

เอกสารประกอบการสอน
เรื่อง
ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
(Overview Concept of Family Medicine)

รายวิชา : เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 3 (รสมคร 511)
ผู้สอน : คณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
ผู้เรียน : นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5
ภาควิชา: เวชศาสตร์ครอบครัว

วัตถุประสงค์การศึกษา : ภายหลังการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. บอกหลักการและลักษณะงานเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งความเชื่อมโยงระหว่างเวชปฏิบัติ -ปฐมภูมิ (Primary Care) และเวชปฏิบัติครอบครัว(Family Practice)
2. บอกแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Approach) ได้
3. แสดงการใช้เครื่องมือพื้นฐานทางเวชศาสตร์ครอบครัวในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เครื่องมือดังกล่าวได้แก่ เครื่องมือครอบครัว (Family Tree) ผังครอบครัว ตามกาลเวลา (Time Flow Family Chart)
4. อธิบายความหมายและองค์ประกอบของระบบครอบครัว (Family system) หน้าที่ของครอบครัว (Family Function) วงจรชีวิตครอบครัว (Family Life Cycle) ได้
5. บอกแนวทางการประเมินสุขภาพครอบครัว (Family Health Assessment) ได้
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงวัยของครอบครัว (Family Morphogenesis) และผลกระทบต่อสุขภาพปัจเจกบุคคล
7. เชื่อมโยงสภาวะสุขภาพระดับบุคคล (Individual Health) กับสภาวะสุขภาพระดับครอบครัว (Family Health) ได้

วิธีสอน :

การบรรยายพร้อมฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน

วิธีประเมินผล :

1. ข้อสอบข้อเขียน MCQ และ SAQ ลงกอง
2. ข้อสอบ Comprehensive Exam ของคณะฯ
3. การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน

เอกสารประกอบการสอน
เรื่อง
ความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
(Overview Concept of Family Medicine)

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

ความสัมพันธ์ระหว่างเวชปฏิบัติปฐมภูมิจับกับเวชปฏิบัติครอบครัว (Primary Care and Family Practice)

ในการพัฒนางานของระบบสาธารณสุขมูลฐาน(primary health care) และงานบริการแบบเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care) ให้ประชากรได้มีโอกาสรับบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงและเท่าเทียมตามกฎบัตรออกตาวา มีการพัฒนาต่อขอคนสามารถดำเนินการให้มีบริการที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของแต่ละครอบครัว รวมทั้งเฝ้าดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่องยาวนาน ลักษณะงานดังกล่าวเป็นที่มาของงาน**เวชปฏิบัติครอบครัว (family practice)**^(1,2) ซึ่งประกอบด้วยงานที่มีลักษณะเด่นสองด้าน คือ

1. **เวชปฏิบัติปฐมภูมิ** ที่มีหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ
 - 1.1 เป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (First Contact)
 - 1.2 ต่อเนื่อง (Continuity of Care)
 - 1.3 ดูแลผสมผสานทุกปัญหา ร่วมกับการคัดกรองโรค รักษาโรค สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ (Comprehensive Care)
 - 1.4 ติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่างๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพครบถ้วนรอบด้าน (Coordinated Care)
2. **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม** ที่สามารถแบ่งคร่าวๆเป็น 3 ระดับ คือ
 - 2.1 การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)
 - 2.2 การดูแลผู้ป่วยโดยเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของครอบครัว (Family-Oriented Care : “The Family as a Patient”)
 - 2.3 การดูแลผู้ป่วยโดยเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของชุมชน (Community-Oriented Care)

ประเภทของเวชปฏิบัติ (Type of Medical Care)⁽³⁾

แม้จะไม่ได้มีการแบ่งแยกขาดจากกัน แต่ในหลายประเทศจะมีการจัดการบริการที่แตกต่างกันอยู่ 3 ประเภทดังนี้ คือ

เวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Primary Care) เน้นที่การบริการเป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน บริการที่ผสมผสานเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง

เวชปฏิบัติทุติยภูมิ (Secondary care) เน้นการบริการภายในสถานพยาบาลซึ่งผู้ป่วยมักมีความเจ็บป่วยบางอย่างที่ทำให้ต้องนอนรักษาตัวหรือเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดในสถานพยาบาล จึงเหมาะแก่ความเจ็บป่วยบางประเภท บางลักษณะเท่านั้น

เวชปฏิบัติตติยภูมิ (Tertiary care) เน้นการบริการภายในสถานพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง เนื่องจากเป็นโรคที่สลับซับซ้อนและยากต่อการวินิจฉัย จึงต้องอาศัยแพทย์หลายสาขา เครื่องมือหลายเครื่องมือในการตรวจรักษา จึงมักเป็นโรคที่พบได้น้อยในชุมชน ค่าตรวจรักษาจึงมีราคาสูงตามไปด้วย

ระบบนิเวศของงานเวชปฏิบัติ (Ecology of Medical Care) ^(4, 5)

จากการศึกษาลักษณะประชากรที่เข้ามาใช้บริการในเวชปฏิบัติระดับต่างๆ พบว่าตลอด 40-50 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าโลกจะมีการพัฒนาทางการแพทย์ไปมาก แต่ลักษณะของประชากรที่เข้ามารับบริการยังไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนัก กล่าวคือ จากสัดส่วนประชากร 1000 คน มีประชากรที่มีความเจ็บป่วยอยู่ประมาณ 3 ใน 4 แต่มารับบริการตรวจรักษากับแพทย์ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิเพียง 1 ใน 4 ซึ่งแสดงว่า อีกประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรที่เจ็บป่วยในแต่ละเดือนไม่เข้าหาบริการทางสาธารณสุข ประชากรเหล่านี้อาจจะหายเจ็บไข้ไปก่อนที่จะมารับบริการ หรือรักษาตนเองได้ หรือไปเลือกการรักษาแบบอื่นที่ไม่ใช่แบบการแพทย์ที่รัฐจัดหาไว้ให้ หรืออาจจะเจ็บป่วยทุพพลภาพถึงอาจเสียชีวิตจนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

ดังนั้นประชากรส่วนมากที่มารับบริการตรวจรักษากับเวชปฏิบัติปฐมภูมิ จึงไม่ได้หมายถึงแต่ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ง่ายๆ เท่านั้น แต่สามารถมีความรุนแรงและอาจมีอาการแปลกๆที่ไม่พบในเวชปฏิบัติอื่นได้ ส่วนการที่ประชากรเข้าใช้บริการแน่นขนัดไปทุกสถานพยาบาลในประเทศไทย หากมาดูที่รายชื่อผู้ใช้บริการ อาจพบลักษณะของผู้มารับบริการซ้ำซ้อนหลายครั้ง ทั้งผู้ป่วยขาจรและผู้ป่วยประจำทำให้ดูเหมือนว่ามีงานบริการเยอะ แท้จริงแล้วให้บริการเข้าไปซ้ำมาให้แก่ประชากรบางคนเท่านั้น

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนประชากร 9 ใน 1000 ที่เข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิ และมีเพียง 5 ใน 1000 ที่รักษาระดับตติยภูมิ ทำให้อยู่ที่ระดับปฐมภูมิเพียง 1 ใน 1000 เท่านั้นที่รักษาในศูนย์การแพทย์ระดับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแสดงว่า ลักษณะความเจ็บป่วยที่รักษาในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์นั้นน่าจะเป็นความเจ็บป่วยที่หายากและแตกต่างจากลักษณะความเจ็บป่วยที่พบได้ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ เมื่อสถานพยาบาลขนาดใหญ่เต็มไปด้วยความเจ็บป่วยดังกล่าว บุคลากรจึงมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคที่พบได้ยากเหล่านั้นได้ดีกว่าแพทย์ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ แต่ในทางกลับกัน แพทย์ที่อยู่ในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ก็จะขาดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลลักษณะความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ ดังนั้นจึง ไม่อาจกล่าวได้ว่า แพทย์ที่เวชปฏิบัติตติยภูมิมีความสามารถมากกว่าแพทย์ที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ เพราะมีความเชี่ยวชาญกันคนละชนิดของปัญหาสุขภาพ

เวชปฏิบัติแบบองค์รวม (Holistic Medicine)

เนื่องจากมิติสุขภาพแบบองค์รวมเป็นมิติที่สอดคล้องประสานกันทุกด้าน ไม่สามารถแยกขาดจากกันชัดเจน เป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพจิตสังคม สุขภาพจิตวิญญาณ จึงมีผู้นำเสนอ bio-psycho-social model⁽⁶⁾ ว่าเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องของระบบที่ถักทอกันอยู่เป็นผืนเดียวกันทุกระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับเซลล์ ระดับอวัยวะ ระดับระบบอวัยวะ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับสังคม และระดับจักรวาล เพื่อให้เข้าใจง่ายจึงแบ่งสุขภาพองค์รวมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับบุคคล (Patient-centred care)
2. ระดับครอบครัว (Family-oriented care)
3. ระดับชุมชนหรือสังคม (Community-oriented care)

คุณสมบัติแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ด้วยความที่แพทย์ที่ทำงานในเวชปฏิบัติครอบครัวต้องมีทักษะในการให้บริการทั้งแบบเวชปฏิบัติปฐมภูมิและเวชปฏิบัติแบบองค์รวมซึ่งเฉพาะเจาะจงสำหรับรายบุคคลที่มาจากครอบครัวหนึ่งครอบครัวที่มีความแตกต่างจากครอบครัวอื่น โดยมีเป้าหมายการเฝ้าดูแลติดตามประชากรกลุ่มหนึ่งให้มีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ⁽⁷⁾ ดังนี้

1. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient Relationship)
2. มีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ (Skillful Clinician)
3. มีเวชปฏิบัติอยู่ในชุมชนหรือคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของชุมชนหนึ่งๆ (Community-Based Practice)
4. เป็นแหล่งข้อมูลหรือที่ปรึกษาให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบ (Resource Person to a Defined Population)

ความหมายของการมีสุขภาพดี (Healthy)

ความหมายของ “สุขภาพดี” ในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽⁸⁾ หมายถึง การมีสมดุลย์ของสภาวะกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ของบุคคลหนึ่งๆ แต่โดยสรุปในคำจำกัดความที่เข้าใจได้ง่ายกว่า คือ ภาวะที่บุคคลผู้นั้นดำรงตนอยู่ได้อย่างมีความสุขในสิ่งที่มีอยู่รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นตัวโรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ หรือไม่ หากใช้คำจำกัดความนี้จะเห็นได้ว่าคนเราสามารถมีความสุขได้ในทุกสภาวะโรค และอาจจะไม่มีความสุขก็ได้แม้จะไม่มีโรค ภาวะที่คนเหล่านั้นไม่มีสุขทำให้เกิดความทุกข์กายทุกข์ใจและเกิดเป็นความเจ็บป่วยได้ในรูปแบบต่างๆ แพทย์มีหน้าที่ประเมินและค้นหาสภาวะที่ไม่เป็นสุขสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ที่เดินเข้ามาปรึกษา และช่วยดูแลเยียวยาให้เขาดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น

การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centred Medicine)⁽⁹⁾

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

ตัวโรค(disease) คือ ความเจ็บป่วยที่มีคำจำกัดความหรือคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ไว้ แต่**ความเจ็บป่วยในรูปแบบอื่น(Illness)** คือ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงกับบุคคลนั้นๆ ซึ่งทำให้เกิดทุกข์ขึ้น อาจแบ่งได้เป็นทุกข์ 4 ประเภท คือ **ความคิดกังวล(Idea or concern)** **ความรู้สึก (Feeling or emotion)** **ผลกระทบต่อภารกิจประจำวัน(function)** และ **ความคาดหวังที่อยากได้รับความช่วยเหลือจากคนภายนอก (Expectation)**

เมื่อทำความเข้าใจและวินิจฉัยได้ทั้งตัวโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างรอบด้านแพทย์ก็ควรทำความเข้าใจกับประวัติความเป็นมา ชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วยว่าเป็นใครมาจากไหน(Understand the whole person) เพื่อเข้าใจมากขึ้นว่าโรคและความทุกข์ 4 ประเภทข้างต้นจะก่อผลกระทบให้ผู้ป่วยรายนั้นๆอย่างไร

แพทย์จึงจะสามารถต่อรองหรือเยียวยารักษา ปลอบโยน และเฝ้าติดตามจนผู้ป่วยหายทุกข์โศก ในขณะเดียวกันก็หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่บุคคลนั้นๆตามความเสี่ยงในแต่ละครั้งที่ตรวจรักษา โดยแพทย์ต้องวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพให้ผู้ป่วยรายนั้นในระยะยาว และแบ่งประเด็นสำคัญในการดูแลให้เหมาะสมตามแต่โอกาสและระยะเวลาที่เอื้ออำนวยในขณะหนึ่งๆ เช่น ระยะเวลาในขณะพบผู้ป่วยครั้งแรก ควรช่วยเยียวยารักษาโรคและความทุกข์ที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบันก่อน แล้วแบ่งเรื่องการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพไว้คราวถัดไป เป็นต้น

สัญญาณเตือนสำหรับความเจ็บป่วยอื่นที่ไม่ใช่โรค (Warning signs of Illness)⁽⁹⁾

ในสภาพแน่นขนัดของแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของทุกโรงพยาบาล มีอาการจำพวกหนึ่งที่อาจช่วยให้แพทย์นึกคิดได้ว่าผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการของความเจ็บป่วยอื่นที่เป็นทุกข์มากกว่าตัวโรค แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะมีความกังวลสูงว่าจะป่วยเป็นโรคร้ายแรงอะไรบางอย่าง หรือ มีปัญหาอื่นซ่อนเร้น ตัวอย่างเช่น

- มาตรวจบ่อยครั้งด้วยอาการเล็กๆน้อยๆ
- อาการเดิมๆ หลายๆอาการ
- อาการที่เป็นมานาน ไม่เคยหาย
- ดูทุกข์ทรมานเกินจริงกับอาการเล็กๆ
- พ่อแม่ที่ชอบพาลูกมาหาหมอตลอดเวลา
- ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีญาติมาเป็นเพื่อนด้วยเสมอ

ดังนั้นเมื่อแพทย์คัดกรองพบสภาพดังกล่าวข้างต้น แพทย์ควรริบให้ความใส่ใจกับความทุกข์ด้านอื่นของผู้ป่วยก่อนที่จะลิ้ม เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ถูกปลูกฝังมาให้ค้นหาแต่ตัวโรค หากผู้ป่วยส่งสัญญาณว่ามาตรวจด้วยความทุกข์ด้านอื่น แพทย์จึงควรมุ่งประเด็นหลักที่ความทุกข์หรือความเจ็บป่วยอื่นก่อน เพราะถึงอย่างไรแพทย์ก็ต้องรับผิดชอบในการค้นหาตัวโรคหรือความผิดปกติส่วนอื่นของร่างกายอยู่ดี

ระบบครอบครัว (Family System)^(10, 11)

หากการวินิจฉัยโรคต้องทำความเข้าใจก่อนว่าโรคนั้นเกิดจากสาเหตุใด ไปก่อพยาธิสภาพที่อวัยวะใด ทำให้ระบบใดในร่างกายรวนเรไป การวินิจฉัยและรักษาปัญหาสุขภาพของคนก็เช่นกันต้องเริ่มจากสาเหตุที่บุคคลนั้นเจ็บป่วยเกิดจากอะไร เกิดจากอุปกรณ์ในตัวของเขาเองที่ผิดปกติหรือเกิดจากเหตุปัจจัยอื่นๆ ที่ร่ายล้อมตัวเขาอยู่ เช่น ปัญหาารุมเร้าจากครอบครัวและสังคมของเขาที่ส่งผลให้เขาต้องโหมงานหนักจนเจ็บป่วย เป็นต้น

การดูแลรักษาคนจึงมีความหมายกว้างกว่าการรักษาโรค เพราะต้องทำความเข้าใจกับระบบที่ใหญ่ และกว้างกว่า ระบบที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของคนหนึ่งคนคือ **ครอบครัว** ซึ่งมีลักษณะที่อยู่กันอย่างเป็นระบบ ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาลอยๆ ต่างคนต่างอยู่ แต่เป็นระบบที่มีองค์ประกอบชัดเจน มีกลไกการดูแลและควบคุมซึ่งกันและกัน ทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ต่างๆ และกาลเวลา ลักษณะต่างๆ เหล่านี้จึงเปรียบการทำงานของ **ระบบครอบครัว (family system)** ว่าคล้ายกับระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อ (**endocrine system**) ที่ประกอบด้วยอวัยวะต่างๆ อยู่กระจัดกระจายห่างกัน แต่สามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นระบบได้ คอยตรวจสอบดูแล รวมทั้งควบคุมซึ่งกันและกัน (Positive and negative feedback mechanism) ทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงสภาพตามกาลเวลา (Family morphogenesis)

โครงสร้างครอบครัว (Family Structure)

หลังจากที่เข้าใจว่าครอบครัวทำงานอย่างเป็นระบบแล้ว แพทย์ควรทำความเข้าใจกับรายละเอียด โครงสร้างหรือองค์ประกอบของครอบครัวหนึ่งๆ หรือบ้านๆหนึ่ง ซึ่งมักมีการจัดวางบทบาทของสมาชิกไว้ ต่างๆ กันดังนี้

- 1. ลำดับความสำคัญของสมาชิก (Hierarchy)** ใครเป็นบุคคลที่อยู่ตำแหน่งสูงสุดของบ้าน เป็นผู้บังคับบัญชาของบ้าน เป็นคนที่คอยขับเคลื่อนให้บ้านดำเนินไปได้
- 2. อาณาเขตของบ้าน (Boundaries)** ภายในบ้านมักจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยๆ ลงไปอีก เช่น กลุ่มคู่สามี ภรรยา กลุ่มพี่น้องๆ กลุ่มตายาย กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มเด็ก เป็นต้น
- 3. บทบาทของสมาชิก (Role selection)** ในแต่ละบ้านจะมีการแบ่งหน้าที่กันไว้ไม่ว่าจะโดยตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจ เช่น ตั้งแต่พ่อตาย แม่ก็ต้องลุกมาทำงานหาเลี้ยงทุกคนในครอบครัว (Breadwinner) ยายต้องมาช่วยเลี้ยงหลานๆ (Nurturer) ป้าคนโตซึ่งเป็นคนที่ทุกคนเคารพ จะเป็นคนเข้ามาช่วยตัดสินใจเวลาที่ครอบครัวต้องเผชิญปัญหาวิกฤตต่างๆ (Problem solver) หลานสาวคนโตเรียนมหาวิทยาลัยแล้วเป็นผู้ใหญ่พอที่จะคอยดูแลคุณยายที่เป็นโรคเรื้อรัง (Caregiver) เป็นต้น
- 4. แพะรับบาป (Noble Symptom Bearer/ Scapegoat)** บางครอบครัวที่มีปัญหาจะเกิดการเลือกบทบาท “ตัวช่วย” ขึ้นมาเป็นที่โยนบาปของคนในครอบครัว เช่นการที่ครอบครัวเกิดวิกฤตแบบนี้เพราะคนนี้เป็นเหตุ เมื่อเกิดเหตุอีกก็โทษคนเดิมอีกทั้งๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นคนที่ยอมรับการลงโทษโดยไม่ไขความผิดของตนเอง เพื่อให้ครอบครัวผ่านพ้นวิกฤตไปชั่วคราว แต่เมื่อต้องเป็นแพะรับบาปอยู่เรื่อยๆ อาจจะทำให้เกิดความเครียดสะสมขึ้นเรื่อยๆ ในตัวแพะนั้น และครอบครัวก็เผลอรู้จักการแก้ปัญหาให้ตรงจุด มีแต่โทษแพะ

5. ลูกที่ต้องมีภาระความรับผิดชอบสูง (Parentified Child) ในบางครอบครัวที่พ่อแม่ทำหน้าที่ไม่ได้สมบูรณ์ ลูกบางคนก็จะลุกขึ้นมารับผิดชอบทำหน้าที่ดูแลปกครองคนในบ้านแทน ซึ่งมักจะทำให้ต้องรับภาระเกินตัว และเกินลำดับอาวุโส

6. สมาชิกที่สนิทสนมกัน (Alliance) ในบ้านมักจะมีคำว่า “ลูกพ่อ” “ลูกแม่” “ลูกยาย” ซึ่งหมายถึงสนิทสนมกับใคร เป็นพวกเดียวกันกับใคร

7. สมาชิกที่รวมหัวกันเป็นอริกับคนอื่นในบ้าน (Coalition) มีการรวมพวกกันแล้วต่อต้านพวกอื่นหรือคนอื่นในบ้าน เช่น จากคำพูดของแม่ว่า “ใช้สิ แกมันลูกพ่อ เห็นดีเห็นงามกันไปหมด จันคนเป็นแม่กลับไม่เคยอยู่ในสายตา ทำอะไรเป็นผิดไปหมด” จากคำพูดดังกล่าว แสดงว่าลูกเป็นพวกเดียวกับพ่อ แต่เป็นคนละพวกกับแม่

กระบวนการภายในบ้าน (Family Process)

ในแต่ละบ้านจะมีกระบวนการที่สมาชิกติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงผูกพันกันไว้หลายรูปแบบบ้านส่วนใหญ่มีการเรียนรู้พัฒนาจนได้ความสัมพันธ์ที่ลงตัว สมาชิกสามารถเติบโตอย่างเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่รักกันช่วยเหลือกันภายในบ้านด้วย แต่มีกระบวนการผูกพันกันของสมาชิกบางบ้านที่มีปัญหา เช่น

1. กลมเกลียวแน่นแฟ้น (Enmeshment) คนในบ้านผูกพันแน่นเหนียว รักกันมาก สนทนากันมากไปไหนไปเป็นหมู่คณะ ทำอะไรทำด้วยกันตลอดเวลา ทุกคนห่วงใยกันและคอยดูแลเรื่องราวต่างๆ ของกันและกันตลอด ทำให้สมาชิกแต่ละคนขาดความเป็นอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง มีอารมณ์ร่วมกันสูง เมื่อคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย จึงพากันวิตกกังวลอย่างมากมาयरากับเจ็บป่วยด้วยกันทั้งบ้าน เข้าใจและรู้สึกแทนกันไปหมดทั้งบ้าน

2. ร้าวรานห่างเหิน (Disengagement) คนในบ้านไม่สนใจซึ่งกันและกันเลย ต่างคนต่างอยู่ ไม่รู้เรื่องราวของกันและกันในรายละเอียดที่ควรจะทราบ ไม่มีอารมณ์ร่วมกัน ไม่เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน

3. ตีว่วกระทบคราดหรือตีลูกชิง (Triangulation) คนในบ้านสื่อสารแบบอ้อมค้อม ไม่พูดกันตรงไปตรงมา แต่กลับใช้วิธีตีว่วกระทบคราด เช่น ต้องการจะต่อว่าคนหนึ่ง แต่ไปบอกผ่านอีกคนหนึ่งก่อน โดยคนกลางไม่ใช่คนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ต้องรับหน้าที่สื่อสารไปมาระหว่างกลาง

4. ดำเนินการตามแบบแผน (Family Patterns) บางบ้านมีกระบวนการที่เป็นขั้นตอนเรียงไปเป็นแบบแผน เช่น ทุกครั้งที่เกิดเหตุนี้ จะเกิดเหตุที่สอง และตามมาด้วยเหตุที่สาม แทนที่บ้านจะมีการเรียนรู้กับปัญหาใหม่ ๆ และแก้ไขด้วยวิธีใหม่ ๆ บ้าง แต่ครอบครัวกลับใช้วิธีเดิม ๆ ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ อยู่ตลอดเวลาซึ่งอาจทำให้ดูเหมือนว่าครอบครัวไม่เติบโต แก้ปัญหาด้วยวิธีเดิม ๆ สื่อสารกันด้วยวิธีเดิม ๆ

กลไกของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา (Family across time)

1. พัฒนาการของครอบครัวหรือวัยของครอบครัว (Family Life Cycle) เมื่อครอบครัวมีสมาชิกที่เติบโตขึ้นตามวัย สภาพปัญหาและสถานการณ์ที่ครอบครัวต้องเผชิญหน้าในแต่ละช่วงเวลาก็จะแตกต่างกัน ทั้งนี้ครอบครัวส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงเวลาลักษณะคล้ายๆกัน จึงจัดพัฒนาการหรือวัยของครอบครัวเป็นช่วงๆ ดังตารางเพื่อให้เห็นความแตกต่างของพัฒนาการครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา กระบวนการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและกลไกภายในครอบครัวตามวัยของครอบครัว เรียกว่า *Family Morphogenesis* ซึ่งเป็นพัฒนาการการเติบโตของครอบครัวหนึ่งๆ ตามปกติ แต่การเติบโตเปลี่ยนระยะนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวของสมาชิกได้ เช่น พ่อแม่เลี้ยงลูกมาจนถึงระยะวัยรุ่นตอนปลาย ลูกเริ่มสอบเข้ามหาวิทยาลัยได้ ทำให้ต้องแยกตัวออกไปอยู่หอพักนอกบ้าน มีชีวิตเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่พ่อแม่ยังทำใจไม่ได้ คอยเป็นห่วงและคอยติดตามเฝ้าระวังเหมือนสมัยลูกยังเรียนระดับมัธยมศึกษา พ่อแม่ทุกข์ด้วยความเป็นห่วง ขณะที่ลูกก็รำคาญเพราะต้องการเป็นผู้ใหญ่ จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนวัยจากครอบครัวที่มีวัยรุ่นตอนกลางมาเป็นครอบครัวที่มีวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งมีความต้องการการเติบโตคนละแบบ หากแพทย์ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจ คลายทุกข์ และปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการปกติได้ ทั้งครอบครัวก็จะมีสุขภาพดีขึ้นโดยรวม

2. ปัญหาในครอบครัวที่ถ่ายทอดสู่รุ่นถัดไป (Family Projection Process) แม้กาลเวลาจะเปลี่ยนไป แต่ปัญหาหรือแบบแผนบางอย่างจะสามารถถ่ายทอดสู่รุ่นถัดๆไป หากติดตามดูแลใกล้ชิดจะสามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า เช่น ผู้ชายในครอบครัวนี้เป็นคนที่ไม่ชอบไปหาหมอเมื่อป่วย ผู้หญิงในครอบครัวนี้มีประวัติตั้งครรถ์ในวัยรุ่น เป็นต้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการมีความเชื่อหรือการเลี้ยงดูด้วยทัศนคติบางอย่างที่ผิดแผกไปจากครอบครัวอื่น

3. การรวมหัวหรือจับพวกกันข้ามรุ่นเพื่อเป็นอริกับคนอื่น (Intergenerational Coalition) บางครอบครัวมีการจับเป็นพวกกันโดยคนต่างวัยเพื่อเป็นอริกับสมาชิกคนอื่นในบ้าน เช่น ขยายสนทิตกับหลานมากและเลี่ยมสอนให้หลานเกลียดแม่ของตนเอง เป็นต้น

แผนภูมิก่อครอบครัว (Family Tree)⁽¹²⁾

มีหลักการง่ายๆสำหรับนักศึกษาแพทย์ ดังนี้

- วาดให้เห็นสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่น เพื่อให้เห็นแบบแผนบางอย่างของครอบครัว
- เริ่มวาดจากตัวผู้ป่วยหลักที่เดินเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ก่อน ด้วยการวงช้อนหรือเขียนลูกศรกำกับไว้ให้ชัดเจน
- การวาดให้เรียงลำดับพี่น้อง และ สามีภรรยา จากซ้ายไปขวา เพื่อทำความเข้าใจได้ง่าย ยกเว้นในกรณีที่มีการจับคู่ของสามีภรรยาหลายคู่หรือหลายครั้ง ให้กำกับด้วยหมายเลขว่าเป็นความสัมพันธ์ครั้งที่เท่าไรของใครๆ หรือปี พ.ศ.ที่มีการแต่งงานหรือหย่าร้างกัน
- จากนั้นวงเส้นรอบสมาชิกครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหลักที่มาใช้บริการกับแพทย์เป็นคนแรก

- ระบุรายละเอียดของสมาชิกแต่ละคนเท่าที่ทราบก่อน ยังไม่จำเป็นต้องวาดให้สมบูรณ์
ในครั้งแรก วาดเท่าที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง รายละเอียดดังกล่าวให้เขียนไว้อย่างย่อ พอเข้าใจได้ เช่น
ชื่อหรือชื่อเล่น อายุ อาชีพ/ชั้นเรียน โรค ความเสี่ยงทางสุขภาพ(เหล้า/บุหรี่/การพนัน/เจ้าชู้)
สาเหตุการตาย อายุที่ตาย เป็นต้น
- ระบุความสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยเส้นลักษณะต่างๆ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการของครอบครัวนั้นๆ
รวมทั้งคาดเดาผลกระทบต่างๆที่เกิดจากแบบแผนความสัมพันธ์ดังกล่าว ให้ใกล้เคียงความจริงที่สุด
หากแต่การแปลผลต้องระมัดระวังว่าภาพความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดจากมุมมองของผู้ป่วยเท่านั้น
สมาชิกอื่นในบ้านอาจให้ความจริงอื่นในมุมมองของตนเอง

ผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time Flow Family Chart)

เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในช่วงเวลาต่างๆและก่อผลกระทบต่อสมาชิกได้
ไม่เท่ากันขึ้นกับวัยของสมาชิกที่เผชิญหน้ากับเหตุการณ์นั้นๆ แพทย์จึงควรทำความเข้าใจกับลำดับเหตุการณ์
สำคัญที่ผ่านมาระบบสมาชิกครอบครัวด้วยการวาด *ผังครอบครัวตามกาลเวลา (Time Flow Family Chart)* ⁽³⁾
เพื่อทำความเข้าใจกับเหตุการณ์สำคัญ เฝ้าระวังความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากผลกระทบของ
เหตุการณ์ดังกล่าว และวางแผนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในระยะยาว

วิธีการวาดผังครอบครัวตามกาลเวลา ให้วาดเส้นตามแนวนอนแล้วเขียนระบุลำดับเหตุการณ์สำคัญ
ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลักที่มารับการรักษาในช่วงเวลาต่างๆ จากนั้นวาดเส้นขนานแสดงลำดับเหตุการณ์สำคัญ
ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนที่สอง โดยให้จุดแสดงเวลาเช่น เดือน หรือ ปี พ.ศ.ที่เกิดเหตุการณ์ตรงกันกับเส้นแสดง
เวลาของผู้ป่วยหลัก และทำเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ กับสมาชิกคนอื่นๆ ของบ้าน

พัฒนาการหรือวัยของครอบครัว (Family Life Cycle)

มีการทำความเข้าใจกับครอบครัวที่เติบโตในช่วงระยะต่างๆว่ามีภารกิจแตกต่างกันไป การแบ่งระยะ
การเติบโตของครอบครัวทั่วไปมักใช้หลักเกณฑ์ที่ว่า การสร้างครอบครัวหรือระบบใหม่เกิดขึ้นเมื่อใดก็นับเป็น
ระยะแรก ดังนั้นการแบ่งระยะพัฒนาการของครอบครัวของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการ
ใช้ชีวิตครอบครัว เช่น ประเทศตะวันตกที่นิยมการออกไปตั้งครอบครัวตั้งแต่เริ่มเข้าวัยรุ่นก็นับระยะแรก
ของวัยครอบครัวที่ระยะแยกตัวออกจากครอบครัวเดิม ในประเทศที่นิยมการออกไปตั้งครอบครัวเมื่อเกิดการแต่งงาน
ก็จะเริ่มนับระยะนี้เป็นระยะแรกของวัยครอบครัว เป็นต้น

นอกจากนี้จำนวนของระยะพัฒนาการครอบครัวจึงไม่เท่ากัน ขึ้นกับสภาพสังคมนั้นมีการแบ่งระยะ
การดำเนินชีวิตครอบครัวมากน้อยหรือชัดเจนเพียงใด บ้างก็แบ่งเป็น 6 ระยะ บ้างก็แบ่งละเอียดลงไปเป็น 8 ระยะ
ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงพัฒนาการหรือวัยของครอบครัวในแต่ละช่วง

วัยของครอบครัว	ภารกิจและพัฒนาการ
ครอบครัวระยะคู่ครองและการแต่งงาน	- สร้างระเบียบกฎเกณฑ์ใหม่ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน - ปรับตัวกับบทบาทใหม่ของแต่ละคนในการใช้ชีวิตคู่ - สร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่ที่แยกตัวเป็นเอกเทศจากครอบครัวเดิมของแต่ละฝ่าย
ครอบครัวระยะเริ่มมีบุตรหรือตั้งครรภ์	- สร้างกฎเกณฑ์สำหรับต้อนรับสมาชิกใหม่ - ปรับบทบาทตนเองใหม่เมื่อมีคนอยู่มากกว่าสองคน - ลงความสัมพันธ์ระหว่างคู่ในขณะที่ยังมีบทบาทใหม่เป็นพ่อแม่
ครอบครัวระยะลูกเล็ก	- เตรียมพื้นที่เป็นสัดส่วนให้กับสมาชิกใหม่ที่เริ่มเติบโต - เตรียมเวลาและสถานที่เป็นสัดส่วนสำหรับชีวิตคู่ขณะที่ลูกเริ่มโต - ปรับตัวและบทบาทระหว่างความสัมพันธ์แบบคู่ครองและความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกเล็กที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด
ครอบครัวระยะลูกวัยรุ่น	- หาเงินและสถานที่เรียนที่เหมาะสมกับครอบครัวหนึ่งๆ - ปรับตัวระหว่างกฎเกณฑ์ของพ่อแม่ที่ปกครองภายในบ้านและกฎเกณฑ์ของครูที่ปกครองในโรงเรียน - สร้างกฎระเบียบใหม่ให้ลูกเริ่มปรับตัวกับสังคมนอกบ้าน - เริ่มสอนงานภายในบ้านให้ลูกเข้ามามีส่วนรับผิดชอบ
ครอบครัวระยะลูกวัยรุ่น	- กำหนดกฎเกณฑ์ใหม่เพื่อปล่อยให้วัยรุ่นได้มีโอกาสดำเนินการของตัวเองทั้งในบ้านและนอกบ้าน - แบ่งพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนและเป็นส่วนตัวให้แก่วัยรุ่นในบ้าน - กำหนดภาระหน้าที่ของวัยรุ่นที่มีต่อสมาชิกภายในบ้าน - เตรียมใจกับการแยกตัวและอารมณ์แปรปรวนของวัยรุ่น
ครอบครัวระยะลูกวัยผู้ใหญ่ตอนต้น	- ลูกแยกตัวออกจากบ้าน (<i>Empty nest phase</i>) รับผิดชอบชีวิตตนเอง มีแฟน มีคู่ครอง และปรับตัวกับชีวิตสังคมภายนอกบ้านตามลำพัง - พ่อแม่ปรับตัวกับการหมดบทบาทที่ต้องเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด - อาชีพการงานของพ่อแม่มั่นคง ประสบความสำเร็จ - พ่อแม่ปรับตัวกับความสัมพันธ์คู่ครองของตนที่มีมายาวนานและอาจห่างเหิน เย็นชา - พ่อแม่เริ่มเข้าสู่วัยเจ็บป่วย ป่วยตายายเริ่มเจ็บป่วยหรือตาย
ครอบครัววัยเกษียณอายุ	- พ่อแม่ปรับตัวกับภาวะไม่มีงานนอกบ้านที่เคยทำมาประจำ - พ่อแม่กลับมาสร้างความสัมพันธ์และปรับตัวอยู่ด้วยกันใหม่ในวัยเริ่มชรา - พ่อแม่ปรับตัวกับสังขารที่เริ่มเจ็บป่วย - พ่อแม่สร้างความสัมพันธ์และปรับบทบาทใหม่กับสะใภ้หรือลูกเขยหลาน
ครอบครัววัยชรา	- ปรับตัวกับการเสื่อมลงของสังขาร ความเจ็บป่วยของตนและคู่ครอง - ปรับตัวกับการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพิงลูกหลานมากขึ้น - ปรับตัวกับการสูญเสียคู่ครอง เพื่อนฝูง และสังคมที่ตนคุ้นเคยมาตลอดชีวิต ปรับตัวให้มีชีวิตอยู่ในยุคสมัยใหม่ได้

ในสังคมที่ครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว(Nuclear family) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวน้อย การแบ่งระยะครอบครัวอาจจัดเจนตามวัยของสมาชิกในครอบครัว แต่ในสังคมที่มีลักษณะของครอบครัวขยายหรือมีจำนวนสมาชิกมาก อาจพบพัฒนาการของครอบครัวหลายระยะในเวลาเดียวกัน เช่น ครอบครัวที่มีบุตร 3 คน อายุ 5 ขวบ 10 ปี และ 18 ปี พ่อแม่ก็กำลังเผชิญหน้าอยู่กับพัฒนาการครอบครัวถึง 3 ระยะ คือ ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก ครอบครัวที่มีเด็กวัยรุ่น และครอบครัวที่มีเด็กวัยรุ่นตอนปลาย เป็นต้น

หน้าที่ของครอบครัว (Family Function)

ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่เป็นองค์ประกอบของสังคม ในหน่วยย่อยนี้มีการทำงานอยู่ตลอดเวลา มีการดูแลควบคุมซึ่งกันและกัน แต่ละครอบครัวจึงทำหน้าที่หลักๆดังนี้

- สืบเผ่าพันธุ์ (Reproduction)
- แสดงออกซึ่งความรัก ความเสน่หาต่อกัน (Sexual expression)
- เป็นหน้าเป็นตาในสังคม (Socialization)
- แบ่งบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน (Status : Role, parents)
- ช่วยกันหารายได้ (Economic cooperation)
- แสดงความเข้าใจเห็นใจกัน (Emotional satisfaction)
- เป็นการควบคุมดูแลกันในหน่วยย่อยของสังคม (Social control)

ปัญหาครอบครัว (Family Stress)

จากเดิมที่แพทย์เคยระบุเพียง “ปัญหาครอบครัว” ทำให้ไม่สามารถเข้าใจได้ว่าเป็นปัญหาอะไร และจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างไร แพทย์จึงควรระบุรายละเอียดของปัญหาสุขภาพครอบครัวนั้น ให้ชัดเจนว่าเป็นปัญหาใดบ้าง เช่น

- ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรอย่างไม่เหมาะสม (Inadequate parenting)
- ปัญหาการทะเลาะเบาะแว้ง (Quarrel & Conflict)
- ปัญหาการแต่งงานหรือการหย่าร้าง (Marriage & Divorce)
- ปัญหาความเจ็บป่วยหรือพิการทุพพลภาพ (Illness & Disability)
- ปัญหาความเศร้าโศกสูญเสียจากการมีสมาชิกครอบครัวใกล้ชิดตาย(Dying & Bereavement)
- ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่ว่าความร่ำรวยหรือยากจน (Rich & Poverty)
- ปัญหาการโยกย้ายถิ่นฐานไปก่อร่างสร้างตัวในสถานที่ใหม่ที่ไม่มีรากเหง้าอยู่ (Uprooting)
- ปัญหาการว่างงาน (Unemployment)
- ปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวัยครอบครัว (Family Morphogenesis)

การประเมินปัญหาสุขภาพครอบครัว (Family Health Assessment)

เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป และเมื่อครอบครัวดำเนินไป ก็จะมีปัญหาต่างๆเกิดขึ้นได้ แพทย์จึงควรรู้หลักการอย่างง่ายในการประเมินสุขภาพของครอบครัวดังนี้

■ **ปัญหาครอบครัว (Stress in Family)** ทั้งที่เป็นปัญหาในอดีตและกำลังเป็นปัญหาในปัจจุบัน รวมทั้งอาจคาดเดาปัญหาในอนาคตของบ้านๆหนึ่งได้ด้วยการวาดแผนภูมิครอบครัว(Family tree) การประเมินวัยของครอบครัว(Family life cycle) และผังครอบครัวตามกาลเวลา(Time Flow Family Chart)

■ **วิธีรับมือกับปัญหาของครอบครัว(Coping)** ครอบครัวมีแบบแผนในการรับมือกับปัญหาต่างๆ อย่างไร

■ **ที่พึ่งพิงหรือที่ปรึกษาของครอบครัว (Resources)** เมื่อครอบครัวมีปัญหาจนเกินแก้ไข ครอบครัวพึ่งพาหรือปรึกษาใคร เขาเหล่านั้นแนะนำอย่างไรบ้าง

■ **ผลกระทบต่อสุขภาพ (Impact on health)** จากปัญหาครอบครัวดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง

หน้าที่แพทย์กับการดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัว

แพทย์มีหน้าที่ช่วยเหลือดูแลปัญหาสุขภาพครอบครัวได้หลายระดับ ตั้งแต่ระดับที่รับฟังปัญหาครอบครัวของผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจแต่ไม่รู้จักช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำอย่างไร (Empathic listening) ระดับที่ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นและต้องการคำปรึกษาเป็นครั้งคราวแบบไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า (Ad Hoc Counseling) ระดับที่ให้ความช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจนผ่านคล่องไปได้ (Working with the family) จนถึงระดับที่เข้าไปทำครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ที่ต้องเข้าไปช่วยฝึกความคิดหรือพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาให้ทั้งครอบครัวใหม่ เช่น พฤติกรรมการสื่อสาร การฝึกคิดเชิงบวก เป็นต้น

แพทย์ทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวจะมีโอกาสได้รับการปรึกษาปัญหาครอบครัวจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ จึงควรฝึกให้มีทักษะและทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือดูแลให้ครอบครัวเข้มแข็งและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยเฝ้าระวังปัญหาครอบครัวที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการต่างๆ หรือแบบแผนต่างๆของครอบครัว เพื่อเตรียมครอบครัวก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้นทักษะดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนให้ครอบครัวแก้ไขปัญหาที่ผ่านเข้ามาด้วยตนเองได้ดีขึ้น (Working with the family)

หนังสืออ้างอิง

1. Starfield B. Primary Care : Balancing health needs, services, and technology. New York : Oxford University Press. 1998.
2. McWhinney IR. Textbook of Family Medicine. 2nd Ed. New York : Oxford University Press. 1997.
3. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 5th Ed. Philadelphia : WB Saunders. 1995 .
4. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
5. Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-5.
6. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136.
7. The College of Family Physicians of Canada. Four Principles of Family Medicine. www.cfpc.ca (Accessed 20th February 2007)
8. WHO. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.
9. Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, and Freeman TR. Patient - Centered Medicine : Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA : SAGE Publishing. 1995.
10. Christie-Seely(Ed). Working with the Family in Primary Care : A System approach to health and illness. Westport, Connecticut : Praeger. 1984.
11. McDaniel SH, Cambell TL, Hepworth J, and Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. 2nd Ed. New York : Springer. 2005. p. 1 – 53.
12. McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. Genograms : Assessment and intervention. 2nd Ed. New York : WW Norton. 1999.