

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวารสาร เอกสาร บทความ และงานศึกษาที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.4 ระบบบริการพยาบาลและการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.4 กิจกรรมพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล
- 3.2 บทบาทในการให้ความรู้
- 3.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ
- 3.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา
- 3.5 บทบาทนักวิจัย

#### 4. โครงสร้างครอบครัว

#### 5. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 5.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 5.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 5.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 5.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มเน้นโครงสร้าง
7. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับว่า เกท จิตแปลว่า จิตใจ เกท แปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่ แยกแยกในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ ครั้งแรก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ 1908 และได้ใช้คำนี้ มาจนถึงปัจจุบัน (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวน ผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

### 1.1 ความหมาย

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ โดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก โดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่ สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความจริง ความผิดปกติของ กระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิด หลงผิด ส่วนพฤติกรรมพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมแปลก ๆ

องค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและ ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้ คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและ พฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วง

วัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่ มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ความบกพร่องในด้านความคิด โดยความผิดปกติของกระบวนการคิดนั้น แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด เป็นต้น ความผิดปกติในด้านอารมณ์ การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายและทางสมอง อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออก และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคม

## 1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในระยะแรก ๆ อาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปเริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน จากการตรวจสภาพจิต จะพบ ความผิดปกติทางการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้ คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น และแบบ เฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เอะอะโวยวายไม่อยู่นิ่ง ซึมเฉยไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำ ๆ และทำอะไรตรงข้ามกับที่ตั้ง ความผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็นและใช้ภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิดผิดปกติขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง เนื้อหาความคิดผิดปกติ จะออกมาในรูปของการหลงผิดแปลกประหลาดที่ไม่สัมพันธ์กันและความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ประมาณ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ภาพหลอนนอกจากนี้ อาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor,1994; Johnson, 1993)

1.2.1 อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด

(Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizzare behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

1.2.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชย์, 2544) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดการดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนี้

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิมระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดไม่ประติดประต่อกันหรือพุดไม่รู้เรื่องและมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตเห็นและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมยไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้นอาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงาน หรือโรงเรียนเป็นระยะเวลาสั้นทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller & Murphy, 2001) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่

อาบน้ำหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการเช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

### 1.3 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จาก การทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้ สำหรับ ปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ (Davis , 1974) อังใน (ดารา ศตรูถีและคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลก ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่น ในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิก คนอื่นถ้าจะไปก็ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาของ (เพลินพิศ จันทรศักดิ์ ,2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการไม่รับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านความคิด กิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจและการทำงาน

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชัช และชนกพร จิตปัญญา, 2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัว ไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่าไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยงไม่ยอมคบหาพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว

จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งคนหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาว่ามีความคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวในปัจจุบันนี้ มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเองการทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแลซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่ง พบว่าเป็นปัญหาในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยมีการแสดงความรักความสงสารน้อย อีกทั้งยังไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นการระกบสมาชิกในครอบครัวและยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

#### 1.4 ระบบบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งนั้นได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน มีการจัดระบบการส่งต่อ และจัดบริการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการในการผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทำให้ลดการเจ็บป่วยลงได้ (ปีทมา ศิริเวช, 2545) นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย ในลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอก ในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้าน และในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพดังต่อไปนี้ (ปีทมา ศิริเวช, 2545; สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

1) การประเมินทางจิตสังคม การคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้การพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา

2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้าน และมีการติดตามต่อเนื่องนี้จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการ โดยการจัดทีมฉุกเฉินเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านวันเว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉินจะช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้

5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพต่าง ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน

6) ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกปรับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้น ๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพรตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

##### 1.4.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน ( Home health care)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น มีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาลแต่เป็นลักษณะการดูแลที่ไม่สลับซับซ้อน สำหรับในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมานานแล้วใน

รูปแบบของการดูแลตนเองในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสมัยใหม่ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทยเกือบ 50 ปีโดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไปที่จัดให้มีการเยี่ยมบ้าน (ทวิทองหงษ์วิวัฒน์, 2533) การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในปัจจุบันเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด โดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมป้องกัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขยายระบบบริการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมพัฒนาองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2540) กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงผลักดันให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2544) จึงนับว่าเป็นภารกิจอันสำคัญของบุคลากรทางจิตเวชที่จะให้บริการและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลเบื้องต้น ในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดถ้ามีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขาซึ่งจะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้านตำบลและอำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด สำหรับการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือเมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัดหรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ยังต้องการการดูแล ต่อเนื่องหรืออาจส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุด ซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐบาลและยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น โดยระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กัลยาณี โนอินทร์ (2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

- 1) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสหสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 2) เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทรมาน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 5) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น



เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีความสุข

6) เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

7) เป็นการบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ กสิบุญญวิชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพ และความ พิกัดของผู้ป่วยให้น้อยลง

2) ลดอัตราการการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมิน ความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแล อย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้จ่าย การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นรวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษา ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า สำหรับรูปแบบการพัฒนาการให้บริการต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยใน ลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมี คุณภาพนั้น เน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่หน่วยบริการทุติยภูมิ

การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนซึ่งเป็นสังคมเดิมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
  - 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
  - 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้น การสร้างความเข้าใจของแต่ละคน ในครอบครัว
  - 4) สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
  - 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎี การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว
  - 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาส ที่เหมาะสม การประทับประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
  - 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย
  - 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ
  - 9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะ ๆ
- สิ่งที่ควรคำนึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญ คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคม และวัฒนธรรมการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้
- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคม และวัฒนธรรมของคนที่มียุทธิต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
  - 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ยอมรับและดูแลอย่างเหมาะสม
  - 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ

- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

- 1) การเยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนให้ทำการ แก้ไขทันที
- 2) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกของชุมชน
- 3) การเยี่ยมบ้านและการให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้การปรึกษาการทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย
- 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี
- 6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองการรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวมคือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชเป้าหมาย เพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค

และการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่องและผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมการดำเนินชีวิต ที่มีคุณค่ามุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข หลักการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดในเชิงทฤษฎีการดูแล หลักการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมโยง การดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไป ได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตในความหมายต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ความสุข(happiness), ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายาม

ให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง ส่วนมากมีความหมายคล้ายคลึงกันหรือมีความสอดคล้องกันจะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียด หรือจุดเน้นตามศาสตร์หรือสาขาวิชานั้น ๆ เห็นว่ามีความสำคัญ

## 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง เป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ 2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย คำ 2 คำคือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans & Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

Hughes (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล คล้ายกับ มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ที่ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุก

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Spiker (1990 cite in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3) สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี ( Psychological status and well-being ) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) 5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic status)

พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินใจได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้น อยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตนั่นคือ ภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

โดยสรุป จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าคำว่า คุณภาพชีวิตเป็นคำซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นลักษณะของการรวมหลายมิติ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงพอจะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

## 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans & Power (1985, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George & Bearon แล้วสรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัยมีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตา ของตนความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของ บุคคลประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพ ของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน ของชีวิตบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่ คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นประสบการณ์ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและ สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่ง

เป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและมีการปรับปรุงพัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใคร ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ



1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการเช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันติภาพ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตและองค์ประกอบที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO(1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจน เกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้อุปกรณ์ชี้วัด ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ

1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย(objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูล

ด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่นรายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย(subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1980 ; Zhan et al., 1992; Meeberg , 1993)อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของแฟรงค์ - สตรอมเบอร์ก(Frank- Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ

1) การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพและประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่นความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding qualitative data ) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่นครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่ เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทักษะคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1976; Frank-Stromberg, 1984;Meeberg, 1993) โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น2 ลักษณะ คือ การประเมิน แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทิล (Cantril, 1960 cited in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียวเป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใดลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้งบันไดคุณภาพของเครื่องมือค่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไรซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่น ๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ

WHO(1996) เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO(1996) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

## 2.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่เรื้อรังและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขเนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจรวมทั้งสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของโรคและใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยวัตร คมพักษณ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 )

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกัน ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการ ที่จะมียผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการวิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วย ให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6) ให้ความสำคัญสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน (Lubkin, 1986)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยคือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้รวมทั้งครอบครัว และชุมชนให้การช่วยเหลือหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ต้องราคาถูกลงและมีประโยชน์

2) การพยาบาลยึดแนวทางในการป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาล โดยอาศัยผลงานวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วิมาพร มาพบสุข (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาล การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นในประเทศ โดยเน้นการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไทยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ

2) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยบุคคลและครอบครัววิธีการปฏิบัติตนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพและปฏิบัติตนเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ รักษาสุขภาพอนามัยการมีแนวคิดและเจตคติที่ดีในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรม จริยธรรม การให้ความร่วมมือการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตนเอง พัฒนาครอบครัว พัฒนาชุมชนและพัฒนาสังคม

3) พยาบาลต้องยึดปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มี

ระยะการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ โรงพยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับโอกาส และการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินการวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่า ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) โรงพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) โรงพยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตเพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยที่พยาบาลจะต้องมีการตระหนักถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลกันเองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อจุดมุ่งหมายสำคัญในการที่ผู้ป่วยสามารถจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข

## 2.5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.5.1 ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย(Mercier et al 1998; Bobes & Gonzales,1997; Lehman et al, 1986 ) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al. 1997) และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ จันทรา ริระสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้าง

ของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิตความรู้และการศึกษา ศาสนาและสุขภาพร่างกาย (Meltzer et.al. 1990; Skanze et al. 1992; Sullivan et al. 1992; Katsching, 2000)

#### 2.5.2 ประเด็นการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว โดยทำการศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et.al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตทั้งหมด 8 ด้าน คือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al. (1993) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรม เวลาว่างและการเรียน

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดาจำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and Intagliata (1982) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพทางสังคม

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ ออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานภายในจิตใจ

Green et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลาว่าง

Ruggeri et al. (2001) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยใช้กรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

สรุปได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกันของการศึกษา คือการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ WHO(1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และมีอีกหลายแนวคิดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้ศึกษา อีกทั้งยังเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยจิตเภท

## 2.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาของผู้ศึกษา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al, 1992 ; Mercier & King, 1994) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs & Gonzalaze, 1997; Browne et al, 1996) อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตรวมทั้งลักษณะอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tardive dyskinesia) (Browne et al, 1996) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวิริยะ นันท์และชั้นสุมน สุยะชีวิน, 2535) การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้น (Katsching, 2000) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและจากการศึกษาของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การสนับสนุนทางสังคมอาการทางลบ เพศหญิง อีกทั้งยังพบว่าระบบการให้บริการ

ของโรงพยาบาล (Ruggeri et al, 2002) และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Caron et al (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 78.8 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิตด้านความมีอิสระ เพื่อนบ้านและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากการศึกษาของ Browne et al (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho et al. (1998) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานในการทำหน้าที่ และจากการศึกษาของ Barry & Croby (1996) และจากการศึกษาของ Lehman et al. (1997) พบว่าเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่การสนับสนุนทางสังคม โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญก็คือครอบครัวซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขถ้าหากปราศจากครอบครัวที่ดี ซึ่งในอดีตมีการเพ่งเล็งไปที่ปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้นมีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลแต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพังแต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ คอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดการเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

โดยสรุปคือครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในเรื่องของการให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้



เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้คือ

3.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาล โดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986) นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้การดูแลผู้ป่วย ในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาลการสนับสนุนการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

3.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุน ชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณ โณ, 2542)

3.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต

3.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการ และให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้

คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา เช่น ทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการประทับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้ และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) พยาบาลจิตเวชควรมีการนำเอาทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนเพราะทักษะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนทำงานด้วยการมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจมากขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ตามความต้องการ โดยทักษะที่นำมาช่วยเหลือในการให้คำปรึกษามีดังต่อไปนี้คือ (วรรณ คงสุริยะนาวิน, 2542)

3.4.1 การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องแสดงให้บุคคลรับรู้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้ เข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเขา ตั้งใจฟังและร่วมแบ่งปันความรู้สึกและปัญหาร่วมคล้ายกัน ก็จะยิ่งเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

3.4.2 การให้เกียรติ (Respect) โดยต้องมีการแสดงการให้เกียรติ ยอมรับ โดยมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การแนะนำตน เข้าไปทำความรู้จักทักทายบุคคลในชุมชนก่อน กล่าวยกย่องชมเชย การประสานสายตาและตั้งใจฟังด้วยความเอาใจใส่

3.4.3 ความจริงใจ (Genuineness) โดยการแสดงความจริงใจด้วยการเปิดเผยตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำพูด สามารถแสดงความคิดเห็นได้ในระดับลึก โดยปราศจากการทำร้ายความรู้สึกผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเองเร็วเกินไปและไม่แสดงว่าพยาบาลต้องการจัดการให้คำแนะนำหรือใช้อิทธิพลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของพยาบาลเอง

3.4.4 ปฏิกริยาตอบสนอง (exploratory responding) ส่วนใหญ่ทักษะที่สำคัญของพยาบาล คือ การฟัง การใช้เทคนิคการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การแสดงความกระแงงของตนและการสรุป

3.5 บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพไปเรื่อย ๆ สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ จึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินการวางแผนการพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมซึ่งผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีม ร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล อีกทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะทำให้

ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้การนำผู้ป่วยและครอบครัวมามีส่วนร่วม จะสามารถทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4. โครงสร้างของครอบครัว

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัว (ศิริรัตน์ คุปติวุฒ, 2545) จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งปัญหาครอบครัวได้ง่ายขึ้นและเริ่มเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวและมีโครงสร้างของครอบครัว(Family structure)ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านใหญ่ๆคือ

