

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง ผู้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.1 แนวคิดของความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.2 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ครอบครัวยุคใหม่กับการฆ่าตัวตาย
2. การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง
 - 2.2 บทบาทของพยาบาล APN ในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.2 การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 4.1 แนวคิดพื้นฐานในการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 4.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 4.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 4.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว
5. การให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 5.1 การให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ที่มีปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย
 - 5.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย

1.1 แนวคิดของความคิดฆ่าตัวตาย

ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายประเภทหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) การมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายเป็นจริง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความคิดเช่นนี้มักเกิดขึ้นในช่วงชีวิตประสบปัญหาที่ยาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่เป็นที่รักที่ต้องการของผู้อื่น ไม่มีทางออกในการจัดการแก้ปัญหา ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

วาริรัตน์ ถาน้อย (2544) กล่าวว่าความคิดฆ่าตัวตายเป็น ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาหรือความคิดโดยอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำลายตนเอง ซึ่งอาจแสดงออกทาง คำพูด การเขียนหรือผ่านงานศิลปะ แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำ การพยายามฆ่าตัวตายเป็นการทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมากและผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเป็นลักษณะที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะกระทำ ทำให้เกิดการเสียชีวิตของตนเอง

Beck (Beck, Steer and Panieri, 1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆ ที่หากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นตั้งแต่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (Complete Suicide)

สรุปได้ว่าความคิดฆ่าตัวตายเป็น คือ ความรู้สึกหรือการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัวแต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามหรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, 1973)

1.2 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุความคิดฆ่าตัวตายนั้น พบว่ามีปัจจัยอันซับซ้อนหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นความแปรปรวนของสรีรวิทยาในร่างกาย ร่วมกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานบางอย่าง หรืออาจเกิดปัญหาทางจิตใจที่แก้ไขไม่ได้ ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการสูญเสียต่าง ๆ

แม้ว่าการเกิดความคิดฆ่าตัวตายจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ แต่นักวิชาการหลายท่าน ได้อธิบายถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นที่ถกเถียงกันมาจกปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2549 ; อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; สมภพ เรื่องตระกูล, 2538) ได้แก่

1) เพศ เพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า เนื่องจากเพศหญิงจะมีอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าแต่ก็จะไม่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากกลัวและไม่กล้า ส่วนเพศชายเป็นเพศที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 2 เท่าโดยเฉพาะผู้ชายวัยกลางคนที่มีปัญหาขั้นวิกฤต เช่น โรคทางกายร้ายแรง ประสบปัญหาทางการเงินหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

2) อายุ ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นในบุคคลช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจอีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากการพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยทำให้เกิดความเครียดได้สูง ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนและจะพบน้อยมากก่อนวัยรุ่น

3) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่การศึกษาต่ำ ซึ่งมักมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้มีการศึกษาสูงมีทักษะในการหาทางออกและเผชิญกับสิ่งคุกคามได้ดีกว่า จึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยกว่าผู้ที่ศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงและพยายามความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

4) สถานภาพสมรส บุคคลที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันจะได้รับกำลังใจจากคู่สมรสหรือครอบครัวแต่ผู้ที่โสด หม้าย หย่าร้าง มักจะเกิดความรู้สึกหว่าเหว เศร้าได้ง่าย เนื่องจากไม่มีคนคอยประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจ ทำให้มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าความสัมพันธ์ไม่ปกติกับคู่สมรสทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูง

5) การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ สารเสพติดมีฤทธิ์ทำให้สมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดประสาทหลอน เพ้อคลั่งจนทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

6) กลุ่มรสนิยมแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ ผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศเนื่องจากสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ต้องปิดบังตัวเอง อยู่อย่างค้อยศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกคับแค้นใจ ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบชายและหญิง

7) กลุ่มผู้ที่อยู่ระหว่างการพักการศึกษา ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ

8) เศรษฐฐานะตกต่ำ การที่บุคคลมีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม ทำให้เกิดความเครียด ท้อถอยและนำมาซึ่งปัญหาครอบครัวและเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาผลประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ในสังคม ตลอดจนเรื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

9) ลักษณะของครอบครัวที่แตกแยก จะเกิดความรู้สึกขาดความอบอุ่น หัวเหว่เศร้าได้ง่าย เนื่องจากไม่มีคนคอยประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจ ทำให้มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าครอบครัวที่แตกแยก

10) มีโรคทางจิตเวช ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่มีโรคทางจิตเวชเนื่องจากผู้ที่โรคทางจิตเวชมักมีอาการและอาการแสดงออกดังนี้ แยกตัวเองจากโลกความเป็นจริง เกิดความคิดหรือภาพหลอน ความคิดยุ่งเหยิง คิดฟุ้งฝันและอารมณ์แปรปรวนอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุของโรคหรืออาการทางจิตแบ่งได้ 2 ประการคือ เกิดอาการทางกาย (organic psychosis) และเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ (function psychosis) ดังนั้นผู้ที่โรคทางจิตเวชจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่มีโรคทางจิตเวช

11) ประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็กเนื่องจากผู้ที่ถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศจะมีความรู้สึกกลัวและเป็นตราประทับที่ติดตัวไปตลอดชีวิต เกิดความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก

12) การมีประวัติสมาชิกของครอบครัวเคยฆ่าตัวตายมาก่อน สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป พบว่าประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือนหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งแรก ร้อยละ 50 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งและผู้พยายามฆ่าตัวตายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

13) ภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองด้านลบ มีแต่ข้อบกพร่อง ความคิดตนเองไม่สวย ไม่เก่ง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา จึงไม่มีใครรัก อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นมาเอง

เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำส่งผลเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า

ธนา นิลชัยโกวิทย์และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ได้ศึกษาความชุกของการคิดอยากฆ่าตัวตายและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในชุมชน เขตหนองจอก กรุงเทพฯ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 54.76 มีความขัดแย้งในครอบครัวและมีเหตุการณ์ด้านลบเกี่ยวกับครอบครัว ร้อยละ 67.5 ได้แก่ การทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการคิดฆ่าตัวตายได้แก่ การมีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวก็ส่งผลให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMASTER เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัวการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรัก ความเข้าใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถ้าการทำหน้าที่ในครอบครัวในด้านต่างๆ ไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ถ้าปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไข ไม่ได้รับการสนับสนุนและให้คำปรึกษาจากครอบครัวกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและความเครียดอาจทำให้ปฏิสัมพันธ์หยุดชะงัก ถ้าสามารถปรับแก้ได้ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็กลับมาเหมือนเดิม ถ้าปรับแก้ไม่ได้จะเกิดปัญหาตามมาอย่างมากมายจนถึงการคิดทำร้ายตัวเองไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

1.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการฆ่าตัวตาย เป็นปรากฏการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมากทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นควรประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายควรถามถึงความถี่และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งความเป็นไปได้ในการกระทำและควรถามถึงวิธีการที่คิดที่จะใช้และการเตรียมการต่างๆ (เช่นการเขียนจดหมายลา จัดการข้าวของส่วนตัว การทำพินัยกรรม หาซื้อวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย) ตลอดจนมีที่จะใช้กระทำอยู่ใกล้ตัวหรือไม่ หากไม่แน่ใจในข้อมูลจากผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องถามประวัติส่วนนี้จากญาติด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2545)

แนวทางการถามความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้ (สมภพเรื่องตระกูล, 2538 ; มาโนชหล่อตระกูล, 2545)

- คุณรู้สึกว่าคุณไม่อยากอยู่หรือไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไมไหม
- คุณมีความคิดอยากตายให้พ้นๆไหม
- คิดเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน
- ผินหรือห้ามไม่ให้คิดได้ไหม
- เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไหร่
- มีเหตุการณ์หรือความกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้
- ได้มีแผนใหม่ที่จะทำอะไร
- คิดใหม่ที่จะทำอะไร
- เคยถึงกับทดลองทำไหม
- ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือของมีคมไหม มีชื่อยามาสะสมไว้ไหม

ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักจะมีความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่ตลอดแม้จะก่อนกระทำ ความคิดฆ่าตัวตายจะแกว่งไกวระหว่างความอยากตายกับความอยากมีชีวิตอยู่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) หากผู้ช่วยเหลือเข้าใจจุดนี้สามารถประเมินความคิดต่อการฆ่าตัวตายได้ก่อน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหา เพิ่มความอยากมีชีวิตอยู่ จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้

1.4 ครอบครัวยุกับการฆ่าตัวตาย

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการสร้างความสุข สร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของบุคคล ถ้าครอบครัวไม่มีสภาพปกติสุข มีความไม่เป็นระเบียบในครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่แยกกันอยู่ ละทิ้ง เลิกร้าง ครอบครัวอยู่อย่างไม่มี การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในทางจิตใจ ไม่มีความผูกพัน รักใคร่กัน มีวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัวประสบอุบัติเหตุ ต้องโทษจำคุกหรือล้มละลาย บิดามารดาทะเลาะกันวิวาทกัน อยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวขาดความรักความอบอุ่น มองโลกในแง่ร้าย เศร้าหมอง เมื่อเกิดความรู้สึกผิดหวัง จะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าและมีความซึมเศร้าจนเป็นเหตุ ให้มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Hawton (1991) พบว่า คนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายสาเหตุมาจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ที่พบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์แบบหย่าร้าง การแยกกันของบิดามารดา ประมาณร้อยละ 75 ของวัยผู้ใหญ่ที่พยายามฆ่าตัวตาย มักจะเป็นปัญหาที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส สาเหตุหลักคือการทะเลาะและการหย่าร้าง

และสอดคล้องการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศ ไทย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่าการมีสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่นมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของนันทา กัญมาศ (2545) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 5 รายมีโครงสร้างของครอบครัวเป็นลักษณะไม่คงเส้นคงวา พ่อแม่ใช้การดูค่า เข็มย่นตีรุนแรงหรือตามใจมากเกินไป การสื่อสารในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีการประคับประคองทางอารมณ์แก่กันเมื่อมีเรื่อง ไม่สบายใจ ไม่มีเวลาอยู่ด้วยกันและพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 3 รายไม่มีความผูกพันเท่าที่ควร ขาดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จำนวน 2 รายพบว่าไม่มีการปรึกษาหารือเมื่อมี ปัญหา ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีใครรัก ไม่มีความสำคัญในครอบครัว มีเวลาอยู่กับครอบครัวน้อย ทำให้ความรักความผูกพันน้อยลง ขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จากบุคคลในครอบครัว รู้สึกโดดเดี่ยว พยายามคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย และมีการพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด

ครอบครัวที่มีสมาชิกพยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกเศร้าโศก โกรธผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาต่างๆตามลำพัง เกิดความรู้สึกสับสนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการ กระทำเช่นนี้ รู้สึกเสียหน้า อับอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดเป็นความรู้สึกที่เป็นตราบาปและถูก ปฏิเสธจากสังคมเพราะต้องถูกสอบสวนจากเจ้าหน้าที่ตำรวจและการพูดคุยกันของญาติและคนใน ชุมชน เกิดความตึงเครียด เกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งในครอบครัวเนื่องจากการดำเนิน บุคคลบางคนในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าจะมีการฆ่าตัวตายซ้ำ จึงต้อง ใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะแรกๆ อาจต้องหยุดการทำมาหากิน เป็นเหตุให้ครอบครัว ขาดรายได้ ในกรณีที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นผู้นำครอบครัวและมีบุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน เป็น การสร้างผลกระทบด้านจิตใจให้กับบุตรเนื่องจากเกิดความวิตกกังวลว่าจะขาดผู้นำครอบครัว บุตร ขาดผู้ดูแลและอบรมสั่งสอนและส่งเสริมให้เรียนหนังสือเพื่อให้มีอาชีพ เกิดครอบครัวแตกแยก บุตร อาจเป็นเด็กที่มีปัญหา ถ้าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพิการจะเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลซึ่ง สอดคล้องการศึกษาของนิตยา เจริญกุล,ชะลอ ชูพงษ์และมณฑิพย์ บริสุทธิ์ (2542) พบว่าบุคคลที่ เคยพยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแลและถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด

2. การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การพยาบาลฆ่าตัวตายถือว่าบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ (Varcarolis, 2002)

1. ภาวะวิกฤตในกระบวนพัฒนา (developmental or maturational crisis) ได้แก่ ภาวะวิกฤตในการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญาแต่ร่างกายจะเห็นชัดกว่า

2. ภาวะวิกฤตจากเหตุไม่คาดฝัน (situational crisis) ได้แก่ ความเจ็บป่วย ตกงาน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3. ภาวะวิกฤตจากภัยพิบัติ (adventitious crisis) ได้แก่ (1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม ไฟป่า (2) ภัยพิบัติจากความขัดแย้งระหว่างเชื้อชาติ ทำให้เกิดสงครามและการจลาจล (3) อาชญากรรมและการกระทำที่ละเมิดสิทธิบุคคล เช่น ข่มขืน การฆ่า การทารุณกรรม

องค์ประกอบภาวะวิกฤต

บุคคลจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ (Aguilera, 1994)

1. การรับรู้เหตุการณ์ของบุคคล (perception of the event) หากบุคคลเข้าใจในปัญหา รับรู้ปัญหาถูกต้องตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตึงเครียดของตนเอง การแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้น

2. จำนวนและคุณภาพของบุคคลที่ช่วยเหลือและทรัพยากรอื่นๆ (number and quality of support people and other resources) เมื่อบุคคลประสบปัญหาต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งความช่วยเหลือหรือสนับสนุนนี้อาจเป็นทั้งการประคับประคองทางอารมณ์ การให้ข้อมูล การให้สิ่งของเงินทองและอื่นๆ

3. ความแข็งแกร่ง อดทนและทักษะของการใช้กลไกในการปรับตัวและทักษะในการดูแลด้านอื่นๆ ของบุคคล (strength and number of coping skills) เมื่อบุคคลเกิดความไม่สมดุลจะมีการใช้กลไกทางจิตโดยไม่รู้ตัว หากมีการใช้กลไกที่เหมาะสมก็จะเกิดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา นอกเหนือจากกลไกทางจิตแล้วบุคคลยังมีการเรียนรู้ที่จะใช้แบบแผนอื่นๆ ในการเผชิญปัญหาด้วยเช่นกัน

การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต (crisis intervention) โดยนำเอาพลังความสามารถที่หลงเหลืออยู่ในตัวของบุคคลออกมาใช้แก้ไขสถานการณ์เครียด โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ (1) ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะวิกฤตการณ์หรือลดความรุนแรงของความเครียดทางอารมณ์ และ (2) ช่วยให้บุคคลให้มีพฤติกรรม การปรับตัวที่เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่ผ่อนคลาย ความเครียดของสถานการณ์ สำหรับการช่วยเหลือบุคคลยามวิกฤตจะใช้เวลาประมาณ 1-6 ครั้ง ในระยะเวลาประมาณ 1-6 สัปดาห์ เมื่อบุคคลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติก็ยุติการช่วยเหลือ ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการตอบสนองตามความต้องการและพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างปกติสุข พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านทฤษฎีวิกฤตเนื่องจากพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีโอกาสสัมผัสกับบุคคล ครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤต จึงเป็นผู้ที่จะให้การป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกได้

การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการที่จะช่วยให้พยาบาลมีทิศทางในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อไม่ให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน

พยาบาลจะประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็น 3 ระยะ ระยะแรก เป็นระยะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการพลุกพล่าน มีอาการประสาทหลอน หลงผิด ระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ความร่วมมือ สามารถควบคุมตนเองได้และระยะก่อนกลับบ้าน เป็นระยะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น การเตรียมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และญาติให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน โดยการประเมิน ดังนี้

1) ประเมินความคิดต่อการฆ่าตัวตายและแรงจูงใจต่างๆ โดยการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ความตั้งใจหรือแผนการที่จะฆ่าตัวตายและข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นความจำเป็นในด้านการให้กำลังใจและบุคคลที่จะช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

2) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้านคือ (1) ด้านอารมณ์ (affective) พบระดับความผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกหมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งและ (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) มักพบความเหนื่อยล้า ประเมินการรับประทานอาหาร การนอนและการดูแลสุขอนามัยโดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง

3) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับใด โดยดูความต้องการการดูแลตนเอง ความแข็งแกร่งและข้อจำกัดในดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและเน้นการดูแลตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเรียนรู้การประเมินตนเอง โดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นและการเรียนรู้ในการบ่งชี้ความจำเป็นในการขอรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพ

4) ประเมินครอบครัว/ ญาติ มีความจำเป็นในการช่วยเหลือถ้ามีเหตุฉุกเฉินและในด้านการให้กำลังใจ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

จากข้อมูลที่ประเมินได้พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองและผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

อนามัย การแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ กระบวนการคิดค้นแปรรูป บุคลิกภาพอ่อนแอ โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องสะท้อนให้เห็นภาวะขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือ การขาดการดูแลตนเองเป็นผลจากการขาดความรู้ แรงจูงใจ ทักษะหรือการมีสิ่งเหล่านี้ไม่เพียงพอ

3. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีเป้าหมายคือ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ค้นหาแรงกดดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายรู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีการใหม่ในการเผชิญปัญหา เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1) การป้องกันอันตรายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายสูงทั้งในภาวะที่รู้ตัวและภาวะที่ไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายจะใช้เป็นอาวุธ จัดบุคลากรให้อยู่ในสายตาดูแลในห้องพัก ทำข้อสัญญากับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายว่าจะไม่ฆ่าตัวตายอีก

2) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การใช้เทคนิคการสื่อสารสร้างความไว้วางใจ โดยการยอมรับในตัวผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย แสดงความเข้าใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียดรวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษาในการปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม ต้องทำให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายรับรู้ได้ว่าชีวิตเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

5) การพัฒนาและฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมถึงฟื้นฟูการดำรงชีวิตในสังคมและการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) แนะนำแหล่งบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและครอบครัว เมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย

4. การประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลเป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด โดยสามารถนำไปสู่การประเมินตนเองและการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ จุดเน้นของการประเมินผลอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงความคิด การกระทำและการเปลี่ยนแปลงในด้านแรงจูงใจและทักษะ

นอกจากนี้อำเภอไพพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้สรุปกระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นต้องระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมากและควรปฏิบัติตลอดเวลา โดยข้อมูลที่สำคัญมีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ เป็นต้น

1.2 อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงความคิดฆ่าตัวตาย

1.3 ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการจะตาย

1.4 บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่จำเป็นในการให้กำลังใจ

2. การวางแผน

2.1 เป้าหมายระยะสั้น เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ

2.1.1 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่พยายามฆ่าตัวตาย

2.1.2 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายบอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย

2.1.3 มีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

2.2 เป้าหมายระยะยาว เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2.2.1 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก

2.2.2 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญ

ความเครียด

2.2.3 แก้ปัญหาด้านต่าง ๆ และมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย

3. การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมายคือ

3.1 ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

3.2 หาแรงดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

3.3 ช่วยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้รู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญ

ปัญหา

โดยสรุปพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญโดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบเป็นขั้นเป็นตอนในลักษณะให้คำแนะนำ สอน ให้คำปรึกษา ประคับประคองรวมถึงฝึกทักษะ โดยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายสามารถค้นหาปัญหา ความต้องการ วางแผนและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผลลัพธ์โดยรวมคือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ มีความหวัง มีทัศนคติในการดำเนินชีวิตด้านบวก ร่วมมือในการรักษา มีข้อมูลในการหาแหล่งช่วยเหลือก่อนที่จะฆ่าตัวตายและครอบครัว/ญาติ

มีความรู้และเข้าใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและมีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อเกิดปัญหากับผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตาย

2.1 การพยาบาลผู้ที่ยกยบายฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER) มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือด้านร่างกายตามระดับความรุนแรงที่พบ เช่น ล้างท้อง เย็บแผล ทำแผล ฯลฯ

2. กรณีที่เอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ อาจจะต้องฉีด Diazepam 5-10 mg. ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เมื่อมีอาการสงบ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้วพบว่า

3.1 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ปฏิบัติดังนี้

กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษา (Admit) ในโรงพยาบาล

- ให้การปรึกษารายบุคคลและรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

- ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน

- พยาบาลสุขภาพจิตต้องเฝ้าระวังโดยใช้ รง. 506 DS อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดหมายมา Follow Up และส่งต่อพื้นที่ให้การดูแลหรือติดตามเยี่ยม

กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเข้าตึกผู้ป่วยในและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้าให้ใช้แบบคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าร่วมกับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้วพบว่า

3.2.1 ถ้ามีภาวะซึมเศร้า ให้ปฏิบัติดังนี้

- รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา

3.2.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ให้คำปรึกษารายบุคคลและรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

- เฝ้าระวังต่อเนื่องร่วมกับใช้แบบ รง.506 DS

- วางแผนการจำหน่ายเมื่ออาการดีขึ้นและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมต่อเนื่องในชุมชนและนัดหมาย Follow Up ตามความเหมาะสม

3.2.3 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ให้การปรึกษาและรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

- เฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน

3.2.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่อาจมีปัญหาสุขาภพจิต ให้ปฏิบัติดังนี้

- มีปัญหาสุขาภพจิต ควรให้การปรึกษา

- ไม่มีปัญหาสุขาภพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆ ไปที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

ต้องการของผู้รับบริการ

3.2.5 ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก แต่แพทย์ไม่ Admit ให้นัด Follow Up ภายใน 3-5 วัน เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลและช่วยเหลือ ในกรณีเสี่ยงน้อย นัดหมายภายใน 1-2 สัปดาห์

3.2.6 ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดหมายมาพบเจ้าหน้าที่และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อหรือติดตามเยี่ยม

กรณีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. ให้สังเกตผู้รับบริการว่ามีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่

- มีสีหน้าเศร้าซึม หม่นหมอง ร้องไห้

- เป็นโรคร้ายแรง เรื้อรัง รักษาไม่หาย

- เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้ติดสุรามีบุคลิกภาพ

ผิดปกติ

2. ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อประเมินแล้วพบว่า

กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1 กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ให้คำปรึกษารายบุคคล

- ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังที่บ้าน

- พยาบาลสุขาภพจิตและจิตเวชต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up ส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่องหรือการติดตามเยี่ยม

2.2 กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ส่งเข้าพักรักษาในตึกผู้ป่วย

2.3 กรณีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้าให้ใช้แบบ

คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย เมื่อประเมินแล้วพบว่า

2.3.1 มีภาวะซึมเศร้า ให้ปฏิบัติดังนี้

- รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา หรือ Admit

- ให้คำปรึกษารายบุคคล

- เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up และส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่องหรือติดตามเยี่ยม

- 2.3.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้าแต่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต ให้ปฏิบัติดังนี้
- มีปัญหาสุขภาพจิต ให้คำปรึกษารายบุคคล
 - ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้คำแนะนำต่างๆ ไปที่สอดคล้องกับความ

ต้องการของผู้รับบริการ

กรณีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน ให้การพยาบาลดังนี้

1. ให้ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ให้การช่วยเหลือตามผลการประเมิน

2.1 กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือกำลังมีภาวะซึมเศร้าให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้การช่วยเหลือตามผลการประเมิน

2.1.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือดังนี้

- คว้าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล

ฯลฯ ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตให้คำปรึกษารายบุคคล ถ้าไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำแนะนำต่างๆ ไป

