

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการประเมินสุขภาพครอบครัวตามรูปแบบของ The Calgary Family Assessment Model (CFAM) โดยพยาบาลครอบครัว โรงพยาบาลเจ้าพระยา อนุรักษ์เบสร ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยได้นำเป็นหัวข้อที่มีสาระสำคัญ เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ทฤษฎีระบบและระบบครอบครัว
2. แนวคิดพยาบาลครอบครัว
3. แนวคิดการดูแลสุขภาพครอบครัว
4. แนวคิดความสามารถในการประเมินสุขภาพครอบครัว
5. รูปแบบการประเมินครอบครัวของ The Calgary Family Assessment Model (CFAM)
6. รูปแบบการประเมินสุขภาพครอบครัวของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอนุรักษ์เบสร

ทฤษฎีระบบและระบบครอบครัว

ทฤษฎีระบบเป็นทฤษฎีที่มีผู้นำมาใช้ในสาขาวิชาการต่าง ๆ เป็นทฤษฎีที่มีชื่อเสียงมากของ Bertalanffy (1968) ซึ่งเป็นนักชีววิทยา เริ่มแรกนั้นในช่วงปี ค.ศ. 1940 ถึง 1950 ได้เสนอทฤษฎีระบบทั่วไปหรือ General Systems Theory ขึ้นมา แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้คือ สิ่งต่าง ๆ ในโลกดำรงอยู่อย่างเป็นระบบ คำว่า “ระบบ” (System) ในที่นี้หมายถึง หน่วยรวม (Unified Whole) ที่เกิดจากหน่วยย่อยหลายหน่วยย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน (Interrelated Parts) มารวมกัน หน่วยรวมที่เกิดขึ้นนี้มีคุณสมบัติแตกต่างกันไปจากผลรวมของหน่วยย่อยทั้งหมดและการเปลี่ยนแปลงในหน่วยย่อยแต่ละหน่วยจะมีผลกระทบต่อระบบทั้งหมดด้วย

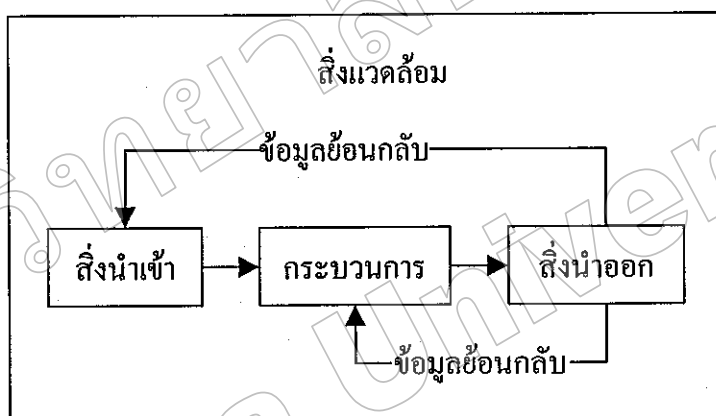
ด้านการพยาบาลได้นำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Friedman, 2003) ทฤษฎีระบบจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจระบบครอบครัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย ลักษณะ หน้าที่ องค์ประกอบ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ระบบย่อยและชนิดต่าง ๆ ของระบบ ดังนี้

1. ความหมายของระบบ ระบบหมายถึงกลุ่มของบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะของกลุ่มได้ (Gilliss, 1989) นอกจากนั้นในระบบแต่ละระบบยังมีระบบย่อยที่มีโครงสร้างหน้าที่เฉพาะ มีความสัมพันธ์กับระบบใหญ่

2. ลักษณะของระบบ มีลักษณะเฉพาะที่จะคงไว้ซึ่งการรวมตัวของกลุ่มหรือองค์รระดับต่าง ๆ ในขณะที่ถูกรบกวนจากปัจจัยภายในหรือภายนอกที่อาจมีผลกระทบการทำงานของระบบทั้งหมด มีขอบเขตของระบบที่ชัดเจนแยกสิ่งที่อยู่ภายนอกและภายในระบบ

3. หน้าที่ของระบบ การทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล พลังงานและสิ่งต่าง ๆ ให้ผลที่ออกมาเป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในและนอกระบบได้

4. องค์ประกอบของระบบ ไม่ว่าระบบใด ๆ ในปัจจุบันประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Goal) สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) สิ่งนำออก (Output) การส่งข้อมูลย้อน (Feedback) การควบคุม (Control) สิ่งแวดล้อม (Environment) แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันดังนี้



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบ (ปรับปรุงจาก Friedman, 2003, p. 157)

5. การควบคุมระบบและความสมดุลของระบบ ระบบทุกระบบมุ่งรักษาความสมดุลทั้งภายในและภายนอกของระบบให้มีความสมดุล ในสิ่งมีชีวิตมีปรับตัวเพื่อควบคุมระบบให้อยู่ในภาวะสมดุล

6. ระบบย่อย ระบบที่ซับซ้อนสามารถแบ่งแยกย่อยเป็นระบบย่อยได้มากมาย อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า สิ่งต่าง ๆ ในโลกเป็นได้ทั้งระบบ ระบบย่อย และระบบที่มากขึ้นไปอีก ขึ้นอยู่กับว่าเรามองที่ระดับใดนั่นเอง

7. ชนิดของระบบ สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือระบบเปิด ได้แก่ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อการอยู่รอดของระบบ ส่วนระบบปิดไม่ต้องพึ่งพาใคร สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง

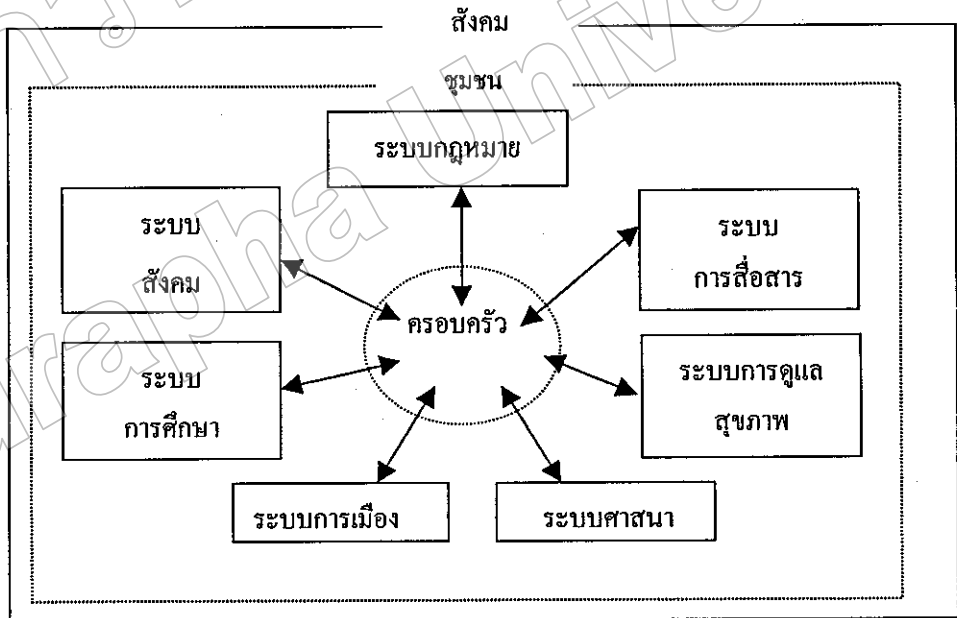
ระบบครอบครัว (Family System) ครอบครัวเป็นระบบที่เกิดจากการรวมของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล เมื่อหน่วยย่อยหนึ่งมี

การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดในระบบนั้นและมีผลให้หน่วยย่อยอื่น ๆ และระบบทั้งระบบเปลี่ยนแปลงไปด้วย ฉะนั้นการที่จะเข้าใจกรอบครัวได้ลึกซึ้งก็จะต้องพิจารณาบุคคลแต่ละคนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับคนอื่น ๆ ภายในกรอบครัวด้วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ระบบครอบครัวอยู่ร่วมกันตามลักษณะของความสัมพันธ์ทางสายโลหิต การแต่งงาน หรือความผูกพันอื่น ๆ ซึ่งสมาชิกมักอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานาน กรอบครัวเป็นตัวกลางอยู่ระหว่างความต้องการของสมาชิกในครอบครัวกับความต้องการและหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมภายนอก (Friedman, 2003) ระบบครอบครัวมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1. ลักษณะสำคัญของระบบครอบครัว ได้แก่ มีโครงสร้าง มีหน้าที่ มีการดำรงไว้ซึ่งขอบเขตและมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งกรอบครัวจะสนองตอบความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัวโดยรวม ๆ ทั้งของสังคมด้วย

2. ความสัมพันธ์ของระบบครอบครัว (Hierarchy of System) ในกรณีที่กรอบครัวเป็นระบบเป้าหมายจะสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวกับระบบอื่น ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวกับระบบอื่น ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว

(Friedman, Bowden, & Jones, 2003, p. 160)

3. ขอบเขตของครอบครัว (Family Boundaries) คือเส้นกรอบรอบระบบที่เป็นเส้นสมมุติ มีความสามารถเปิดได้มากบ้างน้อยบ้าง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนพลังงานระหว่างภายในกับภายนอกระบบ อาจเรียกว่าเป็นตัวกรอง ที่จะยอมให้เกิดการแลกเปลี่ยนพลังงานผ่านขอบเขตกับสิ่งแวดล้อม การที่ขอบเขตของครอบครัวสามารถควบคุมการนำเข้าสิ่งต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ แสดงว่ายังคงไว้ซึ่งความสมดุลในครอบครัวไว้ได้

4. ระบบย่อยของครอบครัว (Family Subsystems) ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน มีการกำหนดค่านิยม บทบาทเฉพาะในครอบครัว ทำให้เกิดองค์ย่อยขึ้นในครอบครัว จำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนด ระบบย่อยทำหน้าที่เฉพาะได้แก่ ระบบย่อยสามีภรรยา (Spouse Subsystem) ระบบย่อยบิดา-มารดาและบุตร (Parent-Child Subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling Subsystem)

5. การปรับตัวของครอบครัว (Family Adaptation) หมายถึงความสามารถของครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในสถานการณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในคงอยู่ในภาวะสมดุล ครอบครัวที่สมบูรณ์จะมีลักษณะยืดหยุ่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ ๆ ไม่อยู่นิ่งและคงสภาพเดิมต่อไป

แนวคิดพยาบาลครอบครัว

พยาบาลครอบครัว (Family Nurse) เป็นพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพครอบครัวและสมาชิกของครอบครัว (Family as a Unit) อย่างผสมผสาน (Integrated) ครอบคลุม (Holistic) พัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Partnership) และให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) เพื่อช่วยให้ครอบครัวดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี (Well Being) ได้มีผู้ให้ความหมายของพยาบาลครอบครัวและบทบาทหน้าที่ไว้ดังนี้

1. ความหมาย

พยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพอนามัย การสาธารณสุขของครัวเรือน การคุ้มครองผู้บริโภค และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของประชาชนในแต่ละครอบครัว ให้ได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ และให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่นำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (ประพิน วัฒนกิจ, 2544)

พยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลเชิงรุก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการให้บริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเอง ดูแลซึ่งกันและกันได้เองที่บ้าน รวมทั้ง

ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสมาชิกในครอบครัว โดยเพิ่มการตรวจรักษาเบื้องต้น (Basic Medical Care) ทั้งที่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน (นาฎกา ณ บางช้าง, 2541)

พยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพแก่ครอบครัวโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวและช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถดำรงสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพของครอบครัวนั้น ๆ (รุจา ภูไพบูลย์, 2543)

พยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้กับครอบครัว โดยให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544)

พยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลที่จะช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการพิการเรื้อรังหรือในช่วงเวลาแห่งความเครียด โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานที่บ้านของผู้ป่วยกับครอบครัวของเขา (World Health Organization, 1999)

พยาบาลครอบครัวหมายถึง พยาบาลที่มีความรู้ ทักษะและความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบต่าง ๆ ของครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีสุขภาพดี โดยการเสริมพลังอำนาจ โครงสร้าง และหน้าที่ของครอบครัวให้แข็งแกร่ง รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดกระแสนการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวเพื่อเกิดประโยชน์ทางสุขภาพแก่ครอบครัว (ICN, 2002)

สรุปได้ว่าพยาบาลครอบครัว หมายถึง พยาบาลที่ให้การดูแลครอบครัว เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรังหรือความพิการ เพื่อให้สามารถปรับตัวและรักษาภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ได้โดยมีครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางในการดูแลให้การพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟู ให้การดูแลครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. บทบาทหน้าที่

เป้าหมายของการให้การพยาบาลครอบครัวคือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลที่รวมถึงการควบคุมป้องกันโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือครอบครัวปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลเมื่อเกิดปัญหา ไม่เป็นเพียงแต่การรักษาสุขภาพครอบครัวให้แข็งแรงแต่อย่างเดียว แต่ต้องมีการกระตุ้นหรือให้การพยาบาลที่จะทำให้ครอบครัวป้องกันตนเองจากความเจ็บป่วยภาวะเครียดต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การส่งเสริมสุขภาพโดยการป้องกันก่อนจะเกิดปัญหาสุขภาพจึงเป็นบทบาทหลักของพยาบาลครอบครัว เป็นการให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อป้องกันปัญหา (Friedman, 2003)

กล่าวคือ การช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้เพื่อให้มีสุขภาพและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพและพึ่งตนเองในการ

ดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพดีแล้ว พยาบาลครอบครัวยังมีบทบาทในการการช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะวิกฤตทั้งในขณะที่ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว พยาบาลจะทำหน้าที่หลาย ๆ บทบาทของพยาบาลครอบครัวสามารถสรุปได้ดังนี้ (Hanson & Boyd, 1996)

2.1 ผู้สอนสุขศึกษา (Health Educator) พยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้สอนครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และอาจมีการสอนล่วงหน้าเพื่อเป็นการเตรียมตัว เช่น การสอนเพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ การสอนพ่อแม่ในการดูแลเด็กทารก การสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พยาบาลครอบครัวสามารถสอนได้ในทุกสภาพการณ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2.2 ผู้ประสานงานและผู้ร่วมงาน (Coordinator/Collaborator/Liaison) พยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแล และร่วมการวางแผนให้การดูแลครอบครัว เช่น เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือเพื่อเข้ารับการรักษามารโรงพยาบาล หรือการตรวจที่แผนกตรวจนอก รวมทั้ง การดูแลสุขภาพที่บ้าน ประสานงานสังคมสงเคราะห์หรือการฟื้นฟู พยาบาลครอบครัวจะมีบทบาทดูแลช่วยเหลือติดต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพครอบครัว

2.3 ผู้นิเทศดูแล หรือผู้ชำนาญการ (Deliver and Supervisor of Care/Technical Expert) พยาบาลครอบครัวอาจจะเป็นทั้งผู้ให้การดูแลหรือผู้นิเทศ เมื่อสมาชิกครอบครัวต้องได้รับการดูแลในหลากหลายสถานการณ์ ยกตัวอย่าง พยาบาลไปเยี่ยมครอบครัวที่บ้านเพื่อเป็นที่ปรึกษาให้ครอบครัวช่วยให้เขาให้การดูแลเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งครอบครัวต้องการผู้ชำนาญการมีความรู้ และทักษะจากพยาบาลครอบครัว

2.4 ผู้สนับสนุนและช่วยเหลือ (Family Advocate) พยาบาลครอบครัวจะคอยช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวในการทำงาน สร้างพลังกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงออกหรือพูดเพื่อตนเองหรือพูดเพื่อครอบครัว พยาบาลครอบครัวช่วยเหลือให้ครอบครัวได้รับสิทธิที่พึงได้รับอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หรือในชุมชน และช่วยเหลือให้ครอบครัวได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ถูกต้องจากแพทย์

2.5 ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลครอบครัวบ่อยครั้งที่ต้องให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสุขภาพที่ให้การดูแลครอบครัว เพื่อสามารถช่วยให้ครอบครัวได้รับการดูแลในระยะยาวที่เหมาะสม

2.6 ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลครอบครัวจะแสดงบทบาทเป็นผู้นำบัดเพื่อช่วยให้สมาชิกและครอบครัวในการแก้ไขปัญหา หรือการแลกเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เมื่อสมาชิก

ครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีการขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมหรือมีบุคลิกภาพที่แตกแยก ครอบครัวต้องมีความเข้าใจและให้การช่วยเหลือดูแล โดยเฉพาะในการปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัวและสังคมได้

2.7 นักระบาดวิทยา (Case Finder/Epidemiologist) พยาบาลครอบครัวอาจต้องค้นหาผู้เป็นโรค หรือแหล่งก่อให้เกิด เช่น เมื่อสมาชิกครอบครัวเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พยาบาลต้องพยายามจะค้นหาแหล่งที่ก่อให้เกิดโรค และช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจคัดกรองสมาชิกครอบครัว เพื่อสามารถส่งต่อไปเพื่อรับการรักษา

2.8 ผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environment Modifier) พยาบาลครอบครัวปรึกษากับครอบครัวหรือทีมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะต้องช่วยครอบครัวในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมในการเคลื่อนไหวของเก้าอี้ล้อ หรือให้การดูแลตนเอง เหล่านี้เป็นต้น

2.9 ผู้อธิบาย ผู้แปลความหมาย (Clarifier/Interpreter) พยาบาลครอบครัวจะอธิบายและแปลความหมายของข้อมูลให้ครอบครัวในสภาพการณ์ต่าง ๆ เช่น เมื่อพบว่าเด็กมีอาการคล้ายกับโรคเมอเร็งเม็คเคิลขาว หรือแพทย์สงสัยว่าอาจเป็นโรคนี้ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจความหมายของการวินิจฉัยโรค การรักษา หรือการพยากรณ์โรคของเด็ก เพื่อให้พ่อแม่และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ได้เข้าใจ

2.10 ผู้ทำหน้าที่แทน (Surrogate) พยาบาลครอบครัวบางเวลาต้องทำหน้าที่แทนหรือต้องทำแทนผู้อื่น เช่น บางที่ต้องทำหน้าที่เป็นแม่คอยให้ความรัก ความอบอุ่นแก่เด็กวัยรุ่นที่คลอเคลียในท้องคลอด

2.11 นักวิจัย (Researcher) พยาบาลครอบครัวต้องค้นหาปัญหาในการปฏิบัติและพยายามที่จะหาวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ พยาบาลครอบครัวอาจจะทำงานร่วมกับพยาบาลอื่น ๆ ในการค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดในการช่วยครอบครัวในการเผชิญปัญหาปรับตัว

2.12 แบบอย่างหรือรูปแบบ (Role Model) พยาบาลครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างสำหรับบุคคลอื่นตลอดเวลา เช่น พยาบาลครอบครัวแสดงบทบาทเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับพ่อแม่และเด็ก

2.13 ผู้จัดการ/ผู้บริหาร (Case Manager) คือการบริหารจัดการโดยเป็นผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานในระบบสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้การดูแล

นอกจากบทบาทที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นในแต่ละประเทศยังได้ให้ความสำคัญแก่พยาบาลครอบครัวในการให้การดูแลสุขภาพครอบครัวไว้ดังนี้

ปี ค.ศ. 1980 บทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลครอบครัวในเกาหลีใต้ นั้นจะรวมไปถึง กิจกรรมในการให้สุขศึกษา การรักษาโรค การให้วัคซีน อนามัยโรงเรียนและการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลครอบครัว

ในปี ค.ศ. 1980 และ 1995 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกาได้กล่าวใน นโยบายทางสังคมว่าครอบครัวเป็นเป้าหมายหนึ่งของการพยาบาล (American Nurse Association [ANA], 1995)

ปี ค.ศ. 1997 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยแคนาดา ระบุว่า ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นเป้าหมายในทุกพื้นที่ นอกจากนั้นการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นอยู่ภายใต้จรรยาวิชาชีพ พยาบาลมาตรฐานการปฏิบัติและการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Canadian Nurse Association [CAN], 1997)

ในประเทศสโลวีเนียตั้งแต่ปี 1996 ในแต่ละชุมชนจะมีพยาบาลปฐมภูมิเป็นผู้ให้การดูแล เป็นด้านแรกและจะพบปะกับประชาชนไม่ว่าจะเป็นในที่ทำงานและที่บ้าน ให้การดูแลแบบวงจรชีวิต (Life Cycle) การดูแลแบบ 24 ชั่วโมง ที่จะให้แก่ครอบครัวตั้งแต่แรกเกิด จนถึงแก่กรรม พยาบาลจะมีบทบาทหลายด้านนับตั้งแต่การเป็นผู้ให้การดูแล (Care Provider) ผู้ให้การตัดสินใจ (Decision Maker) ผู้สื่อสาร (Communicator) ผู้นำชุมชน (Community Leader) และผู้บริหาร (Manager) จัดการในด้านบริการแก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ ครอบครัวและชุมชน จุดมุ่งหมายที่จะ บริการครอบครัวโดยพยาบาลดูแลสมาชิกของครอบครัวตั้งแต่เกิดจนตาย (Gec, 2000)

จากการประชุมสภาการพยาบาลสากลในปี ค.ศ. 2000 ได้กล่าวไว้ว่าพยาบาลเป็นบุคคล สำคัญที่รับผิดชอบการบริการทางสุขภาพที่ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน และเป็นผู้ประสาน ความร่วมมือกับกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการบริการทางสุขภาพ พยาบาลที่ทำงานกับครอบครัวมี หลายบทบาทขึ้นอยู่กับความต้องการของครอบครัวและสถานที่ที่ให้การดูแล ซึ่งรวมไปถึงบ้าน เครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพ (ICN, 2000)

แนวคิดการดูแลสุขภาพครอบครัว

จากคำที่กล่าวว่าสุขภาพดีเริ่มที่บ้านยังใช้ได้เสมอ เนื่องจากครอบครัวเป็นจุดกำเนิด สมาชิกใหม่ให้แก่สังคมโดยเป็นหน่วยที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการของ สมาชิกในครอบครัวตลอดจนการดูแลทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจึงมี อิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากที่สุดสถาบันหนึ่งของสังคม เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีในครอบครัวย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยได้น้อย ในขณะที่เดียวกันถ้ามี คนป่วยขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นหายป่วยได้

โดยเร็วหรือในทางกลับกันอาจทำให้นुकคลนั้นเจ็บป่วยทรุดลงได้เช่นกัน ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ การที่ครอบครัวมีสุขภาพดี ย่อมหมายถึงสุขภาพของประชาชนโดยรวมดีด้วยเช่นกัน (รุจา ภูโพนธ์, 2543) มีผู้ให้ความหมาย สุขภาพครอบครัว (Family Health) ไว้มากมายแตกต่างกันไปตามมุมมองและแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ ดังนี้

1. ความหมาย

สุขภาพครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่มีลักษณะเอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพันธกิจของครอบครัว มีความผาสุก (พิมพา สุตรา, 2541)

นักวิทยาศาสตร์ครอบครัว ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพครอบครัวคือความสามารถในการยืดหยุ่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล สามารถทำตามบทบาทหน้าที่ที่ดีของสังคมได้ (Hanson & Boyd, 1996)

นักวิจัยทางครอบครัว อธิบายว่าสุขภาพครอบครัวนั้นมีแนวความคิดเกือบทั้งหมดมาจากหน้าที่ของครอบครัว การปรับตัวของครอบครัว MaCubbin and Patterson (1983)

นักบำบัดครอบครัว ให้ความหมายของสุขภาพครอบครัว คือ ลักษณะของกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวหรือการมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลาระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยมุ่งเน้นที่สัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัวกับระบบย่อยเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดา หรือบิดามารดากับบุตร (Friedman, 2003)

นักสังคมสงเคราะห์ ได้ให้ความหมายที่แตกต่างว่า สุขภาพครอบครัวคือสัมพันธ์ภาพของครอบครัวในชุมชนและความสามารถในการรักษาความมั่นคงของครอบครัว ตัวชี้วัดสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วยยากจน อัตราการหย่าร้าง การเกิดอาชญากรรม ปัญหาเด็กและเยาวชน อัตราการว่างงาน เป็นต้น (Friedman, 2003)

เมื่อนำแนวคิดของระบบมาใช้ พบว่า สุขภาพครอบครัว คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในและการแลกเปลี่ยนระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมเป็นความสมดุลของการเจริญเติบโต หรือการเปลี่ยนแปลงและความมั่นคงหรือการรักษาสมดุลของครอบครัว (Wright & Leahey, 2000)

สรุป คือ สุขภาพครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการปรับสมดุลของครอบครัว ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและกับสิ่งแวดล้อมภายนอก เพื่อให้ครอบครัวประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพันธกิจของครอบครัว เป็นภาพสะท้อนลักษณะแบบแผนของหน่วยย่อยครอบครัวและครอบครัวทั้งระบบ

การดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึง การดูแลให้บริการสุขภาพอนามัย สภาวะแวดล้อม ความเป็นอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างปกติสุข และเป็นการติดอาวุธทางปัญญาให้แก่ประชาชน แต่ละครอบครัวเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี กินดี อยู่ดี การอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข ในครอบครัวอย่างได้มาตรฐาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2544)

การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย หรือการเฝ้าระวังการเกิดโรค การคัดกรองโรคเบื้องต้น การรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงและการฟื้นฟูสภาพ โดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ทัศนยา บุญทอง, 2542)

การดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึง การดูแลสุขภาพประชาชนในครอบครัว โดยมุ่งการสาธารณสุขของครัวเรือน (Holistic Caring) บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว เพื่อให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีและความปกติในครอบครัว (ประพิณ วัฒนกิจ, 2544)

การดูแลสุขภาพครอบครัว คือการให้การดูแลด้านสุขภาพที่ครอบครัวต้องการ ภายใต้ขอบเขตที่พยาบาลทำได้ โดยจุดมุ่งหมายของพยาบาลครอบครัวมองครอบครัวเป็นบริบทของบุคคลคนหนึ่ง โดยครอบครัวมีผลต่อสุขภาพของบุคคลในครอบครัว (Hanson & Boyd, 1996)

การดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึงการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคลตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต การบริการเหล่านี้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปรับปรุงสุขภาพของครอบครัว ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและค้นหาโรคแต่เนิ่น ๆ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทดัยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี (ICN, 2000)

อาจสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ครอบครัวแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติทางการพยาบาลได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทดัยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการดูแลสมาชิกในครอบครัว

2. ภาวะสุขภาพของครอบครัวและวงจรสุขภาพ

วิถีชีวิตของครอบครัวไม่หยุดนิ่งมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ในระหว่างวิถีการดำเนินชีวิต และประสบการณ์ของครอบครัวจะมีทั้งภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะที่มีการเจ็บป่วย ครอบครัวจะมีความพยายามในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วย วิธีการจัดการเมื่อเจ็บป่วย มีวงจรของครอบครัวต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยดังนี้ (Danielson, Hamel-Bissell, & Winstend-Fey, 1993)

2.1 ระยะที่ 1 ภาวะสุขภาพปกติ (Health) หน้าที่ของครอบครัวระยะนี้ สร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการลดพฤติกรรมเสี่ยง

2.2 ระยะที่ 2 ครอบครัวเริ่มอ่อนแอและเริ่มแสดงอาการ (Family Vulnerability and the Symptom Experience) เป็นระยะที่ครอบครัวตระหนักว่ามีอาการแสดงว่าเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิก พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวต้องเอาใจใส่ต่ออาการต่าง ๆ

2.3 ระยะที่ 3 ครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยและประเมินครอบครัว (The Sick Role and Family Appraisal) ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของสมาชิกและประเมินสถานการณ์และตอบสนองต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

2.4 ระยะที่ 4 การวินิจฉัยและการรับการรักษา (Medical Contact-Diagnosis) ครอบครัวมีการปรับตัว คือ การสร้างสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลกับการวินิจฉัยโรคและการยอมรับการวินิจฉัย

2.5 ระยะที่ 5 การเจ็บป่วยและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Illness Career and Family Adjustment/Adaptation) ระยะนี้ครอบครัวยอมรับแผนการรักษา มีการจัดการภายในครอบครัวได้ปรับเปลี่ยนบทบาทและรักษาสัมพันธภาพกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2.6 ระยะที่ 6 การฟื้นฟูสภาพหลังหายจากการเจ็บป่วย (Recovery and Rehabilitation) เริ่มเปลี่ยนบทบาทจากผู้ป่วย มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพใหม่ของตนเอง หรือสร้างระบบครอบครัวใหม่ที่เหมาะสม และย้อนกลับไประยะที่ 1 ใหม่ แต่ถ้าหากเป็นภาวะเรื้อรังไม่หายหรือมีความพิการ จะนำไปสู่การปรับตัวระยะที่ 7

2.7 ระยะที่ 7 การปรับตัวในระยะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Adjustment/Adaptation) การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงอาจมีผลต่อ ศักยภาพ ความสามารถ หรือความพิการ ครอบครัวต้องพยายามรักษาสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและกับทีมสุขภาพ และพยายามที่จะเผชิญปัญหา ปรับตัวต่อภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย เตรียมพร้อมที่จะรับมือต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

2.8 ระยะที่ 8 การตายและการจัดระบบครอบครัวใหม่ (Death and Family Reorganization) ครอบครัวต้องเผชิญความ โศกเศร้าและต้องจัดระบบครอบครัวใหม่เมื่อมีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว

3. การดูแลให้ครอบครัวมีสุขภาพดีจึงควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

3.1 ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกัน ในระหว่างสมาชิก เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งมักจะมีผลกระทบไปยังบุคคลอื่นในครอบครัวและครอบครัวทั้งระบบจะถูกกระทบไปด้วย ความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย

การเกิด การตาย ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการที่จะเข้าใจปัญหาของครอบครัว จะต้องศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของครอบครัว มิใช่เพียงแค่ประเมินภาวะสุขภาพ เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

3.2 จากการที่ครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้สถานะทางสุขภาพของครอบครัว โดยรวมเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกแต่ละคน

3.3 การดูแลสุขภาพครอบครัวเน้นในเรื่องการให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเอง โดยให้บริการให้คำแนะนำและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ครอบครัว ให้ครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งจากการดำเนินชีวิตและจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่สมควร ผลก็คือ ทำให้สมาชิกแต่ละคน ครอบครัวโดยรวมมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

3.4 ให้การดูแลครอบครัว จะพบว่าผู้บริการสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ (Case Finding) และการค้นพบนี้จะเข้าไปสู่การสืบหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงในครอบครัวและชุมชนนั้น เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลามไปสู่สมาชิกของครอบครัวอื่น และชุมชนได้

3.5 ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Individual) ครอบครัวอาจถูกศึกษาในแง่ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลที่จะช่วยทำให้เข้าใจภาพรวมของบุคคลที่กำลังถูกศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

แนวคิดความสามารถในการประเมินสุขภาพครอบครัว

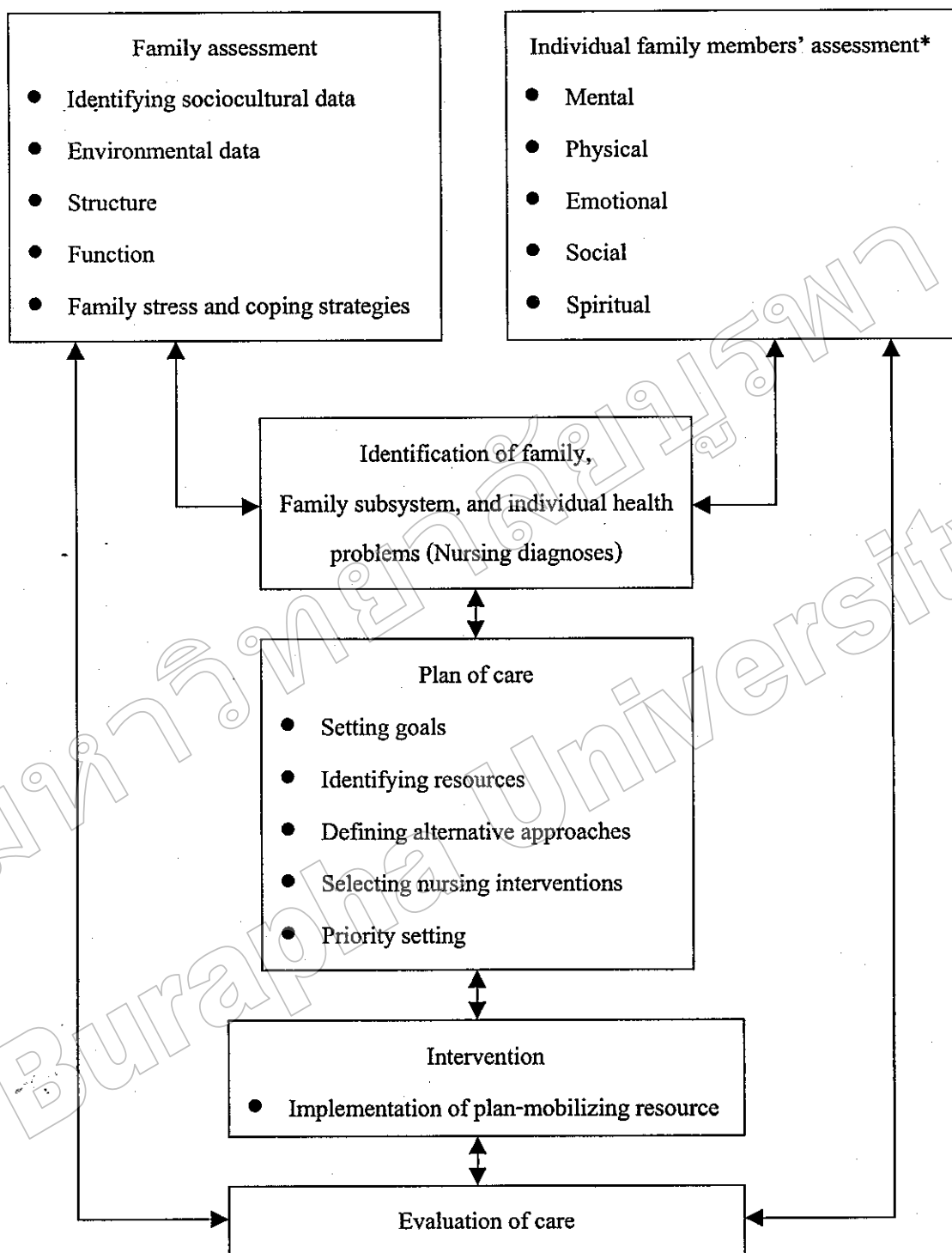
ความสามารถของพยาบาลครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินสุขภาพครอบครัว เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ จะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ปฏิบัติงานว่าจะมีความสามารถมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการบริการพยาบาล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายไว้ว่าความสามารถ หมายถึง คุณสมบัติที่เหมาะสม แก่การกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ นอกจากนี้ความสามารถยังหมายถึงรูปแบบของพฤติกรรมของคนที่มีแนวโน้มแสดงให้เห็นถึงความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานนั้น (Kendler, 1994) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับการปฏิบัติที่สามารถกระทำได้ (Rosenzweig, 1985) ความสามารถมีข้อจำกัดเนื่องจากปัจจัยภายในตัวบุคคลแต่สามารถ เช่น ความรู้ ทักษะที่เป็นประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อการแก้ปัญหาการทำงานของบุคคล ซึ่งสามารถพัฒนาได้จากการอบรม การศึกษา และประสบการณ์หลาย ๆ ทาง (เทพนม เมืองแมน และสรวงสุวรรณ, 2529)

โดยสรุป ความสามารถในการประเมินสุขภาพครอบครัว หมายถึง การแสดงออกของ การปฏิบัติงานของพยาบาล ความเชี่ยวชาญในการประเมินสุขภาพครอบครัวด้านโครงสร้าง ครอบครัว พัฒนาการครอบครัวและหน้าที่ของครอบครัว สามารถให้การพยาบาลแก่ครอบครัว ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์หรือการฝึกอบรม

การพยาบาลครอบครัว เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีระบบระเบียบและมีเหตุผลใน การทำงานกับครอบครัวและสมาชิกครอบครัว กระบวนการพยาบาลครอบครัวเป็นหัวใจสำหรับ การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว โดยมีกรอบแนวคิด มโนคติ ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวใน การอ้างอิง อธิบายเหตุผลในการปฏิบัติงาน ทั้งการทำงานร่วมกับสมาชิกครอบครัวและระบบ ครอบครัว (Yura & Walsh, 1978) พยาบาลครอบครัวจะให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) ในการดูแลสุขภาพครอบครัว คือ การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัย (Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) การ ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของ กระบวนการพยาบาล เน้นที่การรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่ง เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการทั้งที่เป็นปัญหาและคาดว่าจะมีปัญหา

เมื่อผู้รับบริการคือครอบครัว ขอบเขตของการทำงานจะมี 2 ระดับ คือระดับบุคคล หรือ สมาชิกในครอบครัว และระดับครอบครัว ในการดูแลสุขภาพครอบครัว การนำกระบวนการ พยาบาลครอบครัวมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนให้การดูแลครอบครัวนั้นต้องนำข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้รวบรวมไว้มาพิจารณาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลครอบครัวโดยรวม เพื่อนำมาประกอบในการ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยทางการพยาบาลครอบครัวเป็นกรอบแนวคิดใน การให้การช่วยเหลือและทำงานร่วมกับครอบครัว ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนกระบวนการพยาบาลครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และครอบครัว (Friedman, Bowden, & Jones, 2003, p. 174)

ในการประเมินสุขภาพครอบครัวพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัย 2 ประการ คือการเจ็บป่วย มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไร และอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ต้องมองหาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีระบบวิธีการคิด เพื่อให้เข้าใจผลกระทบที่มีต่อบุคคลและครอบครัว ขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากเป็นกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ให้ความหมายของข้อมูล การรวบรวมต้องเป็นระบบระเบียบ โดยใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิดทฤษฎีในการประเมิน จัดประเภทข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและวางแผนต่อไป (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

1. กรอบแนวคิดในการประเมินสุขภาพครอบครัว

พยาบาลจะต้องมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนในการทำงาน เพื่อจะได้ช่วยในการสังเคราะห์ข้อมูล ประเมินศักยภาพของครอบครัว และปัญหาของครอบครัวเพื่อสามารถดำเนินการ หรือจัดการในการวางแผนต่อไป ในการพยาบาลได้พยายามที่จะกำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินสุขภาพครอบครัวในหลายมุมมอง โดยอาศัยศาสตร์สาขาต่าง ๆ ดังเช่น สังคมศาสตร์ มานุษยวิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยา (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) ปัจจุบันมีแนวคิดจำนวนมากที่สามารถใช้ในการรวบรวมข้อมูลของครอบครัวได้ ดังนั้นพยาบาลจึงได้ผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายครอบครัว

1.1 ทฤษฎีที่สำคัญมี 3 กลุ่ม (ICN, 2002) ได้แก่

1.1.1 ทฤษฎีทางการพยาบาล (Nursing Model and Theory) มีนักทฤษฎีหลายท่าน เช่น นิติงเกลด คิง นิวแมน โอเร็ม โรเจอร์ ได้รวมครอบครัวในทฤษฎีการพยาบาล แต่ Friedman, Bowden and Jones (2003) มีความเห็นว่าเป็นการเน้นบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ได้กล่าวถึงการพยาบาลครอบครัวออกมาอย่างชัดเจน

1.1.2 ทฤษฎีสังคมศาสตร์ครอบครัว (Family Social Science Theories) มโนคติที่สำคัญในทฤษฎีกลุ่มนี้คือ 1) โครงสร้างและหน้าที่ (Structural-Functional) 2) ปฏิสัมพันธ์ภายใน (Inter-Actional) และ 3) พัฒนาการ (Developmental)

1.1.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัด (Family Therapy Theories) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลครอบครัวที่มีปัญหา (Dysfunctional Families) อธิบายถึงความเป็นพลวัตรและแบบแผนในการที่ปรากฏในครอบครัว

1.2 กรอบแนวคิด 4 รูปแบบที่ใช้กันมากในการพยาบาลครอบครัว (Clemon & Stone et al, 1998) ได้แก่

1.2.1 กรอบแนวคิดโครงสร้างและหน้าที่ (The Structural-Functional Approach) โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึง โครงสร้างหน้าที่ ค่านิยม ครอบครัว การติดต่อสื่อสาร และผู้นำหรือผู้มีอำนาจในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อครอบครัว

1.2.3 กรอบแนวคิดปฏิสัมพันธ์ภายใน (Inter-Actional Framework) คือการมีปฏิสัมพันธ์ภายในระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การปฏิบัติตามบทบาท และการติดต่อสื่อสาร บอกถึงปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวว่ามีการส่งเสริมหรือขัดแย้งกัน

1.2.4 กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (The Systems Approach) เป็นกรอบที่ใช้อธิบายสิ่งต่าง ๆ ว่าเกี่ยวข้องกัน โดยเน้นว่า ในแต่ละส่วนของระบบมีอิทธิพลต่อระบบในภาพรวม และระบบในภาพรวมก็มีอิทธิพลต่อระบบย่อยของระบบด้วย และอธิบายว่าครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับระบบอื่นในสังคม

1.2.5 แนวคิดพัฒนาการ (Development Approach) อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาตามเวลาที่เปลี่ยนไป รวมทั้งสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงอายุคนช่วยอธิบายประสบการณ์ที่ครอบครัวได้รับได้

โดยภาพรวมทฤษฎีต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลครอบครัวมีโครงสร้างของแนวคิดที่มีความคล้ายกัน โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับ พัฒนาการของบุคคลและครอบครัว ระยะต่าง ๆ ของชีวิต บริบทของครอบครัว ขอบเขตครอบครัว ความแข็งแกร่งและแหล่งประโยชน์ ความเป็นปัจเจกบุคคลของสมาชิก (Deatrick, 1993)

ในการประเมินครอบครัวอาจแบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ การประเมิน โครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว การประเมินพัฒนาการครอบครัว/วงจรชีวิตครอบครัว และวิเคราะห์เครือข่ายครอบครัว ดังนั้นจึงมีการประเมินครอบครัวในแนวคิดต่าง ๆ ทั้งนี้ให้พิจารณาตามวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างที่ถูกประเมิน ความเป็นไปได้และประโยชน์ที่จะได้รับการประเมิน

ในประเทศไทยการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิโดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพของครอบครัว นั้น เป็นภาพที่แสดงให้เห็นบทบาทที่ชัดเจน พยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในเขตพื้นที่ศูนย์อนามัยดูแล โดยการนำสมาชิกที่สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับครอบครัวและชุมชน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2545)

2. กระบวนการในการประเมิน (Assessment)

การรวบรวมข้อมูลขึ้นกับว่าพยาบาลต้องการประเมินผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบุคคล หรือ ครอบครัว และมีความเชื่อหรือมีแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้รับบริการที่ต้องการให้การพยาบาล

อย่างไร เพราะจะนำไปสู่การสร้างแบบฟอร์มในการรวบรวมข้อมูล จัดระบบข้อมูลและการบันทึกข้อมูล ขั้นตอนในการประเมินผู้รับบริการประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของข้อมูล แหล่งของข้อมูล รวมทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 ชนิดของข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมี 2 ชนิด ไม่ว่าผู้รับบริการจะเป็นบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนก็ตาม

2.1.1.1 ข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของสมาชิกในครอบครัว ส่วนมากเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ค่านิยมและความเชื่อต่าง ๆ การบันทึกมักบันทึกในลักษณะคำพูดหรือคำบอกเล่า

2.1.1.2 ข้อมูลปรนัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือได้จากการตรวจวัด เช่น การตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวและปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ

2.1.2 แหล่งข้อมูล

2.1.2.1 แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Source) เป็นข้อมูลที่ได้รับจากสมาชิกครอบครัวโดยตรง

2.1.2.2 แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) เป็นแหล่งข้อมูลไม่ได้จากสมาชิกครอบครัวโดยตรง เช่น ข้อมูลที่ได้จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือนุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากแฟ้มรายงาน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกทางการแพทย์ พยาบาล บันทึกประวัติและการตรวจร่างกายของแพทย์เป็นต้น

2.1.3 ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.3.1 ความรู้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูลควรประกอบไปด้วย กายวิภาคและสรีรวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ ความเจ็บป่วยและความตาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ ทฤษฎีระบบครอบครัว ทฤษฎีโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความเชื่อ ศาสนา แบบแผนการดำเนินชีวิต ลักษณะครอบครัว ชุมชน องค์กรทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.1.3.2 ทักษะที่จำเป็นที่จะทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ ได้แก่ เทคนิคการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย การรวบรวมข้อมูลจากบันทึกและรายงานที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว

2.2 การจัดระบบข้อมูล

2.2.1 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เมื่อเก็บข้อมูลมาแล้ว จำเป็นต้องมีการจัดข้อมูลให้เป็นระบบระเบียบ การที่จะจัดระบบข้อมูลได้อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อในกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เกี่ยวกับการดูกรอบคร่าวๆที่เราต้องการให้การพยาบาลดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนแรก กรอบแนวคิดนี้จะถูกนำมาใช้สร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่รวบรวมมาถูกจัดให้เป็นระบบภายใต้กรอบแนวคิดนั้น

2.2.2 แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นระบบ ต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย

2.2.2.1 Structured Form คือมีช่องว่างให้ทำเครื่องหมาย หรือบันทึกข้อความเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีข้อดีคือ ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างรวดเร็ว ใช้เวลาน้อย แต่มีข้อเสียคือ ไม่อาจครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดที่พบในสถานการณ์จริง

2.2.2.2 Unstructured Form มีช่องว่างไว้มากมายภายใต้กรอบแนวคิดกว้างๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสูงและใช้เวลามาก ในระยะแรกของการใช้แบบฟอร์มชนิดนี้จำเป็นต้องมีคู่มือประกอบ แต่มีข้อดีคือได้ข้อมูลครบถ้วนใช้ได้หลายสถานการณ์และสันกะทัดรัด เพราะเนื้อหาในแบบฟอร์มจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

2.3 การบันทึกข้อมูล

2.3.1 ไม่ควรเขียนสรรพนามผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วย” ในรายงานควรระบุชื่อให้ชัดเจน เพื่อป้องกันการสับสน

2.3.2 กรณีที่สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาพยาบาลมาก่อน ควรระบุวันที่ สถานที่ สถานการณ์ และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อสะดวกต่อบุคลากรอื่นที่จะมาอ่านและผู้ป่วยไม่ต้องเล่าซ้ำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย

2.3.3 ควรเขียนตามถ้อยคำที่สมาชิกในครอบครัวบอก ไม่ควรเอาคำพูดมาแปลความหมายแล้วจึงบันทึก ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่บันทึกลงไปเป็นข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวจริงๆ ไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกวิเคราะห์ซึ่งอาจผิดพลาดได้

2.3.4 ข้อมูลอาการสำคัญ และเหตุผลที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลควรเขียนสั้นๆ และเขียนตามคำพูดของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นหลัก ไม่ควรแปลความหมาย

2.3.5 ข้อมูลภายใต้หัวข้อประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ควรเขียนให้กะทัดรัดได้ใจความโดยเริ่มจากการเริ่มต้นของอาการ ลักษณะอาการ ความถี่และสิ่งที่เกิดตามมาและเหตุผลที่มาโรงพยาบาล

2.3.6 ถ้ารูปแบบการบันทึกเป็นฟอร์มแบบเปิด กำหนดหัวข้อให้ ให้ขีดเส้นใต้ที่หัวข้อเพื่อสะดวกต่อผู้อื่นในการติดตามข้อมูล

2.3.7 แยกข้อมูลที่ได้จากสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยตรงออกจากข้อมูลที่ได้จากแหล่งอื่น เพื่อให้ผู้อ่านรู้ว่าข้อมูลใดได้มาจากผู้ที่เจ็บป่วย ข้อมูลใดไม่ใช่

2.3.8 ถ้าแบบบันทึกเป็นข้อรายการ (Checklist) ให้ทำเครื่องหมายหน้ารายการหรือเติมคำในช่องว่าง ควรใช้เนื้อที่ว่างที่ทำได้ให้เป็นประโยชน์สูงสุด เพื่อความประหยัด

2.3.9 ในกรณีที่แบบบันทึกที่มีช่องว่างท้ายแบบฟอร์ม ให้เขียนข้อคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม ควรใช้ให้เป็นประโยชน์ในการให้รายละเอียดบางประการที่เป็นปัญหาสำคัญ

2.3.10 ข้อมูลส่วนการตรวจร่างกายแต่ละระบบ ไม่ควรใช้ “ ” หรือคำว่า “Negative” “ปกติ” ควรเขียนเป็นความเรียงว่า ผู้ป่วยบอกว่าอย่างไร และสังเกตหรือตรวจแล้วว่าอวัยวะระบบนั้นเป็นอย่างไร

รูปแบบการประเมินครอบครัวของ The Calgary Family Assessment Model (CFAM)

การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันมีผลให้ลักษณะของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง มีความต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม โรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ในปัจจุบันก็สร้างความยากลำบากในการดูแลสุขภาพมากกว่าในอดีต สังเกตได้เป็นการเปลี่ยนแปลงจากยุคสมัยใหม่ (Modernism) เข้าสู่ยุคที่เรียกว่า ภาวะหลังทันสมัย (Postmodernism) และจากความเชื่อเรื่องความเป็นจริง เป็นไปทางโลก (Secularism) เข้าสู่ยุคที่มีความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (Spiritualism) พยาบาลครอบครัวไม่สามารถที่ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ได้ แต่การประเมินสุขภาพครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลครอบครัวสามารถให้การดูแลสุขภาพครอบครัวได้ตรงกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Wright & Leahey, 2000)

การดูแลและการเรียนรู้จากครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติทางคลินิกและการสอนอบรมผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพครอบครัวมากกว่า 25 ปี และประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวกับความเจ็บป่วยของ Wright and Leahey (2000) ได้สร้างรูปแบบการประเมินครอบครัว (CFAM) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินและให้การดูแลครอบครัว รูปแบบการประเมินครอบครัวของ Wright and Leahey (2000) ได้รวบรวมขึ้นเป็นหนังสือเรื่อง Nurses and Family ถูกแปลเป็นภาษาฝรั่งเศส ญี่ปุ่น เกาหลีและสวีเดน รวมทั้งวิธีทัศน์เพื่อการศึกษาซึ่งบรรยายเกี่ยวกับการนำ CFAM ไปใช้ การให้การดูแลครอบครัว ทักษะการสัมภาษณ์ครอบครัวซึ่งแสดงถึงการนำไปใช้ในคลินิกร่วมกับครอบครัว มีหน่วยงานและโรงเรียน

พยาบาลนำไปใช้อย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังได้รับการยืนยันจากผู้เขียนว่ามีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลักสูตรการเรียนการสอนในอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย บราซิล ชิลี อังกฤษ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฟินแลนด์ สกอตแลนด์ สเปนและสวีเดน ซึ่งต่อไปจะได้กล่าวถึงประวัติความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการสร้างแบบประเมิน รวมทั้งโครงสร้างของ CFAM ตามลำดับดังนี้ (Wright & Leahey, 2000)

1. ประวัติและวิวัฒนาการของการประเมินครอบครัวตามรูปแบบของ The Calgary Family Assessment Model (CFAM)

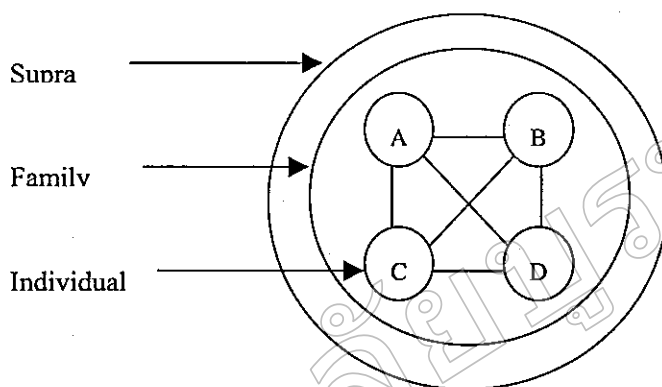
CFAM เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Tomm and Sander (1983) ที่ใช้ในโปรแกรมครอบครัวบำบัด มหาวิทยาลัยแคลการี ซึ่งใช้ในการสอนนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและนักศึกษาแพทย์ในการทำงานกับครอบครัว Wright and Leahey (1984) จึงได้ปรับเปลี่ยนเพื่อให้พยาบาลใช้ในการประเมินครอบครัวและแก้ไขปรับปรุงในปี ค.ศ. 1994 ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่การประเมิน โครงสร้างครอบครัว (Structural) การประเมินพัฒนาการครอบครัว (Developmental) การประเมินหน้าที่ครอบครัว (Functional)

2. กรอบแนวคิดทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ

2.1 แนวคิดภาวะหลังทันสมัย (Postmodernism) ยุคภาวะหลังทันสมัย แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทางด้านศิลปะ วรรณคดี สถาปัตยกรรม วิทยาศาสตร์ ศาสนา ปรัชญา เชื่อว่าหลายปัจจัยทำให้เกิดสิ่ง ๆ หนึ่งหรือเหตุการณ์ ๆ หนึ่งนั้น เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ซึ่งจะมีผลต่อแนวความคิด เจอเนนใจต่าง ๆ รวมทั้งความเชื่อ แนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดในยุคทันสมัย (Modernism) ที่ให้ความสำคัญและเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การทดลองคิดหาคำตอบว่าสิ่งนั้นมีผลต่อสิ่งนี้ แต่ในปัจจุบันยุคหลังทันสมัย เราเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มาจากสาเหตุหรือปัจจัยเพียงปัจจัยเดียว ซึ่งแนวความคิดความเชื่อนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรู้ใหม่ พฤติกรรมใหม่ และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงได้นำแนวความคิดภาวะหลังทันสมัย (Postmodernism) มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พยาบาลจะต้องมองหลาย ๆ ด้านว่าจะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อครอบครัว ต่อการปฏิบัติหน้าที่ มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันและสัมพันธภาพ รวมทั้งการปฏิบัติงานให้การพยาบาลด้วย

2.2 ทฤษฎีระบบ (System Theory) ศาสตร์ทางการพยาบาลได้นำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว ทฤษฎีระบบมองครอบครัวว่าเป็นระบบ ๆ หนึ่ง (Family as a System) ที่ประกอบด้วยระบบย่อยหลาย ๆ ระบบรวมกัน โดยมุ่งเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือระหว่างระบบย่อยมากกว่ามองแค่เพียงเฉพาะบุคคล ดังนั้นระบบ

ครอบครัวจึงประกอบด้วยความสัมพันธ์ของระบบครอบครัว ลักษณะของครอบครัวโครงสร้างหน้าที่ ขอบเขตของครอบครัว ระบบย่อยในครอบครัวและ การปรับตัวเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อคงไว้ถึงความสมดุลของระบบ



ภาพที่ 5 The Family as it Relates to Other Systems (Wright & Leahey, 2000)

2.3 Cybernetics เป็นทฤษฎีการติดต่อสื่อสารและการควบคุม (Communication and Control Theory) สร้างโดยนักคณิตศาสตร์ชื่อ Norbert Wiener เพื่อว่าระบบครอบครัวมีการควบคุมการทำงานภายในระบบเอง มีการปรับตัวของระบบ การประมวลข้อมูลและพฤติกรรมต่าง ๆ ของระบบ ข้อมูลการทำงานในอดีตของระบบจะถูกป้อนกลับเข้าสู่ระบบเพื่อทำการประมวลและจะไปมีผลต่อการทำงานของระบบอีกในอนาคต กระบวนการที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่ากระบวนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback Loops) (Wright & Leahey, 2000)

ผลกระทบจากพฤติกรรมของแต่ละคนและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลอื่นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่หรือเกิดเป็นรูปแบบใหม่ที่ต่างจากเดิมอย่างสิ้นเชิง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพ บุคคลจึงต้องรู้จักการควบคุมตนเอง กระบวนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback Loops) สามารถเกิดได้ในทุกระดับของระบบและสามารถเกิดขึ้นได้ในเวลาพร้อม ๆ กัน เช่น ความรู้สึกผิดใจ คอยจับผิดของภรรยาทำให้เกิดการแยกตัวออกจากของสามี นอกจากจะสังเกตปฏิกิริยาของสามี-ภรรยาแล้วจะต้องมองไปถึงผลกระทบที่อาจเกิดจากระบบย่อยอื่นด้วยซึ่งอาจมองย้อนไปถึงสัมพันธ์ภาพของครอบครัวเดิมของแต่ละฝ่ายอีกด้วย

2.4 ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารของบุคคลว่าสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่งได้อย่างไร ไม่มีสิ่งใดที่ไม่มีการสื่อสาร เพราะว่าการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดก็สามารถที่จะสื่อความหมายให้ผู้อื่นรับรู้ได้โดยพิจารณาจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่แสดงออก

การติดต่อสื่อสารทั้งหมดแบ่งออกเป็น 2 ทางได้แก่ การใช้คำพูด (Verbal Communication) และการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการสื่อสาร (Nonverbal Communication) องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสาร ไม่ใช่เพียงการเริ่มต้นพูดเท่านั้น แต่รวมถึงการให้ข้อมูลที่บอกลักษณะของสัมพันธภาพของผู้ที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กันด้วย เช่น ประโยคที่พ่อพูดกับลูก “มาหาพ่อหน่อยลูก พ่อมีอะไรบางอย่างจะเล่าให้ลูกฟัง” และอีกประโยคหนึ่งที่มีใจความเหมือนกัน “เข้ามานี่ซิ ฉันมีอะไรบางอย่างจะบอกเธอ!” จะเห็นได้ว่า 2 ประโยคนี้ แม้จะมีใจความเดียวกันแต่บอกลักษณะความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ประโยคแรกแสดงออกถึงความรัก แต่ประโยคหลังแสดงให้เห็นถึงความขัดแย้ง

2.5 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Change Theory)

พยาบาลจะต้องเรียนรู้เพื่อที่จะเข้าใจความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งต่าง ๆ หรือความรู้สึกละเอียดของคนทั่ว ๆ ไประหว่างความสามารถในการต้านทานสิ่งต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้โครงสร้างของครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง นั่นคือการปรับตัวของครอบครัวต่อสิ่งที่เข้ามาก่อความเพื่อพยายามที่จะรักษาโครงสร้างครอบครัวไว้ หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงตนเองก็มีผลกระทบต่อระบบด้วย การเปลี่ยนแปลงนั้นแสดงให้เห็นทางพฤติกรรม เพราะฉะนั้นสังเกตและเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมจะทำให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย

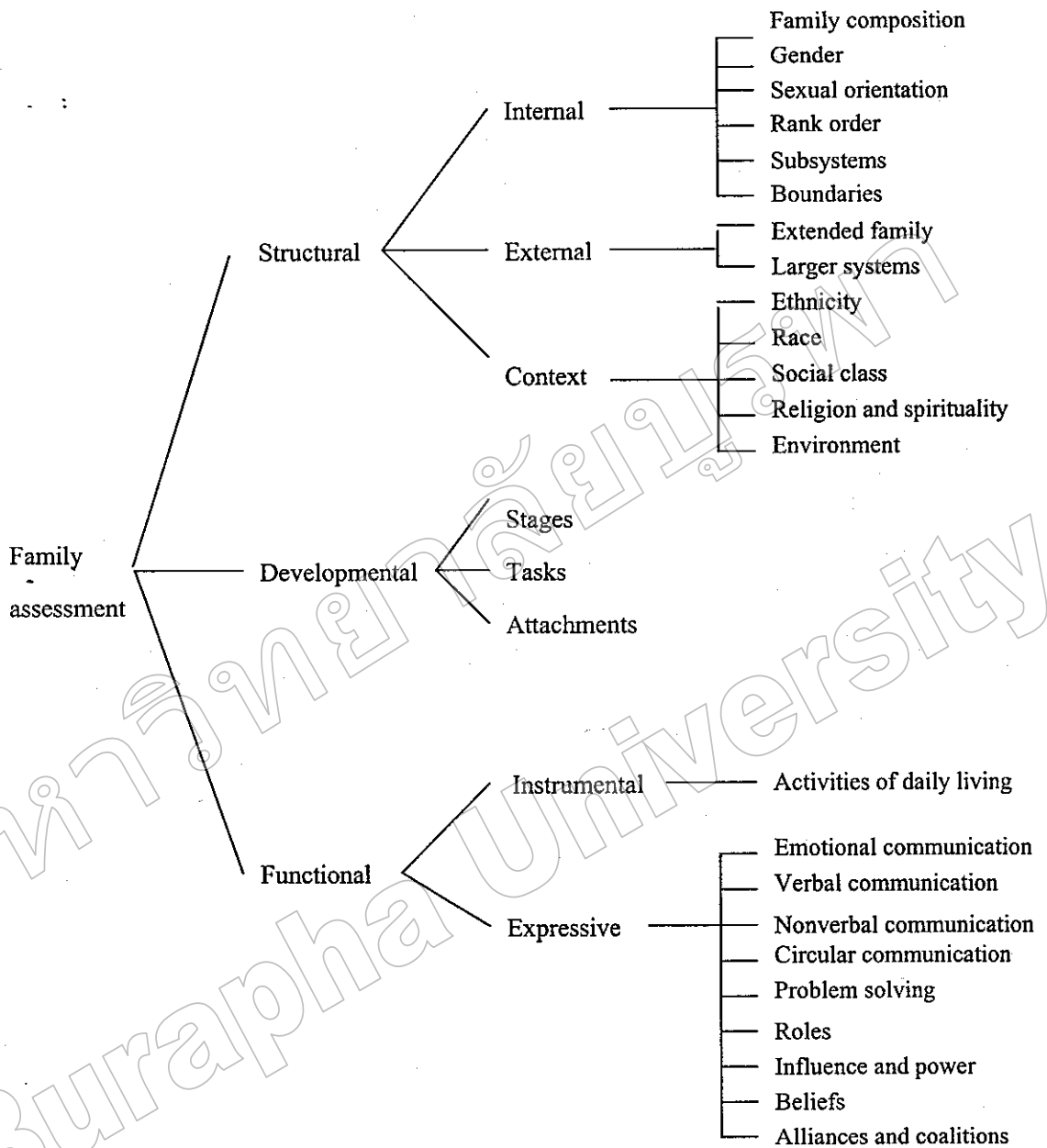
การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบครอบครัวทั้งหมดนั้นเกิดขึ้นและเกิดได้เร็วยิ่งขึ้นจากเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตเช่น การเจ็บป่วย การหย่าร้าง ตกงาน หรือการตายของสมาชิกในครอบครัว หรือจากการเข้ามาดูแลของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ เช่น พยาบาล การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวอาจเกิดจาก 3 ด้าน ความคิด ความเชื่อหรือพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ด้วย บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการสังเกตอย่างระมัดระวังถึงการเชื่อมโยงภายในระบบ ถ้าพยาบาลคิดว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบครอบครัว จะต้องพยายามรักษาความมั่นคงของครอบครัวไว้ให้มากที่สุด พยาบาลจะต้องยึดแนวทางทั้งสองไปพร้อม ๆ กันคือปฏิสัมพันธ์ของระบบครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับครอบครัว

2.6 กระบวนการรับรู้ทางชีววิทยา (Biology of Cognition) นักชีววิทยาทางระบบประสาท 2 ท่านคือ Maturana and Varela ได้นำเสนอแนวคิดความแตกต่างเกี่ยวกับมนุษย์ที่มีการแสดงออกของมุมมองต่าง ๆ ที่แตกต่างกันตามความ เข้าใจและรับรู้จากเหตุการณ์ ประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ซึ่งทำให้เข้าใจว่าทำไมมนุษย์แต่ละคนจึงแตกต่างกัน เป็นแนวคิดเชิงชีววิทยาและสรีระวิทยา ไม่ใช่เชิงปรัชญา ที่อธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่มองเห็นได้ในโลกว่าสิ่งต่าง ๆ นั้นคืออะไร ทำให้เรารู้จักว่าสิ่ง ๆ นั้นคืออะไร แต่ถ้าหากว่าเรายังไม่เคยเห็นสิ่งนั้นมาก่อน แต่ละคนจะเกิด

จินตนาการมากมายในการอธิบายถึงสิ่ง ๆ นั้น อาจ会有ความชัดเจนในการอธิบายไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ ความสนใจ สถิติปัญหา ความรู้ ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและอื่น ๆ อีก (Wright & Leahey, 2000)

ปัจจุบันการดูแลครอบครัว นอกจากสิ่งที่สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมแสดงออกแล้ว สิ่งสำคัญที่พยาบาลครอบครัวต้องคำนึงคือ การรับรู้ ความเชื่อของแต่ละบุคคลและครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องสำหรับสมาชิกในครอบครัวแต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อ ความคิดของพยาบาล เนื่องจากอาจเพราะมีความรู้ มีประสบการณ์ที่ต่างกัน บริบทต่างกัน บางครั้งอาจเป็นผลจากการปรับตัวจากความเจ็บป่วยหรือ เป็นการกระทำที่ทำแล้วรู้สึกมีความสุขในชีวิต หากพยาบาลนำแนวคิดนี้มาใช้ในการทำงาน จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงความต้องการของแต่ละบุคคลและครอบครัวมากขึ้น

3. การประเมินครอบครัวตามรูปแบบของ The Calgary Family Assessment Model (CFAM)



ภาพที่ 6 Branching Diagram of CFAM (Wright & Leahey, 2000)

3.1 โครงสร้างครอบครัว (Structural Assessment)

3.1.1 โครงสร้างภายใน (Internal Structural)

3.1.1.1 องค์ประกอบของครอบครัว (Family Composition Family) สามารถประเมินครอบครัวได้หลายรูปแบบ เช่น ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวเดี่ยวที่อาจจะอยู่เพียงครอบครัวเดียวหรืออยู่ร่วมกับครอบครัวเดิมเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวที่มีบิดามารดาเดี่ยว ครอบครัวที่มีบิดา/มารดาเลี้ยง หรือการอยู่ร่วมกันของพวกเร่ร่อนเพศหรือกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันเป็นคู่ ในครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว การมีสมาชิกเพิ่มเข้ามาใหม่ และมีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว หรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง การตายของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความรุนแรงจะนำไปสู่ความแตกแยกของครอบครัว

3.1.1.2 เพศ (Gender) เป็นการประเมินการรับรู้ การยอมรับเกี่ยวกับเพศ ความขัดแย้ง ความเชื่อในการแสดงบทบาทเป็นผู้หญิง หรือผู้ชาย

3.1.1.3 การแสดงออกทางเพศ (Sexual Orientation) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับเพศและการแสดงออก เช่น เป็นเกย์, เลสเบี้ยน, รักร่วมเพศ หรือรักได้ทั้งชายและหญิง (Bisexual Orientation)

3.1.1.4 การจัดลำดับ (Rank Order) คือลำดับของบุตรแต่ละคน อายุและเพศของเด็กแต่ละคนในครอบครัวความห่างของอายุในระหว่างคู่พี่น้อง ประเมินด้วยว่ามี ปัญหาต่าง ๆ ของบุตรคนโต คนกลาง คนเล็ก ความใส่ใจที่มีให้แก่บุตร

3.1.1.5 ระบบย่อย (Subsystems) ประเมินว่าในครอบครัวมีระบบย่อยกี่ระบบ ระบบใดบ้าง เช่น สามี-ภรรยา, มารดา-บุตร, บิดามารดาเดี่ยว -บุตร

3.1.1.6 ขอบเขต (Boundaries) คือ ประเมินว่าครอบครัวมีขอบเขต และกฎระเบียบในการปฏิบัติตนอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงขอบเขตได้เหมาะสมหรือไม่ มีผลต่อหน้าที่ของครอบครัวหรือไม่

3.1.2 โครงสร้างภายนอก (External Structural)

3.1.2.1 ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Extended Family) ประเมินว่าเป็นครอบครัวขยายหรือไม่ ประกอบด้วยใครบ้าง แสดงให้เห็นลำดับของสมาชิกในครอบครัวแต่ละรุ่น ลักษณะของความจงรักภักดี ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว

3.1.2.2 ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวกับระบบภายนอก (Larger Systems) ประเมินว่าครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับระบบภายนอกใดบ้าง เช่น ระบบของงาน, หน่วยงาน สงเคราะห์ด้านสวัสดิการ, สถานสงเคราะห์เด็ก, บ้านอุปถัมภ์, ศาลและคลินิกผู้ป่วยนอก

3.1.3 บริบท (Context) ประเมินถึงบริบท สิ่งแวดล้อมของครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เช่น การแบ่งชนชั้น เพื่อนบ้าน ประเทศและท้องถิ่นอาศัย

3.1.3.1 ชนชาติ (Ethnicity) หมายถึง ประเมินถึงความเป็นมาของครอบครัว เชื้อชาติ ศาสนา ประเพณีวัฒนธรรมของครอบครัว

3.1.3.2 เชื้อชาติ (Race) หมายถึง ประเมินถึง เชื้อชาติ เอกลักษณ์ของบุคคล และกลุ่ม ความเชื่อทางสุขภาพและพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากลักษณะของเชื้อชาติ ข้อได้เปรียบหรือการถูกกดขี่

3.1.3.3 ชนชั้นทางสังคม (Social Class) ประเมินชนชั้นทางสังคมมีความแตกต่างกันในเรื่องของการศึกษา รายได้และอาชีพในแต่ละระดับอาจแบ่งได้ดังนี้ ชนชั้นสูง ชนชั้นกลาง และชนชั้นต่ำ ซึ่งจัดกลุ่มโดยแบ่งตามค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ในการประเมินชนชั้นทางสังคม พยาบาลจะต้องเข้าใจสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ

3.1.3.4 ศาสนาและจิตวิญญาณ (Religion and Spirituality) คือ ประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อครอบครัว จิตวิญญาณของครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการปรับตัว ความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อความศรัทธาของครอบครัว สิ่งที่ครอบครัวยึดมั่นในการมีชีวิตอยู่

3.1.3.5 สิ่งแวดล้อม (Environment) ประเมินสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ลักษณะของ ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน สังคมและแหล่งต่าง ๆ ในสังคม เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ตอนกลางวัน โรงเรียน สถานิชนสงเคราะห์ ความสะดวกสบายต่าง ๆ

3.2 พัฒนาการครอบครัว (Development Assessment)

การประเมินด้านพัฒนาการใน CFAM นี้ได้เสนอวงจรชีวิตครอบครัวในหลาย ๆ รูปแบบ พยาบาลจะต้องสามารถจำแนกลักษณะพิเศษของรูปแบบครอบครัวในแบบต่าง ๆ ได้ พยาบาลจะต้องเปิดใจกว้างเพื่อยอมรับและเข้าใจ ความหลากหลายของรูปแบบครอบครัว โดยเฉพาะในปัจจุบันครอบครัวได้พัฒนาไปหลายรูปแบบ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความยากจน ไร้ที่อยู่อาศัย ครอบครัวบิดาขาดเด็ว ครอบครัวหย่าร้าง ครอบครัวที่มีบิดาขาดเด็ว ครอบครัวที่มีบุตรบุญธรรม ครอบครัวที่แยกกันอยู่ ครอบครัวเกย์ หรือบางครั้งในบ้านหลังหนึ่งอาจมีเพียงเด็ก ๆ อยู่กันเองโดยไม่มีผู้ใหญ่ดูแล เมื่อเข้าใจถึงโครงสร้างครอบครัวแล้วพยาบาลจำเป็นจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของวงจรชีวิตในแต่ละครอบครัวด้วย พัฒนาการครอบครัวคือการรวมกันของพัฒนาการที่มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ ตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุรวมเรียกว่า พัฒนาการของครอบครัว (Carter & McGoldrick, 1999) ในส่วนของการประเมินพัฒนาการนั้น

ประกอบไปด้วย ระยะพัฒนาการ (Stage) พันธกิจ (Task) และ ความรักความผูกพัน (Attachments) มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ระยะพัฒนาการ (Stage)

3.2.2 พันธกิจ (Task)

ตารางที่ 1 แสดงระยะพัฒนาการครอบครัว (ปรับปรุงจาก Carter & McGoldrick, 1999)

ระยะพัฒนาการ	กระบวนการที่เกิดขึ้น	พันธกิจ
1. เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว	แยกตัวจากครอบครัวเดิม	• เป็นตัวของตัวเองและเป็นอิสระจากครอบครัวเดิม • สร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับคนอื่น • ทำงานสร้างฐานะ
2. แต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่	อุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่	• สร้างความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยาที่เหมาะสม • ปรับความสัมพันธ์ที่มีกับครอบครัวเดิมและเพื่อนฝูงเพื่อนช่วยให้คู่สมรสอยู่ในครอบครัวใหม่อย่างมีความสุข
3. ครอบครัวที่มีลูกเล็ก	ต้อนรับสมาชิกใหม่ (ลูก) เข้าสู่ครอบครัว	• ปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยาเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ (ลูก) • ปฏิบัติหน้าที่ให้เหมาะสมกับบทบาทพ่อแม่ • ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับลูกของตน
4. ลูกโตเป็นวัยรุ่น	ส่งเสริมให้ลูกมีความเป็นตัวของตัวเอง	• ปรับความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเพื่อให้วัยรุ่นเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น • หันกลับมาให้ความสนใจในคู่สมรสและอาชีพการงานอีกครั้งหลังจากที่ได้ทุ่มเทให้ลูกเป็นเวลานาน • ดูแลพ่อแม่ซึ่งเข้าสู่วัยชรา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระยะพัฒนาการ	กระบวนการที่เกิดขึ้น	พันธกิจ
5. ลูกแยกไปจากครอบครัว	ยอมรับการแยกไปของสมาชิกเก่า(ลูก)และการเข้ามาของสมาชิกใหม่ (เขย-สะใภ้)	• สร้างสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับคู่สมรสของตน • ปรับความสัมพันธ์ที่มีต่อลูกให้เป็นแบบผู้ใหญ่ต่อผู้ใหญ่ • ดื้อรับเขย-สะใภ้และหลานเข้าสู่ครอบครัว • ยอมรับความเสื่อมสมรรถภาพที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นรวมทั้งการจากไป(ตาย)ของพ่อแม่
6. ผู้บั้นปลายของชีวิต	ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเนื่องจากย่างเข้าสู่วัยชรา	• แสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับวัยชรา • พยายามคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานและความกระตือรือร้นในชีวิต • สนับสนุนคนรุ่นลูกให้มีบทบาทมากขึ้น • จัดการกับความสูญเสีย(การตายของคู่สมรสญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง)ขณะเดียวกันก็เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง

3.2.3 ความรักความผูกพัน (Attachments)

ความรักความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก ในการสร้างบุคลิกภาพของเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ความมั่นคงของครอบครัวเป็นฐานสำคัญของความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร ความสัมพันธ์ทางจิตใจที่มีอยู่ระหว่างสมาชิกในครอบครัวนี้ นอกจากจะพบในบิดามารดาและบุตรแล้ว ยังพบระหว่างคู่สมรส ระหว่างพี่น้องร่วมสายโลหิตอีกด้วย ในเรื่องของความผูกพันมีคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน คือ "Attachment" และ "Bonding"

Attachment: ความผูกพันระหว่างเด็กที่ต่อมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเป็นความรู้สึกผูกพันอย่างรุนแรงที่ต้องการอยู่ใกล้ชีวิตบิดา-มารดา ผู้เลี้ยงดู เด็กพยายามเข้ามาหาคนที่ตนผูกพันคล้าเคลีย ไม่ยอมอยู่ห่างจากผู้เลี้ยง เป็นต้น (Bowlby, 1958)

Bonding: กระบวนการความผูกพันที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดระหว่างมารดาที่มีต่อบุตร จะเกิดขึ้นที่หลังคลอด (Perry, 1983) เป็นพฤติกรรมที่มารดาแสดงความผูกพันต่อทารกได้แก่ การสัมผัสทารก การประสานสบตากับทารก การให้ทารกดูดนมมารดา เป็นต้น

ถึงแม้ว่าจะมีผู้ให้ความหมายของคำว่า Bonding และ Attachment แตกต่างกัน แต่ในการทำงานของไรท์ และเลฮี (Wright & Leahey, 2000) ไม่ถือว่าแตกต่างกัน ในการประเมินครอบครัวจะเน้นที่ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากที่สุด ไรท์และเลฮีได้อธิบายความผูกพันของครอบครัวโดยใช้การวาดแผนภาพของความผูกพันใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

แทนผู้ชาย



แทนผู้หญิง



แทนความผูกพัน :



ความผูกพันแน่นแฟ้น



ความผูกพันมาก



ความผูกพันน้อย



ความผูกพันน้อยมาก

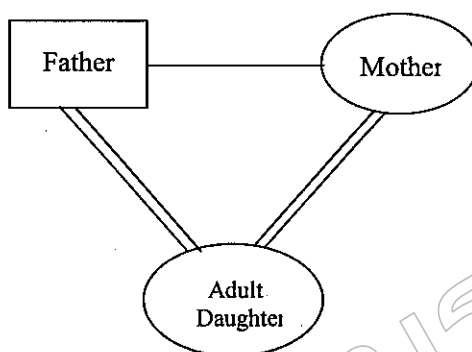


มีความขัดแย้ง

ภาพที่ 7 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการแสดงความผูกพัน (Wright & Leahey, 2000)

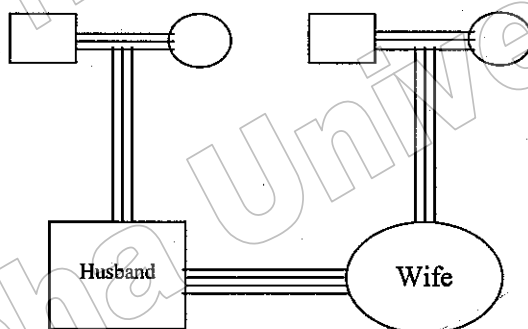
ไรท์ และเลฮี (Wright & Leahey, 2000) ได้ประเมินความผูกพันตามระยะของพัฒนาการครอบครัวโดยแบ่งเป็น 6 ระยะตามแบบของ คาร์เตอร์และแมกคูลิก (Carter & McGoldrick, 1999) ดังนี้