4.1. โครงสร้างตามลำดับชั้น ( hierarchy) ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจ(power) ในครอบครัวด้วย ได้แก่ ลำดับชั้นพ่อแม่อยู่เหนือกว่าลำดับชั้นลูก พ่อแม่ก็มีอำนาจเหนือกว่าลูก และสามารถดูแลฝึกอบรมวินัยให้ลูกได้ แต่ถ้าลูกสามารถตั้งให้พ่อแม่ทำสิ่งต่างๆตามที่ลูกต้องการโดยที่พ่อแม่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่พ่อแม่ก็ยังทำให้ลูกตามที่ลูกบอก ก็จัดว่าครอบครัวนี้ลูกอยู่ในลำดับชั้นที่สูงกว่าพ่อแม่ และพ่อแม่ก็จะไม่สามารถควบคุมดูแลลูก ไม่สามารถฝึกระเบียบวินัยให้ลูกได้ โครงสร้างตามลำดับชั้นในครอบครัวที่มีลักษณะเช่นนี้จัดว่าผิดปกติ และมักก่อให้เกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว

โครงสร้างตามลำดับชั้น( hierarchy) ที่เหมาะสมคือ พ่อกับแม่มีอำนาจสูงสุดในการบริหารจัดการระบบครอบครัวเท่ากัน แต่อาจแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบได้

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

- ระบบย่อยผู้ใหญ่( adult subsystem) หรือบางครั้งเรียกระบบย่อยคู่สมรส ( spousal or marital subsystem) โดยทั่วไปประกอบด้วยคู่สมรสคือ สามีและภรรยา ระบบย่อยนี้มีหน้าที่สอนเด็กให้รู้จักความสนิทสนม ( intimacy) และการตกลงใจอยู่ร่วมกัน ( commitment)

- ระบบย่อยพ่อแม่(parental subsystem) ระบบย่อยพ่อแม่ที่เหมาะสมคือ พ่อแม่ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ และวิธีการดำเนินการ บริหารจัดการไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ใช่

ลักษณะที่พ่อแม่ไปทิสเหนือแต่แม่ไปทิสใต้ ซึ่งเป็นความยากลำบากในการที่จะไปสู่จุดหมายที่ต้องการของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือไม่มีทางไปสู่จุดหมายที่ต้องการได้ บางครอบครัวพ่อแม่และแม่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่วิธีการไปสู่จุดมุ่งหมายนั้นแตกต่างกัน เช่นแม่ต้องการไปทางตรงแต่แม่ต้องการไปทางอ้อม ก็อาจเกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อกับแม่ในการปฏิบัติได้ ในกรณีเช่นนี้พ่อกับแม่ควรที่จะมีการเปิดใจกว้างและพูดคุยกัน รับฟังกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ประนีประนอมกันเพื่อให้ได้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว ก็จะทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความปกติสุข

- ระบบย่อยพี่น้อง (sibling subsystem) ระบบย่อยพี่น้องที่เหมาะสมคือ พี่น้องซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน ควรจะรักกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปรึกษาหารือกันได้ซึ่งมักเข้าใจมักจะเข้าใจกันได้ง่ายเพราะอยู่ในวัยใกล้เคียงกัน ไม่ควรอยู่ในลักษณะอิงฉ้อหรือชิงดีชิงเด่นกัน พ่อแม่หรือญาติพี่น้องไม่ควรที่จะพูดเปรียบเทียบลูกหรือหลานบ่อยๆหรือเสมอๆ เช่น พูดเปรียบเทียบคนน้องเก่งกว่าคนพี่ ดีกว่าพี่ ฉลาดกว่าพี่ ขยันกว่าพี่ หรือพี่สววกว่าน้อง พี่รู้จักประหยัดมากกว่าน้อง เป็นต้น เพราะจะเป็นการทำให้เด็กรู้สึกว่ามีปมด้อยและอาจเกิดการอิงฉ้อชิงดีชิงเด่นระหว่างพี่น้องได้

4.3. ขอบเขต (boundary) ได้แก่ ขอบเขตที่ล้อมรอบตัวบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ขอบเขตที่ล้อมรอบแต่ละระบบย่อยหรือขอบเขตที่ล้อมรอบครอบครัวของตนเองแยกจากครอบครัวอื่นๆในสังคมภายนอก

ชนิดของขอบเขตแบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1) ขอบเขตที่แข็ง ปิดกั้น (rigid boundary) มีลักษณะคล้ายมีเกราะหรือกำแพงห้อมล้อม ถ้าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนใช้ขอบเขตชนิดนี้ล้อมรอบตัวเอง ก็จะทำให้แทบจะไม่มีและการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกครอบครัวเดียวกัน เช่นลูกที่ติดยาเสพติด มา นาม 4 - 5 เดือน พ่อแม่ก็จะไม่ทราบว่าคุณติดยาเสพติด และคิดว่าลูกเป็นเด็กดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่พ่อแม่ให้เงินลูกใช้อย่างมาก เพื่อเป็นการทดแทนในส่วนที่พ่อแม่ไม่ค่อยจะมีเวลาให้กับลูกหรือไม่ค่อยจะมีเวลาที่พูดคุยกับลูก ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาแก่ลูก หรือตัวอย่างเช่น พ่อแม่ไม่ทราบว่าลูกเรียนในชั้นปีที่เท่าใด ที่มหาวิทยาลัยแห่งใด ทราบเพียงว่าลูกกำลังเรียนในระดับมหาวิทยาลัย

2) ขอบเขตที่หลวม หรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้น (diffuse boundary) มีลักษณะคล้ายขอบเขตที่โปร่งใส จนบางครั้งแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างบุคคลหรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างครอบครัว ไม่มีความลับระหว่างคนในครอบครัวทุกอย่างโปร่งใสหมด ตัวอย่าง เช่น เพื่อนของลูกที่เป็นวัยรุ่นนักร้องมาหาลูกที่บ้าน แม่ก็ฟังนักร้องด้วย เพื่อจะได้รับรู้ความเป็นไปที่เกิดขึ้นกับลูกทั้งหมด โดยแม่คิดว่าเมื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็จะได้ทราบและช่วยแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง ลักษณะเช่นนี้จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกอึดอัดและอาจ

หาทางออกอื่นๆเพื่อให้ตนเองได้เป็นอิสระขึ้น เช่นอาจกลับบ้านค่ำเพื่อใช้เวลาหลังเลิกเรียนคุยกับเพื่อนนอกบ้าน

ขอบเขตชนิดนี้มีข้อเสียคือ การขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งแต่ละบุคคลควรจะมีสิทธิส่วนบุคคล ความเป็นส่วนตัว ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวัย อายุ หรือภูมิภาคทางอารมณ์ของคนๆนั้นด้วย

3) ขอบเขตที่ชัดเจน (clear boundary) จะอยู่กึ่งกลางระหว่างขอบเขตที่ปิดกั้นและขอบเขตที่หลวม สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิส่วนบุคคล ในขณะเดียวกันก็รู้ความเป็นไปของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวในเรื่องบุคคลในครอบครัวทั่วไปฟังจะรู้ด้วย เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นก็สามารถช่วยเหลือกันได้ทันท่วงที

พ่อแม่ควรมีบทบาทในครอบครัว ดังนี้

1. แสดงความจริงใจ ห่วงใยต่อคนในครอบครัวรวมทั้งลูกด้วย
2. ร่วมมือกันในการบริหารจัดการระบบครอบครัวของตนเอง พ่อแม่ต้องรวมตัวกันเป็นทีมเดียวกัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ
3. พ่อแม่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆภายในครอบครัว
4. พ่อและแม่มีวิธีปฏิบัติต่อลูกในทางเดียวกัน
5. เป็นที่พึ่ง เป็นที่ปรึกษาให้ลูก รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว
6. ไม่ควรให้อำนาจลูกตัดสินใจในทุกเรื่อง
7. ไม่ควรกังวลว่าลูกจะเครียดเกินไป การเจริญเติบโตพัฒนาของเราต้องมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมเป็นตัวกระตุ้น
8. สอนและฝึกระเบียบวินัยให้ลูก โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมตามกฎเกณฑ์ของสังคม
9. มีเวลาที่มีคุณภาพให้ลูก

ความสัมพันธ์ของพ่อกับแม่ เปรียบดังเสาหลักของบ้านและครอบครัว พ่อและแม่ควรมีความรักความเข้าใจต่อกัน พ่อสามารถพูดคุยปรึกษาหารือกันได้ถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของพ่อหรือปัญหาของแม่ ปัญหาระหว่างพ่อกับแม่ หรือปัญหาของลูกๆ ปัญหาเรื่องลูกๆ พ่อกับแม่ควรมีความเห็นที่ตรงกันหรือตกลงกันได้ได้ก่อนที่จะบอกลูกเพื่อที่ลูกจะไม่ได้สับสน และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ถ้าพ่อแม่ขัดแย้งกัน ลูกจะเลือกเชื่อพ่อหรือแม่ที่เห็นด้วยกับตนเท่านั้น ซึ่งทำให้ปกครองลูกลำบากถ้าพ่อแม่มีความเห็นที่ไม่ตรงกันไม่ควรอย่างยิ่งที่จะถกเถียงกันต่อหน้าลูก ควรพูดคุยกันส่วนตัวให้เรียบร้อยเสียก่อนจึงจะมาบอกลูก พ่อแม่ต้องมีความเป็นผู้ใหญ่เพียงพอ กล่าวคือมีภูมิภาคทางอารมณ์หรือสุขภาพจิตดีพอสมควร

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มขึ้นปี ค.ศ 1950 (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากที่มีการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคลต่อมา มีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมอันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาพบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

### 5.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้องแก้เฉพาะบุคคลนั้นจิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” ตัวบุคคล คือที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

เมธินีพร ภิบุญชน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือครอบครัวบำบัดว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

Okun & Rappaport (1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาประเภทหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว โดยมีการปฏิบัติกับ

ครอบครัวในลักษณะเป็นระบบระบบหนึ่ง และมองสภาพปัญหาหรือความบกพร่องของครอบครัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเกิดจากระบบครอบครัว มิใช่จากสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง

Bruno (1989) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมในการบำบัด เพื่อประเมินครอบครัวนั้น ๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Biggs (1994) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counselling) คือ การให้คำปรึกษาที่เน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยน เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่นสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ ก็คือ เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยคนเดียว ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่ง ได้แก่ พ่อแม่ สามี หรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจหมายรวมถึงเพื่อนด้วยนอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่บริบท ซึ่งหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วยโดยเฉพาะบริบทของครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้าร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

## 5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุดกล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ การสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม บริบทใหม่นี้ทำหน้าที่เชี่ยวชาญรักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเองการสร้างพลังให้ครอบครัวนั้น จะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง โดยทั่วไปเป้าหมายสำคัญในการให้คำปรึกษา 4 ประการ ซึ่งมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันตรงที่วิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นว่าจะเน้นจุดใดและใช้เทคนิคอย่างไร

## 5.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ



5.3.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป้วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัดแต่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป้วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษาก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป้วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่คุณให้คำปรึกษาต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษา กลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

### 5.3.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง

ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหานั้นได้ผลหรือไม่ถ้ามีปัญหามากอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

5.3.3 เฟ่งเส็งปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่าปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสมกับผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเฟ่งเส็งที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าเฟ่งเส็งที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป้วย-แม่ เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป้วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

### 5.3.4 ช่วยให้อครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่

การที่ครอบครัวแก้ปัญหานั้นที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่า ๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่เฟ่งเส็งไปที่ผู้ป้วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 5.3.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด

การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใดหรือให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้นจะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

### 5.3.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว

ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่ายระดับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่น ๆ การให้คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

#### 1) ระยะสั้น

ถึงสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่หนึ่งคือ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2 คือ วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และประการที่ 3 คือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้งถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

#### 2) ระยะกลาง

ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษาได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น แล้วเวลาส่วนใหญ่จะใช้ไปในการแก้ปัญหามิตรสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ปัญหาดัง ๆ ได้ด้วยตัวเองในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

#### 3) ระยะสุดท้าย

ในระยะนี้ปัญหาดัง ๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีบทเรียนว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอ คือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้อง

ไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคซินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอ และแก้ไขปัญหาคด้วยตัวเองไม่ได้การให้คำปรึกษารอบคร้วมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษารอบคร้วแล้วอาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

#### 5.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบคร้ว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษารอบคร้ว ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษารอบคร้วที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2) Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษารอบคร้ว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึง ในปี ค.ศ 1980 การให้คำปรึกษารอบคร้วได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี 7 ลักษณะดังนี้

##### 5.4.1 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoalytic Family Therapy)

บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษารอบคร้วก็คือแอคเคอร์แมน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษารอบคร้ว (The father of family counseling) Ackerman เป็นจิตแพทย์เด็กได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

Ackerman กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (interpersonal conflict) เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเอง และช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

##### 5.4.2 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy)

เมอร์เรย์ โบเวน และไมเคิล เคอร์ (Murray Bowen และ Micheal Kerr) เป็นผู้นำในการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โบเวนเชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัว จากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรม และสภาพ

ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเอง และมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

5.4.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ผู้นำทฤษฎีก็คือ มินูชิน (Minuchin, 1974) มินูชิน เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาเป้าหมายของครอบครัวบำบัด กลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

ครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) เน้นที่

1) ปัจจุบันและอนาคตการประเมินและการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่ปัจจุบันนี้และเดี๋ยวนี้ (here and now)

2) การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม

3) เหตุและผลมีการกระทบกันอย่างเป็นระบบ (reciprocal nature of systemic causality) เช่น พฤติกรรมของคนมีผลกระทบและถูกกระทบโดยระบบสังคมที่เขาอยู่

4) การให้ความสำคัญของกระบวนการ (process) เช่น วิธีการสื่อสาร หรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร มากกว่าเนื้อหาคำพูด (content)

5) ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอมซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่ง (Parts) หรือหน่วยหนึ่งในครอบครัวทั้งหมดโดยรวม (whole)

Minuchin อธิบาย 4 ระยะของการเจริญเติบโต พัฒนา (development) ของครอบครัวดังนี้

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 ให้เหมาะสมกับธรรมชาติของวัยรุ่นที่ต้องการมีกลุ่มเพื่อนและต้องการความเป็นอิสระและพ้นจากการควบคุมของพ่อแม่บ้าง

