

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา วารสาร เอกสาร และบทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท และการพยาบาล

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 ปัญหา และความต้องการการดำรงชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.4 ระบบบริการพยาบาล และการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

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

3. บทบาทของพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

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

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

5. บทบาทของพยาบาล ในการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท และการพยาบาล

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภท มาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่า เกท จิตแปลว่าจิตใจ เกทแปลว่าแตกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก และถูกนำมาใช้ครั้งแรก โดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ. 1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึง ปัจจุบัน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพมีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะ และความสามารถด้านเชาวน์ ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติด ที่จะเป็สาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้ คือ อาการของโรคจิต ซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของจิตใจมีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่างๆ คือ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2001) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) และเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ ดังนั้น อาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมทางสังคมและการทำหน้าที่

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องในด้านความคิด โดยความผิดปกติของกระบวนการคิดนั้น แสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด เป็นต้น ความผิดปกติในด้านอารมณ์ การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกาย และทางสมอง อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในระยะแรกๆอาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้าๆค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลันจากการตรวจสภาพจิตจะพบความผิดปกติทางการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ดังนี้ คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น และแบบเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เอะอะไวววายไม่อยู่นิ่ง ซึม เฉย ไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำๆ และทำอะไรตรงข้ามกับที่สั่ง ความผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็น และใช้ภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง เนื้อหาความคิดผิดปกติจะออกมาในรูปของการหลงผิดแปลกประหลาดที่ไม่สัมพันธ์กัน และความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ประมาธ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ภาพหลอน นอกจากนี้อาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิด ขึ้นแบบฉับพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; Johnson, 1993)

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

1.2.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/ Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่แต่เฉยๆ โดยไม่มี

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็มีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆเกิด การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนี้

1.2.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน บอกลักษณะผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบมักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียน หรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน แต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.2.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่องและมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิดผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมยไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้น อาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากงาน หรือโรงเรียนเป็นระยะเวลานาน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่างๆ (Moller & Murphy, 2001) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้นอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบนำหลายวันติดต่อกัน ผมเผ้ารุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอน หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.2.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ เช่น ประสาทหลอนหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลกระทบต่อผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรก ส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่างๆลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในด้านการบกพร่อง ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะต่างๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ปัญหา และความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่ยังอาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้ สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ (Davis , 1974) อังโน (ดารา ศัตรูถีและคณะ, 2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อยและจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่นถ้าจะไปที่ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาของ (เพลินพิศ จันทรศักดิ์, 2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการไม่รับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านความคิด กิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจและการทำงาน

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็น

ผู้ป่วยโรคจิต ก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกว่ตนเองมีความคิดเป็นที่น่าสนใจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่าไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธุณภา กิตติรัตน ไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว

จากการศึกษาของ สุวิมล สมิตตะ(2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งคนหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาว่ามีความคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไป ดำเนินชีวิตที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแลซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิตจึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งพบว่าเป็นปัญหาในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยมีการแสดงความรักความสงสารน้อย อีกทั้งยังไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่ผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว และยังพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติ ในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานยาผู้ป่วยมักหยุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาที่ตามมา คือ ปัญหาอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

1.4 ระบบบริการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ในปัจจุบัน โรงพยาบาลทุกแห่งนั้น ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน มีการจัดระบบการส่งต่อ และจัดบริการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการในการผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และทำให้ลดการเจ็บป่วยลงได้ นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยในลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอก ในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับการอย่างมีคุณภาพดังต่อไปนี้ (ปัทมา ศิริเวช, 2545)

1) การประเมินทางจิตสังคม การคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้พยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา

2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียว หรือภาวะโรคร่วม ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านและมีการติดตามต่อเนื่องนี้ จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการ โดยการจัดทีมฉุกเฉินเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านวันเว้นวัน จนพ้นภาวะฉุกเฉิน จะช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้

5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเองทักษะ ทางสังคม ทักษะวิชาชีพง่ายๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน

6) ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้นๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมไปกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.4.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นลักษณะการดูแลที่ไม่สลับซับซ้อน สำหรับในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมานานแล้วในรูปแบบของการดูแลตนเองในครอบครัว การดูแลผู้ป่วย

จิตเภทสมัยใหม่ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทย เกือบ 50 ปี โดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไปที่จัดให้มีการเยี่ยมบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด โดยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมป้องกัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ขยายระบบบริการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมพัฒนาองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2544) กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงผลักดันให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นหลักที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2544) จึงนับว่าเป็นภารกิจอันสำคัญของบุคลากรทางจิตเวชที่จะให้บริการและสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลเบื้องต้นในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด ถ้ามีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา ซึ่งจะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้านตำบลและอำเภอไปสู่ระดับจังหวัด สำหรับการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัดหรืออำเภอ แล้วมีอาการทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่องหรืออาจส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง ยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุด ซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น โดยระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กัลยาณี โนอินทร์ (2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

- 1) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสหสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 2) เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทรมาน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วยการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

5) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

6) เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

7) เป็นการบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวาง ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยลง

2) ลดอัตราการการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า สำหรับรูปแบบการพัฒนาการให้บริการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยใน ลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมี

คุณภาพนั้น เน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบการบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่หน่วยบริการทุติยภูมิการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสังคมเดิมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว

อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสภาวะผู้รับบริการ
 - 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึกที่ดีและความไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
 - 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้นการสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว
 - 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัวและทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
 - 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การประดับประดองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
 - 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจมั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย
 - 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชน และองค์กรอื่นๆ
 - 9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ
- สิ่งที่ควรคำนึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญ คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคม และวัฒนธรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรรยึดหลักการ ดังนี้
- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมาย และความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว

2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม

3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจและความร่วมมือของผู้รับบริการ

4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ

6) การสังเกตช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน จึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

1) การเยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนให้ทำการแก้ไขทันที

2) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและสมาชิกของชุมชน

3) การเยี่ยมบ้าน และการให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่นการให้การปรึกษาการทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองการรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบ องค์กรร่วม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชเป้าหมาย เพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง และผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่ามุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข หลักการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดในเชิงทฤษฎีการดูแล หลักการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมโยง การดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไป ได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่า คุณภาพชีวิต ในความหมายต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being), ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขาพยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง ส่วนมากมีความหมายคล้ายคลึงกันหรือมีความสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียดหรือจุดเน้นตามศาสตร์ หรือสาขาวิชานั้นๆ เห็นว่ามีความสำคัญ

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง เป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น จึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans & Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

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

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

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

พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการ ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินใจได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล กับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่างๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกรู้จักคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุม และจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่างๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

โดยสรุป จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นลักษณะของการรวมหลายมิติ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงพอจะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิต

ของตนเอง ต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญ ทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต นักวิชาการหลายท่านได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

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

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถ ในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะ สุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการ รับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตก กังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจของ บุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัยมีงานทำ มีเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจใน ตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของ ตน ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของ สมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึkfพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคล จะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลก แห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นประสบการณ์ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิ หลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวม หรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนด พฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรค และสามารถที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ สถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นแหล่ง ประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและมีการปรับปรุงพัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพ ชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อ ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม้มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง พละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทาง การแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาควุฒิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆที่มีผลในทางที่ดีต่อ การดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของ ตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมี เพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ

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

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุด บกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางที่สร้าง สรรค์

5) การมีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้น จะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตและองค์ประกอบที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการ ศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพ

ชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ

1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น

2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตนาที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1980; Zhan et al., 1992; Meeberg, 1993) อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของ แฟรงค์-สตรอมเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะ คือ

1) การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ และประเมินออกมาเป็นคะแนน

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

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิต และภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่ เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทัศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1976; Frank-Stromberg, 1984; Meeberg, 1993) โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมิน แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทิล (Cantril, 1960 cited in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียว เป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ ที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้ง บันได

คุณภาพของเครื่องมือก่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไร ซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้น จึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่างๆไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของโรค และใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537 และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการ ให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจ การป้องกันการเกิดอาการ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วย ให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น แล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6) ให้การสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน (Lubkin, 1986)

สรุป การพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยที่พยาบาลจะต้องมีการตระหนักถึงองค์ประกอบต่างๆของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายสำคัญในการที่ผู้ป่วยสามารถจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.5.1 ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติ สรุปได้ดังนี้ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al 1998; Bobes & Gonzales, 1997; Lehman et al, 1986) และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al. 1997) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า คูณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับ

ปานกลาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิตความรู้และการศึกษา ศาสนาและสุขภาพร่างกาย (Meltzer et.al. 1990; Skanze et al. 1992; Sullivan et al. 1992; Katsching, 2000)

2.5.2 ประเด็นการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต

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

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

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

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และพื้นฐานภายในจิตใจ

Green et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et.al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านความตึงเครียดทางจิตใจ ความ

ผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงานการใช้เวลาว่าง

Ruggeri et al. (2001) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยใช้กรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงาน การศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัย และกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

สรุปได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบต่างๆที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกันของการศึกษา คือ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และมีอีกหลายแนวคิดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้ศึกษา อีกทั้งยังเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยจิตเภท

2.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาของผู้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ คือ

2.6.1 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al, 1992; Mercier & King, 1994)

2.6.2 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs & Gonzalaze, 1997; Browne et al, 1996)

2.6.3 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต รวมทั้งลักษณะอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tardive dyskinesia) (Browne et al, 1996)

2.6.4 ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (นิตยา ตากวีวิระนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน, 2535)

2.6.5 การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้น (Katsching, 2000)

2.6.6 การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง (หงษ์ บันเทิงสุข, 2545)

2.6.7 ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล (Ruggeri et al, 2002)

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

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาของ นันทนา รัตนกร (2536) ซึ่งศึกษาโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขยาย เศรษฐกิจของครอบครัวจะอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่แสดงถึงความพร้อมของญาติในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาของมะลิ ชูโต (2541) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยมียุทธศาสตร์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 30 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามเรื่องชีวิตความสัมพันธ์ในครอบครัวตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ไม่ดีในทุกๆด้าน

ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้นมีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล แต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพังแต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ คอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดการเฝ้าสังเกตอาการต่างๆของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

โดยสรุป คือ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในเรื่องของการให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. บทบาทของพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้ คือ

3.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล และผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาล โดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986) นอกจากนี้ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาลการสนับสนุนการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

3.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียด เหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณ โฉม, 2542)

3.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต

3.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการ และให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา เช่น ทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการปรับประคับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วยทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้ และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็น อยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) พยาบาลจิตเวชควรมีการนำเอาทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชน เพราะทักษะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนทำงานด้วยคามมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจมากขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ตามความต้องการ โดยทักษะที่นำมาช่วยเหลือในการให้คำปรึกษามีดังต่อไปนี้ คือ (วรรณ คงสุริยนาวิน, 2542)

3.4.1 การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องแสดงให้บุคคลรับรู้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้ เข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเขา ตั้งใจฟังและร่วมแบ่งปันความรู้สึกและปัญหาร่วมคล้ายกัน ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

3.4.2 การให้เกียรติ (Respect) โดยต้องมีการแสดงการให้เกียรติ ยอมรับ โดยมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การแนะนำตนเข้าไปทำความรู้จักทักทายบุคคลในชุมชนก่อน กล่าวยกย่องชมเชย การประสานสายตาและตั้งใจฟังด้วยความเอาใจใส่

3.4.3 ความจริงใจ (Genuineness) โดยการแสดงความจริงใจด้วยการเปิดเผยตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำพูด สามารถแสดงความคิดเห็นได้ในระดับลึก โดยปราศจากการทำร้ายความรู้สึกผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเองเร็วเกินไปและไม่แสดงว่าพยาบาลต้องการจัดการให้คำแนะนำหรือใช้อิทธิพลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของพยาบาลเอง

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

3.5 บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีความสามารถประเมินสภาพ แวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควร ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุม สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพไปเรื่อยๆ สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ จึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในทุกๆด้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับ โอกาสและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมินการวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วม ซึ่งผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล อีกทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้การนำผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม จะสามารถทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มขึ้นปี ค.ศ. 1950 (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากที่มีการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคล ต่อมา มีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด โดยการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น การแก้ไขข้อโต้แย้ง การแก้ไขปฏิสัมพันธ์การสื่อสารภายในครอบครัวและกับระบบภายนอก เช่น เครือญาติ เพื่อนฝูงและที่ทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษา พบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้

คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามีน ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษารอบครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆเท่านั้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษารอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้องแก้ไขเฉพาะบุคคลนั้น จิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” ตัวบุคคล คือที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

เมธินีทร์ ภิญญชุน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษารอบครัวหรือครอบครัวบำบัด ว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบๆหนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว จึงเป็นส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

Okun & Rappaport (1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบครัว คือ การให้คำปรึกษาประเภทหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว มีการปฏิบัติกับครอบครัวในลักษณะเป็นระบบระบบหนึ่ง และมองสภาพปัญหาหรือความบกพร่องของครอบครัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเกิดจากระบบครอบครัว มิใช่จากสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง

Bruno (1989) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมในการบำบัด เพื่อประเมินครอบครัวนั้นๆที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Biggs (1994) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบครัว (family counseling) คือ การให้คำปรึกษาที่เน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยน เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษารอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ ก็คือ เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วย

คนเดียว ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามี หรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจหมายถึงเพื่อนด้วย นอกจากนี้การให้คำปรึกษา ครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่บริบท ซึ่งหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย โดยเฉพาะบริบท ของครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารอบครัว คือ เพื่อ ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่าง กลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด กล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษารอบครัวก็คือ การสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบท เดิม บริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่ช่วยรักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงแต่ ทำหน้าที่สร้างพลัง (Empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเอง การสร้างพลังให้ครอบครัวนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนว่า ต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง โดยทั่วไป ยุทธศาสตร์สำคัญในการให้คำปรึกษา 4 ประการ ซึ่งมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันตรงที่วิธีการที่ จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นว่าจะเน้นจุดใดและใช้เทคนิคอย่างไร