2.1.2 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือดังนี้

- กรณีแพทย์ไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6

เดือน โดยการนัดมา Follow Up เป็นระยะส่งต่อให้พื้นที่ดูแลต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน

- กรณีแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้ให้คำปรึกษารายบุคคล

เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนโดยการนัดมา Follow Up เป็นระยะ ส่งต่อให้ PCU ดูแลและติดตามเยี่ยมบ้าน

2.2 กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การพยาบาลดังนี้

2.2.1 รายงานแพทย์ / ให้การรักษา

2.2.2 ให้คำปรึกษารายบุคคล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการ

ฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

2.2.3 การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะ

ซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าตามข้อ 2.1.2

กรณีผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยทั่วไป ให้การพยาบาลดังนี้

1. เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยมีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น

- ผู้ป่วยเรื้อรัง / ร้ายแรง
- สูญเสียอวัยวะกะทันหัน
- โรคจิตเวช ฯลฯ

2. ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้การช่วยเหลือตามผลการคัดกรอง ดังนี้

2.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้าให้การช่วยเหลือดังนี้

- ควรมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ เช่น เครียด วิตกกังวล ฯลฯ

ถ้าพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตให้คำปรึกษารายบุคคลและถ้าไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำแนะนำทั่วไป

2.2 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือดังนี้

- รายงานแพทย์เพื่อการรักษา
- ให้คำปรึกษารายบุคคล
- เฝ้าระวัง ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย

- วางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

- เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการนัดมา Follow Up ส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่องหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน

- ในการประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือประเมินภาวะซึมเศร้าให้บันทึกให้ละเอียดใน รง.506 DS เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกราย

แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

สำหรับชุมชน / สถานศึกษา ผู้นำชุมชน / ครู / อาจารย์ให้สังเกตคนในชุมชน / นักเรียน ตามหลักการสังเกต ดังนี้

1. ซึมเศร้าหม่นหมอง ร้องไห้เกือบทุกวัน
2. มีภาวะสูญเสีย เช่น เสียบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา บุตร
3. เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง / ร้ายแรง / รักษาไม่หาย
4. สูญเสียอวัยวะกะทันหัน / พิการ

5. แยกตนเอง ไม่พูดคุยกับใคร ผลการเรียนลดลง ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่งให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ถ้าประเมินแล้วพบว่า

5.1 ไม่มีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด ฯลฯ

ถ้าประเมินแล้วพบว่า

- มีปัญหาสุขภาพจิตให้คำปรึกษารายบุคคล
- ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป

5.2 มีภาวะซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือตามลำดับดังนี้

5.2.1 ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.2.2 ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.2.3 เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

5.2.4 ให้คำปรึกษารายบุคคลในการดูแลช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5.2.5 ให้ช่องทางด่วนกรณีต้องส่งโรงพยาบาลลาดบัวหลวงเพื่อรับการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรับการช่วยเหลือเร่งด่วน

การให้คำปรึกษารายบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลลาดบัวหลวง

การให้การพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนอกจากจะให้การพยาบาลด้านร่างกายแล้ว การให้การพยาบาลด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลก็มีความสำคัญมากที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญเช่นกัน กระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (อำเภอพนมดงรัก สมานวงศ์ไทยและคณะ, 2541)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกๆ ที่เริ่มการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีข้อตกลงบริการร่วมกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย องค์ประกอบสำคัญของการทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1) คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษาควรมีบุคลิกภาพที่อบอุ่น ท่าทางเป็นมิตร

2) การสร้างความประทับใจ ความประทับใจจะเกิดได้จากปัจจัยลักษณะภายนอกที่สังเกตเห็นได้ เช่น หน้าตายิ้มแย้ม ใจเย็น มีท่าทีสงบ การพูดคุยดี นิ่งเสียงและจังหวะเหมาะสม ส่วนปัจจัยลักษณะภายใน พยาบาลควรแสดงออกมาให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายรับรู้ได้ถึงลักษณะภายในของตนเอง ได้แก่ ทศนคติที่เป็นกลาง การไม่ตัดสินและแบ่งแยก การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายในเรื่องการรักษาความลับ

3) การทักทายและแนะนำตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจและความเป็นกันเองกับผู้พยายามฆ่าตัวตาย

4) การพูดคุยเรื่องต่างๆ ไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและให้รู้สึกผ่อนคลาย

5) การเปิดประเด็นปัญหา คือ การจับที่อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยสังเกตอาการที่แสดงออกโดยการใช้ทักษะต่างๆในการให้คำปรึกษา เช่น การสะท้อนความรู้สึก การใช้คำถามปลายเปิด แสดงความเห็นอกเห็นใจและใส่ใจความรู้สึกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พยายามต้องอาศัยการผสมผสานทักษะต่างๆในการให้คำปรึกษาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้ระบายความรู้สึกและทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ระบุนิวปัญหาที่แท้จริงได้เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหา แบ่งการประเมินความเสี่ยงในกามาตัวตาย ดังนี้

1) ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงน้อยมีการวางแผนช่วยเหลือคือ การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายระบายสิ่งที่อยู่ในใจออกมา ซึ่งการให้คำปรึกษารายบุคคลที่จำเป็นคือ การสร้างความตระหนักในคุณค่าชีวิต การมีความคิดทางบวก การแก้ไขปัญหา

2) ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูงมีการวางแผนช่วยเหลือคือ พยายามควรพิจารณาและประเมินว่าผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสามารถอยู่ในความดูแลของตนเองได้หรือไม่ ในกรณีผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายมีปัญหาทางจิตเวชที่การให้คำปรึกษารายบุคคลไม่เพียงพอที่จะผ่อนคลายได้ จำเป็นต้องส่งต่อให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง

ขั้นตอนที่ 4 การยุติบริการ เมื่อผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้ระบายความรู้สึก ความกดดันต่างๆจนผ่อนคลายแล้วและมีแนวทางในการดำเนินชีวิต สามารถหาทางออกในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่งก็ยุติการให้คำปรึกษารายบุคคลกับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย โดยมีการสรุปการพูดคุย สำรวจความคิด ความรู้สึกของผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายอีกครั้งและส่งเสริมการให้แรงจูงใจกำลังใจเพื่อให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสามารถนำความรู้และทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดปัญหาได้อยู่ในระดับหนึ่ง ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและควรนัดหมายเพื่อติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง

แนวความคิดดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลลาดบัวหลวงเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน ไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระและขาดที่ปรึกษา ซึ่งการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง ดังนี้

1. การทำงานเป็นทีม มีการประสานงานการทำงานระหว่างเครือข่ายทั้งในและนอกระบบ สาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน
2. การดำเนินงานในรูปแบบบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม
3. การดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานที่ครบวงจรทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เหมาะสม เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาวางแผนดำเนินงานให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

2.2 บทบาทของพยาบาล APN ในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การให้การพยาบาลในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากเป็นการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต (crisis intervention) โดยนำเอาพลังความสามารถที่หลงเหลืออยู่ในตัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายออกมาใช้แก้ไขความทุกข์ใจ ความท้อแท้ ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถผ่านภาวะวิกฤตและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

2.2.1 บทบาทในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

- 1) วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2) สร้างทีมในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน
- 3) จัดระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ครอบคลุมการช่วยเหลือให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง
- 4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

5) ช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้เข้าถึงระบบสุขภาพและสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6) สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

2.2.2 บทบาทในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1) ประเมินภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การตรวจสภาพจิต แปรผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และการคัดกรอง

2) วินิจฉัยปัญหาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ประสาทชีววิทยา ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

3) การให้การพยาบาลที่ซับซ้อนแบบองค์รวมและให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์

4) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5) ประสานงานกับทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมและทันที่

2.2.3 บทบาทในการประสานงาน

1) ประสานความร่วมมือพยาบาล แพทย์ ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2) ประสานความร่วมมือครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พยาบาล ชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนการจำหน่ายให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

2.2.4 บทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) การสอนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียดรวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

2) สอนและฝึกรวมความรู้ให้บุคลากรทางสุขภาพและในชุมชนให้มีความสามารถในการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการส่งต่อได้

2.2.5 บทบาทการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

- 1) เป็นที่ปรึกษาให้ทีมงานในการจัดการการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เหมาะสม
- 2) เป็นที่ปรึกษาให้ทีมงานในการสร้างทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและครอบครัว

2.2.6 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

- 1) นำการให้คำปรึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและครอบครัวเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายให้มีคุณภาพ
- 2) สร้างแผนงานในการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลลาดบัวหลวงและเครือข่ายระดับชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย

2.2.7 บทบาทในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

- 1) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรมสิทธิผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย หลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน
- 2) พัททษสิทธิ์เพื่อให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย
- 3) มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

2.2.8 บทบาทในการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

- 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายและใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาใช้ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลลาดบัวหลวง
- 2) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลเดียวกัน
- 3) วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย

2.2.9 บทบาทในการจัดการและประเมินผลลัพธ์

- 1) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย
- 2) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการวิจัยประเมินผล
- 3) นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่นๆ ในสังคมและเป็นสถาบันที่ดีที่สุดที่จะเกื้อกูลต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย สมาชิกในครอบครัวจะเจริญเติบโตได้อย่างปกติย่อมต้องอาศัยครอบครัว ซึ่งจะคอยส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการประคับประคองสนับสนุนบำรุงให้สามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างราบรื่นและมีความสุข Hawton (1991) ให้นิยามครอบครัวว่าครอบครัวหมายถึงการที่บุคคล 2 คนหรือมากกว่านั้นมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายที่เกิดจากการแต่งงานหรือการขอบุตรบุญธรรม ครอบครัวใดจะมีลักษณะเฉพาะของครอบครัวนั้น สมาชิกในครอบครัวใช้ชื่อสกุลในครัวเรือนเดียวกัน นอกจากนี้ นีส์ล (Kneisl, 1996) ให้ความหมายของครอบครัวโดยคำนึงถึงว่าเป็นสถานที่ที่บุคคลมีการพัฒนาการ สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นๆ เป็นครั้งแรก บุคคลจะมีภาพพจน์ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัวได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งเหตุการณ์นี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของชีวิตในช่วงวัยต่อมา

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิด McMaster (อูมาพร ตังคสมบัติ, 2545) แนวคิดนี้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดย Epstein, Bishop & Baldwin แห่งมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา และมหาวิทยาลัยบราวน์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัวมาเป็นเวลานานกว่า 25 ปี แนวคิดนี้มองครอบครัวเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (marital subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียนหรือศาสนา กำหนดภารกิจหรือหน้าที่หลักที่สมาชิกต้องปฏิบัติ 3 เรื่องใหญ่ๆ เพื่อให้สมาชิกพัฒนาและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์และสังคม

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด McMaster Model นั้นมองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้ไม่ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกๆ ด้าน แต่เน้นด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด McMaster Model มีรายละเอียดดังนี้ (อูมาพร ตังคสมบัติ, 2545)

1. การแก้ไขปัญหา (problem solving) การแก้ไขปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวดำรงสภาพและปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ “ปัญหา” หมายถึง สิ่งมาคุกคามเสถียรภาพและขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในอันที่จะดำรงอยู่อย่างปกติสุข อาจแบ่งปัญหาออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ด้านวัตถุ (instrumental) ได้แก่ ปัญหาที่จำเป็นเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย 2) ด้านอารมณ์ (affective) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวอาจมีปัญหาแบบที่ 2 คือ เฉพาะด้านอารมณ์เท่านั้น โดยไม่มีปัญหาแบบที่ 1 เลย แต่พบว่าครอบครัวที่มีปัญหาแบบที่ 1 มักจะมีปัญหาแบบที่ 2 ด้วยเสมอ

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้นจะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ไม่เรื้อรัง ส่วนครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น มักแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ปัญหาไม่ได้แก้ไขเสร็จสิ้นและมักกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป สำหรับการแก้ปัญหาของครอบครัวมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน รวมความถึงใครเป็นผู้ตัดสินใจหรือตัดสินใจอะไรเป็นปัญหาและปัญหาที่แยกแยะออกมานั้นถูกต้องหรือไม่ เป็นปัญหาที่ขัดแย้งจริงๆ หรือไม่

1.2 การสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายในครอบครัวและกับระบบภายนอกครอบครัว หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีผู้รับรู้หรือไม่ มีการบอกกล่าวให้รับรู้ถึงปัญหาหรือไม่และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยแก้ปัญหาได้หรือไม่

1.3 วางแผนในการแก้ปัญหา

1.4 ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ครอบครัวมีการตัดสินใจแน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใดหรือไม่ มองทางออกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาหรือไม่

1.5 ดำเนินการแก้ไขปัญหาตามวิธีที่เลือก ครอบครัวแก้ไขปัญหามาตามที่ตกลงกันได้ครบถ้วนหรือไม่ หรือทำไปเพียงบางส่วน บางครอบครัวอาจไม่ได้กระทำตามที่ตกลงไว้เลย

1.6 ติดตามให้การแก้ไขปัญหานั้นดำเนินไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามว่าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นได้ดำเนินการกระทำตามไปมากน้อยเพียงใด ผู้รับผิดชอบแก้ปัญหา ได้แก่ ปัญหาตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่

1.7 ประเมินความสำเร็จของวิธีการแก้ปัญหา เป็นการประเมินว่าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด ครอบครัวได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าวอย่างไร

2. การสื่อสาร (communication) การสื่อสาร หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน การสื่อสารจะมี 2 แบบ คือ การสื่อสารที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งแนวคิดนี้จะเน้นที่การสื่อสารที่ใช้คำพูด เนื่องจากเป็นส่วนที่สามารถวัดหรือประเมินได้ เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน

ชีวิตประจำวันหรือการสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุและเนื้อหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึก เช่นเดียวกับการแก้ไขปัญหา การสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุกับการสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์อาจมีความคาบเกี่ยวกัน ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุดี อาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีปัญหาการสื่อสารด้านวัตถุมักมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ด้วยเสมอ

องค์ประกอบของการสื่อสาร

การพูดคุยกันหรือการสื่อสารกันนั้นทั้งสองฝ่ายที่พูดคุยกัน นอกจากจะสื่อกันด้วยคำพูดแล้วยังอาศัยสิ่งที่ไม่ได้เป็นคำพูด คือ ส่วนของภาษาท่าทาง เช่น

1. การสบสายตา จะทำให้พูดจากันได้เข้าใจง่ายขึ้นและการสบตายังช่วยให้ทั้งสองฝ่ายระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุย

2. สีหน้า สีหน้าที่รับฟังหรือยิ้มแย้มแจ่มใส บ่งบอกว่าการแสดงสีหน้าเฉยเมยหรือบึ้งตึง นอกจากนี้การสังเกตสีหน้าฝ่ายคู่สนทนาทำให้เราทราบความรู้สึกได้ว่าเขากำลังโกรธ กังวล น้อยใจ เสียใจ ฯลฯ ซึ่งจะทำให้เราเลือกที่จะพูดจากับเขาได้อย่างเหมาะสม

3. ท่าทาง ท่าทางที่แสดงออกซึ่งการรับฟังและทำให้คู่สนทนาอยากพูดคุยด้วย ได้แก่ การผงกศีรษะรับฟัง การโน้มตัวเข้าหา คนที่ใช้อารมณ์จะแสดงอีกลักษณะหนึ่ง เช่น กอดอก ยืนตัวแข็ง เป็นต้น

4. การสัมผัส เช่น การจับมือ จับต้นแขน การโอบกอด จะให้ความรู้สึกเข้าใจอบอุ่น รักใคร่ สนิทสนม ได้เป็นอย่างดี

5. ระยะห่าง การพูดคุยจะดีขึ้นหากทั้งสองฝ่ายพูดคุยในระยะใกล้กัน การพูดคุยโดยอยู่ในระยะห่าง จะทำให้ต้องใช้เสียงดังและไม่มีการสบตากัน จะทำให้เกิดความเข้าใจผิดกันได้ง่าย

การสื่อสารทางลบ

การสื่อสารทางลบ คือ การสื่อสารหรือการพูดคุยกันโดยทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกในทางลบ จะแสดงออกทั้งทางคำพูดและทางภาษาท่าทาง เช่น จ้องหรือถลึงตาเข้าหาอีกฝ่าย สีหน้าบึ้งตึงหรือเฉยเมย ท่าที่เย็นชา ขาดความใกล้ชิดและสัมผัส การแสดงออกอาจจะมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. ไม่พูด โดยเก็บความรู้สึกในทางลบไว้ในใจ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นรู้ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะพูดอย่างไร (ขาดทักษะ) หรือกังวลว่าจะทำให้อีกฝ่ายรู้สึกไม่พอใจ หรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

2. กลุมเครือ หมายถึง ข้อความที่พูดแล้วความหมายไม่ชัดเจน เข้าใจได้หลายทาง ทำให้ผู้ฟังรู้สึกหงุดหงิด ไม่ชอบใจ เช่น “คุณพอมีเวลาว่างไหม” โดยไม่บอกชัดเจนว่าต้องการอะไร ทำให้อีกฝ่ายต้องคาดเดาและไม่อาจตอบสนองได้ตรงความต้องการ ก็จะขัดใจกัน

3. เจ้ากี้เจ้าการ หมายถึง การเข้าไปเป็นธุระให้ผู้อื่นเกินความจำเป็น เช่น “ทำไมคุณไม่ไปเยี่ยมคุณแม่เข้านี่เลยล่ะ” เป็นลักษณะของการไปกำหนดกฎเกณฑ์ให้คนอื่น

4. **ประชดประชัน** หมายถึง การใช้ถ้อยคำที่เป็นบวกแต่สื่อความหมายในทางตรงข้าม เช่น “เที่ยวมาพอแล้วหรือถึงได้กลับมาแต่วันเชียว”

5. **กล่าวหา** หมายถึง การพูดเหตุของพฤติกรรม โดยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกโกรธ เช่น “คุณไม่เคยช่วยฉันทำงานบ้านเลย” หรือ “คุณนี่เอาแต่ดูทีวี”

6. **เปรียบเทียบ** หมายถึง การพูดพฤติกรรมหรือลักษณะของผู้ฟังโดยเทียบเคียง (ความเหมือนหรือต่าง) กับผู้อื่น ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจและลดคุณค่าในตัวเอง เช่น “คนข้างบ้านไม่เห็นเขาบ่นอย่างคุณเลย”

7. **ตำหนิติเตียน** หมายถึง การพูดถึงข้อบกพร่องในตัวผู้อื่นหรือการกระทำของผู้อื่นว่าร้าย ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจหรือโกรธ เช่น “ล้างจานแล้วไม่เห็นสะอาดเลย”

8. **บ่น** หมายถึง การพูดพร่ำหรือกล่าวซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกรำคาญ ไม่อยากอยู่ใกล้ เช่น “ฉันเหนื่อยกับแกทุก ๆ วัน ไม่เห็นมีใครมาช่วยฉันบ้างเลย”

9. **ด่าว่า** หมายถึง การใช้คำหยาบคายในการพูดตำหนิ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกโกรธ เช่น “เอ็งมันลูกเนรคุณ ไม่รู้จักบุญคุณพ่อแม่”

การสื่อสารเหล่านี้จะทำให้อีกฝ่ายรู้สึกในทางลบ เช่น สงสัยว่าเขาต้องการอะไร รู้สึกว่าเราคงเป็นคนไม่มีอะไรดี รู้สึกถูกดูหมิ่นศักดิ์ศรี ไม่ได้รับการยอมรับ โดยรวมก็คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าสำหรับอีกคน เมื่อคนเราไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในครอบครัว การอยู่ด้วยกันหรือพูดกันดี ๆ จะเกิดขึ้นได้ยาก ตรงกันข้าม สิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นการตอบโต้ ใช้อารมณ์เข้าหากันและถูกถามเป็นปัญหารุนแรง และสะสมเรื้อรังต่อไป

การสื่อสารทางบวก

ในขณะที่การสื่อสารทางลบมักจะเน้นที่การพูดถึงความคิด หรือการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ทำไมคุณ คุณไม่เคย ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวกนั้นเป็นการสื่อสารความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ

วิธีการสื่อสารทางบวก มีหลักดังนี้

การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปของผู้พูด

ตัวอย่าง

- แม่เสียใจที่เห็นลูกทะเลาะกัน
- ดิฉันอยากให้คุณกลับบ้านแต่หัวค่ำ
- กระผมอยากเสนอให้ทุกคนมาทำงานเช้ากว่านี้
- กระผมมีความเห็นว่าพวกเรายังไม่ร่วมมือกันเท่าที่ควร
- วันนี้ดิฉันไม่สบายคงจะช่วยคุณได้ไม่มากนัก

การฝึกฝนการสื่อสารกับสมาชิกหรือมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน มีขั้นตอนดังนี้

1. ต้องฝึกฝนให้เป็นผู้ฟังที่ดี (ไม่รีบโต้แย้งหรือวิพากษ์วิจารณ์ ต่อว่า)
2. สังเกตอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งภาษาพูดและภาษา

ท่าทาง

3. ระวังการใช้แววตา สีหน้า น้ำเสียง ของตนเองในทางลบต่อผู้ป่วย
4. ทดลองสื่อสารกลับโดย

4.1 กรณีที่เขารมณ์ไม่ดีโดยไม่เกี่ยวกับสมาชิก ใช้คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยที่ญาติสังเกตเห็น เช่น “ดูลูกอารมณ์เสีย มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่า”

4.2 กรณีที่เป็นเรื่องขัดกัน ก็พูดให้ชัดเจน เช่น “ดูลูกหงุดหงิด (ความรู้สึกที่สังเกตเห็น) ที่แม่บอกให้ลูกขยันอ่านหนังสือ (ปัญหาที่ขัดกัน)”

4.3 กรณีความคิดเห็นไม่ตรงกัน มีวิธีการสื่อดังนี้

- บอกความรู้สึกของตนเอง
- บอกพฤติกรรมหรือสิ่งที่ตนไม่ชอบ
- บอกความต้องการอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา
- ถามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย
- แสดงความชื่นชมหรือขอบคุณเมื่อเขาตอบสนอง

3. บทบาท (roles) บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ บทบาทแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท เช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันและบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังอาจแบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุข ประกอบด้วย การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิกและการบริหารและจัดการภายในครอบครัว

3.2 บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บางครอบครัวอาจมีบทบาทไม่เหมาะสมจนเกิดแพะรับบาป หมายถึงเกิดสมาชิกที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์จากสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้จะช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้งไม่ให้เกิดความเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุล ถือเป็นบทบาทที่ไม่เหมาะสม การพิจารณาว่าบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกัน คือ

3.2.1 การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก ซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยมอบหมายให้กับบุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม

3.2.2 การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความรู้สึกนุ่มนวล อ่อนหวาน ความสุข ความยินดีและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติ เช่น ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกเศร้าสร้อย ความผิดหวัง ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ปกติจะสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายอย่างเหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เหมาะสมกับสถานการณ์ด้วย อย่างไรก็ตามการพิจารณาต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมด้วย

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับของความผูกพันที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ แบ่งออกได้หลายระดับ ดังนี้

5.1 ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย

5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก มีความสนใจบ้าง แต่ความรู้สึกลึกซึ้งทางอารมณ์มีเพียงเล็กน้อย แสดงออกเมื่อถูกเรียกร้อง

5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง มุ่งความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง ไม่ได้สนใจอีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง

5.4 ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ ให้ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่ง โดยอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง

5.5 ผูกพันมากเกินไป ให้ความสนใจมากเกินไป ปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากจนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเอง

5.6 ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน เป็นลักษณะของความผูกพันที่มีพยาธิสภาพขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลย ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีลักษณะของความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ จัดเป็นลักษณะของความผูกพันที่ดีที่สุด

6. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

พฤติกรรมที่จำเป็น ต้องมีการควบคุม แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ การกิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศ ความก้าวร้าว เป็นต้น พฤติกรรมด้านสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง หรือเป็นสมาชิกในชมรม

เป็นต้น พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน เช่น การพยายามทำร้ายตนเอง
เป็นต้น การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

6.1 การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) ในครอบครัว มีการกำหนดไว้ชัดเจน สมาชิกไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมพฤติกรรมที่เข้มงวดเกินไปอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมคือเจ็บ

6.2 การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) ครอบครัว ลักษณะนี้จะมีมาตรฐานสำหรับพฤติกรรมแต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

6.3 การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control) ครอบครัวลักษณะนี้ไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรจะมีพฤติกรรมอย่างไร ใครจะทำอะไรก็ได้ ตามใจชอบ สมาชิกในครอบครัวแบบนี้รู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดี และอาจมีลักษณะ เรียกร้องความสนใจมาก

6.4 การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมไม่แน่นอน บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย การควบคุมลักษณะนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุดใน 4 แบบ ที่กล่าวมา

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้าร่วมด้วย กล่าวง่ายๆ ก็คือเป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยคนเดียว ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามีน้องหรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหายด้วย

การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกันและทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆ เท่านั้น แท้จริงแล้วการให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เรามองว่าปัญหาที่อยู่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้องแก้เฉพาะบุคคลนั้น จิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” ตัวบุคคล คือที่บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

4.1 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการทำจิตบำบัดและให้คำปรึกษาครอบครัวคือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด

กล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม บริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เชี่ยวชาญรักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ผู้บำบัดเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเอง การสร้างพลังให้ครอบครัวนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง

4.2 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาสรุป 4 ประการ คือ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541 ; อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทยและคณะ, 2541)

4.2.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะร่วมมือในการบำบัดรักษา การบำบัดเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้ป่วยจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัด แต่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษามักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัว แต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้บำบัดก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการบำบัดจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้น สิ่งแรกที่ผู้บำบัดต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นมิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการบำบัดรักษากลางคันหรือต่อต้านการบำบัดรักษาได้

4.2.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่า คืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหาก็เคยกระทำนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหามากมาย อะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

4.2.3 พึ่งเลี้ยงปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงบำบัดจะพบว่า มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้บำบัดต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว

4.2.4 ช่วยให้การครอบครัวยอมรับปัญหาในแง่มุมมองใหม่ การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่พุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.2.5 ช่วยให้การครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใด หรือให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้นจะทำให้การบำบัดมีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานานและการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

4.2.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่ายประคับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่นๆ การบำบัดจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้บำบัดดึงเอาเครือข่ายต่างๆ มาช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

4.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวที่แพร่หลายในปัจจุบันมีหลายทฤษฎี ซึ่งผู้ศึกษาจะนำเสนอ 4 แนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมและเสนอรายละเอียดแต่ละทฤษฎีตามลำดับต่อไปนี้

4.3.1 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีแอดเลอร์

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีแอดเลอร์ คือ พฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์ย่อมมีเป้าหมายและมีทิศทางมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่าเดิม มนุษย์จึงดิ้นรนต่อสู้ให้หลุดพ้นจากความรู้สึกมีปมด้อย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของชีวิตที่ดีกว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของมนุษย์เกิดจากการมีเป้าหมายของพฤติกรรมที่ผิดๆ ได้แก่ ความเรียกร้องความสนใจ อำนาจ แก่งแค้นและหลีกเลี่ยง ดังนั้นการค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของพฤติกรรมเหล่านั้นจึงช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาวิธีการเพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้ (Peterson & Nisenholz, 2003)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีแอดเลอร์ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของบุคคลและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพิ่มทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนและยอมรับในความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่มีในครอบครัว (Michael, 2003)

3) กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีแอดเลอร์ กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีแอดเลอร์ โดยสรุปมี 5 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวด้วยการแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการให้คำปรึกษา (2) ขั้นรวบรวมข้อมูล โดยดูจากข้อมูลพื้นฐานการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวและบรรยากาศของ

ครอบครัว (3) ขั้นตอนตั้งสมมติฐานในการรับฟังเกี่ยวกับปัญหาว่าสมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนองต่อปัญหานั้นๆอย่างไร (4) ขั้นตอนดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การสังเกต การตีความหมาย การส่งเสริมให้กำลังใจ และ (5) ขั้นตอนยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการให้คำปรึกษาครอบครัวและติดตามเป็นระยะๆ ถึงแม้การให้คำปรึกษาครอบครัวจะยุติไปแล้ว (Samuel, 2000)

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของแอดเลอร์

4.1) การสังเกต (observation) ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น พ่อ แม่ เด็ก ผู้ใหญ่คนอื่นๆ สามารถสังเกตได้ตลอดเวลาของการให้คำปรึกษา การสังเกตภายในกรอบเวลาที่ถูกต้องจะนำไปสู่การตีความหมายและแก้ไขพฤติกรรมของเด็กได้อย่างถูกต้อง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องตระหนักถึงความหมายของพฤติกรรมและยอมรับการกระทำทุกอย่างที่แสดงถึงเป้าหมาย เจตคติ ค่านิยมและความคาดหวังของเด็ก นอกจากนี้จะต้องมองพฤติกรรมในภาพรวมทั้งหมดมากกว่าการสังเกตพฤติกรรมเป็นส่วนๆ

4.2) การตีความหมาย (interpretation) ผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ทั้งเด็กและพ่อแม่ เป็นการตีความหมายที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้บนข้อสรุปที่จัดระบบโดยผู้ให้คำปรึกษาและการตีความหมายออกมาในลักษณะของการวินิจฉัยและตั้งสมมติฐานเบื้องต้น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทบทวนและตีความหมายอย่างระมัดระวังที่สุด

4.3) การส่งเสริมให้กำลังใจ (encouragement) เป็นเทคนิคที่ต้องนำมาใช้ทุกๆขั้นตอนของการให้คำปรึกษาทั้งนี้เพราะความสำเร็จในการให้คำปรึกษาจะต้องอาศัยความสามารถในการส่งเสริมให้กำลังใจของผู้ให้คำปรึกษา เทคนิคนี้ใช้ได้ผลมากในการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินรูปแบบชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของแอดเลอร์ที่นิยมใช้ในการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวคือ เทคนิคการแสดง (action techniques) ซึ่งจะช่วยบรรยายให้เห็นความสัมพันธ์ในครอบครัวและสภาพปัญหาได้เป็นอย่างดี เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำอธิบายได้อย่างแจ่มแจ้งแต่สามารถแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาเมื่อประสบกับเหตุการณ์นั้นอีก

5. บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของแอดเลอร์

คือบทบาทเสมือนเป็นนักการศึกษาหรือครูอาจารย์ ผู้ให้ความรู้ที่พยายามให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจนสามารถประยุกต์ข้อมูลใหม่ให้เข้ากับสถานการณ์ของตนและทำการแก้ไขปัญหาได้

4.3.2 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

1) แนวคิดสำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

มนุษยนิยม คือ การให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึก การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การอยู่กับปัจจุบัน (here and now) การพัฒนาบุคคลให้มีความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ค้นหาและแก้ไขข้อผิดพลาดของบุคคลให้มีความอดทน อดกลั้นและให้อภัยกัน (Goldenberg & Goldenberg, 2005)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

เพื่อช่วยให้แต่ละบุคคลแต่ละคนได้พัฒนาตนเอง มีเหตุผลเหนืออารมณ์ เกิดวุฒิภาวะในตนเอง มีความอดทนและให้อภัยกัน (Coley, 2002) บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาในครั้งแรกของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือ การให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความชัดเจนในความคาดหวังอะไรจากการให้คำปรึกษาครอบครัว มีสร้าง ความหวังให้เกิดขึ้นมาและกำหนดภาพในอนาคตที่พวกเขาต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว กระตุ้นให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมและเรียนรู้บทบาทหน้าที่ เข้าใจอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว สอนทักษะการจัดการกับเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพูดถึงความรู้สึกของตนเองอย่างไม่อ้อมค้อม จริงใจ โดยให้สมาชิกสำรวจถึงความรู้สึกของตนเอง เผชิญกับความรู้สึกของตนเองและยอมรับกับความรู้สึกนั้นๆ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งและมีระบบที่ดี (Nichol, 2003)

3) กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) สร้างให้เกิดความไว้วางใจในครอบครัว มีการประเมินครอบครัวก่อนและวางแผนการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกัน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและการยอมรับให้เกิดขึ้นกับครอบครัว (2) ให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการตระหนักรู้อย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดการพัฒนาการตระหนักรู้ใหม่ (3) สร้างให้เกิดความเข้าใจใหม่กับสมาชิกในครอบครัว (4) เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงความรู้สึกและพูดถึงสิ่งที่เขาได้เรียนรู้ใหม่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและ (5) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวฝึกใช้พฤติกรรมใหม่ที่ได้เรียนรู้มานั้นไปปรับใช้ในชีวิตจริง (Peterson & Nisenholz, 2003)

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

4.1) แผนที่ครอบครัว (family mapping) ผู้ให้คำปรึกษาทำแผนที่ครอบครัวขึ้นเพื่อให้เกิดการมองภาพครอบครัวได้ง่ายขึ้นและช่วยในการจดจำและเข้าใจครอบครัว โดยผู้ที่ถูกมองว่าเป็นปัญหานั้นจะถูกเรียกว่า “ดาว” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) แจงรายละเอียดพ่อแม่ของดาว เช่น พ่อแม่ อายุ อาชีพ การศึกษา วันที่แต่งงาน วันเกิด สถานที่เกิด ศาสนา เชื้อชาติ งานอดิเรก 2) ให้ดาวบอกรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่อย่างอิสระ 3) รายละเอียดข้อมูลอื่นๆ เช่น มีลูกกี่คน พี่น้องกี่คน 4) ให้ดาวทำแผนที่แยกออกเป็นครอบครัวของปู่ย่า ครอบครัวยุ่ของตายาย ครอบครัวยุ่ของคุณและเขียนถึงความเชื่อ ทศนคติ กฎระเบียบของครอบครัวพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เหตุการณ์สำคัญๆและความลับ

4.2) ลำดับเหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว โดยเลือกเหตุการณ์สำคัญตั้งแต่การเกิดของปู่ย่าตายายที่แก่ที่สุดจนถึงรุ่นปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวของพัฒนาการของครอบครัว ทบทวนลักษณะของรูปแบบครอบครัวและแนวความคิดที่สำคัญที่ได้ก่อรากฐานความสัมพันธ์ที่กำลังพัฒนาอยู่ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจได้ดียิ่งขึ้นถึงมโนคติ คุณค่าและความเกี่ยวข้องในครอบครัวที่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลารวมทั้งอิทธิพลในอดีตอะไรที่มีผลต่อครอบครัวโดยรวมในปัจจุบันนี้

4.3) การใช้เส้นเชือก ผู้ให้คำปรึกษาใช้เชือกเป็นตัวแทนของความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยจะให้ผูกไว้ที่เอวเท่ากับจำนวนสมาชิกในครอบครัวและปลายเชือกนั้นจะนำไปผูกติดสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ สมาชิกจะเรียนรู้ว่าเราจะติดต่อสัมพันธ์กันอย่างไรและเกิดความตึงเครียดขึ้นที่เส้นเชือกอย่างไร ความวุ่นวายและการโยงโย่งที่เกิดขึ้นในเส้นเชือกนี้ สะท้อนให้เห็นถึงระบบของพลวัตในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงกันตลอดเวลา

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษารอบครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้สมาชิกครอบครัวเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาก่อนว่าแต่ละคนคาดหวังอะไรจากการการให้คำปรึกษาและเพราะอะไรจึงต้องเชิญให้สมาชิกแต่ละคนมาพร้อมๆ กันพร้อมสร้างความหวังให้เกิดขึ้นมาและวาดภาพในอนาคตที่พวกเขาต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว กระตุ้นให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมและเรียนรู้บทบาทหน้าที่ อารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาสอนทักษะการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยสอนวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งและระบบที่ดี

4.3.3 การให้คำปรึกษารอบครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษารอบครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว คือ เชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว โดยเป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัวคือ ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงสภาพการณ์ของอดีตที่ส่งผลต่อรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบัน ทำให้สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (อุมาพร ตรังคะสมบัติ, 2545)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว คือ การแสดงออกถึงความเป็นกลางและสามารถควบคุมตนเองได้และมีบทบาทในการช่วยให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกครอบครัวเรื่องการใช้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถคิดได้ด้วยตนเอง

3) ขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการสัมภาษณ์ เพื่อการประเมินครอบครัว ขั้นนี้จะเริ่มต้นจากการมีการติดต่อขอรับการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัวจากสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาผสมผสานเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิด

ความคิดเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ อย่างสมบูรณ์ (2) ขั้นการทำแผนภูมิครอบครัว ขั้นนี้ช่วยให้ได้ภาพเบื้องหลังของสมาชิกแต่ละคน สามารถตรวจสอบกระบวนการทางอารมณ์ของครอบครัวที่เกิดขึ้น และ (3) ขั้นการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้และทำความเข้าใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่เป็นอยู่ ริเริ่มสร้างสัมพันธ์ใหม่ สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ เพื่อสร้างความสงบและความราบรื่นให้เกิดในครอบครัว

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัว

4.1) แผนภูมิครอบครัว เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาและครอบครัวได้สำรวจโครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว 3 ชั่วอายุคน

4.2) การคืนสู่เหย้า เป็นเทคนิคผู้ให้คำปรึกษาใช้แนะนำสมาชิกครอบครัวให้กลับคืนสู่บ้านเดิม เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกได้กลับไปเรียนรู้และทำความเข้าใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่เป็นอยู่ ริเริ่มสร้างความสัมพันธ์ใหม่ สะสางสิ่งที่ค้างคาใจ เพื่อสร้างความสงบและความราบรื่นให้เกิดขึ้นในครอบครัว กระบวนการคืนสู่เหย้าอาจใช้การโทรศัพท์การไปเยี่ยม การเขียนจดหมาย

4.3) การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลยังคงเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอีกสองคนในวงสามเหลี่ยมสัมพันธ์โดยไม่เข้าข้างคนใดคนหนึ่งและสามารถตอบโต้ปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด

4.4) เทคนิคการแยกตนเอง เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะความคิดหรือสติปัญญาและอารมณ์และมีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่คอยแต่พึ่งพาคนอื่นจนทำให้คิดอะไร ทำอะไร หรือตัดสินใจอะไรด้วยตัวเองไม่ได้

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงออกถึงความเป็นกลางและมีบทบาทในการสอนและการฝึกหัดให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นตัวอย่างของการใช้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถคิดได้ด้วยตนเอง

4.3.4 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้าง ผู้ที่พัฒนาทฤษฎีนี้คือ ซาลวาดอร์ มินูชิน (Minuchin, 1984) แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้คือ การมองภาพครอบครัวเป็นระบบ (system) ในแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ระบบย่อยๆ 3 ระบบย่อยที่สำคัญดังต่อไปนี้

ระบบสามีภรรยา (The spousal subsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยคู่สมรสหรือสามีภรรยา ซึ่งถือว่าเป็นระบบย่อยระบบแรกของการเกิดครอบครัว ระบบย่อยนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อสามีภรรยาเอื้อต่อกันและต่างก็มีอิสระที่จะต่อรองหรือตกลงกัน มีการ

สื่อสารที่ดี ทั้งคู่สามารถชื่นชมในสิ่งที่ขาดของกันและกันได้ด้วยความรู้สึกว่าเป็นการทำงานเป็นทีม ทั้งคู่จะต้องพึ่งพาอาศัยกัน

ระบบพ่อแม่ (The parental subsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยพ่อแม่หรือบุคคลที่ทำหน้าที่เหมือนพ่อแม่ที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องและอบรมสั่งสอนเด็กในครอบครัว ระบบพ่อแม่เกิดขึ้นเมื่อสามีภรรยามีลูกซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว กฎเกณฑ์ บทบาทและความต้องการเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระบบพ่อแม่ต้องเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามวัยและพัฒนาการของลูก กฎเกณฑ์ที่ใช้ในครอบครัวที่เหมาะสมกับลูกตอนที่เขาหรือเธออายุ 5-8 ขวบ ต้องเปลี่ยนไปเมื่อลูกเข้าวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ สิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ระบบพ่อแม่มีประสิทธิภาพก็คือ พ่อแม่จะต้องมีขอบเขตให้ชัดเจนเหมาะสมและยืดหยุ่น เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีมีอิสระต่อกัน ไม่เกิดความห่างเหินหรือใกล้ชิดกันเกินไป

ระบบพี่น้อง (The sibling subsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยพี่น้องซึ่งถือว่าอยู่ในรุ่นเดียวกัน ได้แก่ พี่ชาย พี่สาว น้องสาว น้องชาย ในบางครอบครัวระบบพี่น้องประกอบด้วย พี่น้องท้องเดียวกันและพี่น้องที่ต่างมารดาหรือต่างบิดา ระบบพี่น้องที่มีสมาชิกในระบบย่อยนี้มีอายุห่างกันมากก็อาจทำให้เกิดปัญหาได้ถึงแม้ส่วนใหญ่แล้วระบบพี่น้องมักจะประกอบด้วยสมาชิกส่วนใหญ่อายุจะใกล้เคียงกันก็ตาม ระบบพี่น้องที่มีพี่น้องอายุห่างกันไม่มากประมาณ 2-3 ปี จะทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดกันมากเพราะพี่น้องมีความสัมพันธ์ที่ให้ความรู้สึกเป็นพี่น้องและเป็นเพื่อนด้วย

ครอบครัวทุกครอบครัวต้องมีโครงสร้างของตนเอง เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากเดิม ครอบครัวก็จะพยายามปรับสภาวะในครอบครัวให้สมดุล ในขณะที่เดียวกันก็จะพยายามไม่ให้เสียความต่อเนื่องในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกอย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาประเมิน โครงสร้างของครอบครัวและกำหนดสมมติฐานของครอบครัวได้ว่าครอบครัวมีรูปแบบของความสัมพันธ์เป็นอย่างไร ทำให้สามารถวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (Goldenberg & Goldenberg, 2004 ; Corey, 2002) ภายในครอบครัวกลไกในการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นในครอบครัวครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะปกติ ครอบครัวที่ปกติจะต้องเป็นครอบครัวที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องและมีการยืดหยุ่นเพียงพอที่จะยอมรับการปรับเปลี่ยน โครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของครอบครัวในขณะนั้น

นอกจากนี้ในครอบครัวสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของครอบครัว การฉีกกำลังกัน การรวมตัวกัน (coalition) ระหว่างสมาชิกในครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว (Peterson & Nisenholz, 2003) การฉีกกำลังแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) การฉีกกำลังกันอย่างกลมเกลียว

ระหว่างสมาชิกในครอบครัวนั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การฉีกกำลังกันนี้เป็นการฉีกกำลังที่เหนียวแน่นมั่นคง (stable coalition) (2) การฉีกกำลังกันที่บุคคลหนึ่งในคู่อริที่เกิดความขัดแย้ง โดยการนำเอาบุคคลที่สามมาช่วยรับผิชอบความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การฉีกกำลังนี้เรียกว่า การฉีกกำลังทางอ้อม (detour coalition) (Corey, 2002)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้าง เพื่อจัดโครงสร้างในระบบครอบครัวเสียใหม่ โดยผู้ให้คำปรึกษามุ่งที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการปรับความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียใหม่เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการติดต่อเกี่ยวข้องกับอีกฝ่ายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้สามารถจัดการกับความขัดแย้งและความเครียดในปัจจุบันและอนาคตได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ขอบเขตมีความชัดเจนขึ้น กล่าวคือ หากครอบครัวใดที่มีความห่างเหินก็ได้รับความช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่เข้มงวดก็ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (Carlson, 2004 ; Levin, 2005) นอกจากนี้ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2548) กล่าวว่า เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีโครงสร้างคือ การทำให้เกิดสภาพการณ์ใหม่ (Context) ที่เอื้ออำนวยต่อการที่ครอบครัวจะปรับเปลี่ยนโครงสร้างของตนใหม่เหมาะสมกว่าเดิม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการติดต่อเกี่ยวข้องกับอีกฝ่ายเพื่อจัดการความขัดแย้งหรือความเครียดที่เกิดขึ้น

3) กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1) ขั้นสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว แนะนำให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว ข้อตกลงของการให้คำปรึกษาครอบครัว เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลาานเท่าใด ใครจะต้องมาร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งข้อดีของการสร้างข้อตกลงคือ ทำให้ครอบครัวตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนในการให้คำปรึกษาครอบครัว สมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทอย่างไร ไม่เกิดความสับสนและให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษาครอบครัวมากขึ้น (Peterson & Nisenholz, 2003) ในการสร้างสัมพันธภาพมีเทคนิค ดังนี้

3.1.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้พยายามฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเล่าปัญหา การสร้างสัมพันธภาพควรให้สมดุลกับสมาชิกครอบครัวทุกคน เพราะสมาชิกบางคนมีความขัดแย้งกัน ทำให้การสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัวบางคนได้ยาก

3.1.2) เทคนิคการฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามปลายเปิดและพยักหน้าแสดงความตั้งใจฟังและสนใจ

3.1.3) ใช้ภาษาของครอบครัว เช่น ลูกเรียกพ่อว่า “ป๊า” เรียกแม่ว่า “มีะ” ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกแบบนั้น

3.1.4) ผู้ให้คำปรึกษาสนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถของครอบครัวว่าครอบครัวสามารถแก้ปัญหาได้

3.1.5) ไม่มีการตำหนิว่าสมาชิกครอบครัวคนใดเป็นปัญหา เพราะปัญหาเกิดจากวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา

3.2) ขั้นดำเนินการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือครอบครัวให้ชัดเจนและสอดคล้องกับทิศทางแก้ปัญหาของครอบครัวให้ตรงประเด็นและให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้ศึกษาใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและเทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโครงสร้างในขั้นดำเนินการ

3.3) ขั้นสรุป เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นเมื่อสภาพปัญหาในครอบครัวได้รับการแก้ไขหรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ เข้าใจพฤติกรรมกระทำของตนเองและครอบครัวมากขึ้น เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำและทำอะไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหาขึ้นมาอีก นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวสามารถพัฒนาเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันและกันให้ดีขึ้น มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ในระยะนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งการเตรียมการยุติการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยการลดความถี่ของการพบกัน

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้าง
ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่างๆ ดังนี้

4.1) การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการบำบัดข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการบำบัด เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลานานกี่นาที ใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการบำบัดบ้าง การบำบัดจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

4.2) การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา ต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในครอบครัวบ้าง

4.3) การสังเกต ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตพฤติกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น พ่อ แม่ เด็ก ปู่ ย่า ตา ยายและผู้ใหญ่คนอื่นๆ สามารถสังเกตได้ตลอดเวลาของการให้คำปรึกษาครอบครัว การสังเกตภายในกรอบเวลาที่ถูกต้องจะนำไปสู่การตีความหมายและแก้ไขพฤติกรรมของเด็กได้อย่างถูกต้องและสิ่งที่พบว่ามีประโยชน์มากอีกอย่างหนึ่งคือ การตั้งคำถามกับตัวเองของผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนเป็นอย่างไร ใครพูดกับใคร ใครพูดอย่างไร ภาษาถ้อยคำ ภาษาท่าทางเป็นอย่างไร สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์แบบใดที่กำลังก่อให้เกิดปัญหาในการ

ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ถ้าจะให้ครอบครัวมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่ดีกว่าเดิม ควรจะสร้างสภาพการณ์ใหม่ (context) ให้เกิดขึ้นในลักษณะใด

4.4) การทำแผนที่ครอบครัว (family mapping) ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการทำแผนที่ครอบครัวเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ทำให้ทราบโครงสร้างของครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาว่าระบบย่อยระบบใดในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้การทำแผนที่ครอบครัวเป็นการประเมินเพื่อพัฒนาวิถีทางที่เข้าถึงครอบครัว ช่วยให้เข้าใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545 ; Corey, 2002)

4.5) การร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (joining) เป็นเทคนิคใช้เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้ว่า ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เข้าใจและรับรู้ในเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นความสุข ความทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวดหรือความปดิมที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวจะทำให้เกิดระบบใหม่ขึ้นมา คือ ระบบแห่งการบำบัดรักษา (therapeutic system) ในระบบนี้ผู้ให้คำปรึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นทางเลือกใหม่ ให้ความไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกทางบวกต่อครอบครัว เชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัวและอยากร่วมมือกับครอบครัวเพื่อก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิมและผู้ให้คำปรึกษาต้องสนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ต้องมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้รู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น

4.6) การแสดงบทบาท (enactment) ผู้ให้คำปรึกษาให้ครอบครัวนำสถานการณ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวมาแสดงให้เห็นจริงในช่วงเวลาให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตพฤติกรรม ทำทาง คำพูด การแสดงออกถึงความรับผิดชอบ ขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความรู้สึก ทำทางของตนเองด้วย

4.7) การมองภาพใหม่ (reframing) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อให้ครอบครัวมองสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นในภาพที่แตกต่างจากเดิม จะทำให้ครอบครัวมองปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในแงุ่มุมใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน แต่โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นในแงุ่มุมที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต ถ้าครอบครัวมองว่าปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวจะรู้สึกหมดหวังและหาทางออกไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

4.8) การสร้างขอบเขต (boundary) เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่างๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้นๆ กับใคร เช่น

ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้ามาอยู่กับบุคคลนั้นมากเกินไป จนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้น การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่างๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมากโดยเฉพาะใน Structural family therapy ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้นและนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม ขอบเขตที่ชัดเจน หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนมั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระและในขณะที่เดียวกันก็มีความผูกพันและมีความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจน สมาชิกจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในขณะที่ก็ได้รับความอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง ครอบครัวที่มีขอบเขตชัดเจนเป็นครอบครัวในอุดมคติที่สามารถสร้างความสมดุลระหว่างการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความผูกพันที่ดีที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกและการให้อิสระให้สมาชิกได้ทดลองและเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง

4.9) การตั้งคำถาม

- คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไรที่ไหน
- คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจมีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson, 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้เริ่มต้นการตั้งคำถามแบบวงกลมขึ้นมา
- คำถามเปิด ผู้บำบัดควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสรภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วยเพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น

4.10) การทำให้ตรงประเด็น ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมายที่ต้องการ ผู้ให้คำปรึกษารับรู้แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็น หรือไม่มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งอยู่ที่ประเด็นสำคัญที่เรียกว่า focusing

4.11) การทำให้กระจ่าง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ

“เดิม” สิ่งที่คุณขาดไปให้เต็ม ดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริง สื่อสารกันอย่างกระฉับกระฉวยจึงเป็นสิ่งที่ยาก หน้าที่สำคัญของผู้บำบัดก็คือ ต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นกระฉับกระฉวย

4.12) วิธีจัดการกับความรู้สึก กุญแจสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวเติบโตขึ้นก็คือ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึก ต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนชัดเจนขึ้นและสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

4.13) การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ หมายถึง การเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม

4.14) การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์ การบำบัดจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์หรือ emotional intensity ที่เหมาะสมความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้งจะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเรื่องซ้ำและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะ

4.15) การท้าทาย หรือ challenging เป็นวิธีกระตุ้นให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จะท้าทายให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ใหม่ ประเมินความเป็นไปในปัจจุบันใหม่และเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาจากวิธีเก่าที่ใช้ไม่ได้ผลเป็นวิธีใหม่ที่ดีกว่าเดิม จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล

4.16) การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของจิตบำบัดครอบครัว คือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริงๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session

4.17) การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง (directing) การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นหลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมว่า แต่โดยทั่วไปแล้ว ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่างๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้บำบัดก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไร

4.18) การมอบหมายการบ้าน (homework) บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมงโดยใช้เทคนิค enactment แล้ว ยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั่นเอง

4.19 SCULPTING เป็นเทคนิคที่ให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-ห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัดจะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง

4.20 PARADOX หรือ Paradoxical intervention หมายถึง การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป เทคนิคนี้เป็นเทคนิคสำคัญของ Strategic family therapy มีประโยชน์ในกรณีที่เทคนิคอื่นใช้ไม่ได้ผลแล้ว การจะใช้เทคนิคนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้อง reframe ความหมายของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่และให้ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมจึงต้องทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อไป

4.21 การควบคุมความรุนแรง (control violence) ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษารอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่นั่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง

ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทที่เด่นชัดคล้ายเป็นผู้กำกับการแสดง (theater director) ที่ต้องมีความคล่องแคล่ว ว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกต (observe) และผู้เชี่ยวชาญ (expert) ที่สามารถเข้าไปในระบบ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเริ่มแรกอาจจะอยู่ในลักษณะผู้นำ ต่อมาอาจเป็นผู้สังเกตและอาจกลับมาเป็นผู้กำกับการแสดงเพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างในครอบครัวใหม่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Goldenberg & Goldenberg, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างเป็นทฤษฎีที่สำคัญที่ใช้ในการให้คำปรึกษารอบครัวของการศึกษาครั้งนี้โดยยึดแนวคิดที่ว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน เพราะปัญหาภายในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งกระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างนั้นเป็นกระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวที่มีประสิทธิภาพและมีลักษณะยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามลักษณะโครงสร้างของแต่ละครอบครัว (Carlson, 2004 ; Levin, 2005) นอกจากนี้ผู้ศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างมีจุดเด่น คือ การมองภาพครอบครัวเป็นระบบ ครอบครัวทุกครอบครัวต้องมีโครงสร้างของตนเอง เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต ครอบครัวก็จะพยายามปรับโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษารอบครัวแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างนี้จะช่วยทำให้ครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์

ของครอบครัวให้เหมาะสม แต่ละคนมีบทบาทที่เหมาะสมและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้ศึกษาจึงเลือกการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างในการให้คำปรึกษาครอบครัว

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างนี้มีแนวคิดและหลักการที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อนและสามารถนำไปให้คำปรึกษาครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่างๆ รวมทั้งครอบครัวที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันและได้รับการยอมรับอย่างมากในวงการจิตวิทยาการให้คำปรึกษา สามารถไปประยุกต์กับผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานให้คำปรึกษาในผู้คิดเชื่อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาครัฐและเอกชนต่อไป ดังเช่น เพ็ญภา กุลนาคถ (2547) ได้นำการให้คำปรึกษาครอบครัวไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจากการให้คำปรึกษาจบลงมีผลทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลรัตน์ ฆวิงษ์ (2545) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวของนักเรียนที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง ผลการวิจัยพบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การเรียนหนังสือ การคบเพื่อน

โดยสรุปการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างนี้ช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้มีโครงสร้าง (structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัว ให้มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมากขึ้น มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจน (clear boundaries) มากขึ้นเนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างนี้เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม ทำให้สมาชิกครอบครัวในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเข้าใจปัญหาต่างๆ ของครอบครัว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมและทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ มีสัมพันธภาพที่เหมาะสมส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลลาดบัวหลวงที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.8 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2552

5. การให้คำปรึกษาครอบครัว

5.1 การให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

5.1.1 ประเมินตัวผู้ป่วยในแง่ของพัฒนาการด้านต่างๆ บุคลิกภาพและกลไกการปรับตัวรวมทั้งพยาธิสภาพทางจิตที่มีอยู่

5.1.2 ประเมินครอบครัวในแง่ของบุคลิกภาพ กลไกการปรับตัวและปัญหาทางจิตในสมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะพ่อแม่ เพราะปัญหาเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

5.1.3 ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบันว่ามีความเครียดอะไรบ้างและมีความรุนแรงเพียงใด ความเครียดที่มักพบบ่อยได้แก่ การสูญเสียหรือการถูกทอดทิ้ง การถูกทารุณทางกายหรือล่วงเกินทางเพศ พ่อแม่เจ็บป่วยทางจิต มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ที่ใกล้ชิด

5.1.4 ประเมินการพยายามฆ่าตัวตายในแง่ต่างๆ เช่น เกิดขึ้นในสถานการณ์ใด รุนแรงแค่ไหน มีอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้น ครอบครัวเข้าใจเหตุผลที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

5.1.5 ประเมินปฏิริยาของครอบครัวต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกหลายอย่างปะปนกัน เมื่อพบว่าสมาชิกครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ประหลาดใจ หากผู้ป่วยไม่เคยแสดงท่าทีที่สื่อว่าอยากตายมาก่อนและไม่เคยมีใครคาดว่าจะเป็นปัญหา ตกใจ เพราะวิธีแก้ปัญหามันรุนแรง เสรีเพราะความทุกข์และปัญหาอันหนักอึ้งทำให้คนอื่นรู้สึกเสรีและหุดหู่ใจไปด้วย

5.1.6 โกรธและอายเพราะการที่สมาชิกพยายามฆ่าตัวตายอาจบ่งบอกว่าครอบครัวไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเขาดีเพียงพอ

หลักการให้คำปรึกษา

1. ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตาย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวค้นหาความจริงจากผู้ป่วยว่าเพราะอะไรจึงไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้เกิดตั้งแต่ session แรกผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวหาคำตอบด้วยตนเอง

2. สร้างความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพัน บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมักขาดการประคับประคองจากผู้อื่นในสังคม มีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีกับพ่อแม่และเพื่อนฝูง ไม่สามารถเข้าถึงผู้อื่นและไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นเข้าถึงตนเมื่อเกิดปัญหาที่แก้ด้วยตนเองไม่ได้ ก็ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างความรู้สึกเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ ญาติที่ใกล้ชิด ให้สามารถเล่าถึงปัญหาของตนเอง เปิดเผยอารมณ์ ความคิดนึกต่างๆที่เก็บกดอยู่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคนเหล่านั้นรัก สนใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย

3. ปรับการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวให้เหมาะสม ต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงต่อผู้ที่ต้องการสื่อ ไม่อ้อมค้อมหรือผ่านผู้อื่น ช่วยให้ครอบครัวมีความผูกพันอย่างพอเหมาะ ไม่ใกล้ชิดจนไม่เป็นตัวของตัวเอง หรือเห็นห่างจนเหมือนอยู่ตัวคนเดียว

4. ลดความหุนหันพลันแล่นและขาดความยั้งคิดที่มีอยู่ในระบบครอบครัว ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีนิสัยหุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะวัยรุ่น ไม่รู้จักคิดตรองก่อนทำสิ่งใดลงไป ลักษณะนี้มักเกิดจากครอบครัวที่มีลักษณะตามใจโดยไม่มีขอบเขต ไม่ฝึกให้รู้จักอดทนและรอคอย โดยครอบครัวต้องไม่ตามใจผู้ป่วยดังที่เคยทำมาในอดีต

5. ช่วยให้ครอบครัวเลี้ยงลูกให้เป็นคนแข็งแรงยิ่งขึ้น เมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นมาครอบครัวจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้ครอบครัวตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ไม่ยอมให้เผชิญกับความเครียดใดๆ เพื่อชดเชยความรู้สึกผิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอและเปราะบาง

6. ฝึกการประนีประนอมและแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว ความขัดแย้งไม่ลงรอยกันระหว่างสมาชิกครอบครัว เป็นสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นมักมีปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่เกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ต้องให้ครอบครัวตกลงและตอรองกันในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้น

7. ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีทักษะทางสังคมที่ดีและมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม

8. ปรับระบบอื่น ในหลายกรณีที่มีการพยายามฆ่าตัวตายอาจเกิดจากระบบภายนอก เช่น ปัญหาที่ทำงาน ปัญหาที่โรงเรียน ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายและให้ครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือพักพิง หรืออาจต้องประเมินการช่วยเหลือในระบบที่เกี่ยวข้องด้วย

9. พร้อมทั้งจะให้การประคับประคองผู้ป่วยเสมอ ผู้ให้คำปรึกษาต้องพร้อมเสมอเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาคับขัน โดยต้องนึกเสมอว่าในผู้ป่วยที่ซึมเศร้าหมดหวังและประสบความเครียดมากมายนั้น แรงผลักดันสู่ความตายและแรงผลักดันที่จะให้ดำรงชีวิตอยู่กำลังต่อสู้กันตลอดเวลา ต้องช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่ายังมีบุคคลที่ผู้ป่วยจะยึดเหนี่ยวไว้ได้

5.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของนภัสศิริ คำสอน ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model 6 บทบาทในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) และแนวคิดการให้คำปรึกษา

ครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การปรับโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ ยังต้องมีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน โดยมีหลักการปฏิบัติคือ สร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทแต่ละคนในครอบครัวให้ชัดเจน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ภายนอกครอบครัว และรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว แต่ละ สถานการณ์ โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 คนและสมาชิกครอบครัว 1-4 คน กิจกรรม ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้งครั้งละ ~1 ชั่วโมง ระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน กิจกรรมที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึก ผู้ป่วยใน กิจกรรมที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ห่างกัน 1 วัน กิจกรรม ที่ 2 และ 3 ห่างกัน 1 วันหรืออาจดำเนินกิจกรรมใน session เดียวกัน (เป็นบางครอบครัว) และกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 ห่างกัน 2 วัน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลาดบัวหลวง โดยมี ลักษณะการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมิน โครงสร้างของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ ของครอบครัว ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง ครอบครัวของ Minuchin มาประยุกต์ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความอบอุ่น ซึ่งการให้คำปรึกษา ครอบครัวจะดำเนินไปด้วยดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว โดยการใช้เทคนิคการ สร้างสัมพันธภาพ (joining) ทำความคุ้นเคยกับครอบครัว ตั้งใจฟังและถามสมาชิกทุกคนจนครบ ทุกคน เปิดโอกาสให้ผู้ที่ยาฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวได้ระบายเรื่องที่ไม่สบายใจและ ความคับแค้นใจ จากนั้นผู้ศึกษาจึงประเมินโครงสร้างของครอบครัว สภาพปัจจุบันของครอบครัว อยู่ในช่วงใดของวงจรชีวิต ลูกกำลังเข้าสู่วัยรุ่นหรือกำลังแยกออกไปตั้งครอบครัวใหม่หรือ ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสมีความเป็นมาอย่างไร ปัจจุบันแตกต่างไปจากอดีตอย่างไร นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้ในการประเมิน การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา ครอบครัวสามารถ แก้ปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด บทบาทและความร่วมมือกัน ของสมาชิกครอบครัวเหมาะสมเพียงใด มีการก้าวก้าวบทบาทกันหรือต่างคนต่างทำ มีการยอมรับ นับถือในอำนาจของแต่ละบุคคลหรือไม่ การแก้ไขความขัดแย้งสมาชิกในครอบครัว แสดงความ ขัดแย้งออกมาได้ตรงๆ หรือไม่ แสดงมากเกินไปหรือน้อยเกินไป แต่ละฝ่ายยอมรับความแตกต่าง ของคนอื่นได้หรือไม่ มีการดึงเอาบุคคลที่ 3 เข้ามาในความขัดแย้งหรือไม่ การตอบสนองผูกพัน ทางอารมณ์ ครอบครัวแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยหรือไม่ สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเอง เพียงพอหรือไม่ กลุ่มสมรสยังมีความรักใคร่อย่างลึกซึ้งต่อกันอยู่เหมือนเดิมหรือเป็นเหมือนคนแปลก หน้าต่อกัน การควบคุมพฤติกรรม ครอบครัวสามารถดูแลให้พฤติกรรมของสมาชิกอยู่ในขอบเขตที่ เหมาะสมหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการแสดงความก้าวร้าว

ทำร้ายร่างกายกันหรือไม่ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin มาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของครอบครัวโดยการตั้งคำถามแบบ Circular ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ปัญหาวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้น ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวหาแนวทางในการแก้ปัญหาโดยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เช่น “ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงครอบครัวคุณได้ คุณต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรมากที่สุด” ผู้ให้คำปรึกษารวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อใช้ในการวางแผนในการให้คำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

กิจกรรม 2 ให้คำปรึกษาเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างของ Minuchin มาประยุกต์ใช้โดยการสร้างขอบเขต (boundary) ระหว่างบุคคลให้เหมาะสม ไม่ก้าวก่ายจนสมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด โดยการใช้เทคนิค Boundary-making เช่น “ถ้าพยาบาลถามใครขอให้คนนั้นเป็นคนตอบห้ามไม่ให้พูดแทนกัน” ใช้เทคนิค Sculpting เพื่อให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด – เห็นห่าง โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืนนอกจากนี้ใช้เทคนิค Enactment คือการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจริงๆ ในช่วงการให้คำปรึกษา เช่น ในกรณีที่ลูกชายมีเรื่องเดือดร้อนโทรศัพท์หามารดาในขณะที่มารดากำลังทำงานอยู่ในที่ทำงานและมารดาได้คุยลูกชายว่ากำลังยุ่งอยู่ “แม่ลองพูดกับลูกซิคะว่า เมื่อตอนที่ลูกโทรศัพท์มาแม่พูดว่าอย่างไร” ครอบครัวเห็นภาพชัดเจนว่าปัญหาเกิดขึ้นที่จุดใดและแนะนำปฏิสัมพันธ์ใหม่โดยให้ครอบครัวทดลองปฏิบัติในช่วงการให้คำปรึกษาครอบครัวและกลับไปทำที่บ้าน เช่น “ถ้าเช่นนั้นแม่ลองพูดกับลูกใหม่ซิคะว่าในขณะที่ลูกโทรศัพท์มา ตอนนั้นแม่จะพูดกับลูกว่าอย่างไร”

กิจกรรมที่ 3 ให้คำปรึกษาช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาและความเครียดได้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin มาประยุกต์ใช้โดยการใช้เทคนิค Reframing เพื่อให้ครอบครัวมองสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในภาพที่แตกต่างจากเดิมที่ไม่เคยมองมาก่อน จะทำให้ครอบครัวเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อเขาองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม แต่โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นในแง่ลบที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต ถ้าครอบครัวมองว่าปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวจะรู้สึกหมดหวังและหาทางออกไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้ นอกจากนี้ใช้เทคนิค Cognitive appraisal หมายถึง การวิเคราะห์ว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ช่วยให้ครอบครัวประเมินสถานการณ์เหมาะสม

ขึ้น มีความรู้สึกสงบขึ้น ควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในขอบเขต ไม่ตกใจเกินไปจนทำให้แก้ปัญหาไม่ได้

กิจกรรมที่ 4 สร้างทักษะที่สำคัญ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งเสริมทักษะที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับปัญหาในอนาคตได้ เช่น ทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสารและการตอบสนองอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ปฏิสัมพันธ์บางอย่างเกิดขึ้นซ้ำๆ ในครอบครัวกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมทักษะที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างความสามารถเผชิญกับปัญหาในอนาคตได้โดยการสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวได้ใส่ใจและวิเคราะห์ความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง มีความเข้าอกเข้าใจ พูดยกกันอย่างตรงไปตรงมา มีการรักษาระเบียบวินัยของครอบครัวที่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin มาประยุกต์ใช้ในการสรุปการให้คำปรึกษาครอบครัวและยุติบริการ

สรุปได้ว่าผู้ศึกษานำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของนภัสศิริ คำสอน ที่ได้พัฒนาตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) และแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการปรับโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน โดยมีหลักการปฏิบัติคือ สร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทแต่ละคนในครอบครัวให้ชัดเจน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว แต่ละสถานการณ์ ผู้ศึกษาเห็นว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะครอบคลุมการให้การช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกด้าน เหมาะสมกับความต้องการของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงและไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วจนินทร์ โรหิตสุข,ศิริรัตน์ กุปติวุฒิและสมร อริยานุชิตกุล (2540) ได้ศึกษาครอบครัวบำบัด : มุมมองของทีมผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว ดังนั้นการ

เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ศิริชัย คาริกานนท์ (2541) ได้ศึกษาความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 156 คน พบว่าคนที่หย่าร้างมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำมากกว่าและพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง

ธนู ชาติชนานนท์, สุวัฒน์ มหันนิรันดร์กุลและวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนไทย ครอบคลุมเขต 1-12 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 7,462 ราย เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม 2541 ถึงมีนาคม 2541 สถานภาพสมรสแบบคู่สมรสที่แยกกันอยู่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย

นันทา กัญญาส (2545) ศึกษาครอบครัวกับการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยผลักดันที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ความขัดแย้งในครอบครัว ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวไม่ดี(แบบห่างเหิน)และผิดหวังในความรัก

เบญจมาภรณ์ รุ่งแสง (2547) ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลไทรน้อยในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรีศ กิตติธรรค์ศักดิ์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า เพศ ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นภัตศิริ คำสอน (2548) ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคาในจังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวใช้แนวคิดของการให้คำปรึกษาครอบครัวทฤษฎีกลุ่ม โครงสร้างของ Minuchin และแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster โดยดำเนินกิจกรรมผู้ป่วย 1 คนและสมาชิกครอบครัว 1-4 คน กิจกรรมดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ ~ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาทั้งหมด 5 วัน กิจกรรมที่ 1-3 ดำเนินกิจกรรมที่ตีผู้ป่วยใน กิจกรรมที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ห่างกัน 1 วัน กิจกรรมที่ 2 และ 3 ห่างกัน 1 วันหรืออาจดำเนินกิจกรรมใน session เดียวกัน (เป็นบางครอบครัว) และกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 ห่างกัน 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรมสุขภาพจิต (2549) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชาย ร้อยละ 33.3 เพศหญิงร้อยละ 33.3 อายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดคืออายุ 21-30 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพกับการพยายามทำร้ายตนเองพบว่า ด้านการบาดเจ็บทางกาย (กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ) จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่บาดเจ็บที่ศีรษะ ด้านการเจ็บป่วยทางจิต จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 2.35 เท่าของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต ด้านภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.850 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ด้านการใช้ยา / แอลกอฮอล์ จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้ยา / แอลกอฮอล์ ส่วนด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า การมีสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่นมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง

วิลาสินี คุชฎีเสนีย์ (2549) ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออ่าววา จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวใช้แนวคิดของการให้คำปรึกษาครอบครัว ทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างของ Minuchin โดยดำเนินกิจกรรมผู้ป่วย 1 คนและสมาชิกครอบครัว 1-3 คน กิจกรรมดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิดในการศึกษา

