

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัว
ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



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

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัว
ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

นางวิจิตรา ทองเกษม

ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

อาจารย์วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัว
ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2553

นางวิจิตรา ทองเกษม

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

นายธีระ ลีตานันทกิจ,
พ.บ.,ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

อาจารย์วิมลนันท์ พุฒินิซพงษ์,
D.N.S.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

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

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และอาจารย์ ดร. วิมลนันทน์ พุฒินิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ช่วยตรวจสอบและช่วยปรับข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการทำสารนิพนธ์นี้ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และนายแพทย์ ชีระ ลีลนันทกิจ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนสนับสนุนสำหรับการศึกษาในหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ก (ภาคพิเศษ) ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างศึกษา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนในการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบคุณ น.ส.ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวทองเกษมที่สนับสนุน และเป็นกำลังใจ ให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามเป้าหมายด้วยดี

วิจิตรา ทองเกษม

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOR STRESS REDUCTION IN FAMILIES HAVING A PATIENT WITH A FIRST – EPISODE PSYCHOSIS : EVIDENCE-BASED NURSING

วิจิตรา ทองเกษม 4836942 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ยาใจ สิริพิมมงคล, Ph.D. (Nursing), วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์, D.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก โดยการสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การระบุปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบกรอบแนวคิดของ PICO 3) ประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้และระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นงานวิจัยได้จากหลายฐานข้อมูล โดยใช้คำสำคัญ คือ first-episode psychosis, family caregiver, family intervention, psychoeducation, stress ผลการสืบค้นได้ผลงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trial 4 เรื่อง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือระดับ 2 งานวิจัย Quasi-experimental 1 เรื่อง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือระดับ 3 และงานวิจัย Cohort study 1 เรื่อง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือระดับ 4 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ประกอบด้วยคุณลักษณะและคุณสมบัติของผู้รับการบำบัดและผู้ให้การบำบัด กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของโปรแกรม จำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัด กระบวนการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับครอบครัวและ การประเมินผล

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นควรทำการศึกษาในร่องในคลินิกและประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เพื่อลดความเครียดทางด้านจิตใจของครอบครัวที่เป็นครอบครัวคนไทย

คำสำคัญ : โรคจิตที่ป่วยครั้งแรก / ครอบครัว / สุขภาพจิตศึกษา / ความเครียด /

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOR STRESS REDUCTION IN FAMILIES
HAVING A PATIENT WITH A FIRST – EPISODE PSYCHOSIS : EVIDENCE-
BASED NURSING

WIJITRA TONGKASEM 4836942 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : YAJAI SITTHIMONGKOL,
Ph.D., WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG, D.N.S.

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop a psychoeducation program that could effectively reduce stress in families of patients with first-episode psychosis. The method consisted of 1) identifying a clinical problem, 2) searching for evidence while following the PICO framework, 3) appraising the quality and the strength of the evidence, and 4) synthesizing the included evidence. Several databases were used to search through previous research. Key words used were first episode psychosis, family caregiver, family intervention, psychoeducation, and stress.

Six related studies were found. The studies were four randomized controlled trials at strength level II; one quasi-experimental study at strength level III and one cohort study at strength level IV. The information gained from this study helped in developing a psychoeducation program in order to reduce stress in families of patients with first-episode psychosis. The recommendations included characteristics and qualifications of clients and therapists, strategies for convincing clients to continuously participate in the program, an intervention model, times and duration of therapy, processes of the psychoeducation program, and evaluation.

This study was based on studies conducted in other countries and might not be applicable to Thai culture. Thus, a pilot project should be conducted in a clinical setting to evaluate the feasibility of psychoeducation programs for reducing psychological stress in families having a patient with first-episode psychosis in Thai families.

KEY WORDS: FIRST EPISODE PSYCHOSIS / FAMILY / PSYCHOEDUCATION /
STRESS / EVIDENCE-BASED NURSING

147 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	19
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	20
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	20
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	21
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	21
2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	23
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	26
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	26
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	29
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	35
3.4 ข้อเสนอแนะ	101
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	105
สรุปการศึกษา	105
ข้อเสนอแนะ	105
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	107
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	123
รายการอ้างอิง	142
ประวัติผู้ศึกษา	147

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์	30
2 ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์	36
3 ตารางสรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective table)	90

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Significance of Clinical Problem)

โรคจิต (Psychosis) เป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด กลุ่มโรคจิตที่สำคัญประกอบด้วย schizophrenia, delusional disorder, schizoaffective disorder, brief psychotic disorder, mood disorder with psychotic feature, โรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและโรคจิตที่เกิดจากสารต่างๆ หรือยา (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) จากการสำรวจผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากรแสนคนต่อปีของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2551 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 682.67, 572.34, 661.78, 581.48 และ 612.20 คนตามลำดับ (<http://www.plan.dmh.go.th/download/ict/8disease.xls>) ในกลุ่มโรคจิตนี้โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด จะพบได้สูงสุดประมาณร้อยละ 2-3 ของประชากร (ชูติชัย ปานปรีชา, 2546) และจากการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยโรคจิตใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค ตามเกณฑ์ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision) ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2551 พบว่ามีจำนวน 1,628, 1,625, 1,557, 1,555 และ 1,669 รายตามลำดับ (เวชระเบียนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา) ข้อมูลดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคจิตใหม่จำนวนมากใกล้เคียงกันทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตจะมีลักษณะของความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดไปจากคนทั่วไป เช่น มีความคิดผิดแปลกไปจากสภาพที่เป็นจริงโดยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อารมณ์ไม่เหมาะสมกับความนึกคิด ความเข้าใจและสภาพการรับรู้ความเป็นจริงเสียไป จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้ (อัมพร โอตระกูล, 2540) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคจิตจึงต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด บางครั้งต้องดูแลเป็นระยะเวลายาวนานหรือตลอดชีวิต ในปัจจุบันโรคจิตส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติทางปัจจัยทางด้านชีววิทยา (Biology) หลายๆ สาเหตุร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบสารเคมีในสมอง ระบบกายวิภาค และประสาทสรีรวิทยาของสมอง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มักพบว่า เริ่มเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006; กรมสุขภาพจิต, 2542) วัยนี้ในช่วงวัยที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาต่างๆ ได้ง่าย กล่าวคือ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากและรวดเร็วในทุก

ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความสับสนทางจิตใจและมีอารมณ์ที่อ่อนไหว ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงวัยที่มีการปรับตัวมากเช่นกัน ทั้งในด้านประกอบอาชีพ การมีครอบครัวใหม่ และความต้องการการยอมรับจากสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) ดังนั้นช่วงวัยดังกล่าวจึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตได้ง่าย หากถูกกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การเรียน การทำงาน การใช้สารเสพติดหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคม ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้ (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006)

ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First Episode Psychosis; FEP) หมายถึง ผู้ที่แสดงอาการทางจิตเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตนี้ถือเป็นการวินิจฉัยในเบื้องต้น ต้องใช้ระยะเวลาให้อาการของโรคดำเนินไปช่วงหนึ่งจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ชัดเจนว่าเป็นโรคจิตชนิดใด (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006) โรคจิตมีการดำเนินโรคพบได้ 2 ลักษณะคือ มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและความคิด ค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงของอาการผิดปกติขึ้นทีละน้อย ๆ ใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ครอบครัวถึงจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือพบอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สามารถรับรู้ได้ทันทีโดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ เป็นวันหรือสัปดาห์จนมีอาการรุนแรงอย่างชัดเจน (อำไพพนิชย์ สมานวงศ์ไทย, 2545) ในกลุ่มที่มีอาการแสดงค่อยเป็นค่อยไป จะปรากฏอาการ 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มแรกป่วย (Prodromal phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 5 ปี อาการคลุมเครือไม่ชัดเจน ญาติไม่รู้ว่าเริ่มป่วยแต่รับรู้ว่าคุณป่วยมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เช่น แยกตัว ขาดความสนใจในการเรียนการงาน ต่อมาเป็นระยะแสดงอาการทางจิต (Acute phase) ผู้ป่วยจะค่อยๆ แสดงอาการทางจิตออกมาอย่างชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ จนแสดงอาการทางจิตเต็มที่ คือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน เกิดความกลัว ขาดการตระหนักรู้ใส่ใจดูแลตนเอง ไม่รู้ว่าตนเองป่วย และไม่ยอมรับการช่วยเหลือหรือรักษา ซึ่งทำให้ได้ไม่ได้รับการรักษาซ้ำ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ปี อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนครอบครัวไม่สามารถดูแลต่อไปได้จำเป็นต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล สุดท้ายเป็นระยะฟื้นตัว (Recovery phase) ซึ่งต้องใช้เวลารักษาเฉลี่ยนานเป็นเดือน จนอาการทางจิตต่างๆ ทุกอย่าง ซึ่งการดำเนินโรคในแต่ละระยะจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Häfner, 2000; Massachusetts General Hospital, 2004; Thompson, McGorry, & Harrigan, 2001)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เนื่องจากส่วนมากเริ่มป่วยครั้งแรกในช่วงอายุประมาณ 14 - 35 ปี ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาสำคัญ ด้วยเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาทุกๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการต่างๆ ดังกล่าว (Askey, Gamble, & Gray, 2007; Shiers & Lester, 2004) จากการศึกษาของเคสฮาเวน (Keshavan, 2005) ที่ติดตามผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกในช่วงย่างเข้าวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นโรคจิตเภทพบว่ามีความผิดปกติของพัฒนาการทางสมอง มี cerebral ventricles กว้างขึ้น เซลประสาท grey

matter ลดลง นอกจากนี้รายงานการศึกษาของ พัทรี ยุทธพัฒน์พร (2543) ในระยะเวลา 5 ปี หลังป่วยครั้งแรกของโรคจิตเภทในเด็ก พบว่าการป่วยซ้ำในแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการรักษาเพิ่มขึ้นทุกครั้งที่ป่วย และเกิดความเสี่ยงต่อการด้านการรักษาเพิ่มสูงขึ้น เกิดกระบวนการสูญเสียของสมองตามช่วงที่เกิดอาการทางจิตในแต่ละครั้ง (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยในช่วง 5 ปีแรกนี้หากผู้ป่วยถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ในด้านการทำหน้าที่ต่างๆ ตามบทบาทของตนเองเสียไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียนรู้ การทำงาน การใช้ชีวิตครอบครัว และเกิดความเสื่อมถอยทางด้านบุคลิกภาพ (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) นอกจากนี้พบว่าประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกมีการพยายามฆ่าตัวตาย (The Department of Health cited in Askey, Gamble, Gray, 2007; McGorry, Edward, & Yung, 2005) หรือบางรายไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติด จนต้องกลับเข้ารับการรักษานุกูลในโรงพยาบาล (Malla & Payne, 2005)

จากผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วที่สุดตั้งแต่เริ่มป่วยในระยะแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดการสูญเสียที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูได้เร็ว การทำนายโรคจิต จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทและทักษะทางสังคม เนื่องจากสมองและพฤติกรรมยังไม่เสื่อมมากนัก (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998) อีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ เป็นการหยุดยั้งกระบวนการที่ทำให้สมองของผู้ป่วยผิดปกติมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่เจ็บป่วยเมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตทุเลา ยังคงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาซึ่งถือเป็นการรักษาหลัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตถ้าไม่มีอาการกำเริบต้องรับประทานยาต่อเนื่องจนครบ 1 ปี จึงสามารถหยุดยาได้ มิเช่นนั้น อาการอาจจะกำเริบได้ง่ายและกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ด้วยผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกมีความตระหนักในตนเอง (awareness) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ป่วยมานานแล้ว (Thompson et al., 2001) และมักไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยขาดการใส่ใจดูแลตนเอง ไม่ยอมรับประทานยา ทำให้ขาดยาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกจำเป็นต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอาการสงบและกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาโรคทางจิต การเฝ้าสังเกตอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์และการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น บุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการบทบาทหน้าที่เหล่านี้ก็คือ ครอบครัวของผู้ป่วยนั่นเอง ด้วยครอบครัวและผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตและมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ทั้งทางอารมณ์และจิตใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งสนับสนุนให้กำลังใจ สนับสนุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยผู้ป่วยในการคิดและคลี่คลายปัญหา รวมทั้งเป็นที่พึ่งพาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545)

การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากจะเป็นเครือญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโดยสายเลือด เช่น บิดา-มารดา คู่สมรส พี่น้อง ปู่ย่า ตายายและบุตร เป็นต้น และพบไม่มากที่เป็นเพื่อน ในประเทศแคนาดาพบผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกอยู่กับครอบครัวประมาณร้อยละ 85 (Addington, McCleery, & Addington, 2005) ประเทศจีนพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95 (Zhang, Wang, Li, & Phillips, 1994) ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ในภาพรวม ผู้ศึกษาจึงได้สำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ช่วงปี 2551 จำนวน 436 ราย พบว่าผู้ป่วยกลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวถึงร้อยละ 96 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย จึงนับได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญกับผู้ป่วยมากที่สุด การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากและยิ่งไปกว่านั้นการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก จะเกิดผลดีกว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในภายหลัง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เพราะในระยะแรกครอบครัวยังมีความรู้สึกที่ดีๆ กับผู้ป่วยอยู่ จากการศึกษาของวารุณี ตั้งเสรี, ธนาพร อรุณเกียรติกุล, กุศลา พลนุรักษ์และเครือวัลย์ ชาญนุวงศ์ (2538) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกมีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งต่อมา มาเนื่องจากครอบครัวยังมีความรัก ความผูกพันห่วงใยต่อผู้ป่วย มีความหวังว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะหายเป็นปกติและที่สำคัญระยะเวลาที่ญาติต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยยังอยู่ในระยะสั้น ความรู้สึกในทางลบจึงยังไม่ทันเกิดขึ้นชัดเจน อย่างไรก็ตามการที่มีบุคคลในครอบครัวต้องป่วยด้วยโรคจิตและเมื่อเกิดอาการทางจิตอย่างรุนแรง เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนถือได้ว่าเป็นช่วงวิกฤติของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และด้วยความรัก ความห่วงใยผู้ป่วย และจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของบุคคลในครอบครัวอย่างมากมาย ซึ่งเป็นความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก มีงานวิจัยที่รายงานผลกระทบต่างๆ ไว้ดังนี้

ผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัว คูเปอร์และรูน (Kuipers & Raune, 2000) ได้ทบทวนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยในครั้งแรก พบว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิต เริ่มแรกผู้ดูแล จะรู้สึกงุนงง ต่อมาจะปฏิเสธ เกิดความวิตกกังวล และตกใจมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลยังมีความโกรธ ผิดหวัง คับข้องใจ อับอาย ห่วงใยเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ผู้ดูแลบางคนลดการเข้าสังคมจนถึงขั้นแยกตัวและเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ด้วยความรู้สึกของคนทั่วไปยังคงรู้สึกหวาดกลัวต่อคนเป็นโรคจิต เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศไทยของเวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญและเปรมฤทัย ศรีจันทร์หาล้า (2544) ที่

สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 14 คน พบว่าในระยะแรกที่ญาติทราบอาการและสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย ญาติจะเกิดความรู้สึกสับสน มีความเครียดสูง วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การทำงาน ค่าใช้จ่าย และตกใจทำอะไรไม่ถูก ไม่คาดคิดว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับตน มีความสงสาร และกลัวผู้ป่วยจะไม่หาย ทำนองเดียวกับการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มารักษาดัว เป็นผู้ป่วยในอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 10 รายในปี 2551 ของผู้ศึกษาพบว่า ญาติเกือบทุกคนที่พาผู้ป่วยมารักษาครั้งแรก จะมีความเสียใจ กังวลใจ ตกใจ ด้วยสาเหตุว่าไม่เคยรู้จักโรคจิต สงสัยว่าจะรักษาหายหรือไม่ จะรักษาดูแลอย่างไร และมีผลต่ออนาคตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวมีความทุกข์ ความเศร้าโศก และความกลัวเกิดขึ้น เช่น เมื่อได้รับรู้ว่าผู้ป่วยถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิต การถูกตำหนิจากแพทย์ การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีโดยแพทย์ไม่ได้ปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยมีอาการตัวแข็งทื่อซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยาที่รักษาอาการทางจิต และจากการที่ถูกผู้ป่วยกล่าวโทษหรือโกรธครอบครัวที่พามาโรงพยาบาล (McGorry et al., 2005) ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจครอบครัวอย่างมาก

จากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ดังกล่าวข้างต้น พบว่าหากครอบครัวไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา อาทิ มีความกังวลและความเครียดในระดับสูง และมีความเศร้าร่วมกับวิตกกังวลในอัตราสูงถึงสามเท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987 cited in Kuipers & Raune, 2000) แอ็ดคิงตัน และคณะ (Addington, Coldham, Jones, Ko, & Addington, 2003; Addington et al., 2005) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกในประเทศแคนาดา ได้ประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว พบว่าครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อประเมินความผาสุกของครอบครัว พบว่าครอบครัวเผชิญกับความทุกข์และความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงรวมกันมากกว่าร้อยละ 40 โดยความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ความทุกข์หรือความเครียดของครอบครัวที่เกิดขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลกระทบจากอาการป่วยมากกว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จำนวน 40 คนในประเทศอังกฤษ พบว่า อาการป่วยที่ทำให้ครอบครัวเป็นทุกข์นั้น มาจากอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน เกิดความขุ่นเคืองใจ การทำอะไรไม่คิด ไม่มีจุดหมาย ลักษณะคลุมเครือ แสดงการต่อต้าน และมีพฤติกรรมแปลกๆ ต่อมาโมและคณะ (Mo et al., 2008) ได้ศึกษาในทำนองเดียวกัน กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จำนวน 139 คนในฮ่องกง พบว่าความทุกข์ของผู้ดูแลมาจากอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเช่นกัน อาการทางลบของผู้ป่วยและประสบการณ์ทางลบของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความเครียดที่เกิดขึ้น และการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่มากขึ้นของผู้ป่วย

นอกจากนี้เทนนาทูนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก กับความทุกข์หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยสอบถามปัญหาของผู้ดูแล ด้วยแบบประเมิน Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) เกี่ยวกับ ความกังวล (Worrying) ความตึงเครียด (Tension) การควบคุมดูแล (Supervision) และการเตือนตัว (Urging) และสอบถามความทุกข์หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ด้วยแบบประเมิน Experience of Caregiving Inventory (ECI) เกี่ยวกับอาการทางลบ พฤติกรรมที่มีปัญหา ผลกระทบของอาการป่วยที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ความต้องการสนับสนุนทางการเงินและผลกระทบทางการเงินที่เกิดขึ้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรักษา ผลการวิจัย พบว่าความกังวลสูง (Worrying) ของผู้ดูแลสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลได้รายงานว่า มีความกังวลที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสในด้านต่างๆ ทั้งในด้านการเรียน การทำงาน กล่าวหาตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น หวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากอาการป่วยของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเกิดความแตกแยก หรือส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่เป็นเด็กและต่อเหตุการณ์พิเศษๆ ที่เคยมีในครอบครัวและมีความกังวลว่าผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรถ้าต้องไปอยู่กับผู้อื่น ส่วนความตึงเครียด (Tension) ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูญเสียโอกาสของผู้ป่วย และการควบคุมดูแล (Supervision) ผู้ป่วยในเรื่อง การรับประทานยา การนอนหลับ และการระมัดระวังพฤติกรรมที่เป็นอันตรายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องมีความเตือนตัว (Urging) ร่วมกับการควบคุมดูแล (Supervision) ผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ การควบคุมดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบใช้อารมณ์ ผู้ดูแลที่อยู่รวมบ้านเดียวกับผู้ป่วยมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และจากผลการติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยใน 1 ปีต่อมา พบว่าผู้ดูแลยังมีความรู้สึกว่าเป็นภาระ (Burden) อย่างมาก ถ้าหากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยยังคงอยู่

จากผลกระทบทางด้านจิตใจของครอบครัวที่เกิดขึ้นนั้น แต่ละครอบครัวจะได้รับผลกระทบแตกต่างกันไป มีบางครอบครัวได้รับผลกระทบที่รุนแรงจนเกิดอาการทางจิตเวช ดังเช่นการศึกษาของ The Scottish schizophrenia research group (1987) ที่ประเมินภาวะสุขภาพจิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกจำนวน 31 คน พบครอบครัวมีอาการทางจิตเวชถึง 77% โดยครอบครัวเกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย ขณะที่การศึกษาของ เทนนาทูนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน พบว่าผู้ดูแลมีอาการทางจิตเวช เพียง 12% โดยผลที่แตกต่างกันนี้ แมคคราดี (McCreadie) สมาชิกในทีม The Scottish schizophrenia research group ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยทั้งสองว่ามีช่วงระยะเวลาห่างกัน 13 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ.1987 - ค.ศ. 2000) และ The Scottish schizophrenia research group ได้ทำการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่

สัปดาห์แรกนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้า Admit ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านโรคจิต ขณะที่เพนนาทอนและคณะให้ระยะเวลาป่วยก่อนได้รับการรักษานานถึง 2 ปีและได้รับยาต้านโรคจิตมาแล้วถึง 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปได้ว่าครอบครัวจะเกิดการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้มากกว่า หรือจากความคิดเห็นของผู้ศึกษา ระยะเวลาป่วยที่นานกว่ารวมทั้งผู้ป่วยได้รับยาการรักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับผลกระทบน้อยลง หรือด้วยความเจริญทางเทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ ทำให้ครอบครัวสามารถ ค้นหาข้อมูล ความรู้ต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ The Scottish schizophrenia research group ได้รายงานผลภายหลังติดตาม 5 ปีหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกแล้ว พบว่าอาการทางจิตเวชของครอบครัวลดลงเหลือร้อยละ 43 % (The Scottish schizophrenia research group , 1992)

นอกจากผลกระทบทางด้านจิตใจดังกล่าวแล้ว การที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของครอบครัวทำให้ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง (High Expressed Emotion, High EE) ซึ่งพบได้ 3 ลักษณะ คือการแสดงพฤติกรรมที่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย (Criticism) ทำให้การแสดงออกไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย (Hostility) หรือแสดงความผูกพันผู้ป่วยมากเกินไป (Over-involvement) (Askey et al., 2007; McNab, Haslam, & Burnett, 2006) มีงานวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จากร้อยละ 44 (Raunne, Kuipers, & Bebbington, 2004) 48.5 (Stirling et al., 1993) 52.1 (Nugter, Dingemans, Van der Does, Linszen, & Gersons, 1997) ถึงร้อยละ 60 (Patterson, Birchwood, & Cochrane, 2005) โดยที่ รุนเนและคณะ (Raunne et al., 2004) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร่วมกับการใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงปัญหา มีความรู้สึกเป็นภาระทางจิตใจสูง และมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อยลง นอกจากนี้ แพทเตอร์สันและคณะ (Patterson et al., 2005) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกจำนวน 50 คน ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกเป็นภาระ การแสดงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการแสดงพฤติกรรมที่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่าความรู้สึกเป็นภาระทางด้านจิตใจของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสูญเสียแต่ไม่มี ความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล แต่ความรู้สึกสูญเสียของผู้ป่วยและของญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไปในระดับสูง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพบว่าสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ฮินริชเสนและไลเบอร์แมน (Hinrichsen & Lieberman, 1999) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ได้ระบุตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของครอบครัวได้แก่ 1) ความรู้สึกเป็นภาระ (Feeling of burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วย 2) การแสดงออกไม่ยอมรับผู้ป่วย (Patient rejection) โดยวัดจากความรู้สึกรักและการยอมรับผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ การปฏิเสธผู้ป่วยและความคาดหวังของครอบครัว และ3)

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย (Psychiatric Symptom) เช่น ความซึมเศร้า ความกังวล และ ความไม่เป็นมิตร เป็นต้น หลังจากสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักจำนวน 63 คน ตามตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัว พบว่า ผลคะแนนที่ได้ทั้ง 3 ตัวชี้วัดส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ และคุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับตัวชี้วัดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ของสมาชิกของครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามมีบางครอบครัว (14.3%) ที่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง และตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวในการปรับเปลี่ยนอารมณ์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และครอบครัวที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อำนาจหรือใช้เหตุผลในการจัดการกับอาการผู้ป่วยและทางบวกกับสภาพจิตใจของครอบครัว

จากการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นผลกระทบที่ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนสะท้อนถึงอาการแสดงออกของความเครียด ซึ่งบุคคลทั่วไปสามารถแสดงอาการของความเครียดได้ 4 รูปแบบ คือ อาการทางอารมณ์ (Emotive symptoms) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความหวาดหวั่น ความหงุดหงิด ความซึมเศร้า เป็นต้น อาการทางการรู้คิด (Cognitive symptoms) เป็นอาการทางจิตใจที่สัมพันธ์กับความเครียด เช่น การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ กังวลใจหลงลืม งุนงงสับสน เป็นต้น อาการทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) เช่น การหลีกเลี่ยง การผัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวจากเพื่อนฝูง และครอบครัวและไม่ไปโรงเรียน และอาการทางร่างกาย (Physical symptoms) เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น (จำลอง ดิษยณิษและพริ้มเพรา ดิษยณิษ, 2545) ซึ่งอาการแสดงออกข้างต้น ล้วนแล้วแต่เป็นความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้ทั้งสิ้น

ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถึงภาวะความเครียดของครอบครัว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความเครียด (Stress) ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง สามารถนำมาอธิบายความหมายของความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียด การเผชิญกับความเครียดและผลการปรับตัวของบุคคล ได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ครอบคลุมบริบทด้านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วย และด้านบุคคลที่เป็นครอบครัวของผู้ป่วยเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้นิยามเกี่ยวกับ ความเครียด (Stress) ไว้ว่า ความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลนั้น ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพและเกินขีดความสามารถของตนเอง หรือนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อความผาสุกของตนเอง โดยความเครียดที่เกิดขึ้น จะต้องมาจากการประเมินตัดสินเหตุการณ์ (Cognitive appraisal) ที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้นว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายที่ส่งผล

กระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ การประเมินตัดสินเหตุการณ์สามารถแบ่งได้ 3 รูปแบบ ได้แก่

- 1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นๆ ว่าส่งผลกระทบต่อความผาสุกของตนเองหรือไม่ ซึ่งบุคคลจะพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ใน 3 ลักษณะ คือ ไม่มีความสัมพันธ์ (Irrelevant) ส่งผลกระทบใดๆ ต่อตนเองเลย หรือมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (Being-positive) เกิดความผาสุกหรือเป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือเกิดเป็นความเครียด (Stress) ซึ่งจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวหรือนำมาใช้เกินกว่าของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยที่บุคคลจะประเมินเหตุการณ์นั้นเป็น 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือเกิดความสูญเสีย (Harm or Loss) เกิดการคุกคาม (Threat) หรือ เกิดความท้าทาย (Challenge)
- 2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งการประเมินทั้ง 2 ลักษณะไม่จำเป็นต้องประเมินแบบใดก่อนหลัง
- 3) การประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นการประเมินใหม่ (Reappraisal) อีกครั้งหลังจากได้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติมเข้ามาใหม่เพื่อทำให้ความเครียดลดลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดของบุคคลมีอยู่ 2 ปัจจัย (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) และ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)

- 1) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) หมายถึง เหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถทำนายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจประเมินเป็นการคุกคามต่อตนเอง หรือเป็นความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียอย่างมาก หรือ เหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่ใจ บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะสามารถควบคุมหรือหาวิธีการที่เหมาะสมจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้
- 2) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย **ความเชื่อของบุคคล** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองจะสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้และเป็นประโยชน์กับตนเองได้หรือไม่ ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดในลักษณะท้าทาย (Challenge) ทำให้เกิดขวัญกำลังใจขึ้นมา แต่หากเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดในลักษณะที่เป็นอันตรายหรือเกิดความสูญเสีย (Harm or Loss) หรือเป็นภัยคุกคาม (Threat) ที่เกิดขึ้นต่อบุคคล **ความผูกพัน (Commitment)** หมายถึง การที่บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีความผูกพันหรือสำคัญมาก ยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองมากตามไปด้วย และเป็นแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น

สติปัญญา (Intellectual) ของบุคคล หมายถึง บุคคลที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง หาวิธีแก้ปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีสติปัญญาดำกว่า จึงทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่า

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องระหว่างความพยายามทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดซึ่งจะถูกประเมินว่าใช้แหล่ง

ประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ 1) การเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ที่ปัญหา (Problem-focused coping) เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยพยายามจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดหรือจัดการกับตนเองเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น 2) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นการจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้มีขวัญกำลังใจ สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ ซึ่งการจัดการกับความเครียดนี้บุคคลทั่วไปจะใช้ทั้ง 2 ลักษณะ ผสมผสานกันในการเผชิญกับปัญหา การที่บุคคลจะเผชิญความเครียดได้ดี บุคคลนั้นต้องรู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยวิธีการเผชิญกับความเครียด (Coping model) มีอยู่ 5 วิธี คือ 1) การแสวงหาข้อมูล เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหา เพื่อหาทางแก้ไข 2) การกระทำโดยตรง เป็นการลงมือปฏิบัติ เพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด 3) การหยุดยั้งการกระทำ ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง

5) การทำงานของจิต เป็น กระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ หรือเก็บกด เป็นต้น (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การเผชิญความเครียดของบุคคลจะใช้วิธีไหนหรือได้ผลดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและกำลังความสามารถของบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้อุบัติการณ์สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ดีมีประสิทธิภาพ 2) ความเชื่อในทางบวก หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ จะเป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามในการเผชิญความเครียด 3) ทักษะในการแก้ปัญหา หมายถึงบุคคลที่มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี จะสามารถใช้ความคิดที่มีเหตุผลและแสวงหาข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาได้ดี 4) ทักษะทางสังคม หมายถึงความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งความสามารถขอความร่วมมือสนับสนุน ซึ่งจะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาได้ดี 5) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่น รวมทั้งครอบครัว แบ่งได้ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนในเรื่องวัตถุและการบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาและ 6) แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ หมายถึงการมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด จะช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ผลของการปรับตัว (Adaptation outcome) เป็นผลของการประเมินตัดสินสถานการณ์ และการเผชิญความเครียดของบุคคลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากผลลัพธ์ของการปรับตัวของ

บุคคล ซึ่งแสดงออกได้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม โดยบุคคลสามารถรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี 2) ด้านขวัญและกำลังใจ เป็นอารมณ์ที่เกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลระยะสั้น คือสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ 3) ด้านภาวะสุขภาพกาย (Somatic health) การประเมินคัดค้านและการเผชิญความเครียดจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆ ส่งผลเสียต่อสุขภาพเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยได้ (Selye, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

จากแนวคิดของลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้น มาจากเหตุการณ์ที่มากระทบความผาสุกของตนเองโดยประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตรายก่อให้เกิดความสูญเสีย หรือเป็นความท้าทาย ซึ่งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการประเมินของบุคคล โดยทั้ง 2 ปัจจัยจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งและกันต้องพิจารณาควบคู่กันไป และเมื่อบุคคลเกิดความเครียด บุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นให้ลดลง ซึ่งการเผชิญความเครียดมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การเผชิญกับความเครียดโดยมุ่งแก้ที่ปัญหา และโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งบุคคลมักใช้ทั้ง 2 ลักษณะผสมผสานกัน โดยวิธีการเผชิญกับความเครียดมีอยู่ 5 วิธี ได้แก่ การหาข้อมูลมาแก้ไข การลงมือปฏิบัติ การไม่ทำอะไร การหาแหล่งช่วยเหลือ และการใช้กลไกทางจิต ซึ่งบุคคลจะใช้วิธีไหนหรือได้ผลดีเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปรับตัวของบุคคลจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ พิจารณาได้จาก การทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ขวัญและกำลังใจความพึงพอใจในการกระทำของตนและภาวะสุขภาพทางกายที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายที่มีต่อความเครียดที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกทั้งในประเทศและต่างประเทศ การที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตทำให้ครอบครัวต้องพบกับความทุกข์ ความเครียดหรือภาระทางจิตใจ ต้องปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย รูปแบบการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกับครอบครัวของลาซารัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยด้านเหตุการณ์ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเป็นครั้งแรก ครอบครัวประเมินว่าเป็นเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นสิ่งใหม่ ครอบครัวไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น โรคนี้คืออะไร สาเหตุมาจากไหน จะรักษาอย่างไร โรคนี้จะเป็นอีก

หรือไม่ จะบอกคนอื่นว่าเป็นอะไร และจะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006) และจากการศึกษาของ ชอร์ (Shore, 2006 cited in Askey et. al., 2007) ที่พบว่าภาวะการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่มั่นใจ จากการที่ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในระยะของอาการทางจิตอย่างจำกัด และไม่รู้ว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ทำให้ครอบครัวรู้สึกสิ้นหวัง และอัดอั้น และในทำนองเดียวกันงานวิจัยฉบับอื่นก็แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวประเมินสถานการณ์การมีผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในครอบครัวว่า เป็นเหตุการณ์ใหม่ที่มีรุนแรง ลูกถาม และสูญเสีย ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Kuipers & Raune, 2000; เวทีนี้ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, & เอ็มหทัย ศรีจันทร์หิรัญ, 2544)

2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บทบาท สถานภาพ อาชีพและเชื้อชาติ ซึ่งจะพบได้จากการศึกษาของ เทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกมักเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย อายุโดยเฉลี่ย 25 ปี ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้หญิงมากกว่าเป็นผู้ชาย และผู้ดูแลที่เป็นหญิง จะได้รับผลกระทบที่ทำให้เกิดความทุกข์สูงมากกว่าผู้ดูแลเป็นชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) โดยที่เป็นความทุกข์เกี่ยวกับ อาการป่วยของผู้ป่วย อาการป่วยที่ส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์สำคัญๆ ในครอบครัว การป่วยทำให้ครอบครัวแตกแยก และ ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยในสมาชิกครอบครัว และมีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกส่วนใหญ่มักจะเป็นบิดามารดาซึ่งพบได้สูง เช่นพบได้ 70% (Tennakoon et al., 2000) 73% (Jeppesen et al., 2005) และ 91% (Mo et al., 2008) เป็นต้น ซึ่งบิดามารดาจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ด้วยไม่สามารถบอกใครได้ เกี่ยวกับอาการป่วย ไม่อยากให้ใครมาที่บ้าน ด้วยมีความรู้สึกต่ออาการป่วยและไม่รู้จะอธิบายอย่างไรกับการเจ็บป่วยนี้แก่ผู้อื่น (Tennakoon et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของโมและคณะ (Mo, Chung, Wong, Chun, Wong & Chan, 2008) ที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากกว่า ซึ่งเป็นผู้หญิง และเป็นมารดา จะเกิดความรู้สึกว่าเป็นตราบาปมากกว่าผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) และผู้ดูแลที่เป็นโสดจะรับรู้ถึงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่แต่งงานแล้ว

ในทำนองเดียวกับการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกของเอ็ดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2003) พบว่า มารดาของผู้ป่วยเกิดผลกระทบจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากอาการทางลบและความสูญเสียที่เกิดขึ้นมากกว่าคู่สมรสของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทเป็นสามีภรรยา เป็นบิดามารดา ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกจะมีการปรับตัวทางสังคมสูงกว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลาน (The scottish schizophrenia research group, 1987) นอกจากนี้ เทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ได้ศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่หย่าร้างมีความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลที่แต่งงานแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ดูแลที่มีอาชีพชำนาญการเช่น แพทย์ นักกฎหมาย จะมีความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่าอาชีพงานช่างฝีมือที่เป็นลูกจ้าง คนขับรถเมล์ ช่าง

ไม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.4$) ส่วนปัจจัยทางด้านเชื้อชาติที่แตกต่างกันจะเกิดผลกระทบที่แตกต่างกันด้วย จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกของไรเดอร์และคณะ (Ryder, Bean, & Dion, 2000) พบว่า ผู้ดูแลชาวจีนจะมีความรู้สึกเป็นครอบครัวมากกว่า ผู้ดูแลชาวยุโรปและแคนาดา

3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ อายุเริ่มป่วย อายุที่กำลังป่วย การทำหน้าที่ การทำงาน ประวัติครอบครัว ระยะการป่วย อาการ คุณภาพชีวิต ซึ่งจะพบได้จากรายงานการศึกษาของแอ็ดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2003) ที่ว่า โรคจิตถ้าเริ่มป่วยในผู้ที่อายุน้อยหรือมีปัญหาในการทำหน้าที่ (ongoing function difficulties) ก็ยิ่งเพิ่มระดับความทุกข์ใจให้ครอบครัวมากขึ้น ความทุกข์ที่เกิดขึ้นนี้สัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และจากประสบการณ์ที่ยู่ยากในการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุที่เริ่มป่วย (Age onset) อายุที่กำลังป่วย (Age) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการทำหน้าที่ (Premorbid functioning) อาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Postive symptoms) ของผู้ป่วย ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความผาสุกของครอบครัวพบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุของผู้ป่วยที่เริ่มป่วย (Age onset) อายุที่กำลังป่วย (Age) ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้และประสบการณ์ครอบครัว (ECI) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของโมและคณะ (Mo et al., 2008) พบว่าประสบการณ์ที่ไม่ดีของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ ระยะเวลาการป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ประวัติทำร้ายตนเอง มีอาการทางบวกและมีอาการทางลบ และครอบครัวจะมีประสบการณ์ที่ติดต่อกับผู้ป่วยที่เป็นเหตุ

จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกจำนวน 40 ราย ของเทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ซึ่งได้สอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเผชิญความเครียด (Coping style) ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 4 วิธี คือ การใช้การกระทำ (Practical coping strategy) การใช้อารมณ์ (Emotional coping strategy) การวางเฉยไม่สนใจ (Detachment coping strategy) และการใช้ความเชื่อส่วนตัว (Spiritual coping strategy) พบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสัมพันธ์กับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความทุกข์ (Distress) ที่ได้รับจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการใช้อารมณ์ ($p<0.001$) และการใช้การกระทำในการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ($p=0.02$) กับอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้อารมณ์ของผู้ดูแลยังสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมดูแลผู้ป่วย (Supervision) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เกี่ยวกับการรับประทานยา การนอนหลับ และการสังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยง

อันตราย และผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ความเชื่อส่วนตัวในการเผชิญกับตราบาที่เกิดขึ้นของตนเอง ($p=0.01$) นอกจากนี้ ยังพบว่าครอบครัวที่ไม่สามารถเผชิญกับความเครียดหรือไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะได้รับผลกระทบหรือเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคมของครอบครัวดังกล่าวข้างต้น

จากปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดดังที่กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นว่าเมื่อครอบครัวได้รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวอันเป็นที่รักต้องป่วยด้วยโรคร้าย และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อได้รับรู้ต่อไปว่าโรคร้ายสามารถกลับเป็นซ้ำได้ สถานการณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความทุกข์กังวล ความเครียด เกิดภาระทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ วงจรการใช้ชีวิตประจำวันต้องเปลี่ยนแปลงไป และส่วนใหญ่อาการป่วยทางจิตที่เป็นครั้งแรกมักเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยอายุยังน้อย ยิ่งครอบครัวมีความผูกพันรักใคร่มากยิ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น เกิดความรู้สึกทางลบมากมาย มีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติและพยายามที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด แต่ด้วยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวังเนื่องจากเกินกว่ากำลังที่ตนเองมีอยู่ในขณะนั้น รวมทั้งปัจจัยส่วนตัวด้านอายุที่มากขึ้น อาชีพหรือเชื้อชาติของผู้ดูแล ที่บ่งบอกความพร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้นเพียงใด นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นยังมาจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองที่ป่วยตั้งแต่อายุยังน้อย มีอาการทางจิตที่รุนแรง การทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่องสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเครียดให้ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ด้วยปัญหามากมายเหล่านี้เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องเผชิญไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งแต่ละครอบครัวใช้วิธีการเผชิญความเครียดต่อปัญหาที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกันไป มีทั้งแบบใช้อารมณ์ ใช้การกระทำ ใช้การวางเฉยไม่สนใจ หรือใช้ความเชื่อหรือความศรัทธาส่วนตัว เป็นต้น และถ้าครอบครัวยังไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม โดยครอบครัวยังคงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง มีความเครียดคงอยู่ยาวนานหรือมากขึ้นและไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องด้วยแล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ โอกาสเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำจึงมีสูง

ดังนั้นเพื่อให้ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคร้ายครั้งแรกลดลง ครอบครัวสามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และกลับมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ก่อนอื่นควรได้รับความต้องการของครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เพื่อสนองตอบต่อความต้องการหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจริงของครอบครัว อันเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคร้ายที่ป่วยครั้งแรกที่รับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเทพฯ พบว่า ครอบครัวมีความคาดหวังว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วจะมีการดีขึ้น มีโอกาสหาย กลับมามีสติเหมือนเดิม สามารถทำงานได้ อยู่กับครอบครัวและเข้าสังคมได้อย่างปกติ สำหรับความต้องการของญาตินั้น ญาติต้องการทราบเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ต้องการทราบวิธีการดูแล

รักษา ต้องการการปรึกษาปัญหา ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ สอดคล้องกับงานศึกษาของ แอดดิงตันและคณะ (Addington, Addington, Jones, & Ko, 2001) ที่พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต ครอบครัวพบกับความเศร้า (Grief) และความเครียด (Stress) ในระยะต่อมาครอบครัวต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีการจัดการและการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อป้องกันปัญหาในระยะยาว และต้องการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ระหว่างการรักษา การฟื้นตัว ซึ่งความต้องการเหล่านี้ควรได้รับการตอบสนอง และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบ ซึ่งเป็นช่วงระยะการฟื้นตัวของผู้ป่วยแต่ครอบครัวยังคงต้องปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ครอบครัวควรได้รับทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ วิธีการเผชิญปัญหา การสังเกตและรายงานข้อมูลที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการฟื้นหาย และอาการเตือนตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งเรื่องเหล่านี้ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยในระยะแรก

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับวิธีที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก พบว่า ในปัจจุบันได้นำสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducational) มาช่วยในการลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (Addington et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; Levy et al., 2004; Mullen, Murray, & Happell, 2002; So et al., 2006; Zhang et al., 1994) โดยไรเดอร์ (Ryder, 2000) ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ว่าเป็นกระบวนการในการทำงานของบุคคลทางสุขภาพจิตร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบำบัดรักษาผู้ป่วย เทคนิคการเผชิญปัญหาของครอบครัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือกับครอบครัว ภายใต้แนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีความรู้ก็จะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น โดยวัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดความเครียด ความกังวลของครอบครัว ลดระยะเวลาในการรักษาและยืดช่วงระยะเวลาก่อนอาการกำเริบของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมองว่าครอบครัวเป็นผู้ร่วมบำบัดรักษาที่สำคัญ เน้นให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิถีปฏิบัติต่อผู้ป่วย และวิธีการดูแลตนเอง มุ่งให้นำความรู้ไปใช้ได้จริง ให้สามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยให้เหมาะสม ได้รับการฝึกให้รู้จักจัดการกับอาการในภาวะวิกฤติหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย และวิธีแก้ปัญหาดังกล่าว เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านกับครอบครัว ซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวมีความเครียดสูง

จากการทบทวนงานวิจัยกว่า 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พบว่านักวิชาการทางสุขภาพจิตหลายประเทศทั่วโลกมีความตื่นตัว ในการหาแนวทางให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยครั้งแรก เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว และให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจใน

เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเครียดในครอบครัว โดยใช้การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ที่ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นหลักกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก โดยโปรแกรมการบำบัดครอบครัวนี้ได้รับการทดสอบประสิทธิภาพมาแล้วเป็นอย่างดี ลักษณะของโปรแกรมเหล่านี้มีความแตกต่างกัน ตามแนวคิดที่ใช้ได้ผลดีกับกลุ่มครอบครัวที่แต่ละงานวิจัยนำมาปรับใช้ เช่น ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มครอบครัวของแมคฟาร์แลนและคณะ (McFarlane et al., 1995) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มครอบครัว (Multiple-Family Groups , MFG) เปรียบเทียบกับการให้แบบครอบครัวเดียวในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มครอบครัวให้ผลในการลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยในระยะเวลา 2 ปีได้ดีกว่าแบบครอบครัวเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่บางงานวิจัยก็ได้แนวคิดมาจากการศึกษารวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นจริง จากประสบการณ์จริงของครอบครัว มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมที่ให้การบำบัดครอบครัวมีดังต่อไปนี้

1) โปรแกรม Family Intervention ของ Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC) ประเทศออสเตรเลีย ศูนย์นี้ให้บริการ 24 ชั่วโมง โดยมีการแบ่งหน้าที่ออกเป็นหลายทีม ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัวทั้งแบบกลุ่มและรายครอบครัว มูลลินและคณะ (Mullen, Murray, & Happell, 2002) ได้นำ โปรแกรม Multiple-Family Groups (MFG) education Program ตามแนวคิดของ แมคฟาร์แลนและคณะ (McFarlane et al., 1995) นำมาศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการครั้งแรก ในระยะเวลา 6 เดือน โดยให้ความรู้ความเข้าใจกับครอบครัวแบบ Multi-Family Groups เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตและการดูแลผู้ป่วย และให้ครอบครัวได้ทราบแหล่งให้บริการสุขภาพจิตและแหล่งสนับสนุนอื่นๆ พบว่า ครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจในการป่วยทางจิตและการรักษาผู้ป่วยโรคจิตและรู้แหล่งบริการดีขึ้น

2) โปรแกรม Family Intervention ของศูนย์ Early Psychosis Treatment and Prevention Program ประเทศแคนาดา เป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกและครอบครัวในช่วงระยะเวลา 3 ปีแรกของการป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค มีการรับมือและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีทักษะการสื่อสารและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แนวคิดของโปรแกรมมาจากการศึกษารวบรวมปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงในงานดูแลครอบครัว พัฒนาเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก แอดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2001, 2005) ได้ทดลองใช้โปรแกรมนี้กับครอบครัวผู้ป่วยในรูปแบบครอบครัวเดียวในระยะแรก หลังจากนั้นก็เปลี่ยนมาใช้ร่วมกับแบบกลุ่มครอบครัวในเวลาต่อมา พบว่าความทุกข์/ความเครียดของครอบครัวลดลง และครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

3) โปรแกรม Integrated treatment ของศูนย์ Early identification and treatment of young psychotic patients (OPUS Trial) ประเทศเดนมาร์ก ซึ่ง เจบปีเต่นและคณะ (Jeppesen et al., 2005) ได้นำไปทดลองใช้ระยะเวลาศึกษา 2 ปี โดยดำเนินการตาม rich assertive community treatment model (Stein & Test, 1980) สำหรับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตในระดับต่ำร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Multiple-family groups) ตามแนวคิดของแมคฟาร์แลน (McFarlane et al., 1995) โดยมีการพูดคุยกันก่อนร่วมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ให้การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต การจัดการสาเหตุ และการพยากรณ์โรค และให้เข้ากลุ่มที่เน้นเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ของผู้ดูแลด้วยกัน ผลลัพธ์คือ ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ป่วยลดลง และครอบครัวมีความพึงพอใจในการรักษามากขึ้น

4) โปรแกรม Family Intervention ซึ่งฉางและคณะ (Zhang et al., 1994) ได้นำแนวคิดของแมคฟาร์แลนและโกลด์สไตน์ (McFarlane, 1982; Goldstein, 1984) มาพัฒนากลุ่มครอบครัวแบบ Multi-Family groups และให้คำปรึกษาร่วมด้วย ซึ่งความรู้ที่ให้อาจเน้นเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยของครอบครัว ถ้าครอบครัวใดเมื่อเข้ากลุ่มแล้วมีปัญหาซับซ้อนจะให้คำปรึกษารายครอบครัว (Individual family counseling) โดยให้ผู้ป่วยร่วมด้วย พบว่า โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นานขึ้น ลดการป่วยซ้ำได้ และผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ยาด้านโรคจิตรวมกับการให้ Family Intervention เป็นวิธีการบำบัดที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ การให้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือการไม่ให้ทั้ง 2 อย่าง

5) โปรแกรม Brief intervention เลวีและคณะ (Leavey et al., 2004) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบรายครอบครัว เนื้อหาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา อาการเตือน การขอความช่วยเหลือ วิธีจัดการกับปัญหา การสื่อสารและแนะนำสถานที่ที่ครอบครัวสามารถมาขอความช่วยเหลือได้ ผลการศึกษาพบว่า ความตึงเครียดของผู้ดูแลเริ่มลดลงในเดือนที่ 4 หลังจากนั้นโซและคณะ (So et al., 2006) ได้นำโปรแกรม Brief intervention มาใช้กับผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เนื้อหาหลัก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตในระยะแรกและการบำบัดรักษา การควบคุมพฤติกรรม การจัดการความเครียดทักษะการสื่อสาร และการป้องกันการป่วยซ้ำ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ดูแลที่ได้รับ Intervention มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเพิ่มขึ้น มีการใช้วิธีการทางลบในการเผชิญปัญหาลดลง

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกดังกล่าว เป็นโปรแกรมสุขภาพจิต โดยช่วยให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเจ็บป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับตนเองและผู้ป่วย สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ รู้แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ ประโยชน์ที่ได้ ช่วยลดความทุกข์ ความเครียดหรือภาระต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี อยู่กับครอบครัวได้นาน และการป่วยซ้ำลดลง

ในประเทศไทยนโยบายกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมามีปี 2550 ได้เล็งเห็นความสำคัญในการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตกับองค์กรนอกระบบบริการสาธารณสุข โดยเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด การสร้างโอกาสและการยอมรับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตสำหรับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นผู้ป่วยใหม่ ยังไม่มีนโยบายชัดเจนที่ระบุการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม แต่อย่างไรก็ตามกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตก็ไม่ได้นิ่งนอนใจ ได้ให้การช่วยเหลือครอบครัวด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา ได้จัดตั้งศูนย์สายใยครอบครัว อบรมให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องโรค การดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีต่อโรคและจัดให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างญาติและผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้พยาบาลชุมชนมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อลดการป่วยซ้ำและโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุกรายหลังจำหน่าย เพื่อติดตามความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและญาติ ส่วนหน่วยงานสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ มีกลุ่มเตรียมความพร้อมของญาติและผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโดยมีทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ แก่ครอบครัวผู้ป่วยและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในรายผู้ป่วยในโดยจัดกลุ่มญาติให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีการจัดกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยประมาณ 10 ครอบครัวมาเข้าค่ายค้างคืนเพื่อฝึกทักษะการใช้ชีวิตร่วมกัน และนำกลุ่มครอบครัวไปทัศนศึกษาเพื่อฝึกทักษะทางสังคมโดยจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างญาติและผู้ป่วย สำหรับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิต ให้รับผิดชอบเรื่องมาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะด้านการบริการจิตเวช ด้านจิตเวชศาสตร์ ซึ่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยากำหนดทิศทางมุ่งที่จะเป็นเลิศด้านผู้ป่วยจิตเภทภายในปี 2554 ปัจจุบันสถาบันได้มีนโยบายให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งให้มีศักดิ์ศรีอยู่ในสังคม ดังนั้นองค์กรจึงเล็งเห็นความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยโดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วย ได้ให้บริการกับครอบครัวผู้ป่วยหลายอย่างได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและป่วยซ้ำก่อนวันนัดที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยในโรคจิตเภทแต่ละหอผู้ป่วย แต่กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอ และรูปแบบการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุม และชัดเจน นอกจากนี้ยังมีโครงการกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป ได้จัดกิจกรรมหลายรูปแบบให้กับสมาชิก คือ จัดให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้สมาชิกสัจจรเยี่ยมโรงพยาบาลอื่น ร่วมฟังบรรยายวิชาการ และให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวชในรูปแบบ walk rally

จากการศึกษาการให้บริการของหน่วยงานต่างๆ ทางสุขภาพจิตข้างต้น ที่ไม่พบหน่วยงานใดให้บริการเฉพาะกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ซึ่งในปัจจุบันจากการปฏิบัติงานจริงในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่

เป็นญาติผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง มีส่วนน้อยที่เป็นเพื่อนและญาติคนอื่นๆ ทั้งๆ ที่สมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะผู้ที่ดูแลหลักต้องประสบกับความทุกข์ ความกังวลเป็นอย่างมาก จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต ด้วยยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา ไม่รู้วิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง รวมทั้งขาดการประคับประคองจิตใจ หรือการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังไม่มีรูปแบบโปรแกรมหรือการประเมินจากหน่วยงานที่นำมาช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดังกล่าว ด้วยเหตุผลนี้ผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาค้นคว้า รวบรวม งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้การช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกลดลง ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวได้นาน ลดการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการป่วยซ้ำ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Main Issues)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเกิดขึ้นมาใหม่มีเป็นจำนวนมาก และส่วนมากเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อย มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้แสดงอาการทางจิตที่รุนแรง ด้วยโรคนี้เป็นโรคที่เรื้อรัง ถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกป่วย จะช่วยลดการป่วยซ้ำและลดความเรื้อรังของโรคได้ จากการศึกษาและปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในคลินิก พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตครั้งแรกของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบหลายด้านต่อครอบครัว ทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความทุกข์ ความเครียด มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สาเหตุจากอาการทางจิตของผู้ป่วยโดยตรงและจากผลกระทบจากสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ในด้านรูปแบบการเผชิญปัญหา พบว่าความทุกข์ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการใช้อารมณ์ในการจัดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้นการลดผลกระทบด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ความเครียดที่ลดลงย่อมทำให้ผลกระทบด้านอื่นลดลงด้วย จากปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด มาจากเหตุการณ์ที่ครอบครัวไม่เคยพบที่สมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิต และมีอาการทางจิตที่รุนแรงรวมทั้งสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคจิต และปัจจัยส่วนตัวของครอบครัวเอง ที่บุคคลที่เจ็บป่วยยังเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดครอบครัวด้วยแล้ว ยิ่งทำให้ครอบครัวเครียดมาก เช่น ผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องเป็นลูกพบว่าพ่อแม่จะมีความทุกข์มากกว่าผู้อื่น และยิ่งผู้ป่วยอายุน้อยก็ยิ่งทำให้พบว่าครอบครัวเป็นเป็นห่วงและเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า เป็นต้น

นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นกับครอบครัว มาจากการไม่มีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคจิต การดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ความต้องการต่างๆ ไม่ได้รับการสนองตอบ และไม่มีแหล่งช่วยเหลือหรือประคับประคองจิตใจ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือ

ปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพได้ ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำได้ง่าย และในที่สุดกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติได้ จากการปฏิบัติงานในคลินิกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกกับครอบครัวยังมีรูปแบบไม่ชัดเจน ดังนั้นในฐานะผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย จึงสนใจศึกษาผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เพื่อนำมาปรับใช้ปฏิบัติในหน่วยงาน ช่วยให้สนองตอบความต้องการและปัญหาให้กับครอบครัวผู้ป่วย ความเครียดของครอบครัวลดลง เกิดความเข้มแข็ง กลับมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวนี้จะเป็นการเพิ่มคุณภาพการให้บริการรูปแบบใหม่กับผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of the study)

- เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefits outcome)

- 4.1 ครอบครัวมีความพึงพอใจและสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- 4.2 บุคลากรได้แนวทางการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาโปรแกรมลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้มีวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ได้ มีดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Search Strategy)

วิธีการสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยเริ่มจากการกำหนดกรอบการสืบค้น ต่อจากนั้นกำหนด ขอบเขตการสืบค้น มีดังนี้

การกำหนดกรอบแนวทางการสืบค้นงานวิจัยที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาใช้เป็นโปรแกรมสำหรับการพยาบาลที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษานั้น ได้ใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison Intervention, Outcome) (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

P – Population : กำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตเป็นครั้งแรกและมารับการรักษาเป็นครั้งแรก

I – Intervention : กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ที่มีเป้าหมาย เพื่อลดความเครียด ครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรก โดยมีรูปแบบในการร่วมกิจกรรมหรือติดต่อสื่อสารร่วมกันระหว่างครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกกับบุคลากรสุขภาพจิต คือ การให้ความช่วยเหลือครอบครัวหรือการให้สุขภาพจิตศึกษา

C – Comparison Intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบ

O – Outcome : กำหนดผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง ที่ตรงกับเป้าหมาย ของประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรก

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความเครียดทางด้านจิตใจ (Psychological stress) ของครอบครัว

ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความรู้ของครอบครัว (Knowledge of family) การป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Relapse of patient)

ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญ (Keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น

Population : psychosis, first-episode psychosis, family caregiver

Intervention : intervention, family intervention, psychoeducation

Outcome : distress, stress, psychological stress

ฐานข้อมูล/แหล่ง ที่ใช้ในการสืบค้น

1. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ฐานข้อมูลรวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.guideline.gov

ฐานข้อมูลรวบรวม systematic review ได้แก่ www.Cochrane.org

www.joannabriggs.edu.au

ฐานข้อมูลงานวิจัยอื่นๆ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID,

HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell-Synergy, MEDLINE,

British Journal of Psychiatry

ฐานข้อมูลห้องสมุด <http://www.li.mahidol.ac.th>

2. การสืบค้นด้วยตนเอง

ค้นหาจาก Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica เป็นต้น ที่ทำการค้นหาจากห้องสมุดต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

3. สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมของบทความหรืองานวิจัย แล้วไปทำการสืบค้นต่อจากห้องสมุด ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

- เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาตามแนวทางการพยาบาล เพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก

- ชนิดของงานวิจัยและเอกสารจะคัดเลือกที่เป็น Systematic Review, Randomized Controlled Trials, Quasi-experimental study, Case-control

- เลือกรงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ครอบคลุมรอบปีที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2009 เป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทย
- เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ (full text)

2.2 วิธีการใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ถูกนำมาพิจารณาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์ตามเงื่อนไขการใช้ผลงานวิจัย (Utilization Criteria) โดยประเมินงานวิจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ มีแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยนำไปปฏิบัติ และมีความเข้มแข็งของระดับของหลักฐานงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) เป็นการประเมินว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ โดยตั้งคำถามว่า งานวิจัยช่วยแก้ปัญหาทางคลินิกหรือไม่ งานวิจัยสามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้หรือไม่ งานวิจัยมีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่ ผลงานวิจัยพยาบาลมีเอกลักษณ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลหรือไม่ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงได้หรือไม่ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit) เป็นการประเมิน งานวิจัยมีการออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม มีความสอดคล้องกันในทุกหัวข้องานวิจัย และงานวิจัยมีความเชื่อถือทั้งคณะผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญในสาขาจิตเวช วารสารที่ตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีความเที่ยงตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้ และผลงานวิจัยสนับสนุนว่าได้ผลดี (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

3. แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยนำไปปฏิบัติ (Implementation Potential) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในบริบทขององค์กร โดยพิจารณา 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) เป็นการประเมินว่าการนำผลงานวิจัยหรือโครงการไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานเป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมหรือไม่ โดยตั้งคำถามเป็นแนวทางว่า ผลงานวิจัยหรือโครงการนั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประสิทธิภาพการดูแลประชากรในงานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกับหน่วยงานหรือไม่ ผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากผลงานวิจัยมีจำนวนมากพอหรือไม่ และการนำข้อเสนอที่ได้จากผลงานวิจัยไปใช้จะใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานและการประเมินผลนานหรือไม่

3.2 ความเป็นไปได้ (Feasibility) เป็นการประเมินที่ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยหรือโครงการลงสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงานได้แก่ ความเป็นไปได้ของบุคลากร สิ่งเอื้ออำนวย บรรยากาศและสภาพแวดล้อมภายในหน่วยงาน ความต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือบุคคลอื่น และความเป็นไปได้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยตั้งคำถามเป็นแนวทางว่า พยาบาลมีอิสระ มีอำนาจในการควบคุมการดำเนินโครงการหรือไม่ ถ้าไม่มีจะขอความร่วมมือหรือการสนับสนุนได้จากหน่วยงานหรือบุคคลใด การดำเนินโครงการนั้นรบกวนการทำงานตามปกติของบุคลากรหรือไม่ ผู้บริหารบุคลากรและบรรยากาศในหน่วยงานสนับสนุนหรือต่อต้านการดำเนินโครงการหรือไม่ พยาบาลมีทักษะในการดำเนินโครงการหรือไม่ จำเป็นที่จะต้องมีการฝึกเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติหรือไม่ หน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาเครื่องมือและสิ่งเอื้ออำนวยหรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีแนวทางให้ได้อย่างไร มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

3.3. ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) เป็นการประเมินอย่างรอบครอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการในการนำผลงานวิจัยหรือโครงการมาใช้ในหน่วยงาน โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ถ้าโครงการมีอัตราความเสี่ยงในการดำเนินการสูงประโยชน์ที่จะได้รับต้องมีมาก และโครงการนั้นต้องมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากๆ โดยตั้งคำถามเป็นแนวทางว่า ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีอะไรบ้าง หากยังปฏิบัติตามที่เคยทำอยู่เดิมจะมีความเสี่ยงอย่างไร ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินโครงการและหากไม่ดำเนินโครงการเป็นอย่างไร ประโยชน์ที่จะได้รับจากใช้โครงการนั้นเป็นอย่างไร

4. การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัย (Level of evidence or research) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ เมลนิกและไฟน์เอาท์ โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik & Fineout - overholt, 2005) มีรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized Controlled Trial, RCT) (RCTs) หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ

Level II : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม มีกลุ่มทดลองและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี อย่างน้อยหนึ่งเรื่อง (Randomized controlled trial, RCT)

Level III : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี โดยไม่มีการสุ่ม (A Quasi-Experimental)

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการศึกษาติดตามย้อนหลัง (case control) ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

LevelVII : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทรรศนะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ

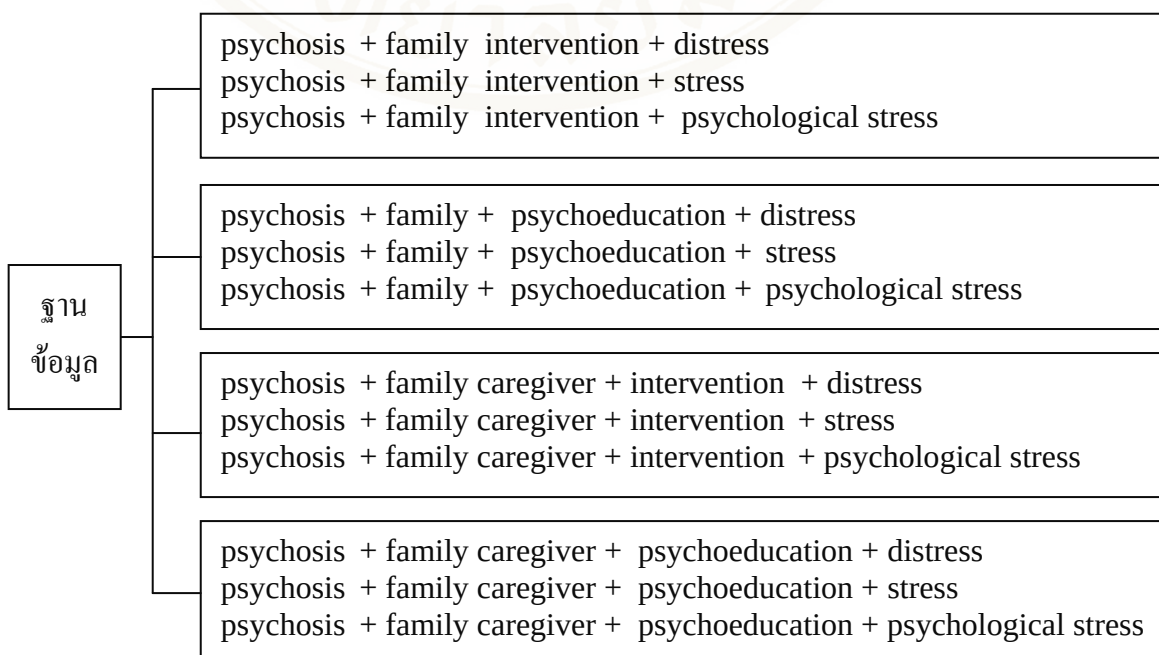
บทที่ 3

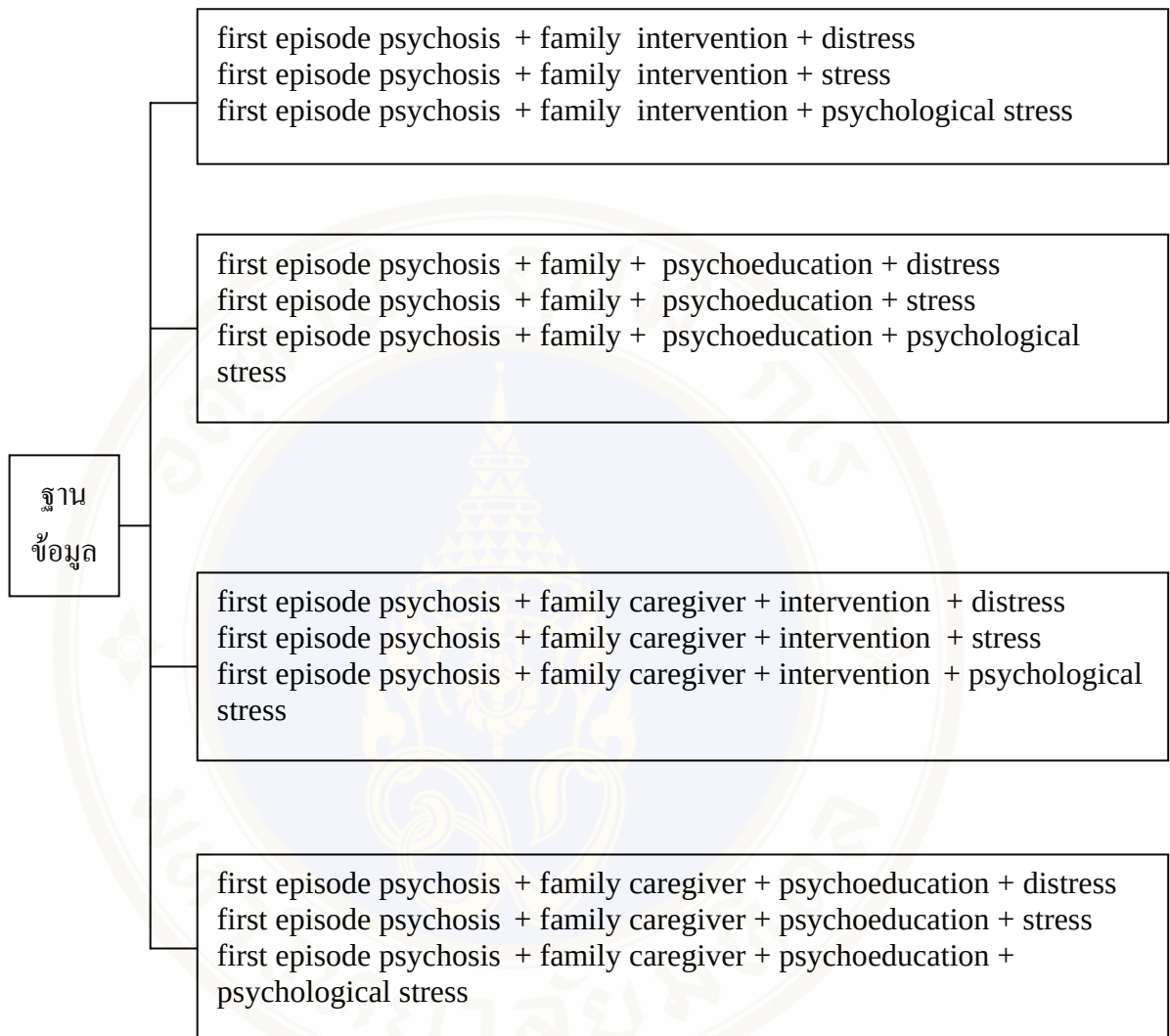
ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

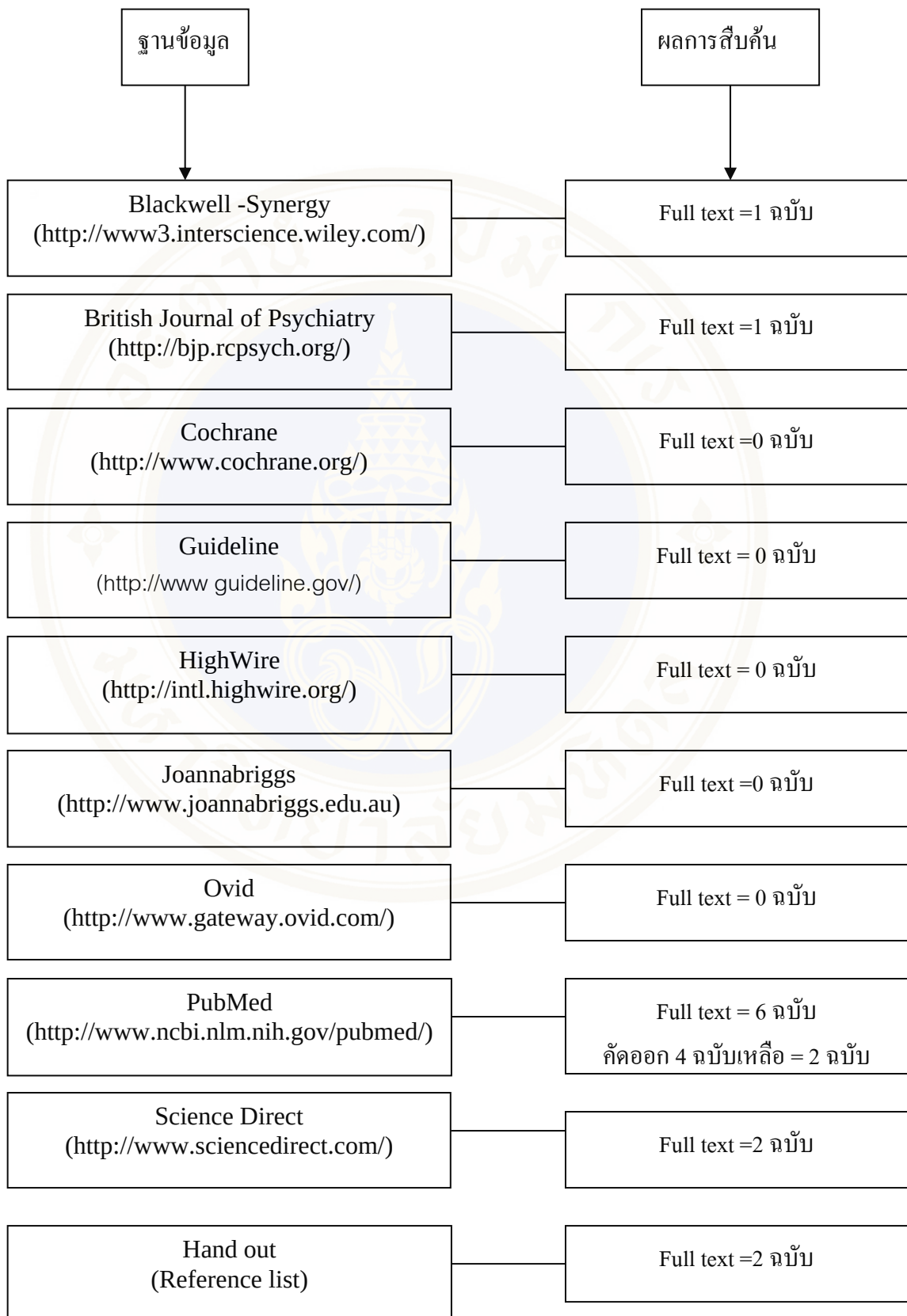
ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการสืบค้นและขอบเขตการสืบค้น พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก แม้ว่าประเด็นปัญหานี้จะได้รับความสนใจมานานร่วม 20 ปีมาแล้วก็ตาม แต่เริ่มมาศึกษากันอย่างจริงจังมากขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปีมานี้เอง งานวิจัยจึงยังพบได้ไม่มากนัก งานวิจัยที่สืบค้นได้ ได้ถูกนำมาประเมินความเข้มแข็งโดยใช้เกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) งานวิจัยทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 2 (Randomized Controlled Trials, RCT) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 3 (Quasi-experimental) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 4 (Cohort study) จำนวน 1 เรื่อง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลและคำสำคัญ (keyword) ดังแสดงตามแผนผังดังนี้

คำสำคัญ (keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น





ฐานข้อมูลที่ใช้ และผลในการสืบค้น



3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method of Evidence)

งานวิจัยทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนด เมื่อประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งหมดจำนวน 12 ฉบับ ถัดออกจำนวน 4 ฉบับ เหลือ 8 ฉบับ โดยมีงานวิจัย 3 ฉบับที่กล่าวอธิบายต่อเนื่องกัน ดังนั้นคงเหลืองานวิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน 6 เรื่อง 8 ฉบับ ดังนี้

งานวิจัยที่ถูกคัดออก

1. Nugter, A., Dingemans, P., Willem Van der Does, J., Linszen, D., Gersons, B., (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 72, 23-31.

คัดออกเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกทั้งหมด เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกเพียง 55.8% และการศึกษาไม่ได้วัดผลลัพธ์ที่ distress, psychological stress

2. 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.

คัดออกเนื่องจากเงื่อนไขการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกทั้งหมด โดยระบุเพียงว่าถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทภายใน 1 ปี และเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 ครั้ง และข้อมูลก็ไม่ได้ระบุว่ามีส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกเท่าใด

3. Fjell, A., Thorsen, G. R. B., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K., et al. (2007). Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: Experiences from the TIPS project. *Psychiatric Services Psychiatryonline.org*, 58(2), 171-173

คัดออกเนื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยระดับ 7 มีการบรรยายถึงวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการให้โปรแกรม แต่ไม่มีการระบุผลลัพธ์เปรียบเทียบในเชิงสถิติที่ชัดเจน

4. Sin, J., Moone, N., & Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 282-290.

คัดออกเนื่องจาก เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยระดับ 7 อธิบายขั้นตอนการให้โปรแกรม อยู่ระหว่างการทดลองยังไม่ได้ระบุผลลัพธ์

งานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด 6 เรื่อง (8 ฉบับ) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถนำมาวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 1 และมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1: ตารางแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์

ลำดับ	ฐานข้อมูลที่สืบค้น/ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับ
1.	สืบค้นด้วยมือได้จากเอกสารอ้างอิง Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Pillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family Intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients an 18 month study in Suzhou, Jiangsu. British Journal of Psychiatry, 165 (suppl. 24), 96-102.	ระดับ II (RCT)
2.	ฐานข้อมูล British Journal of Psychiatry (http://bjp.rcpsycho.org/) Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Ger, J. E., Christensen, T., et al. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden OPUS trial. Britis Journal of Psychiatry, 187 (suppl. 4 8), 85-90.	ระดับ II (RCT)
3.	ฐานข้อมูล The Hong Kong JournalPsychiatry (http://www.hkjpsych.com/) So, H., Chen, E., Chan, R., Wong, C., Hung, S., Chung, D., et al. (2006). Efficacy of a brief Intervention for carers of people with first-episode psychosis: A waiting list controlled study. Hong Kong Journal Psychiatry, 16, 92-100	ระดับ II (RCT)
4.	ฐานข้อมูล Pubmed (http://www.pubmed.org/) Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopulos, C., Johnson-Sabine, E., & Blizard, B. & Ki, B M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of pation with a first episode of psychosis. Psychological Medicine, 34, 423-43	ระดับ II (RCT)
5.	ฐานข้อมูล Blackwell (http://www3.interscience.wiley.com/) Mullen, A., Murray, L., & Happell, B. (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding understanding. International Journal of Mental Health Nursing, 11(4), 225-232.	ระดับ III (Quasi-experi-mental)

6.	ฐานข้อมูล Science Direct (http://www.sciencedirect.com/) - Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. <i>Schizophrenia Research</i>, 79(79), 107-116. - Addington, J., Collin, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. <i>Schizophrenia Research</i>, 79, 77-83. สืบค้นด้วยมือได้จากเอกสารอ้างอิง - Addington, J., Addington, D., Jones, B., & Ko, T. (2001). Family intervention in early psychosis program. <i>Psychiatric Rehabilitation Skills</i>, 5, 272-286.	ระดับ IV (Cohort study)
----	---	-------------------------

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย : Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994).

ชื่อเรื่อง : Randomised - control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients a 18-month study in Suzhou, Jiangsu.

การศึกษานี้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ 1) เพื่อยืนยันประโยชน์ของการบำบัดครอบครัวผู้ป่วย (family intervention) 2) เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาป่วยครั้งแรกและ 3) เพื่อส่งเสริมการพัฒนารูปแบบใหม่ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ในรูปแบบกลุ่มบำบัด ร่วมกับการให้คำปรึกษารายครอบครัว ให้กับครอบครัวผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดทุก 3 เดือนตลอดระยะเวลา 18 เดือน การศึกษาเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำหน่ายหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรกจำนวน 83 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 42 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดครอบครัว (family intervention) ร่วมกับการบำบัดด้วยยาเป็นวิธีการบำบัดที่ดีที่สุด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำระยะเวลาอยู่บ้านกับครอบครัวนานขึ้นและมีอาการรุนแรงทางจิตลดลง และสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาอย่างเดียว งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านได้ โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงตามขอบเขตวิชาชีพ เนื่องจากมีเอกลักษณ์และขอบเขตในการให้การพยาบาลอย่าง

อิสระในรูปแบบกลุ่มบำบัดและการให้คำปรึกษาเฉพาะรายซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สำคัญต่อผู้ป่วย และครอบครัวแต่เกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติในรูปแบบเดิม และผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Ger, J. E., Christensen, T., et al. (2005).

ชื่อเรื่อง Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden
OPUS trial

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงาน เป็นการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการดูแลแบบผสมผสาน (Integrated treatment) กับการดูแลตามปกติ (Standard treatment) ที่มีต่อผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก งานวิจัยเชิงสุ่มทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่งในประเทศเดนมาร์ก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 547 คน กลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้ป่วย 275 คน โดยมีผู้ดูแล 185 คนและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วย 275 คน โดยมีผู้ดูแล 140 คน ลักษณะเป็นโปรแกรมแบบผสมผสาน (Integrated treatment) ประกอบด้วยทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบ Assertive community treatment model ร่วมกับการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับครอบครัว (Psychoeducational family) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) และการให้ยาด้านโรคจิตขนาดต่ำกับผู้ป่วย ผลการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวพบว่า การให้โปรแกรมการดูแลแบบผสมผสาน (Integrated treatment) สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกปั่นป่วนระน้อยลงและมีความพึงพอใจในการให้บริการมากกว่าปกติ การศึกษานี้เป็นการให้บริการเป็นทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) มีพยาบาลร่วมทีมด้วย โดยมีสัดส่วนเทียบเท่ากับสมาชิกในทีม 1 คนจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประมาณ 10 ราย (Case load) โปรแกรมที่ให้กับครอบครัวเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบรายครอบครัว กลุ่มเชิงปฏิบัติการและรูปกลุ่มบำบัด ซึ่งพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นงานที่คล้ายคลึงกับงานประจำที่พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้ว และอยู่ในขอบเขตวิชาชีพที่พึงปฏิบัติได้

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย So, H., Chen, E., Chan, R., Wong, C., Hung, S., Chung, D., et al. (2006)

ชื่อเรื่อง Efficacy of a brief intervention for carers of people with first-episode psychosis:

A waiting list controlled study

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducational intervention) จำนวน 6 ครั้งสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First

episode psychosis) รวมถึงประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคจิต ภาวะการดูแล การเผชิญปัญหา และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 45 คน จากโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่งในสื่องง สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 23 คน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัดระยะสั้น (Brief Intervention) ในรูปแบบการเข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้ง เช่นเดียวกัน โดย กลุ่มทดลองได้รับความรู้ก่อนจนครบ ต่อจากนั้นกลุ่มควบคุมจึงได้รับความรู้ตามมา เมื่อประเมินผล หลังผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมก่อนกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น การเผชิญกับปัญหาลดลงมากกว่าทั้งในระหว่างกลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่ม แต่ไม่พบว่ามีผลต่อ ภาวะการดูแลผู้ป่วยและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล โปรแกรมที่ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์แก้ไขปัญหาด้านคลินิกเนื่องจากสอดคล้องกับงานที่ศึกษา โปรแกรมใช้ระยะเวลาไม่นานสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับครอบครัวผู้ป่วยในได้ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถให้สุขภาพจิตศึกษานี้ได้ หลังจากที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม และอยู่ในขอบเขตวิชาชีพที่พึงปฏิบัติได้

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B., & King, M. (2004).

ชื่อเรื่อง A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบถึงการให้ความรู้ในระยะสั้น (Brief education) และการให้คำแนะนำแบบประคับประคอง (Advice support) แก่ครอบครัวของผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตเป็นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจากสถานบริการทางจิตขนาดใหญ่ 2 แห่งทางตอนเหนือของกรุงลอนดอน ส่วนมากเป็นชนกลุ่มน้อยและผู้อพยพ มีอาการทางจิตอยู่ในระยะ First-episode จำนวน 106 คนถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 57 คน เป็นการให้ความรู้ในระยะสั้น (Brief intervention) จำนวน 7 ครั้ง และจัดทีมสนับสนุนเฉพาะเพื่อให้คำแนะนำแบบประคับประคองกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลอง มีผู้ไม่มาเข้าร่วมจำนวนมาก 50% จากการให้บริการพิเศษและการให้ความรู้ในระยะสั้น (Brief intervention) กับครอบครัว พบว่าความถี่เครียดของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงมากในเดือนที่ 4 เร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่พบว่าความถี่เครียดลดลงในเดือนที่ 9 เท่านั้น แต่ไม่พบว่ามีผลต่อความพึงพอใจและการรับรู้ความรุนแรงของอาการป่วย จากการอภิปรายของผู้วิจัย ผู้ไม่มาร่วมการทดลองอาจเป็นเพราะว่า ระยะเวลาการให้โปรแกรมสั้นกว่าความต้องการและเป็นเครื่องเตือนใจครอบครัวนึกถึงการเจ็บป่วย ดังนั้นระยะเวลาในการให้การบำบัดครอบครัว (Family intervention) ที่เหมาะสมกับอาการป่วยที่เกิดในระยะสั้นนั้น ควรให้ตามความ

ต้องการของผู้รับบริการ และช่วงการให้การบำบัดอาจพิจารณาให้ในระยะยาวเพื่อให้ครอบครัวได้เตรียมตัวและตอบสนองต่อความต้องการที่มีในระยะยาว โปรแกรมการให้ความรู้ในระยะสั้นนี้พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทาง ให้ความรู้และการให้คำแนะนำตามความต้องการของกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก โดยให้โปรแกรม การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในรูปแบบติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ดำเนินการอยู่แล้วสามารถทำได้ตามขอบเขตวิชาชีพ ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมาก

เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย Mullen, A., Murray, L., & Happell, B. (2002).

ชื่อเรื่อง Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรม Multiple Family Group (MFG) สำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตเป็นครั้งแรกจากหน่วยให้บริการสุขภาพจิต จำนวน 24 คน เป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวแบบกลุ่ม (Multiple Family Group Education Programme) เกี่ยวอาการป่วยทางจิตและการบำบัดรักษาโรคจิต และให้รู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ ในรูปแบบกลุ่มครอบครัว ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมความรู้นี้ มีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการป่วยทางจิตและการดูแลรักษาดีขึ้น ด้วยงานวิจัยที่ศึกษานี้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมีประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขในการปฏิบัติงานในคลินิก ผู้ดำเนินกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชนที่ได้รับการฝึกการทำกลุ่ม และระยะการเข้าโปรแกรมไม่นาน ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงกับหน่วยงาน โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติพร้อมกับการปฏิบัติงานประจำได้ ด้วยมีความรู้และประสบการณ์ด้านการทำกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยอยู่แล้ว สามารถนำมาประยุกต์ฝึกทำโปรแกรมได้ เป็นปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพที่พึงทำได้อย่างอิสระ

เรื่องที่ 6

6.1

ชื่อผู้วิจัย Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005).

ชื่อเรื่อง Three-year outcome of family work in an early psychosis program

6.2

ชื่อผู้วิจัย Addington, J., Collin, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005).

ชื่อเรื่อง The role of family work in early psychosis

6.3

ชื่อผู้วิจัย Addington, J., Addington, D., Jones, B., & Ko, T. (2001).

ชื่อเรื่อง Family intervention in an early psychosis program

เนื่องจากงานวิจัยทั้ง 3 ฉบับ เป็นงานวิจัยเรื่องเดียวกัน ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยงานวิจัย 2 ฉบับเป็นการบรรยายถึงโปรแกรมที่ให้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ส่วนงานวิจัยอีก 1 ฉบับได้ทำการศึกษาในรูปแบบ Longitudinal cohort design มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการให้การบำบัดรายครอบครัว เมื่อใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆในผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก และ เพื่อทดสอบความสามารถในการยอมรับความจริงของชีวิต (The real life acceptability) ของครอบครัวในระยะเวลา 3 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในประเทศแคนาดา จำนวน 265 คน มีสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมด้วยจำนวน 185 คน ลักษณะของโปรแกรมเป็นรูปแบบรายครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ และมีการเข้ากลุ่มครอบครัวในระยะสั้นๆ เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา วิธีการเผชิญปัญหา ทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา หรือให้การบำบัดตามระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อครอบครัวได้รับโปรแกรมการบำบัดนี้ ความทุกข์/ความเครียดเริ่มลดลงจากเดิม หลังจากได้รับโปรแกรมครบ 1 ปี และทุกระยะติดตามผลตั้งแต่แรกเริ่มเข้าโปรแกรม 6 เดือน 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี พบว่า ความทุกข์/ความเครียดของครอบครัวมีการพัฒนาดีขึ้นทุกระยะ และประสบการณ์ทางลบในการการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีการพัฒนาดีขึ้นตลอดเช่นเดียวกัน การศึกษานี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของหน่วยงาน โปรแกรมที่ให้การบำบัดครอบครัวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มีความเครียดทางด้านจิตใจ ทั้งในรูปแบบรายครอบครัวและกลุ่มครอบครัว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำมาใช้ได้โดยมีการจัดทีมงาน ประสานงานระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามโปรแกรมอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากงานวิจัยที่สืบค้นทั้ง 6 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยละเอียด ได้ตารางสกัดข้อมูล สรุปประเด็นเนื้อหาพร้อมลงตาราง (Collective table) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการแก้ปัญหาในคลินิกกับเรื่องความเครียดของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรก ดังนี้

ตารางที่ 2. ตารางสกัดหลักฐานเชิงประจักษ์

เรื่องที่ 1.

ชื่อเรื่องงานวิจัย

Randomised - control trial of Family Intervention for 78 First-Episode Male Schizophrenic Patients an 18-month study in Suzhou, Jiangsu.

ชื่อผู้แต่ง

Minglian Zhang, Mingtao Wang, Jianjun Li and Michael R. Phillips

แหล่ง/ปีที่พิมพ์

British Journal of Psychiatry, 165 (suppl 24), 96-102. (1994)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	1. เพื่อยืนยันประโยชน์ของ Family Intervention ช่วยในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท 2. เพื่อส่งเสริมการพัฒนารูปแบบใหม่ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่าง (Sample)	ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยชายโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลจำนวน 83 คน หลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ และธันวาคม 1988 โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 41 คน เฉพาะครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม Family Intervention หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ (standard care) ทั้ง 2 กลุ่ม จำนวนผู้ป่วยจากการศึกษา รวมทั้งหมด 5 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 3 คน และ กลุ่มควบคุม 2 คน สาเหตุจากย้ายบ้าน 4 คน และ 1 คน ของกลุ่มทดลอง แต่งงานแยกครอบครัวออกไป ทำให้เหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 39 คน กลุ่มควบคุม 39 คน เท่ากัน
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	หอผู้ป่วยในจิตเวชและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล Guangji ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ใหญ่ในเมือง Suzhou มณฑล Jiangsu ในประเทศจีน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับ ของงานวิจัย (Research Methodology /Level)	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Randomized controlled Trial, RCT) Level II
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) และ GAS (Global Assessment Scale) ประเมินอาการทางจิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นฉบับภาษาจีนโดยไม่ได้กล่าวถึงลักษณะหรือ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments) (ต่อ)	รายละเอียดของแบบประเมินนี้ มีแพทย์ 2 คน ซึ่งได้รับการฝึกประเมินและไม่ได้รับรู้หรือเกี่ยวข้องกับการรักษา (blind) จะเป็นผู้ใช้แบบประเมินหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย วิธีการประเมิน ผู้ป่วยจะถูกประเมินตั้งแต่ขณะรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะถูกประเมินอาการและประเมินการรับประทานยาทุก 3 เดือนตลอดระยะเวลา 18 เดือน โดยครอบครัวจะได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้พาผู้ป่วยมาทำการประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือประเมินที่บ้านกรณีไม่มาตามนัด โดยแพทย์ 2 คน จะสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยร่วมกับถามข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัว รวมถึงประเมินการใช้ยาด้วย ถ้าผู้ป่วยได้รับประทานยาลดน้อย 33% ของขนาดการรักษาหลังจำหน่ายใน 6 วันต่อสัปดาห์ ถือว่าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ (compliant) นอกเหนือจากนั้นจะถือว่าผู้ป่วยขาดยา (non-compliant) และจะถามการเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีการยืนยันซ้ำกับข้อมูลจากโรงพยาบาลอีกครั้ง
การบำบัด (intervention)	กลุ่มควบคุม ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (standard care) โดยให้ครอบครัวพาผู้ป่วยมารับการตรวจและรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจำหน่ายออกจาก รพ. และมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านตามปกติโดยไม่ซ้ำกัน และถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัดหรือไม่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกก็ไม่มีการติดตาม กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม Family Intervention ดังนี้ ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการตรวจตามนัดและรับยาตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ส่วนครอบครัวจะได้รับคำปรึกษา (Family counselling) ตามคำฟังไม่รวมผู้ป่วย จากผู้ให้คำปรึกษา (Counselors) 1-2 คนซึ่งจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาดูแลการศึกษา การให้คำปรึกษาครั้งแรก จะเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ถามความต้องการและเชิญให้เข้าร่วมกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ครอบครัว (Family-group) จากนั้นสมาชิกในครอบครัวได้รับการนัดหมายให้มาเข้ากลุ่มเป็นครั้งแรก ภายใน 3 เดือน หลังผู้ป่วยถูกจำหน่าย โดยให้ผู้ป่วยให้เข้าร่วมด้วย การเข้ากลุ่มครอบครัวสมาชิกครอบครัวเข้ากลุ่มครั้งละไม่เกิน 15 ครอบครัว ซึ่งแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มด้วย มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาที่มาจากอาการป่วยของผู้ป่วย และความสำคัญในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง เมื่อจบกลุ่มถ้าพบว่าครอบครัวที่มีปัญหาทั่วไป ที่ไม่รุนแรงจะนัดหมายให้มาเข้ากลุ่ม ครั้งต่อไปในอีกทุก 3 เดือน แต่ครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้รับการนัดหมายให้มารับคำปรึกษาแบบรายครอบครัว (Individual family counselling) ซึ่งมักรวมผู้ป่วยเข้าด้วย ที่แผนกผู้ป่วยนอกทุก 3 เดือน โดยมีหัวข้อการอภิปรายให้คำปรึกษา คือ 1) เปรียบเทียบสถานการณ์ชีวิตที่ครอบครัวต้องเผชิญระหว่างช่วงก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ 2) วิธีการที่ครอบครัวใช้เพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขปัญหา/สถานการณ์ที่ก่อความเครียด 3) ทักษะของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย 4) สิ่งสำคัญที่ครอบครัวพึงตระหนักได้แก่ - ความคิดเห็นของครอบครัวที่มีต่อการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเป็นอาการของโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องบุคลิกภาพที่ไม่ดีหรือเป็นเพราะความโชคร้าย - ความจำเป็นของครอบครัวในการที่จะไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย - คุณค่าของการไม่แสดงความห่วงกังวลผู้ป่วยมากเกินไปจนเป็นข้อจำกัดผู้ป่วยในการติดต่อกับโลกภายนอก - ในกรณีที่ครอบครัวที่ไม่มาตามนัดหรือไม่มาบำบัดตามโปรแกรม จะได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะ 3 เดือน ตลอดระยะเวลา 18 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings)	จำนวนครั้งการมา F/U พบกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 2.8 ครั้ง กลุ่มทดลองเฉลี่ย 3.8 ครั้ง โดยครอบครัวในกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาจากผู้บำบัดให้คำปรึกษาอย่างน้อย 6 ครั้ง ในช่วง 18 เดือนและ 50% เป็นการเยี่ยมบ้านไปบำบัดที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เข้ามารับการบำบัดที่โรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ การวิเคราะห์ผู้ป่วยในระยะ 18 เดือนจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 78 คน สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับ Family Intervention และได้รับยาตามปกติ (Compliant) 2) กลุ่มที่ได้รับ Family Intervention แต่ขาดยา (Non-Compliant) 3) กลุ่มที่ไม่ได้รับ Family Intervention และได้รับยาตามปกติ 4) กลุ่มที่ไม่ได้รับ Family Intervention และขาดยา ผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม 1 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยกลุ่ม 1 ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม 4 ให้ผลการรักษาแย่มากที่สุด ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม 2 และ 3 ให้ผลการรักษาปานกลาง ดังนั้น การรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ Family Intervention จึงเป็นวิธีการบำบัดที่ดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือไม่ได้รับทั้ง 2 อย่าง โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) การกลับมาป่วยซ้ำ 2) ระยะเวลาในการอยู่บ้านของผู้ป่วยป่วยซ้ำ 3) อาการทั่วไปทางคลินิกและการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยตั้งแต่หลังจำหน่ายในผู้ป่วยที่ไม่ได้ป่วยซ้ำ ดังนี้ 1) การกลับมาป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำ 15.4% (6 คน) กลุ่มควบคุมมีการป่วยซ้ำ 53.8% (21 คน) โดยมีสัดส่วนความเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่ครอบครัวไม่ได้รับ family intervention พบสูงกว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวได้รับ family intervention ถึง 3.5 เท่า

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings) (ต่อ)	นอกจากนี้ในระยะเวลา 18 เดือนหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาร่วมกับครอบครัวไม่ได้รับ Family Intervention เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับทั้ง 2 อย่าง พบว่า มีความเสี่ยงต่อการกลับมาป่วยซ้ำ 7.9 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ระยะเวลาในการอยู่บ้านของผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มควบคุม (21 คน) ระยะเวลาอยู่บ้าน มีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มทดลอง (6 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) โดยกลุ่มทดลองระยะเวลาอยู่บ้าน 245 วัน กลุ่มควบคุมระยะเวลาอยู่บ้าน 130 วัน 3) อาการทั่วไปทางคลินิกและการทำหน้าที่ต่างๆ ของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และผู้ป่วยที่ครอบครัวอยู่ในกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอาการรุนแรงน้อยกว่า และการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การรับประทานยาของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (79.5% กับ 56.4% $p < 0.01$)
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาคือในหอผู้ป่วยในจะพบปัญหาผู้ป่วยโรคจิตป่วยซ้ำและมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 จากสาเหตุผู้ป่วยขาดการรักษาอาการทางจิต อาการทางจิตกำเริบ ทำให้ญาติเกิดความทุกข์ความเครียดจากการที่ไม่สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งโปรแกรมในงานวิจัยนี้สามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่บ้านได้นาน อาการทางจิตน้อยลง และลดการกลับมาป่วยซ้ำ โดยได้ให้ครอบครัวได้เรียนรู้และได้รับคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา การจัดการในการดูแลผู้ป่วยและความเครียดที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ในรูปแบบของกลุ่มครอบครัวและรายครอบครัวซึ่งโปรแกรมนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำมาใช้ได้จริง

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	เนื่องจากพยาบาลทุกคนมีเอกลักษณ์และขอบเขตในการให้การพยาบาลได้อย่างอิสระในรูปแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษา โดยกระบวนการเก็บข้อมูลและการใช้แบบประเมิน BPRS และ GAS สามารถนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่มีการศึกษาความเที่ยงตรงมาอย่างดีนำมาใช้ในคลินิกได้ การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) การออกแบบงานวิจัย มีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกัน 1) ชื่อเรื่องแสดงถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย รูปแบบการวิจัยเป็น RCT จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งระยะเวลาสถานที่ที่ทำการศึกษาบ่งบอกไว้อย่างชัดเจน 2) วัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างมีการระบุในการวิจัยไว้อย่างชัดเจนโดย ระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีการแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบตาราง และมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเหตุผลในการคัดออกจากการศึกษา 3) เครื่องมือที่ใช้มีความเหมาะสมทั้งแบบประเมิน BPRS และ GAS ซึ่งเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย และผู้ประเมินเป็นแพทย์ที่ได้รับการฝึกในการใช้แบบประเมิน และไม่ได้รับรู้หรือเกี่ยวข้องกับการรักษา การวิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้เหมาะสม 4) ผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้อภิปรายผลได้อย่างชัดเจนพร้อมทั้งแสดงในรูปตาราง เป็นงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ ได้รับการ ตีพิมพ์ในวารสาร British Journal of Psychiatry ซึ่งเป็นวารสารที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพจิตและรู้จักกันแพร่หลาย
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยมีลักษณะสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายขององค์กรคือ จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ครบวงจร โดยมุ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรกก่อน เพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำให้น้อยที่สุด ซึ่งโปรแกรมช่วยให้ครอบครัวได้มีแหล่งให้คำปรึกษาและได้เรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวผู้ป่วยและตัวครอบครัวเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential) (ต่อ)	ช่วยลดการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ที่ตึกผู้ป่วยนอกหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านในระยะยาว ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) งานวิจัยนี้มีลักษณะครอบครัวที่คล้ายคลึงกับคนไทยให้ ความสำคัญในการดูแลสมาชิกของครอบครัวเมื่อยามเจ็บป่วย คาดว่าจะได้รับความร่วมมือในการให้โปรแกรมบำบัดครอบครัว (Family Intervention) นี้ ในการปฏิบัติในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายให้มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุก 2- 4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้พาผู้ป่วยมาตามนัด ดังนั้นเป็นไปได้ว่าสามารถนัดญาติมาร่วมกลุ่มหรือให้คำปรึกษาทุก 3 เดือน รวมทั้งทางโรงพยาบาลได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว ฉะนั้นจึงสามารถทำไปพร้อมกับงานประจำ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้เนื่องจาก 1. มีความรู้และประสบการณ์การทำกลุ่มจิตบำบัดและการให้คำปรึกษา(Counseling) กับผู้ป่วยและครอบครัวมาแล้ว และสามารถนำมาใช้ได้อย่างอิสระ โดยประสานความร่วมมือกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและกลุ่มงานจิตเวชชุมชนและสุขภาพจิต 2. สามารถสร้างทีมงานและขออนุญาตนำทีมงานมาปฏิบัติตามโปรแกรมได้ ที่แผนกผู้ป่วยนอกและการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งปัจจุบันพยาบาลผู้ป่วยในได้ออกมาทำกลุ่มนอกตึกและได้ร่วมงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกหลังจำหน่ายอยู่แล้ว ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) - เป็นการเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยขององค์กร เพิ่มความพึงพอใจให้หน่วยงานและครอบครัวผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำและเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีผลติดตามมาหลายประการ ได้แก่ การลดภาระของครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ในการนำไปใช้เกิดความเสียน้อย ก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมบำบัดครอบครัว สามารถเสริมสร้างทัศนคติที่ดี ลดความเครียด และการเพิ่มความสามารถในการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยในครั้งแรก หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นระยะเวลานาน รวมทั้งลดการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ออกมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกทุกรายหลังจำหน่ายกลับบ้านและสามารถนัดหมายให้ครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่มารับยาตามปกติได้ ไม่เป็นการเสียเวลาและเพิ่มค่าใช้จ่าย สามารถดำเนินการต่อเนื่องตลอดไปจนเป็นงานประจำ 2. ผู้ที่จะดำเนินโปรแกรม ควรเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความรู้และประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวมาก่อนทั้งในรูปแบบกลุ่มหรือแบบเดี่ยว ซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านนี้ 3. โปรแกรมนี้สามารถใช้ได้อย่างครอบคลุมกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ทุกครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนและครอบครัวที่มีปัญหาทั่วไปไม่รุนแรง 4. ควรมีการประชาสัมพันธ์โปรแกรมการบำบัดครอบครัวอย่างกว้างขวางและทั่วถึง รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วยให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกลุ่มการบำบัดครอบครัวนี้ 5. รูปแบบของโปรแกรม Family intervention เป็นโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับโปรแกรมอื่นในการบำบัดครอบครัว ทั้งในรูปแบบกลุ่มครอบครัวและในรูปแบบรายครอบครัวดังกล่าว 6. การเข้าร่วมกลุ่มตามโปรแกรมควรถามความตั้งใจหรือความต้องการและเชิญชวนให้เข้าร่วมกลุ่มตามความสมัครใจเพื่อให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมโปรแกรมจนครบกำหนด รวมทั้งพิจารณาถึงความเหมาะสมในรูปแบบของการบำบัด กับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความยืดหยุ่น กล่าวคือเวลาใดควรบำบัดแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	รายครอบครัวหรือแบบกลุ่มครอบครัว สถานที่บำบัดที่บ้านหรือโรงพยาบาล 7. ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน BPRS และ GAS การพิจารณาว่าแบบประเมินมีการแปลเป็นภาษาไทยและได้มีการทดสอบคุณภาพแล้ว รวมถึงผู้ประเมินควรมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินเป็นอย่างดี และควรนำมาประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่าย

เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย

Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden OPUS trial.

ชื่อผู้แต่ง

Pia Jeppesen, Lone Petersen, Anne Thorup, Maj-Britt Abel, Johan Ahlenschloger, Torben Christensen, Gertrud Krarup, Ralf Hemmingsen, Per Jorgensen and Merete Nordentoft

แหล่งที่พิมพ์

British Journal of Psychiatry, 187 (suppl. 48), หน้า 85-90 (2005)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	- เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Integrated Treatment เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้การรักษาดตามปกติ (Standard Treatment) ที่มีผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในเรื่องเกี่ยวกับ 1. ความรู้สึกเป็นภาระ ของครอบครัว (Subjective burden) 2. การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion) 3. ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต 4. ความพึงพอใจในการรักษา
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Sample)	1. ญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม เป็นผู้ป่วยที่มีเกณฑ์คัดเข้า inclusion criteria ดังนี้ เป็นผู้ป่วย schizophrenia-spectrum ในระยะ first episode อายุระหว่าง 18-45 ปี ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นครั้งแรก ตั้งแต่ มกราคม คศ.1998 ถึง ธันวาคม คศ.2000 และไม่มีประวัติการขาดยาต่อเนื่องนานเกินกว่า 12 สัปดาห์ ไม่รวมผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Sample) (ต่อ)	mental retardation organic mental disorder และ psychotic due to acute intoxication หรือมี withdrawal 2. จำนวนญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 325 คน จากการคัดเลือก ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 547 คน ที่ได้รับการวินิจฉัย (ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคด้วย (ICD10) ดังนี้ - Schizophrenia 214 คน - Schizotypia 47 คน - Delusional disorder 12 คน - Acute psychosis 26 คน - Schizoaffective psychosis 19 คน - Unspecified non-organic psychosis 7 คน 3. ในการแบ่งญาติผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะทำการสุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยที่อาศัยในโคเปนเฮเกนใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่ม ส่วนผู้ป่วยที่อาศัยในเมืองอาร์ฮัทใช้วิธีการจับลูกบอลแยกสีทีละ 10 คน (Petersen et al., 2005) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองได้รับ Integrated treatment จำนวน 275 คน ไม่มีญาติที่เข้าร่วมในโครงการจำนวน 90 คน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่มีญาติสามารถเข้าร่วม Integrated treatment ได้จำนวน 185 คน หลังจากการทดลอง ผ่านไป 1 ปี ญาติไม่มาตามนัด (loss follow-up) จำนวน 46 คน เหลือญาติที่สามารถประเมินผลได้จำนวน 139 คน ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ได้รับ Standard treatment จำนวน 272 คน ไม่มีญาติที่เข้าร่วมในโครงการจำนวน 132 คน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่มีญาติสามารถเข้าร่วม Standard treatment จำนวน 140 คน ผ่านไป 1 ปี ญาติไม่มาตามนัด (loss follow-up) จำนวน 53 คน เหลือญาติที่สามารถประเมินผลได้จำนวน 87 คน สรุปจำนวนของญาติที่เริ่มเข้าร่วมวิจัย มี 325 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 185 คน กลุ่มควบคุม 140 คน เมื่อครบ 1 ปี จำนวนญาติที่อยู่ร่วมวิจัย ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 139 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวน 87 คน ญาติที่ดูแลผู้ป่วยเซ็นหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโปรแกรม โดยทั่วไป เป็นญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ญาติที่เข้าร่วม

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Sample) (ต่อ)	โครงการมากที่สุดคือ บิดามารดา ในกลุ่มทดลอง 130 (70.3%) กลุ่มควบคุม 106 (75.7%) ญาติผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดจะได้รับการสัมภาษณ์เรียงตามลำดับ ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่น้อง ญาติ และเพื่อนหรืออื่นๆ มีการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านเมื่อแรกเข้าร่วมและหลังจากนั้นอีก 1 ปี ทั้งนี้โดยผู้วิจัยไม่มีส่วนร่วมในการรักษาทั้งสองกลุ่ม
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	โรงพยาบาลทางจิตในเมืองโคเปนเฮเก้นและเมืองอาร์ฮัส ประเทศเดนมาร์ก
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย (Research Methodology/Level)	การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled study, RCT) Level II
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	แบบประเมินสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยมี 3 แบบประเมินดังนี้ 1. แบบประเมินภาระจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Burden of illness) ใช้แบบประเมิน Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS; Platt et al, 1980) เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง รวมทั้งหมด 35 ข้อ (Mors et al, 1992). ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1.1 พฤติกรรมที่ถูกรบกวน (Disturbed behaviours) จำนวน 22 ข้อ 1.2 การเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคม (change in social role performance) จำนวน 5 ข้อ 1.3 ผลกระทบอื่นๆ ที่เกิดขึ้น (Adverse effects on others) จำนวน 8 ข้อ ในแต่ละหัวข้อจะดูเป้าหมายที่เปลี่ยนไปในชีวิตของญาติผู้ป่วยโดยให้ความทุกข์หรือการเป็นภาระทางจิตใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่กระทบกับตนเอง เกณฑ์วัดระดับความทุกข์ 0 = ไม่มีความทุกข์, 1= ความทุกข์ระดับปานกลาง, 2 = ความทุกข์ระดับรุนแรง ผลคะแนนของความทุกข์มาจากผลรวมของคะแนนความทุกข์ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด ผู้สัมภาษณ์จะได้รับการฝึกทักษะการสัมภาษณ์และการให้คะแนน โดยผ่านการดูตัวอย่างจากวิดีโอเทป รวมถึงการอภิปรายในกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments) (ต่อ)	2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Knowledge of schizophrenia) ใช้แบบสอบถามประเภทหลายตัวเลือกที่ปรับมาจาก McGill et al. (1983) โดยนำมา 12 ใน 14 คำถาม ที่ครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ การวินิจฉัย, ลักษณะอาการ, สาเหตุ, การรักษา, การจัดการกับอาการป่วย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 33 คะแนน 3. แบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการรักษา (Relatives' satisfaction with treatment) แบบสอบถาม 8 ข้อ ที่ได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Client Satisfaction ของ Attkisson & Zwick (1982) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตาม Likert scale ตัวอย่างคำถาม เช่น คุณรู้สึกว่าการแพทย์สามารถฟังและเข้าใจคุณหรือไม่ คุณรู้สึกว่าการต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองหรือไม่ โดยทั่วไปคุณรู้สึกพอใจต่อการรักษาที่ได้รับหรือไม่ ระดับของผลรวมของคะแนนความพึงพอใจอยู่ที่ 8-32 คะแนน ยิ่งสูงแสดงถึงความพึงพอใจยิ่งมาก 4. แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion, EE) ใช้แบบประเมิน The Five-Minute Speech Sample (FMSS; Magana et al, 1986) เป็นการประเมินคำวิพากษ์วิจารณ์และการเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไปของญาติ (criticism and emotional overinvolvement) โดยบันทึกคำบอกเล่าของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกที่มีต่อโรคจิตที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และรู้สึกอย่างไรที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที การประเมินญาติผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เริ่มตั้งแต่แรกเข้าร่วมวิจัยและภายหลัง 1 ปี เท่านั้น ยังไม่พบการรายงานผลการวิจัยในปีที่ 2
การบำบัด (intervention)	โปรแกรม Integrated Treatment นี้ เป็นโปรแกรมที่ให้กับญาติร่วมกับให้ผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะของกล่าวละเอียดที่ให้โปรแกรมกับญาติส่วนโปรแกรมที่ให้กับผู้ป่วยจะมีการกล่าวโดยละเอียดจากงานวิจัยของพีเทอร์สันและคณะ (Petersen et al., 2005) กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตาม Standard treatment (ST) โดยให้จำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลต่อผู้ป่วยประมาณ 1:20 ถึง 1:30 คน ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ในกลุ่มนี้ได้รับยาเช่นเดียวกับ ผู้ป่วยในกลุ่ม Integrated treatment (IT) ผู้ดูแลจะได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลการดูแลรักษาและข้อมูลเบื้องต้น มีเพียงญาติไม่กี่คนที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหรือเข้ากลุ่มสำหรับครอบครัว กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและญาติได้รับ Integrated treatment (IT) ตลอดระยะ 2 ปี มีเจ้าหน้าที่ดูแล แบ่งเป็น 3 ทีม ดังนี้ 2 ทีมในโคเปนเฮเกน และ 1 ทีมในอาร์ฮัส ผู้ป่วยประมาณ 10 ราย: ผู้ดูแล 1 คนในทีม ซึ่งในทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด พยาบาลจิตเวช (Petersen et al., 2005) การบำบัด เป็นแบบ assertive community treatment model (Stein & Test, 1980) องค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษากับครอบครัว (Psychoeducational family) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) และการรักษาทางยากับผู้ป่วยโดยสามารถแบ่งโปรแกรมที่ให้กับผู้ป่วยและญาติดังนี้ ผู้ป่วย : ได้รับยาต้านโรคจิต โดยให้ยา second-generation เป็นตัวเลือกแรกและในขนาดต่ำ ตามแนวทางของ Danish Psychiatric Society ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม หลังได้รับการประเมินความบกพร่องทางสังคมด้วย Disability Assessment Schedule (Holmes et al, 1982). โดยทีมงานไปฝึกให้ที่บ้านหรือร่วมฝึกกับกลุ่ม ที่โรงพยาบาลก็ได้แล้วแต่ผู้ป่วยสะดวก ในการฝึกเป็นกลุ่มรวมมีจำนวนผู้ป่วย 6 คน ต่อผู้บำบัด 2 คน เน้นการฝึกทักษะเกี่ยวกับยา การเผชิญกับอาการ การสนทนา การแก้ไขปัญหาและทักษะการแก้ไขข้อขัดแย้ง (Lieberman et al. 1986) ถ้าไม่ต้องการฝึกทักษะทางสังคม ก็ให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล (Individual psychoeducation) (Petersen et al, 2005) ญาติ : ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คนได้เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Multi-family group ของ McFarlane et al, 1995) ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ให้แต่ละครอบครัวมาพบผู้บำบัด 3 ครั้ง โดยไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วม เพื่อสร้างความร่วมมือและทบทวนพูดคุยเกี่ยวกับภาวะวิกฤติ 2) จัดให้ผู้ดูแลจำนวน 4-6 ครอบครัว เข้ากลุ่มเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับทักษะต่างๆ ที่จำเป็น (a survival skills workshop) (Anderson et al, 1986) ซึ่งได้แก่

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต และวิธีการดูแลรักษา สาเหตุ และการพยากรณ์โรคโดยการสอนและอภิปรายร่วมกัน 3) จากนั้นให้ครอบครัว 4-6 ครอบครัวรวมผู้ป่วยด้วย เข้ากลุ่ม 2 สัปดาห์/ครั้ง ครั้งละ 1½ ชม ใช้ผู้บำบัด 2 คน เนื่อหาเน้นการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บป่วย ตลอดระยะเวลาการวิจัย 18 เดือน
ผลการวิจัย (Research findings)	ในกลุ่มทดลองจำนวนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติมีจำนวน 185 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยอาศัยอยู่กับญาติเพียง 140 คนเหตุผลที่ญาติไม่เข้าร่วมการทดลอง 1) ผู้ป่วยไม่ยอมให้ติดต่อกับญาติ เนื่องจากไม่ต้องการให้ญาติรับรู้ปัญหา หรือไม่ยอมให้ญาติต้องยุ่งยาก 2) ผู้ป่วยไม่ได้ติดต่อกับครอบครัวหรือญาติ 3) ญาติอยู่ไกลหรือด้วยเหตุผลอื่นที่ไม่สามารถเข้าร่วม 4) ญาติปฏิเสธการเข้าร่วม กลุ่มทดลองผู้ดูแลจำนวน 127 ใน 185 คน (68.6%) ที่ได้รับ Family therapy ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี จำนวน 94 คน (50.8%) เริ่มได้ Multi-family group therapy และ 79 คน (42.7%) ได้รับ multi-family group ตั้งแต่ 6 ครั้ง ตรงกันข้ามกับ กลุ่มควบคุม มีเพียง 27 ใน 140 คน (19.3%) ที่เข้าร่วม family meetings ตั้งแต่ 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี และมีเพียง 5 คน (3.6%) ที่เข้าร่วม family meeting ตั้งแต่ 6 ครั้ง ผลที่ได้จากการทดลอง 1. ความรู้สึกเป็นภาระอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Burden of illness) กับญาติของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความรู้สึกทุกข์ (distress) อันเนื่องมาจากความบกพร่องของบทบาททางสังคม (social role performance) ($P=0.031$) กับที่มาจากปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย (adverse effects of illness) ($P=0.047$) ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างในเรื่องความรู้สึกทุกข์ลดลงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ถูกรบกวน (Disturbed behaviours) โดยรวมความรู้สึกต่างๆ ของญาติในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ความพึงพอใจ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ $P<0.001$ โดย กลุ่ม IT รู้สึกพึงพอใจสูงกว่า กลุ่ม ST คือ กลุ่ม IT มีความพึงพอใจสูงมากระหว่างที่กลุ่ม ST รู้สึกค่อนข้างพอใจในเกือบทั้งหมดของ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings) (ต่อ)	คำถาม 3. การแสดงออกทางอารมณ์ ทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงหรือสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสัดส่วนของการเปลี่ยน High EE เป็น Low EE ในกลุ่ม IT พบ 63.2% และกลุ่ม ST พบ 59.1% และสัดส่วนของการเปลี่ยน Low EE เป็น High EE กลุ่ม IT พบ 18.7% กลุ่ม ST พบ 12.5% 4. ความรู้โรคจิตเภท ทั้งสองกลุ่ม ไม่พบการพัฒนาความรู้ที่ดีขึ้น แต่โดยเฉลี่ย กลุ่ม IT มีความรู้ที่ตอบถูกมากกว่ากลุ่ม ST ในสัดส่วน 3 : 2 ส่วน เมื่อได้ติดตามประเมินภายใน 1 ปี
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) เป็นงานวิจัยที่ศึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Integrated treatment เปรียบเทียบกับ Standard treatment ในเรื่อง ภาระทางจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แสดงออกทางอารมณ์ และความพึงพอใจในการรักษา ซึ่งตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ด้วยญาติผู้ป่วยโรคจิตที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ป่วยเป็นครั้งแรกจะพบมีความทุกข์ใจ ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการดูแล และทางหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์กับกลุ่มเป้าหมายนี้ กระบวนการให้ Integrated treatment และการติดตามผลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติในคลินิกได้ไม่ยาก ด้วยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับงานที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำและอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพที่พึงปฏิบัติได้ การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) - งานวิจัยมีคุณภาพความน่าเชื่อถือ มีความสอดคล้องในทุกหัวข้อ ตั้งแต่ชื่อเรื่องที่ระบุตัวแปรที่สำคัญ คือ โปรแกรม integrated treatment ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย คือญาติผู้ป่วย วัตถุประสงค์งานวิจัยได้กำหนดไว้ชัดเจน สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง การออกแบบงานวิจัยแบบสุ่มทดลอง (RCT) เหมาะสมด้วยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและมีหลักการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ดี สามารถป้องกันความลำเอียงได้ การเข้ากลุ่มมีการเซ็นยินยอม มีการแสดงจำนวนกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมเข้ากลุ่มและผู้ที่ออกจากกลุ่ม ไว้อย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	ชัดเจน โปรแกรม integrated treatment ให้ intervention ที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ ญาติได้รับ intervention ดังกล่าว รู้สึกเป็นภาระลดลงและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ Standard treatment - เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลมีความชัดเจนนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม และผู้ใช้ได้ผ่านการอบรมผู้ที่เก็บข้อมูลไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือรับรู้อาการเจ็บป่วย - การวิเคราะห์แปลผลข้อมูลทำได้ชัดเจนเหมาะสม - ผลการวิจัยตอบคำถามสมมติฐานการวิจัยและตอบปัญหาที่เกิดขึ้นทางคลินิกได้ชัดเจน - ผู้ร่วมวิจัยมีหลายท่านและเป็นผู้เชี่ยวชาญจากงานด้านจิตเวชในโรงพยาบาลต่างๆ โดยได้ทุนวิจัย จากกระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์และได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลโคเปนเฮเกน และเขตเมือง อารัส ในประเทศเดนมาร์ก - งานวิจัยมาจากแหล่งตีพิมพ์ที่มีชื่อเสียงทางด้านจิตเวช คือ ตีพิมพ์ใน British Journal of Psychiatry
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานของผู้ศึกษาของการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบ Multi-family group ร่วมกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและฝึกทักษะทางสังคมให้ผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้คลายความทุกข์และมีความพึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งในหน่วยงานของผู้ศึกษามีกลุ่มประชากรเป้าหมายคล้ายคลึงกัน โดยครอบครัวต้องพบกับความทุกข์ใจที่สมาชิกครอบครัวต้องมาป่วยด้วยโรคจิต และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานสามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้ ด้วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์การทำงานด้านผู้นำกลุ่มจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) โปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ด้วยเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษากับ

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential) (ต่อ)	ครอบครัว โดยได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและวิธีการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานที่ปฏิบัติในหน่วยงาน สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานของผู้ศึกษาที่กำลังหาหารูปแบบที่ได้มาตรฐานในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานมีศักยภาพเพียงพอในการเป็นผู้นำกลุ่ม มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานทำนองนี้ ซึ่งหากเมื่อได้รับการฝึกเพิ่มเติมตามโปรแกรมพยาบาลในหน่วยงาน ย่อมสามารถดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามเป้าหมายได้โดยไม่ยาก อย่างไรก็ตามด้วยโปรแกรมนี้นี้มีระยะการดำเนินงานที่นานและทำกับผู้ป่วยในและ ผู้ป่วยนอก อาจมีผลทำให้ไม่เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและชุมชนเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็น ซึ่งปัจจุบันองค์กรมีรูปแบบการดำเนินงานประจำกันเป็นที่อยู่แล้ว ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำและการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ภาระของครอบครัวลดลง ลดค่าใช้จ่ายทั้งในส่วนองค์กรและครอบครัวผู้ป่วย การนำโปรแกรมไปใช้ก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุดและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาขององค์กร เพิ่มความพึงพอใจในหน่วยงานและครอบครัวผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมนี้ เหมาะที่จะนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) ที่อยู่ในกลุ่ม Schizophrenia-spectrum โดยไม่รวมผู้ป่วย ที่มี Mental retardation, Organic mental disorder และ Psychotic due to acute intoxication หรือมี withdrawal

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	2. การประเมินผลลัพธ์ กับญาติที่ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความมี ภาระทางจิตใจหรือความทุกข์ ความรู้โรคจิตเภท ความพึงพอใจที่ได้รับ และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ แบบประเมินเหล่านี้ก่อน นำไปใช้ควรคำนึงคุณภาพของเครื่องมือเสียก่อน และผู้ประเมินต้องม ีความรู้ และได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินต่างๆ โดยเฉพาะอย่าง ยึ่งการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ 3. ผู้บำบัด ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิต เวช ผู้นำกลุ่มบำบัดต้องมีประสบการณ์การเป็นผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมและกลุ่มบำบัดในรูปแบบอื่นๆ 4. ให้การบำบัดผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ความทุกข์ของ ญาติผู้ป่วยลดลง และญาติเกิดความพึงพอใจ สรุปได้ดังนี้ การบำบัดผู้ป่วย (Petersen et al., 2005) ประกอบด้วย ผู้ป่วย ได้รับยาต้านโรคจิตตามปกติ และเข้ากลุ่มฝึกทักษะทางสังคม ฝึกทักษะ เรื่องยา ติดตามไปฝึกให้ที่บ้านหรือจัดเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาล การบำบัดแก่ญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย ก่อนเข้ากลุ่มให้ญาติมา พูดคุยกับผู้บำบัดตามลำพังก่อนเพื่อสร้างความร่วมมือ จากนั้นให้เข้ากลุ่ม เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับทักษะต่างๆ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรค โดยเน้นเรื่อง การแก้ปัญหา และอภิปรายร่วมกันจากนั้นเข้ากลุ่ม ทำใน 2 สัปดาห์/ ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง ตลอดระยะ 18 เดือน ในรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา โดยให้ครอบครัวได้อภิปรายร่วมกันเรื่องการแก้ปัญหา และ อย่างน้อย ญาติควรเข้าร่วมการบำบัดตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป การให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยในร่วมกับผู้ป่วย นอกได้ 5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ ญาติและวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างไร เพื่อให้การแสดงออก ทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัวนี้ลดลงอย่างเห็นผลชัดเจน

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย

Efficacy of a brief intervention for carers of people with first-episode psychosis: a waiting list controlled study.

ชื่อผู้แต่ง

HW So, EYH Chen, RCK Chan, CW Wong, SF Hung, DWS Chung, SM Ng, CLW Chan

แหล่ง/ปีที่พิมพ์

Hong Kong Journal Psychiatry, 16,92-100 (2006)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducational intervention) จำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) รวมถึงวัดการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคจิต ภาระในการดูแล วิธีการเผชิญปัญหา และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Sample)	เป็นญาติของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก อายุระหว่าง 15-25 ปี จำนวน 45 คน โดยมีเกณฑ์ในการเข้าร่วมคือ ญาติที่ถูกเชิญให้เข้าร่วมโครงการจะต้อง 1) มีสมาชิกครอบครัวที่ป่วยทางจิตครั้งแรก โดยได้รับการวินิจฉัยโรค (ตามเกณฑ์ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision) เป็นโรค schizophrenia, schizoaffective หรือ schizophreniform disorder 2) ญาติที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งข้อมูลมาจากการระบุจากผู้ป่วยและญาติ 3) ญาติต้องพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ 4) มีการลงชื่อให้คำยินยอมเพื่อร่วมโครงการ 5) ญาติที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ได้รับบริการทางจิตอย่างอื่น และ 6) ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ระหว่างรักษาเป็นผู้ป่วยใน ญาติที่เข้าร่วมโครงการจะถูกสุ่มเพื่อจัดกลุ่มจะกระทำในช่วง 6 – 12 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบลง จากการที่รับยาด้านโรคจิต โดยเป็นกลุ่มทดลอง (Active Intervention) จำนวน 22 คน หรือกลุ่มควบคุม (waiting list control) จำนวน 23 คน
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	หน่วย Early Assessment Service for Young People with Psychosis (EASY) ของ โรงพยาบาล 3 แห่งในฮ่องกง ได้แก่ Kwai Chung Hospital, Prince of Wales Hospital และ Queen Mary Hospital

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับ-งานวิจัย (Research Methodology /Level)	เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trial, RCT) Level II
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	- การประเมินผลลัพธ์หลัก (major outcome measure) ของญาติ ได้แก่ ความรู้ของญาติเกี่ยวกับโรคจิต ประสิทธิภาพการดูแล วิธีการเผชิญปัญหา และการแสดงทางอารมณ์ ส่วนผลลัพธ์อื่น ได้แก่ สุขภาพทั่วไปของญาติผู้ดูแล และเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล - เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ได้แก่ 1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิต เป็นแบบประเมินตนเอง พัฒนาโดย HW So et al. มีลักษณะเติมคำในช่องว่าง 19 ข้อและคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกจำนวน 5 ข้อ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ การรักษา การจัดการกับการเจ็บป่วย แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่น เน้นค่าความสอดคล้อง ภายใน อยู่ระหว่าง 0.67 กับ 0.72 และค่าความสอดคล้องภายใน ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีค่า 0.79 2. The Experience of Caregiving (ECI) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 10 subscales โดยแบ่งเป็นประสิทธิภาพเชิงลบ จำนวน 8 subscales เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา トラバ ภาระเรื่องการรับบริการ ผลกระทบกับครอบครัว ความต้องการการสนับสนุน การพึ่งพาและความรู้สึกสูญเสีย ส่วนประสิทธิภาพเชิงบวก จำนวน 2 subscales ได้แก่ ประสิทธิภาพส่วนบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับรางวัล และสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 66 ข้อ ระดับ คะแนน 0-264 โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงความเที่ยง และความตรงของแบบวัด 3. The Chinese Ways of Coping Questionnaire (CWCQ) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาระหว่างนักศึกษาจีนกับผู้ใหญ่ ฉบับเดิมมีจำนวน 66 คำถาม 4 subscale: ประกอบด้วย การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational problem-solving), การปล่อยใจให้เวลาผ่านไป (Resigned distancing); การหาแหล่งสนับสนุนและระบายอารมณ์ (Seeking support and ventilation); และคาดหวังในสิ่งที่เป็นไป

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments) (ต่อ)	ได้ (passive wishful thinking) แบบวัดนี้มีค่าความสอดคล้องภายในของแต่ละ subscale อยู่ระหว่าง 0.62-0.74 ในการศึกษา ผู้เข้าร่วมโครงการ จะถูกประเมินวิธีการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตของเด็ก 4. Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 60 คำถาม ซึ่งประเมิน ลักษณะของทัศนคติหรือรูปแบบการตอบสนองของบุคคล ที่สำคัญประเมิน 4 ด้านดังนี้ การถูกรบกวน (Intrusiveness) การโต้ตอบทางอารมณ์ (Emotional response) ทัศนคติต่อการป่วย (Attitude toward illness) และการอดทน(Tolerance)/การคาดหวัง (Expectation) โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 – 60 แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่น ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่า 0.95 ส่วนของ subscale อยู่ในช่วงระหว่าง 0.84 ถึง 0.89 โดยที่ในการทดสอบซ้ำ 6 สัปดาห์ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 5. The General Health Questionnaire (GHQ-12) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการทางจิตต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล (anxiety) ความซึมเศร้า (depression) อาการที่แสดงออกทางร่างกาย (somatic) และ การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (social dysfunction) แบบวัดนี้มี 12 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0 - 48 คะแนนโดยงานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงความเที่ยง และความตรงของแบบวัด 6. The Life Events Questionnaire ความรู้สึกที่ถูกคุกคามในช่วงเดือนที่ผ่านมาเน้นเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน 12 กลุ่มใหญ่ๆ เช่น การสูญเสียสิ่งของหรือบุคคล หรือการถูกให้ออกจากงาน โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้กล่าวถึงความเที่ยง และความตรงของแบบวัด 7. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นการประเมินการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ แบบวัดนี้ประกอบด้วย 4 แบบวัดย่อย ได้แก่ อาการทางบวก อาการทางลบ อาการก้าวร้าวและอาการทั่วไป งานวิจัยไม่ได้รายงานเกี่ยวกับคุณสมบัติต่างๆ ของเครื่องมือ การเก็บข้อมูล : จะเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มการทดลอง ครั้งที่ 2 เมื่อเริ่มการทดลองไปได้ 6 สัปดาห์และครั้งสุดท้าย 6 เดือนหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม Active Intervention ซึ่งจัดทำโปรแกรมที่ Kwai Chung Hospital (n=29) Queen Mary Hospital (n=7) และ Youth center (n=9) ทำในช่วงเย็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1.5 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมแบ่งเป็น 8 กลุ่มๆละ 4-8 คน โดยมีผู้เชี่ยวชาญจิตวิทยาเป็นผู้นำกลุ่มภายในการควบคุมของผู้วิจัย เริ่มจากผู้นำกลุ่มโทรไปหาผู้ดูแลเพื่อทำความรู้จักก่อนเริ่มทำโปรแกรม โดยอธิบายแนวทางการอภิปรายในกลุ่มและการติดต่อกรณีที่ผู้ดูแลพลาดการเข้ากลุ่ม ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มเว้นขณะประเมินผลลัพธ์ เนื้อหาของโปรแกรม 3 ครั้งแรกประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตขณะ 3 ครั้งหลังจะเป็นการเพิ่มทักษะในการควบคุมอาการผู้ป่วยและควบคุมความเครียดของผู้ดูแลเอง เนื้อหาหลักทั้ง 6 ครั้ง จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตในระยะแรก และการบำบัดรักษา การควบคุมพฤติกรรม การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร และการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยมีเนื้อหาดังนี้ ครั้งที่ 1 - เป็นการสร้างสัมพันธภาพ - แนะนำถึงวัตถุประสงค์และเนื้อหาของแต่ละ session - อภิปรายปัญหาที่ผู้ดูแลแต่ละคนเคยประสบมา - ให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ครั้งที่ 2 - อภิปรายความรู้สึกในการที่ต้องมาพบกับโรคจิตในหัวข้อ “ทำไมโรคจิตต้องกลับมาเกิดขึ้นกับญาติของฉัน” - แก้ไขความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับโรคจิต - ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและระยะของโรคจิตโดยใช้ the vulnerability-stress-coping model ครั้งที่ 3 - อธิบายระยะต่างๆ ทางคลินิกของโรคจิตและวิธีการบำบัดในแต่ละระยะ - อภิปรายความคาดหวังเกี่ยวกับการฟื้นตัวและการบรรเทาอาการจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	- ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการจัดการกับผลข้างเคียงของยา - การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับทีมรักษา ครั้งที่ 4 - การสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพฤติกรรม อารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นตามมา อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล - การสังเกตและฝึกฝนทักษะการควบคุมและจำกัดพฤติกรรม - การรับมือกับอารมณ์ทางลบและการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี ครั้งที่ 5 - สมมติบทบาทตามทักษะที่ได้เรียนรู้จาก ครั้งที่ 4 - ฝึกปฏิบัติ 6 ขั้นตอนในการจัดการปัญหา - แนะนำและฝึกซ้อมทักษะการสื่อสารทางบวก - แนวคิดของการแสดงออกทางอารมณ์ และการปฏิบัติกริยาของอาการป่วยของผู้ป่วย ครั้งที่ 6 - ทบทวนหัวข้อในการเรียนรู้ครั้งก่อน - สังเกตและจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเอง - อภิปรายความเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอันเนื่องมาจากอาการของผู้ป่วยและ/หรือการดูแลของครอบครัว - การสนับสนุนทางสังคมและการจัดสมดุลในการใช้ชีวิต - แนวคิดการป้องกันการป่วยซ้ำ - แนะนำระดับของอาการเตือน การทำแต่ละครั้ง จะมีช่วงพักประมาณ 15 นาทีเพื่อกระตุ้นให้มีการพูดคุยกันเองระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วม โดยปกติทั่วไปผู้ดูแลจะไม่ได้รับจิตศึกษาแบบรายบุคคลหรือรายครอบครัว เว้นแต่เป็นกรณีพิเศษซึ่งปกติแล้วพยาบาลจิตเวชหรือนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้จัดการให้ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม Active Intervention หรือไม่ก็ตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	กลุ่มควบคุม (Control Condition) ในช่วง 6 สัปดาห์ ผู้ดูแลจะได้รับเพียงการติดต่อนัดหมายและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามปกติ แต่เนื่องจากผู้ดูแลเชื่อว่าการเข้าร่วมจะทำให้ได้รับประโยชน์มากกว่าการดูแลตามปกติ ดังนั้นภายหลัง 6 สัปดาห์หลังจากกลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่ม ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ก็ได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่ม Active Intervention เช่นกัน
ผลการวิจัย (Research findings)	กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องลักษณะครอบครัว การศึกษา อายุ ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย จากข้อมูลผู้เข้าร่วมทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างทั้ง 2 กลุ่ม ณ baseline อาการทางจิตของผู้ป่วย (PANSS) มีคะแนนเฉลี่ย 52.90 และระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาเฉลี่ย 181.13 วัน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับ Active Intervention มีความรู้โรคจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับ Intervention เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังได้รับ Intervention ($p=0.0005$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p=0.01$) การเผชิญปัญหา (CWCQ) ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับ Active Intervention มีจำนวนการเผชิญปัญหา (CWCQ) ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p=0.004$) โดยกลุ่มทดลองมีการเผชิญปัญหาดลงในวิธีใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา การปล่อยให้ความผ่านไป และคาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ (passive wishful thinking) ส่วนวิธีการหาแหล่งสนับสนุนและการระบายอารมณ์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่ม เหตุการณ์คุณภาพในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต (GHQ) ของครอบครัว พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่ม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (ECD) และการแสดงออกทางอารมณ์ (EE) ของครอบครัว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ประสบการณ์ในการดูแล (ECD) เกี่ยวกับเรื่อง อาการทางลบ และการพึ่งพา แสดงให้เห็นแนวโน้มจะมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	Post-hoc tests เมื่อรวมผลลัพธ์ทั้ง 2 กลุ่มหลังได้รับการแสดงอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.02$ เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนได้รับ Active Intervention กับภายหลังติดตามผล (6 เดือน)
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก มีความต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว เนื่องจากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัว ซึ่งพบได้เกือบทุกครอบครัวที่พาผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกมารับการรักษาในคลินิกที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน และหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบบำบัดเฉพาะกลุ่มนี้ การนำผลงานวิจัยมาใช้จะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกและการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปปรับแผนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มบำบัดนี้มาใช้ได้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้ ด้วยพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์การทำกลุ่มจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ และอยู่ในขอบเขตแห่งวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) - งานวิจัยมีคุณภาพ มีการออกแบบงานวิจัยที่เหมาะสม ตั้งแต่ชื่อเรื่อง แสดงให้รู้ถึงกลุ่มเป้าหมาย และระบุรูปแบบโปรแกรมไว้อย่างชัดเจน มีวิธีการศึกษาออกแบบงานวิจัยเป็นแบบทดลอง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เหมือนกัน และมีการทดสอบความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยได้กำหนดไว้ชัดเจนว่าเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและวัดการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคจิต ภาระการดูแล การเผชิญปัญหา และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีการตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ การวิเคราะห์และการอภิปรายผลการวิจัย ได้นำเสนอข้อมูล ร่วมกับแสดงในรูปตารางทำให้แสดงผลชัดเจนสามารถเข้าใจได้ง่าย

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความ เป็นไปได้ในการนำไป ปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ที่จะนำไปใช้กับ กลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยเป็นครั้งแรก เหมือนกัน ที่ครอบครัวมีความเครียดกังวลกับการป่วยด้วยโรคจิตเป็น ครั้งแรกของสมาชิกครอบครัวด้วยครอบครัวไม่มีความรู้เรื่องโรคจิต และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันองค์กรยังไม่มีแนวทางการให้ ความช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มนี้ และมีความต้องการหาแนวทางให้การ ช่วยเหลือที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผลของโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษานี้ช่วยให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยได้มีความรู้เรื่องโรคจิตเพิ่มขึ้นและ การเผชิญปัญหาได้ดี และแนวโน้มความรู้สึกละดลงด้วย และ ขั้นตอนการทำโปรแกรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) โปรแกรมนี้เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะกับครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เกี่ยวกับโรคจิต การดูแลผู้ป่วยและการ จัดการกับความเครียดของครอบครัวเอง พยาบาลจิตเวชสามารถนำไป ปฏิบัติด้วยวิธีการไม่ซับซ้อน ระยะเวลาเข้ากลุ่มไม่นาน สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 6 ครั้ง และทำในช่วงเย็นที่ผู้ดูแลสามารถมาได้หลังเลิกงาน และ พยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำกลุ่มกิจกรรม รวมทั้งกลุ่มจิตบำบัด มาแล้วสามารถนำมาปรับใช้กับโปรแกรมนี้ได้ สามารถทำได้อย่างอิสระ โดยสามารถสร้างทีมงานและประสานกับกลุ่มงานผู้ป่วยนอก และ พยาบาลผู้ป่วยในสามารถอนุญาตมาทำที่แผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับ ทีมงานได้ซึ่งปัจจุบันในองค์กรเริ่มมีทีมซึ่งรวมพยาบาลผู้ป่วยในออกมา ทำโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกกันอยู่แล้ว ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) โปรแกรมไม่เกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และครอบครัว แต่เป็นการเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยที่ป่วย ตั้งแต่ครั้งแรก โดยเสริมสร้างความรู้และความพร้อมของครอบครัวที่จะ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำ ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีสุขภาพจิตที่ดีป้องกันปัญหา

หัวข้อ	รายละเอียด
	สุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้จากความทุกข์ความเครียดจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต ก่อให้เกิดประโยชน์ให้กับครอบครัวอย่างมาก
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การให้สุขภาพจิตศึกษาให้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ในระยะสั้น 6 ครั้งหรือ 6 สัปดาห์ สามารถช่วยให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตมากขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น 2. กลุ่มครอบครัวที่ให้ความร่วมมือโปรแกรมได้ดีส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง มีอาชีพแม่บ้าน ผู้ป่วยที่ญาติเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา เฉลี่ย 6 เดือน 3. การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้นำกลุ่มควรได้มีการทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยก่อนทำกลุ่มโดยนัดพบหรือใช้โทรศัพท์ พูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการทำกลุ่มและมีการติดต่อในกรณีที่ครอบครัวพลาดการเข้ากลุ่ม 4. ผู้ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มให้ความรู้แก่กลุ่มครอบครัว จำเป็นต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินกลุ่ม ควรผ่านการอบรมการทำกลุ่มและมีประสบการณ์ทำกลุ่มมาแล้วเป็นอย่างดี เช่น เป็นพยาบาลจิตเวช หรือเป็นนักจิตวิทยา 5. การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาให้กับกลุ่มครอบครัวที่มีจำนวนมาก อาจจัดมากกว่าหนึ่งกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวน 4-8 คน ทำในระยะเวลา 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาทำ 1.5 ชั่วโมง และควรมีช่วงพักประมาณ 15 นาทีเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 6. เนื้อหาในการให้สุขภาพจิตศึกษาให้กับครอบครัวจำนวน 6 ครั้ง เป็นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตที่ป่วยในระยะแรกและการบำบัดรักษา การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การจัดการความเครียดของตนเอง ทักษะการสื่อสาร และการป้องกันการป่วยซ้ำ 7. การประเมินผล สามารถใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ การรักษา การจัดการกับการป่วย แบบประเมินการเผชิญปัญหา (The Chinese Ways of Coping Questionnaire, CWCQ) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การปล่อยใจให้เวลา

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผ่านไป การค้นหาแหล่งสนับสนุนและระบายอารมณ์ คาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ โดยประเมินผลลัพธ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมและมีการติดตามต่อเนื่องหลังทำกลุ่ม อีก 6 เดือน

เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย

A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis

ชื่อผู้แต่ง

Gerard Leavey, Saleena Gulamhussein, Chris Papadopoulos, Eric Johnson-sabine, Bobblizard and Michael King

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Psychological Medicine, 34, 423–431 (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	เพื่อประเมินผลกระทบถึงการให้ความรู้แบบสั้น และการให้คำแนะนำ ประคับประคองแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยกับการป่วยทางจิตในครั้งแรก
กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample) กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample) (ต่อ)	เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นครั้งแรก จำนวน 106 คน คัดเลือกจากผู้ป่วยจำนวน 198 คน ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-9 ว่าเป็นโรคจิตในครั้งแรก ที่ป่วยทางจิตมาภายใน 6 เดือนล่าสุด และคัดออกในรายที่มีปัญหาทางร่างกายและการเรียนรู้ และ ผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดซึ่งปกติจะเป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การใช้การ์ด 8 ใบที่ระบุว่าอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มบำบัด (กลุ่มละ 4 ใบ) แยกเก็บแต่ละซองไว้ที่สำนักงานบริหารผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในการศึกษานี้จะเป็นผู้สุ่มเลือกจดหมายเพื่อจัดกลุ่ม โดยปราศจากอคติ รวมจำนวนญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 106 คน แบ่งได้เป็น กลุ่มทดลอง – จำนวน 57 คน กลุ่มควบคุม – จำนวน 49 คน
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	สถานบริการทางจิตเวชขนาดใหญ่ 2 แห่งทางตอนเหนือของกรุงลอนดอน ซึ่งมีความหลากหลายทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งมีชนกลุ่มน้อยจำนวนมากและมีผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย (Research Methodology /Level)	การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled study, RCT) Level II
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	แบบประเมินผู้ดูแล 1. แบบประเมินวัดความพึงพอใจ (Verona Service Satisfaction Questionnaire) (Relatives) (VSSS-32) (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจโดยรวม ความพึงพอใจในทักษะและพฤติกรรมของผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูล การเข้าถึงบริการ ความมีประสิทธิภาพ ประเภทของ intervention และความร่วมมือของญาติ ญาติตอบแบบสอบถามเมื่อเวลาผ่านไป 4 เดือนกับ 9 เดือน 2. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงอาการป่วย (Perceived severity of illness) ของผู้ป่วยที่ระดับต่างๆ ได้แก่ ระดับ 0=ไม่รุนแรง 1=ปานกลาง 2=รุนแรง 3=รุนแรงมาก โดยประเมินเมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเวลาผ่านไป 4 เดือนกับ 9 เดือน 3. แบบประเมินความตึงเครียด (Caregiver Strain Index, CSI) ของ Robinson (1983) ประเมินผู้ดูแลในเรื่อง การนอนไม่หลับ, เวลาที่ต้องการ, ครอบครัวยและการปรับอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นทุกข์ วัดความตึงเครียดโดยให้ตอบแบบใช่ 2 ตัวเลือก (dichotomous) (yes/no) ใน 13 หัวข้อ โดยประเมินเมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเวลาผ่านไป 4 เดือนกับ 9 เดือน การประเมินผู้ดูแลจัดทำโดยคณะผู้ช่วยวิจัย โดยทั่วไปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลนั้น และผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าผู้ดูแลอยู่กลุ่มไหน และได้ย้าผู้ตอบแบบสอบถามว่าไม่ให้บอกตัวตนเองนั้นได้รับการดูแลอย่างไร
การบำบัด (intervention)	<u>กลุ่มทดลอง</u> ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมในกลุ่มทดลองจะได้รับ Intervention เพิ่มจากการดูแลปกติ ซึ่งรูปแบบและเนื้อหาเป็นผลมาจากการวิจัยเรื่องก่อนหน้าของทีมนักวิจัย ซึ่งพบว่าสิ่งที่ไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ การที่ญาติ/ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการทางจิตเวช ในประเด็น การบริการต่างๆ ที่มีให้ การรักษาและการพยากรณ์โรค โดยที่ Intervention

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	นี้ได้คำนึงถึง ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ปัญหาของครอบครัวและปัญหาส่วนบุคคลในการให้การดูแลผู้ป่วย และ ปัญหาที่เผชิญจากการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการ Intervention จะเริ่มให้แก่ผู้ดูแลภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ดูแลได้ติดต่อกับหน่วยให้บริการและผู้ดูแลจะได้รับความรู้แบบสั้น และคำแนะนำแบบประทับประคองรวม 7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชม. วันเวลาสถานที่แล้วแต่ผู้ดูแลจะสะดวก ปกติจะทำที่บ้าน การให้ความรู้เป็นการพูดคุยกันมากกว่าจะเป็นการสอน ประกอบด้วย (a) การรวบรวมข้อมูลในระยะแรกจากผู้ดูแล (b) การให้ความรู้เกี่ยวกับ การเจ็บป่วยทางจิต อาการและสัญญาณเตือน การรักษา และการขอความช่วยเหลือ (c) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหาและการสื่อสารกับผู้ป่วย Intervention นี้มีลักษณะของการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีการรวมเรื่องการแก้ไข้ปัญหา (Problem solving) ด้วย ตามแนวทางของฟอลลอน (Fallon, 1984) ผู้ดูแลยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานที่บริการในท้องถิ่นและระดับชาติ รวมทั้งกลุ่มต่างๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุน ทีมที่ให้การสนับสนุนประกอบด้วย บุคลากรจากสถานบริการสุขภาพภายในท้องถิ่น (Link-Workers) ซึ่งสามารถพูดได้ 2 ภาษา เป็นคนที่มีเชื้อชาติ เช่นเดียวกับผู้ดูแล ซึ่งมีหลายเชื้อชาติ และสื่อสารกับผู้ดูแลได้ และอย่างน้อยได้รับการประกาศนียบัตรในด้านการให้คำปรึกษา (counseling) โดยได้รับการอบรม จากพยาบาลจิตเวชชุมชนและผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้การสนับสนุน ให้การอบรมครอบครัวเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานและทฤษฎีในแต่ละส่วนของโครงการ ทีมสนับสนุนจะได้รับการนิเทศอยู่ตลอด กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบปกติในการให้บริการทางจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพจิตชุมชนที่เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีลักษณะไม่เป็นทางการและเกิดขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
	เป็นครั้งคราว ไม่ได้มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนและทีมที่ให้บริการไม่ได้รับการฝึกเป็นพิเศษในเรื่องการดูแลครอบครัว
ผลการวิจัย (Research findings)	ณ เริ่มแรก (Baseline) ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ดูแลจำนวน 106 คน ผู้ดูแลที่ได้รับการติดตามสัมภาษณ์ใน 4 เดือนแรกจำนวน 87 คน (82%) และ 9 เดือนต่อมา จำนวน 84 คน (79%) จากทั้งหมด 106 คน ในระยะแรกที่เริ่มการทดลอง สาเหตุที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย (Loss follow-up) ในกลุ่มทดลอง มาจาก ผู้ดูแลเสียชีวิต 1 คน ย้ายครอบครัว 2 คน ไม่สามารถติดต่อได้ 4 คน และปฏิเสธเข้าร่วม 3 คน ในกลุ่มควบคุม ย้ายไปอยู่ต่างประเทศ 1 คน ผู้ดูแลไม่ได้ติดต่อผู้ป่วย 4 คน ไม่สามารถติดต่อผู้ดูแลได้ 3 คนและผู้ดูแลปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ 4 คน - ความพึงพอใจในการบริการ (Satisfaction with services) : พบว่าความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมิน ด้วย Verona Service Satisfaction Scan และ General linear Model (GLM) เพื่อวิเคราะห์ซ้ำ - จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (Hospital admissions) : เมื่อใช้ GLM วิเคราะห์ผลที่ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา - การรับรู้ความรุนแรงของการป่วย (Perceived severity of illness) : ก่อนเริ่มการทดลองมีผู้ดูแลที่รู้สึกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องรุนแรงมากในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน (41%) และในกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน (42%) เมื่อประเมินหลังจากนั้นอีก 4 เดือนและ 9 เดือน ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดเวลาที่ได้ทำการศึกษา - Burden of carer and caregiver strain index (CSI) : เวลาโดยเฉลี่ยที่ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มใช้ดูแลผู้ป่วย ณ baseline คือ 24 ชั่วโมง/สัปดาห์ ถึงแม้ว่าความพึงพอใจจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ที่เดือนที่ 4 ส่วนที่มากขึ้นของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองยังคงอยู่กับพ่อ/แม่ [31/47 (66%) กับ 22/39 (54%)] ณ เดือนที่ 4 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองใช้เวลาใน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings) (ต่อ)	การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง ($p=0.02$) ณ เดือนที่ 9 ความแตกต่างนี้ไม่ปรากฏ พ่อ/แม่ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มให้เวลาดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ความตึงเครียดของผู้ดูแล ทั้งสองกลุ่มก่อนเริ่มการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความตึงเครียดของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับตอนเริ่มโครงการ กับเดือนที่ 9 ส่วนเดือนที่ 4 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความตึงเครียดลดลงอย่างมากในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในเดือนที่ 9
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้ความรู้แบบสั้น และการให้คำแนะนำแบบประทับประคองกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรก ซึ่งงานวิจัยมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในการตัดสินใจและเกิดความชัดเจนในการแก้ปัญหาได้คือ ปัญหาทางด้านจิตใจของครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรก ด้วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลรักษาผู้ป่วยหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องนี้ พยาบาลสามารถประสานงานและสร้างทีมงานเครือข่ายชุมชน ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลครอบครัวผู้ป่วยได้จริง การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม มีความสอดคล้อง ชื่อเรื่องที่บ่งบอกวิธีการศึกษา รูปแบบการศึกษา ที่เป็นแบบ RCT มีการระบุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้ชัดเจนว่าเป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก และกระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นได้น่าเชื่อถือไม่มีอคติ โดยผู้สุ่มไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษานี้ วัตถุประสงค์ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน เกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและโปรแกรมที่ให้ เครื่องมือมีความเหมาะสมและ การประเมินได้รับการควบคุมอย่างเคร่งครัดจากคณะผู้ร่วมวิจัย แสดงให้เห็นไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับการให้ความรู้ตามโปรแกรมการอภิปรายผลระบุข้อจำกัดและให้ข้อมูล สนับสนุนความเป็นไปได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	ตรงไปตรงมา กับกาให้โปรแกรมกับกลุ่มเป้าหมายไม่ประสบผลสำเร็จ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ คือการเพิ่มช่วงเวลาในการรักษาตามความต้องการผู้ดูแลให้นานกว่านี้และให้ตามความต้องการผู้ดูแล ดีกว่าที่จะให้ตามความต้องการของผู้บำบัด
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยนี้มีความเหมาะสม ในการนำไปประยุกต์ทำในหน่วยงานได้ด้วยมีกลุ่มเป้าหมายมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ที่องค์กรกำลังให้ความสนใจกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่แล้ว เพื่อลดภาระของครอบครัว และลดการป่วยซ้ำ โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็น แนวทางปฏิบัติการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ด้วยโปรแกรมไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ในการทำครั้งนี้ สามารถลดความตึงเครียดได้ไม่ชัดเจนนักแต่สามารถนำมาพัฒนาโปรแกรม ประยุกต์ใช้ ตามคำอภิปรายและแนะนำของผู้วิจัยได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) โปรแกรมนี้ เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วยตั้งแต่ครั้งแรก ปัจจุบันหน่วยงานได้เอื้อให้พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในและพยาบาลจิตเวชชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างอิสระ และเป็นงานประจำอยู่แล้ว ดังนั้น พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้ ด้วยพยาบาลมีความรู้และทักษะการให้ความรู้ การให้จิตบำบัด และสถานที่ให้ส่วนมากเป็นที่บ้าน ระยะการทำ 9 เดือน พยาบาลจะสามารถดำเนินการและติดตามต่อเนื่องจนครบโปรแกรม หรือมากกว่านี้ตามความต้องการของครอบครัวได้ โดยมีการประสานงานกับทีมจิตเวชชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันอยู่แล้ว และให้ดูแลต่อเนื่องจนครบโปรแกรมได้

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความ เป็นไปได้ในการนำไป ปฏิบัติ (Implementation potential) (ต่อ)	ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) การนำโปรแกรมนี้ไปใช้จริง อาจเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากเดิมถ้าต้อง เยี่ยมครอบครัวถี่ขึ้นตามความต้องการของครอบครัว แต่เป็นการแสดง ถึงการให้ช่วยเหลือที่มีแบบแผนชัดเจนและน่าเชื่อถือ เป็นประโยชน์ต่อ ครอบครัวและผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก มีแนวโน้มให้ครอบครัวลด ความเครียดและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี และเกิดความพึงพอใจในการ ให้บริการ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. การให้ความรู้ คำแนะนำหรือให้การสนับสนุนระดับประจักษ์แก่ ครอบครัวที่บ้านตามโปรแกรม สามารถนำมาใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรค จิตที่ป่วยครั้งแรก หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือมา รับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกตั้งแต่ครั้งแรก 2. ผู้ทำโปรแกรมควรเป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความรู้และความเข้าใจใน วัฒนธรรม ภาษาของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี และควรผ่านการอบรม การให้คำปรึกษา (Counselling) จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 3. โปรแกรมที่ให้ความน่าสนใจนำไปพัฒนาโปรแกรมที่ให้ความรู้กับ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้ ด้วยเป็นรูปแบบโปรแกรมที่กระชับ ง่ายต่อ การปฏิบัติและเป็นการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยในแต่ละครั้ง รวม 7 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ให้กำลังใจให้ความรู้คำแนะนำ เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต อาการและสัญญาณเตือน การรักษา และการขอความช่วยเหลือ การ เผชิญกับปัญหา การแก้ปัญหาและการสื่อสารกับผู้ป่วย 4. การประเมินผล สามารถประเมิน ความพึงพอใจ และภาระความตึง เครียด สามารถนำมาใช้ประเมินตั้งแต่เริ่มทำโปรแกรม 4 เดือน และ 9 เดือน 5. ควรมีการป้องกันครอบครัวไม่มาร่วมโปรแกรมตามนัด (Drop out) เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแล/ครอบครัวกับพยาบาลผู้ให้ การบำบัดและศึกษาความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแล/ครอบครัว กำหนดระยะเวลาในการให้การบำบัดให้เหมาะสม

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย

Multiple family group interventions in first episode psychosis :
Enhancing knowledge and understanding

ชื่อผู้แต่ง

Antony Mullen, Linda Murray and Brenda Happell

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

International Journal of Mental Health Nursing, Vol.11, 225-232
(2002)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้ โปรแกรม Multiple Family Group (MFG) education programme ที่ออกแบบนำมาใช้เฉพาะกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (first episode psychosis)
กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample)	- ศึกษาในกลุ่มครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จากหน่วยให้บริการสุขภาพจิต จากทีมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยใน และ 2 ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน โดย 2 แห่งไม่มีการกำหนดคุณสมบัติของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เช่น อายุหรือเพศ - ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ ถูกชักชวนโดย primary clinician และเชิญผู้ป่วยให้เข้าร่วมกลุ่มเพื่อยืนยัน เหตุการณ์ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือพฤติกรรม โดยได้รับอนุญาตจากครอบครัวก่อน - ครอบครัวจำนวน 24 คน เข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามไม่ได้ระบุไว้ จัดแบ่งครอบครัวออกเป็น 2 กลุ่ม โดยไม่มีการกำหนดเฉพาะเจาะจงหรือกำหนดเงื่อนไขในการเข้ากลุ่มหรือคัดออกจากกลุ่ม โดยจัดให้เข้าโปรแกรม ภายในระยะเวลา 6 เดือน ผู้เข้ากลุ่ม 15 คน/ครั้ง ระยะเวลาเข้ากลุ่มครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	ศึกษาในสถานบริการสุขภาพจิตชุมชนแห่งหนึ่ง ในเมือง ซิดนีย์ ตะวันตก ประเทศออสเตรเลีย
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย (Research Methodology /Level)	เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) แบบ One Group Pretest Posttest Design Level 4
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน เป็นแบบสอบถาม ความคิดเห็นที่พัฒนามาจากแบบสอบถาม A Likert scale ที่มีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ ซึ่งสั้นและง่าย ต่อการนำไปใช้ โดยได้รับการปรับปรุงจากความคิดเห็น

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments) (ต่อ)	ของผู้เชี่ยวชาญทางด้านโปรแกรม Family education programmes จำนวน 3 คน แบบสอบถามนี้วัดระดับความรู้ความเข้าใจในอาการป่วยและการบำบัดรักษาผู้ป่วย ของครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม คำตอบ 4 ระดับตัวเลือก ตั้งแต่ น้อย (not at all good) ปานกลาง (not good) ดี (good) จนถึงดีมาก (very good) แบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา และความสะดวกเกี่ยวกับการใช้บริการ มีดังนี้ 1. ความรู้เรื่องยาที่เคยใช้รักษาการป่วยทางจิต 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยทางจิตที่แท้จริง 3. ความรู้เกี่ยวกับการบำบัด รักษา นอกเหนือจากการใช้ยารักษาการป่วยทางจิต 4. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในการป่วยทางจิต 5. ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นไปได้ของการป่วยทางจิต 6. ความเข้าใจ กับวิธีป้องกันการป่วยทางจิต 7. ความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตในชุมชน และความรู้สึกสะดวกที่จะใช้บริการเมื่อจำเป็นในบางเวลา 8. ความรู้สึกสะดวกในการที่มาพบพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพจิต เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา
การบำบัด (intervention)	โปรแกรม Multiple Family Group (MFG) education programme มีการดำเนินกลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ <u>ครั้งที่ 1</u> - เป็นการแนะนำตัวสมาชิกในกลุ่มและบอกกล่าวเนื้อหาการเข้ากลุ่มทั้ง 4 ครั้ง พอสังเขป - ให้ความรู้เรื่องคำจำกัดความของโรคจิต และกระตุ้นให้สมาชิกเปิดเผย ความรู้สึกและพูดประเด็นพฤติกรรมที่พบว่าปกติและผิดปกติ การวินิจฉัยโรค และเปิดโอกาสให้ซักถามอภิปรายร่วมกัน - พัก 20 นาที ให้สมาชิกได้มีสัมพันธ์ภาพพูดคุยด้วยกันเป็นส่วนตัว

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	- ติดตามผลการสนทนาในช่วงพัก สอบถามสิ่งที่ต้องการจากโปรแกรมและเวลา ที่สามารถสอบถามได้ ทบทวน สิ่งที่เป็นไปได้ ที่จะทำให้เกิดโรคจิตและอธิบายข้อสงสัยที่ถามกันบ่อย ๆ ช่วงท้ายของการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง ให้กล่าวสั้นๆ ถึงสิ่งที่จะกล่าวในครั้งต่อไป และทุกครั้งที่เราเริ่มครั้งต่อไปให้ทบทวนการทำครั้งก่อนทุกครั้ง <u>ครั้งที่ 2</u> - อภิปรายในเรื่องการบำบัดรักษาโรคจิตด้วยวิธีการทางชีวภาพ (biological treatment) ในเรื่องการใช้ยา ได้แก่ ยารักษาโรคจิต ยา รักษาอารมณ์เศร้า ยารักษาทางอารมณ์ และยาคลายความกังวล (Antipsychotic, Antidepress and Mood stabilizers, and Sedative) - หลังจากพัก สรุปเน้นประเด็นและร่วมกันอภิปราย เกี่ยวกับการรักษาวิธีอื่นที่ไม่ใช้ยา (non – biological treatment) <u>ครั้งที่ 3</u> - เริ่มเจาะประเด็นความสัมพันธ์ ความเครียดกับโรคจิต และอธิบาย เกี่ยวกับ The stress vulnerability model - ติดตามช่วงพัก และอภิปราย เรื่องรูปแบบการสื่อสารและกลวิธีการแก้ปัญหาบางอย่าง <u>ครั้งที่ 4</u> - อภิปรายเรื่องการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ และการสังเกตอาการเตือนแรกเริ่มรวมถึงให้ทราบแหล่งให้บริการสุขภาพจิต และแหล่งสนับสนุนในชุมชน - มีงานเขียน วิดีโอ ผู้เข้าร่วมสามารถให้ยืมไปศึกษาได้ตลอดการเข้ากลุ่ม
ผลการวิจัย (Research findings)	- ครอบคลุมตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับระดับการรับรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยทางจิตและการบำบัดรักษา เมื่อเริ่มครั้งที่ 1 (Pre – test) และ สิ้นสุด ครั้งที่ 4 กับ (post - test) - ครอบคลุมที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับอาการทางจิตและการรักษาของโรคจิต และความสะดวกเกี่ยวกับการใช้บริการ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสูง $P = 0.000$

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลในการใช้โปรแกรม Multiple Family Group (MFG) education programme ที่ออกแบบเฉพาะกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) ซึ่งมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ ครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก พบว่าครอบครัวต้องพบกับความทุกข์ ความเครียดจากการที่ไม่มีความรู้ว่าเป็นอย่างไร และต้องดูแลอย่างไร เป็นต้น ซึ่งผลของการให้โปรแกรมตามงานวิจัยนี้ เป็นการช่วยให้ครอบครัวได้มีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการบำบัดรักษา เข้าใจและรู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และรู้การป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งกระบวนการทำและการติดตามประเมินผลไม่ยุ่งยากสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ด้วยพยาบาลจิตเวชคุ้นเคยและทำกลุ่มในรูปแบบต่างๆ กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นประจำอยู่แล้ว สามารถนำมาปรับเรียนรู้ทำโปรแกรมได้และอยู่ในขอบเขตและเอกลักษณ์ที่จะทำได้โดยอิสระ การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) งานวิจัยมีคุณภาพ ด้วยการออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมมีความสอดคล้องกันตั้งแต่ ชื่อเรื่อง ซึ่งแสดงถึงวิธีการศึกษาในรูปแบบกลุ่มหลายครอบครัว ระบุกลุ่มตัวอย่างและเรื่องที่ให้กับกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน รูปแบบการวิจัยได้ระบุรูปแบบงานวิจัยได้ละเอียดว่าเป็นแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง One Group Pretest Posttest Design วัตถุประสงค์มีการระบุไว้ชัดเจนว่าเพื่อทดสอบโปรแกรมดังกล่าว และมีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชี้ชัดในการทดลอง เนื้อหาขั้นตอนของโปรแกรมอธิบายไว้ได้รัดกุมและเข้าใจง่าย เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลความรู้ความเข้าใจของครอบครัว คือแบบสอบถามที่มีความเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปและก่อนนำมาใช้ได้ปรับปรุงจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในความถูกต้องและมีการอธิบายรายละเอียดร่วมกับแสดงในรูปตารางไว้อย่างชัดเจน และการวิเคราะห์ข้อมูลได้แสดงไว้โดยละเอียดพร้อม

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	นำเสนอข้อมูลในรูปตารางที่ให้รายละเอียดถูกต้องในเชิงวิจัย ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์และตอบปัญหาที่เกิดขึ้นทางคลินิกได้ชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นงานวิจัยน่าเชื่อถือได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร International Journal of Mental Health Nursing, Australia. ซึ่งเป็นแหล่งตีพิมพ์วารสารทางด้านสุขภาพจิตที่มีชื่อเสียง และผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานให้บริการสุขภาพจิตและที่ศูนย์วิจัยและปฏิบัติทางการพยาบาลจิตเวชที่เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายคล้ายคลึงกันเป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยในครั้งแรกที่มีความทุกข์ความเครียดจากการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตและการดูแล โดยปรัชญาหรือเป้าหมายในการดูแลเหมือนกัน เป็นที่ต้องการขององค์กรอยู่แล้ว ที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย โดยให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากต่อครอบครัวและผู้ป่วย โดยแนวทางของโปรแกรมมีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ระยะเวลาดำเนินงานจำนวน 4 ครั้งใน 4 สัปดาห์ของการเข้ากลุ่ม หน่วยงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยระยะเวลาเข้าโปรแกรมไม่นานมากจนเกินไป สามารถดำเนินโปรแกรมได้ครบก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้านและสามารถติดตามประเมินผลได้ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) โปรแกรมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกกับครอบครัว ด้วยระยะการทำโปรแกรมมีความกระชับไม่นาน ทำสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 4 ครั้ง ใช้กับกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยในได้ด้วย และด้วยรูปแบบเนื้อหาและวิธีการดำเนินโปรแกรม จึงมีความเป็นไปได้สูงที่กลุ่มเป้าหมายจะอยู่ได้จนครบโปรแกรม และเป็นการไม่ยากที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะนำมาปรับใช้ ด้วยมีความรู้และประสบการณ์ในการเป็น

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential) (ต่อ)	ผู้นำกลุ่มบำบัดต่างๆ อยู่แล้ว และด้วยเป็นสิทธิที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้โดยอิสระ ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วย มีความเข้มแข็งที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงแต่อย่างใด แต่ก่อให้เกิดประโยชน์กับครอบครัว ได้เข้าใจและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ลดการป่วยซ้ำ และลดความสูญเสียที่เกิดการป่วยซ้ำและประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว และองค์กรจากการป่วยซ้ำด้วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมให้ความรู้ (Family Education Programmes) มีความเหมาะสมที่จะใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก แบบกลุ่มเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วย และการบำบัดรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก 2. การวัดผลลัพธ์ วัดระดับความรู้ความเข้าใจในอาการป่วยและการบำบัดรักษาของผู้ป่วยของครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยการใช้แบบสอบถาม A Likert scale ที่ได้ปรับปรุงแล้ววัดก่อนการให้เข้ากลุ่มครั้งแรกและหลังการให้เข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย จำนวน 8 ข้อ คำตอบ 4 ระดับตัวเลือก และวัดความสะดวกเกี่ยวกับการใช้บริการของครอบครัว 3 ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ตามโปรแกรม ควรต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว และเป็นผู้ชำนาญในการเป็นผู้นำกลุ่ม สามารถฝึกฝน เรียนรู้การทำกลุ่มตามโปรแกรมนี้ได้ 4. โปรแกรมการบำบัดเป็นการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของครอบครัวในรูปแบบกลุ่มบำบัด โดยระยะเวลาการทำกลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง เนื้อหาโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคจิต การ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	บำบัดรักษา ความเครียด การป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ และการสังเกตอาการเตือน การขอรับบริการในแหล่งให้บริการสุขภาพจิต และแหล่งสนับสนุนในชุมชน ในการเข้ากลุ่ม กำหนดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถาม อภิปรายร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม มีการพักระหว่างเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง และมีงานเขียน วิดีโอ ที่อนุญาตให้ผู้เข้ากลุ่มขอชมได้ 5. ผลการใช้โปรแกรม ในระยะสั้นช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยและการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกได้ดี ซึ่งผลระยะยาวคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบน้อยลง และลดการป่วยซ้ำ

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย

6.1 Three-year outcome of family work in an early psychosis program

ชื่อผู้แต่ง

Jean Addington, Amanda McCleery & Donald Addington

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Schizophrenia Research. 79, 107–116. (2005)

ชื่อเรื่องงานวิจัย

6.2 The role of family work in early psychosis

ชื่อผู้แต่ง

Jean Addington, April Collins, Amanda McCleery, & Donald Addington

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Schizophrenia Research. 79, 78-83. (2005)

ชื่อเรื่องงานวิจัย

6.3 Family intervention in early psychosis program

ชื่อผู้แต่ง

Jean Addington, Donald Addington, Barbara Jones, Tom Ko

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Schizophrenia Research. 5(2), 272–286. (2001)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Family intervention ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) 2. เพื่อทดสอบความสามารถในการยอมรับความจริงของชีวิต (The real life acceptability) ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample)	- ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับคัดเลือกมาจาก The Calgary Early Psychosis Program (EPP) ที่เป็นโปรแกรมการรักษาที่ให้บริการประชากร 930,000 คนในเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตามแบบ DSM-IV ว่าเป็น Schizophrenia spectrum disorder ได้แก่ Schizophreniform disorder 41.6%, Schizophrenia 38.7%, Psychotic disorder NOS 15.4%, Brief psychotic disorder 3.2% และ Delusion disorder 1.1% จำนวน 256 คน - ผู้ป่วยที่มีครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 185 คน อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย 23 ปี ส่วนใหญ่โสด 87% จบเกรด 12 59% อาศัยอยู่กับครอบครัว 85% และเป็นชาว Caucasian 76.8% โดย 30% เป็นผู้ป่วยใน นอกนั้นเป็นผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังไม่ได้การรักษาหรือได้รับการรักษามาแล้วไม่เกิน 3 เดือน - ครอบครัวจะได้รับการชี้แจงว่า family Intervention เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และลงนามยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นจะได้รับดูแลสนับสนุนจาก family worker - ครอบครัวผู้ป่วย 185 คน ประกอบด้วย บิดา-มารดา 65 คู่ มารดา 82 คน บิดา 15 คน คู่สมรส 16 คน ผู้เกี่ยวข้อง 8 คน และเพื่อน 1 คน เป็นเพศชาย 115 คน หญิง 70 คน คิดเป็น 72% ของกลุ่มที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโปรแกรม EPP จากจำนวน 256 คน 28% ไม่มีครอบครัวร่วมด้วยเนื่องจากย้ายที่อยู่, เสียชีวิต, ไม่ต้องการเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย, ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ครอบครัวเกี่ยวข้อง และ 11 ครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม มีข้อมูลไม่เพียงพอเพราะ ตอบแบบสอบถามไม่ครบภาษาอังกฤษไม่ดี รวบรวมข้อมูลในแบบฟอร์มผิดพลาด - การคัดเลือกเข้าการบำบัดแบบครอบครัวเดี่ยวและแบบกลุ่ม ครอบครัวไม่มีข้อจำกัดขึ้นกับการตกลงระหว่าง ครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ดูแล
สถานที่ทำงานวิจัย (Research setting)	ศึกษาในพื้นที่ประชากรจำนวน 930,000 คนของเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา

หัวข้อ	รายละเอียด
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย (Research Methodology /Level)	การศึกษาเป็นแบบ Longitudinal cohort design Level IV
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments)	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกเข้าโปรแกรมและต่อไปประเมินทุก 3 เดือน ด้วยแบบประเมิน ดังนี้ 1.1 ประเมิน Premorbid function ด้วยแบบประเมิน Premorbid Adjustment Scale 1.2 ประเมินอาการทางจิต ด้วยแบบประเมิน Positive and Negative syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS) 1.3 ประเมินอาการ ซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) 1.4 ประเมินคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมิน Quality of Life Scale (QOL) 1.5 ประเมินการใช้สารเสพติด ด้วยแบบประเมิน Case Manager Rating Scale for Substance Use (CMRS) 2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะต้องประเมินตนเอง (self report) ดังนี้ 2.1 ประเมินระดับความเครียดและความทุกข์ ด้วย The Psychological General Well-being Scale (PGWB) (Bech, 1993) มี 22 ข้อ เป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (most negative) ถึง 5 (most positive) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ - ความเครียดที่ผ่านมา (experience of anxiety) เช่น ที่ผ่านมามีอาการรบกวนทางประสาทหรือไม่ คุณรู้สึกได้อย่างไร - ความพอใจ (positive well-being) เช่น ชีวิตมีความสุขดีหรือไม่ - อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) เช่น รู้สึกหดหู่ - การควบคุมตัวเอง (self control) เช่น การควบคุมความคิดอารมณ์ - สุขภาพโดยทั่วไป (general health) เช่น คุณมีอาการป่วยทางกายบ่อยแค่ไหน เช่น ผิดปกติทางกาย ปวดหัว หรือเจ็บปวด - ความสดชื่น (vitality) เช่น คุณมีพลังที่คุณรู้สึกได้แค่ไหน ลักษณะแบบประเมินมีค่า reliability อยู่ระหว่าง Likert scale

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการวิจัย (Research Instruments) (ต่อ)	ตั้งแต่ 0.68-0.85 โดยมีค่า Internal consistence = 0.95 และมีความสัมพันธ์สูงกับ Beck Depression inventory ($r=0.72$) และ Symptom checklist 90 ($r=0.77$) 2.2 ประเมินประสบการณ์การเผชิญกับอาการป่วยของผู้ป่วยของครอบครัว ด้วยแบบประเมิน Experience of Caregiving Inventory (ECI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา อาการทางลบ ตราบาป ปัญหาในการรับบริการ ผลต่อครอบครัว ความต้องการผู้สนับสนุน การต้องการพึ่งพิง และการสูญเสีย และเป็นข้อความทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ เคยได้รับรางวัล และลักษณะสัมพันธ์ภาพที่ดี แบบประเมินนี้งานวิจัยไม่ได้กล่าวถึงค่าความเที่ยงความตรงไว้ - แบบสอบถามทุกจุด จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์จากผู้ชำนาญการ (supervision) ของทีมงาน (family work) - ครอบครัวจะได้รับการประเมินเร็วที่สุด หลังจากเข้าโปรแกรม หลังจากนั้นมีการประเมินเพื่อติดตามในระยะเวลา 6, 12, 24 และ 36 เดือน จำนวนครอบครัวที่ตอบแบบสอบถามในครั้งแรก ณ baseline จำนวน 185 คน ระยะ 6 เดือน จำนวน 165 คน ระยะ 12 เดือน จำนวน 138 คน ระยะ 24 เดือน จำนวน 115 คน และระยะ 36 เดือน จำนวน 91 คน
การบำบัด (intervention)	โปรแกรมการบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducational) ซึ่งมาจากการสังเกตปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวจากประสบการณ์จริง เป็นโปรแกรมที่เข้าร่วมกับโปรแกรม Calgary Early Psychosis Program (EPP) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. รูปแบบการบำบัดครอบครัว คือ เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว จัดตามความต้องการของครอบครัวโดยมุ่งเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและวิธีการจัดการที่จะรับมือกับโรค ฝึกทักษะการสื่อสารและการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการสนับสนุน ร่วมกับแบบกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหา

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	และการรับการสนับสนุน โดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ (Addington, Addington, Jones, Ko, 2001) 2. เนื้อหาและองค์ประกอบของโปรแกรมการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มีรายละเอียดดังนี้ (Addington, Addington, Jones, Ko, 2001) 2.1 ประเมินความต้องการของครอบครัว โดยถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต ต่อมาสำรวจผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และชีวิตประจำวัน,วิธีการเผชิญกับปัญหาและแหล่งสนับสนุนและแหล่งช่วยเหลือ วิธีการเผชิญความเครียดและรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่ส่งผลกระทบกับช่วงเวลาการเกิดโรคจิต 2.2 การบำบัดสำหรับครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถจัดการและควบคุมสิ่งต่างๆ ที่จะเกิด โดยส่งเสริมทักษะเพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อช่วยป้องกันปัญหาในระยะยาว เริ่มจากลดความรู้สึกลึกสูญเสีย ช่วยให้สามารถปรับตัวได้โดยให้ความมั่นใจ จะได้รับการสนับสนุนในเรื่องอารมณ์และวิธีการดูแล โดยให้ ความรู้ในรูปแบบ สุขภาพจิตศึกษา และทักษะการสื่อสารและฝึกการแก้ปัญหา สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตและวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น และลดความรู้สึกลึกโศกเศร้า โดยให้ครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ความรู้ที่ได้มาจากการดูแลผู้ป่วย เสริมในสิ่งที่ถูกต้องและให้ความรู้เพิ่มเติม และหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิต ประกอบด้วย ธรรมชาติของโรค, อาการ, การวินิจฉัย, สาเหตุของโรค, สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเครียด, ปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดป่วยซ้ำ, สัญญาณเตือนก่อนกำเริบ และสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ช่วยให้ครอบครัวสามารถจำแนกระหว่างพฤติกรรมที่เกิดจากโรคจิตกับพฤติกรรมปกติของเด็กวัยรุ่น และให้ครอบครัวเรียนรู้ในเรื่องการรักษาด้วยยา ความสำคัญของการรับประทานยา ประเภทของยา ขนาด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการเมื่อมีอาการ และครอบครัวควรได้รู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรบกวน การเปลี่ยนแปลง ความคาดหวัง

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	และให้อยู่กับเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้ เพื่อป้องกันความผิดหวังและความเข้าใจผิดๆ พยายามอธิบายด้วยข้อความที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ ทักษะการสื่อสารและการฝึกแก้ปัญหา ฝึกการสื่อสารให้ชัดเจนและปรับปรุงวิธีการสื่อสาร ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแบบวันต่อวัน และ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น 2.3 การเข้ากลุ่มครอบครัวกระทำใน 6 เดือนหลังเข้าโปรแกรมตามความสนใจของครอบครัวทำเป็นรายสัปดาห์ ประมาณ 3 ครั้งต่อปี ภายหลังจากครอบครัวได้รับความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคจิตมาแล้ว เพื่อลดการแยกตัวจากสังคมและความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) ให้การสนับสนุน ช่วยเพิ่มทักษะและทางเลือกในการแก้ปัญหา 3. จำนวนครั้งที่ครอบครัวได้รับความรู้ไม่มีข้อจำกัด ขึ้นกับการตกลงระหว่าง ครอบครัวกับผู้บำบัด (Family work) 4. กรอบการดำเนินการฟื้นฟู (recovery framework) ของผู้ป่วยถ้าวแบ่งตามระยะการดำเนินโรคสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน (Addington , Collins, McCleery , Addinfon, 2005) ดังนี้ ขั้นตอน 1. : การจัดการกับภาวะวิกฤติ ทีมงานจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับภาวะวิกฤติของอาการทางจิตที่เกิดขึ้นครั้งแรก
	<u>เป้าหมายและวิธีบำบัดรักษาเฉพาะราย</u> 1. ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการติดต่อกับครอบครัวบ่อยๆ 2. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมงานกับครอบครัว ควรให้ความช่วยเหลือประทับใจประกอบอย่างใกล้ชิด 3. รวบรวมรายละเอียดประวัติครอบครัวและประเมินความต้องการและการประทับประครองทางอารมณ์และการฝึกปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบจากการป่วยให้น้อยที่สุด 4. ช่วยเหลือจัดการกับภาวะวิกฤติ โดยการให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตและการรักษาหลายๆ ครั้งอย่างชัดเจน

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	5. เสนอรูปแบบการอธิบายโรคจิตเบื้องต้น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการรักษาผู้ป่วย 6. ค้นหาครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูงและให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษในการฟื้นฟู มีสัมพันธภาพและการจัดการกับผลลัพธ์ที่เคยทำลายความสุขของครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 : อาการเริ่มสงบและการเอื้ออำนวยการฟื้นตัว (Initial stabilization and facilitating recovery) <u>เป้าหมายและวิธีบำบัดรักษาเฉพาะรายและการรักษาแบบกลุ่มครอบครัว</u> 1. ประเมินหน้าที่ของครอบครัวอย่างต่อเนื่องหลังจากเผชิญปัญหาวิกฤต โดยให้การประทับประคอง 2. พัฒนาสัมพันธภาพในการรักษา โดยให้ครอบครัวเผชิญกับความเป็นอยู่ที่ดี 3. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตกับครอบครัว เพิ่มขึ้นด้วยการ ให้รู้กลยุทธการเผชิญและแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคจิต 4. ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้เข้าใจกระบวนการฟื้นฟู และสามารถค้นพบสัญญาณเตือนได้รวดเร็ว 5. ระบุสิ่งที่มีความเสี่ยงสูงและแบบแผนปฏิบัติสัมพันธ์ที่ดูเหมือนจะรบกวนกับผลลัพธ์ของผู้ป่วย การรักษาแบบกลุ่มจะใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคจิต ส่งเสริมให้ครอบครัวเผชิญกับความเป็นอยู่ที่ดี
	ขั้นตอนที่ 3 : สร้างความเชื่อมั่นในผลของการเข้าร่วมโปรแกรม <u>เป้าหมายและการบำบัดรักษาเฉพาะราย</u> 1. ช่วยเหลือให้ครอบครัวนำความรู้ที่ได้นำไปปฏิบัติทุกวัน ด้วยการให้ความรู้แบบกระชับและครอบคลุม (Booster sessions) 2. จัดให้ผู้ป่วยร่วมโปรแกรมด้วยโดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะ โดยเน้นเรื่องสัญญาณเตือนของการป่วยซ้ำ ความเชื่อมั่นในการรักษา และการแก้ไขปัญหาอย่างมีเป้าหมาย 3. ช่วยเหลือให้ครอบครัวจัดการกับความเสี่ยงของการป่วยซ้ำ ด้วยการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นอิสระและสามารถอยู่ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การบำบัด (intervention) (ต่อ)	ด้วยตนเองโดยไม่ต้องคอยพึ่งพาระบบบริการสุขภาพจิต 4. ช่วยเหลือให้ครอบครัวปรับความคาดหวังใหม่โดยนักบำบัดครอบครัว(family therapist) ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการกับครอบครัวที่มีความเสี่ยงและความต้องการสูงให้เข้มข้นมากขึ้น 5. ช่วยเหลือให้ครอบครัวคงสภาพจิตใจที่ดีของตนเองไว้ เป็นการสิ้นสุดโปรแกรม ขั้นตอนที่ 4 : เสริมสร้างอาการสงบให้คงอยู่ในระยะยาว เป็นระยะสิ้นสุดโปรแกรม เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ต้อง เตรียมครอบครัวเพื่อกลับไปสู่การดูแลตามปกติ <u>เป้าหมายและวิธีบำบัดรักษาเฉพาะราย</u> 1. ปรับเปลี่ยนความคาดหวังของครอบครัว ว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับเป็นปกติเช่นเดิมได้ ขั้นตอนที่จะทำเป็นรายบุคคลเน้นเรื่องความเศร้าและการสูญเสีย 2. การปรับตัวต่อการหายป่วยที่ไม่เท่าภาวะปกติดั้งเดิม 3. การเข้าสู่ระบบบริการระยะยาวกรณีอาการอาจกำเริบอีก ซึ่งก็เพื่อความเจ็บปวดและกระทบต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว 4. พัฒนาความเห็นชอบร่วมกันเกี่ยวกับจำนวนครั้ง (session) ที่ครอบครัวได้รับ intervention
ผลการวิจัย (Research findings)	1. ครอบครัวเข้าร่วมแบบครอบครัวเดี่ยว เฉลี่ยในปีแรก จำนวน 7 ครั้ง ปีที่ 2 จำนวน 2.4 ครั้ง และปีที่ 3 จำนวน 2.3 ครั้ง (Addington, Collins, McCleery , Addington, 2005) ส่วนการเข้ากลุ่มครอบครัวต่อจากบำบัดแบบครอบครัวเดี่ยว เฉลี่ยประมาณ 3 ครั้ง/ปี (Addington, Addington, Jones, Ko, 2001) รูปแบบครอบครัวเดี่ยวหรือเข้ากลุ่มพบว่าครอบครัวมีความต้องการ session ที่ลดลงเรื่อยๆ ในปีต่อๆ มาผ่านไป 2 ปียังคงเหลือ 63% จากจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด หลายครอบครัวพอใจที่จะเข้าร่วมโครงการที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 ปี ไม่มีใครเข้าร่วมเต็มเวลาตลอดระยะเวลา 24 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings) (ต่อ)	2. จำนวนครอบครัวที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ เริ่มแรกก่อนเข้าโปรแกรม (Base line) มีจำนวน 185 คน ใน 6 เดือน จำนวน 165 คน ใน 12 เดือน จำนวน 138 คน ใน 24 เดือน จำนวน 115 คน และใน 36 เดือน จำนวน 91 คน 3. การประเมินค่า Base line ของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ อาการทางบวกและทางลบ ภาวะซึมเศร้า, QOL, การให้คะแนนการใช้สารเสพติด (substance) ส่วนลักษณะส่วนบุคคลระหว่าง ผู้ป่วยกับครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมจำนวน 185 คน และไม่มามีส่วนร่วมจำนวน 71 คน ผู้ป่วยที่ครอบครัวมีส่วนร่วมนั้นมีอายุน้อยกว่าที่ไม่มีส่วนร่วม (ค่าเฉลี่ยอายุ 23 ปีและ 27.4 ปี) $p<0.001$ และผู้ป่วยที่เริ่มป่วยมีครอบครัวมาร่วมมีอายุน้อยกว่าที่ไม่มีครอบครัวมาร่วม (ค่าเฉลี่ย 21.8 ปี และ 25 ปี) $p<0.01$ สำหรับคะแนน baseline ของ Family scale ไม่พบความแตกต่างทั้งระหว่างอยู่เข้าโปรแกรมครบ 1 ปีกับผู้ที่ไม่ครบ ผู้อยู่ครบ 2 ปี กับ 1 ปีและ 3 ปีกับ 2 ปี นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (85%) กับผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว (15%) 4. ระดับการเปลี่ยนแปลงของความทุกข์จากผลการประเมินความทุกข์ (PGWB) ของครอบครัวพบว่า ค่าเฉลี่ยของความทุกข์ของครอบครัว ณ baseline อยู่ในระดับปานกลาง โดยความเครียดระดับรุนแรงจำนวน 24 % ระดับปานกลาง 23% และมีระดับความทุกข์ทางบวก (Positive well-being) จำนวน 53 %สัดส่วนของความทุกข์เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรปกติ (Monk, 1981; Ware et al., 1979) หลังครอบครัวได้รับโปรแกรม ในระยะ 6 เดือน กลุ่มครอบครัวที่มีความทุกข์ระดับปานกลาง (moderate stress) ความทุกข์ระดับรุนแรง (Severe stress) และระดับมีความสุข (Positive well-being) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมตั้งแต่เมื่อเข้าสู่ระยะ 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี กลุ่มครอบครัวที่มีความทุกข์ระดับปานกลาง มีการเปลี่ยนแปลงลดลง สู่ระดับปกติ คือ 15%, 15% และ 12% ตามลำดับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (Research findings) (ต่อ)	และระดับมีความสุข (Positive well-being) มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น เป็น 62%, 70% และ 74% ตามลำดับ กลุ่มครอบครัวที่มีความทุกข์รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงลดลง เกือบเท่าปกติ ในปี 2 และที่ 3 เป็น 15 % และ 14 % ตามลำดับ กลุ่มครอบครัวที่มีความทุกข์รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงลดลง เกือบเท่าปกติ ในปี 2 และที่ 3 เป็น 15 % และ 14 % ตามลำดับ - ผลการวิเคราะห์ห้วัดซ้ำ (repeated measure analyses) ความผาสุก (PGWB) ทุกระยะตลอด 3 ปีของสมาชิกครอบครัว จำนวน 91 คน พบว่า มีการพัฒนาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.003$ 5. ผลการประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (ECI) เมื่อได้เข้าโปรแกรมครอบครัวที่อยู่ครบ 3 ปี จำนวน 91 คน มีการพัฒนาที่ดีขึ้นตลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ใน ข้อความทางลบ และไม่พบการเปลี่ยนแปลง ในข้อความ ทางบวก (positive subscale) จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จากการวิเคราะห์ intent-to-treat ของข้อความทางลบ พบในช่วงแรก 6-12 เดือน และพบการเปลี่ยนแปลง ECI จาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 6. ผลการทำนาย จากการติดตามผลเป็นระยะๆ คือ 6,12,24 และ 36 เดือน และวิเคราะห์ด้วย Pearson correlations พบว่าอายุที่เริ่มป่วย (age of onset) คุณภาพชีวิต (QOL) อาการทางบวกและทางลบ (negative/positive symptom) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ECI สามารถอธิบายได้ 20 %, 30% ของตัวแปร นอกจากนี้ยังพบว่าแบบประเมิน PGWB มีความสัมพันธ์ภายในสูงมาก กับ ECI ในทุกคะแนนที่ติดตามผล ($P < 0.0001$)
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria)	ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขอยู่แล้ว พบว่าครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกังวล ตกใจที่มีผู้ป่วยโรคจิตเกิดขึ้นในครอบครัวเป็นครั้งแรก ด้วยความที่ไม่รู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้อง

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	งานวิจัยนี้เป็นการทดสอบการบำบัดด้วย Family intervention ร่วมกับการรักษาอื่นสำหรับผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วยให้ความรู้, วิธีการเผชิญปัญหา, การสื่อสาร และการแก้ปัญหาแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ซึ่งให้ในรูปแบบครอบครัวเดียวกับกลุ่มครอบครัว รูปแบบการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ลักษณะนี้พยาบาลจิตเวชมีเอกลักษณ์และขอบเขตในการปฏิบัติการพยาบาลทางวิชาชีพได้อย่างอิสระ การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกัน ระบุชัดเจนว่าป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ที่ติดตามไปข้างหน้า ชื่อเรื่องแสดงถึงผลการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา มีตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ ประสิทธิภาพของโปรแกรม Family Intervention เมื่อใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก (First episode psychosis) ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยระบุวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย และเกณฑ์ในการคัดเลือก และคุณสมบัติผู้ป่วยที่มีครอบครัวเข้าร่วมและเหตุผลในการไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมได้ชัดเจนและมีการชี้แจงข้อตกลงร่วมกับสมาชิกครอบครัวและลงนามยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม งานวิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมหลายฉบับ มีทั้งที่เป็น Primary resource และระบุอ้างอิงถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในรายละเอียดของโปรแกรม ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เขียนรายละเอียดของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่ายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนบริการ ในรูปแบบการฟื้นฟูหาย (recovery model) สำหรับครอบครัว ที่ให้รายละเอียดเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน การใช้แบบประเมินผลลัพธ์ มีความเหมาะสม คือ แบบประเมิน Psychological General Well-being Scale สำหรับวัดความทุกข์/ความเครียดของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานที่มี มีค่า

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Utilization criteria) (ต่อ)	ความเชื่อมั่น (reliability) และมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistence) สูง และแบบประเมิน The Experience of Caregiving Inventory เพื่อสะท้อนประสบการณ์ความยุ่งยาก/ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐานมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ผลการศึกษาได้วิเคราะห์ อธิบายและแสดงข้อมูลได้ชัดเจน มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์กับค่า ณ Baseline ในรูปแบบตารางและใช้สถิติเหมาะสมในการทดสอบและตอบคำถามงานวิจัยได้ งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Schizophrenia Research และ Psychiatric Rehabilitation Skills ซึ่งเป็นแหล่งวารสารที่มีชื่อเสียง ผู้วิจัยปฏิบัติงานในสถาบันศึกษาของหน่วยงานด้านจิตเวชระดับมหาวิทยาลัย และศูนย์ยาเสพติดและสุขภาพจิตของประเทศแคนาดา
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential)	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือ หน่วยงานมีกลุ่มประชากรเหมือนกันตรงที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ที่ประสบปัญหาความเครียดทางด้านจิตใจ ต่อเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวต้องมาป่วยด้วยโรคจิต มีเป้าหมายที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรก ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับ family intervention ดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ด้วยโปรแกรม FI แสดงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โปรแกรมนี้จึงสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่องโดยไม่ยากนักด้วยคล้ายคลึงกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) รูปแบบการให้ family intervention นี้เป็นโปรแกรมที่ไม่ซับซ้อน เป็นการช่วยจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ไม่เคยเจอมาก่อนในการอยู่กับผู้ป่วย และให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยให้ความรู้กับครอบครัวในรูปแบบ สุขภาพจิต

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มในความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Implementation potential) (ต่อ)	ศึกษาทักษะการสื่อสารและฝึกการแก้ปัญหาที่เผชิญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความทุกข์ของครอบครัวลดลง มีประสบการณ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ด้วยโปรแกรมต้องดำเนินการด้วยระยะเวลานานถึงจะได้ผลดี แต่ด้วยพยาบาลมีงานประจำที่คล้ายคลึงกับโปรแกรมนี้อยู่แล้วสามารถนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลได้ ทั้งในแผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ด้วยโปรแกรมนี้นักศึกษามีสิทธิและมีความเป็นอิสระที่จะปฏิบัติภายใต้วิชาชีพได้ ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost - benefit ratio) โปรแกรมสามารถช่วยให้ความทุกข์/ความเครียดของครอบครัวลดลง ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ซึ่งจะมีแนวโน้มลดการป่วยซ้ำได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยและสามารถป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัวผู้ป่วย การนำโปรแกรมไปใช้ ก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์สูงสุด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรม Family Intervention ควรนำมาใช้กับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการทางจิตเป็นครั้งแรกและผู้ป่วยยังพักอาศัยอยู่กับครอบครัว และไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษามาแล้วไม่เกิน 3 เดือน จะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ได้ และครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องสมัครใจเข้าร่วมเองไม่มีการบังคับ และมีความตั้งใจในการเข้าร่วมโปรแกรม 2. แบบประเมินผลลัพธ์สำหรับครอบครัว 2.1 วัดระดับความเครียด/ความทุกข์ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน The Psychological General Well-being Scale (PGWB) 2.2 ประเมินประสบการณ์การเผชิญกับอาการป่วยของผู้ป่วยของครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน Experience of Caregiving Inventory (ECI) 3. คุณสมบัติของผู้บำบัด ต้องผ่านการอบรมและฝึกฝนเป็นอย่างดี มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาและเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดทางจิตกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	4. ลักษณะของโปรแกรมบำบัดครอบครัว (family intervention) ที่นำไปใช้ได้มีดังนี้ 4.1 ระยะเวลาการให้ความรู้ตามโปรแกรมควรใช้ระยะเวลาในช่วง 1 ปีแรกและควรให้ Booster dose 2-3 ครั้งในปีต่อไป อีก 2 ปี ด้วย เมื่อระยะเวลานานผู้เข้าร่วมจะน้อยลงตามระยะเวลา หลัง 2 ปี พบว่าลดลงเหลือ 63% จากผู้เข้าร่วมทั้งหมด 4.2 รูปแบบของการบำบัดเริ่มแรกเป็นการบำบัดเฉพาะรายครอบครัว ต่อมาเป็นกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้ป่วยเข้าร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ จำนวนครั้งการเข้าโปรแกรมเป็นการตกลงร่วมกันระหว่าง ครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ดูแล 4.3 เป้าหมายเพื่อช่วยลดความทุกข์/ความเครียดที่เกิดกับครอบครัว ให้ครอบครัวได้รับรู้วิธีการที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ให้ยอมรับความจริงที่มีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในครอบครัวได้ ซึ่งเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีตั้งแต่เริ่มแรก 4.4 เนื้อหาเป็น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต วิธีการที่จะรับมือกับโรค ฝึกทักษะการสื่อสารและจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหา การขอรับการสนับสนุนในกลุ่มครอบครัว มีแนวทางการบำบัดการฟื้นตัว 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น 2) ช่วงอาการเริ่มสงบและเอื้ออำนวยต่อการกลับคืนสภาพเดิม โดยสร้างความมั่นใจในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย 3) สร้างความเชื่อมั่นในผลของการเข้าร่วมโปรแกรม ถ้าประเมินพบว่า ครอบครัวยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นหายไม่ถูกต้องหรือครอบครัวมีปัญหาในการปรับตัว มีความเสี่ยงควรให้นักบำบัดครอบครัว (family therapist) เข้าไปให้การช่วยเหลือ 4) เสริมสร้างให้อาการสงบให้คงอยู่ระยะยาว โดยปรับความคาดหวังที่มีต่อการกลับคืนสู่ความปกติของผู้ป่วย และการเตรียมการเผชิญกับอาการกำเริบ

Author/year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family						Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/stress/PGWB	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและหาสาเหตุ	จำนวนผู้ป่วย	Readmission
2. Jeppesen, P., et al. (2005)	-เป็นผู้หญิง 256 คน (79%) -อายุโดยเฉลี่ย 47 ปี -ความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา 73% คู่สมรส 12% พี่น้อง 9% ญาติสายตรง 2% บุตร 0.6% -มีติดต่อกับญาติกับผู้ป่วยเดือนที่ผ่านมา	-เป็นผู้ชาย 59 % มีอายุเฉลี่ย 26 ปี -เป็นชาวเดนมาร์ก 96% และยังคง 90 % มีการศึกษาตั้งแต่ 11-13 ปี 32% ไม่มีอาชีพ 57% -ระยะเวลาที่มีอาการทางจิตไม่ได้รับ การรักษา (DUP) เฉลี่ย 42 wks ระยะเวลาป่วย	Family พบผู้ป่วย 3 ครั้งก่อนเข้ากลุ่ม Patient 1.ยา 2.social skill training หรือ Individual Psychoeducation	Family ระยะ 18 เดือน Psychoeducation family treatment 4-6 คค. ผู้ป่วยร่วมเข้ากลุ่มอบรมเชิงปฏิบัติการ และเข้ากลุ่ม 1 /ครั้ง/2 wks ครั้งละ 1 ชม. ครั้ง /18 เดือน Patient กลุ่ม social skill training ฝึกเป็นกลุ่ม ครั้งละ 6 คน	ระยะเวลา 1 ปี case load 1:10 โดยสหวิชาชีพให้การดูแลรูปแบบ Assertive community treatment Family -แต่ละครอบครัวมาพบผู้บำบัด 3 ครั้ง เพื่อสร้างความร่วมมือและพบทวนภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ต่อมาเข้ากลุ่ม อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับเรื่องโรคจิต และการจัดการ สาเหตุ และการพยากรณ์โรค และเข้ากลุ่มอีกเน้นการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา Patient -ผู้ป่วยให้ยาชนิดรองขนาดต่ำ และหลังประเมินความบกพร่องทางสังคมฝึกทักษะทางสังคมเป็นกลุ่ม	Non-Sig ตอบถูกมากกว่ากลุ่มควบคุม 3:2	Sig ประเมินหลัง 1 ปีพบ Distress ลดลงเกี่ยวกับบทบาททางสังคมและผลกระทบจากการป่วย	Sig	Non-Sig HEE เห็น LEE มี มาก กว่า กลุ่ม ควบคุม (63% 59%)	-	-	-	-	-

Author /year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family					Result-Patient			
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/strain/ PGWB/distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและ หน้าที่	จำนวน ผู้ป่วย	Readmission
	เฉลี่ย 18 วัน	เฉลี่ย 2 ปี			เกี่ยวกับยา การเผชิญกับอาการ การ สนทนา การแก้ไขปัญห ทักษะการแก้ไขข้อขัดแย้ง หรือให้ การฝึกเฉพาะรายที่บ้านตาม ต้องการ แต่ถ้าไม่ต้องการฝึกให้ ความรู้เฉพาะรายไป									
3. So, H., et al. (2006)	ส่วนใหญ่ เป็นหญิง 83% มีอายุเฉลี่ย 49 ปี ได้รับ การศึกษา เฉลี่ย 8 ปี 83% มี ความ สัมพันธ์ เป็นมรดก	PANSS เฉลี่ย 53 ระยะเวลา ไม่ได้รับการ รักษา 181 วัน (6ด.)	-	ระยะเวลา 6ด. 8 กลุ่ม 6 session (1- 6) กลุ่มละ 4-8 คน X 6 wks - ทำช่วงเย็น 1.5ชม./ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้ เข้าด้วย	Brief Intervention เป็นการให้ความรู้ (Psychoeducation Intervention) สำหรับผู้ดูแล ครั้งแรก เป็นการสร้าง สัมพันธภาพ แนะนำวัตถุประสงค์ และเนื้อหา อภิปรายปัญหาที่ ผู้ดูแลแต่ละคนเคยประสบมาและ ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการ ดูแล ครั้งที่ 2 อภิปรายความรู้สึก ในหัวข้อ “ทำไมโรคจิตต้องกับมา เกิดขึ้นกับญาติของฉัน” ให้เข้าใจ	Sig ประเมิน ก่อนและ หลังได้ intervent ion และ กับกลุ่ม ควบคุม และ 6 เดือน ต่อมา	-	-	Non- Sig	Sig -จำ นวน ครั้งใน การ เผชิญ ปัญหา - การ แก้ปัญหา ด้วย เหตุ ผล	Non- Sig แนว โน้ม ลด ลง	-	-	-

Author /year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family						Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/strain/ PGWB/Distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและ สาเหตุ	จำนวน ผู้ป่วย	Readmission
3. So, H., et al. (2006) (ต่อ)	- รายได้/ด. 5,000- 10,000 - อาชีพ เป็น แม่บ้าน 53 % - ช่วงเวลา เฉลี่ยที่อยู่ กับผู้ป่วย 54 ชม./wk				โรคจิตที่ถูกต้องและให้รู้ถึงสาเหตุ อาการและระยะของโรคจิต ครั้งที่ 3 ให้รู้ถึงระยะการป่วยและการ รักษาอภิปรายถึงการคาดหวัง ความสำคัญของการรักษา ครั้งที่ 4 ให้รู้ถึง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและ อารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น และฝึกการ ควบคุม ครั้งที่ 5 ฝึกฝนทักษะ ใน การจัดการปัญหา ครั้งที่ 6 พบพานครั้งก่อน ให้รู้การจัดการ ความเครียดของตนเองและการ เปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่ เกิดขึ้น ให้รู้แหล่งให้การช่วยเหลือ การป้องกันการป่วยของผู้ป่วย และอาการเตือนแต่ละครั้งที่เข้า กลุ่มมีช่วงพักเรนาทีเพื่อให้ สมาชิกได้พูดคุยกัน						-การ ปล่อย เวลา -การ ไม่ คาด หวัง			

Authour /year	Characteristic of Participants		Intervention		Result-Family						Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/strain/ PGWB/Distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและ สัญญาณ	จำนวนวัน อยู่บ้าน
4. Leavey G., et al. (2004)	-ณ baseline ผู้ดูแลดูแล ผู้ป่วย 24 ชม./wks -ในเดือน ที่ 4 ส่วน ใหญ่ผู้ป่วย อยู่กับบิดา มารดาถึง 61 %	จำนวน 106 คน ผู้เข้าร่วมส่วน ใหญ่เป็นชาย 64% เป็นคน หลายเชื้อชาติถึง 58 % อยู่ในช่วงอายุ 16-25 ปี จำนวน 52% และอายุ มากกว่า25 ปี มี 48% - ไม่ใช่ผู้อพยพ 84.9% - โสด 84% อาศัยกับคนอื่น ไม่ได้อยู่ตาม ลำพัง 82%	ระยะเวลา 9 เดือน 7 Session (1- 7) 7 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชม.เวลาและ สถานที่ให้ ความรู้แล้วแต่ ผู้ดูแลสะดวก ปกติก็จะเป็นที่ บ้านผู้ดูแล	-	- Brief Intervention พยายามลดความวิตกกังวล จะให้ ความรู้แบบสั้นและการให้ คำแนะนำแก่ญาติ จะเป็นการ พูดคุยกันมากกว่าเป็นการสอน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการป่วยทางจิต ผู้ป่วย ได้แก่อาการและอาการ เตือน การดูแลรักษา แหล่งขอ ความช่วยเหลือ ได้ (helpseeking) วิธีการเผชิญปัญหาและการ แก้ปัญหา รวมทั้งวิธีการสื่อสาร กับผู้ป่วยและได้รับการ ปรึกษากับครอบครัว	-	Non-Sig แนว โน้ม ความตึง เครียด ลดลง ระหว่าง baseline กับเดือน ที่ 4 และ ใช้เวลา ดูแล ผู้ป่วย เพิ่มขึ้นที่ เดือนที่ 9 ดีกว่า กลุ่ม ควบคุม	Non- Sig	-	-	-	-	-

Author /year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family					Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/strain/ PGWB/Distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและสาเหตุ	จำนวนผู้ป่วย
5. Mullen A., et al. (2002)	สมาชิก ครอบครัว ผู้ป่วยโรค จิตครั้งแรก จำนวน 24 คน	ผู้ป่วยโรคจิต ครั้งแรกจาก สถานบริการ ทางจิตใน ชุมชนแห่ง หนึ่ง	-	Multiple Family Group (MFG) education program ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยเข้าร่วม กลุ่มด้วยตามที่ ครอบครัว อนุญาต -ระยะ 6 ด. แยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน/ครั้ง 4 session	- พยาบาลพยาบาลจิตเวชชุมชน 2 คนจะเป็นผู้ดำเนินการก่อนทำ กลุ่มได้ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย อภิปรายถึง โปรแกรมที่จะทำ ร่วมกันและสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกัน เมื่อเข้าสู่ครั้งแรกได้ร่วม แนะนำตัว นอกเหนือจากการเข้ากลุ่ม ทั้ง 4 ครั้ง ตามความต้องการ ตอบ ข้อสงสัย และพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคจิต ครั้งที่2 อภิปรายเรื่องการรักษาด้วย ยาและไม่ต้องใช้ยา ครั้งที่3 กล่าวถึง ความเครียดที่ทำให้เกิดโรค ระหว่างพักกักขังวิธีการสื่อสาร และวิธีการแก้ปัญหา ครั้งที่ 4 กล่าวถึงอาการป่วยซ้ำ อาการเตือน และแหล่งบริการ มีหนังสือและ วิดีโอให้ยืมได้ตลอดและมีที่พัก 20 นาทีระหว่างเข้ากลุ่มเพื่อให้	Sig ประเมิน ก่อน และ หลัง ได้รับ โปรแกรม	-	-	-	-	-	-	-

Author /year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family					Result-Patient			
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/strain/ PGWB/Distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและ สัญญาณ	จำนวน ผู้ป่วย	Readmission
				(1- 4) 1 คิน/ wk x 4 wks ครั้งละ ประมาณ2 ชม. พัก 20 นาที	สมาชิก ได้สัมผัสพันธภาพและพูดคุย ชักถามกัน และทุกครั้งก็ชักกลุ่มให้ สรุปบทวนที่ได้กล่าวไปและทุก ครั้งที่เริ่มกลุ่มใหม่ให้บทวน เนื้อหาจากครั้งก่อน									
6. Adding ton J., et al. (2001, 2005)	baseline ครอบครัว ที่เข้าร่วม 185 คน เป็นบิดา มารดา 65 คน เป็น แม่ 82 คน เป็นผู้ สมรส 16 คนเป็น ญาติอื่นๆ 8 คนและ	ผู้ป่วย 185 คน ส่วนใหญ่ไม่ ได้รับการรักษา หรือได้รับการ รักษาที่ไม่เกิน 3 เดือน อายุเฉลี่ย 23 ปี โสด 87 % จบ เกรด 12 59 % อยู่กับญาติ 85 % เป็นชาว Caucasian 76 % -เป็นผู้ป่วยใน	- Family Intervention แบบ ครอบครัว เดี่ยวจะให้ ก่อนใน ระยะแรก - ระยะ 3 ปี ไม่จำกัด จำนวนครั้ง - ครอบครัว เดี่ยวเข้า การร่วม	Psychoeduca- tion Group ระยะเวลา 3 ปี การเข้ากลุ่ม หลังเข้า โปรแกรมมา 6 เดือน หลังให้ ความรู้แต่ละ ครอบครัว มาแล้ว ระยะการร่วม กลุ่มใช้เวลา สั้น เป็นตาม	ในระยะแรก เริ่มให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิต และวิธีการ จัดการกับภาวะวิกฤติให้การ ระดับประคองในแต่ละ ครอบครัว และต่อมาให้ความรู้ แบบกลุ่มครอบครัวเพื่อลดการ แยกตัวจากสังคมและการ ความรู้สึกเป็นตราบาป และให้ การสนับสนุน ช่วยเพิ่มทักษะ และทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยให้ร่วมอภิปราย และ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน	-	sig การ ประ ทับ ประ ทับ base line และ 6, 12, 24, 36 ค.	-	-	-	sig การ ประ ทับ ประ ทับ base line และ 6, 12, 24, 36 ค.	-	-	-

Author/year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family						Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา	knowledge	Burden/Distress/PGWB/Stress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและหาสาเหตุ	จำนวนผู้ป่วย	Readmission
6. Adding ton J., et al. (2001, 2005) (ต่อ)	เป็นเพื่อน 1 คน - จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรม ใน 6 ด. =165 คน ใน 12 ด. =138 คน ใน 24 ด. =115 คน ใน 36 ด. = 91 คน	30 % นอกนั้นเป็นผู้ป่วยนอกในช่วง 3 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับมารดา 65 -68 % รองลงมาอาศัยกับบิดา คู่สมรส คนอื่นๆ และอยู่ลำพังตามลำพัง - ครอบครัวที่มีส่วนร่วม ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีส่วนร่วม อายุเฉลี่ย 23 ปี กับ 27 ปีและผู้ป่วย	โปรแกรมเฉลี่ยปีแรก จำนวน 7 ครั้ง ปีที่ 2 2.4 ครั้ง ปีที่ 3 2.3 ครั้ง	ความสนใจของครอบครัวทำเป็นรายสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ประมาณ 3 ครั้งต่อปี			เริ่มต้นขึ้นในปีที่ 1 Serve Stress เริ่มต้นขึ้นในปีที่ 2							

Author /year	Characteristic of Participants		Intervention			Result-Family						Result-Patient		
	Family	Patient	Individual	Group	เนื้อหา ในสื่อทำ	knowledge	Burden/strain/ PGWB/Distress	satisfaction	Express emotion	Ways of coping	ECI	อาการและ สัญญาณ	จำนวน ผู้ป่วย	Readmission
6. Adding ton J., et al. (2001, 2005) (ต่อ)		ที่เริ่มป่วยมี ครอบครัว มารวมมีอายุ น้อยกว่าที่ไม่มี มารวมเฉลี่ย 22 ปีกับ 25ปี												

สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำมาสังเคราะห์แล้วเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาทางคลินิกตามที่ต้องการ ซึ่งพอจะสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงหรือมีความสัมพันธ์เป็นมารดาจะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ดี รองลงมาที่มีความสัมพันธ์อย่างอื่น เช่น เป็นบิดา คู่สมรส ปู่ย่าตายาย น้อง หรือเพื่อน (Jeppesen et al., 2005; So et al., 2006)

2. ผู้ป่วยที่ครอบครัวให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสด อาศัยอยู่กับครอบครัว หรือมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาไม่เกิน 2 ปีครึ่ง (Zhang et al., 1994; Jeppesen et al., 2005; Leavey et al., 2004)

3. ในการคัดเลือกผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรม ใช้วิธีการสอบถามผู้ป่วยว่าสมาชิกในครอบครัวคนใดที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจให้มาเข้าร่วมกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตระยะแรก มักมีความกังวลสูง ไม่อยากให้ครอบครัวรู้ถึงปัญหาของตนเอง (Addington et al., 2005; Jeppesen et al., 2005) ในขณะที่เดียวกันผู้ให้การบำบัดสอบถามความตั้งใจ ความสมัครใจของสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยกล่าวถึงด้วยว่าสามารถร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ (Addington et al., 2005; Mullen et al., 2002) และสร้างแรงจูงใจ และความเชื่อมั่นในการเข้าร่วมโปรแกรมโดยชี้แจงให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าโปรแกรมและมีความยืดหยุ่นในการให้ความรู้โดยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและความพร้อมของครอบครัว (Mullen et al., 2002)

4. โปรแกรมการให้ความช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) แบบกลุ่มครอบครัว (Multi-Family Group) ในระยะดำเนินการ 6 เดือน จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มประมาณ 4-6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง สามารถช่วยให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตดีขึ้น และลดการเผชิญปัญหาในทางลบได้ (Mullen, et al., 2002; So, et al., 2006) หากให้การบำบัดทั้งแบบกลุ่มบำบัดร่วมกับรายครอบครัว ด้วยระยะเวลาที่นานขึ้นเป็น 1-3 ปี สามารถช่วยให้ญาติมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรือความเครียดที่เกิดขึ้นลดลง รวมทั้งลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย และเพิ่มระยะเวลาการอยู่ในชุมชน (Zhang et al., 1994; Jeppesen et al., 2005; Addington et al., 2001, 2005)

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว (Family Psychoeducation) ประกอบด้วยการทำงาน 2 ขั้นตอน ได้แก่

5.1 การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นพันธมิตรระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้การบำบัด

5.2 การทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว

6. ในขั้นตอนของการสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นพันธมิตรระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้การบำบัด ผู้บำบัดจะใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการเชิญครอบครัวมาพบและชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรม รวมทั้งสอบถามความต้องการและความเข้าใจในการเข้าร่วมโปรแกรม หากญาติไม่สามารถมาพบได้ ก็สามารถใช้บริการติดต่อด้วยโทรศัพท์ (So et al., 2006)

7. การให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มครอบครัว ผู้วิจัยเชิญครอบครัวมาเข้ากลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 ถึง 15 ครอบครัว มาเข้าร่วมกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต มีวิธีการทั้งการสอนแบบบรรยาย และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทั้งสองวิธีมีการอภิปราย เกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ หัวข้ออภิปรายกลุ่ม ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค การรักษาด้วยยาและการรักษาไม่ใช้ยา ความจำเป็นในการประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง อาการและอาการแสดง รวมทั้งพฤติกรรมที่ปกติและผิดปกติ ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญกับการเจ็บป่วย ทักษะการสื่อสาร การเปิดเผยความรู้สึก วิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือนและแหล่งบริการที่สามารถรับความช่วยเหลือได้ (Addington et al., 2001, 2005; Jeppesen et al., 2005 ; Mullen et al., 2002; So et al., 2006; Zhang et al., 1994)

8. ในกรณีที่พบว่า ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาพบครอบครัวของผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเฉพาะราย (Individual Counseling) ร่วมด้วย โดยเชิญครอบครัวและผู้ป่วยมาพบทุก 3 เดือน โดยมีเนื้อหาในการพูดคุยดังนี้ สถานการณ์ชีวิตที่ญาติเผชิญเปรียบเทียบกับระหว่างช่วงก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ รวมทั้งวิธีการที่ญาติใช้เพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขปัญหามาและสถานการณ์ที่ก่อความเครียด ทักษะของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสำคัญของทัศนคติความคิดเห็นของครอบครัวในการมองการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเป็นอาการของโรค ไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคลิกภาพที่ไม่ดี หรือเป็นเพราะความโชคร้าย ความจำเป็นของการไม่ตำหนิและไม่แสดงท่าทีไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย และคุณค่าของการไม่แสดงความห่วงกังวลผู้ป่วยจนทำให้เกิดการจำกัดการติดต่อกับโลกภายนอกของผู้ป่วยมากเกินไป (Zhang et al., 1994)

ถ้าครอบครัวมีความเสี่ยง มีแนวโน้มในการปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้ ควรมีผู้บำบัดครอบครัว (Family therapy) เข้ามาให้บริการช่วยเหลือ (Addington et al., 2005)

ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถมาตามนัดหรือเข้ามาบำบัดตามโปรแกรมที่หน่วยสุขภาพ จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านแทนอย่างน้อยทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994)

9. การให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาทำกลุ่มในแต่ละครั้งที่มีระยะเวลานาน 1 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 2 ชั่วโมง ควรมีการพักประมาณ 15-20 นาที เพื่อให้สมาชิกมีการพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเป็นการส่วนตัว ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Mullen et al., 2002; So et al., 2006)

10. ผู้ที่ทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นพยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวช ชุมชนนักจิตวิทยา หรือพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม (Addington et al., 2005; Leavey et al., 2004; Mullen et al., 2002; Zhang et al., 1994)

11. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว สามารถประเมินเกี่ยวกับ 1) ความรู้ (Knowledge) ของครอบครัว เป็นการสอบถามก่อนและหลังเข้ากลุ่ม (Mullen et al., 2002; So et al., 2006) ต่อมาติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน (So et al., 2006) 2) การของครอบครัว (Social Behaviour Assessment Schedule, SBAS) และ 3. ความพึงพอใจของครอบครัว (Relatives' satisfaction with treatment) เป็นการสัมภาษณ์ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและหลังจากนั้นอีก 1 ปีต่อมา (Jeppesen et al., 2005) 4) ระดับความเครียดและความทุกข์ของครอบครัว (The Psychological General Well-being Scale, PGWB) และ 5) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (Experience of Caregiving Inventory, ECI) เป็นการประเมินที่ใช้ระยะเวลาประเมินโครงการนานถึง 3 ปี เป็นแบบสอบถาม ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ ต่อมาทุก 6 เดือนในปีแรก และติดตามประเมินทุก 1 ปี จนครบ 3 ปี (Addington, et al., 2005) 6) ความตึงเครียดของครอบครัว (Caregiver Strain Index, CSI) จะสอบถามตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ 4 เดือนแรก และ 9 เดือนต่อมา (Leavey et al., 2004) 7) อาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS & Global Assessment Scale, GAS) การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่อยู่บ้านซึ่งสามารถสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยและถามข้อมูลต่างๆ จากสมาชิกครอบครัวโดยติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994)

12. สาเหตุที่ครอบครัวถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้ดูแลเสียชีวิต ครอบครัวมีการย้ายที่อยู่ ไม่สามารถติดต่อผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ดูแลทิ้งไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป และ ผู้ป่วยแต่งงานและย้ายครอบครัวออกไป (Leavey et al., 2004; Zhang et al., 1994)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือ สามารถช่วยให้ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกลดลง และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยซึ่งสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี ควรคัดเลือกสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยระบุว่า มีความผูกพันใกล้ชิดไว้วางใจมากที่สุด และผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเอง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีความสัมพันธ์เป็นมารดา รองลงมาจะเป็น บิดา คู่สมรส ปู่ย่าตายาย น้อง และเพื่อนตามลำดับ (Jeppesen et al., 2005) (Level II) และผู้ป่วยควรอาศัย

อยู่บ้านเดียวกับสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยเลือก (Leavey et al., 2004; Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (Level II)

2. ผู้ที่ทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ควรเป็นพยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวชชุมชน นักจิตวิทยา หรือพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม ที่มีความรู้และทักษะในการทำกลุ่มครอบครัว (Family Group) และผู้ให้การปรึกษาคณะครอบครัว (Family Counsellor) อย่างน้อยได้ผ่านการอบรมเรื่องการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ได้ฝึกการทำกลุ่มและการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีมาก่อน (Leavey et al., 2004; So et al., 2006) (level II) (Mullen et al., 2002, (level III)

3. การส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว ควรดำเนินการในหลายลักษณะ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมและเพิ่มความเชื่อมั่น โดยมีความยืดหยุ่นในการให้ความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและความพร้อมของครอบครัว (Mullen, et al., 2002) (Level III) และการเลือกครอบครัวผู้ให้การบำบัดควรสอบถามความตั้งใจและความสมัครใจของครอบครัวที่ผู้ป่วยกล่าวถึงด้วยว่า สามารถมาร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ (Mullen et al., 2002) (Level III)

4. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถให้ แบบครอบครัวเดี่ยว (Leavey, et al., 2004) (level II) และแบบกลุ่มครอบครัว (So et al., 2006) (level II) หรือให้ทั้ง 2 รูปแบบร่วมกัน (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II)

5. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการและติดตามผลประมาณ 6 เดือน จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มประมาณ 4-6 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มห่างกัน 1-2 สัปดาห์/ครั้ง จึงจะเห็นผลว่าสามารถช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต และลดการเผชิญปัญหาในทางที่ไม่ดี (Mullen et al., 2002) (level III) (So et al., 2006) (level II)

นอกจากนี้หากให้การบำบัดรูปแบบกลุ่มครอบครัวร่วมกับรูปแบบรายครอบครัว มีระยะเวลานาน 1 ปีขึ้นไปจะสามารถช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรือมีความเครียดลดลง (Jeppesen et al., 2005) (level II) รวมทั้งลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย และเพิ่มระยะเวลาการอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น (Zhang et al., 1994) (level II)

6. ระยะเวลาการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มครอบครัว ในแต่ละครั้งมีระยะเวลานาน 1 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 2 ชั่วโมง และควรมีการพักประมาณ 15-20 นาที ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่สมาชิกจะได้พูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเป็นการส่วนตัวเพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันยิ่งขึ้น (So et al., 2006) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III)

7. หากให้ครอบครัวมาเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในระยะยาว 1 ปีขึ้นไป สามารถทำในกลุ่มผู้ป่วยนอกได้โดย จัดให้มาร่วมโปรแกรมตรงกับวันที่ครอบครัวพาผู้ป่วยมาตรวจ

ตามนัด ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสไม่มาเข้าโปรแกรมตามนัด (Zhang et al., 1994) (level II) แต่ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถมาร่วมโปรแกรมได้ ผู้บำบัดสามารถออกไปให้ความรู้แก่ครอบครัวที่บ้าน ซึ่งควรมีการตกลงบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II)

8. การดำเนินการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว ควรแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกต้องเน้นการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นพันธมิตรระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดให้ได้ก่อน ด้วยการเชิญครอบครัวมาพบและชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรม รวมทั้งสอบถามความต้องการและความเข้าใจในโปรแกรม หากครอบครัวไม่สามารถมาพบได้ ก็สามารถใช่วิธีการติดต่อทางโทรศัพท์แทน (So et al., 2006) (level II) ขั้นตอนต่อไป ดำเนินการทำให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว

9. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว ผู้วิจัยเชิญครอบครัวมาเข้ากลุ่มจำนวน ตั้งแต่ 4 ถึง 15 ครอบครัว มาเข้าร่วมกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต มีวิธีการทั้งการสอนแบบบรรยาย และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทั้งสองวิธีต้องมีการอภิปราย เนื้อหาความรู้ หัวข้ออภิปรายกลุ่ม ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค การรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช่ยา ความจำเป็นในการประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง อาการและอาการแสดง รวมทั้งพฤติกรรมที่ปกติและผิดปกติ ปัญหาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับปัญหา พัฒนาทักษะการเผชิญกับการเจ็บป่วย ทักษะการสื่อสาร การเปิดเผยความรู้สึก วิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน และแหล่งบริการให้ความช่วยเหลือ (Jeppesen et al., 2005 ; So et al., 2006; Zhang et al., 1994) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III)

10. ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หากพบว่าครอบครัวใดมีปัญหาซับซ้อน ควรจัดให้มีการให้การปรึกษาเฉพาะราย ร่วมด้วย โดยเชิญครอบครัวและผู้ป่วยมาพบอย่างน้อยทุก 3 เดือน มีเนื้อหาพูดคุยเกี่ยวกับ สถานการณ์ชีวิตที่ครอบครัวเผชิญ เปรียบเทียบกันระหว่างช่วงก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ รวมทั้งวิธีการที่ครอบครัวใช้เพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขปัญหา/สถานการณ์ที่ก่อความเครียด ทักษะของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสำคัญของความคิดเห็นของครอบครัว ในการมองการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเป็นอาการของโรคไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคลิกภาพที่ไม่ดี หรือเป็นเพราะความโชคร้าย ความจำเป็นของการไม่ตำหนิผู้ป่วย ด้วยการแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร คุณค่าของการไม่แสดงความหวังกังวลผู้ป่วยจนทำให้เกิดการจำกัดการติดต่อกับโลกภายนอกของผู้ป่วยมากเกินไป ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถมาตามนัดหรือเข้ามาบำบัดตามโปรแกรมที่หน่วยสุขภาพ ควรให้การติดตามเยี่ยมบ้านแทนอย่างน้อยทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994) (level II)

11. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว ก่อนนำเครื่องมือมาใช้ผู้วิจัยจะต้องทดสอบคุณภาพ (Validity และ Reliability) ก่อนเสมอ เครื่องมือดังกล่าวได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ (Knowledge) ของครอบครัว เป็นการสอบถามก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ต่อมาติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน (So et al., 2006) (level II)

2) แบบประเมินความเครียดทางจิตใจของครอบครัว ซึ่งได้แก่ 1. แบบประเมินภาระของครอบครัว (Social Behaviour Assessment Schedule, SBAS) เป็นการสัมภาษณ์ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและหลังจากนั้นอีก 1 ปีต่อมา (Jeppesen et al., 2005) (level II) 2. แบบประเมินระดับความเครียดและความทุกข์ของครอบครัว (The Psychological General Well-being Scale, PGWB) และ 3. แบบประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (Experience of Caregiving Inventory, ECI) เป็นการประเมินผลเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ หลังเข้ากลุ่ม ติดตามต่อมา 6 เดือน (So et al., 2006) (level II) หรือติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ทุก 6 เดือนในปีแรกหรือทุก 1 ปีจนครบ 3 ปี (Addington et al., 2005) (level IV) หรือเป็นการสอบถามก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ต่อมาติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน 4. แบบประเมินความตึงเครียดของครอบครัว (Caregiver Strain Index, CSI) จะสอบถามตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ 4 เดือนแรก และ 9 เดือนต่อมา (Leavey et al., 2004) (level II)

3) แบบประเมิน ความพึงพอใจของครอบครัว (Relatives' satisfaction with treatment) เป็นการสัมภาษณ์ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและหลังจากนั้นอีก 1 ปีต่อมา (Jeppesen et al., 2005) (level II)

4) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS & Global Assessment Scale, GAS) และประเมินการกลับมาป่วยซ้ำ ระยะเวลาการกลับไปอยู่บ้านซึ่งสามารถสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยและถามข้อมูลต่างๆ จากสมาชิกครอบครัวโดยติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994) (level II)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษาโปรแกรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการพยาบาลที่มีมาตรฐาน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะช่วยลดความเครียดของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น จากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรกที่ทำให้ญาติที่ดูแลต้องประสบกับความเครียดทางด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงาน และจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัญหาความเครียดของญาติ ขึ้นต่อมา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดย 1. ใช้วิธีการสืบค้นตามกรอบการสืบค้นของ PICO (Craig & Smyth, 2002) โดยกำหนดกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตเป็นครั้งแรก กิจกรรมพยาบาลที่มีเป้าหมายลดความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกขึ้น คือ สุขภาพจิตศึกษาให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย แต่ไม่มีการเปรียบเทียบ และกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ความเครียดทางจิตใจของผู้ที่ดูแล และ 2. กำหนดขอบเขตการสืบค้น ในเรื่อง คำสำคัญ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินระดับความเข้มแข็งและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ซึ่งจากการสืบค้นงานวิจัยที่มีจำนวนเพียงพอความต้องการจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 4 จำนวน 1 เรื่อง ขั้นตอนสุดท้าย เป็นการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นโดยสกัดประเด็นสำคัญลงในตาราง (Collective table) สรุปประเด็นเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จากการศึกษาได้ข้อเสนอดังนี้

1. จากการทบทวนสืบค้นงานวิจัย เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่ช่วยลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก พบว่างานวิจัยทั้งหมดทำในต่างประเทศ ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบโปรแกรมสำหรับครอบครัวโดยตรง ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกเพื่อลดความเครียดทางด้านจิตใจของครอบครัวในประเทศไทย

2. แม้ว่าการสังเคราะห์จากผลงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง แต่ก็สามารถให้ข้อเสนอแนะในการทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาให้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ดังนั้นควรนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและนำไปทดลองนำร่องในหน่วยงาน เพื่อเป็นการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรกดังกล่าว

3. เนื่องจากผลงานวิจัยพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่สามารถลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้ ต้องใช้ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมนานประมาณ 1 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีโอกาสที่ญาติ/ครอบครัวจะมาร่วมโปรแกรมไม่ครบ ดังนั้นข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการ Dropout ดังนี้

3.1 มีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวน และสร้างแรงจูงใจ เช่น ให้เห็นถึงประโยชน์ในการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามกำหนด การเตือนล่วงหน้าก่อนวันนัด และติดตามญาติ/ครอบครัวในกรณีไม่มาตามนัด เป็นต้น

3.2 จัดระบบบริหารจัดการให้มีความยืดหยุ่นในการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีการทำงานเป็นทีม ที่ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยใน พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก พยาบาลจิตเวชชุมชนที่สามารถให้สุขภาพจิตศึกษาได้ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีโอกาสเลือกที่จะร่วมโปรแกรมได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOR STRESS REDUCTION IN FAMILIES HAVING A PATIENT WITH A FIRST - EPISODE PSYCHOSIS : EVIDENCE-BASED NURSING

วิจิตรา ทองเกษม 4836942 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิริหมงคล, Ph.D.(Nursing), วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์, D.N.S.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิต (psychosis) เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวช กลุ่มโรคจิตที่สำคัญประกอบด้วย schizophrenia, delusional disorder, schizoaffective disorder, brief psychotic disorder, mood disorder with psychotic feature, โรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและโรคจิตที่เกิดจากสารต่างๆ หรือยา (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการสำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากรแสนคนต่อปีของกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 – 2551 พบอัตราผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 682.67, 572.34, 661.78, 581.48 และ 612.20 คนตามลำดับ (<http://www.plan.dmh.go.th/download/ict/8disease.xls>) ในกลุ่มโรคจิตนี้โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด จะพบได้สูงสุดประมาณร้อยละ 2-3 ของประชากร (ชูติศย์ ปานปรีชา, 2546) และจากการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยโรคจิตใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค ตามเกณฑ์ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision) ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2551 พบว่ามีจำนวน 1,628, 1,625, 1,557, 1,555 และ 1,669 รายตามลำดับ (เวชระเบียนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา) ข้อมูลดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเพิ่มขึ้นมาใหม่จำนวนมากใกล้เคียงกันทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตจะมีลักษณะของความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดไปจากคนทั่วไป จนไม่สามารถประกอบการทำงานได้ (อัมพร โอตระกูล, 2540) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคจิตจึงต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด บางครั้งต้องดูแลเป็นระยะยาวนานหรือตลอดชีวิต ในปัจจุบันโรคจิตส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติทางปัจจัยทางด้านชีววิทยา (Biology) หลายๆ สาเหตุร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของระบบสารเคมีในสมอง ระบบกายวิภาค และประสาทสรีรวิทยาของสมอง ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มักพบว่า เกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006; กรมสุขภาพจิต, 2542) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาต่างๆ ได้ง่าย ที่ก่อให้เกิด ความเครียด และเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติทางจิตใจตามมา (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006)

ผู้ที่ป่วยโรคจิตครั้งแรก (First Episode Psychosis; FEP) หมายถึง ผู้ที่มีอาการแสดงทางจิตเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตนี้ถือเป็นการวินิจฉัยในเบื้องต้น ต้องใช้ระยะเวลาให้อาการของโรคดำเนินไปช่วงหนึ่งจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ชัดเจนว่าเป็นโรคจิตชนิดใด (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006) การดำเนินโรคพบได้ 2 ลักษณะคือ จะมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและความคิด ค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงของอาการขึ้นทีละน้อย ๆ ใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ค่อยๆ รวบรวมถึงจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือพบอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ใช้เวลาสั้นๆ เป็นวันหรือสัปดาห์ มีอาการรุนแรงอย่างชัดเจน (อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี, 2545) ในกลุ่มที่มีอาการแสดงค่อยเป็นค่อยไป จะปรากฏอาการ 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มแรกป่วย (Prodromal phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 5 ปี อาการคลุมเครือไม่ชัดเจน ญาติไม่รู้ว่าเริ่มป่วยแต่รับรู้ว่าคุณป่วยมีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เช่น แยกตัว ขาดความสนใจในการเรียนการทำงาน ต่อมาเป็นระยะแสดงอาการทางจิต (Acute phase) ผู้ป่วยจะค่อยๆ แสดงอาการทางจิตออกมาอย่างชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ จนแสดงอาการทางจิตเต็มที่ คือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน เกิดความกลัว ขาดการตระหนักรู้ในตัวเอง ไม่รู้ว่าตนเองป่วย และไม่ยอมรับการช่วยเหลือหรือรักษา ซึ่งทำให้ไม่ได้รับการรักษาซ้ำ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ปี อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนครอบครัวไม่สามารถดูแลต่อไปได้จึงต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล สุดท้ายเป็นระยะฟื้นตัว (Recovery phase) ซึ่งต้องใช้เวลารักษาเฉลี่ยนานเป็นเดือน จนอาการทางจิตต่างๆ หายไป ซึ่งการดำเนินโรคในแต่ละระยะจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Häfner, 2000; Massachusetts General Hospital, 2004; Thompson et al., 2001)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของผู้ป่วยด้วยเริ่มป่วยเมื่ออายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาสำคัญด้วยเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาทุกๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงย่อมส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต

และพัฒนาการต่างๆ ดังกล่าว (Askey, Gamble, & Gray, 2007; Shiers & Lester, 2004) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้การพัฒนาของสมองผิดปกติ (Keshavan, 2005) และพบว่าประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกพยายามฆ่าตัวตาย (The Department of Health cited in Askey, Gamble, Gray, 2007; McGorry, et al., 2005) หรือบางรายไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว หันไปใช้สารเสพติด จนต้องกลับเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Malla & Payne, 2005)

ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันโดยได้รับความช่วยเหลือดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วที่สุดตั้งแต่เริ่มป่วยในระยะแรก เพื่อ ลดความรุนแรงของโรค ลดการสูญเสียที่เกิดขึ้น ที่สำคัญช่วยหยุดยั้งกระบวนการที่ทำให้สมองของผู้ป่วยผิดปกติมากขึ้น เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกพบว่าความตระหนักในตนเอง น้อยกว่าผู้ป่วยที่ป่วยมานาน (Thompson et al., 2001) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยขาดการใส่ใจดูแลตนเอง ทำให้ขาดยาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่องได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในเวลานี้ ก็คือ ครอบครัวของผู้ป่วยนั่นเอง ด้วยครอบครัวและผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตและมีความผูกพันใกล้ชิดกันทั้งทางอารมณ์และจิตใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งช่วยให้กำลังใจ สนับสนุนฟื้นฟู ช่วยผู้ป่วยในการคิดและคลี่คลายปัญหา รวมทั้งเป็นที่พึ่งพาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) ด้วยผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกส่วนใหญ่ ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว ถึงร้อยละ 85 - 95 (Addington et al., 2005; Zang et al., 1994) และครอบครัวผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกพบว่ามีทัศนคติที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ป่วยครั้งต่อๆ มา (วารุณี ตั้งเสรีและคณะ, 2538) อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต เป็นเหตุการณ์ที่ครอบครัวไม่เคยพบมาก่อนจึงถือได้ว่าเป็นช่วงวิกฤติของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบอย่างมาก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

จากการศึกษาวรรณกรรมและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกพบว่า ครอบครัวเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ คุเปอร์และรูน (Kuipers & Raune, 2000) ได้ทบทวนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยในครั้งแรกพบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิต เริ่มแรกผู้ดูแล จะรู้สึกงุนงง ต่อมาจะปฏิเสธ เกิดความวิตกกังวล ตกใจมาก มีอารมณ์ โกรธ ผิดหวัง คับข้องใจ อับอาย ห่วงใย เกี่ยวกับอนาคตผู้ป่วย แยกตัวและเกิดความรู้สึกเป็นดราม่า เช่นเดียวกับในประเทศไทยจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทของ เวทีนี้ สุขุม และคณะ (2544) พบว่าในระยะแรกที่ญาติทราบอาการและเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย ญาติจะเกิดความรู้สึกสับสน มีความเครียดสูง วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การทำงาน ค่าใช้จ่าย และตกใจทำอะไรไม่ถูก ไม่คาดคิดว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับตน มีความสงสารและกลัวผู้ป่วยจะไม่หาย จากผลกระทบดังกล่าวหากครอบครัวไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา อาทิ มีความกังวลและความเครียดในระดับสูง และมีความเศร้าร่วมกับวิตกกังวลในอัตราสูงเป็นสามเท่าเมื่อเทียบกับคนปกติ (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987 cited in Kuipers & Raune, 2000)

จากการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ของแอ็ดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2003,2005) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยต้องพบความยากลำบากอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย และพบความทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรงรวมกันมากกว่าร้อยละ 40 โดยความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย หรือความทุกข์ของครอบครัวที่เกิดขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลกระทบจากอาการป่วย มากกว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยอาการป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์นั้น ได้แก่ อาการทางลบ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Mo et al., 2008; Tennakoon et al., 2000) และยิ่งไปกว่านั้นบางครอบครัว เกิดความผิดปกติทางจิต (The Scottish schizophrenia research group, 1987; Tennakoon et al., 2000) นอกจากนี้การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเป็นครั้งแรกยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของครอบครัว ผู้ป่วยทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง (High Expressed Emotion) (Askey et al., 2007; McNaba, Haslam, & Burnett, 2006) ซึ่งพบได้จากร้อยละ 48.5 (Stirling et al., 1993) ร้อยละ 52.1 (Nugter et al., 1997) ถึงร้อยละ 60 (Patterson, Birchwood, & Cochrane, 2005)

จากผลการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ล้วนสะท้อนถึงอาการแสดงออกของความเครียด ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ซึ่งการแสดงอาการออกของความเครียดมีได้หลายรูปแบบทั้งทางอารมณ์ (Emotive symptoms) ทางการรู้คิด (Cognitive symptoms) ทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) และทางร่างกาย (Physical symptoms) (จำลอง ดิษยวณิช & ปริมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความเครียดของครอบครัว รูปแบบการเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นสอดคล้องกับแนวคิด ความเครียดครอบครัวของลาซารัส และ โพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านเหตุการณ์ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ครอบครัวประเมินว่าเป็นเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นสิ่งใหม่ ครอบครัวไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น โรคนี้คืออะไร สาเหตุมาจากไหน จะรักษาอย่างไร โรคนี้จะเป็นอีกหรือไม่ จะบอกคนอื่นว่าเป็นอะไร และจะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006) และจากการศึกษาของ ชอร์ (Shore, 2006 cited in Askey et. al., 2007) ที่พบว่าภาวะการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่มั่นใจ รู้สึกสิ้นหวัง และอัดอั้น ด้วยความรู้ความเข้าใจในระยะของอาการทางจิตอย่างจำกัด และไม่รู้ว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตอย่างไร เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ บทบาท สถานภาพ อาชีพและเชื้อชาติ ซึ่งพบได้จากการศึกษาของ เทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกจะเป็นผู้หญิงมากกว่าเป็นผู้ชายและผู้ดูแลที่เป็นหญิงจะมีความทุกข์สูง มากกว่าผู้ดูแลเป็นผู้ชาย ซึ่งเป็นความทุกข์เกี่ยวกับ อาการป่วยของผู้ป่วย อาการป่วยที่ส่งกระทบต่อเหตุการณ์สำคัญในครอบครัว การป่วยทำให้ครอบครัวแตกแยก และความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยในสมาชิกครอบครัว และมีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกส่วนใหญ่มักจะเป็นบิดามารดาซึ่งพบได้สูง ตั้งแต่ 70% (Tennakoon et al., 2000) 73% (Jeppesen et al., 2005) จนถึง 91% (Mo et al., 2008) เป็นต้น ซึ่งบิดามารดาจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้อง และผู้ดูแลที่หย่าร้างจะมีความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว ส่วนอาชีพการงานและการ เช่น แพทย์ นักกฎหมาย จะมีความผิดปกติทางจิตใจสูงกว่าอาชีพงานช่างฝีมือที่เป็นลูกจ้าง คนขับรถเมล์ (Tennakoon et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของโมและคณะ (Mo et al., 2008) ที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากกว่า ซึ่งเป็นผู้หญิง และเป็นมารดา จะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าผู้อื่น และผู้ดูแลที่เป็นโสดจะรับรู้ถึงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่แต่งงานแล้ว ส่วนด้านเชื้อชาติ จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยของไรเดอร์และคณะ (Ryder, Bean, & Dion, 2000) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกของชาวจีนจะมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่า ผู้ดูแลชาวยุโรปและแคนาดา

3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ อายุเริ่มป่วย อายุที่กำลังป่วย การทำหน้าที่ การทำงาน ประวัติครอบครัว ระยะการป่วย อาการ คุณภาพชีวิต ซึ่งจะพบได้จากรายงานการศึกษาของแอดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2003) ที่ว่า โรคจิตถ้าเริ่มป่วยในผู้ที่อายุน้อยหรือมีปัญหาในการทำหน้าที่ ก็ยิ่งเพิ่มระดับความทุกข์ใจให้ครอบครัวมากขึ้น ความทุกข์ที่เกิดขึ้นนี้สัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากประสบการณ์ที่ยุงยากในการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ อายุที่กำลังป่วย อายุที่เริ่มป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับส่วนการทำหน้าที่ อาการทางบวก และอาการทางลบ ของผู้ป่วย ส่วนความผาสุกของครอบครัวพบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุของผู้ป่วยที่เริ่มป่วย อายุที่กำลังป่วย และจากการศึกษาของโมและคณะ (Mo et al., 2008) พบว่าประสบการณ์ที่ไม่ดีของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วย ที่ไม่มีงานทำ มีประวัติครอบครัวที่เดิมก่อน ระยะเวลาการป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ประวัติทำร้ายตนเอง มีอาการทางบวกและมีอาการทางลบ

จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ของเทนนาคุนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ซึ่งได้สอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเผชิญความเครียด (Coping style) ของผู้ดูแล พบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าความทุกข์ (Distress) ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับสูงกับการเผชิญความเครียด (coping) ของผู้ดูแล และการใช้อารมณ์จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมดูแลผู้ป่วย (Supervision) นอกจากนี้ผู้ดูแลมักจะใช้ความเชื่อส่วนตัวในการเผชิญกับตราบาปของตนเอง ส่วนผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย พบว่าถ้าครอบครัวที่ไม่สามารถเผชิญกับความเครียดหรือไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะได้รับผลกระทบที่เสียหายต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคมต่อครอบครัวดังกล่าวข้างต้น

ในปัจจุบันนักวิชาการทางสุขภาพจิตหลายประเทศทั่วโลก มีความตื่นตัวในการหาแนวทางให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก โดยให้ความช่วยเหลือครอบครัว ตอบสนองความต้องการของครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ความเครียดลดลง เกิดความเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี จากการทบทวนงานวิจัยกว่า 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวดังกล่าวในรูปแบบ Family Intervention ที่ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพมาแล้วเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นหลักในการให้ความรู้เรื่องต่างๆ แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ดังต่อไปนี้

1) โปรแกรม Family Intervention ของ Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC) ประเทศออสเตรเลีย โดยมีการแบ่งหน้าที่ออกเป็นหลายทีม ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัวทั้งแบบกลุ่มและรายครอบครัว มูลลินและคณะ (Mullen et al., 2002) ได้นำ โปรแกรม Multiple-Family Groups (MFG) Education Program ตามแนวคิดของ แมคฟาร์แลนด์และคณะ (McFarlane et al., 1995) นำมาศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการครั้งแรก ในระยะเวลา 6 เดือน โดยให้ความรู้ความเข้าใจกับครอบครัวแบบ Multi-Family Groups เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตและการดูแลผู้ป่วย และให้ครอบครัวได้ทราบแหล่งให้บริการสุขภาพจิตและแหล่งสนับสนุนอื่นๆ พบว่าครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจในการป่วยทางจิตและการรักษาผู้ป่วยโรคจิตและรู้แหล่งบริการดีขึ้น

2) โปรแกรม Family Intervention ของศูนย์ Early Psychosis Treatment and Prevention Program ประเทศแคนาดา เป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกและครอบครัวในช่วงระยะเวลา 3 ปีแรกของการป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค มีการรับมือและจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา แนวคิดของโปรแกรมมาจากการศึกษารวบรวมปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงในงานดูแลครอบครัว มาพัฒนาเป็นโปรแกรมจิตศึกษาเพื่อใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เอ็ดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2005, 2001) ได้ทดลองใช้โปรแกรมนี้กับครอบครัวผู้ป่วยในรูปแบบครอบครัวเดี่ยวในระยะแรกและแบบกลุ่มครอบครัวในเวลาต่อมา ผลลัพธ์ที่ได้ช่วยให้ครอบครัวความเครียดลดลงและครอบครัวมีความสุขมากขึ้น

3) โปรแกรม Integrated treatment ของศูนย์ Early identification and treatment of young psychotic patients (OPUS Trial) ประเทศเดนมาร์ก ซึ่ง เจบปีเสนและคณะ (Jeppesen et al., 2005) ได้

นำไปทดลองใช้เวลาระยะเวลาศึกษา 2 ปี โดยดำเนินการตาม rich assertive community treatment model (Stein & Test, 1980) ผู้ป่วยได้รับยาและการฝึกทักษะทางสังคม มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วย (Multiple-family groups) ตามแนวคิดของแมคฟาร์แลน (McFarlane, 1995) โดยมีการพูดคุยกันก่อนเข้ากลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ให้การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิต การจัดการ สาเหตุ และการพยากรณ์โรค และให้เข้ากลุ่มที่เน้นเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ของผู้ดูแลด้วยกัน ผลลัพธ์ที่ได้คือ ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ป่วยลดลง และครอบครัวมีความพึงพอใจมากขึ้น

4) โปรแกรม Family Intervention ซึ่งนางและคณะ (Zhang et al., 1994) ได้นำแนวคิดของแมคฟาร์แลนและโกลด์สไตน์ (McFarlane, 1982; Goldstein, 1984) มาพัฒนากลุ่มครอบครัวแบบ Multi-Family groups และให้คำปรึกษาร่วมด้วย ซึ่งความรู้ที่ให้จะเน้นเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยของครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีปัญหาซับซ้อนจะให้คำปรึกษารายครอบครัว (Individual family counseling) ร่วมกับผู้ป่วยด้วย ผลลัพธ์ที่ได้โปรแกรม Family Intervention ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นานขึ้นและลดการป่วยซ้ำได้

5) โปรแกรม Brief intervention เลวีและคณะ (Leavey et al., 2004) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่รายครอบครัว เนื้อหาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา อาการเตือน การขอความช่วยเหลือ วิธีจัดการกับปัญหา การสื่อสารและแนะนำสถานที่ที่ครอบครัวสามารถมาใช้บริการได้ พบว่า ความตื่นตัวของผู้ดูแลเริ่มลดลงในเดือนที่ 4 หลังจากนั้นโซและคณะ (So et al., 2006) ได้นำโปรแกรม Brief intervention มาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกในฮ่องกง เนื้อหาหลัก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตในระยะแรกและการบำบัดรักษา การควบคุมพฤติกรรม การจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสาร และการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับ Intervention มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเพิ่มขึ้น การเผชิญปัญหาทางลบลดลง

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เป็นโปรแกรมสุขภาพจิต โดยช่วยให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเจ็บป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับตนเองและผู้ป่วย สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ รู้แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ ประโยชน์ที่ได้ ช่วยลดความทุกข์ ความเครียดหรือภาระต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี อยู่กับครอบครัวได้นาน และการป่วยซ้ำลดลง

ในประเทศไทยนโยบายกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมาปี 2550 ได้เล็งเห็นความสำคัญของการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตกับองค์กรนอกกระบวนการบริการสาธารณสุข โดยเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด การสร้างโอกาส และการยอมรับผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต สำหรับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นผู้ป่วยใหม่นี้ ยังไม่มีนโยบายชัดเจนที่ระบุการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม แต่อย่างไรก็ตามกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตก็ไม่ได้

นึ่งนอนใจ เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญาและหน่วยงานสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ได้ให้การช่วยเหลือครอบครัวหลายรูปแบบ แต่จากการสอบถามบุคลากรแต่ละสถาบันยังไม่พบการให้บริการเฉพาะกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก รวมทั้งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาซึ่งกำหนดเข็มมุ่งที่จะเป็นเลิศด้านผู้ป่วยจิตเภทในปี 2554 ปัจจุบันได้มีนโยบายให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างครบวงจรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งให้มีศักดิ์ศรีอยู่ในสังคม ดังนั้นองค์กรจึงเล็งเห็นความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย โดยได้ให้บริการกับครอบครัวผู้ป่วยหลายอย่าง ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและป่วยซ้ำก่อนวันนัดร่วมกับพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โครงการกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป ได้จัดกิจกรรมหลายรูปแบบให้กับสมาชิก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การให้สมาชิกสัญจรเยี่ยมโรงพยาบาลอื่น การร่วมฟังการบรรยายทางวิชาการ และการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวชในรูปแบบ walk rally เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการให้บริการของหน่วยงานต่างๆ ทางสุขภาพจิตข้างต้นยังไม่มีหน่วยงานใดที่ให้บริการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ปัจจุบันผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ได้พบกับปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่ต้องประสบกับความทุกข์ ความเครียดจากการมีสมาชิกในครอบครัวต้องมาป่วยด้วยโรคจิต และจากการให้บริการในหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือที่เฉพาะ ยังไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน เช่นเดียวกัน ด้วยเหตุผลนี้ผู้ศึกษา จึงได้สนใจศึกษาค้นคว้า รวบรวม งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อช่วยให้ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกลดลง ช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีอยู่กับครอบครัวได้นาน ลดการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการป่วยซ้ำนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา (Main Issues)

ผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกเกิดขึ้นมาใหม่มีจำนวนมาก จะเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย ดังนั้นถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกป่วย จะช่วยลดการป่วยซ้ำและความเรื้อรังของโรคจากการศึกษาและปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในคลินิก พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตครั้งแรกของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบหลายด้านต่อครอบครัว ทั้งด้านจิตใจและอารมณ์เกิดความทุกข์ ความเครียดความกังวล มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ด้านรูปแบบการเผชิญปัญหา ที่พบว่าครอบครัวใช้อารมณ์ในการจัดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีปัจจัยมาจากเหตุการณ์ที่ครอบครัวไม่เคยพบมาก่อน และสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วยโรคจิต และปัจจัยคุณลักษณะของครอบครัวหรือของผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยอายุน้อยหรือ เป็นลูก จะทำให้พ่อแม่มีความรักห่วงใยมากกว่าคนอื่น ร่วมด้วยการทำงานที่ไม่รู้

เรื่องเกี่ยวกับโรคจิต การดูแล วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มีแหล่งช่วยเหลือให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่ ได้รับการประทับประคองจิตใจด้วยแล้ว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ครอบครัว เป็นทุกข์และเกิดความเครียดมาก และถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี อาจรุนแรง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจแก่ครอบครัวได้ และ การทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ประสิทธิภาพ จากการปฏิบัติงานในคลินิก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการให้การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกแก่ครอบครัว ดังนั้นในฐานะผู้ศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย จึงสนใจศึกษาผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงาน เพื่อลดความเครียดในครอบครัว ให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง กลับมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ดี และผู้ป่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มคุณภาพการให้บริการรูปแบบใหม่กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาโปรแกรมลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กรอบการสืบค้น

แนวทางการสืบค้นงานวิจัยที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ได้ใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Craig, & Smyth, 2002; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้น ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

P – Population : คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตและมารับการรักษาเป็นครั้งแรก

I – Intervention : คือ การให้ความช่วยเหลือครอบครัว หรือการให้สุขภาพจิตศึกษา

C – Comparison Intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบ

O – Outcome : ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความเครียดทางด้านจิตใจ (Psychological stress) ของครอบครัว และผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความรู้ของครอบครัว (Knowledge of family) การป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Relapse of patient)

ขอบเขตการสืบค้น

คำสำคัญ (Keyword) ที่ใช้ในการสืบค้น : first-episode psychosis, psychosis, family caregiver, intervention, family intervention, psychoeducation, distress, stress, Psychological stress

ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ : ฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่

www.guideline.gov, ฐานข้อมูล systematic review ได้แก่ www. Cochrane.org

www.joannabriggs.edu.au, ฐานข้อมูลงานวิจัยอื่นๆ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Ovid, HighWire, Science Direct, Blackwell-Synergy, Medline

2) การสืบค้นด้วยตนเอง : Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, Acta Psychiatrica Scandinavica เป็นต้น โดยค้นหาจากห้องสมุดต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุดจาก มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต และห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมของบทความหรืองานวิจัย แล้วไปทำการสืบค้นต่อจากห้องสมุด จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ : เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาตามแนวทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก โดยเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็น Systematic Review, Randomized Controlled Trails, Quasi-experimental study, Case-control เป็นงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ครอบคลุมระยะปีที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2009 เป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทย และงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text)

วิธีการใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ถูกนำมาพิจารณาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์ตามเงื่อนไขการใช้ผลงานวิจัย (Utilization Criteria) โดยประเมินงานวิจัยทั้ง 4 ด้าน (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ได้แก่

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) เป็นการประเมินว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมา มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกหรือไม่

2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific Merit) เป็นการประเมิน ความเหมาะสมของการการออกแบบงานวิจัย มีความสอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่

3. แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยนำไปปฏิบัติ (Implementation Potential) โดยพิจารณา 3 ประเด็น 1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) เป็นการประเมินว่าการนำผลงานวิจัยหรือโครงการไปปฏิบัติจริงในหน่วยงานเป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมหรือไม่ 2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) เป็นการประเมินที่ต้องคำนึงถึงประเด็นความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยหรือโครงการลงสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน 3) ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) เป็นการประเมินอย่างรอบครอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการในการนำผลงานวิจัยหรือโครงการมาใช้ในหน่วยงาน โดยครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และองค์กรในภาพรวม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย

4. ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัย (Level of evidence or research) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ เมลนิกและไฟน์เฮ้าท์ โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout - overholt, 2005) มีการแบ่งระดับดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์เป็น Systematic review หรือ meta-analysis ของงานวิจัย Randomized Controlled Trial (RCTs) หรือ clinical practice guideline ที่พัฒนามาจาก Systematic review ของงานวิจัย Randomized Controlled Trial (RCTs)

Level.II : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่เป็นงานวิจัย Randomized controlled trial (RCT)

Level III : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัย A Quasi-Experimental

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Cohort studies หรือ case control

Level V : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จาก Systematic review จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VI : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

Level VII : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็น ทักษะของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรืองานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก งานวิจัยที่สืบค้นได้นำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งโดยใช้เกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout - Overholt (2005) งานวิจัยทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 2 (Randomized Controlled Trials, RCT) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 3 (Quasi-experimental) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 4 (Cohort study) จำนวน 1 เรื่อง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข กล่าวคือ สามารถช่วยให้ความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกลดลง และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยซึ่งสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี ควรคัดเลือกสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยระบุว่า มีความผูกพันใกล้ชิดไว้วางใจมากที่สุด และผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเอง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีความสัมพันธ์เป็นมารดา รองลงมาจะเป็น บิดา คู่สมรส ปู่ย่าตายาย น้อง และเพื่อนตามลำดับ (Jeppesen et al., 2005) (Level II) และผู้ป่วยควรอาศัยอยู่บ้านเดียวกับสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยเลือก (Leavey et al., 2004; Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (Level II)

2. ผู้ที่ทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ควรเป็นพยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวช ชุมชนนักจิตวิทยา หรือพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม ที่มีความรู้และทักษะในการทำกลุ่มครอบครัว (Family Group) และให้การปรึกษาคณะครอบครัว (Family Counsellor) อย่างน้อยได้ผ่านการอบรมเรื่องการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ได้ฝึกการทำกลุ่มและการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดีมาก่อน (Leavey et al., 2004; So, et al., 2006) (level II) (Mullen et al., 2002, (level III)

3. การส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว ควรดำเนินการในหลายลักษณะ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมและเพิ่มความเชื่อมั่น โดยมีความยืดหยุ่นในการให้ความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการและความพร้อมของครอบครัว (Mullen et al., 2002) (Level III) และการเลือกครอบครัวผู้ให้การบำบัดควรสอบถามความตั้งใจและความสมัครใจของครอบครัวที่ผู้ป่วยกล่าวถึงด้วยว่า สามารถมาร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ (Mullen et al., 2002) (Level III)

4. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถให้ แบบครอบครัวเดี่ยว (Leavey et al., 2004) (level II) และแบบกลุ่มครอบครัว (So et al., 2006) (level II) หรือให้ทั้ง 2 รูปแบบร่วมกัน (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II)

5. การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการและติดตามผลประมาณ 6 เดือน จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มประมาณ 4-6 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มห่างกัน 1-2 สัปดาห์/ครั้ง จึงจะเห็นผลว่าสามารถช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต และลดการเผชิญปัญหาในทางที่ไม่ดี (Mullen et al., 2002) (level III) (So et al., 2006) (level II)

นอกจากนี้หากให้การบำบัดรูปแบบกลุ่มครอบครัวร่วมกับรูปแบบรายครอบครัว มีระยะเวลานาน 1 ปีขึ้นไปจะสามารถช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น หรือมีความเครียดลดลง (Jeppesen et al., 2005) (level II) รวมทั้งลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย และเพิ่มระยะเวลาการอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น (Zhang et al., 1994) (level II)

6. ระยะเวลาการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มครอบครัว ในแต่ละครั้งมีระยะเวลานาน 1 ชั่วโมงครึ่ง ถึง 2 ชั่วโมง และควรมีการพักประมาณ 15-20 นาที ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่สมาชิกจะได้พูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเป็นการส่วนตัวเพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันยิ่งขึ้น (So et al., 2006) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III)

7. หากให้ครอบครัวมาเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในระยะยาว 1 ปีขึ้นไปสามารถทำในกลุ่มผู้ป่วยนอกได้โดย จัดให้มาร่วมโปรแกรมตรงกับวันที่ครอบครัวพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสไม่มาเข้าโปรแกรมตามนัด (Zhang, et al., 1994) (level II) แต่ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถมาร่วมโปรแกรมได้ ผู้บำบัดสามารถออกไปให้ความรู้แก่ครอบครัวที่บ้าน ซึ่งควรมีการตกลงบริการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II)

8. การดำเนินการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว ควรแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกต้องเน้นการสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นพันธมิตรระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้การบำบัดให้ได้ก่อน ด้วยการเชิญครอบครัวมาพบและชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรม รวมทั้งสอบถามความต้องการและความเข้าใจในโปรแกรม หากครอบครัวไม่สามารถมาพบได้ ก็สามารถใช่วิธีการติดต่อทางโทรศัพท์แทน (So et al., 2006) (level II) ขั้นตอนต่อไป ดำเนินการทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว

9. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มครอบครัว ผู้วิจัยเชิญครอบครัวมาเข้ากลุ่มจำนวนตั้งแต่ 4 ถึง 15 ครอบครัว มาเข้าร่วมกลุ่ม วัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อ สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต มีวิธีการทั้งการสอนแบบบรรยาย และการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทั้งสองวิธีต้องมีการอภิปราย เนื้อหาความรู้ หัวข้ออภิปรายกลุ่ม ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค การพยากรณ์โรค การรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช่ยา ความจำเป็นในการประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการและอาการแสดง รวมทั้งพฤติกรรมที่ปกติและผิดปกติ ปัญหาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับปัญหา

พัฒนาทักษะการเผชิญกับการเจ็บป่วย ทักษะการสื่อสาร การเปิดเผยความรู้สึก วิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือนและแหล่งบริการให้ความช่วยเหลือ (Jeppesen et al., 2005 ; So et al., 2006; Zhang et al., 1994) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III)

10. ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หากพบว่าครอบครัวใดมีปัญหาซับซ้อน ควรจัดให้มีการให้การปรึกษาเฉพาะราย ร่วมด้วย โดยเชิญครอบครัวและผู้ป่วยมาพบอย่างน้อยทุก 3 เดือน มีเนื้อหาพูดคุยเกี่ยวกับ สถานการณ์ชีวิตที่ครอบครัวเผชิญ เปรียบเทียบกันระหว่างช่วงก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ รวมทั้งวิธีการที่ครอบครัวใช้เพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขปัญหา/สถานการณ์ที่ก่อความเครียด ทักษะของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสำคัญของความคิดเห็นของครอบครัว ในการมองการแสดงออกของผู้ป่วยว่าเป็นอาการของโรคไม่ใช่เป็นเรื่องของบุคลิกภาพที่ไม่ดี หรือเป็นเพราะความโชคร้าย ความจำเป็นของการไม่ตำหนิผู้ป่วย ด้วยการแสดงท่าที่ไม่เป็นมิตร คุณค่าของการไม่แสดงความหวังกังวลผู้ป่วยจนทำให้เกิดการจำกัดการติดต่อกับโลกภายนอกของผู้ป่วยมากเกินไป ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถมาตามนัดหรือเข้ามามอบตามโปรแกรมที่หน่วยสุขภาพ ควรให้การติดตามเยี่ยมบ้านแทนอย่างน้อยทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994) (level II)

11. การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว ก่อนนำเครื่องมือมาใช้ผู้วิจัยจะต้องทดสอบคุณภาพ (Validity และ Reliability) ก่อนเสมอ เครื่องมือดังกล่าวได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ (Knowledge) ของครอบครัว เป็นการสอบถามก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ต่อมาติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน (So et al., 2006) (level II)

2) แบบประเมินความเครียดทางจิตใจของครอบครัว ซึ่งได้แก่ 1 แบบประเมินภาระของครอบครัว (Social Behaviour Assessment Schedule, SBAS) เป็นการสัมภาษณ์ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและหลังจากนั้นอีก 1 ปีต่อมา (Jeppesen et al., 2005) (level II) 2 แบบประเมินระดับความเครียดและความทุกข์ของครอบครัว (The Psychological General Well-being Scale, PGWB) และ 3 แบบประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (Experience of Caregiving Inventory, ECI) เป็นการประเมินผลเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ หลังเข้ากลุ่ม ติดตามต่อมา 6 เดือน (So et al., 2006) (level II) หรือติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ทุก 6 เดือนในปีแรกหรือทุก 1 ปี จนครบ 3 ปี (Addington et al., 2005) (level IV) หรือเป็นการสอบถามก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ต่อมาติดตามประเมินผลอีก 6 เดือน 4 แบบประเมินความตึงเครียดของครอบครัว (Caregiver Strain Index, CSI) จะสอบถามตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ 4 เดือนแรก และ 9 เดือนต่อมา (Leavey et al., 2004) (level II)

3) แบบประเมิน ความพึงพอใจของครอบครัว (Relatives' satisfaction with treatment) เป็นการสัมภาษณ์ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการและหลังจากนั้นอีก 1 ปีต่อมา (Jeppesen et al., 2005) (level II)

4) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS & Global Assessment Scale, GAS) และประเมินการกลับมาป่วยซ้ำ ระยะเวลาการกลับไปอยู่บ้านซึ่งสามารถสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยและถามข้อมูลต่างๆ จากสมาชิกครอบครัวโดยติดตามประเมินผล ทุก 3 เดือน (Zhang et al., 1994) (level II)

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาโปรแกรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะช่วยลดความเครียดของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก เริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้น จากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรกที่ทำให้ครอบครัวต้องประสบกับความเครียดทางด้านจิตใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงาน จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัญหาความเครียดของครอบครัว ขึ้นต่อมา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการสืบค้นงานวิจัยที่มีจำนวนเพียงพอความต้องการจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยความน่าเชื่อถือระดับ 4 จำนวน 1 เรื่อง ขั้นตอนสุดท้าย เป็นการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นโดยสกัดประเด็นสำคัญลงในตาราง (Collective table) สรุปประเด็นเพื่อนำไปสู่ข้อแนะนำ (Recommendations) ในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ข้อแนะนำ (Suggestion)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข คือ การให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก จากการศึกษาได้ข้อแนะนำดังนี้

1. จากการทบทวนสืบค้นงานวิจัย เกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ช่วยลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก พบว่างานวิจัยทั้งหมดทำในต่างประเทศ ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบโปรแกรมสำหรับครอบครัวโดยตรง ดังนั้นจึงควรมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกเพื่อลดความเครียดทางด้านจิตใจของครอบครัวในประเทศไทย

2. แม้ว่าการสังเคราะห์จากผลงานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง แต่ก็สามารถให้ข้อเสนอแนะในการทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาให้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก ดังนั้นควรนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและนำไปทดลองนำร่องในหน่วยงานเพื่อเป็นการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรกดังกล่าว

3. ผลงานวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่สามารถลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรกได้ ต้องใช้ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมก่อนข้างนานประมาณ 1 ปีขึ้นไป จึงทำให้มีโอกาสที่ญาติ/ครอบครัวจะมาร่วมโปรแกรมไม่ครบ ดังนั้นข้อเสนอแนะแนวทางป้องกันการ Dropout ดังนี้

3.1 มีการประชาสัมพันธ์ เชิญชวน และสร้างแรงจูงใจ เช่น ให้เห็นถึงประโยชน์ในการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามกำหนด การเตือนล่วงหน้าก่อนวันนัด และติดตามญาติ/ครอบครัวในกรณีไม่มาตามนัด เป็นต้น

3.2 จัดระบบบริหารจัดการให้มีความยืดหยุ่นในการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีการทำงานเป็นทีม ที่ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยใน พยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก พยาบาลจิตเวชชุมชน ที่สามารถให้สุขภาพจิตศึกษาได้ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกที่จะร่วมโปรแกรมได้

PSYCHOEDUCATION PROGRAM FOR STRESS REDUCTION IN FAMILIES
HAVING A PATIENT WITH A FIRST – EPISODE PSYCHOSIS : EVIDENCE-
BASED NURSING

WIJITRA TONGKASEM 4836942 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : YAJAI SITTHIMONGKOL,
Ph.D. (Nursing), WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Psychosis was the group of illnesses mostly found in mental illnesses. The important group of psychotic illnesses consisted of schizophrenia, delusional disorder, schizoaffective disorder, brief psychotic disorder, mood disorder with psychotic feature, psychosis caused from physical illnesses and psychosis caused from substances or drugs (Manoch Lortrakul & Pramot Sukanich, 1999). The survey of mentally ill patients per 100,000 population per year of Department of Mental Health, Thailand, from 2004-2008 found that the ratios of psychotic patients were 682.67, 572.34, 661.78, 581.48 and 612.20, respectively (<http://www.plan.dmh.go.th/download/ict/8disease.xls>). Schizophrenia was the illness that mostly found in the group of psychotic illnesses about 2-3 percent of population (Chutit Panpreecha, 2003). The collecting number of new psychotic cases who were received differential diagnoses following the criteria of ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision) and admitted to Somdejchaopraya Institute of Psychiatry from 2004-2008 found 1,628, 1,625, 1,557, 1,555 and 1,669 patients, respectively (Medical Record Division of Somdejchaopraya Institute of Psychiatry). These data reflected that the

new patients with psychosis had increased and the number of the patients were tend to increase more similar in each year and tend to increase.

The patients with psychosis would have severe psychological abnormalities, thoughts and emotions changed and behaviors differed from other people, and could not work (Aumporn Otrakul, 1997). According to the above reasons, the patients needed somebody to closely take care of them, and in some cases they might need other people to take care of them for a long time or all of their lives. Recently, it was believed that most psychotic illnesses were caused by the abnormalities of biological factors including genetics, imbalance of neurotransmitters, anatomy and neurophysiology of the brain. These abnormalities often occurred in late adolescence or early adulthood (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006; Department of Mental Health, 1999). The persons with these age groups trended to have various problems easily resulting in stress and were the causes of psychological abnormalities, consequently (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006).

Patients with first-episode psychosis (FEP) meant the persons who had psychotic symptoms occurred for the first time. The diagnosis of this psychotic illness was the primary diagnosis. It took a period of time to be able to be obviously diagnosed what kind of psychotic illnesses from the occurred psychotic symptoms (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006). The prognoses could be found with 2 characteristics which were having changes of personalities and thoughts and gradually increasing severity of the symptoms taking time approximately months or years for the families to perceive these abnormalities, or finding severe or obvious psychotic symptoms immediately in a short time, days or weeks (Ampaikanit Samanwongthai, 2002). In the group with gradually symptoms, the symptoms would manifest in 3 phases including 1) Prodromal phase took average 5 years, had obscure symptoms, and the relatives did not know that was the beginning of the illness but they perceived the patients had changed such as isolation, no interests in school or work; 2) Acute phase took approximately 1 year, the patients would quietly and increasingly have obvious psychotic symptoms such as delusion, hallucination, confuse, fear, no self interest and poor insight resulting in coming late for the treatment, the symptoms were exacerbated and the families could not take care of the patients. Thus, the

patients must be brought to the hospital for treatment; and lastly 3) Recovery phase took time for the treatment average a month to diminish the symptoms. However, the prognosis in each phase would be different in each person (Häfner, 2000; Massachusetts General Hospital, 2004; Thompson, McGorry, & Harrigan, 2001).

Having the illness with psychosis could directly affect on the patients. Especially, it could affect on growth and development of the patients with a younger age of onset. This was an important period of life because it was the age of learning, having growth and development in all aspects including physical, mental, emotional, social and intellectual aspects. Thus, the severe mental illnesses could affect on growth and development of the patients as mentioned (Askey et al., 2007; Shies & Lester, 2004). Similarly, the study of Keshavan (2005) found that schizophrenia caused in abnormal development of the patients' brain and found one in tenth of the patients with first-episode psychosis had attempted suicides (The Department of Health cited in Askey, Gamble, Gray, 2007; McGorry et al., 2005) or some cases were not received the treatment continuously resulting in aggressive behaviors, using substances, and coming back for emergency admissions in the hospitals (Malla & Payne, 2005).

There were various impacts occurred to the patients with first-episode psychosis. Thus, they should be prevented for the consequent complications by providing appropriate treatments and care immediately since the beginning of their illness for reducing the severity of the illness and lost, especially stopping the processes causing in increasing abnormalities of the patients' brain. Moreover, it was found that the patients with first-episode psychosis had self awareness less than those patients who had been sick for a long time (Thompson et al., 2001) causing in lack of interests in self care, stopping to take medication or not continuously receiving the treatment. Thus, the patients needed to have caregivers to closely help them in order to receive care and treatment, continuously. The most appropriate caregivers were the patients' families because the families and the patients had lived together and had close attachment in both emotional and psychological aspects. Moreover, the families were the resources for giving encouragement, rehabilitation and help of the patients for solving the problems. In addition, the families were the social and economic supporting resources for the patients (Sirirat Kooptiwut, 2002) because most patients with first-episode psychosis still lived with their families 85-95 percent (Addington et

al., 2005; Zang et al., 1994) and the families still had attitudes towards the patients with first-episode psychosis better than the later times of their illness (Warunee Tangseree et al., 1995). However, the illness with psychosis of the family members was the situation that the families had never experienced before; thus, it could be a crisis period for the families received impacts at most (Authumporn Trungkasombat, 2001).

From the review of literature and researches relating to the impacts occurred in the families of patients with first-episode psychosis, it was found that the families had the psychological impacts. Kuipers and Raune (2000) reviewed the studies relating to mental health of caregivers of patients with first-episode psychosis. Kuipers and Raune found that when the caregivers were notified by the doctor that their family members had psychotic illness, they would firstly feel confused and panic. Then, they would have denial, anxiety, angry, disappointment, conflict, shame, worry about the patients' future, isolation and feeling of stigma. Similarly, in Thailand, Wethinee Sukmark and colleagues (2001) interviewed the relatives of schizophrenic patients and found that at the beginning after seeing the symptoms and conditions of the patients, the relatives would have the feelings of confuse, stress, anxiety about the patients' symptoms, work, expense, panic, did not know what to do, never thoughts that this situation would happen with them, pity of the patients and afraid of the patients not being cured. As mentioned impacts, if the families had not received help, they could have mental health problems later on such as having high levels of anxiety and stress, and having both depression and anxiety at the high rates three times when comparing with normal people (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987 cited in Kuipers & Raune, 2000). Addington and colleagues (2003, 2005) found that the first-episode families were experiencing many difficulties and had high levels of distress ranged from moderate to severe levels together more than 40 percent. Most causes of the difficulties and distress of the families were the impacts from the symptoms more than the severity of the illness. The symptoms that caused in the distress of caregivers were negative symptoms and difficult behaviors (Mo et al., 2008; Tennakoon et al., 2000) and some families could even have psychological abnormalities (The Scottish Schizophrenia Research Group, 1987; Tennakoon et al., 2000). Moreover, having the family members with first-episode psychosis could affect on emotions of the families

by having high expressed emotions (Askey et al., 2007; McNaba, Haslam, & Burnett, 2006) which were found rating from 48.5 percent (Stirling et al., 1993), 52.1 percent (Nugter et al., 1997) to 60 percent (Patterson, Birchwood, & Cochrane, 2005).

All studies of the impacts occurred with the families having patients with first-episode psychosis had reflected the symptoms of stress which had several formats including emotive symptoms, cognitive symptoms, behavioral symptoms and physical symptoms (Jomlong Disyawanit & Pimpao Disyawanit, 2002).

From reviewing the literature and researches relating to mental health status of the families having patients with first-episode psychosis in both Thailand and other countries, it was found that factors correlating with the stress occurrence, stress coping strategies and occurred outcomes in the families conformed with the concepts of stress of Lazarus and Folkman (1984) which could be divided into 3 factors as follows:

1. *Situation factors*: When the family members had the first episode of psychosis, the families assessed that it was a crisis situation occurred in the families which was new or had never happened in the families before. The families did not know what had happened?, what is the illness?, what were its causes?, how to treat this illness?, could this illness occur again?, how to tell other people?, and how could they help the patients? (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, 2006). The study of Shore (2006 cited in Askey et. al., 2007) found that the above situations caused in the feelings of low self confidence, hopelessness and depression because the families had limitations of knowledge and understanding about stages of psychotic symptoms, and did not know how to take care of the patients etc.

2. *Family characteristic factors* included age, gender, role, marital status, occupation and nationality. The study of Tennakoon and colleagues (2000) found that caregivers of patients with first-episode psychosis were female more than male, and women caregivers had levels of distress higher than men caregivers. The caregivers' distress related to effects of the illness on their children or relatives, how the illness affects special family events, the illness causing family break up and the levels of understanding of the illness in family members. Several studies revealed that most caregivers of patients with first-episode psychosis were parents, and highly found from 70% (Tennakoon et al., 2000), 73% (Jeppesen et al., 2005) to 91% (Mo et al., 2008) etc. Moreover, parental

caregivers had the feeling of stigma occurred more than sibling caregivers. Divorced caregivers had psychiatric morbidity higher than married caregivers. In addition, professional caregivers such as doctors and lawyers had psychiatric morbidity higher than skilled manual caregivers such as bus drivers (Tennakoon et al., 2000). Similarly, the study of Mo and colleagues (2008) showed that female caregivers with older ages and mothers tended to experience more stigma than other people. Single caregivers perceived experiences on difficult behaviors of the patients more than married caregivers. For nationality, Ryder and others found that Chinese caregivers had the feeling of stigma more than Euro-Canadian caregivers in taking care of the patients with first-episode psychosis (Ryder, Bean, & Dion, 2000).

3. *Patient characteristic factors* consisted of age, age at onset, functioning, working, family history, duration of illness, symptoms and quality of life. Addington and colleagues (2003) found that if the ill family member was young or was having ongoing functional difficulties this was associated with increased levels of distress for the families. The distress of the families was significantly associated with negative experience of caregiving. From experience of caregiving of the families, there were variables that had significant correlations including the patients' age, age at onset and quality of life which had negative correlations; and functioning, positive and negative symptoms which had positive correlations. In addition, psychological well-being of the families was positively associated with age and age at onset of the patients. Similarly, Mo and others (2008) found that positive correlations experiences of caregiving of the families were associated with patients unemployed, positive family history, duration of untreated psychosis, a history of deliberate self-harm, positive and negative symptoms.

Tennakoon and colleagues (2000) found that coping styles of caregivers used in taking care of patients with first-episode psychosis had significant positive correlations with experience of caregiving and problems in taking care of the patients. Furthermore, there was a highly significant positive correlation between distress and coping of the caregivers. Supervision status was significantly correlated with emotional coping strategies. In addition, the caregivers often used spiritual coping strategies to cope with stigma. For the outcomes of coping in taking care of the patients, if the families could not cope or adjust with the occurred situations, the negative effects on physical, psychological, emotional and social functionings could be occurred as mentioned above.

Presently, mental health scholars in worldwide were eager to find the guidelines for promoting the family participation in caring of mentally ill patients since the beginning by providing help to the families and responding to their needs in order to increase knowledge and understanding in taking care of the patients, reduce stress, increase strengths, and ultimately be able to take good care of the patients. The review of researches in the last 10 years found that several family intervention programs well tested for their effectiveness were mainly the provision of psychoeducation for giving knowledge in various topics to the families of patients with first-episode psychosis as follows:

1. Family Intervention Program of the Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC), Australia, had divided responsibilities into several teams for providing care to patients and families in both the family group and individual formats. Mullen and others (2000) had used the Multiple-Family Groups (MFG) Education Program following the concepts of McFarlane and colleagues (1995) with the families having patients with first-episode psychosis for 6 months by providing knowledge and understanding about psychosis and taking care of the patients, mental health service settings and other supporting resources to the families using multi-family groups. It was found that the families had better perceptions relating to knowledge and understanding in mental illness, treatment and service settings.

2. Family Intervention Program of the Early Psychosis Treatment and Prevention Program Center, Canada, was the program providing care to the patients with first-episode psychosis and their families during the first 3 years of the illness. The families attended this program would have knowledge about the illness and communication skills, and were able to manage or solve the problems. The concepts of this program came from collecting problems of the patients and their families occurring from real experiences in family care practices which then were used in developing the psychoeducation program for the families of patients with first-episode psychosis. Addington and colleagues (2005, 2001) had tested this program with the family individuals in the first period and the family groups in the later time, and found that the program could help to reduce stress and increase psychological well-being of the families.

3. Integrated Treatment Program of the Early Identification and Treatment of Young Psychotic Patients Center (OPUS Trial), Denmark, was trialed by Jeppesen and others (2005). This study was processed following the rich assertive community treatment model (Stein & Test, 1980) and had taken for 2 years to complete. The patients were received medication and trained about social skills. The psychoeducation was provided to the multiple-family groups following the concept of McFarlane (1995) by having small talks with the families prior to attend the groups for developing the relationship and cooperation; providing workshops for giving knowledge about psychosis, management, causes and prognosis of the illness; and encouraging the families to participate in the groups emphasized on development of problem solving and coping skills which were gained from experiences of each caregiver. The obtained outcomes were the burdened feeling of the families decreased, and the families had more satisfaction.

4. Family Intervention Program which Zhang and colleagues (1994) had used the concepts of McFarlane (1982) and Goldstein (1984) for developing the multi-family groups and counseling for providing knowledge focusing on management and care for the families. If the families had complicated problems, the individual family counseling was provided to the families and patients together. The outcomes gained from attending the Family Intervention Program were the patients could live at their houses longer and relapse was decreased.

5. Brief Intervention Program which Leavey and others (2004) had developed it for providing knowledge to the individual family. The contents were the knowledge about the illness, treatment, warning signs, asking for help, problem management strategies, communication and advising the service settings for the families. It was found that tension of caregivers was initially decreased in the forth months. Afterwards, Mo and colleagues (2008) had used the Brief Intervention Program with the caregivers of patients with first-episode psychosis in Hong Kong. The main contents were providing knowledge about psychosis in the initial phase and therapy, behavioral controls, stress management, communication skills and relapse prevention. They found that caregivers received the intervention had knowledge and understanding of psychosis increased and negative problem coping decreased.

It could be seen that the intervention programs for the families of patients with first-episode psychosis were the psychoeducation programs. These programs helped the families to have knowledge and understanding about the illness, guidelines for taking care of the patients, and management of various problems of themselves and the patients. Furthermore, the programs also helped the families to accept the reality and knew supporting resources for reducing their distress, stress or burdens occurred in the families resulting in the patients had received good care, lived with their families longer and relapse decreased.

In Thailand, the policy of Department of Mental Health in 2007 had foreseen the importance of cooperation in working on mental health with the organizations outside the health care system by emphasizing on prevention of mental health problems/ substance abuse, giving opportunity and acceptance of the persons with mental health problems. There was no clarity policy identifying the specific intervention for helping the families of patients with first-episode psychosis. Although Department of Mental Health and the organizations under the jurisdiction of Department of Mental Health did not remain still such as Srithanya Hospital and Kalayarajanakarin Institute which had provided various family interventions, asking the personnel of each institution found that there were no specific services for the families of patients with first-episode psychosis including Somdejchaopraya Institute of Psychiatry which had the mission wanted to be excellent in schizophrenic patients by the year 2011. Recently, Somdejchaopraya Institute of Psychiatry had the policies that the patients could receive care at one stop services, should have promotion of good quality of life and dignity for living with other people in the society. Therefore, the institute had seen the importance of the families' participation in taking care of the patients by providing many services to the families such as doing home visits for schizophrenic patients with first-episode and relapse with the nurses of the Bangkok Metropolitan Public Health Center before the next physician's appointment, and launching the project for the group of relatives of general mentally ill patients which had organized activities with various formats to the members such as conducting self help groups, roaming and visiting other hospitals, attending academic lectures, providing knowledge about the illness and caring of mentally ill patients to the families by walk rally etc.

As mentioned above, the services of mental health organizations had no specific services for the families of patients with first-episode psychosis and the institute where writer have been working to, found the problem of first episode psychosis patient's families that caused to distress and stress from family member psychosis and unspecified settle services for them. According to these reasons, therefore, the investigator was interested in searching and synthesizing researches in order to use as the nursing guidelines based on the evidences for reducing stress and increasing strengths of the families in coping with the problems occurred from taking care of the patients. Ultimately, the patients would receive good care, live with their families longer and reduce lost occurred from relapse which all these would lead to improve quality of lives of the patients.

Main Issues

A lot of new cases of patients with first-episode psychosis had occurred. Most patients had a younger age of illness onset. Thus, if the patients had received appropriate care since their first sick, it could help to reduce relapse and unceasing of their illnesses. From the studies and the investigator's clinical working experiences in caring of patients with first-episode psychosis, it was found that the illness with first-episode psychosis of family members had impacts on their families in many aspects including psychological and emotional aspects which the families often felt burdened and experienced distress, stress and anxiety, improper expressed emotion; and the aspect of problem coping models which the families had been trying to cope with their emotions to patient's care. The first factor causing in the above impacts was the situation that the families had never experienced before, and the psychotic patients were not accepted from the society. The other factors were the characteristics of the families or patients such as having younger patients with a younger age of onset or being sons or daughters causing in more worry to the parents. Furthermore, no knowledge about the illness, care and problem solving methods; no supporting resources providing appropriate information; or no psychological aid could cause more distress and stress to the families. If the families could not cope with the problems or adjust with the occurred situations, they could also be sick with psychological illnesses, and then could not provide effective care to the patients. From clinical

practices at Somdejchaopraya Institute of Psychiatry, provision of knowledge about the illnesses and care of patients with first-episode psychosis to the families had no clarity models. Therefore, the investigator as a psychiatric nurse that had the important roles in caring of the patients and their families was interested in studying the research evidences relating to intervention guidelines for the families having patients with first-episode psychosis for applying in the organization in order to reduce stress and increase strengths of the families in providing good care to the patients, and reduce relapse of the patients. The results of this study would provide new models obtained from the evidences for giving psychoeducation and ultimately improving quality of nursing services to the families of patients with first-episode psychosis.

Purpose of the study

To identify psychoeducation programs for stress reduction in families of patients with first-episode psychosis by synthesizing evidences.

Methodology

This study was conducted with the aim of finding psychoeducation programs for reducing stress of families having a patient with first-episode psychosis based on evidences. The operating steps were composed of search strategy and methods in evaluating quality and levels of the evidences detailed as follows:

Search Strategy

- Framework of Search

For methods in searching for evidences related to the issue requiring study, the PICO framework (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002) was used as a guideline for collecting researches and/ or relevant documents from databases according to the following details:

P - Population: Families of the patients who had psychosis symptoms and came for treatment at the first time

I - Intervention: Providing intervention or psychoeducation to the families

C - Comparison intervention: No comparison of the intervention

O - Outcome: Main outcome was psychological stress of families, and minor outcomes were knowledge of families and relapse of patients

- Scope of Search

Keywords were used for searching: First-episode psychosis, psychosis, first-episode schizophrenia, family caregiver/ family intervention, family burden, family group, psychoeducation/ distress, burden, stress reduction, expressed emotion.

Databases/ sources of search were:

1. Electronic databases: The database used to collect clinical practice guidelines was www.guideline.gov, the systematic review databases were www.Cochrane.org and www.joannabriggs.edu.au, and other research databases were PubMed, CINAHL, Ovid, HighWire, Science Direct, Blackwell Synergy and Medline.

2. Hand search: The journals that published researches relating to psychiatric patients were searched such as British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Journal of Nervous and Mental Disease, Schizophrenia Bulletin, Journal of Psychosocial Nursing, and Acta Psychiatrica Scandinavica. The investigator searched these journals from the libraries of Mahidol University, Department of Mental Health, and Somdejchaopraya Institute of Psychiatry. Reference lists from the articles or researches were also checked before searching from the libraries and electronic databases.

Types of evidences: Evidences had to be conformed with the problem issue following the nursing guidelines in providing psychoeducation for stress reduction in families of patients with first-episode psychosis. In this study, selecting relevant researches were systematic review, randomized controlled trial, quasi-experimental and case-control studies. In addition, only the researches that had a full text and were published in both Thai and English during the years 1990 to 2009 were included.

Appraisal Methods and Levels of Evidences

The finding researches were evaluated for quality and strength of the evidences by analyzing following research utilization criteria in 4 aspects as below:

1. Coinciding with the clinical problem issue (Polit & Beck, 2004): It was assessed whether the finding evidences had relevance with the clinical problem issue or not.

2. Scientific merit: It was assessed whether the researches had appropriate research designs and conformed with research methodologies or not.

3. Implementation potential: There were 3 issues (Fongcum Tilokskulchai, 2006) needed to be considered including:

1) Transferability was the assessment whether it was good and appropriate or not to utilize research findings or projects acquired from the evidences into real practices in the organization,

2) Feasibility was the assessment considered the possibility in implementing the research findings or projects into real practices in the organization, and

3) Cost – benefit ratio was the thorough assessment about the cost-benefit ratio of the projects in implementing the research findings covering various groups including patients, staff and the organization in general. However, the group requiring the greatest importance was the group of patients.

4. Level of evidence or research was the assessment of strength of evidence by using the criteria of Melnyk and Fineout – overholt (2005) which had the details as below:

Level I: Evidence obtained from a systematic review or meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs) or clinical practice guidelines based on a systematic review of RCTs.

Level II: Evidence obtained from at least 1 RCT.

Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization.

Level IV: Evidence obtained from well-designed case control or cohort studies.

Level V: Evidence obtained from a systematic review of descriptive and qualitative studies.

Level VI: Evidence obtained from single descriptive and qualitative studies.

Level VII: Evidence obtained from the opinions or views of experts on that issue and/ or reports of expert groups.

Results of Search

The results of searching evidences found several researches related to the target group and conformed with the stress problem issue of families having a patient with first-episode psychosis. The finding researches were evaluated for strength of evidences by using the criteria of Melnyk and Fineout – overholt (2005). The total six researches were included in this study which were four randomized controlled trials with the strength in level II, one quasi-experimental research with the strength in level III, and one cohort study with the strength in level IV.

Recommendations

To identify psychoeducation programs for stress reduction in families of patients with first-episode psychosis by synthesizing evidences. The recommendations could be proposed as follows:

1. Providing psychoeducation received good cooperation from the families should be done with the family members who had close relationship and most trust were indicated and selected by the patients. Mostly, the selected relatives were women, especially mothers. The later selected relatives were men or had other relationships with the patients such as fathers, spouses, grandparents, younger sisters or brothers, or friends, respectively (Jeppesen et al., 2005) (Level II). In addition, the patients must live in the same house with their families or had been sick less than two years and a half (Leavey et al., 2004; Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (Level II).

2. The persons carried out the psychoeducation program should be psychiatric nurses, community mental health nurses, psychologists or public health staff who were previously trained in family group therapy and counseling. At least, they had passed the training on family intervention, and had good practices on group therapy and counseling (Leavey et al., 2004; Mo et al., 2008) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III).

3. Promoting cooperation of the families should be done in many ways such as public relations and giving the information about the benefits of participation in the program. Moreover, for promoting motivation and trust, provision of knowledge should be flexible and changed basing on the families' needs and readiness (Mullen et al., 2002) (Level III). At the same time, the therapists should ask the families about their intention and voluntariness whether they could continuously participate in the program or not (Mullen et al., 2002) (Level III).

4. Providing psychoeducation could be used a family individual format (Leavey et al., 2004) (level II) and a family group format (Mullen et al., 2002) (level III) (So et al., 2006) (level II) or both formats (Addington et al., 2005) (level V) (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II).

5. Providing the psychoeducation program using a family group format had taken a period of time 6 months to be in progress and have a follow up evaluation. The times of the group participation were 4-6 times and once a week in order to be effective in helping the families to have knowledge about psychosis and reduce problem coping in negative ways (Mullen et al., 2002) (level III) (So et al., 2006) (level II).

Moreover, if providing the psychoeducation program using both family group and family individual formats together, it would take 1 year or more to be able to help the families to have better mental health and stress decreased (Jeppesen et al., 2005) (level II), relapses decreased and periods of time for living in the community increased (Zhang et al., 1994) (level II).

6. The duration of the psychoeducation family group in each time should be 1 hour and a half to 2 hours. It should have a break 15-20 minutes which was a period of time for the group members to chat, question and share their opinions resulting in good relationships with each other (So et al., 2006) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III).

7. If the families had to participate in the psychoeducation program for 1 year or more, the group could be conducted at the outpatient department by setting the program schedule as the same dates of a follow up of the patients for reducing a chance of not participating in the program as appointed. However, in case of the

families could not participate in the program, the therapists could visit and provide knowledge at their home, and should have appropriate service agreement based on problems and needs of the families (Jeppesen et al., 2005; Zhang et al., 1994) (level II).

8. The processes providing the psychoeducation program to the family group should be divided into 2 steps. The first step had to focus on building relationships or alliance feelings between the families and health care personnel by inviting and meeting with the families for notifying them about the program and assessing their needs and understanding relating to the program. If the families could not come for the appointment, the health care staff could contact them via telephone instead (Mo et al., 2008)(level II). The last step was to implement the psychoeducation program to the family group.

9. In providing psychoeducation to the family group, the researches had invited the number of families ranged from 4 to 15 families to participate in the group. The purpose of organizing the psychoeducation program was to develop knowledge and understanding about psychosis by using lecture and workshop training methods, and in both methods the knowledge contents should be discussed. The discussion topics were, namely, causes of the illness, prognosis, treatment with medication and treatment without medication, necessity for continuously taking medication, signs and symptoms, normal and abnormal behaviors, problems occurred from caring of the patients, problem management, developing skills for confronting with the illness, communication skills, feeling expression, self stress management strategies, relapse prevention, observation of warning signs and supporting resources (Jeppesen et al., 2005; Mo et al., 2008; Zhang et al., 1994) (level II) (Mullen et al., 2002) (level III).

10. In the psychoeducation group, individual counseling should be additionally provided to the families with complicated problems by meeting with the patients and their families at least every 3 months. The contents needed to be discussed including situations indicating distress or difficulties of the families in caring the patients by comparing before and after the patients having the symptoms, methods used by the families for avoiding or solving the problems/ situations causing in stress, attitudes of the family members towards the illness of the patients, importance of the families' opinions on viewing actions or behaviors of the patients as symptoms of the

illness, not viewing them as having bad personalities or misfortune, necessity of not blaming the patients by showing unfriendly acts to them, and value of not showing too much worried to the patients because it could cause limitations of contact of the patients with the society. In case of the families could not come for the therapy following the program scheduled at the health care setting, home visits should be done at least every 3 months (Zhang et al., 1994) (level II).

11. In evaluation of the effectiveness of the psychoeducation program for the families, the researches should always test for validity and reliability of the instruments before using them. The mentioned instruments were as below:

1) Knowledge assessment form of the families was a questionnaire conducted before and after attending the group, and then on a follow up evaluation at 6 months (Mo et al., 2008) (level II).

2) Psychological stress assessment forms of the families such as 1. Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) was an interview since the beginning of the program and 1 year later (Jeppesen et al., 2005) (level II), 2. Psychological General Well-being Scale (PGWB) and 3. Experience of Caregiving Inventory (ECI) were the questionnaires for the 3-year long evaluation of the program since the beginning, then every 6 months in the first year, and a follow up evaluation every 1 year until 3 years (Addington et al., 2005) (level IV) or before and after attending the group, and then on a follow up evaluation at 6 months (Mo et al., 2008) (level II), and 4. Caregiver Strain Index (CSI) was the questionnaire used since the beginning of the program, at first 4 months and 9 months later. (Leavey et al., 2004) (level II).

3) Relatives' satisfaction with treatment assessment form was an interview conducted since the beginning of the program and 1 year later (Jeppesen et al., 2005) (level II).

4) Psychiatric symptoms, relapse and duration of returning home assessment forms of the patients using Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Global Assessment Scale (GAS) by directly interviewing the patients and asking variety of information from the family members every 3 months (Zhang et al., 1994) (level II).

Summary of the Study and Suggestions

The study on psychoeducation programs for the families of patients with first-episode psychosis aimed to find the standard nursing practice guidelines based on the evidences for stress reduction in the families. The operating step of this study was started from specifying the occurred clinical problem causing in psychological stress in the families having a patient with first-episode psychosis by analyzing the data of the organization and reviewing relevant concepts and theories to analyze factors and impacts associated with the families' stress problem. The next step was to search for relevant evidences which found six researches met the inclusion criteria. The included researches consisted of four researches with the strength in level II, one research with the strength in level III, and one research with the strength in level IV. The last step was to synthesize the included evidences by extracting important issues put into a collective table. This step had provided the useful summary leading to recommendations for implementation in nursing practices for solving the specified clinical problem.

Suggestions

The research evidences about the identified clinical problem solution suggested psychoeducation programs for stress reduction in families of patients with first-episode psychosis. The suggestions could be proposed as follows.

1. From the review and search of evidences relating to the effectiveness of psychoeducation programs for stress reduction in families of patients with first-episode psychosis, all findings researches were conducted in other countries. In Thailand, the investigator had not found any researches developed the psychoeducation program for the families, directly. Thus, it can be suggested that a study on developing the psychoeducation program for reducing psychological stress in families having a patient with first- episode psychosis should be further conducted in Thailand.

2. Although only six researches were synthesized in this study, many recommendations and suggestions were obtained and can be useful for developing the psychoeducation program to reduce psychological stress in families having a patient with first-episode psychosis, their were only program guideline. Therefore, the

information gained from this study should be used for developing the psychoeducation program and collecting a pilot project before formal practice.

3. The study results showed that the psychoeducation programs could reduce stress of families having a patient with first- episode psychosis. However, the duration of participation in the programs took quite a long time approximately 1 year up causing in dropout from the programs in the relatives/ families. The suggestions for preventing the dropout were as follows:

3.1. Having public relations, invitation and motivation such as indicating benefits of participation in the programs until the full course, forewarning before the appointment date, and follow-up the relatives/ families who were not coming for the appointment etc.

3.2. Setting up the flexible management system in providing psychoeducation by working as a team including outpatient psychiatric nurses, inpatient psychiatric nurses and community mental health nurses for giving the opportunity to the patients and families to choose for participating in the programs.

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2551). การสำรวจสุขภาพจิตของประเทศไทย สืบค้น วันที่ 10 พฤษภาคม 2552

<http://www.plan.dmh.go.th/download/ict/8disease.xls>

กรมสุขภาพจิต. (2542). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่3).

กรุงเทพฯ: บริษัททวงศกมลโปรดักชั่น จำกัด.

จำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.

เชียงใหม่: แสงศิลป์.

สุทธิชัย ปานปรีชา. (2546). รู้แพ้เพื่อชนะ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

พัชรี ยุทธพัฒน์พร. (2543). Childhood Schizophrenia. สืบค้น วันที่ 31 สิงหาคม 2549

<http://www.ramamenthal.com/topics/cschizophrenia.pdf>

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ

(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2542). โรคจิตเภท. ชุดโครงการตำราและเอกสารทาง

วิชาการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : Medinfo GD.

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด

วารุณี ตั้งเสรี, ธนาพร อรุณเกียรติกุล, กุศลา พลนุรักษ์, & เครือวัลย์ ชาญนวงษ์. (2538). การศึกษา

เปรียบเทียบทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งแรก

และครั้งรอง. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข.

เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญและเอมมัทย์ ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคล

ที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2), 107-117.

ศิริรัตน์ คุปต์วิฑู. (2545). ครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. (พิมพ์ครั้งที่9). กรุงเทพฯ: มหาลัย

ธรรมศาสตร์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 7).

กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พริ้นติ้ง.

- สถาบันจิตศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2547-2551. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุมพร ตรังคมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- อำเภอพนัญญ์ สมานวงศ์ไทย. (2545). โรคจิตเภท: ปัญหาโรคจิต. สืบค้น วันที่ 2 พฤศจิกายน 2551
<http://www.thaimental.com/modules.php?name=News&file=article&sid=361>
- อัมพร โอตระกูล. (2540). สุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
- Addington, J., Addington, D., Jones, B., & Ko, T. (2001). Family intervention in early psychosis program. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, 272-286.
- Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 285-289.
- Addington, J., Collin, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(79), 107-116.
- Askey, R., Gamble, C., & Gray, R. (2007). Family work in first-onset psychosis: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 356-365.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychoses. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl.), 53-59.
- 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.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The Evidence-base practice manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2006). Information sheets about early psychosis. Retrieved December 20, 2007, from <http://www.eppic.org.au/>.
- Fjell, A., Thorsen, G. R. B., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K., et al. (2007). Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: Experiences from the TIPS project. *Psychiatric services psychiatryonline.org*, 58(2), 171-173
- Häfner, H. (2000). Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia

- Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102 (Suppl. 407), 44-48.
- Hinrichsen, G. A., & Lieberman, J. A. (1999). Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 359-366.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Ger, J. E., Christensen, T., et al. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. *British journal of psychiatry*, 187 (suppl. 48), 85-90.
- Keshavan, M., S. (2005). First-Episode Schizophrenia: Research Perspective and Clinical Implication. *Psychiatric Times*, 1, 22.
- Kuipers, E., & Raane, D. (2000). The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In Birchwood, M., Fowler, D., Jackson, C. (Eds.), *Early Intervention in Psychosis*. (pp. 128-140). John Wiley & Sons, Ltd.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Spring Publishing co.
- Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B., & King, M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 423-431.
- Malla, A., & Payne, J. (2005). First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 650-671.
- Massachusetts General Hospital. (2004). First Episode and Early Psychosis Program . Retrieved July 30, 2007, from http://www.massgeneral.org/allpsych/Schizophrenia/scz_care_treatment-1st-epi.html.
- 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 Multiple-Family Groups and Psychoeducation schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
- McGorry, P., Edwards, J., & Yung, A. (2005). *The Management of Early Psychosis*. In Mario, M., Lopez-Ibor, J. J., Sartorius, N., Sato, M., Okasha, A. *Early Detection and Management of Mental Disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd
- McNab, C., Haslam, N., & Burnett, P. (2006). Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 151, 97-106.

- Melnik, B. M., & Fineout - overholt, E. (2002). Key steps in implementing evidence-based practice: Asking compelling, searchable questions and searching for the best evidence. *Pediatric Nursing*, 28(3), 262-266.
- Melnik, B. M., & Fineout - overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mo, F., Chung, W., Wong, S., Chun, D., Wong, K., & Chan, S. (2008). Experience of Caregiving in Caregivers of Patients with First-episode Psychosis. *Hong Kong Journal Psychiatry*, 18, 101-106.
- Mullen, A., Murray, L., & Happell, B. (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 225-232.
- Nugter, A., Dingemans, P., Willem Van der Does, J., Linszen, D., & Gersons, B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. . *Psychiatry Research*, 72, 23-31.
- Patterson, P., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss British Journal of Psychiatry, 187 (suppl. 4 8), 59-64.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Hlenschloger, J., Thorup, A., Christensen, T. S., et al. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis, OPUS trial. *British Journal Of Psychiatry*, 187 (suppl. 48), 98-103.
- Penn, D.L., Waldheter, E.J., Perkins, D. O., Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis. *American Journal Psychiatry*, 162, 2220-2232.
- Raunne, D., Kuipers, E., & Bebbington, P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry. British Journal of Psychiatry*, 184, 321-326.
- Ryder, A., Bean, G., & Dion, K. (2000). Caregiver responses to symptoms of first onset psychosis: a comparative study of Chinese- and Euro-Canadian families. *Transcult Psychiatry*, 37, 225-236.
- Shiers, D., & Lester, H. (2004). Early intervention for first episode psychosis. *British Medical Journal*, 328, 1451-1452.

- Sin, J., Moone, N., & Newell, J. (2007). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis – implementing evidence-based practice on psycho-educational family intervention, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 282-290.
- So, H., Chen, E., Chan, R., Wong, C., Hung, S., Chung, D., et al. (2006). Efficacy of a Brief Intervention for Carers of People with First-episode Psychosis: a Waiting List Controlled Study. *Hong Kong Journal Psychiatry*, 16, 92-100.
- Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N., et al. (1993). Expressed emotion and schizophrenia: the ontogeny of EE during an 18-month follow-up. *Psychological Medicine*, 23, 771-778.
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O'ceallaigh, S., Soni, W., Santamaria, M., et al. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529-533.
- The Scottish Schizophrenia Research Group. (1987). The scottish first episode schizophrenia study IV. Psychiatric and social impact on relatives. *British journal of psychiatry*, 150, 340-344.
- The Scottish Schizophrenia Research Group. (1992). The scottish first episode schizophrenia study VIII. Five-year follow-up: clinical and psychosocial findings. *British journal of psychiatry*, 161, 496-500.
- Thompson, K. N., McGorry, P., D., & Harrigan, S. M. (2001). Reduced Awareness of Illness in First-Episode Psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 498-503.
- Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomised-Control Trial of family Intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 24), 96-102.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางวิจิตรา ทองเกษม

วัน เดือน ปีเกิด

13 พฤศจิกายน 2505

สถานที่เกิด

สุพรรณบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี หลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2530

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

(ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี)

วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี, 2537

ที่อยู่ปัจจุบัน

656 ซ. เพชรเกษม 63 แขวงหลักสอง เขตบางแค

กรุงเทพฯ 10160

โทรศัพท์ 08-9494-8113

E-mail - twijitra@gmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

(ตึกพยัคฆมอก)

112 ถนนสมเด็จพระเจ้าพระยา แขวง สมเด็จพระเจ้าพระยา

เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

02-4370200-8 ต่อ 4447-8