

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา วารสาร เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค
- 1.2 การรักษาโรคจิตเภท

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

จิตเภท

- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

จิตเภท

- 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

- 2.4 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงในการ

ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 3.1 ความหมายของครอบครัว

- 3.2 โครงสร้างครอบครัว

- 3.3 บทบาทของครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการ

รักษา

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.3 แนวคิดพื้นฐานของการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.4 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว
6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่า เกท จิตแปลว่า จิตใจ เกทแปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ครั้งแรก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ.1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค

1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ ICD 10 (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้นิยามโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) (1995) ว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดที่ในคนทั่วไปควรมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะ

มีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่างๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2544) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลัง ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง

Fox & Kane (1996: 321) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากมีเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาว่าผู้ที่มีฐานะยากจน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และการรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายและทางสมอง อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคม

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan & Sandock (1988: 255) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด ได้แก่

1.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) มีการศึกษาพบว่า ความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใด ก็จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเพิ่มมากขึ้น

1.1.2.1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor)

ก. สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis)

สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมองทำให้เกิดอาการทางจิต มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีนทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติ ของโดปามีนที่ Striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางบวก (Kaplan & Sadock, 1998)

ข. สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis)

จากการศึกษาพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัว เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine Serotonin Acetylcholine (สมภพ เรื่องตระกูล และ คณะ, 2542)

1.1.2.1.3 ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ (Steven cited in Townsend, 2000)

1.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor)

เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536:335 Taylor, 1994: 50)

1.1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor)

สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมักพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 336) อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional over involvement)

ตราบจนปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยในชีวิตวิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เจื่อยซา แยกตัวเอง อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; เกษม ต้นดีผลชีวะ, 2536; Taylor, 1994: 245) คือ

1.1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านคือ

1.1.3.1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.1.3.1.2 Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Persecutory delusion Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory hallucination

โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เริ่มมีอาการทางบวกที่เป็นอันตราย (Kaplan & Sadock, 1999) มีความคิดหลงผิด ที่พบในโรคจิตเภทคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ส่วนอาการประสาทหลอน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการ

ประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยคือ มีอาการหูแว่ว ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 โดยเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงคำพูดว่าหรือสบประมาท

1.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.1.3.2.1 Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.1.3.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

1.1.3.2.3 Avolition apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.1.3.2.4 Anhedonia asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542: 117) คือ

1.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการ

ด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

1.2 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษมตันติผลลาชีวะ, 2536)

1.2.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และยับยั้งฤทธิ์ของสารสื่อ dopamine โดยการปิดกั้น postsynaptic dopamine D₂ receptors ซึ่งกลไกนี้สอดคล้องกับสมมติฐานของการเกิดโรคจิตเภทว่า เกิดจากมีการทำงานที่มากเกินไปของระบบสารสื่อ dopamine (จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และ รัชณี เมฆมณี, 2546: 138) และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar & Sedgwick, 2001) ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ

1.2.1.1. ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษา ในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก

1.2.1.2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีก ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษมตันติผลลาชีวะ, 2537; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 และมานิช หล่อตระกูล, 2546) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Typical anti – psychotics)

ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญคือ การ block dopamine receptor ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ block receptor ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine ซึ่งการ block dopamine receptors เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะ denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของ tardive dyskinesia ยารักษาโรคจิตชนิดนี้ที่นิยมใช้กันมี 2 ชนิดคือ

1.1 Phenothiazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้แพร่หลายมากที่สุด ชนิดที่นิยมใช้มากที่สุดคือ Chlorpromazine, Thioridazine, Perphenazine, Trifluoperazine และ Fluphenazine

1.2 Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอน น้อย และมี Extrapyrimal side effect สูง ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ Haloperidal

2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical anti – psychotics)

ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, noradrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist ยิ่งมากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท ยาในกลุ่มนี้ในปัจจุบันมี 6 ชนิด คือ Clozapine (Clozaril), Risperidone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa), Sertindole, Quetiapine (Seroquel) และ Ziprasidone

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลังเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการให้น้ำในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra – pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1 Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

1.2 Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ชากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ชากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไขโดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ยาวนานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia , Pancytopenia , Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

12. น้ำหนักตัวเพิ่ม Risperidone olanzapine quetiapine และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีรายงานว่า Clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็วนี้อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการให้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำบ่อย ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมด้วยกับการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression

1.2.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การรักษาทางจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ การรักษาทางจิตสังคมมีดังนี้ (ปาหนัน บุญหลง, 2534; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2545: 125; สมภพ เรืองตระกูล, 2545: 94)

1.2.3.1 จิตบำบัด แบ่งเป็น จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.2.3.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง ยอมรับในพฤติกรรมและปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องได้ (McFarlane et al, 1995) นอกจากนั้นแล้วการให้คำปรึกษาครอบครัวยังมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสมและสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น การควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป หรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด การให้คำปรึกษาครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 345)

1.2.3.3 นิเวศน์บำบัดคือ การจัดสภาพบรรยากาศ เพื่อการบำบัด อย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม

เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยา และการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรคจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

สารุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้อง

กับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farraghe(1999) กล่าวถึง ลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่าจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยา หรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าจะตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยามืดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง /สัปดาห์ Kumar and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรม การใช้ยาไว้มากมาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้ในความหมายของการใช้ยาตามแผนการรักษาเช่นเดียวกับ Farragher (1999) และรวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามการศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน จึงพอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยจะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ให้ความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทหลายฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ การศึกษาของ Oehl, Hummer, and Fleischhacker (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้านคือ

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัยที่บอกระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมี 2 ประการคือ

2.2.1.1.1. อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001: 373) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุ จากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด จะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) และ Agarwal et al. (1998) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

2.2.1.1.2 เพศ เป็นตัวกำหนดกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยสังคมจะกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัวทั้งในเวลาปกติหรือในยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) และ Agarwal et al. (1998) ที่ศึกษาพบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์รักษาดีกกว่าเพศชาย

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างขึ้นโดย Backer (1974)

เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคล ต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำแนวคิดนี้มาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.2.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันตามการประเมินความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหา โดยรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งภาวะต่างๆ ที่นำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2.2.1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการเกิดโรคของตนเอง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำว่ามีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ (Adams & Scott, 2000)

2.2.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี การรับรู้ผลประโยชน์ของการมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตัวเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับ ลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างสงบสุข สามารถลดความตึงเครียดของผู้ป่วย และมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

2.2.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติตนมีอุปสรรค เช่น การที่ญาติช่วยเหลือติดตามมากเกินไปไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระ การถูกรังเกียจ ห้ามปรามกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

Adams & Scott (2000) ใช้แนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ในการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เช่น ผู้ป่วยที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่ออาชีพ ชีวิตสมรส สังคม รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสป่วยซ้ำ รับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองสูง และรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลตนเองต่ำจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.2.1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่า เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา มี 2 ลักษณะ คือ

2.2.1.3.1 ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต หมายถึง การรับรู้ความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ หรือมีอำนาจพิเศษ เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่จริง โดยที่ผู้ป่วยจะเชื่อในความคิดนั้น โดยไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อได้ด้วยการอธิบายด้วยเหตุผลตามธรรมดาได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542: 2) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (lack of insight) ซึ่งมีผลทำให้คิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เช่น การศึกษาของ Kumar & Sedgwick (2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา

2.2.1.3.2 อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) และอาการไม่สนใจ แยกตัวจากสังคม (Passive social withdrawal) ขาด

ความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al, 2000)

2.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว พยาธิสภาพของโรคจิตเภท นอกจากจะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเอง ยังทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดปัญหาในการดูแลตนเอง รวมทั้งการรับประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้ได้รับประทานยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ บุคคลในครอบครัวจึงเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้ดีกว่าที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งภัทรา ธิรลภ (2530) และ Kumar & Sedgwick (2000) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด และ/หรือทางกฎหมาย ได้แก่ พ่อ (สามี) แม่ (ภรรยา) ลูก และญาติพี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึ่งปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เชื้ออาหาร มีความปรารถนาดีต่อกัน ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Razali and Yahya (1995) พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติ จะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามาก กว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง

2.2.2.3 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะต่างๆ เช่น มีความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความผูกพัน มีอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นแหล่งที่คอยให้การช่วยเหลือ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทร ห่วงใย ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง, 2545) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร

(2541) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2.4 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัด หรือการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยที่สามารถไปพบแพทย์ได้เองไปโรงพยาบาลตามนัด การช่วยเหลือจ่ายค่ายารักษา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา และที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลในเรื่องเหล่านี้

2.2.2.5 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว โดยการแสดงอารมณ์สูงลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป เช่น การดูดำ การแสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป (Baker, 1993: 345) มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูงทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดี และการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000)

2.2.2.6 ทศนคติ เป็นความคิดเห็นที่มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก เป็นการผสมผสานหรือการจัดระเบียบของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ทศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลภายในครอบครัวและชุมชนที่แวดล้อมผู้ป่วยต่อการรักษาอาการผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ยอมรับหรือปฏิเสธ และทศนคติจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิริยาของบุคคลเหล่านั้นต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลถึงการยอมรับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากบุคคลในสังคมจะแสดงทศนคติออกมาในรูปของพฤติกรรม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจหรือการถูกตีตราจากสังคม เช่น ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิต

ตามปกติ (สุธีรา ชุ่มตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) ผู้ป่วยจะถูกแสดงความรังเกียจ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นว่าตนเองป่วย เช่น การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยอยู่ในสังคมที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษา และมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al, 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวาง ปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kurmar & Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยใช้วิธีฉีดทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกยุ่งยากลำบาก ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสน หมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป มีรายงานถึงการรับประทานยากันชัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 88 ถ้ารับประทานยา 2 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 และหากต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวัน ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 (สมัยพร อาซาล, 2543) นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับประทานยาในแต่ละวันก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน ความร่วมมือในการรักษาก็ลดลงมากกว่ารับประทานยาเพียงวันละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali & Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1 – 2 ครั้งต่อวัน แต่ถ้าได้ยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การศึกษาของ Gravaley & Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยวันละหลายๆ ครั้ง จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยวันละเม็ดเดียวมากกว่ายาหลายเม็ด และรับประทานยวันละครั้งเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลายๆ ครั้ง

2.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ยารักษาโรคจิตเป็นกลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้ยารักษาอาการทางจิตอาจมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น คอแข็ง คอเอี้ยวบิดเบี้ยว ง่วงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al, 1998) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดการช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumear & Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการไม่ช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาคือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วน Agarwal et al. (1998) พบว่า ปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาปัจจัยหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

2.2.4 ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพ หมายถึง บุคลากร คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการช้ยา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นกระบวนการระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีปฏิสัมพันธ์กันแบบผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยโดยสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ รู้สึกไว้วางใจและพึงพอใจในพฤติกรรมกรดูแล (Caring behavior) ที่ได้รับจากบุคลากร ซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (Risser, 1975) ก่อให้เกิดการเรียนรู้รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (สมัยพร อาซาล, 2543) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธพร พุฒขาว, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frank & Gunderson (1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เรื้อรังซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษายาใน 6 เดือนแรกที่เริ่มมีอาการทางจิต จะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การประเมินพฤติกรรมกรช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Fenton, Blyler & Heinssen (1997) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะระบุคุณสมบัติหรือวัดพฤติกรรมกรช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษารายงานวิจัยต่างๆ พบว่า มีวิธีการประเมินการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธพร พุฒขาว, 2541; Fenton et al, 1997; Marton, 1970) ได้แก่

2.3.1 การสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่ เพียงใด

2.3.2 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด อาจจะสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ พบว่า ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจน แม่นตรง และระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา โดยผู้สัมภาษณ์เองต้องคำนึงว่าถึงแม้จะมีทักษะและมีความละเอียดในการสัมภาษณ์ก็ตาม แต่ก็มักพบปัญหาในการประเมิน

2.3.3 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาจะประเมินได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนเม็ดยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับ มารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หากผู้ป่วยทิ้งยาโดยไม่ได้รับประทาน หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาด้วย

2.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการวัดโดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (Metabolite) ของยา แต่วิธีการประเมินแบบนี้ก็มีข้อจำกัด เช่น ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยา และการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจจะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าของความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุ่งยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในทุกรณี

2.3.5 พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัด เป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2.3.6 การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self – report) ซึ่งวิธีการนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนบันทึกไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง

เพทรี คันธสายบัว (2544) วัตถุประสงค์ของการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง โดยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ แต่เหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

สรุปได้ว่า แม้ว่าการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจะมีหลายวิธี ที่ทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดยอุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

2.4 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา ซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ โดยมีบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงที่ครอบคลุม 6 บทบาท ดังนี้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

1. บทบาทผู้ดูแล (Care provider role) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการพยาบาลเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยา โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ (Gournay, 2000)

2.4.2 บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator role) พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ประสาน ประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพ และเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสาน แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

2.4.3 บทบาทผู้พิทักษ์ประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocator role) พยาบาลจะต้องให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การวินิจฉัยโรค และการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการรักษา ข้อมูลและความลับของผู้ป่วย

2.4.4 บทบาทผู้สอน (Educator role) พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอน ให้ความรู้กับ ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

2.4.5 บทบาทที่ปรึกษา (Consultant role) เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลากรต่างๆ ใน หน่วยงาน ด้วยความสามารถทางคลินิกและความรู้ในระบบปฏิบัติการพยาบาล

2.4.6 บทบาทนักวิจัย (Researcher role) เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาล และนวัตกรรมทางการแพทย์จิตและจิตเวช

Gournay (2000: 246) กล่าวถึง บทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช ชุมชนคือ การบริหารจัดการด้านยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนต้องมีความรู้และ ทักษะในการบริหารจัดการด้านยาดังนี้

1. ความรู้เรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต
2. ใ้รู้รูปแบบและวิธีการต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เกี่ยวกับผลของยาในการรักษาโรคจิตเภท
3. ฝึกทักษะการใช้แบบวัดต่างๆ ที่ใช้วัดอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษา อาการทางจิต เช่น แบบวัด LUNBERS (Liverpool University Side Effects Rating Scale)
4. ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้องตาม เกณฑ์การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioural methods) การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling)

ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความ เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วย

จิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ตามแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (Forman, 1993)

1. ควรคำนึงถึงสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา
2. ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าว ทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา

3. การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มควมมีอิสระ (autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

3.1. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือครอบครัว ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องประเมินคือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

3.2 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ดังนั้นสิทธิในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ยังเป็นเรื่องที่ถูกถกเถียงอย่างกว้างขวาง และเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน Marland (1999) เสนอแนวทางการปฏิบัติว่าถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ควรให้แรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางราย การใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการต้องพึ่งพาพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ (Litrell, 1996 cited in Marland, 1999) และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ

3.3 การประเมินผล การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน

ดังนั้นบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น คือการรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยา การตรวจสอบผู้ป่วย อาจต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร เพื่อรักษาสัมพันธภาพ ความรู้สึกไว้วางใจ เพื่อให้เกิดผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป

3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.1 ความหมายของครอบครัว

สนิท สัมครการ (2535) ได้ให้ความหมายของครอบครัวคือ เป็นกลุ่มเครือญาติสนิทกลุ่มหนึ่งซึ่งอยู่ร่วมหลังคาเดียวกันหรืออยู่ในรั้วบ้านเดียวกันหรืออยู่บริเวณบ้านเดียวกัน โดยครอบครัวจะทำหน้าที่เบื้องต้นที่จำเป็นต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำรงชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

The United States Bureau of Census (1988) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด และ / หรือกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

3.2 โครงสร้างครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัว (Family structure) ประกอบด้วย 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

3.2.1 โครงสร้างตามลำดับชั้น (hierarchy) ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจ (power) ในครอบครัวด้วย ได้แก่ ลำดับชั้นพ่อแม่อยู่เหนือกว่าลำดับชั้นลูก พ่อแม่ก็มีอำนาจเหนือกว่าลูก

