

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 1.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 1.5 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา
 - 2.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว
 - 2.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ปววัยสูงอายุอาจเกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นกลุ่มอาการอารมณ์เศร้า กังวล หงุดหงิด หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยทั่วไปถ้าผู้ปววัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา จะเกิดอาการในลักษณะกลุ่มอาการทางคลินิกและเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจึงจัดเป็นโรคหนึ่งทางจิตเวช ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้ปววัยสูงอายุที่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2541) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 1 อย่างคือ อารมณ์เศร้า หรือหมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ 5 อย่าง หรือมากกว่า ได้แก่ (1) อารมณ์เศร้า (2) หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ (3) เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานจุ และน้ำหนักเพิ่ม (4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก (5) ความคิดและการเคลื่อนไหว เชื่องช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย (6) อ่อนเพลียง่ายหรือไม่มีแรง (7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากผิดปกติ (8) สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ (9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้า ว่ามีลักษณะสำคัญของโรคคือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียง่าย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบื้อชีวิต และอาการต่างๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือ การเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และทางความคิดกังวล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ศิริพร จีรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มีความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1.นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง 2. นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลียง่าย เฝียซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ หรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย 3. นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้น หมายถึง ภาวะซึมเศร้าหรือ อาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และเป็น

ความผิดปกติทางจิตเวชซึ่ง จัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนดูตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมา Beck และคณะ (Beck et al., 1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่า เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในลักษณะเนื้อหาของความคิดซึ่งเป็นไปในทางลบทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา

สุวนีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว (2543) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกันมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมกมุ่นตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

Isaacs(2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าคือ อารมณ์รู้สึกผิด รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง ไม่มีประโยชน์และสิ้นหวัง

Tucker, Sharon, Brust,Susan and Richardson(2002) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เหม่ขาดความมั่นใจในสิ่งแวดล้อม

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายตามมา โดยจะมีความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิด เบื่อชีวิต ท้อแท้ หมดหวังรู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย ซึ่ง มีความ รุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อ ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิต ประจำวันอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

1.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

โดยส่วนใหญ่ มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน สามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ 3 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม (จอม สุวรรณโน, 2541 และ สุวนีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว, 2540)

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไป มักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย และมักเป็นโรค และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (Bruce, 2002; Gottfries, 2001; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002)

จากการศึกษาของสรวุฒิ พิมพากรณ์ และสุวรรณณี เรื่องเคช (2540) การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้อธิบายเหตุผลไว้ 4 ประการคือ

1) เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุแบกรับภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการซ้ำเติมการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ รู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว

2) โรคทางกายทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเนื่องจากอายุมากแล้ว ประกอบอาชีพไม่ได้ ว่างาน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาคคนในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) โรคทางกายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้กำลังกาย การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น

4) ในแง่ชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขณะทำการล้างไต ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก จนมีพยาธิสภาพในสมอง โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดเนื้อตายและการฝ่อของรอยแยกในสมอง รวมถึงเกิดจากผลของการหยุดใช้ยา ซึ่งได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับ

1.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดินและการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีแสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ทำให้รู้สึกพึง

พอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ส่งผลให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจ ให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการ แก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดีตามมาในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ (Ruigomez, & Martin, 2002) ด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการรักษาตัว ยาวนาน ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร่วมด้วยย่อมจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของ ร่างกาย โดยเฉพาะส่งผลมีจิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกด้อย คุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสนใจคือกิจกรรมรอบตัว น้อยลง แยกตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ ทำให้คิดซ้ำๆ และมีความคิดทำร้าย ตัวเอง (บุญพา ณ นคร, 2545)

2 ปัจจัยด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

2.1 ความสำเร็จตามเป้าหมาย ในเรื่องความสำเร็จตามเป้าหมายนั้นสามารถอธิบาย ได้ด้วยทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุของอีริกสัน (Erikson, 1963 อ้างตาม สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2542) ที่กล่าวว่า การเผชิญหน้ากับช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ จะเป็น อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา ฉะนั้นถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นดำเนินมาด้วยดีในบั้นปลาย จะมีความสุขกายสบายใจอย่างสมบูรณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตและพร้อมที่จะจากไปอย่างกล้าหาญ ตรงข้ามกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีช่วงชีวิตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จก็จะเศร้าหมอง รู้สึกว่าตนเอง ผิดพลาด ล้มเหลว หดหู่ใจ กลัวความตายที่จะต้องเผชิญในวันข้างหน้าและอยู่ต่อไปอย่างไม่เป็นสุข ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ นั่นคือ ความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มี อัตมโนทัศน์ (self-esteem) ที่ดีต่อตนเองนั่นเอง เช่น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เมื่อได้ระลึกถึง ประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งด้านส่วนตัว ด้านการทำงานที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดี ตามมา แต่ถ้าบุคคลใดไม่เคยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประสบแต่ความล้มเหลวจะ ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ ผู้ป่วยเกิด การรับรู้หรือเข้าใจ โดยมีการแปลความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่ง ที่คุกคามต่อตนเอง แต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมี ผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ในระดับที่แตกต่างกัน มักจะประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบคร้ว และสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายและความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิด ทัศนคติของแต่ละคนด้วย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมหรือ กระทำการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

2.3 ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ความรู้สึกหมดหนทางเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ทำงานล้มเหลว ถูกออกจางาน เป็นต้น

2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรือสังเกตได้ แต่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จอม สุวรรณโณ, 2541)

3 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพอันดีกับครอบครัว เพื่อน และสังคม สัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่มาดูแลนับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ การส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลือซึ่งผู้ป่วยในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (อังกริยากรณ์ สุพิชญ์, 2546) นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่า การสนับสนุนครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อลดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้นเป็นตัวป้องกัน และลดความเครียด (Buffer) ที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับ ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม มีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมตลอดจนได้รับข้อมูลต่างๆที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้องช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง และความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนรับรู้และเข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546)

ดังนั้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจได้

3.2 การทำงาน หรือปฏิบัติการกิจต่างๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลงหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองหรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหารือ หรือช่วยเหลือบุตรหลาน หรือแม้แต่ทำงานบ้าน นั่นคือการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยนั่นเอง เห็นได้จากการศึกษาของสรวิณี สังข์รัมย์ และคณะ (2540) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำงานมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

1.4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

อรพรรณ ทองแดง (2542: 233) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พิจารณาจากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความ

แปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีรายละเอียดดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำห็นตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบี้ยวไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น แล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างการให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มึอารมณ์หรือสิ่งแวดลอมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดลอมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่าย เก็บบดลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดลอมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดลอม เฉยชา

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ฟังพาสื่ออื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเอง หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้า ตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

1.5. การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

ปราโมทย์ สุทธิชัยและคณะ (2542) กล่าวว่า ในบำบัดรักษาในกลุ่มสมาชิกแบ่งออกเป็นกรให้ยา เป็นการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาด้านเศร้า เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการให้ยาอย่างเดียว การบำบัดรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการรักษาอีกทางหนึ่งที่ทำให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ได้ผลดีในการรักษา การทำจิตบำบัดเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับ

ความสุขเสีย ความสิ้นหวัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การใช้จิตบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งสามารถประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม ในกลุ่มจิตบำบัดก็มีหลายประเภท แต่ที่เหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ที่มีการซึมเศร้า คือ

5.1 การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้อื่น มุ่งให้เกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งด้านจิตใจ

5.2 การบำบัดโดยปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) ซึ่งเชื่อกันว่าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษามุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

5.3 การบำบัดโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcement therapy) เป็นเทคนิคการใช้พฤติกรรมเพื่อกำหนดหรือแก้ไขรูปแบบของพฤติกรรม ความคิดที่เข้าใจผิดๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นในทางลบ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

5.4 การบำบัดทางจิตระยะสั้น (Short-term psychotherapy) หลักการเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตแต่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน ผู้รักษามีส่วนช่วยในการสืบค้นความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองบางส่วนที่เป็นปัญหา

5.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) อาจทำเมื่อความตึงเครียดอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือโดยเกิดความร่วมมือระหว่างวัยสูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้า ครอบครัว และผู้บำบัด

จากการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดที่เชื่อว่าจะได้ผลดีต่อภาวะซึมเศร้า คือ การทำ Family therapy, Psychodynamic psychotherapy, Cognitive behavior therapy ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ Family counseling therapy หรือการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้ทบทวน วิเคราะห์บทบาท และเปิดเผยตนเองหรือปัญหาความคับข้องใจให้สมาชิกในครอบครัวทราบ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาาร่วมกันทั้งหมด ทำให้สูงอายุตระหนักในการมีคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และเกิดความรู้สึกรับเพิ่มคุณค่าของตนเอง

1.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชน และกลุ่มวัยรุ่น มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่างๆดังนี้

1. Hamilton Rating Scale for Depression สร้างขึ้นโดย Hamilton ในปี ค.ศ.1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบ

ประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดย ซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

4. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติ และอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ใน

ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

5. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage, et.al.) อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสราน นามเดช, 2539: 35)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษารอบครัว ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบครัว

การให้คำปรึกษารอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ que เริ่มขึ้นปี ค.ศ 1950 (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542) เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากที่มีการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคลต่อมามีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนาบุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษารอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมอันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่าง

สูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษา พบว่ามีผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวคือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้าร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นแนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ ภายใน ” ตัวบุคคล และต้องแก้ไขเฉพาะบุคคลนั้นจิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ ภายนอก ” ตัวบุคคล คือที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2545) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการนำเอาบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาดูแลผู้ป่วย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในสภาพปัญหาของตน และเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน เปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวจากที่เคยสูญเสียบทบาทหน้าที่ ให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม พัฒนาพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและตัวของผู้ป่วย โดยเป็นกระบวนการที่ทำให้ครอบครัวได้รับรู้ปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การบำบัด

2.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด กล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ การสร้างรูปแบบของครอบครัวใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่ารูปแบบเดิม ซึ่งจะทำ

หน้าที่เชี่ยวชาญรักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้

2.3 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ

2.3.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัดแต่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษาก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำคือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษา กลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

2.3.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่างทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำถามอยู่ใน การแก้ปัญหาที่เคยกระทำนั้นได้ผลหรือไม่ถ้ามีปัญหาหลายอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2.3.3 พงษ์ถึงปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมงปฏิสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่าปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าว มักไม่เหมาะสมผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องฟังถึงที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าฟังถึงที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย-แม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

2.3.4 ช่วยให้อครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้อครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่ฟังถึงไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้อครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใด หรือให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้นจะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอนไม่เสียเวลา และการแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

2.3.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก ขาดเครือข่ายระดับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่น ๆ การให้คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

1) ระยะสั้น : สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่หนึ่งคือ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2 คือ วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และประการที่ 3 คือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้งถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) ระยะกลาง : ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษา ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น แล้วเวลาส่วนใหญ่จะใช้ไปในการแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตัวเองในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

3) ระยะสุดท้าย : ในระยะนี้ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอ คือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอ และแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเองไม่ได้การให้คำปรึกษาครอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้วอาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2) Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

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

2.4.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoalytic Family Therapy) บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือแอคเคอร์แมน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) Ackerman เป็นจิตแพทย์เด็กได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก ได้นำแนวคิดของฟรอยด์มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นหลักการที่ว่า ทำอย่างไรจึงจะให้สมาชิกเข้าใจปัญหาภายในใจของแต่ละคนเพื่อสร้างความสัมพันธ์อย่างมีความหมาย ให้เกิดพลังงูใจในชีวิต มุ่งให้สมาชิกในครอบครัวมีรูปแบบพัฒนาการติดต่อสื่อสาร การแก้ไขความขัดแย้งภายในใจ และทดลองสวมบทบาทของแต่ละคนของสมาชิกในครอบครัว

Ackerman กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว (interpersonal conflict) เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ใน ความ ความขัดแย้งของตนเอง และช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวของโบเวน (Bowen Family Therapy) เมอร์เร่ โบเวน และไมเคิล เคอร์ (Murray Bowen และ Micheal Kerr) เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบโบเวนเชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัว จากอดีตจนถึงปัจจุบันเป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรม และสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้งสมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเอง และมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

2.4.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบเน้นโครงสร้าง (Structural Family Counseling) ผู้นำทฤษฎีก็คือ มินูชิน (Minuchin, 1974) มินูชิน เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) โครงสร้างของครอบครัวมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆเป็นประจำ และเป็นแบบแผนของครอบครัวนั้นจะประกอบด้วยกฎเกณฑ์ของระเบียบต่างๆ ที่ครอบครัวต้องยึดเป็นแนวปฏิบัติ ระบบย่อยของครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดระบบย่อย เช่น ระบบสามีภรรยา ระบบพ่อแม่ และระบบพี่น้อง ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาขึ้น จะทำอย่างไร สมาชิกในครอบครัวจึงจะมีการปรับเปลี่ยน หรือกำหนดบทบาทตามโครงสร้างครอบครัวให้เกิดภาวะสมดุล เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การสร้างมุมมองใหม่ การแสดงบทบาทและการปรับให้เหมาะสม การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง หรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาเป้าหมายของครอบครัวบำบัด กลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

ครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) เน้นที่

1. ปัจจุบันและอนาคตการประเมินและการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่กับปัจจุบันที่นี่ และเดี๋ยวนี้ (here and now)
2. การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม
3. เหตุและผลมีการกระทบกันอย่างเป็นระบบ (reciprocal nature of systemic causality) เช่นพฤติกรรมของคนมีผลกระทบและถูกกระทบโดยระบบสังคมที่เขาอยู่
4. การให้ความสำคัญของกระบวนการ (process) เช่นวิธีการสื่อสาร หรือกระบวนการติดต่อสื่อสาร มากกว่าเนื้อหาคำพูด (content)
5. ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอมซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่งสมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่ง (Parts) หรือหน่วยหนึ่งในครอบครัวทั้งหมดโดยรวม (whole)

2.4.4 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มประสบการณ์นิยม (Experiential Family Counseling) ผู้นำคนสำคัญคือ Carl Whitaker และ Virginia Satir มีความเชื่อว่า บุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้น การไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ก่อให้เกิดปัญหาใน

ครอบครัว และมีแนวคิดว่าคุณค่าของการเลือกดำเนินชีวิตตามหลักของนักมนุษยนิยม สมาชิกในครอบครัวต้องมีทักษะสร้างการตระหนักรู้ และปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นที่การเปลี่ยนแปลงบรรยากาศทางบวกให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น การเพิ่มทักษะไวต่อการรับรู้ การรับรู้ความรู้สึกและการยอมรับ สร้างความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เน้นที่นี้และปัจจุบันนี้ (Here and Now)
2. อีสรภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล
3. การตระหนักถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง
4. การทำให้ตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้
5. ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว
6. ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกันมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคแบบ gestalt

การสมมุติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะเป็นต้น

2.5.5 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวแนวแอดเลอร์เรีย (Adlerian Family Counseling) เจ้าของทฤษฎีคือ Alfred Adler เสนอว่า สมาชิกแต่ละคนมีความรับผิดชอบ มีเอกลักษณ์เฉพาะตนและมีวิถีชีวิตเป็นของตนเอง ในบางครั้งอาจมีปมด้อยจนทำให้อาจมีพฤติกรรมล้มเหลว จึงต้องมีการสร้างสัมพันธ์ระหว่าง พ่อ แม่ และลูก บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจได้ถึงการเปลี่ยนแปลงในปัญหาที่เกิดขึ้น กล่าวที่จะเผชิญกับปัญหาและสร้างวินัยในครอบครัว ควรพยายามใช้เทคนิคสนับสนุนการให้กำลังใจ ทักษะการคิดแบบตรรกวิทยา และทักษะการสื่อสาร

2.5.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลยุทธ์ (Strategic Family Counseling) ผู้นำคนสำคัญคือ Jay Haley และ Cole Maetanes แนวคิดที่สำคัญคือ เน้นระยะเวลาสั้น และความชัดเจนของปัญหามากกว่าเวลา ให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารมาก บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ควรมีการสอนทักษะใหม่ๆ เช่น ทักษะการให้ และทักษะในการทำสิ่งตรงกันข้าม ตัวอย่างเช่น กรณีที่สามีไม่เคยชมภรรยาเลยจะต้องมีการฝึกปฏิบัติให้ชมภรรยาวันละ 10 นาทีทุกวัน

2.5.7 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบยุคหลังสมัยใหม่ หรือปฏิรูปสังคม (postmodern or Social Constructionist Trends in Family Counseling) ผู้นำแนวคิดนี้คือ Bitter and Corly เสนอว่ากระบวนการใหม่ในการให้คำปรึกษาควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน สภาพสังคมมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสาร สมาชิกในครอบครัวควรมีการสื่อสารระบบสองทาง ดังนั้นเราควรแก้ปัญหาในการสร้างบทสนทนาใหม่เพื่อแก้ปัญหา

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) และครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family)

ครอบครัวที่ปกติสุข (function family) มีโครงสร้างของครอบครัวที่ชัดเจนเหมาะสม และสมาชิกในครอบครัวปรับตัวได้ดี ความต้องการของทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจ

ครอบครัวที่ไม่ปกติสุข (dysfunction family) เกิดขึ้นเมื่อ มีความเครียดและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ทำให้ความต้องการของทุกคนในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองซึ่งมักจะทำให้เกิดอาการป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว

2.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้ศึกษาจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural family therapy ดังต่อไปนี้คือ

2.5.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าใจครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะมีความสุข ความทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว

1. พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำให้ตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ

2. ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3. สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จ ก็ควรแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวังต้องการได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะแก้ปัญหาต่อไป

4. join สมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

5. วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้งกัน

เมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join กับทั้งสองคนให้สมดุลกัน

6. อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ไม่ว่าจะป่อก แม่ ผู้ป่วย หรือสมาชิกคนอื่น ครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอก และภายในครอบครัวด้วยกันเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ และยินดีต้อนรับครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

7. อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่วข้องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดแต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

2.5.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษาข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลานานเท่าใด ใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้งเป็นเวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

1. ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มต้นแล้ว
2. ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกว่าการให้คำปรึกษาจะไม่มีวันสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น
3. เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไร และผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทอย่างไรอย่างชัดเจนไม่เกิดความสับสน

2.5.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน ครอบครัวต้องตกลงกับผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในครอบครัวบ้างหลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

1. ช่วยให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษาครอบครัวการตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะครอบครัวที่รู้ว่าต้องการอะไรนั้น จะรู้ว่าต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวปรึกษาหารือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ การพยายามตกลงกันจะทำให้ครอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น

2. ต้องให้ครอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมาย และเป็นเจ้าของเป้าหมายนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเป้าหมายเอง ไม่ใช่คิดแทนครอบครัว

เป้าหมายของครอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมาย ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการประเมินครอบครัว ถ้าเป้าหมายของครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้ครอบครัวเข้าใจก่อน

3. เป้าหมายที่ดี ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ เช่น เป้าหมายไม่ควรเป็น “เพื่อให้ลูกเป็นเด็กดี” เพราะคำว่า “ดี” เป็นนามธรรม ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ นอกจากนี้ความหมายยังแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว นอกจากนี้ในเด็กเล็กถ้าตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน เด็กอาจไม่เข้าใจว่าพ่อแม่คาดหวังว่าให้ตนทำอะไร ฉะนั้นเป้าหมายควรเป็นสิ่งที่ชัดเจนวัดได้และประเมิน ไม่กว้างเกินไป แต่มีขอบข่ายชัดเจนว่าต้องการให้เกิดอะไร ที่ไหน เมื่อไร

4. ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการบำบัดก้าวหน้าหรือไม่ เช่น แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้” ก็ควรตั้งว่า “ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวันตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม” เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้

5. ควรเป็นการตั้งเป้าหมายในเชิงบวกแทนที่จะเป็นเป้าหมายในเชิงลบ เช่น แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกไม่พูดหยาบคายกับพ่อแม่” ก็ตั้งเป้าว่า “ให้ลูกพูดไพเราะกับพ่อแม่” การเน้นพฤติกรรมเชิงบวกจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาทำสิ่งที่ดีได้และทุกคนให้โอกาสเขาเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ครอบครัวก็จะมีกำลังใจและมองผู้ป่วยในแง่ที่ดีขึ้น

6. เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขขึ้น” ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่าความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างมากมายแม้ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมากครอบครัว อาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่งนั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

7. เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและอะไรที่รอได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่รีบด่วน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องจัดให้มีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ นั้น เป็นเป้าหมายอันดับรองลงมา

8. ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาแต่ละระยะจะต้องประเมินว่า เป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องย้ำให้ครอบครัว

ตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมายนั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

2.5.4 การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว คำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

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

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

2.1 ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

2.2 ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มิต่อกัน เช่น “พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

2.3 ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น “ความรู้สึกของคุณต่อกรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆอย่างไร ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

3. คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรรู้ใช้คำถามเปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสรภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเรื่องการเรียนของคุณให้ดีขึ้นสักนิดได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของคุณให้ฟังสักนิดซิคะ” ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสมเพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิด หรือเรื่องที่ง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่าต้องการรู้เรื่องอะไร

2.5.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมาย ที่ต้องการให้ผู้ให้คำปรึกษารับรู้แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็นหรือไม่ มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องพุ่งเล็งอยู่ที่ประเด็นสำคัญ ที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ “หลงทาง” สิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้า

บางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือปัญหามาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหาหลายประการ จึงเกิดความสับสนว่าจะอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียด โดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริงแต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

2.5.6 การทำให้กระจ่าง

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ “เติม” สิ่งที่ตนขาดไปให้เต็ม ดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงสื่อสารกันอย่างกระจ่างชัดจึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรง ๆ อาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือดึงออกไปในที่สุด ในช่วงเวลาให้คำปรึกษา เราจึงได้ยืมสามีภรรยากล่าวถึงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าตนเองต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้น กระจ่างชัดการทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าความรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็มีความชัดเจนว่า อีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

2.5.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึกต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของตนเองชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

2.5.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

หมายถึงการเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตแต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมกหมองและหาทางออกไม่ได้การ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหา หรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ผู้บำบัดจะ reframe อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้น ในช่วงเวลา การ reframe คล้ายคลึงกับการตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษามักจะ reframe ปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมกหมอง ซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าการแก้ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

2.5.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่เหมาะสมความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษาเชิงซ้ำและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะโดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

1. ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์ เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึงความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ
2. ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษสำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทนเพราะจะทำให้ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูดของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน
3. การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวมองไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้การกล่าวซ้ำ ๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้นโดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซงและทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

2.5.10 การท้าทาย

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

1. จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้วอย่าท้าทายบุคคล เพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้
2. การท้าทายครอบครัวจะได้ผล ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้นและตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่าครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดดีอะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา
3. การท้าทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่า ๆ ซึ่งไม่ได้ผล การท้าทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การท้าทายจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join

ที่ดีก็ จะต้องมีการทำทนายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็นการก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัว และดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการทำทนายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมั่นในส่วนของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2.5.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ การได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้นแล้วกลับไปทำที่บ้านได้ดีขึ้นถ้าได้ทดลองทำ

2.5.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่าง ระบบย่อยต่าง ๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร (Minuchin 1974) เช่น ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้ามาอยู่กับบุคคลนั้นมากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งกั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้นการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

2.5.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directing การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไรไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าคนรู้อะไร ๆ ดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่าควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

2.5.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมงโดยใช้เทคนิค enactment แล้วยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั่นเองเมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้างจุดมุ่งหมายของการบ้านนอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสียเวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยตนเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

2.5.15 เทคนิคการแสดงมุมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

Sculpting เป็นเทคนิคที่ให้ผู้มาชิกแสดงมุมมองของตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เห็นห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัดจะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง ๆ sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วยให้ครอบครัวสัมผัสกับความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าจะแทรกแซงอย่างไร

2.5.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

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

2.5.17 การควบคุมความรุนแรง

Control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่นั่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ไว้ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่าง เช่น ลูกที่ติดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธเพราะลูกทำผิดจริง และลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าพฤติกรรมของตนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธเพิ่มขึ้น

เรื่อย ๆ จนพอควบคุมตนเองไม่ได้แล้วทำร้ายลูกวิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาจใช้วิธีต่าง ๆ ดังนี้

1. ตัดบทก่อนที่จะมีการดำเนินคดีหรือมีอารมณ์โกรธมากขึ้น
2. ตั้งคำถามให้แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น เช่น อาจถามว่า “ตกลงเราจะแก้ปัญหาด้วยการดำเนินกันแบบนี้หรือ?”
3. ดึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้มาฟังเสียงอารมณ์อื่น ๆ ที่อยู่ลึกกว่า เช่น “เรื่องนี้คงเป็นภาวะที่น่าลำบากใจมากสำหรับทุกคน”
4. เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่ เช่น “ดิฉันขอให้คุณพูดทีละคน เมื่อคนหนึ่งพูดอีกคนหนึ่งต้องฟัง ไม่ใช่แข่งกันพูด”
5. ออกคำสั่งที่ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ ยิ่งครอบครัวมีอารมณ์รุนแรงมากเท่าใดผู้บำบัดต้องเข้าไปควบคุมมากเท่านั้น อย่างกลัวว่าจะเป็นการไม่สุภาพที่จะออกคำสั่ง บางครั้งการช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงก็จำเป็นต้องทำอย่างหนักแน่นและตรงไปตรงมา เพื่อตัดวงจรแห่งปัญหาให้สิ้นสุดลงก่อนที่จะมีการทำร้ายกันทางกายหรือทางวาจา

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มิมีปัญหาในบริบทของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัว ก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น (Goldenberg, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ซึ่งให้ความสำคัญในระดับครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์ และ รังสิยา นารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว กับผู้ให้คำปรึกษา ในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักต้องปรับ เปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย และในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วยถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณินี ไพบูลย์รัตนกร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อถึงคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย และความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การพยาบาลหมายถึงการให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้ ทักษะ ค่านิยมทางการพยาบาล สิ่งสำคัญต้องยึดหลักกระบวนการการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกรพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล เป็นสาระสำคัญของแนวคิดในการกำหนดทิศทางการพยาบาล คือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล

การประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

การให้พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

1. ระดับอาการซึมเศร้า โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1.1 อาการซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild depression)

1.2 อาการซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression)

1.3 อาการซึมเศร้า ระดับมาก (Sever depression)

2. ลักษณะอาการของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้า จะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะมีอาการร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ท้องผูก นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นช้ากว่าธรรมดา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ความต้องการทางเพศลดลง

2.2 การเปลี่ยนทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อถอย ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธ เกลียดกลัว หรือระแวงง่าย หงุดหงิดง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ และรู้สึกในชีวิตไม่มีสิ่งใดดีเลย

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ และการรับรู้ จะรู้สึกคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง จะคิดหมกมุ่นในสิ่งที่เป็นปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือตนเองได้ สมาธิลดลงขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหมดหวังในชีวิตหมดทางช่วยเหลือ อาจมีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง และกล่าวโทษผู้อื่น อาจมีความคิดเกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การแสดงออกความสนใจในสิ่งต่างๆ จะลดลง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มักจะเลิกดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพและการแต่งกายด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหวเปลี่ยนไป อาจเฉยเมย ทำอะไรช้า คิดช้าตัดสินใจไม่ได้ หรืออาจกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ อาจทำอะไรซ้ำๆ มักพูดซ้ำและมักจะถดถอย แยกตัวจากการสังคม

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเศร้าผิดปกติ มีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงและเป็นผลซึ่งกันและกัน อันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดงต่างๆเป็นผลจากไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ การเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาลโดยดูแลครบทุกขั้นตอนโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านต่อไปนี้

1. ด้านความคิดและการรับรู้ การรับรู้ตนเองในด้านต่างๆ เช่น ภาพลักษณ์ ภาวะภาคภูมิใจในตนเอง เอกลักษณ์ส่วนบุคคล ลักษณะอารมณ์ การเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง สำเนียง และจังหวะของการพูด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู้อยู่ในความเป็นจริง แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆแปรปรวนไปเนื่องจากอาการซึมเศร้า เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิดปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

2. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเอง แต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ภาวะภาคภูมิใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ

การวินิจฉัยทางการแพทย์

จะได้จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยในทุกๆด้านพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาคือต้องการความช่วยเหลือ เช่น นอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง หวาดกลัวบางสิ่งบางอย่างจนทำอะไรไม่ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติด หรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิด และสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้าและพยายามทำร้ายตนเอง ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลต่อไป

การวางแผนการปฏิบัติทางการแพทย์

การช่วยเหลือหลักมีเป้าหมายเพื่อลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีต่ออาการซึมเศร้าโดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ อาการที่สะท้อนว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้านั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งทางจิตใจในระดับของจิตใจต่ำนัก หรือผู้ป่วยเองก็อาจไม่เข้าใจว่าทำไมตนเองจึงเป็นอย่างนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเรื่องความขัดแย้งของจิตใจ และความหมายของอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมา อาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีแบบต่างๆกันแต่เป้าหมายในการพยาบาลคล้ายกัน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การซึมเศร้าของตนเองและฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า สิ่งที่ต้องให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ได้แก่ยอมรับสภาพอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพิ่มการรับรู้ตนเองถึงระดับของอาการซึมเศร้า ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้วิธีต่างๆที่จะทำให้ตนเองสงบเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการเผชิญปัญหา กำหนดเป้าหมายเป็น 2 ระยะคือ

1. เป้าหมายระยะสั้น ลดอาการซึมเศร้า จนถึงปกติ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้

2. เป้าหมายระยะยาว เน้นถึงการรู้เหตุและผลของอาการซึมเศร้า รู้วิธีการลดอาการซึมเศร้า ปรับบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ขจัดความขัดแย้งและบรรเทาประสบการณ์ที่เจ็บปวด

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ (American Psychiatric Nurse Association, 2000) ได้แก่

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับความสุขสบายและปลอดภัย

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเห็นอก เห็นใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้รับความสะดวกสลายในชีวิตประจำวัน
3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธ ของมีคม
5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้ตรงขนาด ตรงเวลา
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของอาการซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง
7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตาย ภายในสัปดาห์นี้” การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านพ้นจากอาการซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดย
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และมีประสบการณ์ มีความรู้และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น
 - 1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอัดอัด ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง
 - 1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับ การแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพูด
 - 1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทบทวนอาการซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เกิดความกระอักในประเด็นปัญหา หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปได้ดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทราบว่าอาการซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายเพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดอาการซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระบายความรู้สึก และวิธีที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และญาติทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียดเพื่อป้องกันและลดอาการซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ
2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการฉับววมและติดตามภาวะโภชนาการ
3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกดีขึ้น
4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง
5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง

ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ทักษะพื้นฐานที่สำคัญคือ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) จะเห็นว่าการบำบัดทางจิต (psychotherapy) จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพของผู้บำบัด ในการที่จะเอื้อให้ผู้ซึมเศร้าได้เกิดการเรียนรู้ปัญหาของตนเอง และเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หลายๆครั้งที่พยาบาลจิตเวชจะถูกมองว่าไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากนัก ส่วนใหญ่จะนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองจากผู้ร่วมงานภายนอกที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจ ในการบำบัดครั้งนี้ และการที่ไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดนั่นเอง นอกจากนี้ทักษะการตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิตเป็นอีกทักษะหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชขั้นสูงควรมีเพื่อประโยชน์ในการให้การบำบัดรักษาเบื้องต้น ตลอดจนทักษะในการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัด Jones (1998) อ้างในสำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ (2547) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการได้รับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

1. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษา สามารถลดอาการซึมเศร้า ลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือ การพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญ ปัญหา สามารถเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมี ประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิตที่เกิดขึ้น

3. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือความรู้สึกที่พึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยลดการพึ่งยาและการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งส่งผลให้ลด ค่าใช้จ่ายในการรักษา การทำกิจกรรมกลุ่มลดขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย รวมถึงงบประมาณของประเทศชาติระยะยาว

การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีประเด็นสำคัญอยู่ 3 ประเด็น (สมิตรา สิ้นศรีธรมานะ, 2546) ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีการส่งเสริมสุขภาพนั้นต้อง เกิดการรับรู้ว่าตนเองต้องการมีสุขภาพดี โดยการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพและการเริ่ม เรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 การให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีแล้วการดูแลสุขภาพ เริ่มด้วยการให้ ความหมายของสุขภาพดีและการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1.1.1 ความหมายของสุขภาพดี ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดีใน 3 ลักษณะดังนี้

1) การมีร่างกายแข็งแรง แต่มิได้ต้องการให้มีความแข็งแรง เท่ากับคนวัยหนุ่มสาวหากเพียงต้องการให้ร่างกายยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ไม่เจ็บป่วยมากขึ้น โรคประจำตัวอยู่ในระยะสงบ ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยใดๆ

2) การไม่พึ่งพาคนอื่น คือ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ รวมทั้งสามารถเดินทางออกไปธุระได้ด้วยตนเอง

3) จิตใจสบาย คือ มีความสบายใจ ไม่หงุดหงิด เครียด ไม่คิดมาก โดยผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติเพื่อให้จิตใจสบายหลายวิธี เช่น การทำบุญไหว้พระ การท่องเที่ยว พบเพื่อน ไม่คิดหมกมุ่น ไม่ต้องกังวลด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น

1.1.2 การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีจึงเป็นการเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใน 3 ลักษณะดังนี้

1) การปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

2) การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกับเพื่อนในวัยเดียวกันเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3) การเกิดผลดีต่อชีวิต ผู้สูงอายุให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้มีจิตใจเบิกบาน ร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่เมื่อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นภาระของใคร และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1.2.1 เมื่อประสบปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น

1.2.2 หาวิธีสร้างความสุขให้ตนเอง โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณเองไม่มีปัญหาด้านสุขภาพแต่มีเวลาว่างมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องประกอบกิจกรรมเดิมซึ่งเคยปฏิบัติก่อนเข้าวัยสูงอายุ เมื่อเกิดความเหงาเพื่อนหรือคนรู้จักมาชักชวนให้ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเกิดความคิดและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จึงเริ่มปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และต้องการมีสุขภาพดีแล้ว จะดำเนินกิจกรรมหรือรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดและความสามารถในการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุได้ค้นหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติหลากหลายวิธี ได้แก่

2.1.1 การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้สูงอายุพบว่า อาหารยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตจึงรับประทานอาหารแต่พออิ่ม เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อปลา ผัก สมุนไพรต่างๆ เป็นต้น

2.1.2 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเลือกชนิดและประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลา ความถี่ในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมุ่งหวังให้ร่างกายยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

2.1.3 การพักผ่อน คือการนอนหลับอย่างเพียงพอ และมีกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองสนใจทำ เช่น เลี้ยงสัตว์ ท่องเที่ยว อ่านหนังสือ เป็นต้น

2.1.4 การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือ ความสุขทางจิตใจ มีความสงบ มีการปล่อยวาง มีการคิดและปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าดี มีความคิดแบบอุเบกขา ใช้ปัญญาไตร่ตรอง เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นๆ ในขณะที่การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีหลักธรรมประจำใจ ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ไม่มีปัญหาทางครอบครัว จากการไม่มีความกังวลในการอยู่ร่วมกับครอบครัว

2.1.5 กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือการได้พบเพื่อน ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ กับเพื่อนวัยเดียวกัน ช่วยคลายเหงาและได้รับความรู้เพิ่ม

2.1.6 ปัจจัยสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เงิน ครอบครัว เพื่อน และการมีเวลามากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.7 การใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น การรับประทานสมุนไพร การนวดแผนไทย ระบบแพทย์ผสมผสาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 3 ด้าน คือ

2.2.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย บางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง

2.2.2 ผลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว ความวิตกกังวลต่างๆ ไม่สบายใจ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.2.3 การเดินทาง เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน ไม่สามารถเดินทางไปได้อย่างสะดวก หรือมีความยากลำบากในการเดินทาง

ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ หลังจากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว ย่อมได้รับผลดีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ประกอบด้วย

3.1 รู้สึกมีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย เป็นผลที่ผู้สูงอายุได้รับโดยตรงจากการส่งเสริมสุขภาพ ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงเกิดความสุขทางกายและส่งผลถึงจิตใจเช่นกัน

3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแข็งแรงไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล

3.3 ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ผลของการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถช่วยตนเอง และช่วยผู้อื่นได้ การทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกาย ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหารให้ผู้อื่นรับประทาน เป็นต้น

3.4 รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลจากการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรู้สึก ว่าตนเองมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจ สามารถทำประโยชน์ สามารถเรียนรู้ พัฒนาตนเอง มีความสำคัญ ไม่ใช่เพียงผู้สูงอายุที่ชราและไร้ค่าเท่านั้น

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นการพยาบาลที่ยึดหลักกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การเก็บข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536)

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถปรับตัวกับปัญหาในปัจจุบันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย
 - 1.1 สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
 - 1.2 เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายปัญหา สาเหตุ อาการซึมเศร้า
 - 1.3 แสดงท่าที ที่ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา
 - 1.4 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ โดยพยาบาลและผู้ป่วย ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ผู้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม
 - 1.5 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ให้การบำบัดทางจิตแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 เตรียมความพร้อมของพยาบาลและผู้ป่วยก่อนบำบัดทางจิต อธิบายให้ผู้ผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับการบำบัดทางจิต จัดเตรียมสถานที่ที่สงบเงียบเป็นส่วนตัว และเตรียมอุปกรณ์การ บันทึกลง
 - 2.2 อธิบายเกี่ยวกับการรักษา บทบาทหน้าที่ของพยาบาลและผู้ป่วย บอกกฎ กติกา เวลา สถานที่
 - 2.3 กระตุ้นผู้ป่วยให้พูดถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ประวัติเพื่อนำมาใช้ในการหา สาเหตุ และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหของผู้ป่วย
 - 2.4 สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
 - 2.5 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงผลดี ผลเสียก่อนการตัดสินใจกระทำ
 - 2.6 แนะนำแนวทางให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องชีวิตประจำวัน
 - 2.7 สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาลโดย ละเอียดทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต
3. ให้การบำบัดทางจิตเป็นกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 3.1 เตรียมผู้รักษาให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ
- 3.2 คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความสงบและมีความพร้อมที่จะเข้ากลุ่มๆ ละ 8-12 คน
- 3.3 เตรียมสถานที่ ห้องที่เป็นส่วนตัว จัดเก้าอี้ลักษณะวงกลม/วงรี
- 3.4 เตรียมอุปกรณ์การบันทึก
- 3.5 จัดแผนผังการนั่ง ผู้รักษานั่งสลับกับผู้ป่วย
- 3.6 ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและทีมผู้รักษาพร้อมเปิดกลุ่มสมาชิกแนะนำตัว
- 3.7 บอกวัตถุประสงค์และการทำกลุ่ม
- 3.8 ทีมผู้รักษากระตุ้นให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง เล่าปัญหาของตนเองให้สมาชิก
ผู้อื่นฟังและแสดงความคิดเห็น แนะนำวิธีการแก้ปัญหาให้กำลังใจ
- 3.9 สรุปผลการบำบัดทางจิตเป็นกลุ่มทุกครั้งก่อนปิดประชุม
- 3.10 ทีมผู้รักษาสรุปผลการทำจิตบำบัดและวางแผนการรักษาพยาบาลต่อไป
- 3.11 สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาลโดย
ละเอียดทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไว้วางใจยอมรับการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม
4. ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพและพึงพอใจ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายลดลง โดยมีกิจกรรม
พยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการหรือปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ โดยใช้
กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกายตามอาการ
3. พุดคุยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและการ
เจ็บป่วยทางกาย
4. ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการเผชิญกับอาการซึมเศร้าได้ แก้ปัญหาด้วยตนเองได้
5. ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และวิธีดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วย
รับการรักษา
6. สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาลโดยละเอียด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและยอมรับพฤติกรรมของตนเอง
2. ผู้ป่วยพูดถึงหรือมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายน้อยลง

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่มีการซึมเศร้าได้ ต้องได้รับการดูแลตามกระบวนการการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ ที่สำคัญเพื่อช่วยให้พยาบาลมองเห็นปัญหาได้กว้างและช่วยเหลือครบทุกด้าน สามารถวางแผนการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยได้ ควรมีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่ออาการซึมเศร้า โดยแสดงออก หรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม (Suinn , 1990 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

การส่งต่อผู้ป่วยและหาแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบำบัดรักษาจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป พยาบาลก็ควรมีแนวทางและกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หน่วยงานอื่น โรงพยาบาลในเครือข่ายอย่างเป็นระบบและสามารถติดต่อหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยโดยประสานงานกับหน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. ศูนย์ส่งเสริมสวัสดิการต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีภาวะซึมเศร้าคงอยู่แม้จะได้รับการรักษาอยู่ การเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ เชื้อชาติ พันธุกรรม ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

4. โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังไม่พบอาการทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (Williams and Hagerty, 2005) ซึ่งความคลุมเครือของอาการแสดงต่างๆ ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาผิดพลาดได้ ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรค การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดภาวะครอบครัว การสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุและเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาคือ การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย และการสูญเสียบทบาททางสังคม (Williams and Hagerty, 2005) การมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว การสื่อสารที่เหมาะสม และการรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัวและร่วมมือกันหาทางแก้ไข จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมายและรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้เนื่องจาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าสูงที่สุดคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และจากแนวคิดของ Minuchin ที่เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสมาชิกในครอบครัวจะมีการปรับเปลี่ยนหรือกำหนดบทบาทตามโครงสร้างครอบครัว ให้เกิดภาวะสมดุล

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการให้บริการทางการแพทย์ในลักษณะองค์รวม (Holistic) และยังเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ได้สามารถเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ในอดีตมีการพุ่งเป้าไปที่ปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน อย่างไรก็ตามมุมมองดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันมองเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของนัทสศิริ คำสอน (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน (Minuchin, 1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มี กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และแนวคิดของ McMaster Model (1982) (อ้างในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่สมาชิกแต่ละคน คู่สมรส และพี่น้อง และยังมี ความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆด้วย ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดปัญหา

เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่และเป็นอุปสรรค โดยพยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการกำเริบได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัว และลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว กับผู้ให้คำปรึกษาในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัว มักต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย และในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วยถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณีณี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อถึงคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วยและความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว (Ackerman, 1958) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัวเชื่อว่า ครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาทำให้มีการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินีพันธ์ กิณณชุน, 2539)

จากการที่ผู้วิจัยมีการให้ความสำคัญกับการจัดระเบียบโครงสร้างในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้นกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัวให้มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมากขึ้นมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจน (Clear boundaries) มากขึ้น เนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เป็น healing environment ในการเยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Salvadore Minuchin (1974) ดำเนินการเป็น

กิจกรรม ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพการประเมินโครงสร้างและขอบเขตของครอบครัว การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนเพื่อดำเนินการให้คำปรึกษา การปฏิบัติการให้คำปรึกษาและการประเมินผลปรับเป็น โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 1 ราย สมาชิกในครอบครัว 1 ราย ดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะตามกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวและดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนโดยกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลงและการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง การสร้างสัมพันธภาพในกิจกรรมแรกนี้ เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ด้วยดี ก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ Joining ซึ่งไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี จากนั้นจึงดำเนินการประเมินครอบครัวซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีการประเมินในส่วนของโครงสร้างของครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ และการประเมินกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่างพ่อแม่-ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ครอบครัวปัจจุบันเครือญาติ เพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร หรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้างและคิดว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าใจบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกัน และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยมีผู้ศึกษาเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันโดยกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกิจกรรมนี้ ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ครอบครัวมีการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัวหรือปัญหาที่มีความเกี่ยวข้อง โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เป็นไปในทางที่ดีซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมองเห็นบริบทในครอบครัวของตนเองได้ชัดเจน โดยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ในการร่วมกันจัดโครงสร้างที่เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Subsystem) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีขอบเขตที่ชัดเจน ซึ่งหมายถึงขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์ และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวได้อย่างอิสระ และในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัว ทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจนสมาชิกในครอบครัวจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จากการศึกษาให้ความสำคัญกับการจัดโครงสร้างในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีโครงสร้างที่เป็นระเบียบแบบแผน มีการปกครองที่เป็นลำดับ ช่วยให้ผู้สมาชิกในครอบครัวรู้ว่า จะปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวแสดงศักยภาพของตนเอง ในการกำหนด ขอบเขตภายในครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือ กันและกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของครอบครัว ตลอดจนมีการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ในบทบาทของตนเองในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีใน ครอบครัวยังผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดี ต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด ได้ดีซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบที่อาจ เกิดขึ้นและเพื่อทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบ และสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2544) ซึ่งการช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ได้อย่าง ยืดหยุ่นจะทำให้ครอบครัวช่วยกันปรับตัวกับปัญหาได้ดี ทั้งทางด้านสุขภาพและการทำ หน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวที่เกิดขึ้นได้อย่าง เหมาะสมซึ่ง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีสิ่งก่อความเครียด (Stressor) เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้น ในระบบครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลด ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

การช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ที่แตกต่างกันทางสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวร่วมช่วยกันปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์คือเทคนิค reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาคือดีที่สุด ทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วย มีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว และเป็นการสร้างบริบทใหม่ในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าบริบทเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา โดยในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาสังเกตเห็นความสำคัญของการเสริมทักษะที่สำคัญ ในเรื่องการสนับสนุนความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว เนื่องจากการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว เป็นระดับความยืดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขตจะยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพันกัน เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีการยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกันและมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมดุล (Minuchin, 1974) ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวได้นั้น เมื่อต้องมีการเกี่ยวพันกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยก็จะสามารถรักษาภาวะของขอบเขตในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง กระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีการช่วยเหลือดูแลกันเองอย่างต่อเนื่อง การแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชนและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ จากนั้นผู้ศึกษาซักถามถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากการให้คำปรึกษาครอบครัว และยุติการให้คำปรึกษา

สรุป จากการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่าง

ระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขต การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะทำให้มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือเพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทิศทางบวก (นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น โดยสัมพันธภาพที่ดีขึ้นนี้จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

3. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นภัสศิริ คำสอน (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โดยได้ทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วณินทร์ โรหิตสุข, ศิริรัตน์ คุปต์วิวุฒิและสมร อริยานุชิตกุล (2540) ได้ศึกษาครอบครัวบำบัด: มุมมองของทีมผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) ศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 142 ราย และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์จำนวน 100 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีอัตมโนทัศน์โดยรวมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนในด้านความซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา โดยเฉพาะในด้านความคิด การรับรู้ และด้านพฤติกรรม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่ว่าจะอยู่ภายในหรือภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี ในผู้สูงอายุ 367 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต

เพ็ญศรี หลินศวนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในผู้สูงอายุ 350 คน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542) ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนและชุมชนเมือง พบว่า ความสัมพันธ์กับลูกหลานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง

กรอบแนวคิด