4.3 หลักการให้คำปรึกษารอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ

4.3.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้ คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจ และต้องการความ ช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัด แต่ในการให้คำปรึกษา ครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษามักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วย และที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษา ก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้น สิ่งแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำ คือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้น ครอบครัวอาจหยุดการ ให้คำปรึกษากลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

4.3.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิด เนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำให้ปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหาก็เคย กระทำนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหามากอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้ คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอ เพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

4.3.3 พึ่งเลี้ยงปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมง

การให้คำปรึกษาจะพบว่า มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้นบางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าพุ่งเล็งที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย-แม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

4.3.4 ช่วยให้อุปกรณ์มองปัญหาในแง่ใหม่ การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้อุปกรณ์มองปัญหาในแง่ใหม่และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่พุ่งเล็งไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้อุปกรณ์เข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ จะทำให้การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.3.5 ช่วยให้อุปกรณ์มีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใดหรือให้อุปกรณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้น จะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอนไม่เสียเวลานาน การแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

4.3.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้อุปกรณ์ ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำการเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่ายประคับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่นๆ การให้คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่างๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น และคงทนถาวรขึ้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะสั้น สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่หนึ่ง คือ ทำให้อุปกรณ์เกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2 คือ วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้อุปกรณ์เข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และประการที่ 3 คือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้อุปกรณ์ยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา

การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้งถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) ระยะกลาง ในระยะนี้ปัญหา หรืออาการ ที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษาเพื่อได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น แล้วเวลาส่วนใหญ่จะเข้าไปในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึกในตอนท้ายของระยะนี้ เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ปัญหาต่างๆได้ด้วยตัวเองในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

3) ระยะสุดท้าย ในระยะนี้ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีการประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอ คือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอและแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองไม่ได้ การให้คำปรึกษาครอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่า การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้วอาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

4.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัว มากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2) Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึงในปี ค.ศ 1980 การให้คำปรึกษาครอบครัวได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี 7 ลักษณะ ดังนี้

4.4.1 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoalytic Family Therapy)
บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ก็คือ แอคเคอร์แมน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) Ackerman เป็นจิตแพทย์เด็ก ได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

Ackerman กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบๆหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ (interpersonal conflict) ของสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือระหว่างสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เป้าหมายในการบำบัด ก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคล ก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเอง และช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.2 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy) Murray Bowen และ Micheal Kerr เป็นผู้นำในการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โบเวน เชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัวจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัด ก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเองและมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

4.4.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ผู้นำทฤษฎีก็คือ Minuchin (1974) Minuchin เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เป้าหมายของครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

ครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) เน้นที่

1) ปัจจุบันและอนาคต การประเมินและการช่วยเหลือแก้ไขเน้นที่การอยู่ปัจจุบันที่นี่และเดี๋ยวนี้ (here and now)

2) การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม

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

4) การให้ความสำคัญของกระบวนการ (process) เช่น วิธีการสื่อสารหรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร มากกว่าเนื้อหาคำพูด (content)

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

Minuchin อธิบาย 4 ระยะของการเจริญเติบโต พัฒนา (development) ของครอบครัวดังนี้

ระยะที่ 1 การเริ่มต้นชีวิตคู่ (couple formation) เริ่มจากการที่คน 2 คนมาจากครอบครัวที่แตกต่างกัน ตกลงมาใช้ชีวิตร่วมกัน

ระยะที่ 2 ครอบครัวที่มีลูกเล็ก (young children) การที่มีลูกทำให้บทบาทของความ เป็นพ่อแม่เพิ่มขึ้นมาด้วย

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

ระยะที่ 4 ครอบครัวที่มีลูกโตเป็นผู้ใหญ่ (grown children) เมื่อลูกโตเป็นผู้ใหญ่ มีงานทำมีรายได้เป็นของตัวเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกก็เปลี่ยนจากแบบผู้ใหญ่กับเด็ก (parent-child interaction) เป็นแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ (adult-adult interaction)

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) และครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family)

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) มีโครงสร้างของครอบครัวที่ชัดเจนเหมาะสม และสมาชิกในครอบครัวปรับตัวได้ดี ความต้องการของทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจ

ครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family) เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ความต้องการของทุกคนในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งมักจะทำให้เกิดอาการป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว

4.4.4 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy) Carl Whitaker ได้นำเอาแนวความคิดทฤษฎีเชิงมนุษยนิยมมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยมมีความเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็

จะเก็บกดอารมณ์นั้น การไม่แสดงความรู้สึกทำให้เกิดบรรยากาศของความเยือกชาทางอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การบำบัดจะเน้นมีการสร้างความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึกสื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) เน้นที่นี้ และปัจจุบันนี้ (Hear and Now)
- 2) อิสระภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล
- 3) การตระหนักถึงความเ็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง
- 4) การทำให้ตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 5) ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว
- 6) ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกันมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคแบบ gestalt การสมมุติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะ เป็นต้น

4.4.5 Stuart & Sundeen เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสาร การให้คำปรึกษาเน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจน เป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นการแสดงความรู้สึกและรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความเป็นชีวิตชีวาและความภาคภูมิใจในตนเอง

4.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural family therapy ดังต่อไปนี้ คือ

4.5.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามีไม่ว่าจะเป็นความสุข ความทุกข์ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว

- 1) พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษา

ต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว และทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้นๆ เช่น ขณะสัมภาษณ์ ถ้าลูกเรียกพ่อแม่อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

2) ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3) สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวังต้องการได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะแก้ปัญหาต่อไป

4) join สมาชิกทุกคนโดยสนใจฟัง และได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

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

6) อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ ผู้ป่วย หรือสมาชิกคนอื่น ครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอกและภายในครอบครัวด้วยตนเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ และยินดีต้อนรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

7) อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใด แต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

4.5.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษา ข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยษณานกี่นาที่ใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

1) ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว

2) ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าการให้คำปรึกษาจะไม่มีวันสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น

3) เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไร และผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทอย่างไรอย่างชัดเจนไม่เกิดความสับสน ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวบางคนอาจให้มีการเขียนข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษรวิธีนี้สำหรับครอบครัวที่อยู่เหิงมาก และมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด

4.5.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในครอบครัวบ้าง หลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

1) ช่วยให้อุครอบครัวตั้งเป้าหมายให้ได้ ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษาครอบครัว การตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะครอบครัวที่รู้ว่าตนต้องการอะไรนั้นจะรู้ว่าตนต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ แม้จะเป็นการยากเพราะในระยะแรกครอบครัวมักมีความขัดแย้งกันมาก แต่การพยายามตกลงกันจะทำให้ครอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น

2) ต้องให้อุครอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมาย และเป็นเจ้าของเป้าหมายนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้อุครอบครัวคิดเป้าหมายเองไม่ใช่คิดแทนครอบครัว เช่น อาจตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า “ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงครอบครัวของคุณได้คุณอยากเปลี่ยนแปลงอะไรมากที่สุด” “คุณต้องการให้ชีวิตคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง” เป้าหมายของครอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมาย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการประเมินครอบครัวถ้าเป้าหมายของครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้อุครอบครัวเข้าใจก่อน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขพฤติกรรมเกรงของลูก แต่ผู้ให้คำปรึกษาพบว่าพ่อแม่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับลูกอย่างรุนแรงและความขัดแย้งนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกรง ผู้ให้คำปรึกษาควรเสนอแนะให้กับพ่อแม่ว่า การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ควรเป้าหมายเป็นอันดับแรก และการแก้ไขพฤติกรรมของลูกน่าจะเป็นเป้าหมายอันดับต่อไป เป็นต้น

3) เป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ คือ ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังจึงมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ เช่น เป้าหมายไม่ควรเป็น “เพื่อให้ลูกเป็นเด็กดี” เพราะคำว่า “ดี” เป็นนามธรรม ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ นอกจากนี้ความหมายยังแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว บางครอบครัวอาจหมายถึงการที่ลูกขยันเรียนหนังสือและประพฤติเรียบร้อย แต่บางครอบครัวอาจคิดว่าเพียงลูกไม่สอบตกและไม่ไปก่อเรื่องเดือดร้อน

กับใครก็ดีพอแล้ว นอกจากนี้ในเด็กเล็กถ้าตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน เด็กอาจไม่เข้าใจว่าพ่อแม่คาดหวังว่าให้ตนทำอะไร ฉะนั้นเป้าหมายควรเป็นสิ่งที่ชัดเจนวัดและประเมินได้ เช่น “ให้ลูกพูดจาสุภาพ” แทนที่จะบอกเป็นนามธรรมว่า “ให้ลูกทำตัวดี” หรือควรตั้งเป้าว่า “ให้ลูกช่วยคุณแม่ทำความสะอาดบ้านในวันเสาร์” แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกเป็นคนที่มิน้ำใจ” เป็นต้น ไม่กว้างเกินไป แต่มีขอบข่ายชัดเจนว่าต้องการให้เกิดอะไร ที่ไหน เมื่อไร เช่น เป้าหมายว่า “ให้ลูกช่วยงานบ้าน” เป็นเป้าที่กว้างเกินไป เพราะงานบ้านมีหลายอย่างตั้งแต่ล้างจาน กวาดบ้าน ไปจนถึงรดน้ำต้นไม้ การบอกกว้างเช่นนี้ทำให้กระทำตามเป้าได้ยาก จึงควรกำหนดพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น “ให้ลูกช่วยกวาดบ้านในตอนเย็นเมื่อกลับจากโรงเรียนทุกวัน และช่วยถูบ้านในวันเสาร์” เป็นต้น

4) ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการบำบัดก้าวหน้าหรือไม่ เช่น เป้าหมาย “ให้ภรรยาไม่อารมณ์เสีย” เป็นเป้าอารมณ์ที่สังเกตได้ก็จริง แต่จะวัดได้ยาก เนื่องจากอารมณ์มักจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม เป้าหมายจึงควรเป็น “ให้ภรรยาพูดกับสามีโดยไม่โมโห” หรือแทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้” ก็ควรตั้งว่า “ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวันตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม” เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาอย่างเพ้อฝัน เช่น ถ้าลูกมีสติปัญญาในระดับที่เรียนช้า ก็ต้องตั้งเป้าว่าให้ลูกสอบผ่านเท่านั้น ไม่ใช่ให้ได้ที่ 1 เป็นต้น

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

6) เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้อุปกรณ์มีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียดและชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขขึ้น” ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่าความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างมากมายแม้ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมากครอบครัว อาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่ง นั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

7) เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและอะไรที่รอได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่รีบด่วน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องจัดให้มีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนการแก้ไขปัญหานั้น เป็นเป้าหมายอันดับรองลงมา

8) ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาแต่ละระยะ จะต้องประเมินว่า เป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องอย่าให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษา ครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมายนั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

4.5.4 การตั้งคำถาม การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว คำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

1) คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไร ที่ไหน เช่น คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูล แต่ถ้าใช้คำถามแบบนี้เท่านั้นผู้ให้คำปรึกษาก็จะไม่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นชัดเจนพอ เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรหรือไม่?”

2) คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจมีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้เริ่มต้นการตั้งคำถามแบบวงกลมขึ้นมา (Selviniparazzoli et al, 1978) ลักษณะจะพุ่งเล็งถึงความแตกต่างใน 3 ด้าน คือ

2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

2.2) ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มิต่อกัน เช่น “พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

2.3) ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น “ความรู้สึกของคุณต่อภรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆอย่างไร?” ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

3) คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสระภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเรื่องการเรียนของลูกให้ดิ้นสัปดาห์ได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของลูกให้ฟังสักนิดซิคะ” ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น บางทีบางครอบครัวอาจข้อนถามผู้ให้คำปรึกษาว่า

“จะเอาเรื่องอะไรล่ะครับ มันมีหลายเรื่องไม่รู้จะเล่าอะไรดี” การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสมเพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิด หรือเรื่องที่จำง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่าต้องการรู้เรื่องอะไร

4.5.5 การทำให้ตรงประเด็น ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบ สนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมาย ที่ต้องการผู้ให้คำปรึกษารับรู้ แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็น หรือไม่มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งอยู่ที่ประเด็นสำคัญที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ “หลงทาง” คือ ถูกครอบครัวนำไปยังเรื่องอื่นที่ไม่มีความสำคัญ ผลที่ตามมาคือชั่วโมงการให้คำปรึกษานั้นจะมีความสับสนวุ่นวาย เมื่อจบชั่วโมงแล้วก็ไม่รู้ว่่วันนี้มาพูดคุยกันเรื่องอะไร เป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้าบางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือปัญหา มาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหาหลายประการ จึงเกิดความสับสนว่จะอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียดโดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริง แต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

4.5.6 การทำให้กระจ่าง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคนโดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ “เติม” สิ่งที่ตนขาด ไปให้เต็มดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงสื่อสารกันอย่างกระจ่างชัดจึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรงๆอาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือตีจากไปในที่สุด ในชั่วโมงการให้คำปรึกษาเราจึงได้ยินสามีภรรยา กล่าวถึงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าตนเองต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นกระจ่างชัดการทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าตนรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็มีความชัดเจนว่าอีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

4.5.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก ญุณแจสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวเติบโตขึ้น ก็คือการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึกต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

4.5.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ Watzlawick และคณะ (1974) เป็นผู้ใช้คำว่า reframing เป็นครั้งแรก โดยหมายถึงการเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิมโดยทั่วไป ครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตแต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมกหมองและหาทางออกไม่ได้ การ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหา หรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ผู้บำบัดจะ reframe อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในชั่วโมง การ reframe คล้ายคลึงกับการตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษามักจะ reframe ปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมกหมองซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

4.5.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์ การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่เหมาะสม ความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเชื่องช้าและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะ โดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

1) ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึงความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ

2) ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษสำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทนเพราะจะทำให้ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูดของผู้ป่วยใหม่ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อ ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน

3) การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวยังไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้การกล่าวซ้ำๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้น โดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซง และทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

4.5.10 การท้าทาย

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

1) จะต้องท้าทายวิธีการ ไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่า มันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้ว อย่าท้าทายบุคคลเพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้

2) การท้าทายครอบครัวจะได้ผล ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่าครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดคืออะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา

3) การท้าทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่าๆซึ่งไม่ได้ผล การท้าทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การท้าทายจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join ที่ดีก็จะต้องมีการท้าทายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็นการก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัว และดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการท้าทายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในส่วนของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.5.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริงๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์ใหม่ เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้นแล้วกลับไปทำที่บ้านได้ดีขึ้นถ้าได้ทดลองทำ

4.5.12 การสร้างขอบเขต ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่างๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่าใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้นๆกับใคร (Minuchin 1974) เช่น ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้น การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่างๆในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

4.5.13 การให้คำแนะนำ และการออกคำสั่ง irecting การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่างๆให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหา ทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไร ไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าตนรู้อะไรดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่า ควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

4.5.14 การมอบหมายการบ้าน homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมง โดยใช้เทคนิค enactment แล้วยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั้นเองเมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใด และมีอุปสรรคอะไรบ้าง จุดมุ่งหมายของการบ้านนอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสีย เวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยกันเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

4.5.15 เทคนิคการแสดงมุมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว culpting เป็นเทคนิคที่ให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เหินห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัด

จะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร ก็เป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง ๆ sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วยให้ครอบครัวสัมผัสกับความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าจะแทรกแซงอย่างไร

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

4.5.17 การควบคุมความรุนแรง control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่หนึ่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือ ให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่างเช่น ลูกที่ติดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธ เพราะลูกทำผิดจริงและลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าการผิดกรรมของตนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธทวีขึ้นเรื่อยๆจนพ่อควบคุมตนเองไม่ได้ แล้วทำร้ายลูกวิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาจใช้วิธีต่างๆ ดังนี้

- 1) ดัดบทก่อนที่จะมีการดำเนินคดี หรือมีอารมณ์โกรธมากขึ้น
- 2) ตั้งคำถามให้แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น เช่น อาจถามว่า “ตกลงเราจะแก้ปัญหาด้วยการดำเนินกันแบบนี้หรือ?”
- 3) คึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้มาฟังเสียงอารมณ์อื่นๆ ที่อยู่ลึกกว่า เช่น “เรื่องนี้คงเป็นภาวะที่น่าลำบากใจมากสำหรับทุกคน”
- 4) เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่ เช่น “ดิฉันขอให้คุณพูดทีละคน เมื่อคนหนึ่งพูดอีกคนหนึ่งต้องฟัง ไม่ใช่แข่งกันพูด”
- 5) ออกคำสั่งที่ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ ยิ่งครอบครัวมีอารมณ์รุนแรงมากเท่าใด ผู้บำบัดต้องเข้าไปควบคุมมากเท่านั้น อย่างกลัวว่าจะเป็น การไม่สุภาพที่จะออกคำสั่ง บางครั้งการช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงก็จำเป็นต้องทำอย่างหนักแน่นและตรงไปตรงมา เพื่อตัดวงจรแห่งปัญหาให้สิ้นสุดลงก่อนที่จะมีการทำร้ายกันทางกายหรือทางวาจา

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัว

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวช หรือการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวได้ ในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การพบผู้ป่วย และญาติที่โรงพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2549)

5.1 การประเมินสภาพ รวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้อง ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้ ประวัติทางด้านจิตเวชและอายุรกรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร อาการของบุคคลในครอบครัว เทคนิคการรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นประเมิน โดย

5.1.1 ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว

5.1.2 ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูงๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ

5.1.3 ให้บุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมติ (Role play)

5.1.4 สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรง เราต้องหาทางเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางสร้างสรรค์

5.2 ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

5.2.1 ปัญหาอยู่ที่ใคร

5.2.2 จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

5.2.3 กำหนดความคาดหวัง และเป้าหมายที่เป็นไปได้

5.2.4 สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

5.3 การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

5.3.1 เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว ก็คือ

1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ความสัมพันธ์ในครอบครัว

2) จัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต

3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

5.3.2 การลำดับความสำคัญของปัญหา ที่ได้วิเคราะห์ไว้ข้างต้น 2 ลักษณะ คือ

1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในชั้นต้น

2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ คงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกัน ความเข้าใจกันและกัน โดยพยาบาลอาจต้องให้คำปรึกษาญาติเป็นรายบุคคล เพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอนและใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

5.3.3 การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดกิจกรรมภายในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว ทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึงแต่ละครอบครัวว่า ต้องการการเปลี่ยนแปลงส่วนไหนดูความต้องการการเปลี่ยนแปลง จากนั้นดำเนินการสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึง ก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้องเหมาะสมกับทุกครอบครัว

5.4 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวจะเน้นหลักการ ดังนี้

5.4.1 ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง

5.4.2 มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจชัดเจน

5.4.3 การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว

5.4.4 เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ ของแต่ละคนในครอบครัวในแต่ละสถานการณ์

5.4.5 พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง

5.4.6 กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลกันเอง

5.4.7 กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลกันเอง

5.4.8 เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ เน้นการเข้าใจและการยอมรับ รับรู้ความรู้สึก สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจากความสามารถของ

บุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ สังเกตและให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรมีกฎเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้นหน้าที่ ระบบ บทบาทให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

5.5 การประเมินผล ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว และความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวบำบัดแต่ละครั้ง ควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะแต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว มากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของกลุ่มเน้นโครงสร้างมีบทบาทที่เด่นชัด คล้ายเป็นผู้กำกับการแสดงที่ต้องมีความคล่องแคล่วว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกต และผู้เชี่ยวชาญสามารถเข้าไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำหากพบว่าครอบครัวขาดหวัง ความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือ อาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือทั้งครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทตัวเองมาเป็นผู้สังเกตดูแลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษามุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของ WHO (1996) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัว เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาทำให้มีการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้

คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินันท์ ภิณฺชุน, 2539) นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ใช้แนวคิดของ WHO (1996) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสอดคล้องไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการที่ผู้ศึกษามีการให้ความสำคัญกับการจัดระเบียบโครงสร้างในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Rosenfield, S., 1992)

ดังนั้น กระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัว ให้มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมากขึ้น มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจน (Clear boundaries) มากขึ้น เนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เป็น healing environment ในการเยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ถึงระดับดี ตลอดจนจนแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษารั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) โดยผู้ศึกษานำมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรม

เป็นระยะตามกระบวนการ ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนโดยกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลง และการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

สรุป จากการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยของ WHO (1996) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน โครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และการสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขต การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทิศทางบวก (นรวิวี พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น โดยสัมพันธภาพที่ดีขึ้นนี้จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1. งานวิจัยในประเทศ

พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมิน

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่าระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8 , 59.9 และ 63.3 ตามลำดับและยังพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลและพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชมัษพร ทิพย์สุวรรณ (2543) ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และในกลุ่มญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล จำนวนกลุ่มละ 57 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

พิชญา ศรีเกื้ออนกิจ และอุไรวรรณ ชัชชนะวิโรจน์ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยการให้เคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้งมาแล้ว ที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรีและศูนย์ควบคุมป้องกันมะเร็งชลบุรี โดยเป็นผู้ซึ่งมารับการให้บริการปรึกษารายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดของเฟอเรลและคณะประกอบด้วย ความผาสุกชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาคิดว่าก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05 < 0.001$) ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลวิธีที่เป็นประโยชน์ใช้ส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน โดยตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญผลการวิจัย พบว่า ตัวแปร

ที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การสนับสนุนทางสังคมอาการทางลบ เพศหญิง และความเพียงพอของรายได้

นันทพร พิษะยะ (2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยใช้ระยะของโรค สุตรยาเคมี อายุและระดับการศึกษาเป็นตัวแปรควบคุม จากการศึกษาพบว่าเมื่อให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ซึ่งทำการศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการได้รับรังสี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาจำนวน 60 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว เข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 72 ราย จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษา ยังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นภัสศิริ คำสอน (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โดยได้ทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาริณี โตะทอง (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Browne et al. (1996) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรค และกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิด ทาร์ดีฟิสไดโคเนียเซียในผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน ที่เข้าตามเกณฑ์ DSM-III-R พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางถึงแย่ โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไร้ที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของอาการทาร์ดีฟิสไดโคเนียเซียที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกด้วย

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 30 คนและผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 2 ปีมี จำนวน 60 คน ซึ่งอาศัยในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Edicott et al. (1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 และมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่างและความพึงพอใจในการรักษา ค่อนข้างน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

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

Ruggeri et al. (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิกและลักษณะทางสังคมความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลีจำนวน 268 ราย โดยผู้ศึกษาศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนาการเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคมสัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ritsner, M. (2003) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 148 ราย และกลุ่มโรคจิตทางอารมณ์ จำนวน 51 ราย ผลการวิจัยพบว่าสิ่งที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะหวาดระแวง ความไม่สุขสบายจากอาการทางกาย และรวมถึงการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ให้สูงขึ้นด้วย

Clareci et. al (2005) ทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 123 คน จาก Divinopolis center ในประเทศบราซิล โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยด้านเพศชาย สถานภาพโสดรายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ การใช้ยารักษาอาการทางจิตตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และการ Follow-up บ่อยๆจากการพบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคุณภาพชีวิตเป็นค่าที่เป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน ประกอบไป

ด้วยหลายองค์ประกอบ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวยังไม่ถึงระดับดีที่สุด อีกทั้งในประเทศไทยยังมีผู้ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย

ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริม และพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

