

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวารสาร เอกสาร บทความ และงานศึกษาที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

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

2. แนวคิดการปรับตัว

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
- 2.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
- 2.3 การประเมินการปรับตัวของรอย
- 2.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัว
- 2.5 การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีของรอย
- 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.7 กระบวนการพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

3. โครงสร้างครอบครัว

- 3.1 ความหมายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
- 3.2 องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
- 3.3 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดแมคมาสเตอร์
- 3.4 การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล
- 4.2 บทบาทในการให้ความรู้
- 4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ
- 4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

4.5 บทบาทนักวิจัย

5. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

5.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

5.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

5.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

5.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มเน้นโครงสร้าง

7. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับว่า เกท จิตแปลว่า จิตใจ เกท แปลว่า แดกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยกในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ครั้งแรก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปีค.ศ 1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

1.1 ความหมาย

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก โดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนพฤติกรรมพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมแปลกๆ

องค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักคืออยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้ คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่างๆคือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

มานิช หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

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

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

1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในระยะแรก ๆ อาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปเริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน จากการตรวจสภาพจิต จะพบ ความผิดปกติทางการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้ คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น และแบบเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เอะอะโวยวาย ไม่อยู่นิ่ง ซึมเฉยไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำ ๆ และทำอะไรตรงข้ามกับที่สั่ง ความผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็นและใช้ภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิดผิดปกติขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง เนื้อหาความคิดผิดปกติ จะออกมาในรูปของการหลงผิดแปลกประหลาดที่ไม่สัมพันธ์กันและความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิด

ต่าง ๆ ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ประมาณ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ภาพหลอนนอกจากนี้ อาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; Johnson, 1993)

1.2.1 อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกัน มีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

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

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

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่องและมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตเห็นและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย

ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้นอาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงาน หรือโรงเรียนเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller&Murphy, 2001) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการเช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคมจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้ สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ (Davis, 1974) อังใน (คารา ศัตรูลีและคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับ

สมาชิกอื่น ในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิก คนอื่นถ้าจะไปที่ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาของ (เพลินพิศ จันทรศักดิ์, 2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการไม่รับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านความคิด กิจกรรมประจำวัน การตัดสินใจและการทำงาน

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกว่าคุณมีความคิดเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่าไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยงไม่ยอมคบหา ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว

จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือ จากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งคนหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาว่ามีความคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่รับผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเองการทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแลซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่ง พบว่าเป็นปัญหาในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยมีการแสดงความรักความสงสารน้อย อีกทั้งยังไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัวและยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุคยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

1.4 ระบบบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

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

1) การประเมินทางจิตสังคม การคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาด้วยการให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้การพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา

2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้าน และมีการติดตามต่อเนื่องนี้จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการ โดยการจัดทีมฉุกเฉินเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านวันเว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉินจะช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้

5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพง่าย ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน

6) ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้เน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้น ๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย

(อุมาพรตรงค์สมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมไปกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเองที่บ้าน

1.4.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น มีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นลักษณะการดูแลที่ไม่สลับซับซ้อน สำหรับในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมานานแล้ว ในรูปแบบของการดูแลกันเองในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสมัยใหม่นั้น ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทยเกือบ 50 ปีโดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไปที่จัดให้มีการเยี่ยมบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในปัจจุบันเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด โดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมป้องกัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ขยายระบบบริการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุม พัฒนาองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2540) กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงผลักดันให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2544) จึงนับว่าเป็นภารกิจอันสำคัญของบุคลากรทางจิตเวชที่จะให้บริการและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลเบื้องต้น ในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดถ้ามีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขาซึ่งจะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้านตำบลและอำเภอไปสู่ระดับจังหวัด สำหรับการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัดหรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ยังต้องการการดูแล ต่อเนื่องหรืออาจส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุด ซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐบาลและยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น โดยระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กัลยาณี โนอินทร์ (2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

- 1) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 2) เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพะดีเจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทรมาน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่วัยชราแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

5) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีความสุข

6) เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

7) เป็นการบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

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

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพ และความพิการของผู้ป่วยให้น้อยลง

2) ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า สำหรับรูปแบบการพัฒนาการให้บริการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยใน ลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพนั้น เน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่หน่วยบริการทุติยภูมิ การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนซึ่งเป็นสังคมเดิมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
 - 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
 - 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้น การสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว
 - 4) สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
 - 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎี การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาส ที่เหมาะสม การประคับประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
 - 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย
 - 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ
 - 9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะ ๆ
- สิ่งที่ควรคำนึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญ คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคม และวัฒนธรรมการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้

- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคม และวัฒนธรรมของตนที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ยอมรับและดูแลอย่างเหมาะสม
- 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการและสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

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

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

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชเป้าหมาย เพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่องและผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมการดำเนินชีวิต ที่มีคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข หลักการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดในเชิงทฤษฎีการดูแล หลักการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมโยง การดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด ส่งเสริม และสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. การปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัว

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนชีวิตทั้งจากสิ่งภายนอกรอบๆ ตัว หรือจากภายในตัวของบุคคลนั้นก็ตาม บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อดำรงความสมดุลของชีวิตไว้ ถ้าประสบความสำเร็จก็จะอยู่รอด แต่ถ้าการปรับตัวไม่ประสบความสำเร็จบุคคลจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้นซึ่งทำให้บุคคลต้องปรับตัวมากยิ่งขึ้นไปอีก (อุบล นิวัติชัย, 2527)

ละออ หุตางกูร (2534) ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า เป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต โดยสิ่งเร้าที่เรียก้องให้มีการปรับตัว ได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนหรือคุกคามคุณภาพ การปรับตัวของบุคคลนอกจากจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความมีคุณภาพแล้ว ยังมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาวุฒิภาวะสามารถสร้างสรรค์ตามวัยและมีความสุขในสังคมด้วย การปรับตัวจึงเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและเกี่ยวพันกับสุขภาพของบุคคลในทุกๆช่วงชีวิต

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวอย่างมากมายทั้งทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และทางการแพทย์ โดยนักชีววิทยากล่าวถึงการปรับตัวในด้านการทำหน้าที่และโครงสร้างทางสรีรวิทยา เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ ส่วนนักจิตวิทยาจะกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านร่างกาย ความรู้สึกรู้จักคิด และพฤติกรรมเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการ ในทางการแพทย์นั้นเน้นความสำคัญของการปรับตัวโดยพิจารณาจากความมั่นคงในการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ดังนี้

2.2 ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1964 โดย Roy มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลจะเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคล การปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพจะเป็นการตอบสนองของบุคคลในทางที่เหมาะสม ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่ดีมีประสิทธิภาพจะบ่งบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลร่วมกับความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมนั้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Andrews & Roy, 1991) เนื่องจากบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านชีวะ จิต สังคม มีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันสิ่งที่มากระทบต่อบุคคลไม่ว่าจะเป็นด้านใดก็ตาม ย่อมส่งผลต่อด้านอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้บุคคลยังเปรียบเสมือนระบบไหลเวียนระบบหนึ่ง ซึ่งเป็นระบบเปิดต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เมื่อสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเจริญเติบโต การดำรงเผ่าพันธุ์ และความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค การที่บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีและเกิดความมั่นคงถือว่า

บุคคลนั้นบรรลุเป้าหมายของการปรับตัว ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพนั้น จะทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้ โดยสรุปการปรับตัวตามแนวคิดของรอยจิง หมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต (Andrews & Roy, 1991) เมื่อมองตามทฤษฎีระบบทั่วไปซึ่งรอยได้นำมาประยุกต์ใช้นั้น ระบบจะประกอบไปด้วย สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม สิ่งนำออกและกระบวนการย้อนกลับ สิ่งนำเข้าหมายถึงสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวหรือภายในบุคคล หรือ Roy เรียกว่า สิ่งเร้า (stimuli) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ (Andrews & Roy, 1991)

สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึงสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว ซึ่งอาจมาจากภายในตัวบุคคลหรือภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นด้านกายภาพ สรีระภาพ จิตสังคม หรือหลายอย่างรวมกัน แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่โดยตรง เปรียบเสมือนระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการปรับตัวของบุคคล สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในภาวะการณ์นั้นๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลทั้งในทางบวกและทางลบ ในทางบวกสิ่งเร้าร่วมจะช่วยลดความรุนแรงหรือลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ส่วนในทางลบสิ่งเร้าร่วมจะส่งผลโดยเพิ่มความรุนแรงหรืออิทธิพลต่อสิ่งเร้าตรง ทำให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าหรือปัจจัยอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลไม่ชัดเจน ตรวจสอบได้ยากหรือตรวจสอบไม่ได้เลย (Andrews & Roy, 1986, 1991) และสิ่งเร้าทั้งสามชนิดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม ส่วนสิ่งเร้าร่วมอาจกลายเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมาได้ ผลของสิ่งเร้าทั้งสามชนิด จะก่อให้เกิดระดับของการปรับตัว (adaptation level) หมายถึงระดับที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์ในทางบวกกล่าวคือ ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกขอบเขตของระดับความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะมีการตอบสนองในทางลบ หรือเกิดปัญหาการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ระดับของการปรับตัวของบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการปรับตัวที่ผ่านมาโดยขอบเขตการปรับตัวของสถานการณ์ใหม่จะกว้างขึ้น ถ้าบุคคลเคยประสบความสำเร็จในการปรับตัว (Andrews & Roy, 1991)

ในกระบวนการควบคุมนั้นตามแนวคิดของRoy Royเรียกกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าว่า กลไกการจัดการ (coping mechanism) กลไกนี้อาจมีมาแต่กำเนิด (innate coping mechanism) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่รับมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและจะเกิดขึ้นเป็นอัตโนมัติ นอกจากนี้ยังมีกลไกที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired coping mechanism) ซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการและการเรียนรู้ของบุคคล (Andrews & Roy, 1991)

กลไกการจัดการนี้ แบ่งออกได้เป็นระบบย่อย 2 ระบบได้แก่ ระบบย่อยการควบคุม (regulator subsystem) หมายถึง ระบบย่อยการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมีและต่อมไร้ท่อ เมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบย่อยการควบคุม ระบบประสาทจะทำหน้าที่รับและส่งผ่านความรู้สึกไปมีผลกระตุ้นการทำงานของสารเคมี ได้แก่ สารน้ำ อิเล็กโตรลิตซ์ และระบบต่อมไร้ท่อ ทั้งนี้เพื่อที่จะควบคุมการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล ส่วนอีกระบบหนึ่งคือระบบย่อยการคิดรู้ (cognator subsystem) หมายถึงระบบย่อยของการตอบสนองโดยผ่านกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้หรือการรับข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ โดยการรับรู้หรือการรับข้อมูลได้แก่ การพิจารณาเลือก รวบรวม และเก็บจำสิ่งที่สนใจ ส่วนการเรียนรู้จะเป็นลักษณะของการเขียนแบบ การเสริมความรู้และการเกิดการหยั่งรู้ ในด้านการตัดสินใจเป็นกิจกรรมการแก้ไขปัญหาของบุคคล และการตอบสนองทางอารมณ์ คือการใช้กลไกการป้องกันหรือกระบวนการทางจิต เพื่อลดความวิตกกังวลหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของบุคคล (Andrews & Roy, 1991) ระบบย่อยทั้งสองนี้จะปฏิบัติหน้าที่ประสานสัมพันธ์เสมือนเป็นหน่วยเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยมี การรับรู้ (perception) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางของระบบและจะปรากฏผลออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน (Andrews & Roy, 1991) ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกาย ในอันที่จะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ประการ คือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายของร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านร่างกาย ยังได้รวมการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยการควบคุมไว้ด้วย ได้แก่ การรับความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโตรลิตซ์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ รวมเป็น 9 ส่วนประกอบ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เป็นองค์ประกอบหนึ่งทางด้านจิตสังคม ที่เน้นเฉพาะเจาะจงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคล (Andrews & Roy, 1986, 1991) เป็นความเชื่อและเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในตนเองและการรับรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ อัตมโนทัศน์จะเป็นตัวชี้นำพฤติกรรมของบุคคล โดยเห็นได้ชัดเจนว่าพฤติกรรมของบุคคลและระดับของการปรับตัวนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อของบุคคล และความรู้สึกที่เขามีต่อตนเอง แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ

- 2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ต่อตนเองในด้านรูปร่าง การทำหน้าที่ของร่างกาย ความรู้สึก ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพ ในส่วนย่อยด้านอัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกายนี้ยังสามารถแบ่งออกได้เป็นด้านการรับความรู้สึกของร่างกาย (body

sensation) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย ส่วนด้านภาพลักษณ์ (body image) จะเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับ หน้าตา ท่าทาง ขนาดรูปร่างของตนเอง

2.2 ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความคาดหวัง ค่านิยมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ความสม่ำเสมอแห่งตน (self-consistency) เป็นการที่บุคคลพยายามไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สมดุลของชีวิต ด้านอุดมคติแห่งตน (self-ideal) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะกระทำ ความสามารถในการกระทำ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ส่วนด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (moral-ethical – spiritual self) นั้น บุคคลจะใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ศีลธรรมจรรยาและค่านิยมทางจิตวิญญาณที่ตนยึดถือมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการประเมินสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (social integrity) โดยเน้นที่บทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังอย่างเหมาะสม ซึ่งจะประเมินได้จากพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ (instrumental behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสังคมอย่างมีเป้าหมาย (goal-oriented behaviors) โดยทั่วไปจะเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ยังประเมินได้จากพฤติกรรมการระบายออก (expressive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในด้านความรู้สึกและเจตคติ เป้าหมายของการระบายออกนี้จะเกิดขึ้นโดยตรงทันทีทันใด เป็นลักษณะธรรมชาติของบุคคลและเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามทฤษฎีของรอยได้แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท (Andrews & Roy, 1991) ดังนี้

3.1 บทบาทปฐมภูมิ เป็นบทบาทที่บุคคลจะต้องแสดงตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามอายุ เพศ และพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น

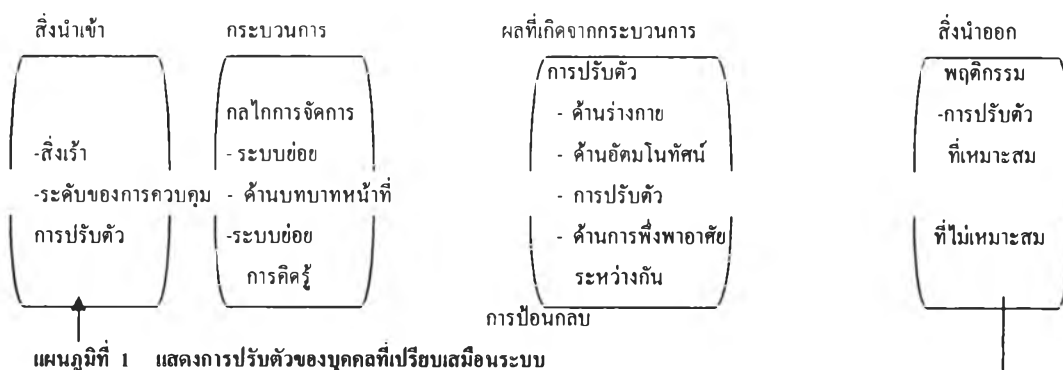
3.2 บทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ตามพัฒนาการหรือบทบาทปฐมภูมิให้สมบูรณ์ บุคคลคนหนึ่งอาจจะมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท เช่น บทบาทในครอบครัว การเป็นสามี การเป็นบิดา เป็นต้น บทบาททุติยภูมิจะมีความสำคัญต่อชีวิตและการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกัน ปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทมักพบบ่อย ๆ ในบทบาทด้านทุติยภูมิ (Andrews & Roy, 1991)

3.3 บทบาทตติยภูมิ จะมีลักษณะสัมพันธ์กับบทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทชั่วคราวเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยที่บุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ

เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ แม้ว่าบางครั้งบทบาทนี้อาจเป็นบทบาทชั่วคราว ตัวอย่างเช่น บทบาทผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง บทบาทตติยภูมิอาจกลายเป็นบทบาทตติยภูมิ เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน (interdependence mode) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นเดียวกับด้านบทบาทหน้าที่ แต่ในการปรับตัวด้านนี้จะเน้นที่ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต บุคคลหรือสิ่งอื่นๆ ในระบบสนับสนุน เกี่ยวกับการให้และการรับ ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่า โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมปรับตัวด้านพฤติกรรมกรรับ และพฤติกรรมกรช่วยเหลือ เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของการให้ได้รับความรัก ความเคารพและการมองเห็นคุณค่า

พฤติกรรมกรปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้านจะมีความเกี่ยวข้องกัน โดยผลของการปรับตัวเกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบย่อยการคิดรู้และระบบย่อยการควบคุมที่อยู่ในกลไกของการจัดการ ดังนั้นในการประเมินการปรับตัวของบุคคลจึงต้องประเมินพฤติกรรมกรปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน โดยมีพฤติกรรมที่สังเกตเห็นซึ่งได้จากการสังเกต การวัดและการสัมภาษณ์ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้นั้นได้จากการให้บุคคลเป็นผู้ประเมินและรายงานตนเอง การตัดสินใจพฤติกรรมกรปรับตัวจะพิจารณาจากเป้าหมายของการปรับตัวว่าก่อให้เกิดความมั่นคงหรือไม่ พฤติกรรมกรปรับตัวที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมาย ส่วนการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมบุคคลจะไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้และพฤติกรรมกรปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนี้เองจะย้อนกลับเป็นสิ่งที่น่าเข้า เพื่อดำรงไว้ซึ่งการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถแสดงได้ดังนี้



ที่มา From The Roy Adaptation Model (p.9) by Andrews, H.A. & Roy, S.A. 1991. California Appleton & Lange.

2.3 การประเมินการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย

การประเมินการปรับตัวสามารถประเมินได้ในลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงการปฏิกิริยาการตอบสนองที่เกิดขึ้นภายในหรือปรากฏออกมาภายนอกของบุคคล รอยได้เสนอแนวทางในการประเมินพฤติกรรมกรปรับตัวของบุคคลในแต่ละด้าน (Andrews & Roy, 1991) ดังนี้

1. การประเมินการปรับตัวด้านร่างกาย เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความ ต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการ พักผ่อน การป้องกันอันตรายของร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบ ข่อยการควบคุม ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรลิต การทำหน้าที่ของระบบ ประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งการประเมินสามารถกระทำได้ทั้งการวัด การ สังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์หรือการประเมินและรายงานด้วยตนเอง ของบุคคล

2. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ เป็นการประเมินพฤติกรรมการ ปรับตัวทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลงถึงความสุขสบายทางด้านร่างกาย ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศและภาพลักษณ์ที่บุคคลมีต่อตนเอง รวมไปถึงการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคล อื่นมีต่อตนเอง การประเมินสามารถกระทำได้โดยการสังเกตจากท่าทาง บุคลิกลักษณะของบุคคล การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจที่เกี่ยวข้องกับเพศ เช่น การตรวจภายใน การตรวจเต้านม และการตรวจระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมิน ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านของความสม่ำเสมอ ด้านอุดมคติและด้านการศีลธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน ซึ่งการประเมินพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้มาจากการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการให้บุคคลเป็นผู้ทำการประเมินและรายงานตนเอง

3. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการประเมินการปรับตัวตาม บทบาททั้ง 3 บทบาท คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และรวมถึงการแสดงออกของพฤติกรรม ชีวิต และพฤติกรรมการระบายออก ซึ่งการประเมินนี้ได้จาก การสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการ ให้บุคคลเป็นผู้ประเมินและรายงานตนเอง

4. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน เป็นการประเมินการ ปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยกับบุคคลอื่นๆ หรือสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องในระบบสนับสนุน เกี่ยวกับพฤติกรรมทำให้และการ รับการช่วยเหลือ ซึ่งการประเมินนี้ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์หรือการให้บุคคลเป็นผู้ประเมิน และรายงานด้วยตนเองเช่นเดียวกัน

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ได้มีการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินการปรับตัวตาม ทฤษฎีของ Roy หลายวิธี ได้แก่ การให้บุคคลเป็นผู้ประเมินและรายงานตนเอง วิธีการสัมภาษณ์ (อุดมพร ยิ่งไพบูลย์, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการประเมินการปรับตัวหลายวิธีร่วมกัน เช่น โดย ใช้วิธีการตรวจร่างกาย ร่วมกับการสังเกตและการสัมภาษณ์ หรือการรายงานด้วยตนเอง วิธีการ ประเมินการปรับตัวข้างต้นเป็นการประเมินที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือ เป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ ส่วนการประเมินการปรับตัวตามทฤษฎีของรอยในกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวช พบว่าม้งงานวิจัยของกุมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ทำการประเมินพฤติกรรมการ

ปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ส่วนของบุพา ปรีสุทธีมาร (2545) ศึกษาผลการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยประเมินด้วยแบบประเมินการตรวจร่างกายแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

สำหรับการประเมินพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมปรับตัวโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งเชื่อว่าเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว

พฤติกรรมปรับตัวตามแนวคิดของรอยซ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรม ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติ และระบบความเชื่อ ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัวและภารกิจของครอบครัว ปัจจัยตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ อายุ เพศ ภารกิจที่ปฏิบัติและลักษณะพันธุกรรม ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปรับตัว ได้แก่ สรีรวิทยา อัดโมนัทส์น บทบาทและการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ปัจจัยประสิทธิภาพของกลไกการคิดรู้ ได้แก่ การรับรู้ ความรู้และทักษะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก การรักษา การใช้ยา แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เนื่องจากเพศชายและเพศหญิง มีค่านิยมหรือทัศนคติต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreson & Noris, 1972 กล่าวถึงใน ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2534) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของเพศกับพฤติกรรมปรับตัว มีทั้งที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง (สายลม ภาณุมาศมณฑล, 2534) เพศหญิงมีพฤติกรรมปรับตัวดีกว่าเพศชาย (ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540) และในบางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัว (กาญจนา ศิริวิราชย์, 2536; ทัศนาศูววรรณะปกรณ, 2531; เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล, 2531)

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่งประ โยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสในการช่วยลดและบรรเทาปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและมีการปรับตัวได้ดี (Roberts, 1987) มีการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว (ปีทมา คุปต์จิต, 2533) แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการปรับตัว (พัชรา อิทธิยาภรณ์, 2540)

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่บอถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคลที่จะเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการคิดรู้ เพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยให้นักศึกษาสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งในลักษณะทั่วไปและบริบทเฉพาะ (Lazarus, 1991 กล่าวถึงใน ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับพฤติกรรม

ปรับตัวพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัว โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวดี (พัชรา อิทธิยาภรณ์, 2540) แต่บางกรณีศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัว (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536)

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลทั้งนี้เพราะผู้ที่มีรายได้ดีย่อมจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือทางเลือกในการดูแลสุขภาพได้มากกว่า ตลอดจนมีการใช้แหล่งบริการทางสังคมดีกว่า และนอกจากนั้นยังมีแผนการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าจึงทำให้สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ หรือมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำจากการศึกษาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจและพฤติกรรมการปรับตัวพบว่าส่วนใหญ่ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

ระยะเวลาที่เป็นโรค มีอิทธิพลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว (Porth, 1994) นอกจากนี้ระยะเวลาที่เป็นโรคสำหรับผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นตัวบ่งชี้การดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบใด ในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นโรคใหม่อีกหลาย ๆ ครั้ง จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น มีผลทำให้มีการปรับตัวผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้หายได้ แต่ถ้ามีอาการติดต่อกันนานกว่า 5 ปีขึ้นไปโอกาสที่จะดีขึ้นมีน้อยมาก (สมภพ เรื่องตระกูล และ เกรียงไกร แก้วผณีกรังสี, 2533)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญของบุคคลในการช่วยสร้างเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการหล่อหลอมหรือสร้างสมรรถภาพในการปรับตัว (อัมพร โอตระกูล, 2538) นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งที่ให้กำลังใจและปลอบใจ สมาชิกในครอบครัวให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ (วิรัตน์ ศรีนพคุณ, 2526 อ้างใน กาญจนา ศิริวราศย์, 2536)

2.5 การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

การใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถกำหนดการปรับตัวตามพฤติกรรมที่แสดงออก 4 ด้านคือ

1. **ด้านร่างกาย** สภาวะของโรคจิตเภทไม่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือความพิการทางด้านร่างกาย แต่อาการของโรคจะส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกาย ดังนี้

1.1 **ออกซิเจน** เนื่องจากโรคจิตเภทไม่ป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย โดยที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองมีสภาพที่เป็นปกติเหมือนก่อนการเจ็บป่วย ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหัวใจเต้นผิดปกติ การไหลเวียนโลหิตในร่างกายดี แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวช้ามากหรือเร็วมากเกินไป อาจพบว่ามีปัญหาในเรื่องของการควบคุมตามปลายมือปลายเท้าได้ (Taylor, 1994)

1.2 โภชนาการ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่สนใจในการรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) โดยมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ไม่อยากรับประทานอาหาร รวมทั้งผู้ป่วยอาจจะระแวงสงสัยว่าอาจมียาพิษเจือปนมาในอาหารที่จะรับประทาน และในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฟิโนไทอะซีน (Phenothiazines) ยาจะกระตุ้นให้มีความอยากรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีน้ำหนักมากกว่าปกติได้ (Taylor, 1994)

1.3 การขับถ่าย ปัญหาด้านนี้มักไม่ใช่ปัญหาสำคัญหรือร้ายแรง มักไม่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในเรื่องการขับถ่าย ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะไม่รับรู้ว่าคุณเองมีปัสสาวะคั่งหรือมีอาการท้องผูก สาเหตุของอาการเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความตั้งใจหรือแรงจูงใจในการเข้าห้องน้ำ (Taylor, 1994)

1.4 การทำกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการทำกิจกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในท่าเดิวนานๆ และเซื่องซึม (catatonic stupor) จะใช้เวลานานมากในการทำกิจกรรม

1.5 การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางการรับรู้ที่พบบ่อย ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งเร้าของผู้ป่วยโดยไม่มีสิ่งเร้าจริงมากระตุ้น ที่พบมากที่สุดคือ ประสาททางหู (auditory hallucination) รองลงมาคือประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536; Keltner, 1995; Taylor, 1994) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่ผิดปกติอีกลักษณะหนึ่งได้แก่ ประสาทลวง (illusion) คือ มีสิ่งเร้าและผู้ป่วยรับรู้ แต่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้า นั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงใบไม้ไหวเป็นเสียงเพลง เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533) บางครั้งผู้ป่วยเกิดการรับสัมผัสขึ้นทั้งที่สิ่งกระตุ้นกระทำต่อสิ่งอื่นหรือคนอื่น ซึ่งเป็นลักษณะของอาการหลงผิด สติสัมปชัญญะของผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมักไม่มีการเปลี่ยนแปลง (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536) (Chesla, 1996, Johnson, 1997)

1.6 การทำหน้าที่ของระบบประสาท ผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่าตนเองมีความคิดที่ไม่กระจ่าง สับสน มีความคิดเชิงรูปธรรม ส่วนความคิดเชิงนามธรรมเสียไป เช่น มาสามารถบอกความหมายของสุภาษิตได้ ลักษณะการโต้ตอบจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีความคิดประหลาดไม่ต่อเนื่อง (Chesla, 1996)

1.7 การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทจะมีความวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์ไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นได้ง่าย หงุดหงิด ตื่นเต้นตกใจง่ายเกิดความเครียดได้ง่าย (อุษา ชูชาติ, 2532) มีความอดทนต่อความเครียดลดลง ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา หรือใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Chesla, 1988, 1996; Keltner, 1995; Taylor, 1994) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองถูกคุกคามจนก่อให้เกิดความเครียด ร่างกายจะตอบสนองโดยเกิดการปรับตัวทั่วไป

(general adaptation syndrome) เป็นผลให้การทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับส่วนประกอบย่อย ทั้งด้านสรีรวิทยาและด้านจิตสังคม (Andrews & Roy, 1991)

2. ด้านอึดมโนทัศน์ บุคคลจะมีอึดมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวกจากการรับรู้ที่ได้รับจากบุคคลสำคัญหรือมีความหมายในชีวิต กับความสามารถของบุคคลในการทดสอบความจริง ในผู้ป่วยจิตเภทลักษณะของโรคจะทำให้เกิดความคิดผิดปกติมีการสูญเสียการทดสอบความจริง เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอึดมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง อึดมโนทัศน์ด้านร่างกายนั้นผู้ป่วยจะมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับส่วนของร่างกาย เช่น เต้านม จมูก หรือบางครั้งรู้สึกว่าเขาเป็นของคนอื่น ไม่ใช่ของตนเอง เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาจะกระตุ้นให้มีความอยากรับประทานอาหารมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าร่างกายอ้วนขึ้นกว่าเดิมภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง รู้สึกได้ถึงความไม่มีชีวิตชีวา (Chesla, 1988; 1996, Johnson, 1995; Taylor, 1994) สำหรับอึดมโนทัศน์ส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมี ความสับสนอย่างมากเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน อาจมีความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกผิดไร้ความสามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางคนเชื่อว่าตนเองมีอำนาจพิเศษสามารถบันดาลให้เกิดสิ่งอัศจรรย์ได้หรือ บางคนคิดว่าตนไม่สามารถควบคุมความคิดหรือการกระทำของตนเองได้ การกระทำของตนเกิดจากมีอำนาจภายนอกบางอย่างมาควบคุม ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร สับสนในแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่รู้ความหมายและเป้าหมายของชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533 Keltner, 1995; Taylor, 1994)

3. ด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยจะขาดแรงจูงใจในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่ม และสร้างสรรค์ ทำให้เกิดปัญหาในด้านการเรียนสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเรียน ปัญหาในการทำงานสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ราบเรียบ ทื่อ ให้ความสนใจเฉพาะสิ่งเร้าภายในจิตใจมากกว่าภายนอก และจากภาวะความเจ็บป่วยในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานดำรงบทบาทในสังคมได้ตามปกติและในระยะที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ระดับของความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยจะไม่เท่าก่อนการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคมเสียไป ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงบทบาทตามความต้อคคาดหวังของตนเอง ครอบครัวหรือสังคมได้ เกิดความล้มเหลวในบทบาท และลักษณะดังกล่าวจะเป็นวัฏจักรที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่า ไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกปฏิเสธหรือถูกต่อต้าน ไม่ได้รับการยอมรับทั้งจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม (Chesla, 1988; Taylor, 1994)

4. ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจิตเภทบางครั้งจะมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ขาดทักษะในการเข้าสังคม หรือการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สูญเสียการทดสอบความจริง จึงมีพฤติกรรมพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ใน

ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ช่วยเหลือประคับประคองขณะที่เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดความเครียด ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในทุก ๆ ด้านได้ดียิ่งขึ้น (Gomez & Gomez, 1991; Keltner, 1995)

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยยังไม่พบรายงานการศึกษาโดยตรง งานวิจัยที่ผ่านมาจะเกี่ยวข้องเพียงบางประเด็นของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและผลของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเท่านั้น ดังเช่น มิลเลอร์, คาบาคอฟ, เคทเนอร์, เอ็ปสไตน์ และบิชอป (Miller, Kabacoff, Keitner, Epatin, & Bishop, 1996) ซึ่งได้ศึกษาถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท 18 ครอบครัว ที่โรงพยาบาลจิตเวชเอกชนบัทเลอร์ มหาวิทยาลัยบราวน์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวปกติ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้อภิปรายว่าอาจจะเนื่องมาจากสัดส่วนของครอบครัวที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้มีน้อยและเป็นครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี เนื่องจากครอบครัวต้องพยายามปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพราะการกลับเป็นซ้ำจะแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดีของผู้ป่วย ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้งจะทำให้โรคเป็นเรื้อรังส่งผลต่อความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพของผู้ป่วยในที่สุด

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวในบางประเด็น ดังเช่น สุมาลี สุนทรกุล และมาลี แจ่มพงษ์ (2532) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สภาพแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลอีก เช่นเดียวกับดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับมารักษาซ้ำ แต่พบว่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก สำหรับในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชนั้น ปรีดีหทัย แก้วฉัตรรัตน์ (2534) ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้เป็นอย่างดี เพราะญาติจะเป็นผู้ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ท้อแท้สิ้นหวังและไม่มีปัญหาในการปรับตัว และนางเยาว์ จุลชาติ (2535) ได้ศึกษาลักษณะบางประการของครอบครัวที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตพบว่า โครงสร้างของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวชมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะของความสัมพันธ์ที่ดีต่ำกว่าครอบครัวปกติ และมีลักษณะของความสัมพันธ์ที่ไม่ดีสูงกว่าครอบครัวปกติ ส่วนนันทนา รัตนกร (2536) ซึ่งศึกษาโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขยายและเศรษฐกิจของครอบครัวจะอยู่ใน

ระดับปานกลาง และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แสดงถึงความพร้อมของญาติในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และจากการศึกษาของสงวนศรี แดงบุญนาม (2537) เกี่ยวกับสภาวะทางสังคมของครอบครัวพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสภาพแวดล้อมทางครอบครัวที่ไม่ดีเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตได้ และมะลิ ชูโต (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ครอบครัว และครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามเครื่องชี้วัดความสัมพันธ์ในครอบครัวตามแนวคิดแมคมาสเตอร์พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ไม่ดีในทุกๆ ด้าน

2.7 กระบวนการพยาบาลจิตเวชตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

ก็คือการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน โดยเริ่มต้นที่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยสภาพปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ การวางแผน การเลือกใช้วิธีการพยาบาลและประเมินผลดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเน้นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน โดยใช้เทคนิคการสังเกต สัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และตัดสินใจพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วย

เป็นการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพิจารณาตัดสินใจความสามารถในการปรับตัวหรือความไม่สามารถในการปรับตัว โดยคำนึงถึงสถานะของผู้ป่วยแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

เป็นการประเมินเพื่อสืบค้นสาเหตุของพฤติกรรมที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ประเมินสิ่งเร้าโดยตรง เป็นการค้นหาสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- 2) ประเมินสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง เป็นการค้นหาสาเหตุอื่นๆที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสภาพพฤติกรรมตามปัญหาของผู้ป่วย
- 3) ประเมินสิ่งเร้าแฝง เป็นการค้นหาสาเหตุที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วย เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อการบริการของการพยาบาล และสถานพยาบาล และพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งจะได้จากการสนทนาและรับฟังผู้ป่วยพูดและระบายความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการระบุปัญหา

เป็นขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยภายหลังที่ได้ข้อมูลที่ได้มีการวิเคราะห์ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมากำหนดเป็นหัวข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลังพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) ปัญหาสำคัญด่วนต้องช่วยเหลือทันที คือปัญหาที่คุกคามชีวิตความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ใกล้ชิด
- 2) ปัญหาสำคัญรองลงมาต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ได้แก่ ปัญหาที่คุกคามการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) ปัญหาสำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อพัฒนาและการเติบโตของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาล

เป็นการกำหนดเป้าหมายปลายทางที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมการพยาบาลไปแล้วในแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ผู้ป่วยปรับตัวคืออยู่แล้ว พยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายสูงขึ้น โดยส่งเสริมให้มีการปรับตัวดียิ่งขึ้นเป้าหมายดังกล่าวควรเป็นเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริง ภายหลังจากที่ปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นลงแล้ว

ขั้นตอนที่ 6 เลือกกิจกรรมการพยาบาล

เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยพิจารณาตามแผนการพยาบาล และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาความเหมาะสมกับสถานการณ์ และเลือกวิธีการสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะนั้น ซึ่งในการพยาบาลจิตเวชพยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์ และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีสภาพจิตใจที่ไม่อยู่นิ่ง

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล

เป็นขั้นตอนของการสรุปผล และวิเคราะห์ประสิทธิผลของสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว โดยการสังเกตจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วย และข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากบุคลากรอื่นๆ อาจใช้การสังเกตการณ์ตรวจสอบ และนำข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาลและสรุปผล

3. โครงสร้างของครอบครัว

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัว (ศิริรัตน์ คุปต์วิฑูฒิ, 2545) จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งปัญหาครอบครัวได้ง่ายขึ้นและเริ่มเห็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวและมีโครงสร้างของครอบครัว (Family structure) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

3.1. โครงสร้างตามลำดับชั้น (hierarchy) ซึ่งสะท้อนถึงอำนาจ (power) ในครอบครัวด้วย ได้แก่ ลำดับชั้นพ่อแม่อยู่เหนือกว่าลำดับชั้นลูก พ่อแม่ก็มีอำนาจเหนือกว่าลูก และสามารถดูแลฝึก ระเบียบวินัยให้ลูกได้ แต่ถ้าลูกสามารถสั่งให้พ่อแม่ทำสิ่งต่างๆตามที่ลูกต้องการ โดยที่พ่อแม่เห็น ด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่พ่อแม่ก็ยังทำให้ลูกตามที่ลูกบอก ก็จัดว่าครอบครัวนี้ลูกอยู่ในลำดับ ชั้นที่สูงกว่าพ่อแม่ และพ่อแม่ก็จะไม่สามารถควบคุมดูแลลูก ไม่สามารถฝึกระเบียบวินัยให้ลูกได้ โครงสร้างตามลำดับชั้นในครอบครัวที่มีลักษณะเช่นนี้จัดว่าผิดปกติ และมักก่อให้เกิดปัญหาขึ้นใน ครอบครัว

โครงสร้างตามลำดับชั้น (hierarchy) ที่เหมาะสมคือ พ่อกับแม่มีอำนาจสูงสุดในการ บริหารจัดการระบบครอบครัวเท่ากัน แต่อาจแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบได้

3.2. ระบบย่อย (subsystem) ในแต่ละครอบครัวมีหลายระบบย่อย ได้แก่ระบบย่อยคู่สมรส ระบบย่อยพ่อแม่ ระบบย่อยพี่น้อง ระบบย่อยปู่ย่าตายาย เป็นต้น ระบบย่อยที่มีความสำคัญและต้อง พิจารณาทุกครั้งคือ ระบบย่อยพ่อแม่ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูลูก ดูแลสมาชิกในครอบครัวและบริหาร จัดการระบบครอบครัว ให้คำปรึกษาแนะนำสอนและฝึกระเบียบวินัยให้เด็ก และระบบย่อยพี่น้อง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีวัยใกล้เคียงกันก็จะเข้าใจกันได้ง่าย เป็นเสมือนเพื่อนกลุ่มแรกของเด็ก ทำให้รู้จักการต่อรอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความร่วมมือ การแข่งขันและการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน

- ระบบย่อยผู้ใหญ่ (adult subsystem) หรือบางครั้งเรียกระบบย่อยคู่สมรส (spousal or marital subsystem) โดยทั่วไปประกอบด้วยคู่สมรสคือสามีและภรรยา ระบบย่อยนี้มีหน้าที่สอน เด็กให้รู้จักความสนิทสนม (intimacy) และการตกลงใจอยู่ร่วมกัน (commitment)

- ระบบย่อยพ่อแม่ (parental subsystem) ระบบย่อยพ่อแม่ที่เหมาะสมคือ พ่อแม่ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ และวิธีการดำเนินการ บริหารจัดการไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ใช่ลักษณะที่พ่อแม่ไปทิศ เหนือแต่แม่ไปทิศใต้ ซึ่งจะเป็นความยากลำบากในการที่จะไปสู่จุดหมายที่ต้องการของฝ่ายใดฝ่าย หนึ่งหรือไม่มีทางไปสู่จุดหมายที่ต้องการได้ บางครอบครัวพ่อและแม่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่ วิธีการไปสู่จุดมุ่งหมายนั้นแตกต่างกัน เช่นแม่ต้องการไปทางตรงแต่แม่ต้องการไปทางอ้อม ก็อาจ เกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อกับแม่ในการปฏิบัติได้ ในกรณีเช่นนี้พ่อกับแม่ควรที่จะมีการเปิดใจ กว้างและพูดคุยกัน รับฟังกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ประนีประนอมกันเพื่อให้ ได้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว ก็จะทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความปกติสุข

- ระบบย่อยพี่น้อง (sibling subsystem) ระบบย่อยพี่น้องที่เหมาะสมคือ พี่น้องซึ่งส่วนใหญ่ อยู่ในวัยไล่เลี่ยกัน ควรจะรักกันและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปรึกษาหารือกันได้ซึ่งมักเข้าใจมักจะเข้าใจ กันได้ง่ายเพราะอยู่ในวัยไล่เลี่ยกัน ไม่ควรอยู่ในลักษณะอิจฉาหรือชิงดีชิงเด่นกัน พ่อแม่หรือญาติ พี่น้องไม่ควรที่จะพูดเปรียบเทียบลูกหรือหลานบ่อยๆ หรือเสมอๆ เช่น พูดเปรียบเทียบคนน้องเก่ง

กว่าคนที่ ดึกกว่าพี่ ฉลาดกว่าพี่ ขยันกว่าพี่ หรือพี่สวยกว่าน้อง พี่รู้จักประหยัคมากกว่าน้อง เป็นต้น เพราะจะเป็นการทำให้เด็กรู้สึกว่ามีปมด้อยและอาจเกิดการอิจฉาซึ่งดีซึ่งเด่นระหว่างพี่น้องได้

3.3. ขอบเขต (boundary) ได้แก่ ขอบเขตที่ล้อมรอบตัวบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ขอบเขตที่ล้อมรอบแต่ละระบบย่อยหรือขอบเขตที่ล้อมรอบครอบครัวของตนเองแยกจากรอบครัวอื่นๆในสังคมภายนอก

ชนิดของขอบเขตแบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1) ขอบเขตที่แข็ง ปิดกั้น (rigid boundary) มีลักษณะคล้ายมีเกราะหรือกำแพงห้อมล้อม ถ้าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนใช้ขอบเขตชนิดนี้ล้อมรอบตัวเอง ก็จะทำให้แทบจะไม่มีการและเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกครอบครัวเดียวกัน เช่นลูกที่ติดยาเสพติด มานาน 4 – 5 เดือน พ่อแม่ก็จะไม่ทราบว่าลูกติดยาเสพติด และคิดว่าลูกเป็นเด็กดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่พ่อแม่ให้เงินลูกใช้อย่างมาก เพื่อเป็นการทดแทนในส่วนที่พ่อแม่ไม่ค่อยจะมีเวลาให้กับลูกหรือไม่ค่อยจะมีเวลาที่พูดคุยกับลูก ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาแก่ลูก หรือตัวอย่างเช่น พ่อแม่ไม่ทราบว่าลูกเรียนในชั้นปีที่เท่าใด ที่มหาวิทยาลัยแห่งใด ทราบเพียงว่าลูกกำลังเรียนในระดับมหาวิทยาลัย

2) ขอบเขตที่หลวม หรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้น (diffuse boundary) มีลักษณะคล้ายขอบเขตที่โปร่งใส จนบางครั้งแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างบุคคลหรือแทบจะไม่มีขอบเขตขวางกั้นระหว่างครอบครัว ไม่มีความลับระหว่างคนในครอบครัว ทุกอย่างโปร่งใสหมด ตัวอย่าง เช่น เพื่อนของลูกที่เป็นวัยรุ่น โทรศัพท์มาหาลูกที่บ้าน แม่ก็ฟังโทรศัพท์ด้วย เพื่อจะได้รับความรู้ความเป็นไปที่เกิดขึ้นกับลูกทั้งหมด โดยแม่คิดว่าเพื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็จะได้ทราบและช่วยแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที ลักษณะเช่นนี้จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกอึดอัดและอาจหาทางออกอื่นๆเพื่อให้ตนเองได้เป็นอิสระขึ้น เช่นอาจกลับบ้านค่ำเพื่อใช้เวลาหลังเลิกเรียนคุยกับเพื่อนนอกบ้าน

ขอบเขตชนิดนี้มีข้อเสียคือ การขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งแต่ละบุคคลควรจะมีสิทธิส่วนบุคคล มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับวัย อายุ หรือวุฒิภาวะทางอารมณ์ของคนๆนั้นด้วย

3) ขอบเขตที่ชัดเจน (clear boundary) จะอยู่กึ่งกลางระหว่างขอบเขตที่ปิดกั้นและขอบเขตที่หลวม สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิส่วนบุคคล ในขณะเดียวกันก็รู้ความเป็นไปของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวในเรื่องบุคคลในครอบครัวทั่วไปฟังจะรู้ด้วย เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นก็สามารถช่วยเหลือกันได้ทันทั่วทั้งที

พ่อแม่ควรมีบทบาทในครอบครัว ดังนี้

1. แสดงความจริงใจ ห่วงใยต่อคนในครอบครัวรวมทั้งลูกด้วย
2. ร่วมมือกันในการบริหารจัดการระบบครอบครัวของตนเอง พ่อแม่ต้องรวมตัวกันเป็นทีมเดียวกัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ
3. พ่อแม่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆภายในครอบครัว

4. พ่อและแม่มีวิธีปฏิบัติต่อลูกในทางเดียวกัน
5. เป็นที่พึ่ง เป็นที่ปรึกษาให้ลูกรวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว
6. ไม่ควรให้อ่านลูกตัดสินใจในเรื่อง
7. ไม่ควรกังวลว่าลูกจะเครียดเกินไป การเจริญเติบโตพัฒนาของคนเราต้องมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมเป็นตัวกระตุ้น
8. สอนและฝึกระเบียบวินัยให้ลูกโดยเฉพาะการปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามกฎเกณฑ์ของสังคม
9. มีเวลาที่มีคุณภาพให้ลูก

ความสัมพันธ์ของพ่อกับแม่ เปรียบดังเสาหลักของบ้านและครอบครัว พ่อและแม่ควรมีความรักความเข้าใจต่อกัน พ่อสามารถพูดคุยปรึกษาหารือกันได้ถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาของพ่อหรือปัญหาของแม่ ปัญหาระหว่างพ่อกับแม่ หรือปัญหาของลูกๆ ปัญหาเรื่องลูกๆ พ่อกับแม่ควรมีความเห็นที่ตรงกันหรือตกลงกันได้ก่อนที่จะบอกลูกเพื่อที่ลูกจะไม่ได้สับสน และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ถ้าพ่อแม่ขัดแย้งกัน ลูกจะเลือกเชื่อพ่อหรือแม่ที่เห็นด้วยกับตนเองเท่านั้น ซึ่งทำให้ปกครองลูกลำบากถ้าพ่อแม่มีความเห็นที่ไม่ตรงกันไม่ควรอย่างยิ่งที่จะถกเถียงกันต่อหน้าลูก ควรพูดคุยกันส่วนตัวให้เรียบร้อยเสียก่อนจึงจะมาบอกลูก พ่อแม่ต้องมีความเป็นผู้ใหญ่เพียงพอ กล่าวคือมีวุฒิภาวะทางอารมณ์หรือสุขภาพจิตดีพอสมควร

3.1 ความหมายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การที่สมาชิกในครอบครัวจะอยู่ร่วมกันด้วยความผาสุกได้นั้น สมาชิกในครอบครัวจึงควรมีสิ่งที่จะกระทำต่อกัน ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของครอบครัว มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้

Janosik & Green (1992) ให้ความเห็นของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นความรู้สึกร่วมที่ไม่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม แต่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นกระบวนการพลวัตที่ทำให้มองเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

Hogarth & Weeks (1997) สรุปการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่าหมายถึงรวมถึงการเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรมขัดเกลาระเบียบทางสังคมให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พึ่งพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่น ตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว

ส่วนสมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เขาเหล่านั้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี และความสำคัญของหน้าที่จะเปลี่ยนแปลงไป

ตามบุคคลมี หน้าที่บางอย่างอาจมีสถาบันหรือหน่วยงานอื่นมาทำแทนได้ แต่หน้าที่บางอย่างมีเพียงครอบครัวเท่านั้นที่จะสามารถทำได้

ดังนั้น การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจึงหมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้าได้กับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว

3.2 องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

มีนักวิชาการทางด้านครอบครัวที่ได้แบ่งองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้หลายด้าน โดยในที่นี้จะกล่าวถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด ได้มีการเสนอแนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ ดังนี้

Friedman (1992) กล่าวถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก
2. ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
4. ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่าง ๆ
5. ด้านดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ จัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย

Olson & McCubbin, 1982 อ้างใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก และ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, 2531 ผู้เสนอกรอบแนวคิดเซอร์คัมเพลกซ์ (Circumplex Model) ได้เสนอองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยแบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 2 มิติ มิติแรกเป็นระดับความผูกพันทางด้านจิตอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันและกัน (family cohesion) และมิติที่สอง เป็นความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท และสัมพันธภาพ เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น (family adaptability) และได้สรุปแนวคิดหลักที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 3 ประเด็น คือ

1. ครอบครัวจะมีความผูกพันและการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไป ตามสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและวงจรชีวิตของครอบครัว โดยเฉพาะความคาดหวังของสมาชิกที่ต้องดำรงรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์หรือการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น เช่น สมาชิกที่เป็นเด็กเมื่อเริ่มย่างเข้าสู่วัยรุ่นย่อมต้องการความเป็นอิสระ พึ่งพาตนเองและอำนาจ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ อาจมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวซึ่งต้องพยายามเข้าใจและปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องซึ่งกันและกัน

2. ครอบครัวที่มีความผูกพันและการปรับตัวอยู่ในระยะสมดุล จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่าครอบครัวอื่น และเมื่อมีปัญหาร้ายแรงก็สามารถปรับตัวได้ง่ายกว่า ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงลักษณะของสมาชิกแต่ละคน วัฒนธรรม ค่านิยม ความคาดหวังของครอบครัวและสังคมด้วย

3. การติดต่อสื่อสารที่ดี เป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยทำให้ความผูกพันและการปรับตัวของครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล ลักษณะของการติดต่อสื่อสารที่ดี ได้แก่ ข้อมูลมีความชัดเจน มีการใช้คำพูดเพื่อสนับสนุน ประทับประคอง เห็นอกเห็นใจ มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี ส่วนลักษณะการติดต่อสื่อสารที่ไม่ดี เช่น ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ ขาดความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนวิธีแก้ปัญหาที่ไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวได้

3.3 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด Mc Master

แนวคิดนี้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดย Epstein, Bishop & Baldwin แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัย Brown ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัวมาเป็นเวลานานกว่า 25 ปี แนวคิดนี้มองครอบครัวเป็นระบบเปิดประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (marital subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆเช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน หรือศาสนา กำหนดหน้าที่หลักที่สมาชิกต้องปฏิบัติ 3 ด้านใหญ่ๆ เพื่อทำให้สมาชิกพัฒนาและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์ และสังคม ดังนี้ (Epstein, Bishop & Levin, 1980)

1.ภารกิจพื้นฐาน (basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกๆของครอบครัว เป็นการจัดหาปัจจัย 4 ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต โดยให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษาพยาบาลเจ็บป่วย

2.ภารกิจด้านพัฒนาการ (developmental task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของการพัฒนา ทั้งในด้านพัฒนาการส่วนบุคคล และพัฒนาการของครอบครัว พัฒนาการส่วนบุคคล ได้แก่ การเลี้ยงดูทารกอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถพัฒนาความไว้วางใจ หรือการช่วยให้บุตรในวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระพร้อมจะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัวได้แก่ การที่ครอบครัวเริ่มมี

บุตรคนแรก หรือการที่บุตรแยกออกจากครอบครัวดั้งเดิมไปสร้างครอบครัวใหม่ ครอบครัวที่มีลักษณะไวและเข้าใจถึงความต้องการของสมาชิกแต่ละคนพยายามปรับการทำงานหรือปฏิสัมพันธ์ที่มีให้เหมาะสมกับขั้นตอนของการพัฒนาที่ครอบครัวดำเนินอยู่จัดได้ว่าเป็นครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ส่วนครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดั้นนั้น มักจะไม่มี ความยืดหยุ่นหรือปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวงจรชีวิต ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ปัญหาส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างแต่ละตอนของชีวิต เช่น เมื่อลูกเปลี่ยนจากวัยเรียนไปสู่วัยรุ่น เป็นต้น

3. ภารกิจยามวิกฤติ (crisis task) หมายถึง ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน เช่น การเสียชีวิต การป่วยหนัก การว่างงาน การประสบภัยพิบัติตามธรรมชาติ เป็นต้น ความสามารถของครอบครัวที่จะจัดการกับภาวะวิกฤติ เป็นเครื่องบ่งบอกถึงความเข้มแข็งหรือสุขภาพจิตของครอบครัว บางครอบครัว สามารถจัดการกับวิกฤติการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤติการณ์อย่างรุนแรงภายในครอบครัวก็ได้

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) นั้นมองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม แนวคิดนี้ไม่ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน แต่เน้นด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง

องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดแมคมาสเตอร์ มีรายละเอียด ดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 ; Epstein, Bishop & Levin, 1980)

1. การแก้ปัญหา (problem solving)

การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาเพื่อให้ครอบครัวดำรงสภาพและสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ “ปัญหา” หมายถึง สิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพและขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในอันที่จะดำรงอยู่อย่างปกติสุข อาจแบ่งปัญหาออกได้เป็น 2 แบบ คือ 1) ด้านวัตถุ (instrumental) ได้แก่ ปัญหาที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เป็นต้น และ 2) ด้านอารมณ์ (affective) ได้แก่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว

บางครอบครัวอาจมีปัญหาแบบที่ 2 คือ เฉพาะด้านอารมณ์เท่านั้นโดยไม่มีปัญหาแบบที่ 1 เลย แต่พบว่าครอบครัวที่มีปัญหาแบบที่ 1 มักจะมีปัญหาแบบที่ 2 ด้วยเสมอ

ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้น จะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นด้วยความรวดเร็วง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ไม่เรื้อรัง ส่วนครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้นมักแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ปัญหาไม่ได้แก้ไขเสร็จสิ้น และมักกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

การแก้ไขปัญหาของครอบครัวมีขั้นตอนดังนี้

- 1) แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน ครอบคลุมถึง ใครเป็นผู้ตัดสินใจหรือตัดสินใจว่าอะไรเป็นปัญหา และปัญหาที่แยกแยะออกมานั้นถูกต้องหรือไม่ เป็นปัญหาที่ขัดแย้งจริง ๆ หรือไม่
- 2) การสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งภายในครอบครัวและกับระบบภายนอกครอบครัว หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีผู้รับรู้หรือไม่ มีการบอกกล่าวให้รับรู้ถึงปัญหาหรือไม่และผู้รับรู้สามารถช่วยแก้ปัญหาได้หรือไม่
- 3) วางแผนในการแก้ปัญหา
- 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ครอบครัวมีการตัดสินใจแน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใดหรือไม่ มองทางออกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาหรือไม่
- 5) ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก ครอบครัวแก้ปัญหาตามที่ตกลงกันไว้ครบถ้วนหรือไม่ หรือทำไปเพียงบางส่วน บางครอบครัวอาจไม่ได้กระทำตามที่ตกลงไว้เลย
- 6) ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นดำเนินไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามว่าวิธีการแก้ไขปัญหาที่เลือกไว้นั้นได้มีกากระทำตามไปมากน้อยเพียงใด ผู้ที่รับผิดชอบแก้ปัญหาตามที่ตกลงไว้หรือไม่
- 7) ประเมินความสำเร็จของวิธีการแก้ปัญหา เป็นการประเมินว่า วิธีการแก้ปัญหาที่เลือกนั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด ครอบครัวได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าวอย่างไร

2. การสื่อสาร (communication)

การสื่อสาร หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน การสื่อสารจะมีสองแบบคือ การสื่อสารที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งแนวคิดนี้จะเน้นที่การสื่อสารที่ใช้คำพูด เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถวัดหรือประเมินได้ เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุ และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึก

เช่นเดียวกับการแก้ปัญหา การสื่อสารเกี่ยวกับวัตถุ กับการสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์ อาจมีความคาบเกี่ยวกัน ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุก็อาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ได้ก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารด้านวัตถุก็มีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ด้วยเสมอ การสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้เป็น 2 ด้านคือ 1) เนื้อหา การสื่อสารที่คืนข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความไม่ได้ และ 2) จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อจะต้องตรงไปยังบุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น โดยตรงไม่ใช่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น

เมื่อพิจารณาทั้งสองด้าน อาจแบ่งการสื่อสารในครอบครัวได้เป็น 4 แบบ คือ เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย และเนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีนั้น จะมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงสู่บุคคลเป้าหมายที่ต้องการสื่อ ถ้าการสื่อสารคลุมเครือหรืออ้อมค้อมมากเท่าไรก็จะทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดีเท่านั้น

2. บทบาท (roles)

บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ บทบาท แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท เช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังอาจแบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

1) บทบาทพื้นฐาน หมายถึงบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ ครอบครัวปกติสุขประกอบด้วย การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประทับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก และการบริหารและจัดการภายในครอบครัว

2) บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บางครอบครัวอาจมีบทบาทไม่เหมาะสมจนเกิดแพะรับบาป หมายถึงเกิดสมาชิกที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์จากสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้จะช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้งไม่ให้เกิดความเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุลถือเป็นบทบาทที่ไม่เหมาะสม

การพิจารณาบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้นต้องพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกัน คือ

1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก ซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย มอบหมายให้กับบุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม

2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมจะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน โดยความเห็นพ้องต้องกัน มีการปฏิบัติตามข้อตกลง ประสานกับบทบาทของสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย ภารกิจของครอบครัวจะดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีการมอบหมายบทบาทให้ครอบคลุมถึงหน้าที่ทุกด้านที่จำเป็นต้องกระทำและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติตามบทบาท

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness)

การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ 1) อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความรู้สึกนุ่มนวล อ่อนหวาน ความสุข ความยินดี และ 2) อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ เช่น ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกเศร้าสร้อย ความผิดหวัง

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ปกติจะสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายอย่าง เหมาะสมทั้งด้านปริมาณ และด้านคุณภาพ เหมาะสมกับสถานการณ์ด้วย อย่างไรก็ตามการพิจารณาต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมด้วย

3. ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement)

ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับของความผูกพันที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้ง การแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน

ความผูกพันทางอารมณ์แบ่งออกได้หลายระดับ ดังนี้

- 1) ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย
- 2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก มีความสนใจบ้าง แต่ความรู้สึกซึ่งทางอารมณ์มีเพียงเล็กน้อย แสดงออกเมื่อถูกเรียกร้อง
- 3) ผูกพันเพื่อตนเอง มุ่งความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองไม่ใช้ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง
- 4) ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ ให้ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่ง โดยอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง
- 5) ผูกพันมากเกินไป ให้ความสนใจมากเกินไป ปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากจนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นส่วนตัว หรือเป็นตัวของตัวเอง
- 6) ผูกพันจนเหมือนบุคคลเดียวกัน เป็นลักษณะของความผูกพันที่มีพยาธิสภาพ ขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนหรือไม่มีเลย

ลักษณะของความผูกพันอย่างมีความเข้าใจจัดเป็นลักษณะความผูกพันที่ดีที่สุด

4. การควบคุมพฤติกรรม

การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

พฤติกรรมที่จำเป็นต้องการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกินนอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมด้านสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง หรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น
- 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน เช่น การพยายามทำร้ายตนเอง เป็นต้น
- 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

ลักษณะของการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวอาจแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

- 1) การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control)

ในครอบครัวจะมีการกำหนดไว้ชัดเจนสมาชิกไม่มีโอกาสต่อรอง หรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมพฤติกรรมที่เข้มงวดเกินไป อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมคือเฉย

2) การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control)

ครอบครัวลักษณะนี้จะมีมาตรฐานสำหรับพฤติกรรม แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3) การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez – faire behavior control)

ครอบครัวลักษณะนี้ไม่มีทิศทางที่แน่นอนว่าสมาชิกควรมีพฤติกรรมอย่างไรใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ สมาชิกในครอบครัวแบบนี้จะรู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดีและอาจมีลักษณะเรียกร้องความสนใจมาก

4) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control)

ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมไม่แน่นอน บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย การควบคุมลักษณะเช่นนี้ เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุดใน 4 แบบที่กล่าวมา

การพิจารณาถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุก ๆ ด้านด้วย เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อสมาชิกของครอบครัวทุกคน

กล่าวโดยสรุปการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในการศึกษานี้หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยจิตเวชพิจารณาเลือก รวบรวม จัดจำและแปลความหมายภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะสมาชิกของครอบครัว ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม และเป็นกระบวนการตอบสนองทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยจิตเวชใช้ในการปรับตัว

3.4 การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำได้ทั้งวิธีการสัมภาษณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของแต่ละคนต่อสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ และการทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวด้วยวิธีการสังเกต ที่จะทำให้ทราบถึงปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกมีต่อกัน การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา และลำดับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งออกได้เป็นสองแบบ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) เป็นต้น โดยผู้ประเมินจะ

สัมพันธภาพครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมพันธภาพ และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตการปฏิสัมพันธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. แบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง เช่น Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) ซึ่งใช้ประเมินการปรับตัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยตรงจำนวน 60 ข้อ โดยให้สมาชิกครอบครัวตอบเอง เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายสำหรับในประเทศไทย อุมพร ตรังสมบัติ (2540) พบว่าข้อความในแบบประเมิน FAD มีหลายข้อที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย จึงได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ตามกรอบแนวคิดแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกัน ใช้ชื่อเรียกว่า Chulalongkorn Family Inventory (CFI) แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยงในระดับสูง และมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวมากยิ่งขึ้น (อุมพร ตรังสมบัติ, 2540)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว CFI เนื่องจากเชื่อว่าเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2551) จึงมีดังต่อไปนี้ คือ

4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care) โดยทำการประเมินวินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาล โดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น สัมพันธภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986) นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้การดูแลผู้ป่วย ในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้าน

ร่างกาย และจิตใจ โดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษายาบาลการสนับสนุนการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.2 บทบาทในการให้ความรู้ มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณ โฉ, 2542)

4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ (Care Management) โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต

4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Consultation) โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการ และให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆ เข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา เช่น ทฤษฎีการพัฒนามนุษย์ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการประคับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้ และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) พยาบาลจิตเวชควรมีการนำเอาทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนเพราะทักษะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนทำงานด้วย

การมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจมากขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ตามความต้องการ โดยทักษะที่นำมาช่วยเหลือในการให้คำปรึกษามีดังต่อไปนี้คือ (วรรณมา คงสุริยะนาวิน, 2542)

4.4.1 การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องแสดงให้บุคคลรับรู้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้ เข้าใจ ขอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเขา ตั้งใจฟังและร่วมแบ่งปันความรู้สึกและปัญหาาร่วมคล้ายกัน ก็จะยิ่งเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

4.4.2 การให้เกียรติ (Respect) โดยต้องมีการแสดงการให้เกียรติ ขอมรับ โดยมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การแนะนำตน เข้าไปทำความรู้จักทักทายบุคคลในชุมชนก่อน กล่าวขบถอชมเชย การประสานสายตาดูและตั้งใจฟังด้วยความเอาใจใส่

4.4.3 ความจริงใจ (Genuineness) โดยการแสดงความจริงใจด้วยการเปิดเผยตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำพูด สามารถแสดงความคิดเห็นได้ในระดับลึก โดยปราศจากการทำร้ายความรู้สึกผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเองเร็วเกินไปและไม่แสดงว่าพยาบาลต้องการจัดการให้คำแนะนำหรือใช้อิทธิพลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของพยาบาลเอง

4.4.4 ปฏิกริยาตอบสนอง (exploratory responding) ส่วนใหญ่ทักษะที่สำคัญของพยาบาล คือ การฟัง การใช้เทคนิคการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การแสดงความกระจำงของตนและการสรุป

4.5 บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

4.6 บทบาทในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายพัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับใช้ในหน่วยงาน และดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยผู้ใหญ่เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

4.7 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ตนมีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าง่าอย่างต่อเนื่ง นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติกรพยาบาลในกลุ่มที่มี

ความเชี่ยวชาญให้มีคุณภาพและคุ้มค่า พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ สร้างแผนงาน หรือ โครงการต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อน

4.8 บทบาทในการประสานงาน (Collaboration) ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ นุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ครอบครัว ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

4.9 บทบาทในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านการปฏิบัติโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านกฎหมายและจริยธรรม พิตักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocate) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติดูแลในระดับหน่วยงาน/ระดับองค์กร มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน และครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

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

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีม ร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล อีกทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้การนำผู้ป่วยและครอบครัวมามีส่วนร่วม จะสามารถทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตที่ดี

5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มขึ้นปี ค.ศ 1950 (อุมาพร ตรงกสมบัติ, 2542) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากที่มีการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคลต่อมา มีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมอันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มี

อยู่ได้อย่างสูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาพบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

5.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามีน ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆ เท่านั้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้องแก้ไขเฉพาะบุคคลนั้นจิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” ตัวบุคคล คือที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

เมธินันท์ ภิญญชน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือครอบครัวบำบัดว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

Okun & Rappaport (1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาประเภทหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว โดยมีการปฏิบัติกับครอบครัวในลักษณะเป็นระบบระบบหนึ่ง และมองสภาพปัญหาหรือความบกพร่องของครอบครัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเกิดจากระบบครอบครัว มิใช่จากสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง

Bruno (1989) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมในการบำบัด เพื่อประเมินครอบครัวนั้นๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

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

5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

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

5.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ

5.3.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัดแต่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษาก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกๆที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษา กลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

5.3.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหาที่เคยกระทำนั้น ได้ผลหรือไม่ถ้ามีปัญหามากอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

5.3.3 เฟ่งเล็งปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่าปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสมผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเฟ่งเล็งที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าเฟ่งเล็งที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย-แม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

5.3.4 ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่า ๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่เฟ่งเล็งไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.3.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใดหรือให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้นจะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

5.3.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก หากเครือข่ายประคับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่น ๆ การให้คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

1) ระยะสั้น สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่หนึ่งคือ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2 คือ วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และประการที่ 3 คือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาคือหรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้งถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) ระยะกลาง ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษาได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น แล้วเวลาส่วนใหญ่จะเข้าไปในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตัวเองในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

3) ระยะสุดท้าย ในระยะนี้ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอ คือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอ และแก้ไขปัญหาคด้วยตัวเองไม่ได้การให้คำปรึกษาครอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้วอาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

5.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2) Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึง ในปี ค.ศ 1980 การให้คำปรึกษาครอบครัวได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี 7 ลักษณะดังนี้

5.4.1 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoalytic Family Therapy)

บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือแอคเคอร์แมน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) Ackerman เป็นจิตแพทย์เด็กได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

Ackerman กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๑ หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (interpersonal conflict) เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเอง และช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4.2 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy) Murray

Bowen และ Micheal Kerr เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โบเวนเชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัว จากอดีตจนถึงปัจจุบันเป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรม และสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเอง และมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

5.4.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family

Therapy) ผู้นำทฤษฎีก็คือ Minuchin (1974) Minuchin เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงเมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาเป้าหมายของครอบครัวบำบัด กลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

ครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) เน้นที่

1) ปัจจุบันและอนาคตการประเมินและการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่ปัจจุบัน
ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)

2) การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อม
มากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม

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

4) การให้ความสำคัญของกระบวนการ (process) เช่น วิธีการสื่อสาร หรือ
กระบวนการติดต่อสื่อสาร มากกว่าเนื้อหาคำพูด (content)

5) ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอม
ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่งสมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่ง (Parts) หรือหน่วยหนึ่ง
ในครอบครัวทั้งหมด โดยรวม (whole)

Minuchin อธิบาย 4 ระยะของการเจริญเติบโต พัฒนา (development) ของครอบครัวดังนี้

ระยะที่ 1 การเริ่มต้นชีวิตคู่ (couple formation) เริ่มจากการที่คน 2 คนมาจากครอบครัวที่
แตกต่างกัน ตกลงมาใช้ชีวิตร่วมกัน

ระยะที่ 2 ครอบครัวที่มีลูกเล็ก (young children) การที่มีลูกทำให้บทบาทของความเป็นพ่อแม่
เพิ่มขึ้นมาด้วย

ระยะที่ 3 ครอบครัวที่มีลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (school age and adolescent children) ลูกเข้า
โรงเรียน ทำให้ครอบครัวต้องมีการติดต่อกับสังคมโรงเรียน และเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ครอบครัวก็ต้อง
ปรับตัวกันอีกครั้งหนึ่ง ให้เหมาะสมกับธรรมชาติของวัยรุ่นที่ต้องการมีกลุ่มเพื่อนและต้องการความ
เป็นอิสระและพ้นจากการควบคุมของพ่อแม่บ้าง

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

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) และครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family)

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) มีโครงสร้างของครอบครัวที่ชัดเจนเหมาะสม และ
สมาชิกในครอบครัวปรับตัวได้ดี ความต้องการของทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองเป็นที่
พอใจ

ครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family) เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ความต้องการของทุกคนในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งมักจะทำให้เกิดอาการป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว

5.4.4 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

Carl Whitaker ได้นำเอาแนวความคิดทฤษฎีเชิงมานุษยนิยม มาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภททฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยมมีความเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้นการไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวการบำบัดจะเน้นมีการสร้างความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) เน้นที่นี่และปัจจุบันนี้ (Here and Now)
- 2) อิสระภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล
- 3) การตระหนักถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง
- 4) การทำให้ตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 5) ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว
- 6) ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกันมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคแบบgestalt การสมมุติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะเป็นต้น

5.4.5 Stuart & Sundeen เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสารการให้คำปรึกษา เน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจนเป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นการแสดงความรู้สึก และรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวการสื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวาและความภาคภูมิใจในตนเอง

5.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural family therapy ดังต่อไปนี้คือ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544:137)

5.5.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบ

ผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความเข้าใจกับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็นความสุข ความทุกข์ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว

1) พยายามใช้ภาษาและรูปแบบการดำเนิน (style) ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือ ทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่นขณะสัมภาษณ์ ถ้าถูกเรียกพ่อแม่อะไร ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

2) ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3) สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวังต้องการได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะแก้ปัญหาต่อไป

4) ทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับ (join) สมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

5) วิธี การทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากัน (join) กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ ทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากัน (join) กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้ การทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากัน (join) กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้งกัน เมื่อผู้ให้คำปรึกษาทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากัน (join) กับสามี ก็จะทำให้ ทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากัน (join) กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม ทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากัน (join) กับทั้งสองคนให้สมดุลกัน

6) อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ ผู้ป่วยหรือสมาชิกคนอื่น ครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอกและภายในครอบครัวด้วยกันเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ที่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ และยินดีต้อนรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

7) อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดแต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

5.5.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษาข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลานานเท่าใดใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

- 1) ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว
- 2) ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกว่าการให้คำปรึกษาจะไม่มียุติสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น
- 3) เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไรและผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทอย่างไรอย่างชัดเจนไม่เกิดความสับสน ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวบางคนอาจให้มีการเขียนข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษรวิธีนี้สำหรับครอบครัวที่อยู่เหิงมากและมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด

5.5.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ในครอบครัวบ้างหลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

- 1) ช่วยให้อครอบครัวตั้งเป้าหมายให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษาครอบครัวการตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะครอบครัวที่รู้ว่าตนต้องการอะไรนั้น จะรู้ว่าตนต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ แม้จะเป็นการยากเพราะในระยะแรกครอบครัวมักมีความขัดแย้งกันมาก แต่การพยายามตกลงกันจะทำให้ครอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น
- 2) ต้องให้อครอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมาย และเป็นเจ้าของเป้าหมายนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้อครอบครัวคิดเป้าหมายเองไม่ใช่คิดแทนครอบครัว อาจตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า “ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงครอบครัวของคุณ ได้คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรมากที่สุด ” “คุณต้องการให้ชีวิตคู่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง” เป้าหมายของครอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมาย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการประเมินครอบครัวถ้าเป้าหมายของครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้อครอบครัวเข้าใจก่อน เช่นครอบครัวมีเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขพฤติกรรมเกรงของลูก แต่ผู้ให้คำปรึกษาพบว่าพ่อแม่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับลูกอย่างรุนแรงและความขัดแย้งนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกรง ผู้ให้คำปรึกษาควรเสนอแนะให้กับพ่อแม่ว่า การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ควรเป้าหมายเป็นอันดับแรกและการแก้ไขพฤติกรรมของลูกน่าจะเป็นเป้าหมายอันดับต่อไป เป็นต้น

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

4) ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการบำบัดก้าวร้าวหรือไม่ เช่น เป้าหมาย “ให้ภรรยาไม่อารมณ์เสีย” เป็นเป้าหมายที่สังเกตได้ก็จริงแต่จะวัดได้ยาก เนื่องจากอารมณ์มักจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม เป้าหมายจึงควรเป็น “ให้ภรรยาพูดกับสามีโดยไม่โมโห” หรือแทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้” ก็ควรตั้งว่า “ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวันตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม” เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาอย่างเพ้อฝัน เช่น ถ้าลูกมีสติปัญญาในระดับที่เรียนช้า ก็ต้องตั้งเป้าว่าให้ลูกสอบผ่านเท่านั้นไม่ใช่ให้ได้ที่ 1 เป็นต้น

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

6) เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขขึ้น” ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่าความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างมากมายแม้ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความ

ต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมากครอบครัว อาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่งนั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

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

8) ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาแต่ละระยะ จะต้องประเมินว่า เป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมายนั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

5.5.4 การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว คำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

1) คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไร ที่ไหนเช่น คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูลแต่ถ้าใช้คำถามแบบนี้เท่านั้นผู้ให้คำปรึกษาก็จะไม่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นชัดเจนพอ เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรหรือไม่?”

2) คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจมีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson, 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้เริ่มต้นการตั้งคำถามแบบวงกลมขึ้นมา (Selviniparazzoli.etal, 1978) ลักษณะจะพุ่งถึงความแตกต่างใน 3 ด้านคือ

2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

2.2) ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มิต่อกัน เช่น “พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

2.3) ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น “ความรู้สึกของคุณต่อภรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆอย่างไร? ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

3) คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสระภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเรื่องการเรียนของลูกให้ดิ้นรนสักนิดได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของคุณให้ฟังสักนิดซิคะ”

ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น บางทีบางครอบครัวอาจย้อนถามผู้ให้คำปรึกษาว่า “จะเอาเรื่องอะไรล่ะครับ มันมีหลายเรื่องไม่รู้จะเล่าอะไรดี” การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสมเพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิด หรือเรื่องที่จำง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่า ต้องการรู้เรื่องอะไร

5.5.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษารอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมาย ที่ต้องการผู้ให้คำปรึกษารับรู้แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็นหรือไม่มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเป้าอยู่ที่ประเด็นสำคัญ ที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ “หลงทาง” คือ ถูกครอบครัวนำไปยังเรื่องอื่นที่ไม่มีความสำคัญผลที่ตามมาคือชั่วโมงการให้คำปรึกษานั้นจะมีความสับสนวุ่นวาย เมื่อจบชั่วโมงแล้วก็ไม่รู้ว่ามีวันนี้มาพูดคุยกันเรื่องอะไรเป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้าบางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือปัญหามาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหามาก ประการ จึงเกิดความสับสนว่าอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียด โดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริงแต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

5.5.6 การทำให้กระจ่าง

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ “เติม” สิ่งที่ตนขาดไปให้เต็ม ดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงสื่อสารกันอย่างกระจ่างชัดจึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรงๆ อาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือตีจากไปในที่สุด ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา เราจึงได้ยินสามีภรรยาถกถวงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าคุณเองต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้น กระจ่างชัดการทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าตนรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็มีความชัดเจนว่า อีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

5.5.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

กุญแจสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวเติบโตขึ้นก็คือ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึกต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

5.5.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

Watzlawick และคณะ (1974) เป็นผู้ใช้คำว่า reframing เป็นครั้งแรก โดยหมายถึงการเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิมโดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ลบที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตแต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและหาทางออกไม่ได้ การ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหาหรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ผู้บำบัดจะ reframe อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในชั่วโมง การ reframe คล้ายคลึงกับการตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษา มักจะ reframe ปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมดหวัง ซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าเป็นปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

5.5.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่เหมาะสมความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเชิงซ้ำและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะโดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

1) ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึงความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ

2) ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษสำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทนเพราะจะทำให้ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูดของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการ สื่อทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน

3) การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวมองไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้การกล่าวซ้ำ ๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้นโดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซงและทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

5.5.10 การท้าทาย

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

1) จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้วอย่าท้าทายบุคคล เพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้

2) การท้าทายครอบครัวจะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่าครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดคืออะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา

3) การท้าทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่า ๆ ซึ่งไม่ได้ผล การท้าทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การท้าทายจะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join ที่ดีก็จะต้องมีการท้าทายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็นการก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัว และดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการท้าทายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในส่วนของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

5.5.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริงๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้นแล้วกลับไปทำที่บ้านได้ดีขึ้นถ้าได้ทดลองทำ

5.5.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่างๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้นๆ กับใคร (Minuchin, 1974) เช่น

ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กันไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไป จนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งที่กันไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกกันระหว่างแม่-ลูก หรือการ ล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้นการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman, 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน จะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูก ใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

5.5.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directingการทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไรไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าตนรู้อะไรๆ ดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่าควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

5.5.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมงโดยใช้เทคนิค enactment แล้ว ยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั่นเองเมื่อเริ่ม sessionใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้างจุดมุ่งหมายของการบ้าน นอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสียเวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษารอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยกันเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

5.5.15 เทคนิคการแสดงผลมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

Sculpting เป็นเทคนิคที่ให้สมาชิกแสดงผลมมองของตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เห็นห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัดจะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่างๆ sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วยให้

ครอบครัวสัมพันธ์กับความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าจะแทรกแซงอย่างไร

5.5.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

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

5.5.17 การควบคุมความรุนแรง

Control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่นั่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่าง เช่น ลูกที่ติดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธเพราะลูกทำผิดจริง และลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าพฤติกรรมของตนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธทวีขึ้นเรื่อยๆ จนพ่อควบคุมตนเองไม่ได้แล้วทำร้ายลูกวิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้นโดยอาจใช้วิธีต่างๆ ดังนี้

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

6. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้นโครงสร้าง

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวชหรือการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวได้ในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การพบผู้ป่วย

และญาติที่ โรงพยาบาลเมื่อแรกรับ การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้คือ (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2545)

6.1) การประเมินสภาพ

ขั้นรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประวัติทางด้านจิตเวชและอาชญากรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอะไร อาการของบุคคลในครอบครัว

เทคนิคการรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นประเมินโดย

6. 1.1) ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว

6. 1.2) ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัวแต่ละครอบครัว มีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูง ๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ

6.1.3) ให้บุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมุติ (Role play)

6.1.4) สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงเราต้องหาทางเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางสร้างสรรค์

6.2) ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

6. 2.1) ปัญหาอยู่ที่ใคร

6. 2.2) จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

6. 2.3) กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

6. 2.4) สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

6.3) การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว

ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

6. 3.1 เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ

6.3.1.1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

6.3.1.2) จัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต

6.3.1.3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

6.3.2) การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไว้อาจทำได้ 2 ลักษณะ

6.3.2.1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในชั้นต้น

6.3.2.2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกร่วมรับซึ่งกันและกันความเข้าใจกันและกัน โดยพยายามหาความต้องการญาติเป็นรายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอน และใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

6.3.3) การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดกิจกรรมภายในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พยายามจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึงแต่ละครอบครัวว่าเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้องเหมาะสมกับทุกครอบครัว

6.4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว

ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว จะเน้นหลักการดังนี้

6.4.1) ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง

6.4.2) มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจ

ชัดเจน

6.4.3) การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว

6.4.4) เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว

แต่ละสถานการณ์

6.4.5) พยายามตั้งจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง

6.4.6) กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลตนเอง

6.4.7) กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแล

ตนเอง

6.4.8) เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพเน้นการเข้าใจและการยอมรับ รับรู้ความรู้สึก สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจาก

ความสามารถของบุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ สังเกตและให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรมีกฎเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้นหน้าที่ ระบบ บทบาทให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

6.5) การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวบำบัด แต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของกลุ่มเน้นโครงสร้าง มีบทบาทที่เด่นชัดคล้ายเป็นผู้กำกับการแสดงที่ต้องมีความคล่องแคล่ว ว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัว ทั้งในฐานะผู้สังเกตและผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเข้าไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำ หากพบว่าครอบครัวขาดหวังความเป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือ อาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือทั้งครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทตัวเองมาเป็นผู้สังเกตดูแลวัดที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวปฏิบัติสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

7. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวใช้แนวคิดแมคมาสเตอร์ โมเดล (McMaster, 1982) เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของสาริณี โต๊ะทอง (2548) โดยปรับปรุงขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมเพิ่มกิจกรรมการสำรวจปัญหาการปรับตัวและสำรวจองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรมการเสริมทักษะการแก้ปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยและเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้การนำแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมาใช้ในการแก้ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดที่เชื่อว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ถึงการทำหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัว เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนหน้าที่ที่เหมาะสม

ภายในครอบครัว เกิดสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยและสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น ร่วมกับแนวคิดการปรับตัวของรอยโดยแนวคิดของแมคมาสเตอร์เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรสและพี่น้อง นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรศาสนาฯลฯ ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้นการบำบัดรักษาจะพุ่งเล็งไปที่การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงระบบแบบแผนต่างๆภายในครอบครัวให้มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนหน้าที่ที่ชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์การทำหน้าที่ต่างๆอย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินินทร์ ภิญโญชน, 2539) โดยจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 2 สืบหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

ครั้งที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด

ครั้งที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว อย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

ซึ่งทั้ง 4 ครั้งเป็นการจัดกิจกรรมรายครอบครัว ในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน กิจกรรมในทุกขั้นตอนดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษามีบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับคำปรึกษาตลอดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้ศึกษาชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างว่าผู้ศึกษาจะเข้าพบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์

สรุป จากแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่ม โครงสร้างครอบครัวมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไข ปัญหา ร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมและเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ระยะเวลา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกัน มากขึ้น จนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และกลายเป็น ความผูกพันกันทางอารมณ์ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวที่ลดการเกิดอาการกำเริบและการกลับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเทศ

กมุตมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ได้ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีพอควร ส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย ส่วนการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี โดยครอบครัวที่มีการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ดีส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = 44, p < .001$)

ยุพา ปริสุทธีมาน (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีภาวะถดถอยด้านการดูแลตัวเอง การทำหน้าที่ตามบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม การรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันและควบคุมอาการของผู้ป่วยให้สามารถทำหน้าที่ และใช้ชีวิตในสังคมได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 200 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 92-98 มีผลการตรวจร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นระบบทางเดินอาหาร พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 54.5 มีฟันผุ ร้อยละ 33 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และร้อยละ 22.5 มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (2) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 57 รับรู้ คุณค่าในตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($X = 31.50$) (3) การรับรู้การทำหน้าที่ตามบทบาทอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 92 สามารถดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวันและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีความรับผิดชอบต่องานหรือสามารถประกอบ อาชีพได้

และร้อยละ 61 มีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น (4) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่พึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 55-99.5 โดยเฉพาะในด้านการดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร และมีพฤติกรรมให้ความช่วยเหลือรวมทั้งเป็นที่พึ่งให้กับผู้อื่นได้ร้อยละ 77.5 โดยเฉพาะการช่วยรับผิดชอบ ทำงานบ้าน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย การรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ การทำหน้าที่ตามบทบาท และการพึ่งพาระหว่างกัน อยู่ในเกณฑ์ ปกติ

การศึกษาในต่างประเทศ

Favard, 1993 อ้างถึงใน คารณี จามจุรี, 2545 ศึกษาผลการให้ความรู้และการแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 25 คน ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์ จำนวน 19 คน ทำการวัดผลการทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยาต้านอาการทางจิตและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลได้ และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

ประเทศไทยยังมีผู้ที่ศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวนน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริมและพัฒนาผู้ป่วยจิตเภทให้มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตเพื่อให้อาจดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุขผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุขในครอบครัวและชุมชนได้ โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