ระยะที่ 4 ครอบครัวที่มีลูกโตเป็นผู้ใหญ่ (grown children) เมื่อลูกโตเป็นผู้ใหญ่ มีงานทำ มีรายได้เป็นของตัวเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกก็เปลี่ยนจากแบบผู้ใหญ่กับเด็ก (parent – child interaction) เป็นแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ (adult – adult interaction)

### ครอบครัวที่ปกติสุข ( function family ) และครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family )

ครอบครัวที่ปกติสุข ( function family ) มีโครงสร้างของครอบครัวที่ชัดเจนเหมาะสม และสมาชิกในครอบครัวปรับตัวได้ดี ความต้องการของทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจ

ครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family ) เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียด และครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ความต้องการของทุกคนในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งมักจะทำให้เกิดอาการป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว

#### 5.4.4 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

คาล ไวท์เทคเตอร์ (Carl Whitaker) ได้นำเอาแนวความคิดทฤษฎีเชิงมนุษย์นิยม มาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภททฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยมมีความเชื่อว่า บุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้นการไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวการบำบัดจะเน้นมีการสร้างความตระหนักรู้ อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) เน้นที่นี้และปัจจุบันนี้ (Here and Now)
- 2) อิสระภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล
- 3) การตระหนักถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง
- 4) การทำให้ตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 5) ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว

6) ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกันมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคแบบ gestalt การสมมุติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะเป็นต้น

5.4.5 สจ๊วต และซันดีน (Stuart & Sundeen) เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสารการให้คำปรึกษา เน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจน เป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นการแสดงความรู้สึก และรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึก และความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวา และความภาคภูมิใจในตนเอง

## 5.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural family therapy ดังต่อไปนี้คือ

### 5.5.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะมีความสุข ความทุกข์ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปดิมพิบัติที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว

1) พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่นขณะสัมภาษณ์ ถ้าลูกเรียกพ่อแม่อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

2) ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3) สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวังต้องการได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะแก้ปัญหาต่อไป

4) join สมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

5) วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้งกัน เมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join กับทั้งสองคนให้สมดุลกัน

6) อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ไม่ว่าจะป่พ่อ แม่ ผู้ป่วยหรือสมาชิกคนอื่นครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอกและภายในครอบครัวด้วยตนเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ และยินดีต้อนรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

7) อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่วข้องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดแต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

### 5.5.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษาข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลานานเท่าใดใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

- 1) ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มขึ้นแล้ว
- 2) ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกว่าให้การให้คำปรึกษาจะไม่มีวันสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น
- 3) เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไรและผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทอย่างไรอย่างชัดเจนไม่เกิดความสับสน ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวบางคนอาจให้มีการเขียนข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษรวิธีนี้สำหรับครอบครัวที่ยุ่งเหยิงมากและมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด

### 5.5.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในครอบครัวบ้างหลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

1) ช่วยให้ผู้ครอบครัวยึดเป้าหมายให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษา ครอบครัวการตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะครอบครัวที่รู้ว่าตนต้องการอะไรนั้น จะรู้ว่าตนต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ แม้จะเป็นการยากเพราะในระยะแรกครอบครัวมักมีความขัดแย้งกันมาก แต่การพยายามตกลงกันจะทำให้ครอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น

2) ต้องให้ครอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมาย และเป็นเจ้าของเป้าหมายนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเป้าหมายเองไม่ใช่คิดแทนครอบครัว เช่น อาจตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า “ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงครอบครัวของคุณได้คุณอยากเปลี่ยนอะไรมากที่สุด” “คุณต้องการให้ชีวิตคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง” เป้าหมายของครอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมาย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการประเมินครอบครัวถ้าเป้าหมายของครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้ครอบครัวเข้าใจก่อน เช่นครอบครัวมีเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขพฤติกรรมเกรงของลูก แต่ผู้ให้คำปรึกษาพบว่าพ่อแม่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับลูกอย่างรุนแรง และความขัดแย้งนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกรง ผู้ให้คำปรึกษาควรเสนอแนะให้กับพ่อแม่ว่า การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ควรเป้าหมายเป็นอันดับแรกและการแก้ไขพฤติกรรมของลูกน่าจะเป็นเป้าหมายอันดับต่อไป เป็นต้น

3) เป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ เช่น เป้าหมายไม่ควรเป็น “เพื่อให้ลูกเป็นเด็กดี” เพราะคำว่า “ดี” เป็นนามธรรม ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ นอกจากนี้ความหมายยังแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว บางครอบครัวอาจหมายถึงการที่ลูกชั้นเรียนหนังสือและประพฤติเรียบร้อยแต่บางครอบครัวอาจคิดว่าเพียงลูกไม่สอบตกและไม่ไปก่อเรื่องเดือดร้อนกับใครก็ดีพอแล้ว นอกจากนี้ในเด็กเล็กถ้าตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน เด็กอาจไม่เข้าใจว่าพ่อแม่คาดหวังว่าให้ตนทำอะไร ฉะนั้นเป้าหมายควรเป็นสิ่งที่ชัดเจนวัดได้และประเมินได้ เช่น “ให้ลูกพูดจาสุภาพ” แทนที่จะบอกเป็นนามธรรมว่า “ให้ลูกทำตัวดี” หรือควรตั้งเป้าว่า “ให้ลูกช่วยคุณแม่ทำความสะอาดบ้านในวันเสาร์” แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกเป็นคนที่มีน้ำใจ” เป็นต้น ไม่กว้างเกินไป แต่มีขอบข่ายชัดเจนว่าต้องการให้เกิดอะไร ที่ไหน เมื่อไร เช่น เป้าหมายว่า “ให้ลูกช่วยงานบ้าน” เป็นเป้าที่กว้างเกินไป เพราะงานบ้านมีหลายอย่างตั้งแต่ล้างจาน กวาดบ้าน ไปจนถึงรดน้ำต้นไม้ การบอกกว้างเช่นนี้ทำให้กระทำตามเป้าได้ยากจึงควรกำหนดพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น “ให้ลูกช่วยกวาดบ้านในตอนเย็นเมื่อกลับจากโรงเรียนทุกวัน และช่วย ภูบ้านในวันเสาร์” เป็นต้น

4) ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการบำบัดก้าวหน้าหรือไม่ เช่น เป้าหมาย “ให้ภรรยาไม่อารมณ์เสีย” เป็นเป้าหมายที่สังเกตได้ก็จริง แต่จะวัดได้ยาก เนื่องจากอารมณ์มักจะแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม เป้าหมายจึงควรเป็น



“ให้ภรรยาพูดกับสามีโดยไม่โมโห” หรือแทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้” ก็ควรตั้งว่า “ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวันตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม” เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาอย่างเพ้อฝัน เช่น ถ้าลูกมีสติปัญญาในระดับที่เรียนเช้า ก็ต้องตั้งเป้าว่าให้ลูกสอบผ่านเท่านั้น ไม่ใช่ให้ได้ที่ 1 เป็นต้น

5) ควรเป็นการทำสิ่งใหม่ขึ้นมา ไม่ใช่ให้เลิกทำสิ่งเก่า ๆ กล่าวง่าย ๆ คือ ควรตั้งเป้าหมายในเชิงบวกแทนที่จะเป็นเป้าหมายในเชิงลบนั่นเอง เช่น แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกไม่พูดหยาบคายกับพ่อแม่” ก็ตั้งเป้าว่า “ให้ลูกพูดไพเราะกับพ่อแม่” หรือตั้งเป้าหมายว่า “ให้ลูกไปโรงเรียนทุกวัน” ไม่ใช่ “ให้ลูกไม่หนีโรงเรียน” การเน้นพฤติกรรมเชิงบวกจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาก็ทำสิ่งที่ดีได้และทุกคนให้ออกว่าเขาเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ครอบครัวก็จะมีกำลังใจและมองผู้ป่วยในแง่ที่ดีขึ้นการตั้งเป้าหมายในเชิงบวกมีผลที่แตกต่างจากเป้าหมายในเชิงลบ

6) เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขขึ้น” ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่าความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างมากไม่ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมากครอบครัวอาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่งนั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

7) เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและอะไรที่รอได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่รีบด่วน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องจัดให้มีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนการแก้ไขปัญหาคืออื่น ๆ นั้น เป็นเป้าหมายอันดับรองลงมา

8) ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาแต่ละระยะจะต้องประเมินว่า เป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องย้าให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมายนั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

### 5.5.4 การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวคำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

1) คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไรที่ไหนเช่น คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูลแต่ถ้าใช้คำถามแบบนี้เท่านั้นผู้ให้คำปรึกษาจะไม่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นชัดเจนพอ เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรหรือไม่?”

2) คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรัชญาการณืทางจิตใจมีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้เริ่มต้นการตั้งคำถามแบบวงกลมขึ้นมา (Selvini Parazzoli et al, 1978) ลักษณะจะพุ่งเล็งถึงความแตกต่างใน 3 ด้านคือ

2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

2.2) ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มี่ต่อกัน เช่น “พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

2.3) ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น “ความรู้สึกของคุณต่อภรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆอย่างไร? ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

3) คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสระภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเรื่องเรียนของลูกให้คิดหนักได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของคุณให้ฟังสักนิดซิคะ” ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น บางทีบางครอบครัวอาจขออนุญาตผู้ให้คำปรึกษาว่า “จะเอาเรื่องอะไรล่ะครับ มันมีหลายเรื่องไม่รู้จะเล่าอะไรดี” การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสมเพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิดหรือเรื่องที่ย่าง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่าต้องการรู้เรื่องอะไร

### 5.5.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมายที่ต้องการผู้ให้คำปรึกษารับรู้แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็นหรือไม่มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งอยู่ที่ประเด็นสำคัญ ที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ “หลงทาง” คือ ถูกครอบครัวนำไปยังเรื่องอื่นที่ไม่มีความสำคัญผลที่ตามมาคือชั่วโมงการให้คำปรึกษานั้นจะมีความสับสนวุ่นวาย เมื่อจบชั่วโมงแล้ว

ก็ไม่ว่าวันนี้มาพูดคุยกันเรื่องอะไรเป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้า บางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือปัญหา มาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหาหลายประการ จึงเกิดความสับสนว่าอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่ บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียด โดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริงแต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

#### 5.5.6 การทำให้กระจ่าง

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคนโดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ “เติม” สิ่งที่ตนขาดไป ให้เต็มดังนั้น การแสดงความรู้สึกที่แท้จริงสื่อสารกันอย่างกระจ่างชัดจึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรง ๆ อาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือตีจากไป ในที่สุดในช่วงโม่งการให้คำปรึกษา เราจึงได้ยืมสามีภรรยา กล่าวถึงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าตนเองต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำความเข้าใจที่ซ่อนเร้นอยู่นั้น กระจ่างชัดการทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าตนรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็จะมี ความชัดเจนว่า อีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

#### 5.5.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

กุญแจสำคัญที่จะทำให้อครอบครัวเติบโตขึ้นก็คือ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึก ต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

#### 5.5.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

Watzlawick และคณะ (1974) เป็นผู้ใช้คำว่า reframing เป็นครั้งแรก โดยหมายถึงการเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ลบที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตแต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมกหมองและหาทางออกไม่ได้ การ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหา หรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่าย ขึ้นกว่าเดิม ผู้บำบัดจะ reframe อย่างไหน ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในช่วง การ reframe คล้ายคลึงกับการตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อ กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษา มักจะ reframe

ปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมดหวัง ซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าการแก้ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

### 5.5.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่เหมาะสมความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเชิงซ้ำและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะโดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

1) ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึงความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ

2) ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษสำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทนเพราะจะทำให้ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูดของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน

3) การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวมองไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้การกล่าวซ้ำ ๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้นโดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซงและทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

### 5.5.10 การท้าทาย

การท้าทาย หรือ challenging เป็นวิธีกระตุ้นให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จะท้าทายให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ใหม่ ประเมินความเป็นไปในปัจจุบันใหม่และเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาจากวิธีเก่าที่ใช้ไม่ได้ผลเป็นวิธีใหม่ที่ดีกว่าเดิม การท้าทายคือการตั้งคำถามว่า“จริงหรือที่.....?” เช่น “จริงหรือที่ทุกอย่างล้มเหลวแล้ว?” “จริงหรือที่คุณทั้งสองพยายามทำเต็มที่แล้ว?”

1) จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้วอย่าท้าทายบุคคล เพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้

2) การท้าทายครอบครัวจะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่าครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็น

อุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดคืออะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา

3) การทำทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่า ๆ ซึ่งไม่ได้ผล การทำทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การทำทาจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join ที่ดีก็ จะต้องมีการทำทายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็น การก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัว และดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการทำทายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในส่วนตัวของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

#### 5.5.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไร กับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคน เล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้นแล้วกลับไปทำที่บ้านได้ดีขึ้นถ้าได้ทดลองทำ

#### 5.5.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร (Minuchin 1974) เช่นขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้น มากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งกั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้นการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

### 5.5.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directing การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไรไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าตนรู้อะไร ๆ ดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่าควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

### 5.5.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมงโดยใช้เทคนิค enactment แล้ว ยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั้นเองเมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้างจุดมุ่งหมายของการบ้านนอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสียเวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษารอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยกันเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

### 5.5.15 เทคนิคการแสดงมุมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

Sculpting เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เหินห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัดจะมอบหมายให้ผู้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง ๆ sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วยให้ครอบครัวสัมผัสกับความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าอะไรจะแทรกแซงอย่างไร

### 5.5.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

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

### 5.5.17 การควบคุมความรุนแรง

Control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่นั่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่าง เช่น ลูกที่ติดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธเพราะลูกทำผิดจริงและลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าการผิดกรรมของตนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธทวีขึ้นเรื่อย ๆ จนพ่อควบคุมตนเองไม่ได้แล้วทำร้ายลูกวิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้นโดยอาจใช้วิธีต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ตัดบทก่อนที่จะมีการดำเนินคดีหรือมีอารมณ์โกรธมากขึ้น
- 2) ตั้งคำถามให้แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น เช่น อาจถามว่า “ตกลงเราจะแก้ปัญหาด้วยการดำเนินกันแบบนี้หรือ?”
- 3) ดึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้มาฟังเสียงอารมณ์อื่น ๆ ที่อยู่ลึกกว่า เช่น “เรื่องนี้คงเป็นภาวะที่น่าลำบากใจมากสำหรับทุกคน”
- 4) เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่ เช่น “ดิฉันขอให้คุณพูดทีละคน เมื่อคนหนึ่งพูด อีกคนหนึ่งต้องฟัง ไม่ใช่แข่งกันพูด”
- 5) ออกคำสั่งที่ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ ยิ่งครอบครัวมีอารมณ์รุนแรงมากเท่าใดผู้บำบัดต้องเข้าไปควบคุมมากเท่านั้น อย่างกลัวว่าจะเป็นการไม่สุภาพที่จะออกคำสั่ง บางครั้งการช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงก็จำเป็นต้องทำอย่างหนักแน่นและตรงไปตรงมา เพื่อตัดวงจรแห่งปัญหาให้สิ้นสุดลงก่อนที่จะมีการทำร้ายกันทางกายหรือทางวาจา

## 6. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้นโครงสร้าง

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านจิตเวชหรือการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวได้ในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การพบผู้ป่วยและญาติที่ โรงพยาบาลเมื่อแรกรับ การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้คือ (อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย , 2545 )

### 6.1) การประเมินสภาพ

ขั้นรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้านเพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประวัติทางด้านจิตเวชและอายุกรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและ

บทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร อาการของบุคคลในครอบครัว เทคนิคการรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นประเมินโดย

6. 1.1) ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว

6. 1.2) ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัวแต่ละครอบครัว มีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูง ๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ

6.1.3) ให้บุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมติ (Role play)

6.1.4) สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงเราต้องหาทางเปลี่ยนให้เข้าไปในทางสร้างสรรค์

## 6.2) ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

6. 2.1) ปัญหาอยู่ที่ใคร

6. 2.2) จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

6. 2.3) กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

6. 2.4) สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

6.3) การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

6. 3.1 เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ

5.3.1.1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

5.3.1.2) ขจัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต

5.3.1.3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

6. 3.2) การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไว้อาจทำได้ 2 ลักษณะ

6.3.2.1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในขั้นต้น

6.3.2.2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก



และอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกันและความเข้าใจกันและกัน โดยพยาบาลอาจต้องการญาติเป็นรายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอน และใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

6. 3.3) การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดกิจกรรมภายในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พยาบาลจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึงแต่ละครอบครัวว่าเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้องเหมาะสมกับทุกครอบครัว

#### 6.4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว

ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว จะเน้นหลักการดังนี้

6.4.1) ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง

6.4.2) มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจ

ชัดเจน

6.4.3) การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว

6.4.4) เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว

แต่ละสถานการณ์

6. 4.5) พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง

6. 4.6) กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลกันเอง

6. 4.7) กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแล

กันเอง

6.4.8) เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพเน้นการเข้าใจและการยอมรับ รับรู้ความรู้สึก สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจากความสามารถของบุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ สังเกตและให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรมีกฎเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้นหน้าที่ ระบบ บทบาทให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

#### 6.5) การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวบำบัด แต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะแต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของกลุ่มเน้นโครงสร้าง มีบทบาทที่เด่นชัดคล้ายเป็นผู้กำกับ การแสดงที่ต้องมีความคล่องแคล่ว ว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัว ทั้งในฐานะผู้สังเกตและผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเข้าไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำ หากพบว่าครอบครัวคาดหวังความเป็นผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือ อาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือทั้งครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทตัวเองมาเป็นผู้สังเกตดูแลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

## 7. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542) เป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าจากการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสมน สุขะชีวิน (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตใจจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ภา ธีระสมบุรณ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษาของ อังกริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) ในเรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและจากการศึกษาของสาริณี โต้ะทอง (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lubkin

(1986) ก็พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นรวิวี พุ่มจันทร์ (2548) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก็อยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางนั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่และเป็นอุปสรรคและไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาดเพียงแต่อาการทุเลาแต่สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการกำเริบได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber , Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5 - 10 ปีแรกผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน (มานิตศรีสุรางานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย(อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชูติมา ประทีปจิตติ และสุคนธ์ คำอ่อน, 2541) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็ม โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับว่าที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัวและลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลงและเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภท ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีการให้คำปรึกษา เป็นการให้บริการทางการพยาบาลที่เป็นลักษณะองค์รวม หรือ Holistic (กรมสุขภาพจิต,2547)

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มิมีปัญหาในบริบทของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยมองว่าการที่มี

บุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัว ก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ซึ่งให้ความสำคัญในระดับครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์และรังษิยา นารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วยและในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วยถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณิณี ไพบุญย์รัตนกร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วยความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว (Ackerman, 1958)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของ WHO (1996) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัว เชื่อว่า ครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างไม่มีความสุข ( อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544 ) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมและกระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคน ในระบบครอบครัว (เมธินันท์ ภิณชูชน, 2539) นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ใช้แนวคิดของ WHO (1996) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสอดคล้องไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรม การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการที่ผู้ศึกษามีการให้ความสำคัญกับการจัดระเบียบโครงสร้างในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถ

ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Rosenfield,S.,1992)

ดังนั้นกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัว ให้มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมากขึ้น มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจน(Clear boundaries) มากขึ้น เนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม ให้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เป็นhealing environment ในการเยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ถึงระดับดี ตลอดจนแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) โดยผู้ศึกษานำมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย สมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะตามกระบวนการ ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนโดยกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลงและการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง การสร้างสัมพันธภาพในกิจกรรมแรกนี้เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ด้วยดี ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ Joining ซึ่งไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี จากนั้นจึงดำเนินการประเมินครอบครัวซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีการประเมินในส่วน

ของโครงสร้างของครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ และการประเมิ  
 กระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว  
 และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่าง พ่อแม่-ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ครอบครัว  
 ปัจจุบันเครือข่าย เพื่อที่ผู้ศึกษาจะได้ทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร  
 หรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้างและคิดว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อย  
 เพียงไรตลอดจนผู้ศึกษาจะได้ผสมผสานแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) เข้า  
 มาร่วมในขั้นตอนนี้ คือ การที่ผู้ศึกษาคำนี้ถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น  
 การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ความชอบ และความไม่ชอบ เป็นต้น  
 ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าใจบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง และ  
 มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่าง  
 ต่อเนื่อง นอกจากนี้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุมซึ่ง  
 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทมีกิจกรรมร่วมกัน  
 และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีผู้ศึกษาเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน  
 โดยกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมี  
 สัมพันธภาพที่ดีต่อกันซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา  
 พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกิจกรรมนี้  
 ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ครอบครัวมีการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของโครงสร้างขอบเขตระหว่าง  
 ระบบย่อยในครอบครัวหรือปัญหาที่มีความเกี่ยวข้อง โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท  
 และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการ  
 เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เป็นไปในทางที่ดีซึ่งทั้งหมด  
 นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมองเห็นบริบทในครอบครัวของตนเองได้ชัดเจน  
 โดยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและ  
 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการร่วมกันจัดโครงสร้างที่เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของ ตนเอง  
 เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการ  
 ปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Subsystem) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้  
 การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีขอบเขตที่ชัดเจนซึ่งหมายถึงขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์ และแนว  
 ปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัว  
 ของตัวเอง ได้อย่างอิสระและในขณะที่เดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบ  
 ครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจนสมาชิกในครอบครัวจะได้รับความ  
 อบอุ่น ความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จากการศึกษาให้ความสำคัญกับการจัดโครงสร้าง  
 ในครอบครัวเนื่องจากโครงสร้างมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ การส่งเสริมให้

ครอบครัวมีโครงสร้างที่เป็นระเบียบแบบแผน มีการปกครองที่เป็นลำดับ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และผู้ศึกษายังได้นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) มาร่วมในขั้นตอนนี้โดยเน้น การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวในการแสดงศักยภาพของตนเองในการกำหนดขอบเขตภายในครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของครอบครัว ตลอดจนมีการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ในบทบาทของตนเองในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวยังผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการแนวโน้มของการที่ผู้ป่วยจิตเภท จะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดีซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบ และสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งการช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่าง ยืดหยุ่นจะทำให้ครอบครัวช่วยกันปรับตัวกับปัญหาได้ดี ทั้งทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมซึ่ง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีสิ่งก่อความเครียด (Stressor) เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในระบบครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดีนั้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ที่แตกต่างในทางสร้างสรรค์ซึ่งจะทำให้ครอบครัวร่วมช่วยกันปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์คือเทคนิค reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหานั้นได้ดีที่สุด ทั้งหมดนี้ จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือ

ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว และเป็นการสร้างบริบทใหม่ในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าบริบทเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพึงพอใจและให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา โดยในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาถึงเห็นความสำคัญของการเสริมทักษะที่สำคัญ ในเรื่องการสนับสนุนความสามารถในการยึดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวเนื่องจากการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว เป็นระดับความยึดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขต จะยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพันกัน เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีการยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน และมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเอง ได้อย่างสมดุล (Minuchin, 1974) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวได้นั้น เมื่อต้องมีการเกี่ยวพันกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก็จะสามารถรักษาสภาวะของขอบเขตในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังได้นำแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) มาเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการช่วยเหลือดูแลกันเองอย่างต่อเนื่อง การแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชนและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากนั้นผู้ศึกษาซักถามถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับจากการให้คำปรึกษาครอบครัว และยุติการให้คำปรึกษา

สรุป จากการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยของ WHO (1996) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขต การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะทำให้มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือเพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ซึ่ง



สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทิศทางบวก (นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น โดยสัมพันธภาพที่ดีขึ้นนี้จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1. งานวิจัยในประเทศ

นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสุมน สุยะชีวิน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลาจำนวน 122 คนและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 คนโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Power (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านคือด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans & Power (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือคุณภาพชีวิตในเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาลและการนอนหลับ ตามลำดับและมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน ฐานะทางการเงิน ฐานะทางการเงินและการศึกษาตามลำดับ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตจะอยู่ในระดับดีมาก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และยังพบว่าความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 14.5 และเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงและพบว่าทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3

พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8 , 59.9 และ 63.3 ตามลำดับและยัง พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลและพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชมัษฎพร ทิพย์สุวรรณณ์ (2543) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุงในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มญาติไม่มีส่วนร่วมในการ

ดูแลจำนวน กลุ่มละ 57 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

พิชญา ศรีเกื้อก้องกิจและอุไรวรรณ ชัชชนะวิโรจน์ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยการให้เคมีบำบัด อย่างน้อย 1 ครั้งมาแล้ว ที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรีและศูนย์ควบคุมป้องกันมะเร็งชลบุรี โดยเป็นผู้ซึ่งมารับการให้บริการปรึกษารายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากแนวคิดของเฟอร์เรลและคณะ ประกอบด้วยความผาสุกชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาดีกว่าก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05 < 0.001$ ) ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลวิธีที่เป็นประโยชน์ใช้ส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน โดยตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การสนับสนุนทางสังคมอาการทางลบ เพศหญิงและความเพียงพอของรายได้

นันทพร พิษะยะ (2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้ปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก เคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยใช้ระยะของโรค สุตรยาเคมี อายุและระดับการศึกษาเป็นตัวแปรควบคุม จากการศึกษาพบว่าเมื่อให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมดูแล

ตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ซึ่งทำการศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการได้รับรังสี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ:กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 72 ราย จากผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษายังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นภัตศิริ คำสอน (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรพช.บ้านนา จังหวัดชัยนาท โดยได้ทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาริณี โต้ะทอง (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 8.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Browne et al. (1996) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรคและกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ดีฟิสไคนีเซียในผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน ที่เข้าตามเกณฑ์ DSM-III-R พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางถึงแย่ โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตระยะเวลา การเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไร้ที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ของอาการทาร์ดีฟิสไคนีเซียที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกด้วย

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 30 คนและผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 2 ปี มีจำนวน 60 คนซึ่งอาศัยในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Edicott et al.(1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือสุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 และมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่างและความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

Ruggeri et al. (2001) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในบริการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 285 ราย โดยผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงาน การศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพในสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในการให้บริการ อาการทางบวก และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ruggeri et al. (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิกและลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลี จำนวน 268 ราย โดยผู้ศึกษาศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนาการเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคมสัมพันธภาพ

ในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ritsner, M. (2003) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 148 ราย และกลุ่มโรคจิตทางอารมณ์ จำนวน 51 ราย ผลการวิจัย พบว่าการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะหวาดระแวง ความไม่สุขสบายจากอาการทางกาย และรวมถึงการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ให้สูงขึ้นด้วย

Clareci et.al (2005) ทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 123 คน จาก Divinopolis center ในประเทศบราซิล โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศชาย สถานภาพโสด รายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ การใช้ยารักษาอาการทางจิตตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และการ Follow - up บ่อยๆ จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่เป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน ประกอบไปด้วยหลายองค์ประกอบ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวยังไม่ถึงระดับดีที่สุด อีกทั้งในประเทศไทยยังมีผู้ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย

ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริม และพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

## กรอบแนวคิดการศึกษา

### โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

พัฒนาจากโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของ สารีณี โต๊ะทอง (2548) ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว

การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา

และร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจน

เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหเพื่อปรับตัว

ได้ดีต่อปัญหา ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้าน

สิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่น

ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

### คุณภาพชีวิต

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม