภาระของครอบครัวลดลง (Bradley et al., 2006) ช่วยลดอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยในและการใช้บริการจิตเวชฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว (Dyck et al., 2002) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาสูงถึงร้อยละ 90 (McFarlane et al., 1995)

รูปแบบการป้องกันการกำเริบ (A Program for Relapse Prevention : PRP) เป็นรูปแบบการดูแลตามมาตรฐานร่วมกับ PRP คือการให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับกระบวนการกลับเป็นซ้ำ เข้าใจถึงพฤติกรรมที่เป็นอาการนำของผู้ป่วย ให้การรักษาภายใน 24 - 48 ชั่วโมงเมื่อพบอาการนำร่วมกับทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Support Group) และกลุ่มแบบหลายครอบครัว (Multiple Family Group) ซึ่งช่วยให้อัตราการกำเริบลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถค้นพบอาการนำก่อนการป่วยซ้ำได้มากขึ้น ทั้งยังช่วยให้การใช้นาเคียด้านโรคจิตลดลง (Herz et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral family intervention) มีวัตถุประสงค์การบำบัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ (Sellwood et al., 2001; Tarrier et al., 1988) ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มควบคุม (Sellwood et al., 2001)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษางานวิจัยข้างต้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบ จากการที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญ มีความจำเป็นและมีประโยชน์อย่างมากซึ่งสามารถช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้อัตราการป่วยซ้ำและการกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง ทั้งช่วยลดความรู้สึกความเป็นภาระของครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา จึงเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการดูแลช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความต้องการในการดูแลอย่างมาก เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา

ยุ่งยากซับซ้อน โดยบริหารจัดการระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีการประสานความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกัน และนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการทางการพยาบาล เพื่อหารูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความสนใจที่จะรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการดูแลและปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัวแล้วจะสามารถช่วยลดการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และรวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

● เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. องค์ประกอบที่สำคัญของแต่ละรูปแบบของการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ได้แก่ ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ลักษณะวิธีการ ระยะเวลาการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด

ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ได้องค์ความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท(Family Interventions for Schizophrenia patients)
2. เป็นข้อมูลที่สำคัญในการพยาบาลและศึกษาวิจัยต่อไป

นิยามศัพท์

การช่วยเหลือครอบครัว หมายถึง วิธีการที่ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านให้บริการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ครอบครัวสามารถมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะการดูแลและการจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด การรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจและการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต , 2550)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ของ ICD - 10 (International Classification of Disease) หรือ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision) ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ และความผิดปกติมีระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีช่วงระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน (active-phase) โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป คือ อาการหลงผิด (Delusions) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) อาการพฤติกรรมแบบวุ่นวายสับสน (grossly disorganized behavior) หรือ อาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว (catatonic behavior) (WHO, 2007)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับดังนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 การวินิจฉัย
 - 1.4 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย
 - 2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อม
3. ผลกระทบของโรคจิตเภท
 - 3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย
 - 3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว
4. การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1. โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ได้รับการกล่าวถึงมาเป็นร้อยปี เริ่มแรก เปโต นักปรัชญากรีกได้จำแนกและบันทึกความผิดปกติของพฤติกรรม คือพฤติกรรมที่ผิดปกติที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ เรียกว่า Divine Madness ซึ่งมีลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท ต่อมา Emil Kraepelin ได้เรียกพฤติกรรมผิดปกติประเภทนี้ว่า Dementia Praecox เป็นชื่อเดิมที่ใช้เรียกผู้ป่วยจิตเภทและต่อมา ค.ศ. 1911 Eugen Bleuler ได้เปลี่ยนเป็น Schizophrenia จนถึงปัจจุบันนี้ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

1.1 ความหมาย

ในปัจจุบันระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่ใช้กันแพร่หลายมี 2 ระบบหลัก คือ ระบบ International Classification of Disease –10 (ICD – 10) และระบบ Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision(DSM-IV-TR) ซึ่งได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

โรคจิตเภทตามความหมายของ International Classification of Disease –10 (ICD – 10) หมายถึงโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของด้านความคิด ด้านการรับรู้ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขว่นปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) บ้างเมื่อป่วยนาน (WHO, 2007)

โรคจิตเภทตามความหมาย DSM IV^{TR} (2000) หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติที่มีระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีช่วงระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน (active-phase) โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป คือ อาการหลงผิด (Delusions) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) อาการพฤติกรรมแบบว้าวุ่นสับสน (grossly disorganized behavior) หรืออาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว (catatonic behavior)

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พิจารณาใช้ความหมายของโรคจิตเภทจากทั้ง 2 ระบบคือ เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ และความผิดปกติมีระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีช่วงระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน (active-phase) โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป คือ อาการหลงผิด (Delusions) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) อาการพฤติกรรมแบบว้าวุ่นสับสน (grossly disorganized behavior) หรืออาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว (catatonic behavior)

1.2 สาเหตุ

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2536) และ Sadock & Sadock (2003) กล่าวถึงการเกิดโรคจิตเภทว่าไม่ได้มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมา เหมือนโรคฝ่ายกายบางโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายบอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อกันในปัจจุบันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) แบ่งออกเป็น

1.2.1.1 ด้านสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical Factors)

แนวคิดเกี่ยวกับชีวเคมีในสมอง ที่ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทเกี่ยวกับสมมุติฐานของโดปามีน (Dopamine hypothesis) ที่ยอมรับกันเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากมีการผลิต

สารสื่อประสาทโดปามีน (Dopaminergic hyperactivity) ออกมากระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองในบริเวณต่างๆของสมองโดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic receptor (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ทำให้มี Dopamine มากเกินไปที่ synapse ในสมอง มีจำนวน postsynaptic receptor มากไป หรือมี affinity ต่อ Dopamine มากเกินไป มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ Dopamine และ gamma-amino butyric acid (GABA) ซึ่งสมมุติฐานนี้ยังมีข้อสนับสนุนหลายอย่าง เช่น การใช้สารบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ เช่น amphetamine มีกลไกกระตุ้นระบบ Dopamine และยารักษาโรคจิตมีกลไกการออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Dopamine receptor เป็นส่วนใหญ่ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

ทฤษฎีใหม่มีความเชื่อว่ามีบทบาทของ Dopamine บริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี Dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติในการปล่อย Dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวกนอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง serotonin กับ Dopamine เนื่องจากยารักษาโรคจิตใหม่ (clozapine และ risperidone) มีความสัมพันธ์กับ serotonin receptor มากกว่า dopamine D₂ receptor โดยทั้ง clozapine และ risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง dopamine และ serotonin antagonist (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) และการศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้เกิด glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง จะทำให้เกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภทรวมทั้งทำให้เกิดอาการด้านลบและ cognitive dysfunction (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

ซึ่งจากการศึกษาสมมุติฐานการเกิดพยาธิสภาพทางด้านสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ของโรคจิตเภทในช่วงระยะเวลาต่างๆ มีดังนี้ ช่วง ค.ศ. 1950 – 1970 เป็นสมมุติฐานเกิดจากสารเซโรโทนิน (serotonin) โดย Lysergic acid diethylamide (LSD) กระตุ้นให้เกิดอาการเหมือนโรคจิตเภท สารเซโรโทนินเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการเห็นภาพหลอน ในช่วง ค.ศ. 1963 – 1987 เป็นสมมุติฐานเกิดจากสารโดปามีน (Dopamine) คือการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมทำให้สารโดปามีนลดลงผลคือทำให้อาการด้านบวกของโรคจิตเภทดีขึ้น และยาบ้า (amphetamine) กระตุ้นโรคจิตเภทให้เลวลง โดยยาบ้าไปปิดกั้นอวัยวะรับสัมผัส Dopamine-2 ทำให้โดปามีนเพิ่มขึ้นเกิดอาการเหมือนโรคจิตเภท และช่วง ค.ศ. 1987 – ปัจจุบัน เป็นสมมุติฐานโดปามีน – เซโรโทนิน ซึ่งยารักษาโรคจิตใหม่ ทำให้โดปามีน – เซโรโทนินอยู่ในสมดุลทำให้อาการด้านบวกและด้านลบของโรคจิตเภทดีขึ้น (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

1.2.1.2 ด้านพันธุกรรม (Genetic Factors)

ด้านพันธุกรรม จากการศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภท ประกอบด้วย การศึกษาครอบครัวของ พบว่า บิดา มารดา พี่น้องและบุตรมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า การศึกษาในบุตรบุญธรรม พบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยร้อยละ 9.1 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสป่วยร้อยละ 50 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสป่วยร้อยละ 8-12 พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง

ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติ ทาง ด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle ขยายใหญ่ โดยจะพบในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรกและในผู้ป่วยเด็ก สันนิษฐานว่าเป็นผลมาจากกระบวนการอย่างหนึ่ง ซึ่งยังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้มวลของสมองมีปริมาณน้อยลง มีความผิดปกติของ limbic system ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกของอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม โดยพบว่าขนาดของ hippocampus เล็กลงรวมทั้งมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมบริเวณนั้นด้วย ขนาดของ amygdala เล็กลงรวมทั้งมีความผิดปกติของ dopamine และมีความผิดปกติของ prefrontal cortex ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ การตรวจ CT scan พบ prefrontal atrophy รวมทั้ง glucose utilization และ blood flow ของ frontal lobe ลดน้อยลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors)

ปัจจัยทางด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนา การของ ego โดยเฉพาะช่วงปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านๆคือ ด้านภาษา (language) ด้านเชาวน์ปัญญา (intellect) ด้านการคิด(thinking) ด้านความจำ(memory) ด้านความต้องการ (will) ด้านการพิจารณาอย่างรอบคอบสมเหตุสมผล (judgment) ด้านความสนใจ (attention) ด้านการรับรู้ (perception) ด้านสมาธิหรือความตั้งใจ (intention) ความไวต่อสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ (affectivity) การตรวจสอบในสภาพที่เป็นความจริง (reality testing) โครงสร้างของวิธีการป้องกัน(the structure of defenses) ความสัมพันธ์กับบุคคล (object relation) และความสามารถในการเคลื่อนไหว (motility) ความผิดปกติต่างๆจะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือก ใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม

เช่น ถดถอย การโทษคนอื่นและการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ฝังจนกลายเป็นพยาธิสภาพไป (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socialcultural Factors)

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า โรคจิตเภทพบในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะ ประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความ เครียดมากกว่า แต่ก็มีบางคนแย้งว่าการเจ็บป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังน่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำมากกว่า (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) จากการศึกษาของบราวน์และเบอร์เลย์ (Brown & Birley cited in Townsend , 2000) พบว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วน มากจะเผชิญเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

1.2.4 ปัจจัยทางครอบครัว

ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษา พบว่าการเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับ การทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง การอบรมเลี้ยงดู โดยเฉพาะการจัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998) หรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบ ลักษณะสภาพ ครอบครัว การใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed – emotion : EE) ได้แก่การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือรู้สึกรังเกียจมากเกินไป (emotional overinvolvement) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมท สุนิษฐ์, 2548)

1.3 การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมี 2 ระบบได้แก่ การวินิจฉัยตามเกณฑ์ International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th Revision (ICD-10) และการวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ของ Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision (DSM-IV TR)

การวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ของ DSM –IV TR มีดังนี้

A. ลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการเฉพาะตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดนานมากกว่า 1 เดือน โดยมีอาการต่อไปนี้ คือ

1. Delusions (อาการหลงผิด) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงอย่างฝังแน่นไม่เปลี่ยนแปลงแม้มีเหตุผลหลักฐานมาแย้ง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) เป็นต้น

2. Hallucinations (อาการประสาทหลอน) เป็นการรับรู้ผิดปกติ โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ซึ่งเกิดได้จากประสาททั้งห้า คือ ประสาทหลอนทางหู ประสาททางตา ประสาทหลอนทางผิวหนัง ประสาทหลอนทางกลิ่น และประสาทหลอนทางการรับรส

3. Disorganized speech (ความผิดปกติของกระบวนการคิด) เช่น มี derailment หรือ การพูดขาดเหตุผล หรือความหมายที่สัมพันธ์กัน ทำให้คำพูดนั้นไม่เข้าใจ (incoherence)

4. Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior มีพฤติกรรมไม่เป็นระเบียบ หรือมีพฤติกรรมสับสนวุ่นวาย เป็นพฤติกรรมที่ใครก็เห็นชัดว่าผิดปกติ

5. Negative symptoms (อาการด้านลบ) ได้แก่อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) พูดน้อย (alogia) หรือ ขาดความกระตือรือร้นหรือตั้งใจ (avolition)

หมายเหตุ สำหรับข้อ A หากมีอาการต่อไปนี้แม้มีอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ คือกลุ่มอาการ bizarre delusion (เป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกๆ ที่เป็นไปไม่ได้เลย) หรือ voice commenting (หูแว่วเสียงพูดหรือวิจารณ์การกระทำถึงการกระทำกิจกรรมต่างของผู้ป่วย) หรือ voice discussing (หูแว่วเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย)

B. มีความเสื่อมหรือมีปัญหาในด้านสังคม (social) ด้านการงานหรือประกอบอาชีพ (occupational function) มาก เช่น ด้านการงานสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

D. ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

E. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้ยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมท สุนิษฐ์, 2548)

1.4 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

1.4.1 อาการของโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งอาการที่สำคัญของโรคจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) คือ

1. อาการทางด้านบวก (Positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิด มีความผิดปกติของการรับรู้ โดยแสดงออกของการทำงานปกติที่มากเกินไปหรือบิดเบือนไปมาก (distortion) อาการแสดงที่เด่นชัด คือ ความคิดหลงผิด (Delusion) ที่พบบ่อยคือ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย (Delusion of persecution) และหลงผิดคิดว่าคนอื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน (Delusion of reference) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งมีหลายชนิด ที่พบบ่อยมากที่สุด คือ หูแว่ว ความผิดปกติของการพูด พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว ไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์ได้ (Loose associations) และมีพฤติกรรมแสดงที่

แปลกไปจากเดิม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วุ่นวายในลักษณะต่างๆ พุ่งผ่านกระวนกระวาย อย่างรุนแรง หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเช่นผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง (Catatonic excitement) หรือไม่เคลื่อนไหวเลย (Catatonic rigidity) เป็นต้น

2. อาการทางด้านลบ (Negative symptoms) ลักษณะอาการทางด้านลบ เป็นอาการที่บกพร่อง การทำหน้าที่โดยปกติเสียไป เช่น แยกตัวเองออกจากสังคม หมกตัวอยู่แต่ในห้อง (Withdrawal) ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก มีอารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีการสบตา หรือแสดงกิริยาท่าทาง (Affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด แสดงออกโดยใช้คำพูดน้อย (Alogia) ไม่สนใจที่จะตอบคำถามความสนใจในทุกกิจกรรม ไม่สามารถริเริ่มในกิจกรรมทุกชนิด จะนั่งเฉยๆ ไม่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม (Avolition)

1.4.2 การดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

1. ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่รับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการชัดเจน มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่มีอาการคล้อยคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ Flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าโรคจิต เช่น อาการประสาทหลอน หรือหลงผิดยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวลง่าย พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

เนื่องจากโรคจิตเภทมีความรุนแรงมีการดำเนินโรคระยะเวลานาน และเรื้อรัง การดำเนินโรค โดยทั่วไปมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็น 5 แบบ คือ หายขาดโดยไม่เป็นอีก (recovery) หายโดยกลับเป็นอีก (remission with relapse) หายไม่สมบูรณ์ พอจะเข้าสู่สังคมได้ แต่มีความบกพร่องในด้านบุคลิก (social remission) เรื้อรัง มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป แต่ไม่มีอาการรุนแรง (stable chronicity) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

1.5 การรักษา (Treatment)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป ซึ่งการรักษาหลักๆมี 2 ด้านคือ การรักษาทางกาย (Physical Treatments) และการรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatments) โดยแบ่งการรักษาตามระยะความรุนแรงของโรคจิตเภท ดังนี้

1.5.1 การรักษาทางกาย (Physical Treatments)

1.5.1.1 การรักษาด้วยยา (drug treatment)

การรักษาด้วยยา (drug treatment) การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ โดยใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง จะเห็นผลหลังจากได้รับยาแล้ว 2 – 3 สัปดาห์ และยาจะมีประสิทธิผลสูงสุดภายใน 4 – 6 สัปดาห์ ควรประเมินผลระหว่างการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ เช่น ปาก คอ แห้ง ตาพร่า น้ำลายไหล กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ตาเหลือก อาการคลื่นไส้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา ทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ในปัจจุบัน ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic Drug) เป็นยารักษาหลักสำหรับโรคจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภท เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิผลดีกว่า และสะดวกกว่าการรักษาโดยวิธีอื่น นอกจากนี้ยังพบว่า ยากลุ่มนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถลดวันนอนในโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการรักษาทางจิตสังคม และป้องกันการเข้ามารักษาใหม่ในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1.5.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy / ECT.)

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาทางจิตเวชโดยการใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัด แรงดันไฟฟ้าอยู่ระหว่าง 70-130 โวลต์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ผ่านเข้าสมองในระยะจำกัด ทำให้เกิดอาการชักเกร็งทั้งตัว ยังผลให้ความผิดปกติบางชนิดลดลง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 รูปแบบ คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดั้งเดิม (unmodified ECT) คือไม่ใช้ยาและวิธีดมยาสลบ ทำในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดัดแปลง (modify ECT) โดยการใช้ยาสลบ โดยให้ยาจำพวกคลายกล้ามเนื้อช่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักที่ไม่รุนแรง (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545) ส่วนจำนวนครั้งของการทำ จะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคและความรุนแรงของอาการ จะได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเภทระยะที่มีอาการควบคุมอาการ (acute phase) หรือรุนแรง เหมาะสำหรับผู้รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อาการด้านบวกมีการตอบสนองดีกว่าอาการด้านอื่นและสามารถลดระยะเวลาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิด

หาวกระแวงลง หรือในรายที่มีอาการเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้จำนวนครั้งมากกว่าโรคอื่น จะทำประมาณ 8 – 12 ครั้ง ห่างกันประมาณ 1 – 2 วัน การรักษาด้วยไฟฟ้า อาจพบผลข้างเคียงได้ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง สับสน พบในช่วง 1 – 2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา และมีอาการหลงลืมได้ เมื่อหยุดการรักษา อาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไปใน 3 – 6 เดือน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

1.5.2 การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatments)

การบำบัดด้านจิตสังคม เนื่องจากผู้จิตเภทมีความเสื่อมทั้งทางด้านอาการการทำงานและการเข้าสังคม การบำบัดทางจิตสังคมจึงจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือในการบำบัดรักษา มีความสามารถในการเผชิญปัญหา เพิ่มทักษะการเรียนรู้ต่างๆ โดยใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ โดยเน้นการบำบัดทั้งกับตัวผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย โดยทั่วไปมักจะให้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคจิต ซึ่งประกอบด้วย จิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดกลุ่ม ครอบครัวบำบัด และ สิ่งแวดล้อมบำบัด เป็นต้น (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

จิตบำบัด (Psychotherapy) คือวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาคติความผิดปกติทางจิตโดยใช้วิธีการสื่อสารทางวาจา รวมทั้งการสื่อความหมายทางอื่น (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545) มี 2 ลักษณะคือ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย ความสามารถในการพิจารณาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ลดความรุนแรงของอาการหรือหมดไป และใช้ศักยภาพตนเองให้ได้มากที่สุด มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นกระบวนการรักษาที่ใช้สัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว มุ่งเน้นการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในปัญหาและหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง อาจแบ่งได้ตามระยะเวลา เช่น จิตบำบัดระยะสั้นๆ จิตบำบัดระยะยาว หรือ แบ่งตามแนวคิดทฤษฎี เช่นจิตบำบัดการนึกคิด พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

จิตบำบัดแบบกลุ่ม เป็นการบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลจากกลุ่ม หรือกระบวนการที่เกิดจากกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ปรับความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง เพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาทักษะทางสังคม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / Behavior therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวช ที่นำหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ มาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การแยกตนเอง กลัวสังคม ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยยึดหลักการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) วิธีการบำบัด ได้แก่ การเสริมแรง การฝึกการกล้าแสดงออก การให้เข้าเผชิญกับสิ่งที่กลัว การเรียนรู้จากตัวแบบทางสังคม พฤติกรรมที่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมจะเป็นตัวกำหนดความคิด หรือทัศนคติ ในขณะที่ Cognitive Therapy จะพิจารณาว่าปัญหา หรือความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความคิด หรือ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง การบำบัดจึงเน้นที่การสร้าง ความเข้าใจและเปลี่ยนวิธีคิด วิธีมองโลกใหม่นั้นคือความคิดจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

การบำบัดครอบครัว (Family Therapy) การบำบัดครอบครัว เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้มีลักษณะสร้างสรรค์ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้พูดระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไข ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเป้าหมายของการบำบัดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ปรับปรุงพัฒนาระบบการทำงานของครอบครัวให้ดีขึ้น (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545)

การช่วยเหลือครอบครัว (Family Interventions) การบำบัดเพื่อช่วยเหลือครอบครัวมีหลายรูปแบบ เช่น Family Psychoeducation , Family consultation , Family support เป็นต้น มีทั้งการบำบัดแบบรายครอบครัว หรือกลุ่มครอบครัว เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา การจัดการกับอาการ และเพิ่มทักษะต่างๆให้ครอบครัว เช่น ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด เป็นต้น เพื่อสนับสนุนครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (MacFarlane et al., 1995) ลดจำนวนความถี่ของอาการกำเริบ (Muela & Godoy, 2002; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) ลดการกลับเข้ามารักษาย้ำในโรงพยาบาล (ชีระลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) และยังช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย(Cheng & Chan, 2005; Solomon, 2000)

การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy) เป็นการบำบัดโดยใช้สิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง (สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545)

1.5.3 การแบ่งการรักษาตามระยะความรุนแรงของโรคจิตเภท

ระยะความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (Stable phase) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548) การรักษาซึ่งที่กล่าวมาข้างต้นมีความสอดคล้องกับระยะของความรุนแรงของอาการของโรคจิตเภทดังนี้

1.5.3.1 ระยะอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นอย่างเฉียบพลัน รุนแรง มีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน เป้าหมายสำคัญที่สุดของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงของอาการทางจิต อาการด้านบวก เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด หรืออาการด้านลบ เช่น พุดน้อย แยกตัว เบื่อหน่าย ท้อแท้

การรักษาด้วยยา ใน Acute phase เป้าหมายของการรักษาเพื่อควบคุมให้อาการสงบโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่วินาทีแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedative effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษานั้นต้องใช้เวลานานเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรคจิตไม่ดีขึ้นพิจารณาเพิ่มขนาดยา

การรักษาด้วยไฟฟ้า ในระยะนี้มักใช้ร่วมกับยาด้านโรคจิต ส่วนใหญ่รักษาในผู้ป่วยจิตเภท ที่อยู่ในระยะอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน (Acute phase) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง วุ่นวาย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง , catatonic type หรือกลุ่มที่ต้านการรักษาด้วยยา (Treatment – Resistant illness)

การบำบัดทางจิตสังคม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ให้ความสำคัญในการรักษา มีทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทักษะในการดูแลตัวเอง ทักษะในการควบคุมตัวเอง ทักษะในการควบคุมอารมณ์ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น สำหรับครอบครัวจำเป็นต้องได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ การรักษาและการดูแล จะทำให้เข้าใจผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เกิดทัศนคติที่ดี นอกจากนั้นญาติจำเป็นต้องมีทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2550) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอาการวิกฤตทางจิตเวชในระยะนี้ จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ผ่อนคลาย อบอุ่น ไร้ความวุ่นวาย ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายเหมือนอยู่บ้าน สะดวกสบาย ปลอดภัยและปลอดภัย

1.5.3.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบและลดความรุนแรงลงเป็นช่วง 6 เดือนหรือมากกว่าหลังจากได้รับการรักษาใน

ระยะอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือบรรเทาหรือควบคุมอาการไม่ให้กำเริบกลับรุนแรงเหมือนในระยะอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน

การรักษาด้วยยา ในระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้วจำเป็นต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาอาจทำให้อาการกำเริบขึ้นได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

การบำบัดทางจิตสังคม โดยเลือกใช้กิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ฝึกทักษะความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรค การรักษาการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีจิตบำบัดอื่น จิตบำบัดประคับประคอง (Psycho - support) การเสริมพลังเพื่อให้โอกาสเสริมสร้างแรงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วย (Empowerment) หรือกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self help group) สำหรับครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับครอบครัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามความเหมาะสม เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูล การให้สุขภาพจิตศึกษา ทักษะการจัดการกับอาการผู้ป่วยเมื่อมีภาวะวิกฤตในเบื้องต้น การทำจิตบำบัดประคับประคองเพื่อจัดการกับความรู้สึก เช่น การคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อรับการดูแลผู้ป่วย การให้การปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวจัดการกับความรู้สึกและปัญหาของตนเอง การเสริมสร้างแรงใจ ประสานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกินความสามารถ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

1.5.3.3 ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทุเลาลงความรุนแรงน้อยกว่าระยะ Stabilization phase ไม่พบอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท หรืออาจจะมีอาการทางด้านบวก หรืออาการทางด้านลบหลงเหลืออยู่บ้างแต่ไม่รุนแรง หรืออาจจะมีอาการอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการโรคจิตเภท เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการของโรคจิตเภทกลับมากำเริบซ้ำและการป่วยซ้ำ

การรักษาด้วยยา ในระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) มีเป้าหมายหลัก คือ การป้องกันการกำเริบและการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเน้นการดูแลตนเอง เนื่องจากที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หลังจากอาการทางจิตสงบ หรือทุเลาลง อาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระยะนี้ยังคงได้รับการรักษาด้วยยา ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการทางด้านบวกชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4 – 6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน การรักษาส่วนใหญ่ ในผู้ที่ป่วยครั้งแรก หลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่ออีก 1 ปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะ

ยาว เช่น 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต่อเนื่องจะป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16 – 23 แต่ถ้ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พบว่าป่วยซ้ำได้ร้อยละ 53 – 72 (Kaplan & Sadock, 1998)

การบำบัดทางจิตสังคม การให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง การฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บกพร่อง การฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เรียนรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนและทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกันในชุมชน การเสริมสร้างพลังให้ผู้ป่วย ส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกันทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ควรได้มีการฝึกทักษะการเตรียมความพร้อมก่อนออกชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) บำบัดทางจิตสังคมสำหรับครอบครัวนั้นต้องบำบัดต่อเนื่องจากที่ผ่านมาแต่ละระยะให้เลือกตามความเหมาะสมในแต่ละราย โดยเน้นเพื่อการฟื้นฟู เพื่อเพิ่มความสามารถทักษะในการดูแลตนเอง ส่งเสริมด้านอาชีพ และ ทักษะการพักผ่อน เป็นต้น (Lodge, 1998)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในโรคจิตเวช เป็นโรคที่เรื้อรัง อาการมักจะเป็นๆ หายๆ มีอาการป่วยซ้ำได้บ่อย (Herz et al., 2000) มีความบกพร่องการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ มีข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิต ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (Chien & Chan, 2004) พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพในงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) โดยช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ยอมรับตนเอง เผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ ในทางที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.6.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาล 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2542)

1.6.1.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความมั่นคงทางจิตใจ มีการแสดงออกที่เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ การปฏิบัติการพยาบาลคือการให้ความรู้แก่ประชาชนในด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับภาระหน้าที่ตามวงจรชีวิต เป็นต้น

1.6.1.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้บุคคลต้องดิ้นรนขวบวชต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิต อาจเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด หรือความกังวลได้ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บุคคลได้รักษาระดับสุขภาพจิตให้ได้อยู่เสมอ ต้องทำต่อเนื่องเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวล เป็นต้น

1.6.1.3 การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of mental health) เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมลงหรือลุกลาม ซึ่งเป็นการยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้อันจะเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมมาก ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้มีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม โดยจัดกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การดูแลด้านร่างกาย เป็นต้น

1.6.1.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ป่วยมักจะขาดความสนใจในตนเอง สิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม และการดูแลตนเอง ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

1.6.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีหลักการในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ ต้องให้การดูแลพยาบาลโดยมุ่งเน้นทั้งบุคคล ไม่ใช่การดูแลพยาบาลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) คือ 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพครอบครัว รวมถึงการดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน 3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง คือการช่วยเหลือให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ดูแล บำบัดรักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ การป้องกันสุขภาพ

1.6.3 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโอกาสป่วยซ้ำบ่อย เป็นภาระในการดูแลของครอบครัว มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือครอบคลุมทั้งใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหา

สุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีบทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; สภาการพยาบาล, 2546) ดังนี้

บทบาทในการปฏิบัติการทางคลินิก ปฏิบัติการให้การพยาบาลโดยตรง ในการประเมิน คัดกรอง รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดระบบบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ประสานกับทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมถึงประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพของการดูแลและเกิดความคุ้มค่าสูงสุด

บทบาทในการสอนและชี้แนะ บริการให้ความรู้ โดยการสอน แนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ให้มีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วย ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการสนับสนุนชี้แนะแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

บทบาทในการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรทางการพยาบาล ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่เกี่ยวข้อง และชุมชน เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในปัญหาการดูแลด้านต่างๆ ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความต้องการ เพื่อช่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความมั่นใจ สามารถนำไปปฏิบัติและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

บทบาทในการประสานความร่วมมือ ในการพยาบาลช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันแก้ไขปัญหามาเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทใกล้ชิด ทำให้มีข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านคลินิก ด้านจิตสังคม เพื่อใช้ในการช่วยเหลือ ดังนั้นต้องเป็นตัวแทนผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการประสานงานกับทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษา วางแผนการช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทได้รับการช่วยเหลือที่ครบถ้วน เหมาะสม

บทบาทการศึกษา วิจัย ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล มีความจำเป็นในการค้นคว้า ศึกษา หาข้อมูลหลักทางเชิงประจักษ์ทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

จากบทบาสดังกล่าว ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีศักยภาพสามารถดูแลตนเองได้

2. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมได้ อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกไม่ใช่อาการทางจิตจะเป็นอาการเตือน (Warning signs) ที่จะทำให้ทราบว่าอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบได้บ่อย เช่น นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวเอง ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ซึ่งมีความยุ่งยากในการดูแลจัดการ และส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจ

ความหมายของการป่วยซ้ำ ได้มีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำ (Relapse) ไว้ดังนี้

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott , 1986)

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel & Sundel , 1999)

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การที่บุคคลกลับมาป่วยซ้ำจนถึงต้องกลับเข้ามารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งถ้าในเชิงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอีก จนแพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร , 2533)

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแย่ลงอีกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชร คันธสาย, 2544)

ดังนั้นการป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ พฤติกรรม ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภท จนทำให้เกิดมีอาการทางจิตปรากฏขึ้นใหม่อีกครั้ง หลังจากมีอาการนั้นดีขึ้นแล้ว สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และอาจต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบจนเกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยหลักๆที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากปัจจัยกระตุ้นภายในของผู้ป่วยเอง เช่นความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากความบกพร่องที่ยังหลงเหลือจากอาการทางจิต เช่น หลงผิด หลงแว่ว ประสาทหลอน มีการใช้ยาหรือสารเสพติด แอลกอฮอล์ (Marvin & Stephen, 2002) ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งขาดการตระหนักต่อการเจ็บป่วย การไม่ร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผลข้างเคียงของการรักษา (Sullivan et al., 1995) พบมาร้อยละ 25 – 50 ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอารมณ์ (Videbeck, 2001) ที่อาจส่งเสริมให้มีอาการกำเริบ หรือป่วยซ้ำได้ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย อ่อนเพลีย มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต ขาดทักษะในการทำงาน ขาดทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และอารมณ์ เช่น ควบคุมตนเองไม่ได้ โกรธ กลัว ดิ้นตระหนก ก้าวร้าว มีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ เฉยเมย

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการกลับมาป่วยซ้ำ พบได้ในครอบครัวที่มีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expression Emotion) ซึ่งประกอบด้วย มีการวิพากษ์วิจารณ์ มีความผูกพันมากเกินไป และ ความไม่เป็นมิตร การแสดงออกทางอารมณ์ในการเผชิญปัญหาในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ (ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, 2534) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีการแสดงทางอารมณ์สูง มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการแสดงทางอารมณ์ต่ำ (Linszen et al., 1997) ครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง ร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำ ร้อยละ 75 (Giron & Gomerz – Beneyto, 1998)

ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ไม่ทราบวิธีการเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ญาติจะเรียนรู้วิธีการดูแลแบบลองผิดลองถูก ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และเหมาะสม เช่น เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมี

สาเหตุมาจากไสยศาสตร์ จึงพาผู้ป่วยไปรักษาทางไสยศาสตร์ หรือเข้าใจว่าโรคจิตเภทรักษาได้ หายขาดทันที เมื่ออาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (ศักดา กาญจนาวีโรจน์กุล และ คณะ, 2541)

ครอบครัวมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติที่ไม่ดี มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีถึง 2.6 เท่า คือ มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 67 (Baker, 1995) การขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย แสดงท่าทีรังเกียจ เกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วย มีปมด้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียด รู้สึกไม่มีคุณค่า และ ในขณะเดียวกันครอบครัวเกิดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเป็นภาระ หากผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง ทำให้เกิด ความเบื่อหน่าย ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น เพิกเฉยต่อผู้ป่วยไม่ดูแลผู้ป่วย ในที่สุดเมื่อผู้ป่วยขาดการสนับสนุน ทำให้มีอาการทรุดลง นำมาสู่การกลับเข้ามารักษาซ้ำได้ จากการศึกษาปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากญาติมีทัศนคติทางด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภทของจากรูธรรม ต.สกุล (2524) ขาดการยอมรับผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อไป ผู้ป่วยมีข้อขัดแย้ง กับสมาชิกในครอบครัวในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติรู้สึกอับอายมีปมด้อยและรังเกียจ (สุธีรา สุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกกลับเค้นใจกับปัญหาดังกล่าว รู้สึกเป็นภาระ เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการดูแล (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529) เมื่อเริ่มป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลรู้สึกลำบากใจ เอือมระอา รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย ไม่มีการปลอบใจ ทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะเทือนใจ จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2541)

โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักๆ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านครอบครัว จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภท วิธีการดูแล และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

3. ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคจิตเภท ย่อมมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เนื่องจากมีความเรื้อรัง มีความบกพร่องและความเสื่อมลงในแต่ละด้าน ผู้ป่วยเองขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ในการประกอบอาชีพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว

3.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง โอกาสหายเป็นปกติมีน้อย ถึงแม้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาและดีขึ้น แต่มีอาการหลงเหลืออยู่ และมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมด้านความคิดและทักษะต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ขาดสัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอาการของโรค บุคคลเหล่านี้จะมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ รัตติ ภูบุญ (2545) ได้กล่าวถึงผลกระทบของพฤติกรรมไว้ 5 ด้าน

1. *ด้านการดูแลตนเอง (Self care)* ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับทักษะการดำรงชีวิตด้วยตนเอง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเอาใจใส่สุขภาพร่างกายของตนเอง การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการทางจิตที่หลงเหลือของแต่ละคน จากการศึกษาของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการต่างๆ บางรายไม่อาบน้ำ บางรายต้องกระตุ้นและให้การช่วยเหลือหรือทำให้ (รัชนิกร อุปเสน , 2541) การแต่งกายไม่เหมาะสม บางครั้งผู้ดูแลต้องดูแลจัดการเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันในทุกๆด้าน จากการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองแต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว

2. *ด้านการควบคุมอารมณ์ (nonturbulence)* ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะหงุดหงิด โมโหง่าย มีความคิดแปลกประหลาด หุนเหว เห็นภาพหลอน จากความผิดปกติที่หลงเหลืออยู่นี้ อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด เมื่อถูกกระตุ้น เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดา จากการศึกษาของทูลภา นุปผาสังข์ (2545) พบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการทางจิตสงบสามารถจำหน่ายกลับสู่ชุมชนได้แล้ว มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 55 และร้อยละ 30 ที่ยังมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย และก้าวร้าวไม่เป็นมิตร ตามลำดับ

3. *ด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact)* เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีอาการเฉื่อยชา ซึมลง แยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) บางครั้งจะใช้เวลาว่างเฉยๆ และจากการศึกษา

ของ พันธรัณภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากคุยด้วย ไม่ยอมรับพยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้สังคมยังมองว่าไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้ง ประสบกับปัญหาในการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำ

4. **ด้านการสื่อสาร (Communication)** จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากนั่งพูดพิมพ์คนเดียว ได้ตอบอยู่คนเดียว บางครั้งบ่น ด่า และสาปแช่ง ในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาในสังคม ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดปัญหาในครอบครัว มีปัญหาการติดต่อสื่อสาร ไม่ได้บอกให้ญาติทราบเมื่อมีอาการเตือนต่างๆ เช่นนอนไม่หลับ หดหู่ ท้อแท้ เศร้าใจ (พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์, 2542) ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริงแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

5. **ด้านความรับผิดชอบตนเอง (Responsibility)** เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความรับผิดชอบของการรับประทานยาด้วยตนเอง แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความใส่ใจในการรับประทานยา แอบทิ้งยา ซ่อนยา หรือลืมรับประทานยา จนส่งผลกระทบต่อให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ (ภาวดี การเร็ว, 2541) จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา

3.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

แม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ใช่วิถีที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยโดยตรง แต่โรคจิตเภทก็เป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจ เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลานานหรือเกือบตลอดชีวิต การดูแลเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วันเพ็ญ ยืนยงนาน, 2545) ซึ่งมีดังนี้

1. **ด้านร่างกาย (Physical domain)** การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล ย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งจะต้องเผชิญ กับสภาวะอารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคที่เปลี่ยนแปลงไป (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539) จากสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด จากปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวันของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดการพักผ่อน (Glanville & Dixon, 2005) รู้สึกเหนื่อยล้า ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย จากการศึกษาของเอออารีย์ สาลิกา (2543) พบว่าลักษณะความเครียดของผู้ดูแล ที่ปรากฏทางด้าน

ร่างกาย คือ มีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีสุขภาพทรุดโทรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่รุนแรง

2. *ด้านจิตใจ (Psychological domain)* ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องเผชิญ ปัญหาด้านจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกละเลยทางด้านอารมณ์ จิตใจในหลายๆด้าน เช่น เครียด กลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า อึดอัดใจ รู้สึกอับอาย (Glanville & Dixon, 2005) จากโรคของผู้ป่วยจิต เภทบางครั้งมีอาการรุนแรงหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สามารถคาดเดาได้จากการเจ็บป่วย ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลจะมีความสับสนจากอาการและการสังเกตความผิดปกติของ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น มีความตกใจกลัวกับ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น (เวทีนิ สุข มาก และคณะ, 2544) ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิดกกังวล สับสน เหนื่อยล้า รู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2531; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538)

3. *ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence)* การดูแลผู้ป่วยจิต เภทมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย และอื่นๆ เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแล ได้แน่นอนขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย จากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวน สิ้น (2544) ที่ศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่า ผู้ดูแล มีชีวิตความเป็นส่วนตัวน้อยลงกว่าเดิม ร้อยละ 41.67 ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของ ตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรกษ นิธิกุล (2535) พบว่าผู้ดูแลประสบกับปัญหา ไม่มีเวลา เพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ

4. *ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)* เนื่องจากปัญหาด้านต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะในการดูแล ทำให้ความสามารถในการไปร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เช่น การ ไปร่วมทำบุญ ร่วมประเพณีต่างๆ การมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของ ผู้ดูแลเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง สูญเสียสังคม (Glanville & Dixon, 2005) ส่วน Creer & Wing (Creer & Wing, 1974; อ้างใน มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิ้น, 2544) ได้ศึกษาโรคจิตเภทที่บ้านในประเทศอังกฤษ พบว่าผลกระทบทาง สังคมที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน เพื่อน ฝูง และคนอื่นๆ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง

5. **ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality / religion / personal beliefs)** เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชไม่มีสาเหตุเด่นชัด อาการที่แสดงออกจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิต บางรายมีความเชื่อว่า มีสาเหตุมาจากการถูกทำทางไสยศาสตร์ เวทมนต์ (เวทินี สุขมาก, 2544) คิดว่าเป็นเรื่องบาปกรรม เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เชื่อว่าไสยศาสตร์มีส่วนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิต เช่น เชื่อว่า เป็นผลกระทบในชาติปางก่อน เกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทมนต์คาถา (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ, 2537) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ เช่น การไปขอพระรดน้ำมนต์ การไปให้หมอผีทำพิธีขับไล่ผี การทรงเจ้าเพื่อให้ทำนาย ในบางครั้งความเชื่อของผู้ดูแล มีความขัดแย้งกัน มีความยากลำบากในการตัดสินใจในการรักษาทางไสยศาสตร์และทางการแพทย์ บางรายปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้น ไม่กล้ากลับมารักษาท่อทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการมากขึ้น ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น

6. **ด้านเศรษฐกิจ** การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อด้านสถานะเศรษฐกิจ (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการความช่วยเหลือ จากการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน(2544) พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง และจากการศึกษาของประไพศรี บุรณางกูร(2538) ถึงความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตพบว่า ครอบครัวมีฐานะการเงินไม่ดี เนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้แต่ผู้ป่วยเองจำเป็นต้องใช้จ่าย

จะเห็นได้ว่าการที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง คือ บุคคลในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางสุขภาพด้านร่างกาย สภาพจิตใจ สภาพอารมณ์ ความเป็นอิสระของบุคคล สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลสุขภาพ การได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการช่วยเหลือทางด้านอื่นๆ ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

4. การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ มีหลายด้าน เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยของ

ตนเอง ไม่ร่วมมือในการรับประทายยาต่อเนื่อง มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Sadock & Sadock, 2000) หลายๆปัจจัยในผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง เช่น อาการที่รุนแรงของผู้ป่วย ทั้งอาการทางด้านบวก เช่น หูแว่ว หลงผิด อาการทางด้านลบ เช่น ซึมเฉย แยกตัว เฉื่อยช้า ระยะเวลาการป่วยนานที่มีผลกระทบรุนแรง เกิดความสูญเสียหน้าที่ สังคม มีความถี่ในการเกิดอาการกำเริบ (Glanville & Dixon, 2005) ครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีและรู้สึกเบียดเบียนเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท ไม่เกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ สามารถอยู่ในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้นั้น ครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถป้องกันหรือลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร่องในด้านต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ สมาชิกในครอบครัวจึงมีหน้าที่ในการดูแล เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นบทบาทการพยาบาล ควรให้การส่งเสริมครอบครัวให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ทูลดา บุญผาสังข์, 2545) เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ขณะอยู่ที่บ้านเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำและลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พิศสมร เดชดวง, 2545) พบว่าแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวและการสนับสนุนครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น นอกจากมีผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ยังพบว่าความช่วยเหลือทางจิตสังคมในครอบครัวนั้นสามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยพัฒนาหน้าที่ ความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างครอบครัว ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด การบำบัดสนับสนุนด้านจิตใจของครอบครัว เป็นต้น

1. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้สุขภาพจิตแก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายในการให้ข้อมูล เพื่อเพิ่มความรู้ เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ลดความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและให้การสนับสนุนประคับประคองครอบครัว (Anderson et al., 1980) การช่วยเหลือครอบครัวในด้านคลินิก ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพจิตในภาพรวมทั้งหมดของการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่การร่วมวางแผนการรักษาของสมาชิกในครอบครัวและดำเนินการตามแผนการรักษาที่กำหนด เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการบำบัดสุขภาพจิตศึกษามี ดังนี้

1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการรักษา เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น
2. เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่กับความผิดปกติที่เกิดขึ้น
3. เพื่อลดความคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวัง ของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการบำบัดที่มีความจำเป็นสำหรับครอบครัว มีรูปแบบเฉพาะ เป็นการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการป่วย การช่วยเหลือครอบครัว การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ และการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระของญาติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (Glanville & Dixon, 2005) โดยทีมสุขภาพด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ให้ความรู้ เพื่อ สร้างความร่วมมือ สนับสนุนสัมพันธภาพทั้งส่วนตัวและการทำงาน ช่วยให้รับรู้ความต้องการทางสังคม ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สำรวจความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว ทั้งแผนการรักษาของผู้ป่วย ประเมินความเข้มแข็ง ข้อสังเกตในความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาของครอบครัว กระตุ้นให้เกิดเครือข่ายทางสังคม และแนะนำสมาชิกครอบครัวให้รับรู้แหล่งประโยชน์และเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม จากการศึกษารูปแบบในการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานวิจัยต่างๆ มีเป้าหมายสำคัญๆ คือ เพิ่มความรู้ความเข้าใจให้กับครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ แผนการรักษา และแนวทางการดูแลช่วยผู้ป่วยจิตเภท แต่อาจมีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ มีทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ เช่น Psychoeducation Multiple-Family Group Intervention หรือ Psychoeducation Single-Family Intervention หรือ ร่วมกับกลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวเกิดความตระหนักต่อการเจ็บป่วยมาก จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลและควบคุมการเจ็บป่วยได้มากขึ้นเช่นกัน และพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำน้อยลงขึ้นกับ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการรักษาต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2550) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าได้มีการนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มาบำบัดช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประสิทธิภาพมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมี

อาการกำเริบหรือป่วยซ้ำลดลง และช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง จากการศึกษาของ Muela และ Godoy (Muela & Godoy, 2002) ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อัตราการป่วยซ้ำลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ริระ ลีลำนันทกิจ และคณะ (2542) พบว่า ช่วยลดอัตราการกำเริบและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และพบรูปแบบเฉพาะที่มีการนำไปศึกษาและประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทคือ

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวรูปแบบ Multiple - Family Group Intervention (MFG) เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว McFarlane และคณะ (McFarlane et al., 1995) ได้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในรูปแบบนี้ ซึ่งพบว่าการบำบัดให้ผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว คือช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความร่วมมือในการรักษาสูง ลดอัตราการป่วยซ้ำและลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และในระยะต่อมาได้มีการนำรูปแบบ Multiple - Family Group Intervention มาใช้ในการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) อย่างต่อเนื่อง โดยในการบำบัดนั้นจะให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รับฟังครอบครัวและวางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ที่ดีของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว เป้าหมายของการบำบัดคือต้องการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท มองเห็นถึงปัญหาขาดการสนับสนุนและการได้รับการช่วยเหลือทางสังคม เนื่องจากพบว่า ภาระของครอบครัวเป็นผลกระทบจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่ อาการของผู้ป่วย เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เช่น การต้องเข้าโรงพยาบาล และปัจจัยอื่นๆ (Hazel et al., 2004) เกิดอคติทางสังคมต่อครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ขาดโอกาสทางสังคม เข้าไม่ถึงทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่ต้องการเช่น การฟื้นฟูทางอาชีพ การทำ Multiple-family group หลักการที่สำคัญคือเน้นสภาพความเป็นจริงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทประสบปัญหา หรือต้องการความช่วยเหลือในด้านจิตสังคมมากกว่าการยึดตามทฤษฎี ช่วยให้สมาชิกแต่ละครอบครัวเกิดความเชื่อมโยงและรู้สึกเป็นครอบครัวเดียวกัน ให้มีแหล่งทรัพยากรทางจิตสังคม สร้างและขยายเครือข่ายทางสังคม รูปแบบการบำบัด พบว่า มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกครั้งวัน - 1 วันเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเน้นที่การป้องกันการกลับป่วยซ้ำและสนับสนุนฟื้นฟูทางสังคม ในการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัวจะบำบัดต่อเนื่อง 1-2 ปี โดยในการบำบัดแต่ละครั้งจะช่วย

ให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทหลายๆครอบครัวมีความเข้าใจสมาชิกและให้การช่วยเหลือสมาชิก เลือกปัญหาที่สมาชิกต้องการความช่วยเหลือนำมาพูดคุยอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิก ครอบครัวอื่นๆ จะช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการช่วยเหลือในรูปแบบนี้ช่วยพัฒนา ความเข้มแข็งของสมาชิกในความพยายามที่จะช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ช่วยพัฒนา ขนาดและความเข้มแข็งของเครือข่ายความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนการบำบัดใน รูปแบบ Multiple-family group คือ ช่วยให้ผู้ครอบครัวรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากร การช่วยเหลือทาง สังคมได้มากกว่ากลุ่มควบคุม (Hazel et al., 2004) ครอบครัวมีภาวะกดดันลดลง (Bradley et al., 2006; Hazel et al., 2004) และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าการดูแล แบบปกติ ลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิต (McFarlane et al., 1995) อาการทางจิตดีขึ้นโดยเฉพาะ อาการทางด้านลบ (Dyck et al., 2000) ลดอัตราการกำเริบ (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) และลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Dyck et al., 2002; McFarlane et al., 1995)

2. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy / CBT)

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ ในการรักษาโรคจิตเวชหลายโรค เช่นผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมพึ่งพา มีพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา มีภาวะหวาดระแวง เป็นต้น แนวทางบำบัดยังมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่อง มี เทคนิคและวิธีการที่หลากหลาย ตั้งแต่การเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสำรวจและ ปรับเปลี่ยนแนวคิด โดยหลักการความนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เกิดขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงความนึกคิด (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545) แยกมาจากการปรับพฤติกรรม ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) จะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอยู่ ภายในบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive behavior) และบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลของ ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้รับบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้มีการบำบัด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม (อรพรรณ ลีอนุญ รัชชัย, 2549) โดยต้องมีขอบเขต โครงสร้างในการบำบัด การถูกกำหนดให้มีปัญหามากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการมองโลกของแต่ละบุคคล (Beck, 1976)

แนวทางการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีหลักการที่สำคัญดังนี้

การรักษาในรูปแบบโครงสร้างที่แน่นอน แต่ละครั้งมีเป้าหมายในการบำบัดชัดเจน เน้นให้เห็นว่ามีความแตกต่าง กันระหว่างเหตุการณ์ในอดีต เช่น สาเหตุทำให้เป็นโรค กับเหตุการณ์ปัจจุบันซึ่งโรคยังเป็นอยู่ โดยจะให้ความสำคัญเฉพาะกับเหตุการณ์ปัจจุบันเท่านั้น ตกลงร่วมกันว่าพฤติกรรมใดบ้างที่เป็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นและยังคงดำเนินอยู่ มุ่งแก้ไขพฤติกรรม มีการประเมินความผิดปกติหรือปัญหาที่มีอยู่ เพื่อปรับเปลี่ยนเทคนิคใหม่ตามความเหมาะสม ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะร่วมมือกันพิจารณาเกี่ยวกับปัญหาที่มีอยู่ และเลือกวิธีที่ดีที่สุด รวมทั้งให้ทดสอบผลของการแก้ไขพฤติกรรมแล้วในสิ่งแวดล้อมของตนเอง ยึดหลักการใช้เหตุผลในการแก้ไขปัญห าศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจ สอนทักษะ การเรียนรู้ การเข้าใจที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญห (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ลักษณะความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ คือ Automatic thoughts เป็นความคิดอัตโนมัติ ทั้งแบบคำพูดและจากประสบการณ์ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดียังคงอยู่ เป็นความคิดอัตโนมัติในแง่ลบที่ไม่สามารถฝืนบังคับไม่ให้คิดได้ ลักษณะความคิดที่แปลความจริงบิดเบือนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ เช่น การคิดคาดเดาอนาคต การเลือกสนใจข้อมูลเฉพาะที่ตนเห็นพ้อง กับสิ่งที่ตนคาดหมาย และเลือกไม่สนใจในสิ่งที่ค้านกับความคาดหมาย เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือเกิดเรื่องราวไม่ดีมักจะได้รับผิดชอบมากเกินไป และมองเป็นเรื่องรุนแรง การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ (จินทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

เป้าหมายการบำบัด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคิดด้านลบความคิดที่บิดเบือน ไม่สมเหตุสมผล ในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมเพื่อให้ปรับความคิดให้มีความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น มีแบบแผนความคิด และมีการตอบสนองให้เกิดพฤติกรรม ที่เหมาะสม

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ Sellwood และคณะ (Sellwood et al., 2001) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 2 ปีก่อนการศึกษา จำนวน 38 ครอบครัว โดยช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้เข้าใจถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง High Express Emotion เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การติเตียน หรือมีการจัดการกับสภาพปัญหาที่ไม่เหมาะสม เข้าใจลักษณะโรคจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่บิดเบือนของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการดูแล ในการบำบัดนั้นครอบครัวจะต้องสำรวจ ประเมินและระบุปัญหาที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งจะต้องเป็นปัญหา

ที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักและต้องการแก้ไข โดยวางเป้าหมายร่วมกันระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยในสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ให้สังเกตติดตามสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยจิตเภท พิจารณาในองค์ประกอบและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิกริยาและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเครียด เพื่อที่จะได้รับรู้อารมณ์ของตนเอง เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และครอบครัวจะได้รับการฝึกทักษะในการจัดการกับโรคจิตเภท การเรียนรู้ในการจัดการกับความเครียด เช่นการแสดงบทบาทสมมุติ วิธีการผ่อนคลายโดยให้ดูเทปและฝึกปฏิบัติโดยมีการวัดและบันทึกความสำเร็จในการฝึก ซึ่งในกระบวนการบำบัดนั้นจะช่วยให้ครอบครัว เข้าใจตนเองและผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบที่มีต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากงานวิจัยผลการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสนับสนุนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่ได้ดีขึ้น ลดอัตราการกำเริบ (Sellwood et al., 2001)

3. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) / (Mutual Support Group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง(Self-help group) เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน เช่น กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ติดบุหรี่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งมีความสนใจ มีความสมัครใจที่จะร่วมกันช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการประคับประคองทางด้านจิตใจ (Support) เพื่อลดความตึงเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2550) เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกมีความรู้สึกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง กลุ่มลักษณะนี้จะไม่ใช้ผู้เชี่ยวชาญ (Profession) เป็นผู้นำกลุ่ม แต่จะฝึกให้บุคคลที่สนใจ หรือสมาชิกในกลุ่มบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chien และคณะ (2005) และการศึกษาของ Chien & Chan (2004) (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ที่บำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะนี้แต่เรียกการทำกลุ่มบำบัดแบบนี้ว่า Mutual support group โดยผู้นำกลุ่ม (a peer leader) จะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยสมาชิกเอง และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานเอื้ออำนวยความสะดวกระหว่างการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและผู้ประสานภายในกลุ่ม ต้องดำเนินกลุ่มภายใต้หลักการสำคัญของกลุ่ม

บทบาทของบุคลากรทางจิตเวชต่อการจัดดำเนินกลุ่มในการจัดตั้งหรือจัดดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – help Group) (กรมสุขภาพจิต, 2550) มีดังนี้

1. เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่ม เช่นการจัดหาสมาชิกใหม่ และเป็นตัวกลางในการจัดหาสมาชิกในช่วงแรกๆ
2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดหาสถานที่ประชุม เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและจัดกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวในบางครั้งของการทำกลุ่ม

3. อาจจะเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำจากสมาชิกด้วยกัน
4. ทำหน้าที่ในการส่งต่อให้ผู้ป่วยหรือผู้สนใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก และที่สำคัญคือ ส่งต่อไปรับการรักษาบำบัดที่เหมาะสม
5. เป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกเข้าร่วมประชุมและติดตามประเมินผลการปรับตัวและประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด mutual support group ซึ่งจากการศึกษาของ Chien และ Chan (Chien & Chan, 2004) และการศึกษาของ Chien และคณะ (Chien et al., 2005) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยทำกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเอง ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (mutual support group) เพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งพบว่ากระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท การได้แบ่งปันมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและตนเอง ผลช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้นในทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาและผู้ป่วยทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้นซึ่งสนับสนุนให้ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตของครอบครัวหรือผู้ดูแล ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องการการดูแลสูงและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำได้ง่าย ทำให้เกิดความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนเป็นภาระในการดูแล การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นช่วยให้ครอบครัวมีความรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น มีความรู้สึกกอดดัน ดึงเครียดลดลง และรับรู้แหล่งทรัพยากร แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองได้เหมาะสม ร่วมมือในการรักษา ลดอัตราการป่วยซ้ำและลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบที่สำคัญของการบำบัด ในรูปแบบต่าง ๆ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้นำมาศึกษา ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น Multiple Family Group Intervention หรือร่วมกับการบำบัดรายครอบครัว หรือร่วมกับ Supportive Group รูปแบบการบำบัดโดยใช้ CBT รูปแบบการบำบัดแบบ Mutual Group Family Intervention และโปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเผยแพร่อยู่ในปัจจุบัน นำมาประเมินคุณภาพหรือความน่าเชื่อถือของหลักฐาน มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวนโดยพิจารณาเกี่ยวกับ
 - 1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น (Criteria)
 - 1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น (Data Source)
 - 1.4 การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดเกณฑ์และเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation) และการดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน

- 1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้
 - 1.1.1 งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1.2 งานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1.3 งานวิจัยที่เป็น Full text ที่มีรูปแบบงานวิจัยแบบเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ พรรณนา Guidelines และ Systematic review
- 1.2 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นที่ใช้ คือ Schizophrenia, Family intervention ,Family Psychoeducation , Family program
- 1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น (Data source)

ผู้ศึกษาสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากข้อมูลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติต่างๆของสถาบัน ได้แก่ [www. guidelines.gov./](http://www.guidelines.gov/)
<http://www.icn.ch>
2. ฐานข้อมูลที่ทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ www.Cochrance.Org/ www.Joannabriggs.edu.au.
3. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ <http://www.psych.org/>
<http://www.aagponline.org/>
4. ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PUBMED, CINAHL , MEDLINE OVID , Blackwell synergy
5. สืบค้นงานวิจัยภายในประเทศ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีธัญญา
6. สืบค้นข้อมูลจากระบบการสืบค้น โดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือกงานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องนำไปค้น Full text จาก เอกสารอ้างอิง (Reference list) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล

1.4 การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)

การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

- 1.4.1 ชนิดของการจัดกระทำเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นผู้ป่วยจิตเภท 50 % ขึ้นไป
- 1.4.3 งานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text)
- 1.4.4 รูปแบบงานวิจัยแบบเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง

จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาวิจัยที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ตรงตามเกณฑ์
1.PUBMED	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	464	7
2. CINAHL	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	23	2
3. Blackwell Synergy	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	140	1
4. http://www. psych.org	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	18	4
5.MEDLINE OVID	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	7	0
6. www. guidelines. gov.	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	10	0
7. http://www.icn. ch.	Schizophrenia + Family Intervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	2	0
8. www. aagponline. Org.	Schizophrenia+FamilyIntervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	78	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ ตรงตามเกณฑ์
9. www.Joannabriggs.edu.au	Schizophrenia+FamilyIntervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia +Family Psychoeducation	0	0
10. www.Cochrance.Org	Schizophrenia+FamilyIntervention Schizophrenia + Family program Schizophrenia+Family Psychoeducation	3	0
11. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย www.chula.ac.th	ผู้ป่วยจิตเภท + การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท + สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท + โปรแกรมบำบัดครอบครัว	41	0
12. กรมสุขภาพจิต	ผู้ป่วยจิตเภท + การช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท + สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท + โปรแกรมบำบัดครอบครัว	21	1
รวมทั้งสิ้นจาก 12 ฐานข้อมูล		807	15

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลในช่วงเวลาที่ศึกษา มกราคม พ.ศ. 2548 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2550 ได้จำนวน 807 งานวิจัย เมื่อพิจารณาชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อยู่ในเกณฑ์ที่จะนำมาศึกษา และมีเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text) จำนวน 15 งานวิจัย

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพิสูจน์ผลงานคุณภาพผลงานวิจัยที่รวบรวมได้จากการสืบค้น ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพหรือระดับหลักฐานอ้างอิง และกำหนดการดึงข้อมูลจากงานวิจัยดังนี้

2.1 เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็ง ของ Recommendations

เพื่อประเมินหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยการช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melynk and Fineout – Overholt (Melynk & Fineout – Overholt, 2005) มีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย Systematic review หรือ Meta - analysis ที่มาจากการวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้จาก Systematic review ของงานวิจัย RCTs

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างน้อยที่สุดมาจากการวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย เชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่าง ดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case – Control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบ งานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ งานวิจัยเดี่ยวแบบ พรรณนา แบบบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก งานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา แบบ บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้ที่มีความ เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ หรือ รายงานจากทักษะกลุ่มของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว พบว่าหลักฐานงานวิจัยที่สืบค้น ได้มีดังนี้ งานวิจัยที่เป็น RCT จำนวน 12 งานวิจัย เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 และงานวิจัยเชิงทดลอง 3 งานวิจัยเป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 3

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 15 งานวิจัยครั้งนี้ได้จัดทำตารางที่จะใช้ในการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้ คือ

2.2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)

2.2.2 แบบการวิจัย (Design)

2.2.3 กลุ่มตัวอย่าง/ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

2.2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)

2.2.5 เครื่องมือและการเก็บข้อมูล (Data collection)

2.2.6 วิธีการวิจัยหรือการแทรกแซง (Intervention)

2.2.7 ผลการวิจัย (Result)

2.2.8 ข้อเสนอแนะ (Implication)

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Family Interventions for Schizophrenia Patients
ได้นำเสนอไว้ในตารางที่ 2



บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ Family Interventions for Schizophrenia Patients สามารถสรุปผลได้ตามหัวข้อการวิเคราะห์ดังนี้

1. ผลการสกัดผลการศึกษาทั้ง 15 งานวิจัยที่เกี่ยวกับ Family Interventions for Schizophrenia Patients ซึ่งจะแสดงไว้ในตารางที่ 2 ในภาคผนวก

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

2.2 รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัด Family Interventions for Schizophrenia Patients ซึ่งได้แก่

2.2.1 Multiple- Family Group Intervention (จำนวน 5 เรื่อง)

2.2.2 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง)

2.2.3 Mutual support group for Family Intervention (จำนวน 2 เรื่อง)

2.2.4 Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง)

2.2.5 A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia (จำนวน 1 เรื่อง)

1. ผลการสกัดผลการศึกษา

สำหรับผลการสกัดองค์ความรู้จากงานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัยได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 ในภาคผนวก ซึ่งมีรายละเอียดของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Interventions for Schizophrenia Patients

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ รวมทั้งหมด 15 งานวิจัยพบว่างานวิจัยที่ศึกษาเป็นระดับ 2 คือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ มาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

(Randomized Control trials) มีจำนวน 12 งานวิจัย และระดับ 3 คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวน 3 งานวิจัย และในจำนวนงานวิจัย 15 งานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 14 งานวิจัย และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 งานวิจัย

2.2 รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัด Family Interventions for Schizophrenia Patients ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 15 งานวิจัย พบว่าสามารถแบ่งรูปแบบการบำบัดได้ 5 รูปแบบ และจะนำเสนอผลการวิเคราะห์การศึกษาแต่ละรูปแบบ โดยมีองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบ คือ ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ลักษณะของการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาติดตามผล วิธีการบำบัดและผลลัพธ์ของการบำบัด ดังนี้

2.2.1 Multiple - Family Group Intervention (การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว) ที่ได้นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 5 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2 ทั้ง 5 งานวิจัย สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia มีจำนวน 5 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) หรือ Schizoaffective disorder จำนวน 4 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) หรือ Schizophreniform disorder จำนวน 2 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) หรือรวมถึงโรคจิตเวชอื่นๆ ด้วย (Hazel et al., 2004) โดยแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ DSM-III-R มี 1 งานวิจัย (McFarlane et al., 1995) DSM-IV มี 3 งานวิจัย (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) และไม่ระบุ 1 งานวิจัย (Bradley et al., 2006) ไม่จำกัดว่ามี Substance use disorder (Bradley et al., 2006) ผู้ป่วยต้องไม่ติดสารเสพติดที่มี Physical dependent (McFarlane et al., 1995) ส่วนในด้านอายุของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 18 – 45 ปี มีจำนวน 3 งานวิจัย (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) และ 18 – 55 ปี มี 1 งานวิจัย (Bradley et al., 2006) และไม่ระบุอายุ 1 งานวิจัย (Hazel et al., 2004) และในด้านการอยู่อาศัยร่วมกับครอบครัว คือ ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในช่วง 2 เดือนก่อนการบำบัด (McFarlane et al., 1995) อาศัยหรือติดต่อกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ (Dyck et al., 2002) และอยู่ในชุมชนนั้นๆ ตลอดการศึกษา (Hazel et al., 2004)

สำหรับครอบครัว ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย (Dyck et al., 2002) มีเวลาพบผู้บำบัดหรือผู้วิจัยตามระยะเวลาและตามกิจกรรมที่กำหนด (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) และครอบครัวต้องอาศัยอยู่ในชุมชนตลอดการศึกษา (Hazel et al., 2004)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัด เป็นพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา (McFarlane et al., 1995) ไม่ระบุวิชาชีพ 4 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) และไม่ระบุคุณสมบัติ 1 งานวิจัย (Hazel et al., 2004) มี 4 งานวิจัยที่ผู้บำบัดจะต้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดครอบครัวและมีคู่มือการบำบัด (McFarlane et al., 1995) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการบำบัดครอบครัวและได้รับการสอนความรู้เรื่องการบำบัดครอบครัวจาก Bachelor's degree และ Other master's degree (Dyck et al., 2000) ผู้บำบัดครอบครัวจะได้รับการฝึกอบรมก่อน 2 สัปดาห์ (Dyck et al., 2002) หรือผู้บำบัดที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ Multiple family group treatment จำนวน 3 วัน และได้รับการนิเทศเป็นระยะจากผู้เชี่ยวชาญ คือ นักจิตวิทยาหรือนักบำบัดครอบครัว (Bradley et al., 2006)

ลักษณะของการบำบัด

ลักษณะการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มหลายครอบครัว (Multiple-Family group) ทั้ง 5 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) มี 1 งานวิจัยให้การบำบัดเมื่อเป็นผู้ป่วยในและบำบัดต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกเมื่อจำหน่าย (McFarlane et al., 1995) มี 3 งานวิจัยที่ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) และให้การบำบัดในชุมชน (Bradley et al., 2006)

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลตามรูปแบบ Multiple-Family Group Intervention

ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์พบว่าการบำบัดมี 2 แบบ คือ ใช้เวลาในการบำบัด 1 ปี มีจำนวน 3 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000) และใช้เวลาในการบำบัด 2 ปี มีจำนวน 2 งานวิจัย (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995)

การติดตามประเมินผล พบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ (1) มีการประเมินผลในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เริ่มให้การบำบัดมีจำนวน 2 งานวิจัย (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000) โดยมีการประเมินผลเมื่อครบ 1 ปี (Dyck et al., 2002) และประเมินผลของอาการทางด้านลบใน

ทุกๆ 3 เดือนเป็นเวลา 1 ปี (Dyck et al., 2000) (2) ประเมินผลในระยะเวลา 1 ปีครั้งตั้งแต่เริ่มให้การบำบัดโดยประเมินผลเมื่อครบ 1 ปี และ ติดตามผลอีก 6 เดือนหลังจากให้การบำบัดครบ (Bradley et al., 2006) และ (3) ประเมินผลในระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่เริ่มให้การบำบัดซึ่งประเมินผลเป็น 2 ช่วง คือเมื่อ 1 ปี และเมื่อ 2 ปี จำนวน 2 งานวิจัย (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995)

วิธีการบำบัดตามรูปแบบ Multiple - Family Group Intervention

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 งานวิจัย พบว่าผู้รับการบำบัดได้รับการดูแลตามมาตรฐานตามบริบทของแต่ละงานวิจัย และได้รับการบำบัดครอบครัวแบบ Multiple- Family Group Intervention ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะแรก ในระยะนี้ผู้บำบัด 1 คนจะรับผิดชอบครอบครัว 3 ครอบครัว โดยผู้บำบัดจะแยกพบแต่ละครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวๆ และไม่รวมผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการบำบัดและประเมินรวบรวมข้อมูลจากญาติในเรื่องประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีผลต่อแนวทางการบำบัดรักษา (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในระยะนี้ พบว่า 2 งานวิจัยพบครอบครัวเดี่ยวๆ จำนวน 3 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) 1 งานวิจัยใช้เวลา 1 - 3 สัปดาห์ (Dyck et al., 2002) 1 งานวิจัยใช้เวลาภายใน 1 เดือน (Dyck et al., 2000) และ 1 งานวิจัยไม่ระบุเวลาที่แน่นอน (Hazel et al., 2004)

ระยะที่ 2 เป็นระยะการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม ซึ่ง 1 กลุ่มจะประกอบด้วยครอบครัวประมาณ 6 - 8 ครอบครัวและมีผู้บำบัดครอบครัว 2 คน (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) โดยช่วงแรกของระยะที่ 2 ทั้ง 5 งานวิจัยจะมีการทำ Survival skill workshop หรือ Psychoeducational workshop เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและกระบวนการในการรักษา ซึ่งมี 3 งานวิจัยไม่ได้ระบุระยะเวลาในการจัดทำ Psychoeducational workshop (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) มี 1 งานวิจัยจัดทำ Psychoeducational workshop จำนวน 2 โปรแกรมโดยจัดครั้งวันต่อโปรแกรม (Bradley et al., 2006) และจัดทำ Psychoeducational workshop 1 วัน (Hazel et al., 2004) และมี 3 งานวิจัยที่ได้กล่าวถึงวิธีการถ่ายทอดความรู้โดยการบรรยาย ถ่ายทอดผ่านวิดีโอเทป และมีคู่มือแนวทางการจัดการกับปัญหา (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) ช่วงที่ 2 ของระยะที่ 2 จะเป็นการทำกลุ่มครอบครัว ซึ่งพบว่างานวิจัยที่ใช้ระยะเวลาบำบัด 1 ปี มี 1 งานวิจัยจะพบกลุ่มครอบครัวสัปดาห์ละครั้ง (Dyck et al., 2002) และมี 2 งานวิจัยที่พบกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์ (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2000) และงานวิจัยที่ใช้

ระยะเวลาบำบัด 2 ปี มี 2 งานวิจัยที่ในช่วงปีแรกพบกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์หรือเดือนละ 2 ครั้ง และในช่วงปีที่ 2 จะพบกลุ่มครอบครัวเดือนละ 1 ครั้ง (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) และทั้ง 5 งานวิจัย พบครั้งละประมาณ 90 นาที โดยมีหัวข้อที่เป็นในเชิงสังคม พุศุขถึงสภาพต่างๆไปของแต่ละครอบครัว เนื่อหาเน้นการป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการกับความเจ็บป่วย และการแก้ไขปัญหา การฟื้นฟูทางสังคม และการประกอบอาชีพ การบำบัดตามแบบ Multiple-Family group treatment ของ McFarlane จะเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาหาระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาและการนำไปพัฒนาใช้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบของการดำเนินกลุ่มดังนี้ (1) การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวภายในกลุ่ม ประมาณ 15 นาที (2) ดำเนินการให้สมาชิกได้ทบทวน เหตุการณ์สำคัญในสัปดาห์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ biosocial และการนำแนวทางไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที (3) ให้สมาชิกเลือกปัญหามา 1 ครอบครัวใช้เวลาประมาณ 5 นาที (4) หาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขที่มีความเป็นไปได้โดยพิจารณาถึงข้อดี และข้อขัดแย้งของแต่ละแนวทาง และสมาชิกเลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมและรู้สึกพึงพอใจที่จะนำไปปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที และ (5) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็นก่อนจบกลุ่มใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมทั้งหมดประมาณ 90 นาที (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดตามรูปแบบ Multiple - Family Group Intervention

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการบำบัดในรูปแบบ Multiple-Family Group Intervention พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้าน ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว จากการวิเคราะห์จำนวน 5 งานวิจัย พบว่ามีเพียง 2 งานวิจัย ที่ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านครอบครัว ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

Caregivers' distress พบว่าช่วยให้ครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกกดดันลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 2 (Hazel et al., 2004)

Caregivers' resources ซึ่งจะประเมินเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรของผู้ดูแล เช่น การได้รับการช่วยเหลือทางสังคม จำนวนของญาติและบุคคลอื่นๆที่ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ และระดับความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับ พบว่าแหล่งทรัพยากรของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในปีที่ 1 และปีที่ 2 มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และกลุ่มทดลองมีแหล่งทรัพยากรมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม (Hazel et al., 2004)

Family Burden (ภาระครอบครัว) พบว่าหลังการทำ Multiple- Family Group Intervention มีผลทำให้ภาระครอบครัวในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม (Bradley et al., 2006)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

อัตราการป่วยซ้ำ หรือ กำเริบ (Relapse rate) ซึ่งได้แยกการรายงานผลลัพธ์ดังนี้

Symptomatic relapses ประเมินจากที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏขึ้นใหม่อีกครั้ง ซึ่งมีอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้งไม่ว่าจะต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในหรือไม่ พบว่าใน 1 ปี กลุ่มทดลอง (Multiple Family Group Intervention : MFG) มีการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Single Family Treatment : SFT) คือ 16% และ 28% ตามลำดับ และในปีที่ 2 กลุ่มทดลอง (MFG) มี 27.7% และกลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มี 41.6% แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p < .06$) แต่เมื่อวิเคราะห์ผลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการบำบัดครบตามกำหนด พบว่ากลุ่มทดลอง (MFG) มี 30% และกลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มี 48% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995)

Clinical relapse กำหนดจากค่า The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1–2 สัปดาห์ ที่มีอาการกำเริบตามเกณฑ์พบว่าในกลุ่มทดลอง (MFG) มีอาการกำเริบ 15.7% และกลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มีอาการกำเริบ 26.8% แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (McFarlane et al., 1995)

Total relapse ประเมินจากอาการกำเริบทั้งหมดในช่วงเวลา 2 ปี รวมทั้ง Symptomatic relapses และ Clinical relapses พบว่า กลุ่มทดลอง (MFG) มีจำนวน Total relapse น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) คือ 38 episodes และ 60 episodes ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (McFarlane et al., 1995)

Number of relapse episode พบว่าจำนวนครั้งของการป่วยซ้ำ (incidence of relapse) ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$) ในการประเมินผลเมื่อ 1 ปี และ ($p = .009$) เมื่อติดตามผล 1 ปีครึ่ง (Bradley et al., 2006)

Duration of relapse ระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดการป่วยซ้ำ พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดการป่วยซ้ำใช้เวลานานกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 890 วัน ในการเกิดการป่วยซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ย 642 วัน ในการเกิดการป่วยซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) (Bradley et al., 2006)

Episodes of relapse over the study period ในระยะ 1 ปีครึ่ง พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .032$) (Bradley et al., 2006)

Multiple relapse episode (จำนวน 2,3,4 episode) พบในกลุ่มทดลองมี Multiple relapse episode 4% และกลุ่มควบคุมมี Multiple relapse episode 16% ไม่แตกต่างทางสถิติ (Bradley et al., 2006)

Any relapse episode or early – warning signs พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (Bradley et al., 2006)

Hospitalization เป็นการประเมินผลในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโดยประเมินจากประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Use of inpatient services) จากการวิเคราะห์พบว่าจำนวน 2 งานวิจัยที่ได้ประเมินผลลัพธ์นี้ (Dyck et al., 2002; McFarlane et al., 1995) ผลการวิเคราะห์พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปี เมื่อเทียบกับ baseline กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) โดยประเมินจาก Use of inpatient service (Dyck et al., 2002) และมี 1 งานวิจัยพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ 1 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อประเมินผลต่อเนื่องในปีที่ 2 พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงต่ำลงในกลุ่มทดลอง (MFG) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (McFarlane et al., 1995)

Psychiatric symptoms (Positive symptoms / Negative symptoms)

Positive symptoms (อาการด้านบวก) จากการวิเคราะห์มีจำนวน 2 งานวิจัย พบว่าความรุนแรงของอาการด้านบวกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .019$) เมื่อประเมินผล 1 ปี (Bradley et al., 2006) และอีก 1 งานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของอาการด้านบวกระหว่างกลุ่มทดลอง (MFG) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) ทั้ง 2 ระยะในการประเมินผล คือ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปีที่ 2 (McFarlane et al., 1995) ประเมินโดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995)

Negative symptoms (อาการด้านลบ) จากการวิเคราะห์จำนวน 4 งานวิจัย พบว่ามี 2 งานวิจัยที่มีอาการทางด้านลบดีขึ้นหลังทำ Multiple – Family Group Intervention และอีก 2 งานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ผลได้ดังนี้ จากประเมินผลอาการทางด้านลบในทุกๆ 3 เดือน เป็นเวลา 1 ปีพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางด้านลบดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (Dyck et al., 2000) และพบว่าอาการด้านลบของกลุ่มทดลอง (MFG) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) ประเมินผลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อประเมินในปีที่ 2 พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มีคะแนนของอาการทางด้านลบดีขึ้นในขณะที่กลุ่มทดลอง (MFG) มีคะแนนของอาการทางด้านลบดีตลอดการศึกษา แต่พบว่าไม่แตกต่างทางสถิติ (McFarlane et al., 1995) และอีก

2 งานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างของอาการทางด้านลบ เมื่อประเมินผล 1 ปี (Bradley et al., 2006) และอาการทางด้านลบมีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในปีที่ 2 แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Hazel et al., 2004) ประเมินอาการทางด้านลบโดยใช้แบบประเมิน Modified Scale for the Assessment of Negative symptoms (MSANS) 2 งานวิจัย (Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) และใช้แบบประเมิน The Schedule for the Assessment of Negative symptoms (SANS) (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995)

Medical dosage จากการวิเคราะห์ผลมีจำนวน 1 งานวิจัย พบว่ามีผลช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (MFG) ลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลง และกลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มีการเพิ่มขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตมากขึ้นแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p < .12$) เมื่อประเมินในปีที่ 1 และปีที่ 2 ส่วนด้าน ความร่วมมือในการรักษาผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลอง (MFG) มีระดับความร่วมมือในการรักษาสูงถึง 90% (McFarlane et al., 1995)

Patient employment ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ก่อนการทดลองระดับของ work - related activity ในกลุ่มทดลอง (MFG) มี 16% และกลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) มี 21% พบว่า 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = .52$) ส่วนหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง (MFG) มี ระดับของ work-related activity เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) เป็น 34% และ 28% แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = .18$) แต่เมื่อวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลอง (MFG) พบว่ามีระดับของ work-related activity เพิ่มขึ้นถึง 18 % ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ (SFT) เพิ่มขึ้น 7% ประเมินโดยใช้ dichotomous scale (McFarlane et al., 1995)

Social Function ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในการทำหน้าที่ทางสังคม โดยประเมินด้านการทำหน้าที่โดยรวม ใช้ Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) และคุณภาพชีวิตประเมินโดยใช้ Quality of Life (QOL) (Bradley et al., 2006)

Use of crisis care service จากการวิเคราะห์ผลมีจำนวน 1 งานวิจัย ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการใช้บริการฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (Dyck et al., 2002)

Use of outpatient service จากการวิเคราะห์ผลมีจำนวน 1 งานวิจัย ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกลดลงกว่าก่อนการวิจัยทั้ง 2 กลุ่มแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (Dyck et al., 2002)

2.2.2 Psychoeducation Family Intervention ที่ได้นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 6 งานวิจัย ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 4 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li

& Arthur, 2005; Ran et al., 2003) และงานวิจัยระดับ 3 จำนวน 2 งานวิจัย (Muela & Godoy, 2002; ชีระ ถิลาณันทกิจ และคณะ, 2542) สรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภททั้ง 6 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ถิลาณันทกิจ และคณะ, 2542) ต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกว่าติดสารเสพติด หรือ แอลกอฮอล์ (Carra et al., 2007) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 มี 1 งานวิจัย (Ran et al., 2003) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV มี 2 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย CCMD-II-R มี 1 งานวิจัย (Li & Arthur, 2005) และตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV หรือ ICD-10 มี 1 งานวิจัย (ชีระ ถิลาณันทกิจ และคณะ, 2542) และไม่ระบุเกณฑ์การวินิจฉัย 1 งานวิจัย (Muela & Godoy, 2002) ต้องไม่ใช่ผู้ป่วย Schizoaffective ที่ติดสารเสพติด (Ran et al., 2003) ไม่มีปัญหาติดสารเสพติดหรือติดสุรา ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้และปัญหาด้านสมอง (Li & Arthur, 2005) มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยมีคะแนน Global Assessment Scale 30 คะแนนขึ้นไป และมีความร่วมมือในการดูแล รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีอาการทางจิตสงบ ต้องไม่มีอาการกำเริบซ้ำก่อนการให้การรักษาใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน และไม่ได้รับการดูแลอื่น ๆ มาก่อนนอกจากการดูแลตามมาตรฐาน (Carra et al., 2007) อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Li & Arthur, 2005) ส่วนอายุของผู้ป่วย พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 16–65 ปี (Li & Arthur, 2005) และไม่ระบุอายุ 5 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ถิลาณันทกิจ และคณะ, 2542)

สำหรับครอบครัว ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเป็นผู้ดูแลหลัก (Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002) เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน (ชีระ ถิลาณันทกิจ และคณะ, 2542) ต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน (Li & Arthur, 2005) อยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวันและอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี (Cheng & Chan, 2005) ต้องไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมหรือการทำกลุ่มครอบครัวอื่น ๆ มาก่อน (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005) อายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าใจและอ่านภาษาจีนกวางตุ้งได้ (Cheng & Chan, 2005)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัด เป็นพยาบาล (Li & Arthur, 2005) หรือพยาบาลจิตเวช (Cheng & Chan, 2005) ไม่ระบุวิชาชีพของผู้บำบัด 4 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002;

Ran et al., 2003; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) โดยต้องมีการประเมินทางจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี และได้รับการฝึกอบรมจากผู้วิจัย 12 ชั่วโมง ร่วมกับการได้รับการนิเทศ (Li & Arthur, 2005) และได้รับการฝึกอบรมจากจิตแพทย์ (Carra et al., 2007)

ลักษณะของการบำบัด

ลักษณะของการบำบัด จากการวิเคราะห์พบว่ามี 2 ลักษณะ คือ (1) การบำบัดรายครอบครัวร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่ม (Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003) (2) การบำบัดแบบกลุ่ม (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 3 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) ให้การบำบัดในชุมชน 1 งานวิจัย (Ran et al., 2003) ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยใน 1 งานวิจัย (Cheng & Chan, 2005) และให้การบำบัดแบบต่อเนื่องจากผู้ป่วยในจนถึงผู้ป่วยนอก 1 งานวิจัย (Li & Arthur, 2005)

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลตามรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention

ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดมีความแตกต่างกันดังนี้ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10 สัปดาห์ หรือ 2 เดือนครึ่ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง (Cheng & Chan, 2005) ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง) หรือ 2 เดือน (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง) (ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) ให้การบำบัด 2 ระยะ คือ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วย 36 ชั่วโมงสำหรับญาติ และหลังจากจำหน่าย ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมงต่อเดือนเป็นเวลา 3 เดือน (Li & Arthur, 2005) ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 9 เดือน โดยให้การบำบัดเดือนละครั้ง 1.5 – 3 ชั่วโมง ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัวในทุกๆ 3 เดือน (Ran et al., 2003) และใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ปี โดย 6 เดือนแรกบำบัดสัปดาห์ละครั้ง 1 ชั่วโมง 45 นาที และหลังจาก 6 เดือน เข้ากลุ่มบำบัด (support group) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 1-1.5 ปี (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002)

การติดตามประเมินผล พบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ (1) ประเมินผลครั้งเดียว วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Cheng & Chan, 2005) (2) ประเมินผล 9 เดือน (Li & Arthur, 2005; Ran et al., 2003) โดยประเมินผลครั้งเดียวหลังครบการบำบัด (Ran et al., 2003) และประเมินผล 3 ระยะ คือ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เดือนที่ 3 และเดือนที่ 9 หลังจำหน่าย (Li & Arthur, 2005) (3) ประเมินผล 1 ปี หลังให้การบำบัดครบ (ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) (4) และประเมินผล 2 ปีจากเริ่มให้การบำบัด (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002)

โดยประเมินผลในปีที่ 2 (Muela & Godoy, 2002) และประเมินผลโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ เมื่อ 1 ปี และเมื่อ 2 ปี (Carra et al., 2007)

วิธีการบำบัดตามรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 6 งานวิจัย พบว่าวิธีการบำบัดมีความแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งตามโปรแกรมและวิธีการบำบัดได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ รูปแบบการบำบัดที่ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว และ รูปแบบการบำบัดที่ให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่น ดังนี้

2.2.2.1 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีจำนวน 3 งานวิจัย (Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; ชีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542)

Psychoeducation Family Intervention (Cheng & Chan, 2005) สร้างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มๆละ 8 คน จำนวน 10 ครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ทำทุกสัปดาห์ (เพื่อความสะดวกของครอบครัวใน 1 สัปดาห์มีการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในแต่ละแผนการสอนเป็นจำนวน 4 ครั้ง ครอบครัวจะเลือกเข้าช่วงเวลาใดก็ได้) โดยจะเน้นในเรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการ การจัดการกับภาวะวิกฤต ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด และ การบริการด้านสุขภาพจิต โดยแบ่งเนื้อหา ดังนี้ แผนการสอนที่ 1 เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร เป็นการบอกเรื่องเป้าหมาย สร้างความตระหนักในการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและพูดถึงปัญหา และสิ่งที่เน้นย้ำคือการรักษาความลับภายในกลุ่ม แผนการสอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับการวินิจฉัย อาการและอาการแสดง โดยช่วยให้ครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะของโรค ความซับซ้อนและหลากหลายของอาการ แผนการสอนที่ 3 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท แผนการสอนที่ 4 การรักษาโรคจิตเภท ข้อดีข้อเสียของการรักษาด้วยยาระยะยาว และการรักษาฟื้นฟูทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด สังคมบำบัด พฤติกรรมบำบัด และอาชีพบำบัด และการพยากรณ์โรค แผนการสอนที่ 5 ปัญหาของครอบครัว สิ่งสำคัญคือเรื่องความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของอนาคต ความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในครอบครัว การดำเนิน และความรู้สึกผิด ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ให้ระบายความรู้สึกยากลำบากในการดูแล และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหา แผนการสอนที่ 6 ครอบครัวกับโรคจิตเภท เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันในครอบครัว การสนับสนุนความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และการให้ความรู้ในการจัดการความเครียด แผนการสอนที่ 7 การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ สิ่งสำคัญ คือ เน้นด้านการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการตำหนิญาติ การจัดการกับความรู้สึกทางด้านลบของครอบครัว

แผนการสอนที่ 8 การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง หรือรบกวนต่อผู้ป่วย เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน การจัดการกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว และอาการทางด้านลบ เช่น ไร้อารมณ์ ซึมเศร้า การจัดการกับความกังวลใจของครอบครัว เป็นต้น แผนการสอนที่ 9 การใช้บริการ และการจัดการกับภาวะวิกฤต ช่วยให้ญาติเข้าใจระบบบริการและสามารถเลือกใช้ได้เหมาะสม รวมถึงบทบาทความรับผิดชอบของทีมนักจิตวิทยา แผนการสอนที่ 10 สรุป ทบทวนในประเด็นที่ไม่ชัดเจน และการมองอนาคตในเชิงบวก

Group Psychoeducation Family Intervention (ธีระ ลีลานันทกิจ และคณะ, 2542) เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเป็นกลุ่มโดยการอบรมเป็นเวลา 2 วัน หรือปรับระยะเวลาในการอบรมตามความเหมาะสม เช่น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง รวม 8 ครั้ง เป็นเวลา 8 ชั่วโมง (2 เดือน) หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งวันบ่ายใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมงต่อครั้งเป็นจำนวน 3 ครั้ง (3 สัปดาห์) โดยใช้กระบวนการทำกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยมีแผนการสอนที่ 8 แผนการสอน ดังนี้ แผนการสอนที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ แผนการสอนที่ 2 ความรู้โรคจิตเภท อาการและสาเหตุ แผนการสอนที่ 3 การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท แผนการสอนที่ 4 ความรู้สึกและความคาดหวังของญาติต่อผู้ป่วย แผนการสอนที่ 5 การสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย แผนการสอนที่ 6 บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท แผนการสอนที่ 7 การจัดการกับความเครียดของญาติ แผนการสอนที่ 8 กลุ่มเปิดใจ ญาติแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลแก้ปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

Education Family Intervention (Li & Arthur, 2005) เป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย ซึ่งในงานวิจัยไม่ได้ระบุถึงวิธีการบำบัดที่ชัดเจน นอกจากให้แนวทางการบำบัดดังนี้ ระยะที่ 1 กระบวนการสร้างการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและวิเคราะห์ความต้องการของครอบครัว ทำในสัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วย 8 ชั่วโมง และครอบครัว 36 ชั่วโมง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การทำหน้าที่ พฤติกรรมทางจิตสังคม การป่วยซ้ำ และการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเป็นต้น ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลก่อนจำหน่าย ระยะที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน หลังจำหน่าย 2 ชั่วโมงต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน ระยะที่ 5 ประเมินผลลัพธ์ใน 3 เดือน และ 9 เดือนหลังจำหน่าย

2.2.2.2 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ มีจำนวน 3 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003)

Psychoeducation Family Intervention และ Individual Intervention (Muela & Godoy, 2002) โดยมีรูปแบบการบำบัด ดังนี้ ในระยะที่ 1 จะเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประมาณ 5 ครอบครัวต่อกลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์รวม 15 สัปดาห์ เนื้อหาเกี่ยวกับโรคอาการ สาเหตุของโรค การรักษาและอื่นๆ วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย แนวทางการปฏิบัติตัว การผ่อนคลายความเครียด การปรับตัวกับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เป็นต้น และในระยะที่ 2 จะเป็นการบำบัดรายครอบครัว จะพบครอบครัวร่วมกับพบผู้ป่วยเป็นเวลา 15 สัปดาห์ 1 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวได้นำความรู้ไปปรับใช้โดยมีการเขียนข้อตกลงร่วมกันในพฤติกรรมแต่ละด้านที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อช่วยให้ครอบครัวลดความตึงเครียด เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้เวลาการบำบัดในระยะที่ 1-2 เป็นเวลา 30 สัปดาห์ (7 เดือนครึ่ง) และระยะที่ 3 จะเป็นการติดตามผลโดยใช้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 15 วัน รายงานสภาพอาการ การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนการรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่องจนครบ 2 ปี

Psychoeducation Family Intervention และ Multiple Family Group Intervention (Ran et al., 2003) ให้ความรู้พื้นฐานแบบรายครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย คำจำกัดความของโรคจิตเภท ลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภท การพยากรณ์โรค การรักษาด้วยยา การสร้างความร่วมมือในการรักษา การป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูทางสังคม โดยพบเดือนละครั้งๆ ละ 1.5 – 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 9 เดือน และ ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว โดยหยิบยกประเด็นปัญหาของแต่ละครอบครัวขึ้นมาพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ทำกลุ่มครอบครัวในทุกๆ 3 เดือน ในเดือนที่ 3 , 6 และเดือนที่ 9 รวม 3 ครั้ง โดยใช้เวลารั้งละ 90 นาที นอกจากนี้ในช่วง 2 เดือนแรกจะมีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ จิตแพทย์ในชุมชน ให้ความรู้แก่ญาติในเรื่อง การจัดการกับภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง โดยผ่านทางสถานีวิทยุ

Psychoeducation Family Intervention และ Support group (Carra et al., 2007) โดยมีการบำบัดเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะแรกจะให้เข้ากลุ่ม Information group (IG) โดยจัดให้ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มละ 16-18 คน พบสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 1 ชั่วโมง 45 นาที ทั้งหมด 24 ครั้ง รวม 6 เดือน ซึ่งครอบครัวจะต้องได้รับความรู้ที่ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การ

รักษาด้วยยาทางจิตเวช การปฏิเสธการรักษา หรือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการอยู่ร่วมกันในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ได้ด้วยตนเองหรือความต้องการพึ่งพา และการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือโดยวิธีการบรรยาย วิดีโอเทป และให้ใบความรู้ และ (2) ระยะที่ 2 จะให้เข้ากลุ่ม Support group (SG) โดยทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งหมด 48 ครั้ง รวม 12 เดือน กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วยกลุ่มละ 8-9 คน (โดยจะต้องผ่านการเข้ากลุ่ม IG มาก่อน) ซึ่งในระยะที่ 2 นี้จะแบ่งการบำบัดออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 จะเน้นในการฝึกทักษะต่างๆ เช่น ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะแก้ไขปัญหาจากประสบการณ์ของหลายๆ ครอบครัว ทักษะการรับรู้และจัดการความเครียด ระยะนี้ทำในช่วงปีแรก และในระยะที่ 2 ให้การบำบัดครอบครัวแบบ multiple family support group โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มเกิดความเชื่อมโยงสัมพันธ์จนกลายเป็นเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำต่อเนื่องครบกลุ่ม 1 ปี ครั้ง - 2 ปี

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดตามรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการบำบัดในแบบ Psychoeducation Family Intervention พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้านดังนี้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว จากการวิเคราะห์จำนวน 6 งานวิจัย พบว่ามีการประเมินผลลัพธ์ด้านนี้ มีจำนวน 4 งานวิจัย ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์ดังนี้

ด้านภาระของครอบครัว (Family burden) ซึ่งได้แยกการรายงานผลดังนี้

ด้านภาระของครอบครัว (Family burden) ซึ่งจะประเมิน 6 หัวข้อหลักๆ คือ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การปฏิสัมพันธ์ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระครอบครัวลดลงหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวันของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพกาย สุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว วัดโดยใช้ Family Burden Interview Schedule (FBIS) (Cheng & Chan, 2005)

Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency ภาระของญาติ ประเมินจากผลกระทบเรื่องการดูแลบ้าน ไม่มีเวลาว่าง หรือ การประกอบอาชีพ พบว่า *Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency* ในปีที่ 1 โดยกลุ่มทดลอง (Informal group + Support group : IG + SG) มีคะแนนดีกว่า 2 กลุ่ม คือกลุ่มเปรียบเทียบ (Informal group : IG) และกลุ่มควบคุม (Treatment as usual : TAU) แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p = 0.41$) เช่นเดียวกับในปีที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.89$) (Carra et al., 2007)

Relatives subjective burden วัดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจ พบว่า Relatives subjective burden ทั้งปีแรกและปีที่ 2 ใน 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่พบว่าในปีที่ 2 กลุ่ม ทดลอง (IG+SG) ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (IG) กลุ่มควบคุม (TAU) (Carra et al., 2007)

Relatives objective burden in terms of patients' social function ภาระของญาติ ประเมินผลกระทบในเรื่องมีปัญหาสัมพันธ์ทางกายในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า Relatives objective burden in terms of patients' social function ปีแรกใน 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่ในปีที่ 2 พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) โดยกลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มทดลอง (IG+SG) แย่ลง (Carra et al., 2007)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยวัดขีดสมรรถนะของบุคคลในการจัดการกับความท้าทายและการเผชิญกับความกดดันหรือความเครียดในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต ประเมินโดยใช้ General Perceived Self-Efficacy Scale (SES) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p<.01$) โดยเฉพาะในส่วนของการแก้ไขปัญหา (Cheng & Chan, 2005)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคลต่อการสนับสนุนทางสังคม วัดโดยใช้ Six-item Social Support Questionnaire (SSQ-6) พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.01$) (Cheng & Chan, 2005)

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ก่อนการบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการบำบัดพบว่าเมื่อประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.001$) และเมื่อประเมินผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 9 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) และเมื่อประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองกับเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อ 3 เดือน และ 9 เดือนพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกระยะที่ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง ($p<0.4$) (Li & Arthur, 2005)

The change of relatives' beliefs on illness ทศนคติของญาติต่อโรค พบว่าด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและการรักษาที่ด้อยประสิทธิภาพของผู้รักษาในกลุ่มทดลองลดลงเหลือ

ร้อยละ 11.1 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment Group) ร้อยละ 26.7 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 21.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการประเมินผลลัพธ์ดังนี้

อัตราการป่วยซ้ำ / อัตราอาการกำเริบ (Relapse rate) พบว่า มี 4 งานวิจัยที่ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านนี้

อัตราการป่วยซ้ำหรือกำเริบ (Relapse rate) ประเมินจากประวัติ Re-admission พบว่าในปีแรก กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำ 20% กลุ่มควบคุม มี 63% ในปีที่ 2 กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำ = 0 และกลุ่มควบคุมมี 40% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$) (Muela & Godoy, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับอีก 2 งานวิจัยที่พบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลงเช่นกัน เมื่อประเมินผลลัพธ์เมื่อ 9 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลอง มีอัตราการป่วยซ้ำเท่ากับ 16% และกลุ่มควบคุม มีอัตราการป่วยซ้ำ เท่ากับ 37% แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (Li & Arthur, 2005) และมีอัตราการป่วยซ้ำลดลงจากเดิม เมื่อประเมินผล 1 ปี คือ จาก 48.44% ลดลงเหลือ 16.67% (ธีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542)

อัตราการป่วยซ้ำหรือกำเริบ (Relapse rate) โดยประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติไม่มีการของโรคจิตเภทใหม่ หรืออาการของโรคที่แย่งชัดเจน ซึ่งใช้ The Present State Examination (PSE-9, Chinese translation) ประเมินผลเมื่อ 9 เดือนพบว่าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment group) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment group) พบอัตรากำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003)

อัตราการป่วยซ้ำหรือกำเริบ (Relapse rate) โดยประเมินจากคะแนน the Global Assessment Scale (GAS) ที่ต่ำกว่า 30 คะแนน เมื่อประเมินในปีที่ 1 และปีที่ 2 ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Carra et al., 2007)

Hospitalization / Hospital admission ประเมินการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยนับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากเดิมคิดเป็น 72.1% จาก 43 ครั้งเหลือ 12 ครั้ง (ธีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542) ส่วนอีกงานวิจัยพบว่าเมื่อประเมินในปีที่ 1 และปีที่ 2 ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) ไม่มีความแตกต่างกัน (Carra et al., 2007)

จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง คิดเป็น 73.1% จากจำนวน 1,934 วัน เหลือ 520 วัน (ธีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542)

Psychiatric symptoms (อาการทางจิต) จากการวิเคราะห์พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม มีคะแนนของอาการทางจิตไม่แตกต่างทางสถิติ ประเมินเมื่อวันที่จำหน่าย และ 3 เดือนหลังจำหน่ายแต่พบที่มีความแตกต่างกันในช่วงเวลา 9 เดือนหลังจำหน่าย โดยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตดีกว่ากลุ่มควบคุมกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนจากฐานเดิมกับวันจำหน่าย เมื่อ 3 เดือนหลังจำหน่าย และ 9 เดือนหลังจำหน่ายพบว่าแตกต่างกันในทุกระยะ ($p < .001$) และเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนจากฐานเดิมกับวันจำหน่าย เมื่อ 3 เดือนหลังจำหน่าย และ 9 เดือนหลังจำหน่าย พบว่าแตกต่างกันในทุกระยะ ($p < .001$) ซึ่งประเมินโดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Li & Arthur, 2005)

Clinical status โดยประเมินจาก Full recovery / Significant improvement / Severe symptom/deterioration จากการวิเคราะห์พบว่า Clinical status ในกลุ่มทดลอง (Psychoeducation Family Intervention) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment group) ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p > .05$) แต่พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น (Full recovery) ในกลุ่มทดลอง (Psychoeducation Family Intervention) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment) มีมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003)

Treatment compliance (ความร่วมมือในการรักษา)

Treatment compliance (ความร่วมมือในการรักษา) มี 2 งานวิจัยที่วัดผลลัพธ์ด้านนี้ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลอง (Psychoeducation Family Intervention) มีความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Drug treatment) และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มเปรียบเทียบ (Drug treatment) ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยประเมินความร่วมมือในการรักษา 3 ระดับ คือ ระดับ 1 มีความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ระดับ 2 มีความร่วมมือในการรักษาไม่ต่อเนื่อง และ ระดับ 3 ไม่ร่วมมือในการรักษา ประเมินผลเมื่อ 9 เดือน (Ran et al., 2003) ส่วนอีกงานวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลอง (IG+SG) มีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ทั้งในปีที่ 1 และ ปีที่ 2 ($p=0.07$) และ ($p=0.68$) โดยประเมินจากความร่วมมือในการรักษาตามมาตรฐานชุมชน (Carra et al., 2007)

ด้านจิตสังคม มีการวัดผลลัพธ์ดังนี้

การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ The Chinese version of the Global Assessment Scale (GAS) ผลพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันเฉพาะ ช่วงเวลา 9 เดือนโดยกลุ่มทดลองมีคะแนน GAS สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนจากฐานเดิมกับวันที่จำหน่าย เมื่อ 3 เดือนหลังจำหน่าย 9 เดือนหลังจำหน่าย พบว่าในทุกระยะคะแนน GAS เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005)

Mental disability เป็นการประเมินผลกระทบต่อการปรับตัวและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีระยะเจ็บป่วยทางจิตเกิน 1 ปี ไม่พบความแตกต่างของระดับของ Mental Disability ในระหว่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment Group) และกลุ่มควบคุม ($p > 0.05$) (Ran et al., 2003)

พฤติกรรมทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ The Chinese version of the Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOISE) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉพาะช่วงจำหน่ายและช่วง 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน NOISE สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.03$) และ ($p = 0.02$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนน NOISE เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อจำหน่ายมีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005)

Ability to work ประเมินความสามารถในการทำงานโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ Full time, part time และ No ability ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$) ในเรื่องของความสามารถในการทำงานทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment Group) และกลุ่มควบคุม ประเมินเมื่อจบการบำบัดในเดือนที่ 9 (Ran et al., 2003) และอีกงานวิจัยพบว่าในด้านการประกอบอาชีพเมื่อประเมินผลในปีที่ 1 และปีที่ 2 พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Carra et al., 2007)

2.2.3 Mutual support group for Family Intervention (กลุ่มช่วยเหลือตนเอง) ที่ได้นำมาวิเคราะห์ มีจำนวน 2 งานวิจัย ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2 ทั้ง 2 งานวิจัย สรุปได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท โดยแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ป่วยไม่เกิน 3 ปี (Chien et al., 2005) ต้องไม่มีโรคจิตเวชอื่นๆ (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และไม่ใช้สารเสพติด (Chien & Chan, 2004)

สำหรับครอบครัว ต้องมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เข้าใจภาษาจีน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลักไม่น้อยกว่า 3 เดือน และต้องไม่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางกายมากกว่า 1 คน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลหลักมากกว่า 1 คนให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกใครเป็น

ผู้ดูแลหลัก (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และผู้ดูแลต้องไม่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Chien et al., 2005)

ผู้บำบัด

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลไม่มีรายละเอียดคุณสมบัติของ Group Facilitator (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004)

ลักษณะของการบำบัด

ลักษณะการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มครอบครัวทั้ง 2 เรื่องและให้การบำบัดเมื่อเป็นผู้ป่วยนอก (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004)

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลตามรูปแบบ Mutual support group for Family Intervention

ระยะเวลาในการบำบัด จากการวิเคราะห์พบว่าใช้ระยะเวลาในการบำบัด 6 เดือน ทั้ง 2 งานวิจัย (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004)

การติดตามประเมินผล พบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ มีการติดตามประเมินผลเป็นเวลา 6 เดือน โดยติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังให้การบำบัดครบ (Chien et al., 2005) และติดตามเป็นเวลา 1 ปี โดยติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 1 ปี หลังให้การบำบัดครบ (Chien & Chan, 2004)

วิธีการบำบัดตามรูปแบบ Mutual support group for Family Intervention

จากการวิเคราะห์ทั้ง 2 งานวิจัย ครอบครัวจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยนอก และจะได้รับการบำบัดครอบครัวแบบ Mutual support group ซึ่งมีแนวทางการบำบัด ดังนี้ จัดกลุ่มครอบครัว 10 – 11 คน ต่อกลุ่ม (Chien & Chan, 2004) ผู้นำกลุ่ม (a peer leader) ของ Mutual support group จะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยสมาชิกเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานภายในกลุ่ม (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ผู้นำกลุ่มและผู้ประสานภายในกลุ่ม ต้องดำเนินกลุ่มภายใต้หลักการสำคัญของ Mutual support group 6 ประการ คือ (1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่นำมาพูดคุยในกลุ่มต้องเก็บเป็นความลับไม่นำไปพูดต่อหรือเผยแพร่ (2) การคิดและหาแนวทางในการแก้ปัญหา สมาชิกสามารถที่จะคิดและหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (3) อภิปราย พูดคุยในเรื่องที่เป็นความลับและต้องห้าม (4) ความรู้สึกลงเรือลำเดียวกัน ความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน การทำงานภายใต้พันธะสัญญาร่วมกัน (5) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้และรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก และ (6) การแก้ปัญหารายบุคคล เป็นการที่กลุ่มช่วยเหลือสมาชิกเป็นรายบุคคลในการแก้ปัญหานั้นโดยเฉพาะของบุคคลนั้น บำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ๑ละ 2 ชั่วโมง โดยกำหนดโปรแกรม 6 เดือนแบ่งเป็น

5 ระยะ คือระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่น ตั้งเป้าหมายร่วมกัน จัดทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้ ความต้องการทางด้านจิตสังคม เป็นการเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม จัดทำกลุ่มจำนวน 2-3 ครั้ง ระยะที่ 3 การเผชิญกับความต้องการทางด้านจิตสังคมของตนเองและครอบครัว สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของความต้องการของตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จัดทำกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ในระยะนี้ผู้ป่วยเข้าร่วมบำบัดด้วย ระยะที่ 4 ทบทวนบทใหม่ และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายโดยเรียนรู้จากกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา การดูแลและจัดการผู้ป่วย จัดกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง และ ระยะที่ 5 ยุติกลุ่ม โดยมีเตรียมการยุติกลุ่ม และยุติกลุ่ม จัดทำกลุ่มจำนวน 1-2 ครั้ง (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดตามรูปแบบ Mutual support group for Family

Intervention

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการบำบัดในแบบ Mutual support group for Family Intervention พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้านดังนี้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว จากการวิเคราะห์จำนวน 2 งานวิจัย ได้มีการศึกษาผลลัพธ์ด้านครอบครัว ซึ่งมีการประเมินผลดังนี้

Use of mental health services by families ในเรื่องการใช้บริการสุขภาพจิตโดยครอบครัวพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ประเมินโดยใช้ The Family Support Service Index (FSSI) Chinese version ประเมินผลเมื่อ 6 เดือนหลังให้การบำบัด (Chien & Chan, 2004)

การทำหน้าที่ของครอบครัว จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งประเมินใน 7 มิติ คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทของครอบครัว การตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรักความผูกพัน การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป หลังให้การบำบัด 1 สัปดาห์ การทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มทดลอง (Mutual support group) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Psychoeducation group) และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะในประเด็นของการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และการทำหน้าที่โดยทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังให้การบำบัด 6 เดือนพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มทดลอง (Mutual Support Group) มีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ประเมินโดยใช้ Family Assessment Device (FAD) (Chien et al., 2005)

Family Support Services ด้านความต้องการความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคม พบว่าความต้องการความช่วยเหลือบริการทางสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง กลุ่ม

เปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ประเมินโดยใช้ Family Support Service Index(FSSI) (Chien et al., 2005)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้

Re-hospitalization จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้ง 3 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่ากลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลงทั้ง 2 ระยะที่วัดผล คือ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังให้ การบำบัด แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Chien et al., 2005)

Number and duration of hospitalizations of patients จากการวิเคราะห์ผลศึกษา พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ลดลงมากที่สุดในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระยะเวลาการรักษากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษานในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Chien & Chan, 2004)

Clinical status จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตประเมินจากความรุนแรงของอาการทางด้านบวก (positive symptoms) พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการทางด้านบวกน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ประเมินโดยใช้ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Chien & Chan, 2004)

การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย (patients' psychosocial functioning) ซึ่งได้มีการประเมินผลลัพธ์ด้านนี้ทั้ง 2 งานวิจัย และพบว่าการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นทั้ง 2 งานวิจัย (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับการคงสภาพของตนเอง (Self maintenance) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ทักษะการอยู่ร่วมกันในชุมชน (Community living skills) (Chien et al., 2005) พบว่าคะแนนการทำหน้าที่ทางจิตสังคมในกลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ ($p < .001$) ประเมินเมื่อ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังให้การบำบัดครบ (Chien et al., 2005) และเมื่อประเมิน 6 เดือน และ 1 ปี (Chien & Chan, 2004) โดยมีความแตกต่างชัดเจนในด้านการคงสภาพของตนเอง(Self maintenance) (Chien et al., 2005) ประเมินโดยใช้ the Specific Level of Functioning Scale (SLOF) Chinese version

2.2.4 Need-based Cognitive –Behavior Family Intervention ที่ได้นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 1 งานวิจัย (Sellwood et al., 2001) ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2 สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นโรค Schizophrenia , Schizoaffective disorder , Delusional disorder อย่างน้อย 2 ปี มีอาการป่วยซ้ำเนื่องจากอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ต้องเข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในภายใน 2 ปี และต้องไม่มี Primary diagnosis เป็น organic brain disease หรือ Learning disability อายุ 18 – 65 ปี และมีเวลาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ที่ได้อยู่กับผู้ดูแลใน 1 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับครอบครัว ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (Sellwood et al., 2001)

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นทีมวิชาชีพที่ไม่ได้ระบุวิชาชีพที่ชัดเจน (Sellwood et al., 2001)

ลักษณะของการบำบัด เป็นการบำบัดแบบรายครอบครัวและกลุ่มครอบครัว (Sellwood et al., 2001)

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลตามรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล จากการศึกษาพบว่าใช้ระยะเวลาในการบำบัด 6 เดือน และมีการติดตามผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังจบการบำบัด (Sellwood et al., 2001)

วิธีการบำบัดตามรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention

จากการวิเคราะห์งานพบว่าผู้รับการบำบัดจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับ Family support ซึ่งประกอบด้วย (information, benefits advice, advocacy, emotional support , practical help) ร่วมกับการบำบัด Cognitive Behavioral Family Intervention โดยมีการบำบัดทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้

สำหรับผู้ดูแล การบำบัด Cognitive Behavioral Family Intervention มีวัตถุประสงค์การบำบัดดังนี้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นโดยให้ครอบครัวได้เข้าใจถึงองค์ประกอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High – EE) เช่น การติเตียน การก้าวท้าว ปกป้องมากเกินไป การเผชิญปัญหาไม่ดี เป็นต้น สามารถระบุความต้องการ และการวางแผนที่จะบรรลุความต้องการนั้นได้ การบำบัดขึ้นอยู่กับการพิจารณาของครอบครัว โดยประเมินความต้องการ ตามแบบประเมินของ The relative's version of the cardinal Needs Schedule (RCNS) ซึ่งมี 5 ด้านใหญ่ ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านข้อมูล และการติดต่อประสาน (2) การจัดการกับอาการ (3) การสร้างสัมพันธภาพ (4) ผลกระทบของผู้ดูแล (5)

อารมณ์ด้านที่เกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วย โดยมีเกณฑ์ คือ ต้องระบุปัญหาที่สำคัญโดยที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนัก และผู้ดูแลมีความร่วมมือในการที่จะต้องการให้ช่วยเหลือในปัญหานั้น ครอบครัวจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลที่บ้านจำนวน 2 โปรแกรม ทักษะในการจัดการกับความเครียด (Stress Management program) เป็นโปรแกรมในการสังเกตติดตามเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิบัติที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเครียด และการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จำนวน 3 โปรแกรม และ Program of Goal Setting 8 โปรแกรม โดยกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติ ในสิ่งที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง สอนให้ผู้ดูแล มีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมี 2 รูปแบบ คือ Enactive method และ Symbolic และจะต้องเลือกเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน 2 รูปแบบนี้ สำหรับรูปแบบ Enactive method จะออกมาในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การแสดงบทบาทสมมติ , guided practice , record keeping , corroborated active participation แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด tapes exercise practice และการใช้เทคนิค counter stressful situations (Enactive) เป็นต้น ส่วนในรูปแบบ Symbolic การสอนครอบครัวจะเป็นลักษณะการให้คำปรึกษาและแนะนำ

สำหรับผู้ป่วย การบำบัด Cognitive Behavioral Intervention มีวัตถุประสงค์การบำบัดดังนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจน เกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้อาการทางจิตยังคงอยู่ และระดับอารมณ์ที่เกิดขึ้นมา เพื่อแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการช่วยลดอาการและอารมณ์ทางด้านลบ โดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ ผู้ป่วย จะได้รับความรู้และรู้จักการติดตามอาการตนเองที่ผิดปกติ เช่น การรับรู้ที่ผิดปกติ ความคิดที่ผิดปกติ หรือ ประสบการณ์จากภาวะหลงผิดที่กลายเป็น unusual thought ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และรูปแบบความคิดไม่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการเผชิญปัญหาและสามารถนำไปปฏิบัติได้ และสามารถลดอาการเฉพาะที่สำคัญๆได้ เช่น อาการที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการไม่สุขสบาย และรบกวนหน้าที่ในการทำงานโดยใช้เทคนิค CBT. (1) Cognitive strategies (วิธีการบำบัดทางความคิด) เช่น ความตั้งใจที่จะเปลี่ยน ความตั้งใจที่จะทำให้มันแคบลงหรือลดลง การสอนหรือการแนะนำตนเอง (2) Behavioral strategies (วิธีการบำบัดทางพฤติกรรม) เช่น การทำกิจกรรมตามลำพังมากขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้น การเป็นอิสระจากสังคม การทดสอบสภาพความเป็นจริง (3) strategies of produce physiological change (วิธีการหรือกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย) เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการหายใจ และเทคนิคการแก้ไขปัญหา ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลในการแก้ไขปัญหาย่างมีระบบ นำไปปฏิบัติสู่การแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับลักษณะของอาการที่หลงเหลือที่จะเกิดตามมาของโรคจิตเภท ของความสูญเสียความสามารถในกระบวนการคิดที่เป็นระบบในแก้ไขปัญหามานในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยได้รับการ

แนะนำให้จัดลำดับหรือบันทึกในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบาก หรือไม่พึงพอใจ ผู้บำบัดอธิบายให้เข้าใจหลักของเทคนิคการแก้ไขปัญหาคือ ต้องระบุปัญหาให้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ลำดับปัญหาที่จะนำไปสู่การเลือกวิธีแก้ไขปัญห โดยประเมินถึงศักยภาพ ประโยชน์ และผลลัพธ์ในแต่ละทางเลือก โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ถ้าไม่เป็นตามความคาดหวังให้เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคือใหม่ที่เหมาะสมกับตนเอง และให้กำลังใจกับตนเองเมื่อสามารถใช่วิธีการแก้ไขปัญหาคือใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งในการนำแต่ละเทคนิคดังกล่าวข้างต้นไปปฏิบัตินั้นต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและนำไปปฏิบัติ และในการติดตามผลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ คำแนะนำ ให้การส่งเสริมในทางบวกจากผู้บำบัด สำหรับความพยายามในการฝึกปฏิบัติ ระหว่างนี้ผู้บำบัดต้องพยายามให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาคือใหม่ได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ซึ่งในการบำบัดแต่ละโปรแกรมผู้บำบัดจะได้รับการบ้านนำกลับไปปฏิบัติ และนำกลับมาทบทวนทุกครั้งก่อนเริ่มการบำบัดในครั้งต่อไป และจะประเมินผลหลังได้รับการบำบัด 2 – 3 ครั้ง เพื่อดูความก้าวหน้าและให้ทบทวนเป้าหมาย ประเมินอาการและให้การบำบัดต่อ จำนวนครั้งของการบำบัดจะอยู่ในช่วง 10 – 20 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Sellwood et al., 2001)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดตามรูปแบบ Need-based Cognitive –Behavior

Family Intervention

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากการบำบัดตามรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้าน ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ดังนี้

Cardinal need ประเมินความต้องการ ตามความต้องการของผู้ดูแล 5 ด้าน คือ (1) ด้านการให้ข้อมูลและการติดต่อประสานงาน ประกอบด้วย ด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากวิชาชีพ อาการป่วยซ้ำและการป้องกันการป่วยซ้ำ (2) ด้านการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย อาการทางจิต พฤติกรรมต่อต้านทางสังคม อาการด้านลบ ปัญหาระหว่างบุคคล อาการทางด้านอารมณ์ (3) ด้านการสร้างสัมพันธภาพ (4) ด้านผลกระทบของผู้ดูแล ประกอบด้วย ด้านการประกอบอาชีพ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการเงิน ด้านกิจกรรมทางสังคม และ (5) ด้านอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ประเมินผล 6 เดือนหลังให้การบำบัดครบ พบว่าความต้องการของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.01$) และเมื่อประเมินผล 1 ปีหลังให้การบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.1$) (Sellwood et al., 2001)

Carer Stress and Burden ด้านความตึงเครียดและการดูแล พบว่าในทุกครั้งที่ประเมินผล คือ เมื่อ 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัด ด้านความตึงเครียดและการ

ครอบครัว ที่ประเมินใน 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และ พฤติกรรมทางสังคม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน 3 ชนิด คือ (1) ประเมิน The General Health Questionnaire (GHQ) (2) The Beck Depression Inventory (BDI) (3) Section D of the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS (d)) (Sellwood et al., 2001)

Expressed emotion เป็นการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ซึ่งพบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต่ำ (Low EE) มีจำนวน 32 คน (49%) และ ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High EE) มีจำนวน 33 คน (51%) ซึ่งพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Sellwood et al., 2001)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้

การป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ (Relapse) เป็นการประเมินอาการป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ โดยประเมินจากเวลาที่ ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรงของอาการ ซึ่งจะประเมินใน 2 รูปแบบ (1) จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (2) ระยะเวลาในการเกิดอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจัดการ เช่น เพิ่มการสังเกตอาการใกล้ชิด การเปลี่ยนการใช้ยา ซึ่งได้แยกการรายงานผลดังนี้

การป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ (Relapse) เมื่อประเมินจำนวนของการเกิดอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$) (Sellwood et al., 2001)

สำหรับการป่วยซ้ำโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองพบการป่วยซ้ำโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 16% และ กลุ่มควบคุมพบ 49% มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$)

ระยะเวลานับจากวันที่เริ่มป่วยซ้ำและกลับมาทุเลา พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 0 - 177 วัน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0 - 218 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) (Sellwood et al., 2001)

จำนวนครั้งของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างจากเดิม (Sellwood et al., 2001)

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวน 11 ครั้ง และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ครั้ง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Sellwood et al., 2001)

Effect for time spent Relapse while remaining in the community พบว่ากลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 0 -84 วัน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0 – 110 วัน (Sellwood et al., 2001)

Time spent in Hospital ในกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 0-177 วัน กลุ่มควบคุม 0-110 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Sellwood et al., 2001)

ระดับความรุนแรงของอาการ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=.005$) ประเมินโดยใช้ Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) (Sellwood et al., 2001)

การทำหน้าที่ของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ พบว่า เมื่อประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.006$) และ ($p=0.02$) ตามลำดับ ประเมินโดยใช้ Global Assessment Scale (GAS) (Sellwood et al., 2001)

การทำหน้าที่ทางสังคม จากการวิเคราะห์ พบว่าเมื่อประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.5$) และ ($p=0.6$) ตามลำดับ ประเมินโดยใช้ Social Functioning Scale(SFS) (Sellwood et al., 2001)

ความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องของความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ประเมินโดยใช้ระดับการวัดความร่วมมือเป็น 4 ระดับ (Sellwood et al., 2001)

2.2.5 A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia ที่ได้นำมาศึกษามีจำนวน 1 งานวิจัย ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 3 (Herz et al., 2000) สรุปได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia , schizoaffective disorder ไม่มีประวัติ organic mental disorder หรือ mental retardation ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R มีความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ โดยอย่างน้อยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ต้องมีประวัติการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือ มีประวัติการ Admission 2 ครั้งขึ้นไป อายุ 19 – 60 ปี

ต้องไม่คิดสารเสพติด หรือสุราอย่างรุนแรงจนต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือ ต้องเข้ารับการบำบัดล้างพิษ (Herz et al., 2000)

สำหรับครอบครัว ไม่มีรายละเอียด

ผู้บำบัด

ผู้บำบัด เป็นทีมรักษา ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการนำของการป่วยซ้ำ และมีคู่มือช่วยในการประเมินอาการนำ (Herz et al., 2000)

ลักษณะของการบำบัด

ลักษณะการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่มและให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Herz et al., 2000)

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผลตามรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล จากการศึกษาพบว่าการบำบัดและติดตามผล 1 ปีครึ่ง มีการติดตามเป็นระยะ คือ 2, 6, 12, 18 เดือนหลังให้การบำบัด (Herz et al., 2000)

วิธีการบำบัดตามรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่ารูปแบบ A Program for Prevention in Schizophrenia : PRP เป็นรูปแบบการบำบัดครอบครัวในการใช้โปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทโดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ (1) ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาในขนาดมาตรฐาน (2) ให้ความรู้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เกี่ยวกับกระบวนการการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การเข้าใจและรู้ถึง อาการ และพฤติกรรมที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ (3) มีการติดตาม สังเกต อาการนำของการป่วยซ้ำ โดยทีมบำบัด ครอบครัว ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (4) ให้การช่วยเหลือบริการทางคลินิกภายใน 24 -48 ชั่วโมงเมื่อพบอาการนำของการป่วยซ้ำ อาจเพิ่มยาในการรักษาหากจำเป็น เพิ่มความถี่ในการจัดการกับภาวะวิกฤต (5) ให้ supportive therapy และการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง ๆ 1 ชั่วโมง (6) การเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะต้องมาเข้ากลุ่มเดือนละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 เดือน รวม 18 เดือน และ (7) ทุกๆ 2 สัปดาห์ ทีมรักษาจะทบทวนการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วครอบครัวจะได้รับการดูแลรายกรณี พบครอบครัวเดี่ยว และการเยี่ยมบ้านในกรณีที่ต้องการ (Herz et al., 2000)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดตามรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ จากการบำบัดตามรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia พบว่ามีการศึกษาผลลัพธ์ในแต่ละด้านดังนี้

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ในการศึกษาไม่มีการวัดผลลัพธ์ด้านครอบครัว

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้

Relapse and Re-hospitalization (ผลลัพธ์ด้านการป่วยซ้ำ / อาการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ข้อบ่งชี้อาการกำเริบ ประเมินจาก Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) (increase in any PANSS to moderate severe or higher ≥ 5) , Global Assessment Scale (GAS) (score of 30 or less) การวัดผลลัพธ์ของการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่ม stable (อาการคงที่ตลอดตั้งแต่เริ่ม intervention จนถึง Follow up) (2) กลุ่ม relapse episode (ผู้ป่วยมีอาการนำของการ relapse จนถึง relapse) และ (3) กลุ่ม prodromal only with no relapse (ผู้ป่วยมีอาการนำของการ relapse แต่ไปไม่ถึง relapse) และ Re-hospitalization โดยประเมินจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Herz et al., 2000) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง (PRP) มีอัตรากำเริบ 17% และกลุ่มควบคุม (TAU) มีอัตรากำเริบ 34% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลอง (PRP) มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 22% และกลุ่มควบคุม (TAU) มีจำนวน 39% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) (Herz et al., 2000)

Early detection of the onset of the Relapse process พบว่าความสามารถในการค้นพบอาการกำเริบ กลุ่มทดลอง (PRP) มีอาการกำเริบเต็มที่ 4% และกลุ่มควบคุม (TAU) มีอาการกำเริบเต็มที่ 35% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) (Herz et al., 2000)

Detection with Full hospitalized พบว่ากลุ่มทดลอง (PRP) มี 8% และกลุ่มควบคุม (TUA) มี 40% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) (Herz et al., 2000)

การใช้ยา Antipsychotic พบว่า กลุ่มทดลอง (PRP) ใช้ขนาดยาต้านโรคจิต (Chlorpromazine เทียบเท่า) ลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุม (TAU) ใช้ขนาดยาต้านโรคจิตเพิ่มขึ้น พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) (Herz et al., 2000)

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ รวบรวมและวิเคราะห์ งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างเป็นระบบ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อ สรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายผล ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับ Family Interventions for Schizophrenia patients

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 15 งานวิจัย เมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ มาประเมินคุณภาพงานวิจัยตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melynck and Fineout – Overholt (Melynck & Fineout – Overholt, 2005) พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเป็นระดับ 2 คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างน้อยที่สุดมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs (Randomized Control trials) มีจำนวน 12 งานวิจัย และระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวน 3 งานวิจัย ในจำนวน 15 งานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 14 งานวิจัย และ งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 งานวิจัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนั้นองค์ความรู้ทั้ง 15 งานวิจัย ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Family Interventions for Schizophrenia patients) นั้น ถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 15 งานวิจัย นั้น มีรูปแบบของการบำบัดที่มีทั้งความคล้ายคลึงและมีความแตกต่างกัน ซึ่งพบว่าสามารถแบ่งรูปแบบการบำบัดได้ 5 รูปแบบ และจะนำเสนออภิปรายผลในแต่ละรูปแบบ โดยมีองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบ คือ ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ลักษณะของการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัด ระยะเวลาติดตามผล วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด ส่วนผลลัพธ์ที่ได้ประเมินนั้น ได้มีการประเมินใน 2 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการ

บำบัด คือ ผลลัพธ์ด้านครอบครัว และ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยมีการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ดังที่จะอภิปรายผลการศึกษาต่อไป

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับ Family Interventions for Schizophrenia patients

2.1 รูปแบบ Family Interventions for Schizophrenia patients

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัย พบว่ารูปแบบของแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Family Intervention) ที่ใช้ในการศึกษา มี 5 รูปแบบ ดังนี้

1. Multiple - Family Group Intervention มีจำนวน 5 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) มีงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดครอบครัวในรูปแบบของ Multiple- Family Group Intervention ถึง 5 งานวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบ Multiple-Family Group Intervention นั้นเป็นที่สนใจและเป็นที่นิยมนำมาใช้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่าได้มีการนำเอาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุของโรค กระบวนการรักษา ทักษะในการจัดการกับปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบโดยใช้ Standard protocol โดยให้ความรู้ผ่านวิดีโอเทป การบรรยาย หรือการใช้คู่มือเข้ามาเป็นองค์ประกอบของการบำบัด ทั้งนี้เนื่องจาก Multiple-Family Group Intervention มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการฟื้นฟูครอบครัวและผู้ป่วยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การทำหน้าที่ทางสังคมโดยทำกลุ่มร่วมกับญาติแบบหลายครอบครัว เพราะต้องการให้เกิดการกระตุ้นความร่วมมือระหว่าง ผู้บำบัด ครอบครัว และผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์การศึกษาในรูปแบบ Multiple- Family Group Intervention ได้มีการประเมินผลลัพธ์ของครอบครัวเพียง 2 งานวิจัย คือ ประเมินผลลัพธ์ใน 3 ด้านเกี่ยวกับความรู้สึกกดดันของครอบครัว ภาระครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร พบว่าเมื่อนำการบำบัดในรูปแบบ Multiple- Family Group Intervention เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติเมื่อประเมินผลในระยะยาว คือ ระยะ 1-2 ปี สามารถช่วยให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดันลดต่ำลง (Hazel et al., 2004) ในด้านความรู้สึกเป็นภาระแม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติแต่พบว่าความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Bradley et al., 2006) ส่วนในด้านการรับรู้แหล่งประโยชน์ หรือแหล่งช่วยเหลือ (Caregiver resources) พบว่ามีการรับรู้แหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือได้มากกว่า (Hazel et al., 2004)

ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย พบว่าได้มีการประเมินผลลัพธ์ทั้ง 5 งานวิจัย ซึ่งมี 8 ด้าน (1) อัตราการป่วยซ้ำ (2) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (3) การใช้บริการทางคลินิก (4) อาการทางจิต (5) ขนาดการใช้ยาต้านโรคจิต (6) ความร่วมมือในการรักษา (7) ด้านการประกอบ

อาชีพ และ (8) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีการประเมินผลมากที่สุดคือ ด้านอาการทางจิตมี 5 งานวิจัย (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) เมื่อประเมินอาการด้านบวกมีผลแตกต่างกันใน 2 งานวิจัย คือ มีอาการด้านบวกลดลง (Bradley et al., 2006) และไม่พบความแตกต่างเมื่อประเมินผลในปีที่ 1 และ ปีที่ 2 (McFarlane et al., 1995) ในการศึกษาที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบำบัดแบบ Single-Family Intervention (SFT) ซึ่งมีวิธีการบำบัดที่เหมือนกับรูปแบบ Multiple-Family Group Intervention (MFT) สิ่งที่แตกต่างกันคือการบำบัดแบบรายครอบครัวเท่านั้น ส่วนอาการด้านลบมี 4 งานวิจัย มีเพียง 2 งานวิจัยที่พบว่าช่วยให้อาการทางด้านลบดีขึ้น (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) ผลลัพธ์อัตราการป่วยซ้ำ มี 2 งานวิจัย พบว่าอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (McFarlane et al., 1995) หรือน้อยกว่ากลุ่มทดลองในทุกเกณฑ์ที่ประเมินอาการป่วยซ้ำ (Bradley et al., 2006) ส่วนการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดต่ำลงทั้ง 2 งานวิจัย (Dyck et al., 2002; McFarlane et al., 1995) เมื่อประเมินในด้านการใช้บริการทางคลินิกพบว่าการใช้บริการคลินิกฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมและการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Dyck et al., 2002) นอกจากนี้ยังช่วยลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลงและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น (McFarlane et al., 1995) ในด้านการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ป่วย สามารถประกอบอาชีพได้เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (McFarlane et al., 1995) ในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Function) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Bradley et al., 2006)

ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่าในการบำบัดรูปแบบ Multiple-Family Group Intervention เป็นการบำบัดครอบครัวที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมากกว่าครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้จากการประเมินผลลัพธ์ด้านครอบครัวเพียง 2 งานวิจัย ในด้านความรู้สึกกดดันลดลงทั้งปีที่ 1 และ ปีที่ 2 แสดงให้เห็นว่ามีส่วนช่วยเหลือในเรื่องของภาวะกดดันในญาติผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากภาวะกดดันทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองทาง ร่างกายสุขภาพที่แย่ลง การบำบัดครอบครัวอาจช่วยให้เรื่องสุขภาพของญาติในระยะยาวผ่านการ ลดภาวะกดดันทางจิตใจได้ แต่เมื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่าการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Multiple-family group Intervention ช่วยลดอัตราการกำเริบ ลดอัตราการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล อาการทางจิตดีขึ้นโดยเฉพาะอาการทางด้านลบ และส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาเพิ่มขึ้นมีผลช่วยให้ลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลง ซึ่งพบว่าแนวทางการบำบัด ครอบครัวในระยะที่ 2 เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภท และในระยะต่อมาเป็น การบำบัดครอบครัวแบบหลายครอบครัว ประมาณ 6-8 ครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย ในปีแรก

เน้นที่การป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการกับความเจ็บป่วยและปีที่ 2 เน้นด้านการฟื้นฟูทางสังคม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและแก้ไขปัญหาต่างๆของสมาชิก และช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจและขยายเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ซึ่งจากแนวทางดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะการดูแลจัดการได้ดีขึ้น

ผู้เข้ารับการบำบัด พบว่าให้ความสำคัญในการคัดเลือกครอบครัวเข้าร่วมบำบัด คือ ต้องเป็นผู้ดูแลหลัก หรือต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีเวลาเข้าร่วมบำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนด หรืออยู่ในชุมชนตลอดการบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder หรือ Schizophreniform disorder พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 55 ปี เกณฑ์ที่คัดออกไม่นำเข้าศึกษา คือ ดิศาจารเสพติดที่มี Physical dependent ซึ่งจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมบำบัดพบว่า ในรูปแบบการบำบัด Multiple Family Group Intervention นั้นมีเกณฑ์ที่ค่อนข้างชัดเจน ละเอียด โดยครอบครัวนั้นจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในชุมชนนั้นๆตลอดการศึกษา และ มีเวลาเข้าร่วมการบำบัดได้ต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยนั้นเน้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่ดิศาจารเสพติดเนื่องจากการบำบัดใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลที่นำเข้ามาบำบัด ควรจะเป็นผู้ที่ดูแลหลัก หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยจริงๆ ซึ่งทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ และเกิดประสิทธิภาพที่แท้จริง

ผู้นำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่า ผู้นำบัดเป็นพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา มีทักษะในการบำบัดครอบครัวและผู้นำบัดต้องได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ Family group treatment ตาม Model ของ McFarlane จำนวน 3 วัน และได้รับการนิเทศเป็นระยะจากนักจิตวิทยา หรือ นักบำบัดครอบครัว และจะมีผู้นำบัด 2 คนต่อกลุ่ม ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้นำบัดมีหลากหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตและที่สำคัญผู้นำบัดจะต้องมีทักษะในการบำบัดครอบครัวในรูปแบบการบำบัดนั้นเน้นที่กลุ่มครอบครัว และกระบวนการดำเนินกลุ่มเพื่อการบำบัดที่มีความต่อเนื่องนานอย่างน้อย 1 – 2 ปี

ลักษณะการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 5 งานวิจัยพบว่าสามารถให้การบำบัดได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอก (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) หรือในชุมชน (Bradley et al., 2006) ส่วนการศึกษาของ (McFarlane et al., 1995) เริ่มการบำบัดขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำต่อเนื่องหลังจำหน่าย ดังนั้นรูปแบบการบำบัด Multiple Family Group Intervention สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้นำบัดต้องมีความชัดเจนและเข้าใจในแนวทางการบำบัดและคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปกำหนดลักษณะการบำบัดว่าควรจะเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือบำบัดในชุมชน หรือเริ่มให้

การบำบัดขณะเป็นผู้ป่วยในและบำบัดต่อเนื่องหลังจำหน่าย สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชการบำบัดครอบครัวในรูปแบบนี้มีความเป็นไปได้ คือให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และถ้าให้ได้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นควรมีการประสานส่งต่อเครือข่ายให้การบำบัดต่อเนื่องในชุมชน

ระยะเวลาในการบำบัด ตามรูปแบบของ McFarlane ใช้ระยะเวลาในการให้การบำบัด 2 ปี จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 5 งานวิจัย พบว่า มี 2 รูปแบบ คือ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000) และใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ปี (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) ซึ่งพบว่าการบำบัด 1 ปี และ 2 ปี มีการดำเนินการและใช้กระบวนการทำกลุ่มครอบครัวในรูปแบบที่เหมือนกัน เพียงแต่ในระยะปีที่ 2 ยังคงให้มีการบำบัดในรูปแบบ Multiple Family Group Intervention โดยทำกลุ่มที่ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาในการบำบัดนั้นใช้ระยะเวลาก่อนข้างยาวโดยเฉพาะการบำบัดที่ใช้เวลา 1 - 2 ปี ดังนั้นจึงส่งผลให้การเข้าร่วมบำบัดไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดได้มาก พบว่ามี 4 งานวิจัยที่ได้ระบุถึงจำนวนผู้เข้าร่วมบำบัดที่เข้าร่วมบำบัดไม่ครบตามกำหนด (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) รูปแบบนี้จึงเหมาะกับการบำบัดในชุมชน

ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 5 งานวิจัยพบว่ามี 3 ระยะ คือ ประเมินผลในการบำบัด 1 ปี (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000) ติดตามประเมินผล 1 ปีครึ่ง (Bradley et al., 2006) และประเมินผลในการบำบัด 2 ปี (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) ในการประเมินผลพบว่ามี 4 งานวิจัยที่ประเมินในช่วงระยะที่ให้การบำบัดและสิ้นสุดเมื่อให้การบำบัดครบ (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) มีเพียง 1 งานวิจัยที่มีการติดตามประเมินผลหลังจบการบำบัด 6 เดือน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบในการประเมินผลด้านครอบครัวพบว่าด้านความรู้สึกกดดันลดลงทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 2 (Hazel et al., 2004) ส่วนผลลัพธ์ผู้ป่วยด้านการป่วยซ้ำพบว่าไม่แตกต่างเมื่อติดตามประเมินผลหลังจบการบำบัด 6 เดือน หรือประเมินเมื่อสิ้นสุดการบำบัด 2 ปี และเห็นผลชัดเจนในระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์อาการด้านลบ พบว่าอาการด้านลบแตกต่างในช่วงปีที่ 1 (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) และในปีที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างในด้านผลลัพธ์ของอาการด้านลบ (Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995)

จากการวิเคราะห์การบำบัดรูปแบบ Multiple- Family Group Intervention พบว่ามีข้อดีคือ มีรูปแบบ วิธีการ กระบวนการบำบัดครอบครัวที่มีความชัดเจน มีความครอบคลุมในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการเพิ่มทักษะในด้านต่างๆเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาและนำไปปรับใช้กับตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทางสังคมแก่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทด้วย แต่ในการบำบัดรูปแบบนี้อาจจะมีข้อจำกัดในการนำไป

ปฏิบัติใช้เนื่องจากมีระยะเวลาในการบำบัดนาน สำหรับผู้บำบัดนั้นทุกวิชาชีพในทีมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ด้านจิตเวชเป็นอย่างดีรวมทั้งได้รับการฝึกอบรมในการบำบัดครอบครัวในรูปแบบนี้ก่อนจึงสามารถจะนำไปปฏิบัติได้

2. Psychoeducation Family Intervention มีจำนวน 6 งานวิจัยที่นำมาศึกษา (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระลีตานันทกิจ และคณะ, 2542) จากการศึกษาการช่วยเหลือครอบครัวในรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention สามารถแบ่งประเภทการบำบัดย่อยๆ ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ คือ (1) การบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีจำนวน 3 งานวิจัย (Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; ชีระลีตานันทกิจ และคณะ, 2542) โดยพบว่าในรูปแบบการบำบัดลักษณะนี้มีแนวทางการบำบัดที่แตกต่างในเรื่องของโปรแกรมการบำบัด ซึ่งมี 2 งานวิจัยที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอกและไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วมบำบัด (Cheng & Chan, 2005; ชีระลีตานันทกิจ และคณะ, 2542) โดยกำหนดแผนการสอนที่ชัดเจน ส่วนอีกงานวิจัย (Li & Arthur, 2005) ให้การบำบัดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้การบำบัดทั้งครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งมีระยะเวลาการบำบัดต่างกัน ในผู้ป่วยใช้ระยะเวลาสั้นกว่าคือ 8 ชั่วโมง ส่วนครอบครัวใช้ระยะเวลา 36 ชั่วโมง และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้การบำบัดทั้งครอบครัวและผู้ป่วยต่ออีก 3 เดือนๆ ละ ครั้ง และ (2) การบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ มีจำนวน 3 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003) ซึ่งในรูปแบบนี้มีลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้ คือ การบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดรายครอบครัว ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในระยะที่ 1 ให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มครอบครัว 5 ครอบครัวต่อกลุ่มโดยไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วม ระยะที่ 2 การบำบัดรายครอบครัวในระยะนี้จะมีผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยนำความรู้ไปปรับใช้ (Muela & Godoy, 2002) การบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว ให้การบำบัดในชุมชน โดยจะมีผู้ป่วยเข้าร่วมในการให้การบำบัดสุขภาพจิตศึกษา และในการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัวจะไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วม (Ran et al., 2003) และการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (support group) ให้การบำบัดในชุมชนโดยในระยะแรกครอบครัวจะได้รับการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม 16-18 ครอบครัวต่อกลุ่ม ในระยะต่อมาครอบครัวจะต้องเข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง 8-9 ครอบครัวต่อกลุ่มในการฝึกทักษะต่างๆ และได้รับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการบำบัดในรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention พบว่าได้มีการประเมินผลลัพธ์ด้านครอบครัวมากถึง 4 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Ran et al., 2003) ซึ่งวัดใน 5 ด้าน คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ภาวะครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และทัศนคติต่อโรคด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและด้อยประสิทธิภาพ และได้มีการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยทั้ง 6 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ลีลานั้นทกิจ และคณะ, 2542) ประเมินใน 6 ด้าน คือ อัตราการป่วยซ้ำ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางคลินิก ความร่วมมือในการรักษา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ใน 2 รูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพบว่าผลลัพธ์ด้วยการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียวมีดังนี้ ในการศึกษาของ Li & Arthur (2005) ได้ผลลัพธ์ดีทั้งด้านครอบครัวและผู้ป่วย คือช่วยให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่โดยรวมและมีพฤติกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นและในการศึกษาของ ชีระ ลีลานั้นทกิจ และคณะ (2542) ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดจำนวนครั้งในการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและลดจำนวนวันนอน ส่วนการศึกษาของ Cheng & Chan (2005) ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของครอบครัว เพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และลดความรู้สึกเป็นภาระ

ส่วนรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดอื่นๆ พบว่าการบำบัดร่วมกับทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองผลลัพธ์ของครอบครัวในด้านภาวะครอบครัวไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (Carra et al., 2007) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียวของ Cheng & Chan (Cheng & Chan, 2005) ที่มีผลลัพธ์ด้านภาวะครอบครัวลดลง ซึ่งพบว่าการประเมินผลทันทีเมื่อให้การบำบัดครบโปรแกรม ดังนั้นมีความเป็นไปได้สูงที่จะช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวลดลง อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดที่ต่างกัน และเมื่อบำบัดร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัวพบว่าช่วยให้ครอบครัวมีทัศนคติต่อโรคด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและด้อยประสิทธิภาพลดลง (Ran et al., 2003) ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยพบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลงและความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าการดูแลแบบปกติในรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว (Ran et al., 2003) และการบำบัดสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการบำบัดรายครอบครัวช่วยให้อัตราการป่วยซ้ำลดลงเช่นกัน (Muela & Godoy, 2002) และในรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองพบว่าอัตราการป่วยซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความร่วมมือในการรักษา และด้านการประกอบ

อาชีพไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม (Carra et al., 2007) ในการศึกษาของ (Carra et al., 2007) พบว่าไม่พบผลลัพธ์ด้านครอบครัวและด้านผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างจากการบำบัดในรูปแบบเปรียบเทียบอื่นๆ ซึ่งเป็นไปได้ว่าขนาดของกลุ่มครอบครัวที่เข้าร่วมบำบัดในระยะแรกมีมาก 16 – 18 ครอบครัว จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิตศึกษาไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป สมาชิกที่เหมาะสมในการกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งคือ 8 – 12 คน ถ้ามีสมาชิกจำนวนมากเกินไปทำให้การปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Marram, 1978; Yalom, 1995)

ผู้รับการบำบัด พบว่าครอบครัวที่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมบำบัด เป็นผู้ดูแลหลัก หรืออยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน อยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน หรือต้องอยู่บ้านเดียวกันอย่างน้อย 1 ปี อายุ 18 ปี ขึ้นไป หรือไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ใดๆ มาก่อน เข้าใจ และอ่านภาษาจีนกวางตุ้งได้ และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเข้าร่วมบำบัด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท หรือต้องไม่ติดสารเสพติด สุรา หรือไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้และปัญหาด้านสมอง อายุอยู่ในช่วง 16 – 65 ปี ซึ่งพบว่าเกณฑ์ในการคัดเลือกครอบครัว มีความแตกต่างกัน อาจจะเนื่องมาจากองค์ประกอบของรูปแบบการบำบัดและการกำหนดการวัดผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่าเกณฑ์คัดเลือกครอบครัวที่รับการบำบัดรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention นั้นให้ความสำคัญ และเน้นในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

ผู้นำบัด จากการศึกษาพบว่า ผู้นำบัดเป็นพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบำบัดครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมจากผู้วิจัย 12 ชั่วโมง ซึ่งจะเห็นได้ว่าคุณสมบัติของการบำบัดในรูปแบบ Psychoeducation Family Intervention นั้นผู้นำบัดควรจะต้องมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ลักษณะการบำบัด จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่ามี 2 ลักษณะ คือการบำบัดแบบกลุ่มเพียงอย่างเดียว หรือให้การบำบัดรายครอบครัวร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่ม โดยให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือให้การบำบัดเมื่อเป็นผู้ป่วยในและต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการกำหนดลักษณะการบำบัดสามารถทำได้ทั้ง 2 ลักษณะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบของการบำบัด โดยส่วนใหญ่พบว่าให้การบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มมีมากที่สุด ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านกระบวนการบำบัดแบบกลุ่มเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับสมาชิกที่มีภาระการดูแล โดยให้ความรู้แก่ญาติและช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยร่วมมือและครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Wilson, 1996) เกิดทักษะในการคิด มีการอภิปรายและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ร่วมกัน มีการช่วยเหลือสนับสนุน

แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้รับแนวคิดใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาตนเอง (ดวงใจ รัตนชัยญา, 2545)

ระยะเวลาในการบำบัด พบว่ามีระยะเวลาในการบำบัดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ใช้เวลาในการบำบัด 3 สัปดาห์ ถึง 2 ปี ซึ่งขึ้นอยู่กับรูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถ้าเป็นการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียวใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมงต่อครั้งใน 3 สัปดาห์ หรือ 1 ชั่วโมงต่อครั้งใน 2 เดือน (ธีระ ถิลาตันนทกิจ และคณะ 2542) ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้งใน 2 เดือนครึ่ง (Cheng & Chan 2005) หรือใช้ระยะเวลาขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 36 ชั่วโมง รวมกับหลังจำหน่ายอีก 3 เดือน (Li & Arthur, 2005) ส่วนรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการทำกลุ่ม Multiple – Family Group ใช้ระยะ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมงต่อครั้งในเวลา 9 เดือน (Ran et al., 2003) ในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับบำบัดรายครอบครัวใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาทีต่อครั้งในเวลา 15 สัปดาห์และบำบัดรายครอบครัว 1 ชั่วโมงต่อครั้งเป็นเวลา 15 สัปดาห์และบำบัดรายครอบครัวต่อเนื่อง 2 ปี (Muela & Godoy, 2002) และใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาทีต่อครั้งในเวลา 6 เดือนและร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง 1 ชั่วโมง 30 นาทีใน 1 ปี ถึง 1 ปีครึ่ง (Carra et al., 2007) ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าหากเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียวนั้นจะใช้ระยะเวลาโดยรวมที่สั้นกว่า โดยมีการกำหนดเนื้อหาและระยะเวลาของแผนการสอนที่ชัดเจน ส่วนในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ร่วมกับการบำบัดครอบครัวแบบรายครอบครัว หรือ Multiple - Family group หรือกลุ่มบำบัดระดับประคองนั้น ใช้ระยะเวลาบำบัดนานตั้งแต่ 9 เดือนถึง 2 ปี และพบว่าในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 3 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 60 นาที หรือครึ่งละ 75 นาที (Yalom, 1985) หรือระยะเวลาทำกลุ่มครึ่งละ 60-90 นาที (Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996)

ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่ามีการใช้ระยะเวลาในการประเมินผลผลลัพธ์ด้านครอบครัวต่างกัน ดังนี้ ในรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ภาระครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cheng & Chan 2005) จะประเมินในระยะสั้น คือ ประเมินเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในโปรแกรม 10 สัปดาห์ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกด้าน เมื่อเทียบกับการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดอื่นๆ พบว่าผลลัพธ์ด้านภาระครอบครัวมีความแตกต่างกับรูปแบบแรก คือ ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาระครอบครัวเมื่อประเมินในปีที่ 1 และปีที่ 2 (Carra et al., 2007) ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่าระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ด้านภาระครอบครัวที่มีความแตกต่างกันมากไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดได้ ส่วนระยะเวลาในการ

ติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่ามีระยะเวลาการติดตาม อยู่ในช่วง 9 เดือน ถึง 2 ปี เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านอาการป่วยซ้ำพบว่าทั้งระยะที่ประเมินผล 9 เดือน (Ran et al., 2003) และติดตามประเมินผล 1 ปีหลังบำบัด (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2542) หรือประเมินเมื่อ 1 ปีและ 2 ปี (Muela & Godoy, 2002) พบว่าอัตราป่วยซ้ำลดลง แต่จะให้ผลลัพธ์ที่ต่างกันในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อประเมิน 1 ปีหลังบำบัดพบว่าจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2542) และประเมินเมื่อ 1 ปีและ 2 ปี พบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม (Carra et al., 2007)

จากการสังเคราะห์การบำบัดรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพบว่าเป็นรูปแบบที่มีความหลากหลายในการให้การบำบัด ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะของการบำบัดได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การบำบัดโดยให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว พบว่าในรูปแบบนี้จะมีแผนการสอนที่กำหนดเนื้อหาและระยะเวลา จำนวนครั้งที่ชัดเจน จะอยู่ในช่วง 8 – 10 ครั้งและใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้นกว่ารูปแบบอื่นๆ คือ 3 สัปดาห์ ถึง 2 เดือนครึ่ง ซึ่งถ้าเป็นในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวรวมกับการบำบัดในรูปแบบอื่นๆ พบว่า ใช้ระยะเวลาดังแต่ 9 เดือนขึ้นไปจนถึง 2 ปี ซึ่งผลการบำบัดพบว่า ภาระการดูแลลดลง ผลกระทบในด้านต่างๆของครอบครัวลดลง ไม่ว่าในด้านกิจวัตรประจำวันของครอบครัว ด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต การดูแลบ้าน การมีเวลาว่าง และการประกอบอาชีพ ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวเกิดทัศนคติที่ดีในการเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบปกติ นอกจากนี้พบว่าผลการบำบัดในรูปแบบนี้ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง มีอัตราการป่วยซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเช่นกัน ในด้านความร่วมมือในการรักษาพบว่า ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านจิตสังคม พบว่า การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยและพฤติกรรมทางด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น แต่ในด้านความสามารถในการประกอบอาชีพไม่แตกต่างจากการดูแลในรูปแบบปกติ สำหรับผู้บำบัดนั้น ทุกวิชาชีพในทีมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยผู้บำบัดจะต้องมีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช ร่วมกับมีประสบการณ์หรือทักษะในการบำบัดในรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและพบว่ารูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ไม่มีความซับซ้อนมากนักคือรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียวและมีแผนการสอนชัดเจน ดังนั้นในการนำไปใช้ควรจัดทำคู่มือ สื่อการสอนต่างๆให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทนั้นๆ

3. Mutual support group for family intervention มีจำนวน 2 งานวิจัย (Chien, et al., 2005; Chien, & Chan, 2004) โดยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบผู้ป่วยนอกร่วมกับ Mutual support group for family intervention เนื้อหาหลักๆ ของกลุ่มแบ่งเป็น 5 ระยะ รวมประมาณ 12 – 13 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยมีสมาชิกครอบครัว 10 – 11 ครอบครัว ทำกลุ่มบำบัดทุก 2 สัปดาห์ โดยครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่วันที่ 1 – 5 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มเฉพาะระยะที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้นเกี่ยวกับการเผชิญความต้องการทางจิตสังคม สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้นำกลุ่มจะเป็นสมาชิกภายในกลุ่ม และจะถูกคัดเลือกโดยสมาชิกกันเอง จะได้รับการอบรม โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม 2 วัน ซึ่งจะทำงานร่วมกันกับผู้นำอย่างใกล้ชิด ซึ่งพบว่าเป็นรูปแบบการทำกลุ่มบำบัดที่ทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำกลุ่ม และให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง จะช่วยส่งเสริมให้ได้รับความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น

จากการวิเคราะห์การศึกษาทั้ง 2 งานวิจัย พบว่าเมื่อนำการบำบัดในรูปแบบ Mutual support group for family intervention เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ เมื่อประเมินผลในระยะ 6 เดือน – 1 ปี พบว่าในเรื่องความต้องการการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตของครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่การทำหน้าที่ของครอบครัว ในด้านการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการทำหน้าที่โดยทั่วไปดีกว่ารูปแบบการดูแลแบบปกติ ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าจำนวนครั้ง และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลง (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ด้าน Clinical status พบว่าความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกัน ประเมินโดยใช้ BPRS (Chien & Chan, 2004) และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น (patients psychosocial functioning)(Chien et al., 2005; Chien et al., 2005)

สำหรับผู้รับการบำบัด พบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมการบำบัด ต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลักมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ผู้ดูแลต้องไม่ป่วยด้วยโรคจิตเวช ต้องไม่ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางกายมากกว่า 1 คน มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และต้องเข้าใจภาษาจีน (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท และไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นหรือใช้สารเสพติด สำหรับการศึกษาของ Chien และคณะ (Chien et al., 2005) ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทไม่เกิน 3 ปี ซึ่งพบว่าการคัดเลือกผู้เข้าร่วมบำบัดในรูปแบบของ Mutual support group for Family intervention จะให้ความสำคัญครอบครัว คือจะต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และต้องไม่ดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทั้งโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชมากกว่า 1 คน งานวิจัยนี้ศึกษาในประเทศจีน จึงเน้นในเรื่องของความเข้าใจทางด้านภาษา ส่วนผู้ป่วยนั้น เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และไม่ใช้สารเสพติดเช่นกัน

ผู้บำบัด ซึ่งจากการผลการศึกษาระบุคุณสมบัติของผู้บำบัดไว้ คือ เป็นพยาบาลจิตเวช (Chien & Chan, 2004) และพยาบาลที่จะต้องได้รับการฝึกอบรม 3 วัน จากผู้วิจัย (Chien et al., 2005) จากคุณสมบัติที่ระบุชัดเจน ทำให้เห็นว่า ผู้ที่บำบัดนั้นต้องมีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ และมีทักษะในการที่จะให้การบำบัดในด้านสุขภาพจิต

ลักษณะการบำบัด เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีสมาชิกจำนวน 10-11 ครอบครัว ต่อกลุ่ม (Chien & Chan, 2004) ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้นำกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานและให้การช่วยเหลือขณะทำกลุ่ม ในรูปแบบนี้มีลักษณะการบำบัดที่ชัดเจน สามารถนำไปบำบัดร่วมกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชได้

ระยะเวลาในการบำบัด ระยะเวลาบำบัด 6 เดือน โดยให้การบำบัดทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 12 ครั้ง (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ซึ่งพบว่าทั้ง 2 งานวิจัย ที่ทำการศึกษา ใช้ระยะเวลาการบำบัดที่เหมือนกัน

ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันในการติดตามประเมินผล คือ มีการประเมินผล 6 เดือน (Chien et al., 2005) และประเมินผล 1 ปี (Chien & Chan, 2004) ในการประเมินผลด้านการกลับเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาลที่ใช้ระยะเวลาที่ต่างกันพบว่าเมื่อประเมินผล 1 ปี กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ในขณะที่ประเมินผล 6 เดือน พบว่าจำนวนครั้งการรักษาในโรงพยาบาลลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และในการติดตามประเมินผลด้านการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยใน 2 งานวิจัย วัดผลในระยะเวลาที่ต่างกัน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่ามีคะแนนที่ดีและมีความแตกต่างทางสถิติทั้ง 2 งานวิจัย ดังนั้นถ้าได้มีการติดตามผลลัพธ์ต่างๆดังกล่าวในระยะ 1 ปีเหมือนกันทั้ง 2 งานวิจัยจะทำให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ดียิ่งขึ้น

จากการสังเคราะห์การบำบัดในรูปแบบ Mutual Support group for Family Intervention พบว่าเป็นรูปแบบที่มีความชัดเจนในด้านต่างๆ เช่น โครงสร้างกลุ่ม จำนวนสมาชิก กลุ่ม บทบาท ข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติตามกฎกติกาของกลุ่ม ระยะเวลาในการบำบัด รูปแบบการบำบัดมุ่งเน้นศักยภาพของครอบครัว โดยให้สมาชิกได้เลือกผู้นำกลุ่มเองโดยเลือกจากสมาชิกภายในกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดนั้นในกรณีที่มีผู้ดูแลหลักมากกว่า 1 คนจะต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกผู้ดูแลหลักที่จะเข้าร่วมบำบัดเอง ซึ่งผลของการบำบัดในรูปแบบนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น ในประเด็นของการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการทำหน้าที่โดยทั่วไป ในด้านความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของ

ครอบครัว และการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยพบว่า ช่วยส่งเสริมให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมเพิ่มขึ้น จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลง ส่วนอาการทางจิตเมื่อประเมินอาการทางด้านบวกพบว่ามีน้อยกว่าแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สำหรับผู้บำบัดนั้นเป็นพยาบาลไม่ระบุคุณสมบัติ เมื่อวิเคราะห์ในด้านต่างๆของรูปแบบการบำบัด Mutual Support group for Family Intervention พบว่ามีจุดเด่นของการบำบัดคือ ดึงศักยภาพของครอบครัวในการเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำกลุ่ม และดำเนินกลุ่มเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานภายในกลุ่ม ซึ่งสามารถช่วยส่งเสริมทางด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วยให้ดีขึ้น ถ้าหากการบำบัดในรูปแบบนี้มีระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่นานขึ้น น่าจะช่วยให้สัมพันธภาพ ความคงอยู่ของกลุ่มสมาชิกในการช่วยเหลือสนับสนุนและสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัวและผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือและบำบัดครอบครัวได้

4. Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัด Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention I งานวิจัย (Sellwood et al., 2001) เป็นการบำบัดช่วยเหลือครอบครัวอีกวิธีหนึ่ง โดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ (1) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยจิตเวชจากทีมผู้รักษา (2) การสนับสนุนครอบครัว ความถี่ในการสนับสนุนต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือในการตกลงกัน อย่างต่ำสุดต้องพบกัน 5 ครั้ง (3) ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของแต่ละครอบครัวตามที่ประเมินได้ (4) ครอบครัวจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในการสังเกตติดตามสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิกริยาที่สนองตอบต่อความเครียด และการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยมีเทคนิคต่างๆ เช่น การใช้เทปฝึกเพื่อคลายเครียด สำหรับผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้รู้จักติดตามอาการตนเอง เช่น การรับรู้ที่ผิดปกติ ความคิดหลงผิด รูปแบบความคิดที่ผิดปกติที่จะนำไปสู่ความกังวล ซึมเศร้า และความคิดที่ไม่เหมาะสมได้ โดยเลือกเทคนิคที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละส่วน เป้าหมายของการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดอาการทางจิต และระดับอารมณ์ที่แสดงออก เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์การช่วยเหลือครอบครัวในรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าผลลัพธ์ด้านความต้องการของครอบครัว ด้านความตึงเครียดและภาระครอบครัวไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย พบว่าการเกิดการป่วยซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง มีอัตราการเกิดน้อยกว่าการดูแลแบบปกติ และเมื่อเกิดมีอาการป่วยซ้ำพบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าการ

ดูแลแบบปกติเช่นกัน ส่วนระยะเวลาจำนวนวันที่ใช้ในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ในการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตพบว่าคะแนนอาการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย พบว่าคะแนนการทำหน้าที่ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนการทำหน้าที่ทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดสามารถช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ผู้รับการบำบัด ครอบครัว หรือผู้ดูแลจะต้องมีเวลาในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 คือโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, or Delusional disorder เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี มีอาการป่วยซ้ำอันเนื่องมาจากอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในภายใน 2 ปีก่อนเข้าร่วมบำบัด อายุระหว่าง 18 – 65 ปีและผู้ป่วยต้องไม่มี primary diagnosis เป็น organic brain disease หรือ Learning disability ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในการบำบัดนั้นมีเกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน คือ ในด้านครอบครัวจะต้องเป็นผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและข้อสำคัญในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้

ผู้บำบัด มีระบุผู้บำบัดเป็นทีมสหวิชาชีพ แม้ว่าจะมีความแตกต่างในหลายวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดได้ประโยชน์จากประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ ที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละวิชาชีพที่ให้การดูแลทางด้านจิตเวช ซึ่งพบว่าในรูปแบบนี้มีเทคนิคในการบำบัดที่หลากหลาย มีความยากที่จะปฏิบัติ ดังนั้นผู้ที่ให้การบำบัดครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีนี้ จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์ในการบำบัด

ลักษณะของการบำบัด เป็นการบำบัดแบบรายครอบครัวและกลุ่มบำบัด (Sellwood et al., 2001)

ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัด 10 – 20 ครั้งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวภายในระยะเวลา 6 เดือน และมีการติดตามประเมินผล 1 ปี

ระยะเวลาในการติดตามประเมินผล จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่าใช้ระยะเวลาในติดตามประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี (Sellwood et al., 2001)

จากการสังเคราะห์การบำบัดรูปแบบ Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention พบว่า มีเป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวชัดเจน เป็นการบำบัดที่ต้องมีการประเมินผลผู้เข้ารับบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อสามารถวางแผน และหาแนวทางการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งพบว่าในการบำบัดนั้นต้องได้รับความร่วมมือสูงจากผู้เข้ารับ

การบำบัด ในหลายๆด้านไม่ว่าการเข้าร่วมบำบัด การพบทวนการบ้าน การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ผู้บำบัดและผู้เข้าร่วมบำบัดวางเป้าหมายไว้ ซึ่งการบำบัดรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention พบว่าในด้านผลลัพธ์ของครอบครัวไม่มีความแตกต่างในเรื่องของ ความตึงเครียดและภาระครอบครัว ส่วนด้านความต้องการของครอบครัวประเมินผล 6 เดือนหลังให้การบำบัดครบ พบว่าความต้องการของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อประเมินผล 1 ปีหลังให้การบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่าง ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่การบำบัดนั้น มุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้าใจถึงองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง การเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยดีขึ้นเห็นได้ชัดเจน คือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าในด้านการป่วยซ้ำ หรือระยะเวลาที่ป่วยซ้ำและกลับมาทุเลามีระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลในรูปแบบปกติ รวมถึงเมื่อมีอาการป่วยซ้ำแล้วจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนครั้งที่น้อยกว่า แต่เมื่อวัดระยะเวลาที่ใช้รักษาในโรงพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านความร่วมมือไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับผู้บำบัดนั้น ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวช เข้าใจถึง สภาพปัญหาของครอบครัว และผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของลักษณะโรค อาการ พฤติกรรมต่างๆที่ครอบครัวและผู้ป่วยแสดงออกและเกิดปัญหารบกวนต่อครอบครัวและผู้ป่วย ต้องสามารถประเมินและวิเคราะห์ได้เป็นอย่างดี และต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะของการบำบัดในรูปแบบ Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention เป็นอย่างดี เพราะในการบำบัดต้องใช้เทคนิคต่างๆของ CBT. ซึ่งมีหลากหลายและต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับการบำบัด และข้อสำคัญในการเลือกผู้ป่วยและครอบครัวเข้าบำบัดนั้น ต้องพิจารณาความสามารถของการเรียนรู้ ซึ่งต้องไม่มีปัญหาในด้านโรคทางสมอง หรือบกพร่องด้านการเรียนรู้ ดังนั้นถึงแม้ว่าในการบำบัดรูปแบบนี้จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย การที่จะนำไปใช้นั้นควรต้องมีการฝึกฝนอบรมผู้บำบัดให้เข้าใจและมีทักษะในการบำบัดเป็นอย่างดีก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ

5. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia : PRP จำนวน 1 งานวิจัย

จากการวิเคราะห์พบว่ารูปแบบ การบำบัดครอบครัวในลักษณะของ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia (Herz et al., 2000) เป็นโปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับความรู้ โดยเน้นเกี่ยวกับกระบวนการกลับป่วยซ้ำในโรคจิตเภท ให้เข้าใจถึงอาการ พฤติกรรม ที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ จากนั้นจะให้การช่วยเหลือเพื่อนเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง ๑ ๑ ชั่วโมง ซึ่งครอบครัวสามารถเลือกเข้าร่วมบำบัดได้ทั้งในลักษณะการบำบัดแบบรายครอบครัวหรือรายกลุ่ม และร่วมกับ

การบำบัดแบบกลุ่มหลายครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ครอบครัวเกิดทักษะและสนับสนุนด้านจิตใจ เดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน และต่อจากนั้นจะเข้ากลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี รวมเป็นเวลา 1 ปีครึ่ง ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับยาในขนาดมาตรฐาน ได้รับการดูแลรายกรณี และการดูแลร่วมกับทีมผู้บำบัด โดยมีการติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์เพื่อเฝ้าระวังอาการนำ และให้การรักษาทงคลินิก ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง เมื่อพบอาการนำของการป่วยซ้ำ และเพิ่มความถี่ในการจัดการกับปัญหาวิกฤต ให้การสนับสนุนครอบครัวและการปรับเพิ่มการรักษาทางยา โดยทีมผู้บำบัดจะมีคู่มือในการประเมินอาการนำ และมีการทบทวนการรักษาทุก 2 สัปดาห์

จากการอภิปรายผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัวในรูปแบบโปรแกรมการเฝ้าระวังและป้องกันการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถช่วยให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงเช่นกัน และช่วยลดขนาดการใช้ยา นอกจากนี้ยังช่วยให้ทีมผู้บำบัดมีความสามารถในการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระยะคงที่และค้นพบอาการแรกเริ่มของการเกิดอาการนำและช่วยเหลือตามรูปแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดอัตราป่วยซ้ำ หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดีกว่าการดูแลในรูปแบบปกติซึ่งพบว่าสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการนำก่อนกำเริบในกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมและได้รับการช่วยเหลือในด้านการจัดการอาการมีผลให้มีอัตราการป่วยซ้ำและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงแตกต่างระหว่างกลุ่ม ส่วนผลลัพธ์ด้านครอบครัวไม่มีการวัดผล

ผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder และมีความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ โดยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ขึ้นไป หรือ อย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 ปี ต้องไม่มีประวัติ Organic mental disorder , mental Retardation และ ต้องไม่ติดยาหรือสุราจนต้องเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ส่วนครอบครัว ไม่ได้ระบุรายละเอียด ในการศึกษาได้มีการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่ชัดเจนและมีความเหมาะสมสำหรับรูปแบบการบำบัดนี้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งพบว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพราะผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงหรือมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสดเกิดการป่วยซ้ำได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด เป็นทีมรักษา จิตแพทย์ และผู้ดูแลรายกรณี ซึ่งพบว่ารูปแบบในการบำบัดนั้นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งแต่ละวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป แต่ลักษณะการทำงานต้องมีรูปแบบการดำเนินงานที่เหมือนกัน และมีการประสานการทำงานที่มีความชัดเจนและคล่องตัว มีการเชื่อมต่อเป็นอย่างดี ซึ่งทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ลักษณะการบำบัด จากวิเคราะห์การศึกษา พบว่าได้รับการดูแลรายกรณีร่วมกับการดูแลจากทีมบำบัดตามโปรแกรมการบำบัด และให้การบำบัดครอบครัวแบบรายครอบครัวถ้าหากสมาชิกไม่สามารถเข้ากลุ่มบำบัดได้ ซึ่งพบว่าเป็นลักษณะของการให้การบำบัดที่เอื้อต่อผู้เข้ารับการบำบัดทำให้มีโอกาสนในการร่วมมือสูง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามประเมินผล ใช้ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามประเมินผลเป็นเวลานาน 1 ปีครึ่ง ซึ่งพบว่าในโปรแกรมการบำบัดจะกำหนดระยะเวลาในการประเมินอาการทางคลินิกทุกๆ สัปดาห์ และทีมร่วมทบทวนการรักษาทุก 2 สัปดาห์ และมีการประเมินผลผลลัพธ์อาการทางคลินิกในเดือนที่ 2 เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ซึ่งช่วยให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้บำบัดได้รับการแก้ไขปัญหาลงตัวเร็วขึ้น

จากการสังเคราะห์การบำบัดรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia : PRP พบว่า มีรูปแบบและแนวทางการช่วยเหลือที่ชัดเจน และตอบสนองการแก้ไขปัญหามีทิศทางสอดคล้องในแนวทางเดียวกันของทีมผู้รักษา และทำให้เห็นถึงศักยภาพในการทำงานเป็นทีมครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลที่ดี ซึ่งจากรูปแบบการบำบัดพบว่า นอกจากครอบครัวและผู้ป่วยจะเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมแล้วยังได้รับการดูแลแบบรายกรณี ผู้บำบัดจะพบครอบครัวเดี่ยว และเยี่ยมบ้านในกรณีที่ต้องการ นอกจากนี้ยังพบว่า ทีมผู้รักษาได้มีการทบทวนการรักษาของผู้ป่วยในทุกๆ 2 สัปดาห์ จุดเด่นของการบำบัดในรูปแบบนี้ คือ (1) ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและการช่วยเหลือที่เหมาะสมภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หากมีอาการนำของอาการป่วยซ้ำ (2) ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการสอนให้เข้าใจถึงอาการนำของการป่วยซ้ำ และการประเมินติดตามร่วมกับทีมผู้รักษา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมในความสามารถเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการกำเริบที่รุนแรง (3) ศักยภาพในการทำงานเป็นทีมของทีมผู้รักษา (4) มีการติดตามประเมินผลและปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องในทุกๆ 2 สัปดาห์ (5) มีคู่มือและแนวทางในการดูแลติดตามประเมินผลซึ่งช่วยให้การปฏิบัติงานของทีมมีทิศทางเดียวกัน เกิดความคล่องตัวและเกิดประสิทธิผลต่อการบำบัด ซึ่งจะเห็นได้จากผลลัพธ์ของการบำบัด คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว้อัตราการป่วยซ้ำ และการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่าการดูแลในรูปแบบปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าช่วยลดความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ช่วยให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการนำก่อนกำเริบเต็มที่หรือต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้ดีกว่า เมื่อประเมินในขนาดการใช้ ยาต้านโรคจิตพบว่าใช้ขนาดยาต้านโรคจิตลดลง ในด้านผลลัพธ์ของครอบครัว ไม่มีการประเมินผล ดังนั้นการบำบัดในรูปแบบนี้ ซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิผลที่ดี

การบำบัดในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ Family Interventions For Schizophrenia patients มีหลายรูปแบบ จากการศึกษาที่ได้รวบรวมและนำมาวิเคราะห์นั้น มี 5

รูปแบบ เมื่อวิเคราะห์แต่ละรูปแบบเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งพบว่าในรูปแบบ Multiple- Family Group Intervention ทั้ง 5 งานวิจัยมีคุณภาพของงานวิจัยระดับ 2 มีคุณภาพน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ แต่เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด 1 – 2 ปี ซึ่งต้องมีความต่อเนื่องในการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว มีโอกาสสูงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการบำบัดได้ไม่ครบและออกจากการบำบัด นอกจากนี้ผู้บำบัดจะต้องมีทักษะในการบำบัดครอบครัวและจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม ดังนั้นในการนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบนี้อาจจะมีความเป็นไปได้ยากสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่

รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention) มี 2 ลักษณะคือการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว พบว่ามีระดับคุณภาพงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 งานวิจัย และระดับ 3 จำนวน 1 งานวิจัย และรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวร่วมกับการบำบัดอื่นๆ มีระดับคุณภาพงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 งานวิจัย และระดับ 3 จำนวน 1 งานวิจัย จากการวิเคราะห์ทั้งคุณภาพงาน องค์ประกอบต่างๆของการบำบัด และผลลัพธ์ที่ได้พบว่ารูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูงกว่ารูปแบบอื่น เนื่องจากได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งครอบครัวและผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้น ผู้บำบัดต้องมีความรู้ประสบการณ์ทางการแพทย์ทางด้านสุขภาพจิตเวชไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือทักษะบำบัดพิเศษอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการดูแลในระบบปกติ

รูปแบบ Mutual support group for Family Intervention พบว่าคุณภาพงานวิจัยระดับ 2 และองค์ประกอบในการบำบัดมีรูปแบบชัดเจน ระยะเวลาบำบัด 6 เดือน บำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผลลัพธ์การบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีกว่ารูปแบบปกติ และยังช่วยลดจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่วนผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาล เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว มีความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้ กับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

รูปแบบ Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention พบว่าคุณภาพงานวิจัยระดับ 2 ใช้ระยะเวลาบำบัด 6 เดือน ผลลัพธ์การบำบัดพบว่าความต้องการของครอบครัวลดลง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมบำบัด ส่วนผลลัพธ์ผู้ป่วยพบว่าช่วยลดอัตราป่วยซ้ำ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และช่วยให้การทำหน้าที่ดีขึ้น ส่วนวิธีการบำบัดพบว่าผู้ให้การบำบัดต้องมีความรู้ มีทักษะในการบำบัดที่มีความเฉพาะ เนื่องจากรูปแบบนี้มีเทคนิคการบำบัดหลากหลายและต้องได้รับการฝึกอบรมในแต่ละเทคนิค ดังนั้นในการนำไปประยุกต์ใช้จำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้กับพยาบาลจิตเวชในด้านทักษะดังกล่าว

รูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia พบว่าคุณภาพวิจัยระดับ 3 มีรูปแบบที่ชัดเจน มีการติดตามประเมินผลค่อนข้างดีกว่ารูปแบบอื่นๆ คือต้องมีการประเมิน ทบทวนอาการผู้ป่วยในทุกๆ 2 สัปดาห์ พบว่าในรูปแบบนี้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ลดอัตราการ ป่วยซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในการนำไป ประยุกต์ใช้ ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาแล้วอาจจะไม่สอดคล้องกับรูปแบบและระบบการดูแลแบบปกติ ของโรงพยาบาล จำเป็นต้องปรับระบบการดูแลและสร้างระบบที่สนับสนุนการดูแลตามรูปแบบนี้ คือ ระบบการจัดการรายกรณี รวมถึงทักษะการทำการกลุ่มบำบัดระดับครอบครัว

ซึ่งในรูปแบบต่างๆสามารถเลือกและนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมต่อการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแต่ละบริบท ผู้บำบัดจะต้องศึกษาให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในองค์ประกอบต่างๆ ของแต่ละรูปแบบการบำบัดที่ มีความเฉพาะ และรวมทั้งประสบการณ์การบำบัดอื่นๆในส่วนที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตเวช ต้องมีการ ฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการบำบัดอีกด้วย เพื่อให้การพยาบาลทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชได้มีการพัฒนาต่อไป โดยนำองค์ความรู้ที่ได้เกี่ยวกับ Family Interventions For Schizophrenia patients ไปบูรณาการเพื่อการดูแลบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มี ปัญหาซับซ้อนและความยุ่งยากในการดูแล ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชที่จะนำผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัย มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกร่วมกับทีมผู้ดูแลให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Family Interventions For Schizophrenia patients ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ และพัฒนางานด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Family Interventions for Schizophrenia Patients) เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวคิด และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Family Interventions for Schizophrenia Patients) ที่นำมาศึกษานั้นมีทั้งหมด 15 งานวิจัย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเป็นระดับ 2 คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น Randomized Control trials มีจำนวน 12 งานวิจัย และ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยที่เป็น Quasi experimental research เป็นระดับ 3 มีจำนวน 3 งานวิจัยในจำนวน 15 งานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 14 งานวิจัย และ งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 งานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melynck and Fineout – Overholt (Melynck & Fineout – Overholt, 2005) ผลการศึกษางานวิจัยที่ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ ในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ รูปแบบการบำบัด ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้วัด โดยสรุปได้ดังนี้

รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัดของ Family Interventions for Schizophrenia Patients สามารถแบ่งการบำบัดออกเป็น 5 รูปแบบได้ดังนี้

1. **Multiple – Family Group Intervention (MFG)** เป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในภาวะต่างๆ ส่งเสริมทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการผ่อนคลาย กระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ในทักษะต่างๆ มีกำลังใจ มีทัศนคติที่ดี มีการสร้างและขยายเครือข่ายทางสังคม ในการสนับสนุนครอบครัว โดยมีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ในระยะแรกผู้บำบัดพบแต่ละครอบครัวไม่พบผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง ภายใน 1–4 สัปดาห์ โดยผู้บำบัด 1 คน แยกพบแต่ละครอบครัว 3 ครอบครัวเพื่อ

พัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและญาติ การได้รับข้อมูลจากญาติในเรื่องประวัติการเจ็บป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษา ระยะที่ 2 เป็นการบำบัดแบบหลายครอบครัว ประมาณ 6-8 ครอบครัว ต่อ 1 กลุ่ม โดยช่วงแรก จัดทำ Psychoeducation workshop ใช้ระยะเวลา ครั้งวัน - 1 วัน ต่อ ครั้ง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และกระบวนการรักษา โดยการบรรยาย ถ่ายทอดผ่านวิดีโอเทป และมีคู่มือแนวทางการจัดการกับปัญหา หลังจากนั้นในช่วงที่ 2 ของระยะที่ 2 เป็นการทำกลุ่มครอบครัว ซึ่งมีระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแตกต่างกัน คือ จัดทำกลุ่มครอบครัวทุก 1 สัปดาห์ หรือ จัดทำกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์ หรือ เดือนละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 90 นาที ต่อ ครั้ง ต่อเนื่องไปถึง 1 ปีและหลังจาก 1 ปี ทำกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์ หรือ ทุก 1 เดือน ใช้เวลา 90 นาทีต่อครั้ง จนครบ 2 ปี โดยเน้นเชิงสังคมและสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว เพื่อการแก้ไขปัญหา โดยมีรูปแบบของ MFG sessions ดังนี้ (1) การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวภายในกลุ่ม 15 นาที (2) ดำเนินการให้สมาชิกได้ทบทวนเหตุการณ์สำคัญในสัปดาห์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ biosocial และการนำแนวทางไปใช้ได้เหมาะสม 20 นาที (3) ให้สมาชิกเลือกปัญหา 1 ครอบครัว 5 นาที (4) หาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยกำหนดปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขที่มีความเป็นไปได้โดยพิจารณาถึงข้อดีและข้อขัดแย้งของแต่ละแนวทาง และสมาชิกเลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมและรู้สึกพึงพอใจที่จะนำไปปฏิบัติ 45 นาที และ (5) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็นก่อนจบกลุ่ม 5 นาที โดยมีระยะเวลาในการประเมินผล 1 – 2 ปี

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia, Schizoaffective disorder หรือ Schizophreniform disorder ไม่ติดสารเสพติดที่มี Physical dependent อายุอยู่ในช่วง 18 – 55 ปี

สำหรับครอบครัว คือ ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ มีเวลาพบผู้บำบัดหรือผู้วิจัยตามระยะเวลาและตามกิจกรรมที่กำหนดหรือครอบครัวต้องอาศัยอยู่ในชุมชนตลอดการศึกษา

ผู้บำบัด ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา เป็นผู้ที่มีความสามารถในการบำบัดครอบครัว หรือผู้บำบัดที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ Multiple family group treatment

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว พบว่าช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกกดดันต่ำลง ด้านภาระครอบครัว (Family Burden) มีผลทำให้ภาระครอบครัวลดลง และด้าน Caregivers' resources พบว่าครอบครัวมีการรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านการป่วยซ้ำพบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลง และจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ (number of relapse episode) ลดลง ระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดการป่วยซ้ำนานกว่ากลุ่มควบคุม อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง

Clinical status มีผลทำให้อาการด้านลบดีขึ้น และความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง

Medical dosage มีผลช่วยให้ผู้ป่วยลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลงและมีระดับความร่วมมือในการรักษาสูงถึง 90 %

Patient employment พบว่าผู้ป่วยมีระดับของการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

Use of crisis care service พบว่าผู้ป่วยมีการใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Use of out patient service พบว่าผู้ป่วยมีการใช้บริการลดลงก่อนการศึกษา

Social Function พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในการทำหน้าที่ทางสังคม

2. Psychoeducation Family Intervention Program มีแนวทางการบำบัดที่มีความแตกต่าง ซึ่งแบ่งตามโปรแกรมและวิธีการบำบัดได้เป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

2.1 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีจำนวน 3 งานวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบและเนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 Psychoeducation Family Intervention โปรแกรมการให้สุขภาพจิตครอบครัว แบบกลุ่มๆละ 8 คน จำนวน 10 ครั้งทำทุกสัปดาห์ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง มีเนื้อหาดังนี้ (1) เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร (2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การวินิจฉัยอาการและอาการแสดง (3) สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (4) การรักษาโรคจิตเภท การฟื้นฟูทางจิตสังคมและการพยากรณ์โรค (5) ปัญหาของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและให้ระบายความรู้สึกและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหา (6) ครอบครัวกับโรคจิตเภทและการให้ความรู้ในการจัดการ ความเครียด (7) การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ ก่อเน้นด้านการสื่อสาร การจัดการกับความรู้สึกทางด้านลบของครอบครัว (8) การจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนผู้ป่วยและอาการทางด้านลบ การจัดการกับความกังวลใจของครอบครัว เป็นต้น (9) การใช้บริการและการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมถึงบทบาทความรับผิดชอบของทีมนักวิชาชีพ (10) สรุปบททวนในประเด็นที่ไม่ชัดเจน และการมองอนาคตในเชิงบวก

2.1.2 Group Psychoeducation Family Intervention อบรมให้ความรู้เป็นเวลา 2 วันหรือสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 1 ชั่วโมง (2 เดือน) หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งวันบ่ายเป็นเวลา 3 ครั้ง

(3 สัปดาห์) โดยใช้กระบวนการทำกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีแผนการสอน ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (2) ความรู้โรคจิตเภท อาการและสาเหตุ (3) การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (4) ความรู้สึกและความคาดหวังของญาติ ต่อผู้ป่วย (5) การสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย (6) บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (7) การจัดการกับความเครียดของญาติ และ (8) กลุ่มเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล แก้ปัญหาและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.1.3 Education Family Intervention มีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ให้ความรู้ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย 8 ชั่วโมง และครบถ้วน 36 ชั่วโมง ระยะที่ 1 กระบวนการสร้างการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและวิเคราะห์ความต้องการของครอบครัว ทำในสัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ อาการกำเริบ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นต้น ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลก่อนจำหน่าย ระยะที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน หลังจำหน่าย 2 ชั่วโมงต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน ระยะที่ 5 ประเมินผลลัพธ์เมื่อ 3 เดือน และ 9 เดือน หลังจำหน่าย

2.2 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ มีจำนวน 3 งานวิจัย

2.2.1 Psychoeducation Family Intervention และ Individual Intervention มีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ใน ระยะที่ 1 ให้ความรู้ครอบครัวประมาณ 5 ครอบครัวต่อกลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์รวม 15 สัปดาห์ เกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุของโรค การรักษา แนวทางการดูแลช่วยเหลือ การปรับตัวกับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เป็นต้น และในระยะที่ 2 จะเป็นการบำบัดรายครอบครัว เป็นเวลา 15 สัปดาห์ ๆ 1 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวได้นำความรู้ไปปรับใช้โดยมีการเขียนข้อตกลงร่วมกันในพฤติกรรมแต่ละด้านที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อช่วยให้ครอบครัวลดความตึงเครียด เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว และระยะที่ 3 จะเป็นการติดตามผลโดยใช้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 15 วันติดตามต่อเนื่องจนครบ 2 ปี

2.2.2 Psychoeducation Family Intervention และ Multiple Family Group Intervention ให้ความรู้แบบรายครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการ การพยากรณ์โรค การรักษา การสร้างความร่วมมือในการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูทางสังคม เดือนละครั้งๆ ละ 1.5 - 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 9 เดือน และร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว (Multiple Family) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ทำกลุ่มในทุกๆ 3 เดือน ในเดือนที่ 3 , 6 และเดือนที่ 9 รวม 3 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 90 นาที นอกจากนี้

ในช่วง 2 เดือนแรกจะมีเครือข่ายในชุมชน ให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องการจัดการกับภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง โดยผ่านทางสถานีวิทย์

2.2.3 Psychoeducation Family Intervention และ Support Group มีแนวทางการบำบัดดังนี้โดย (1) ให้ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม Information group (IG) กลุ่มละ 16-18 คน พบสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ 1 ชั่วโมง 45 นาที ทั้งหมด 24 ครั้งรวม 6 เดือนให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการทาง ด้านบวก อาการทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาทางจิตเวช และการอยู่ร่วมในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ได้ด้วยตนเองหรือความต้องการความช่วยเหลือ และการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือโดยวิธี การบรรยาย วิดีโอเทป และการให้ใบความรู้ และ (2) จัดครอบครัวเข้า support group (SG) ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งหมด 48 ครั้ง รวม 12 เดือน กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วยกลุ่มละ 8 - 9 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ ในระยะที่ 1 ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะแก้ไขปัญหาครอบครัว ทักษะการรับรู้และจัดการความเครียดจากประสบการณ์ของหลายๆ ครอบครัว ระยะนี้ทำในช่วงปีแรก ระยะที่ 2 โดยเน้น Multiple Family Group Support มุ่งเน้นให้กลุ่มเกิดความเชื่อมโยงสัมพันธ์จนกลายเป็นเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำต่อเนื่องครบคลุม 2 ปี

ผู้เข้าร่วมบำบัด

สำหรับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ DSM-IV , ICD-10 ต้องไม่ติดสารเสพติดหรือสุรา ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ และปัญหาด้านสมอง มีความสามารถในการทำหน้าที่ โดยมีคะแนน Global Assessment Scale 30 คะแนนขึ้นไป และมีความร่วมมือในการดูแล รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีอาการทางจิตสงบ ต้องไม่มีอาการกำเริบซ้ำก่อนการบำบัดใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่อยู่ในระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยในและไม่ได้รับการดูแลอื่นๆมาก่อน นอกจากการดูแลตามมาตรฐาน อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุช่วง 16 – 65 ปี

สำหรับครอบครัว คือ ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ดูแลหลัก อยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน หรืออย่างน้อย 4 ชั่วโมง ต่อวัน และต้องอยู่บ้านเดียวกันอย่างน้อย 1 ปี อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ใดๆมาก่อน เข้าใจและอ่านภาษาจีนกวางตุ้งได้

ผู้บำบัด เป็นพยาบาล หรือพยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี หรือจิตแพทย์ โดยมีคุณสมบัติของผู้บำบัดดังนี้ ต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบำบัดครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมจากผู้วิจัย 12 ชั่วโมง หรือได้รับการฝึกอบรมจากจิตแพทย์

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว The change of relatives' beliefs on illness ผลลัพธ์ด้านทัศนคติของญาติต่อโรคด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและด้อยประสิทธิภาพลดลง ระดับความรู้ของญาติหรือความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มทดลองสูงกว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติ พบว่าญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น

Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency ภาระของญาติ ประเมินจากผลกระทบเรื่องการดูแลบ้านไม่มีเวลาว่าง หรือการประกอบอาชีพ พบว่าผลกระทบในด้านต่างๆ น้อยกว่าการดูแลแบบปกติ

Relatives subjective burden วัดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจ พบว่าความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ภาระการดูแล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแล ลดลง โดยเฉพาะในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพกาย สุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของ การแก้ไขปัญหา

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้นกว่าการดูแลแบบปกติ

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย แบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลงจากเดิม และอัตราการป่วยซ้ำลดลง แต่มีบางงานวิจัยที่ผลลัพธ์ของจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและอัตราการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาล พบว่าจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาลลดลง อาการทางจิต พบว่าร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีอาการ(Full recovery) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม

ความร่วมมือในการรักษา พบว่าอัตราความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าทุกกลุ่มที่เปรียบเทียบ

การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย พบว่าคะแนนการทำหน้าที่โดยรวมดีกว่าการดูแลแบบปกติ

ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการรักษาและอาการกำเริบ กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรักษามีอัตราการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรักษาโดยมีคะแนน GAS สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

พฤติกรรมทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมทางจิตสังคม เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อจำหน่าย แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

Ability to work พบว่าไม่มีความแตกต่างในด้านความสามารถในการทำงาน

3. Mutual support group for Family Intervention เป็นแนวทางการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา และลดอคติทางสังคมจากการเจ็บป่วย โดยมีแนวทางการบำบัด มีกำหนดโปรแกรม 6 เดือน แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้ ความต้องการทางด้านจิตสังคม จำนวน 2-3 ครั้ง ระยะที่ 3 การเผชิญกับความ ต้องการทางด้านจิตสังคมของตนเองและครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง ในระยะนี้ผู้นำผู้ป่วยเข้าร่วมบำบัดด้วย ระยะที่ 4 ท้าบทบาใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายโดยเรียนรู้จากกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา การดูแลและจัดการผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง และ ระยะที่ 5 ยุติกลุ่ม จำนวน 1- 2 ครั้ง โดยจัดกลุ่มครอบครัว 10 – 11 คนต่อกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือก โดยสมาชิกเอง บำบัดทุก 2 สัปดาห์จำนวน 12 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ติดตามประเมินผล 6 เดือนถึง 1 ปี

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทไม่เกิน 3 ปี ต้องไม่มีโรคจิตเวช อื่นๆ และไม่ใช่สารเสพติด ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมบำบัดต้องมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เข้าใจ ภาษาจีน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลักไม่น้อยกว่า 3 เดือนและต้องไม่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางกายมากกว่า 1 คน

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลา 3 วัน จากผู้วิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ในด้านการใช้บริการสุขภาพจิตโดยครอบครัวไม่แตกต่างกันในเรื่องความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในประเด็นของการแก้ไข ปัญหา การสื่อสาร และการทำหน้าที่โดยทั่วไป

Family Support Services ด้านความต้องการความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคม ไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

Re-hospitalization พบว่ามีจำนวนครั้ง และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลง

Clinical status พบว่าความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกัน

การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย พบว่าจะเน้นการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่ม mutual support มีคะแนนดีขึ้น

4. Need-based Cognitive – Behavior Family Intervention เป็นแนวทางการบำบัด เพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงและลด พฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านลบ และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำ หน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถระบุความต้องการและวางแผนที่จะบรรลุความต้องการนั้นได้ โดยมีแนว ทางการบำบัดดังนี้ ผู้บำบัดจะได้รับการดูแลแบบปกติ ครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคจิต เภท และวิธีการดูแล 2 ครั้ง และโปรแกรมการจัดการความเครียด 3 ครั้ง การให้การบำบัดใน รูปแบบนี้ใช้ระยะเวลาในการบำบัดอยู่ในช่วง 10 – 20 ครั้งใน 6 เดือน ขึ้นอยู่กับความต้องการ พื้นฐานของครอบครัว โดยประเมินความต้องการของครอบครัวซึ่งมี 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) การ สนับสนุนด้านข้อมูล และการติดต่อประสาน (2) การจัดการกับอาการ (3) การสร้างสัมพันธภาพ (4) ผลกระทบของผู้ดูแล (5) อารมณ์ด้านที่เกี่ยวข้องต่อการเจ็บป่วย ส่วนผู้ป่วยจะได้รับความรู้และรู้จัก การติดตามอาการตนเองที่ผิดปกติ เช่น การรับรู้ที่ผิดปกติ ความคิดที่ผิดปกติ โดยใช้เทคนิค CBT. เลือกเทคนิคตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละรายและติดตามประเมินผล 1 ปี

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, Delusional disorder อย่างน้อย 2 ปี มีอาการป่วยซ้ำเนื่องมาจากอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ต้องเข้ารับการรักษแบบ ผู้ป่วยในภายใน 2 ปี และต้องไม่มี Primary diagnosis เป็น organic brain disease หรือ Learning disability อายุ 18 – 65 ปี ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมบำบัด ต้องมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นทีมสหวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว พบว่าความต้องการของครอบครัวใน 5 ด้านมีความแตกต่าง จากกลุ่มควบคุมและด้านความตึงเครียดและภาระครอบครัวพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าจำนวนของการเกิดป่วยซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง ระหว่าง 2 กลุ่ม มี ความแตกต่างกัน สำหรับการป่วยซ้ำโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ

การดูแลแบบปกติ ระยะเวลาจำนวนวันที่เริ่มกลับป่วยซ้ำและกลับมาพบแพทย์ว่า ใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

Effect for time spent Relapse while remaining in the community พบว่าใช้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พบว่ามีคะแนนอาการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีคะแนนการทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ
การทำหน้าที่ทางสังคม และความร่วมมือในการรับประทานยาพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

5. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia เป็นรูปแบบการให้ Family intervention ในการใช้โปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท อาการ และพฤติกรรมที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ การสังเกต ติดตามอาการนำของการป่วยซ้ำ โดยทีมบำบัด ครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือบริการทางคลินิกภายใน 24 -48 ชั่วโมงเมื่อมีภาวะวิกฤตหรืออาการกำเริบ การจัดการกับภาวะวิกฤติ การสนับสนุนด้านจิตใจและการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง ๆ 1 ชั่วโมง และการเข้ากลุ่มหลายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะต้องมาเข้ากลุ่ม เดือนละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 เดือน รวม 18 เดือน

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia , schizoaffective disorder ไม่มีประวัติ organic mental disorder หรือ mental retardation ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R มีความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ โดยอย่างน้อยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาต้องมียุติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือ มีประวัติการ Admission 2 ครั้ง ขึ้นไป อายุ 19 – 60 ปี ต้องไม่ติดสารเสพติดหรือสุราอย่างรุนแรงจนต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับครอบครัวไม่มีรายละเอียด

ผู้บำบัด เป็นทีมรักษา หรือ จิตแพทย์ ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการนำของการป่วยซ้ำ และมีคู่มือในการประเมินอาการนำ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดในรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia

ผลลัพธ์ด้านครอบครัว ในรูปแบบ A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia : PRP พบว่าไม่มีการวัดผลลัพธ์ด้านครอบครัว

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้

Relapse and Re-hospitalization ผลลัพธ์ด้านการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลพบว่า มีอัตราป่วยซ้ำและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าการดูแลแบบปกติ

Early detection of the onset of the Relapse process พบว่าความสามารถในการ Detection with Full relapse , Detection with Full Hospitalized ได้ดีกว่า

การใช้ขนาดยาต้านโรคจิตในกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตเพิ่มขึ้น

แบบประเมิน/เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัย ได้มีการวัดผลลัพธ์ครอบคลุมใน 2 ส่วน คือ การวัดผลลัพธ์ของครอบครัว และ ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ซึ่งมีการวัดผลลัพธ์ในหลายๆ ด้าน โดยมีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษามีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของครอบครัว ประเมินในการทำหน้าที่ทางสังคม (1) ใช้เครื่องมือ Family Burden Scale (Bradley et al., 2006) (2) เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านการช่วยเหลือทางสังคมวัดโดยใช้เครื่องมือ Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), the Social Support Questionnaire (SSQ) (Hazel et al., 2004) (3) การรับมือกับปัญหาของญาติประเมินโดย The Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Hazel et al., 2004) (4) เครื่องมือที่ใช้ Family Assessment Device (FAD) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 7 มิติ (Chien et al., 2005) และ (5) Family Support Service Index (FSSI) เพื่อประเมินความต้องการความช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วยและญาติ (Chien et al., 2005) (6) แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ความต้องการตาม Carer's cardinal need โดยประเมินใน 5 area คือ Support , information and liaison / Coping with symptoms / Relationship / Carer hardship / Carer negative emotions (Sellwood et al., 2001) (7) เครื่องมือประเมินความเครียดและภาระ ของผู้ดูแล ประเมินโดยใช้เครื่องมือ 3 ชนิด คือ The General Health Questionnaire (GHO) , The Beck Depression Inventory (BDI) , Section D of the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS(d))

และในการประเมิน Express emotion ประเมินโดยผู้วิจัยจากวิดีโอเทปที่บ้านทักไว้ (Sellwood et al., 2001)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้าน Caregiver ' distress (1) ใช้เครื่องมือ Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อประเมินภาระความกดดันของครอบครัว (2) ใช้ the Anger Expression Scale (Ax) เพื่อประเมิน ด้านอารมณ์ความโกรธ หรือ ภูมิต้านทานของครอบครัว (3) ใช้ Global Distress Index of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เพื่อประเมิน อาการซึมเศร้าของครอบครัว และ (4) ใช้เครื่องมือ State – Trait Anxiety Inventory (SAI) เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลของครอบครัว (Hazel et al., 2004) (5) ใช้เครื่องมือ Family Burden Interview Schedule (FBIS) เพื่อประเมินภาระการดูแล ได้แก่ ผลกระทบของเศรษฐกิจของครอบครัว กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การปฏิสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพกาย (Cheng & Chan, 2005) (6) เครื่องมือที่ใช้ Relatives objective burden interms of patients' self – sufficiency เพื่อประเมินภาระของญาติ ซึ่งดูจากผลกระทบเรื่องการดูแลบ้าน ไม่มีเวลาว่าง การประกอบอาชีพ (7) ใช้เครื่องมือ Relatives objective burden interms of patients' social function เพื่อประเมินภาระของญาติผลกระทบในเรื่องมีปัญหาสัมพันธ์ทางกายในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม (8) ใช้เครื่องมือ Relatives subjective burden เพื่อประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจ (Carra et al., 2007) (9) ใช้เครื่องมือ General Perceived Self Efficacy (SES) เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดขีดสมรรถนะของบุคคล ในการจัดการกับความท้าทาย การเผชิญกับความกดดัน หรือ ความเครียดในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต (Cheng & Chan, 2005) (10) ใช้ Six-item Social Support Questionnaire (SSQ-6) เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประเมินระดับการรับรู้ของบุคคลต่อการสนับสนุนทางสังคม (Cheng & Chan, 2005)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ใช้ เครื่องมือ The Relative Investigation Scale and Relatives' Beliefs Scale (Ran et al., 2003)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติ โดยใช้เครื่องมือ The Chinese version of the Knowledge about Schizophrenia Interview (KASI) (Li & Arthur, 2005)

ผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยด้านอาการทางจิตเวช (1) ใช้เครื่องมือ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Bradley et al., 2006; Hazel et al., 2004; Li & Arthur, 2005; McFarlane et al., 1995; (2) ใช้เครื่องมือ the Present State Examination (PSE-9, Chinese translation) (Ran et al., 2003) เพื่อประเมินอาการทางจิต (3) The Schedule for the Assessment of Negative symptoms (Bradley et al., 2006; McFarlane et al.,

1995) (4) Modified Scale for the Assessment of Negative symptoms (MSANS) เพื่อประเมินอาการทางด้านลบ (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) (5) เครื่องมือที่ใช้ PANSS , The Early Signs Questionnaire (Herz et al., 2000) (6) เครื่องมือที่ใช้ GAS เพื่อประเมินอาการทางจิตใช้เป็นข้อบ่งชี้อาการ Relapse (Carra et al., 2007; Herz et al., 2000) (7) Re-hospitalization ประเมินจากเครื่องมือประเมินอาการทางจิตร่วมกับประวัติการ Admission (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004; Dyck et al., 2002; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; ชีระ ถิลาณันท์กิจ และคณะ, 2542) (8) ประเมินการใช้บริการในสถานบริการในลักษณะต่างๆ เช่น Inpatient service , Outpatient service , Crisis care service ประเมินโดยดูจากประวัติในแฟ้มเวชระเบียน (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004; Dyck et al., 2002) (9) ใช้แบบประเมิน Medication Compliance 6 scale (McFarlane et al., 1995) ใช้แบบประเมิน Treatment compliance มีระดับวัด 3 scale (Ran et al., 2003) และ ประเมินตามแบบมาตรฐานการดูแลของชุมชนแบ่งเป็น 3 scale (Carra et al., 2007) เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาหรือการรักษา (10) ส่วนในการประเมินความสามารถในการ Early detection of the onset of the Relapse process นั้น ประเมินจากประวัติที่บันทึกไว้ ประเมินการเข้าร่วมการบำบัด ประเมินจากการเข้าร่วมบำบัดรักษาในแต่ละโปรแกรมตามที่กำหนด (Herz et al., 2000)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (1) ใช้เครื่องมือ คือ Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) , Quality of Life Scale (QOL) (Bradley et al., 2006) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (2) ใช้เครื่องมือ Specific Level of Functioning Scale (SLOFS) เพื่อประเมินการทำหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การคงสภาพของตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมในชุมชน (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) (3) ใช้เครื่องมือ the Social Disability Screening Schedule (SDSS) (Ran et al., 2003) (4) The Chinese version of the Nurse' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOISE) (Li & Arthur, 2005) เพื่อประเมินผลกระทบต่อครอบครัวและการทำหน้าที่ทางสังคม (5) ใช้ The Chinese version of the Global Assessment Scale(GAS) เพื่อประเมินการทำหน้าที่โดยรวม (Li & Arthur, 2005) (6) การประกอบอาชีพ ประเมินโดยดูจากประวัติการทำงานในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับปัจจุบัน (Carra et al., 2007) (7) ใช้เครื่องมือแบบ dichotomous scale – either (McFarlane et al., 1995) และ (8) ใช้แบบประเมิน Ability to work แบ่งเป็น 3 scale (Ran et al., 2003)

สรุปจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัย พบว่าการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Family Interventions for Schizophrenia Patients) นั้น มีแนวทางการบำบัดหลายรูปแบบ ซึ่งทุกรูปแบบต่างก็มีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังผลลัพธ์ที่ปรากฏในการอภิปราย

ผล ด้านครอบครัว พบว่าช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา และการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติ มีความรู้ที่กดดันหรือเป็นภาระลดลง มีการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งช่วยเหลือด้านทรัพยากรเพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้น เช่น การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การทำหน้าที่โดยทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยพบว่าอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางด้านลบและอาการทางด้านบวกดีขึ้น อัตราการกำเริบลดลง อัตราการกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง การใช้ขนาดยาต้านโรคจิตลดลง รวมถึงระยวันนอนลดลง ความร่วมมือในการรักษา ร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ส่วนด้านจิตสังคม พบว่า การทำหน้าที่โดยรวมดีขึ้น มีความสามารถในการประกอบอาชีพ มีทักษะในการอยู่ร่วมกันในชุมชน และการใช้บริการคลินิกฉุกเฉินน้อยลง ในรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกัน พบว่าองค์ประกอบหลักๆ ที่มีเหมือนกัน คือ Psychoeducation ซึ่งในทุกรูปแบบจะต้องมี การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลช่วยเหลือ ในประเด็นต่างๆ เช่น ความหมายโรคจิตเภท อาการและอาการแสดง อาการเตือน อาการกำเริบ สาเหตุ การพยากรณ์โรค การรักษาด้วยยา การบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคม รวมถึงการสังเกต อาการเตือน และการจัดการช่วยเหลือภาวะวิกฤต เป็นต้น ในส่วนที่แตกต่างคือ รูปแบบการดำเนินการบำบัด เทคนิค เฉพาะและระยะเวลาการบำบัด สำหรับรูปแบบที่นำมาศึกษาและเป็นที่นิยมใช้ คือ Psychoeducation Family Intervention, Multiple- Family group Intervention และ Mutual Support group for Family Intervention ตามลำดับ สำหรับผู้บำบัดนั้น ในหลายวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะพยาบาล สามารถบำบัดได้โดยเอกสิทธิ์ แต่ต้องมีความรู้ประสบการณ์ทางด้านจิตเวช หรือทักษะการบำบัดครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่ามีรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากแต่มีข้อจำกัดของการนำมาศึกษาเนื่องจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องของต่างประเทศที่นำมาเผยแพร่ไม่มีเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text) และไม่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมจากวารสารได้ และสำหรับงานวิจัยในประเทศไทยนั้น มีการศึกษารูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทน้อย จึงทำให้มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้น้อย

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลจิตเวชจะนำไป

ประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 รูปแบบ พยาบาลจิตเวชและผู้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ในรูปแบบที่ต้องใช้ทักษะในการบำบัดสูงเช่น CBT และ การบำบัดรูปแบบ Multiple – Family Group Intervention ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ซึ่งในการนำการช่วยเหลือแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึง ข้อดี และข้อจำกัด ผลลัพธ์ และสถานที่บำบัด ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละ รูปแบบดังนี้

1. รูปแบบ Multiple – Family Group Intervention การช่วยเหลือโดยใช้รูปแบบนี้ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องชัดเจน และรับรู้แหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภทพบว่าช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้นทั้งอาการทางด้านบวกหรืออาการทางด้านลบ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าการบำบัดแบบรายครอบครัว (Single-Family Intervention) หรือการดูแลแบบปกติ (Standard care) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 1 – 2 ปี รูปแบบนี้เหมาะสำหรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือ บำบัดในชุมชน สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรได้รับการฝึกอบรมและได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญทางการบำบัดครอบครัวแบบ Multiple – Family Group Intervention ถึงแม้ว่ารูปแบบการช่วยเหลือนี้จะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่การใช้ระยะเวลานานในการบำบัดจึงมีโอกาสสูงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ครบตามกำหนด

2. รูปแบบ Psychoeducation Family Intervention มีรูปแบบการช่วยเหลือ 2 รูปแบบย่อยคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างเดียว และการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ สำหรับการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างเดียว ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 3 สัปดาห์ - 2 เดือนครึ่ง จำนวนครั้งของการทำประมาณ 8 – 10 ครั้ง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นกว่า 4 รูปแบบอื่นที่ได้สรุปไว้ และสามารถให้การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแบบต่อเนื่องจากผู้ป่วยในถึงผู้ป่วยนอก ได้ผลลัพธ์ดีทั้งด้านครอบครัวและผู้ป่วย คือช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับความกดดัน ความเครียดในสถานการณ์ต่างๆในชีวิต และการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคม และลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม เพิ่มพฤติกรรมทางสังคม ลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดจำนวนครั้งในการเข้ารักษาและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ส่วนการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 9 เดือน – 2 ปี จำนวนครั้งของการทำประมาณ 12-30 ครั้ง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน ช่วยให้การครอบครัวมีทัศนคติต่อโรคด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอสอดคล้องและด้อยประสิทธิภาพลดลง ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยพบว่าเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการป่วยซ้ำ

3. Mutual support group for family intervention ในรูปแบบนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และช่วยให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะการคงสภาพของตนเอง (Self maintenance) รวมทั้งสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในการรักษาของผู้ป่วยลง ใช้ระยะเวลาการบำบัด 6 เดือน จำนวนครั้งประมาณ 12 ครั้ง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะนำไปใช้ จำเป็นต้องมีทักษะในการทำกลุ่มครอบครัวแบบ Mutual support group

4. Need – based Cognitive – Behavior Family Intervention ในรูปแบบการบำบัดนี้มีข้อดีด้านผลลัพธ์คือ ช่วยให้ครอบครัวมีศักยภาพมากขึ้น และลดความต้องการของผู้ดูแล ส่วนด้านผู้ป่วย ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย รวมทั้งลดอัตราการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ เป็นการบำบัดที่ต้องใช้ทักษะในการบำบัดสูง สำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้จำเป็นต้องมีทักษะการบำบัดด้วย CBT.

5. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia การบำบัดในรูปแบบนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ลดอัตราการป่วยซ้ำ และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลง จุดเด่นของการบำบัด คือช่วยให้ประเมินและค้นพบอาการแรกเริ่มก่อนป่วยซ้ำได้เร็ว ตอบสนองในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้เร็ว สนับสนุนการทำงานเป็นทีม มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ ควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวช และมีทักษะในการบำบัดครอบครัว

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการทำวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสอดคล้องกับบริบท สังคม และวัฒนธรรมไทย

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON FAMILY INTERVENTIONS FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

นุชนาด ชัยเจริญ 4736749 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing),
พัชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

จากการศึกษาพบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ถึง 15 (Kaplan & Sadock , 1995) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 0.5 –1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2541) จากข้อมูลสถิติการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญาในปีงบประมาณ 2547 – 2549 มีจำนวนเท่ากับ 7,275 ราย 6,569 ราย และ 6,581 ราย ตามลำดับ เมื่อศึกษาจำนวนครั้งของการมารับการรักษาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป เท่ากับ 2,751 ราย 2,493 ราย และ 2,601 ราย ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นร้อยละของการรับผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ขึ้นไปไว้รักษา จะได้เท่ากับร้อยละ 53.1 ร้อยละ 55 ร้อยละ 57.5 ตามลำดับในแต่ละปี (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2549) เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง มีอัตรากำเริบหรือป่วยซ้ำ (Relapse) สูงถึง ร้อยละ 50 – 70 มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความพร้อมในหน้าที่ต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ มีโอกาสที่จะหายเป็นปกติน้อย (ศิริเนตร สุขดี, 2548) ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ต้องการดูแลตลอดชีวิต ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างมีความสุข (กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เกิดความเครียด (เวทินี สุขมาก

และคณะ, 2544) สูญเสียสังคม (วรกษ นิธิกุล, 2535) ขาดการพักผ่อนและขาดรายได้ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ที่ต้องมีการระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ป่วยพบว่ามีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ต้องการรับประทานยาเป็นเวลายาวนานไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา ลำบากใจที่ต้องรับประทานยาในที่ทำงาน และคิดว่าหายป่วยแล้ว (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541; อุไรวรรณ เหลืองไฟโรจน์ และคณะ, 2537) มีการใช้สารเสพติดของมีนเมา (สคไล กลุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2546) มีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้แหล่งประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำไม่ดี บกพร่องการดูแลตนเอง (ปรีวัชร ไชยน้อย, 2546) ไม่มาติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำได้ อีกปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ, 2542) เช่นครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion) ลักษณะปฏิสัมพันธ์แบบติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ไม่เป็นมิตร (hostility) (King & Dixon, 1999) การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัวและญาติ (วัชรี หัตถพนม และคณะ, 2529) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบปัญหาหลังการจำหน่ายคือผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา ส่งผลให้ญาติขาดความสามารถในการสังเกตอาการก่อนกำเริบและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ซ้ำในขณะเกิดภาวะวิกฤต (Heinriches & Carpenter, 1985) ญาติรู้สึกอับอาย มีปมด้อยในการยอมรับผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับ มีการล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ร่วมมือตามแผนการรักษา (McFarlane et al., 1995, Ran et al., 2003) จากการศึกษาการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่ามีหลายรูปแบบ เช่น สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention) (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ลีลานันทกิจ และคณะ, 2542) การบำบัดในรูปแบบหลายครอบครัว (Multiple-Family Group Intervention) (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy) (Sellwood et al., 2001) การบำบัดสนับสนุนประคับประคอง (Mutual support group for Family Intervention) (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) และโปรแกรมการ

ป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท (A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia) (Herz et al., 2000) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สามารถสนับสนุนความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและร่วมมือในการรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการ ภาวะวิกฤต การช่วยเหลือครอบครัวในทักษะการแก้ปัญหา การสื่อสาร และ ทักษะการจัดการความเครียด ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการดูแล (Li & Arthur, 2005) และลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ต่างๆในชีวิต (Cheng & Chan, 2005) และแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นรวมทั้งการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่ดีขึ้น (Cheng & Chan, 2005) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาสูง (Xiang et al., 1994) ลดอัตราการกำเริบ (Li & Arthur, 2005; ชีระ ธิลา นันทกิจ และคณะ, 2542) การมีผู้ดูแลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Razali & Yahya, 1995) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะราย และติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่พบอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท (Muela & Godoy, 2002)

รูปแบบการให้การบำบัดครอบครัวแบบ Mutual support Group for family เป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม ในเบื้องต้นเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความเข้าใจกับความต้องการทางด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วย และ เรียนรู้ในทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการกับอาการผู้ป่วย พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Chien & Chan, 2005) เพิ่มการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น (Chien & et al., 2005; Chien & Chan, 2004) จำนวนครั้งในการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ระยะเวลานอนลดลง (Chien & Chan, 2004)

สำหรับรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวแบบ Multiple-Family group Intervention โดยผู้บำบัดพบแต่ละครอบครัวในช่วงแรก เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การบำบัดทางจิตสังคม แนวทางการช่วยเหลือญาติ ในระยะต่อมาทำการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม เพื่อร่วมอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มทักษะการแก้ไข้ปัญหา ผลช่วยให้อัตราการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบลดลง (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) อาการทางจิตลดลง (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) ความรู้สึกลดลงของครอบครัวลดลง (Hazel et al., 2004) ความรู้สึกละอายใจลดลง (Bradley et al., 2006) ช่วยลด

อัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน และการใช้บริการจิตเวชฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว (Dyck et al., 2002) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 90 (McFarlane et al., 1995)

รูปแบบการป้องกันการกำเริบ (A Program for Relapse Prevention : PRP) เป็นรูปแบบการดูแลตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมการป้องกันการกำเริบ คือการให้ความรู้ครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับกระบวนการกลับเป็นซ้ำ เข้าใจถึงพฤติกรรมที่เป็นอาการนำของผู้ป่วย ให้การรักษาภายใน 24 -48 ชั่วโมงเมื่อพบอาการนำ ทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง และกลุ่มแบบหลายครอบครัว ซึ่งช่วยให้อัตราการกำเริบลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถค้นพบอาการนำก่อนการป่วยซ้ำได้มากขึ้น ทั้งยังช่วยให้การใช้ขนาดยาต้านโรคจิตลดลง (Herz et al., 2000) นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral family intervention) มีวัตถุประสงค์การบำบัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มควบคุม (Sellwood et al., 2001)

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวยังมีความต้องการในการดูแลอย่างมาก เนื่องจากมีความยุ่งยากของปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เพื่อบริหารจัดการ จัดระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกัน และนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการทางการพยาบาล เพื่อหารูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษา ค้นคว้า รวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการดูแลและปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัวแล้วจะสามารถช่วยลดการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และรวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. องค์ประกอบที่สำคัญของแต่ละรูปแบบของการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด ลักษณะวิธีการ ระยะเวลาการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด

ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ได้องค์ความรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Family Interventions for Schizophrenia patients)
2. เป็นข้อมูลที่สำคัญในการพยาบาลและศึกษาวิจัยต่อไป

นิยามศัพท์

การช่วยเหลือครอบครัว หมายถึง วิธีการที่ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในด้านให้บริการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ครอบครัวสามารถมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะการดูแลและการจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด การรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจและการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต , 2550)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 (International Classification of Disease) หรือ DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision)ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ และความผิดปกติมีระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีช่วงระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน (active-phase) โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป คือ อาการหลงผิด (Delusions)อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) อาการพฤติกรรมแบบวุ่นวายสับสน (grossly disorganized behavior) หรืออาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว (catatonic behavior) (WHO, 2007)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวนโดยพิจารณาเกี่ยวกับ

- 1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น (Criteria)
- 1.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
- 1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น (Data Source)
- 1.4 การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดเกณฑ์และเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation) และการดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน

- 1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นดังนี้
 - 1.1.1 งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1.2 งานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1.3 งานวิจัยที่เป็น Full text ที่มีรูปแบบงานวิจัยแบบเชิงทดลอง กึ่งทดลอง

เชิงสำรวจ พรรณนา Guidelines และ Systematic review

1.2 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นที่ใช้ คือ Schizophrenia , Family intervention ,Family

Psychoeducation , Family program

1.3 เลือกฐานข้อมูลในการสืบค้น (Data source)

ผู้ศึกษาสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากข้อมูลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญได้แก่

1. ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติต่างๆของสถาบัน ได้แก่ [www.guidelines.gov./](http://www.guidelines.gov/)

<http://www.icn.ch>

2. ฐานข้อมูลที่ทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ [www.Cochrance.Org./](http://www.Cochrance.Org/)

www.Joannabriggs.edu.au.

3. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับองค์การทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ <http://www.psych.org/>
<http://www.aagponline.org/>

4. ฐานข้อมูลวิจัยเดี่ยว ได้แก่ PUBMED, CINAHL , MEDLINE OVID , Blackwell synergy

5. สืบค้นงานวิจัยภายในประเทศ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ห้องสมุดโรงพยาบาลศิริสัญญา

6. สืบค้นข้อมูลจากระบบการสืบค้น โดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือก งานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องนำไปค้น Full text จาก เอกสารอ้างอิง (Reference list) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล

1.4 การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)

การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

1.4.1 ชนิดของการจัดกระทำเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.4.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อยเป็นผู้ป่วยจิตเภท 50 % ขึ้นไป

1.4.3 งานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text)

1.4.4 รูปแบบงานวิจัยแบบเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานอ้างอิงของงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melynck and Fineout – Overholt (Melynck & Fineout – Overholt, 2005) มี 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย Systematic review หรือ Meta-analysis ที่มาจากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือเป็นหลักฐานจาก Guidelines ที่ได้มาจาก Systematic review ของงานวิจัย RCTs

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยที่สุดมาจากงานวิจัยที่เป็น RCTs

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case – Control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา แบบบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา แบบบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นที่สนะของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ หรือ รายงานจากทัศนะกลุ่มของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ

งานวิจัยที่นำมาศึกษามีจำนวน 15 งานวิจัย เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ 2 จำนวน 12 งานวิจัย และระดับ 3 จำนวน 3 งานวิจัย

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 15 งานวิจัย ครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะใช้ในการกลั่นกรองจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2) แบบการวิจัย (Design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง/ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)
- 4) สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บข้อมูล (Data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือการ จัดกระทำ (Intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication)

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 15 งานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเป็นระดับ 2 มีจำนวน 12 งานวิจัย และระดับ 3 มีจำนวน 3 งานวิจัย ในจำนวน 15 งานวิจัยพบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 14 งานวิจัย และงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 งานวิจัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำผลไปใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล

2. รูปแบบ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของ Family Interventions for Schizophrenia Patients สามารถแบ่งการบำบัดออกเป็น 5 รูปแบบได้ดังนี้

2.1 Multiple – Family Group Intervention จากการศึกษาทั้ง 5 งานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยระดับ 2 ทั้ง 5 เรื่อง (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) เป็นการบำบัดแบบหลายครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะการผ่อนคลาย โดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ ในระยะแรกผู้บำบัดพบครอบครัวเดี่ยวๆ ไม่พบผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง ภายใน 1 – 4 สัปดาห์ โดยผู้บำบัด 1 คน พบแต่ละครอบครัวจำนวน 3 ครอบครัว เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและญาติ และประเมินรวบรวมข้อมูลจากญาติในประวัติการเจ็บป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษา ระยะที่ 2 เป็นการบำบัดแบบหลายครอบครัว ประมาณ 6-8 ครอบครัวต่อกลุ่มโดยช่วงแรกจัดทำ Psychoeducation workshop ใช้ระยะเวลาครั้งวัน - 1 วัน ต่อครั้ง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและกระบวนการรักษา โดยการบรรยาย ถ่ายทอดผ่านวิดีโอ เทปและมีคู่มือแนวทางการจัดการกับปัญหา ในช่วงที่ 2 ของระยะนี้ เป็นการทำกลุ่มครอบครัว ซึ่งมีระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแตกต่างกัน คือ จัดทำกลุ่มครอบครัวทุก 1 สัปดาห์ หรือจัดทำกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 90 นาที ต่อครั้ง ต่อเนื่องไปถึง 1 ปี และหลังจาก 1 ปี ทำกลุ่มครอบครัวทุก 2 สัปดาห์ หรือ ทุก 1 เดือน ใช้เวลา 90 นาทีต่อครั้ง จนครบ 2 ปี โดยเน้นเชิงสังคมและสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยมีรูปแบบ ดังนี้ (1) การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวภายในกลุ่ม ประมาณ 15 นาที (2) ดำเนินการให้สมาชิกได้ทบทวนเหตุการณ์สำคัญในสัปดาห์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ biosocial และ การนำแนวทางไปใช้ได้เหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที (3) ให้สมาชิกเลือกปัญหามา 1 ครอบครัวใช้เวลาประมาณ 5 นาที (4) หาแนวทาง การแก้ไขปัญหา โดยกำหนดปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขที่มีความเป็นไปได้โดยพิจารณาถึงข้อดีและข้อขัดแย้งของแต่ละแนวทาง และสมาชิกเลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมและรู้สึกพึงพอใจที่จะนำไปปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที และ (5) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมแสดงความคิดเห็นก่อนจบกลุ่มใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมทั้งหมดประมาณ 90 นาที โดยมีระยะเวลาในการประเมินผล 1 – 2 ปี

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยโรค Schizophrenia (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) หรือ Schizoaffective disorder (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995) หรือ Schizophreniform disorder (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) หรือรวมถึงโรคจิตเวชอื่นๆ ด้วย (Hazel et al., 2004) ไม่จำกัดว่ามี Substance use disorder (Bradley et al., 2006) ผู้ป่วยต้องไม่ติดสารเสพติดที่มี Physical dependent (McFarlane et al., 1995) อายุ 18

– 45 ปี (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) และ 18 – 55 ปี (Bradley et al., 2006) และไม่ระบุอายุ (Hazel et al., 2004) ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในช่วง 2 เดือนก่อนการบำบัด (McFarlane et al., 1995) อาศัยหรือติดต่อกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ (Dyck et al., 2002) และอยู่ในชุมชนนั้นๆตลอดการศึกษา (Hazel et al., 2004) สำหรับครอบครัว ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย (Dyck et al., 2002) มีเวลาพบผู้บำบัดหรือผู้วิจัยตามระยะเวลาและตามกิจกรรมที่กำหนด

ผู้บำบัด ได้แก่พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือ นักจิตวิทยา (McFarlane et al., 1995) ไม่ระบุวิชาชีพ (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) และไม่ระบุคุณสมบัติ (Hazel et al., 2004) ได้รับการฝึกอบรม การบำบัดครอบครัว และมีคู่มือการบำบัด (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) ได้รับการฝึกอบรมก่อน 2 สัปดาห์ (Dyck et al., 2002) หรือได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ Multiple family group treatment จำนวน 3 วัน และได้รับการนิเทศเป็นระยะจากผู้เชี่ยวชาญ คือ นักจิตวิทยา หรือ นักบำบัดครอบครัว (Bradley et al., 2006)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ผลลัพธ์ด้านครอบครัว พบว่าช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกกดดันต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 2 (Hazel et al., 2004) ภาระครอบครัวลดลงแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (Bradley et al., 2006) และครอบครัวมีการรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Hazel et al., 2004)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า (1) อาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ พบว่าอัตราการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์ผลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการบำบัดครบตามกำหนด พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995) และจำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$) (Bradley et al., 2006) ระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำใช้เวลานานกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) (Bradley et al., 2006) (2) อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) (Dyck et al., 2002) และมีอัตราการลดลงในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995) (3) ความรุนแรงของอาการด้านบวกพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .019$) (Bradley et al., 2006) และอีก 1 งานวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (McFarlane et al., 1995) (4) อาการทางด้านลบพบว่าดีกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995) (5) ด้านขนาดการใช้ยา พบว่ากลุ่มทดลองมี

ขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลดลงและมีระดับความร่วมมือในการรักษาสูงถึง 90 % (McFarlane et al., 1995) (6) ด้านการใช้บริการทางคลินิก พบว่าใช้บริการฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (Dyck et al., 2002) (7) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในการทำหน้าที่ทางสังคม (Bradley et al., 2006) (8) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับของการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ (McFarlane et al., 1995)

2.2 Psychoeducation Family Intervention Program ที่ได้นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 6 งานวิจัย เป็นงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 4 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Ran et al., 2003;) และงานวิจัยระดับ 3 จำนวน 2 งานวิจัย (Muela & Godoy, 2002; ชีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งแบ่งตามโปรแกรมและวิธีการบำบัดได้เป็น 2 ลักษณะ รูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว และ รูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่น ดังนี้

2.2.1 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว มีจำนวน 3 งานวิจัย (Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; ชีระ ลีตานันทกิจ และคณะ, 2542)

2.2.1.1 Psychoeducation Family Intervention โปรแกรมการให้สุขภาพจิตครอบครัว แบบกลุ่มๆละ 8 คน จำนวน 10 ครั้งทำทุกสัปดาห์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อครั้ง มีเนื้อหาดังนี้ (1) เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร (2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง (3) สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (4) การรักษาโรคจิตเภท การฟื้นฟูทางจิตสังคมและการพยากรณ์โรค (5) ปัญหาของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและให้ระบายความรู้สึก และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหา (6) ครอบครัวกับโรคจิตเภท และการให้ความรู้ในการจัดการความเครียด (7) การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ คือเน้นด้านการสื่อสาร การจัดการกับความรู้สึกทางด้านลบของครอบครัว (8) การจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนผู้ป่วยและอาการทางด้านลบ การจัดการกับความกังวลใจของครอบครัว เป็นต้น (9) การใช้บริการและการจัดการกับภาวะวิกฤต รวมถึงบทบาทความรับผิดชอบของทีมรักษา (10) สรุปบททวนในประเด็นที่ไม่ชัดเจน และการมองอนาคตในเชิงบวก (Cheng & Chan, 2005)

2.2.1.2 Group Psychoeducation Family Intervention อบรมให้ความรู้เป็นเวลา 2 วัน หรือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ 1 ชั่วโมง (2 เดือน) หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งวันบ่ายเป็นเวลา 3 ครั้ง (3 สัปดาห์) โดยใช้กระบวนการทำกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีแผนการสอน ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (2) ความรู้โรคจิตเภท อาการ

และสาเหตุ (3) การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (4) ความรู้สึกและความคาดหวังของญาติ ต่อผู้ป่วย (5) การสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย (6) บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (7) การจัดการกับความเครียดของญาติ และ (8) กลุ่มเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล แก้ปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (ธีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542)

2.2.1.3 Education Family Intervention มีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ให้ความรู้ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วย 8 ชั่วโมง และครอบครัว 36 ชั่วโมง ระยะที่ 1 กระบวนการสร้างการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและวิเคราะห์ความต้องการของครอบครัว ทำในสัปดาห์แรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ อาการกำเริบ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นต้น ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลก่อนจำหน่าย ระยะที่ 4 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน หลังจำหน่าย 2 ชั่วโมง ต่อ เดือน เป็นเวลา 3 เดือน ระยะที่ 5 ประเมินผลลัพธ์เมื่อ 3 เดือน และ 9 เดือน หลังจำหน่าย (Li & Arthur, 2005)

2.2.2 Psychoeducation Family Intervention เป็นรูปแบบการบำบัดสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ มีจำนวน 3 งานวิจัย (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003)

2.2.2.1 Psychoeducation Family Intervention และ Individual Intervention มีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ใน ระยะที่ 1 ให้ความรู้ครอบครัว ประมาณ 5 ครอบครัวต่อกลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวม 15 สัปดาห์ เกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุของโรค การรักษา แนวทางการดูแลช่วยเหลือ การปรับตัวกับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เป็นต้น และใน ระยะที่ 2 จะเป็นการบำบัดรายครอบครัว เป็นเวลา 15 สัปดาห์ ๆ 1 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวได้นำความรู้ไปปรับใช้โดยมีการเขียนข้อตกลงร่วมกันในพฤติกรรมแต่ละด้านที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อช่วยให้ครอบครัวลดความตึงเครียด เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว และระยะที่ 3 จะเป็นการติดตามผล โดยใช้การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 15 วัน ติดตามต่อเนื่องจนครบ 2 ปี (Muela & Godoy, 2002)

2.2.2.2 Psychoeducation Family Intervention และ Multiple Family Group Intervention ให้ความรู้แบบรายครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการ การพยากรณ์โรค การรักษา การสร้างความร่วมมือในการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูทางสังคม เดือนละครั้ง ๆ ละ 1.5 – 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 9 เดือน และร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว (Multiple Family) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ทำกลุ่ม

ในทุกๆ 3 เดือน ในเดือนที่ 3 , 6 และเดือนที่ 9 รวม 3 ครั้ง โดยใช้เวลารั้งละ 90 นาที นอกจากนี้ ในช่วง 2 เดือนแรกจะมีเครือข่ายในชุมชน ให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องการจัดการกับภาวะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง โดยผ่านทางสถานีวิทย์ (Ran et al., 2003)

2.2.2.3 Psychoeducation Family Intervention และ Support Group มีแนวทางการบำบัดดังนี้ โดย (1)ให้ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม Information group (IG) กลุ่มละ 16-18 คนพบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง 45 นาที ทั้งหมด 24 ครั้งรวม 6 เดือนให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการทาง ด้านบวก อาการทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาทางจิตเวช และการอยู่ร่วมในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ได้ด้วยตนเองหรือความต้องการความช่วยเหลือ และการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือโดยวิธี การบรรยาย วิดีโอเทป และ การให้ใบความรู้ และ (2) จัดครอบครัวเข้า support group (SG) ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งหมด 48 ครั้ง รวม 12 เดือน กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วยกลุ่มละ 8-9 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ ในระยะที่ 1 ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะแก้ไขปัญหาครอบครัว ทักษะการรับรู้และจัดการความเครียดจากประสบการณ์ของหลายๆ ระยะนี้ทำในช่วงปีแรก ระยะที่ 2 โดยเน้น Multiple Family Group Support มุ่งเน้นให้กลุ่มเกิดความเชื่อมโยงสัมพันธ์จนกลายเป็นเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำต่อเนื่องครอบคลุม 2 ปี (Carra et al., 2007)

ผู้เข้าร่วมบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ถิรณันท์กิจ และคณะ, 2542) ต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกว่าติดสารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ (Carra et al., 2007) ต้องไม่ใช่ผู้ป่วย Schizoaffective ที่ติดสารเสพติด (Ran et al., 2003) ไม่มีปัญหาติดสารเสพติดหรือติดสุรา ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้และปัญหาด้านสมอง (Li & Arthur, 2005) มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยมีคะแนน Global Assessment Scale 30 คะแนนขึ้นไป และมีความร่วมมือในการดูแล รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีอาการทางจิตสงบ ต้องไม่มีอาการกำเริบซ้ำก่อนการให้การบำบัดใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ ไม่ได้รับการดูแลอื่น ๆ มาก่อนนอกจากการดูแลตามมาตรฐาน (Carra et al., 2007) อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 3 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Li & Arthur, 2005) อายุ 16 – 65 ปี (Li & Arthur, 2005) และไม่ระบุอายุ (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ถิรณันท์กิจ และคณะ, 2542) สำหรับครอบครัว ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเป็นผู้ดูแลหลัก (Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002) เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน (ชีระ ถิรณันท์กิจ และคณะ,

2542) ต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน (Li & Arthur, 2005) อยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวันและอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี (Cheng & Chan, 2005) ต้องไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมหรือการทำกลุ่มครอบครัวอื่นๆ มาก่อน (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005) อายุ 18 ปีขึ้นไป เข้าใจและอ่านภาษาจีนกวางตุ้งได้ (Cheng & Chan, 2005)

ผู้บำบัด เป็นพยาบาล (Li & Arthur, 2005) หรือพยาบาลจิตเวช (Cheng & Chan, 2005) ไม่ระบุวิชาชีพของผู้บำบัด (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) โดยต้องมีประสบการณ์ทางด้านจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี ได้รับการฝึกอบรมจากผู้วิจัย 12 ชั่วโมง ร่วมกับการนิเทศ (Li & Arthur, 2005) และได้รับการฝึกอบรมจากจิตแพทย์ (Carra et al., 2007)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (1) ด้านทัศนคติของญาติต่อการดูแลรักษาพบว่าด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและการรักษาที่ด้อยประสิทธิภาพในกลุ่มทดลองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003) (2) ด้านภาระของญาติผลกระทบเรื่องการดูแลบ้าน ไม่มีเวลาว่าง หรือ การประกอบอาชีพ พบว่าในปีที่ 1 ผลกระทบในด้านนี้น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p = 0.41$) [เช่นเดียวกับปีที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.89$) ด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ แต่กลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม (Carra et al., 2007) ภาระการดูแลพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005) ภาระของญาติดูผลกระทบในด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าระหว่างกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0007$) (Carra et al., 2007) (3) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซัดสมรณะของบุคคลในการจัดการกับความท้าทายและการเผชิญกับความกดดันหรือความเครียดในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005) ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.001$) และเมื่อประเมินผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 9 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) และเมื่อประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองกับเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อ 3

เดือน และ 9 เดือนพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกระยะที่ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง ($p < 0.4$) (Li & Arthur, 2005)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (1) อาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ พบว่าในปีที่ 1 และปีที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) (Muela & Godoy, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับอีก 2 งานวิจัยที่พบว่าอัตราการป่วยซ้ำลดลง เมื่อประเมินผล 1 ปี (Li & Arthur, 2005; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ ไม่มีอาการของโรคจิตเภทใหม่หรืออาการของโรคที่แย่งชิงชัดเจน ประเมินผลเมื่อ 9 เดือนพบว่าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment group) พบอัตราการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003) ประเมินจากคะแนน The Global Assessment Scale (GAS) ที่ต่ำกว่า 30 คะแนน ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Carra et al., 2007) (2) อาการทางจิต (Psychiatric symptoms) พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนของอาการทางจิตไม่แตกต่างทางสถิติ ประเมินเมื่อวันที่จำหน่าย และ 3 เดือนหลังจำหน่าย แต่พบว่ามีแตกต่างกันใน ช่วงเวลา 9 เดือนหลังจำหน่าย โดยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันในทุก ระยะ ($p < 0.001$) (Li & Arthur, 2005) และ ประเมินจาก Full recovery / Significant improvement / Severe symptom / deterioration พบว่าในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น (Full recovery) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) (Ran et al., 2003) (3) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจาก (ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) และ ไม่มีความแตกต่างกันกลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) (Carra et al., 2007) (4) จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาล พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง (ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) (5) ความร่วมมือในการรักษา (Treatment compliance) พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ประเมินผลเมื่อ 9 เดือน (Ran et al., 2003) ส่วนอีกงานวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง (IG+SG) มีความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ทั้งในในปีที่ 1 และ ปีที่ 2 ($p = 0.07$) และ ($p = 0.68$) (Carra et al., 2007) (6) ด้านจิตสังคม การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม แตกต่างกันเฉพาะช่วงเวลา 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) เปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในทุกะยะมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005) ส่วนพฤติกรรมทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉพาะช่วงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและช่วง 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านจิตสังคมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.03$) และ ($p = 0.02$) และภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกะยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (Li & Arthur, 2005) (7) ความสามารถในการทำงาน ทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment Group) และกลุ่มควบคุม ประเมินเมื่อจบการบำบัดในเดือนที่ 9 ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p > 0.05$) (Ran et al., 2003) และอีกงานวิจัยพบว่าในด้านการประกอบอาชีพเมื่อประเมินผลในปีที่ 1 และปีที่ 2 พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (IG+SG) กลุ่มเปรียบเทียบ (IG) และกลุ่มควบคุม (TAU) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Carra et al., 2007) (8) Mental disability เป็นการประเมินผลกระทบต่อการปรับตัวและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีระยะเจ็บป่วยทางจิตเกิน 1 ปี ไม่พบความแตกต่างของระดับของ Mental Disability ในระหว่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (Drug Treatment Group) และกลุ่มควบคุม ($p> 0.05$) (Ran et al., 2003)

2.3 Mutual support group for Family Intervention มีจำนวน 2 งานวิจัย (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2

Mutual support group for Family Intervention โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา และลดอคติทางสังคมจากการเจ็บป่วย มีโปรแกรม 6 เดือนแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้ ความต้องการทางด้านจิตสังคม จำนวน 2-3 ครั้ง ระยะที่ 3 การเผชิญกับความต้องการทางด้านจิตสังคมของตนเองและครอบครัว จำนวน 3 ครั้ง ในระยะนี้ผู้ป่วยเข้าร่วมบำบัดด้วย ระยะที่ 4 ทำบทบาทใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายโดยเรียนรู้จากกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา การดูแลและจัดการผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง และระยะที่ 5 ยุติกลุ่ม จำนวน 1 – 2 ครั้ง โดยจัดกลุ่มครอบครัว 10 – 11 คนต่อกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยสมาชิกเอง บำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง ะยะ 2 ชั่วโมง มีการติดตามประเมินผล 6 เดือน – 1 ปี

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทไม่เกิน 3 ปี ต้องไม่มีโรคจิตเวชอื่นๆ และไม่ใช่สารเสพติด ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมบำบัดต้องมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เข้าใจ

ภาษาจีน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลักไม่น้อยกว่า 3 เดือน และต้องไม่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางกายมากกว่า 1 คน

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวช หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลา 3 วัน จากผู้วิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (1) ด้านการใช้บริการสุขภาพจิตโดยครอบครัว (Use of mental health services by families) พบว่าไม่แตกต่างกันในเรื่องความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของครอบครัว (Chien & Chan, 2004) ด้านความต้องการความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคม (Family Support Services) พบว่าความต้องการความช่วยเหลือบริการทางสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) (Chien et al., 2005) (2) การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นหลังให้การบำบัด 1 สัปดาห์ การทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และหลังให้การบำบัด 6 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Chien et al., 2005)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งมีการวัดผลลัพธ์ ดังนี้ (1) การเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาล (Re-hospitalization) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุดในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระยะเวลาการรักษากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษาลงในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Chien & Chan, 2004) ส่วนอีกงานวิจัยพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาล และระยะเวลาการเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่าการทดลอง มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลงทั้ง 2 ระยะที่วัดผล คือ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลังให้การบำบัดแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Chien et al., 2005) (2) อาการทางคลินิก พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิต ในกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (Chien & Chan, 2004) (3) การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย (patients' psychosocial functioning) พบว่าการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นทั้ง 2 งานวิจัย (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับการคงสภาพของตนเอง (Self maintenance) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ทักษะการอยู่ร่วมกันในชุมชน (Community living skills) (Chien et al., 2005) พบว่าคะแนนการทำหน้าที่ทางจิตสังคมในกลุ่มทดลองมีคะแนนดีขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อประเมิน 6 เดือน และ 1 ปี (Chien & Chan, 2004) และประเมินเมื่อ 1 สัปดาห์ และ 6 เดือนหลัง

ให้การบำบัดครบ มีความแตกต่างชัดเจนในด้าน การคงสภาพของตนเอง (Self maintenance) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Chien et al., 2005)

2.4 Need-based Cognitive –Behavior Family Intervention มีจำนวน 1 งานวิจัย (Sellwood et al., 2001) ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ 2 สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ เป็นการบำบัดเพื่อช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ การแก้ไข เปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ ด้านลบ และเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถระบุความต้องการและวางแผนที่จะบรรลุความต้องการนั้นได้ โดยมีแนวทางการบำบัด ดังนี้ ผู้บำบัดจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแล ครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคจิตเภท และวิธีการดูแล 2 ครั้ง โปรแกรมการจัดการความเครียด 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาการบำบัดอยู่ในช่วง 10 – 20 ครั้ง ใน 6 เดือน ขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของครอบครัว โดยประเมินความต้องการ ตามแบบประเมินของ The relative version of the cardinal Needs Schedule (RCNS) ซึ่งมี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการสนับสนุนข้อมูลและการประสานงาน 2) การจัดการกับอาการ 3) ด้านสัมพันธภาพ 4) ด้านภาระครอบครัว และ 5) ด้านอารมณ์ทางลบที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ส่วนผู้ป่วยจะได้รับความรู้และรู้จักการติดตามอาการตนเองที่ผิดปกติ เช่น การรับรู้ที่ผิดปกติ ความคิดที่ผิดปกติ โดยใช้เทคนิค CBT. เลือกเทคนิคตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของแต่ละราย และมีการติดตามประเมินผล 1 ปี

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยโรค Schizophrenia , Schizoaffective disorder , Delusional disorder อย่างน้อย 2 ปี มีอาการป่วยซ้ำเนื่องจากอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในภายใน 2 ปี และต้องไม่มี Primary diagnosis เป็น organic brain disease หรือ Learning disability อายุ 18 – 65 ปี ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เข้าร่วมบำบัด ต้องมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นทีมสหวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ผลลัพธ์ด้านครอบครัว (1) ประเมินความต้องการของผู้ดูแล 5 ด้าน (cardinal need) เมื่อประเมินผล 6 เดือนหลังให้การบำบัด พบว่าความต้องการของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .01$) และเมื่อประเมินผล 1 ปีหลังให้การบำบัดพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.1$) (2) ด้านความตึงเครียดและภาระการดูแล พบว่าในทุกๆระยะที่ประเมินผล คือ เมื่อ 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัด ด้านความตึงเครียดและภาระครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (3) ระดับ

การแสดงออกทางอารมณ์ที่ต่ำ (Low EE) และที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High EE) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Sellwood et al., 2001)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้ (1) การป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ (Relapse) การป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบเมื่อประเมินจำนวนของการเกิดอาการกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.003$) สำหรับการป่วยซ้ำโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองพบการป่วยซ้ำโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.003$) ระยะเวลา นับจากวันที่เริ่มป่วยซ้ำและกลับมาดูแล พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.003$) ส่วนจำนวนครั้งของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างจากเดิม เมื่อประเมินจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อประเมิน Effect for time spent Relapse while remaining in the community พบว่ากลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.002$) และการใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (2) ระดับความรุนแรงของอาการ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.005$) (3) การทำหน้าที่ของผู้ป่วย พบว่าเมื่อประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัดกลุ่มทดลองทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.006$) และ ($p<0.02$) ตามลำดับ (4) การทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าเมื่อประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.5$ และ $p=0.6$) (5) ความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องของความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Sellwood et al., 2001)

2.5 A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia มีจำนวน 1 งานวิจัย เป็นงานวิจัยระดับ 3 (Herz et al., 2000) ในการใช้โปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทโดยมีแนวทางการบำบัดดังนี้ คือ (1) ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาในขนาดมาตรฐาน (2) ให้ความรู้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เกี่ยวกับกระบวนการการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การเข้าใจและรู้ถึง อาการ และพฤติกรรมที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ (3) มีการติดตาม สังเกต อาการนำของการป่วยซ้ำ โดยทีมบำบัด ครอบครัว ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (4) ให้การช่วยเหลือบริการทางคลินิกภายใน 24 -48 ชั่วโมง เมื่อพบอาการนำของการป่วยซ้ำ อาจเพิ่มยาในการรักษาหากจำเป็น เพิ่ม

ความถี่ในการจัดการกับภาวะวิกฤต (5) ให้ supportive therapy และการทำกลุ่มบำบัดแบบ
 ประคับประคอง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง ๆ 1 ชั่วโมง (6) การเข้ากลุ่ม
 บำบัดสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะต้องมาเข้ากลุ่ม เดือนละ 2 ครั้ง
 ใช้เวลา 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 เดือน รวม 18 เดือน
 และ (7) ทุกๆ 2 สัปดาห์ ทีมรักษาจะพบทวนการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วครอบครัวจะได้รับการ
 การดูแลรายกรณี พบครอบครัวเดี่ยวและการเยี่ยมบ้านในกรณีที่ต้องการ (Herz et al., 2000)

ผู้รับการบำบัด

สำหรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค

Schizophrenia , schizoaffective disorder ไม่มีประวัติ organic mental disorder หรือ mental
 retardation ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R มีความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ โดยอย่างน้อยในช่วง
 3 ปีที่ผ่านมา ต้องมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือ มีประวัติการ
 Admission 2 ครั้ง ขึ้นไป อายุ 19 – 60 ปี ต้องไม่ติดสารเสพติด หรือสุราอย่างรุนแรงจนต้องรับการ
 รักษาแบบผู้ป่วยใน หรือ ต้องเข้ารับการรักษาบำบัดล้างพิษ สำหรับครอบครัวไม่มีรายละเอียด

ผู้บำบัด เป็นทีมรักษา หรือ จิตแพทย์ ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการนำของ
 การป่วยซ้ำ และมี Guideline ช่วยในการประเมินอาการนำ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดในรูปแบบ A program for Relapse Prevention in Schizophrenia

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งแบ่งตามการวัดผลลัพธ์ ดังนี้ (1) Relapse and Re-
 hospitalization พบว่ามีอัตราป่วยซ้ำและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าการดูแล
 แบบปกติ (2) Early detection of the onset of the Relapse process พบว่าความสามารถในการค้นหา
 อาการก่อนเกิดอาการกำเริบเต็มที่ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ
 (3) การใช้ยาต้านโรคจิต กลุ่มทดลองใช้ขนาดยาต้านโรคจิตลดลงในขณะที่กลุ่มควบคุมใช้ขนาดยา
 ต้านโรคจิตเพิ่มขึ้น

แบบประเมิน/เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา

จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 15 งานวิจัย ได้มีการวัดผลลัพธ์ครอบคลุมใน 2 ส่วน คือ
 การวัดผลลัพธ์ของครอบครัว และ ผลลัพธ์ของผู้ป่วย ซึ่งมีการวัดผลลัพธ์ในหลายๆ ด้าน โดยมี
 เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษามีดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของครอบครัว ประเมินในการทำหน้าที่
 ทางสังคม (1) ใช้เครื่องมือ Family Burden Scale (Bradley et al., 2006) (2) เครื่องมือที่ใช้
 ประเมินผลลัพธ์ด้านการช่วยเหลือทางสังคมวัดโดยใช้เครื่องมือ Interpersonal Support Evaluation
 List (ISEL) , the Social Support Questionnaire (SSQ) (Hazel et al., 2004) (3) การรับมือกับ

ปัญหาของญาติประเมินโดย The Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Hazel et al., 2004) (4) เครื่องมือที่ใช้ Family Assessment Device (FAD) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 7 มิติ (Chien et al., 2005) และ (5) Family Support Service Index (FSSI) เพื่อประเมินความต้องการความช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วยและญาติ (Chien et al., 2005) (6) แบบประเมินที่ใช้วัดผลลัพธ์ความต้องการตาม Carer's cardinal need โดยประเมินใน 5 area คือ Support, information and liaison / Coping with symptoms / Relationship / Carer hardship / Carer negative emotions (Sellwood et al., 2001) (7) เครื่องมือประเมินความเครียดและการระ ของผู้ดูแลประเมินโดยใช้เครื่องมือ 3 ชนิด คือ The General Health Questionnaire (GHO) , The Beck Depression Inventory (BDI), Section D of the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS(d)) และในการประเมิน Express emotion ประเมินโดยผู้วิจัยจากวิดีโอเทปที่บ้านที่กไว้ (Sellwood et al., 2001)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้าน Caregiver ' distress (1) ใช้เครื่องมือ Perceived Stress Scale (PSS) เพื่อประเมินภาระความกดดันของครอบครัว (2) ใช้ the Anger Expression Scale (Ax) เพื่อประเมิน ด้านอารมณ์ความโกรธ หรือ อนุเฉียวของครอบครัว (3)ใช้ Global Distress Index of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เพื่อประเมิน อาการซึมเศร้าของครอบครัว และ (4) ใช้เครื่องมือ State – Trait Anxiety Inventory (SAI) เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลของครอบครัว (Hazel et al., 2004) (5) ใช้เครื่องมือ Family Burden Interview Schedule (FBIS)เพื่อประเมินภาระการดูแล ได้แก่ ผลของเศรษฐกิจของครอบครัว กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การปฏิสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพกาย (Cheng & Chan, 2005) (6) เครื่องมือที่ใช้ Relatives objective burden interms of patients' self – sufficiency เพื่อประเมินภาระของญาติ ซึ่งดูจากผลกระทบเรื่องการดูแลบ้าน ไม่มีเวลาว่าง การประกอบอาชีพ (7) ใช้เครื่องมือ Relatives objective burden interms of patients' social function เพื่อประเมินภาระของญาติผลกระทบในเรื่องมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม (8) ใช้เครื่องมือ Relatives subjective burden เพื่อประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจ (Carra et al., 2007) (9) ใช้เครื่องมือ General Perceived Self Efficacy (SES) เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดจิตสมรรถนะของบุคคล ในการจัดการกับความท้าทาย การเผชิญกับความกดดัน หรือความเครียดในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต (Cheng & Chan, 2005) (10)ใช้ Six-item Social Support Questionnaire (SSQ-6) เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประเมินระดับการรับรู้ของบุคคลต่อการสนับสนุนทางสังคม (Cheng & Chan, 2005)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ใช้ เครื่องมือ The Relative Investigation Scale and Relatives' Beliefs Scale (Ran et al., 2003)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติ โดยใช้เครื่องมือ

The Chinese version of the Knowledge about Schizophrenia Interview (KASI) (Li & Arthur, 2005)

ผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยด้านอาการทางจิตเวช (1) ใช้เครื่องมือ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Bradley et al., 2006; Hazel et al., 2004; Li & Arthur, 2005; McFarlane et al., 1995) (2) ใช้เครื่องมือ the Present State Examination (PSE-9, Chinese translation) (Ran et al., 2003) เพื่อประเมินอาการทางจิต (3) The Schedule for the Assessment of Negative symptoms (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995) (4) Modified Scale for the Assessment of Negative symptoms (MSANS) เพื่อประเมินอาการทางด้านลบ (Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004) (5) เครื่องมือที่ใช้ PANSS , The Early Signs Questionnaire (Herz et al., 2000) (6) เครื่องมือที่ใช้ GAS เพื่อประเมินอาการทางจิตใช้เป็นข้อบ่งชี้การ Relapse (Carra et al., 2007; Herz et al., 2000) (7) Re-hospitalization ประเมินจากเครื่องมือประเมินอาการทางจิตร่วมกับประวัติการ Admission (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004; Dyck et al., 2002; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; ชีระ ลีลำนันทกิจ และคณะ, 2542) (8) ประเมินการใช้บริการในสถานบริการในลักษณะต่างๆ เช่น Inpatient service, Outpatient service, Crisis care service ประเมินโดยดูจากประวัติในแฟ้มเวชระเบียน (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004; Dyck et al., 2002) (9) ใช้แบบประเมิน Medication Compliance 6 scale (McFarlane et al., 1995) ใช้แบบประเมิน Treatment compliance มีระดับวัด 3 scale (Ran et al., 2003) และ ประเมินตามแบบมาตรฐานการดูแลของชุมชน แบ่งเป็น 3 scale (Carra et al., 2007) เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาหรือการรักษา (10) ส่วนในการประเมินความสามารถในการ Early detection of the onset of the Relapse process นั้นประเมินจากประวัติที่บันทึกไว้ ประเมินการเข้าร่วมการบำบัดประเมินจากการเข้าร่วมบำบัดรักษาในแต่ละโปรแกรมตามที่กำหนด (Herz et al., 2000)

ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (1) ใช้เครื่องมือ คือ Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) , Quality of Life Scale (QOL) (Bradley et al., 2006) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (2) ใช้เครื่องมือ Specific Level of Functioning Scale (SLOFS) เพื่อประเมินการทำหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การคงสภาพของตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ทักษะการอยู่ร่วมในชุมชน (Chien & Chan, 2005; Chien et al., 2004) (3) ใช้เครื่องมือ the Social Disability Screening Schedule (SDSS) (Ran et al., 2003) (4) The Chinese version of the Nurse' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOISE) (Li & Arthur, 2005) เพื่อประเมินผลกระทบต่อครอบครัวและการทำ

หน้าที่ทางสังคม (5) ใช้ The Chinese version of the Global Assessment Scale (GAS) เพื่อประเมินการทำงานที่โดยรวม (Li & Arthur, 2005) (6) การประกอบอาชีพ ประเมินโดยดูจากประวัติการทำงานในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับปัจจุบัน (Carra et al., 2007) (7) ใช้เครื่องมือแบบ dichotomous scale – either (McFarlane et al., 1995) และ (8) ใช้แบบประเมิน Ability to work แบ่งเป็น 3 scale (Ran et al., 2003)

ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่ามีรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากแต่มีข้อจำกัดของการนำมาศึกษาเนื่องจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องของต่างประเทศที่นำมาเผยแพร่ไม่มีเอกสารฉบับสมบูรณ์ (Full text) และไม่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมจากวารสารได้ และสำหรับงานวิจัยในประเทศไทยนั้น มีการศึกษารูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทน้อย จึงทำให้มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้น้อย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลจิตเวชจะนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 รูปแบบ พยาบาลจิตเวชและปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ในรูปแบบที่ต้องใช้ทักษะในการบำบัดสูงเช่น CBT และการบำบัดรูปแบบ Multiple – Family Group Intervention ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม ซึ่งในการนำการช่วยเหลือแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึงข้อดีและข้อจำกัด ผลลัพธ์ และสถานที่บำบัด ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรูปแบบดังนี้

1. รูปแบบ Multiple – Family Group Intervention การช่วยเหลือโดยใช้รูปแบบนี้ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกกดดันลดลง และรับรู้แหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภทพบว่าช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้นทั้งอาการทางด้านบวกหรืออาการทางด้านลบ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าการบำบัดแบบรายครอบครัว (Single-Family Intervention) หรือการดูแลแบบปกติ (Standard care) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 1 – 2 ปี รูปแบบนี้เหมาะสำหรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือ บำบัดในชุมชน สำหรับพยาบาลที่จะนำการ

บำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรได้รับการฝึกอบรมและได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญทางการบำบัดครอบครัวแบบ Multiple – Family Group Intervention ถึงแม้ว่ารูปแบบการช่วยเหลือนี้จะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่การใช้ระยะเวลานานในการบำบัดจึงมีโอกาสสูงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ครบตามกำหนด

2. รูปแบบ Psychoeducation Family Intervention มีรูปแบบการช่วยเหลือ 2 รูปแบบย่อยคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างเดียว และการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ สำหรับการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างเดียว ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 3 สัปดาห์ - 2 เดือนครั้ง จำนวนครั้งของการทำประมาณ 8 - 10 ครั้ง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้นกว่า 4 รูปแบบอื่นที่ได้สรุปไว้ และสามารถให้การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแบบต่อเนื่องจากผู้ป่วยในถึงผู้ป่วยนอก ได้ผลลัพธ์ดีทั้งด้านครอบครัวและผู้ป่วย คือช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับรู้ความสามารถในการเผชิญกับความกดดัน ความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต และการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคม และลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม เพิ่มพฤติกรรมทางสังคม ลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดจำนวนครั้งในการเข้ารักษาและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ส่วนการบำบัดโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 9 เดือน - 2 ปี จำนวนครั้งของการทำประมาณ 12-30 ครั้ง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน ช่วยให้ครอบครัวมีทัศนคติต่อโรคด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอสอดคล้องประสิทธิภาพลดลง ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยพบว่าเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดอัตราการป่วยซ้ำ

3. Mutual support group for family intervention ในรูปแบบนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และช่วยให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะการคงสภาพของตนเอง (Self maintenance) รวมทั้งสามารถลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและระยะเวลาในการรักษาของผู้ป่วยลง ใช้ระยะเวลาการบำบัด 6 เดือน จำนวนครั้งประมาณ 12 ครั้ง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะนำไปใช้ จำเป็นต้องมีทักษะในการทำกลุ่มครอบครัวแบบ Mutual support group

4. Need – based Cognitive – Behavior Family Intervention ในรูปแบบการบำบัดนี้มีข้อดีด้านผลลัพธ์คือ ช่วยให้ครอบครัวมีศักยภาพมากขึ้น และลดความต้องการของผู้ดูแล ส่วนด้านผู้ป่วยช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วย รวมทั้งลดอัตราการกำเริบและการเข้ารับการรักษานใน

โรงพยาบาล ข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ เป็นการบำบัดที่ต้องใช้ทักษะในการบำบัดสูง สำหรับพยาบาลจิตเวชที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้จำเป็นต้องมีทักษะการบำบัดด้วย CBT.

5. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia การบำบัดในรูปแบบนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ลดอัตราการป่วยซ้ำ และอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลง จุดเด่นของการบำบัด คือช่วยให้ประเมนและค้นพบอาการแรกเริ่มก่อนป่วยซ้ำได้เร็ว ตอบสนองในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาทางคลินิกได้เร็ว สนับสนุนการทำงานเป็นทีม มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ ควรเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวช และมีทักษะในการบำบัดครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการทำวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสอดคล้องกับบริบท สังคม และวัฒนธรรมไทย

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON FAMILY INTERVENTIONS FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS

NUSCHANART CHAICHARONE 4736749 RAMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(NURSING), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D.(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

All over the world, there are as many as one to 15% of people who are stricken with schizophrenia (Kaplan & Sadock, 1995). In Thailand, 0.5 to 1% of the population have schizophrenia (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2545), which is higher than other mental disorders. Schizophrenia has been a major public health problem (Department of Health, B.E. 2541). According to the inpatient statistics of Srithanya Hospital during the fiscal years B.E. 2547-2549, there were 7,275, 6,569, and 6,581 of Schizophrenia patients who were hospitalized, respectively. When considering the number of times the patients sought treatment at the hospital, it was found that the number of Schizophrenia patients who received treatment more than twice were equal to 2,751, 2,493, and 2,601, respectively, accounting for 53.1%, 55%, and 57.5%, respectively (Srithanya Hospital, B.E. 2549). Schizophrenia is a chronic illness with a high rate of relapses ranging from 50 to 70%. In general, only about 25% of Schizophrenia patients can be completely cured, 25% do not respond to the treatment and suffer from defective functioning in various aspects, and 50% experience bouts of relapses and have little chance of being completely cured (Sirinate Sukdee, B.E. 2548). These patients require a long-term treatment and lifelong care from others, and they are unable to live with their family happily in society (Kalnika Sriwongwan, B.E.

2547). This causes stress and anxiety among caregivers (Watinee Sukmak, et al., B.E. 2544) as well as their loss of social life (Voragoch Nithikul, B.E. 2535), lack of rest and relaxation, and loss of income (Rachaneekorn Aubaseian, B.E. 2541), all due to their caregiving duties.

Studies have revealed that there are two main factors that lead to readmissions of Schizophrenia patients—patient factors and family factors. The former include discontinuous medication intake which results from the patients' lack of desire to have long-term medication intake, discomfort from side effects of medications, lack of understanding of how to take medicines, difficulty taking medicines in a workplace, or misunderstanding that they are cured (Jidarat Pimdeed, B.E. 2541; Uraiwan Laungpairoj et al., B.E. 2537). Other reasons include substance abuse (Sodsai Kumsapanan & Suree Boonchian, B.E. 2546), inappropriate coping behaviors, lack of appropriate health beliefs or perceived benefits of medication intake, ineffective self-care (Pariwat Chainoi, B.E. 2546), lack of follow-up examinations after hospital discharge, and denial of a psychiatric disorder. The latter involve lack of good relationships in the family (Orapan Lueboonthawatchai et al., B.E. 2542) including family with high expressed emotions, criticism, hostility (King & Dixon, 1999), and lack of knowledge and understanding about the sickness (Watchanee Hathaphrom et al., B.E. 2529). Studies have also shown that problems after hospital discharge include lack of knowledge about schizophrenia and its treatment of the patients and their family, which renders family caregivers unable to observe patients' symptoms before relapses or provide timely assistance during the crisis (Heinriches & Carpenter, 1985). Some caregivers also experience embarrassment or inferiority having to accept the condition of the patients, and others are ridiculed or disgusted by the society (Orapan Lueboonthawatchai et al., B.E. 2542).

A review of literature has revealed that one of the important factors that can help reduce rates of relapses of Schizophrenia patients is family interventions to enable patients to comply with the treatment plans. There are a number of interventions that can be implemented to assist the family of Schizophrenia patients such as psychoeducation family intervention (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; Theera

Leelanantakij et al., B.E. 2542), multiple-family group intervention (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995), cognitive behavior therapy (Sellwood et al., 2001), mutual support group for family intervention (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004), and a program for relapse prevention in schizophrenia (Herz et al., 2000), all of which promote the family's understanding of the disease, treatment, assistance to the patients, as well as establish community networks to continuously assist Schizophrenia patients. Such programs aim to enable patients to adhere to the treatment regimens and medication intake regimens on a continuous basis, and it is able to support cooperation with treatment plans and medical adherence, hence enabling patients to live in the community with others.

Giving psychoeducation to the family including dissemination of knowledge on schizophrenia, its treatment, symptom management, crisis, problem-solving skills, communication skills, and stress coping skills can increase caregivers' knowledge and understanding in care of caregivers (Li & Arthur, 2005), reduce their perceived burdens (Cheng & Chan, 2005), and increase caregivers' ability to deal with different situations in life and to solve caregiving problems, as well as their perceived social support (Cheng & Chan, 2005), hence more cooperation with the treatment plan (Xiang et al., 1994) and lower rate of relapses (Li & Arthur, 2005; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). Furthermore, having caregivers has been found to be associated with patients' cooperation with medication intake regimens (Razali & Yahya, 1995). In one study, after psychoeducation had been offered to family members of Schizophrenia patients together with individual consultation and community follow-up, it was found that there was no relapse (Muela & Godoy, 2002).

The type of family intervention entitled mutual support group therapy is a group therapy which emphasizes establishment of family relationships in the initial phases, as well as mutual goal setting, exchange of experiences, and promotion of understanding of patients' and family's psychosocial needs and caregiving and problem-solving skills. Previous studies have pointed out that the program can bring about better family functions (Chien & Chan, 2005), higher psychosocial functioning of Schizophrenia patients (Chien & Chan, 2005; Chien & Chan, 2004), and reduction in frequency and duration of hospital readmissions (Chien & Chan, 2004).

As for multiple-family group Intervention type of therapy, the therapist meets with each family during the initial phase, and the intervention aims at providing knowledge on schizophrenia, its treatment, psychosocial therapy, and assistance to caregivers. In the later phases, the multiple-family group therapy is carried out to engage in group discussions, share experiences and ideas, increase problem-solving skills (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995), improve psychotic symptoms of patients (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995), and reduce pressure on family (Hazel et al., 2004) and burdensome feeling (Bradley et al., 2006). It was found that after the intervention had been implemented, patients' use of inpatient services and psychiatric emergency services was reduced when compared to patients who received only standard care (Dyck et al., 2002). It was also reported that the multiple-family group intervention could increase cooperation with treatment (McFarlane et al., 1995).

The type of a program for relapse prevention (PRP) can also be used. PRP includes, in addition to standard care, dissemination of knowledge among patients and their family members on the process of relapses and understanding of leading behaviors that need to be treated within 24 to 48 hours, mutual support group therapy, and multiple-family group intervention. PRP can reduce relapses and hospital readmissions, as well as use of anti-psychiatric drugs (Herz et al., 2000). Finally, the cognitive behavioral family intervention aims to rehabilitate Schizophrenia patients to change their behaviors and reduce negative responses of family caregivers to stimulate the patients' functioning. Studies have confirmed that this form of intervention can decrease rates of relapses and hospital readmissions and increase patients' functioning (Sellwood et al., 2001).

At present, it was found that schizophrenia patients and their family need considerable care which is difficult and troublesome. Professional nurses who are responsible for providing care to schizophrenia patients need to ensure quality and standard of care, through collaboration with the multidisciplinary team, and they should also utilize the research-based evidence in their provision of nursing care to more effectively assist schizophrenia patients and their family.

Based on the aforementioned discussion, the researcher was interested in studying, compiling, analyzing, and synthesizing existing research on family

interventions for Schizophrenia patients to develop a clinical nursing practice guideline for nurses who are responsible for providing care to Schizophrenia patients and their family. It is believed that if Schizophrenia patients receive sufficient and appropriate support from their family, relapses and hospital readmissions can be prevented and the quality of life of patients and family can be enhanced.

Research Objectives

To analyze and synthesize research on family interventions for schizophrenia patients in the following issues:

1. Type of family interventions for schizophrenia patients
2. Components of each type of family interventions for schizophrenia patients including patients, therapists, methods, durations, and outcomes

Expected Outcomes and Benefits

1. The findings of this study would lead to a new body of knowledge that can be implemented to assist schizophrenia patients and their family.
2. The findings can also be used for further research and provision of nursing care.

Definition of Terms

Family intervention refers to methods that are used to support, promote, and assist families of schizophrenia patients through provision of knowledge and understanding of schizophrenia and its treatments. It also involves provision of psychosocial help to enable the family to develop problem-solving skills, caregiving skills, communication skills, and stress coping skills. In addition, it raises the awareness of family of schizophrenia patients about available resources and social support that enables and encourages them to participate in caring for schizophrenia patients in their family (Department of Health, B.E. 2550).

Schizophrenia patients refer to individuals who have been diagnosed with schizophrenia by psychiatrists based on the criteria of ICD - 10 (International Classification of Disease) or DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision) as having abnormal cognition, perception, and emotion,

which have taken place for at least six months, with at least one month of an active phase. Their symptoms include delusions, hallucination, disorganized speech, grossly disorganized behavior, and catatonic behavior (WHO, 2007).

Research Methodology

The present study aimed at studying, compiling, analyzing, and synthesizing existing research on family interventions for Schizophrenia patients to develop for nurses who are responsible for providing care to Schizophrenia patients and their family. The research methodology used in this study consisted of the following steps:

1. Compiling research evidence based on the following steps:
 - 1.1 Determining the search criteria
 - 1.2 Specifying keywords
 - 1.3 Selecting data sources
 - 1.4 Selection the research studies
2. The guidelines in analyzing and synthesizing research evidence including study evaluation and data extraction are as follows:

1. Compiling research evidence for the review

- 1.1 The search criteria were as follows:
 - 1.1.1 Research conducted with schizophrenia patients
 - 1.1.2 Research related to family interventions for schizophrenia patients
 - 1.1.3 Research with full text available including experimental research, quasi-experimental research, descriptive research, survey research, guidelines, and systematic reviews
- 1.2 The keywords used in the search were as follows:
Schizophrenia, Family intervention, Family Psychoeducation, and Family program
- 1.3 The data sources were selected as follows:
Research evidence was searched from published and unpublished research reports in Thai and English in the following major medical and nursing databases:

1. Databases on practice guidelines of different institutes: www.guidelines.gov/ <http://www.icn.ch>
 2. Databases with systematic review: www.Cochrance.Org/ www.Joannabriggs.edu.au.
 3. Databases of mental health organizations: <http://www.psych.org/> <http://www.aagponline.org/>
 4. Databases for single research: PUBMED, CINAHL , MEDLINE OVID, Blackwell synergy
 5. Research conducted in Thailand: Libraries of Mahidol University, Chulalongkorn University, Department of Mental Health, and Srithanya Hospital
 6. Research selected by reading the titles and abstracts of the research evidence and subsequently searching for available full texts from reference lists of related research in all databases
- 1.4 Selection of research was conducted based on the following criteria:
 - 1.4.1 Research conducted to investigate family interventions for schizophrenia patients
 - 1.4.2 At least half of the study sample consisting of schizophrenia patients
 - 1.4.3 Research with available full text
 - 1.4.4 Research with experimental or quasi-experimental design

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

2.1 The criteria used to evaluate the quality and determine the level of research evidence in this study were the criteria on strength of evidence proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005), which divides research evidence into seven levels as follows:

Level I: Systematic review or meta-analysis of randomized controlled trials relevant to the problem or evidence from guidelines derived from a systematic review of randomized controlled trials

Level II: randomized controlled trials

Level III: experimental research with careful design but with no random assignments of subjects into the experimental group and the control group

Level IV: case-control and cohort studies with careful design

Level V: a systematic review of descriptive research or qualitative research

Level VI: descriptive research or qualitative research

Level VII: a consensus of experts or a report on consensus of experts in a particular field

In this study, 15 research studies were selected. Of these, 12 were categorized under Level II and three were categorized under Level III.

2.2 In a systematic review of the selected 15 research studies, the scope of information to be analyzed is as follows:

- 1) Research objectives
- 2) Design
- 3) Sample and sample size
- 4) Setting
- 5) Data collection
- 6) Intervention
- 7) Results
- 8) Implications

Findings

1. Quality and sufficiency of research evidence

There were altogether 15 research studies selected in this study. Of these, 12 were categorized under Level II, and three were categorized under Level III. In addition, 14 were conducted abroad, while one was carried out in Thailand. It can be concluded that the levels of research evidence were reliable enough for nursing implications.

2. Types, components, and outcomes of Family Interventions for Schizophrenia Patients could be divided into five categories as follows:

2.1 Multiple-Family Group Intervention

Five studies involved the use of multiple-family group intervention, all of which are categorized under Level II (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995). The objective of the

multiple-family group intervention is to promote knowledge and understanding of schizophrenia, its treatment, assistance guidelines for Schizophrenia patients, as well as enhance problem-solving skills, stress coping skills, communication skills, and relaxation skills. The intervention is carried out in the following phases. First, the therapist meets with family members of Schizophrenia patients without the presence of the patients three times within one to four weeks, with one therapist meeting three families, to develop cooperation between therapists and family members of patients. The data regarding patients' medical history were obtained from family members of patients to be implemented in the intervention. In the second phase, six to eight families attended the psychoeducation workshop lasting a half to a whole day per session to disseminate knowledge on schizophrenia and the treatment process, using lectures, videos, and a problem-coping manual. During this phase, family group sessions may range in terms of frequency, from once a week to once every two weeks. Each session lasted 90 minutes, and the group interventions may be carried on up to one year. After one year, group sessions may be conducted once every two weeks or once every month, also lasting 90 minutes, until the end of the second year. The emphasis is placed on social aspects and problems of each family to arrive at solutions to problems. Each session consists of five activities as follows: 1) socializing with families and patients (15 minutes), 2) go-around and reviewing (20 minutes), 3) selection of a single problem (5 minutes), 4) formal problem solutions (45 minutes), and 5) socializing with families and patients (5 minutes). The assessment duration is one to two years.

Patients: The patients were those with schizophrenia schizoaffective disorder (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Hazel et al., 2004; McFarlane et al., 1995), schizophreniform disorder (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995), or other psychiatric disorders (Hazel et al., 2004). There was no limitation on substance use disorder (Bradley et al., 2006), and the patients were not physical dependent on addictive substances (McFarlane et al., 1995). Furthermore, the patients ranged in age from 18 to 45 years (Dyck et al., 2002; Dyck et al.2000; McFarlane et al., 1995) or 18 to 55 years (Bradley et al., 2006). One study did not specify the age of the patients (Hazel et al., 2004). In addition, patients lived with the families for at least ten hours per week in the two months prior to the intervention (McFarlane et al.,

1995), lived with or had regular contacts with their family (Dyck et al., 2002), or lived in the community all through the study period (Hazel et al., 2004). On the other hand, families had to live with patients at least ten hours per week (Bradley et al., 2006; McFarlane et al., 1995), were family members and lived with patients (Dyck et al., 2002), or had time to meet with the therapists or researchers and participate in the activities as required.

Therapists: Therapists could be nurses, social workers, or psychologists (McFarlane et al., 1995). In other studies, the occupation of the therapists was not specified (Bradley et al., 2006; Dyck et al., 2002; Dyck et al., 2000), and in one study, their qualifications were not specified (Hazel et al., 2004). The therapists underwent training on family interventions and had an intervention manual (Dyck et al., 2000; McFarlane et al., 1995). In one study, therapists underwent training two weeks in advance (Dyck et al., 2002), and in another study, therapists attended a workshop on multiple-family group treatment for three days and an orientation conducted by specialists including psychologists or family therapists (Bradley et al., 2006).

Outcomes: When considering outcomes on family, it was found that the intervention could reduce family's pressure with statistical significance ($p < .05$) in both the first and the second years (Bradley et al., 2006) and family burden with no statistical significance (Bradley et al., 2006). Also, families had higher perceived resources when compared to those in the control group, but with no statistical significance (Hazel et al., 2004).

Concerning patient-related outcomes, the findings are as follows: First, as regards relapse, it was found that the rate of relapses was lower than that of the control group with no statistical significance. However, when analyzing the outcomes on the subjects who attended all the sessions, it was found that the rate of relapses was lower than that of the control group with statistical significance ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995), and the number of relapses were lower than those of the control group with statistical significance ($p = .048$) (Bradley et al., 2006). Also, the means of relapse-free duration of the experimental and control groups were different with statistical significance ($p = .02$) (Bradley et al., 2006). Second, with regard to rates of hospital readmissions, the rate of readmissions of the experimental group was lower

than that of the control group with statistical significance ($p = .03$) (Dyck et al., 2002), and it was decreased in the experimental group with statistical significance ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995). Third, severity of positive symptoms decreased with statistical significance in one study ($p < .019$) (Bradley et al., 2006) but with no statistical significance in another study (McFarlane et al., 1995). Fourth, severity of negative symptoms decreased when compared to that of the control group and the comparison group with statistical significance ($p < .05$) (McFarlane et al., 1995; Dyck et al., 2000). Fifth, when considering medication intake, it was discovered that the experimental group could reduce the doses of psychotic medicines and had a high rate of medication adherence, accounting for 90% (McFarlane et al., 1995). Sixth, regarding use of clinical services, the experimental subjects used emergency services and outpatient services less than those in the control group with no statistical significance (Dyck et al., 2002). Seventh, the findings showed no differences in social functioning of patients (Bradley et al., 2006). Finally, the subjects in the experimental group had a higher level of occupation than the control group with no statistical significance (McFarlane et al., 1995).

2.2 Psychoeducation family intervention program

There were six studies that made use of psychoeducation family intervention program. Of these, four were categorized under Level II (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Ran et al., 2003), and two were categorized under Level III (Muela & Godoy, 2002; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). These studies could further be divided according to programs and interventions as follows:

2.2.1 Psychoeducation family intervention alone (Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542)

2.2.1.1 Psychoeducation family intervention consisted of family groups with eight members in each group. The sessions were conducted ten times on a weekly basis, each lasting two hours. The contents of the sessions involved the following: 1) the meaning of schizophrenia to the family; 2) knowledge about schizophrenia, diagnosis, signs, and symptoms; 3) causes of schizophrenia; 4) treatment of schizophrenia, psychosocial rehabilitation, and prognosis of the disease; 5) family problems, perceived burdens, release of feelings, and knowledge on problem

solving; 6) families and schizophrenia and knowledge on stress coping; 7) establishment of pressure-low environment with an emphasis on communication and coping with negative feelings of families; 8) management of behaviors disturbing patients and negative symptoms, and management of anxiety of families; 9) use of services and coping with crises, including responsibility of the healthcare team; and 10) review of unclear issues and positive outlook of the future (Cheng & Chan, 2005).

2.2.1.2 Psychoeducation family intervention consisted of dissemination of knowledge for two days or once a week, each lasting one hour (two months) or once a week, lasting all afternoon, for three times (three weeks). Group activities were carried out for idea and experience sharing purposes. The teaching plans consisted of the following: 1) establishment of relationships and motivation; 2) knowledge about schizophrenia, symptoms, and causes; 3) treatment of schizophrenia and prevention of relapses; 4) feelings and expectations of families; 5) communication between families and patients; 6) roles of families in caring and adjusting behaviors of Schizophrenia patients; 7) management of stress of families; and 8) open-up to share experiences in care, solve problems, and offer one another mutual support and encouragement (Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542).

2.2.1.3 Education family intervention consisted of dissemination of knowledge during hospitalization, lasting eight hours for patients and 36 hours for families. The first phase was aimed at establishing acceptance of patients and families and assessing and analyzing the families' needs, which was carried out during the first week of hospitalization. The second phase was dissemination of knowledge on schizophrenia, relapses, and promotion of medical adherence. The third phase was evaluation before hospital discharge, and the fourth phase was carried out to provide knowledge simultaneously to patients and families after hospital discharge, two hours a month, for three months. And the final phase was evaluation three months and nine months after hospital discharge (Li & Arthur, 2005).

2.2.2 Psychoeducation family interventions together with other forms of interventions (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003).

2.2.2.1 Psychoeducation family interventions and individual intervention. The first phase was dissemination of knowledge to families, with five families per group, lasting 2.5 hours per week, totaling 15 weeks. The

contents covered symptoms, causes, treatment regimens, and guidelines to assist and care for patients with schizophrenia. In the second phase, therapy was conducted to individual families, with an objective for the families to apply the knowledge. A written agreement was made to lead to behavioral adjustment to reduce stress in the family by selecting appropriate techniques such as giving family counseling. This phase lasted 15 weeks. The final phase was the follow-up phase in which phone calls were made every 15 days for two years (Muela & Godoy, 2002).

2.2.2.2 Psychoeducation family interventions and multiple family group intervention

Education was provided on a family basis regarding schizophrenia, its symptoms, prognosis, treatment, cooperation with treatment, prevention of relapses, and social rehabilitation. The sessions were conducted once a month, each lasting one and a half to three hours, for the total period of nine months. Multiple families engaged in the therapy sessions to share ideas and experiences in caring for Schizophrenia patients every three months, at the third, sixth, and ninth months, lasting 90 minutes each. In addition, during the first two months, a community network was established through a radio station to provide knowledge to the families on how to deal with crises such as when patients wanted to harm themselves or had aggressive behaviors (Ran et al., 2003).

2.2.2.3 Psychoeducation family interventions and support group

The therapy involved the following: 1) Families participated in the information group (IG), with 16 to 18 members in each group, once a week, lasting one hour and 45 minutes. The total number of sessions was 24; all were conducted within a period of six months. The content of the sessions involved causes of schizophrenia, positive symptoms, negative symptoms, emotional abnormality, behavioral problems of patients, treatment with psychotic drugs, living in society, family relationships, self-reliance and dependence on others, and search for resources, through lectures, videotapes, and knowledge sheets. 2) families participated in support group (SG) activities once a week, each lasting one hour and 30 minutes for 48 sessions within a period of 12 months. The groups consisted of eight to nine family members of Schizophrenia patients. The group activities were divided into two

phases. The first phase, organized within the first year, involved practices of communication skills, problem-solving skills, perception skills, and stress coping skills. The second phase, which was carried out from the beginning of the second year to the end, emphasized multiple family group support stressing relationships within group members to finally develop a social resource network (Carra et al., 2007).

Patients: Patients were those who had been diagnosed with schizophrenia (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Li & Arthur, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). They were not addicted to substance or alcohol (Carra et al., 2007), were not schizoaffective patients with substance abuse (Ran et al., 2003), did not have problem with substance abuse or alcohol abuse, did not have learning or cognitive disability (Li & Arthur, 2005), had Global Assessment Scale scores of at least 30 points, cooperated with the treatment plan, had medication adherence, had no relapses before the therapy within the previous six months, were not hospitalized and treated as inpatients, and did not receive any care except standard care. Furthermore, the patients had to live with their family for at least three months before hospitalization (Carra et al., 2007) and were between 16 and 65 years of age (Li & Arthur, 2005). However, the age of the subjects was not specified in most of the studies (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). As for families, they had to be patients' primary caregivers (Cheng & Chan, 2005; Muela & Godoy, 2002), who provided closest care to patients and who were able to attend all the sessions (Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). Moreover, they lived with the patients for at least three months (Li & Arthur, 2005), spent at least four hours with patients per day and lived in the same house with the patients for at least one year (Cheng & Chan, 2005). Also, families had never participated in programs or group sessions with other families (Carra et al., 2007; Cheng & Chan, 2005), were 18 years old or older, and were able to communicate in Cantonese (Cheng & Chan, 2005).

Therapists: Therapists could be nurses (Li & Arthur, 2005) or psychiatric nurses (Cheng & Chan, 2005). Some studies did not specify the occupation of the therapists (Carra et al., 2007; Muela & Godoy, 2002; Ran et al., 2003; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). Furthermore, therapists had to have at least ten years of experience with psychiatric healthcare or family therapy. In one study, therapists

had to undergo training and orientation conducted by the researcher lasting 12 hours (Li & Arthur, 2005), and in another study therapists were trained by a psychiatrist (Carra et al., 2007).

Outcomes: The outcomes on families were as follows: 1) In terms of families' attitudes toward care, the experimental subjects had less negative attitudes that the care was insufficient and the treatment was ineffective when compared to the control group and the comparison group with statistical significance ($p < .05$) (Ran et al., 2003). 2) As for effects on caregivers regarding household chores, lack of freetime, or lose of opportunity to have occupation, it was found that in the first year, the effects was lower than those perceived by subjects who received only standard care with no statistical significance ($p = 0.41$); however, no statistical significance was found in the second year. As for mental exhaustion, there was no statistical significance between those who received routine nursing care and those who engaged in a family intervention program, but the scores of the experimental subjects were higher than those of the control and comparison subjects (Carra et al., 2007). Further, the mean scores of caregiving burdens of the experimental group decreased with statistical significance ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005). Besides, there was no statistically significant different between the two groups' family relationships and social sources of support (Carra et al., 2007). 3) As for perceived self-efficacy to deal with challenges and to cope with pressure or stress in different situations in life, the subjects in the experimental group had higher perceived self-efficacy when compared to those in the control group ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005). Also, the experimental group had perceived social support than the control group ($p < .01$) (Cheng & Chan, 2005). In addition, when considering knowledge of schizophrenia of families, the knowledge of the subjects in the experimental group increased with statistical significance ($p = 0.001$). When knowledge was assessed at three months and nine months after hospital discharge, statistically significant differences were also found ($p < .001$). Finally, when assessing the knowledge of schizophrenia of families in the experimental group before the intervention and at three months and nine months after the intervention, it was discovered that there were statistical significances at all points of time ($p < .001$). However, no statistically significance differences were found in the control group ($p < .4$) (Li & Arthur, 2005).

The patient outcomes were as follows: 1) As regards rates of relapses, it was found that during the first and second years, the rates of relapses in the experimental subjects were lower than those of the control subjects with statistical significance ($p = .017$) (Muela & Godoy, 2002). There were two other studies which reported the same findings (Li & Arthur, 2005; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). Moreover, when assessing deviations from normal conditions and new signs of schizophrenia or obviously worsened symptoms at nine months after the intervention, it was found that there were less in the experimental group than in the drug treatment group and the rate of relapses was also lower than that of the drug treatment group with statistical significance ($p < .05$) (Ran et al., 2003). Carra et al. (2007) used the scores from the Global Assessment Scale (GAS) lower than 30 points in three groups of subjects—experimental group (IG + SG), comparison group (IG), and control group (TAU) and found no statistical significance. 2) With regard to psychiatric symptoms, the scores of psychiatric symptoms of experimental and control subjects did not statistically differ at hospital discharge and three months after the discharge, but a statistically significant difference was found at nine months after discharge, as the scores of the experimental group were better than those of the control group with statistical significance ($p = .008$). When a comparison was made within both experimental and control groups, a statistically significant difference was found at all time points ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005). Besides, when full recovery, significant improvement, and severe symptoms or deterioration were assessed, the findings showed that there were no statistically significant differences between the two groups ($p > .05$), but the percentage of experimental subjects who had full recovery was higher than that of the control subjects ($p < .05$) (Ran et al., 2003). 3) With regard to hospital admissions, the number of readmissions of the patients was reduced (Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542), and there was no difference among the experimental group (IG + SG), comparison group (IG), and control group (TAU) (Carra et al., 2007). 4) Regarding the duration of hospitalization, the average days of hospitalization reduced (Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). 5) As for treatment compliance, the experimental subjects had more continuous treatment compliance than the comparison group and the control group with statistical significance ($p < .001$), and the experimental subjects had more treatment compliance than the comparison

group and the control group with statistical significance ($p < .001$) when assessed at nine months (Ran et al., 2003). In another study, the experimental group (IG + SG) had better treatment compliance than the comparison group (IG) and the control group (TAU) with no statistical significance during the first and second years ($p = .07$ and $p = .68$, respectively) (Carra et al., 2007). 6) As regards psychosocial aspect, the overall functioning of the experimental and control subjects was different only within the first nine months, with the former having statistically significantly higher scores than the latter ($p = .02$). When within groups comparison was made, it was found that at all time points the scores continuously increased with statistical significance ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005). In addition, the findings regarding psychosocial behaviors of the patients showed that the scores of the experimental group and the control group differed only at hospital discharge and at nine months after the discharge, with the experimental subjects having statistically significantly higher scores ($p = .03$ and $p = .02$, respectively). When within groups comparison was made, it was found that at all time points the scores continuously increased with statistical significance in both groups and the scores at hospital discharge were statistically significantly different ($p < .001$) (Li & Arthur, 2005). 7) With regard to functioning ability, there was no statistically significant difference among the experimental group, the drug treatment group, and the control group when assessed at the end of the intervention at nine months ($p > .05$) (Ran et al., 2003). In another study, the findings suggested that when assessed after the end of first and second years, there were no statistically significant differences among the experimental group (IG + SG), the comparison group (IG), and the control group (TAU) (Carra et al., 2007). Finally, concerning mental disability, which was an assessment of the effects on families and functioning of patients who had been diagnosed with a mental illness for more than one year, it was found that there was no difference in mental disability among the experimental group, the drug treatment group, and the control group ($p > .05$) (Ran et al., 2003).

2.3 Mutual support group for family intervention

There were two research studies which implemented mutual support group for family intervention, both of which were categorized under Level II (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004).

The mutual support group for family intervention aimed at generating knowledge and understanding of schizophrenia and its treatment, as well as reducing social biases toward those who are stricken with the illness. The program lasted six months, and it could be divided into five phases. The first phase was establishing relationships and mutual goal setting. The second phase involved generation of awareness and psychosocial needs, which were conducted two to three times. The third phase, conducted three times, was related to coping with psychosocial needs of self and family, with participation of Schizophrenia patients. The fourth phase covered establishing new roles and coping with challenges through group learning about different skills including problem-solving skills and caregiving skills, carried out three times as well. The fifth phase was termination of the group activities, which involved two sessions. The group activities consisted of ten to 11 family members of Schizophrenia patients, and the group leader was the group member who was elected by the members of the group. The activities were carried out once every two weeks, for 12 times, each lasting two hours. The follow-up evaluation was conducted at six months and one year after the intervention.

Patients: The patients had been diagnosed with schizophrenia for less than three years. They had no other psychiatric disorders and did not abuse substances. The families or caregivers who participated in the intervention had to be at least 18 years old, understand Chinese, and become primary caregivers for more than three months. They were caregivers of only one patient, having no other patients with mental or physical patients under their care.

Therapists: They were psychiatric nurses or nurses who had been trained for three days from the researchers.

Outcomes: The family outcomes were as follows: 1) As for use of mental health services by families, there was no difference in the needs for assistance with family's mental health (Chien & Chan, 2004). As regards family support services, there were no statistically significant differences among the experimental group, the comparison group, and the control group ($p > .05$) (Chien & Chan, 2005). 2) When it came to family functioning, at one week after the intervention, family functioning of the experimental subjects was better than that of the comparison and control subjects with statistical significance ($p < .01$). However, at six months after

the intervention, the scores of the experimental subjects were higher than those of the comparison and control subjects, but there were no statistically significant differences (Chien & Chan, 2005).

The patient outcomes were as follows: 1) As for re-hospitalization, the number of re-hospitalizations of the experimental subjects was lowest with statistical significance ($p < .01$), and the duration of hospitalization of the experimental subjects was also reduced more than that of others with statistical significance ($p < .01$) (Chien & Chan, 2004). In the other study, it was found that the rate of readmissions and duration of hospitalization of the subjects in the experimental, comparison, and control groups were not statistically significantly different, but the rate of readmissions and duration of hospitalization of the subjects in the experimental subjects reduced at both points of assessment—one week and six months after the intervention, but with no statistical significance (Chien et al., 2005). 2) With regard to clinical symptoms, the severity of positive psychiatric symptoms of the experimental subjects was lower than those of the comparison and control subjects with no statistical significance (Chien & Chan, 2004). 3) Regarding patients' psychosocial functioning, the psychosocial functioning of Schizophrenia patients improved in both studies (Chien et al., 2005; Chien & Chan, 2004). When assessing self-maintenance, social function, and community living skills, it was found that the psychosocial functioning scores of the subjects in the experimental group increased with statistical significance ($p < .001$) at six months and one year (Chien & Chan, 2004). In the other study, when assessment was conducted at one week and six months after the intervention, the subjects' self-maintenance scores were different with statistical significance ($p < .01$) (Chien et al., 2005).

2.4 Need-based cognitive-behavior family intervention

Need-based cognitive-behavior family intervention was implemented in a study conducted by Sellwood et al. (2001), which was categorized under Level II. The findings of this study could be summarized as follows: Need-based cognitive-behavior family intervention aimed at generating knowledge and understanding of schizophrenia, care, and factors related to emotional expressions. It also emphasized changing and reducing negative emotional responses and behaviors and stimulating functioning of patients and families with the ability to specify needs and plan for how

to achieve such needs. Need-based cognitive-behavior family intervention was conducted when therapists provided care to the patients in accordance with standard of care. At the same time, families would be taught about schizophrenia and care of Schizophrenia patients twice. Families were also required to participate in the stress coping program three times. The therapy included ten to 20 sessions, lasting six months, depending on the basic needs of families. The needs of families were assessed using the Relative Version of the Cardinal Needs Schedule (RCNS) which consisted of the following five aspects: 1) information support and coordination, 2) symptom management, 3) relationship, 4) family burdens, and 5) negative emotions affecting the illness. On the other hand, patients received knowledge and learned how to monitor their own abnormal symptoms such as abnormal perceptions or abnormal thoughts using the CBT technique or the technique that suited individual patients' problems. A follow-up evaluation was carried out one year after the intervention ended.

Patients: The patients who received need-based cognitive-behavior family intervention were those diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder, or delusional disorder for at least two years. They had at least one relapse due to psychiatric symptoms which required hospitalization within the past two years. They did not have primary diagnosis of organic brain disease or learning disability. They were between 18 and 65 years old, and the families or caregivers had to spend time with patients for at least ten hours a week in the previous month.

Therapists: Therapists were members of the multidisciplinary team.

Outcomes: The family outcomes were as follows. First, five aspects of cardinal needs of families were assessed six months after the intervention, and it was found that there were statistically significant differences between the experimental group and the control group ($p = .01$). However, such statistically significant differences were not found at one year after the intervention ($p = .10$). Secondly, when considering stress and caregiving burdens, it was discovered that at six months and one year after the intervention ended, there were no statistically significant differences between the experimental group and the control group. Finally, the findings revealed that low emotional expressions and high emotional expressions were not associated with relapses (Sellwood et al., 2001).

The patient outcomes were as follows. First, the rates of relapses between the experimental subjects and control subjects were different with statistical significance ($p < .003$). As for relapses that did not require hospitalization, it was found that the rates of relapses in the experimental group were lower than those of the control group with statistical significance ($p < .003$). In terms of duration, from the onset of relapses to recovery, the findings showed that the duration of relapses in the experimental group was shorter than that of the control group with statistical significance ($p < .003$). Moreover, regarding frequency of relapses, it was found that the frequency of relapses within the experimental group was lower after the intervention when compared to before the intervention with statistical significance ($p = .000$). In contrast, no statistically significant differences were found within the control group. Furthermore, as for the number of re-hospitalization, the findings indicated that there were no statistically significant differences, and when assessing effect for time spent on relapses while remaining in the community, it was discovered that the time spent by the experimental group was shorter when compared to the control group with statistical significance ($p < .002$). Finally, there was no statistically significant difference between duration of hospitalization between the two groups of subjects. Secondly, when it came to severity of symptoms, the psychiatric scores of the experimental group were lower than those of the control group with statistical significance ($p < .005$). Thirdly, when considering functioning ability of the patients at six months and one year after the intervention, the findings revealed that the functioning ability of the experimental group was better than that of the control group with statistical significance ($p < .006$ and $p < .02$, respectively). Fourthly, as regards social functioning at six months and one year after the intervention, the findings suggested that the social functioning ability of the experimental group and the control group was not statistically significantly different ($p = .50$ and $p = .60$, respectively). Fifth, as for medical adherence, both the experimental group and the control group were not statistically significantly different (Sellwood et al., 2001).

2.5 A program for relapse prevention in schizophrenia

There was one study categorized under Level III (Herz et al., 2000). The program for relapse prevention in schizophrenia consisted of the following: 1) patients received standard doses of medication; 2) knowledge was given to patients

and families regarding relapses in Schizophrenia patients and understanding of symptoms and onset of relapses; 3) follow-ups were conducted to monitor and observe onset of relapses by therapists, families, patients, and others related to patients; 4) provision of clinical assistance within 24 to 48 hours after onset of relapses, with increase in dosages of medication if necessary and with frequency of crisis management; 5) organization of supportive therapy and group therapy with an emphasis on development of problem-solving skills one hour per week; 6) participation in multiple family group therapy twice a month, each lasting 90 minutes, for six months and once a month for the next 12 months, totaling 18 months; 7) review of treatment of patients once every two weeks by therapists. In addition, families were taken care of on an individual basis and home visits were conducted if necessary (Herz et al., 2000).

Patients: The program for relapse prevention in schizophrenia was implemented with patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder, with no history of organic mental disorder or mental retardation based on the DSM-III-R criteria. Furthermore, they needed to have risks of relapses, and within the past three years they had to be re-hospitalized at least once, or they had been admitted into the hospital at least twice. Also, they were between 19 and 60 years old with no severe substance or alcohol abuse that required inpatient treatment or detoxifying treatment. It is worth noting here that the details regarding families were not mentioned in this study.

Therapists: A medical team or psychiatrists who had knowledge in onset of relapses and possessed a guideline on early detection of onset of relapses.

Outcomes: First, the rate of relapses and re-hospitalization were lower when compared to patients receiving only routine care. Second, as regards early detection of onset of relapses, it was found that the ability to detect onset of relapse increased when compared to those who received only standard care. Third, the experimental subjects used less antipsychotic medications, whereas the control subjects used more antipsychotic medications.

Research instruments

All 15 selected studies assessed the outcomes of the interventions on families and patients, with the instruments used in the assessment as follows:

The instruments used to assess psychosocial aspect of families were as follows: (1) The instrument used to assess social functioning of families was the Family Burden Scale (Bradley et al., 2006). (2) The instruments used to assess social support were the Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) and the Social Support Questionnaire (SSQ) (Hazel et al., 2004). (3) The instrument used to assess problem coping of families was the Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) (Hazel et al., 2004). (4) The instrument used to assess seven dimensions of family functioning was the Family Assessment Device (FAD) (Chien et al., 2005). (5) The instrument used to assess needs for social support of families and patients was the Family Support Service Index (FSSI) (Chien et al., 2005). (6) The instrument used to assess five areas of caregivers' cardinal needs of support, information and liaison, coping with symptoms, relationship, carer hardship, and carer negative emotions was the Cardinal Needs Scale (Sellwood et al., 2001). (7) The instruments used to assess psychosocial aspect of families were the General Health Questionnaire (GHO), the Beck Depression Inventory (BDI), and Section D of the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS(d)). (8) Recorded videotapes were used in the assessment of emotional expressions (Sellwood et al., 2001).

The instruments used to assess caregivers' distress included in the following: (1) Perceived Stress Scale (PSS) was used to assess pressure of families. (2) The Anger Expression Scale (Ax) was used to assess anger or irritability of families. (3) Global Distress Index of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) was used to assess depression of families. (4) State-Trait Anxiety Inventory (SAI) was used to assess anxiety of families (Hazel et al., 2004). (5) Family Burden Interview Schedule (FBIS) was used to assess caregiving burdens of families including effects on economic status, daily living activities, rest and relaxation, interaction, mental health status, and physical health status (Cheng & Chan, 2005). (6) Relatives Objective Burden In Terms of Patients' Self-sufficiency was used to assess burdens of families regarding responsibilities in the household and work. (7) Relatives Objective Burden In Terms of Patients' Social Function was used to assess burdens of families regarding family relationships and social support. (8) Relatives Subjective Burden was used to assess mental exhaustion of families (Carra et al., 2007). (9) General Perceived Self-Efficacy (SES) was used to assess perceived self-efficacy and

efficacy limits of individuals when dealing with challenges, pressure, or stress in different situations in life (Cheng & Chan, 2005). (10) The Six-Item Social Support Questionnaire (SSQ-6) was used to assess perceived social support of families as well as levels of perceived social support of families (Cheng & Chan, 2005).

As for outcomes on beliefs about mental illness, the Relative Investigation Scale and Relatives' Beliefs Scale were used.

Regarding outcomes on families' knowledge of schizophrenia, the Chinese version of the Knowledge about Schizophrenia Interview (KASI) was used (Li & Arthur, 2005).

The instruments used to assess clinical outcomes of patients included the following: (1) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was used to assess clinical outcomes of patients (McFarlane et al., 1995; Hazel et al., 2004; Li & Arthur, 2005; Bradley et al., 2006). (2) The Present State Examination (PSE-9, Chinese version) was used to assess psychiatric symptoms of patients (Ran et al., 2003). (3) The Schedule for the Assessment of Negative Symptoms was used to assess negative symptoms (McFarlane et al., 1995; Bradley et al., 2006). (4) Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms (MSANS) was used to assess negative symptoms (Dyck et al., 2000; Dyck et al., 2002; Hazel et al., 2004). (5) The Early Signs Questionnaire was used with PANSS (Herz et al., 2000). (6) The GAS instrument was used to assess psychiatric symptoms indicating relapses (Herz et al., 2000); Carra et al., 2007). (7) An instrument assessing psychiatric symptoms was used together with history of admissions to assess re-hospitalization (Dyck et al., 2002; Muela & Godoy, 2002; Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005; Li & Arthur, 2005; Theera Leelanantakij et al., B.E. 2542). (8) Uses of healthcare services including inpatient services, outpatient services, and crisis care services were assessed using the registration records (Dyck et al., 2002; Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005). (9) Medication compliances were assessed using the Medication Compliance 6-scale (McFarlane et al., 1995), and the treatment compliance was assessed using a 3-scale inventory (Ran et al., 2003). Also, a 3-scale instrument based on standard of community cares was used to assess medical and treatment compliance (Carra et al., 2007). (10). Early detection of the onset of relapses was assessed using the recorded history and participation in therapy sessions in the program (Herz et al., 2000).

The instruments used to assess psychosocial status of patients included the following: (1) The Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) and the Quality of Life Scale (QOL) was used to assess social functioning (Bradley et al., 2006). (2) Specific Level of Functioning Scale (SLOFS) was used to assess major functioning of patients including self-maintenance, social function, and living in community (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005). (3) The Social Disability Screening Schedules (SDSS) was also used to assess social functioning of patients (Ran et al., 2003). (4) The Chinese version of the Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOISE) was used to assess impacts on families and social functioning (Li & Arthur, 2005). (5) The Chinese version of the Global Assessment Scale was used to assess overall functioning (Li & Arthur, 2005). (6) The history of work in the past year compared to present was used to assess working ability of patients (Carra et al., 2007). (7) The Dichotomous Scale—Either was used to assess functioning (McFarlane et al., 1995). (8) The Ability to Work Scale (3-scale) was used to assess working ability of patients (Ran et al., 2003).

Limitations of the Study

The analysis and synthesis of different databases revealed that there are various types of intervention for families of schizophrenia patients. However, there are some restrictions in implementing the findings of these studies because a number of studies conducted abroad did not have the full text, and no further search from academic journals could be done. As for the studies conducted in Thailand, there are still few studies conducted to help families of schizophrenia patients that are available and that could be used in the present study.

Recommendations

The analysis and synthesis of research on family intervention for schizophrenia patients has revealed that most of the studies are of good quality and could be applied to assist families of schizophrenia patients. Based on the findings of the present study, the following recommendations can be made:

For nursing practice

All five types of family intervention for schizophrenia patients could be implemented by psychiatric nurses. However, nurses who wish to apply the types of intervention which require a high level of skills such as CBT and Multi-Family Group Intervention should undergo training. Also, strengths and weaknesses of each type of intervention, as well as outcomes and venues, should be carefully considered to ensure effectiveness, which can be discussed as follows:

1. As for the Multiple-Family Group Intervention, families should feel less pressure and become aware of more available resources. It also improves schizophrenia patients' mental conditions, both positive and negative symptoms, and it more effectively reduces rates of hospital readmission when compared to the single-family intervention or standard care. The duration of the intervention is one to two years, and it is appropriate for outpatient settings or community settings. In addition, nurses who wish to apply this type of intervention should undergo training and orientation from specialists in Multiple-Family Group Intervention. However, it is worth noting that even though this type of intervention is considered effective, it takes a long period of time before it begins to take effect, so it is likely that schizophrenia patients and their family may not be able to complete the whole intervention program.

2. The Psychoeducation Family Intervention can be divided into two types: Psychoeducation Family Intervention alone and Psychoeducation Family Intervention with other forms of intervention. As for the former, it takes three weeks to two and a half months, with eight to ten sessions in total. It is the shortest form of intervention, and it can be used with inpatients, outpatients, and inpatients who later become outpatients. This form of intervention is considered effective for both schizophrenia patients and their family, as it increases their knowledge about schizophrenia, perceived self-efficacy to cope with stress in different situations in life, and perceived social support, while it also reduces burdensome feelings of the family. It also increases overall family functioning, social behaviors, and reduces rates of relapses, readmissions, and duration of hospital stay.

As regards the latter, the duration of the intervention lasts nine months to two years, with 12 to 30 sessions in total. It is suitable for outpatients and patients in the community. It helps develop family's attitudes toward insufficient care and lack of

efficiency, and it increases patients' cooperation with treatment and reduces their rates of relapses.

3. Mutual support group for family intervention is more beneficial for the psychosocial aspect of schizophrenia patients and their family. It increases family functioning and patients' psychosocial functioning, especially self maintenance. In addition, it reduces the rates of readmission and duration of hospitalization. The total duration of the intervention is six months, totaling 12 sessions. It is more appropriate for outpatients, and the psychiatric nurses who want to implement this intervention need to have skills in carrying out mutual support groups.

4. Need-based Cognitive-Behavior Intervention increases family's potential and reduces caregivers' needs. It also increases patients' functioning and decreases rates of relapses and readmissions into hospital. However, it requires a high level of skills, and nurses who want to implement this type of intervention need to be equipped with the skills in performing CBT.

5. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia can reduce rates of relapses and readmissions into hospital, as well as use of anti-psychiatric medications. One distinguishing characteristic of this form of intervention is it enables healthcare providers to more timely assess and diagnose patients' relapses, hence more ability to respond to their needs and solve their clinical problems. It also supports working in teams and collaboration among the team members. Nurses who want to implement this intervention need to have psychiatric experiences and possess family therapy skills.

For further research

Research should be conducted to explore family intervention for schizophrenia patients to further develop the existing body of knowledge on family intervention for schizophrenia patients to better suit the Thai social and cultural contexts.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). เทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท(ภาคผนวก). นนทบุรี: ดิจิตอลเวิลด์ ก๊อปปี้.
- กรองจิตต เมืองวุฒิ. (2537). วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา: ศึกษากรณีในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
- กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจิตต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีคดีในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2524). ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13(มกราคม-มิถุนายน), 1-13.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิมา องค์โสมสิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น จำกัด.

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- ชะอุ่ม พงศ์อนุตริ. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33(3), 99-102.
- ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ รัตนัญญา. (2545). สุขศึกษา : หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ทิวพร พู่เฟื่อง. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทูลภา นุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลกับการเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). โครงการศึกษาอิสระเรื่องการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2550). โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์, และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44(1), 3-11.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิต 1. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ประไพศรี นูรณงกูร. (2538). การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). トラバプและโรคจิตเวช. *วารสารสวนปรุง*, 13(1), 29-36.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารพยาบาลจิตเวช*, 13(กรกฎาคม – ธันวาคม), 45-54.
- พิศสมร ดวงเดช. (2545). การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์และคณะ. (2539). การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. *วารสาร โรงพยาบาลศรีธัญญา*, 4(2), 136-138.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2534). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- การดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าอิสระสาขารณสุขศาสตร์บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว. *กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2545). *การใช้ยาทางจิตเวช*. เชียงใหม่: ธนุขพรินต์.
- มานิชน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชแนวคิดและการประยุกต์ใช้. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 13(2), 13-19.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). พยาบาลกับการมีส่วนร่วมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ภูบุญ. (2545). พฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2549). รายงานประจำปี 2549 โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวช. ปรินญาศิลปศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรารณ ตั้งตรงไพโรจน์. (2542). ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยา. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. (2529). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรารณ ลือโฮสงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
- วันเพ็ญ ยืนยงนาน. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวทีนี สุขมาก และคณะ. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2), 107-116.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2545). ครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ศิริเนตร สุขดี. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล และคณะ. (2541). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ. ในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 4 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สดไศ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. (2546). ปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). การศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ (น.69-70). กลุ่มงานการพยาบาล: โรงพยาบาลศรีธัญญา.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพตามนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีรา สุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์. (2532). อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาใน
โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
เจ้าพระยา. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถ
ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ถีบุญรัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนา
เพลส.
- อรพรรณ ถีบุญรัชชัย และคณะ. (2542). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต, 13 , 32 - 44.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสารจำกัด.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์. (2537). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาค่ายยาของผู้ป่วยจิตเวชใน
โรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Anderson, C.M., Reiss, D. J. & Hogarty, G. E. (1996). *Schizophrenia and the family a practitioner's guide psychoeducation and management*. New York: Guilford.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patient: Psychoeducation approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baker, C. (1995). The development of the self - care ability to detect early sign of relapse among individuals who schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Bradley, G.M., Psych, M., Couchman, G.M., Psych, D., Perlesz, A., Nguyen, A.T., et al. (2006). Multiple-family group treatment for English and Vietnames speaking families living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 521-530.
- Carra, G., Mantomoli, C., Clerici, M., & , Cazzullo, C.L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatric Clinical Neuroscience*, 257, 23-30.
- Cheng, L.Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 27(5), 583-599.
- Chien, W.T., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608.
- Chien, W. T., & Chan, S.W. (2004). One-year follow-up of a multiple family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatric Srevices*, 55(11), 1276-1284.
- Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., & McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational Multiple - family group treatment. *Psychiatric Services*, 53(6), 749-754.

- Dyck, D.G., Short, R.A., Hendryx, M.S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., et al., (2000). Management of negative symptoms among patients schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*, 51(4), 513-519.
- Giron, M. & Gomerz – Beneyto, M. (1998). Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia: a 2 – year follow up prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 619-627.
- Glanville, N. D., & Dixon, L. (2005). Caregiver burden family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Isreal Journal of Psychiatric and Related Scienceec*, 42(1), 15-22.
- Gutierrez-Maldonado, J. & Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho - educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M., Voss, W.D., Rodgers, M.L., et al. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55(1), 35-41.
- Herz, M. I., & Lamberti, S. (2002). *Schizophrenia : comprehensive treatment and management*. Philadeiphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Herz, M.I., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S.P., McCartan, L., et al. (2000). A program for Relapse prevention in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Hornung, W.P., Kieserg, A., Feldmann, R., & Buchkremer, G. (1996). Psychoeducational training for schizophrenic patients : background procedure and empirical findings: *Patient Education and Counseling*, 29, 257-268.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1995). *Complehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- King, S. & Dixon, J. M. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 377-386.

- Li, Z., & Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing China. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 339-345.
- Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M.A., Van der Does, A. J. W. Scholte, W. F. & Lenior, M. A. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychiatric relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 119-130.
- Lodge, A. (1998). *Psychosocial intervention in the management of schizophrenia*. Retrived March 2, 2007, from: [http:// www.show.scot.nhs.uk/](http://www.show.scot.nhs.uk/)
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Co.
- Marvin, I. H. & Stephen, R. M. (2002). *Schizophrenia: comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., et al., (1995) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 52, 679-687.
- Melnik, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-bases-practice in nursing & healthcare : A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muela, J.A., & Godoy. J.F. (2002) Family intervention programme in schizophrenia: two-year follow up of the Andalusia study. *Psychology in Spain*, 6(1), 56-60.
- Ran, M.S., Xiang, M.Z., Chan, C.L., Leff, J., Simpson, P., Huang, M.S. et al., (2003) Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 38, 69-75.
- Razali, M. S. & Yahya. H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 9(3), 331-335.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., Lewis, S., et al. (2001). Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 346-355.
- Scott, B. R. (1986). *The Oxford Companion to Medicine*. New York: Oxford university Press.
- Solomon, P. (2000). Intervention for families of individual with schizophrenia. *Disorder Manage Health Outcomes*, 8(4), 211-221.
- Sullivan, G., Well, K. B., Morgenstern, H. & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization : a case control study of serious mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749-1756.
- Sundel, M., & Sundel, S. (1999). *Behavior Change in the Human Service*. California: Sage Publications.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients I outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S., et al. (1988). The community management of schizophrenia a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Townsend, M. C. (2000). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Videbeck, L. S. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilson, S.H. & Knesil, R.C. (1996). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). California: Addison – West.
- World Health Organization. (2007). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. 10th Revision Version*. Retrieved April 9, 2009, from: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/10online/>
- Xiang, M.Z, Ran, M.S., & Li, S.G. (1994). A controlled evaluation of psychoeducational family intervention a rural Chinese community. *British Journal of Psychiatry*, 65, 544-548.
- Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (14th ed.). New York: Basic Books Inc., Publishers.



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
1.Author	McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M. Dunne, E. J., Horen, B. , & Toran, J.	Setting	ศึกษาในโรงพยาบาลในรัฐ New York 6 แห่ง ได้แก่ 1) Kings Park Psychiatric center, 2) Long Island; Hudson River Psychiatric Center, 3) Poughkeepsie; South Beach Psychiatric center, 4) Staten Island; Creed-moor Psychiatric Center, 5) Queens; และ 6) Rochester Psychiatric Center, Rochester; และมีโรงพยาบาลในเขตเทศบาลอีกหนึ่งแห่ง ได้แก่ Harlem Hospital, Manhattan.	Intervention	ทั้งกลุ่ม SFT และ MFG เป็นานาเพื่อลดระดับอาการและความถี่ของการกลับป่วยซ้ำ เพิ่มคุณค่าการทำหน้าที่ทางสังคมและลดการแสดงอารมณ์ได้แก่ การบำบัดจึงถูกออกแบบมาเพื่อช่วยครอบครัวและผู้ป่วยในการรับมือกับปัญหา ได้ดีขึ้น และมีทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวนำมาจากการศึกษาของ Goldstein และคณะ, Left และคณะ, Falloon และคณะ , Hogarty และคณะ รูปแบบการบำบัดแบบ MFGs และ SFT คือ
Year	1995	Population	กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยและญาติที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีทั้งสิ้น 191 คน <u>เกณฑ์คัดเลือกได้แก่</u> 1. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia, Schizoaffective disorder, หรือ Schizophreniform disorder ตาม criteria DSM-III-R 2. อายุระหว่าง 18-45 ปี 3. เป็นผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาด่วนอาการ Acute psychotic episode 4. ผู้ป่วยต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาและเข้าร่วมการวิจัย		1. ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมภายใน 7 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2. ให้ข้อมูลในมิติด้านชีวิตวิทยาของ schizophrenia และกระบวนการในการรักษาผ่านทางวิดีโอเทปที่ได้มาตรฐาน, การสอน และคู่มือ/แนวทางการรับมือกับปัญหา 3. มีการจัดการต่อเนื่องก่อนอาการกลับป่วยซ้ำถ้าเร็ว 4. ให้การช่วยเหลือและช่วยแก้ไขปัญหาด้านคลินิกอย่าง ต่อเนื่องไปอย่างน้อยอีก 2 ปี 5. ชำนาญเครื่องข่ายทางสังคม ผู้บำบัดครอบครัว ซึ่งได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรือพยาบาล ควรมีบทบาท 1. เป็นผู้ประสานและเป็นผู้นำระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ทั้งในโรงพยาบาลและ นอกโรงพยาบาล 2. เป็นผู้ให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาแก่ครอบครัว
Title	Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia.				
Objective	- เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านจิตเวชระหว่างกลุ่ม 1) กลุ่มแบบหลายครอบครัว (Psychoeducational multiple-family group: MFG) กับ				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
1. Objective	2) กลุ่มที่มีครอบครัวเดี่ยว (Psychoeducational single-family group: SFT)	5. ผู้ป่วยและญาติต้องลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 6. ญาติผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คนที่จะเข้าร่วมต้องมีเวลา พบปะกับผู้วิจัยตามโครงการ 5 ครั้ง <u>เกณฑ์คัดออก</u> - ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ที่มี Physical dependent		3. เป็นผู้นำในกลุ่ม SFT. หรือ กลุ่ม MFG. 4. เป็นผู้ประสานหลักให้กับจิตแพทย์ และเป็นหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วย ในแต่ละ site ที่ทำการวิจัยจะมีจิตแพทย์ full-time คอย ดูแล เรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาที่ ทำการศึกษาคือ 2 ปี และหลังการศึกษาด้วย Psychoeducational MFG Treatment
Design	A Randomized controlled trial.	จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 172 คน หลังลงนามยินยอมเข้าร่วม วิจัยแล้ว จะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม การให้ความรู้ด้านจิตเวชแบบ		1. ผู้บำบัดที่ได้รับการฝึกอบรม 2 คน โดยผู้บำบัดแต่ละคนจะพบ แยกครอบครัวแบบเดี่ยวๆ 3 ครอบครัว โดยไม่นำผู้ป่วยเข้าร่วมใน ระยะนี้ ในสัปดาห์แรกจะพบครอบครัวเดี่ยว 3 ครอบครัว ะ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง ซึ่งจะต้องทำภายใน 7 วัน หลังผู้ป่วย admit 2. ผู้บำบัดประชุมกลุ่มเชิงปฏิบัติการ กับ 6 ครอบครัว (โดยไม่ผู้ป่วย เข้าร่วม) เป็น Survival Skill workshop
Level	Level II	Sample size - MFG 83 คู่ (อยู่ระหว่างการบำบัด 59 คู่) - SFT 89 คู่ (อยู่ระหว่างการบำบัด 67 คู่) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา 1) Rates of relapse and Hospitalization - อัตราการกลับป่วยซ้ำ โดยประเมินจากการทาง จิตที่ปรากฏขึ้นใหม่อีกครั้ง ไม่ว่าจะต้องเข้ารับ รักษาแบบผู้ป่วยในหรือไม่ โดยประเมินด้วย BPRS ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Stabilized แล้วมี คะแนนมากขึ้นกว่า 2 คะแนน ใน 4 scale ย่อยใด ก็ได้ของ BPRS		3. 2 สัปดาห์ต่อมา ผู้บำบัด 2 คน พบกลุ่มครอบครัว 6 ครอบครัว และ มีผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย โดยพบทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นการใช้ กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหา และ ระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา และ การนำไปพัฒนาใช้กับตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 9 เดือน และ หลังจากนั้นทำทุก 1 เดือน จนครบ 2 ปี โดยใช้เวลาทำกลุ่ม 90 นาที ต่อครั้ง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Outcome measures	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
		การใช้ BPRS เป็นตัวประเมินจะให้ค่าคะแนน 3 scales ดังนี้ 1. ได้คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป ใน scale ที่มีเนื้อหาความคิดผิดปกติ 2. ได้คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไป ใน scale ของ conceptual disorganization or hallucination 3. ได้คะแนน 7 สำหรับ scale การวัดความหวาดระแวง - อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยดูประวัติได้รับการรับไว้ในโรงพยาบาล 2) Positive and negative symptoms (อาการด้านบวกและอาการด้านลบ) อาการด้านบวกประเมินโดยใช้ BPRS และอาการด้านลบ ประเมินโดยใช้ The Schedule for the Assessment of Negative symptoms		โดยมีรูปแบบของ MFG sessions ดังนี้ 1. Socializing with families and patients 15 นาที 2. A Go-around , reviewing - 20 นาที - The week 's event - Relevant biosocial information - Applicable guidelines 3. Selection of a single problem 5 นาที 4. Formal Problem solutions 45 นาที - Problem definition - Generation of possible solutions - Weighing pros and cons of each - Selection of preferred solution - Delineation of task and implementation 5. Socializing with families and patients 5 นาที รวม 90 นาทีในแต่ละ sessions Psychoeducational SFT Treatment สำหรับรูปแบบ SFT. จะเหมือนกับ MFG โดย SFT จะเริ่มจากผู้บำบัดพบกับ 3 ครอบครัวอย่างน้อย 3 sessions ก่อน จากนั้นจะเป็นการพบรายครอบครัวโดยไม่มีผู้เกี่ยวข้องด้วย โดยใช้รูปแบบและเนื้อหาสาระเดียวกับ MFG จากนั้น 2 สัปดาห์ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้พบกับผู้บำบัดคนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง วิธีการไม่แตกต่างจากที่

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	3) Medication dosage and compliance (ความร่วมมือในการรับประทานยา) จะรายงานเป็น 6 ระดับ ได้แก่ - ระดับความร่วมมือ 1 = noncompliance (ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเลย) - ระดับความร่วมมือ 2 = 25 % compliant (มีความร่วมมือในการรับประทานยา 25%) - ระดับความร่วมมือ 3 = 50% compliant (มีความร่วมมือในการรับประทานยา 50%) - ระดับความร่วมมือ 4 = 75% compliant (มีความร่วมมือในการรับประทานยา 75%) - ระดับความร่วมมือ 5 = 90% compliant (มีความร่วมมือในการรับประทานยา 90%) - ระดับความร่วมมือ 6 = 100% compliant (มีความร่วมมือในการรับประทานยา 100%) 4) Patient employment เก็บโดยใช้ dichotomous scale – either - unemployed , - engaged in work – related activities		MFG ได้รับ สิ่งที่แตกต่างกันจาก MFG. คือ จะแยกพบครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยวตลอดการบำบัด โดยมีรูปแบบของ SFT sessions ดังนี้ 1. Socializing with families and patients 10 นาที 2. A Go-around , reviewing - 15 นาที - The week 's event - Relevant biosocial information - Applicable guidelines 3. Selection of a single problem 5 นาที 4. Formal Problem solutions 25 นาที - Problem definition - Generation of possible solutions - Weighing pros and cons of each - Selection of preferred solution - Delineation of task and implementation 5. Socializing with families and patients 5 นาที รวม 60 นาทีในแต่ละ sessions Family Clinician Training and Supervision เริ่มจากการประชุมปรึกษาหารือกัน แต่ทุกคนจะได้รับคู่มือการบำบัดที่เกี่ยวข้อง และได้รับการฝึกเพิ่มเติมจากผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยจะเป็น supervisor ให้หลังจากได้รับการฝึกอบรมและนำไปใช้จะมีกระบวนการควบคุม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures ตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการอยู่อาศัยกับครอบครัว ประวัติการติดยาหรือสารเสพติด การวินิจฉัยโรค อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วย/จำนวนวันเฉลี่ยที่อยู่ใน รพ.ระหว่างการวิจัย Data collection 1) Rates of relapse and Hospitalization Time 1 คือ 0-12 เดือน เมื่อครบ 1 ปี (จากเริ่ม Intervention) Time 2 คือ 0-24 เดือนเมื่อครบ 2 ปี (จากเริ่ม Intervention) 2) Positive and negative symptoms Time 1 เก็บข้อมูลเมื่อ Admission Time 2 เก็บข้อมูลเมื่อ Discharge Time 3 เก็บข้อมูล 2 ปี (จาก เริ่ม Intervention) 3) Medication dosage and compliance เก็บข้อมูลทุกๆ 6 เดือนจนครบ 2 ปี 4) Patient employment Time 1 เก็บข้อมูลเมื่อ 2 เดือน ก่อน Admission Time 2 เก็บข้อมูลเมื่อ 1 ปี (จาก เริ่ม Intervention) Time 3 เก็บข้อมูลเมื่อ 2 ปี (จาก เริ่ม Intervention)	Intervention	ของระบบ โดยการบินทักและศึกษาจาก videotapes จะมี supervision เป็นผู้แนะนำ เกี่ยวกับ 1) All Family engagement sessions 2) Every MFG. meeting 3) Every other SFT. Sessions ที่เกิดขึ้นในทุกๆสัปดาห์ โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพิ่มเติมหรือ พบกับ supervisor ทุกๆ 3 เดือน Medication ส่วนในเรื่องของยาที่รักษาผู้ป่วยนั้น จิตแพทย์ที่อยู่ประจำแต่ละ site จะเป็นผู้พิจารณา ให้ยาหลัง discharge โดยพิจารณาให้ในระดับขนาดที่ต่ำสุดพอที่จะควบคุมอาการผู้ป่วยไว้ได้ เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยให้ ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด ดังนั้นอาจมีบางรายที่ได้รับยา ถัดเพิ่มเติมด้วย
		Results	ข้อมูลทั่วไป ประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 172 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 73.3%, อายุเฉลี่ย 27.3 (±6.0) ปี, ส่วนใหญ่เป็นคนผิวขาว 52.0% รองลงมาเป็น African American 40.7%, สถานภาพสมรสโสด 87.2%, การศึกษาจบ High school 33.1% รองลงมาคือระดับวิทยาลัย (ไม่จบ) 27.3%, ไม่มีงานทำ 77.9%, อาศัยอยู่กับครอบครัว 82.6%, ไม่มีประวัติติดสารเสพติด 63.4%, ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia 84.3%, อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วย 19.5 (±4.8) ปี,

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
			Results	และจำนวนวันที่อยู่ใน โรงพยาบาลช่วงที่ศึกษาวิจัย 67.2 (±80.4) วัน Treatment Effects 1. อัตราการกลับป่วยซ้ำ (Relapse rates) ได้แยกแยะดังนี้ 1.1 Symptomatic relapses พบว่าใน 1 ปี กลุ่ม MFG. มีจำนวน อัตราการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SFT คือ 16% และ 28 % ตามลำดับ ผลลัพธ์ในปีที่ 2 ในกลุ่ม MFG มีจำนวน 23 คน (27.7%) กลุ่ม SFT 37 คน (41.6%) ที่มีการ relapse อย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p < .06$) และเมื่อประเมินผลลัพธ์จากจำนวนตัวอย่างที่เข้าร่วมครบ ตามกำหนด 126 คน โดยกลุ่ม MFG เหลือ 59 คน กลุ่ม SFT เหลือ 67 คน พบว่า กลุ่ม MFG มีการป่วยซ้ำ 18 คน (30%) เทียบกับ SFT ซึ่งพบ 32 คน (48%) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 1.2 Clinical relapses กำหนดจากคะแนน BPRS ที่มีการประเมินต่อเนื่องกันอย่างน้อย 7 วัน ของการกลับป่วยซ้ำ โดยพบใน MFG 15.7% และ SFT 26.8% ซึ่งไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง 1.3 Total relapses ประเมินเมื่อครบเวลาการศึกษา 2 ปี พบว่า MFG มี Total relapse ต่ำกว่า SFT มี 38 episodes และ 60 episodes ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			2. การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (Hospitalizations) - ก่อนและหลังการทดลองพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน - ประเมินใน 1 ปีแรก พบว่าอัตราการ admit ไม่แตกต่างกัน - ประเมินปีที่ 2 พบว่าอัตราการ admit ลดต่ำลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. อาการด้านบวกและลบของผู้ป่วย (Psychiatric symptom/ Positive symptoms and Negative symptoms) อาการด้านบวกของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($p < .09$) อาการด้านลบ พบว่า MFG มีคะแนนด้านลบน้อยกว่า SFT เมื่อตอนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปีพบว่า อาการด้านลบใน SFT ดีขึ้น ในขณะที่ MFG มีคะแนนด้านลบด้านลบลดการศึกษานี้แล้ว 4. ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication dosage and compliance) - ในเรื่องของขนาดยาที่ได้รับในทั้ง 2 กลุ่ม มีความเปลี่ยนแปลง โดย MFG มีการลดขนาดยา ลง ในขณะที่กลุ่ม SFT มีการเพิ่มขนาดยาขึ้น ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p < .12$) - ในเรื่องของความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่ากลุ่ม MFG มีระดับความร่วมมือถึง 90%

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			Implication	5. Employment ก่อนการศึกษาระดับของ work-related activity ในMFG. มี 16% และ SFT. มี 21% พบว่า 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=.52) หลังการศึกษาพบว่ากลุ่ม MFG มี ระดับของ work-related activity เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่ม SFT เป็น 34% และ 28% แต่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .18) MFG เป็นรูปแบบการบำบัดโดยการบำบัดหลายครอบครัว โดยนักครอบครัวบำบัด 2 คน ระยะแรกแยกพบครอบครัวเดี่ยว 1 ครั้ง คนละ 3 ครอบครัวภายใน 7 วันหลัง admission ประชุมกลุ่มครอบครัว 6 ครอบครัว ทำ Survival skill workshop ใน 2 สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย ทุกๆ 2 สัปดาห์ ตามรูปแบบของ MFG. sessions ซึ่งมี 5 ระยะ ใช้เวลา 90 นาที : sessions ต่อเนื่องอย่างน้อยสุด เป็นเวลา 9 เดือน และหลังจากนั้นพบทุก 1 เดือน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และกระบวนการรักษา มีทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย ทักษะในการแก้ไขปัญหา ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดแบบ MFG ช่วยลดอัตราการกลับป่วยซ้ำ และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าการป่วยซ้ำสัมพันธ์กับการต้องกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วย นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ ในการรับประทานยาหรือการรักษา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Implication	Intervention/ Results/ Implication
				รวมทั้ง การลดขนาดการใช้ยา และผลในระยะเวลาช่วงช่วยให้การทางด้านลบดีขึ้น มีระดับของ work-related activity เพิ่มขึ้น และการเข้ากลุ่มแบบหลายครอบครัวเป็นการช่วยเพิ่มเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น งานวิจัยสนับสนุนการให้การบำบัดแบบ Multiple-Family group Intervention (MFG) > Single-Family Intervention (SFT) ข้อเสนอแนะ ในการให้ Intervention กับครอบครัว จะเริ่มทำภายใน 7 วัน ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะมีผลกระทบกับ Intervention ที่ให้กับครอบครัว โดยเฉพาะใน phase ที่ต้องนำผู้ป่วยเข้าร่วม ควรจะกำหนดการผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมได้ควรจะเป็น Stabilization phase

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
2. Author	Dyck, D. G., Short, R. A., Hendryx, M. S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., McDonell, M.G., Voss, W. D., & McFarlane, W. R.	Setting Population	ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลในชุมชน (Spokane Mental Health) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา - ลงนามยินยอมร่วมการวิจัย โดยมีจำนวนตัวอย่างมีทั้งสิ้น 63 คน ที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาครั้งนี้ <u>เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย</u> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตาม DSM IV - อายุระหว่าง 18 – 45 ปี - อาศัยในชุมชนพื้นที่ Spokane Mental Health <u>เกณฑ์การคัดเข้าของญาติ</u> - สมาชิกของครอบครัว ที่สามารถ Contact ได้ อย่างน้อย 5 ครั้ง และมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามเกณฑ์กำหนด - อาศัยในชุมชนพื้นที่ Spokane Mental Health 63 ครอบครัวถูกเลือกเข้าร่วมวิจัยโดยสุ่มชักกลุ่ม 2 กลุ่ม - Multiple family group = 32 คน จบการทดลองเหลือ 21 คน - Standard care = 31 คน จบการทดลองเหลือ 21		กลุ่ม Psychoeducational Multiple – family group : Psychoeducational Multiple – family group treatment + standard care out patients of Spokane Mental Health <u>คุณสมบัติของผู้บำบัดครอบครัว</u> - เดิมจากพื้นฐานความสนใจ - มีทักษะในการบำบัดครอบครัว โดยได้รับการสอน จาก bachelor's degree และ other master's degree - มีบทบาท สอน / ให้คำปรึกษา - ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน ระหว่างผู้ป่วย / case manager และผู้บำบัดอื่นๆ Specific treatment intervention โดยผู้บำบัดออกแบบในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วย ในการจัดการแก้ไข ปัญหา และมีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ - ข้อมูลเกี่ยวกับ Biologic aspects of Schizophrenia and the treatment process โดยถ่ายทอดผ่านทางวิดีโอเพล ซึ่งเป็นความรู้มาตรฐาน มีการบรรยาย และเขียนแนวทาง ในการ Coping เพื่อให้สามารถและพัฒนาทักษะ ในการจัดการกับปัญหา จัดการเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การจัดหาแหล่งช่วยเหลือ เครือข่ายทางสังคม ขยายและหา
Year	2000				
Title	Management of Negative Symptoms Among Patients With Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups.				
Objective	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนิน โดยการเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการทดลอง 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ได้รับการรู้ด้านจิตเวชร่วมกัน แบบหลายครอบครัว	Sample size			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Objective	(Psychoeducational multiple – family group) 2. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน(Standard care)	Sample size	หมายเหตุ dropouts ในระหว่างช่วง 1 ปีแรก จำนวน 6 ราย ในกลุ่ม Multiple family group และจำนวน 6 รายในกลุ่ม Standard care		เครือข่ายครอบครัวที่สามารถช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันต่อไปได้อีกอย่างน้อย ในเวลา 2 ปี
Design	A randomized controlled trial repeated-measures design.	Outcome measures	ตัวแปรที่ศึกษาคือ - Negative symptoms อาการทางด้านลบของผู้ป่วย วัดโดยใช้เครื่องมือ Modified Scale for the Assessment of Negative symptoms(MSANS)เก็บข้อมูล Time 1,2,3,4 และ 5		แนวทางการปฏิบัติ - Session แรก เริ่มภายใน 1 เดือน หลังจากผู้ป่วยและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 1. The Multiple – family group protocol ในครั้งแรก family clinicians 1 คน : พบกับครอบครัวผู้ป่วย 3 – 4 ครอบครัวโดยแยกพบกันในแต่ละครอบครัว (ไม่นำผู้ป่วยเข้าร่วม)รวม 3 สัปดาห์ 2. family clinicians (2 คน) เป็นผู้ให้การแนะนำ ในการจัดทำ Educational workshop สำหรับครอบครัวผู้ป่วย เลือก 6 – 8 ครอบครัว (ไม่นำผู้ป่วยเข้าร่วม) โดยนำเสนอ survival skills workshop ที่พัฒนา Models โดย Anderson and colleagues. 3. ใน 2 สัปดาห์ จัดมาจัดให้ 6 ครอบครัว ในกลุ่ม Multiple – family group (โดยนักบำบัดครอบครัว 2 คน)ได้มีการ ร่วมประชุม กัน มีกำหนด 2 สัปดาห์ : ครั้ง โดยให้ครอบครัวและผู้ป่วย นำเสนอปัญหา ท้าทาย ที่เกิดขึ้น รูปแบบ วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะราย และจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ให้คำแนะนำ ซึ่งจะได้นำแนวทาง การช่วยเหลือที่หลากหลายขึ้นในรูปแบบการช่วยเหลือ Multiple – family group
Level	Level II		ตัวแปรอื่นๆ - ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น อายุ เพศ ประวัติโรคร่วมในการใช้สารเสพติด (Comorbid substances use disorder) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการอยู่โรงพยาบาลก่อนการศึกษา คะแนนอาการทางจิตเวช (วัดโดยใช้เครื่องมือ BPRS 5 item score		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures	ประวัติการใช้ยา Clozapine , risperidone , olanzapine , และยา conventional antipsychotics (เก็บจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก) (เก็บข้อมูล ณ. Time 1)	Intervention Results	กลุ่ม Standard care ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลครอบคลุมทุกด้าน โดยระบบ case manager มีพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลจัดการทั้งด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยการฟื้นฟูจะมีทั้งโปรแกรมในโรงพยาบาล โปรแกรมที่จัดให้ตอนเย็นและวันสุดสัปดาห์ สนับสนุนเรื่องการจ้างงานอีกด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล (Baseline) - อายุเฉลี่ยประมาณ 33 ปี / ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย - ร้อยละ 48 วินิจฉัยตาม DSM-IV พบว่ามี Comorbid substance abuse disorder - ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี - ประวัติการอยู่โรงพยาบาลก่อนการศึกษา โดยมีจำนวนเฉลี่ย 5 ครั้ง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา - กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 ได้รับยา Atypical antipsychotic drug เป็นหลัก - กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตด้านบวกไม่รุนแรง (Mild positive symptoms) และมีอาการทาง ด้านลบไม่แตกต่างกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	Data collection	Time 1 [ครั้งแรก Baseline(pre-test)] ก่อนเริ่ม intervention		
		Time 2 (ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลในเดือนที่ 1-3)		
		Time 3 (ครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลในเดือนที่ 4-6)		
		Time 4 (ครั้งที่ 4 เก็บข้อมูลในเดือนที่ 7-9)		
		Time 5 (ครั้งที่ 5 เก็บข้อมูลในเดือนที่ 10-12)		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Treatment effects Negative Symptoms outcome : จากการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง อาการทางจิตเวชด้านลบ (MSANS) ในทุกๆ 3 เดือน พบว่า 1. สำหรับคะแนน MSANS ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน ประเมินทุก 3 เดือน เป็นเวลา 4 ครั้งพบว่า กลุ่มทดลองหรือ Multiple-family group มีอาการด้านลบลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม หรือ Standard-care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2. เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างอาการด้านลบกับการเกิดอาการกำเริบ และการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า อาการด้านลบไม่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอก แต่เมื่อดูค่าคะแนนเมื่อเวลาครบ 1 ปี พบว่า อาการด้านลบมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สนับสนุนการให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดย การให้ความรู้ด้านจิตเวชผ่านกิจกรรมกลุ่ม multiple – family group และการฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้เกิดผลต่อกลุ่มอาการด้านลบอย่างเห็นได้ชัด อันประกอบด้วย การไม่ค่อยเป็นมิตร (poor rapport) หลีกเลียงสังคม (social avoidance) ไม่อยากพูดคุยกับใคร (poor flow of conversation) และแยกตัว (emotional withdrawal) การเข้าร่วมกลุ่มแบบหลายครอบครัว ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Implication	Intervention/ Results/ Implication
			และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดทักษะด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น และ guideline ที่ให้กับครอบครัวช่วยทำให้ครอบครัวรู้จักลดความคาดหวังและการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ป่วย วิธีการแก้ไขปัญหาคือ จะทำให้การทางจิตด้านลบของผู้ป่วยลดลง ซึ่งผลการศึกษา สามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านลบลดลงได้ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบลดลง งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Psychoeducational Multiple family group > Standard care ข้อเสนอแนะ - ในงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทให้ลดลงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการด้านลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากมีความต้องการในการดูแลสูง ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของครอบครัว และผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
3. Author	Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., Scott, R., O'Del, S. P., McCartan, L., & Nix, G.	New York กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและญาติ จำนวน 82 คน เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วย คือ		กลุ่มทดลองได้รับ A Program for Relapse Prevention : PRP A Program for Relapse Prevention : PRP
Year	2000	1) อายุ 19 ถึง 60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder โดยใช้เกณฑ์การจำแนก DSM-III-R		1. ผู้ป่วยต้องได้รับยาในขนาดมาตรฐาน 2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการ การกลับป่วยซ้ำในโรคจิตเภท และเข้าใจและรู้ถึงอาการและ พฤติกรรมที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ
Title	A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia.	3) มีความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ โดยดูจากสิ่งที่ต้อง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 ปีที่ผ่านมา หรือมีการ Admitted 2 ครั้งขึ้นไป เกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ป่วย คือ		3. การติดตามอาการนำของการป่วยซ้ำโดยทีมผู้บำบัดผู้ป่วย ครอบครัว และคนอื่น ๆ ที่ติดต่อกับผู้ป่วย 4. ให้การรักษาทางคลินิก ภายใน 24-48 ชม. เมื่อพบอาการนำของ การป่วยซ้ำ ด้วยการเพิ่มความถี่ในการจัดการกับปัญหาวิกฤติ ใน การให้ supportive therapy และอาจเพิ่มยาในการรักษาหากจำเป็น โดยอาจเพิ่มขนาดยา โรคลดจิต 20% ประมาณ 3-4 สัปดาห์ แล้วลด ขนาด
Objective	เปรียบเทียบประสิทธิผลของ intervention 2 รูปแบบคือ 1) A Program for Relapse Prevention : PRP 2) Treatment as usual : TAU Quasi experimental	1) มีประวัติ organic mental disorder หรือ mental retardation 2) ดิฉันหรือสุราร้อยอย่างรุนแรงจนต้องรับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน และ/หรือต้องเข้ารับการบำบัด “ค้างพิง” เกณฑ์คัดเข้าสำหรับญาติ		5. กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองโดยเน้นการพัฒนาทักษะการ แก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้งละ 1 ชม. หรือ ทำการบำบัดรายบุคคล แบบประคับประคองในรายที่ปฏิเสธการทำกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง ๆ 30 – 45 นาที
Design Level	Level III	- ไม่ปรากฏในงานวิจัย		6. การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว ซึ่งสมาชิก ครอบครัวต้องมาเข้ากลุ่มเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 เดือน รวม 18 เดือน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Sample size - กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 82 คน ผู้ป่วยจะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม โดยระบบคอมพิวเตอร์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ - กลุ่มทดลอง (PRP) จำนวน 41 คน - กลุ่มควบคุม (TAU) กลุ่มละ 41 คน Outcome measures ตัวแปรที่ศึกษาหลัก 4 ตัวคือ 1) Relapse & Re-hospitalization ใช้อุปกรณ์ Relapse จาก PANSS (increase in any PANSS to moderate severe or higher ≥ 5), GAS (score of 30 or less) (โดยเก็บข้อมูลวันที่ Relapse และลงวันที่ประเมิน) การวัดผลลัพธ์ของ Relapse แบ่งเป็น 3 กลุ่ม - กลุ่ม stable (อาการคงที่ตลอดตั้งแต่เริ่ม intervention จนถึง Follow up) - กลุ่ม relapse episode (ผู้ป่วยมีอาการนำของการ relapse จนถึง relapse) - กลุ่ม prodromal only with no relapse (ผู้ป่วยมีอาการนำของ relapse แต่ไม่ไปถึง relapse) Re-hospitalization โดยประเมินจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	- กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 82 คน ผู้ป่วยจะถูกสุ่มเข้ากลุ่ม โดยระบบคอมพิวเตอร์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ - กลุ่มทดลอง (PRP) จำนวน 41 คน - กลุ่มควบคุม (TAU) กลุ่มละ 41 คน ตัวแปรที่ศึกษาหลัก 4 ตัวคือ 1) Relapse & Re-hospitalization ใช้อุปกรณ์ Relapse จาก PANSS (increase in any PANSS to moderate severe or higher ≥ 5), GAS (score of 30 or less) (โดยเก็บข้อมูลวันที่ Relapse และลงวันที่ประเมิน) การวัดผลลัพธ์ของ Relapse แบ่งเป็น 3 กลุ่ม - กลุ่ม stable (อาการคงที่ตลอดตั้งแต่เริ่ม intervention จนถึง Follow up) - กลุ่ม relapse episode (ผู้ป่วยมีอาการนำของการ relapse จนถึง relapse) - กลุ่ม prodromal only with no relapse (ผู้ป่วยมีอาการนำของ relapse แต่ไม่ไปถึง relapse) Re-hospitalization โดยประเมินจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		จิตแพทย์และทีมรักษาในกลุ่มทดลอง จะได้รับ 1. แบบแผนการตัดสินใจแบบมีโครงสร้างตั้งแต่เริ่มโครงการเกี่ยวกับคำแนะนำและกระบวนการกับผู้ป่วยของผู้ป่วย 2. ผู้บำบัดในกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยตามผู้ป่วยแต่ละครั้งสำหรับการออกนอกเหตุล่วงหน้าแบบฉุกเฉิน ด้วยแบบสอบถามอาการเตือนฉบับต้น 3. จิตแพทย์ของกลุ่มทดลองจะใช้ guidelines ในการบอกอาการนำของการเกิดป่วยซ้ำ เช่น dysphoric symptoms , มีอาการทางจิตอย่างอ่อน และ/หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมนำเหนือการกำเริบครั้งก่อน Treatment as usual : TAU กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง ราย บุคคล และการจัดการด้านยา เดือนละ 2 ครั้งๆละ 15-30 นาที กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับเหมือนกัน คือ 1. ทุก 2 สัปดาห์ที่รักษา พบพบการรักษาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม 2. ให้การดูแลระยะยาว และ พบครอบครัวด้วย ในทั้ง 2 กลุ่ม ในกรณีที่ต้องการ 3. การเยี่ยมบ้าน จะให้บริการเมื่อต้องการ 4. ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการติดตามความสมบูรณ์ของการรักษาจากผู้ประสานงานวิจัย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures 2) Early detection of the onset of the Relapse process ประเมินความสามารถในการ Detection of the onset of the Relapse process โดยเก็บข้อมูล - Detection with Full relapse - Detection with Full hospitalized 3) Treatment participation ประเมินจากการเข้าร่วมบำบัดรักษาในแต่ละโปรแกรม ดังนี้ - Support group - Support individual - Multiple-Family group - Single Family sessions 4) การใช้ยา antipsychotic ประเมินโดยการดูประวัติการใช้ยา antipsychotic เมื่อ baseline และ เมื่อ Follow up 18 เดือน โดยเทียบค่าขนาดยาด้วย chlorpromazine equivalents ตัวแปรอื่นๆ (เก็บข้อมูล ณ Time1) - ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/อายุเพศ / เชื้อชาติ / สถานภาพ / ระดับการศึกษา / การประกอบอาชีพ / ประวัติการอยู่โรงพยาบาลก่อนการศึกษา / Clinical status	Intervention 5. จัดแพทย์ห้องทั้ง 2 กลุ่ม ต้อง Notify นักวิจัยทันทีที่ผู้ป่วยแสดงอาการนำของการป่วยซ้ำ เพื่อประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับ PANSS และ GAS ข้อแตกต่างระหว่างจิตแพทย์ของชุมชนและกลุ่มทดลอง คือ จิตแพทย์กลุ่มทดลอง - ได้รับการสอนเกี่ยวกับการนำอาการนำของการป่วยซ้ำ และมี guideline ช่วยในการประเมินอาการนำเพื่อการนำจิตแพทย์กลุ่มควบคุม - ไม่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการนำของการนำของการป่วยซ้ำ และ ไม่มี guideline ช่วยในการประเมินอาการนำ ข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งค่าคะแนน PANSS ด้วย แต่ค่าเฉลี่ยคะแนน GAS ในกลุ่มควบคุมจะต่ำกว่าเล็กน้อย (TAU group = 43.1, PRP group = 48.2; $t_{79} = 1.99$, $P = .05$) ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับยาต้านโรคจิตแบบ decanoate มากกว่า (27%, 12%; $\chi^2_1 = 4.0$, $P = .05$)	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Data collection	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
	Time 1 [ครั้งที่ 1 (Baseline)] = ก่อนเริ่ม intervention เก็บข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว 1) SCID 2) Demographic data and illness history 3) GAS rating 4) PANSS 5) The early Signs Questionnaire Time 2 [ครั้งที่ 2] = 2 เดือนหลังเริ่มให้ intervention Time 3 [ครั้งที่ 3] = 6 เดือน หลังเริ่มให้ intervention Time 4 [ครั้งที่ 4] = 12 เดือน หลังเริ่มให้ intervention Time 5 [ครั้งที่ 5] = 18 เดือน หลังเริ่มให้ intervention Time 2-5 เก็บข้อมูล 1) GAS rating 2) PANSS 3) The early Signs Questionnaire 4) at each prodromal episode			Treatment Effect 1) Relapse and Re-hospitalization (ผลลัพธ์ด้านการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) Relapse : กลุ่ม PRP มีอาการกำเริบ 17% และ กลุ่ม TUA มีอาการกำเริบ 34% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .01$) Re-hospitalization : กลุ่ม PRP มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 22% และ กลุ่ม TUA มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 39% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .03$) 2) Early detection of the onset of the Relapse process Detection with Full relapse : กลุ่ม PRP มี 4% และกลุ่ม TUA มี 35% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .008$) Detection with Full hospitalized : กลุ่ม PRP มี 8% และกลุ่ม TUA มี 40% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .01$) 3) Treatment participation (การเข้าร่วมการบำบัด) - การเข้าร่วมการบำบัดพบว่า กลุ่ม PRP ที่เข้า support group 59% และเข้าร่วม support individual 41% ซึ่งไม่มีความแตกต่างในเรื่องของ Relapse

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		Implication	- กลุ่ม PRP เข้าร่วม Multiple Family Group 29% พบว่ามีผู้ป่วยครั้งหนึ่งที่มีการนำอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่ Relapse และ เข้าร่วมการรักษาในโรงพยาบาล - การบำบัดแบบ Single Family Session พบว่า กลุ่ม PRP เข้าร่วม 65% และ กลุ่มTAU เข้าร่วม 54% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .35$) 4) การใช้ยา antipsychotic กลุ่ม PRP ใช้ขนาดยา antipsychotic (chlorpromazine เทียบเท่า) จาก 665 mg. ลดลงเหลือ 425 mg. ลดลงกว่ากลุ่ม TAU ในขณะที่กลุ่ม TAU ใช้ขนาดยา antipsychotic เพิ่มขึ้น จาก 557 mg. เป็น 559 mg. มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .05$) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้ Program for Relapse Prevention in Schizophrenia เป็นการให้การดูแลตามปกติ และเพิ่ม โปรแกรมการป้องกัน Relapse ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการการกลับเป็นซ้ำในโรคจิตเภท อการนำของการป่วยซ้ำ 2) การติดตามสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ 3) ให้การรักษาทางคลินิก ภายใต 24-48 ชม. เมื่อพบอาการนำของการป่วยซ้ำ การให้ supportive therapy และอาจจะเพิ่มยาด้านโรคจิต 20% ประมาณ 3-4 สัปดาห์ ตามความจำเป็น 4) กลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	Implication
		แก้ปัญหา สืบหาสาเหตุครั้งละ 1 ชม. หรือทำการบำบัดรายบุคคลแบบประคับประคองในรายที่ปฏิเสธ การทำกลุ่ม สืบหาสาเหตุครั้ง ๆ 30 – 45 นาที 5) การทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวต้องมาเข้ากลุ่มเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดการ Relapse, Re-hospitalization และลดการใช้ยาต้านโรคจิตลง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่ม PRP มีความร่วมมือในการเข้าร่วมการบำบัดมากกว่า กลุ่ม TAU งานวิจัยนี้จึงสนับสนุนการใช้ A Program for Relapse Prevention : PRP > Treatment as usual : TAU	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting	Setting/ Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
4. Author	Sellwood, W., arrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., & Lewis, S.	National Health Services districts (กลุ่ม NHS) ซึ่งตั้งอยู่ที่ส่วนกลางและ Manchester ตอนใต้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนได้ทั้งในส่วนของคนในเขตเมืองและชานเมือง ที่มีสภาพทางสังคมแตกต่างกัน		กลุ่มควบคุม (Control Treatment) จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด โดย The National Health Service of Great Britain อันประกอบด้วย Standard care - การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยทีมผู้รักษา - การได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง - การติดตามดูแลทั้งในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอกและเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน โดยมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตาม Case Program Approach (CPA) ของศูนย์บริการสุขภาพจิต The Cornerstone ในประเทศอังกฤษ ประกอบด้วย - การประเมินภาวะทางสุขภาพจิต / ความต้องการทางสังคม - การประสานการดูแลของทีมงานสุขภาพ / บริการทางสังคมสงเคราะห์ - การประสานการดูแล / การนัดหมาย Key worker ในการบริการดูแลผู้ป่วย ทั้งในรูปแบบของทีมงานสุขภาพจิตที่ไม่เป็นทางการ - การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย - การเข้าถึงบริการชุมชน เกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟู เช่น Day centers and Drop ins.
Year	2001	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบจำนวน 146 คน		
Title	Needs-based cognitive-behavioral family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up.	เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วย 1. ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 โรค Schizophrenia, Schizoaffactive disorder, or Delusional disorder เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี 2. มีอาการป่วยซ้ำอันเนื่องมาจากการทางจิต อย่างน้อย 1 ครั้ง อันทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ภายใน 2 ปี ก่อนเข้าร่วมโครงการ		
Objective	เพื่อประเมินประสิทธิภาพระยะยาวของการให้ Intervention 2 รูปแบบ คือ 1) Needs – based cognitive-behavior family intervention	3. อายุระหว่าง 18-65 ปี 4. มีเวลาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ได้อยู่กับผู้ดูแลใน 1 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่มี primary diagnosis เป็น organic disease หรือ Learning disability		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Objective	2) Standard care สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว	เกณฑ์คัดเลือกสำหรับญาติ - มีเวลาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์ที่ได้ดูแลผู้ป่วย ใน 1 เดือน ที่ผ่านมา			Family support ซึ่งประกอบด้วย - information - benefits advice - advocacy - emotional support - practical help - ความถี่ในการสนับสนุนต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือในการตกลงกัน อย่างต่ำสุด ต้องพบกัน 5 ครั้ง กลุ่มทดลอง (Family Intervention) 1. ได้รับ Standard care ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากทีมผู้รักษา 2. Family support (เหมือนกลุ่มควบคุม) 3. ได้รับ Cognitive behavioral family interventions ซึ่งแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัวประเมินความต้องการ โดยใช้ The relatives' version of the cardinal Needs Schedule (RCNS) ซึ่งจะอธิบายถึงศักยภาพในการแก้ปัญหา 14 areas ย่อย ภายใต้ 5 areas ใหญ่ ได้แก่ 3.1 support information and liaison 3.2 coping with symptoms 3.3 relationships 3.4 carer hardship (ความยากลำบากของผู้ดูแล)
Design	Randomized controlled pragmatic trial study	มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม 146 คนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 79 คน ส่วนเข้ากลุ่มควบคุม 39 คน กลุ่มทดลอง 38 คน			
Level	Level II	Patients outcome 1. การวัดอัตราการป่วยซ้ำ ประเมินจากความถี่ และระยะเวลาที่เกิด, ความรุนแรงของอาการ โดยประเมินได้ใน 2 รูปแบบ คือ 1) จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จากการดูจากแฟ้มประวัติ) - Number of admission - Time spent in hospital 2) ระยะเวลาในการเกิดอาการรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจัดการ เช่น เพิ่มการสังเกตอาการใกล้ชิด การเปลี่ยนการใช้ยาโดยทีมรักษา			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures - Time spent relapse - Effect for time spent relapse while remaining in the community ซึ่งข้อมูลได้จาก hospital case-notes 2. การวัดระดับความรู้แรงของการ ประเมิน โดยใช้ (PANSS), Social Functioning Scales, และ Global Assessment Scale (GAS) 3. วัดความร่วมมือในการรับประทาน ประเมิน ความร่วมมือ ในการรับประทาน โดยใช้ช่วงเวลา ใน 6 เดือน แบ่งเป็น 4 ระดับ 1. รับประทานอย่างน้อย 90% ของ ช่วงเวลา ทั้งหมด 2. ระหว่าง 50-90% 3. ระหว่าง 10-50% 4. ต่ำกว่า 10% Carer outcomes ประกอบด้วย 1. วัด Carer's cardinal need วัดความต้องการ ตาม Need area โดยประเมิน 5 area 1.1 Support , information and liaison แบ่ง เป็น 3 ประเภท คือ - Professional support	Intervention	3.5 carer's negative emotions associated with the illness (อารมณ์ด้านลบของญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย) 4. ประเมินความต้องการและปัญหาที่มีของผู้ป่วยและญาติตาม areas เหล่านี้ โดยมีเกณฑ์ คือ ต้องเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลตระหนัก และผู้ดูแลมีความร่วมมือในการที่จะต้องการให้ช่วยเหลือในปัญหานั้น 5. ให้ผู้ดูแลระบุปัญหาที่สำคัญ ในแต่ละ area ที่มีความเป็นไปได้ ในการให้ช่วยเหลือทางจิตสังคม ตามที่ประเมินได้ 6. ให้ intervention ครอบคลุมใน 3 ลักษณะ คือ 1) Problem-solving techniques, 2) Cognitive-behavioral intervention for families และ 3) Cognitive-behavioral intervention สำหรับผู้ป่วยเพื่อลดอาการทางจิต การช่วยเหลือจะใช้เวลาในช่วงระหว่าง 10 – 20 treatment sessions ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและญาติ โดยจะใช้เวลากายใน 24 สัปดาห์ (6 เดือน) Cognitive behavioral family interventions สำหรับครอบครัวญาติ (ตามรูปแบบของ Tamer และคณะ 1988) 1. ครอบครัว ญาติ จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ โดยทีมผู้รักษา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures - Information and Relapse and Prevention 1.2 Coping with symptoms แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ - Psychotic symptoms - Antisocial behaviour - Negative symptoms - Interpersonal problems - Affective symptoms 1.3 Relationships 1.4 Carer hardship แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ - Employment hardships - Household hardships - Financial hardships - Social activity hardships 1.5 Carer negative emotions 2. วัด Carer Stress and burden โดยใช้แบบประเมิน 3 ชนิด 2.1 ประเมิน The General Health Questionnaire (GHQ) 2.2 The Beck Depression Inventory (BDI) 2.3 Section D of the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS (d))		2. ได้รับการสอนเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และวิธีการดูแลที่บ้าน 2 sessions 3. Stress Management program 3 sessions เป็นโปรแกรมสำหรับญาติ ในการสังเกตติดตามเกี่ยวกับสาเหตุ/ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิบัติที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดความเครียด และการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม 4. Program of Goal Setting 8 sessions - กำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติ ในสิ่งที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลง ในบาง ด้านเป็นพิเศษ หรือ ตามความต้องการ - สอนให้ครอบครัว / ญาติ มีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมี 2 รูปแบบ คือ Enactive method และ Symbolic ซึ่งเลือกเข้ากลุ่มอย่างใดอย่างหนึ่ง Enactive method จะออกมาในรูปแบบการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม เช่น role – playing , guided practice , record keeping , corroborated active participation แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด tapes exercise practice การใช้เทคนิค counter stressful situations (Enactive) เป็นต้น ส่วน Symbolic การสอนจะเป็นลักษณะการให้คำปรึกษา และแนะนำ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures 3. วัด Express emotion เพื่อประเมินการระงับ ในเรื่องของ EE (Expressed Emotion) จะประเมิน โดยผู้วิจัย ซึ่งได้ดูวิดีโอเทปที่บันทึกไว้ Data collection การเก็บข้อมูลจะมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) Time 1 เริ่มต้นทดลอง 2) Time 2 6 month follow-up 3) Time 3 12 month follow-up		โดยมีวัตถุประสงค์ของการทำ Cognitive behavioral family interventions ดังนี้ - เพื่อให้สามารถเข้าใจองค์ประกอบ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high-EE.) เช่น Criticism, intrusiveness, overprotection, poor coping reactions เป็นต้น - การเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรมตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย - เพื่อกระตุ้นให้ผู้ช่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถระบุความต้องการ และวางแผนที่จะบรรลุความต้องการนั้นได้ Cognitive behavioral family interventions สำหรับผู้ป่วย (ตามรูปแบบ Tarrier และคณะ, 1993) มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายของการบำบัด 1. เพื่อให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจที่ชัดเจน เกี่ยวกับ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้มีอาการทางจิตยังคงอยู่ และ ระดับอารมณ์ที่เกิดตามมา 2. เพื่อแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือการ และ อารมณ์ทางด้านลบ 3. เพื่อลดอาการและอารมณ์ทางด้านลบแนวทางการบำบัด - ขั้นแรกผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายเหตุผลสำหรับการบำบัด - ผู้ป่วยได้รับการสอนให้ รู้จักการสังเกตติดตามอาการตนเองที่เกี่ยวข้องกับ recognize hallucination, unusual or bizarre thought content of delusions, the false perceptions, ประสบการณ์จาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
			ภาวะหลงผิดที่กลายเป็น unusual thought ที่จะไม่ไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม - ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการ Coping และสามารถปฏิบัติได้ (วิธีการ Coping ต้องคำนึงความเป็นไปได้และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง) - สามารถลดอาการเฉพาะที่สำคัญๆ ได้เป็นอันดับแรก เช่น อาการที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการไม่สุขสบาย และระบกกวนหน้ที่ในการทำงานของผู้ป่วย โดยมีการ Follow ตามหมวดหมู่ของ Coping strategies ดังนี้ - Cognitive strategies (attention, switching, attention narrowing, self-instruction) - Behavioral strategies (การแยกผู้ป่วย/จำกัดพฤติกรรม , increase social intervention , social disengagement reality testing) - strategies of produce physiological change เช่น เทคนิค relaxation , breathing exercise กลยุทธ์ที่นำมาฝึกปฏิบัติเป็นเงื่อนไขสมมุติหากผู้ป่วยมีอาการระหว่าง session ให้ใช้สถานการณ์นั้นฝึก - ให้การบ้าน ในแต่ละ sessions - พบทบทวนทุกครั้งก่อนเริ่ม sessions ต่อไป - ประเมินผลหลังได้รับ intervention 2-3 sessions เพื่อดูความก้าวหน้า หากไม่มีความก้าวหน้า ให้พบทบทวนเป้าหมายอาการ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาร่วมกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
				ใหม่ และดำเนินการต่อ - ในการผ่านแต่ละ sessions จะมีการทบทวน ความก้าวหน้า และ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำทักษะ การจัดการนี้ไปใช้ในเหตุการณ์ อื่นๆ ได้ - sessions สุดท้าย ประเมินศักยภาพ และฝึกฝน การแก้ปัญหาที่ ยากซึ่งอาจจะ เกิดขึ้นได้ในอนาคต Problem solving (PS) วัตถุประสงค์ของการบำบัด 4 เพื่อพัฒนาแบบแผนความคิด สอนให้มีการคิดอย่างมีแบบแผน ใน แก้ไขปัญหา และกระตุ้น ในการนำไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม ลักษณะของเทคนิค Problem solving a) ในเบื้องต้นผู้ป่วยจะได้รับรู้ถึงเกี่ยวข้องกับลักษณะของการที่ หลงเหลือที่จะเกิดตามมาของโรคจิตเภท ของความสูญเสีย ความสามารถในกระบวนการคิดที่เป็นระบบในการแก้ไขปัญหา ในชีวิตประจำวัน เป้าหมาย เพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคล ในด้านการแก้ไขปัญหายังมีระบบ นำไปปฏิบัติสู่การแก้ไข ปัญหาของตนเองได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
			b) ผู้ป่วยได้รับการแนะนำให้จัดลำดับหรือบันทึกในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบาก หรือ ไม่พึงพอใจ ที่นำไปวิเคราะห์โปรแกรมในระยะต่อมา c) ผู้บำบัดอธิบายให้เข้าใจหลักของเทคนิคการแก้ไขปัญหาซึ่งต้องระบุปัญหาให้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง ลำดับปัญหาที่จะนำไปสู่การเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยประเมินถึงศักยภาพ ประโยชน์ และผลลัพธ์ในแต่ละทางเลือก โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม และนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ร่วมกัน การใช้วิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมเป็นต้นความคาดหวัง ให้เลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมกับตนเอง และใช้กำลังใจกับตนเองเมื่อสามารถใช้วิธีการแก้ไขปัญหานั้นเหมาะสม d) เทคนิคการแก้ไขปัญหาก็จะได้รับการนำไปใช้ในสถานการณ์ตัวอย่าง เช่น การเล่นเกมต่างๆ draughts or naughts and crosses เป้าหมาย คือ การเคลื่อนที่อย่างมีเป้าหมายและประเมินผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งโดยทั่วไปการเคลื่อนที่ที่ดีจะถูกเลือกก่อน โดยจะเวียนผู้เล่นไปรอบๆ เพื่อให้เลือกการเคลื่อนที่ที่ดีในแต่ละครั้ง ซึ่งผู้บำบัดจะใช้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
			กระบวนการคัดเลือกลักษณะแบบมีเงื่อนไขเพื่ออธิบาย ในการประเมินสิ่ง ที่หลงเหลือของผู้ป่วย หลักเกณฑ์ที่สำคัญในการ ไปสู่จุดหมายได้ ถูกเลือกและนำไปปฏิบัติ จะแสดงให้เห็นถึงวิธีการแก้ไข ปัญหา สนับสนุนให้กำลังใจ ในการเพิ่มความมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ๑) นำเทคนิคการแก้ไขปัญหามา ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตจริง เช่นในการ ทำงาน การหาที่พักอาศัย การคบเพื่อน ๒) ขั้นตอนสุดท้าย ปัญหาที่มีในชีวิตผู้ป่วยเป็นเป้าหมายในการจะ นำไปแก้ไข ความยากขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ผ่านมา การ เข้าถึงและวิเคราะห์รายละเอียดในแต่ละปัญหา เพื่อที่จะนำไปเลือก แนวทางแก้ไขปัญหา อภิปราย เพื่อนำไปปฏิบัติ ในที่สุดผู้ป่วย จะต้องวางเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน สำหรับ การปฏิบัติ และมีการติดตามผล ผู้ป่วยจะได้รับ feedback จาก ผู้บำบัด สนับสนุน แนะนำ ให้การส่งเสริมในทางบวก สำหรับ ความพยายามในการฝึกปฏิบัติ ระหว่างนี้ผู้ป่วยต้องพยายามให้ ผู้ป่วยเกิดทักษะ ในการแก้ไขปัญหามาให้ผลลัพธ์ตามความ คาดหวัง
			ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 65%, อายุเฉลี่ย 36±10.35 ปี, ระยะเวลาการ เจ็บป่วยเฉลี่ย 12.7±9 ปี, จำนวนครั้งที่ต้องอยู่

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			โรงพยาบาล 7±4.7 ครั้ง, ส่วนใหญ่เป็นคนยุโรป, 35 คนอาศัยอยู่กับการตามตา, 17 คนอยู่กับผู้สมรสและ 14 คนอยู่ตามลำพังแต่มีการติดต่อกับญาติอย่างสม่ำเสมอ Patient outcomes 1. การกลับป่วยซ้ำ (Relapse) 1.1 จำนวนครั้งของผู้ป่วยการเกิด Relapse อย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลอง = 37% กลุ่มควบคุม = 72% ระหว่าง 2 กลุ่ม มีอัตราที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.003$) 1.2 จำนวนครั้ง การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ใน 2 กลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองมีจำนวน 11 ครั้ง และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ครั้ง พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 1.3 สำหรับการรักษาโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าในกลุ่มทดลองมี 16% และกลุ่มควบคุมมี 49% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) 1.4 ระยะเวลาจำนวนวันที่เริ่มกลับป่วยซ้ำและกลับมาพบแพทย์ กลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 0-177 วัน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0-218 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			1.5 effect for time spent Relapse while remaining in the community พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลา อยู่ใน ช่วง 0-84 วัน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0-218 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) 1.6 Time spent in Hospital ในกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาอยู่ใน ช่วง 0-177 วัน กลุ่มควบคุม 0-110 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ Mirror analysis. จำนวนครั้งของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นหลัง 12 เดือน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ได้ถูกนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองมีการกลับป่วยซ้ำน้อยกว่าที่ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ในขณะที่กลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างจากข้อมูลเดิม Survival Analysis. จากการใช้ Cox's regression วิเคราะห์เมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน เพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องของการป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำถึง 3 ครั้ง (hazard ratio=2.8, p=0.003) 2. ระดับความรุนแรงของอาการ 2.1 จากค่า PANSS scores พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		Results 2.2 ส่วนค่า GAS scores ประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปีพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) และ ($p=0.02$) ตามลำดับ 2.3 ส่วนของการทำหน้าที่ทางสังคม (SFS) ทั้ง 2 ระยะ คือ 6 เดือน และ 1 ปีพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.5$) และ ($p=0.6$) ตามลำดับ 3. ความร่วมมือในการรับประทายยา ในระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่องของความร่วมมือในการกินยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ Carer outcomes 1. Carers' Cardinal needs. จำนวนของ Carers' Cardinal needs (ประเมินความต้องการตาม area 5 หมวด) เมื่อ 6 เดือน พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.01$) และเมื่อประเมินผล 1 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.1$) 2. Carer stress and burden. ในทุกระยะที่ประเมินผล คือ เมื่อ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ความตึงเครียด และ การครอบครอง ที่ประเมินใน 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ (GHO) การซึมเศร้า (BDI) และ พฤติกรรมทางสังคม (SBAS(d)) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ	2.2 ส่วนค่า GAS scores ประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปีพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) และ ($p=0.02$) ตามลำดับ 2.3 ส่วนของการทำหน้าที่ทางสังคม (SFS) ทั้ง 2 ระยะ คือ 6 เดือน และ 1 ปีพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.5$) และ ($p=0.6$) ตามลำดับ 3. ความร่วมมือในการรับประทายยา ในระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่องของความร่วมมือในการกินยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ Carer outcomes 1. Carers' Cardinal needs. จำนวนของ Carers' Cardinal needs (ประเมินความต้องการตาม area 5 หมวด) เมื่อ 6 เดือน พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.01$) และเมื่อประเมินผล 1 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.1$) 2. Carer stress and burden. ในทุกระยะที่ประเมินผล คือ เมื่อ 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ความตึงเครียด และ การครอบครอง ที่ประเมินใน 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ (GHO) การซึมเศร้า (BDI) และ พฤติกรรมทางสังคม (SBAS(d)) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
			Results 3. Expressed emotion. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (Low EE) มีจำนวน 32 คน (49%) และมีจำนวน 33 คน(51%)ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High EE) - High EE ในกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 16 คน ซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการ Relapse Needs – based cognitive- behavior family intervention เป็นรูปแบบการบำบัด โดยมุ่งความสำคัญไปที่ความต้องการของญาติและผู้ป่วย โดยญาติและผู้ป่วยจะได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากทีมผู้รักษา Family support และเพิ่ม การทำ Cognitive behavioral family interventions ซึ่งแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและครอบครัว และมีการวางแผนร่วมกันในการบำบัด โดยให้ intervention ครอบคลุมใน 3 areas คือ 1) Problem-solving techniques, 2) Cognitive-behavioral intervention for families สอน ให้ครอบครัว / ญาติ มีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึง องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high –EE) เช่น Criticism, intrusiveness, overprotection, poor coping reactions เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Implication	Intervention/ Results/ Implication
			การตอบทางด้านคนของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดและ 3) Cognitive-behavioral intervention สำหรับผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจน เกี่ยวกับ ปัจจัย สิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดอาการทางจิต และ ระดับอารมณ์ที่แสดงออก แก่ไขว้ใจที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือการ และ ลดอารมณ์ทางด้านลบ โดยใช้การบำบัด Cognitive strategies / Behavioral strategies /strategies of produce physiological change การช่วยเหลือจะใช้เวลาในช่วงระหว่าง 10 – 20 treatment sessions ขึ้นอยู่กับปัญหา และความถี่ของการ ของผู้ป่วยและญาติ โดยจะใช้เวลาภายใน 24 สัปดาห์ (6 เดือน) ผลการ ศึกษาพบว่าในผู้ป่วยช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ ลดจำนวนการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยซ้ำ และยังช่วยให้การทางจิตเวชลดลงอีกด้วย นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย สำหรับญาติไม่พบความแตกต่างในด้าน Carer Stress and Burden งานวิจัยนี้สนับสนุนการ ให้ Needs – based cognitive-behavior family intervention > Standard care ถึงมีผลลัพธ์ของญาติในแต่ละด้านพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม การได้รับโปรแกรม family intervention อาจมีผลสนับสนุนต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
5. Author Year Title Objective	Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. 2002 Service Use Among Patients With Schizophrenia in Psychoeducational Multiple-Family Group Treatment. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วย schizophrenia schizoaffective disorder และครอบครัว ที่ได้รับการบำบัดด้วย 1) Psychoeducational Multiple-Family Group Treatment (กลุ่มทดลอง)	แผนกผู้ป่วยนอกของ Spokane Mental Health ในเมือง Spokane รัฐ Washington ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม criteria DSM-IV เป็น schizophrenia / schizoaffective ผู้ป่วยนอกทั้ง 106 คน และถูกลงทะเบียนเข้า 1 ใน 7 cohort ของกลุ่มครอบครัว cohort ละ 9 – 17 ครอบครัว เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ป่วย - ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม criteria DSM-IV เป็น schizophrenia หรือ Schizoaffective - อายุระหว่าง 18 – 45 ปี - ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัว หรือติดต่อกับครอบครัวเป็นประจำสม่ำเสมอ เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับญาติ - เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย (ไม่ระบุรายละเอียด) 106 ครอบครัว เช่นเข้าร่วมวิจัย โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง - Psychoeducational Multiple – family group = 55 ราย (Drop out 11 ราย จบการทดลองเหลือ 44 ราย)	- กลุ่มควบคุม (standard care) จะได้รับการดูแลตามปกติอันประกอบด้วย การบริหารยา การจัดการรายกรณี และอาจมีการบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยบางราย ทีมผู้บำบัดประกอบด้วย ผู้จัดการรายกรณี พยาบาล จิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ - กลุ่มทดลอง (Psychoeducational Multiple-family group treatment) จะได้รับ standard care + Multiple-family group treatment โดยมีเป้าหมาย (สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว) 1. ส่งเสริมการจัดการกับความเจ็บป่วยให้ดีขึ้น 2. ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม 3. ส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา Treatment Protocol สัปดาห์ที่ 1-3 - ผู้บำบัดพบแต่ละครอบครัวแยกกัน โดยพบสัปดาห์ละครั้ง รวม 3 สัปดาห์ (ไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วม) - ผู้บำบัดพบกับหลายครอบครัว และจัดทำ workshop เกี่ยวกับทักษะการอยู่รอด (survival skill workshop) ซึ่ง รูปแบบของ survival skill workshop ได้ใช้ของ Anderson and colleagues (ไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วม)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Objective	2) Standard care (กลุ่มควบคุม)	Sample size	- Standard care = 51 ราย (Drop out 15 ราย จบการทดลองเหลือ 36 ราย) ตัวแปรที่ศึกษาหลัก คือ 1. Use of inpatient services		สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป - ผู้บำบัดพบ ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ละ cohort รวมเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยเน้นพัฒนา ทักษะการเผชิญปัญหา, Problem solving และรู้จักเป้าหมายของตนเอง พบสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 1 ปี แนวคิดการบำบัด Psychoeducational Multiple – family group ใช้ของ McFarlane และคณะ ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตเวชของโรคจิตเภท และกระบวนการรักษา การบำบัด 1. สอนครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับสาเหตุของโรค และให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา โดยใช้ Standard protocol เช่นวิดีโอเทป การ lecture และ guideline 2. ส่วนประกอบของการบำบัด 2.1 On going support คือ การ support อย่างต่อเนื่อง การจัดการกับปัญหาทางคลินิก 2.2 พยายามช่วยเหลือทางด้านเครือข่ายทางสังคม
Design	A randomized controlled trial study	Outcome measures	(การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) โดยประเมินจากการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก 2. Use of crisis care services(การรับบริการผู้ป่วยนอกแบบจิตเวชฉุกเฉิน) โดย ประเมินจากการเข้ารับบริการแบบจิตเวชฉุกเฉิน ที่ mental health center 3. Use of Outpatient service (การรับบริการผู้ป่วยนอกแบบปกติ) โดยประเมินจากจำนวนเวลาที่ใช้ในการรับบริการผู้ป่วยนอก เช่น การบำบัดรายบุคคล การบำบัดรายกลุ่ม การจัดการเรื่องยาและบริการพยาบาล อื่นๆที่มารับบริการ รวมทั้งการบำบัดด้วย Multiple – Family group ก็นับรวมในนี้ด้วย 4. ตัวแปรอื่นๆ (เก็บข้อมูลเฉพาะ Baseline)		ผู้บำบัด - นักครอบครัวบำบัด 2 คน จะได้รับการฝึกอบรม ก่อนสอนสัปดาห์ - การทำ multiple-family group sessions จะถูกบันทึก videotaped สำหรับรับการฝึกอบรมและ supervise ต่อไป
Level	Level II				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Outcome Measures	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures - ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ สถานภาพ การใช้สารเสพติด - การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) - ระดับความรุนแรงของอาการ (Severity of symptoms) - อาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ประเมินโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale / The global ratings of the Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms - การใช้ยา antipsychotic (ชนิดและขนาดที่ใช้) เก็บข้อมูลจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก Data collection Time 1 [(Year before Baseline)] = ก่อนเริ่ม intervention Time 2 [(Year after Baseline)] = เริ่มจากให้ intervention 1 ปี Time 1 + Time 2 เก็บข้อมูลตัวแปร Outcome 1-3 At baseline - เก็บข้อมูลที่สำคัญเพื่อดู Homogeneity ของ 2 กลุ่ม คุณลักษณะของประชากรประกอบด้วยอายุ / เพศ / สถานภาพ / การใช้สารเสพติด / วินิจฉัยโรค / ระดับความรุนแรงของอาการ อาการทางด้านบวกและ	Results ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูล at baseline) จากจำนวน 106 คน - ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 77 - อายุเฉลี่ยในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน - โรค - Schizophrenia, Paranoid type 46 ราย คิดเป็น ร้อยละ 43 - Schizoaffective disorder 33 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31 - Schizophrenia , other type 27 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25 - ยา atypical antipsychotic จำนวน 77 ราย ได้รับยา atypical antipsychotic คิดเป็น ร้อยละ 73 - Substance abuse จำนวน 58 ราย คิดเป็น ร้อยละ 55 - ก่อนการทดลองคุณลักษณะทางประชากรทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน Treatment effects 1. Use of in patient services กลุ่มทดลองมีการรับไว้ในโรงพยาบาล (1 ปีหลัง Baseline) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) 2. Use of crisis care services 1 ปีหลัง Baseline กลุ่มทดลองมีการใช้บริการ crisis service น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	Intervention/ Results/ Implication ข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูล at baseline) จากจำนวน 106 คน - ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 82 ราย คิดเป็น ร้อยละ 77 - อายุเฉลี่ยในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน - โรค - Schizophrenia, Paranoid type 46 ราย คิดเป็น ร้อยละ 43 - Schizoaffective disorder 33 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31 - Schizophrenia , other type 27 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25 - ยา atypical antipsychotic จำนวน 77 ราย ได้รับยา atypical antipsychotic คิดเป็น ร้อยละ 73 - Substance abuse จำนวน 58 ราย คิดเป็น ร้อยละ 55 - ก่อนการทดลองคุณลักษณะทางประชากรทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน Treatment effects 1. Use of in patient services กลุ่มทดลองมีการรับไว้ในโรงพยาบาล (1 ปีหลัง Baseline) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) 2. Use of crisis care services 1 ปีหลัง Baseline กลุ่มทดลองมีการใช้บริการ crisis service น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Data collection	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		อาการทางจิตเวช / การใช้ยา antipsychotic (ชนิด และขนาดการใช้ยา)	Implication	3. Use of Out patient service จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (year after baseline) ลดลงกว่า (year before baseline) ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มี ความแตกต่างกัน Psychoeducational multiple-family group treatment เป็นการ ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา โดยมีเป้าหมาย 1) ส่งเสริมการจัดการกับความเจ็บป่วยให้ดีขึ้น 2) ส่งเสริม การสนับสนุนทางสังคม 3) ส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา ในสัปดาห์ที่ 1-3 มี 3 sessions ผู้บำบัดพบแต่ละครอบครัวแยกกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในระยะต่อมาผู้บำบัดนำครอบครัวหลายๆ ครอบครัวเข้าร่วม จัดทำ workshop เกี่ยวกับทักษะการอยู่รอด โดยไม่ มีผู้ป่วยเข้าร่วม และสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป (ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 2 ปี) ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ละ cohort พบเป็นกลุ่มหลายครอบครัว เน้นพัฒนา ทักษะการเผชิญปัญหา, Problem solving , และรู้จัก เป้าหมายของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า อัตราการรับไว้รักษาใน โรงพยาบาลลดลง และจำนวนการใช้บริการแบบจิตเวชฉุกเฉินใน กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การให้ Psychoeducational multiple-family group treatment ร่วมกับ Standard care เป็น ประโยชน์สำหรับการดูแลช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวช ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชน ได้ดีขึ้น และลดอัตรา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		Implication	
		การรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Psychoeducational multiple-family group treatment > Standard care	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
6.	Muela, J. A., & Godoy, J.F.	Setting	- ประเทศ Spain		กลุ่มทดลอง ได้รับ (Family intervention) การบำบัดมีรายละเอียดดังนี้ <u>Phase 1 (Psychoeducational)</u> - ประมาณ 5 ครอบครัว : 1 กลุ่ม - จะได้รับความรู้ 15 สัปดาห์ - สัปดาห์ ละ 2.5 ชั่วโมง - เนื้อหาเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย (อาการ, สาเหตุของโรค การรักษา และอื่นๆ) สิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยสามารถทำได้(ความเครียดกับโรคจิตเภท, วิธีการรับมือกับความเจ็บป่วยและอื่นๆ) ตลอดจนแนวทางปฏิบัติตัว (การผ่อนคลาย, พฤติกรรมที่สร้างความมั่นใจ, การปรับตัวต่อความคิดที่ไม่สมเหตุผลของผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหา) <u>Phase 2 (Individual Intervention)</u> - จะมีการพบปะกับครอบครัวผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วย โดยแยกครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 15 สัปดาห์ - ใช้เวลา session ละ 1 ชั่วโมง (15 ชั่วโมงต่อ ครอบครัว โดยมีผู้ป่วยร่วมด้วย) - ใน phase นี้มีวัตถุประสงค์ โดย การนำความรู้ไปปรับใช้ โดยเขียนข้อตกลงร่วมกันในแต่ละด้าน และพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกดีขึ้น โดยช่วยลดความตึงเครียด อีกทั้งใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น family counseling, behavioral contract หรืออื่นๆ
Author	2002	Population	- ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ใน Spain		
Year	Family Intervention Program in Schizophrenia: Two-year Follow-up of The Andalusia Study.	Sample size	แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน		
Title		Outcome Measures	ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ อัตราการป่วยซ้ำ (Relapse rate) โดยเก็บข้อมูลจาก ประวัติ hospital re-admission (การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล)		
Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Family intervention Program ของ Andalusia Study ต่อการลดภาวะ Expressed Emotion (EE) ลดระดับความเครียดในครอบครัว 2 รูปแบบ คือ 1) Family intervention Program 2) Standard care	Data collection	มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อประ เปรินผลเมื่อปีที่ 2 ของการศึกษา		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Design	Controlled Trial Study may be without Randomized.			Phase 3 (Follow up) - จะเริ่มต้นหลังจากผ่าน Phase 2 การประเมินจะใช้การติดตามทางโทรศัพท์ทุก 15 วัน ซึ่งครอบครัวจะต้องรายงาน สภาพอาการของผู้ป่วย การรับประทานยา การ admitted ในโรงพยาบาล และการปรับเปลี่ยนการรักษา - รวมระยะการให้ intervention phase 1-2 เป็นเวลา 30 สัปดาห์ (7 เดือน 2 สัปดาห์) - Phase 3 มีการติดตามอาการต่อเนื่องจนครบ 2 ปี - รวมระยะเวลาในการให้โปรแกรม 2 ปี กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ
Level	Level III		Results	ผลลัพธ์ Relapse rate - ในปีแรก กลุ่มทดลองมี Relapse rate 20% กลุ่มควบคุม มี 63% - ในปีที่ 2 กลุ่มทดลองมี Relapse rate = 0 และกลุ่มควบคุม = 40% แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=017)
			Implication	การให้ Psychoeducation Family intervention โดยระยะที่ 1 ให้ Psychoeducation เฉพาะกลุ่มครอบครัว ประมาณ 5 ครอบครัว : กลุ่ม เป็นเวลา 15 weeks (สัปดาห์ละ 2.5 ชั่วโมง) เนื้อหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติตัว การผ่อนคลาย การปรับตัวต่อผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหา และระยะที่ 2 ให้ Individual Family intervention แยกครอบครัว มีผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
				Implication เข้าร่วม เป็นเวลา 15 weeks (สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง) โดยมีวัตถุประสงค์ในการนำความรู้ที่ได้รับ ไปปรับใช้ เขียนข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ในพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี และลดความตึงเครียดและระยะที่ 3 มีการติดตามทางโทรศัพท์ โดยครอบครัวจะต้องรายงานอาการ การรับประทานยา การปรับการรักษา และการ Admission ผลการวิจัยพบว่า การให้ Psychoeducation Family intervention มีประสิทธิภาพดีกว่า Standard care ซึ่งไม่พบอัตราการ Relapse ในปีที่ 2 ของการศึกษา - ในการศึกษานี้วัดผลลัพธ์การ relapse เฉพาะ ผลลัพธ์ hospital re-admission ซึ่ง ไม่ใช่เป็นเกณฑ์วัดชีวิตที่เฉพาะ หรือเหมาะสมที่สุดของการวัด relapse ต้องมีความชัดเจนของคำจำกัดความ แต่ในภาพรวม การให้ Psychoeducation Family intervention สามารถช่วยลดอัตราการ re-admission ของผู้ป่วยจิตเภทได้ เมื่อติดตามใน 2 ปี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication	
7. Author	Ran, M. S., Xiang, M. Z., Chan, C. L., Leff, J., Simpson, P., Huang, M.S., Shan, Y. Y., & Li, S. G.	Setting Population	ชุมชน Xinle และ Hauqiao - ชุมชน Anxi และ Taiping - ชุมชน Xinyi และ Longma ผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จาก 6 ชุมชน คือ 1) ชุมชน Xinle 2) ชุมชน Hauqiao 3) ชุมชน Anxi 4) ชุมชน Taiping 5) ชุมชน Xinyi 6) ชุมชน Longma - รวมจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดเข้าตามเกณฑ์ 357 คน เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยจิตเภทตามการวินิจฉัยโรค ICD-10 และ Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorder (CCMD-2-R) เกณฑ์คัดออกสำหรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่เป็น Schizoaffective psychoses ที่มีการติดสารเสพติดร่วมด้วย หรือผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ เกณฑ์คัดเข้าสำหรับญาติ - ไม่มีรายละเอียด 357 ครอบครัวเข้าเรียนอบรมเข้าร่วมวิจัย 1) Family Intervention group (FIG) จำนวน = 132 คน จากการทดลองเหลือ 126 คน		กลุ่มที่ 1 ได้รับ (drug treatment + Psychoeducation family intervention) Psychoeducation Family Intervention ที่ได้ถูกคิดแปลจาก Psychoeducation family intervention ของ Anderson et al., 1986 ให้เหมาะสมกับลักษณะและบริบทของชาวเมืองที่ประกอบที่สำคัญของ Intervention นี้ ได้แก่ 1. การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย (แบบครอบครัวเดี่ยว)ญาติผู้ป่วยจะถูกสอน หรือได้รับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษา และการฟื้นฟูผู้ป่วยซึ่งมีความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วม ในกิจกรรมนี้ด้วย เนื้อหาของความรู้จะประกอบด้วย 1) คำจำกัดความของ Schizophrenic disorder 2) ลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภท 3) พื้นฐานของโรคที่ครอบคลุม 4) การพยากรณ์โรคโดยทั่วไป 5) การรักษาด้วยยา และสร้างความตระหนักในการรักษา 6) การจัดการ ในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและ การฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม - โดยให้ Psychoeducation Family 1 ครั้ง : เดือน ครั้งละ 1.5-3 ชั่วโมง รวม 9 เดือน 2. การทำกลุ่มแบบ Multiple family (โดยมีสมาชิกจากหลายๆ	
Year	2003					
Title	Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia					
Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้ความรู้ด้านจิตเวช แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของชาวเมือง) โดยมี intervention 3 รูปแบบ 1) Family Intervention group (FIG)					

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/		Setting/Population/ Sample size/ Outcome		Intervention/ Results/ Implication	
Objective	Design/Level	Sample size	measures & Data collection	Intervention	
Design	2) Drug treatment group (MG)	2) Drug treatment group (MG) จำนวน = 110 คน จบการทดลองเหลือ 103 คน 3) Control group (CG) จำนวน = 115 คน จบการทดลองเหลือ 97 คน	2) Drug treatment group (MG) จำนวน = 110 คน จบการทดลองเหลือ 103 คน 3) Control group (CG) จำนวน = 115 คน จบการทดลองเหลือ 97 คน		ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม โดยจะมีการหิยบทประพันธ์ปัญหาของแต่ละครอบครัวที่นำมาพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความรู้ซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย - การทำกลุ่ม Multiple family ทำทุกๆ 3 เดือน : 1 ครั้ง ซึ่งจะทำในเดือนที่ 3, 6 และ เดือนที่ 9 (รวม 3 ครั้ง) ครั้งละ 90 นาที
	3) Control group (CG)				
Level	A randomized controlled trial	Outcome	the General Psychiatric ตัวแปรที่ศึกษาหลัก 6 ตัวคือ 1) Treatment compliance (ความร่วมมือในการรักษา / รักษา) วัด โดยผู้รักษาซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะ 1.1 Maintained regular treatment 1.2 Irregular / discontinued treatment 1.3 Never / or refused treatment 2) Clinical status โดยประเมินจาก 2.1 Full recovery 2.2 Significant improvement 2.3 Severe symptom / deterioration 3) Relapse rate (อัตราการกำเริบของอาการ) ประเมิน โดยดูการเปลี่ยนแปลงจากสภาวะปกติ ไม่มีอาการของโรคจิตเภทใหม่ หรืออาการของโรคจิตเภทที่แสดงชัดเจน โดยใช้เครื่องมือ the Present State Examination (PSE-9 , Chinese translation)		3. การจัดการกับภาวะวิกฤติ (ตามความจำเป็น) เช่น ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง และพฤติกรรมที่เป็นอันตราย จะมีเครือข่ายในชุมชนซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์และแพทย์ในชุมชนจะ ให้ความรู้ และวิธีการจัดการกับผู้ป่วย ในช่วง 2 เดือนแรก ผ่านทางสถานีวิทยุ กลุ่มที่ 2 ได้รับ drug treatment group อย่างเดียว Drug Treatment เป็นการดูแลทางด้านการใช้ยาเพื่อบำบัดรักษา ประกอบด้วยการ ใช้ long-term injection คือ Haloperidol Decanoate (50-125 mg/month) และ/หรือการใช้ยารับประทานร่วมด้วย แต่ไม่มีการให้ intervention อื่นๆ กลุ่มที่ 3 control group Control group การดูแลตามปกติในชุมชน (ไม่มีระบุ intervention หรือรายละเอียดใดๆในรายงานวิจัย)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures the General Psychiatric Interview Schedule and Summary Form) 4) Ability to work (ความสามารถในการทำงาน โดยประเมินจากความสามารถในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ประเภท 4.1 Full-time 4.2 Part –time 4.3 No ability 5) Mental disability (ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต ที่เกิน 1 ปี และมีผลกระทบต่อการรอบตัว และการทำ หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย) โดยใช้เครื่องมือ the Social Disability Screening Schedule (SDSS) โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 4 ระดับ 5.1 Mild 5.2 Moderate 5.3 Serious 5.4 Most serious 6) The change of relative beliefs on illness ประเมิน โดย (The Relatives Investigation Scale and Relatives' Beliefs Scale) เพื่ออธิบายลักษณะ	Results	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย - เพศหญิงร้อยละ 60.7 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับ Primary school 53.06 % - สถานภาพ ส่วนใหญ่ ผู้ร้อยละ 70.8 - ระยะการเจ็บป่วย เฉลี่ย 10 – 12 ปี - ด้าน clinical status ไม่มีความแตกต่าง ใน 3 กลุ่ม (ก่อนการทดลอง) - ไม่มีความแตกต่างทางด้านของระดับ socioeconomic, Relation, Type of family ใน 3 กลุ่ม The Effectiveness of family intervention and drug treatment 1.Treatment Compliance (ความร่วมมือในการรักษา) - ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องของกลุ่ม Family มีมากกว่า กลุ่ม drug และกลุ่ม control อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) - อัตราการรักษาไม่ต่อเนื่องในกลุ่ม drug มีน้อยกว่ากลุ่ม control ด้วย (p<.001) - อัตราความไม่ร่วมมือในการรักษา / ปฏิเสธการรักษา ในกลุ่ม Family intervention มี 3 คน (2.4 %) กลุ่ม Drug มี 28 คน (27.2 %) และ กลุ่มควบคุม มี 48 คน (49.5%) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) 2. Clinical status - ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ทาง คลินิกระหว่าง Family Intervention กับ Drug Treatment group

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Results	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures			
	Outcome Measures Data collection	ของญาติผู้ป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต) ตัวแปรอื่นๆ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย clinical status ลักษณะของครอบครัว (เก็บข้อมูล ณ Time 1) Time 1 [ครั้งแรก (Baseline or pre-test)] = ก่อนเริ่ม intervention Time 2 [ครั้งที่ 2 (post-test 1)] = หลังจบ intervention ทันที (9 เดือน)		($p > .05$) - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น (Full recovery) ในกลุ่ม Family และ Drug Treatment มีมากกว่ากลุ่ม Control ($p < 0.05$) 3. Relapse rate (อัตราอาการกำเริบ) - อัตราอาการกำเริบในกลุ่ม Family Intervention ต่ำกว่า Drug Treatment group และ กลุ่ม Drug Treatment group พบอัตรากำเริบต่ำกว่า Control group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p < 0.05$) 4. Ability to work - ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ในเรื่องของความสามารถในการทำงานทั้ง 3 กลุ่ม ($p > 0.05$) 5. Mental disability - ไม่พบความแตกต่างของระดับของ Mental Disability ในระหว่าง 3 กลุ่ม $p > 0.05$ 6. The change of relatives' beliefs on illness - ทศนเดิของผู้ญาติต่อการดูแลรักษา พบว่า ด้านการดูแลไม่เพียงพอและการรักษาที่ด้อยประสิทธิภาพของผู้รักษา (insufficient care and maltreatment) ในกลุ่ม Family ลดลงเหลือร้อยละ 11.1 ซึ่งต่ำกว่า กลุ่ม Drug (ร้อยละ 26.7) และกลุ่ม Control (ร้อยละ 21.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		Results - ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Drug และกลุ่ม Control ผลของความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต - ในระดับความรู้ของญาติหรือ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ใน Family Intervention group สูงกว่า Drug Treatment group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) - ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างกลุ่มใน Family Intervention group และ Drug Treatment group เกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า ความเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นที่ต้องบำบัด และอาการกำเริบสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเครียด Implication การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ Psychoeducational Family intervention ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือสมาชิกผู้ดูแล ในการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ลักษณะอาการ การพยากรณ์ โรค การรักษา การจัดการกับภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เป็นต้น รวมถึง การจัดการในระยะยาวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม โดยให้ความรู้ครอบครัวเดือนละครั้ง ครั้งละ 1.5 – 3 ชั่วโมง และพบหลายๆ ครอบครัวทุกๆ 3 เดือน รวมระยะเวลา 9 เดือน ซึ่งจากการวิจัยผลดีในการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา, ลดอาการทางจิตและลดอัตราอาการกำเริบของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และปรับเปลี่ยนความรู้	Intervention/ Results/ Implication - ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม Drug และกลุ่ม Control ผลของความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต - ในระดับความรู้ของญาติหรือ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ใน Family Intervention group สูงกว่า Drug Treatment group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) - ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างกลุ่มใน Family Intervention group และ Drug Treatment group เกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า ความเจ็บป่วยเป็นความจำเป็นที่ต้องบำบัด และอาการกำเริบสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเครียด Implication การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ Psychoeducational Family intervention ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือสมาชิกผู้ดูแล ในการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ลักษณะอาการ การพยากรณ์ โรค การรักษา การจัดการกับภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เป็นต้น รวมถึง การจัดการในระยะยาวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูการทำหน้าที่ทางสังคม โดยให้ความรู้ครอบครัวเดือนละครั้ง ครั้งละ 1.5 – 3 ชั่วโมง และพบหลายๆ ครอบครัวทุกๆ 3 เดือน รวมระยะเวลา 9 เดือน ซึ่งจากการวิจัยผลดีในการช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา, ลดอาการทางจิตและลดอัตราอาการกำเริบของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล และปรับเปลี่ยนความรู้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
				Implication
				ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Psychoeducational Family intervention > Drug treatment group > Standard care ในงานวิจัยมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในหลายๆ ด้าน ซึ่งแต่ละกลุ่มจะพบปัญหาในความไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีความสำคัญมากจากผลการศึกษาพบว่า การให้ Family Intervention ช่วยทำให้ครอบครัวมีความรู้ มีทัศนคติต่อการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ส่งเสริมเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างในด้านความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้น สิ่งที่จะช่วยให้สามารถพัฒนาการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบให้ดีขึ้นในการทำงาน ในอนาคตควรให้ Intervention อื่นร่วมด้วยในการสนับสนุนครอบครัวด้าน Psychosocial

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
8.	Author	Chien, W. T., & Chan, S. W.	Setting	Population	กลุ่มที่ 1 ได้รับ Mutual support (จำนวน 32 คน) : a six-month program of mutual support + routine psychiatric outpatient care องค์ประกอบของการทำกลุ่ม 1. แบ่งครอบครัว เป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ ~10-11 คน (แบ่งเป็น 3 กลุ่ม) 2. จำนวนครั้งของกลุ่ม= 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชม. ทุก 2 สัปดาห์ (รวม 6 เดือน) 3. ผู้นำกลุ่มคือ สมาชิกกลุ่ม (ผู้นำกลุ่ม ถูกเลือกโดยสมาชิกกลุ่ม หลังจากนั้นได้รับการอบรมโดยผู้วิจัยและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม 2 วัน ซึ่งจะทำงานร่วมกันกับ facilitator อย่างใกล้ชิด โดย facilitator ช่วย กระตุ้นให้กลุ่มเกิดการพัฒนาไปตามระยะของกลุ่ม) เนื้อหาหลักของกลุ่ม: ประกอบด้วย 5 ระยะ แต่ละระยะจะมีจุดเน้นต่างกันดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (2 ครั้ง) สร้างความเข้าใจ วางเป้าหมายร่วมกัน ระยะที่ 2 ตระหนักถึงความต้องการทางจิตสังคม (2-3 ครั้ง) แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความกังวลต่างๆ รวมถึงประเด็นทางวัฒนธรรมกันอย่างเปิดเผยเพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันของสมาชิก
Year	2004	One-Year Follow-up of Multiple Family Group Intervention for Chinese Families of Patients With Schizophrenia		คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช ใน Hong Kong 2 แห่ง เกณฑ์คัดเลือกสำหรับญาติ - ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเวช - ผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแลอยู่ต้อง ไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย หรือให้สารเสพติดอื่นในช่วงเริ่มการวิจัย (at baseline) - อายุ 18 ปีขึ้นไปและเข้าใจภาษาจีน เกณฑ์คัดออกสำหรับญาติ - ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมากกว่า 1 คน หรือ - เป็นผู้ดูแลหลักมานานน้อยกว่า 3 เดือน - สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีญาติผู้ดูแลหลักมากกว่า 1 คน ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วย - ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV เป็นโรคจิตเวช - ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย หรือใช้สารเสพติดอื่น - Mutual support Group = 32 คน อบรมทดลอง เหลือ 28 คน - Psychoeducation = 33 คน อบรมทดลอง เหลือ 31 คน	
Title					
Objective					

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Objective	การทำหน้าที่ทางจิตสังคม ของผู้ป่วย	Sample size	- Standard care = 31 คน จบการทดลองเหลือ 30 คน		ระยะที่ 3 การเผชิญกับความตึงเครียดทางด้านการจัดการตนเองและครอบครัว (3 ครั้ง ผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ
Design	RTC	Outcome measures	ตัวแปรที่ศึกษาหลัก 3 ตัวคือ 1) patients' psychosocial functioning (การทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วย) วัดโดยใช้ the Specific Level of Functioning Scale (SLOF) Chinese version (เก็บข้อมูล ณ. Time 1, 2 และ 3) 2) number and duration of hospitalizations of patients (ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาใน Time 3 (เมื่อครบ 1 ปี)) 3) use of mental health services by families (การใช้บริการโรงพยาบาล) เก็บข้อมูลจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก (เก็บข้อมูล ณ. Time 1 (6 เดือนก่อนการทดลอง), Time 2 (ระหว่าง 6 เดือนของการทดลอง) และสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่วย) วัดโดยใช้ the family Support Services Index (FSSI) Chinese version (เก็บข้อมูล Time 1, 2 และ 3)		ความสำคัญของการจัดการของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว ระยะที่ 4 ทบทวนใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย (3 ครั้ง) เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆในการเผชิญกับปัญหา และการดูแลจัดการผู้ป่วย ระยะที่ 5 ระยะยุดิกลุ่ม (1-2 ครั้ง) ระยะเตรียมการยุดิกลุ่ม ระยะที่ 1,2,4,5 เข้าเฉพาะกลุ่มครอบครัว ระยะที่ 3 เข้ากลุ่มครอบครัวร่วมกับผู้ป่วยด้วย กลุ่มที่ 2 ได้รับ Psychoeducation (จำนวน 33 คน) : a six-month program of family education and support + routine psychiatric outpatient care
Level	Level II				องค์ประกอบของการทำกลุ่ม 1. แบ่งกลุ่มครอบครัวเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ ~10-12 คน (3 กลุ่ม) 2. จำนวนครั้งของกลุ่ม = 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชม. ทุก 2 สัปดาห์ (6 เดือน) 3. ผู้นำปัด: พยาบาลจิตเวช 2 คน (มีประสบการณ์ในเรื่องการนำกลุ่มและการฟื้นฟูทางจิตเวช) ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยและนักบำบัดครอบครัว เป็นเวลา 2-3 วันและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่ม กับครอบครัว 5 ครั้ง โดยได้รับการประเมินการฝึกจากทีมอบรม)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	ตัวแปรอื่นๆ - ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เก็บจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก (เก็บข้อมูล ณ. Time 1) - การใช้ยา antipsychotic (ชนิดและขนาดที่ใช้) เก็บข้อมูลจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกข้อมูลการรักษา (เก็บข้อมูล ณ. Time 1) - ความรุนแรงของอาการทางบวก (severity of positive symptoms) ประเมินโดยใช้ the Brief psychiatric Rating Scale (BPRS)(เก็บข้อมูล ณ. Time 1, 2 และ 3) (วัด Outcome 1 และ 3) Time 1 [ครั้งที่แรก (Baseline or pre-test)] = 1 week ก่อนเริ่ม intervention Time 2 [ครั้งที่ 2 (post-test 1)] = 1 week หลังให้ intervention Time 3 [ครั้งที่ 3 (post-test 2)] = ครบ 1 year หลังให้ intervention (วัด Outcome 2) number and duration of hospitalizations of patients เก็บข้อมูล		เนื้อหาหลักของกลุ่ม : เนื้อหาและรูปแบบการทำ Psychoeducation program ใช้ตามของ McFarlane และคณะ ประกอบด้วย 5 ระยะ แต่ละระยะจะมีจุดเน้นต่างกันดังนี้ ระยะที่ 1 Orientation (ขั้นตอนการเตรียม 2 ครั้ง) โดยผู้บำบัด 1 คน พบกับครอบครัว 2-3 ครอบครัว แยกครอบครัวกัน (และไม่รวมผู้ป่วย)เตรียมครอบครัวเพื่ออธิบาย ให้เข้าใจเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม Psychoeducation program ระยะที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการอยู่รอด (survival skills) (ครั้งที่ 1 และ 2) อธิบายถึงภาพรวมของหัวข้อที่จะสอน และปัญหาที่เกี่ยวข้องของสมาชิก ฉาย Video เกี่ยวกับครอบครัวในการเลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะอาการ การเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว ระยะที่ 3 เข้าใจความจริงเกี่ยวกับโรคจิตเภท (ครั้งที่ 3-5, 6 ผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การวินิจฉัย และการรักษา การฟื้นฟู และแลกเปลี่ยนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมที่พบในผู้ป่วยในแต่ละครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ และแนะนำวิธีการจัดการกับอารมณ์ด้านลบ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Data collection	Time 1 6 เดือนก่อนการทดลอง Time 2 ระหว่าง 6 เดือนของการทดลอง Time 3 เมื่อครบ 1 ปี หลังจกทดลอง		
				ระยะที่ 4 ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย: ความเครียดและทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่ 7, 8-9, 10, 11) โดยให้ครอบครัวได้นำเสนอความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น และเทคนิคการแก้ไขปัญห และชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต การฟื้นฟู ด้านอาชีพ วิธีการจัดการแก้ไขปัญหที่บ้าน การดูแลด้านจิตเวชประจำวัน สุขอนามัย การออกกำลังกาย เป็นต้น - การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารและทำกลุ่ม - การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญปัญหา การแก้ไขปัญห เพื่อเกิดการเรียนรู้ระหว่างสมาชิก ระยะที่ 5 ระยะยุติกลุ่ม (ครั้งที่ 12) สรุป ระยะที่ 1 พบแยกครอบครัว ผู้บำบัด 1 คน : 2-3 ครอบครัว (รวม 2 ครั้ง) ระยะที่ 2,4,5 เข้าเฉพาะกลุ่มครอบครัว ระยะที่ 3 (ครั้งที่ 3-6) กลุ่มครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
			Intervention Results	กลุ่มที่ 3 ได้รับ Standard care (จำนวน 31 คน) (routine psychiatric outpatient care) : monthly medical consultation and advice : individual nursing advice on community health care services : social welfare and financial services provided by medical social workers : counseling provided by clinical psychologists of necessary ก่อนการทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนของตัวแปรหลักที่ศึกษาทั้ง 3 ตัว ไม่แตกต่างกัน 1) patients' psychosocial functioning (SLOF) คะแนนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) overtime ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุด 2) number and duration of hospitalizations of patients - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุด overtime

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			Implication	- ระยะเวลาการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุด overtime 3) use of mental health services by families (FSSI) ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันในเรื่องความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของครอบครัว overtime การบริการที่ใช้อุปสงค์คือ day programs for patients (occupational training and recreational activities); patient counseling; home visits by community psychiatric nurses; and respite care. 4) ความรุนแรงของอาการทางบวก ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน overtime สนับสนุนการให้การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กลุ่ม mutual support group ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มสมาชิกผู้ดูแล ซึ่งจากการวิจัยมีผลดีในการช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ทางจิตสังคม ในทุกด้านของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการอยู่ในชุมชน ลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลและลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลในแต่ละครั้งที่ได้รับบริการรักษาด้วยงานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ mutual support group > Psychoeducation group > Standard care

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
9. Author	Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., & Dyck, D. G.	ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วย	ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วย		
Year	2004	- การได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM-IV เป็นโรค Schizophrenia, schizoaffective disorder และโรคจิตเวชอื่น ๆ - ต้องอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ ตลอดการศึกษา			กลุ่มควบคุม - จะได้รับ Standard care ซึ่งประกอบด้วย Case Management , clubhouse service, การบริหารยาทางเดิน และบริการการช่วยเหลือภาวะวิกฤติเมื่อจำเป็น กลุ่มทดลอง - จะได้รับ Multiple-Family group treatment+ Standard care
Title	Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients with Schizophrenia on Caregivers' Distress and Resources	จำนวน 97 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่ม multiple-family group treatment (N=53) และกลุ่ม standard psychiatric care (N=44)			Multiple-Family group treatment ซึ่งพัฒนาแบบมาจาก McFarlane โดยบูรณาการปัจจัยสำคัญๆ ของ Psychoeducation และ behavioral family therapy ในรูปแบบกลุ่ม องค์ประกอบ - ผู้บำบัดครอบครัว 2 คน - ญาติและผู้ป่วย 6-8 ครอบครัว : กลุ่ม ขั้นตอน - phase แรก ผู้บำบัดครอบครัวพบกับแต่ละครอบครัว (ไม่รวมผู้ป่วย) 3 sessions เพื่อการพัฒนาความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและญาติ, การได้รับ information จากผู้ป่วย และญาติในเรื่องประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งจะให้เป็นข้อมูลที่มีผลต่อแนวทางการบำบัดรักษา - จัดทำ Psychoeducational work shop 1 วัน - phase ต่อมาผู้บำบัดครอบครัว 2 คน พบกับครอบครัวประมาณ 6-8 ครอบครัว : กลุ่ม ให้การบำบัดต่อเนื่อง 2 ปี โดยมีหัวข้อที่เป็นในเชิงสังคม พูดถึงสภาพต่างๆ ไปของแต่ละครอบครัว และ
Objective	เพื่อประเมินประสิทธิผลของ multiple-family group treatment ในการลดต้นเหตุและทรัพยากรทางด้านจิตสังคมในญาติผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ได้รับ multiple-family group treatment	1. Caregiver's distress (ภาวะกดดันของผู้ดูแล) โดยใช้เครื่องมือ (1) Perceived Stress Scale (PSS) เป็นแบบวัด 14-item ซึ่งญาติจะต้องให้คะแนนระดับความเครียดที่ตนรู้สึกในเดิมนั้นที่ผ่านมา (2) ในเรื่องความโกรธหรือความรุนแรงของญาติ จะใช้ the Anger Expression Scale (AX) ประกอบด้วย 24 items มี 3 subscales ที่จะใช้วัดความโกรธที่มีต่อผู้อื่น ("anger out") และ			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Objective 2. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม แบบมาตรฐานการดูแล ผู้ป่วยนอก (standard psychiatric outpatient care)	ความโกรธที่มีต่อตนเอง ("anger in"), และการ ความคลุมเครือโกรธ (3) อาการซึมเศร้าของญาติจะวัดโดยใช้ the Global Distress Index of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), ซึ่งมี 20-item scale ที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า โดยการให้คะแนน อารมณ์และพฤติกรรมของตนเองในรอบสัปดาห์ที่ ผ่านมา (4) State-Trait Anxiety Inventory ใน 20 "state" items (SAI) เพื่อวัดภาวะวิตกกังวลของญาติ 2. Caregiver' resources (แหล่งทรัพยากรของผู้ดูแล) การช่วยเหลือทางสังคมของญาติผู้ป่วยจะประเมิน โดยใช้	Intervention	ทำกลุ่มการแก้ไข้ปัญหา - ปีแรก กลุ่มครอบครัว จะพบกันเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เนื้อหาเน้นการป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการกับความเจ็บป่วย - ปีที่ 2 กลุ่มครอบครัวจะพบกัน เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เนื้อหาจะเน้นด้านการฟื้นฟูทางสังคม และการประกอบอาชีพ - รวมระยะเวลา 2 ปี intervention ตามแบบ Multiple-Family group treatment ของ McFarlane จะเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มใน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไข้ปัญหาระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดทักษะในการแก้ไข้ปัญหา และการนำไปพัฒนาใช้กับ ตนเองทำต่อเนื่องอย่าง โดยมีรูปแบบของ MFG sessions ดังนี้ 1. Socializing with families and patients 15 นาที 2. A Go-around, reviewing - 20 นาที - The week 's event - Relevant biosocial information - Applicable guidelines 3. Selection of a single problem 5 นาที 4. Formal Problem solutions 45 นาที - Problem definition - Generation of possible solutions - Weighing pros and cons of each
Design A Randomized controlled trial.			
Level Level II	2.1 The 40-item Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) ในภาพรวมของคะแนน ISEL จะ ได้มาจากผลรวมของการประเมินทรัพยากรสัมพันธ์/ สิ่งของที่มีและจับต้องได้ 2.2 the Social Support Questionnaire (SSQ) วัด self-esteem subscales ส่วน The SSQ จะให้ญาติ ให้คะแนนจำนวนของญาติและบุคคลอื่นๆที่เขา สามารถขอความช่วยเหลือได้ใน 6 สถานการณ์		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	และระดับความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือที่ได้รับ (คะแนนของ SSQ ได้มาจากผลรวมของคะแนนความพึงพอใจต่อญาติกับความพึงพอใจต่อบุคคลอื่น ๆ เปรียบเทียบแต่ละประเด็นแล้วนำมารวมกัน) 2.3 การรับมือกับปัญหาของญาติ ประเมินโดยใช้ The Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) ซึ่งมี 57 คำถามและมี 8 sub-scales ได้แก่ จุดศูนย์รวมของปัญหา, การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม, การดำเนินตนเอง, ความปรารถนา, การหลีกเลี่ยง, การโทษผู้อื่น, การนับครั้งที่โชคดี, และความเลื่อมใสในศาสนา 3. Consumers' clinical status สภาพทางคลินิกผู้ป่วย การวัดสภาพทางคลินิกของผู้ป่วย 3.1 Positive symptoms จะประเมินโดยใช้ผลรวมของ the conceptual disorganization, hallucinations, unusual thought content, grandiosity, และ suspiciousness items โดยใช้เครื่องมือ the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Intervention Results	- Selection of preferred solution - Delineation of task and implementation 5. Socializing with families and patients 5 นาที รวม 90 นาที ในแต่ละ sessions ผลการศึกษา 1. Caregivers' distress ข้อมูลก่อนการศึกษา - อาการซึมเศร้าของญาติ (CES-D) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวล (SAD) , ความเครียดที่ได้รับ (PSS) , ความโกรธ (AX-in) - หลังการศึกษาพบว่าระดับ Caregivers' distress ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในปีที่ 1 และปีที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($p < .05$) (แต่ไม่ได้อภิปรายผลในการวัดแต่ละข้อของ CES-D, SAI, PSS, AX- 2. Caregivers' resources ข้อมูลก่อนการศึกษา - พบว่า passive coping มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ (ISEL) และ (SSQ) แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ อาการซึมเศร้าของญาติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures 3.2 Negative symptoms จะเป็นการให้คะแนนในภาพรวมของ affective flattening, avo-lition หรือ apathy, anhedonia หรือ asociality, โดยใช้เครื่องมือ the modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms (mSANS) Data collection Time 1 ครั้งแรก Baseline เก็บข้อมูล Caregivers' distress Time 2 เดือนที่ 12 เริ่มจากให้ Intervention Time 3 เดือนที่ 24 เริ่มจากให้ Intervention (Outcome 1-3)	Results (CES-D) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ภาวะวิตกกังวล (SAD), ความเครียดที่ได้รับ (PSS), ความโกรธ (AX-im) - ส่วน Active coping มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ (ISEL) และ (SSQ) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ อาการซึมเศร้าของญาติ (CES-D) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ภาวะวิตกกังวล (SAD), ความเครียดที่ได้รับ (PSS), ความโกรธ (AX-im) - หลังการศึกษาพบว่า Caregivers' resources ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในปีที่ 1 และปีที่ 2 มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย พบว่ากลุ่มทดลองมีแหล่งทรัพยากรมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ 3. Consumers' clinical status - Consumers' clinical status มีความแตกต่างของการทางด้านลบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในปีที่ 2 เล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ - ไม่มีการอภิปรายผล Consumers' clinical status ของอาการทางด้านบวก Implication Multiple-family group treatment เป็นรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดย ให้ Psychoeducation ร่วมกับการทำกลุ่มบำบัดครอบครัวชนิดหลายครอบครัวมีการให้ข้อมูล

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Implication เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอนทักษะการแก้ไขปัญหา การป้องกัน การป่วยซ้ำ การฟื้นฟูทางสังคม การประกอบอาชีพ และช่วยเหลือ เครือข่ายทางสังคม Multiple-family group treatment แสดงให้เห็นว่า มีส่วนช่วยเหลือในเรื่อง psychosocial well-being ของสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท Caregivers 'distress' ในญาติผู้ป่วยกลุ่มนี้ ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ส่วนCaregivers' resources ในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทาง สถิติ ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย มีความแตกต่างเพียง เล็กน้อย การให้ Multiple-family group treatment เป็นอีก รูปแบบ หนึ่งใน การช่วยเหลือครอบครัว ในการลดภาวะกดดันของครอบครัว ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่สามารถนำไปอธิบายในวงกว้าง คือ กลุ่มญาติที่อยู่ในกลุ่ม Multiple-family group treatment มีแหล่ง ทรัพยากรที่มากกว่า กลุ่ม Standard care ที่ทำ baseline ถึงแม้จะเข้ามา กลุ่มแล้วก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายผู้ดูแลเป็นเพศ หญิง 81% อาจส่งผลต่อการทดลองได้ แต่จากการศึกษา พบว่า Multiple-family group treat-ment มีผลต่อการลดภาวะ กดดัน ของครอบครัว ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกายและจิตของ ครอบครัว รวมถึงความต้องการ การบริการแหล่งทรัพยากรของ ครอบครัว และการรับมือกับปัญหาแบบเชิงรุก (Active coping)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		Implication	
			การศึกษานี้ได้นำผลการหาการวัดและเครื่องมือที่สามารถประเมิน แหล่งทรัพยากรของครอบครัวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
10. Author Year Title Objective	Cheng, L. Y., & Chan, S. 2005 Psychoeducation Program for Chinese Family Carers of Members with Schizophrenia. เพื่อประเมินประสิทธิผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ด้าน จิตเวช (Psychoeducation) แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ต่อ 1. การรับรู้ความเข้าใจ ตนเอง 2. การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง 3. การรับรู้การช่วยเหลือทาง สังคม มี intervention 2 รูปแบบ คือ 1) Psychoeducation 2) Standard care	Setting Population	โรงพยาบาลจิตเวชในชุมชนใหญ่ ใน Hong Kong กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวชตาม DSM-IV ซึ่งต้องเป็น คู่สมรส พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง หรือญาติ ครอบครัวละ 1 คน จากการทำ Meta-analysis ในหลายการศึกษา พบว่าจำนวนที่เหมาะสมเท่ากับ 64 คน เกณฑ์คัดเข้าสำหรับญาติ - ผู้ดูแลนั้นต้องเป็นผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเวช - ผู้ดูแลต้องมีการระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชม. ต่อวัน - ผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยภายใน 1 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย - ผู้ดูแลต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป - ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและอ่านภาษาอังกฤษได้ และไม่เคยได้รับความรู้หรือเข้าโปรแกรมการให้ ความรู้ใดมาก่อน เกณฑ์คัดออกสำหรับญาติ - ผู้ดูแลที่เคยได้รับการดูแลหรือแนะนำจากสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในปัจจุบัน	Intervention กลุ่มทดลอง ได้รับ Psychoeducation Program ตามการพัฒนาเนื้อหา การให้ความรู้ในโปรแกรมที่จะศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดของ Atkinson and Coia (1995) ซึ่งเน้นไปที่ความรู้และการรักษาโรคจิต การจัดการกับอาการและการรักษาด้วยยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การบริการด้านสุขภาพจิต ทักษะการแก้ปัญหาและการติดต่อสื่อสาร และทักษะการจัดการกับความเครียด ลักษณะโปรแกรม - 10 sessions (sessions ละ 2 ชั่วโมง พบทุกสัปดาห์) เพื่อความ สะดวก 1 สัปดาห์มีการทำ sessions 4 ครั้ง ผู้เข้าร่วมเลือกเข้า sessions ได้ทั้ง 1 ใน 1 สัปดาห์ (รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์) - ทำเป็นกลุ่มๆละ 8 คน	Intervention/ Results/ Implication กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลแบบปกติผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศ Hong Kong - Medical + Nursing Care จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ เรื่องของสภาพจิต (Mental), Physical conditions of the patient, แผนการรักษา ผล ของการรักษา โดยการรักษาพยาบาลบุคคล โดยพยาบาลหรือนัก สังคมสงเคราะห์ - Referrals to financial aid + social welfare services การช่วยเหลือ การเงินและสวัสดิการสังคม - ปรึกษาโดยไม่จำกัดเวลา

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Design Level	<u>เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วย</u> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM-IV - 64 ครอบครัวยินยอมเข้าร่วมวิจัยและถูกเลือกเข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วม 2 กลุ่ม Psychoeducation กลุ่มทดลอง = 32 ครอบครัว Routine Care (Standard care) กลุ่มควบคุม = 32 ครอบครัว ตัวแปรที่ศึกษาหลัก 3 ตัวคือ 1) การรับรู้การดูแล ประเมิน โดย Family Burden Interview Schedule (FBIS) Chinese version FBIS ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยทางจิตของครอบครัว ประกอบด้วย 24 หัวข้อที่ให้ประเมินตนเอง 3 ระดับ Likert-type scale ใน 6 domain ได้แก่ ผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว กิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การปฏิสัมพันธ์สุขภาพจิต และสุขภาพกาย คะแนนที่สูงสุดบ่งบอกถึงภาระในการดูแลที่มากที่สุด	Intervention	- ผู้เข้าร่วมเป็นพยาบาลจิตเวช Psychoeducation Program สรุปเนื้อหาของ Program ในแต่ละ sessions Session 1: โรคจิตเภทมีความหมายต่อคุณอย่างไร - เป็นการเข้าใจเรื่องเป้าหมาย สร้างความตระหนักแก่ครอบครัวผู้ป่วยในการมาเข้ากลุ่มนี้ - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและพูดประเด็นปัญหา - สิ่งที่น่าสนใจเรื่องทัศนคติในกลุ่มถือเป็นความลับ Session 2: โรคจิตเภทคืออะไร - การช่วยให้ครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะของโรค ความซับซ้อนและหลากหลายของอาการแสดง - จัดแนวทางการวินิจฉัย กระบวนการในการวินิจฉัย ความซับซ้อน ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อการรักษา - อาการและอาการแสดง อาการด้านบวก อาการด้านลบ และการวินิจฉัย Session 3: ทำได้ (สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท) - สาเหตุของการเกิดโรค เช่น กรรมพันธุ์ ระบบประสาทสิ่งแวดล้อม สภาวะทางจิตใจ และชีวเคมีในสมอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ประเมิน โดย General Perceived Self- Efficacy Scale (SES) SES เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อวัดทัศนคติของบุคคลในการจัดการกับความท้าทายและการเผชิญกับความกดดันหรือความเครียดในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต ประกอบด้วย 10 หัวข้อที่ให้ประเมินตนเอง 4 ระดับ Likert-type scale คะแนนที่สูงหมายถึงความสามารถหรือทัศนคติของบุคคลที่ดีกว่า 3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดย Six-item Social Support Questionnaire (SSQ-6) SSQ-6 ใช้ประเมินระดับการรับรู้ของบุคคลต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยแสดงออกมาในรูปของคะแนนความพึงพอใจ ตัวแปรอื่นๆ - ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวเช่น อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย Time 1 (ครั้งแรก Baseline or pre-test) ก่อนการให้ intervention data collection		Session 4: การศึกษาโรคจิตเภท - พิจารณาข้อดีและข้อเสียของการรักษาด้วยระยะยาว การทำจิตบำบัด สังคมบำบัด พฤติกรรมบำบัด และอาชีวบำบัด - การฟื้นฟูสมรรถภาพและการพยากรณ์โรค Session 5: ปัญหาของครอบครัว (ญาติ) - จุดสำคัญที่จะพูดคุยคือเรื่องความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของอนาคต ความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว การดำเนินและความรู้สึกคิด ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกเป็นภาระ เรื่องของสุขภาพ และการเปิดใจเป็นความลับ - ระบายความรู้สึกของความยากลำบากในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท - การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย - การแสดงให้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่าง Objective and Subjective Burden ว่า Subjective Burden ไม่ได้ขึ้นกับ Objective Burden Session 6: ครอบครัวกับโรคจิตเภท - การแสดงอารมณ์ต่อต้านในครอบครัวสูง ตัวอย่าง เช่น การปกป้องมากเกินไป การวุ่นวายกับผู้ดูแลมากเกินไป และการวิพากษ์วิจารณ์ - การสนับสนุนและส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง เน้นให้เห็นถึงมุมมองในด้านที่ดีของความสัมพันธ์ในครอบครัว

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	data collection	Time 2 ครั้งที่ 2 หลังจบ intervention (วันจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล)		
				- การให้แนวคิดในเรื่องของความเครียด - แนวทางลดความเครียด Session 7: การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ - สิ่งสำคัญที่จะเน้นคือ การสื่อสาร การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย ความเป็นส่วนตัว แสดงให้เห็นว่า เหล่านี้เป็นปัญหาที่แท้จริงหรือไม่? และมันเป็นปัญหาของใคร? - หลักเรื่องการกำหนดปัญหาสำหรับวิธีการต่างๆที่เกษตรกรทำ - ให้ความสนใจอยู่กับการตอบสนองของญาติต่อพฤติกรรมผู้ป่วย - การจัดการกับความรู้สึกด้านลบ Session 8: การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง - การตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย ประสาทหลอน - การจัดการกับความพยายามฆ่าตัวตาย - การรับมือกับความก้าวร้าวและรุนแรง - การจัดการกับการแยกตัว ความไร้อารมณ์ และ ภาวะซึมเศร้า - การจำกัดพฤติกรรม - ให้แนวทางปฏิบัติในเชิงบวกที่เกินไปได้ช่วยเหลือให้ญาติแก้ไข - ปัญหาได้ - การจัดการกับความกังวลใจของตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
		Intervention Session 9: การใช้บริการและการจัดการกับภาวะวิกฤติ - การช่วยให้ญาติเข้าใจระบบและสามารถเลือกใช้บริการที่เหมาะสม - ภาพโดยรวมของระบบบริการที่มีอยู่ - รายชื่อหมายเลข โทรศัพท์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ - การจัดการกับภาวะวิกฤติ - บทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวชชุมชน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ Session 10: จากนั้นเราจะเดินทางไปทางใด - การมองอนาคตในเชิงบวก - การสรุปแต่ละ session - ทบทวนในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน Results ข้อมูลส่วนบุคคล - ส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็น 39 % - ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ Primary คิดเป็น 48.4 % - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครอง คิดเป็น 45.3%	Intervention/ Results/ Implication Session 9: การใช้บริการและการจัดการกับภาวะวิกฤติ - การช่วยให้ญาติเข้าใจระบบและสามารถเลือกใช้บริการที่เหมาะสม - ภาพโดยรวมของระบบบริการที่มีอยู่ - รายชื่อหมายเลข โทรศัพท์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ - การจัดการกับภาวะวิกฤติ - บทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวชชุมชน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ Session 10: จากนั้นเราจะเดินทางไปทางใด - การมองอนาคตในเชิงบวก - การสรุปแต่ละ session - ทบทวนในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ข้อมูลส่วนบุคคล - ส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่ในช่วง 46-55 ปี คิดเป็น 39 % - ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ Primary คิดเป็น 48.4 % - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครอง คิดเป็น 45.3%

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
				Treatment effects - ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะของประชากรไม่แตกต่างกัน 1) การศึกษาโดยใช้ Family Burden Interview Schedule (FBIS) การศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ FBIS ลดลงหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.01$) โดยเฉพาะในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพกาย สุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดโดยใช้ General Perceived Self-Efficacy Scale (SES) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (SES) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p<.01$) โดยเฉพาะในส่วนของการแก้ไขปัญหา 3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม วัดโดยใช้ Six-item Social Support Questionnaire (SSQ-6) ในส่วนของ SSQ-6 พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ($p<.01$) Implication การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยโปรแกรมการให้ความรู้ด้านจิตเวช (Psychoeducation Program) กับผู้ดูแล มี 10 sessions sessions ละ 2 ชั่วโมง พบทุกสัปดาห์รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	Implication
			โดยมีการกำหนดเนื้อหาที่ชัดเจน ในแต่ละ sessions ดังนี้ Session 1: โรคจิตเภทมีความหมายต่อคุณอย่างไร Session 2: ลักษณะของโรคจิตเภท Session 3: สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท Session 4: การรักษาโรคจิตเภท Session 5: ปัญหาของครอบครัว (ญาติ) Session 6: ครอบครัวกับโรคจิตเภท Session 7: การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ Session 8: การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง Session 9: การใช้บริการและการจัดการกับภาวะวิกฤติ Session 10: ทิศทางในอนาคต การมองอนาคตในเชิงบวก การสรุปแต่ละ session และบททวนในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผลการวิจัยพบว่าการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมการเรียนรู้ด้านจิตเวช (Psychoeducation Program) ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท มีทักษะและวิธีจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ช่วยลดเรื่องการดูแลของญาติ และเพิ่มในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้น งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Psychoeducation Program > Standard care - การศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติงานใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ครอบครัว	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Implication ซึ่งสามารถปฏิบัติได้และทำให้จำน้อย และควรมุ่งไปปฏิบัติ เป็นงานประจำ ในการศึกษาที่วัดผลหลังให้ intervention ใน ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะสั้น ควรวัดเปรียบเทียบในระยะ ยาว และ รวมถึงการวัดผลถึงด้านผู้ป่วยด้วยซึ่งจะช่วยสนับสนุนผล การศึกษาได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
11. Author	Chien, W. T., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D.	Setting Population	คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน Hong Kong 2 แห่ง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน Hong Kong ครอบคลุมครัวเรือนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีจำนวน 300 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้ารับญาติ - อาศัยอยู่กับผู้ดูแลและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตาม criteria DSM-IV - ผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแลอยู่ต้องไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย ในช่วงรับเข้าการวิจัย - เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทมาไม่เกิน 3 ปี - อายุ 18 ปีขึ้นไปและเข้าใจภาษาจีน เกณฑ์คัดออกสำหรับญาติ - ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตหรือโรคทางกายมากกว่า 1 คน - ผู้ดูแลป่วยด้วยโรคจิตเช่นเดียวกัน - เป็นผู้ดูแลหลักมานานน้อยกว่า 3 เดือน - สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติผู้ดูแลหลักมากกว่า 1 คน ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหาใครเป็นผู้ดูแลหลัก		Mutual support group ได้รับ Mutual support group + การดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยนอกจิตเวช - ระยะโปรแกรม 24 สัปดาห์ (6 เดือน) - โปรแกรมทำทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง 2 ชั่วโมง - โปรแกรมมี 5 ระยะ ญาติเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ระยะที่ 1-5 ส่วนผู้ป่วยเข้าร่วมเฉพาะระยะที่ 3 เนื้อหาหลักของโปรแกรมแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (2 ครั้ง) สร้างความเข้าใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้ ความต้องการทางด้านจิตใจ (2-3 ครั้ง) เป็นการเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และตระหนักถึงความต้องการทางวัฒนธรรม ระยะที่ 3 บอกแนวทางในการเผชิญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคมของตนเองและครอบครัว (3 ครั้ง ผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการที่เป็นความสำคัญของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว ระยะที่ 4 ทำบทบาทใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย (3 ครั้ง) เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆในการเผชิญกับปัญหา และการดูแลและจัดการผู้ป่วย
Year	2005				
Title	Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia.				
Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ 1. mutual support group 2. psycho educational group 3. standard care				
Design	A randomized controlled trial				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Level II		Sample size	146 ครอบครัวที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย - จำนวน โดย Power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 96 คน - 96 ครอบครัวถูกเลือกเข้าร่วมวิจัยโดยสุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม		ระยะที่ 5 ระยะยุติกลุ่ม (1-2 ครั้ง) ระยะเตรียมการยุติกลุ่ม ผู้ในกลุ่ม 1. Group Facilitator 2. a peer leader (เลือกจากสมาชิกกลุ่ม) - ผู้ในกลุ่มทั้ง 2 คนต้องดำเนินการให้หลักการสำคัญของตนเอง Mutual support group 6 ประการ คือ 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล (ข้อมูลที่น่าสนใจมาพูดคุยในกลุ่ม ต้องเก็บเป็นความลับ ไม่นำไปพูดต่อหรือเผยแพร่) 2) การคิดและหาแนวทางในการแก้ปัญหา (สมาชิกสามารถที่จะ จะคิด และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา 3) อภิปราย พูดคุยในเรื่องที่เป็นความลับและต้องห้าม 4) ความรู้สึกการลงมือทำด้วยกัน (การรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์ เดียวกัน การทำงานภายใต้พันธะสัญญาร่วมกัน) 5) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (การให้และรับความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก) 6) การแก้ปัญหาส่วนบุคคล (การที่กลุ่มช่วยเหลือสมาชิกเป็น รายบุคคล ในการแก้ปัญหาที่เฉพาะของบุคคลนั้น) กลุ่ม Psychoeducation จะได้รับ Multiple psychological support + educational program + routine care - ระยะเวลาในการบำบัด 24 สัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง - ทุก session เข้าทั้งผู้ป่วยและญาติ
		Outcome measures	ผลลัพธ์ที่วัดประกอบด้วย 1. Family Assessment Device (FAD) มี 16 items การ ทำหน้าที่ของครอบครัวใน 7 มิติได้แก่ การแก้ปัญหา, การสื่อสาร, บทบาท, การตอบสนองทางด้าน อารมณ์, ความรักความผูกพัน, การควบคุม พฤติกรรม และการทำหน้าที่ที่วิเศษไป โดยเป็นการ ตอบแบบ Likert scale 4 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยคะแนนที่สูงสะท้อนให้ เห็นถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures 2. Family Support Services Index (FSSI) เป็นแบบ checklist ที่ใช้วัดความต้องการความช่วยเหลือทางสังคมอย่างเป็นทางการของผู้ป่วยและญาติ มีทั้งสิ้น 16 items โดยจะถามถึงความต้องการความช่วยเหลือ คำตอบคือ ใช่/ไม่ และสิ่งที่พวกเขาได้รับคำตอบคือ ใช่/ไม่ เช่นกัน สิ่งที่สะท้อนจากคะแนนของคำตอบคือจำนวนและชนิดของการบริการที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ และที่ได้รับจริง 3. Specific Level of Functioning Scale (SLOFS) มี 43 items ที่ประเมินใน 3 areas การทำหน้าที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การคงสภาพของตนเอง (12 items) การทำหน้าที่ทางสังคม (14 items) และทักษะการเข้าร่วมในชุมชน (17 items) คะแนนรวมสูง หมายถึง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดี 4. Re-hospitalization วัดจากจำนวนครั้งและระยะเวลา การ admission ก่อน ให้ intervention 6 เดือน หลัง ได้รับ intervention 1 week และ 6 เดือน โดยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ		เนื้อหา 1. ความสำคัญของสภาพแวดล้อมของครอบครัว 2. สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในบริบททางวัฒนธรรมของคนจีน 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4. การจัดการเกี่ยวกับอาการ 5. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ เช่น - ทักษะการสื่อสาร - การจัดการกับปัญหา ความร่วมมือในการรับประทานยา - การจัดการกับภาวะวิกฤติ - การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม - เพิ่มทักษะการรับมือกับปัญหา ผู้นำกลุ่ม : พยาบาลได้รับการฝึกอบรม 3 วัน จากผู้วิจัย ความแตกต่างระหว่าง Mutual support group กับ Psychoeducation group 1. ผู้นำกลุ่ม 1. Mutual support group ผู้นำกลุ่มเป็นสมาชิกจากการคัดเลือก 2. Psychoeducation group ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลที่ได้รับการ train จากผู้วิจัย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures 5. Demographic data ครอบครัวต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทางประชากรอันประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ต่อเดือน และจำนวนคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังถามถึง เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และการทางจิต (ดีขึ้น, คงที่, หรือแย่ลง) ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา Data collection การศึกษาเริ่มตั้งแต่ พฤษภาคม 2002 ถึงมิถุนายน 2003 การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ Time 1 [ครั้งที่ 1 (Baseline or pre-test)] = 1 week ก่อนเริ่ม intervention จะเก็บข้อมูล FAD, FSSI, SLOF, Re-hospitalization และ Demographic data Time 2 [ครั้งที่ 2 (post-test 1)] = 1 week หลังจบ intervention จะเก็บข้อมูล FAD, FSSI, SLOF, Re-hospitalization Time 3 [ครั้งที่ 3 (post-test 2)] = 6 months หลังจบ intervention จะเก็บข้อมูล FAD, FSSI, SLOF, Re-hospitalization		2. รูปแบบ group sessions: 1. Mutual support group - กลุ่มจะเป็นผู้กำหนดรายละเอียดของเนื้อหาและเรียงลำดับหัวข้อที่จะพูดคุยซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นที่ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ชัดเจน คอคิดทางสังคมที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย - ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติจะหารือกันในเรื่องนี้ ความต้องการที่สำคัญและความรู้สึกของแต่ละคน โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกกัน ในระหว่างทุกครอบครัวที่มาร่วมกลุ่ม 2. Psycho-education group - สอนหรือให้ความรู้โดยพยาบาลผู้ดูแลกลุ่ม เนื้อหาจะถูกกำหนดโดยทีมผู้วิจัย ซึ่งใช้พื้นฐานของ McFarlane และคณะ (1995) อันประกอบด้วย - Basic information เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการรักษา - อาการและการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ - วิธีการในการจัดการกับปัญหาที่พบบ่อย เช่น การทำความเข้าใจใน โครงสร้างครอบครัว บทบาทและความสัมพันธ์ และการจัดการกับภาวะวิกฤต

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
		Intervention Results	- การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น การใช้บริการสุขภาพจิตในชุมชน 3. การเข้าร่วมกลุ่ม 1. Mutual support group ญาติเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่ระยะที่ 1-5 ส่วนผู้ป่วยเข้าร่วมเฉพาะระยะที่ 3 2. Psycho-education group ญาติและผู้เข้าร่วมทุก session - Standard care group เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เหมือนผู้ป่วยนอกทั่วไป มีการพบแพทย์และพยาบาลเพื่อรับการรักษาและรับคำแนะนำ มีการช่วยเหลือทางสังคมและการปรึกษาทางการเงิน โดยนักสังคมสงเคราะห์ และบางรายสามารถพบนักจิตวิทยาได้ตามแต่กรณี ข้อมูลส่วนบุคคล ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันของลักษณะทั่วไปทางประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Treatment effects 1. การทำหน้าที่ของครอบครัว(FAD) - หลังให้ intervention มีความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่ม $p < 0.01$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
			- หลัง intervention 1 week การทำหน้าที่ของครอบครัว (FAD) ดีขึ้น มากกว่าอีก 2 กลุ่ม $p < 0.01$ โดย กลุ่ม mutual support มีคะแนนดัชนีมากที่สุดมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในประเด็นของการแก้ไขปัญหา, การสื่อสาร และการทำหน้าที่โดยทั่วไป $p < 0.001$ - หลัง intervention 6 เดือน การทำหน้าที่ของครอบครัว (FAD)3 กลุ่มไม่ต่างกัน 2. Family Support Services Index (FSSI) การต้องการความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคม - ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p > 0.05$ 3. การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (SLOF) กลุ่ม mutual support - มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม mutual support มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุด มีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในประเด็น Self maintenance ($p < 0.001$) 4. Re-hospitalization (จำนวนครั้ง ที่อยู่ในโรงพยาบาล) - ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p > 0.05$ - แต่พบว่ากลุ่ม mutual support มีจำนวนครั้ง และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลง ทั้ง 2 ระยะที่วัดผล (1 week, 6 month after intervention) แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
			Implication
			การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดย Mutual support group โปรแกรม 24 สัปดาห์ สมาชิกเป็นผู้นำกลุ่ม และกลุ่มจะเป็นผู้กำหนดรายละเอียดของเนื้อหาและหัวข้อที่จะพูดคุยเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นที่ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ลอดอดคิดทางสังคมที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกทุกครอบครัวที่มาร่วมเข้ากลุ่ม ช่วยกันแก้ปัญหา ทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่า Mutual support group ช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นช่วง 1 สัปดาห์หลัง intervention และ ยังช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัว (SLOF) ดีขึ้น หลังให้ intervention 6 เดือน โดยเฉพาะในประเด็นของ Self maintenance นอกจากนี้ยังพบว่า Re-hospitalization ลดลงกว่า 2 กลุ่ม ทั้ง 2 ระยะที่วัดผล แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ผลการศึกษาสนับสนุนการช่วยเหลือครอบครัวแบบ Mutual support group > Psycho-education group > Standard care

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection			Intervention/ Results/ Implication	
	Setting	Population	measures & Data collection	Intervention	Family education intervention Therapist
12. Author	Li, Z., & Arthur, D.		โรงพยาบาลจิตเวชขนาด 980 เตียงแห่งหนึ่งใน Beijing		
Year	2005		ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วย		- ผู้ช่วยวิจัยเป็น RN. มีประสบการณ์ด้านจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี และได้รับการ train 12 ชั่วโมง ร่วมกับนิเทศการทำโดยตรงตอน Pilot study
Title	Family education for people with schizophrenia in Beijing, China.		- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ตาม CCMD-II-R (Chinese Classification of Mental Disorders) - มีอายุระหว่าง 16 – 65 ปี - อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน		Education program โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ - โรค Schizophrenia / symptoms / Functioning psychosocial / behaviour - Relapse / medication adherence
Objective	ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบ intervention 2 รูปแบบ คือ 1) Family education และ 2) Standard care		เกณฑ์การคัดออกสำหรับผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ - มีปัญหาทางด้านสมอง (organic mental disorder) - มีปัญหาจิตตา หรือ จิตสุรเป็นนิจ - มีปัญหาการคิดเข้าสำหรับญาติ		โปรแกรมให้ความรู้ในโรงพยาบาล - 8 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วย - 36 ชั่วโมง สำหรับครอบครัว โปรแกรมให้ความรู้หลัง Discharge - 2 ชั่วโมง / เดือน เป็นเวลา 3 เดือน (ผู้ป่วย และครอบครัว)
Design	Randomized Controlled Trial Study		เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 เดือน (ไม่มีรายละเอียดในเกณฑ์อื่นๆ)		โปรแกรมประกอบด้วย 5 phases หลักดังนี้ Phase1: กระบวนการสร้างการยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของแต่ละครอบครัว ทำภายใน 1 สัปดาห์แรกของการ admission
Level	Level II				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Sample size	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	จำนวนตัวอย่าง 101 คน มีการถูกเลือกเข้าร่วมวิจัยโดยสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม ดังนี้ - กลุ่มทดลอง Family education = 46 คน - กลุ่มควบคุม = 55 คน จบการทดลองเหลือ 43 คน ออกจากการทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน = 2 คน / เมื่อ 9 เดือน = 1 คน จบการทดลองเหลือ 46 คน ออกจากการทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน = 8 คน / เมื่อ 9 เดือน = 1 คน ตัวแปรที่ศึกษา 6 ตัว คือ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย: ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ KASI (The Chinese version of the Knowledge about Schizophrenia Interview) มีทั้งหมด 6 ส่วน เป็นการวัดระดับ 1 ถึง 4 ในแต่ละข้อ 2. อาการทางจิตของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ BPRS (The Chinese version of the Brief Psychiatric Rating Scale) มี 18 ข้อ จำแนกเป็น 5 ปัจจัย ให้คะแนนจาก 1-7 ในแต่ละข้อ		Intervention Phase2: การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล (ผู้ป่วย 8 ชั่วโมง / ญาติ 36 ชั่วโมง) Phase3: ประเมินผลผลลัพธ์ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนการจำหน่าย) Phase4: การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติหลังจำหน่าย (2 ชั่วโมงต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย ในญาติและผู้ป่วยร่วมกัน) Phase5: ประเมินผลผลลัพธ์ใน 3 เดือน และ 9 เดือน หลังจำหน่าย 1. การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท At baseline 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($F = .37, P \geq .05$) ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = 0.001$) ในช่วงเวลา discharge และ $p < 0.001$ ที่ช่วงเวลา 3 เดือน และ 9 เดือน <u>Within group</u> - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนน at baseline กับ at discharge , 3 เดือน , 9 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกระยะที่ ($p < 0.001$) - กลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p < 0.4$)	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures 3. การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย: ประเมินโดย GAS (The Chinese version of the Global Assessment Scale) มี 10 ช่วง 4. พฤติกรรมทางจิตสังคมของผู้ป่วย: ประเมินโดย NOISE (The Chinese version of the Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation) มี 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ปัจจัย 5. อัตราการป่วยซ้ำ (ประเมินโดยการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลหรือมีคะแนน BPRS มากกว่า 5 คะแนน ในแต่ละข้อ) 6. ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการรักษาและการกินยา (Medication compliance ประเมินจากประวัติ ขาดยา 1 สัปดาห์ หรือ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ประเมิน โดยใช้ scale 1-4) Data collection Time 1 ครั้งแรก Baseline ก่อนการเข้าโปรแกรม Time 2 เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล Time 3 หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 3 เดือน Time 4 หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 9 เดือน		2. การประเมิน อาการทางจิต (BPRS) ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม แตกต่างกันเฉพาะ ช่วงเวลา 9 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของ somatic concern และ Motor retardation สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) <u>Within group</u> - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนน at baseline กับ at discharge, 3 เดือน, 9 เดือน พบว่า แตกต่างกันในทุกระยะ ($p<.001$) - กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนน at baseline กับ at discharge, 3 เดือน, 9 เดือน พบว่าแตกต่างกันในทุกระยะ ($p<.001$) 3. การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย (The Chinese version of the Global Assessment Scale: GAS) <u>ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม</u> - แตกต่างกันเฉพาะ ช่วง 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน GAS สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) <u>Within group</u> - กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนน at baseline กับ at discharge, 3 เดือน, 9 เดือน พบว่าในทุกระยะคะแนน GAS เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทดลอง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่ ($p<.001$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Data collection	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection (Time 1-4 ประเมิน Outcome 1-4) (Time 1 , Time 4 ประเมิน outcome 5-6)	Results	Intervention/ Results/ Implication
				- กลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนน at baseline กับ at discharge, 3 เดือน, 9 เดือน พบว่าคะแนน GAS เพิ่มขึ้นสูงช่วงจำหน่าย ในระยะ 3 เดือน และ 9 เดือนคะแนนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทดลองพบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่ (p<.001) 4. พฤติกรรมทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย (The Chinese version of the Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation : NOISE) ระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมแตกต่างกันเฉพาะช่วง at discharge และช่วง 9 เดือน โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนน NOISE สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.03 และ p = 0.02 ตามลำดับ Within group กลุ่มทดลองมีคะแนน NOISE เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อ discharge แต่มีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง (p<.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนน NOISE เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อ discharge มีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง (p<.001)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		Results	5. อัตราการป่วยซ้ำ ไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แต่พบว่ากลุ่มทดลองมี relapse < กลุ่มควบคุม = 16% และ 37% ตามลำดับ 6. ความสัมพันธ์ของความร่วมมือนี้อันการรักษและการกำริบ (Medication compliance) มีความสัมพันธ์ระหว่าง การ Relapse และ ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น กลุ่ม Medication adherent มี Relapse = 3.5% และกลุ่ม Not adherent มี Relapse = 56.25% พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยการใช้โปรแกรม Family education ซึ่งเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท ประกอบด้วย - ลักษณะของโรค Schizophrenia, symptoms, Functioning, psychosocial behaviour, Relapse, medication adherence โดยโปรแกรมที่ 1 ให้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเริ่มทำภายในสัปดาห์แรกของการ admission - 8 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วย / 36 ชั่วโมง สำหรับครอบครัว โปรแกรมที่ 2 ให้ความรู้หลัง Discharge 2 ชั่วโมง / เดือน เป็นเวลา 3 เดือน (ผู้ป่วยและครอบครัว) ซึ่งช่วยส่งเสริม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	Implication
		ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น และในเมื่อวัดระยะยาวพบว่าในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมทางด้านจิตสังคมดีขึ้น อาการทางจิต และ การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
13. Author	Bradley, G. M., Couchman, G. M., Pertlesz, A., Nguyen, A. T., Singh, B., & Riess, C.				กลุ่มควบคุม ได้รับ Standard care (Case Management) 1. มีการนัด โดย case manager เพื่อพบแพทย์ประเมินอาการและดูแลให้การศึกษา 2. มีการฟื้นฟูทางด้านจิตสังคมเป็นรายบุคคลตามสภาพผู้ป่วย การนัดจะมีความถี่ทุก 2-3 สัปดาห์โดยใช้เวลารั้งละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง 3. การพบครอบครัว (Family contact) ตามความต้องการของผู้ป่วย ใช้วิธีคุยกันทางโทรศัพท์ หรือพบโดยตรง เพื่อ
Year	2006		ผู้ป่วยและดูแล (พ่อแม่, พี่น้อง, คู่สมรส) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้ามาในโปรแกรมจำนวน 73 คน มีญาติและผู้ป่วยจำนวน 59 คู่ อินดีเข้าร่วมการวิจัย		- ให้ Psychoeducation - ติดตามสภาพจิตของผู้ป่วย
Title	Multiple-Family Group Treatment for English- and Vietnamese-Speaking Families Living With Schizophrenia		กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและดูแล 59 คู่ ในจำนวนนี้มี 29 คู่ (ผู้ป่วย+ญาติ) ที่พูดภาษาอังกฤษได้ และอีก 25 คู่พูดภาษาไทยคนเดียว สำหรับเกณฑ์คัดเลือกของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ 1) การได้รับการวินิจฉัยโรคล่าเป็น schizophrenia, schizoaffective disorder, หรือ schizophreniform disorder 2) มีอายุระหว่าง 18-55 ปี 3) มีเวลาเข้าร่วมระหว่างผู้ป่วยและดูแลไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 4) ไม่จำกัดว่าจะมี diagnosis of substance use disorder ร่วมด้วยหรือไม่		- ให้ การสนับสนุน (Support) ทั่วๆ ไป (ถ้าญาติอยากติดต่อขอข้อมูลหรือปรึกษาเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ก็สามารถทำได้ โดยผู้ป่วยและญาติที่พูดภาษาอังกฤษจะมี case manager ที่พูดได้ 2 ภาษาหรือใช้ล่ามช่วย)
Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างในการให้ intervention 2 รูปแบบ คือ 1) multiple-family group intervention (กลุ่มทดลอง) 2) Standard care (กลุ่มควบคุม)				กลุ่มทดลอง (multiple-family group treatment+ Standard care) โปรแกรมกลุ่มทั้งหมด 26 sessions ซึ่งใช้เวลา 12 เดือน (1 ปี) multiple-family-group (MFG) จะมีขั้นตอนดังนี้ ตามรูปแบบของ McFarlane WR.

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection			Intervention/ Results/ Implication
Design	A randomized control trial study	Sample size	กลุ่มตัวอย่างในการเริ่มวิจัยมีจำนวน 59 คู่ เมื่อสิ้นสุด การวิจัยเหลือ 50 คู่ - กลุ่มทดลองจำนวน 25 คู่ - กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คู่		1. พบครอบครัวตัว 3 sessions ใน 1 สัปดาห์ 2. พบกลุ่มครอบครัว (กลุ่มละ 6-7 ครอบครัว) เข้ากลุ่ม psychoeducation จำนวน 2 sessions (session ละ ½ วัน) ซึ่งเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีหัวข้อดังนี้ ธรรมชาติของ ความเจ็บป่วย, การรักษา(ทั้งการให้ยาและการบำบัดทางจิตสังคม), สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ, ปฏิกริยาโดยทั่วไปของญาติต่อการ เจ็บป่วย, ปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยและญาติมักจะประสบ, และแนวทาง ในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วย
Level	Level II	Outcome Measures	ตัวแปรหลักที่ศึกษา 3 ตัว ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ (number of relapse episode) โดยเก็บข้อมูลจากเพิ่มผู้ป่วย Time to relapse, Time to hospitalization, number of episode of relapse, relapse duration 2) อาการและความรุนแรง (Severity of symptoms) โดยใช้ 2 แบบวัด คือ 1. Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS) 2. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) 3) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) โดยใช้ 3 แบบวัด คือ 1. เครื่องมือ Family Burden Scale (ประเมินญาติ) 2. Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) (ประเมินผู้ป่วย)	3. เข้ากลุ่มบำบัดครอบครัว 21 sessions ทุก 2 สัปดาห์ (เดือนละ 2 ครั้ง) เป็นเวลาประมาณ 10 เดือนครึ่ง โดยมีผู้นำกลุ่ม 2 คน องค์ประกอบหลักของการทำกลุ่มบำบัดครอบครัว (ตามรูปแบบของ McFarlane WR.) 1. Socializing with families and patients 15 นาที 2. A Go-around , reviewing - 20 นาที - The week 's event - Relevant biosocial information - Applicable guidelines 3. Selection of a single problem 5 นาที 4. Formal Problem solutions 45 นาที - Problem definition	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures 3. Quality of Life Scale (QOL) (ประเมินผู้ป่วย) Time 1 [ครั้งแรก Baseline or pre-test] ก่อนเริ่ม intervention (เก็บ Outcome 1-3 และข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ, เพศ, Cultural background, สถานะของผู้ดูแล ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 2 ปี ก่อนการศึกษา และ ประวัติการใช้ยาต้านโรคจิต) Time 2 ครั้งที่ 2 วัด participants in a multiple – family group and control group post intervention 12 เดือน หลังจบการทดลองทันที (วัด outcome ที่ 2-3) Time 3 ครั้งที่ 3 วัด outcome ที่1 Relapse (Follow up เดือนที่ 18 หลังเริ่ม intervention)	Results	- Generation of possible solutions - Weighing pros and cons of each - Selection of preferred solution - Delineation of task and implementation 5. Socializing with families and patients 5 นาที รวม 90 นาที ในแต่ละ sessions การ Training ผู้วิจัย(ผู้บำบัด) - ผู้บำบัดจะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับ multiple-family group treatment (MFG) โดยใช้ Model ของ “William McFarlane” จำนวน 3 วัน - ได้รับการนิเทศเป็นระยะ จากผู้เชี่ยวชาญ (นักจิตวิทยา, นักบำบัดครอบครัว) ใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์งานวิจัยสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ MFG. จำนวน 26 sessions ใน 12 เดือน แต่จากข้อมูลการวิจัยที่ผ่านมาทำให้ Family intervention จะมีประสิทธิผลถ้าให้อย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นในงานวิจัยนี้ จะถือว่ากลุ่มทดลองได้รับ MFG. ถ้ากลุ่มตัวอย่างเข้าอย่างน้อย 50% ของ 26 sessions นั่นคือ 13 sessions ลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง - อายุเฉลี่ยในทั้ง 2 กลุ่มประมาณ 34 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70%)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
			Results - ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่ หรือเป็นบุตรที่เป็นผู้ให้อุปการะแล้วในกลุ่มทดลองมี 76% และกลุ่มควบคุมมี 49 % ก่อนการให้ intervention ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ต่างกันในเรื่อง - ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 2 ปี ก่อนเข้าร่วมวิจัย - การได้รับการวินิจฉัยด้วย Substance use disorder - Medication compliance Treatment effects 1) จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำ (number of relapse episode) - Incidence of Relapse : กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p=0.048$) เมื่อ Time 2 และ $p=0.009$) เมื่อ Time 3 - duration of Relapse : ระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดการป่วยซ้ำพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลา 890 วัน กลุ่มควบคุมมีจำนวน 642 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$) เมื่อ 18 เดือน - Episodes of relapse over the study period มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.032$)เมื่อ 18 เดือน - แต่เมื่อประเมิน Multiple relapse episode (จำนวน 2,3,4 episode) พบในกลุ่มทดลอง 4% และกลุ่มควบคุม 16% ไม่มี ความแตกต่างทางสถิติเมื่อ 18 เดือน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		Results - ประเมิน any relapse episode or early –warning signs พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อ 18 เดือน 2) อาการและความรุนแรง (Symptoms) - ก่อนการทดลอง BPRS. ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - หลังการทดลอง(12 เดือน)กลุ่มทดลองมีคะแนน BPRS. ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.019$) - SANS. ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง 3) การทำหน้าที่ทางสังคม - HoNOS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง - QOL ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง Family Burden ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน FB ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ Implication Multiple-family group treatment เป็นรูปแบบในการให้ Intervention สำหรับครอบครัวหลายๆ ครอบครัว โดยครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับ	- ประเมิน any relapse episode or early –warning signs พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อ 18 เดือน 2) อาการและความรุนแรง (Symptoms) - ก่อนการทดลอง BPRS. ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - หลังการทดลอง(12 เดือน)กลุ่มทดลองมีคะแนน BPRS. ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.019$) - SANS. ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง 3) การทำหน้าที่ทางสังคม - HoNOS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง - QOL ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง Family Burden ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน FB ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ Implication Multiple-family group treatment เป็นรูปแบบในการให้ Intervention สำหรับครอบครัวหลายๆ ครอบครัว โดยครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Implication 1) การพบกับแบบครอบครัวเดี่ยว 3 sessions แรก ในสัปดาห์แรก เพื่อประเมินครอบครัว 2) พบแบบหลายครอบครัวประมาณ 6-7 ครอบครัว 2 sessions ($\frac{1}{2}$ วัน : sessions) โดยจะได้รับ Psychoeducation เกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการดูแลช่วยเหลือ 3) การเข้ากลุ่มบำบัดครอบครัว 21 sessions (ประมาณ 90 นาที : sessions) ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 10 เดือนครึ่ง รวม 26 sessions ระยะเวลา 12 เดือน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ Multiple-family group treatment ประเมินในด้านRelapse พบว่า Incidence of Relapse ลดลง Duration of Relapse น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในด้านการทางจิตเวช พบว่าคะแนน BPRS ลดลง ดังนั้นควรที่จะบูรณาการ ทำ Multiple-family group treatment ร่วม ไปกับการดูแลแบบปกติ งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Multiple-family group treatment > Standard care

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
14. Author Year Title Carra, G., Montomoli, C., Clerici, M., & Cazzullo, C. L. 2007 Family Interventions for Schizophrenia in Italy: Randomized Controlled Trial	Setting ตัวแทนครอบครัวจาก support agency, The Association for Research on Schizophrenia (ARS) in Milan, Italy Population ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่ออย่างต่อเนื่องจาก ARS ตั้งแต่ปี 1995 ถึง 2000 จำนวน 320 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด 205 คน เกณฑ์คัดเลือกเข้าให้รับญาติ	Intervention กลุ่มที่ 1 Information group (IG) กลุ่มที่ 2 Information group + Support group (IG+SG) กลุ่มที่ 3 Control group หรือ treatment as usual (TAU) องค์ประกอบโปรแกรม มี 2 องค์ประกอบ คือ	กลุ่มที่ 1 Information group (IG) กลุ่มที่ 2 Information group + Support group (IG+SG) กลุ่มที่ 3 Control group หรือ treatment as usual (TAU) องค์ประกอบโปรแกรม มี 2 องค์ประกอบ คือ
Objective เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ intervention 3 รูปแบบคือ 1) Information group (IG) 2) Information group + Support group (IG+SG) 3) Treatment as usual (TAU)	1. ญาติต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท และไม่เคยเข้าร่วมการพักกลุ่มครอบครัวอื่นใดมาก่อน เกณฑ์คัดเลือกเข้ารับผู้ป่วยดังต่อไปนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia ตาม criteria DSM-IV 2. มีความสามารถในการทำหน้าที่ เมื่อประเมินด้วย a Global Assessment Scale: GAS score ได้คะแนน 30 ขึ้นไป 3. ให้ความร่วมมือในการดูแลตามมาตรฐาน (ระดับ 1) ซึ่งจะมีการประเมิน 3 ระดับ ซึ่งถ้าไม่ร่วมมือเลยจะได้คะแนนเท่ากับ 3 (ปฏิเสธทุกการรักษาหรือการบำบัดที่ให้)	1. Information group (IG) - พบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 24 ครั้ง (6 เดือน) ครั้งละ 1 ชม. 45 นาที - ใน 1 กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วย 16-18 คน - องค์ความรู้ที่ให้ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาด้านจิตเวช การปฏิเสธการรักษา หรือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการอยู่ร่วมในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การให้ความรู้ การอยู่ได้ด้วยตนเอง หรือความต้องการความพึงพา และการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ - โดยใช้วิธีการบรรยาย วิดีโอเพป และการให้ความรู้	1. Information group (IG) - พบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 24 ครั้ง (6 เดือน) ครั้งละ 1 ชม. 45 นาที - ใน 1 กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วย 16-18 คน - องค์ความรู้ที่ให้ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านจิตเวช การรักษาด้านจิตเวช การปฏิเสธการรักษา หรือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการอยู่ร่วมในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การให้ความรู้ การอยู่ได้ด้วยตนเอง หรือความต้องการความพึงพา และการรู้จักหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ - โดยใช้วิธีการบรรยาย วิดีโอเพป และการให้ความรู้
Design A Randomized Controlled Trial			2. แบบ support group (SG) + (IG) - ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม. 30 นาที ทั้งหมด 48 ครั้ง (12 เดือน) - กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วยกลุ่มละ 8-9 คน (เคยเข้ากลุ่ม IG แล้ว)
Level Level II			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Population 4. รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 5. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ (ไม่ได้กำลังรักษาด้วยแบบผู้ป่วยใน และไม่มีอาการป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบภายใน 6 เดือนก่อนการวิจัย) และ "ไม่ได้รับการดูแลหรือ treatment พิเศษอื่นใดมากไปกว่าที่ได้รับตามมาตรฐาน" 6. ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกว่า ติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ หรือมี organic disease Sample size จำนวนตัวอย่างในการวิจัยที่ยินยอมลงนามเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ 101 คน โดยผู้ป่วยทั้งหมด จะถูกสุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่มเพื่อเข้าโปรแกรมต่างๆ โดยใช้สัดส่วน 2:1:1 ดังนี้ กลุ่มที่ 1 Information group (IG) จำนวน 50 คน กลุ่มที่ 2 Information group + Support group (IG+SG) จำนวน 26 คน (มาจาก 50 คน)		โดย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ <u>ระยะที่ 1</u> การให้ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะแก้ปัญหาจากประสบการณ์ของหลายๆ ครอบครัว ทักษะการรับรู้และจัดการความเครียด ระยะนี้ทำในช่วงปีแรก (ระยะเวลาเข้ากลุ่ม IG + ระยะที่ 1 รวมระยะเวลาเวลา 1 ปี) <u>ระยะที่ 2</u> โดยนั้น multiple family group support มุ่งเน้น ให้กลุ่มเกิดความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันจนกลายเป็น เครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคม (รูปแบบการทำกลุ่มแบบ McFarlane et al., 2002) (ต่อจาก ระยะที่ 1 ครอบคลุมระยะเวลา 2 ปี) 3. Treatment as usual (TAU) จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ของ Milan ผู้นำกลุ่ม - ผู้นำกลุ่ม และ Co-led ของกลุ่ม IG + SG และกลุ่ม IG จะได้รับการฝึกจากจิตแพทย์ ไม่รวมถึงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน - Clinicians lead the different types of intervention

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
	Sample size กลุ่มที่ 3 Control group หรือ treatment as usual (TAU) จำนวน 25 คน ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเข้าโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่มจะมีญาติ 1:1 เท่านั้น ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชนของ Milan ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยวัด 4 ตัว ได้แก่ Outcome Measures 1. การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ โดยนับจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) 2. การป่วยซ้ำ วัดจาก GAS < 30 3. ความร่วมมือในการรักษาตามมาตรฐานการดูแลชุมชน (วัด 3 ระดับ 1= ร่วมมือดี, 2= ร่วมมือ บ้าง, 3= ไม่ร่วมมือเลย) โดยดูคะแนนที่น้อยลงกว่า ตอนวัดแรกเข้า 4. การประกอบอาชีพ (ประเมินจากประวัติการทำงานใน 12 เดือนที่ผ่านมาเทียบกับปัจจุบันยังคงทำงานอยู่) ผลลัพธ์ด้านญาติวัด 3 ตัว ญาติจะถูกประเมินภาระ โดยวัดจาก 1. Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency (ภาระของญาติ จากผลกระทบ		Patient Outcome 1. Hospital admission 2. การกลับป่วยซ้ำ โดยดูค่า GAS score ต่ำกว่า 30 3. ความร่วมมือในการรักษาตามมาตรฐานการดูแลชุมชน โดยค่าคะแนนต้องต่ำกว่า baseline 4. การประกอบอาชีพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลลัพธ์ 1,2,4 วัดเมื่อ 12 เดือน และ 24 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม ผลลัพธ์ที่ 3 ด้านความร่วมมือในการรักษา พบว่า กลุ่ม IG+SG มี Compliance ดีกว่า TAU และ IG แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 2 ($p=0.07$) และ ($p=0.68$) ตามลำดับ Family Outcome 1. Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency 2. Relatives objective burden in terms of patients' social function 3. Relatives subjective burden ผลลัพธ์ที่ 1 พบว่า Relatives objective burden in terms of patients' self-sufficiency มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.41$) โดยกลุ่ม IG+SG มีคะแนนดีกว่า 2 กลุ่ม ในปีที่ 1 แต่ในปีที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures เรื่องการดูแลบ้าน ไม่มีเวลว่าง หรือ การประกอบอาชีพ) 2. Relatives objective burden in terms of patients' social function (ภาระของญาติดูแลกระทบในเรื่องมีปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว แผลงสนับสนุนทางสังคม) ข้อ 1-2 ประเมินโดยเจ้าหน้าที่ในชุมชน 3. Relatives subjective burden (วัดความรู้สึกหนักหน่วงทางจิตใจ โดยญาติตอบเอง) ทั้งข้อ 1-3 มีระดับการประเมิน 2 ระดับ คือ 0= ดีขึ้น / ไม่เปลี่ยนแปลง 1= แย่ลง Data collection Time 1 ก่อนเข้าโครงการ (Baseline) วัดผู้ป่วย 4 เรื่อง - Hospital admission - การกลับป่วยซ้ำ โดยดูค่า GAS score ต่ำกว่า 30 - ความร่วมมือในการรักษาตามมาตรฐานการดูแลชุมชน โดยค่าคะแนนต้องต่ำกว่า baseline	ผลลัพธ์ที่ 2 พบว่า Relatives objective burden in terms of patients' social function ปีแรกใน 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่ในปีที่ 2 พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) กลุ่ม IG และกลุ่ม TAU ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่ม IG+SG แย่ลง ผลลัพธ์ที่ 3 พบว่า Relatives subjective burden ทั้งปีแรก และปีที่ 2 ใน 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่พบว่าในปีที่ 2 กลุ่ม IG+SG ดีขึ้นกว่า 2 กลุ่ม การศึกษานี้เป็นการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม family intervention เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบที่ 1. Information group (IG) พบได้พบได้ 1 ครั้ง ทั้งหมด 24 ครั้ง (6 เดือน) ครั้งละ 1 ชม. 45 นาที ใน 1 กลุ่มประกอบด้วยญาติผู้ป่วย 16-18 คน องค์ความรู้ที่ให้ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการทางด้านบวก อาการ ทางด้านลบ ความผิดปกติทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การปฏิเสธการรักษาหรือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการอยู่ร่วมกันในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การให้ความรู้ การอยู่ได้ด้วยตนเองหรือความต้องการความช่วยเหลือ และการรู้จำแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ โดยใช้วิธีการ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
		4. การประกอบอาชีพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประเมิน ญาติ 1 เรื่อง คือ - Emotion Expression (EE) Time 2 12 เดือน หลังเริ่ม intervention (วัด Outcome 7 ตัว / ผู้ป่วย 4 ตัว, ญาติ 3 ตัว) Time 3 24 เดือน หลังเริ่ม intervention (วัด Outcome 7 ตัว / ผู้ป่วย 4 ตัว, ญาติ 3 ตัว)	Implication	บรรยาย วิดีโอเทป และ การให้ความรู้ รูปแบบที่ 2. support group (SG) + IG ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม. 30 นาที ทั้งหมด 48 ครั้ง (12 เดือน) กลุ่มประกอบ ด้วยญาติผู้ป่วยกลุ่มละ 8-9 คน (เคยเข้ากลุ่ม IG แล้ว) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การให้ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะแก้ไขปัญหากจากประสบการณ์ของหลายๆ ครอบครัว ทักษะการรับรู้และจัดการความเครียด (ระยะนี้ทำในช่วงปีแรก) ระยะที่ 2 โดยเน้น multiple family group support มุ่งเน้นให้กลุ่มเกิดความเชื่อมโยงสัมพันธ์ จนกลายเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกลุ่มกันสนุนทางสังคม รวมระยะเวลาทั้งโปรแกรม 2 ปี รูปแบบที่ 3 Treatment as usual (TAU) จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ของ Milan ผลการศึกษา ด้านผู้ป่วยพบว่าการ IG+SG มี Compliance ดีขึ้นกว่า TAU และ กลุ่ม IG ส่วนญาติพบว่า Relatives objective burden in terms of patients ' self-sufficiency มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.41) โดยกลุ่ม IG+SG มีคะแนนดีกว่า 2 กลุ่มในปีที่ 1 ส่วนผลลัพธ์ Relatives objective burden in terms of patients ' social function มีความแตกต่างกันใน 3 กลุ่ม แต่ กลุ่ม IG + SG แ่ลง เมื่อครบ 24 เดือนซึ่งจากการศึกษาแล้วพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างในบางด้าน ซึ่งพบว่ากลุ่ม IG+SG มี Compliance ดีขึ้นกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		จากการศึกษาอื่นในลักษณะที่คล้ายกัน พบว่าปัจจัยของความ ร่วมมือ มีผลต่อการช่วยเหลือเสริมในด้านพฤติกรรมกำเริบและ Readmission ซึ่งงานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้โปรแกรม support group (SG) + (IG) > Standard Care

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาเกี่ยวกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
15. Author	วิธีะ สีสานันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์, และ ชุศรี เกิดพงษ์ บุญโชติ	โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย 5 แห่ง - โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา - โรงพยาบาลศรีธัญญา - โรงพยาบาลสวนปรุง - โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ - โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Group psycho-education) วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ญาติได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ในประเด็นต่างๆที่สำคัญ เช่น สาเหตุ อาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบ 2. เพื่อลดโอกาสการรับของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติลดภาระในการดูแลผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการดูแลลด 3. เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีในครอบครัว 4. เพื่อให้ญาติผู้เกี่ยวข้องมีความรู้สึกรับรู้กับตัวเอง รู้วิธีการช่วยด้วยตนเอง และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการบริหารจัดการเวลาในการอบรม 2 วัน (เช้า – บ่าย) ผู้บริหารโครงการสามารถปรับระยะเวลาในการอบรมได้ตามความเหมาะสม เช่น 1. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 วัน (รวมระยะเวลา 2 เดือน) 2. สัปดาห์ละครั้ง ทุกบ่ายวันศุกร์ เป็นเวลา 3 วัน (รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์)
Year	2542		
Title	ผลของโครงการป้องกันกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย : เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ	ผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกณฑ์คัดเลือกสำหรับผู้ป่วยและญาติ - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD – 10 ญาติของผู้ป่วยมีคุณสมบัติดังนี้ 1. มีบทบาทสำคัญในการดูแล ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด 2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน 3. มีความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมด้วยตัวอาสาสมัครใจ 4. สามารถติดต่อทีมวิจัยในระยะยาวได้หลังผู้ป่วยจำหน่าย	
Objective	เพื่อศึกษาว่าโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย สามารถลดการกำเริบของโรคได้หรือไม่ โดยให้ Group Psychoeducation สำหรับญาติและผู้ป่วยจิตเภท		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Design	Quasi -Experimental – one group pre-test	Sample size	- 67 คน (54 ครอบครัว) ถูกเลือกเข้าร่วมวิจัย Group Psychoeducation = 54 ครอบครัว - ครอบครัว = 67 คน - ผู้ป่วย = 54 คน		1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 2. เปิดเผยความรู้สึกลึกซึ้งต่อสมาชิก 3. ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน 4. ผู้นำกลุ่มสรุปและบรรยายประเด็นสำคัญ 5. ฝึกปฏิบัติโดยการสวมบทบาทสมมติ
Level	Level III	Outcome Measures	ตัวแปรที่ศึกษาหลัก คือ 1. อัตราการกลับเรื้อรัง / การกลับเข้ารับการรักษา โรงพยาบาล โดยเก็บจากประวัติที่ผู้ป่วยมีอาการ ของโรคจิตเภทรุนแรงขึ้นอีกและแพทย์ต้องรับตัว ไว้รักษาในโรงพยาบาล 2. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก (เก็บ ข้อมูล ณ. Time 1 1 ปีก่อนการทดลอง Time 2 1 ปี หลังการทดลอง) 3. จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล		โปรแกรม แผนการตอนที่ 1 เรื่องสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม แจ้งวัตถุประสงค์ ประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิก แผนการตอนที่ 2 เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภท : อาการและสาเหตุ แผนการตอนที่ 3 การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจในวิธีการบำบัด สามารถสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันการกำเริบและสามารถให้การดูแลที่บ้าน ได้ แผนการตอนที่ 4 ความรู้สึกและความคาดหวังของญาติผู้ป่วยจิตเภท ให้ญาติได้สำรวจความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ความคาดหวังจากการรักษา ให้ญาติสามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ ของตนที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และให้สามารถปรับความคิดหวังให้เหมาะสมกับสภาพตามความเป็นจริง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measures วัดผลระยะสั้น คือ - ประเมินความรู้ของญาติในเรื่องโรคจิตเภท - ความพึงพอใจในการเข้าอบรม วัดผลระยะยาว คือ - อัตราการกำเริบ Data collection Time 1 [ครั้งแรก (Baseline or pre-test)] = 1 ปี ก่อนเริ่ม intervention Time 2 [ครั้งที่ 2 post-test] = 1 ปี หลังเริ่ม Intervention		แผนการสอนที่ 5 เรื่องการสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย (ความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางบวก ข้อการปฏิบัติในการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท) แผนการสอนที่ 6 บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างกฎระเบียบในบ้าน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา) แผนการสอนที่ 7 เรื่อง การจัดการกับความเครียดของญาติ (เนื้อหา ความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม วิธีการจัดการกับความเครียด ที่ใช้ เช่น การทำสมาธิเบื้องต้น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้ดนตรีบำบัด) ใช้ทบทวนทฤษฎีของกรมสุขภาพจิต และให้สมาชิกฝึกปฏิบัติ แผนการสอนที่ 8 เรื่องกลุ่มเปราะบาง (ญาติแสดงความเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหา วิธีการแก้ไข รวมทั้งการให้กำลังใจ และเสริมสร้างความมั่นใจให้สมาชิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท) การประเมินผล การประเมินผลระยะสั้น / ประเมินผลโดยตรง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
			ประเมินผลญาติ - ประเมิน ความรู้ และเจตคติและทักษะของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ หลังอบรม - ความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลระยะยาว / ประเมินผลทางอ้อม ประเมินผลผู้ป่วย - สามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ (ประเมินจากอัตรา การเข้ารักษาใน โรงพยาบาล และอัตราการอยู่นอกโรงพยาบาล ได้นานขึ้น)
		ข้อมูลส่วนบุคคล - ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่เข้าร่วม โครงการเป็นเพศหญิง 47 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.15 - อายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.34 - ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 34 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.57 Treatment effects - อัตราการกำเริบ / การกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารักษาหลังญาติเข้าโครงการ พบว่ามีอัตรา ลดลง จากเดิม 48.44 % ลดลงเหลือ 16.67 %	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Results	Intervention/ Results/ Implication
		2. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากเดิม 72.1% (43 ครั้งเหลือเป็น 12 ครั้ง) จำนวนครั้งที่ลดลง 24 คน (44.44%) จำนวนครั้งที่เท่าเดิม 27 คน (50%) จำนวนครั้งที่มากขึ้น 3 คน (5.56%) 3. จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาล จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาลลดลง 73.1% (1,934 วัน เหลือ 520 วัน) จำนวนวันที่ลดลง 27 คน (50%) จำนวนวันที่เท่าเดิม 23 คน (42.59%) จำนวนครั้งที่มากขึ้น 4 คน (7.41%)	Psychoeducation family treatments เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อทำให้อาการของผู้ป่วยลดลง (symptom reduction) และเพื่อช่วยลดปฏิกิริยาของครอบครัว ที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย เพิ่มความเข้าใจของญาติและเกิดการยอมรับ กับการแสดงออกของญาติจาก High เป็น Low express emotion (EE) มุ่งเน้นการให้ความรู้และการช่วยเหลือ ครอบครัว ของ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ Family Intervention for Schizophrenia patients (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
		Implication	
			ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาระหว่างวันที่เกิดขึ้นจากโรคจิตเภท ผลการศึกษาในการป้องกันกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย สามารถลดการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ โดยพบอัตราการกำเริบร้อยละ 16.67 เท่านั้น งานวิจัยนี้สนับสนุนการใช้ Group Psychoeducation สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (McFarlane et al., 1995) เปรียบเทียบ Psychoeducation Single –Family (SFT)	ผู้ป่วย 1. ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม เกณฑ์ DSM-III-R ดังนี้ - Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder หรือ Schizophreniform disorder 2. เป็นผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาด้วย Acute psychotic episode 3. อายุ 18 – 45 ปี 4. ไม่มีสารเสพติด ที่มี Physical dependent 5. อยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 10 ชม. ต่อ สัปดาห์ ใน 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา ครอบครัว - มีเวลาพบผู้วิจัยตาม กำหนด	- พยาบาล / นักสังคม สงเคราะห์ / นักจิตวิทยา โดยจะต้อง 1. ได้รับการ Training และได้รับคู่มือการบำบัด 2. จะได้รับคำปรึกษาทาง โทรศัพท์จาก supervisor ทุก สัปดาห์ หรือพบกับ supervisor ทุกๆ 3 เดือนพบบาทผู้บำบัด - ผู้นำกลุ่ม - ประสานผู้ป่วยระหว่างอยู่ใน รพ. และนอก รพ. - ให้ความรู้ / เป็นที่ปรึกษา แก่ครอบครัว - ประสานกับจิตแพทย์	- กลุ่มครอบครัว บำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด - รวมระยะเวลาในการบำบัด 2 ปี วิธีการบำบัด 1. ผู้บำบัด 1 คน พบ ครอบครัวเดี่ยว 3 ครอบครัว (แยกพบแต่ละครอบครัว 1 ครั้ง) เริ่มใน สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วย admit 2. จัดประชุมกลุ่มเชิงปฏิบัติการ (Survival Skill workshop) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค จิตเภท การรักษา โดย สอน / วิดีโอเทป / คู่มือแนวทางการรับมือกับปัญหา 3. ระยะ 2 สัปดาห์ต่อมา ผู้บำบัด 2 คน พบ ครอบครัวและผู้ป่วย 6 ครอบครัว ทำกลุ่ม บำบัด ซึ่งจะใช้กระบวนการ การกลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหา ระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดทักษะในการ แก้ไขปัญหา ทำทุก 2 สัปดาห์ ต่อเนื่อง อย่างน้อย 9 เดือน และ ทำต่อไปทุก 1 เดือน ครั้งละ 90 นาที จนครบ 2 ปี	ด้านผู้ป่วย 1. Relapse rate ได้แยกรายงานคือ - Symptomatic relapses พบว่าใน 1 ปี กลุ่ม MFG. มีจำนวนอัตราการป่วยซ้ำน้อย กว่ากลุ่ม SFT คือ 16% และ 28% ตามลำดับ ผลลัพธ์ในปีที่ 2 ในกลุ่ม MFG มีจำนวน 23 คน (27.7%) กลุ่ม SFT 37 คน (41.6%) ที่มีการ relapse อย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p < .06$) และเมื่อประเมินผลลัพธ์จากจำนวน ตัวอย่างที่เข้าร่วมครบตามกำหนด 126 คน โดยกลุ่ม MFG เหลือ 59 คน กลุ่ม SFT เหลือ 67 คน พบว่า กลุ่ม MFG มีการป่วยซ้ำ 18 คน (30%) เทียบกับ SFT ซึ่งพบ 32 คน (48%) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - Clinical relapse ประเมินจากคะแนน BPRS ที่มีการประเมินต่อเนื่องอย่างน้อย 7 วัน กลุ่ม MFG มี 15.7% ซึ่งน้อยกว่า กลุ่ม SFT มี 26.8% - Total relapse กลุ่ม MFG มี Total relapse น้อยกว่า กลุ่ม SFT มี 38 episodes และ 60 episodes ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (McFarlane et al., 1995) (ต่อ)				ประเมินผล - ประเมินผลเป็นระยะโดยเริ่มจากให้ intervention ประเมินผลลัพธ์ในปีที่ 1 และ ปีที่ 2	2. Hospitalization เมื่อประเมินใน 1 ปี ไม่มีความแตกต่าง แต่เมื่อประเมินในปีที่ 2 พบว่าอัตราการรักษาในโรงพยาบาลลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. อาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ - อาการทางด้านลบไม่แตกต่างกัน - อาการทางด้านลบดีขึ้นแตกต่างกันทางสถิติหลังจำนำ ($p < .05$) เมื่อประเมินในปีที่ 2 กลุ่ม SFT ดีขึ้น และกลุ่ม MFG มีอาการด้านลบต่อเนื่องตลอดการศึกษา 4. Medical dosage and compliance - Medical dosage กลุ่ม MFG ลดขนาดการใช้ยา และกลุ่ม SFT เพิ่มขนาดการใช้ยา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .12$) - กลุ่ม MFG มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ถึง 90% 5. Employment ระดับของ work-related activity ก่อนการศึกษาระดับของ work-related activity ใน MFG. มี 16% และ SFT. มี 21% พบว่า 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($p = .52$) หลังการศึกษพบว่ากลุ่ม MFG มีระดับของ work-related activity เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่ม SFT เป็น 34% และ 28% แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .18$)

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
2. (Dyck et al., 2000) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม เกณฑ์ DSM-IV ดังนี้ - Schizophrenia - อายุ 18 – 45 ปี - ผู้ป่วยนอก ครอบครัว - มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมตาม กำหนด	คุณสมบัติผู้บำบัดครอบครัว - มีทักษะในการบำบัด ครอบครัวและได้รับการ สอนจาก bachelor's degree และ other master's degree บทบาทผู้บำบัด - สอน / ให้คำปรึกษา - ประสานระหว่างผู้ป่วย / Case Manager และผู้บำบัด อื่น	- กลุ่มครอบครัว บำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี วิธีการบำบัด - session แรกเริ่มภายใน 1 เดือน (หลังจาก ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม) 1. ผู้บำบัด 1 คน พบ ครอบครัวเดี่ยว 3 ครอบครัว (แยกพบแต่ละครอบครัว) 2. จัด 6-8 ครอบครัวเข้าประชุมกลุ่มเชิง ปฏิบัติการ (Survival Skill workshop) ให้ ความรู้ เกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษา บรรยาย ถ่ายทอดผ่านทางวิดีโอเทป และแนวทางการ จัดการปัญหา (ตาม Model ของ Anderson and Colleagues) 3. ใน 2 สัปดาห์ต่อมา ผู้บำบัด 2 คน พบ ครอบครัวและผู้ป่วย 6-8 ครอบครัว ทำกลุ่ม บำบัดกำหนด 2 สัปดาห์ : ครั้ง โดยให้ นำเสนอปัญหาต่างๆ ไปวิธีการจัดการ แก้ไข เฉพาะราย และให้สมาชิกกลุ่มได้ให้ คำแนะนำ 4. จัดหาแหล่งช่วยเหลือ ขยายและหา เครือข่ายครอบครัวที่สามารถช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันได้อย่างน้อยในเวลา 2 ปี ประเมินผล ประเมินผลทุก ๆ 3 เดือนเริ่มจาก ให้ การบำบัดเป็นเวลา 1 ปี	ด้านผู้ป่วย - Negative Symptoms มีการประเมินทุกๆ 3 เดือน พบว่าการดำเนินดีขึ้นและ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) - เมื่อดูค่าเฉลี่ยของการดำเนินใน 1 ปี พบว่าการดำเนินมีความสัมพันธ์กับ การเกิดอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อวิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
3. (Dyck et al., 2002) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม เกณฑ์ DSM-IV ดังนี้ - Schizophrenia หรือ - Schizoaffective disorder และต้องอาศัย หรือ คิดต่อ กับครอบครัวสม่ำเสมอ - ผู้ป่วยนอก - อายุ 18 – 45 ปี ครอบครัว - เป็นสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่กับผู้ป่วย	- นักบำบัดครอบครัวจะ ได้รับการ Train ก่อน 2 สัปดาห์	- กลุ่มครอบครัว บำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี วิธีการบำบัด (ใช้แนวคิดการบำบัด MFG ของ McFarlane) สัปดาห์ที่ 1-3 1. ผู้บำบัด 1 คน พบ ครอบครัวเดี่ยว สัปดาห์ ละครั้ง รวม 3 สัปดาห์ (แยกพบแต่ละ ครอบครัว) 2. จัดกลุ่มครอบครัวเข้าประชุมกลุ่มเชิง ปฏิบัติการ (Survival Skill workshop) ให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา โดย บรรยาย ถ่ายทอดผ่านทางวิดีโอเทป และ มี Guideline ในการจัดการกับปัญหา (พัฒนาตาม Model ของ Anderson and Colleagues) สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป 3. ผู้บำบัดพบครอบครัวและผู้ป่วย แต่ละ cohort (cohort ละ 9-17 ครอบครัว) โดย เน้นพัฒนาทักษะการ coping การแก้ไข ปัญหา และขยายเครือข่ายทางสังคม พบ สัปดาห์ละครั้ง ต่อเนื่อง 1 ปี ประเมินผล - ประเมินผลลัพธ์ เริ่มจากให้ การบำบัด 1 ปี	ด้านผู้ป่วย 1. Use of in patient services พบว่า 1 ปี หลัง Baseline กลุ่มทดลองได้รับการ รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.03$) 2. Use of crisis care services 1 ปีหลัง Baseline กลุ่มทดลองมีการใช้บริการ crisis service น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. Use of Out patient service จำนวนการ ใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม พึ่ง 2 กลุ่มแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
4. (Hazel et al., 2004) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม เกณฑ์ DSM-IV ดังนี้ - Schizophrenia หรือ - Schizoaffective disorder หรือ โรคจิตเวชอื่นๆ - ผู้ป่วยนอก ครอบครัว - ครอบครัว / ผู้ป่วย ต้อง อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ ตลอดการศึกษา	- ผู้บำบัด ไม่มีข้อควรระวัง วิชาชีพ หรือคุณสมบัติ	- กลุ่มครอบครัว บำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด 2 ปี วิธีการบำบัด Multiple-Family Group (ใช้แนวคิดการบำบัดของ McFarlane) ระยะแรก 1. ผู้บำบัด 1 คน พบ ครอบครัวเดี่ยว -3 session เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วยและญาติ และได้รับข้อมูลประวัติ การเจ็บป่วย ใช้เป็นแนวทางในการบำบัด รักษา (แยกพบแต่ละครอบครัว) 2. จัดกลุ่มครอบครัว 6-8 ครอบครัวเข้า Psychoeducation workshop 1 วัน ให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ระยะที่ 2 3. ผู้บำบัด 2 คนพบครอบครัว 6-8 ครอบครัว เพื่อทำกลุ่มบำบัด โดย - ปีแรก กลุ่มครอบครัว พบกันเดือนละ 2 ครั้ง (90 นาที ต่อ ครั้ง) เน้นการป้องกัน การป่วยซ้ำ และการจัดการกับความเจ็บป่วย และปีที่ 2 ปีแรก กลุ่มครอบครัว พบกันเดือน ละ 1 ครั้ง (90 นาที ต่อ ครั้ง) เน้นหาแนวทาง การฟื้นฟูทางสังคม และการประกอบอาชีพ ติดตามประเมินผล ประเมินผลเริ่มจากให้ Intervention ในปีที่ 1 และปีที่ 2	ด้านครอบครัว 1. Caregivers' distress พบว่าหลังทำกลุ่ม บำบัดผู้ดูแลมีภาวะ distress ต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในปีที่ 1 และ ปีที่ 2 2. Caregivers' resources พบว่ากลุ่มทดลอง มีแหล่งทรัพยากร / การช่วยเหลือทาง สังคม มากกว่า แต่ไม่แตกต่างกันทาง สถิติ ด้านผู้ป่วย 3. อาการทางต้นฉบับดีขึ้นมีความแตกต่าง กันเล็กน้อยระหว่างกลุ่ม แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบกับ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
5. (Bradley et al., 2006) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคดังนี้ - Schizophrenia / - Schizoaffective disorder / - Schizophreniform disorder - ผู้ป่วยนอก - ไม่จำกัดว่าจะมี Substance use disorder หรือไม่ - อายุ 18 – 55 ปี ครอบครัว - มีเวลาอยู่ร่วมกันระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมง ต่อ สัปดาห์	- ผู้บำบัด ไม่ระบุวิชาชีพ คุณสมบัติ - ผู้บำบัดจะต้องได้รับการ อบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับ MFG. โดยใช้ Model ของ McFarlane จำนวน 3 วัน - จะได้รับการนิเทศเป็นระยะ จากผู้เชี่ยวชาญ (นักบำบัด ครอบครัว, นักจิตวิทยา)	- กลุ่มครอบครัว บำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด 1 ปี วิธีการบำบัด - ได้รับการดูแลตาม Standard care และมี Case Manager ดูแลต่อเนื่อง Multiple- Family Group (ตามรูปแบบ McFarlane) - โปรแกรม 26 sessions (1 ปี) 1. พบครอบครัวด้วย 3 sessions ใน 1 สัปดาห์ 2. พบกลุ่มครอบครัว 6-7 ครอบครัว เข้า กลุ่ม Psychoeducation จำนวน 2 sessions (session ละ ½ วัน) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแนวทางการช่วยเหลือญาติ 3. เช็กกลุ่มบำบัดครอบครัว 21 sessions ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลาประมาณ 10 เดือนครึ่ง โดยมีผู้นำกลุ่ม 2 คน (ครั้งละ 90 นาที) ระยะเวลาติดตามผล - ประเมินผลเมื่อเริ่ม Intervention ครบ 12 เดือน และ 18 เดือน	ด้านครอบครัว 1. Family burden ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ด้านผู้ป่วย 2. Number of relapse episode พบว่า - Incidence of Relapse : น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมทั้ง 2 ระยะ เมื่อติดตาม 1 ปี, 18 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p=0.048) และ (p=0.009) - duration of Relapse : ระยะเวลาเฉลี่ย ที่เกิดการป่วยซ้ำ นานกว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.02) - Episodes of relapse over the study period มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p= .032)เมื่อ 18 เดือน - เมื่อประเมิน Multiple relapse episode (จำนวน 2,3,4 episode)พบในกลุ่มทดลอง 4% และกลุ่มควบคุม 16% ไม่แตกต่างทางสถิติ - ประเมิน any relapse episode or early -warning signs พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่าง ทางสถิติ

ตารางที่ 3 Multiple-Family Group Intervention (MFG) (จำนวน 5 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
5. (Bradley et al., 2006) (ต่อ)					3. อาการและความรุนแรง (Symptoms) - กลุ่มทดลองมีคะแนน BPRS ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.019$) และอาการด้านลบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง 4. การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ในการประเมินด้านการทำหน้าที่โดยรวม (HoNOS) และคุณภาพชีวิต (QOL) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Psychoeducation Family intervention ร่วมกับ Individual Intervention (Muela & Godoy, 2002) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยโรคจิตเภท - ผู้ป่วยนอก ครอบครัว - ไม่ระบุเพศ	- ผู้บำบัด ไม่มีข้อมูลระบุวิชาชีพ หรือคุณสมบัติ	- กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา - ราชครอบครัว	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด - รวมระยะเวลาบำบัด 3 ระยะ เป็นเวลา 2 ปี วิธีการบำบัด ระยะที่ 1 Psychoeducation - กลุ่มครอบครัว 5 ครอบครัว ต่อกลุ่ม จะได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การรับมือกับความเจ็บป่วย การจัดการกับปัญหา การปฏิบัติตัวในการผ่อนคลาย การปรับตัว เป็นต้น (สัปดาห์ละ 2.5 ชม. / รวม 15 สัปดาห์) ระยะที่ 2 Individual intervention - พบผู้ป่วยและครอบครัว เป็นรายครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ ให้ครอบครัวได้ นำความรู้ไปปรับใช้ มีการเขียนข้อตกลงร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละด้าน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี ลดความตึงเครียด เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา ครอบครัว (สัปดาห์ละ 1 ชม. / รวม 15 สัปดาห์)	- ในปีแรก กลุ่มทดลองมี Relapse rate = 20% กลุ่มควบคุม = 63% - ในปีที่ 2 กลุ่มทดลองมี Relapse rate = 0 และกลุ่มควบคุม = 40% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (Muela & Godoy, 2002) (ต่อ)				ระยะที่ 3 - ติดตามทางโทรศัพท์ ทุก 15 วัน ครอบครัวจะต้องรายงาน สภาพอาการ การรับประทานยา การปรับการรักษา และ การ Admission ระยะติดตามผล 2 ปี (เริ่มจากให้ Intervention)	

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อวิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
2. Family Psychoeducation (ร่วมกับ Multiple Family group) (Ran et al., 2003)	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยจิตเภทตามการ วินิจฉัยโรค ICD-10 และ Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorder (CCMD-2-R) - ผู้ป่วยในชุมชน <u>ผู้ป่วยที่คัดออก</u> - ผู้ป่วยที่เป็น Schizoaffective psychoses ที่มีการติดสารเสพติด ร่วมด้วย หรือผู้ป่วยที่ไม่มี ญาติ <u>ครอบครัว</u> - ไม่มีโรคเรื้อรัง	- ผู้บำบัด ไม่มีข้อควรระวัง วิชาชีพ หรือคุณสมบัติ	- Psychoeducation ราย ครอบครัว - กลุ่มครอบครัว	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัด 9 เดือน - Psychoeducation คัดแปลงจาก Psychoeducation family intervention ของ Anderson et al., <u>วิธีการบำบัด</u> 1. ให้ความรู้ครอบครัวด้วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การฟื้นฟูทางสังคม การจัดการ ในระยยาวเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (เดือนละครั้ง ละ 1.5 - 3 ชม.) รวม 9 เดือน 2. ในช่วง 2 เดือนแรก จัดแพทย์ / แพทย์ ชุมชนจะให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับ ภาวะวิกฤต เช่น พฤติกรรมรุนแรง การทำร้ายตนเอง ผ่านทางสถานีวิทยุ 3. ทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว หยิบยก ประเด็นปัญหาของแต่ละครอบครัวมา พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ ความรู้ซึ่งกันและกัน ในการ ดูแลผู้ป่วย ทำกลุ่มทุกๆ 3 เดือน (เดือนที่ 3, 6, 9) ครั้งละ 90 นาที - ประเมินผลทันที เมื่อจบ Intervention (9 เดือน)	ด้านครอบครัว 1. The change of relatives' beliefs on illness -ทัศนคติของญาติต่อการดูแลรักษา พบว่า ด้านการดูแลที่ไม่เพียงพอและการ รักษาที่ต้องประสีประสาของผู้รักษา (insufficient care and maltreatment) ในกลุ่ม Family ลดลง และมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) - ในระดับความรู้ของญาติหรือ ความ เชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตใน Family Intervention group สูงกว่า Drug Treatment group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) <u>ด้านผู้ป่วย</u> 2. ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง มี มากกว่า ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.01$) และ อัตราความไม่ร่วมมือ ในการรักษา / ปฏิเสธการรักษาในกลุ่ม ทดลองมีน้อยกว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
2. (Ran et al., 2003) (ต่อ)					3. Clinical status ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ทางคลินิก และร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น (Full recovery) ในกลุ่ม Family และ Drug Treatment มีมากกว่ากลุ่ม Control ($p < 0.05$) 4. Relapse rate อัตราอาการกำเริบในกลุ่ม Family Intervention ต่ำกว่า ทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p < 0.05$) 5. Ability to work ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในเรื่องความสามารถในการทำงานทั้ง 3 กลุ่ม ($p > 0.05$) 6. Mental disability ไม่พบความแตกต่างของระดับของ Mental Disability ในระหว่าง 3 กลุ่ม $p > 0.05$

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบกับ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
3. (Cheng & Chan, 2005) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM-IV - ผู้ป่วยในครอบครัว - ผู้ดูแลที่ต้องเป็นผู้ดูแลหลัก - ผู้ดูแลต้องมีการระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชม. ต่อวัน - ผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่บ้าน - เดียวกับผู้ป่วยภายใน 1 ปี นับจากวันที่ผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัย - ผู้ดูแลต้องเมื่ออายุ 18 ปีขึ้นไป - ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและอ่านภาษาจีนกวางตุ้งได้ และไม่เคยได้รับความรู้หรือเข้าไปโปรแกรมให้ความรู้ใดๆมาก่อน	- พยาบาลจิตเวช	- กลุ่มครอบครัว	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาในการบำบัดรวม 10 สัปดาห์ (2 เดือนครึ่ง) วิธีการบำบัด - ให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มละ 8 คน 10 sessions (sessions ละ 2 ชั่วโมง พบทุกสัปดาห์) เพื่อความสะดวก 1 สัปดาห์มีการทำ sessions 4 ครั้ง ผู้เข้าร่วมเลือกเข้า sessions ได้ใน 1 สัปดาห์ (รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์) Psychoeducation Program Session 1: โรคจิตเภทมีความหมายต่อคุณอย่างไร Session 2: โรคจิตเภทคืออะไร Session 3: สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท Session 4: การรักษาโรคจิตเภท Session 5: ปัญหาของครอบครัว (ญาติ) Session 6: ครอบครัวกับโรคจิตเภท Session 7: การสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่ำ เน้นการสื่อสาร Session 8: การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง	ด้านครอบครัว 1) การการดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของ FHS ลดลงหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.01$) โดยเฉพาะในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาพกาย สุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (SES) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p<0.01$) โดยเฉพาะในส่วนของการแก้ไขปัญหา 3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้การช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน ($p<0.01$)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
3. (Cheng & Chan, 2005) (ต่อ)	<u>เกณฑ์คัดออก</u> - ผู้ดูแลที่เคยได้รับการดูแล หรือแนะนำจากสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังในปัจจุบัน			Session 9: การใช้บริการและการจัดการกับ ภาวะวิกฤติ Session 10: การมองอนาคตในเชิงบวก สรุปแต่ละ session และทบทวนในประเด็นที่ ยังไม่ชัดเจน ประเมินผลวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
4. (Li & Arthur, 2005) เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยโรคจิตเภท (ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย CCMD-II-R) - อายุ 16 -65 ปี - อาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างน้อย 3 เดือนก่อน Admit - ผู้ป่วยใน / ผู้ป่วยนอก - ต้องไม่มีปัญหาด้านการ เรียนรู้ และด้านสมอง - ไม่มีปัญหาจิตเวช / สุรา ครอบครั - อาศัยอยู่กับครอบครัว อย่างน้อย 3 เดือนก่อน Admit	- พยาบาลที่มีประสบการณ์ ทางด้านจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี - ได้รับการ Train 12 ชม. ร่วมกับผู้รับการนิเทศ	- รายครอบครัว	ระยะเวลาของการบำบัด - ให้ความรู้ขณะเข้ารับการรักษาน โรงพยาบาล (ผู้ป่วย 8 ชม./ อาทิตย์ 36ชม.) - ให้ความรู้หลังจำหน่าย 2 ชม./เดือนเป็น เวลา 3 เดือน วิธีการบำบัด โปรแกรมประกอบด้วย 5 ระยะ 1. ประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัว ทำภายใน สัปดาห์แรกของการ Admit 2. ให้ความรู้ใน รพ. สำหรับครอบครัว 36 ชม. ผู้ป่วย 8 ชม. 3. ประเมินผลลัพธ์ก่อนจำหน่าย 1 สัปดาห์ 4. ให้ความรู้ ครอบครัว และผู้ป่วย หลัง จำหน่าย 2 ชม. ต่อ เดือน เป็นเวลา 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์ 3 ระยะ คือ วันที่จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล และ เดือนที่ 3 เดือนที่ 9 หลังจำหน่าย	ด้านผู้ป่วย 1. พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทหลัง บำบัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ที่ ($p < .001$) ในช่วงทุกช่วงเวลา ประเมิน ในกลุ่มทดลองเมื่อ เปรียบเทียบ คะแนน ในแต่ละช่วงพบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญในทุกระยะที่ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.4$) 2. อาการทางจิต แตกต่างกันอย่างเฉพาะ ช่วงเวลา 9 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องของ somatic concern และ Motor retardation สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 0.008$) 3. การทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วย แตกต่างกัน เฉพาะ ช่วงเวลา 9 เดือน ที่ ($p = 0.02$) โดยกลุ่ม ทดลองมีคะแนน GAS สูงกว่ากลุ่มควบคุม - เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลอง มี คะแนน GAS เพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทดลอง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่ ($p < .001$) - กลุ่มควบคุม มีคะแนน GAS เพิ่มขึ้น ในช่วงจำหน่าย ในระยะ 3 เดือน และ 9 เดือน คะแนนลดลง เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ทดลองพบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
4. (Li & Arthur, 2005) (ต่อ)					4. พฤติกรรมทางจิตสังคมของ พบว่ามีความแตกต่างกันเฉพาะช่วง at discharge และช่วง 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน NOISE สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p=0.03$ และ $p = 0.02$ ตามลำดับ - เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน NOISE เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อ discharge แต่ไม่มีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ($p<0.001$) - กลุ่มควบคุมมีคะแนน NOISE เพิ่มขึ้นทุกระยะ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อ discharge มีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ($p<0.001$) 5. อัตราการป่วยซ้ำ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่พบว่ากลุ่มทดลองมี relapse < กลุ่มควบคุม = 16% และ 37% ตามลำดับ 6. ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการรักษาและการกำเริบ มีความสัมพันธ์ระหว่าง การ Relapse และ ความร่วมมือในการรักษา ดังนี้ กลุ่ม Medication adherent มี Relapse = 3.5% และ กลุ่ม Not adherent มี Relapse =56.25% พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อวิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
5. Family Psychoeducation (ร่วมกับ Support group) (Carra et al., 2007) เปรียบเทียบกับ 1) Information Group (IG) 2) Treatment as usual (TAU)	ผู้ป่วย 1. โรค Schizophrenia ตาม criteria DSM-IV 2. มีความสามารถในการทำ หน้าที่ GAS score ได้ คะแนน 30 ขึ้นไป 3. ให้ความร่วมมือในการ ดูแลตามมาตรฐาน 4. รับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ 5. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ (ไม่ได้กำลังรักษาด้วยแบบ ผู้ป่วยใน และไม่มีอาการ ป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบ ภายใน 6 เดือนก่อนการ วิจัย) และไม่ได้รับการ ดูแล หรือ treatment พิเศษ อื่นใดมากไปกว่าที่ได้รับ ตามมาตรฐาน	- ไม่มีข้อมูลระดับวิชาชีพ คุณสมบัติผู้บำบัด - Leader และ Co-leader ได้รับการฝึกจากจิตแพทย์ - Clinicians lead the difference type of intervention	- กลุ่มครอบครัว บำบัด - กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา	ระยะเวลาของการบำบัด - รวมระยะเวลาในการบำบัด 2 ปี วิธีการบำบัด การบำบัดมี 2 ระยะ คือ ต้องได้รับ ระยะที่ 1 1. Information Group ให้ความรู้กลุ่ม ครอบครัว 16-18 ครอบครัว เกี่ยวกับโรค จิตเภท สาเหตุ อาการด้านบวก อาการด้าน ลบ ความผิดปกติอารมณ์ พฤติกรรมที่ ผิดปกติ การรักษา ทักษะทางสังคม การ รู้ทันแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ เป็นต้น โดยบรรยาย วิดีโอเทป และให้ใบ ความรู้ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชม. 45 นาที) 24 ครั้ง รวม 6 เดือน ระยะที่ 2 2. Support Group ทำกลุ่มครอบครัว 8 – 9 ครอบครัว โดย 2.1 ฝึกทักษะในการสื่อสาร ทักษะการ แก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด จาก ประสบการณ์ของหลายๆครอบครัว (ทำต่อ จากระยะที่ 1 ครบเป็น)	ด้านครอบครัว 1. พบว่า Relatives objective burden in terms of patients ' self-sufficiency ไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=$ 0.41) โดยกลุ่ม IG+SG มีคะแนนต่ำกว่า 2 กลุ่ม ในปีที่ 1 แต่ในปีที่ 2 พบว่าไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ 2. พบว่า Relatives objective burden in terms of patients 'social function ปีแรก ใน 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่ ในปีที่ 2 พบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) กลุ่ม IG และกลุ่ม TAU ดีขึ้น ในขณะที่ กลุ่ม IG+SG แย่ลง 3. พบว่า Relatives subjective burden ทั้งปี แรก และปีที่ 2 ใน 3 กลุ่ม ไม่มีความ แตกต่างทางสถิติ แต่พบว่าในปีที่ 2 กลุ่ม IG+SG ดีขึ้นกว่า 2 กลุ่ม ด้านผู้ป่วย 1. Hospital admission 2. การกลับป่วยซ้ำ

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
5. (Carra et al., 2007) (ต่อ)	6. ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกว่าติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ - ผู้ป่วยในชุมชน ครอบคลุม - ผู้ที่ต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท และไม่เคยเข้าร่วมการทำกลุ่มครอบครัวอันใดมาก่อน			2.2 เน้น Multiple Family Group support มุ่งเน้นให้เกิดความเชื่อมโยง สัมพันธ์กัน เครือข่ายและการช่วยเหลือทางสังคม (รูปแบบการทำกลุ่มแบบ McFarlane et al., 2002) ต่อจากระยะที่ 2.1 ต่อเนื่องครอบคลุม 2 ปี - ประเมินติดตามผล เป็นระยะ คือ 1 ปี และ 2 ปี เริ่มจากให้ intervention	3. การประกอบอาชีพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลลัพธ์ 1,2,3 วัดเมื่อ 12 เดือน และ 24 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้ง 3 กลุ่ม 4. ความร่วมมือในการรักษามาตรฐาน การดูแลชุมชน พบว่า กลุ่ม IG+SG มี Compliance ดีกว่า TAU และ IG แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ ทั้งในปีที่ 1 และปีที่ 2 ($p=0.07$) และ ($p=0.68$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
6. (วิธี กลานันทกิจ และคณะ , 2542) กลุ่ม เปรียบเทียบ - ไม่มี	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD - 10 ครบถ้วน - ยาดี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	- ไม่มีข้อมูลระบุวิชาชีพ	- กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว	ระยะเวลาของการบำบัด - จัดกลุ่มครอบครัวเพื่อให้ความรู้สุขภาพจิต ศึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม. เป็นเวลา 8 ครั้ง (รวม 2 เดือน) หรือ สัปดาห์ละครั้ง ทุกบ่ายวันศุกร์ เป็นเวลา 3 วัน (รวม 3 สัปดาห์) วิธีการบำบัด - มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติได้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลดโอกาส กำเริบ ลดภาระในการดูแล มีสัมพันธที่ดี ในครอบครัว รู้จักวิเคราะห์โรค มีกำลัง ในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดโปรแกรม 8 แผนการสอน ดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท : อาการและ สาเหตุ 3. การรักษาและการป้องกันการกำเริบ ของโรคจิตเภท 4. ความรู้เกี่ยวกับความคาดหวังของญาติ ต่อผู้ป่วยจิตเภท 5. เรื่องการสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย	ด้านผู้ป่วย 1. อัตราการกำเริบ / การกลับเข้ามารักษา ในโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราลดลง จาก เดิม 48.44 % ลดลงเหลือ 16.67 % 2. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล พบว่าจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากเดิม 72.1% (43 ครั้ง เหลือเป็น 12 ครั้ง) 3. จำนวนวันเฉลี่ยที่นอน โรงพยาบาลลดลง 73.1% (1934 วัน เหลือ 520 วัน)

ตารางที่ 3 Psychoeducation Family Intervention (จำนวน 6 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
6. (ธีระ ลีถำนนทกิจ และคณะ , 2542) (ต่อ)				6. บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท 7. เรื่องการจัดการกับความเครียดของญาติ 8. กลุ่มจิตใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการแก้ไข ให้กำลังใจ และเสริมสร้างความมั่นใจให้สมาชิกในการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินผล 1 ปี	

ตารางที่ 3 Mutual support group for family intervention (จำนวน 2 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (Chien & Chan, 2004)	ผู้ป่วย - ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค จิตเภท (ตามเกณฑ์ DSM- IV)	Mutual support multiple- family group - ไม่ระบุ (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005)	- กลุ่มครอบครัว (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005)	ระยะเวลาของการบำบัด - ระยะเวลาของการบำบัด 6 เดือน วิธีการบำบัด 1. แบ่งครอบครัวเป็นกลุ่ม 10-11 คน 2. ผู้นำกลุ่ม โดยให้สมาชิกเลือกเองจาก สมาชิกของกลุ่ม (จะได้รับการอบรมเชิง ปฏิบัติการจากผู้วิจัย 2 วัน) และจะทำงาน ร่วมกับ facilitator (Chien & Chan, 2004) 3. ทำกลุ่ม 12 ครั้ง ละครึ่ง 2 ชม. ทุก 2 สัปดาห์ (รวม 6 เดือน) โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะที่ 1 สว่างสัมพันธ์ภาพ (2 ครั้ง) วางเป้าหมายร่วมกัน ระยะที่ 2 ตระหนักถึงความต้องการ ทางด้านจิตสังคม (2-3 ครั้ง) แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และความกังวลต่างๆ ระยะที่ 3 การเผชิญกับความต้องการ ทางด้านจิตสังคมของตนเองและครอบครัว (3 ครั้ง) ผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย) สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับความสำคัญของการต้องการของ ตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว	ด้านครอบครัว 1) use of mental health services by families (FFSI) ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ในเรื่องความต้องการการช่วยเหลือด้าน สุขภาพจิตของครอบครัว overtime ด้านผู้ป่วย 2) patients' psychosocial functioning (SLOF) คะแนนมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) overtime ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support มี คะแนนดีขึ้นมากที่สุด 3) number and duration of hospitalizations of patients จำนวนครั้ง ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลดลงมากที่สุด overtime - ระยะเวลาการรักษา มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม กลุ่ม mutual support ระยะเวลาการรักษา
2. (Chien et al., 2005)	ผู้ป่วย - ผู้ป่วยนอก (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005)	Psychoeducation - พยาบาลจิตเวช - มีประสบการณ์ในการทำ กลุ่มฟื้นฟูทางจิตเวช - ได้รับการอบรมนักบำบัด ครอบครัว 2-3 วัน (Chien & Chan, 2004) - พยาบาลที่ได้รับการ Train จากผู้วิจัย (Chien et al., 2005)			
เปรียบเทียบ 1. Psychoeducation 2. Standard care	ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่โรคจิตเวช อื่นร่วมด้วย หรือใช้สาร เสพติดอื่น (Chien & Chan, 2004) - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ด้วยโรค จิตเภทมาไม่เกิน 3 ปี - ผู้ป่วยจิตเภทต้องไม่มีโรค จิตเวชอื่นร่วมด้วย ในช่วง รับเข้าการวิจัย (Chien et al., 2005)				

ตารางที่ 3 Mutual support group for family intervention (จำนวน 2 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อวิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (Chien & Chan, 2004) 2. (Chien et al., 2005) (ต่อ)	ครอบครัว - ดูแลและอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท - เป็นผู้ดูแลหลักมา 3 เดือนขึ้นไป - สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติ ผู้ดูแลหลักมากกว่า 1 คน ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือก ว่าใครเป็นผู้ดูแลหลัก - ต้อง ไม่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมากกว่า 1 คน หรือ - อายุ 18 ปีขึ้นไปและเข้าใจภาษาจีน (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005) - ผู้ดูแลต้องไม่ป่วยด้วยโรคจิต เช่น เดียวกัน (Chien et al., 2005)			ระยะที่ 4 ทบทวนใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย (3 ครั้ง) เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญกับปัญหา และการดูแลและจัดการผู้ป่วย ระยะที่ 5 ระยะยุติกลุ่ม (1-2 ครั้ง) ระยะเตรียมการยุติกลุ่ม (Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2005) - ระยะเวลาในการประเมินผล - ประเมินผล 6 เดือน หลังจบ Intervention (Chien & Chan et al., 2005) และ ประเมินผล 1 ปี หลังจบ intervention (Chien & Chan, 2004)	ในโรงพยาบาลคลดลงมากที่สุด overtime (Chien & Chan, 2004) ด้านครอบครัว 1. การทำหน้าที่ของครอบครัว(FAD) - หลังให้ intervention มีความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่ม $p < 0.01$ - หลัง intervention 1 week การทำหน้าที่ของครอบครัว(FAD)ดีขึ้น มากกว่าอีก 2 กลุ่ม $p < 0.01$ โดย กลุ่ม mutual support มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุดมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในประเด็นของการแก้ไขปัญหา ,การสื่อสาร และการทำหน้าที่โดยทั่วไป $p < 0.001$ - หลัง intervention 6 เดือน การทำหน้าที่ของครอบครัว (FAD)3 กลุ่มไม่ต่างกัน 2. Family Support Services Index (FSSI) การต้องการความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการทางสังคม ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p > 0.05$

ตารางที่ 3 Mutual support group for family intervention (จำนวน 2 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. (Chien & Chan, 2004) 2. (Chien et al., 2005) (ต่อ)					ด้านผู้ป่วย 3. การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (SLOF) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ระหว่าง 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม mutual support มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุด โดยเฉพาะในประเด็น Self maintenance ($p < .001$) 4. Re-hospitalization ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ $p > 0.05$ แต่พบว่ากลุ่ม mutual support มีจำนวนครั้ง และระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลดลงทั้ง 2 ระยะที่วัดผล (1 week, 6 month after intervention) แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Chien et al., 2005)

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ข้อผู้วิจัย / รูปแบบที่ช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 เปรียบเทียบกับ Standard care	ผู้ป่วย 1. ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia, Schizoaffective disorder, or Delusional disorder เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ตามเกณฑ์ ICD-10 2. มีอาการป่วยซ้ำอันเนื่องมาจากอาการทางจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง อันทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 2 ปีก่อนเข้า ร่วมโครงการ 3. อายุระหว่าง 18-65 ปี 4. มีเวลาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ได้อยู่กับผู้ป่วย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา 5. ผู้ป่วยต้องไม่มี primary diagnosis เป็น organic brain disease หรือ Learning disability 6. ผู้ป่วยนอก	ทีมรักษา ไม่ระบุวิชาชีพ และคุณสมบัติ	รายบุคคล / กลุ่มบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด ใช้เวลาในช่วงระหว่าง 10 – 20 treatment sessions ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยจะใช้เวลาภายใน 24 สัปดาห์ (6 เดือน) วิธีการบำบัด 1. ได้รับ Standard care ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากทีมผู้รักษา 2. ได้รับ Family support ประกอบด้วย information /benefits advice/Advocacy / emotional support / practical help ขึ้นอยู่กับความต้องการ 3. ค้นหาความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย และครอบครัวประเมิน โดยใช้ The relatives' version of the cardinal Needs Schedule (RCNS) ซึ่งจะอธิบายถึงศักยภาพในการแก้ปัญหา 14 areas ย่อยภายใต้ 5 areas ใหญ่ ได้แก่ 3.1 support information and liaison 3.2 coping with symptoms 3.3 relationships 3.4 carer hardship 3.5 carer's negative emotions associated with the illness	ด้านครอบครัว 1. Carers' Cardinal needs. จำนวนของ Carers' Cardinal needs (ประเมินความต้องการตาม area 5 หมวด) เมื่อ 6 เดือนพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.01$) และเมื่อประเมินผล 1 ปีพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.1$) 2. Carer stress and burden. ในทุกระยะที่ประเมินผล คือ เมื่อ 6 เดือน และ 1 ปีพบว่า ความตึงเครียด และ การครอบครองที่ประเมิน ใน 3 ด้าน คือ การสุขภาพ (GHO) การซึมเศร้า (BDI) และ พฤติกรรมทางสังคม (SBAS(d)) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 3. Expressed emotion. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (Low EE) มีจำนวน 32 คน (49%) และมีจำนวน 33 คน (51%) ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High EE) - High EE ในกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 16 คน ซึ่งพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการ Relapse

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)	ครอบครัว - มีเวลาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ได้คุยกับผู้ป่วยใน 1 เดือน ที่ผ่านมา			4. ประเมินความต้องการและปัญหาที่มีอยู่ของผู้ป่วยและญาติตาม areas โดยนักจิตวิทยา คือ ต้องเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลตระหนัก และผู้ดูแลมีความร่วมมือในการที่จะต้องการให้ช่วยเหลือในปัญหานั้น 5. ให้ผู้ดูแลระบุปัญหาที่สำคัญ ในแต่ละ area ที่มีความเป็นไปได้ ในการช่วยเหลือทางจิตสังคม ตามที่ประเมินได้ 6. ให้ intervention ครอบคลุมใน 3 ลักษณะ คือ 1) Problem-solving techniques, 2) Cognitive-behavioral intervention for families และ 3) Cognitive behavioral family interventions สำหรับครอบครัวที่ได้รับ 6.1 การสอนเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และวิธีการดูแลที่บ้าน 2 sessions 6.2 Stress Management program 3 sessions เป็นโปรแกรมสำหรับครอบครัวในการสังเกตติดตามเกี่ยวกับสาเหตุ/ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดความเครียด และการเรียนรู้วิธีการความเครียดที่เหมาะสม	ด้านผู้ป่วย 1. การกลับป่วยซ้ำ (Relapse) 1.1 จำนวนของการเกิด Relapse อย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่าระหว่าง 2 กลุ่ม มีอัตราความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.003$) 1.2 จำนวนครั้ง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใน 2 กลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองมีจำนวน 11 ครั้ง และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ครั้งพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 1.3 สำหรับการป่วยซ้ำ โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าในกลุ่มทดลองมี 16% และกลุ่มควบคุมมี 49% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) 1.4 ระยะเวลาจำนวนวันที่เริ่มกลับป่วยซ้ำ และกลับมาพบแพทย์ โดยกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลา อยู่ในช่วง 0-177 วัน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0-218 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				6.3 Program of Goal Setting 8 sessions - กำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในสิ่งที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงในบาง area เป็นพิเศษ หรือ ตามความต้องการ - สอนให้ครอบครัวมีทักษะในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมี 2 รูปแบบ คือ Enactive method และ Symbolic method ซึ่งเลือกเข้ากลุ่มอย่างใดอย่างหนึ่ง Enactive method จะออกมาในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น role – playing , guided practice , record keeping , corroborated active participation แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด tapes exercise practice การใช้เทคนิค counter stressful situations (Enactive) เป็นต้น - ส่วน Symbolic การสอนจะเป็นลักษณะการให้คำปรึกษา และแนะนำ	1.5 effect for time spent Relapse while remaining in the community พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 0-84 วัน และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 0-218 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) 1.6 Time spent in Hospital ในกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง 0-177 วัน กลุ่มควบคุม 0-110 วัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ 2. ระดับความรู้แรงของการ 2.1 จากค่า PANSS scores พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนของการทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.005) 2.2 ส่วนค่า GAS scores ประเมินผล 6 เดือน และ 1 ปีพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.006) และ (p=0.02) ตามลำดับ 2.3 ส่วนของการทำหน้าที่ทางสังคม (SFS) ทั้ง 2 ระยะ คือ 6 เดือน และ 1 ปีพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.5) และ (p=0.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				<u>Cognitive behavioral family interventions สำหรับผู้ป่วย</u> มีวัตถุประสงค์ของการบำบัด 1. เพื่อให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดอาการทางจิตยังคงอยู่ และ ระดับอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา 2. เพื่อแก้ไขปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลืออาการ และ อารมณ์ทางด้านลบ 3. เพื่อลดอาการและอารมณ์ทางด้านลบ แนวทางการบำบัด - ขึ้นกับผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายเหตุผลสำหรับการบำบัด - ได้รับการสอนให้ รู้จักการสังเกต คิดตามอาการตนเองที่เกี่ยวกับ recognize hallucination , unusual or bizarre thought content of delusions , the false perceptions , ประสบการณ์จากภาวะหลงผิดที่กลายเป็น unusual thought ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ รูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม	3. ความร่วมมือในการรับทราบยา ในระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่องของความร่วมมือในการกินยา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทาง สถิติ

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ผู้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				- ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการ Coping และสามารถปฏิบัติได้ โดยต้องคำนึงความเป็นไปได้และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง - สามารถลดอาการเฉพาะที่ที่สำคัญได้ เป็นอันดับแรก เช่น อาการที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการไม่สุขสบาย และรบกวนหน้าที่ในการทำงานของผู้ป่วย โดยมีการ Follow ตามหมวดหมู่ของ Coping strategies ดังนี้ a) Cognitive strategies (attention, switching, attention narrowing, self-instruction) b) Behavioral strategies (การแยกผู้ป่วย/จำกัดพฤติกรรม, increase social intervention, social disengagement reality testing) c) strategies of produce physiological change เช่น เทคนิค relaxation, breathing exercise - กลยุทธ์ที่นำมาฝึกปฏิบัติเป็นงานให้สมมติหาผู้ป่วยมีอาการระหว่าง session ให้ใช้สถานการณ์นั้นฝึก	

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				- ให้การบ้าน ในแต่ละ sessions - พบทบทวนทุกครั้งก่อนเริ่ม sessions ต่อไป - ประเมินผลหลังได้รับintervention 2-3 sessions เพื่อดูความก้าวหน้า หากไม่มี ความก้าวหน้า ให้พบทบทวนเป้าหมายของการ ใหม่ และดำเนินการต่อ - ในการผ่านแต่ละ sessions จะมีการ ทบทวน ความก้าวหน้า และผู้ปวยจะ ได้รับ คำแนะนำทักษะ การจัดการนี้ไปใช้ใน เหตุการณ์อื่นๆ ได้ - sessions สุดท้าย ประเมินศักยภาพ และฝึกฝน การแก้ไขปัญหาที่ยากซึ่งอาจจะ เกิดขึ้นได้ในอนาคต Problem solving (PS) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อพัฒนาแบบแผนความคิด สอน ให้มี การคิดอย่างมีแบบแผนในแก้ไขปัญห และ กระตุ้น ในการนำไปประยุกต์ใช้อย่าง เหมาะสม เทคนิค Problem solving a) ผู้ป่วยจะได้รับการเชื่อมเกี่ยวกับลักษณะ ของอาการที่หลงเหลือที่จะเกิดตามมาของ โรคจิตเภท ของความสูญเสียความสามารถ	

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				ในกระบวนการ การคิดที่เป็นระบบ ในแก้ไข ปัญหาในชีวิตประจำวัน เป้าหมายเพื่อพัฒนา ความสามารถของบุคคล ในด้านการแก้ไข ปัญหาอย่างมีระบบ นำไปปฏิบัติสู่การแก้ไข ปัญหาของตนเองได้ b) ผู้ป่วยได้รับการแนะนำให้จัดลำดับ หรือบันทึกในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความ ลำบาก หรือ ไม่พึงพอใจ ที่นำไปสู่วิเคราะห์ โปรแกรมในระยะต่อมา c) ผู้บำบัดอธิบายให้เข้าใจหลักของ เทคนิคการแก้ไขปัญหาลำดับซึ่งต้องระบุปัญหาให้ ชัดเจนและ ลำดับปัญหาที่จะนำไปสู่การเลือก วิธีแก้ไขปัญห เลือกใช้วิธีที่เหมาะสม d) เทคนิคการแก้ไขปัญหจะได้รับ นำไปใช้ในสถานการณ์ตัวอย่าง เช่น การเล่น เกมต่างๆ daughtis or naughtis and crosses ซึ่งผู้บำบัดจะใช้กระบวนการลักษณะนี้ แสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงวิธีการแก้ไขปัญห สนับสนุนให้กำลังใจ ในการเพิ่มความ ส่วนร่วม	

ตารางที่ 3 Needs-based Cognitive-Behavioral Family Intervention (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Sellwood et al., 2001 (ต่อ)				e) นำเทคนิคการแก้ไขปัญหา ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตจริง เช่นในการทำงาน การหาที่พักอาศัย การคบเพื่อน v) ขั้นตอนสุดท้าย ปัญหาที่มีในชีวิตผู้ช่วยเป็นเป้าหมายในการนำไปแก้ไข ความยากขึ้นอยู่กับการประเมินผลที่ผู้ช่วยที่ผ่านมา การเข้าถึงและวิเคราะห์รายละเอียดในแต่ละปัญหา เพื่อที่จะนำไปเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา อภิปรายเพื่อนำไปปฏิบัติ ในที่สุดผู้ช่วยจะต้องวางเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน สำหรับการปฏิบัติ มีการติดตามผล feedback จากผู้บำบัด สนับสนุน แนะนำ ให้การส่งเสริมในทางบวก ต้องพยายามให้ผู้ช่วยเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาให้ได้ผลลัพธ์ตามคาดหวัง ประเมินผลลัพธ์ - ติดตามผล 6 เดือน และ 1 ปี หลังให้การบำบัดครบ	

ตารางที่ 3 A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด/ระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Herz et al., 2000 เปรียบเทียบ Treatment As Usual (TAU)	ผู้ป่วย 1) อายุ 19 ถึง 60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder โดยใช้เกณฑ์การจำแนก DSM-III-R 3) มีความเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ โดยจากการที่ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 ปีที่ผ่านมา หรือ มีการ Admitted 2 ครั้งขึ้นไป 4) ไม่มีประวัติ organic mental disorder หรือ mental retardation 5) ไม่ติดยาหรือสุราอย่างรุนแรงจนต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ/หรือต้องเข้ารับการบำบัด “สั่งพิชัย”	ทีมรักษา - จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา	- กลุ่มครอบครัวบำบัด - ราชครอบครัวบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัด 1. ผู้ป่วยต้องได้รับยาในขนาดมาตรฐาน 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภท เข้าใจและรู้ถึงอาการ / พฤติกรรมที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ 3. การติดตามอาการนำของการป่วยซ้ำโดยทีมผู้บำบัด ผู้ป่วย ครอบครัว และคนอื่น ๆ ที่ติดต่อกับผู้ป่วย 4. ให้ความรู้ทางคลินิกเกี่ยวกับ 24-48 ชม. เมื่อพบอาการนำของการป่วยซ้ำ ด้วยการเพิ่มความถี่ในการจัดการกับปัญหาวิกฤติให้ supportive therapy และอาจเพิ่มยาการรักษาหากจำเป็น โดยอาจเพิ่มยาต้านโรคจิต 20% ประมาณ 3-4 สัปดาห์ แล้วลดขนาด	ด้านผู้ป่วย 1) Relapse and Re-hospitalization พบว่า Relapse : กลุ่ม PRP มีอาการกำเริบ 17% และ กลุ่ม TUA มีอาการกำเริบ 34% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .01) - Re-hospitalization : กลุ่ม PRP มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 22% และ กลุ่ม TUA มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 39% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .03) 2) Early detection of the onset of the Relapse process - Detection with Full relapse : กลุ่ม PRP มี 4% และกลุ่ม TUA มี 35% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .008) - Detection with Full hospitalized : กลุ่ม PRP มี 8% และ กลุ่ม TUA มี 40% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = .01)

ตารางที่ 3 A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia (จำนวน 1 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย / รูปแบบที่ใช้ เปรียบเทียบ	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ลักษณะของการบำบัด	ระยะเวลาของการบำบัด / วิธีการบำบัดระยะเวลาติดตามผล	ผลลัพธ์
1. Herz et al., 2000 (ต่อ)	ครอบครัว - ไม่ปรากฏในงานรายงาน วิจัย			5. กลุ่มบำบัดแบบปรับระดับประคอง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 1 ชม. หรือ ทำการบำบัดรายบุคคลแบบปรับระดับประคองในรายที่ปฏิบัติตามการทำกลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง ๆ 30 – 45 นาที 6. การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัว เดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 6 เดือน และหลังจากนั้นเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 เดือน รวม 18 เดือน ติดตามประเมินผล 18 เดือน	3) Treatment participation (การเข้าร่วมการบำบัด) - การเข้าร่วมการบำบัดพบว่า กลุ่ม PRP ที่เข้า support group 59 % และเข้าร่วม support individual 41 % ซึ่งไม่มีความแตกต่างในเรื่องของ Relapse - กลุ่ม PRP เข้าร่วม Multiple Family Group 29% พบว่ามีผู้ป่วยครึ่งหนึ่งที่เมื่อการนำอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่ Relapse และ เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล - การบำบัดแบบ Single Family Session พบว่ากลุ่ม PRP เข้าร่วม 65% และกลุ่มTAU เข้าร่วม 54% มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .35$) 4) การใช้ยา antipsychotic กลุ่ม PRP ใช้ขนาดยา antipsychotic ลดลงกว่ากลุ่ม TAU ในขณะที่กลุ่ม TAU ใช้ขนาดยา antipsychotic เพิ่มขึ้น พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .05$)

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ ชื่อสกุล

นางนุชนาถ ชัยเจริญ

วันเดือนปีเกิด

11 พฤศจิกายน 2509

สถานที่เกิด

พังงา

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม, พ.ศ. 2532:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
กรุงเทพฯ

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหญิง 10
โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
โทร: 02-5250981 ต่อ 2251

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

69/221 มบ.เพชรไพรินทร์ เขตคลองสามวา กรุงเทพฯ
โทร: 081-4004726