Stage One: การเลี้ยงดูบุตรสำหรับหนุ่มสาวที่ยังไม่แต่งงาน (เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว)



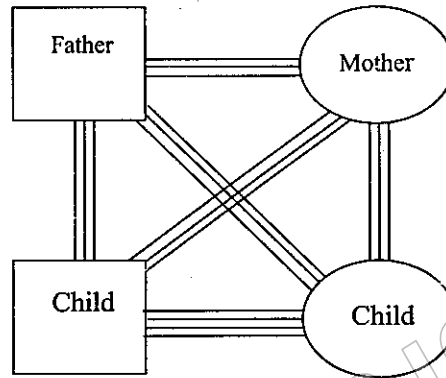
ภาพที่ 8 แสดงความผูกพันในครอบครัวระยะเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว (Wright & Leahey, 2000, p. 106)

Stage Two: ระยะแต่งงาน สร้างครอบครัวใหม่



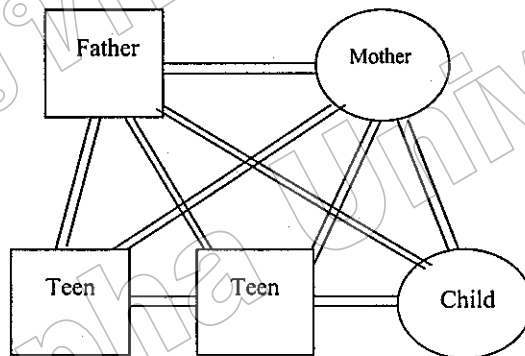
ภาพที่ 9 แสดงความผูกพันในครอบครัวระยะแต่งงานและแยกครอบครัว (Wright & Leahey, 2000, p. 107)

Stage Three: ครอบครัวที่มีลูกเล็ก



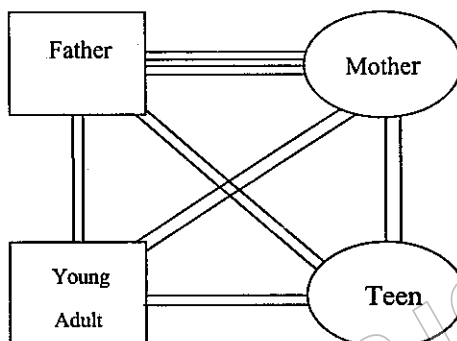
ภาพที่ 10 แสดงความผูกพันในครอบครัวระยะมีลูกเล็ก (Wright & Leahey, 2000, p. 110)

Stage Four: ครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น



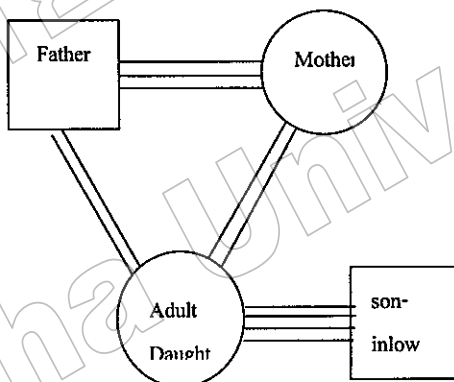
ภาพที่ 11 แสดงความผูกพันในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น (Wright & Leahey, 2000, p. 112)

Stage Five: ระยะที่ลูกแยกครอบครัว



ภาพที่ 12 แสดงความผูกพันในครอบครัวระยะที่ลูกแยกครอบครัว (Wright & Leahey, 2000, p. 113)

Stage Six: ระยะสู่บั้นปลายของชีวิต



ภาพที่ 13 แสดงความผูกพันในครอบครัวระยะสู่บั้นปลายของชีวิต (Wright & Leahey, 2000, p. 116)

3.3 หน้าที่ของครอบครัว (Functional Assessment)

การประเมินหน้าที่ของครอบครัวจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมีผลเชื่อมโยงไปถึงบุคคลอื่น ทำให้ได้โดยการสังเกตชีวิตของครอบครัวที่ครอบครัวแสดงออกมาโดยพิจารณาได้จาก หน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการแสดงออก (Instrumental and Expressive Function)

3.3.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Instrumental)

3.3.1.1 เป็นการสังเกตชีวิตประจำวันของครอบครัว ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเตรียมอาหาร การดูแลสุขภาพ และสิ่งที่แสดงออกมาให้เห็น เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของครอบครัว

3.3.2 การแสดงออก (Expressive)

3.3.2.1 การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Communication) สังเกตลักษณะและการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีความสุขอยู่ในความทุกข์ หรือกำลังโกรธ เช่น แสดงออกทางคำพูด การแสดงท่าทาง หรือทั้งสองอย่าง และการตอบสนองการแสดงออกในครอบครัว

3.3.2.2 การสื่อสารโดยใช้วาจา (Verbal Communication) จะมุ่งเน้นที่สัมพันธภาพในครอบครัวโดยดูจากการพูดจา รองลงมาคือเนื้อหาของการที่ใช้ในการสื่อสาร

3.3.2.3 การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา (Nonverbal Communication) เป็นการแสดงออกทางท่าทาง การสบตา การสัมผัส การให้สัญญาณ การแสดงออกทางใบหน้า

3.3.2.4 การสื่อสารแบบวงกลม (Circular Communication) การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นการแสดงออกถึงความต้องการ ความรู้สึกต่อกัน ซึ่งมีผลต่อการพฤติกรรมและการแสดงออกของอีกฝ่ายหนึ่ง ในการตอบสนองย้อนกลับ

3.3.2.5 การแก้ปัญหา (Problem Solving) ความสามารถในการแก้ปัญหาของครอบครัว ครอบครัวที่เข้มแข็งนั้นเกิดจากมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและในอดีตประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา ต้องศึกษาถึงรูปแบบการแก้ปัญหของครอบครัวทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ความต้องการช่วยเหลือหรือไม่ มีแหล่งความช่วยเหลือใดบ้างที่ครอบครัวใช้

3.3.2.6 บทบาท (Roles) แสดงถึงรูปแบบที่เหมาะสมของพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว บทบาทนั้นมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปตามปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีกับบุคคลอื่น บทบาทนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย พยาบาลจึงต้องคอยช่วยเหลือดูแลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวไม่ให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง

3.3.2.7 สิ่งที่มีอิทธิพลและอำนาจในครอบครัว (Influence and Power) เช่น โครงสร้างทางสังคม ภาษา องค์การ และความมั่นคงในครอบครัวและในสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม สิ่งพยาบาลจะต้องตระหนักอยู่เสมอคือความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัวเรื่องของบทบาทเพศ เศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งระดับของชนชั้นทางสังคม เป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้

3.3.2.8 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อของครอบครัว คือทัศนคติ ค่านิยม ข้อตกลงที่บุคคลหรือครอบครัวยึดถือ ความเชื่อเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม

ทางวัฒนธรรม บางครั้งพบว่าความเชื่อที่สามารถที่จะควบคุมความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับความเชื่อของครอบครัว ศาสนาและจิตวิญญาณ รวมทั้งบทบาทของ ครอบครัวและบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลครอบครัว

3.3.2.8 ความสามัคคีและการร่วมมือกัน (Alliances and coalitions) การรวมพลังของสมาชิกในครอบครัว มุ่งเน้นไปที่ ทิศทาง ความสมดุล ความเหนียวแน่นของสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือระหว่างครอบครัวกับพยาบาล

The Calgary Family Assessment Model (CFAM) เป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการประเมินครอบครัวอย่างแพร่หลาย รวมทั้งนำไปใช้ประเมินครอบครัวในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น Martin, Watson and Baird (1999) ได้นำ CFAM ไปใช้ในการประเมินครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงที่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าในระหว่างการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้น หญิงตั้งครรภ์จะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการคลอดรวมทั้งครอบครัวด้วย ดังนั้นในการวางแผนในการดูแลของพยาบาล นอกจากจะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์แล้ว จึงควรส่งเสริมในเรื่องหน้าที่ของครอบครัวด้วย การนำ CFAM และ CFIM มาใช้ เป็นการช่วยเพิ่มความสามารถของทีมสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของครอบครัวเป็นการวางแผนการดูแลที่นอกเหนือไปจากการดูแลด้านสุขภาพของมารดา แต่เป็นการดูแลสุขภาพของครอบครัวเป็นพื้นฐานในการให้การดูแลสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์

Menard and Saucier (2000) ได้นำ CFAM และ CFIM (The Calgary Family Intervention Model) ไปใช้ในการดูแลครอบครัว พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจทั้งครอบครัวและพยาบาล สามารถประเมินปัญหาและช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านวิกฤตไปได้

นอกจากนี้ Leboeuf (1999) ได้นำ CFAM ไปใช้ในการประเมินครอบครัวของกลุ่มสตรีที่เป็นเนื้องอกที่สมอง โดยศึกษาถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วย การรับรู้ ความเชื่อ และแรงสนับสนุนและนำข้อมูลที่ได้มาบำบัด พบว่าสามารถบรรเทาสถานการณ์ที่วิกฤตและช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัว ดำรงชีวิตด้วยความผาสุก

รูปแบบการประเมินสุขภาพครอบครัวโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ มีการดำเนินงานโดยมีการปรับโครงสร้างของสถานบริการให้เป็นการบริการในเชิงรุก มีการดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้ดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพของรัฐ โดยเป็นสถานบริการหลักร่วมกับเทศบาลและสถานีอนามัยในเครือข่าย ให้การดูแลสุขภาพ

ครอบครัวในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ จัดทำแฟ้มครอบครัวและรูปแบบการประเมินสุขภาพครอบครัวขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการประเมินสุขภาพครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่การดูแล เป็นรูปแบบการประเมินสุขภาพครอบครัวที่โรงพยาบาลสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนามาจากรูปแบบของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 โครงสร้างหลัก ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว หน้าที่ครอบครัวและพัฒนาการครอบครัว มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในด้านข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะทางสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ระยะพัฒนาการของครอบครัว วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวและระหว่างครอบครัวกับชุมชน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 สถานที่ตั้งและแผนที่บ้าน

1.2 สมาชิกที่ครอบครัวประกอบด้วย ชื่อ สกุล วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้/ปี สิทธิในการรักษา กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่าง ๆ บทบาทในชุมชน

1.3 ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว

2. ข้อมูลของสุขภาพของบุคคลในครอบครัว แบ่งรูปแบบการประเมินเป็น 3 ประเภท

ได้แก่ สุขภาพบุคคลทั่วไป (แบ่งแยกตามกลุ่มอายุ) สุขภาพเด็ก สุขภาพผู้ป่วย เรื้อรัง

2.1 ประวัติการเจ็บป่วย

2.2 ประวัติการรับวัคซีนและพัฒนาการ

2.3 ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. ข้อมูลทางสังคมและเศรษฐกิจ

3.1 การหารายได้

3.2 การตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ และปัญหาครอบครัว

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

3.4 ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

4. ข้อมูลด้านสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.1 การจัดหา น้ำสะอาด

4.2 สุขาภิบาลที่พักอาศัย / การกำจัดสิ่งปฏิกูล

4.3 สุขาภิบาลอาหาร

4.4 การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค

4.5 การใช้สารไอโอดีนในครัวเรือน

4.6 การใช้สมุนไพรในครัวเรือน