



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทดลอง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำราเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
 - 1.1 ความหมายของวัยรุ่น
 - 1.2 แนวคิดของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
 - 1.2.1 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
 - 1.2.2 ครอบครัวกับพฤติกรรมต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.2.3 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. การพยาบาลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.1 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
 - 2.2 บทบาทของพยาบาล APN ในการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบครัว
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว
 - 3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบครัว
 - 3.3 การให้คำปรึกษารอบครัวผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
4. โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 4.1 แนวคิดและหลักการให้คำปรึกษารอบครัว
 - 4.2 กิจกรรมการให้คำปรึกษารอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

1.1 ความหมายของวัยรุ่น

จากการศึกษาค้นคว้า มีผู้ให้ความหมายและระยะเวลาของวัยรุ่นไว้หลากหลาย ซึ่งความหมายวัยรุ่น (Adolescence) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ Adolescere หมายถึง การเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (grow into maturity) (Steinberg, 1999)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) วัยรุ่น หมายถึง ช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กและผู้ใหญ่ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนซับซ้อน ร่วมกันหลายด้านในระบบต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งระบบเพศ จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม โดยแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุ 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุ 17-19 ปี

WHO (1997) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศจนกระทั่งมีวุฒิทางเพศอย่างสมบูรณ์ ด้านจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีการเปลี่ยนแปลงจากการที่เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาครอบครัวไปเป็นบุคคลที่สามารถประกอบอาชีพมีรายได้ด้วยตนเอง

ศรีเรือน แก้วสังวาล (2545) ได้แบ่งอายุของวัยรุ่นเป็นช่วง ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุ 12-15 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุ 16-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุ 18-25 ปี

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2545) กล่าวว่า ระยะเวลาวัยรุ่น เป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ตรงกับช่วงอายุ 10-24 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่มีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายสูงที่สุด มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเข้าสังคม การเรียน การงาน และการค้นหาอุดมคติในชีวิต

สรุปได้ว่า วัยรุ่น หมายถึงวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างรวดเร็วจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นมีการมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมมีการปรับตัวหลายด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-24 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่พัฒนาบทบาทจากวัยรุ่นเป็นวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ในครอบครัว หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ ครอบครัวขาดประสิทธิภาพการทำหน้าที่ครอบครัวที่เหมาะสม ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความกดดันกับตัวเอง และเรียกร้องความสนใจโดยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (เรณู ขวัญยืน, 2542; ศรีเรือน แก้วสังวาล, 2545)

1.2 แนวคิดของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

การฆ่าตัวตายได้แบ่งการฆ่าตัวตายตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายดังนี้

Dijkstra and Guibinat (1993) แบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็น 3 ประเภท คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งวางแผนฆ่าตนเอง

2. พยายามฆ่าตัวตาย (Attempt Suicide) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำ และการกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

3. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete Suicide) การตายเป็นผลทางตรง หรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่ต้องตาย

Barbee and Bricker (1996) แบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นตรงไปตรงมา หรือความคิดโดยอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเอง ซึ่งอาจแสดงออกโดยทางคำพูด การเขียน หรือผ่านทางงานศิลปะแต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ

2. ขู่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Threats) มีการพูดหรือการเขียนอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ

3. ที่ทำจะฆ่าตัวตาย (Suicidal Gestures) มีการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเอง และไม่คาดหวังว่าตนเองจะตาย แต่กระทำเพื่อที่จะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการที่จะตาย เช่น การทำให้เกิดบาดแผลที่ข้อมือด้วยมีดหรือพลาสติก เป็นต้น

4. พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempts) มีการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or successful suicides) (กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตของตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะที่กระทำ

Beck (Beck, Steer and Panieri, 1988) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่า เป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแต่ยังไม่ได้ลงมือ

กระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของ ความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆ ก็ตามที่หากดำเนิน ไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย การมีพฤติกรรมแบบใดแบบหนึ่งถือเป็น เครื่องบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ การแสดงความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็น จุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่ามีผู้ที่มี พฤติกรรมฆ่าตัวตายต่างๆ ย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย การแยกพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ชนิดต่างๆ จึงไม่มีความสำคัญนัก เพราะการที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งก็เพียงพอแล้วที่ จะบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือ

สรุปได้ว่าการแบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามระดับของความจง ใจหรือความตั้งใจ และผลสำเร็จของความตั้งใจ ซึ่งกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย มีโอกาสที่จะพยายาม ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม ในการศึกษา ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิยามพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆ ที่หากดำเนิน ไปจน สำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่ความคิดอยาก ฆ่าตัวตาย การขู่จะฆ่าตัวตาย พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้จากแบบ ประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck Scale for suicidal Ideation (Beck, 1988) และแบบประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ กรมสุขภาพจิต (2547)

1.2.1 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีสาเหตุหลายประการ ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่งที่ครอบคลุมได้ทั้งหมด นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เชื่อว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Biopsychosocial Factors) ส่วนนักสังคมศาสตร์ เชื่อว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นผลจากความล้มเหลวใน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สังคม และชุมชน พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของบุคคล (Wilson and Kneisl, 1996) สาเหตุของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถอธิบายได้จากหลายทฤษฎีดังข้างต้น ดังนี้

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพ (biological theories) จากการศึกษาโครงสร้างของ สารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ หรือทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงพบว่า สารเคมี ในสมองที่ควบคุมอารมณ์ คือ ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) นอร์อิพิเนเฟริน

(norepinephrine) และแกมมาอะมิโน บิวทริก แอซิด (gamma amino butric acid) (Barbee & Bricker, 1996) พบว่า ความผิดปกติในระบบซีโร โทนินมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย บุคคลที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีระดับสารซีโร โทนินในน้ำไขสันหลังต่ำ (Mann, 1984)

2. ทฤษฎีทางด้านจิตใจ (psychological theories) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งในจิตใจระหว่างความต้องการมีชีวิตอยู่และความต้องการที่จะตาย และความต้องการที่จะตายมีแรงผลักดันมากกว่า ซึ่งความขัดแย้งดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียบุคคลสำคัญหรือสิ่งของที่ตนรัก การฆ่าตัวตายจึงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าหาตนเอง และเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากจิตใต้สำนึกที่มีความโกรธต่อสิ่งที่ตนเองรักและต้องสูญเสียสิ่งนั้นๆ ไป

3. ทฤษฎีทางด้านสังคม (sociological theories) นักสังคมศาสตร์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม โดยแบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 กลุ่ม เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ฆ่าตัวตายกับสังคมคือ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (egoistic suicide) และการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (anomic suicide) (Durkheim cited in Poster, 1997)

1.2.2 ครอบครัวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งเดอว์เคอิม (Durkheim as cited in Barbee and Bricker, 1996) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัวที่เป็นสาเหตุสำคัญของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ดังนี้

1. สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องของบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และบุตรที่อาศัยอยู่ในครอบครัว มีการปฏิบัติต่อกันให้ความรัก ความห่วงใย มีความเห็นอกเห็นใจกัน เคารพยกย่องซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น รับผิดชอบภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและสุขภาพจิต โดยเฉพาะวัยรุ่นเพราะครอบครัวเป็นแหล่งพึ่งพิงของบุคคลมากที่สุด ในกรณีที่บุคคลมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายย่อมเกิดจากการที่ครอบครัวของตนที่พึ่งไม่ได้

2. แบบฉบับการเลี้ยงดูวัยรุ่นในสังคม การอบรมเลี้ยงดู มีผลต่อพัฒนาการด้านจิตใจและสังคม เป็นบ่อเกิดของพฤติกรรมที่ดีและไม่ดีต่อวัยรุ่นอย่างมาก การอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นนั้น พ่อแม่จะถ่ายทอดพฤติกรรมลักษณะต่างๆ โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อ ลักษณะนิสัย และความเคยชิน

3. ทศนคติและความเชื่อ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่ฝังอยู่ในจิตใจของบุคคล หากมีสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับความเชื่อและทศนคติของเขาแล้ว บุคคลจะแสดงออกมาอย่างเดียวกัน ทศนคติเป็นจิตลักษณะประเภทหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงมากที่สุดกับพฤติกรรม

4. ประเพณีและวัฒนธรรม อิทธิพลของประเพณีและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่ายังไม่มีผลการศึกษายืนยันชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวัยรุ่นอเมริกาอินเดียแดงที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศเม็กซิโก พบว่า ไม่มีความแตกต่างในด้านการได้รับอิทธิพลจากประเพณีดั้งเดิม (Pitney, 1992)

5. การเลียนแบบ สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการฆ่าตัวตาย Stengel (1970) กล่าวว่า การเลียนแบบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่เป็นเหตุจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่มีความสนิทสนม ใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายก็มักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั่นๆ เมื่อบุคคลผู้ที่มีความเครียดหรือปัญหาชีวิตจะปรับตัว โดยใช้กลไกป้องกันทางจิต ชนิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

6. การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการเผชิญปัญหาต่างๆ และเป็นปัจจัยที่ไม่ทำให้นักบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากเพื่อนและครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญมากในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของวัยรุ่น

1.2.3 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึงความคิดหรือการกระทำใดๆ ก็ตามที่ทำหากดำเนินไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete suicidal) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งมีข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ความตั้งใจในการฆ่าตัวตายและเหตุปัจจัยที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ การประเมินผล 0 คะแนนปกติ 1-8 คะแนนเสี่ยงน้อย 9-16 คะแนนเสี่ยงปานกลาง และมากกว่าหรือเท่ากับ 17 เสี่ยงรุนแรง

แบบประเมิน Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck, Steer and Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ มีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดยแต่ละข้อคำถามให้ในข้อนั้นๆ คือไม่มีเลยให้คะแนน 0 มีเล็กน้อยให้คะแนน 1 และปานกลางถึงมาก ให้คะแนน 2 โดยนำคะแนนทั้งหมด

มารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน ซึ่งคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และคะแนน 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งการที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนั้น ครอบครัวต้องพร้อมที่จะให้ ความรัก ความห่วงใย กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอารมณ์ที่มั่นคง มีการเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน มีอิสระในการตัดสินใจ เห็นความสำคัญของสมาชิก ย่อมส่งผลสมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเองมากขึ้น สามารถที่จะดำรงบทบาทในการเป็นสมาชิกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ไม่มีการเห็นอกเห็นใจกัน ขาดการนับถือซึ่งกันและกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดการประคับประคองจากครอบครัว เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Mattunen et al., 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น มักขาดการประคับประคองและสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวให้กำลังใจ หรือเห็นคุณค่าของตนเอง สัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Hazell and Lewin, 1993; Marttunen et al., 1994)

2. การพยาบาลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 การพยาบาลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2553) การพยาบาลในระยะวิกฤติ สิ่งสำคัญในระยะนี้ คือความปลอดภัยของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การดูแลจึงควรกระทำเป็นขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 การประเมินสถานะทางกาย เช่น บาดแผล หรืออาการป่วยจากสารพิษ และ การรักษาตามแผนการรักษาที่เหมาะสม

2.1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ โดยดูจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal intent) และความรุนแรงของวิธีใช้ (lethality) โดยทั่วไปผู้ที่ใช้วิธีการรุนแรงมักแสดงถึงความตั้งใจสูง แต่วัยรุ่นอาจไม่เป็นเช่นนั้นเสมอไป เพราะความเข้าใจยังมีขอบเขตจำกัด วัยรุ่นอาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น การรับประทานยาแก้ปวดเพียงไม่กี่เม็ด ใหม่ๆ ที่มีความตั้งใจอย่างมากที่จะฆ่าตัวตาย

2.1.3 วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูง เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีอารมณ์เศร้ามาก มีความก้าวร้าวสูงหรือควบคุมตนเองไม่ได้ ครอบครัวมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกไม่ดี ครอบครัวไม่ยอมรับความจริงว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือครอบครัวไม่อยู่ในฐานะที่จะประคับประคองวัยรุ่นได้ สิ่งเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยมีคนเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง และจะต้องเฝ้าผู้ป่วยอย่างไม่คาดสายตา ในกรณีที่จำเป็นจะต้องมีผู้ที่ไว้วางใจได้ติดตามไปทุกครั้ง ไม่ควรจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลถ้ายังมีความเสี่ยงสูง และยังไม่มีการวางแผนติดตามอย่างเหมาะสม

2.1.4 ปรึกษาจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การประเมินผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

2.1.5 การให้คำปรึกษาในระยะวิกฤติเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสเล่าถึงความคับข้องใจ และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ควรตำหนิผู้ป่วย

2.1.6 การใช้ยา ควรพิจารณาตามความจำเป็น ผู้ที่มีอาการวิตกกังวลมากอาจให้ยาลดความวิตกกังวลในช่วงระยะแรก จนกว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ในรายที่มีอาการซึมเศร้าอาจให้ยาแก้อาการซึมเศร้า ถ้ามีอาการหวาดระแวง หูแว่ว และความคิดหลงผิดที่อาจเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายก็ควรให้ยาด้านโรคจิต

การพยาบาลในระยะยาว วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็นแบบใด และรุนแรงเพียงใด การพยาบาลช่วยเหลือควรติดตามอย่างใกล้ชิด และประเมินเป็นระยะๆ ว่าการปรับตัวดีขึ้นหรือไม่ มีความเครียดอื่นเกิดขึ้นหรือไม่ และวัยรุ่นจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เคยปรับตัวดี แต่มีปัญหาหรือความเครียดเฉียบพลันทำได้ยาก อาจเพียงพูดคุยและการทำจิตบำบัดในช่วงวิกฤติ และนัดมาติดตามรักษา ในรายมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จสูงควรได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การนัดติดตามการรักษาควรทำทุกราย การติดต่อกับครอบครัวมีความสำคัญ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสื่อสารให้ครอบครัวรับรู้ถึงปัญหาของวัยรุ่น และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ วางแผนในการแก้ปัญหา (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546)

2.2 บทบาทของพยาบาล APN ในการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฮาไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

การให้การพยาบาลในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต (crisis intervention) โดยนำเอาพลังความสามารถที่หลงเหลืออยู่ในตัวของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ออกมาใช้แก้ไขความทุกข์ใจ ความท้อแท้ ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อให้สามารถผ่านภาวะวิกฤตและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแล ดังนี้

2.2.1 บทบาทในการพัฒนา จัดการ กำกับระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

- 1) วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ เพื่อวางแผนระบบการดูแล
- 2) สร้างทีมการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและชุมชน
- 3) จัดระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ครอบคลุม โดยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง

4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

5) ช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายให้เข้าถึงระบบสุขภาพและสามารถต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6) สร้างฐานข้อมูลเพื่อควบคุมคุณภาพเกี่ยวกับมีผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2.2.2 บทบาทในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1) ประเมินภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงการตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การตรวจสภาพจิต แปรผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และการคัดกรอง

2) วินิจฉัยปัญหาอย่างถูกต้อง โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ประสาทชีววิทยา ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ

3) การให้การพยาบาลที่ซับซ้อนแบบองค์รวมและให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์

4) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและครอบครัวให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข

5) ประสานงานกับทีมแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันที่

2.2.3 บทบาทในการประสานงาน

1) ประสานความร่วมมือพยาบาล แพทย์ ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนและให้การดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2) ประสานความร่วมมือครอบครัวของผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พยาบาล
ชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนการจำหน่ายให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

2.2.4 บทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) การสอนผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ
เช่น การสอนปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึก
การคลายเครียด การสอนทักษะการเผชิญปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

2) สอนและฝึกรอบมความรู้ให้บุคลากรทางสุขภาพและในชุมชนให้มีความ
สามารถในการคัดกรองความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า การสร้าง
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและการส่งต่อได้

2.2.5 บทบาทการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1) เป็นที่ปรึกษาให้ทีมงานในการจัดการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2) เป็นที่ปรึกษาให้ทีมงานในการสร้างทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อจัดระบบ
การดูแลสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว

2.2.6 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

1) นำการให้คำปรึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและ
ครอบครัวเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายให้มีคุณภาพ
2) สร้างแผนงานในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลและ
เครือข่ายระดับชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2.2.7 บทบาทในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม

1) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรมสิทธิผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
หลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน
2) พหุศาสตร์เพื่อให้ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้รับการปฏิบัติการ
พยาบาลอย่างมีจริยธรรมเป็นธรรมและปลอดภัย
3) มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

2.2.8 บทบาทในการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

1) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและใช้แนวปฏิบัติ
ที่พัฒนาใช้ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล
2) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาลเดียวกัน

3) วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.2.9 บทบาทในการจัดการและประเมินผลลัพธ์

- 1) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล
- 2) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการวิจัยประเมินผล
- 3) นำผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัว (Family) หมายถึง กลุ่มคนซึ่งประกอบด้วยบุคคล 2 คน หรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิต การสมรสหรือการรับเอาไว้ (เช่น บุตรบุญธรรม คนใช้ คนสวน) และอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นครัวเรือน (Loudon and Della Bitta, 1993) ครอบครัวอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear or conjugal family) ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่และลูกๆ อาศัยอยู่ด้วยกัน และครอบครัวขยาย (Extended or consanguine family) ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว ร่วมกับเครือญาติอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลูกพี่ลูกน้อง ลูกเขย ลูกสะใภ้ เป็นต้น

ครอบครัว คือ กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นฐานรากที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตในสังคม ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะ นอกเหนือจากครอบครัวที่ประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตร (นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา สถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547- 2556)

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ให้นิยามของครอบครัวไว้ว่า หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่ สามิภรรยาและบุตร ในมุมมองของนักสังคมวิทยา ครอบครัว คือ รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือโครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน นักจิตวิทยามองครอบครัวว่าเป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันสังคมภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติกับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2545)

คณะกรรมการด้านครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ให้คำนิยามครอบครัวว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีความผูกพันกันทั้งทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537) The United States Bureau of the Census (1988) แห่งสหรัฐอเมริกา ให้คำนิยามคำว่าครอบครัวเป็น กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว (Povemy and Finch 1988 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ครอบครัวกำเนิดขึ้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์สำคัญหลัก 4 ประการ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) คือ

1. เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์มนุษย์ หญิงและชายมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวด้วย วัตถุประสงค์สำคัญ คือ การให้กำเนิดลูกหลานเพื่อสืบต่อวงศ์ตระกูล นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นที่ซึ่งหญิงชายสามารถใช้ชีวิตทางเพศที่เหมาะสม และพัฒนาไปสู่วุฒิภาวะทางเพศด้วย
2. เพื่อความอยู่รอดของบุคคล ครอบครัวมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การดูแลรักษาพยาบาล และจัดหาสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็น รวมไปถึงการปกป้องบุคคลให้พ้นจากภัยอันตรายภายนอก
3. เพื่อการพัฒนาบุคคลในด้านต่างๆ ครอบครัวมีหน้าที่ให้การศึกษาอบรมแก่สมาชิก ถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณีและค่านิยมของสังคม รวมทั้งช่วยให้สมาชิกพัฒนาไปได้อย่างเหมาะสมในด้านต่าง เช่น มีการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข
4. เพื่อวัตถุประสงค์ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจ (economic unit) ทำหน้าที่ในด้านการผลิตหรือให้ได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยน และจัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา และปัจจัยอื่นๆ ในสังคม นอกจากนี้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวยังมีการเปลี่ยนแปลงตามแต่ละยุคสมัย

ระบบครอบครัว หมายถึง ลักษณะครอบครัวของการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิตเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดประกอบด้วยกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดมีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างใกล้ชิดและมั่นคง อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ใช้

ทรัพย์ซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีบทบาทที่พึงปฏิบัติต่อกัน ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร ซึ่งกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คนให้รวมสามีหรือภรรยา นั้นพร้อมบุตรด้วย ส่วนครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมทั้งญาติ ด้านสามีหรือภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัว มีความสัมพันธ์กัน โดยการเกิดหรือการแต่งงาน มาอยู่ร่วมกัน ทำให้ครอบครัวเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์สองทาง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

3.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว

3.2.1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวที่แพร่หลายในปัจจุบันมีหลายทฤษฎีซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมและเสนอรายละเอียดแต่ละทฤษฎีตามลำดับต่อไปนี้

3.2.1.1 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎี Adler

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎี Adler คือ พฤติกรรมทุกพฤติกรรมของมนุษย์ย่อมมีเป้าหมายและทิศทางมุ่งไปสู่เป้าหมายที่ดีกว่าเดิม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของชีวิตที่ดีกว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของมนุษย์เกิดจากการมีเป้าหมายของพฤติกรรมที่ผิดๆ ได้แก่ ความเรอกร้อง ความสนใจ อำนาจ แก่งแค้นและหลีกเลี่ยง ดังนั้นการค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของพฤติกรรมเหล่านั้นจึงช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาวิธีการเพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของบุคคลได้ (Peterson and Nisenholz , 2003)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎี Adler เพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของบุคคลและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนและยอมรับในความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่มีในครอบครัว (Michael, 2003)

3) กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎี Adler กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎี Adler โดยสรุปมี 5 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวด้วยการแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการให้คำปรึกษา (2) ขั้นรวบรวมข้อมูล โดยดูจากข้อมูลพื้นฐานการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวและบรรยากาศของครอบครัว (3) ขั้นตั้งสมมติฐานในการรับฟังเกี่ยวกับปัญหาว่าสมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนองต่อปัญหานั้นๆ อย่างไร (4) ขั้นดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การสังเกต การตีความหมาย การส่งเสริมให้กำลังใจ และ (5) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการให้คำปรึกษาครอบครัวและติดตามเป็นระยะๆ ถึงแม้การให้คำปรึกษาครอบครัวจะยุติไปแล้ว (Samuel, 2000)

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของ Adler

- 4.1) การสังเกต (observation)
- 4.2) การตีความหมาย (interpretation)
- 4.3) การส่งเสริมให้กำลังใจ (encouragement)

นอกจากนี้เทคนิคการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของ Adler ที่นิยมใช้ในการศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวคือ เทคนิคการแสดง (action techniques) ซึ่งจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ในครอบครัวและสภาพปัญหาได้เป็นอย่างดีเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำอธิบายได้อย่างชัดเจน แต่สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตอบออกมาเมื่อประสบกับเหตุการณ์นั้นอีก

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีของ Adler คือ บทบาทเสมือนเป็นนักการศึกษาหรือครูอาจารย์ ผู้ให้ความรู้ที่พยายามให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจนสามารถประยุกต์ข้อมูลใหม่ให้เข้ากับสถานการณ์ของตน และทำการแก้ไขปัญหาได้

3.2.1.2 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

1) แนวคิดสำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม คือ การให้ความสำคัญกับเรื่องอารมณ์ ความรู้สึก การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การอยู่กับปัจจุบัน (here and now) การพัฒนาบุคคลให้มีความภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) ค้นหาและแก้ไขบุคคลนั้นให้มีความอดทน อดกลั้นและให้อภัยกัน (Goldenberg and Goldenberg, 2005)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม เพื่อช่วยให้แต่ละบุคคลแต่ละคนได้พัฒนาตนเอง มีเหตุผลเหนืออารมณ์ เกิดวุฒิภาวะในตนเอง มีความอดทนและให้อภัยกัน (Coley, 2002) บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาในครั้งแรกของการให้คำปรึกษาครอบครัว มีสร้าง ความหวังให้เกิดขึ้นมาและกำหนดภาพในอนาคตที่พวกเขาต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว สอนทักษะการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพูดถึงความรู้สึกของตนเองอย่างไม่อ้อมค้อม จริงใจ โดยให้สมาชิกสำรวจถึงความรู้สึกของตนเอง เปรียบเทียบกับความรู้สึกของตนเองและยอมรับกับความรู้สึกนั้นๆ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งและมีระบบที่ดี (Nichol, 2003)

3) กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) สร้างให้เกิดความไว้วางใจในครอบครัว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและ

การยอมรับให้เกิดขึ้นกับครอบครัว (2) ให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการตระหนักรู้อย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดพัฒนาการตระหนักรู้ใหม่ (3) สร้างให้เกิดความเข้าใจใหม่กับสมาชิกในครอบครัว (4) เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงความรู้สึกและพูดถึงสิ่งที่เขาได้เรียนรู้ใหม่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวและ (5) กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวฝึกใช้พฤติกรรมใหม่ที่ได้เรียนรู้มานานไปปรับใช้ในชีวิตจริง (Peterson and Nisenholz, 2003)

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม

4.1) แผนที่ครอบครัว (family mapping)

4.2) ลำดับเหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว

4.3) การใช้เส้นเชือก

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้สมาชิกครอบครัวเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาก่อนว่าแต่ละคนคาดหวังอะไรจากการให้คำปรึกษา และเพราะอะไรจึงต้องเชิญให้สมาชิกแต่ละคนมาพร้อมๆ กัน พร้อมสร้างความหวังให้เกิดขึ้นมา และวาดภาพในอนาคตที่พวกเขาต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัว กระตุ้นให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วม และเรียนรู้บทบาทหน้าที่ อารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษาสอนทักษะการจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยสอนวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็งและระบบที่ดี

3.2.1.3 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัว

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว คือ เชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกัน ในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว โดยเป้าหมายของการให้คำปรึกษิตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัวคือ ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงสภาพการณ์ของอดีตที่ส่งผลต่อรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบันทำให้สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (อุมาพร ตรังคะสมบัติ, 2545)

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษิตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัว คือ การแสดงออกถึงความเป็นกลางและสามารถควบคุมตนเองได้และมีบทบาทในการช่วยให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกครอบครัว เรื่องการใช้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถคิดได้ด้วยตนเอง

3) ขั้นตอนการให้คำปรึกษิตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัว สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการสัมภาษณ์ เพื่อการประเมินครอบครัว ขั้นนี้จะเริ่มต้นจากการมี

การติดต่อขอรับการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัวจากสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้อาสมผสานเชื่อมโยงกับปัญหานั้นๆ (2) ขั้นตอนการทำแผนภูมิครอบครัว ขั้นนี้ช่วยให้ได้ภาพเบื้องหลังของสมาชิกแต่ละคน สามารถตรวจสอบกระบวนการทางอารมณ์ของครอบครัวที่เกิดขึ้นและ (3) ขั้นการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้และทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน

4) เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว

4.1) แผนภูมิครอบครัว

4.2) การคืนสู่เหย้า

4.3) การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์

4.4) เทคนิคการแยกตนเอง

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว คือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงออกถึงความเป็นกลางและมีบทบาทในการสอน การฝึกหัดให้ครอบครัวเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นตัวอย่างของการใช้เหตุผลเพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถคิดได้ด้วยตนเอง

3.2.1.4 การให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง

1) แนวคิดสำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างผู้ที่พัฒนาทฤษฎีนี้คือ ซาลวาดอร์ มินูชิน (Minuchin, 1984) แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้คือ การมองภาพครอบครัวเป็นระบบ (system) ในแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ระบบย่อยๆ 3 ระบบ คือ ระบบสามีภรรยา (The spousal subsystem) ประกอบด้วยคู่สมรสหรือสามีภรรยา ระบบย่อยนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อสามีภรรยาเอื้อต่อกันและต่างก็มีอิสระที่จะต่อรองหรือตกลงกัน ระบบพ่อแม่ (The parental subsystem) ประกอบด้วยพ่อ แม่ หรือบุคคลที่ทำหน้าที่เหมือนพ่อแม่ที่มีหน้าที่ดูแลป้องกันและอบรมสั่งสอนเด็กในครอบครัว ระบบพ่อแม่เกิดขึ้นเมื่อสามีภรรยาามีลูกซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว กฎเกณฑ์ บทบาทและความต้องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว และระบบพี่น้อง (The sibling subsystem) ประกอบด้วยพี่น้องซึ่งถือว่าอยู่ในรุ่นเดียวกัน ได้แก่ พี่ชาย พี่สาว น้องสาว น้องชาย ในบางครอบครัวระบบพี่น้องประกอบด้วย พี่น้องห้องเดียวกันและพี่น้องที่ต่างมารดาหรือต่างบิดา

2) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง เพื่อจัดโครงสร้างในระบบครอบครัวเสียใหม่ โดยผู้ให้คำปรึกษามุ่งที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการปรับความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียใหม่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการ

ติดต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้สามารถจัดการกับความขัดแย้งและความเครียดในปัจจุบันและอนาคตได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ขอบเขตมีความชัดเจนขึ้น หากครอบครัวใดที่มีความห่างเหินก็ได้รับความช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่เข้มงวดก็ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (Carlson, 2004; Levin, 2005)

3) กระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1) ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

3.2) ขั้นดำเนินการ

3.3) ขั้นสรุป

4) เทคนิคการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง ดังนี้

4.1) การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

4.2) การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

4.3) การทำแผนที่ครอบครัว

4.4) การร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (joining)

4.5) การแสดงบทบาท (enactment)

5) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้าง ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทที่เด่นชัดคล้ายเป็นผู้กำกับการแสดง (theater director) ที่ต้องมีความคล่องแคล่ว ว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกต (observe) และผู้เชี่ยวชาญ (expert) ที่สามารถเข้าไปในระบบ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเริ่มแรกอาจจะอยู่ในลักษณะผู้นำ ต่อมาอาจเป็นผู้สังเกตและอาจกลับมาเป็นผู้กำกับการแสดงเพื่อปรับเปลี่ยน โครงสร้างในครอบครัวใหม่ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Goldenberg and Goldenberg, 2005)

3.2.1.5 การให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิดของ McMaster (McMaster of Family Functioning หรือ MMFF) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัวมาเป็นเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดาปี ค.ศ. 1950 ในระยะต่อมา Epstein Bishop และ Baldwin แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ในแคนาดาและมหาวิทยาลัย Brown ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งตาม MMFF นั้นครอบครัวเป็นระบบเปิด

(open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (marital subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน หรือองค์กรศาสนา ในระบบแห่งครอบครัว ถ้ามีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาได้

MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ฯลฯ ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวไว้ดังนี้

- 1) แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ
- 2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลคนนั้นเพียงลำพังจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบ
- 3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของระบบครอบครัวแต่ละส่วนจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์ และสังคม โดยที่สมาชิกทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่างๆ ที่มีของครอบครัวตามภารกิจซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้

ภารกิจของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยภารกิจที่สำคัญ 3 ด้าน คือ (Epstein et al., 1984)

- 1) ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัวเพื่อการจัดการปัจจัยสี่ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษาพยาบาล
- 2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคล หรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ พร้อมทั้งก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัว
- 3) ภารกิจยามวิกฤติ (crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน บางครอบครัวสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์อย่างรุนแรงในครอบครัวได้

แนวคิด McMaster Model นั้นมองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาทการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเน้นด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต หรือเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตโดยตรง องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด McMaster Model มีรายละเอียดดังนี้ (Epstein, Bishop, and Levin, 1984)

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

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้นจะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ไม่เรื้อรังส่วนครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น มักแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ปัญหาไม่ได้แก้ไขให้เสร็จสิ้นและมักกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป สำหรับการแก้ปัญหาของครอบครัวมีขั้นตอนดังนี้

1.1 แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน รวมความถึงใครเป็นผู้ตัดสินใจหรือตัดสินใจว่าอะไรเป็นปัญหาและปัญหาที่แยกแยะออกมานั้นถูกต้องหรือไม่ เป็นปัญหาที่ขัดแย้งจริงหรือไม่

1.2 การสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายในครอบครัว และกับระบบภายนอกครอบครัว หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีผู้รับรู้หรือไม่ มีการบอกกล่าวให้รับรู้ถึงปัญหาหรือไม่และผู้ที่ได้รับรู้สามารถช่วยแก้ปัญหาได้หรือไม่

1.3 วางแผนในการแก้ปัญหา

1.4 ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ครอบครัวมีการตัดสินใจแน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใดหรือไม่ มองทางออกอื่นๆ ในการแก้ปัญหาหรือไม่

1.5 ดำเนินการแก้ไขปัญหาตามวิธีที่เลือก ครอบครัวแก้ไขปัญหามาตามที่ตกลงกันไว้ครบถ้วนหรือไม่ หรือทำไปเพียงบางส่วน บางครอบครัวอาจไม่ได้กระทำตามที่ตกลงไว้เลย

1.6 ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นดำเนินไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามว่าวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกไว้นั้นได้มีการกระทำตามไปมากน้อยเพียงใด ผู้รับผิดชอบแก้ปัญหา

ได้แก่ ปัญหาตามทีตกลงกันไว้หรือไม่

1.7 ประเมินความสำเร็จของวิธีการแก้ปัญหา เป็นการประเมินว่าวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เลือกนั้นได้ผลมากน้อยเพียงใด ครอบครัวได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าวอย่างไร

2. การสื่อสาร (communication) หมายถึง วิธีการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารกัน การสื่อสารจะมี 2 แบบ คือ การสื่อสารที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งแนวคิดนี้จะ เน้นที่การสื่อสารที่ใช้คำพูด เนื่องจากเป็นส่วนที่สามารถวัดหรือประเมินได้ เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการสื่อสารเกี่ยวกับ วัตถุและเนื้อหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึกเช่นเดียวกับการแก้ไขปัญหา การสื่อสารเกี่ยวกับ วัตถุกับการสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์อาจมีความคาบเกี่ยวกัน ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุดี อาจ มีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีปัญหาการสื่อสารด้านวัตถุมักมีปัญหาการ สื่อสารด้านอารมณ์ด้วยเสมอ

องค์ประกอบของการสื่อสาร

การพูดคุยกันหรือการสื่อสารกันนั้นทั้งสองฝ่ายที่พูดคุยกัน นอกจากจะสื่อกันด้วย คำพูดแล้วยังอาศัยสิ่งที่ไม่ได้เป็นคำพูด คือ ส่วนของภาษาท่าทาง เช่น

1. การสบสายตา จะทำให้พูดจากันได้เข้าใจง่ายขึ้นและการสบตายังช่วยให้ทั้งสอง ฝ่ายระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุย

2. สีหน้า สีหน้าที่รับฟังหรือยิ้มแย้มแจ่มใส บ่งบอกว่าการแสดงสีหน้าเฉยหรือบึ้ง ตึง นอกจากนี้การสังเกตสีหน้าฝ่ายคู่สนทนาทำให้เราทราบความรู้สึกได้ว่าเขากำลังโกรธ กังวล น้อยใจ เสียใจ ฯลฯ ซึ่งจะทำให้เราเลือกที่จะพูดจากับเขาได้อย่างเหมาะสม

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

4. การสัมผัส เช่น การจับมือ จับต้นแขน การโอบกอด จะให้ความรู้สึกเข้าใจ อบอุ่น รักใคร่ สนุกสนม ได้เป็นอย่างดี

5. ระยะห่าง การพูดคุยจะดีขึ้นหากทั้งสองฝ่ายพูดคุยในระยะใกล้กัน การพูดคุย โดยอยู่ในระยะห่าง จะทำให้ต้องใช้เสียงดังและไม่มีการสบตากัน จะทำให้เกิดความเข้าใจผิดกันได้

การสื่อสารทางลบ คือ การสื่อสารหรือการพูดคุยกัน โดยทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึก ในทางลบ จะแสดงออกทั้งทางคำพูดและทางภาษาท่าทาง เช่น จ้องหรือตลึงตาเข้าหาอีกฝ่าย สีหน้า บึ้งตึงหรือเฉยเมย ท่าทีเย็นชา ขาดความใกล้ชิดและสัมผัส การแสดงออกมีลักษณะ ต่างๆ ดังนี้

1. **ไม่พูด** โดยเก็บความรู้สึกในทางลบไว้ในใจ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นรู้ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะพูดอย่างไร (ขาดทักษะ) หรือกังวลว่าจะทำให้อีกฝ่ายรู้สึกไม่พอใจ หรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง
 2. **คลุมเครือ** หมายถึง ข้อความที่พูดแล้วความหมายไม่ชัดเจน เข้าใจ ได้หลายทาง ทำให้ผู้ฟังรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจ เช่น “คุณพอมีเวลาว่างไหม” โดยไม่บอกชัดเจนว่าต้องการอะไร ทำให้อีกฝ่ายต้องคาดเดาและไม่อาจตอบสนองได้ตรงความต้องการ ก็จะขัดใจกัน
 3. **เจ้ากี้เจ้าการ** หมายถึง การเข้าไปเป็นธุระให้ผู้อื่นเกินความจำเป็น เช่น “ทำไมคุณไม่ไปเยี่ยมคุณแม่เข้านี้เลยล่ะ” เป็นลักษณะของการไปกำหนดกฎเกณฑ์ให้คนอื่น
 4. **ประชดประชัน** หมายถึง การใช้ถ้อยคำที่เป็นบวกแต่สื่อความหมายในทางตรงข้าม เช่น “เที่ยวมาพอแล้วหรือถึงได้กลับมาแต่วันเชียว”
 5. **กล่าวหา** หมายถึง การพูดเหตุของพฤติกรรม โดยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกโกรธ เช่น “คุณไม่เคยช่วยฉันทำงานบ้านเลย” หรือ “คุณนี่เอาแต่ดูทีวี”
 6. **เปรียบเทียบ** หมายถึง การพูดพฤติกรรมหรือลักษณะของผู้ฟังโดยเทียบเคียง (ความเหมือนหรือต่าง) กับผู้อื่น ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจและลดคุณค่าในตัวเอง เช่น “คนข้างบ้านไม่เห็นเขาบ่นอย่างคุณเลย”
 7. **ตำหนิติเตียน** หมายถึง การพูดถึงข้อบกพร่องในตัวผู้อื่นหรือการกระทำของผู้อื่นว่าร้าย ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจหรือโกรธ เช่น “ล้างจานแล้วเห็นสะอาดเลย”
 8. **บ่น** หมายถึง การพูดพร่ำหรือกล่าวซ้ำๆ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกรำคาญ ไม่อยากอยู่ใกล้ เช่น “ฉันเหนื่อยกับแกทุกๆ วัน ไม่เห็นมีใครมาช่วยฉันบ้างเลย”
 9. **ด่าว่า** หมายถึง การใช้คำหยาบคายในการพูดตำหนิ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกโกรธ เช่น “เอ็งมันลูกเนรคุณ ไม่รู้จักบุญคุณพ่อแม่”
- การสื่อสารเหล่านี้จะทำให้อีกฝ่ายรู้สึกในทางลบ เช่น สงสัยว่าเขาต้องการอะไร รู้สึกว่าเราคงเป็นคนไม่มีอะไรดี รู้สึกถูกดูหมิ่นศักดิ์ศรี ไม่ได้รับการยอมรับ โดยรวมก็คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าสำหรับอีกคน เมื่อคนเราไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในครอบครัวการอยู่ด้วยกันหรือพูดกันดีๆ จะเกิดขึ้นได้ยาก ตรงกันข้าม สิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นการตอบโต้ ใช้อารมณ์เข้าหากันและลูกกลมเป็นปัญหารุนแรง และสะสมเรื้อรังต่อไป

การสื่อสารทางบวก คือ การสื่อสารความคิดความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ

วิธีการสื่อสารทางบวก มีหลักดังนี้

การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปของผู้พูด เช่น แม่เสียใจที่เห็นลูกทะเลาะกัน

การฝึกฝนการสื่อสารกับสมาชิกหรือมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน มีขั้นตอนดังนี้

1. ต้องฝึกฝนให้เป็นผู้ฟังที่ดี (ไม่รีบโต้แย้งหรือวิพากษ์วิจารณ์ ต่อว่า)
2. สังเกตอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้พูดแสดงออกทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง
3. ระวังการใช้แววตา สีหน้า น้ำเสียง ของตนเองในทางลบต่อผู้พูด
4. ทดลองสื่อสารกลับโดย

4.1 กรณีที่เขาอารมณ์ไม่ดีโดยไม่เกี่ยวกับสมาชิก ใช้คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกของผู้พูดที่ญาติสังเกตเห็น เช่น “ดูลูกอารมณ์เสีย มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่า”

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

4.3 กรณีความคิดเห็นไม่ตรงกัน มีวิธีการสื่อดังนี้

- บอกความรู้สึกของตนเอง
- บอกพฤติกรรมหรือสิ่งที่คุณไม่ชอบ
- บอกความต้องการอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา
- ถามความรู้สึกนึกคิดของผู้พูด
- แสดงความชื่นชมหรือขอบคุณเมื่อเขาตอบสนอง

3. บทบาท (roles) บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติดต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ บทบาทแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันและบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังอาจแบ่งบทบาทตามความจำเป็น ได้ดังนี้

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุข ประกอบด้วย การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก การบริหารและจัดการภายในครอบครัว

3.2 บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บางครอบครัวอาจมีบทบาทไม่เหมาะสมจนเกิดแพะรับบาป หมายถึงเกิดสมาชิกที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์จากสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้จะช่วยเบี่ยงเบน

ความขัดแย้งไม่ให้เกิดความเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุล ถือเป็นบทบาทที่ไม่เหมาะสม การพิจารณาว่าบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาใน 2 ด้าน ด้วยกัน คือ

3.2.1 การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมาย ความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก ซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยมอบหมายให้กับบุคคลที่เหมาะสมแบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม

3.2.2 การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความรู้สึกนุ่มนวล อ่อนหวาน ความสุข ความยินดีและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤติ เช่น ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกเศร้าสร้อย ความผิดหวัง ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ปกติจะสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหา มักมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไป เพราะเกรงจะสะเทือนใจแม่ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัด และมีปัญหามูลึกภาพหรืออาการป่วยทางกาย เนื่องจากสาเหตุทางจิตได้

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

5.1 ปราศจากความผูกพัน (lack involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feeling) สมาชิกมีความสนใจกันบ้างเล็กน้อยโดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใย ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย

5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) มุ่งความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง ไม่ได้สนใจอีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง

5.4 ผู้ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) ให้ความสนใจ ผู้ผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

5.5 ผู้ผูกพันมากเกินไป (overinvolvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมาก จนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

5.6 ผู้ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตแต่ละคนไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์จะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ ลูกยังเล็ก ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะวัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันกับพ่อแม่จะลดลง

6. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

6.1 พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุม แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

6.1.1 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ ความก้าวร้าว

6.1.2 พฤติกรรมด้านสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง สมาชิกในชมรม

6.1.3 พฤติกรรมที่เป็นอันตรายหรือทรัพย์สิน เช่น การขับรถเร็ว

6.1.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

6.2 การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว แบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

6.2.1 การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) ในครอบครัว มีการกำหนดไว้ชัดเจน สมาชิกไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมพฤติกรรมที่เข้มงวดเกินไปอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมดื้อเงียบ

6.2.2 การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) ครอบครัวลักษณะนี้จะมีมาตรฐานสำหรับพฤติกรรมแต่ละสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

6.2.3 การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control) ครอบครัวลักษณะนี้ไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรจะมีพฤติกรรมอย่างไร

ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ สมาชิกในครอบครัวแบบนี้รู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดี และอาจมีลักษณะเรียกร้องความสนใจมาก

6.2.4 การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมไม่แน่นอน บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย

3.3 การให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3.3.1 การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว

3.3.1.1 ประเมินตัวผู้ป่วยในแง่ของพัฒนาการด้านต่างๆ บุคลิกภาพและกลไกการปรับตัวรวมทั้งพยาธิสภาพทางจิตที่มีอยู่

3.3.1.2 ประเมินครอบครัวในแง่ของบุคลิกภาพ กลไกการปรับตัวและปัญหาทางจิตในสมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะพ่อแม่ เพราะปัญหาเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับกรณีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3.3.1.3 ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบันว่ามีความเครียดอะไรบ้างและมีความรุนแรงเพียงใด ความเครียดที่มักพบบ่อยได้แก่ การสูญเสียหรือการถูกทอดทิ้ง การถูกทารุณทางกายหรือล่วงเกินทางเพศ พ่อแม่เจ็บป่วยทางจิต มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ที่ใกล้ชิด

3.3.1.4 ประเมินการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในแง่ต่างๆ เช่น เกิดขึ้นในสถานการณ์ใดรุนแรงแค่ไหน มีอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้น ครอบครัวเข้าใจเหตุผลที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือไม่

3.3.1.5 ประเมินปฏิกริยาของครอบครัวต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกหลายอย่างปะปนกัน เมื่อพบว่าสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น ประหลาดใจหากผู้ป่วยไม่เคยแสดงท่าทีที่สื่อว่าอยากตายมาก่อนและไม่เคยมีใครคาดว่าจะเป็นปัญหา ตกใจเพราะวิธีแก้ปัญหานั้นรุนแรง เสรีเพราะความทุกข์และปัญหาอันหนักอึ้งทำให้คนอื่นรู้สึกเสรีและหลุดใจไปด้วย

3.3.1.6 โกรธและอาฆเพราะการที่สมาชิกมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อาจบ่งบอกว่าครอบครัวไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเขาดีเพียงพอ

3.3.2 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3.3.2.1 ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเหตุผลของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวค้นหาความจริงจากผู้ป่วยว่าเพราะอะไรจึงไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้เกิดตั้งแต่ ครั้งแรกผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวหาคำตอบด้วยตนเอง

3.3.2.2 สร้างความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพัน บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักขาดการประทับประคองจากผู้อื่นในสังคม มีความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีกับพ่อแม่และเพื่อนฝูง ไม่สามารถเข้าถึงผู้อื่นและไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นเข้าถึงตน เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างความรู้สึกเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่ ญาติที่ใกล้ชิด ให้สามารถเข้าถึงปัญหาของตนเอง เปิดเผยอารมณ์ ความคิดที่เก็บกดอยู่ให้รู้สึกว่าบุคคลเหล่านั้นรัก สนใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย

3.3.2.3 ปรับการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวให้เหมาะสม ต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงต่อผู้ที่ต้องการสื่อ ไม่อ้อมค้อมหรือผ่านผู้อื่น ช่วยให้ครอบครัวมีความผูกพันอย่างพอเหมาะ ไม่ใกล้ชิดจนไม่เป็นตัวของตัวเอง หรือเห็นห่างจนเหมือนอยู่ตัวคนเดียว

3.3.2.4 ลดความหุนหันพลันแล่นและขาดความยั้งคิดที่มีอยู่ในระบบครอบครัว ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มักมีนิสัยหุนหันพลันแล่น โดยเฉพาะวัยรุ่น ไม่รู้จักคิดครีครองก่อนทำสิ่งใดลงไป ลักษณะนี้มักเกิดจากครอบครัวที่มีลักษณะตามใจโดยไม่มีขอบเขต ไม่ฝึกให้รู้จักอดทนและรอคอย โดยครอบครัวต้องไม่ตามใจผู้ป่วยดังที่เคยทำมาในอดีต

3.3.2.5 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นคนที่เข้มแข็งมากขึ้น เมื่อเกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นมาครอบครัวจะมีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้ครอบครัวตามใจผู้ป่วยมากเกินไป ไม่ยอมให้เผชิญกับความเครียดใดๆ เพื่อชดเชยความรู้สึกผิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอ่อนแอและประมาท

3.3.2.6 ฝึกการประนีประนอมและแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว ความขัดแย้งไม่ลงรอยกันระหว่างสมาชิกครอบครัว เป็นสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะวัยรุ่นมักมีปัญหาขัดแย้งกับพ่อแม่เกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง ในการให้คำปรึกษาครอบครัวต้องให้ครอบครัวตกลงและต่อรองกันในปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3.2.7 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีทักษะทางสังคมที่ดีและมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม

3.3.2.8 ปรับระบบอื่น ในหลายกรณีที่มีการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อาจเกิดจากระบบภายนอก เช่น ปัญหาที่ทำงาน ปัญหาที่โรงเรียน ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุของการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และให้ครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือพักพิง หรืออาจต้องประเมินการช่วยเหลือในระบบที่เกี่ยวข้องด้วย

3.3.2.9 พร้อมทั้งจะให้การประทับประคองผู้ป่วยเสมอ ผู้ให้คำปรึกษาต้องพร้อมเสมอเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้น โดยต้องนึกเสมอว่าในผู้ป่วยที่ซึมเศร้าหมดหวังและประสบ

ความเครียดมากมายนั่น แรงผลักดันสู่ความตายและแรงผลักดันที่จะให้ดำรงชีวิตอยู่กำลังต่อสู้กัน ตลอดเวลาต้องช่วยให้ผู้ป่วยรู้อย่างมีบุคคลที่ผู้ป่วยจะยึดเหนี่ยวไว้ได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม ทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาท หน้าที่ของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมภายในครอบครัว ให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรัก ความเข้าใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถ้าการทำหน้าที่ในครอบครัวในด้านต่างๆ ไม่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ถ้าปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไข ขาดการสนับสนุนและให้คำปรึกษาจากครอบครัว จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดวิตกกังวล ไม่เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกภายในครอบครัวขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันหรือหยุดชะงัก ถ้าสามารถปรับแก้ได้ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็กลับมาเหมือนเดิม ถ้าปรับแก้ไม่ได้จะเกิดปัญหาตามมาอย่างมากมาย จนถึงการคิดทำร้ายตัวเองไปจนถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.1 แนวคิดและหลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกันและทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่างๆ เท่านั้น แท้จริงแล้วการให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่าปัญหาที่อยู่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้อง แก่เฉพาะหน้าบุคคลนั้น จิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” ตัวบุคคล คือที่บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ดังนั้น การนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การให้คำปรึกษาครอบครัว นับว่ามีความสำคัญในการจัดการเพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืน เน้นสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่ากระบวนการ การลดความขัดแย้งในครอบครัว การปฏิบัติการเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ติดต่อกันด้วยดี และต้องปฏิบัติทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช, 2553)

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม บริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่างๆ ผู้บำบัดเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเอง หลักสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ต้องช่วยให้ครอบครัวเป็นที่พึ่งพิงทางใจของผู้นั้นได้ เป็นที่ซึ่งจะทำให้รู้สึกปลอดภัย ได้รับความเข้าใจและการยอมรับ และเป็นที่ยังจะสร้างพลังให้เขาสามารถออกไปเผชิญกับโลกภายนอกได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

4.2 กิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model 6 บทบาทในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยมีเป้าหมายและหลักการปฏิบัติ คือ นำครอบครัวให้สามารถประเมินปัญหาของครอบครัวได้ ให้มีทักษะต่างๆ ในการบอกข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทแต่ละคนในครอบครัวอย่างเหมาะสมและชัดเจน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว และรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์รวมทั้งการแสดงของพฤติกรรมของแต่ละคนในครอบครัว แต่ละสถานการณ์ โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คน และสมาชิกครอบครัว 2 คน กิจกรรมดำเนินการทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 1-6 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย และสมาชิกครอบครัวที่บ้าน โดยมีลักษณะการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเอง ประเมินปัญหาของครอบครัว ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Joining) สนใจฟังและได้ถามสมาชิกครอบครัวทุกคนแต่ละคนจนครบ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและครอบครัวได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัว ตั้งคำถามแบบ Circular จะทำให้สมาชิกครอบครัวได้ทราบและวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้นและกระตุ้นให้ครอบครัวได้คิดและหาทางแก้ปัญหา โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวได้จากการสังเกตว่าใครนั่งติดกับใคร ใครพูดแทนกัน สมาชิกพูดถึงอีกคนว่า

อย่างไร ครอบครัวยังมีความรู้สึกผูกพันกันมากน้อยเหมาะสมหรือไม่มีการแสดงความขัดแย้งออกมาได้ตรงๆ หรือไม่ เป็นข้อมูลให้ผู้ให้คำปรึกษาวางแผนให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารภายในครอบครัว หมายถึงกิจกรรมที่พัฒนาการสื่อสารในครอบครัวให้เหมาะสม โดยใช้เทคนิคในการตั้งคำถามแบบวงกลม (Circular) เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจนขึ้นถึงสภาพการสื่อสารในครอบครัว สามารถแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน และแนะนำการสื่อสารใหม่ให้ครอบครัวลองปฏิบัติ ครอบครัวจะมีความมั่นใจและสามารถกลับไปทำที่บ้านได้จริงถ้ามีการปฏิบัติในชั่วโมงและส่งเสริมโดยการให้การบ้านในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าสมาชิกครอบครัวสามารถทำได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะบทบาทและ หน้าที่ของครอบครัว หมายถึงกิจกรรมที่พัฒนาบทบาท หน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เทคนิคในการตั้งคำถามแบบวงกลม (Circular) สนับสนุนให้สมาชิกแสดงความรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสมาชิกอื่นในครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยกระตุ้นให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นและระบายความรู้สึกถึงบทบาท หน้าที่ของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวรู้จักบทบาท หน้าที่ที่เหมาะสมของแต่ละคนในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณ เกิดความสมดุลของครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึงกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะโดยฝึกตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ปฏิสัมพันธ์บางอย่างเกิดขึ้นซ้ำๆ ในครอบครัวกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งเสริมทักษะที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับปัญหาในอนาคตได้ โดยการสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวได้พินิจพิเคราะห์ความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง มีความเข้าใจอกเข้าใจ พุดจาประคับประคองและพูดคุยกันตรงไปตรงมา มีการรักษาระเบียบวินัยของครอบครัวที่เหมาะสมและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึงกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะโดยฝึกความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน การแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความสนใจผูกพันมีต่อสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว โดยใช้เทคนิคในการตั้งคำถามแบบวงกลม (Circular) เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจนขึ้นถึงสภาพความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถแสดงมุมมองของตนเอง โดยการสะท้อนความรู้สึก การให้ข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรม

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวได้รับทราบความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง มีความเข้าใจ เข้าใจ โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการพัฒนาทักษะโดยฝึกการจัดการและการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้แสดงออกอย่างเหมาะสมไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น โดยใช้เทคนิคในการตั้งคำถามแบบวงกลม (Circular) การให้ข้อมูลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวได้รับทราบถึงการแสดงออกการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก และให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งที่แสดงออก โดยกระตุ้นให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นและระบายความรู้สึกถึงการควบคุมพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจการแสดงออกที่เหมาะสม

สรุปได้ว่าผู้วิจัยนำโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster Model มาประยุกต์ใช้โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการปรับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องมีความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน โดยมีหลักการปฏิบัติคือ เน้นการประเมินปัญหาของครอบครัว บอกบทบาทแต่ละคนในครอบครัวให้ชัดเจน ทักษะด้านการสื่อสาร การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมของแต่ละคนในครอบครัว แต่ละสถานการณ์ ผู้วิจัยเห็นว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะครอบคลุมการให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงและไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรมสุขภาพจิต (2549) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายร้อยละ 33.3 เพศหญิงร้อยละ 33.3 อายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด คืออายุ 21-30 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพกับการพยายามทำร้ายตนเองพบว่า ด้านการบาดเจ็บทางกาย (กลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะ) จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่บาดเจ็บที่ศีรษะ ด้านการเจ็บป่วยทางจิต จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 2.35 เท่าของผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิต ด้านภาวะซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 18.50 เท่าของผู้ที่ไม่

ภาวะซึมเศร้า ด้านการใช้ยา / แอลกอฮอล์ จะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเป็น 1.96 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้ยา / แอลกอฮอล์ ส่วนด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า การมีสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่นมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง

กลอยใจ ทองลิ่ม (2543) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของนักเรียนวัยรุ่น เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดราชบุรี จำนวน 1,141 คน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 37.20 ไม่มีความคิดจนถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในระดับต่ำ ร้อยละ 28.80 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ร้อยละ 24.10 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง ร้อยละ 9.90 สาเหตุที่เกี่ยวข้อง คือ ปัญหาเกี่ยวกับบิดา มารดา ร้อยละ 45.61 ปัญหาเกี่ยวกับพี่น้องและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 12.28

จรวพร เมธิกุล (2545) พบว่า ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อทักษะการสื่อสารในครอบครัว ในครอบครัวนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเป็นนักเรียนที่มีคะแนนทักษะการสื่อสารในครอบครัวต่ำ พบว่าทั้งนักเรียนและบิดามารดามีทักษะการสื่อสารในครอบครัวสูงขึ้น เมื่อครอบครัวมีประสิทธิภาพของการสื่อสารที่ชัดเจน

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2546) ได้ศึกษาความชุกของการคิดอยากฆ่าตัวตายและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในชุมชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 54.76 มีความขัดแย้งในครอบครัวและมีเหตุการณ์ด้านลบเกี่ยวกับครอบครัว ร้อยละ 67.5 ได้แก่ การทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่การมีปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวก็ส่งผลให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่ผู้ที่ย้ายมาฆ่าตัวตายและสมาชิกในครอบครัวรู้จักตนเองมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพก็ส่งผลให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

เรณู ขวัญยี่น (2542) ได้ศึกษาพฤติกรรมพหุกรรมกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ปัจจัยที่เป็นสิ่งสนับสนุนให้กระทำการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมาจากปัญหาครอบครัวแตกแยกหรือทะเลาะเบาะแว้งขัดแย้งกัน ขาดการประคับประคองอารมณ์ต่อกัน

วัจฉินทร์ โรหิตสุข ,ศิริรัตน์ คุปติวุฒิจและสมร อริยานุชิตกุล (2540) ได้ศึกษาครอบครัวบำบัด : มุมมองของทีมผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วาริน ชมประเสริฐ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นระยะกลาง ในเขตกรุงเทพมหานคร นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 396 ราย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 3 ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นประจำทุกวัน การฆ่าตัวตายมีปัจจัยจากครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 29.9 ปัญหาความเครียด ร้อยละ 19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาฆ่าตัวตายคือตนเอง ร้อยละ 42.8 และครอบครัว ร้อยละ 34.3 มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทภาระหน้าที่ที่จะต้องก้าวไปเป็นผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นการทำให้รู้สึกว่าคุณค่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้วิธีการศึกษาย้อนหลัง พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายอายุระหว่าง 15-24 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.6-2.3 เท่า มีปัญหาไม่ปรึกษาคนอื่น

สมหมาย เลหาะจินดา (2543) ได้ศึกษาลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ กับความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตภาคเหนือ จำนวน 1,184 คน พบว่าวัยรุ่นที่พ่อและแม่ปฏิบัติตรงกับที่ลูกต้องการ จะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าที่พ่อแม่ละเลย ซึ่งลักษณะที่ลูกต้องการคือ การแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ ให้ความสำคัญกับลูกจนเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ทำกิจกรรมกับลูกบ่อย เอาใจใส่ถามทุกข์สุขลูกเป็นประจำ และคอยสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อลูกมีปัญหา

อุบลรัตน์ ชมวิงษ์ (2543) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดระยอง พบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีขึ้น และแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุด คือ การถูกพ่อแม่ดูหมิ่น หรือลงโทษ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2536) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาทางจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2528 -2534 พบว่า มีผู้ป่วยที่ถูกส่งมาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 43 ราย เป็นผู้หญิงมากกว่าชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคนกลางหรือคนสุดท้อง มาจากเศรษฐกิจฐานะต่ำ พฤติกรรมฆ่าตัวตายที่พบ คือ พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 84 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9 และฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7 วิธีการที่พบบ่อยที่สุด คือ การกินยาเกินขนาด เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การถูกอบรมสั่งสอนและถูกลงโทษ

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ศึกษาวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายจำนวน 53 ราย พบว่า ร้อยละ 70 ของวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตาย ปัญหาการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับปัญหาครอบครัว ได้แก่

สูญเสียสัมพันธภาพ หรือมีความขัดแย้งกับบุคคลใกล้ชิด ระเบียบที่เข้มงวดของสมาชิกในครอบครัว

John M. Grohol (2002) พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวหลังการพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลอง 39 ครอบครัว ซึ่งให้โปรแกรมคำปรึกษาครอบครัว กลุ่มควบคุมซึ่งให้การดูแลตามปกติ 31 ครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ดูแลตามปกติ

Joan R. Asamow (2008) พบว่า ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัวในวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสาร ความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา ช่วยลดความคิดและการกระทำที่จะพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้

Hawton et al. (1982) ได้ศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ออกซ์ฟอร์ด ด้วยการรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 50 ราย อายุ 13-18 ปี พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 90 และส่วนใหญ่เป็นเกิดปัญหาจากครอบครัว เพื่อน และ โรงเรียน ส่วนการติดตามผู้ป่วยใน 1 ปี พบว่า ร้อยละ 14 พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 10 กระทำพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 3 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ภายในครอบครัว มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างเป็นระบบจากการศึกษาของ McMaster Model มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยจะเน้นให้เกิดทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2) การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว 3) การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว 4) การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5) การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คน ผู้ดูแลหลัก 1 คน และสมาชิก 1 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสมาชิกครอบครัวเป็นรายครอบครัว ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว McMaster (MMFF) 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะแก้ปัญหาครอบครัว

- แนะนำตัว ทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ
- บอกวัตถุประสงค์ เป้าหมายและวิธีดำเนินการ ขั้นตอน
- ตกลงบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
- แนะนำครอบครัววิเคราะห์ความเป็นมาของปัญหา

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัว

- แนะนำการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว
- ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะบทบาท และหน้าที่ของครอบครัว

- แนะนำบทบาท หน้าที่ของสมาชิกครอบครัว
- ฝึกทักษะเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์

- แนะนำการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว
- ฝึกทักษะการตอบสนองทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์

- แนะนำความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว
- ฝึกทักษะการแสดงออกความผูกพันทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม

และยุติการให้คำปรึกษา

- แนะนำการควบคุมพฤติกรรมระหว่างสมาชิกครอบครัว
- ฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรม
- ยุติการให้คำปรึกษา

พฤติกรรมเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย

- ความคิดฆ่าตัวตาย
- พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย