


แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๓๔๐ ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๔
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นายกิตติพงษ์ สกุล แซ่เล่า
ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน กลุ่มงานประกันสุขภาพ
กอง โรงพยาบาลตากสิน สำนัก/สำนักงานเขต การแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศหลักสูตร...หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗
จัดโดย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น - บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นายกิตติพงษ์ แซ่เล่า)
นายแพทย์ปฏิบัติการ

รายงานการศึกษาในประเทศระดับสูงกว่าปริญญาตรี
หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นายกิตติพงศ์ แซ่เล่า
อายุ ๓๓ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
- ๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจผู้ป่วยนอกโรคทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยยาเสพติด
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร แพทย์ประจำบ้าน
สาขา เวชศาสตร์ครอบครัว
เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน - บาท
ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗
สถานที่ ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ วุฒิบัตรหลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สาขา เวชศาสตร์ครอบครัว
- ๑.๔ การเผยแพร่รายงานผลการอบรม ผ่านเว็บไซต์ สนพ. และ กทม.
 ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูกาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยไม่จำกัดโรค เพศและวัย
๒. มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเป็นผู้เชื่อมต่อความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับองค์ประกอบสำคัญอื่น ๆ คือ สุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
๓. มีความรอบรู้ทางด้านงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๔. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการสุขภาพและครอบครัว ผู้ร่วมงานในวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขาวิชาชีพ เพื่อประสานงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕. มีความทันสมัย และรู้จักเลือกใช้เทคโนโลยีการแพทย์อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

๖. มีความเข้าใจในระบบบริการสาธารณสุข และการสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึง

๗. สามารถดำเนินการวิจัยและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่หลากหลายสำหรับวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย

๘. มีความเป็นผู้นำทางวิชาการ มีความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและสอนผู้อื่น เพื่อเป็นที่ปรึกษาทางการแพทย์แก่ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพ

๙. สามารถประเมินและพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

๒.๒ เนื้อหา

ความสัมพันธ์ระหว่างเวชปฏิบัติปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว (Primary Care and Family Practice)

ในการพัฒนางานของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) และงานบริการแบบเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care) ให้ประชากรได้มีโอกาสรับบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมและเท่าเทียมตามกฎบัตรออกตาวามีการพัฒนาต่อยอดจนสามารถดำเนินการให้มีบริการที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของแต่ละครอบครัว รวมทั้งเฝ้าดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่องยาวนาน ลักษณะงานดังกล่าวเป็นที่มาของงานเวชปฏิบัติครอบครัว (family practice) ซึ่งประกอบด้วยงานที่มีลักษณะเด่นสองด้าน คือ

๑. เวชปฏิบัติปฐมภูมิที่มีหลักการสำคัญ ๔ ประการ คือ

๑.๑ เป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (First Contact)

๑.๒ ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

๑.๓ ดูแลผสมผสานทุกปัญหาาร่วมกับการคัดกรองโรค รักษาโรค สร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ (Comprehensive Care)

๑.๔ ติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพครบถ้วนรอบด้าน (Co-ordinated Care)

๒. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่สามารถแบ่งคร่าว ๆ เป็น ๓ ระดับ คือ

๒.๑ การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)

๒.๒ การดูแลผู้ป่วยโดยเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของครอบครัว (Family-Oriented Care : “The Family as a Patient”)

๒.๓ การดูแลผู้ป่วยโดยเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของชุมชน (Community-Oriented Care)

ประเภทของเวชปฏิบัติ (Type of Medical Care) แม้จะไม่ได้มีการแบ่งแยกขาดจากกัน แต่ในหลายประเทศจะมีการจัดการบริการที่แตกต่างกันอยู่ ๓ ประเภทดังนี้ คือเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Primary Care)

เน้นที่การบริการเป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันบริการที่ผสมผสานเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

เวชปฏิบัติทุติยภูมิ (Secondary care) เน้นการบริการภายในสถานพยาบาลซึ่งผู้ป่วยมักมีความเจ็บป่วยบางอย่างที่ทำให้ต้องนอนรักษาตัว หรือ เฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดในสถานพยาบาล จึงเหมาะแก่ความเจ็บป่วยบางประเภท บางลักษณะเท่านั้น

เวชปฏิบัติตติยภูมิ (Tertiary care) เน้นการบริการภายในสถานพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง เนื่องจากเป็นโรคที่สลับซับซ้อนและยากต่อการวินิจฉัย จึงต้องอาศัยแพทย์หลายสาขาเครื่องมือหลายเครื่องมือ ในการตรวจรักษา จึงมักเป็นโรคที่พบน้อยในชุมชน ค่าตรวจรักษาจึงมีราคาสูงตามไปด้วย

ระบบนิเวศของงานเวชปฏิบัติ (Ecology of Medical Care)

จากการศึกษาลักษณะประชากรที่เข้ามาใช้บริการในเวชปฏิบัติระดับต่าง ๆ พบว่าตลอด ๔๐ - ๕๐ ปีที่ผ่านมา แม้ว่าโลกจะมีการพัฒนาทางการแพทย์ไปมากแต่ลักษณะของประชากรที่เข้ามาใช้บริการยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง มากนัก กล่าวคือจากสัดส่วนประชากร ๑,๐๐๐ คน มีประชากรที่มีความเจ็บป่วยอยู่ประมาณ ๓ ใน ๔ แต่มารับบริการตรวจรักษากับแพทย์ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิเพียง ๑ ใน ๔ ซึ่งแสดงว่า อีกประมาณครึ่งหนึ่งของประชากร ที่เจ็บป่วยในแต่ละเดือนไม่เข้าหาบริการทางสาธารณสุข ประชากรเหล่านี้ อาจจะหายเจ็บไข้ไปก่อนที่จะมารับ บริการหรือรักษาตนเองได้ หรือไปเลือกการรักษาแบบอื่น ที่ไม่ใช่แบบ การแพทย์ที่รัฐจัดหาไว้ให้หรืออาจจะ เจ็บป่วยทุพพลภาพถึงอาจเสียชีวิตจนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

ดังนั้น ประชากรส่วนมากที่มารับบริการตรวจรักษากับเวชปฏิบัติปฐมภูมิจึงไม่ได้หมายถึงแต่ ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ง่าย ๆ เท่านั้น แต่สามารถมีความรุนแรงและอาจมีอาการแปลก ๆ ที่ไม่พบในเวช ปฏิบัติอื่นได้ ส่วนการที่ประชากรเข้าใช้บริการแน่นขนัดไปทุกสถานพยาบาลในประเทศไทย หากมาดูที่รายชื่อ ผู้ใช้บริการ อาจพบลักษณะของผู้มารับบริการซ้ำซ้อนหลายครั้ง ทั้งผู้ป่วยขาจรและผู้ป่วยประจำทำให้ดู เสมือนว่ามีงานบริการเยอะ แท้จริงแล้วให้บริการซ้ำไปซ้ำมา ให้แก่ประชากรบางคนเท่านั้น

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนประชากร ๙ ใน ๑,๐๐๐ ที่เข้ารับการรักษาในเวชปฏิบัติ ทุติยภูมิ และมีเพียง ๕ ใน ๑,๐๐๐ ที่รักษาในเวชปฏิบัติตติยภูมิ ท้ายที่สุดมีเพียง ๑ ใน ๑,๐๐๐ เท่านั้นที่รักษา ในศูนย์การแพทย์ ระดับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแสดงว่าลักษณะความเจ็บป่วยที่รักษาในสถานพยาบาลระดับทุติย ภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์ นั้นน่าจะเป็นความเจ็บป่วยที่หายากและแตกต่างจากลักษณะความเจ็บป่วยที่ พบบ่อย ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ เมื่อสถานพยาบาลขนาดใหญ่เต็มไปด้วยความเจ็บป่วยดังกล่าวบุคลากรจึงมีความ เชี่ยวชาญ ในการดูแลรักษาโรคที่หายากเหล่านั้นได้ดีกว่าแพทย์ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ แต่ในทางกลับกันแพทย์ ที่อยู่ในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ก็จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลลักษณะความเจ็บป่วยที่พบบ่อย ใน เวชปฏิบัติปฐมภูมิ ดังนั้น จึงไม่อาจกล่าวได้ว่า แพทย์ที่เวชปฏิบัติตติยภูมิมีความสามารถมากกว่าแพทย์ที่เวช ปฏิบัติปฐมภูมิเพราะมีความเชี่ยวชาญกันคนละชนิดของปัญหาสุขภาพ

เวชปฏิบัติแบบองค์รวม (Holistic Medicine)

เนื่องจากมิติสุขภาพแบบองค์รวมเป็นมิติที่สอดประสานกันทุกด้านไม่สามารถแยกขาดจากกัน ชัดเจน เป็นสุขภาพกายสุขภาพจิตสุขภาพจิตสังคมสุขภาพจิตวิญญาณจึงมีผู้นำเสนอ bio-psycho-social model ว่าเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องของระบบที่ถักทอเกี่ยวพันกันอยู่เป็นผืนเดียวกันทุกระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับเซลล์ ระดับ อวัยวะระดับระบบอวัยวะระดับบุคคลระดับครอบครัวระดับชุมชนระดับสังคมและระดับจักรวาล เพื่อให้ เข้าใจง่ายจึงแบ่งสุขภาพองค์รวมออกเป็น ๓ ระดับ คือ

๑. ระดับบุคคล (Patient-centred care)
๒. ระดับครอบครัว (Family-oriented care)
๓. ระดับชุมชนหรือสังคม (Community-oriented care)

คุณสมบัติแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ด้วยความที่แพทย์ที่ทำงานในเวชปฏิบัติครอบครัว ต้องมีทักษะในการให้บริการทั้งแบบเวชปฏิบัติ ปฐมภูมิและเวชปฏิบัติแบบองค์รวม ซึ่งเฉพาะเจาะจงสำหรับรายบุคคลที่มาจากรอบครัวหนึ่งครอบครัวที่มี

ความแตกต่างจากครอบครัวอื่น โดยมีเป้าหมายการเฝ้าดูแลติดตามประชากรกลุ่มหนึ่งให้มีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงต้องมีลักษณะสำคัญ ๔ ประการ ดังนี้

๑. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient Relationship)
๒. มีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ (Skillful Clinician)
๓. มีเวชปฏิบัติอยู่ในชุมชนหรือคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของชุมชนหนึ่ง ๆ (Community-Based Practice)
๔. เป็นแหล่งข้อมูลหรือที่ปรึกษาให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบ (Resource Person to a Defined Population)

ความหมายของการมีสุขภาพดี (Healthy)

ความหมายของ “สุขภาพดี” ในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง การมีสมดุลของสภาวะกายจิตสังคมจิตวิญญาณของบุคคลหนึ่ง ๆ แต่โดยสรุปในคำจำกัดความที่เข้าใจได้ง่ายกว่าคือ ภาวะที่บุคคลผู้นั้นดำรงตนอยู่ได้อย่างมีความสุขในสิ่งที่มีอยู่รอบตัว ไม่ว่าจะมิตัวโรคหรือความเจ็บป่วยใด ๆ หรือไม่ หากใช้คำจำกัดความนี้จะเห็นได้ว่าคนเราสามารถมีความสุขได้ในทุกสภาวะโรค และอาจจะไม่มีความสุขก็ได้แม้จะไม่มีโรค ภาวะที่คนเหล่านั้นไม่มีสุขทำให้เกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจและเกิดเป็นความเจ็บป่วยได้ในรูปแบบต่าง ๆ แพทย์มีหน้าที่ประเมินและค้นหาสภาวะที่ไม่เป็นสุขสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่ง ๆ ที่เดินเข้ามาปรึกษา และช่วยดูแลเยียวยาให้เขาดูแลตนเองได้ดีขึ้นมีความสุขมากขึ้น

การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centred Medicine)

หลักการสำคัญของการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ ทำความเข้าใจกับความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรค (*disease*) และ ความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่น (*Illness*)

ตัวโรค (disease) คือ ความเจ็บป่วยที่มีคำจำกัดความหรือคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ไว้แต่ *ความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่น (Illness)* คือ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงกับบุคคลนั้น ๆ ซึ่งทำให้เกิดทุกข์ขึ้น อาจแบ่งได้เป็นทุกข์ ๔ ประเภท คือ *ความคิดกังวล (Idea or concern)* *ความรู้สึก (Feeling or emotion)* *ผลกระทบต่อภารกิจประจำวัน (function)* และ *ความคาดหวังที่อยากได้รับความช่วยเหลือจากคนภายนอก (Expectation)*

เมื่อทำความเข้าใจและวินิจฉัย ได้ทั้งตัวโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างรอบด้านแพทย์ก็ควรทำความเข้าใจกับประวัติความเป็นมาชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วยว่าเป็นใครมาจากไหน (Understand the whole person) เพื่อเข้าใจมากขึ้นว่าโรคและความทุกข์ ๔ ประเภทข้างต้น จะก่อผลกระทบให้ผู้ป่วยรายนั้น ๆ อย่างไร

แพทย์จึงจะสามารถต่อรองหรือเยียวยารักษา ปลอดภัย และเฝ้าติดตามจนผู้ป่วยหายทุกซอกในขณะเดียวกัน ก็หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่บุคคลนั้น ๆ ตามความเสี่ยงในแต่ละครั้งที่ตรวจรักษาโดยแพทย์ต้องวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพให้ผู้ป่วยรายนั้นในระยะยาวและแบ่งประเด็นสำคัญในการดูแลให้เหมาะสมตามแต่โอกาสและระยะเวลาที่เอื้ออำนวยในขณะหนึ่ง ๆ เช่น ระยะเวลาในขณะที่พบผู้ป่วยครั้งแรกควรช่วยเยียวยารักษาโรคและความทุกข์ที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบันก่อนแล้วแบ่งเรื่องการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพไว้คราวถัดไป เป็นต้น

สัญญาณเตือนสำหรับความเจ็บป่วยอื่นที่ไม่ใช่โรค (Warning signs of Illness) ในสภาพแน่นขนัดของแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของทุกโรงพยาบาล มีอาการจำพวกหนึ่งที่สามารถช่วยให้แพทย์ถูกคิดได้ว่าผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการของความเจ็บป่วยอื่น ที่เป็นทุกข์มากกว่าตัวโรคแสดงว่าผู้ป่วยน่าจะมีความกังวลสูงว่าจะป่วยเป็นโรคร้ายแรงอะไรบางอย่าง หรือ มีปัญหาอื่นซ่อนเร้น ตัวอย่างเช่น

- มาตรวจบ่อยครั้งด้วยอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ
- อาการเดิม ๆ หลาย ๆ อาการ
- อาการที่เป็นมานานไม่เคยหาย
- ดูทุกข์ทรมานเกินจริงกับอาการเล็ก ๆ
- พ่อแม่ที่ชอบพาลูกมาหาหมอตลอดเวลา
- ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีญาติมาเป็นเพื่อนด้วยเสมอ

ดังนั้นเมื่อแพทย์คัดกรองพบสภาพดังกล่าวข้างต้น แพทย์ควรริบให้ความใส่ใจกับความทุกข์ด้านอื่นของผู้ป่วยก่อนที่จะลืม เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ถูกปลูกฝังมาให้ค้นหาแต่ตัวโรค หากผู้ป่วยส่งสัญญาณว่ามาตรวจ ด้วยความทุกข์ด้านอื่น แพทย์จึงควรมุ่งประเด็นหลักที่ความทุกข์หรือความเจ็บป่วยอื่นก่อน เพราะถึงอย่างไร แพทย์ก็ต้องรับผิดชอบในการค้นหาตัวโรคหรือความผิดปกติส่วนอื่นของร่างกายอยู่ดี

ระบบครอบครัว (Family System)

หากการวินิจฉัยโรคต้องทำความเข้าใจก่อนว่าโรคนั้นเกิดจากสาเหตุใด ไปก่อพยาธิสภาพที่อวัยวะใด ทำให้ระบบใดในร่างกายรวนเรไป การวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพของคนก็เช่นกัน ต้องเริ่มจากสาเหตุที่ บุคคลนั้นเจ็บป่วยเกิดจากอะไรเกิดจากอุปสรรคในตัวของเขาเองที่ผิดปกติหรือเกิดจากเหตุปัจจัยอื่น ๆ ที่ร่ายล้อมตัวเขาอยู่ เช่น ปัญหารุมเร้าจากครอบครัวและสังคมของเขาที่ส่งผลให้เขาต้องโหมงานหนักจนเจ็บป่วย เป็นต้น

การดูแลรักษาคนจึงมีความหมายกว้างกว่าการรักษาโรค เพราะต้องทำความเข้าใจกับระบบที่ใหญ่ และกว้างกว่าระบบที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของคนหนึ่งคน คือ *ครอบครัว* ซึ่งมีลักษณะที่อยู่กันอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาลอย ๆ ต่างคนต่างอยู่ แต่เป็นระบบที่มีองค์ประกอบชัดเจน มีกลไกการดูแลและควบคุมซึ่งกันและกัน ทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ต่าง ๆ และกาลเวลา ลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้จึงเปรียบเทียบการทำงานของ *ระบบครอบครัว (family system)* ว่าคล้ายกับ *ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อ (endocrine system)* ที่ประกอบด้วยอวัยวะต่าง ๆ อยู่กระจัดกระจายห่างกัน แต่สามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบได้ คอยตรวจสอบดูแล รวมทั้งควบคุมซึ่งกันและกัน (Positive and negative feedback mechanism) ทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงสภาพตามกาลเวลา (Family morphogenesis)

โครงสร้างครอบครัว (Family Structure)

หลังจากที่เข้าใจว่าครอบครัวทำงานอย่างเป็นระบบแล้วแพทย์ควรทำความเข้าใจกับรายละเอียดโครงสร้างหรือองค์ประกอบของครอบครัวหนึ่ง ๆ หรือบ้าน ๆ หนึ่ง ซึ่งมักมีการจัดวางบทบาทของสมาชิกไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

๑. ลำดับความสำคัญของสมาชิก (Hierarchy) ใครเป็นบุคคลที่อยู่ตำแหน่งสูงสุดของบ้าน เป็นผู้บังคับบัญชาของบ้านเป็นคนที่คอยขับเคลื่อนให้บ้านดำเนินไปได้

๒. อาณาเขตของบ้าน (Boundaries) ภายในบ้านมักจะมีการแบ่งกลุ่มย่อย ๆ ลงไปอีก เช่น กลุ่มคู่สามี ภรรยา กลุ่มพี่ ๆ น้อง ๆ กลุ่มตายาย กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มเด็ก เป็นต้น

๓. บทบาทของสมาชิก (Role selection) ในแต่ละบ้านจะมีการแบ่งหน้าที่กันไว้ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจเช่น ตั้งแต่พ่อตายแม่ก็ต้องลุกมาทำงานหาเลี้ยงทุกคนในครอบครัว (Breadwinner) ยายต้องมา - ช่วยเลี้ยงหลาน ๆ (Nurturer) ป้าคนโตซึ่งเป็นคนที่ทุกคนเคารพ จะเป็นคนเข้ามาช่วยตัดสินใจเวลาที่ครอบครัว ต้องเผชิญปัญหาวิกฤตต่าง ๆ (Problem solver) หลานสาวคนโตเรียนมหาวิทยาลัยแล้วเป็นผู้ใหญ่พอที่จะคอย ดูแลคุณยายที่เป็นโรคเรื้อรัง (Caregiver) เป็นต้น

๔. **แพะรับบาป (Noble Symptom Bearer/ Scapegoat)** บางครอบครัวที่มีปัญหาจะเกิดการเลือก บทบาท “ตัวชวย” ขึ้นมาเป็นที่โยนบาปของคนในครอบครัว เช่น การที่ครอบครัวเกิดวิกฤตแบบนี้ เพราะคนนี้เป็นเหตุ เมื่อเกิดเหตุอีกก็โทษคนเดิมอีกทั้ง ๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นคนที่ยอมรับการลงโทษโดยไม่ใช้ความผิดของตนเองเพื่อให้ครอบครัวผ่านพ้นวิกฤตไปชั่วคราวแต่เมื่อต้องเป็นแพะรับบาปอยู่เรื่อย ๆ อาจจะทำให้เกิดความเครียดสะสมขึ้นเรื่อย ๆ ในตัวแพะนั้น และครอบครัวก็ไม่รู้จักการแก้ปัญหาให้ตรงจุด มีแต่โทษแพะ

๕. **ลูกที่ต้องมีภาระความรับผิดชอบสูง (Parentified Child)** ในบางครอบครัวที่พ่อแม่ทำหน้าที่ไม่ได้สมบูรณ์ ลูกบางคนก็จะลุกขึ้นมารับผิดชอบทำหน้าที่ดูแลปกครองคนในบ้านแทน ซึ่งมักจะทำให้ต้องรับภาระเกินตัวและเกินลำดับอาวุโส

๖. **สมาชิกที่สนิทสนมกัน (Alliance)** ในบ้านมักจะมีคำว่า “ลูกพ่อ” “ลูกแม่” “ลูกยาย” ซึ่งหมายถึง สนิทสนมกับใคร เป็นพวกเดียวกันกับใคร

๗. **สมาชิกที่รวมหัวกันเป็นอริกับคนอื่นในบ้าน (Coalition)** มีการรวมพวกกัน แล้วต่อต้านพวกอื่นหรือ คนอื่นในบ้าน เช่น จากคำพูดของแม่ว่า “ใช้สิแกมันลูกพ่อ เห็นดีเห็นงามกันไปหมดฉันคนเป็นแม่ กลับไม่เคย อยู่ในสายตาทำอะไรเป็นผิดไปหมด” จากคำพูดดังกล่าวแสดงว่าลูกเป็นพวกเดียวกับพ่อ แต่เป็นคนละพวกกับแม่

กระบวนการภายในบ้าน (Family Process)

ในแต่ละบ้านจะมีกระบวนการที่สมาชิกติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงผูกพัน กันไว้หลายรูปแบบบ้านส่วนใหญ่มีการเรียนรู้พัฒนาจนได้ความสัมพันธ์ที่ลงตัว สมาชิกสามารถเติบโตอย่างเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่รักกัน ช่วยเหลือกัน ภายในบ้านด้วยแต่มีกระบวนการผูกพันกันของสมาชิกบางบ้านที่มีปัญหาเช่น

๑. **กลมเกลียวแน่นแฟ้น (Enmeshment)** คนในบ้านผูกพัน แน่นเหนียว รักกันมาก สนิทกันมากไป ไหนไปเป็นหมู่คณะ ทำอะไรทำด้วยกันตลอดเวลา ทุกคนห่วงใยกันและคอยดูแลเรื่องราวต่าง ๆ ของกันและกัน ตลอด ทำให้สมาชิกแต่ละคนขาดความเป็นอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง มีอารมณ์ร่วมกันสูง เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย จึงพากันวิตกกังวลอย่างมากมายรากับเจ็บป่วยด้วยกันทั้งบ้าน เข้าใจและรู้สึกแทนกันไปหมดทั้งบ้าน

๒. **ร้าวรานห่างเหิน (Disengagement)** คนในบ้านไม่สนใจซึ่งกันและกันเลย ต่างคนต่างอยู่ ไม่รู้เรื่องราวของกันและกัน ในรายละเอียดที่ควรจะทราบไม่มีอารมณ์ร่วมกัน ไม่เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน

๓. **ตีวิวกระทบคราดหรือตีลูกชิ่ง (Triangulation)** คนในบ้านสื่อสารแบบอ้อมค้อม ไม่พูดกันตรงไปตรงมา แต่กลับใช้วิธีตีวิวกระทบคราด เช่น ต้องการจะต่อว่าคนหนึ่ง แต่ไปบอกผ่านอีกคนหนึ่งก่อน โดยคนกลางไม่ใช่คนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องรับหน้าที่สื่อสารไปมาระหว่างกลาง

๔. **ดำเนินการตามแบบแผน (Family Patterns)** บางบ้านมีกระบวนการที่เป็นขั้นตอนเรียงไปเป็นแบบแผน เช่น ทุกครั้งที่เกิดเหตุนี้จะเกิดเหตุที่สองและตามมาด้วยเหตุที่สามแทนที่บ้านจะมีการเรียนรู้กับปัญหาใหม่ ๆ และแก้ไขด้วยวิธีใหม่ ๆ บ้างแต่ครอบครัวกลับใช้วิธีเดิม ๆ ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลาซึ่ง อาจทำให้ดูเหมือนว่าครอบครัวไม่เติบโต แก้ปัญหาด้วยวิธีเดิม ๆ สื่อสารกันด้วยวิธีเดิม ๆ

กลไกของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา (Family across time)

๑. **พัฒนาการของครอบครัวหรือวัยของครอบครัว (Family Life Cycle)** เมื่อครอบครัวมีสมาชิก

ที่เติบโตขึ้นตามวัยสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่ครอบครัวต้องเผชิญหน้าในแต่ละช่วงเวลาก็จะแตกต่างกัน ทั้งนี้ครอบครัวส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงเวลาล้าย ๆ กัน จึงจัดพัฒนาการหรือวัยของ

ครอบครัว เป็นช่วง ๆ ดังตารางเพื่อให้เห็นความแตกต่างของพัฒนาการครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา กระบวนการเปลี่ยนแปลง รูปร่างและกลไกภายในครอบครัวตามวัยของครอบครัว เรียกว่า *Family Morphogenesis* ซึ่งเป็นพัฒนาการ การเติบโตของครอบครัวหนึ่ง ๆ ตามปกติ แต่การเติบโตเปลี่ยนระยะนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวของสมาชิกได้ เช่น พ่อแม่เลี้ยงลูกมาจนถึงระยะวัยรุ่นตอนปลาย ลูกเริ่มสอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ ทำให้ต้องแยกตัวออกไปอยู่หอพักนอกบ้าน มีชีวิตเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่พ่อแม่ยังทำใจไม่ได้ คอยเป็นห่วงและคอยติดตามเฝ้าระวังเหมือนสมัยลูกยังเรียนระดับมัธยมศึกษา พ่อแม่ทุกข์ด้วยความเป็นห่วง ขณะที่ลูกก็รำคาญเพราะต้องการเป็นผู้ใหญ่ จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนวัยจากครอบครัวที่มีวัยรุ่นตอนกลางมาเป็นครอบครัวที่มีวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งมีความต้องการการเติบโตคนละแบบหากแพทย์ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจคลายทุกข์และปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการปกติได้ทั้งครอบครัวก็จะมีสุขภาพดีขึ้นโดยรวม

๒. ปัญหาในครอบครัวที่ถ่ายทอดสู่รุ่นถัดไป (Family Projection Process) แม้กาลเวลาจะเปลี่ยนไป แต่ปัญหาหรือแบบแผนบางอย่างจะสามารถถ่ายทอดสู่รุ่นถัด ๆ ไป หากติดตามดูแลใกล้ชิดจะสามารถคาดเดา ได้ล่วงหน้าเช่น ผู้ชายในครอบครัวนี้เป็นคนที่ไม่ชอบไปหาหมอเมื่อป่วยผู้หญิงในครอบครัวนี้มีประวัติ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการมีความเชื่อหรือการเลี้ยงดูด้วยทัศนคติบางอย่าง ที่ผิดแผกไปจากครอบครัวอื่น

๓. การรวมหัวหรือจับพวกกันข้ามรุ่นเพื่อเป็นอริกับคนอื่น (Intergenerational Coalition) บางครอบครัว มีการจับเป็นพวกกัน โดยคนต่างวัยเพื่อเป็นอริกับสมาชิกคนอื่นในบ้าน เช่น ยายสนิทกับหลานมากและ เลี่ยมสอนให้หลานเกลียดแม่ของตนเอง เป็นต้น

แผนภูมิครอบครัว (Family Tree) มีหลักการง่าย ๆ ดังนี้

วาดให้เห็นสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย ๓ รุ่น เพื่อให้เห็นแบบแผนบางอย่างของครอบครัว เริ่มวาดจากตัวผู้ป่วยหลักที่เดินเข้ามารับบริการทางการแพทย์ก่อนด้วยการวงซ้อน หรือ เขียนลูกศรกำกับไว้ให้ชัดเจนการวาดให้เรียงลำดับพี่น้อง และ สามีภรรยา จาก ซ้ายไปขวา เพื่อทำความเข้าใจได้ง่าย ยกเว้นในกรณีที่มีการจับคู่ของสามีภรรยาหลายคู่หรือหลายครั้งให้กำกับด้วยหมายเลขว่าเป็น ความสัมพันธ์ครั้งที่เท่าไรของ คนนั้น ๆ หรือปีพ.ศ.ที่มีการแต่งงานหรือหย่าร้างกัน จากนั้น วงเส้นรอบสมาชิกครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกัน กับผู้ป่วยหลัก ที่มารับบริการกับแพทย์เป็นคนแรก

ระบุรายละเอียดของสมาชิกแต่ละคนเท่าที่ทราบก่อน ยังไม่จำเป็นต้องวาดให้สมบูรณ์ในครั้งแรก วาดเท่าที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง รายละเอียดดังกล่าวให้เขียนไว้อย่างย่อ พอเข้าใจได้ เช่น ชื่อหรือชื่อเล่น อายุ อาชีพ/ชั้นเรียนโรคความเสียหายสุขภาพ (เหล่า/บุหรื/การพนัน /เจ้าชู้) สาเหตุการตายอายุที่ตาย เป็นต้น

ระบุความสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยเส้นลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการของครอบครัวนั้น ๆ รวมทั้งคาดเดาผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากแบบแผนความสัมพันธ์ดังกล่าว ให้ใกล้เคียงความจริงที่สุด หากแต่การแปลผลต้องระมัดระวังว่าภาพความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิด จากมุมมองของผู้ป่วยเท่านั้น สมาชิกอื่นในบ้าน อาจให้ความจริงอื่นในมุมมองของตนเอง

ผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time Flow Family Chart)

เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในช่วงเวลาต่าง ๆ และก่อผลกระทบต่อสมาชิกได้ไม่เท่า กันขึ้นกับ วัยของสมาชิกที่เผชิญหน้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ แพทย์จึงควรทำความเข้าใจกับลำดับเหตุการณ์ สำคัญที่ผ่านมากกระทบสมาชิก ครอบครัวด้วยการวาดผังครอบครัวตามกาลเวลา (*Time Flow Family Chart*) เพื่อทำความเข้าใจกับเหตุการณ์สำคัญ เฝ้าระวังความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากผลกระทบของเหตุการณ์ดังกล่าว และวางแผนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในระยะยาว

วิธีการวาดผังครอบครัวตามกาลเวลา ให้วาดเส้นตามแนวนอนแล้วเขียนระบุลำดับเหตุการณ์สำคัญ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลักที่มารับการรักษาในช่วงเวลาต่าง ๆ จากนั้น วาดเส้นขนานแสดงลำดับเหตุการณ์สำคัญ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนที่สองโดยให้จุดแสดงเวลา เช่น เดือนหรือปี พ.ศ.ที่เกิดเหตุการณ์ตรงกัน กับเส้นแสดง เวลาของผู้ป่วยหลัก และทำเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ กับสมาชิกคนอื่น ๆ ของบ้าน

พัฒนาการหรือวัยของครอบครัว (Family Life Cycle)

มีการทำความเข้าใจกับครอบครัวที่เติบโตในช่วงระยะต่าง ๆ ว่ามีการกิจแตกต่างกันไป การแบ่งระยะการเติบโตของครอบครัวทั่วไปมักใช้หลักเกณฑ์ที่ว่าการสร้างครอบครัวหรือระบบใหม่เกิดขึ้นเมื่อใดก็นับเป็น ระยะแรก ดังนั้นการแบ่งระยะพัฒนาการของครอบครัวของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการใช้ชีวิตครอบครัว เช่น ประเทศตะวันตกที่นิยมการออกไปตั้งครอบครัวตั้งแต่เริ่มเข้าวัยรุ่นก็จะมีระยะแรกของวัยครอบครัวที่ระยะแยกตัว ออกจากครอบครัวเดิมในประเทศที่นิยมการออกไปตั้งครอบครัวเมื่อเกิดการแต่งงาน ก็จะเริ่มนับระยะนี้เป็นระยะแรกของวัยครอบครัว เป็นต้น

นอกจากนี้จำนวนของระยะพัฒนาการครอบครัวจึงไม่เท่ากันขึ้นกับสภาพสังคมนั้น มีการแบ่งระยะ การดำเนินชีวิตครอบครัวมากน้อยหรือชัดเจนเพียงใดบ้างก็แบ่งเป็น ๖ ระยะ บ้างก็แบ่งละเอียดลงไปเป็น ๘ ระยะ ดังนี้

ตารางที่ ๑ แสดงพัฒนาการหรือวัยของครอบครัวในแต่ละช่วง

วัยของครอบครัว	ภารกิจและพัฒนาการ
ครอบครัวระยะ คู่ครองและการ แต่งงาน	<ul style="list-style-type: none">- สร้างระเบียบกฎเกณฑ์ใหม่ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน- ปรับตัวกับบทบาทใหม่ของแต่ละคนในการใช้ชีวิตคู่- สร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่ที่แยกตัวเป็นเอกเทศจากครอบครัวเดิมของแต่ละฝ่าย
ครอบครัวระยะเริ่มมี บุตรหรือตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none">- สร้างกฎเกณฑ์สำหรับต้อนรับสมาชิกใหม่- ปรับบทบาทตนเองใหม่เมื่อมีคนอยู่มากกว่าสองคน- คงความสัมพันธ์ระหว่างคู่ในขณะที่เริ่มบทบาทใหม่เป็นพ่อแม่
ครอบครัวระยะลูก เล็ก	<ul style="list-style-type: none">- เตรียมพื้นที่เป็นสัดส่วนให้กับสมาชิกใหม่ที่เริ่มเติบโต- เตรียมเวลาและสถานที่เป็นสัดส่วนสำหรับชีวิตคู่ขณะที่ลูกเริ่มโต- ปรับตัวและบทบาทระหว่างความสัมพันธ์แบบคู่ครองและความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกเล็กที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด
ครอบครัวระยะลูก เรียน	<ul style="list-style-type: none">- หาเงินและสถานที่เรียนที่เหมาะสมกับครอบครัวหนึ่งๆ- ปรับตัวระหว่างกฎเกณฑ์ของพ่อแม่ที่ปกครองภายในบ้านและ กฎเกณฑ์ของครู ที่ปกครองในโรงเรียน- สร้างกฎระเบียบใหม่ให้ลูกเริ่มปรับตัวกับสังคมนอกบ้าน- เริ่มสอนงานภายในบ้านให้ลูกเข้ามามีส่วนรับผิดชอบ
ครอบครัวระยะลูก วัยรุ่น	<ul style="list-style-type: none">- กำหนดกฎเกณฑ์ใหม่เพื่อปล่อยให้วัยรุ่นได้มีโอกาสเป็นตัวของตัวเอง ทั้งในบ้าน และนอกบ้าน- แบ่งพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนและเป็นส่วนตัวให้แก่วัยรุ่นในบ้าน- กำหนดภาระหน้าที่ของวัยรุ่นที่มีต่อสมาชิกภายในบ้าน- เตรียมใจกับการแยกตัวและอารมณ์แปรปรวนของวัยรุ่น

วัยของครอบครัว	ภารกิจและพัฒนาการ
ครอบครัวระยะลูกวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	<ul style="list-style-type: none"> - ลูกแยกตัวออกจากบ้าน (<i>Empty nest phase</i>) รับผิดชอบชีวิตตนเอง มีแฟน มีคู่ครอง และปรับตัวกับชีวิตสังคมภายนอกบ้านตามลำพัง - พ่อแม่ปรับตัวกับการหมดบทบาทที่ต้องเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด - อาชีพการงานของพ่อแม่มั่นคง ประสบความสำเร็จ - พ่อแม่ปรับตัวกับความสัมพันธ์คู่ครองของตนที่มีมายาวนานและอาจห่างเหินเย็นชา - พ่อแม่เริ่มเข้าสู่วัยเจ็บป่วย ป่วยตายายเริ่มเจ็บป่วยหรือตาย
ครอบครัววัยเกษียณอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - พ่อแม่ปรับตัวกับภาวะไม่มีงานนอกบ้านที่เคยทำมาประจำ - พ่อแม่กลับมาสร้างความสัมพันธ์และปรับตัวอยู่ด้วยกันใหม่ในวัยเริ่มชรา - พ่อแม่ปรับตัวกับสังขารที่เริ่มเจ็บป่วย - พ่อแม่สร้างความสัมพันธ์และรับบทบาทใหม่กับสะใภ้หรือลูกเขยหลาน
ครอบครัววัยชรา	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับตัวกับการเสื่อมลงของสังขาร ความเจ็บป่วยของตนและคู่ครอง - ปรับตัวกับการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพิงลูกหลานมากขึ้น - ปรับตัวกับการสูญเสียคู่ครอง เพื่อนฝูง และสังคมที่ตนคุ้นเคยมาตลอด ชีวิตปรับตัวให้มีชีวิตอยู่ในยุคสมัยใหม่ได้

ในสังคมที่ครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวน้อย การแบ่งระยะครอบครัวอาจชัดเจนตามวัยของสมาชิกในครอบครัว แต่ในสังคมที่มีลักษณะของครอบครัวขยายหรือมีจำนวนสมาชิกมาก อาจพบพัฒนาการของครอบครัวหลายระยะในเวลาเดียวกัน เช่น ครอบครัว ที่มีบุตร ๓ คน อายุ ๕ ขวบ ๑๐ ปี และ ๑๘ ปี พ่อแม่ก็กำลังเผชิญหน้าอยู่กับ พัฒนาการครอบครัวถึง ๓ ระยะคือ ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก ครอบครัวที่มีเด็กวัยเรียน และครอบครัวที่มีเด็กวัยรุ่นตอนปลาย เป็นต้น

หน้าที่ของครอบครัว (Family Function)

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่เป็นองค์ประกอบของสังคม ในหน่วยย่อยนี้มีการทำงานอยู่ตลอดเวลา มีการดูแลควบคุมซึ่งกันและกัน แต่ละครอบครัวจึงทำหน้าที่หลัก ๆ ดังนี้

สืบเผ่าพันธุ์ (Reproduction) แสดงออกซึ่งความรักความเสนหาต่อกัน (Sexual expression) เป็นหน้าเป็นตาในสังคม (Socialization) แบ่งบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน (Status:Role,parents) ช่วยกันหารายได้ (Economic co-operation) แสดงความเข้าใจเห็นใจกัน (Emotional satisfaction) เป็นการควบคุมดูแลกันในหน่วยย่อยของสังคม (Social control)

ปัญหาครอบครัว (Family Stress)

จากเดิมที่แพทย์เคยระบุเพียง “ปัญหาครอบครัว” ทำให้ไม่สามารถเข้าใจได้ว่าเป็นปัญหาอะไร และ จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างไร แพทย์จึงควรระบุรายละเอียดของปัญหาสุขภาพครอบครัวนั้น ให้ชัดเจนว่าเป็นปัญหาใดบ้าง เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรอย่างไม่เหมาะสม (Inadequate parenting) ปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง (Quarrel & Conflict) ปัญหาการแต่งงานหรือการหย่าร้าง (Marriage & Divorce) ปัญหาความเจ็บป่วยหรือพิการทุพพลภาพ (Illness & Disability) ปัญหาความเศร้าโศกสูญเสียจากการมีสมาชิกครอบครัวใกล้ตาย (Dying & Bereavement) ปัญหาเศรษฐกิจไม่ร่ำรวยหรือยากจน (Rich & Poverty) ปัญหาการโยกย้ายถิ่นฐานไปก่อร่างสร้างตัวในสถานที่ใหม่ที่ไม่มีรากเหง้าอยู่ (Uprooting) ปัญหา

การว่างงาน (Unemployment) ปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวัยครอบครัว (Family Morphogenesis)

การประเมินปัญหาสุขภาพครอบครัว (Family Health Assessment)

เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปและเมื่อครอบครัวดำเนินไป ก็จะมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ แพทย์จึงควรรู้หลักการอย่างง่ายในการประเมินสุขภาพของครอบครัว ดังนี้

ปัญหาครอบครัว (Stress in Family) ทั้งที่เป็นปัญหาในอดีตและกำลังเป็นปัญหาในปัจจุบัน รวมทั้งอาจคาดเดาปัญหาในอนาคตของบ้าน ๆ หนึ่งได้ด้วยการวาดแผนภูมิครอบครัว (Family tree) การประเมินวัยของครอบครัว (Family life cycle) และผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time Flow Family Chart)

วิธีรับมือกับปัญหาของครอบครัว (Coping) ครอบครัวมีแบบแผนในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ อย่างไร

ที่พึ่งพิงหรือที่ปรึกษาของครอบครัว (Resources) เมื่อครอบครัวมีปัญหาจนเกินแก้ไข ครอบครัวพึ่งพาหรือปรึกษาใคร เขาเหล่านั้นแนะนำว่าอย่างไรบ้าง

ผลกระทบต่อสุขภาพ (Impact on health) จากปัญหาครอบครัวดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง

หน้าที่แพทย์กับการดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัว

แพทย์มีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัวได้หลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่รับฟังปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจแต่ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำอย่างไร (Empathic listening) ระดับที่ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นและต้องการคำปรึกษาเป็นครั้งคราวแบบไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า (Ad Hoc Counseling) ระดับที่ให้ความช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจนผ่านลุล่วงไปได้ (Working with the family) จนถึงระดับ ที่เข้าไปทำครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ที่ต้องเข้าไปช่วยฝึกความคิดหรือพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาให้ทั้งครอบครัวใหม่ เช่น พฤติกรรมการสื่อสาร การฝึกคิดเชิงบวก เป็นต้น

แพทย์ทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว จะมีโอกาสได้รับการปรึกษาปัญหาครอบครัว จากผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จึงควรฝึกให้มีทักษะและทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือดูแลให้ครอบครัวเข้มแข็งและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเฝ้าระวังปัญหาครอบครัวที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการ ต่าง ๆ หรือแบบแผนต่าง ๆ ของครอบครัวเพื่อเตรียมครอบครัวก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น ทักษะดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนให้ครอบครัวแก้ไขปัญหที่ผ่านเข้ามาด้วยตนเองได้ดีขึ้น (Working with the family)

การดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัววัยคู่ครอง (Working with the couple)

สุขภาพของคู่ครองมีผลกระทบซึ่งกันและกัน แพทย์จึงควรประเมินปัญหาสุขภาพคู่ครอง (Couple Assessment) ได้อย่างเป็นระบบ ในการประเมินสุขภาพคู่ครองดังกล่าวแพทย์ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาปัญหาคู่ (Couple Therapist) และก็ไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์จึงจะสามารถเข้าใจความทุกข์ทรมานของคู่ครองนั้น ๆ ได้เพราะโดยพื้นฐานที่แพทย์มีหน้าที่เยียวยาให้ผู้ป่วยพ้นจากป่วยใช้นั้น แพทย์จึงมีโอกาสรับทราบปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยอยู่เนื่อง ๆ แต่แพทย์หลายท่านไม่รู้จะจัดการกับข้อมูลที่ได้มาอย่างไร บ้างก็ว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ไม่ควรไปยุ่งเกี่ยวกับ บ้างก็ว่าเป็นปัญหาที่ยุ่งยากเกินกว่าจะแก้ไขได้ บ้างก็ว่าแพทย์ควรจำกัดขอบเขตการรักษาอยู่แต่เฉพาะโรคที่เรียนมาก็พอ ไม่ควรทำนอกเหนือหน้าที่แพทย์ บ้างก็ว่าปัญหาโลกแตก ครอบครัวของแพทย์ก็มีปัญหาเช่นกัน ยังไม่สามารถแก้ไขได้แล้วจะไปช่วยชาวบ้านได้อย่างไร นานาทัศนะเหล่านี้ได้แสดงออกถึงความจริงบางอย่าง นั่นคือ มีความซุก

(Prevalence) ของปัญหาดังกล่าวจริงและแพทย์ส่วนใหญ่ก็รับรู้ถึงปัญหานั้นได้ตลอดมา แล้วแต่ว่าใครจะใส่ใจ ถอดรหัสและสนใจดูแลปัญหาดังกล่าวหรือไม่ ถ้าเช่นนั้นแทนที่จะหนีปัญหาหรือทำเป็นมองไม่เห็นปัญหา สุขภาพคู่ครองของผู้ป่วย แพทย์ควรหันมาทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมคู่ครอง ให้มากขึ้น เมื่อ เข้าใจปัญหาคนอื่นก็อาจนำไปประยุกต์ใช้กับของตนเองหรือครอบครัวได้ โดยที่หลายครั้ง **ไม่ต้องแก้ปัญหาย** เพียงแค่ทำความเข้าใจกับปัญหาที่เพียงพอ และแน่นอนว่าการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพ ระดับคู่ครอง (Couple health) ย่อมสลับซับซ้อนกว่าปัญหาสุขภาพระดับบุคคล (Individual health)

คู่ครอง : ความหมายที่มากกว่าหนึ่งบวกหนึ่ง

คู่ครองเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของคนสองคนที่ผูกพันโยงใยกันเชิงเสน่หา (Intimacy) จึง ไม่ใช่ความสัมพันธ์ฉาบฉวยเพื่อนสนิท เช่น อาจมีเรื่องราวหลายเรื่องที่กำลังเล่าให้เพื่อนสนิทฟังแต่ไม่กล้าเล่าให้คู่ครอง ฟังในขณะที่เรื่องภายในคู่ครองหลายเรื่องก็ไม่กล้าเล่าให้ใครฟังแม้แต่เพื่อนสนิทแสดงออกให้เห็นถึงความแตกต่างกันระหว่างแฟนฉาบ (partner) กับ เพื่อนสนิท (Buddy or closed friend)

ปัจจุบันมีการยอมรับคู่ครองตามธรรมชาติที่มีหลากหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคู่ครองต่างเพศ (Heterosexual couple) คู่ครองเพศเดียวกัน (Homosexual couple) และคู่ครองรูปแบบอื่น ๆ เช่น Bisexual couple, Sodomasochism couple เป็นต้น ธรรมชาติของพฤติกรรมคู่รูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นไปตามความ หลากหลายของประสบการณ์ทางเพศในมนุษย์ (spectrum of human sexuality) ความ หลากหลายเหล่านี้จึง ไม่ใช่ความผิดปกติ และไม่ใช่โรคทั้ง ๆ ที่ยุคสมัยหนึ่งเคยถูกจัดเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวช

มีคำหลายคำที่มีความหมายเกี่ยวกับคู่ครองและมีความเป็นกลางมากกว่า คำว่า “สามี-ภรรยา” ซึ่งบ่งบอกแต่คู่ครองต่างเพศ (Heterosex couple) คู่ที่ไม่ใช่ Heterosexual อาจไม่พอใจที่แพทย์ไม่ให้เกิดเกียรติ ในการเป็นคู่ครองเพศเดียวกัน (Homosex couple) หรือคู่ครองรูปแบบอื่น ๆ แพทย์จึงควรใช้คำกลาง ๆ เช่น

แฟน (partner) คู่ครอง (Spouse, couple) นอกจากนี้อาจมีคำที่ บ่งบอกพฤติกรรมเพศ หลากหลายกว่า gayman เช่น Men who have sex with men (MSM) เป็นต้น คู่ครองจึงไม่ใช่ความหมาย ของการนำคนสองคนมานับรวมกันแต่เป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ผูกพันโยงใยกันไม่ว่าคู่นั้นจะเริ่มมาด้วยความ รัก เพศสัมพันธ์หรือ เหตุผลใด ๆ และไม่ว่าจะมีรูปแบบใดดังที่กล่าวมา

กำเนิดของคู่ครอง (Couple Origin)

คู่ครองแต่ละคู่จะมีความเป็นมาที่แตกต่างกัน บางคู่แต่งงานกันด้วยความรัก บางคู่แต่งงานเพื่อ ค้ำจุน เศรษฐฐานะของครอบครัวดั้งเดิมบางคู่แต่งงานเพื่อตอบสนองความต้องการของพ่อแม่หรือสังคม บางคู่ แต่งงานเพราะกลัวความเหงาบางคู่แต่งงานเพราะหวังได้คนดูแลยามเจ็บป่วยหรือแก่เฒ่า บางคู่แต่งงานเพื่อ ต้องการล้างแค้น ดังนั้นการที่แพทย์ซักถามถึงที่มา ก่อนที่ทั้งคู่จะมาพบกันและการก่อกำเนิดของคู่นั้น ๆ จะทำให้แพทย์เข้าใจความเป็นมาเป็นไปของคู่นั้น ๆ ก่อนที่จะเกิดปัญหาเข้าใจว่าแต่ละฝ่ายมีความเป็นปัจเจก อยู่ อย่างไร นิสัย เดิมเป็นอย่างไร ชอบกันและกันที่ตรงไหน เหตุผลที่ตัดสินใจมาใช้ชีวิตด้วยกัน แพทย์จึงจะ ตั้งสมมติฐานได้ว่าปัญหาคู่ครองนั้น ๆ เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มถือกำเนิดความสัมพันธ์เลยหรือไม่หรือเกิดขึ้นภายหลัง อันเนื่องมาจากความขัดแย้งหรือความคาดหวังของแต่ละฝ่ายหลังจากตัดสินใจมาอยู่ด้วยกัน

พัฒนาการของคู่ครอง (Couple Development Cycle)

เมื่อทราบกำเนิดของคู่ครองก็ควรทำความเข้าใจกับพัฒนาการของคู่ครองที่ประกอบด้วย ๓ มิติ ที่เกี่ยวพันกันของความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ที่แวดล้อมคู่นั้น ๆ

มิติที่ ๑ มิติระดับคู่ครอง

เป็นช่วงที่คู่สร้างความสัมพันธ์ที่ซื่อสัตย์และจริงใจต่อกัน (Mutual relationship)ซึ่งมีพัฒนาการเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

๑. ระยะแรกที่มีความรักหวานชื่น (Romance) มีหรือไม่มีถ้ามีอาจตั้งคำถามว่า “ความสัมพันธ์ของคุณกับเขาเป็นอย่างไรบ้างสมัยยังรักกันใหม่ ๆ เป็นอย่างไร”

๒. ระยะที่เริ่มประสบบางสิ่งที่ไม่คาดหวัง (Unmet expectation) “หลังจากแต่งงานกันมามีความสุขหรือไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นบ้าง เรื่องดังกล่าวเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อใด”

๓. ระยะที่มีปัญหาอุปสรรค (Struggles) “ในขณะที่เกิดปัญหาที่หนักที่สุด คุณเป็นอย่างไรบ้าง”

๔. ระยะการตกลงต่อรอง (Resignation or commitment) “เมื่อคุณรู้ว่าเกิดปัญหา คุณแก้ไขอย่างไรบ้าง เคยคุยกับคู่ของคุณไหมเขาว่าอย่างไร หลังคุยกันแล้วมีอะไรเปลี่ยนแปลงบ้าง”

๕. ระยะที่มีการสมานฉันท์ (Co-creation) “ขณะนี้ปัญหาดังกล่าวดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นได้อย่างไร” โดยทั่วไปวงจรชีวิตคู่ที่ว่า “หนักนิดเบาหน่อยก็ให้อภัยกันนะ” จึงมีลักษณะเป็นวงจร โดยเริ่มต้น

ที่กำเนิดคู่ครองที่ต่างฝ่ายต่างมีชีวิตของตัวเอง มีบุคลิก ความภาคภูมิใจ ความคาดหวังของตัวเอง ก่อนที่จะมาพบกันเมื่อพบกัน จึงเริ่มระยะแรกของคู่ครองและเป็นกระบวนการไปจนถึงระยะที่ ๕ เมื่อตกลง สมานฉันท์กันได้ ก็จะวนกลับมาเป็นวงจรระยะที่ ๑ อีกครั้ง พัฒนาการของชีวิตคู่จึงเป็นวงจรรวดเวียน ระหว่างสุขและทุกข์ที่ร่วมกันระหว่างสองคน เป็นงานที่ต้องทำ และต้องมีทักษะที่จะแก้ปัญหาระหว่างกัน ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยระหว่างคู่ ได้แก่ ปัญหาการสื่อสารระหว่างกันปัญหาการแสดงความรักและเพศสัมพันธ์ต่อ กัน เป็นต้น

มิติที่ ๒ มิติระดับครอบครัว

เป็นระยะที่ต่างฝ่ายต่างอยากแยกตัวออกจากครอบครัวต้นกำเนิดและมุ่งมั่นสร้างความสัมพันธ์ให้เข้ากับครอบครัวของคู่ครอง (In-laws family) บางคนกล่าวว่าเรื่องคู่เป็นเรื่องของคนสองคน แต่แท้จริงแล้วเรื่องคู่ไม่ใช่เรื่องของคนเพียงสองคน เพราะแต่ละฝ่ายมาจากครอบครัวต้นกำเนิด (Family of origin) คนละแบบ คนละพัฒนาการ

ในกรณีที่ครอบครัวดั้งเดิมของแต่ละฝ่ายยังมีชีวิตอยู่ สมาชิกแต่ละฝ่ายก็จะเข้ามามีบทบาท ต่อวงจรชีวิตคู่ด้วยเสมอ ๆ ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะที่ ๕ เช่น การตกลงรูปแบบการแต่งงานการหาฤกษ์ยาม ที่ทั้งสองฝ่ายเห็นตรงกันว่าเป็นมงคล แต่งงานแล้วจะไปอาศัยอยู่ที่บ้านของฝ่ายใดเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ยังสามารถกลับไปปรึกษากับครอบครัวเดิมของตนเองได้หรือไม่

ในกรณีที่ไม่มีครอบครัวดั้งเดิมอยู่ เเงาของครอบครัว เดิมยังอยู่กับคนนั้น ๆ เสมอ เช่น เด็กกำพร้า แม้จะไม่รู้จักครอบครัวแท้จริงของตนเอง แต่ยังมีเงาครอบครัวที่ตนใฝ่ฝัน ถึง โหยหาถึงในอดีต เเงาดังกล่าว ก็จะเข้ามาแทรกแซงอยู่ในวงจรชีวิตคู่ของตนเองตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะที่ ๕ ได้อีกเช่นกัน

ครอบครัวต้นกำเนิด และครอบครัวที่ได้เพิ่มเติมหรือ “เกี่ยวดอง” มาจากการแต่งงาน (Family-in-law) จะแทรกแซงกิจการชีวิตคู่เป็นระยะ ๆ เพิ่มเติมความสลับซับซ้อนของวงจรชีวิต คู่ในแต่ละคู่

เมื่อคู่ตั้งครอบครัวใหม่ไปได้สักพักก็มักจะเข้าสู่ระยะวางแผนตัดสินใจที่จะเปลี่ยนบทบาท จากคู่ครองมาเป็นพ่อ แม่ (Parenting) คู่ครองอาจต้องการที่จะมีบุตรเป็นของตนเอง จึงต้องเตรียมการและ ตกลงกันเรื่องความพร้อมของการมีบุตรที่จะเป็นที่ต้องการของทั้งสองฝ่าย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการ จากครอบครัวต้นกำเนิด และครอบครัวที่ตองกันด้วย ในระยะนี้หลายคู่จะเริ่มถูกกดดัน โดยมิติของครอบครัว จากทั้งสองฝ่าย

มิตินี้ ๓ มิติระดับสังคม

นอกจากเงาของครอบครัวเดิมและครอบครัวที่ต้องกันจะเข้ามามีบทบาทตลอดวงจรชีวิตคู่แล้ว ยังมีกรอบของสังคมวัฒนธรรมที่เป็นองค์กรใหญ่คอยควบคุมกำกับการทำงานของแต่ละครอบครัว เช่น วัฒนธรรมจีน วัฒนธรรมมุสลิม วัฒนธรรมไทย จะมีความแตกต่างกันอย่างเป็นเอกลักษณ์โดยไม่ขึ้นกับการแต่งกาย แต่เป็นวิถีคิด วิถีแก้ปัญหาวิถีชีวิตที่ดำเนินต่างกันตามความเชื่อคนละแบบ เงาของสังคม วัฒนธรรมของแต่ละฝ่ายจึงเข้ามามีบทบาทในวงจรชีวิตคู่เป็นระยะ ๆ

บทบาทหน้าที่ระหว่างคู่ครอง (Couple Function)

คู่ครองแต่ละคู่จะมีหน้าที่หลัก ๆ ที่พึงกระทำต่อกัน ดังนี้

๑. เป็นเพื่อนกัน (Companionship) เมื่อคู่จะไปไหนมาไหนก็สามารถพึ่งพิงมีคนไปเป็นเพื่อนได้ จะทำอะไรก็คอยสนับสนุนกัน

๒. แบ่งเบาภาระหน้าที่ซึ่งกันและกัน (Sharing) ทั้งคู่มีศักดิ์ศรีเท่า ๆ กันแบ่งปันกัน ช่วยเหลือกัน ภาระหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การดูแลบ้านเรือน การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การเลี้ยงดูบุตร ก็มีการตกลงหน้าที่ระหว่างกัน อย่างเท่าเทียม

๓. มีอารมณ์ร่วมกัน (Affection) เวลาทุกซักรุ่นก็มีคนที่คอยฟังอย่างเข้าใจ เวลาสุขก็สุขร่วมกัน

๔. แสดงออกซึ่งความเสน่หาต่อกัน (Sexuality) มีการแสดงออกซึ่งความรักและความเสน่หาต่อกันอย่างสม่ำเสมอโดยไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

คู่ครองกับผลต่อสุขภาพ

มีการศึกษามากมายที่ยืนยันว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองมีผลต่อสุขภาพบุคคลหนึ่ง ๆ เช่น คนที่แต่งงานแล้วจะมีอัตราการตายต่ำกว่าและมีสุขภาพดีกว่าคนที่ไม่แต่งงาน ในบรรดาคนที่แต่งงาน พบว่า คนที่มีปัญหาชีวิตสมรสจะมีสุขภาพแย่กว่า ซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีปัญหาชีวิตสมรส ในบรรดาคนที่ไม่แต่งงาน คนที่ไม่เคยแต่งงานเลยจะมีสุขภาพดีกว่าและอายุยืนกว่าคนที่เคยหย่าร้าง ทั้งนี้พบว่าคนที่แต่งงานมักจะมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าคนที่อยู่ลำพัง มีความเครียดน้อยกว่าและได้รับการยอมรับจากสังคมมากกว่าซึ่งมีผลต่อสรีระต่าง ๆ ของร่างกาย ปัญหา ความสัมพันธ์ของคู่ครอง (Couple conflict) จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้ร่างกายเหมือนมีความเครียดอยู่ตลอดเวลา คู่สมรสที่มีปัญหาจึงมีระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่องกว่าคู่สมรส ที่มีปัญหา ดังนั้นการที่แพทย์ได้มีส่วนช่วยคลี่คลายปัญหาคู่ครองจึงเป็นทั้งการรักษาความเจ็บป่วยและการป้องกันไม่ให้อาการทรุดโทรมลงในอนาคตข้างหน้า การดูแลช่วยเหลือคนทั้งคู่จึงเป็นกุญแจสำคัญในการรักษาของแพทย์ในทุกกรณี

บทบาทคู่ครองต่อการดูแลสุขภาพ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในคู่ครองคู่ครองจะเกิดการปรับตัวได้หลายรูปแบบ หลายบทบาทซึ่งแต่ละคู่มักจะมีบทบาทเด่น ๆ อยู่ ๑ บทบาทในบรรดา ๗ บทบาทที่พบบ่อยต่อไปนี้

๑. บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย (Partner as caregiver) เป็นผู้คอยดูแลติดตามอาการและการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด แพทย์ควรเชิญคู่ที่มีบทบาทลักษณะนี้เข้ามาอยู่ในห้องตรวจด้วย เพื่อสอบถามรายละเอียดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้คู่รู้สึกมีคุณค่าที่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างห่วงใยใกล้ชิด ในขณะที่ยังเคารพความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย ถ้าแพทย์สังเกตพบว่าคู่มีท่าทีห่วงใยเกินกว่าเหตุหรือควบคุม ผู้ป่วยมากเกินไปอาจกันให้คู่นั่งรอภายนอกห้องตรวจอย่างสุภาพโดยแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจผู้ป่วยตามลำพัง ถ้าคู่พยายามยึดเยียดการรักษาหรือคำแนะนำบางอย่าง แพทย์อย่ารีบผลิผลตามนั้น แต่ควรขอความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครอง

๒. **บทบาทลูกค้า (Partner as customer)** ในกรณีที่ผู้ป่วยเล่าประวัติคลุมเครือไม่ชัดเจนจนดูเสมือนไม่ได้ตั้งใจมาตรวจ แพทย์อาจตั้งข้อสงสัยคิดว่าผู้ป่วยถูกบังคับให้มาตรวจโดยใครหรือไม่ เช่น คู่ครองหรือญาติ ๆ เป็นต้นและควรถามผู้ป่วยโดยตรงว่าเหตุผลที่มาตรวจในครั้งนี้เริ่มจากมีใครแนะนำให้มาตรวจทำไมคนเหล่านั้นจึงอยากให้มาตรวจและอยากให้มาตรวจอะไรบ้างเพราะเป็นข้อมูลทางอ้อมว่าผู้ป่วยอาจมีอาการหรือพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจนคู่ครองหรือคนรอบข้างกังวลคนเหล่านั้นถือเป็นลูกค้าตัวจริงที่อยากจะให้ผู้ป่วยมารับการประเมินหรือรักษาทางการแพทย์ แพทย์อาจขออนุญาตติดต่อคู่ครองหรือ ญาติขณะที่อยู่ในห้องตรวจเพื่อทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากคู่ครองหรือญาติที่แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจ

๓. **บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Partner as informant)** ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลหรือประวัติใด ๆ ที่น่าเชื่อถือได้เลย แพทย์อาจขอติดต่อกับคู่ครองของผู้ป่วยเพื่อซักประวัติแทน คู่ครองนั้นก็ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เขาเห็นแก่แพทย์

๔. **บทบาทที่ปรึกษา (Partner as consultant)** ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะให้ข้อมูลที่สำคัญบางอย่างแพทย์อาจขอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากคู่ครองของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการประเมิน ความเจ็บป่วยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยคู่ครองนั้นอาจให้มุมมองอื่นที่ทำให้แพทย์เข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่การวินิจฉัยโรคลังคลุมเครือ

๕. **บทบาทผู้ร่วมตัดสินใจการรักษา (Partner as participant in treatment)** การรักษาบางอย่าง มีผลกระทบโดยตรงต่อความสัมพันธ์คู่ครอง เช่น การคุมกำเนิด การผ่าตัดเต้านม การให้ยาบางอย่างที่มีผลให้ผู้ป่วยหลับยากซึ่งมีผลให้คู่ครองที่นอนอยู่เตียงเดียวกันต้องตื่นด้วย เป็นต้น แพทย์จึงควรดึงคู่ครองเข้ามา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อรับและเฝ้าติดตามการรักษาต่าง ๆ แต่เน้น ๆ

๖. **บทบาทตัวปัญหา (Partner as part of the problem)** คู่ครองหลายคู่ที่มีปัญหาคู่สมรสอาจ มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ภรรยาเป็นคนทำกับข้าวที่ผิดสุขลักษณะให้สามีที่ป่วยกิน โดยไม่ยอมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีปัญหากันอยู่ก่อนหน้านานแล้ว หรือสามีที่นอกใจภรรยาทำให้ฝ่ายภรรยาเกิดอาการเจ็บป่วยหลังจากทราบความจริง เป็นต้น

๗. **บทบาทภาระหน้าที่ (Illness as partner burden)** ความเจ็บป่วยร้ายแรงบางกรณี เช่น อุบัติเหตุ โรคหัวใจเฉียบพลัน มะเร็ง หรือ เอดส์ มักทำให้เกิดอาการเครียดอย่างรุนแรงในคู่ครองที่อาจต้องเปลี่ยนมารับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นระหว่างที่อีกฝ่ายหนึ่งป่วยต้องคอยเฝ้าไข้ตลอดเวลาจนไม่มีเวลาดูแลตนเองหรือโศกเศร้าเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้นและอาจทำให้คู่ครองลี้ภัยลงในเวลาไล่เลี่ยกัน แพทย์จึงควรตระหนัก ถึงการดูแลสุขภาพให้คู่ครองของผู้ป่วยในกรณีดังกล่าว

รูปแบบความสัมพันธ์เมื่อคู่ครองเจ็บป่วย

แต่ละครอบครัวมีความเชื่อเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกัน ความเชื่อที่แตกต่างกันเหล่านี้จะแสดงออกชัดเจน เมื่อคู่ครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งป่วยแล้วทำให้เกิดการปรับตัวที่คู่ของตนไปในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

๑. **Sick-Healthy pair** การปรับตัวลักษณะนี้จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนกัน ได้ถ้ามีการสลับบทบาทกันบ้าง แต่หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา (sick role) ในขณะที่อีกฝ่ายแข็งแรงสม่ำเสมอ ปัญหาอาจจะเกิดเมื่อฝ่ายที่แข็งแรงเกิดลี้ภัยลงบ้างจะไม่มีผู้ดูแลหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

๒. **Sick-Caring pair** การปรับตัวลักษณะนี้อาจมีประโยชน์หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่เล่นบทบาทนั้น ๆ ให้มากจนเกินไป ไม่ว่าจะเป็นบทบาทคนป่วยหรือบทบาทผู้ดูแลที่เก่งกาจเพราะคู่ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลที่ดูแลมากเกินไปจะมีผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงตลอดเวลาจนไม่สามารถลุกขึ้นมาแข็งแรงด้วยตนเองได้

๓. **Sick-Distant pair** การปรับตัวนี้พบได้ในคู่ที่ทนรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของอีกฝ่ายหนึ่งจึงทำเป็นเมินเฉย ไม่สนใจ ทำงานอื่นให้หนักขึ้นเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงที่จะพบกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

บางคู่ที่มีลักษณะนี้อาจห่างเหินแต่ฝ่ายคนอื่นดูแลและคอยเฝ้าติดตามอยู่ห่าง ๆ ในขณะที่บางคู่อาจห่างเหินทอดทิ้งไปเลย

๔. **Competing pair** มักจะพบในคู่ที่มีความเท่าเทียมกันในหลาย ๆ สิ่งในภาวะปกติเอง คู่ลักษณะนี้อาจทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้ดีพอ ๆ กัน ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยก็อาจเกิดการท้าทายว่าฉันก็ป่วยเหมือนกัน (ด้านอื่น) ทำให้ไม่สามารถดูแลสนับสนุนกันได้เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะหมดความสำคัญไปเมื่อเทียบกับฝ่ายที่เจ็บป่วย

๕. **Shared illness** คู่ที่พึ่งพิงซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาเมื่อฝ่ายหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยอีกฝ่ายจะรู้สึกเหมือนเจ็บป่วยไปด้วยกัน ซึ่งมักเกิดในรูปแบบความเจ็บป่วยจิตปละทางกาย (Somatic fixation) เช่น ฝ่ายหนึ่งถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกฝ่ายจะรู้สึกเหมือนติดเชื่อไปด้วยและไม่ไว้ใจ เนื่องจากมีเรื่องนอกใจเกิดขึ้น ทำให้เกิดอาการเวียนมาขอตรวจอาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้งเกินจำเป็น

๖. **Coalitions around illness** ในบางกรณีความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวกระตุ้นให้ ความแตกแยกในครอบครัวที่มีอยู่ก่อนหน้าเด่นชัดขึ้น ทำให้เกิดฝักฝ่ายภายในครอบครัวภายหลัง การเจ็บป่วย เช่น แม่ที่รับหน้าที่ดูแลลูกในภาวะปกติ เมื่อลูกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แม่ต้องเหนื่อยมากขึ้น ดูแลลูกมากกว่าปกติ จนเหนื่อยล้าและอาจมองว่าพ่อไม่ใส่ใจลูก ไม่รักลูก ลูกที่รับฟังแม่อยู่ตลอดก็จะน้อยใจ โกรธและเกลียดพ่อตามแม่ เป็นต้น

แนวทางการประเมินปัญหาสุขภาพคู่ (Couple Assessment)

การประเมินปัญหาสุขภาพคู่ของผู้ป่วยรายหนึ่ง ควรทำความเข้าใจถึงระบบคู่ครอง (Couple system) ของคู่ นั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย

๑. โครงสร้าง (Couple structure) คู่ประกอบด้วยใครบ้าง ชื่อ อายุ อาชีพ ศาสนา
๒. การเริ่มต้นและพัฒนาการของคู่ครอง (Couple Development cycle) ต่างฝ่ายต่างมาจากครอบครัว ตั้งเดิมลักษณะอย่างไร มาพบเจอกันได้อย่างไร เมื่อใด เหตุผลที่ตัดสินใจเลือกใช้ชีวิตคู่
๓. หน้าที่ของคู่ครอง (Couple function) หลังจากตกลงเป็นคู่ครองกันแล้ว แต่ละคนมีบทบาท อย่างไรบ้างอยู่กันอย่างไร มีข้อตกลงอะไรกันบ้าง

๔. **ปัญหาของคู่ครอง (Couple problem)** มีปัญหาด้านใดบ้าง เช่น ภาระที่หนักเบาไม่เท่ากัน การสื่อสารไม่ตรงไปตรงมา ความหึงหวง ปัญหาการเงิน ปัญหาขัดแย้งกับครอบครัวดั้งเดิมของแต่ละฝ่าย ปัญหาความคาดหวังที่ไม่ตรงกัน ปัญหาการแสดงความรักต่อกัน ปัญหาเพศสัมพันธ์ ปัญหาเรื่องความต้องการมีบุตร ปัญหาความเจ็บป่วยของแต่ละฝ่าย ปัญหาหน้าตาชื่อเสียงและความคาดหวังจากสังคมของแต่ละฝ่าย เป็นต้น

๕. **การแก้ปัญหาของคู่ครอง (Couple coping)** ใช้วิธีใดบ้าง เช่น พุดกันตรง ๆ แสดงออกด้วยปฏิกริยาต่าง ๆ เล่าให้ครอบครัวตนเองฟังทำเป็นเฉย ๆ ทำเป็นไม่เห็นงอน สักพักอีกฝ่ายก็มาง้อเอง เป็นต้น

๖. **ผลต่อสุขภาพ (Impact on Health)** ปัญหาชีวิตคู่ส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพของแต่ละฝ่าย และ ต้องการให้แพทย์ พยาบาล ช่วยเหลืออะไรบ้าง แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยเหลือให้วิกฤต ชีวิตคู่กลับมาคลี่คลายได้และจะส่งผลต่อเนื่องถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคลให้ดีขึ้น

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง (Couple conflict) กับความรุนแรงระหว่างคู่ครอง (Couple violence)

ก่อนอื่นควรทำความเข้าใจก่อนว่า ความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง เป็นคนละปัญหากับ ความรุนแรง ระหว่างคู่ครอง คู่แต่ละคู่มีโอกาสเกิดการทะเลาะเบาะแว้งและขัดแย้งกันได้ในโอกาสต่าง ๆ บางคู่สามารถแก้ไขและผ่านความขัดแย้งไปได้ เมื่อเวลาผ่านไปบางคู่แก้ไขความขัดแย้งกันไม่ได้ก็เลิกกันไป ใน

ท่ามกลางความขัดแย้งอาจมีการแสดงออกด้วยการตำหนิให้เจ็บใจ เพิกเฉยไม่ดูแล หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ขณะขัดแย้งกัน ได้ในระดับที่ควบคุมตนเองได้โดยทั้งคู่จะมีอำนาจในการแสดงออกถึงความไม่พอใจ เท่า ๆ กัน จึงอาจจะพอมีทางสมานฉันท์กันได้

ส่วนคู่ที่มีความรุนแรงระหว่างคู่ครองมักจะหมายถึง คู่ครองที่เกิดปฏิกิริยาความรุนแรงที่เกินความยับยั้งชั่งใจของมนุษย์หนึ่งคนที่ควรพึงกระทำต่ออีกคนในฐานะมนุษย์ด้วยกัน ในสถานการณ์ดังกล่าวมักจะมีฝ่ายหนึ่งที่มีอำนาจเหนืออีกฝ่ายอยู่ตลอดเวลาเป็นปรากฏการณ์ที่จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก จนอีกฝ่ายถดถอยและ ถอดใจยอมจำนนอยู่ภายใต้การบังคับใช้อำนาจของอีกฝ่ายหนึ่ง สถานการณ์ดังกล่าวจะกัดกร่อนสิทธิความเป็นมนุษย์หนึ่งคนให้กลายเป็นทาสในอำนาจของอีกคนอย่างถอนตัวไม่ขึ้น หมดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจอะไรเพิ่มเติม เพราะความกลัวอีกฝ่ายหนึ่ง เปลี่ยนไปเป็นคนละคนกับความเป็นตัวตนของตัวเอง นอกจากนี้จะทำให้ฝ่ายที่มีอำนาจมากกว่าเกิดการขมใจและกระทำการที่รุนแรงมากขึ้นไปอีก เพื่อกุมอำนาจให้อยู่หมัด อาจถึงขั้นฆ่าให้ตายเพราะกลัวที่อีกฝ่ายจะหลุดรอดออกไปจากอำนาจของตน ลักษณะดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ผู้ป่วยที่แท้จริงคือคนที่กระทำการรุนแรงเพื่อมีอำนาจเหนืออีกฝ่ายหนึ่ง มักมีพื้นเพจากความขาดในวัยเด็ก หรือพัฒนาการช่วงต้น ๆ ของชีวิต เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เป็นมานาน แต่เพิ่งแสดงอาการกระหายอำนาจเฉพาะเมื่ออยู่กับคู่ครอง แม้จะเป็นการป่วยที่ตัวบุคคลแต่แยกเอาไป “ซ่อม” ตามลำพังไม่ได้ เพราะเมื่อแสดงความรุนแรงระหว่างความสัมพันธ์ออกมาแล้ว คู่ครองฝ่ายที่เป็นเหยื่อก็กถูกทำให้ป่วยไปแล้ว ความรุนแรงของคู่ครองจึงไม่ใช่ปัญหาที่แก้ไขได้ตรงไปตรงมา คนภายนอกอาจไม่ควรที่จะไปสมานฉันท์เสียด้วยซ้ำ กลับต้องรีบช่วยเหลือคนที่อ่อนแอกว่าก่อน

ปัญหาความรุนแรงภายในคู่ครอง (Couple violence หรือ Intimate partner violence)

เป็นปัญหาพฤติกรรมคู่ครองที่ผิดปกติ เมื่อฝ่ายหนึ่งต้องการ “มี” และ “แสดง” อำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งตลอดเวลาจนเกิดเป็นความรุนแรงภายในคู่ครองซึ่งมีรูปแบบต่าง ๆ วนเวียนเป็นวัฏจักรโดยฝ่ายที่มี อำนาจเหนือกว่า เรียกว่า ผู้กระทำความรุนแรง (Abuser) ส่วนฝ่ายที่ถูกกระทำเรียกว่า เหยื่อ (Victim) โดยทั่วไปมักพบว่าในคู่ครองระหว่างชาย-หญิง (Heterosexual couple) ที่มีปัญหาความรุนแรงมักเกิดจากฝ่ายชายเป็นผู้กระทำและฝ่ายหญิงเป็นเหยื่อ หรือที่เรียกว่า การทำร้ายหรือทารุณกรรมภรรยา (Wife abuse หรือ Wife assault) ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพสังคม โดยอาจมีรูปแบบที่ แตกต่างไปตามวัฒนธรรมประเพณีแต่ปฏิเสธไม่ได้ว่ามีปัญหานี้ซ่อนอยู่ในทุกสังคมทั่วโลกแม้แต่คู่ครองเพศเดียวกัน (Homosexual couple) ก็พบว่ามี ความชุก รูปแบบความรุนแรง และสาเหตุที่ไม่แตกต่างจากคู่ครองต่างเพศ เพียงแต่ปัญหาอาจถูกซ่อนเร้น และใช้เป็นเครื่องมือบังคับให้เหยื่อยอมอยู่ได้ความสัมพันธ์แบบเดิม เหยื่ออาจถูกข่มขู่ว่าจะประจานพฤติกรรมทางเพศที่ชอบไม่ป่าเดียวกันให้คนอื่นรู้ หรืออาจใช้การตีตื่อเอ็ดส์มาเป็นเครื่องพันธนาการให้เหยื่อยอมตกอยู่ใต้อำนาจของตน

วงจรความรุนแรงภายในคู่ครอง (Couple violence cycle)

วงจรความรุนแรงภายในคู่ครองมีลักษณะคล้ายวงจรของพัฒนาการของคู่ครองปกติทั่วไป คืออาจเริ่มต้นด้วย

๑. ระยะแรกที่มีความสุขสมหวัง (Romance) ระยะนี้คู่ครองฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอาจไม่รู้สึกรู้ว่าต้องการมีอำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งชัดเจน ขณะที่อีกฝ่ายก็รู้สึกดีว่ากำลังจะเป็นเหยื่อ

๒. ระยะที่เริ่มประสบสิ่งที่ไม่คาดหวัง (Unmet expectation) อาจเกิดจากแรงกดดันอื่นจากภายนอก เช่นสูญเสียการงานสูญเสียทรัพย์สินมรดกจากครอบครัวดั้งเดิม มีคนอื่นมาสนใจคู่ของตนเอง เป็นต้น ทำให้ฝ่ายหนึ่งเริ่มรู้สึกสูญเสียอำนาจไปและจะเริ่มปฏิบัติการที่ทวงคืนอำนาจดังกล่าว

๓. **ระยะที่มีปัญหาอุปสรรค (Struggles)** ความตึงเครียดระหว่างคู่ครองจะสะสมและก่อตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ จนระเบิดเป็นความรุนแรงประเภทต่าง ๆ โดยมีฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรง (“ผู้บ้ำอำนาจ” หรือ Abuser) และอีกฝ่ายเป็นผู้ถูกระทำ (เหยื่อของการบ้ำอำนาจ หรือ Victim)

๔. **ระยะการตกลงต่อรอง (Resignation or commitment)** หลังจากเกิดความรุนแรงขึ้น ฝ่ายผู้บ้ำอำนาจจะขอขมาลาโทษเสมือนสุกแกโทษะ ไม่ได้ตั้งใจทำความรุนแรงดังกล่าว ซึ่งมักทำให้เหยื่อเกิดการตายใจและยอมอยู่ในความสัมพันธ์นั้น ๆ ต่อไป

๕. **ระยะที่มีการสมานฉันท์ (Co-creation)** ทั้งผู้บ้ำอำนาจและเหยื่อของการบ้ำอำนาจ อาจมีการตกลงเจรจาสงบศึกด้วยการทำอะไรที่มีความสุขด้วยกันใหม่ทำให้อ่อนกลับไปสู่ระยะแรกอีกครั้ง

ลักษณะความสัมพันธ์คู่ครองที่มีความรุนแรงเช่นนี้จะเป็นวนจรวนไปจนเกิดความรุนแรงซ้ำซากอีกเรื่อย ๆ โดยผู้บ้ำอำนาจมักจะแสดงพฤติกรรมที่มีความรุนแรงก้าวร้าวมากขึ้น ส่วนเหยื่อก็จะหลงผิดเพราะทุกครั้งที่มีความรุนแรงก็มักจะตามมาด้วยการขอโทษและการหลอกลวงว่าจะกลับมามีความสุขกันใหม่ได้ “ถ้าฉันทำดีสักวัน เขาก็จะเปลี่ยนแปลงเพราะเห็นแก่ความดีของฉัน” เหยื่อจะอ่อนแอลงเรื่อย ๆ และในที่สุดจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่กล้าบอกใคร หลงเชื่อว่าเหตุการณ์จะดีขึ้นโดยไม่มองด้านที่ตนเองถูกละเมิดสิทธิการเป็นมนุษย์คนหนึ่ง

รูปแบบความรุนแรงภายในคู่ครอง (Wheel of power and control)

ความรุนแรงภายในคู่ครองอาจมีรูปแบบในการบ้ำอำนาจลักษณะต่าง ๆ เมื่อพบว่าคู่ครองมีปัญหา รูปแบบหนึ่ง ควรค้นหาปัญหาความรุนแรงรูปแบบอื่นด้วย รูปแบบที่พบบ่อยมีดังนี้

๑. **ข่มขู่ (Threats)** เช่น ข่มขู่ว่าจะทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ข่มขู่ว่าจะทำร้ายตนเอง ถ้าไม่ทำตาม ข่มขู่ว่าจะ หย่าร้างหรือทอดทิ้งไป บังคับให้ทำผิดกฎหมายแล้วข่มขู่ว่าจะไปแจ้งตำรวจ เป็นต้น

๒. **คุกคาม (Intimidation)** เช่น ทำให้กลัวด้วยสายตา ทำทาง ชอบกระแทกกระทั้น หรือทำลายข้าว ของของอีกฝ่าย ทำร้ายสัตว์เลี้ยงของอีกฝ่าย ชอบแสดงว่ามีอาวุธ เป็นต้น

๓. **หยามน้ำใจ (Emotional abuse)** เช่น ตำว่าส่อเสียดให้เจ็บช้ำน้ำใจ ทำให้รู้สึกว่าเป็นความผิดของ เหยื่อตลอดเวลา ใช้อาจาหยาบคาย เป็นต้น

๔. **ทิ้งให้โดดเดี่ยว (Isolation)** เช่น ควบคุมไม่ให้ทำ ไม่ให้เห็น ไม่ให้คบใคร ไม่ให้ดูข่าวสาร บ้านเมือง ให้ออกจากงานมาอยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ให้ไปเยี่ยมญาติ หรือ เพื่อนฝูง แสดงท่าทีหึงหวงเกินกว่าเหตุ เป็นต้น

๕. **ทำให้ห่อเหี่ยวไร้ค่า (Minimization or Denying or Blaming)** เช่น ทำเป็นไม่สนใจความรู้สึกของฝ่ายตรงข้าม ทำเป็นไม่มีปัญหาภายในคู่ครอง โทษว่าปัญหาความรุนแรงเกิดจากเหยื่อเป็นคนทำผิดก่อน เป็นต้น

๖. **ทำลูกเป็นประกัน (Using children)** เช่น ทำให้รู้สึกผิดว่าเลี้ยงลูกไม่ดีตำว่าส่อเสียดผ่านลูกข่มขู่ว่า จะพาลูกหนีไป เป็นต้น

๗. **ชายอย่างฉันทันเป็นใหญ่ (Male privilege)** เช่น เลี้ยงเหยื่อเหมือนทาสรับใช้ เป็นคนตัดสินใจทุกอย่างเอง เป็นคนกำหนดเองว่าบ้านนี้ผู้หญิงควรทำอะไรและผู้ชายควรทำอะไรทำร้ายทุบตีหรือข่มขืนเหยื่อ เหมือนเป็นสิ่งที่ของของตนเองจะทำอะไรเมื่อไหร่ก็ได้ เป็นต้น

๘. **กระเป่าใครมีเงิน (Economic abuse)** เช่น พยายามให้อีกฝ่ายลาออกจากงานโดยมักจะบอกว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูเอง ทำให้เหยื่อช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องแบมือขอเงินเป็นครั้งคราวและเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะอนุญาตให้ใช้เงินหรือไม่ ยึดหรือรับเงินจากเหยื่อ ไม่ให้รับรู้เรื่องเงินทองภายในบ้าน เป็นต้น

คำถามที่ใช้คัดกรองปัญหาความรุนแรงภายในคู่ครอง (“SAFE” questionnaire)

S : Spousal relationship “ความสัมพันธ์ของคุณกับคู่ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง มีความสุขดีหรือไม่”

A : Argument “เคยทะเลาะกันบ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด ในเรื่องใดบ้าง”

F : Fight “เคยถึงขั้นลงไม้ลงมือกันหรือไม่ เมื่อใดทำอย่างไร เคยใช้อาวุธด้วยหรือไม่”

E : Emergency plan “ถ้าเกิดทะเลาะกันรุนแรงอีก จะทำอย่างไร มีใครรู้เรื่องนี้บ้าง เขาแนะนำว่าอย่างไรคุณคิด จะบอกใครหรือไม่”

แนวทางในเวชปฏิบัติสำหรับปัญหาความรุนแรงภายในคู่ครอง

๑. คัดกรองปัญหาในทุกคนที่มีคู่ครองโดยไม่จำกัดเพศวัย การศึกษาหรือ เศรษฐฐานะปัจจุบันมี ปัญหาความรุนแรงที่เริ่มเกิด ตั้งแต่ยังเป็นแฟนกันที่เรียกว่า Dating violence ซึ่งอาจพบได้สูงถึง ๕๐ % ของ วัยรุ่นที่มีแฟน ๒. วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงระหว่างคู่ครองในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยความเจ็บป่วยสภาพ ต่าง ๆ เช่น

ประวัติ มาตรวจบ่อย ๆ ด้วยปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ กังวล ปวดหัว ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดในอุ้งเชิงกราน เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์

ตรวจร่างกาย เช่น ซึมเศร้า รอยขีดหรือแผลแตกในตำแหน่งแปลก ๆ ภายในร่มผ้า

ปัญหาพฤติกรรม เช่น ทำร้ายตนเอง ติดสุรา ติดยาแก้ปวดหัวไมเกรน ยานอนหลับ ขอบใจลาป่วยบ่อย ๆ เครียดกับงานมากถึงขั้นบ้างงาน เพราะหลีกเลี่ยงการกลับไปพบปัญหาที่บ้าน เก็บตัวอยู่ภายในบ้าน เดินทางไปไหนเองคนเดียวไม่ได้ เป็นต้น

มีคู่ครองมาคอยควบคุมหรือพากย์ประวัติตลอด ขณะผู้ป่วยอยู่กับแพทย์

ถ้ามีบุตร อาจพาบุตรมาตรวจบ่อยครั้งด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการเรียนถดถอย ก้าวร้าว ทำร้ายเพื่อนหรือตนเอง

๓. เมื่อวินิจฉัยพบปัญหาความรุนแรง ต้องเชื่อเสียก่อน ไม่ว่าเรื่องนั้นจะมีที่มาอย่างไร อย่าใกล้ชิดเกลี้ยให้กลับไปคืนดีกันหรือกลบเกลื่อนให้เห็น เป็นเรื่องปกติของ “ผิวเมียตีกัน” คู่ปกติทั่วไปทะเลาะกัน ได้แต่ไม่ต้องใช้กำลัง ตีกัน

๔. ประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อชีวิตของเหยื่อโดยอาจถามว่า “แล้ววันนี้เมื่อคุณกลับไปจะปลอดภัยหรือเปล่า ลูก ๆ จะเป็นอย่างไรบ้าง ขณะนี้แฟนคุณน่าจะอยู่ที่ไหน”

๕. บันทึกประวัติอย่างระมัดระวัง ร่วมวางแผนที่ปลอดภัย และนัดติดตามต่อเนื่อง

๖. ควรระมัดระวัง การแนะนำให้หนีออกจากความสัมพันธ์ทันที เพราะอาจเป็นอันตรายต่อเหยื่อ เนื่องจากผู้กระทำจะรู้สึกสูญเสียอำนาจกะทันหัน และอาจติดตามไล่ล่าเหยื่ออย่างรุนแรง แพทย์ควรติดตาม เพื่อให้กำลังใจ เสนอทางออกอื่นของปัญหาและให้ผู้ป่วยเข้มแข็งพอที่จะมีอำนาจในการตัดสินใจปัญหาได้ดีขึ้น

๗. เมื่อประเมินแล้วคิดว่ามีอันตรายถึงแก่ชีวิต ถ้าปล่อยผู้ป่วยกลับบ้าน การรับตัวเป็นผู้ป่วยในหรือหาบ้านพักฉุกเฉินที่ปลอดภัยก็อาจเป็นอีกทางออกหนึ่ง

๘. ค้นหาองค์กรหรือเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยเหลือเหยื่อได้อย่างปลอดภัย

บทบาทแพทย์กับปัญหาความขัดแย้งของคู่ครองหรือความรุนแรงระหว่างคู่ครอง

๑. วินิจฉัยแยก (โรค) ให้ถูกต้องก่อนว่าเป็นปัญหาความขัดแย้งหรือปัญหาความรุนแรง

อาจใช้ SAFE question เพื่อคัดกรองว่าเป็นความรุนแรงหรือไม่

๒. ถ้าเป็นความขัดแย้ง (Couple conflict) ให้ค้นหาสาเหตุความขัดแย้งโดยซักประวัติ พัฒนาการของคู่ครอง (Couple development cycle) โดยละเอียดว่ามีความเป็นมาอย่างไร เริ่มเกิดความขัดแย้งเมื่อใด จากสาเหตุใด ทั้งคู่แสดงพฤติกรรมต่อกันอย่างไรเมื่อขัดแย้งและทั้งคู่พยายาม แก้ปัญหาด้วยวิธีใด มาแล้วบ้าง ขณะนี้ทั้งคู่มุ่งหวังจะอยู่กันอย่างไรต่อไปหากต้องการจะอยู่คู่กันต่อไปจึงอาจหาแนวทางให้ คำปรึกษาที่เฉพาะปัญหานั้น ๆ เช่น ฝึกทักษะการแสดงออกถึงความรักความห่วงใยที่มีต่อกัน ฝึกทักษะการสื่อสารที่เปิดเผยต่อกันไม่คาดเดาอีกฝ่ายหนึ่งเอาเองหลังจากได้ลองแก้ไข ฝึกทักษะต่าง ๆ แล้วยังไปด้วยกัน ไม่ได้และต้องการแยกทางกันจริง ๆ ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของการหย่าร้าง (Preparation for divorce) ให้ทั้งคู่ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาและแก้ไขความขัดแย้งระหว่างคู่ครอง (Couple counseling) ไม่ใช่การไกล่เกลี่ยให้กลับมาคืนดีกันเสมอไปแต่ช่วยให้ทั้งคู่อยู่หรือจากกันด้วยดีจึงอาจจะนับว่าเป็นการสมานฉันท์กันได้

๓. ถ้าเป็นความรุนแรง (Couple violence) ให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในระดับเดียวกับกับกรณีผู้ป่วยถูกข่มขืนแพทย์หรือพยาบาลจะต้องเชื่อโดยไม่ต้องสงสัยและให้การช่วยเหลือ เบื้องต้น โดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ข้อเท็จจริง ตั้งแต่แรก ไม่ต้องกลัวว่าจะฟังความข้างเดียว และอย่าเรียกอีกฝ่ายมาถามหาข้อเท็จจริงเพราะอาจจะเป็นอันตรายต่อฝ่ายที่เป็นเหยื่อจนกว่าจะติดตามต่อเนื่องแล้วสงสัย เป็นอย่างอื่น ควรค้นหารายละเอียดและรูปแบบความรุนแรงที่เกิดขึ้นว่ามีทั้งหมดกี่รูปแบบ มักจะเกิดในสถานการณ์เช่นใด มีตัวกระตุ้นอะไรบ้าง สอบถามถึงระดับของความรุนแรงนั้น ๆ ว่าถึงขั้นใช้อาวุธทำร้ายร่างกายหรือประสงค์จะฆ่าให้ตายด้วยวิธีต่าง ๆ หรือไม่ มีใครอื่นรู้เรื่องนี้บ้างหรือไม่ ประเมินว่าสถานการณ์ปลอดภัยพอที่จะกลับบ้านวันนี้ได้หรือไม่ ถ้าไม่ต้องหาบ้านพักฉุกเฉินให้หลบภัยโดยด่วนและเป็นความลับที่สุด แต่ส่วนใหญ่แล้วความรุนแรงของคู่ครองมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังภายในคู่โดยที่เหยื่อพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมานาน แต่ไม่สำเร็จ เมื่อใดที่เหยื่อกล้าเล่าให้แพทย์หรือพยาบาลฟังก็มักจะเป็นช่วงเวลาที่ยุติกันและเหยื่อ ก็หมดแรงจะแก้ไขหรือคิดตัดสินใจได้เองการแก้ปัญหาจึงมักไม่ต้องรีบชุดให้เหยื่อหนีออกมาจากความสัมพันธ์ดังกล่าว เพราะเหยื่อยังไม่แข็งแรงพอเมื่อหนีแล้วมักหนีไม่รอด แก้ปัญหาภายในเองไม่เป็นไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองได้อย่างไรไม่รู้จะปฏิเสธหรือต่อสู้อย่างไร ถ้าถูกติดตามข่มขู่ ดังนั้นการแก้ปัญหาความรุนแรงต้องจริงจังตั้งใจ ยืนยัน ทำด้วยความระมัดระวังติดตามต่อเนื่อง และทำงานเป็นทีม หลักการคือช่วยให้ผู้ที่อ่อนล้ามีกำลังใจและกลับคืนมาเป็นคนดังเดิม เป็นมนุษย์ หนึ่งในที่สามารถคิดสามารถตัดสินใจเองได้ ส่วนการตัดสินใจว่าจะอยู่เป็นคู่ต่อไปหรือไม่มอบให้เป็นหน้าที่ ของผู้คนที่คิดตัดสินใจเองเมื่อแข็งแรงพอแพทย์หรือทีมไม่ได้มีหน้าที่ไปสมานฉันท์หรือไกล่เกลี่ย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. สามารถปฏิบัติงานทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๒. สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการให้บริการทางด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู
๓. สามารถดูแลตนเอง บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในกรุงเทพมหานครได้โดยใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมในการติดต่อประสานงาน
๒. สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัวให้แก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและนอกหน่วยงานได้

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑. สามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อพัฒนา ศักยภาพการทำงาน การให้บริการทางด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยใช้หลักการทางเวชศาสตร์ ครอบครั

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

๑. ปัจจุบันปัญหาการเลื่อมล้ำ ปัญหาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ยังคงไม่ได้รับการแก้ไขและยังคงเป็นความท้าทายของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ควรมีการ พัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งในแง่การสนับสนุนการศึกษา การจัดการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร

๓.๒ การพัฒนา

๑. สนับสนุนการศึกษา การฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ทุกหน่วยงาน

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรจากทุกกลุ่มงานภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มงานที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประชาชน ผู้รับบริการ ให้มีทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับหลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว ควรมี การสนับสนุนการฝึกอบรมหลักสูตรเป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับ มาพัฒนาต่อยอดและปรับใช้ได้เหมาะสม

ลงชื่อ..........ผู้รายงาน
(นายกิตติพงศ์ แซ่เล่า)
นายแพทย์ปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ขอให้นำความรู้ที่ได้ มาพัฒนาหน่วยงาน และโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ..........
(นายขจร อินทรบุรินทร์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

Family Medicine

คุณสมบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



- มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย
- มีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ
- มีเวชปฏิบัติอยู่ในชุมชน
- เป็นแหล่งข้อมูลหรือที่ปรึกษาให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบ

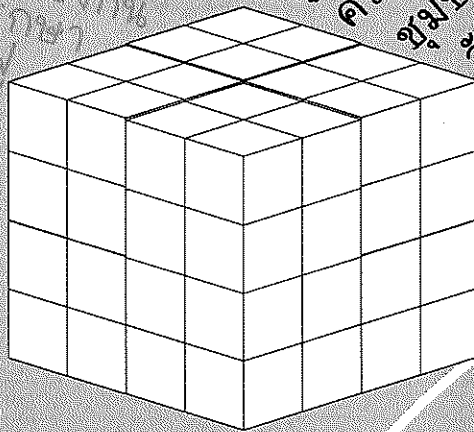
เจ็บป่วย

โรค

๓



กายภาพ
จิตใจ
สังคม
จิตวิญญาณ

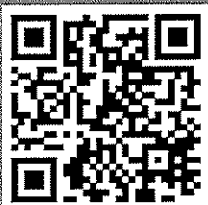


ผู้ป่วย
ครอบครัว
ชุมชน
สังคม



การนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มงานประกันสุขภาพ

- สามารถนำความรู้มาถ่ายทอดในกลุ่มงาน
- สามารถนำความรู้มาบูรณาการการเชื่อมต่อระหว่างระบบปฐมภูมิ กุติยภูมิและตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ



นพ.กิตติพงศ์ แซ่เล่า นายแพทย์ปฏิบัติการ
กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลตากสิน

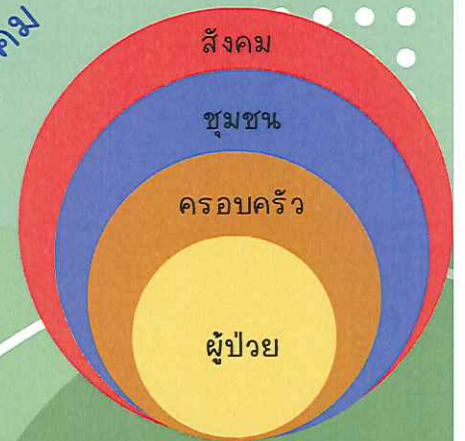
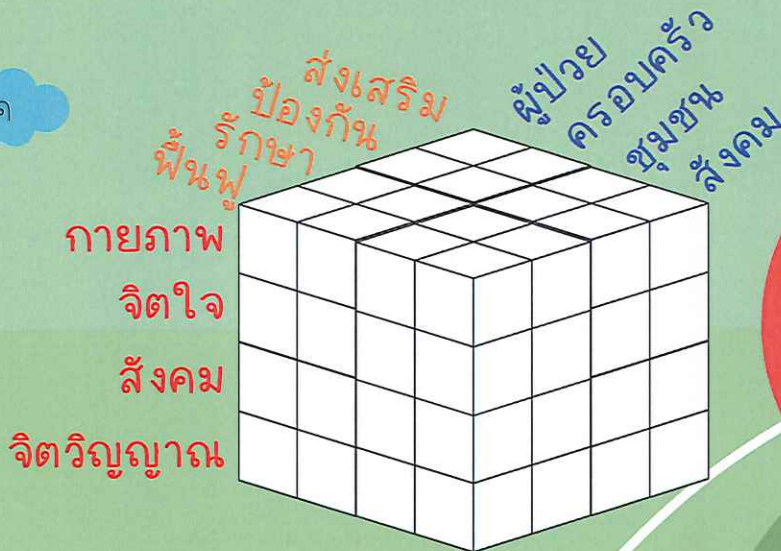
หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

Family Medicine

คุณสมบัติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



- มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย
- มีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ
- มีเวชปฏิบัติอยู่ในชุมชน
- เป็นแหล่งข้อมูลหรือที่ปรึกษาให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบ



การนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มงานประกันสุขภาพ

- สามารถนำความรู้มาถ่ายทอดในกลุ่มงาน
- สามารถนำความรู้มาบูรณาการการเชื่อมต่อระหว่างระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ



นพ.กิตติพงศ์ แซ่เล่า นายแพทย์ปฏิบัติการ
กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลตากสิน