

การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช FAMILY CAREGIVING AND FIRST EPISODE PSYCHOSIS: CHALLENGE IN PSYCHIATRIC NURSING

วิลัด นานา, RN., Ph.D. (Wilai Napa, RN., Ph.D.)*

Abstract

Having a family member with first episode psychosis can be an unpredictable experience for a family. A family may feel confused and not be able to appropriately deal with their member's unusual behaviors and psychotic symptoms. Therefore, a family intervention responding to family's needs is important. Families taking care of a member with first episode psychosis are more likely to experience emotional distress, feeling of loss, and stigma. The caregiving tasks consisted of psychological and physical care, relapse prevention, and psychotic symptoms management. Family interventions may include a psychoeducation, psychotic symptom management techniques, and caregiving skills.

Keywords: Family caregiving, First episode psychosis, Psychiatric nursing care

บทคัดย่อ

การมีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกเป็นประสบการณ์ที่ไม่คาดคิดสำหรับครอบครัว ครอบครัวอาจจะรู้สึกสับสนและไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่ปกติและอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวจึงเป็นการดูแลที่สำคัญบ่อยครั้งที่ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับความบีบคั้นทางอารมณ์ ความรู้สึกสูญเสีย และรู้สึกเป็นตราบาป กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การดูแลจิตใจและร่างกาย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการอาการทางจิต สำหรับการดูแลครอบครัวควรให้สุขภาพจิตศึกษาเทคนิคการจัดการอาการทางจิต และทักษะการดูแล

คำสำคัญ : การดูแลโดยครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก การพยาบาลจิตเวช

* Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: wilai.nap@mahidol.ac.th

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตนับว่าเป็นหน้าที่ที่มีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล โดยถ้าผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว หน้าที่การดูแลดังกล่าวมักจะเป็นสมาชิกคนอื่นที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วย การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นครั้งแรกในครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน นับเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความวุ่น ความสับสนอลหม่าน อาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวหรือขาดวิธีการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของพยาบาลจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือครอบครัวอย่างเหมาะสม

โครงสร้างของครอบครัวไทยมักจะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบไปด้วยสมาชิกหลายรุ่น เช่น ปู่ย่าตายาย พ่อแม่ และลูกอยู่ในครอบครัวเดียวกัน (ชาย โปธิสิตตา, 2554) ซึ่งจะแตกต่างจากโครงสร้างครอบครัวตะวันตกที่มักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่า (Parker, Horowitz, & Rohal, 2015) ทำให้การดูแลสุขภาพในครอบครัวไทยเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลในสมาชิกครอบครัวและญาติที่ใกล้ชิด (จิราพร ชมพิกุล, ปราณิ สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อน, และคุณฉวี คำมี, 2552) ดังนั้นการดูแลสมาชิกที่ป่วยในครอบครัวไทยจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกคนอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวยังมีผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว (ชาย โปธิสิตตา, 2554) เช่น

การเปลี่ยนบทบาทหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษาระบบการดูแลโดยครอบครัวที่มีลูกป่วยทางจิตครั้งแรกพบว่าระบบการตั้งแต่นั้นเริ่มมีการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แปลกจากเดิม การเข้าถึงบริการการรักษาจนกระทั่งการดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เช่น ญาติเข้ามาพูดคุยให้กำลังใจ ผู้สูงอายุหรือญาติผู้ใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษา แม้กระทั่งการดูแลที่ต้องให้บุคคลที่ผู้ป่วยเกรงใจช่วยมาควบคุมอาการก้าวร้าว (Napa, Tungpunkom, Sethabouppha, Klunklin, & Fernandez, 2017) จะเห็นได้ว่าการดูแลสมาชิกที่ป่วยกายและจิตในครอบครัวคนไทยมักจะมีญาติเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในครอบครัวมีหลายปัจจัยเช่น บทบาทของสมาชิกในครอบครัว วัฒนธรรมของครอบครัว สัมพันธภาพ และเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น (Crowe & Brinkly, 2015) ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลโดยครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยนั้นมีความซับซ้อนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ในครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวขยายมีสายสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ จึงเป็นระบบการดูแลที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ที่แตกต่างจากครอบครัวของชาวตะวันตก

ในการศึกษาบริบทของครอบครัว ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน ความยึดหยุ่น และกลไกในครอบครัว กับการดูแลโดยครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและเรื้อรังพบว่า ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตครั้งแรกจะทำให้ครอบครัวสูญเสียความใกล้ชิด

ผูกพันและความยึดหยุ่นในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Gupta, 2015; Koutra et al., 2014) แต่มีการแสดงออกของอารมณ์ในการวิพากษ์วิจารณ์ ความรู้สึกเป็นภาระ และความกดดันทางอารมณ์น้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Koutra et al., 2014) และพบว่าหากผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นๆ เป็นไปได้ด้วยดี (Gupta, 2015) จากการศึกษามุมมองของผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรังที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ในรัฐอินเดีย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการสร้างและกลไกของครอบครัว รวมถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสะท้อนให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงมากที่ญาติจะทิ้งผู้ป่วยไว้ที่สถาบันแห่งนี้ เนื่องมาจากความซับซ้อนของความเจ็บป่วยและการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (Upadhyay, 2015) จากการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมานี้ พบว่าการดูแลผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตจะมีผลต่อความใกล้ชิดผูกพันและความยึดหยุ่นในครอบครัว และหากทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ดี การทำหน้าที่ของครอบครัวก็ไม่ดีไปด้วย ในทางกลับกันโครงสร้างของครอบครัวและกลไกของครอบครัวก็มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยเช่นกัน

ดังนั้นหากพิจารณาตามการศึกษาที่ผ่านมาแล้วพบว่า การที่ครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตนั้น สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตทำให้มีผลกระทบต่อความใกล้ชิดผูกพัน ความยึดหยุ่น การทำหน้าที่ของครอบครัว และโครงสร้างของครอบครัว ในทางกลับกันปัจจัย

ต่างๆ เหล่านี้ก็มีผลกระทบต่ออาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นหากครอบครัวรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้ครอบครัวมีการปรับตัวและพร้อมรับบทบาทของผู้ดูแล ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติสุข บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการดูแลกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างเหมาะสม

ลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก หมายถึงบุคคลที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมแยกตัว การแต่งกายไม่เหมาะสม สกปรก บางครั้งมีอาการและบุคลิกภาพผิดปกติ รวมทั้งบางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โดยกลุ่มอาการดังกล่าวจะพบตั้งแต่การเข้ารับการรักษาครั้งแรก (Chiliza, Oothuizen, & Emsley, 2008) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Subramaniam, Pek, Verma, Chan, & Chong, 2008) โดยอาการเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการคิด การรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การตัดสินใจไม่เหมาะสม และสุดท้ายความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการทำงานบกพร่อง มักจะพบอุบัติการณ์เกิดอยู่ในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Compton, Esterberg, Druss, Walker, & Kaslow, 2006) ซึ่งในระยะสองปีแรก

ของการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Robinson et al., 2009) การฆ่าตัวตายหมู่ (Neillsen & Large, 2010) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Harris et al., 2010) การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกัญชา (Machielsen, Sluis, & Haan, 2010) และพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลงเหลือด้านอารมณ์ผิดปกติและขาดทักษะทางสังคมมักจะไม่มีงานทำเพราะความสามารถในการทำงานลดลง (Turner et al., 2009) จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง จากอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะทำผิดกฎหมาย และใช้สารเสพติด นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าตามมาได้ เนื่องจากรับรู้ความสามารถตนเองลดลงกว่าเดิม และกลายเป็นผู้ตกงานไม่สามารถประกอบงานอาชีพได้

เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกได้รับการวินิจฉัยแล้วการรักษาจะเน้นการรักษาด้วยยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัย จะมีโอกาสหายภายในสองปีแรก ประมาณร้อยละ 66 โดยอาการทางจิตจะหายไปภายใน 20 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาด้วยยา (Malla et al., 2006) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (Wade, Harrigan, Harris, Edwards, & McGorry, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาแล้วยังมีการรักษาทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยเช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดความคิด (cognitive therapy) การฟื้นฟูทักษะการอาชีพ การจัดการกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น (Killackey, 2009) โดยมีการศึกษาสนับสนุนว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษา การสนับสนุนครอบครัว

ในการดูแลและการส่งเสริมทักษะทางสังคม มีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Popolo, Vinci, & Balbi, 2010)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกจะแสดงกลุ่มอาการผิดปกติทางด้านการคิด การรับรู้ รวมถึงอารมณ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตเภท ในช่วงสองปีแรกหลังได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น การใช้สารเสพติด และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แม้ว่าการรักษาด้วยยาตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงในการหายจากโรค แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำได้ การรักษาที่ครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวจึงน่าจะเป็นการรักษาเริ่มแรกที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ

การดูแลโดยครอบครัว (family caregiving)

การดูแลโดยครอบครัว หมายถึง การดูแลหรือช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยโดยไม่มีค่าตอบแทนจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น หรือเพื่อนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน (Robinson, Fortinsky, Kleppinger, Shugre, & Poryer, 2009) กระบวนการดูแลเป็นกลไกที่ปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาและเกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วยของสมาชิก โดยทักษะการดูแลนี้ ผู้ดูแลต้องผสมผสานระหว่างกระบวนการด้านความคิด พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม (Schumacher, Beidler, Beeber, & Gambino, 2006) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบว่าการดูแลผู้ป่วยเป็น

ประสบการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และต้องมีการปรับเปลี่ยนการดูแลตลอดเวลาตามอาการของผู้ป่วย (McCann, Lubman, & Cleark, 2011a) ดังนั้นจากความหมาย และการศึกษาที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าการดูแลโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา และเกิดขึ้นในครอบครัว โดยกิจกรรมการดูแลนั้นมีพื้นฐานมาจากความคิด พฤติกรรม และความสัมพันธ์ของสมาชิกที่ทำให้การดูแล นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกของอารมณ์ (expressed emotion) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นี้มีผลต่อความคิดและอารมณ์ของผู้ดูแล รวมถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วย (Kuipers, Onwumere, & Bebbington, 2010)

มีการศึกษาหลากหลายที่เกี่ยวกับการดูแลโดยครอบครัว เช่น การเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแลนั้น สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น (Stajduhar, Funk, & Outcalt, 2013) การปรับตัวของสมาชิก (Wongsawang, Lagampan, Lapvongwattana, & Bowers, 2013) และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อต้องดูแลสมาชิกที่ป่วย (Eggenberger & Nelm, 2006) ดังจะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกที่ป่วยนั้นสมาชิกในครอบครัวต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่ป่วย ในขณะที่เดียวกันสมาชิกแต่ละคนต้องให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดังกล่าว จะทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะที่สมดุลในการดำรงหน้าที่ของครอบครัว

และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกแต่ละคนมีการเติบโตในการรับผิดชอบหน้าที่ ในฐานะที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวและได้เรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบในครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

การที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและเป็นอาการที่เกิดในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มักจะทำให้เกิดความสูญเสียขึ้นในครอบครัว ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์นี้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ดูแลทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ผลกระทบด้านบวก ผลจากการดูแลลูกที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีผลด้านบวกหลายประการ เช่น ผู้ดูแลสมาชิกที่ป่วยรู้สึกว่าการดูแลดังกล่าวทำให้สมาชิกมีความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน (McCann et al., 2011a; Sin, Moon, Harris, Scully, & Wellman, 2012) และยังทำให้พี่น้องที่มีพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงเป็นคนที่มีใจและเกรงใจคนอื่นมากขึ้น รวมทั้งยังรู้สึกมีความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องใกล้ชิดมากขึ้น (Sin, Moone, & Harris, 2008) อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าหากผู้ดูแลที่มีความสามารถทางปัญญาในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง จะทำให้เกิดมุมมองทางด้านบวกกับประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (Jansen et al., 2014) ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับความคิดต่อการดูแลเป็นเชิงบวกได้จะลดความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้

2) ผลกระทบด้านลบ

2.1 ด้านจิตใจ/ อารมณ์: จากการศึกษาในผู้ดูแลหลักที่ผ่านมาพบว่าพ่อแม่ที่มีลูกมีอาการทางจิตครั้งแรกมักจะเกิดความยุ่งยากหรือความบีบคั้นทางอารมณ์ โดยพบว่าพ่อแม่หรือผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากสับสน (Wilson, 2012) มีความรู้สึกสูญเสียลูกที่เคยเป็นคนปกติคนเดิมไป (Penny, Newton, & Larkin, 2009; Wilson, 2012) ได้รับความบีบคั้นทางอารมณ์ (Jansen et al., 2014; Jansen et al., 2015; Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapo-ngam, & Viwatwongkasem, 2016) รู้สึกกังวลกับอนาคตของลูก (Lyer, Loohuis, Pawliuk, Jooper, & Malla, 2011) สับสนกับอาการทางจิตและพฤติกรรมแปลก ๆ ของลูก (Reed, 2008) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกเบื่อหน่าย (burnout) เมื่อต้องเป็นผู้ดูแล (Onwumere et al., 2018) จะเห็นได้ว่าผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นมักจะเกิดขึ้นในระยะหลังจากที่ลูก/ บุคคลในครอบครัวเริ่มแสดงอาการที่ผิดปกติจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งการเจ็บป่วยนี้เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและครอบครัวไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

2.2 ด้านร่างกาย: จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติก็พบว่าหนึ่งในสามของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีแนวโน้มมีอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลร้อยละ 65 มีปัญหาการนอนโดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลและมีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์มีแนวโน้มนอนหลับยากขึ้น (Smith, 2013) อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตครั้งแรกมีความเป็นอิสระ การเจ็บป่วยทางกายและ

ภาวะทางสังคมน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง (Sagut & Duman, 2016) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลมีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมักพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินและมีภาวะความดันโลหิตสูง (Cheong Poon, Curtis, Ward, Loneragan, & Lappin, 2018) จะเห็นได้ว่าการดูแลลูก/ บุคคลในครอบครัวที่มีอาการทางจิตครั้งแรกนั้นจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งอาจเนื่องมาจากภาวะบีบคั้นทางอารมณ์จากความเจ็บป่วยของลูกและความยุ่งยากจากการดูแลลูกที่มีอาการทางจิต

2.3 การเป็นตราบาบ: สิ่งที่เป็นปฏิเสธรไม่ได้ในสังคมทั่วไป คือพ่อแม่/ พี่น้องที่มีลูกหรือพี่น้องที่มีอาการทางจิตมักจะรู้สึกอับอายและมีตราบาบ (Sin et al., 2012; Wilson, 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้สึกตราบาบในครอบครัวจะอยู่ในระดับต่ำถ้าผู้ป่วยยังสามารถถูกกระตุ้นให้ไปทำงานได้ ครอบครัวได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และการพูดคุยกับนักบวช/ พระ/ บุคคลที่ตนเองเคารพบูชาจะทำให้ความรู้สึกนี้ลดลง (Wong et al., 2009) และมีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบาบโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของลูก/ บุคคลในครอบครัว แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังเก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวจะถูกตีตราจากสังคม (McCann, Lubman, & Clark, 2011b)

2.4 ความรู้สึกเป็นภาระ: ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในขณะที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องระวังและป้องกันการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระที่หนักหน่วงของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (Boydell et al., 2014)

แต่อย่างไรก็ตามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Wong, Davidson, McGlashan, Gerson, Malaspina, & Corcoran, 2008) และไม่ว่าผู้ดูแลสัญชาติใดก็รู้สึกเป็นภาระเช่นเดียวกัน (Boydell et al., 2014) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้แก่ การแสดงอารมณ์ (expressed emotions) การเผชิญปัญหาทัศนคติต่อความเจ็บป่วย สถานการณ์ชีวิต และอาการเจ็บป่วยทางจิต (Möller-Leimkühler, 2005; Möller-Leimkühler & Obermeier, 2008; Mo et al., 2008)

จากกล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกเจ็บป่วยที่อยู่ในครอบครัวจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดผลทั้งทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกสูญเสีย ได้รับการบีบคั้นทางอารมณ์ รู้สึกผิด กังวลในอนาคตของลูก สับสนกับอาการและพฤติกรรมที่เกิดกับลูกของตนเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ยังรู้สึกว่ามีความราบรื่น ในขณะที่ให้การดูแลสมาชิกที่ป่วย ผู้ดูแลมักจะเผชิญกับความยากลำบากในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เป็นอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย แต่สิ่งที่เกิดขึ้นที่เป็นผลดีจากการดูแลสมาชิกคือสมาชิกแต่ละคนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน สมาชิกบางคนกลายเป็นคนที่มีความใส่ใจและเกรงใจผู้อื่น จะเห็นได้ว่าการดูแลโดยครอบครัวที่ให้กับสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกนั้นเกิดผลกระทบไม่ดีและดี ดังนั้นการให้การดูแลกับครอบครัวที่กำลังเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวควรเน้นทั้งการลดความยุ่งยากที่เกิดขึ้นและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับครอบครัว

การดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

การดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกจะเน้นการดูแลที่ให้ครอบครัวมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสมาชิกที่ป่วย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทักษะทางสังคม การจัดการกับอาการทางจิต และการดูแลเรื่องการรับประทาน นอกจากนี้การดูแลครอบครัวให้สวมบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีอาการจิต โดยการลดความรู้สึกบีบคั้นทางอารมณ์ ความยุ่งยากและความรู้สึกมีตราบาปเมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต นับว่ามีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากที่กล่าวมาแล้วว่าครอบครัวกลุ่มนี้ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตมาก่อน ดังนั้นการดูแลครอบครัวโดยการประยุกต์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence - based practice) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีทักษะที่จำเป็นและมีความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนให้การดูแลทางด้านจิตใจ ของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมสำหรับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกนั้นจะเป็นโปรแกรมที่เน้นการดูแลตั้งแต่แรก (early psychosocial family interventions) ที่มีเป้าหมายลดการกลับเป็นซ้ำ (relapse prevention) และสนับสนุนการฟื้นหาย (recovery promotion) ดังนี้

1) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (multi - families psychoeducation group)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจะเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาจิตเวช การสื่อสาร ทักษะการเผชิญปัญหา และการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ซึ่ง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review study) พบว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในระยะยาวทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเพิ่มขึ้น มีทักษะการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น (Day & Patrakis, 2017; Napa, Tungpunkom, & Pothimas, 2017; Sadath, Muralidhar, Varambally, Jose, & Gangadhar, 2015) โดยในระยะแรกของการเจ็บป่วยการให้สุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้ครอบครัวบรรเทาความบีบคั้นทางอารมณ์ (Napa et al., 2017; Sadath et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่จะได้ผลนั้นต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 6 ครั้งในระยะ 18 เดือน หรือตั้งแต่ 17 ครั้งในระยะเวลา 12-18 เดือนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และภายใน 30 เดือนจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องการรับประทานยา โดยในแต่ละครั้งของการให้สุขภาพจิตศึกษาจะใช้เวลา 45-90 นาที (Sadath et al., 2015) นอกจากนี้จากการสอบถามครอบครัวที่ได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในหอผู้ป่วยในตั้งแต่สัปดาห์แรกที่เข้ารับการรักษาจนครบโปรแกรมพบว่าช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสนับสนุนการฟื้นฟูของอาการทางจิต และทำให้ครอบครัวลดความรู้สึกลดเดี๋ยว ได้รับความรู้ที่ปรึกษาที่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และได้รับกำลังใจ (Patrakis & Laxton, 2017; Patrakis, Oxley, & Bloom, 2013) อย่างไรก็ตามการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องเข้าร่วมเป็นเวลานานทำให้เกิดข้อจำกัด คือ บางครั้งครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกครั้ง ซึ่งอาจจะมาจากครอบครัวรู้สึกเป็นตราบาปเพิ่มค่าใช้จ่าย บางครั้งผู้นำบังคับต้องรับภาระงานมาก ดังนั้น ปัจจุบันมหาวิทยาลัยในฮ่องกงจึงมีการ

พัฒนาโปรแกรมใช้ web-based psychoeducation โดยโปรแกรมดังกล่าวจะให้ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตครั้งแรกทั้งที่เป็นแบบเอกสารและวิดีโอ การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัว ซึ่งพบว่าครอบครัวและผู้ป่วยได้รับประโยชน์ในโปรแกรมครั้งนี้ (Chan et al., 2016)

จากผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มประกอบไปด้วยการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคและการจัดการอาการทางจิต การร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย รวมถึงการให้กำลังใจระหว่างครอบครัวที่มีปัญหาเดียวกันที่ทำให้ครอบครัวได้รับความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีกำลังใจในการดูแล แต่หากจะให้ได้รับประโยชน์ในระยะยาว ที่ลดการกลับเป็นซ้ำ และมีอัตราการหายที่สูงขึ้น ครอบครัวจำเป็นต้องเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้งและเป็นเวลานาน ดังนั้นจึงพบปัญหาว่าอัตราการเข้าร่วมจนครบโปรแกรมนั้นน้อย สำหรับบริบทการดูแลสุขภาพของประเทศไทย จำเป็นต้องประยุกต์โปรแกรมนี้ใช้ในสถานการณ์ความเป็นจริงที่เน้นการเข้าถึงบริการนั้น โปรแกรมนี้อาจจะต้องมีบริการทั้งในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งแรก และควรมีในโรงพยาบาลชุมชนหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ครอบครัวได้รับบริการที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การปรับบริการเป็นรายครอบครัวก็มีส่วนส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ในขณะที่การทำโปรแกรมนี้นี้เป็นแบบ online ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เฉพาะกลุ่ม ที่มีทักษะ

การใช้คอมพิวเตอร์และพื้นที่ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งโปรแกรมนี้ก็จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้ตามความต้องการ

2) ตำราบำบัด (Bibliotherapy)

ตำราบำบัดเป็นการบำบัดที่เน้นทักษะทางปัญญาและการเผชิญปัญหา (cognitive based-behavioral and problem-solving therapy) โดยทำให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตครั้งแรกได้ศึกษาดำราที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการอาการทางจิต การรักษา โดยหลังจากที่ศึกษาแล้วจะมีการทดสอบ ซึ่งผู้ดูแลจะเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมความผาสุกของผู้ดูแลด้วยตนเอง เป็นโปรแกรมที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ใช้ผู้บำบัดจำนวนน้อย และง่ายในการเข้าถึง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลบรรเทาอาการบีบคั้นทางอารมณ์ในช่วงสัปดาห์ที่ 6 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 16 (McCann et al., 2013) และมีทักษะการเผชิญปัญหาทางสังคมดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมนี้ (McCann, Cotton, & Lubman, 2017) โปรแกรมนี้ ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่ามีความพึงพอใจและง่ายในการใช้ และมีความตรงและความถูกต้องของเนื้อหา (McCann & Lubman, 2014) ข้อตกลงสำหรับการใช้คู่มือนี้คือ ผู้ดูแลจะต้องศึกษาและทำแบบทดสอบให้ครบภายใน 5 สัปดาห์ โดยจะต้องศึกษาและทำแบบทดสอบสัปดาห์ละ 1 บทเท่านั้น (ห้ามทำมากกว่านี้) ใช้เวลาในแต่ละบทเป็นเวลา 2 ชั่วโมง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่หรือผู้บำบัดจะโทรศัพท์เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการศึกษาดำราดังกล่าวเป็นระยะจนครบโปรแกรม

โปรแกรมนี้ผู้ดูแลจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเวชและแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ด้วยตนเอง ดังนั้นทักษะการเผชิญ

ปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเองที่ประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดำราไปใช้กับสถานการณ์จริง นับว่าเป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ดูแลมีทักษะทางปัญญาในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ดังนั้นลักษณะของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้จำเป็นต้องกระตือรือร้นในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีวินัยและความรับผิดชอบอย่างดี และที่สำคัญต้องเป็นผู้ที่มีนิสัยรักการอ่าน ดังนั้นการประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในบริการการดูแลของพยาบาลจิตเวช นับเป็นความท้าทายมากตั้งแต่การพัฒนาบทเรียนที่เน้นให้มีการศึกษาด้วยตนเอง บทเรียนที่กระตุ้นให้ผู้ศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่นำความรู้อย่างมาปรับใช้ในการดูแล และต้องเป็นบทเรียนที่มุ่งให้ผู้ศึกษาได้ทักษะการเผชิญปัญหาที่แก้จากสาเหตุ ซึ่งหากพยาบาลสนใจการดูแลแบบตำราบำบัดอาจจะเริ่มจากการสำรวจทักษะการอ่านเพื่อเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ (health literacy) ว่าผู้ดูแลมีทักษะอยู่ในระดับใดแล้วนำเอกสารความรู้ที่สำคัญที่เป็นแบบย่อ (leaflets or flyers) ให้ผู้ดูแลได้ศึกษาด้วยตนเอง หลังจากนั้นประเมินการเข้าใจและนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการดูแล รวมถึงการพูดคุยกับผู้ดูแลตัวต่อตัวในปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นน่าจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญปัญหาและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3) การบำบัดทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่เน้นการปรับตัวของครอบครัว

สำหรับการศึกษาในพ่อแม่ที่ดูแลลูกที่มีอาการทางจิตครั้งแรก พบว่า การให้การดูแลครอบครัว (family intervention) ที่มุ่งในการส่งเสริมพลังของพ่อแม่ (empowerment) โดยการให้มุมมองบวกของประสบการณ์การดูแล และวิธีการ

เผชิญปัญหาที่ผ่านมาจะส่งผลให้พ่อและแม่มีการปรับตัวได้ดีขึ้น ในขณะที่ดูแลลูกที่ป่วยในระยะนี้ (Morin & St-Onge, 2017) จากการศึกษาของ Beliz (2016) โดยการสัมภาษณ์ผู้บำบัดผู้ป่วยทางจิตในระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับกลไกในครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกระบวนการรักษาพบว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมในการแผนการรักษาของครอบครัว จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยผู้บำบัดได้มีโอกาสพูดคุยทำให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง สำหรับครอบครัวที่มีปัญหาภายในครอบครัวเองมักจะปฏิเสธที่จะมีส่วนร่วมในการรักษา ดังนั้นการพูดคุยให้เห็นข้อดีข้อเสียของการมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจึงมีความจำเป็น สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกบางคนที่จะเป็นปัญหาต่อการดูแลของผู้ป่วยอาจต้องทำครอบครัวบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาดังกล่าวจะเน้นการบำบัดที่สนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวและทำหน้าที่ผู้ดูแลได้เช่น การทำกลุ่มเสริมพลัง (empowerment group) หรือการทำจิตบำบัดครอบครัว (family therapy) กลุ่มลักษณะดังกล่าวจะมีเทคนิคหรือวิธีการที่แตกต่างจากกลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลจิตเวชที่จะบำบัดจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้บำบัดครอบครัว แต่หากจะทำได้โดยอิสระอาจจะทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) ที่เน้นให้ผู้ดูแลพิจารณาปัญหาในปัจจุบันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างสมเหตุสมผลเหมาะสมกับสถานการณ์และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่

4) การดูแลในชุมชน

การให้บริการแบบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment) ซึ่งเป็นการให้บริการที่เน้นการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและการดูแลผู้ป่วยในระยะที่เกิดอาการเฉียบพลันโดยสหวิชาชีพนั้น พบว่าผู้ป่วยมีการสื่อสารกับทีมผู้รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับบริการที่สนับสนุนการฟื้นฟูและสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (Verhaegh, Bongers, Kroon, & Garretsen, 2009) จากการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่าการให้บริการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและผู้ป่วยในชุมชนจะช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วย ลดความรู้สึกรับผิดชอบ ลดความรุนแรงในครอบครัว เพิ่มความรู้และทักษะการดูแล และทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา (Armijo et al., 2013) และจากการศึกษาผลของให้การดูแลทางจิตสังคมในชุมชน เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการรับประทานยา การดูแลครอบครัว การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้สวัสดิการและการมีอาชีพของผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพในชุมชนลอนดอนประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดจำนวนวันการอยู่โรงพยาบาล (Kuipers, Holloway, Rabe - Hesketh, & Tennakoon, 2004) จะเห็นว่าการดูแลในชุมชนเป็นการให้บริการต่อเนื่องจากในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแล ทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมีความชัดเจนและยั่งยืนมากขึ้น ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวและอยู่ในชุมชนเป็นเวลานาน ดังนั้นพยาบาลจิตเวชที่อยู่ในชุมชนจึงน่าจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบริการที่ครอบคลุมและ

ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวจาก
สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
กับครอบครัวที่ดูแลและอยู่กับผู้ป่วยที่มีอาการ
ทางจิตครั้งแรกส่งผลให้ครอบครัวต้องเผชิญ
ปัญหาความบีบคั้นทางอารมณ์และร่างกาย ภาวะ
ที่เกิดจากการดูแลเพราะครอบครัวไม่มีความรู้
ที่เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และความรู้ที่ถูกต้องคือ
ว่าเป็นครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผลกระทบ
ต่าง ๆ เหล่านี้จะคลี่คลายหรือบรรเทาได้ น่าจะ
มาจากการดูแลและบำบัดทางสุขภาพจิตจาก
บุคคลากร โดยพยาบาลผู้ที่เป็นผู้ดูแลครอบครัว
จำเป็นต้องวางแผนการบำบัดในการที่จะนำข้อมูล
ทักษะการดูแล การรักษา และการจัดการอาการ
ทางจิตให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว
นอกจากนี้การทำวิจัยศึกษาประสิทธิผลของ
โปรแกรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ใน
การดูแลที่เป็นวิทยาศาสตร์ก็เป็นความท้าทายของ
พยาบาลจิตเวชอีกประการหนึ่ง โดยประโยชน์ที่
จะเกิดกับครอบครัวสูงสุดคือ ครอบครัวได้รับการ
ดูแลที่มีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ครอบครัว
มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก
เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมการฟื้นฟู
หายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยอยู่
ในครอบครัวและชุมชนได้ มีความสามารถในการ
ประกอบอาชีพตามศักยภาพ

เอกสารอ้างอิง

จิราพร ชมพิกุล, ปรานี สุทธิสุขคนธ์, เกรียงศักดิ์
ชื่อเลื่อม, และคุณฉนิ ดำมี. (2552). *สัมพันธภาพ*

ในครอบครัวไทย. รายงานการวิจัยสถาบัน
พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียนมหาวิทยาลัย
มหิดล. นครปฐม: เอ็น แอนด์ เอ็น ก้อปปี
แอนด์ พริ้นติ้ง.

- ชาย โภชิตตา. (2554). การเปลี่ยนแปลงครอบครัว
และครัวเรือนไทย: เรา(ไม่)รู้อะไร. ใน *สุริย์พร
พันธ์ และ มาลี สันถาวรณ (บรรณาธิการ).
จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย*
(หน้า 24-41). นครปฐม : สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Armijo, J., Mendez, E., Morales, R., Schilling, S.,
Castro, A., et al. (2013). Efficacy of
community treatments for schizophrenia
and other psychotic disorders: a literature
review. *Frontier in Psychiatry, 4*(116),
1-10.
- Beliz, N. R. (2016). *The efficacy of family
interaction with acutely psychotic
inpatients*. Doctoral dissertation, University
of Los Angeles, United State of America.
- Boydell, J., Onwumere, J., Dutta, R., Bhavsar, V.,
Hill, N., Morgan, C., et al. (2014).
Caregiving in first-episode psychosis:
social characteristics associated with
perceived burden and associations with
compulsory treatment. *Early Intervention
in Psychiatry, 8*, 122-129.
- Chan, K. W., Tse, S. S. K., Sit, L. T., Hui, C. L. M.,
Chang, W. C., et al. (2017). Web-based
psychoeducation program for caregivers
of first episode of psychosis: an experience
of Chinese population in Hong Kong.

- Frontiers in Psychology*, 7, 1-6.
- Cheong Poon, A.W., Curtis, J., Ward, P., Loneragan, C., & Lappin, J. (2018). Physical and psychological health of carers of young people with first episode psychosis. *Australasian Psychiatry*, 26(2), 184-188.
- Chiliza, B., Oosthuizen, P., & Emsley, R. (2008). First-episode psychosis: an update. *Scholar Academic Journal of Pharmacy*, 14(1), 14-19.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., Druss, B. G., Walker, E. F., & Kaslow, N. J. (2006). A descriptive study of pathways to care among hospitalized urban African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 566-573.
- Crowe, A., & Brinkley, A. (2015). Distress in Caregivers of a Family Member with Serious Mental Illness. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 23(3), 286-294.
- Day, K., & Petrakis, M. (2017). Family interventions in early psychosis service delivery: A systematized review. *Social Work in Mental Health*, 15(6), 632-650.
- Eggenberger, S. K., & Nelm, T. P. (2006). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618-1628.
- Gupta, M. (2015). *Family cohesion and flexibility in early episode psychosis*. Dissertation for Doctor of Philosophy in Psychology, Queen's University, Ontario, Canada.
- Harris, A.W. F., Large, M. M., Redoblado-Hodge, A., Neilssen, O., Anderson, J., & Brennan, J. (2010). Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 85-93.
- Jansen, J. E., Haahr, U. H., Harder, S., Trauelsen, A. M., Lyse, H. G., Pedersen, M. B., et al. (2015). Caregiver distress in first-episode psychosis: the role of subjective appraisal, over-involvement and symptomatology. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 371-378.
- Jansen, J. E., Lysaker, P. H., Harder, S., Haahr, U. H., Lyse, H. G., Pedersen, M. B., et al. (2014). Positive and negative caregiver experiences in first-episode psychosis: emotional over-involvement, wellbeing and metacognition. *The British Psychological Society*, 87, 298-310.
- Killackey, E. (2009). Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements for recovery. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, s17-s21.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotak, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., et al. (2014). Family functioning in families of first

- episode psychosis patients as compare to chronic mentally ill patients and health controls. *Psychiatry Research*, 219, 486-496.
- Kuipers, E., Holloway, F., Rabe-Hesketh, S., & Tennakoon, L. (2004). An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 358–363.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3) 183-195.
- Lyer, S. N., Loohuis, H., Pawliuk, N., Jooper, R., & Malla, A. K. (2011). Concerns reported by family members of individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 163-167.
- Machielsen, M., Sluis, S., & Haan, L. (2010). Cannabis use in patient with a first psychotic episode and subjects at ultra-high risk of psychosis: impact on psychotic- and pre-psychotic symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 721-728.
- Malla, A., Norman, R., Schmitz, N., Manchanda, R., Bechard-Evans, L., Takhar, J., et al. (2006). Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychological Medicine*, 36, 649-658.
- McCann, T. V., Cotton, S. M., & Lubman, D. I. (2017). Social problem solving in carers of young people with first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 11, 346-350.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2011a). First-time primary caregivers' experience of caring for young adult with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 381-388.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2011b). Responding to stigma: first-time caregivers of young people with first-episode psychosis. *Psychiatric Services*, 62, 548–550.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., Cotton, S. M., Murphy, B., Crisp, K., et al. (2013). A randomized controlled trial of bibliotherapy for cares of young people with first episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1307 - 1317.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2014). Qualitative process evaluation of a problem-solving guided self-help manual for family carers of young people with

- first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 14(168), 1-9.
- Mo, F. Y. M., Chung, W. S., Wong, S. W., Chun, D. Y. Y., Wong, K. S., & Chan, S. S. M. (2008). Experience of caregiving in caregivers of patients with first-episode psychosis. *Hong Kong Journal Psychiatry*, 18, 1001-6.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden, baseline results from the Munich 5-years-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 255, 223-231.
- Möller-Leimkühler, A. M., & Obermeier, M. (2008). Predicting caregiver burden in first admission psychiatric patients: 2-years follow-up results. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 258, 406-413.
- Morin, M. H., & St-Onge, M. (2017). Factors predicting parents' adaptation when supporting their young adult during a first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 488-497.
- Napa, W., Tungpunkom, P., & Pothimas, N. (2017). Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review. *Joanna Briggs Institute Database Systematic Reviews Implementation Reports*, 15(4), 1057-1079.
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 158-170.
- Neilssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 702-712.
- Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., et al. (2018). Understanding the experience of "burnout" in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 19-24.
- Parker, K., Horowitz, J. M., & Rohal, M. (2015). *Parenting in America Outlook, worries, aspirations are strongly linked to financial situation*. Retrieved January 2, 2018, from <http://www.pewsocialtrends.org/2015/12/17/parenting-in-america/>
- Patrakis, M., & Laxton, S. (2017). Intervention early with family members during first episode psychosis: an evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 48-54.

- Petrakis, M., Oxley, J., & Bloom, H. (2013). Carers psychoeducation in first-episode psychosis: Evaluation outcomes from a structured group programme. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(4), 391–397.
- Penny, E., Newton, E., & Larkin, M. (2009). Whispering on the water: British Pakistani families' experiences of support from an early intervention service for first-episode psychosis. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*(6), 969-987.
- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2010). Cognitive function, social functioning and quality of life in first-episode psychosis: a 1-year longitudinal study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14*, 33-40.
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, 85-91.
- Robinson, J., Cotton, S., Conus, P., Schimmelmann, G., McGorry, P., & Lambert, M. (2009). Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 149-157.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N., & Porter, M. (2009). A broader view of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 10*, 1-11.
- Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., Jose, J. P., & Gangadhar, B. N. (2015). Family Intervention in First-Episode Psychosis: A Qualitative Systematic Review. *SAGE Journals, 5*(4), 1-11.
- Sagut, P., & Duman, Z. C. (2016). Comparison of caregiver burden in first episode versus chronic psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*, 768-773.
- Schumacher, K. L., Beidler, S. M., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A transactional model of cancer family caregiving skill. *Advances in Nursing Science, 29*(3), 271-286.
- Sin, J., Moone, N., & Harris, P. (2008). Siblings of individuals with first-episode psychosis: understanding their experiences and needs. *Journal of Psychosocial Nursing, 46*(6), 33-40.
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry, 6*(1), 53-9.
- Smith, L. (2013). *Ethnic difference in caregiving processes in first-episode psychosis*. A Thesis of Doctorate of Philosophy in Psychology, Institute of Psychiatry of King College, London, Great Britain.

- Stajduhar, K. I., Funk, L., & Outcalt, L. (2013). Family caregiver learning-how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliative Medicine, 27*(7), 657-664.
- Subramaniam, M., Pek, E., Verma, S., Chan, Y.H., & Chong, S.A. (2008). Diagnostic stability 2 years after treatment initiation in the Early Psychosis Intervention Program in Singapore. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 495-500.
- Turner, N., Brewne, S., Clarke, M., Gervin, M., Larkin, C., Waddington, J. L., et al. (2009). Employment status amongst those with psychosis at first presentation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 863-869.
- Upadhyay, R. (2015). *Perceived family dynamics and family care giving of the patient with chronic psychosis-special emphasis to long stay patients: a qualitative study*. Dissertation of Master of Philosophy in Psychiatric Social work, Ranchi University Jharkhand, India.
- Verhaegh, M. J. M., Bongers, I. M. B., Kroon, H., & Garretsen, H. F. L. (2009). Model fidelity of assertive community treatment for client with first-episode psychosis: a target group-specific application. *Community Mental Health Journal, 45*, 12-18.
- Wade, D., Harrigan, S., Harris, M. G., Edwards, J., & McGorry, P.G. (2006). Pattern and correlates of inpatient admission during the initial acute phase of first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 429-436.
- Wilson, J. H. (2012). *First episode psychosis: the experience of parent caregivers*. A Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, Faculty of Nursing, Alberta, Canada.
- Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., et al. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 3*(2), 108-115.
- Wong, C., Davidson, L., McGlashan, T., Gerson, R., Malaspina, D., & Corcoran, C. (2008). Comparable family burden in families of clinical high-risk and recent-onset psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry, 2*(4), 256-261.
- Wongsawang, N., Lagampan, S., Lapvongwattana, P., & Bowers, B. J. (2013). Family caregiving for dependent older adults in Thai families. *Journal of Nursing Scholarship, 45*(4), 336-343.