

การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช FAMILY INTERVENTION: ROLES OF PSYCHIATRIC NURSES

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D., RN.)*

Abstract

The objective of this article was to present the concepts, the principles, and the evidence in practice of psychiatric nurses' family intervention. The family intervention was based on the concepts of family system, therapeutic relationship, psychosocial theory, psychoeducation and counseling techniques. The psychiatric nurses' family intervention begins with the establishing of the therapeutic relationship and exploring problems. The techniques included counseling techniques, psychoeducation, coping skills training, stress management, empowerment, and group therapy. The family interventions showed the efficacy as reducing family caring burden, and reducing the maladaptive family emotional expressions. Leading to reduce patients' relapse, recurrence and increase patients' and family's well being and quality of life.

Keywords : Family intervention, Psychiatric nurses

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด หลักการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในการบำบัดครอบครัว ซึ่งการบำบัดครอบครัวนั้นอาศัยพื้นฐานแนวคิด เกี่ยวกับระบบครอบครัว สัมพันธภาพบำบัด ทฤษฎีทางจิตสังคม สุขภาพจิตศึกษา และเทคนิคการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวชเริ่มต้นด้วยการใช้สัมพันธภาพบำบัด ในการค้นหาปัญหา ใช้เทคนิคของการให้คำแนะนำปรึกษาครอบครัว การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การฝึกทักษะเผชิญปัญหา การจัดการกับความเครียด การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้กลุ่มบำบัด การบำบัดครอบครัวมีประสิทธิผลในการลดภาระการดูแลของครอบครัวและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ลดอาการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย เพิ่มการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ : การบำบัดครอบครัว พยาบาลจิตเวช

*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
Email: ora_lueboon@hotmail.co.th

บทนำ

ปัจจุบันมีการใช้คำว่า “การบำบัด” กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งต่างก็มีแนวคิด หลักการ และทฤษฎีที่อ้างอิงตามความเชื่อและศาสตร์ของแต่ละสาขา สำหรับ “การบำบัดครอบครัว (family intervention)” ในที่นี้จะเน้นถึง แนวคิด หลักการ และแนวปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลจิตเวช ที่พึงปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ โดยเน้นการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวให้ดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาสภาพปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยขึ้นย่อมมีผลกระทบถึงสุขภาพกายและสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวทุกคน เกิดความรู้สึกเป็นภาระเหนื่อยหน่าย ความรู้สึกเครียด มีความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งกระทบถึงการดูแลผู้ป่วยและปัญหาอื่น ๆ ตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และกลับเข้ามารักษาซ้ำอยู่เสมอ (Wai-Tong, Chan, & Morrissey, 2007; Moller-Leimkühler, 2005) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการดูแลช่วยเหลือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม การจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการบำบัดที่สาเหตุของปัญหา และผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัว การบำบัดครอบครัว เป็นการบำบัดที่พยาบาลจิตเวชใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ เทคนิคของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนการให้ความรู้ การสนับสนุน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และทฤษฎีทางจิตสังคมและทฤษฎีระบบครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้บุคคลหรือผู้ป่วยและครอบครัว

ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข บทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอแนวคิด หลักการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับบทบาทที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำมาปฏิบัติกับครอบครัวผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้ด้วยตนเอง

ความหมายของการบำบัดครอบครัว

การบำบัดครอบครัว (family intervention) หมายถึงการจัดกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวหรือทุกคนที่มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้บำบัดเห็นว่ามีส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และสุขภาพจิตที่ดี ในการบำบัดครอบครัวนั้น พยาบาลจิตเวชสามารถจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆ เช่น การทำจิตบำบัดระดับครอบครัวแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้ รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

Barrowclough and Lobban (2007) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัว เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษนอกจากเน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (biology) แล้ว ยังใช้แนวคิดและองค์ประกอบทางจิตสังคม (social component) เช่น การสื่อสาร การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้ การ

สื่อสารทางสังคม และใช้หลักการในการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของครอบครัว การบำบัดครอบครัว มีข้อมูลหลักฐานว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ การใช้การบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความเครียดภายในครอบครัว และลดการป่วยซ้ำ เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการฝึกการแก้ปัญหา รวมถึงการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดความเครียดทางอารมณ์และภาระของครอบครัว ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ลดการแสดงอารมณ์โกรธและความรู้สึกผิดของครอบครัว คงไว้ซึ่งการใช้เหตุผลต่อผู้ป่วย ถือเป็นการบำบัดอย่างหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผล โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ (Wuerker, Haas, & Bellack, 2001)

อาจจะกล่าวได้ว่าการบำบัดครอบครัวถือเป็นการจัดการกระทำกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนในครอบครัว โดยใช้แนวคิด และทฤษฎีและศาสตร์ ทางจิตเวช การพยาบาล และทางจิตสังคม โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ การสอน การให้คำปรึกษา รวมถึง การฝึกทักษะการปรับตัว การเผชิญปัญหา เพื่อช่วยให้บุคคลในครอบครัว สามารถจัดการกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการป่วยซ้ำ ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

แนวคิดและหลักการของการบำบัดครอบครัว

จากข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ไม่นานก็มีการกำเริบ และกลับเป็นซ้ำอีก เนื่องจาก การขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการเลวลง จากความเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว ส่งผลถึงความรู้สึกเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว และยังพบว่ามีสาเหตุจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว บางครั้งแสดงออกในทางลบ เช่น พุดจาคำหยาบคาย เหยียดหยัน เปรียบเทียบระหว่างพี่น้อง หรือแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป ดังการศึกษาของ Wuerker, Haas, and Bellack (2001) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ การศึกษาของเพ็ญประภา มะลาไว (2550) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคือ การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด จากการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความเครียดในการดำรงชีวิตของครอบครัว มักเกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกวัน ๆ ครอบครัวมักเกิดความเครียด จากพฤติกรรมที่

แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย เกิดความเครียดจากความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัวจากสังคมเกิดความสับสนทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกผิดรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งการทะเลาะวิวาทกัน ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย (Moller-Leimkühler, 2005; Wai-Tong, Chan, & Morrissey, 2007)

Hegde, Rao, and Raguram (2007) พัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 3) การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ และ 4) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว จากกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวมากขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั้งยังเป็น การสร้างเสริมกำลังใจและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย ณาภรณ์ เหลืองมงคลไชย และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และประยุกต์ใช้

ในการบำบัดครอบครัวเพื่อลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์และการเผชิญความเครียด 4) การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย 5) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา ที่มีประสิทธิภาพ และ 6) การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม จากกิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในที่นี้ขอเสนอแนวคิดและหลักการในการบำบัดครอบครัว ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถนำแนวคิดและหลักการไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยกิจกรรม 7 ขั้นตอน (ณาภรณ์ พึ่งเกษมุนทร และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

ขั้นตอนแรก: สร้างสัมพันธภาพและค้นหาปัญหา

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันไว้วางใจกัน และกันมากขึ้น ยอมรับและร่วมมือในการบำบัด

ด้วยความเต็มใจ พยายามบอกถึงปัญหาของตน และสมาชิกในครอบครัวด้วยความรู้สึกที่ดี เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป โดยที่พยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล พยาบาลใช้เทคนิคที่สำคัญและเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช คือ การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เมื่อพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน ประโยชน์ที่จะได้รับจากการบำบัด ขอความร่วมมือ และชี้แจงให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ ทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และการนัดหมายที่สะดวก ในขั้นตอนนี้พยาบาลใช้หลักการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดด้วยการ รับฟังปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวระบายปัญหา สนับสนุนให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดถึงปัญหา ที่เกิดขึ้นในครอบครัว พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนและครอบครัว พร้อมทั้งจะร่วมมือกันในการจัดการปัญหา ในครั้งนี้อาจใช้เวลาในการพบผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรายบุคคลคนละประมาณ 1/2 - 1 ชั่วโมง จากนั้น เริ่มต้นครั้งที่ 2 โดยนัดพบเป็นกลุ่มครอบครัวในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2: เปิดใจและทำความเข้าใจปัญหา

วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในปัญหาของกันและกัน โดยเฉพาะสภาพความเป็นอยู่ กฎเกณฑ์ต่างๆ ในครอบครัวที่เคยเข้มงวดเกินไป หรือเคยเข้าใจไม่ตรงกัน ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำความเข้าใจกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ร่วมพิจารณาอย่างเหมาะสม และชี้แจงเหตุผลและข้อเท็จจริงเพื่อให้เกิด

ความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลใช้เทคนิคสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวทบทวนทำความเข้าใจสภาพปัญหาในครอบครัวร่วมกัน ให้ทุกคนแสดงความรู้สึกต่อกันในแต่ละประเด็น ปัญหาของแต่ละคน ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่าจะแสดงความเห็นในทางบวก ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังแนวคิดของ Minuchin and Fishman (1981) ที่เน้นโครงสร้างและบทบาทของครอบครัว โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนทัศนคติบางอย่าง (reframing) เช่น บทบาท กฎเกณฑ์ในครอบครัวที่เข้มแข็งเกินไป เน้นการยกย่องชมเชย ให้เกียรติกันและกัน มองในส่วนของกันและกัน เปลี่ยนความคิดที่เคยมองในทางลบให้เป็นความรู้สึกทางบวกด้วยการชี้แจง อธิบาย ทำความเข้าใจกัน ในขั้นตอนนี้พยาบาลใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3: การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว เข้าใจโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของตนดีขึ้น มีความรักความเข้าใจกันในครอบครัว มีการสื่อสารและเข้าใจกันในทางบวกเพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลและความขัดแย้งในครอบครัวลง โดยพยาบาลสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นกลุ่ม เน้นโครงสร้างครอบครัว ความเข้าใจในบทบาท การทำหน้าที่ที่ดีของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว จากแนวคิดและทฤษฎีระบบครอบครัวกล่าวว่าปัญหาของครอบครัวมักเกิดจากกฎเกณฑ์ภายในครอบครัวที่เข้มงวดเกินไป

โครงสร้างครอบครัวที่ยึดติด โดยเฉพาะการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ความเครียดและ ความวิตกกังวลเรื้อรังในครอบครัว จนเกิดปัญหา และกระทบต่อกันรุนแรง ความเชื่อที่ว่า การ ตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง ซึ่งบทบาทของ บิดามารดาและบุตรที่มีแนวความคิดแตกต่างกัน ทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว เน้นว่าปัญหาเกิดจาก สมาชิกในครอบครัวยึดถือบทบาทและโครงสร้าง และกฎเกณฑ์ที่เข้มงวด ปัญหาหลายปัญหาเกิดจาก การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน ในขั้นตอนนี้พยาบาลมี บทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยการ เสริมสร้างความเข้าใจ การยอมรับกันและกัน การปรับโครงสร้างและบทบาทที่เข้มงวด สับสน ในครอบครัว สนับสนุนการสื่อสารและชี้ให้เห็น บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนที่เหมาะสม ตลอดจน การปรับบทบาทที่ไปกันได้ (Minuchin & Fishman, 1981) ในขั้นตอนนี้พยาบาลใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4: เป็นขั้นให้ความรู้ผู้ป่วยและ ครอบครัว

ขั้นตอนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว ได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ เกี่ยวข้องกับตน ทั้งสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดี การ อยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ สามารถจัดการกับความเครียด และเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ส่งผลให้เข้าใจผู้ป่วย เห็นใจผู้ป่วย ร่วมมือและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ดีขึ้น โดยพยาบาลใช้ เทคนิคการสอนเป็นกลุ่มและสอนแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับโรคที่เป็น สาเหตุ อาการ การรักษา การ รับประทานยาอย่างถูกวิธี รวมถึงการเสนอปัญหา

และการจัดการเมื่อมีอาการ พยาบาลสอนเทคนิค การดูแลตนเอง ตลอดจนการสังเกตอาการเตือนที่ จะต้องจัดการอย่างเหมาะสม จากข้อมูลหลักฐาน ยืนยันว่าการให้ความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกเข้าใจถึงโรค ปัญหาที่ เกิดขึ้นสาเหตุอาการ ช่วยให้รู้จักสังเกตอาการเตือน เพื่อช่วยเหลือ ดูแลกันและกันอย่างดี เกิดความ รู้สึกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย เป็นการลดความเครียด ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ช่วยให้ ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น สามารถลดอาการกลับ เป็นซ้ำ โดยเฉพาะการใช้กลุ่มบำบัดกับครอบครัว สามารถลดและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของ ผู้ป่วยจิตเภท (Dixon & Lehman, 1995; Kuipers, 2006) ในขั้นตอนนี้พยาบาลใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5: การฝึกทักษะการจัดการกับ ความเครียด และการแก้ปัญหา

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการฝึกให้ ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการจัดการกับความ เครียด พยาบาลสอนเทคนิคต่างๆ เกี่ยวกับการ จัดการกับความเครียด การเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นใน ครอบครัวรวมถึง การค้นหาจุดแข็งของครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินชีวิต โดยพยาบาลให้ ความรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะคลายเครียด และใช้หลักการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ด้วยการซักถามถึงสภาพปัญหาใน ครอบครัวและเปิดโอกาสให้สมาชิกทดลองเสนอ หนทางที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา พยาบาล สนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะที่ดี เป็นการ สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นการลดความเครียด และลดภาระของ ครอบครัว ซึ่งกล่าวว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ

เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง เป็นการสร้างทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถ และทำให้บุคคลมีความรู้สึกกับตนเองในด้านบวก มีความหวังและมั่นใจในการเผชิญปัญหา ด้วยตนเอง (Gibson, 1995; Corrigan, 1997; Lazarus & Folkman, 1984) ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 6: ฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และทบทวนทักษะการจัดการกับปัญหา

วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เพื่อทบทวนทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอาการ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ในขั้นตอนนี้พยาบาลฝึกการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกเป็นรายบุคคลต่อกลุ่ม ด้วยสถานการณ์สมมุติ ที่พยาบาลกำหนดขึ้น และให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ฝึกการลดการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันและแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกัน มีความเชื่อว่า การตอบสนองทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง ซึ่งบทบาทของบิดามารดาและบุตรที่มีแนวความคิดแตกต่างกัน หลักการบำบัดต้องยอมรับความแตกต่างในความเป็นตัวของตัวเองแต่ละคน การควบคุมอารมณ์ของตน และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม จากการศึกษาเกี่ยวกับการลดการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า การทดแทนความเครียดความวิตก

กังวล การวิพากษ์วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทนของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงการเผชิญปัญหา ส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (Solomon, 2000; Hegde, Rao, & Raguram, 2007; Pharoah, Rathbone, & Wong, 2010) จากนั้นพยาบาลทบทวนและทดลองฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด การฝึกเผชิญปัญหา และสร้างสัญญาร่วมกันในการมุ่งมั่นที่จะดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ในขั้นตอนนี้พยาบาลใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 7: การสรุปและประเมินผล

วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้เพื่อสร้างเสริมกำลังใจ ความมุ่งมั่น ความตั้งใจที่จะร่วมมือกันเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและยั่งยืน รวมถึงการเสนอแนะแหล่งความรู้เกี่ยวกับการใช้เครือข่ายบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

การสรุป: ขั้นตอนนี้เป็นการสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมการบำบัดครอบครัวทั้งหมด รวมถึงการอภิปรายถึงแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือมีปัญหาต่อไป พยาบาลทบทวนให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และวางแผนและตกลงร่วมกัน หรือให้สัญญาต่อกันว่า จะนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติ ในช่วงเวลานี้อาจเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้พูด ได้ระบายความรู้สึกที่ดีๆ และความประทับใจต่อกัน อาจจัดให้มีกิจกรรมสร้างสรรค์อำลาเพื่อสร้างความรู้สึกละมุนและบรรยากาศที่ดีต่อกัน

การประเมินผล: ในการประเมินผลพยาบาลอาจประเมินภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละครั้ง ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด บางกิจกรรมสมาชิกอาจต้องการเวลาเพิ่ม เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีลักษณะแตกต่างกัน พยาบาลพิจารณาตามความเหมาะสม ถึงความต้องการของแต่ละครอบครัว เช่นบางครอบครัว

มีปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ หรือโครงสร้าง ครอบครัวยังไม่ชัดเจน หรือมีปัญหาการแสดงออก ทางอารมณ์ที่มากเกินไป อาจต้องการเวลาในการ ฝึกเพิ่ม บางครอบครัวอาจต้องการความรู้บางเรื่อง ที่จำเป็นพยาบาลสามารถจัดหาเอกสาร หรือ เสนอแนะแหล่งความรู้หรือเครือข่ายเพิ่มเติมได้ ตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุด กิจกรรมการบำบัดครอบครัว สิ่งที่ประเมินได้ ชัดเจนก็คือ สมาชิกในครอบครัว มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วยทางจิต การสังเกต อาการ เข้าใจวิธีการดูแลตนเองและผู้ป่วย มีความ รู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าในบทบาทหน้าที่ของตนใน ครอบครัวดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ถูกต้องและ ผลที่ได้รับก็คือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำและอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมี ความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินการบำบัดครอบครัว

ผู้นำในการบำบัด คือผู้ที่ได้รับการศึกษา และฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่ ได้รับการอบรมด้าน การใช้เทคนิคสัมพันธภาพ สัมพันธภาพบำบัด การสอน การให้คำปรึกษา การจัดการกับความเครียด หรือผู้ที่ทำงานด้าน ครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมมาโดยตรง สามารถประยุกต์แนวคิดและหลักการของการ บำบัดครอบครัวได้ โดยดำเนินการตามหลักการ และขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยใช้ สัมพันธภาพในการประเมิน การวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและการจัดการที่สภาพปัญหาอย่างเหมาะสม ในการปฏิบัติการบำบัดครอบครัว การปฏิบัติ สามารถปฏิบัติกับครอบครัวได้หลายรูปแบบเช่น การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาล เมื่อแรกรับ

การพบผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล การเตรียม ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน การบำบัดครอบครัว การดำเนินการดังกล่าว เป็นการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลได้ดังนี้ (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร และ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554; Hegde, Rao, & Raguram, 2007)

1. การประเมินสภาพ (assessment) ใน ขั้นแรก ควรประเมินสภาพปัญหาและความ ต้องการการช่วยเหลือว่าครอบครัวผู้รับการบำบัด มีปัญหาใดเกิดขึ้น โดยพยาบาลใช้เทคนิคการสร้าง สัมพันธภาพและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการประเมินสาเหตุของปัญหา ความรุนแรงของ ปัญหา ข้อมูลที่ต้องรวบรวม ผู้บำบัดจะทำการ รวบรวมข้อมูลผู้มีปัญหาจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อ ประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้อง ทั้งของผู้มีปัญหา และครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ ทราบถึงข้อมูลต่างๆ อย่างชัดเจน พยาบาลอาจใช้ แนวทางการประเมินสภาพปัญหาได้ ดังนี้

- ประวัติทางด้านสุขภาพ การใช้ยา รวมถึงสารเสพติด สภาพปัญหาสุขภาพจิตและ การดูแลตนเอง
- พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ในภาวะปกติและยามที่เกิดปัญหา และสัมพันธ- ภาพ ของบุคคลในครอบครัว
- ค่านิยมและบทบาทของสมาชิก ในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวใน ครอบครัว
- พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และประวัติ การทำร้ายตนเองในครอบครัว
- พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ที่ปฏิบัติต่อกัน การแสดงออกทางอารมณ์ของ

สมาชิกในครอบครัว

- ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดวิกฤต แล้วครอบครัวทำอย่างไร

- เอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกัน

- จุดแข็งจุดอ่อนของสมาชิกในครอบครัวเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบำบัดแต่ละขั้นตอน

ข้อมูลเหล่านี้ จะทำให้พยาบาลเข้าใจ ถึงปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางในการวางแผนบำบัดได้ตรงประเด็น

2. การวินิจฉัยปัญหา ระบุประเด็นปัญหาสาเหตุ และลำดับความสำคัญของปัญหาว่ามีปัญหาอะไรเร่งด่วนปัญหารองและปัญหาระยะยาว เพื่อสามารถกำหนดกิจกรรมและวางแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

3. การวางแผน พยาบาลกำหนดเป้าหมายกิจกรรม รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตามสภาพปัญหาเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม ทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว โดยกำหนดกิจกรรมของแต่ละแผนได้อย่างเหมาะสม ในการกำหนดกิจกรรมทุกกิจกรรมควรมีเป้าหมายที่ชัดเจนไว้ด้วย เพื่อสามารถประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพแผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมนั้นควรพิจารณาในขั้นตอนที่ 3 ว่าในครอบครัวมีปัญหาอะไรสำคัญ ต้องดำเนินการก่อนหลังสามารถปรับบางขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาความพร้อมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแต่ขั้นตอนที่สำคัญที่จะต้องคำนึงถึงสร้างสัมพันธภาพ ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดีและพร้อมที่จะร่วมมือกันอย่าง

ต่อเนื่อง

4. การปฏิบัติการบำบัด การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลจิตเวชถือว่าได้เริ่มตั้งแต่ระยะแรกแล้ว โดยการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตั้งแต่ขั้นประเมินขั้นเปิดใจ และขั้นให้คำปรึกษาไปแล้วในขั้นนี้ เป็นขั้นที่พยาบาลใช้เทคนิคการให้ความรู้ เช่น การสอนแบบเป็นกลุ่ม การสอนแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ เข้าใจ เห็นความสำคัญของข้อมูลที่ควรทราบ จากนั้น พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ ตามความเหมาะสมตามแนวคิดและหลักการในขั้นตอนที่ 4-7

5. การประเมินผล ในการประเมินผลของการดำเนินกิจกรรมการบำบัดครอบครัว เน้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตอนแรก ว่าการทำการบำบัดครอบครัวต้องการผลลัพธ์อะไร แต่อย่างน้อยการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ควรบรรลุวัตถุประสงค์หลักของแต่ละขั้นตอน เช่น ขั้นตอนแรกเน้นสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์ก็คือสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ขั้นที่ 2 เน้นการเข้าใจและรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประเมินว่า ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และยอมรับสภาพปัญหาของตนเพียงใด ขั้นตอนที่ 3 เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล ก็สามารถวัดความรู้และการดูแลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ ขั้นที่ 4 เน้นการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาความเครียดและการแสดงทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ก็สามารถวัด ทักษะการจัดการกับปัญหาการจัดการกับความเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมได้ รวมถึงขั้นที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจ ก็สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัวมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่

เมื่อพยาบาลได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจนเสร็จสิ้นแล้ว พยาบาลสามารถประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรมที่กำหนดไว้ เช่น กำหนดว่าจะจัดกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย หรือเพื่อสร้างเสริมครอบครัวในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข พยาบาลควรพิจารณาหาเครื่องมือที่เหมาะสมมาประเมิน แต่จะต้องให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสใช้ชีวิตร่วมกันสักระยะเวลาหนึ่ง อาจใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม จึงค่อยประเมิน ก็จะสามารถเน้นไปที่ผลลัพธ์สุดท้ายได้เช่นกัน

ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัว

ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัวนั้น มีข้อมูลหลักฐานยืนยัน ว่าได้ผลหลากหลาย ดังนี้ (นภาพร ฝั่งเกศสุนทร และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554; Hegde, Rao, & Raguram, 2007; Wai-Tong, Chan, & Morrissey, 2007; Kuipers, 2006; Shirkey, Amy, Lisa, Dixon, & Noosha, 2006)

1. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน สมาชิกมีความเข้าใจ ความเห็นใจ และความรู้สึกที่ดีต่อกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความมุ่งมั่น และร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

2. สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. สมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการ

จัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมาชิกสามารถสื่อสาร และแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม รวมถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเป็นสุข

4. สมาชิกในครอบครัว มีกำลังใจ ร่วมมือการรักษา ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวในทางสร้างสรรค์มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. ลดอาการกำเริบ (relapse) ลดการป่วยซ้ำ (readmission) และลดความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการบำบัดครอบครัว

การบำบัดครอบครัวนั้น นอกจากพยาบาล จะใช้หลักการและเทคนิคในขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวแล้ว สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงเป็นพิเศษ ก็คือ การแสดงท่าทีของพยาบาล (นภาพร ฝั่งเกศสุนทร และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ควรเน้น ดังนี้

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเข้าใจ และความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยา ท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2. การแสดงความชื่นชม (positive remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดีต่อ คำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้น

3. การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับมือกับความเลวร้ายของปัญหา การเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่ง

ของความรูสึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแรงนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

4. การสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการเพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว โดยพยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระทางวิชาชีพ การบำบัดครอบครัวมีเป้าหมายมิใช่เพียงเพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว เน้นสัมพันธ์ทางของสมาชิกในครอบครัว การสอน การให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการปรับตัว การเผชิญปัญหา การจัดการกับความขัดแย้งในครอบครัว การจัดโอกาสให้ครอบครัวยอมรับในความแตกต่างและพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน จัดการให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ติดต่อกันด้วยดี ดังนั้นในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการบำบัดครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ให้การบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคในการสื่อสารและปฏิบัติการ เพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถ ลดความเครียด ความรู้สึกละอายใจ ลด

การเจ็บป่วยทางจิตเวช พัฒนาความสามารถในการปรับตัว การเผชิญปัญหา และการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

การบำบัดครอบครัวดังกล่าวข้างต้นนี้ พยาบาลสามารถนำเทคนิคและวิธีการต่างๆ ไปใช้ในการพยาบาลกับผู้ป่วยได้ทุกกรณี ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพการณ์สภาพปัญหาตามความเหมาะสม ใช้ความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของพยาบาลที่ปฏิบัติ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสอนแบบสนับสนุน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ฯลฯ โดยพยาบาลสามารถพัฒนาตนเองได้ตามความเหมาะสม และวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละกิจกรรม ได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 51-56.

นภาพรณ เหลืองมงคลไชย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 69-81.

เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา
วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
อรพรรณ ลือบุญรัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย.
(2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคม
สำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- Barrowclough, C. & Lobban, F. (2007). Family
interventions. In K. Mueser & D. V. Jeste
(Eds.), *The Clinical Handbook of
Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Corrigan, P. W. (1997). *The construct validity of
empowerment among consumers of
mental health service*. Chicago: University
of Chicago Center of Psychiatric
Rehabilitation.
- Dixon, L., & Lehman, A. (1995). Family inter-
ventions for schizophrenia. *Schizophrenia
Bulletin*, 21, 631-643.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment
in mothers of chronically ill children. *Journal
of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007).
Integrated psychological intervention for
schizophrenia. *International Journal of
Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 5-18.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in
schizophrenia: evidence for efficacy and
proposed mechanisms of change. *Journal
of Family Therapy*, 28(1), 73-80.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Psychological
stress and the coping process*. New York:
Springer.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family
therapy techniques*. Cambridge, MA.:
Harvard University Press.
- Moller-Leimkühler, A. M. (2005). Burden of
relatives and predictors of burden. Baseline
results from the Munich 5-year-follow-up
study on relatives of first hospitalized
patients with schizophrenia or depression.
*European Archives of Psychiatry and
Clinical Neuroscience*, 255(4), 223-231.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong,
W. (2010). Family intervention for
schizophrenia. *The Cochrane Database
of Systematic Reviews*, 8(12). doi: 10.1002/
14651858.CD000088.pub3
- Shirkey, M., Amy, N., Liza, B., Dixon, L., & Noosha,
N. (2006) The potential impact of the
recovery movement on family interventions
for schizophrenia: Opportunities and
obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3),
451-463.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of
individuals with schizophrenia: Maximizing
outcomes or their relatives. *Disease
Management and Health Outcomes*, 8(4),
211-221.
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., & Morrissey, J.
(2007). The perceived burden among
Chinese family caregivers of people with
schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*,
16(6), 1151-1161.

Wuerker, A. K., Haas, G. L., & Bellack, A. S. (2001).
Interpersonal control and expressed emotion
in families of persons with schizophrenia:
Change over time. *Schizophrenia Bulletin*,
27(4), 671-685.