และสามารถดูแลฝึกระเบียบวินัยให้ลูกได้ แต่ถ้าลูกสามารถสั่งให้พ่อแม่ทำสิ่งต่างๆตามที่ลูกต้องการโดยที่พ่อแม่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่พ่อแม่ก็ยังทำให้ลูกตามที่ลูกบอก ก็จัดว่าครอบครัวนี้ลูกอยู่ในลำดับชั้นที่สูงกว่าพ่อแม่ และพ่อแม่ก็จะไม่สามารถควบคุมดูแลลูก ไม่สามารถฝึกระเบียบวินัยให้ลูกได้ โครงสร้างตามลำดับชั้นในครอบครัวที่มีลักษณะเช่นนี้จัดว่าผิดปกติ และมักก่อให้เกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว

โครงสร้างตามลำดับชั้น (hierarchy) ที่เหมาะสมคือ พ่อกับแม่มีอำนาจสูงสุดในการบริหารจัดการระบบครอบครัวเท่ากัน แต่อาจแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบได้

3.2.2 ระบบย่อย (subsystem) ในแต่ละครอบครัวมีหลายระบบย่อย ได้แก่ ระบบย่อยคู่สมรส ระบบย่อยพ่อแม่ ระบบย่อยพี่น้อง ระบบย่อยปู่ย่าตายาย เป็นต้น ระบบย่อยที่มีความสำคัญและต้องพิจารณาทุกครั้งคือ ระบบย่อยพ่อแม่ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูลูก ดูแลสมาชิกในครอบครัวและบริหารจัดการระบบครอบครัว ให้คำปรึกษาแนะนำสอนและฝึกระเบียบวินัยให้เด็ก และระบบย่อยพี่น้องซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีวัยใกล้เคียงกันก็จะเข้าใจกันได้ง่าย เป็นเหมือนเพื่อนกลุ่มแรกของเด็ก ทำให้รู้จักการต่อรอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความร่วมมือ การแข่งขันและการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน

3.2.2.1 ระบบย่อยผู้ใหญ่ (adult subsystem) หรือบางครั้งเรียกระบบย่อยคู่สมรส (spousal or marital subsystem) โดยทั่วไปประกอบด้วยคู่สมรสคือสามีและภรรยา ระบบย่อยนี้มีหน้าที่สอนเด็กให้รู้จักความสนิทสนม (intimacy) และการตกลงใจอยู่ร่วมกัน (commitment)

3.2.2.2 ระบบย่อยพ่อแม่ (parental subsystem) ระบบย่อยพ่อแม่ที่เหมาะสมคือ พ่อแม่ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ และวิธีการดำเนินการ บริหารจัดการไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ใช่ลักษณะที่พ่อไปทิศเหนือ แต่แม่ไปทิศใต้ ซึ่งจะเป็นความยากลำบากในการที่จะไปสู่จุดหมายที่ต้องการของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือไม่มีทางไปสู่จุดหมายที่ต้องการได้ บางครอบครัวพ่อและแม่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่วิธีการไปสู่จุดมุ่งหมายนั้นแตกต่างกัน เช่น พ่อต้องการไปทางตรง แต่แม่ต้องการไปทางอ้อม ก็อาจเกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อกับแม่ได้ ในกรณีเช่นนี้พ่อกับแม่ควรที่จะมีการเปิดใจกว้างและพูดคุยกัน รับฟังกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ประนีประนอมกันเพื่อให้ได้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว ก็จะทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความปกติสุข

3.2.2.3 ระบบย่อยพี่น้อง (sibling subsystem) ระบบย่อยพี่น้องที่เหมาะสมคือ พี่น้องซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยไล่เลี่ยกัน ควรจะรักกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปรึกษาหารือกันได้ ซึ่งมักจะเข้าใจกันง่ายเพราะอยู่ในวัยไล่เลี่ยกัน ไม่ควรจะมีลักษณะอิจฉา

หรือชิงดีชิงเด่นกัน พ่อแม่หรือญาติพี่น้องไม่ควรจะพูดเปรียบเทียบลูกหรือหลานบ่อยๆ หรือเสมอๆ เช่น เปรียบเทียบคนน้องเก่งกว่าคนที่ ดึกว่าที่ ฉลาดกว่าที่ ขยันกว่าที่ หรือพี่สวยกว่าน้อง พี่รู้จักประหยัดมากกว่าน้อง เป็นต้น เพราะจะเป็นการทำให้เด็กรู้สึกว่ามีปมด้อยและอาจเกิดการอิจฉาชิงดีชิงเด่นระหว่างพี่น้องได้

3.2.3 ขอบเขต (boundary) ได้แก่ ขอบเขตที่ล้อมรอบตัวบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ขอบเขตที่ล้อมรอบแต่ละระบบย่อย หรือขอบเขตที่ล้อมรอบครอบครัวของตนเองแยกจากครอบครัวอื่นๆในสังคมภายนอก

ชนิดของขอบเขตแบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

3.2.3.1 ขอบเขตที่แข็ง ปิดกั้น (rigid boundary) มีลักษณะคล้ายมีเกราะหรือกำแพงห้อมล้อม ถ้าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนใช้ขอบเขตชนิดนี้ล้อมรอบตัวเอง ก็จะทำให้แทบจะไม่มี การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกครอบครัวเดียวกัน เช่น ลูกที่ติดยาเสพติดมานาน 4 – 5 เดือน พ่อแม่ก็จะไม่ทราบว่าลูกติดยาเสพติด และคิดว่าลูกเป็นเด็กดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่พ่อแม่ให้เงินลูกใช้อย่างมาก เพื่อเป็นการทดแทนในส่วนที่พ่อแม่ไม่ค่อยมีเวลาให้กับลูก หรือไม่ค่อยจะมีเวลาที่จะพูดคุยกับลูก ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาแก่ลูก หรือตัวอย่างเช่น พ่อแม่ไม่ทราบว่าลูกเรียนในชั้นปีที่เท่าใด ที่มหาวิทยาลัยแห่งใด ทราบเพียงว่าลูกกำลังเรียนในระดับมหาวิทยาลัย

3.2.3.2 ขอบเขตที่หลวม หรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้น (diffuse boundary) มีลักษณะคล้ายขอบเขตที่โปร่งใส จนบางครั้งแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างบุคคล หรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างครอบครัว ไม่มีความลับระหว่างคนในครอบครัว ทุกอย่างโปร่งใสหมด ตัวอย่างเช่น เพื่อนของลูกที่เป็นวัยรุ่นโทรศัพท์มาหาลูกที่บ้าน แม่ก็ฟังโทรศัพท์ด้วย เพื่อจะได้รับรู้ความเป็นไปที่เกิดขึ้นกับลูกทั้งหมด โดยแม่คิดว่าเผื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็จะได้ทราบและช่วยแก้ไขได้ทันที่ ลักษณะเช่นนี้จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกอึดอัดและอาจหาทางออกอื่นๆ เพื่อให้ตนเองได้เป็นอิสระขึ้น เช่น อาจจะกลับบ้านค่ำเพื่อใช้เวลาหลังเลิกเรียนคุยกับเพื่อนนอกบ้าน ขอบเขตชนิดนี้มีข้อเสียคือ การขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งแต่ละบุคคลควรจะพึงมีสิทธิส่วนบุคคล มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวัย อายุ หรือวุฒิภาวะทางอารมณ์ของคนๆ นั้นด้วย

3.2.3.3 ขอบเขตที่ชัดเจน (clear boundary) จะอยู่กึ่งกลางระหว่างขอบเขตที่ปิดกั้นและขอบเขตที่หลวม สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิส่วนบุคคล ในขณะที่เดียวกันก็รู้ความเป็นไปของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวในเรื่องที่บุคคลในครอบครัวทั่วไปพึงจะรู้ด้วย เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นก็สามารถช่วยเหลือกันได้ทันที่

3.3 บทบาทของครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการรักษา

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการรบกวนวาย ก้าวร้าว แต่หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; อร่ามศรี เกสจินดา, 2537)

3.3.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการเตรียมและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

3.3.2 จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ระยะเวลาและขนาดที่รับประทานแต่ละครั้ง และเตือนหรือพาผู้ป่วยไปฉีดยาตามวันนัดทุกครั้ง

3.3.3 สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น (Townsend, 2000)

3.3.3.1 อาการที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายต่อชีวิต เช่น ง่วงซึม ตาแห้ง คอแข็งเดินที่อเหมือนหุ่นยนต์ แขนขาและมือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่าย

3.3.3.2 อาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น กล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง จนผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก ลำคอบิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมานอกปาก ใช้สูง เหงื่อออกมากและหัวใจเต้นเร็วโดยไม่รู้สาเหตุ

3.3.3.3 อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น หิวบ่อย รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีผื่นแดง ผิวล้าง่ายเมื่อถูกแสงแดด ตาพร่า ปากคอแห้ง เพศชายอาจมีความต้องการทางเพศลดลง ส่วนเพศหญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

3.3.4 ให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา(อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) เช่น

3.3.4.1 อาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ครอบครัวต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม รวมถึงการออกกำลังกาย

3.3.4.2 อาการปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ต้องให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากมาก กระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และให้กำลังใจว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่มีอันตรายต่อชีวิต

3.3.4.3 กรณีที่พบอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตั้งแต่หนึ่งอาการขึ้นไป ครอบครัวต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

3.3.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการพูดให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ชมเชย หรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือ คอยสังเกตหรือสอบถามผู้ป่วยเรื่องอาการข้างเคียงของยา และถ้าพบต้องรีบให้ความช่วยเหลือทันที แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา ควรปฏิบัติ ดังนี้ (จินตนา ลีละไกรวรรณ, 2542)

3.3.5.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การไม่รับประทานยารักษาโรคจิตจะทำให้อาการกำเริบ และต้องกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลอีก

3.3.5.2 พยายามให้การรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นเรื่องปกติ เช่น ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นยารักษาโรคจิตหรือยารักษาโรคอื่นเป็นประจำ ควรให้รับประทานยานั้นพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่คนเราต้องรับประทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นอยู่

3.3.5.3 ไม่ซ่อนยาไว้ในอาหารเพราะผู้ป่วยจะขาดความไว้วางใจ

3.3.5.4 ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือแอบทิ้งยา ควรอธิบายว่าจะต้องพาไปปรึกษาแพทย์ เพื่อเปลี่ยนลักษณะยาใหม่ โดยอาจเปลี่ยนเป็นยาฉีดแทน และต้องไปฉีดที่สถานพยาบาลเดือนละครั้ง หรือ 2 – 4 สัปดาห์ต่อครั้ง

3.3.5.5 มีวิธีติดต่อกับแพทย์ผู้รักษาหรือแหล่งบริการใกล้บ้านในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย

3.3.6 ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด โดยการพูดคุยและทำข้อตกลงกับผู้ป่วยเรื่องการงดเว้นสารเสพติดทุกชนิด รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควรปรึกษาทิมสุขภาพถ้าพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด

3.3.7 สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนจะเกิดอาการกำเริบ การที่ครอบครัวช่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วย และรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์จะช่วยให้แพทย์ได้ให้การรักษาอาการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่ต้นก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

3.3.8 ไม่ควรให้ยาทั้งหมดไว้กับผู้ป่วย ครอบครัวควรรับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์

จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญมากในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางสุขภาพได้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นการที่ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจและมั่นใจในความสามารถของตนมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1950 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคล ต่อมามีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมอันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปอย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาพบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัว ดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือการให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆ เท่านั้น นอกจากนั้นแล้วการให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ ภายใน ” ตัวบุคคล และต้องแก้เฉพาะบุคคลนั้น การให้คำปรึกษาครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ ภายนอก ” ตัวบุคคล คือที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

เมธินันท์ ภิญญชุน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัดว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

Bruno (1989) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมในการบำบัดเพื่อประเมินครอบครัวนั้นๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Biggs (1994) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) คือ การให้คำปรึกษาที่เน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยน เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัว ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยคนเดียว ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามี หรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจหมายรวมถึงเพื่อนด้วยนอกจากนี้ การให้คำปรึกษาครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่บริบท ซึ่งหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย โดยเฉพาะบริบทของครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด กล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ การสร้างบริบทแห่งครอบครัวขึ้นมาใหม่ ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม ให้มีกฎ โครงสร้างและระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกว่าเดิม บริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้ หรือเป็น สถานบำบัดเยียวยา (healing environment) สำหรับผู้ป่วยนั่นเอง การสร้างพลังให้กับครอบครัวนั้น จะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและมีทักษะอะไรบ้าง

4.3 แนวคิดพื้นฐานของการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวมีแนวคิดพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ ดังนี้

4.3.1 เน้นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายนอกจิตใจมากกว่าภายในจิตใจ

การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลถือว่า ความรู้สึกนึกคิดและความขัดแย้งต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งปวงและเป็นจุดที่ต้องแก้ไข แต่การให้คำปรึกษาครอบครัวถือว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นตามลำพังในโน แต่เกิดขึ้นมาในบริบท ในชีวิตจริง เราแยกสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (Intrapersonal) ออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) ไม่ได้ เพราะทั้งสองสิ่งนี้มีอิทธิพลต่อกัน เมื่อปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นตามลำพัง แต่เกิดมาในบริบท เราจึงไม่สามารถเข้าใจปัญหาได้เลยถ้าเราไม่วิเคราะห์บริบทร่วมไปด้วย และเราจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เลยถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงบริบทด้วย

4.3.2 พึ่งพิงที่ระบบทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะหน่วยย่อยบางหน่วย

การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลจะพึ่งพิงที่หน่วยย่อยคือ ผู้ป่วยหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น เมื่อทฤษฎีระบบเกิดขึ้น วิธีการมองปัญหาก็เปลี่ยนไป โดยจะมองระบบใหญ่ทั้งระบบ รวมทั้งมองความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยแต่ละหน่วยในระบบ ดังนั้นแทนที่จะมองเฉพาะผู้ป่วยและแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วย ก็จะมามองและแก้ไขผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวด้วย

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาแห่งความสัมพันธ์ (Therapy of relationship) คือ ไม่ได้มองเฉพาะบุคคลโดดๆ แต่มองทุกส่วนที่สัมพันธ์กับบุคคล เหมือนการพยายามต่อชิ้นส่วนของภาพแต่ละชิ้นเข้าด้วยกัน ชิ้นส่วนทุกชิ้นมีความสำคัญเท่าๆ กัน และสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ภารกิจของผู้ให้คำปรึกษาคือ พยายามจัดให้ทุกชิ้นต่อกันได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้จะได้ภาพที่สมบูรณ์

การมองที่ความสัมพันธ์ระหว่างระบบด้วยกันเอง เช่น ครอบครัวกับโรงเรียน หรือระหว่างระบบกับระบบใหญ่ เช่น ครอบครัวกับชุมชน และระหว่างระบบย่อยด้วยกัน เช่น พ่อแม่กับลูก เป็นการมองในหลายระดับ ซึ่งจะทำให้การให้คำปรึกษาเกิดประโยชน์สูงสุดเพราะผู้ให้คำปรึกษาจะเข้าใจได้ถ่องแท้ มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายและเป็นไปอย่างครบถ้วนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4.3.3 มองปัญหาแบบวงจรไม่ใช่แบบเส้นตรง

การมองปัญหาไม่ได้พึ่งพิงว่าจะอะไรเป็นเหตุหรืออะไรเป็นผล เช่น เหตุการณ์ A ทำให้เกิดเหตุการณ์ B ซึ่งเป็นการมองแบบเส้นตรง (linear causality) แต่การให้คำปรึกษาครอบครัวจะมองปัญหาแบบวงจร (circular causality) คือ มองว่าปัญหาดำเนินอยู่เรื่อยๆ ก็เพราะปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างระบบย่อย เช่น A ทำให้เกิด B B ทำให้เกิด C และขณะเดียวกัน

C ก็มีผลกระทบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับ A อีก ตัวอย่างเช่น กรณีเด็กที่ถูกพ่อแม่ลงโทษอย่างรุนแรง ถ้ามองแบบ linear causality ก็เห็นเพียงว่าพ่อแม่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้จึงตีลูก หรืออีกนัยหนึ่งลูกเป็นเพียงบุคคลเคราะห์ร้ายที่ "ถูกพ่อแม่กระทำ" แต่ถ้าพิจารณาตาม circular causality แล้วจะพบว่าเด็กเองก็เป็นตัวกระตุ้นให้พ่อแม่เกิดอารมณ์โกรธ โดยการชนมากและอยู่ไม่นิ่ง หรือเด็กก็ "กระทำต่อพ่อแม่" เช่นกัน นอกจากนี้ปัญหาอยู่ที่เด็กและพ่อแม่แล้วยังมีอิทธิพลของปัจจัยอื่นด้วย เช่น ความยากจน ความตึงเครียดเพราะพ่อตกงาน และแม่ขาดทักษะในการเลี้ยงลูก เป็นต้น การมองแบบ circular causality จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้อย่างกว้างขวางขึ้น เช่น ช่วยหางานให้พ่อทำ ฝึกสอนแม่ให้มีทักษะในการดูแลลูกมากขึ้น แทนที่จะพยายามช่วยพ่อแม่ให้ควบคุมอารมณ์โกรธของตนเท่านั้น

4.3.4 สนใจว่าปัญหาคำเนินอยู่ได้อย่างไรและมีบทบาทอย่างไรในครอบครัว

ในปฏิสัมพันธ์ที่เป็นวงจรมันบ่อยครั้งที่เราไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นได้เพราะการที่เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุหนึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วและไม่อาจจะรู้หรือฟันมาแก้ไขใหม่ได้ การให้คำปรึกษาครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน "ที่นี่และขณะนี้" (here and now) คือ พยายามมองหาว่าในขณะนี้ปัจจัยอะไรที่ทำให้ปัญหาคำเนินอยู่เรื่อยๆ เพราะถือว่าคุณสามารถค้นหาและแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ได้ง่ายกว่า พยายามค้นหาและแก้ไขปัจจัยในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน

4.3.5 มุ่งที่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมมากกว่าความเข้าใจตนเอง

ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวถือว่า ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนเกิดขึ้นในช่วงให้การให้คำปรึกษาแล้วก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อทุกคนกลับไปใช้ชีวิตร่วมกันที่บ้าน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองจึงไม่เพียงพอ สิ่งที่สำคัญคือ ช่วยให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมองเห็นได้ในช่วงให้การให้คำปรึกษา ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนรวมทั้งของผู้ป่วยโดยอัตโนมัติ

4.4 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุม่าพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการคือ

4.4.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัด แต่ในการให้คำปรึกษา

ครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษา ก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษากลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

4.4.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหาที่เคยกระทำนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหาหลายอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

4.4.3 พุ่งเล็งปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่าปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าพุ่งเล็งที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย-แม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

4.4.4 ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่พุ่งเล็งไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.4.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการให้คำปรึกษา การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใด หรือให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้น จะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

4.4.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาด

เครือข่ายระดับประเทศ และมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่นๆ การให้คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา ดึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

อุมาพร ตรังคสมิต (2544) กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

1. ระยะสั้น

สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่ 1) ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการให้คำปรึกษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2) วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และประการที่ 3) การแก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้ง ถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2. ระยะกลาง

ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษาได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่จะเข้าไปในการแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

3. ระยะสุดท้าย

ในระยะนี้ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้น และแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีการประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอคือ ต้องให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่รีบไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอ และแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองไม่ได้ การให้คำปรึกษาครอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้วอาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

4.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2. Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่าในปี ค.ศ 1980 การให้คำปรึกษาครอบครัวได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี ดังนี้

4.5.1 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Family Therapy)

บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ Ackerman ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) Ackerman กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบๆ หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (interpersonal conflict) เป้าหมายในการให้คำปรึกษาก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเอง และช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5.2 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของ Bowen (Bowen Family Therapy)

Murray Bowen และ Micheal Kerr เป็นผู้นำในการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ Bowen เชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัวจากอดีตจนปัจจุบัน เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้งสมาชิก สามารถเป็นตัวของตัวเอง และมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

4.5.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy)

ผู้นำทฤษฎีก็คือ Minuchin (1974) Minuchin เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาเป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเชื้ออาหารต่อกัน

ครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว เน้นที่

4.5.3.1 ปัจจุบันและอนาคตการประเมินและการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่ปัจจุบันที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)

4.5.3.2 การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม

4.5.3.3 เหตุและผลมีการกระทบกันอย่างเป็นระบบ (reciprocal nature of systemic causality) เช่น พฤติกรรมของคนมีผลกระทบและถูกกระทบโดยระบบสังคมที่เขาอยู่

4.5.3.4 การให้ความสำคัญของกระบวนการ (process) เช่นวิธีการสื่อสาร หรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร มากกว่าเนื้อหาคำพูด (content)

4.5.3.5 ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอมซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่ง (Pasts) หรือหน่วยหนึ่งในครอบครัวทั้งหมดโดยรวม

Minuchin อธิบาย 4 ระยะของการเจริญเติบโต พัฒนา (development) ของครอบครัว ดังนี้

ระยะที่ 1 การเริ่มต้นชีวิตคู่ (couple formation) เริ่มจากการที่คน 2 คนมาจากครอบครัวที่แตกต่างกัน ตกลงมาใช้ชีวิตร่วมกัน

ระยะที่ 2 ครอบครัวที่มีลูกเล็ก (young children) การที่มีลูกทำให้บทบาทของความเป็นพ่อแม่เพิ่มขึ้นมาด้วย

ระยะที่ 3 ครอบครัวที่มีลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (school age and adolescent children) ลูกเข้าโรงเรียน ทำให้ครอบครัวต้องมีการติดต่อกับสังคมโรงเรียน และเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ครอบครัวก็ต้องปรับตัวกันอีกครั้งหนึ่ง ให้เหมาะสมกับธรรมชาติของวัยรุ่นที่ต้องการมีกลุ่มเพื่อน และต้องการความเป็นอิสระและพ้นจากการควบคุมของพ่อแม่บ้าง

ระยะที่ 4 ครอบครัวที่มีลูกโตเป็นผู้ใหญ่ (grown children) เมื่อลูกโตเป็นผู้ใหญ่มีงานทำ มีรายได้เป็นของตัวเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกก็เปลี่ยนจากแบบผู้ปกครองกับเด็ก (parent – child interaction) เป็นแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ (adult– adult interaction)

4.5.4 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

Carl Whitaker ได้นำเอาแนวความคิดทฤษฎีเชิงมนุษยนิยมมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยมมีความเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้นการไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การบำบัดจะเน้นมีการสร้างความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.5.4.1 เน้นที่นี้และปัจจุบันนี้ (Here and Now)

4.5.4.2 อิสระภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล

4.5.4.3 การตระหนักถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง

4.5.4.4 การทำตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.5.4.5 ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว

4.5.4.6 ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกัน

มากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ได้แก่ เทคนิคแบบ gestalt การสมมติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะ เป็นต้น

4.5.5 Stuart & Sundeen เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสาร การให้คำปรึกษา เน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจน เป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นการแสดงความรู้สึก และรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึก และความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวาและความภาคภูมิใจในตนเอง

จากการศึกษาของ Wynne และคณะ (1958 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2544: 64) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท มักมีความจงรักภักดี ความเห็นพ้องต้องกัน และ

เป็นอันหนึ่ง อันเดียวกันมากเกินไปจนสมาชิกไม่เป็นตัวของตัวเองและมักมีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขตในการศึกษา ครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) โดยมีเป้าหมาย คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม การพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว เช่น การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา (enactment) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น จนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ ที่มีต่อกันให้เหมาะสมและกลายเป็นความผูกพันกันทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น

4.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural Family therapy ดังต่อไปนี้คือ

4.6.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็ความ สุข ความทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิต ด้วยวิธีการดังนี้

4.6.1.1 พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือ ทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้นๆ เช่น ขณะสัมภาษณ์ ถ้าลูกเรียกพ่อแม่อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

4.6.1.2 ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถาม หรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

4.6.1.3 สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดี หรือประสบความสำเร็จก็ไม่ต้องมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้รู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหา

วิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวัง ต้องการได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะแก้ปัญหาต่อไป

4.6.1.4 join สมาชิกทุกคน โดยสนใจฟังและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้ว จึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

4.6.1.5 วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่ง อาจทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีภรรยาขัดแย้งกัน เมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join กับทั้งสองคนให้สมดุลกัน

4.6.1.6 อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ไม่ว่าจะป็นพ่อแม่ ผู้ป่วยหรือสมาชิกคนอื่น ครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอกและภายในครอบครัวด้วยกันเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ที่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและยินดีต้อนรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

4.6.1.7 อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้น มาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดแต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

4.6.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษาข้อตกลงในที่นี้หมายถึง ข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลานานกี่นาที ใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

4.6.2.1 ทำให้ครอบครัวตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว

4.6.2.2 ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกว่าการให้คำปรึกษาจะไม่มีวันสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น

4.6.2.3 เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไร และผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทอย่างไรอย่างชัดเจน ไม่เกิดความสับสน ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวบางคนอาจให้มีการเขียนข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร วิธีนี้สำหรับครอบครัวที่ยุ่งเหยิงมากและมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด

4.6.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในครอบครัวบ้าง หลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

4.6.3.1 ช่วยให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายให้ได้ ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษาครอบครัว การตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะครอบครัวที่รู้ว่าตนต้องการอะไรนั้น จะรู้ว่าตนต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ แม้จะเป็นการยากเพราะในระยะแรกครอบครัวมักมีความขัดแย้งกันมาก แต่การพยายามตกลงกันจะทำให้ครอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น

4.6.3.2 ต้องให้ครอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมาย และเป็นเจ้า ของเป้าหมายนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเป้าหมายเอง ไม่ใช่คิดแทนครอบครัว เช่น อาจตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า "ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงครอบครัวของคุณได้ คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรมากที่สุด" "คุณต้องการให้ชีวิตคู่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง" เป้าหมายของครอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมายซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการประเมินครอบครัว ถ้าเป้าหมายของครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้ครอบครัวเข้าใจก่อน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขพฤติกรรมเกรงของลูก แต่ผู้ให้คำปรึกษาพบว่า พ่อแม่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับลูกอย่างรุนแรง และความขัดแย้งนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกรง ผู้ให้คำปรึกษาควรเสนอแนะให้กับพ่อแม่ว่า การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ควรเป็นเป้าหมายอันดับแรก และการแก้ไขพฤติกรรมของลูกน่าจะเป็นเป้าหมายอันดับต่อไป เป็นต้น

4.6.3.3 เป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ เช่น เป้าหมายไม่ควรเป็น "เพื่อให้ลูกเป็นเด็กดี" เพราะคำว่า "ดี" เป็นนามธรรม ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ นอกจากนี้ความหมายยังแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว บางครอบครัวอาจหมายถึง การที่ลูกขยันเรียนหนังสือและประพฤติเรียบร้อย แต่บางครอบครัวอาจคิดว่าเพียงลูกไม่สอบตกและไม่ไปก่อเรื่องเดือดร้อนกับใครก็ดีพอแล้ว นอกจากนี้ในเด็กเล็กถ้าตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน เด็กอาจไม่เข้าใจว่าพ่อแม่คาดหวังว่าให้คนทำอะไร ฉะนั้นเป้าหมายควรเป็นสิ่งที่ชัดเจน วัดได้และประเมินได้ เช่น "ให้ลูกพูดจาสุภาพ" แทนที่จะบอกเป็นนามธรรมว่า "ให้ลูกทำตัวดี" หรือควรตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกช่วยคุณแม่ทำความสะอาดบ้านในวันเสาร์" แทนที่จะตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกเป็นคนที่มี

น้ำใจ" เป็นต้น ไม่กว้างเกินไป แต่ควรมีขอบข่ายชัดเจนว่าต้องการให้เกิดอะไร ที่ไหน เมื่อไร เช่น เป้าหมายว่า "ให้ลูกช่วยงานบ้าน" เป็นเป้าหมายที่กว้างเกินไป เพราะเป้าหมายมีหลายอย่าง ตั้งแต่ล้างจาน กวาดบ้าน ไปจนถึงรดน้ำต้นไม้ การบอกกว้างเช่นนี้ทำให้กระทำตามเป้าหมายได้ยาก จึงควรกำหนดพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น "ให้ลูกช่วยกวาดบ้านในตอนเย็นเมื่อกลับจากโรงเรียนทุกวัน และช่วยถูบ้านในวันเสาร์"

4.6.3.4 ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการให้คำปรึกษาก้าวหน้าหรือไม่ เช่น เป้าหมาย "ให้ภรรยาไม่อารมณ์เสีย" เป็นเป้าหมายที่สังเกตได้ก็จริง แต่จะวัดได้ยาก เนื่องจากอารมณ์มักจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม เป้าหมายจึงควรเป็น "ให้ภรรยาพูดกับสามีโดยไม่โกหก" หรือแทนที่จะตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้" ก็ควรตั้งว่า "ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวัน ตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม" เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาอย่างเพ้อฝัน เช่น ถ้าลูกมีสติปัญญาในระดับที่เรียนช้า ก็ต้องตั้งเป้าหมายว่าให้ลูกสอบผ่านเท่านั้น ไม่ใช่ให้ได้ที่ 1 เป็นต้น

4.6.3.5 ควรเป็นการทำสิ่งใหม่ขึ้นมา ไม่ใช่ให้เลิกทำสิ่งเก่า ๆ กล่าวง่าย ๆ คือ ควรตั้งเป้าหมายในเชิงบวกแทนที่จะเป็นเป้าหมายในเชิงลบนั่นเอง เช่น แทนที่จะตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกไม่พูดหยาบคายกับพ่อแม่" ก็ตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกพูดไพเราะกับพ่อแม่" หรือตั้งเป้าหมายว่า "ให้ลูกไปโรงเรียนทุกวัน" ไม่ใช่ "ให้ลูกไม่หนีโรงเรียน" การเน้นพฤติกรรมเชิงบวกจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาทำสิ่งที่ดีได้และทุกคนให้โอกาสเขาเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ครอบครัวก็จะมีกำลังใจและมองผู้ป่วยในแง่ที่ดีขึ้น การตั้งเป้าหมายในเชิงบวกมีผลที่แตกต่างจากเป้าหมายในเชิงลบ

4.6.3.6 เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า "ต้องการมีความสุขขึ้น" ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่า ความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้ อย่างมากมายแม้ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมาก ครอบครัวอาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่งนั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

4.6.3.7 เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใด เป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและอะไรที่รอได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่

รับด่วน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องจัดให้มีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ นั้น เป็นเป้าหมายอันดับรองลงมา

4.6.3.8 ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษา แต่ละระยะจะต้องประเมินว่าเป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้อง ย้ำให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษา ครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมายนั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้ คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

4.6.4 การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในกระบวนการในการให้คำปรึกษา ครอบครัว คำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ดังนี้

4.6.4.1 คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไร ที่ไหน เช่น คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูล แต่ถ้าใช้คำถามแบบนี้เท่านั้น ผู้ให้คำปรึกษาก็จะไม่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นชัดเจนพอ เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรหรือไม่?”

4.6.4.2 คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจ มีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ลักษณะจะพุ่งเล็งที่ความแตกต่างใน 3 ด้าน คือ

4.6.4.2.1 ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

4.6.4.2.2 ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มี่ต่อกัน เช่น “พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

4.6.4.2.3 ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น “ความรู้สึกของคุณต่อภรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆอย่างไร?” ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

4.6.4.3 คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสรภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเล่าเรื่องการเรียนของลูกให้ดิฉันฟังสักนิดได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของลูกให้ฟังสักนิดซิคะ” ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น บางทีครอบครัวอาจ

ย้อนถามผู้ให้คำปรึกษาว่า "จะเอาเรื่องอะไรล่ะครับ มันมีหลายเรื่องไม่รู้จะเล่าเรื่องอะไรดี" การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสมเพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิด หรือเรื่องที่จำง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่าต้องการรู้เรื่องอะไร

4.6.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมายที่ต้องการ ให้ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็นหรือไม่มีความเกี่ยวข้องต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งอยู่ที่ประเด็นสำคัญ ที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ "หลงทาง" คือ ถูกครอบครัวนำไปยังเรื่องอื่นที่ไม่มีความสำคัญ ผลที่ตามมาคือ ชั่วโมงการให้คำปรึกษานั้นจะมีความสับสนวุ่นวาย เมื่อจบชั่วโมงแล้วก็ไม่รู้ว่าวันนี้มาพูดคุยกันเรื่องอะไร เป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้า บางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือเป้าหมายมาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหาหลายประการ จึงเกิดความสับสนว่าอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่ บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียด โดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริง แต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

4.6.6 การทำให้กระจ่าง

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคนโดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ "เติม" สิ่งที่ตนขาดไปให้เต็ม ดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริง สื่อสารกันอย่างกระจ่างชัด จึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรง ๆ อาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือตีจากไปในที่สุด ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา เราจึงได้ยินสามีภรรยากล่าวถึงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าคุณต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นกระจ่างชัด การทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าตนรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็จะมี ความชัดเจนว่า อีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

4.6.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

กุญแจสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวเติบโตขึ้นก็คือ การจัดการกับความความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึกต้องช่วยให้

บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมา เป็นการกระทำที่เหมาะสม

4.6.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ หรือ reframe หมายถึง การเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเรามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต แต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและหาทางออกไม่ได้ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหา หรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ผู้ให้คำปรึกษาจะ reframe อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในชั่วโมง การ reframe คล้ายคลึงกับการตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การ ตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษา มักจะ reframe ปัญหาให้รุนแรงขึ้น เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมดหวัง ซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

4.6.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่เหมาะสม ความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเชื่องช้าและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะ โดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

4.6.9.1 ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึงความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อเห็นภาพ

4.6.9.2 ใช้ภาษาของผู้รับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษสำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทน เพราะจะทำให้ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูด

ของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อ ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณให้คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน

4.6.9.3 การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวมองไม่เห็นแง่มุมที่คุณให้คำปรึกษาพยายามชี้ การกล่าวซ้ำๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้นโดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซงและทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

4.6.10 การท้าทาย

การท้าทาย หรือ challenging เป็นวิธีกระตุ้นให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จะท้าทายให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ใหม่ ประเมินความเป็นไปในปัจจุบันใหม่และเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาจากวิธีเก่าที่ใช้ไม่ได้ผลเป็นวิธีใหม่ที่ดีกว่าเดิม การท้าทายคือ การตั้งคำถามว่า “จริงหรือที่....?” เช่น “จริงหรือที่ทุกอย่างล้มเหลวแล้ว?” “จริงหรือที่คุณทั้งสองพยายามทำเต็มที่แล้ว?” การท้าทายมีหลักการ ดังนี้

4.6.10.1 จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้ว อย่าท้าทายบุคคล เพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้

4.6.10.2 การท้าทายครอบครัวจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่า ครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดดีอะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา

4.6.10.3 การท้าทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่าๆ ซึ่งไม่ได้ผล การท้าทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การท้าทายจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join ที่ดีก็จะต้องมีการท้าทายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็นการก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัว และดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการท้าทายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในส่วนตัวของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.6.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในช่วงให้การให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน

enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษารอบครัวจะต้องให้ครอบครัว "ทดลอง" ปฏิสัมพันธ์ใหม่ เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้น แล้วกลับไปทำที่บ้านได้ดีขึ้นถ้าได้ทดลองทำ

4.6.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร (Minuchin, 1974) เช่น ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่ – ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ – ลูกสาวได้ เป็นต้น การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman, 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะ ต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

4.6.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directing การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทาง เลือกต่าง ๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไร ไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าตนรู้อะไรๆ ดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่า ควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

4.6.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในช่วงโดยใช้เทคนิค enactment แล้ว ยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั่นเอง เมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้าง จุดมุ่งหมายของ

การบ้านนอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสียเวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อ ให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยกันเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

4.6.15 เทคนิคการแสดงมุมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว
Sculpting เป็นเทคนิคที่ให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด - เห็นห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้ให้คำปรึกษาจะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง ๆ sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วย ให้ครอบครัวสัมผัสกับความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าจะแทรกแซงอย่างไร

4.6.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

Paradox หรือ Paradoxical intervention หมายถึง การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป เทคนิคนี้เป็นเทคนิคสำคัญของ Strategic family therapy Paradox มีประโยชน์ในกรณีที่เทคนิคอื่นใช้ไม่ได้แล้ว การจะใช้เทคนิคนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้อง reframe ความหมายของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่ และให้ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมจึงต้องทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อไป

4.6.17 การควบคุมความรุนแรง

Control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่นั่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่างเช่น ลูกที่ติดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธเพราะลูกทำผิดจริง และลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าการกระทำของตนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธทวีขึ้นเรื่อยๆ ตนพ่อควบคุมตนเองไม่ได้แล้วทำร้ายลูก วิธีควบคุมให้เกิดความรุนแรงคือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาจใช้วิธีต่างๆ ดังนี้

4.6.17.1 ตัดบทก่อนที่จะมีการดำเนินคดีหรือมีอารมณ์โกรธมากขึ้น

4.6.17.2 ตั้งคำถามให้แก่แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น เช่น อาจถามว่า “ตกลงเราจะแก้ปัญหาด้วยการดำเนินกันแบบนี้หรือ?”

4.6.17.3 ดึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้มาฟังเสียงอารมณ์อื่นๆ ที่อยู่ลึกกว่า เช่น “เรื่องนี้คงเป็นภาวะที่น่าลำบากใจมากสำหรับทุกคน”

4.6.17.4 เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่ เช่น “ดิฉันขอให้คุณพูดทีละคน เมื่อคนหนึ่งพูด อีกคนหนึ่งต้องฟัง ไม่ใช่แข่งกันพูด”

4.6.17.5 ออกคำสั่งให้ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ ยิ่งครอบครัวมีอารมณ์รุนแรงมากเท่าใด ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าไปควบคุมมากขึ้นเท่านั้น อย่างไรก็ตามจะเป็นการไม่สุภาพที่จะออกคำสั่ง บางครั้งการช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลง ก็จำเป็นต้องทำอย่างหนักแน่นและตรงไปตรงมา เพื่อตัดวงจรแห่งปัญหาให้สิ้นสุดลงก่อนที่จะมีการทำร้ายกันทางกายหรือทางวาจา

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหรือการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวได้ในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทของผู้ให้การดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยที่พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้คือ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545; อุมาพร ตรงคสมบัติ, 2544)

5.1 การประเมินสภาพ

ขั้นรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้านเพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประวัติทางด้านจิตเวชและอายุรกรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร เทคนิคการรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นประเมินโดย

5.1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้

5.1.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น (contract) เป็นข้อตกลงที่เกี่ยวกับการบำบัด เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลาานานเท่าไร เป็นต้น

5.1.2 ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูง ๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ

5.1.3 ให้นำบุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมุติ (Role play)

5.1.4 สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงเราต้องหาทางเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางสร้างสรรค์

5.2 ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

5.2.1 ปัญหาอยู่ที่ใคร

5.2.2 จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

5.2.3 กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

5.2.4 การวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด (cognitive appraisal) ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวประเมินสถานการณ์ได้เหมาะสมขึ้น ควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในขอบเขต

5.2.5 การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ทำให้ครอบครัวไม่ติดอยู่กับแง่ลบของปัญหา

5.3 การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

5.3.1 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว หลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

5.3.1.1 จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

5.3.1.2 จัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต

5.3.1.3 ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

5.3.2 การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไว้ อาจทำได้ 2 ลักษณะ

5.3.2.1 ปัญหาค่วน ปัญหาคความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหาย เร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในขั้นต้น

5.3.2.2 ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ คงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกร่วมกันและมี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลอาจต้องพบญาติเป็นรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจ และพบ เป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอน และใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะ ยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

5.3.3 การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดกิจกรรม ภาย ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนใน ครอบครัวทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พยาบาลจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึง แต่ละครอบครัวว่าต้องการเปลี่ยนแปลงส่วนไหน ดูความต้องการการเปลี่ยนแปลง จากนั้น ดำเนินการสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้อง เหมาะสมกับทุกครอบครัว

5.4 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว

ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว จะเน้นหลักการดังนี้

5.4.1 ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง

5.4.2 มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจ ชัดเจน

5.4.3 การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว

5.4.4 เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว แต่ละสถานการณ์

5.4.5 พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง

5.4.6 กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลกันเอง

5.4.7 กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลกันเอง

5.4.8 เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎี กลุ่มโครงสร้างครอบครัว เช่น การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา (enactment) การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่างๆ (boundaries making) และการ มอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่และมีทักษะในด้านต่างๆ เช่น

การสื่อสาร การแก้ปัญหาเป็นต้น และเน้นการเข้าใจและการยอมรับ รับรู้ความรู้สึก สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่ายโดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจากความสามารถของบุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่นๆ สังเกตและให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรมีกฎเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้นหน้าที่ ระบบ บทบาท ให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

5.5 การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว และความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว แต่ละครึ่งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินผลอาจสอบถามจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว มีบทบาทที่เด่นชัด คล้ายเป็นผู้กำกับการแสดงที่ต้องมีความคล่องแคล่วว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกตและผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเข้าไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำ หากพบว่าครอบครัวคาดหวังความเป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือ อาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือทั้งครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทตัวเองมาเป็นผู้สังเกตดูพลวัตรที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง มีโอกาสป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2544) ลักษณะพฤติกรรมการใช้ยารักษาอาการทางจิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกใน 5 ลักษณะคือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาไม่ถูกขนาด การใช้ยามืดเวลา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999

อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือน เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง หากครอบครัวเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเข้ารักษาซ้ำได้ง่าย (วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2541) ดังนั้นครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตามชนิด ระยะเวลาและขนาดที่รับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและให้การดูแลเบื้องต้น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถทำนายการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bebbington & Kuipers, 1994) โดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion E.E.) ในระดับสูง คือมีปฏิสัมพันธ์แบบตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) และจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional overinvolvement) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544 และ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงมักจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ในทางตรงข้าม หากครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xiong et al. (1994, cited in Heather, Amit, and Brian, 2002) ที่พบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรับประทานยาดีขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

การให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยไม่ให้เกิดอาการกำเริบบ่อยและใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) อีกทั้งเป็นการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม หรือที่เรียกว่า Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษารูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มีปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เนื่องจากการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นผลมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัวมิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1895) การให้คำปรึกษา

ครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ปัญหาของตนและครอบครัวของตน ได้พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดการกับความขัดแย้งภายในบุคคลในครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุญรัชชัย, 2549) และค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วย โดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ญาณินี ไพบูลย์รัตนกร, 2547) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และมีหน้าที่ในการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นเอื้ออาทร ห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ (อรณพ ทองคำ, 2546)

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นวิธีการให้คำปรึกษาแบบขนาน (parallel approach) คือให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวเท่า ๆ กัน และให้การปรึกษาไปพร้อมกัน ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจปัญหาของตน พร้อมไปกับการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย การช่วยเหลือระบบย่อยทั้งสองไปพร้อมกันเป็นสิ่งที่ดีเพราะทำให้ไม่มีใครถูกทอดทิ้ง แต่ทุกคนมีโอกาสจะได้รับความช่วยเหลือ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ สาริณี ไต๊ะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structure Family Therapy) ของ Minuchin (1974) มาใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดเชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎระเบียบแบบแผนชัดเจนการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะเกิดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดนี้ คือ

1. การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม สร้างความผูกพันที่พอเหมาะ โดย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ บทบาทและกฎเกณฑ์ต่างๆ ภายในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่ำ สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

2. การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้สมาชิกเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ โดยการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และครอบครัวสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น การเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันจะก่อให้เกิดความผูกพัน ซึ่งความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวมีความสำคัญ ที่จะนำไปสู่ความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งผลต่อการปรับตัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl Hummer and Fleischhacker, 2000)

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว ร่วมกับการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาได้ มีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน โดยให้คำปรึกษาครอบครัวแบบรายครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 1- 3 ราย ดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทหรือโรงพยาบาลราชบุรี ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะตามกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว และดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ขั้นตอน โดยกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพในกิจกรรมแรกนี้เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งการให้คำปรึกษาจะดำเนินไปได้ด้วยดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ ซึ่งไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี จากนั้นจึงดำเนินการประเมินครอบครัว ซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีการประเมินในส่วนของโครงสร้างครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ และการประเมินกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของความสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่าง พ่อแม่ – ลูก แม่- ลูก สามี – ภรรยา ครอบครัว

ปัจจุบันและเครือญาติ เพื่อที่ผู้ศึกษาจะได้ทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร หรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้าง และดูว่าครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ความชอบและความไม่ชอบ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าใจในบริบทของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน โดยมีผู้ศึกษาเป็นสื่อกลางในการความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม กิจกรรมนี้ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผน การใช้ยาที่ถูกต้อง โยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างที่เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (Boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Subsystem) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีขอบเขตที่ชัดเจน ซึ่งหมายถึงขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์ และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระ และในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจนสมาชิกในครอบครัวจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ร่วมกับการได้รับข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้อาการดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเห็นประโยชน์และความสำคัญของการรักษาที่ต่อเนื่อง และที่สำคัญผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของครอบครัว ตลอดจนมีการแสดงความคิดเห็นต่างๆ ในบทบาทของตนเองในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง กิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง จากการประเมินครอบครัวจะสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด การช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ โดยผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์คือ เทคนิค Reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในลักษณะท้าทาย และใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เกิดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องและปัญหาจากการใช้ยารักษาอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญของการเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา คือ 1) ความสามารถในการสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ยารักษาอาการทางจิตมีหลายตัว มีผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต่างกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ 3) ความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยได้ ซึ่งพยาธิสภาพของโรคเป็นสาเหตุหนึ่งที่

ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 4) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว การสื่อสารเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวดี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขต ครอบครัวจะมีความรู้สึกเกี่ยวพันกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน และมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองอย่างสมดุล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้ศึกษาซักถามถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับจากการให้คำปรึกษาครอบครัว และยุติการให้คำปรึกษา

สรุป จากการนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายวางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้นจนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และกลายเป็นความผูกพันกันทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ก็จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ลดการเกิดอาการกำเริบและการกลับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งนับว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยในประเทศ

อรพรรณ ลีอนุวัตรรัชชัย และคณะ (2542) ศึกษาผลการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาที่บ้านต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และญาติที่ดูแลผู้ป่วย รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ความสามารถในการปรับตัวทั้งของผู้ป่วยและของญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความสามารถในการปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกันสามารถพัฒนาได้สูงมากกว่าด้านอื่นๆ

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

จำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำมี 5 ตัวคือ พฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรสและความเชื่อด้านสุขภาพ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ขึ้นเอง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยในชุมชน คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการวางแผนจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวน 20 คน พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

นภัสศิริ คำสอน (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โดยได้ทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายภายหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาริณี ไต่ทะทอง (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิลาสินี ดุษฎีเสณีย์ (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Favrod (1993 อ้างถึงใน ดารณี จามจรี, 2545) ศึกษาผลการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการทดลองแบบกลุ่มเดียว เป็นรายบุคคล พบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้ และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

Razali and Yahya (1995) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาด้านยาต่อการกลับเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Sains Malaysia จำนวน 165 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 85 คน ได้รับประทานยาโรจิต 1 - 2 ครั้งต่อวัน ร่วมกับการให้คำปรึกษาด้านยา ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน ได้รับการบำบัดตามปกติ หลังจากติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยโรจิตเภท กลุ่มทดลองกลับเข้ารับรักษา 11 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับเข้ารับรักษา 23 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยที่บ้านคือการได้รับการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาจากครอบครัว

Azrin and Teichner (1998) ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมการสอนเพื่อปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 39 คน ที่ได้รับการดูแลรายกรณีจากศูนย์สุขภาพชุมชนและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับ

ความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตนเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตนเองให้รับประทานยา และมาพบแพทย์ตามนัดเฉพาะผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ประเมินผลโดยการนับเม็ดยาและการรายงานตัวเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความรู้เรื่องยาและการสอนเรื่องการจัดเตรียมยาใส่ภาชนะเพื่อเตือนตนเองให้รับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kumar and Sedgwick (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17 – 65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30 – 45 นาที ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อยากจะร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่นๆ

Michael (2006) ศึกษาถึงปัจจัยต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1,061 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

พัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ
 สารีณี โต๊ะทอง (2548) ตามแนวคิดการให้คำปรึกษา
 ครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว ของ Minuchin (1974)
 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และ
 การประเมินโครงสร้างครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2

สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผน
 แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3

สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้
 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4

การเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
 และยุติการให้คำปรึกษา

พฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา

- การใช้ยาตามแผนการรักษา
- ความสามารถในการสังเกต
และจัดการกับอาการข้างเคียง
ของยา