

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ตำรา รายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว
 - 1.1 ความหมายของครอบครัว
 - 1.2 ประเภทครอบครัว
 - 1.3 ลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบัน
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัว
 - 2.2 คุณลักษณะของครอบครัวเข้มแข็ง
 - 2.3 แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว
 - 2.4 เกณฑ์ในการการวินิจฉัยความเข้มแข็งของครอบครัว
3. เอกสารเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 3.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 3.2 ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.3 สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศไทย
 - 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลให้การเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น
 - 3.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม
 - 3.6 กระบวนการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.7 โรคเบาหวาน
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาคู่สมรส
 - 4.1 ความหมายการให้คำปรึกษาคู่สมรสและความสำคัญ
 - 4.2 การให้คำปรึกษาคู่สมรสตามทฤษฎีระบบครอบครัว
 - 4.3 การให้คำปรึกษาคู่สมรสแบบกลุ่ม
 - 4.4 โปรแกรมการให้คำปรึกษาคู่สมรสแบบกลุ่มตามทฤษฎีระบบ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัวและผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

Burgess and Locke (n.d. อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2535, หน้า 65 - 66) ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่าต้องมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน โดยการแต่งงานหรือมีความผูกพันทางสายโลหิต หรือการมีบุตรบุญธรรม การแต่งงานจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามีกับภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความผูกพันระหว่าง บิดามารดาและบุตร รวมทั้งบุตรบุญธรรมด้วย

2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้เหล่านี้อยู่ร่วมกันภายในครอบครัวเดียวกันหรือบางครั้งแยกไปอยู่ต่างหาก ในอดีตครอบครัวจะมีสมาชิก 3 - 5 ชั่วอายุคน แต่ในปัจจุบันนี้ครอบครัวจะมีขนาดเล็กลง อาจประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตรหนึ่งหรือสองสามคน หรือไม่มีเลย

3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อ ได้ตอบระหว่างบุคคล เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา บุตร พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะมีปฏิริยาตอบโต้กัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกันรวมทั้งมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

4. ครอบครัวต้องทำหน้าที่ถ่ายทอดและสืบต่อวัฒนธรรม โดยที่สมาชิกในครอบครัวจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติหน้าที่ต่อกัน เช่น ระหว่างสามีภรรยาและบุตร

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ (2540) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

Henslin (1997 อ้างถึงใน ชูษณะ รุ่งปัจฉิม, 2545, หน้า 64) ให้คำนิยามว่า ครอบครัวคือกลุ่มคนที่ประกอบด้วย คนสองคนหรือมากกว่า โดยคนเหล่านั้นอาจมีความสัมพันธ์กันโดยสายโลหิต โดยการสมรสหรือโดยการรับเลี้ยงเข้ามาอยู่ด้วยกัน

สรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่า ที่มีความผูกพันทางสายโลหิต การสมรส หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความผูกพันและสัมพันธ์กันในการพึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยความผูกพันดังกล่าวเป็นความรักความผูกพันที่ปราศจากเงื่อนไข ให้ความสำคัญซึ่งกันและกันเป็นอันดับแรก เป็นที่ยอมรับของสังคม ถูกต้องทั้งทางสังคมและทางศีลธรรม

ประเภทของครอบครัว

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2545, หน้า 3 - 4) ได้แบ่งรูปแบบของครอบครัวที่พบได้บ่อย ดังนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) หมายถึง พ่อ แม่ และลูก ๆ อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยไม่มีญาติคนอื่น ๆ อยู่ด้วย
2. คู่สมรสที่ไม่มีลูก (Childless Couple) หมายถึง คู่สามีภรรยาที่อยู่บ้านเดียวกัน และไม่มีลูก
3. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (Single - Parent Family) หมายถึง พ่อหรือแม่เพียงคนเดียวที่อยู่กับลูก และเลี้ยงดูลูก ในกรณีนี้พ่อแม่มักจะแยกทางกัน หย่าจากกัน หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียชีวิต เช่น แม่เลี้ยงดูลูกสาว 2 คน โดยไม่มีพ่ออยู่ด้วย ส่วนพ่อแยกไปแต่งงานใหม่ มีครอบครัวใหม่
4. ครอบครัวที่มีลูกบุญธรรม (Adoptive Family) หมายถึง พ่อแม่ที่รับลูกบุญธรรมมาเลี้ยงดูเป็นลูกของตนเอง
5. ครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึง พ่อ แม่ และ ลูกอยู่รวมบ้านเดียวกันกับญาติคนอื่น ๆ ซึ่งมักจะเป็นปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น้าอา
6. ครอบครัวที่พ่อแม่มีการแต่งงานใหม่หรือครอบครัวที่มีพ่อเลี้ยงแม่เลี้ยง (Reconstituted or Remarriage Family or Stepfamilies) หมายถึง ครอบครัวที่พ่อและ/หรือแม่เคยผ่านการแต่งงานหรือเคยมีครอบครัวมาก่อน ได้แก่ พ่อที่หย่าจากภรรยาคนแรกแล้วมาแต่งงานกับภรรยาคนที่ 2 และอาจมีลูกติดมาด้วย ก็จะเป็นพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง หรือพ่อใหม่ แม่ใหม่ และมีความเป็นพี่น้องต่างบิดาหรือต่างมารดา

Murdock (1971, pp. 3 - 4, อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2536, หน้า 36 - 37) ได้แบ่งครอบครัวออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตร (บุตรอาจเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้) เป็นครอบครัวที่มีความสำคัญอย่างใกล้ชิดที่สุด ครอบครัวลักษณะนี้มีแนวโน้มจะมีมากขึ้นเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจเพราะการมีครอบครัวใหญ่เป็นการสิ้นเปลือง โดยเฉพาะสภาพสังคมปัจจุบันที่มีค่าครองชีพสูงขึ้น ลูกหลานที่แต่งงานแล้วจึงมักจะแยกออกไปตั้งครอบครัวใหม่ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความอิสระ แต่ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจจะทำให้เกิดความว้าเหว่ และขาดความอบอุ่นได้
2. ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย บุคคลสามรุ่นวัยอาศัยรวมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย บิดามารดา และบุตร ครอบครัวดังกล่าวจะมีความรักและความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระ เพราะสมาชิกอาวุโสสูงสุดจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เช่น

อาจจะเป็นคุณปู่ คุณตา ก็ได้ ทำหน้าที่ดูแลควบคุมความทุกข์สุข ของสมาชิกในครอบครัวเป็นระบบที่ญาติพี่น้องมีความรักใคร่ผูกพันกันมาก ครอบครัวนี้จะพบมากในสังคมเกษตรกรรมในปัจจุบัน ครอบครัวประเภทนี้มีแนวโน้มจะลดลง

3. ครอบครัวหลายภรรยา หรือ สามี (Polygamous Family) เป็นครอบครัวหลายภรรยา คือ สามีนึงคนมีภรรยาหลายคน บุตรจากทุกภรรยามีบิดาร่วมกัน ภรรยาคนหนึ่ง ๆ อาจแยกครัวเรือนอยู่ต่างหาก มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวหลายครอบครัวอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ครอบครัวไทยโบราณในสมัย 60 - 70 ปี ที่แล้วมีแบบนี้มาก แต่หลังจากตุลาคม พ.ศ. 2478 กฎหมายอนุญาตให้ชายมีภรรยาได้คนเดียว ภรรยาที่ไม่ได้จดทะเบียนจึงมีฐานะเป็นนางบำเรอ พวกอิสลามหรือนอเล็มยังอนุญาตให้ชายไทยคนหนึ่งมีภรรยาได้หลายคน ส่วนภรรยาคนเดียวมีสามีได้หลายคนโดยไม่เลิกรากับคนแรกมีอยู่น้อยในสังคม แต่ยังมีอยู่ในชิบะ

สรุปได้ว่า ครอบครัวแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

ประเภทที่ 1 ครอบครัวเดี่ยวซึ่งประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร เป็นครอบครัวที่มีความอิสระมีความใกล้ชิดผูกพันกันแต่มีความห่างเหินจากครอบครัวเดิม พบเพิ่มขึ้นในสังคมปัจจุบัน

ประเภทที่ 2 ครอบครัวขยายประกอบไปด้วยปู่ย่า ตายาย พ่อแม่และบุตรอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ มีความใกล้ชิดผูกพันกันแต่สมาชิกขาดความเป็นอิสระ พบในสังคมเกษตรกรรมปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง

ลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบัน

ลักษณะของครอบครัวไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2545) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวไทย ไว้ดังนี้

1. โครงสร้างของครอบครัว
2. รูปแบบของครอบครัว
3. ระบบความสัมพันธ์
4. บทบาทและความสำคัญของครอบครัว
1. โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวไทยเมื่อ 30 ปีที่ผ่านมาเป็นลักษณะครอบครัวขนาดใหญ่ แต่ละครอบครัวมีบุตรหลายจำนวนมาก แต่จำนวนครัวเรือนน้อย เมื่อได้มีการวางแผนครอบครัวเข้ามาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว คือ อัตราการเพิ่มของประชากรลดลง มีการเคลื่อนย้ายออกของสมาชิกครอบครัวส่งผลให้ขนาดของครัวเรือนเล็กลง แต่จำนวนครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเป็นครัวเรือนเดี่ยวในเขตเมือง

2. รูปแบบของครอบครัว

รูปแบบของครอบครัวไทยเดิมที่เป็นครอบครัวขยายเนื่องจากการประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม มีครอบครัวเป็นหน่วยผลิตที่สำคัญ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจมุ่งสู่อุตสาหกรรมที่มีแหล่งผลิตเฉพาะ ทำให้ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร เนื่องจากสามารถเคลื่อนย้ายไปตามแหล่งผลิตได้ง่าย หนุ่มสาวแต่งงานใหม่ก็จะแยกครอบครัวไปอยู่ตามลำพังมากขึ้น ความสัมพันธ์ของพ่อ แม่ ลูก หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย ลดน้อยลง

3. ระบบความสัมพันธ์

เดิมครอบครัวไทยมีระบบความสัมพันธ์แบบอัตราบิดา โดยสามีมีอำนาจบทบาทภายในบ้าน แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์เปลี่ยนไปสถานภาพของสตรีที่ดีขึ้นกว่าในอดีต สตรีมีการศึกษาสูง รู้สึกมีอิสรภาพแลพึ่งตนเองได้มากขึ้น ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาจึงเป็นแบบเพื่อนกัน ภรรยามีโอกาสร่วมตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบประชาธิปไตยมากขึ้น

4. บทบาทและความสำคัญของครอบครัว

ในอดีตครอบครัวมีหน้าที่เป็นหน่วยเศรษฐกิจ การสมรสเน้นความเหมาะสมทางด้านเศรษฐกิจมากกว่าความรักแบบหนุ่มสาว การมีลูกเพื่อให้ได้แรงงานมาช่วยในการผลิต แต่ในปัจจุบันวิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป การสร้างครอบครัวและการมีลูกก็ไม่ใช่เพื่อเหตุผลทางเศรษฐกิจอีกต่อไป อีกทั้งความเจริญทางการแพทย์ส่งผลให้อัตราตายของทารกลดลงในปัจจุบัน มีความสามารถทำให้ครอบครัวไม่ต้องมีลูกมาก คู่สมรสจึงมีเวลาและพลังงานที่จะพัฒนาตนเอง และสมาชิกแต่ละคนให้ก้าวไปสู่ศักยภาพสูงสุด การเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่มากเกินไปนี้ ทำให้มีการมองข้ามความสัมพันธ์ในครอบครัว เทคโนโลยีการสื่อสารที่ก้าวหน้าทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์ในวงกว้างมากขึ้นจนอาจทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความเข้มข้นลดน้อยลง เสถียรภาพของครอบครัวสั่นคลอนและการอุทิศตนให้กับครอบครัวก็ลดน้อยลงดังจะเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างและจำนวนเด็กเร่ร่อนที่เพิ่มขึ้นทุกวัน นอกจากนี้หากพิจารณาครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันสังคมก็พบว่า บทบาทหน้าที่ในส่วนนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญของครอบครัวลดลงจากเดิมมาก ทั้งในแง่ของความสำคัญต่อสังคมในการผลิตสมาชิกใหม่ การตอบสนองต่อการดำรงอยู่ของสังคม กล่าวคือ เดิมครอบครัวเป็นศูนย์รวมของการอบรมเลี้ยงดูและถ่ายทอดวัฒนธรรมแก่สมาชิกครอบครัว ปัจจุบันเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งมีการบริการทางสังคมเสริมขึ้นในหลายด้านเช่น การศึกษา อนามัย เป็นต้น ทำให้ครอบครัวผลักระบบการรับผิดชอบให้แก่บริการสังคมเหล่านั้น ความสับสนในหน้าที่และบทบาทของครอบครัวจึงเกิดขึ้น การขาดความเข้าใจในการดำเนินชีวิตครอบครัว โดยเฉพาะ

การยึดติดค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับการทำมาหากินหรือการหาเงิน และให้ความสำคัญด้านวัตถุและความร่ำรวยมากกว่าความร่มเย็นเป็นสุข และคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว แต่ละครอบครัวต่างดิ้นรนเอาตัวรอด ขาดความสัมพันธ์กับชุมชนและสังคมภายนอก ทำให้ขาดพลังร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาระดับหมู่บ้านและชุมชน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2541 อ้างถึงใน ชุมนะ รุ่งปัจฉิม, 2545, หน้า 183)

เห็นได้ว่า สภาพครอบครัวไทยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกลดลง เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมและเศรษฐกิจตามกระแสสังคมโลก เกิดความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว ไม่สามารถบริหารจัดการเมื่อเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพ การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เปลี่ยนไปส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรควิถีชีวิตเพิ่มขึ้น สร้างความเครียดและความวิตกกังวลให้แก่ครอบครัว อีกทั้งในปัจจุบันครอบครัวไทยยังผลักดันภาระเหล่านี้ให้แก่แหล่งบริการทางสังคมเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ขาดศักยภาพในการดูแลตนเอง ขาดการสร้างเสริมสุขภาพ สภาพปัญหาดังกล่าวจึงเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยพลังความเข้มแข็งของครอบครัวให้พร้อมเผชิญอุปสรรคที่เข้ามากระทบ ตลอดจนการดำเนินของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง

การสร้าง ความเข้มแข็งในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ครอบครัวเกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้สถานะของการเจ็บป่วยดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตต่อไป

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของครอบครัว

ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัว

นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวได้ให้แนวคิดหลายประการดังนี้ ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวนั้นมีความแข็งแรงสามารถรักษาความเป็นครอบครัวเอาไว้ได้ (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2545, หน้า 42 - 45)

ครอบครัวที่เข้มแข็ง หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกแต่ละคนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี มีความสามารถที่จะดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและมีความสุข ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ สามารถเผชิญอุปสรรคและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรพล พยอมเข้ม, 2548)

ความเข้มแข็งของครอบครัวหมายถึง การที่ครอบครัวให้ความช่วยเหลือ มีการสนับสนุนในครอบครัวช่วยเหลือให้สมาชิกมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุธิสา เต็มทรัพย์, สุดศิริ หิรัญชุนหะ และอังศุมา อภิชาติ, 2548)

ครอบครัวเข้มแข็งหมายถึง ครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพดี หัวใจของการเป็นครอบครัวที่เข้มแข็งคือ การสื่อสารในครอบครัว การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน การมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจที่สมบูรณ์ และการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ เห็นคุณค่าต่อกัน (Tabor, 2006)

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย (ม.ป.ป., หน้า 8 - 10) กล่าวถึงความเข้มแข็งของครอบครัว อาจพิจารณาได้จากบทบาทภารกิจที่สำคัญของสถาบันครอบครัว 3 มิติ คือ ทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และด้านการเมืองการปกครองเช่นเดียวกับระบอบใหญ่ของประเทศ ดังนี้

1. ด้านสังคมและวัฒนธรรม ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานเก่าแก่ที่สุด ทำหน้าที่หล่อหลอมความเป็นมนุษย์ ด้วยการเลี้ยงดูอบรม ให้การศึกษาแก่เด็ก ให้พัฒนาการรอบด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพที่เหมาะสมตามวัย บทบาทสำคัญในฐานะเป็นสถาบันสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การส่งมอบมรดกแก่ลูกให้มีความรู้เชิงสังคม ให้เติบโตเป็นคนดีมีคุณธรรม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น มีจิตใจเอื้ออาทร มีจิตสำนึกต่อสังคมส่วนรวม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีสันติสุข ทั้งนี้การทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่และสมาชิกผู้ใหญ่ในครอบครัว รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ จะเป็นการเรียนรู้ที่ดีสำหรับเด็ก และอาจกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สามารถถ่ายทอดวัฒนธรรม อันหมายถึงชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนระบบวิถีคิด และการให้คุณค่าสรรพสิ่งประชากรที่มีคุณภาพ คุณธรรม วัฒนธรรม หรือวิถีชีวิตความเป็นอยู่ดังกล่าวย่อมเป็นพื้นฐานการสร้างสังคมที่น่าอยู่ต่อไปได้

2. ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสมาชิกครอบครัวก็ต่างเป็นผู้ผลิตและผู้บริโภค

- 2.1 ในฐานะผู้ผลิต ถ้าได้ผ่านการขัดเกลาจากครอบครัว บ่มนิสัยรักการทำงาน มีความรับผิดชอบและซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ มีวินัยในตนเองก็จะเป็นผู้ผลิตในเชิงเศรษฐกิจที่มีคุณภาพ

- 2.2 ในฐานะผู้บริโภค ถ้าได้รับการอบรมขัดเกลาให้เป็นผู้บริโภคที่มีคุณภาพรู้เท่าทันเลือกสรรบริโภคอย่างมีประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นสินค้า บริการ หรือสื่อมวลชนก็ตาม รู้จักจ่ายอย่างมีเหตุผล อย่างรู้จักพอ อย่างมีภูมิคุ้มกัน

ซึ่งการที่ประชากรของสังคมได้รับการเพาะบ่มให้เป็นผู้ผลิตและบริโภคที่มีคุณภาพดังกล่าวย่อมเป็นพื้นฐาน เป็นพลังในการสร้างเศรษฐกิจส่วนรวมต่อไป

3. ด้านการเมืองการปกครอง ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่บ่มเพาะทักษะทางการเมืองให้เกิดขึ้นในครอบครัวได้ ซึ่งหมายถึงการอยู่ร่วมกันอย่างมีกติกา การมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว มีความเอื้ออาทรต่อกัน ตัดสินใจร่วมกัน แม้แต่เด็กก็ต้องได้รับโอกาส

ที่จะเรียนรู้การดำรงชีวิตอย่างมีความรับผิดชอบในครอบครัว ทั้งนี้โดยการพัฒนาไปตามวัยที่เหมาะสม รู้จักรับฟังและสื่อสารเจรจาประนีประนอมกันด้วยความรัก ความเข้าใจและเหตุผล เคารพในสิทธิของกันและกันมีการรู้จักให้อภัย ซึ่งเป็นทักษะของการเมืองการปกครองในครอบครัวอันจะเป็นพื้นฐานของวิถีชีวิตในครอบครัวประชาธิปไตยต่อไปอย่างดี

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข อันประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่

1. มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. มีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท
3. มีการแสดงออกถึงความรักความผูกพันต่อกัน

คุณลักษณะของครอบครัวเข้มแข็ง

Nick (n.d. อ้างถึงใน โสภฯ ชปิลมันน์, สมบัติ สุพนัดชัย และประกายรัตน์ สุภูมาลชาติ, 2534, หน้า 25) กล่าวว่าลักษณะของครอบครัวที่มีความเข้มแข็ง ควรมีองค์ประกอบดังนี้

1. การชื่นชมคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว การตระหนักในคุณค่าซึ่งกันและกัน
ในครอบครัวควรจะได้มีการแสดงออกอย่างชัดเจน พ่อเห็นคุณค่าของแม่และของลูก แสดงความชื่นชมพอใจในตัวแม่และลูก ขณะเดียวกันลูกก็แสดงความรู้สึกที่ดีต่อพ่อแม่เช่นกัน การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัวจะเป็นรากฐานสำคัญของความอบอุ่นและความมั่นคงในครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้น ยังเป็นการหล่อหลอมสมาชิกของสังคมให้มีทัศนคติมองสังคมในแง่ดีด้วย
2. การมีเวลาอยู่ร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวที่มีคุณภาพจะมีเวลาร่วมกันในการแบ่งปันความรู้สึกที่ดีร่วมกันในกิจกรรมที่จัดขึ้น และเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพอใจจะร่วมกันมิใช่เพราะการบังคับ เช่น การรับประทานอาหารโดยพร้อมหน้ากัน การสนุกสนานรื่นเริงร่วมกันทัศนารออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น
3. การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกันในเชิงลักษณะของการส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความสุขและสวัสดิภาพที่ดี เป็นการห่วงใยกันและกันอย่างแท้จริงชีวิตปัจจุบันมักไม่มีเวลาวางทุกคนดูวนวายกับการทำงานหรือการเรียนของแต่ละคน ครอบครัวที่มีคุณภาพที่เราพบก็จะประสบปัญหานี้ด้วย แต่ถ้าทุกคนในครอบครัวเหล่านี้จะมานั่งลงพร้อมหน้ากันและเล่าให้กันทั้งครอบครัวฟังว่ากิจกรรมที่วนวายของแต่ละคนนั้นมีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไรบ้าง ด้วยวิธีนี้แสดงให้เห็นว่าโดยแท้จริงแล้ว เวลาไม่ได้เป็นอุปสรรคของการห่วงใย สวัสดิภาพของกันและกันในครอบครัว

4. มีการติดต่อสื่อสารกันเป็นอย่างดี ควรมีการพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างเปิดเผย จริงใจ มีความไว้วางใจต่อกัน และเรื่องที่จะละเว้นการกล่าวถึงไม่ได้ก็คือ ครอบครัวทุกครอบครัวย่อมมีเรื่องขัดแย้งทะเลาะกัน ครอบครัวที่มีคุณภาพก็เช่นกัน แต่สำหรับครอบครัวเหล่านี้ คนในครอบครัวจะนำความขัดแย้งออกมาพูดกัน ไม่ปกปิดไม่เก็บไว้ในใจ แต่พยายามที่จะร่วมรับความรู้สึกของกันและกัน และพยายามหาทางเลือก ทางแก้ไขที่จะดีที่สุดสำหรับทุกคน เราอาจเรียกวิธีการนี้ว่า ใช้ความขัดแย้งไปในทางสร้างสรรค์

5. การมีศรัทธาต่อศาสนา ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดคนในครอบครัวจะมีความศรัทธาต่อศาสนานั้นในระดับสูง มักจะมีกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน เช่น ไปเข้าโบสถ์ทุกวันอาทิตย์พร้อมกัน หรือเข้าวัดฟังพระเทศน์ร่วมกัน ในหลายครอบครัวที่พบอาจมีส่วนจัดตั้งองค์กรทางศาสนา เช่น สร้างวัด หรือ เป็นธุระให้กับกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น การที่คนในครอบครัวมี ศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้มีสติ มีความอดทนต่อกัน มีการให้อภัยต่อผู้อื่นสูง ระวังความโกรธได้เร็ว และรู้จักที่จะช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมซึ่งเป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม

6. การมีความสามารถจัดการกับวิกฤติการณ์ในครอบครัวได้อย่างดี คุณสมบัติข้อนี้จะเป็นการสกัดกั้น และป้องกันปัญหาสังคมได้เป็นอย่างดี คนในครอบครัวจะร่วมกันต่อสู้ปัญหาแทนที่จะหนีถอยหรือแตกแยกไปคนละทิศละทาง พวกเขาจะให้อภัยซึ่งกันและกัน และร่วมกันคลี่คลายปัญหาได้ในที่สุด

Goddard (1999 อ้างถึงใน นันทฎกานต์ จิตต์สงวน, 2546, หน้า 56 - 58) ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับเรื่องคุณสมบัติที่ครอบครัวเข้มแข็งควรมีไว้ว่า

1. สมาชิกของครอบครัวควรดูแลเอาใจใส่กันและกัน และรู้จักชื่นชมยินดีต่อกันและกัน (Caring and Appreciation) ความเข้มแข็งของครอบครัวควรประกอบด้วยบรรยากาศของความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในหมู่สมาชิกในครอบครัว มีการให้อภัยเมื่อสมาชิกคนใดได้ทำผิดพลาดไป การรู้จักขอโทษ สำนึกความผิด การแบ่งปัน การช่วยเหลือ มีเจตคติและทัศนคติต่อกันและกันในแง่บวก และที่สำคัญไปกว่านั้นคือ การใช้เวลาอย่างมีคุณภาพต่อสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน การพูดคุยด้วยการสื่อสารที่ดี สมาชิกวัยเด็กย่อมต้องการเวลาจากบิดามารดา ต้องการมีสิ่งสุนทรีย์และนันทนาการร่วมกันกับบิดามารดา และต้องการให้บิดามารดาปฏิบัติต่อเขาด้วยความรักและเมตตากรุณา และบิดามารดาและสมาชิกผู้สูงวัยย่อมต้องการความสนใจ การเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในวัยเยาว์เช่นกัน

2. สมาชิกของครอบครัวควรมีสัจจะที่ดีเป็นเครื่องผูกพันต่อกัน (Commitment) ครอบครัวเข้มแข็งย่อมรักษาสัจจะคือความจริงใจไม่โกหกหลอกลวง มีความซื่อสัตย์ มั่นคง เป็นการสร้างความไว้วางใจระหว่างสมาชิกของครอบครัว (ซึ่งความไว้วางใจ ย่อมมีเหตุผลและ

ผลกระทบต่อความรู้สึกจริงใจ ความหวัง จินตนาการ ความรัก ความเจริญก้าวหน้าในชีวิต เมื่อความไว้วางใจระหว่างสมาชิกของครอบครัวถูกทำลายย่อมเกิดความทุกข์ ความซึมเศร้าและความปรารถนาหรือความต้องการทางด้านอื่น ๆ ในทางลบ) และรักษาสิ่งที่ดีงามของครอบครัวไว้ เช่น สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การเรียนรู้ที่จะรักษานขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา หรือแม้แต่ข้อปฏิบัติที่ดีและปฏิบัติต่อกันเป็นประจำในครอบครัว การศึกษาประวัติของตระกูล ประวัติศาสตร์ของชุมชนของตนนับเป็นหนทางหนึ่งที่สามารถธรรโลงความรักความอบอุ่น สร้างความใกล้ชิดให้สมาชิกของครอบครัวเกิดความผูกพัน ภาคภูมิใจและมีความปลอดภัยและมั่นคงทางจิตใจได้

3. สมาชิกในครอบครัวควรมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน (Communication) ครอบครัวที่เข้มแข็งย่อมมีวิธีการสื่อสารถ่ายทอดความผูกพันความรู้สึกที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน และกับสังคมภายนอก การรู้จักเอาใจใส่ การให้คำแนะนำ และยินดีเป็นที่ปรึกษา เมื่อสมาชิกเผชิญปัญหากับการตัดสินใจ และมีแนวทางสันติที่จะจัดการกับปัญหา

4. สมาชิกของครอบครัวควรมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและกันและแผ่ขยายสู่ชุมชน (Community and Family Ties) ครอบครัวเข้มแข็งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและกันในหมู่สมาชิกรวมถึงญาติพี่น้องของครอบครัวเดิม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน สังคมอื่น ๆ และรู้จักแสดงความใกล้ชิดกับสังคมที่เกี่ยวข้องในแนวทางที่เหมาะสม สัมพันธภาพที่ดีดังกล่าวจะเห็นผลชัดเจนยามเมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา ซึ่งอาจต้องขอรับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถสามารถยืนหยัดต่อไปได้ โดยไม่ล่มสลายโดยง่ายอันอาจส่งผลกระทบถึงสมาชิกวัยเด็กของครอบครัว

5. สมาชิกของครอบครัวควรรู้จักแบ่งเวลาให้กันและกัน (Time Together) การมีกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เป็นความผูกพันทางจิตใจให้เกิดพลังที่เข้มแข็งแม้ว่า บิดามารดาจะเป็นผู้นำครอบครัวที่สำคัญแต่สมาชิกวัยเด็กก็ควรได้รับการยอมรับได้รับความเมตตาจากบิดามารดาในการอบรมสั่งสอนให้เป็นคนดีมีเหตุผล จากการศึกษาพบว่าครอบครัวเข้มแข็งจะประกอบด้วยสมาชิกที่มีการพบปะพูดคุย เสริมสร้างนันทนาการหรือกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลต่อการเสริมสร้างเจตคติ ทักษะ การตัดสินใจอย่างถูกต้องของสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการให้โอกาสแก่สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ได้แสดงออกและมีข้อตกลงที่ดีร่วมกันอันจะเป็นแบบอย่างการมีประชาธิปไตยในครอบครัวต่อไป

6. สมาชิกของครอบครัวรู้จักการ โอนอ่อนผ่อนปรน และพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต (Flexibility and Openness to Change) แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัวไม่เหมือนกันอันเนื่องจากภูมิหลังของบิดามารดาบุคลิกภาพและความคิด

เจตคติที่ได้รับการอบรมมาจากครอบครัวแตกต่างกัน แต่ทุกครอบครัวไม่อาจหลีกเลี่ยงภาวะที่จะต้องมีการตัดสินใจ ปัจจัยที่ช่วยในการตัดสินใจและเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนวัฏจักรชีวิตครอบครัวได้นั้นจะต้องเป็นกฎเกณฑ์หรือข้อตกลงที่สมาชิกร่วมกันปฏิบัติ ดังนั้นกฎเกณฑ์ของครอบครัวที่สร้างขึ้นไว้จึงต้องมีความเป็นระเบียบและความเข้มงวด และต้องสามารถยืดหยุ่นได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อบรรลุเป้าหมาย อันเป็นผลดีต่อครอบครัวจึงนับว่าเป็นภาระที่ครอบครัวเข้มแข็งจำเป็นต้องมีทางเลือกในการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้รักษาความเป็นเอกภาพของครอบครัวไว้ได้โดยเฉพาะยามเผชิญปัญหาหรือวิกฤติการณ์และความเครียด

ปภาดา ชีโนภาษ (2551) ได้ให้คุณลักษณะของการสร้างครอบครัวที่เข้มแข็งดังนี้

1. การมีสายสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว เพื่อสร้างความรักความอบอุ่นและความเข้าใจภายในครอบครัว
2. การวิถีการดำเนินชีวิตที่ดี เพื่อจะได้มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง
3. การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาคือไม่ใช่เป็นการก่อปัญหาเสียเอง

สรุปได้ว่าคุณลักษณะของครอบครัวที่เข้มแข็งควรประกอบด้วย การมีความรัก ความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สร้างเสริมฐานะที่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นแบบอย่างที่ดีของสังคมและยึดมั่นในสิ่งดีงามของสังคมไทย

แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว

คณะอนุกรรมการส่งเสริมวิถีชีวิตครอบครัวและชุมชน สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2537, หน้า 95 – 96) ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ 7 ประการ ดังนี้

1. ควรสร้างความพร้อมทั้งด้านร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ อายุ และระดับความรู้ เพียงพอที่จะประกอบอาชีพ มีวุฒิภาวะ มีความรู้ในการเลี้ยงดูอบรมเด็กให้มีพัฒนาการรอบด้านเหมาะสมตามวัย ถ้าไม่พร้อมอย่าแต่งงาน ถ้าแต่งงานแล้วไม่พร้อมก็อย่าเพิ่งมีลูกมีความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกันในความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย และจิตวิญญาณ ให้มีดวงใจที่หลอมเป็นดวงเดียวกันภายในครอบครัว
2. ต้องมีมารยาท 4 หรือธรรมะของผู้ครองเรือน คือ
 - 2.1 สัจจะ ต้องซื่อสัตย์ ไม่นอกใจ เพื่อป้องกันการแตกแยกร้างฉาน
 - 2.2 ทมะ บังคับตนให้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ของตนและปรับปรุงตนอยู่เสมอ
 - 2.3 ขันติ อคทน อคกล้น
 - 2.4 จาคะ มีใจเอื้ออาทรให้อภัยต่อกัน

3. ต้องใช้เวลาอย่างมีคุณภาพ มีกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจและความผูกพันระหว่างกัน อันเป็นวิถีทางที่จะเรียนรู้ศักยภาพ ความสนใจ ความคิด ตลอดจนจุดอ่อนของแต่ละคน ที่จะช่วยเสริมสร้างหรือแก้ไขให้เหมาะสมต่อไปได้ อีกทั้งต้องชื่นชมความสามารถของกันและกัน

4. ต้องสื่อสารกันด้วยเหตุผล ร่วมกันแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ แม้เด็กก็ต้องหัดให้มีส่วนร่วมโดยดูให้เหมาะสมตามวัย ต้องเคารพในเหตุผลของกันและกัน

5. ต้องปรับบทบาทผู้นำ ผู้ตามระหว่างชายหญิง ให้เป็นเพื่อนคู่คิดร่วมตัดสินใจ เพื่อให้โอกาสสตรีที่จะมีส่วนร่วม มีความรู้ มีทักษะ มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มพลังสตรีให้สามารถเพิ่มพลังครอบครัว โดยส่วนรวมได้ยิ่งขึ้น

6. ต้องปรับบทบาทค่านิยมต่าง ๆ โดยเฉพาะในการเลี้ยงดูอบรมเด็ก เช่น ให้ความสำคัญแก่บทบาทพ่อเพิ่มมากขึ้น การเลิกความคิดว่าครอบครัวที่จะมีความสุขได้นั้น ต้องมีฐานะมั่งคั่ง ร่ำรวย การสร้างภูมิคุ้มกันตลอดจนทักษะผู้บริโภครวมถึงคุณภาพเพื่อมิให้หลงใหลไปกับกระแสบริโภคนิยมเงินนิยม การเลิกค่านิยมและพฤติกรรมที่มีอคติทางเพศเพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อเด็ก นอกจากนั้นการพัฒนาครอบครัวให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ รัฐต้องส่งเสริมในเรื่องการให้การศึกษา เศรษฐกิจ สุขภาพอนามัย สังคม และการเมือง ฯลฯ ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของสังคมปัจจุบัน เพิ่มขีดความสามารถขององค์กรในระดับชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการวางแผน เพื่อดูแลเสริมขีดความสามารถของพลังครอบครัวและชุมชน

เดือนเพ็ญ ศังขะฤกษ์ (2537, หน้า 81 - 83) ได้เสนอแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในครอบครัว ดังนี้

1. ควรมีการให้ความรู้แก่พ่อแม่สมาชิกในครอบครัว และชุมชนในเรื่องครอบครัวศึกษา เน้นในการศึกษาเพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ที่ดี เน้นบทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา บทบาทของพ่อแม่สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ความต้องการพื้นฐานของเด็ก พัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย และการเสริมสร้างทักษะต่าง ๆ ให้กับเด็กให้เหมาะสมตามวัย

2. ควรมีการแนะนำและการให้คำปรึกษาครอบครัว อาทิในเรื่องปัญหาครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันและหยุดยั้งปัญหา การปรับตัว และสุขภาพจิตของครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว และกฎหมายครอบครัว เป็นต้นควรสอดแทรกความรู้เรื่องครอบครัวศึกษาในทุก ๆ หลักสูตรการฝึกอบรม

3. จัดให้มีสถานที่สาธารณะสวนสาธารณะในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสใช้เวลาพักผ่อนร่วมกันอย่างมีอิสระและไม่สิ้นเปลืองจัดกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่สามารถร่วมกิจกรรมกันได้ การแสวงหาอาสาพัฒนาเด็ก เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างรัฐและชุมชน โดยการนำความรู้และบริการของรัฐไปสู่ประชาชน และนำปัญหาอุปสรรค ตลอดจนทั้งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ

เด็กก่อนวัยเรียน ให้รู้หาทางแก้ไขและสนับสนุนต่อไป โดยอาสาพัฒนาเด็ก ไปให้ความรู้แก่พ่อแม่ โดยการเยี่ยมบ้านหรือที่จุดนัดพบ ตลอดจนร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาเด็กอย่างสม่ำเสมอ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2544, หน้า 101) สรุปแนวทางที่ทำให้ครอบครัวมั่นคงแข็งแรง และมีความสุข โดยอาศัยความรู้ทางโลก และทางธรรม ความสุขและความมั่นคงของครอบครัวเกิดจากเหตุสำคัญเหล่านี้

1. ความเสมอภาคของสามี ภรรยา
2. การปรับความต่างเข้าหากันของสามี ภรรยา
3. การยึดมั่นในนิรามิสสุข ของสามี ภรรยา
4. ฉันทะของสมาชิกครอบครัว
5. วิริยะของสมาชิกครอบครัว
6. สัจจะของสมาชิกครอบครัว
7. เมตตาของสมาชิกครอบครัว
8. ทานของสมาชิกครอบครัว
9. ขันติของสมาชิกครอบครัว
10. สัมมาทิฐิของสมาชิกครอบครัว

จะเห็นว่ามีเหตุปัจจัยหลายประการที่จะทำให้ครอบครัวมั่นคงและมีความสุขได้ ยังมีปัจจัยเหตุมากที่ยังปฏิบัติยาก เพราะจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องครบถ้วนและนาน แต่อาจจัดหมวดหมู่เสียใหม่เป็น 3 เหตุใหญ่ได้ คือ

1. ปัจจัยก่อนสมรส นั่นคือ เลือกลุ่มที่มีความเสมอภาคและมีความรักกัน (ฉันทะ)
2. เมื่อสมรสแล้ว ต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน ทำตัวให้เป็นประโยชน์แก่กัน อดทน
3. ปัจจัยแกน คือความเข้าใจชีวิตสมรสให้ถูกต้อง (สัมมาทิฐิ) และการยึดความสุขชนิดที่ไม่ต้องพึ่งพากันเป็นหลัก (นิรามิสสุข) เช่น ความสุขจากการทำดีทั้งหลาย ความสุขจากการใช้ปัญญาความสุขจากการผลงานที่ทำ

บทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา และบุตรในการสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง

การสร้างครอบครัวให้เกิดความเข้มแข็งนั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องรู้จักบทบาท และหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ตลอดจนสามารถปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ดังแนวความคิดของ สมพร เทพสิทธิ (2538, หน้า 62 - 64 อ้างถึงใน ญัฐกานต์ เพ็ชรศรี, 2548) ที่ได้เสนอไว้ ดังนี้

หน้าที่ของสามี

1. ยกย่องให้เกียรติสมฐานะภรรยา
2. ไม่ดูหมิ่นภรรยา ไม่ทำร้ายร่างกาย และจิตใจ ค้ำครองให้ความปลอดภัย
3. อดทน อดกลั้น และให้อภัยต่อปัญหาที่เกิดขึ้น
4. ซื่อสัตย์ ไม่ประพฤติผิดนอกใจภรรยา
5. ดูแลความเป็นอยู่ของภรรยา และสมาชิกของครอบครัว เช่น รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ในครอบครัว

6. ปรึกษาหารือกับภรรยา แบ่งบทบาทหน้าที่ภารกิจของครอบครัว
7. ร่วมทุกข์ร่วมสุข ช่วยเหลือกันทั้งงานอาชีพ ภายในบ้านและการอบรมเลี้ยงดูบุตร

ร่วมกับภรรยา

8. ขยัน ไม่เกียจคร้านในกิจการทั้งปวง ทั้งงานอาชีพ และการพัฒนาความเป็นอยู่ของ

ครอบครัว

หน้าที่ของภรรยา

1. ยกย่องให้เกียรติสามี
2. จัดการงานบ้านเรือนให้เรียบร้อย ดูแลเรื่องอาหารการกินและความเป็นอยู่
3. สงเคราะห์ญาติมิตรสองฝ่ายด้วยดี
4. ไม่ประพฤติผิดนอกใจสามี
5. รักษาทรัพย์สินที่หามาได้และใช้จ่ายอย่างประหยัด
6. ขยัน ไม่เกียจคร้านในกิจการทั้งปวง
7. ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับสามี ช่วยเหลือกันทั้งงานอาชีพ และภารกิจในบ้าน
8. ปรึกษาหารือสามีให้การเลี้ยงดูอบรมและการศึกษาของลูก

หน้าที่ของบุตร

1. เป็นบุตรที่มีความกตัญญูตบเทวี เข้าใจหลักธรรมศาสนาดี
2. รู้จักเคารพบนอบเชื่อฟังบิดามารดาไม่ละทิ้งคุณค่าวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมที่ดี
3. ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน พัฒนาตนเอง มีความคิดเห็นถูกต้อง รู้จักคำนึงถึงผู้อื่นที่ใช้ชีวิต

อย่างมีเหตุผล รู้จักคบเพื่อนที่ดี

4. รู้จักดูแลรักษาสุขภาพตนเอง
5. ช่วยทำกิจการงานของพ่อแม่ รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองครอบครัว

และสังคม

6. ดำรงวงศ์ตระกูลให้ดี ลูกต้องรักษาชื่อเสียงของวงศ์ตระกูลโดยกระทำความดีรักใคร่กลมเกลียวกันในหมู่ญาติพี่น้องประพาศคนเหมาะสมที่จะรับมรดก คุณแลทรัพย์สินให้ด้อย่าให้เสื่อมโทรม เสียหายและให้เพิ่มพูนโดยสุจริต

7. สนใจและเข้าใจการบริการของรัฐ การเมือง กฎหมาย ฯลฯ จากที่กล่าวมาในเรื่องของบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว จะเห็นได้ว่าถ้าสมาชิกทุกคนในครอบครัวรู้จักบทบาทหน้าที่ต่างๆของตน ตลอดจนปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนจะมีผลทำให้ครอบครัวมีความสุขและเกิดความเข้มแข็งขึ้นในครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย จึงได้นำแนวความคิดเรื่องการมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรมาเป็นแนวทางหนึ่งในการศึกษาถึงความเข้มแข็งในครอบครัว

สรุปได้ว่า แนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ควรวางรากฐานการสร้างครอบครัวโดยการปลูกฝังตั้งแต่เด็กและเยาวชน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ ฐานะ การใช้ชีวิต และการทำหน้าที่พ่อแม่ มีการวางแผนครอบครัวที่ดี เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของครอบครัวที่เข้มแข็ง ตลอดจนการส่งเสริมจากหน่วยงานของรัฐและเอกชนในการสนับสนุนสถาบันครอบครัว

เกณฑ์ในการวินิจฉัยความเข้มแข็งของครอบครัว

สุภาวดี หาญเมธี (2549) ผู้อำนวยการสถาบันรักลูก ได้ให้หลักคิดของครอบครัวเข้มแข็งว่า ครอบครัวเข้มแข็งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. หลักคตินุธรรมของครอบครัวเข้มแข็ง ปัจจุบันพ่อแม่มักจะสอนลูกแบบตะวันตก เช่น สอนให้กล้าแสดงออก แต่ไม่ได้สอนว่าควรแสดงออกอย่างไรให้เหมาะสม เราจึงต้องมีหลักคิดเป็นแกน การมีความรู้เรื่องเลี้ยงลูกดีก็ไม่ได้หมายความว่าลูกจะดีเสมอไป ความสัมพันธ์ครอบครัวดีก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าครอบครัวจะดี
2. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวต้องมีเวลาอยู่ด้วยกันและทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ร่วมกัน เช่น ออกกำลังกาย ทำอาหาร และทำงานบ้าน เป็นต้น
3. การพัฒนาเด็ก ครอบครัวต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงวัยรุ่น เช่น เด็กวัยรุ่นต้องเป็นตัวของตัวเอง กล้าแสดงออกและต้องรู้จักแสดงออกอย่างเหมาะสม
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน เรื่องครอบครัวมิได้เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องตัวใครตัวมัน เมื่อครอบครัวมีปัญหา ชุมชนควรมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ (สถาบันรักลูก, 2551)

พรรณพิมล หล่อตระกูล (2545, หน้า 42 - 45) กล่าวถึง ปัจจัยที่เป็นตัวบอกว่าครอบครัว มีความเข้มแข็งพิจารณาได้จากภารกิจหรือหน้าที่ของครอบครัว 3 ประการ ได้แก่

1. ความสามารถของครอบครัว ในการจัดหาความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตให้กับสมาชิก ครอบครัว เช่น ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับครอบครัว รวมถึงการให้ การศึกษากับลูกได้

2. การให้การเลี้ยงดูหรือพัฒนาสมาชิกทุกคนในครอบครัว ให้มีการเจริญเติบโตหรือ มีพัฒนาการที่ดี เหมาะสมกับช่วงวัยและอายุของเด็ก รวมถึงการแสดงบทบาทของความเป็นพ่อแม่ ได้อย่างเหมาะสม

3. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อครอบครัวเกิดปัญหาหรือเกิดวิกฤต ในครอบครัวขึ้น เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวตกงาน หรือลูกอาจจะมี ปัญหาบางอย่างถ้าครอบครัวสามารถหันหน้าเข้าหากันพูดคุยปรึกษาหารือกันได้ แบ่งปันความทุกข์ ใจที่เกิดขึ้น และช่วยกันแบ่งเบาภาระในครอบครัว สามารถฝ่าฟันวิกฤตเหล่านี้ไปได้ สร้าง ครอบครัวหรือรักษาความเป็นครอบครัวไว้ได้ ก็ถือว่าได้สร้างครอบครัวที่เข้มแข็งขึ้น

นักวิชาการ ชติโยทัยวงศ์ และกาญจนา ลุศนันท์ (2547) ได้ให้เกณฑ์ประเมิน ความเข้มแข็งของครอบครัวต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. การปฏิบัติด้านการทำหน้าที่ของสมาชิกเพื่อครอบครัวได้ดี
2. การปฏิบัติหน้าที่ที่ดีเมื่อ ครอบครัวเผชิญวิกฤตการณ์และความเครียด
3. ปฏิบัติด้านการปฏิบัติที่ดีต่อกันภายในครอบครัวและต่อชุมชน
4. การแบ่งเวลาและทำกิจกรรมร่วมกัน
5. การสร้างเสริมคุณภาพชีวิต
6. การแสดงความรัก ผูกพันภายในครอบครัว

พนม เกตุมาน (2551) ได้ให้เกณฑ์ในการสร้างครอบครัวเข้มแข็งไว้ดังนี้การสร้าง ครอบครัวให้เข้มแข็ง

1. เป้าหมายของครอบครัว (Set Goal) ครอบครัวมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน สร้างครอบครัว ในฝันความสุขความสัมพันธ์ดีต่อกันพ่อแม่ลูก มีความสำเร็จในการทำงาน การเรียน ฐานะมั่นคง ไม่มีหนี้สิน มีบ้าน มีรถยนต์ มีเวลาว่าง พักผ่อน ท่องเที่ยว เสริมสุขภาพพอเพียง

2. การแบ่งปันและมีส่วนร่วม (Share) ครอบครัวที่ดีมีความสนใจใส่ใจซึ่งกันและกัน (Sensitive to Each Other) ทั้งความคิดความรู้สึกและมีส่วนร่วมกันมีการสื่อสารกันอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา บอกความต้องการของตนเอง และความคาดหวังกัน (Communication and Clarification) สมาชิกทำตามบทบาทหน้าที่ของตนและช่วยให้คนอื่นทำหน้าที่ได้อย่างดี ยอมรับกัน

และกัน (Approval) เมื่อสมาชิกครอบครัวมีปัญหาจะช่วยเหลือประคับประคองกัน (Emotion Support) มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับแก่กันด้วยวิธีนุ่มนวลและยอมรับได้ (Feedback)

3. โครงสร้างของครอบครัว (Structure of Family) การมีตารางเวลาที่แน่นอนมีการวางแผนล่วงหน้าร่วมกันการรู้จักจัดระดับความสำคัญตนเอง และสมาชิกอื่นในครอบครัว (Hierarchy Subsystem) มีความยืดหยุ่นปรับตัวที่ดี มีการสื่อสารอย่างชัดเจน (Flexibilities)

4. พัฒนาการทางเพศ (Sex) สมาชิกมีตอบสนองและมีความพึงพอใจทางเพศที่สมดุลตอบสนองความต้องการแก่กันได้ดี พ่อแม่เป็นแบบอย่างทางเพศที่ดีพ่อแม่ให้ความรู้และทัศนคติทางเพศที่ถูกต้องแก่ลูก

5. บทบาทของสมาชิกครอบครัว (Roles) บทบาทของพ่อแม่ในการเลี้ยงดูลูก ทัศนคติในการเลี้ยงดู การเป็นผู้นำผู้ตามในครอบครัว การเป็นแบบอย่างที่ดีของพ่อแม่ การเคารพสิทธิขอบเขตของกัน

6. ความรับผิดชอบ (Responsibilities) พ่อแม่มีหน้าที่สอนให้ลูกมีความรับผิดชอบต่อตนเองมีระเบียบวินัยมีการควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎกติกาของครอบครัว

สรุปว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยครอบครัวควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. การสื่อสารในครอบครัวที่เป็นไปอย่างเปิดเผยแสดงถึงความจริงใจต่อกัน
2. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่ดี
3. มีการแสดงออกถึงความรักความผูกพันภายในครอบครัว
4. ครอบครัวมีการจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมภายในและภายนอกบ้านร่วมกัน
5. ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านและชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

เอกสารเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นเวลานานและมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ หรือต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นเวลานาน ปัญหานี้อาจเป็นผลจากโรค การบาดเจ็บ หรือความพิการ อาจเป็นปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจอารมณ์ (สุจิตรา สมจิต, 2547 อ้างถึงใน สุวรรณมหากายนนท์, 2547)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องการการตรวจเป็นระยะ และให้การสนับสนุนดูแลเพื่อลดระดับความรุนแรง ส่งเสริมให้บุคคลได้ทำหน้าที่เต็มศักยภาพและรับผิดชอบต่อตนเอง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2549)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหายคืนได้ดังเดิม มีการสังสมหรือภาวะโรคแฝง หรือมีความบกพร่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการสนับสนุนดูแล และการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่จะตามมา (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2549)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ปัญหาสุขภาพซึ่งสัมพันธ์กับอาการแสดง หรือความพิการซึ่งต้องการการจัดการดูแลนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปซึ่งอาจเกิดจากการเจ็บป่วยพันธุกรรม ความผิดปกติแต่กำเนิด หรือการได้รับอันตราย การจัดการดูแล รวมถึงการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับอาการหรือความพิการ การปรับแบบแผนชีวิตและปฏิบัติตามการรักษาเพื่อที่จะควบคุมอาการให้มากที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีชีวิตร่วมอยู่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Smeltzer & Bare, 1996)

Ref (1975 cited in Miller, 1995) กล่าวถึงลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. อาการของโรคมีผลรบกวนต่อกิจกรรมประจำวัน
2. การรักษาของแพทย์มีข้อจำกัดทำให้รักษาโรคให้หายขาดไม่ได้
3. การรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคจะมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตจากการประชุมระหว่างชาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังในปี ค.ศ. 1952 (National Conference on Chronic Illness, 1952 อ้างถึงใน สุวรรณิ มหาเกษมสิน, 2547) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เมื่อยเบนออกจากสภาพปกติและมีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อยหนึ่งข้อคือ

1. มีความพิการหลงเหลืออยู่
2. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนมาได้เหมือนเดิม
3. ต้องการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

สรุปได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ สภาวะหนึ่งของร่างกาย หรือจิตอารมณ์ที่มี การเปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดความไม่สุขสบายหรือความทุกข์แก่บุคคลและรักษาให้ขาดไม่ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและเศรษฐกิจ โดยรวมของชาติ

ธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การตั้งความหวังอยู่กับการหายหรือการกลับไปมีสุขภาพดีเหมือนเดิมจะเป็นสิ่งที่สวนทางกลับความเป็นจริงของพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นถ้าสามารถเข้าใจวิถีธรรมชาติและการเตรียมการเพื่อช่วยจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น มีผู้สรุปธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้ (Smeltzer & Bare, 1996)

1. การจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อนมากกว่าการจัดการกับปัญหาเรื่องการรักษาเพียงอย่างเดียว ความเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่ไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงในบทบาท การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ซึ่งทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องปรับตัวกับสิ่งเหล่านี้ การให้บริการของเจ้าหน้าที่สุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการทำงานที่ประสานกันของเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

2. ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการที่มีระยะการดำเนินของโรคต่าง ๆ กัน เป็นระยะที่โรคสงบและเป็นระยะที่โรคกำเริบ แต่ละระยะจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ต่างกัน ซึ่งต้องการการจัดการที่ต่างกันด้วย

3. การควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังยังต้องการการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจนำไปสู่ความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย และเกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้การจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังต้องการเวลา ความรู้ การวางแผน และวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติอีกด้วย รวมทั้งระบบคานนโยบายของประเทศที่จะเอื้อให้ประชาชนสามารถได้รับรู้ และได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน

4. โรคเรื้อรังหนึ่งโรคสามารถนำไปสู่ภาวะเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดในสมองแตกได้

5. ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวต้องจัดระบบในครอบครัวใหม่ เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวไว้ มีผลต่อรายได้ของครอบครัว ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวสนิทสนมกันหรือขัดแย้งกันมากขึ้น

6. ผู้ป่วยต้องจัดการกับความเจ็บป่วยทุกวัน เช่น การฉีดยาอินซูลินอย่างถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน ความพยายามฝึกหายใจแบบเป่าปากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความพยายามเดินไม่ให้หกล้มในผู้สูงอายุ

7. การจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่กับความเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะเริ่มสังเกตอาการตนเองและเริ่มหาวิธีจัดการเพื่อให้เกิดอาการผิดปกติ น้อยที่สุด

8. มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังในวัยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ต้องเสียค่าดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายของบิดามารดาที่ต้องดูแลหรือต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็ก

9. ความเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวข้องกับปัญหาทางจริยธรรม เช่น ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างดีที่สุดหรือไม่ถ้าเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษา 30 บาทหรือสิทธิประกันสังคม

10. การมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การมีชีวิตอยู่บนความไม่แน่นอน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถทราบได้ว่าความเจ็บป่วยจะกำเริบ เกิดภาวะแทรกซ้อนและจบสิ้นเมื่อใด

สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศไทย

จากระยะเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดภาระต่าง ๆ ในสังคมอย่างมาก ประกอบกับมีสาเหตุหลักของการเกิดโรคในกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังมักสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ศึกษาสาเหตุของการป่วยและการตายในประเทศไทย โดยปรับให้มีการระบุถึง “สาเหตุการตาย” (Cause of Death) มากกว่า “รูปแบบการตาย” (Moral of Death) และพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะของโรคที่จะช่วยให้เห็นของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศได้ชัดเจนมากขึ้น

จากรายงานใบมรณบัตรที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรกของคนไทย ซึ่งจำแนกตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD - 10) นั้น โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับแรกตามมาด้วย การตายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคติดเชื้อและปรสิต โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร โรคของระบบสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ โรคระบบประสาท โรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคหลอดเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสาเหตุการเกิดโรค โดยยกเว้นการตายจากอุบัติเหตุ ซึ่งนับเป็นการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันแล้ว พบว่าอีก 9 อันดับที่เหลือมีลักษณะการดำเนินโรคเป็นชนิดเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้รวมทั้งโรคติดเชื้อ เพราะสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตในอันดับนี้เกิดจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี มากที่สุด ในขณะที่เดียวกันกลุ่มโรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม ที่ปัจจัยการเกิดโรคส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป เช่น การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง ความเครียดทำให้โรคกลุ่มนี้มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลให้การเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น

1. ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงประชากร

- 1.1 อัตราการตายแรกเกิดของเด็กทารกและวันเด็กลดลง
- 1.2 ประชากรไทยมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้น
- 1.3 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

1.4 ความก้าวหน้าในศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี เช่น การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ
ยารักษาโรค

2. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2523 มี จำนวน 3.7 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 53 ล้านคน
ในปี พ.ศ. 2543 คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุถึง 16.7 ล้านคน จำนวน
ผู้สูงอายุจำนวน 1 ใน 4 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเฉลี่ย 1.94 โรค/คน และมีข้อจำกัด ดังนี้

2.1 ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ มีภาวะทุพพลภาพ

2.2 ร้อยละ 1.6 ไม่สามารถเดินในบ้านได้ตามลำพัง

2.3 ร้อยละ 3.1 ไม่สามารถออกจากบ้านได้ตามลำพัง

2.4 ร้อยละ 6.9 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ต้องการการดูแล
จากผู้อื่น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2545 อ้างถึงใน สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2549)

3. ปัจจัยด้านการบริโภคและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป

3.1 ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ยาบ้า บุหรี่ คีโม่เหล้า

3.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่สุขลักษณะเป็นระยะเวลานาน

3.3 กิจกรรมในชีวิตประจำวันน้อย ลักษณะการทำงานเป็นการทำงานในอาคารไม่ได้
มีการออกกำลังกาย มีเวลาพักผ่อนที่บ้านน้อยเพราะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเดินทางจราจรคับคั่ง

3.4 การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ขาดการป้องกัน รสนิยมทางเพศเปลี่ยนไป เช่น
การแลกเปลี่ยนคู่นอน ชอบความสนุกสนานไม่มีพันธะ เป็นต้น

3.5 การจัดกรเกี่ยวกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม

3.6 การอพยพของประชากรย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองใหญ่

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดได้กับประชากรทุกวัย โดยเริ่มตั้งแต่ความพิการแต่กำเนิด
โรคที่เกิดขึ้นเป็นผลกระทบของการทำงานในวัยต่าง โรคซับซ้อนในวัยสูงอายุ จากสถิติ พบว่า
ขนาดของปัญหาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้เริ่มมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย
เรื้อรัง ร่างกายจะเกิดความอ่อนแอ บกพร่องในการทำงาน จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือซึ่ง โดยปกติ
จะเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวไม่สามารถรับภาระแทนผู้ป่วยได้ทั้งหมด หน่วยงานทางด้าน
สังคมและรัฐบาลและรัฐบาลจะเข้ามาดูแลรวมทั้งจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ดังนั้นภาวะเจ็บป่วย
เรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายจึงมิได้กระทบแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังกระทบไปถึงครอบครัว
สังคมและประเทศชาติด้วย สามารถสรุปผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังดังนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล

1.1 เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ จากรายงานสถิติการตายของกระทรวงสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 – 2544 พบว่า 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง 8 โรค ได้แก่ เนื้องอก โรกระบบไหลเวียนโลหิต โรคติดเชื้อ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ เอช ไอ วี โรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบย่อยอาหาร โรกระบบประสาท โรคต่อมไร้ท่อ โรคหลอดเลือด และอวัยวะสร้างเลือดและ ความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน โดยใน 8 โรคนี้ ปี พ.ศ. 2544 พบว่าอัตราการตาย: ประชากร 100,000 คน ตามลำดับดังนี้ 68.4, 56.2, 54.8, 37.7, 17.1, 15.3, 14.6 และ 13.9

1.2 นำไปสู่ภาวะพิการหรือบกพร่องของร่างกาย เกิดข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยมากภาวะพร่องของร่างกายจะเกิดมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุไทย ทั้งหมดประมาณ 1 ล้านคน สาเหตุภาวะพร่องที่เกิดขึ้นเรียงจากมากไปน้อยมีดังนี้ อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก โรคตา โรคปวดเข่า - เข่าอักเสบ ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง และภาวะพร่องเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น

1.3 ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังนี้จะนิยามของคำว่า “ไม่สุขสบาย” แตกต่างกันไปตามโรคที่เป็นพร้อมกับการรับรู้ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งงานวิจัยคุณภาพ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งจะไม่สุขสบาย อย่างมากกับความรู้สึกอ่อนเพลีย หดแรงแรง อาการคลื่นไส้ อาเจียนระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผะอืดผะอม ตลอดเวลาจากภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้รับประทานอาหาร ได้น้อย เป็นต้น อาการเหล่านี้ ล้วนทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งสามารถ เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4 กระทบต่อบทบาทสังคมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเด็ก ในวัยเด็ก การได้ใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนการเข้ากลุ่มเพื่อนรวมทั้งโอกาสในการเลือกเรียนวิชาต่าง ๆ ถือว่าเป็นพัฒนาการที่สำคัญที่จะช่วยในการปรับตัวแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มเด็กมักขาดประสบการณ์ เหล่านี้ เนื่องจากชีวิตเด็กป่วยส่วนหนึ่งต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ส่วนในวัยผู้ใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก หรือโรคหัวใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานเพื่อจุนเจือครอบครัวได้ต่อไป บทบาทการเป็นผู้นำในครอบครัวจึงต้องเปลี่ยนไป เป็นภาระต่อครอบครัวแทน หรือในวัยสูงอายุที่มักมีปัญหาทางระบบการรับรู้เช่น หูไม่ได้ยิน ตามองไม่เห็น ผนวกกับแขนขาที่ไม่มีแรง มีอาการปวดบอย การเข้าสู่สังคมย่อมลดลง ทำให้ การรับรู้เกี่ยวกับสังคมค่อย ๆ ลดลง

1.5 กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว ต่อโรคและการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความพิการหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถ ประกอบอาชีพหรือดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกด้อยค่า และสูญเสียภาพลักษณ์ ในรายที่มีการสูญเสีย หน้าที่ของร่างกายหรืออวัยวะสำคัญไปก็จะมีภาวะเศร้าโศก (Grief) สำหรับผู้ป่วยเด็กนั้นอาการที่ เจ็บป่วยทำให้เกิดปัญหาหนักที่สุด เพราะผู้ป่วยเด็กยังไม่เข้าใจลักษณะของโรคและการรักษา ในวัยผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมตามวัยและโรคเรื้อรัง มักมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสีย ค้อยคุณค่า กลัว และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ความไม่แน่นอนในการวินิจฉัยโรค เป็นระยะเวลานานจะมีผลเสียอย่างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และครอบครัว รวมทั้ง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการรักษาโรค

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

ด้วยภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังมักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานทำให้การดูแล ต่อเป็นภาระดูแลของบุคคลใกล้ชิด ซึ่งโดยปกติก็คือคนในครอบครัว ทั้งนี้ผู้ดูแลอาจมาจากผู้เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือ พี่น้องขึ้นอยู่กับฐานะของผู้ป่วย มีการสำรวจภาวะการดูแลใน เด็กออทิสติก พบว่าใน ผู้ป่วยออทิสติก 1 ราย จะทำให้ครอบครัวต้องมียุทธศาสตร์การดูแลเพิ่มขึ้นดังนี้ (อรทัย ทองเพชร, 2545 อ้างถึงใน สุวรรณิ มหาภานนท์, 2547)

- 2.1 ดูแลด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.2 ดูแลในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน
- 2.3 ช่วยเหลือในด้านการเดิน การนอน การออกกำลังกาย
- 2.4 การประทับประคองทางด้านจิตใจและการแสดงออกทางความรัก
- 2.5 ฝึกระวังอุบัติเหตุ
- 2.6 จัดการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของบุตร
- 2.7 จัดการเรื่องการเดินทาง
- 2.8 ไปธุระนอกบ้านมากขึ้น
- 2.9 จัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล
- 2.10 ทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้เสริม
- 2.11 ทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้น
- 2.12 วางแผนกิจกรรมสำหรับบุตรและสมาชิกในครอบครัว
- 2.13 ติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ

2.14 ติดต่อพบปะ พูดคุย เพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลทางการแพทย์

2.15 มีกิจกรรมนันทนาการร่วมกันกับบุตร

ในกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เกิดขึ้นในกลุ่มสูงอายุไทย ซึ่งสำรวจโดยใช้

“แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา” ระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2540 พบความชุกร้อยละ 3.3 และพบเพิ่มขึ้นตามอายุ คือ พบความชุกถึงร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90 – 94 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิดเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 45 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542 อ้างถึงใน สุวรรณี มหาภานนท์, 2547) ที่ไม่สามารถเดินทางโดยลำพังได้ต้องการการดูแลจากครอบครัว

ดังนั้นในครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยโรงเรีอรั้ง จะมีผลกระทบได้ออย่างน้อย 4 ประเด็น คือ

- รายได้ของครอบครัวลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วย (ในกรณีวัยผู้ใหญ่) ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต้องเพิ่มมากขึ้น

- รูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป โดยทุกคนในครอบครัวจะต้องช่วยกันปรับบทบาทตนเอง เพื่อช่วยเป็นผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยจะต้องวางแผนร่วมกันภายในครอบครัวเพื่อจัดสรรหน้าที่ใหม่

- กระทั่งต่อสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้จากผลกระทบด้านรายได้ของครอบครัวที่ลดลงบวกกับการปรับตัวของครอบครัว ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัวได้

- กระทั่งต่อสภาพร่างกายของสมาชิกในครอบครัว จากสภาพที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนประกอบกับสภาพจิตใจที่ตึงเครียด อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายได้ง่าย โรคที่เกิดได้บ่อยในกลุ่มผู้ดูแล เช่นอาการปวดหลัง อาการ โรคกระเพาะอาหาร

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศ

ประชากรนับเป็นทรัพยากรที่มีค่าที่สุดสำหรับประเทศ ดังนั้นการตายก่อนเวลาอันควรหรืออยู่อย่างมีภาวะพร่อง ย่อมเป็นความเสียหายของสังคมอย่างยิ่ง นอกจากนั้นประเทศชาติต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งรายบุคคลและโดยรวมดังนี้

จากการศึกษาของกองโรงพยาบาลภูมิภาคจากกลุ่มผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 พบว่า

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. ค่ารักษาพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูง | โดยเฉลี่ย 1, 670.09 บาทต่อครั้งต่อราย |
| 2. ค่ารักษาพยาบาลเบาหวาน | โดยเฉลี่ย 1, 670.09 บาทต่อครั้งต่อราย |
| 3. ค่ารักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง | โดยเฉลี่ย 15, 283.22 บาทต่อครั้งต่อราย |
| 4. ค่ารักษาพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือด | โดยเฉลี่ย ดังนี้ |

- 4.1 ในกลุ่มอาการแน่นหน้าอกหัวใจขาดเลือด โดยเฉลี่ย 3, 195.38 บาทต่อครั้งต่อราย
- 4.2 กลุ่มผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ โดยเฉลี่ย 34, 008.00 บาทต่อครั้งต่อราย
- 4.3 กลุ่มใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ โดยเฉลี่ย 109, 322.60 บาทต่อครั้งต่อราย
5. ค่ารักษาพยาบาลหัวใจล้มเหลว โดยเฉลี่ย 3, 9400.68 บาทต่อครั้งต่อราย
6. ค่ารักษาพยาบาลโรคไตวายเรื้อรัง โดยเฉลี่ย 6,282.50 บาทต่อครั้งต่อราย
7. ค่ารักษาพยาบาลไตเฝ้าและถูกตัดขาด โดยเฉลี่ย 10, 119.21 บาทต่อครั้งต่อราย

จากการศึกษาของสมาพันธ์เบาหวานโลก ด้านค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยนอกหรือการรับคำปรึกษากับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงจากโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อน พบว่าการรักษาความเจ็บป่วยทั้งหมดจากโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะเสียค่าใช้จ่ายเป็น 3 เท่า ของประชากรที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และเจ็บป่วยปกติเช่นเดียวกับที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จะเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานและไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3 เท่าเช่นกัน การได้เข้าใจผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งในด้านผลกระทบต่อบุคคลที่ส่งผลถึงความตาย จะช่วยให้บุคลากรทางแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตระหนักถึงโอกาสการเกิดปัญหาในผู้ป่วย อีกทั้งความเข้าใจต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวได้รับข่าวสารล่วงหน้าเพื่อเตรียมตัวและหาทางเผชิญกับภาวะและปัญหาต่าง ๆ ตามมาไม่ปล่อยให้ครอบครัวผู้ป่วยอยู่ภาวะตึงเครียดนานเกินไป นอกจากนี้การได้รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมและประเทศชาติจะช่วยให้เพิ่มการตระหนักถึงการดูแลในเชิงรุกมากขึ้น เพื่อหาทางป้องกันการเกิดโรคต่างๆ อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันว่าระหว่างที่บุคคลอยู่กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เพียงพอ อาการรุนแรงนั้น ๆ ก็จะส่งผลเข้าสู่ภาวะพักฟื้นและกลับสู่ภาวะรุนแรงได้อีกเป็นเช่นนี้ ลักษณะดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อกระบวนการเจ็บป่วยเรื้อรังดำเนินการถึงขั้นตอนใด ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมไปพร้อม ๆ กัน

กระบวนการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness Trajectory Framework)

กระบวนการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ เป็นทฤษฎีการพยาบาลหนึ่งที่ได้ผ่านกระบวนการวิจัยและเฝ้าสังเกตในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังกว่า 30 ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทราบถึงกระบวนการของการเจ็บป่วย จากงานวิจัย สรุปได้ว่ากระบวนการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 9 ระยะ (Corbin & Strauss, 1991 อ้างถึงใน สุวรรณดี มหากายนันท, 2547) ดังนี้

1. ระยะก่อนการเจ็บป่วย (Pre - trajectory) เป็นระยะที่บุคคลยังไม่มีอาการหรือแสดงอาการของโรคใด ๆ เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจาก

กรรมพันธุ์และพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันในระยะนี้จึงเน้นการป้องกันและการเกิดโรคต่าง ๆ

2. ระยะเริ่มแสดงอาการของโรค (Trajectory – onset) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรค จนได้รับการวินิจฉัยโรคได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในระยะนี้ควรเน้นที่ช่วยผู้ป่วยได้ค้นพบการเป็นโรคที่มีอยู่ให้เร็วขึ้น เพื่อหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3. ระยะอาการคงที่ (Stable) เป็นระยะที่อาการเจ็บป่วยถูกควบคุมหรือถูกจัดการได้ ภายใต้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นในระยะนี้แนวทางการช่วยเหลือควรจะเน้นการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง รวมทั้งการจัดการกับโรคต่าง ๆ ขณะอยู่ที่บ้าน

4. ระยะอาการไม่คงที่ (Unstable) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีอาการของโรคมามากขึ้น เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลต้องปรับแผนการดูแลตนเองใหม่ ระยะนี้บุคคลยังสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ดังนั้นแนวทางในการช่วยเหลือคือ ควรจะให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถจัดการกับขบวนการดูแลตนเองที่ซับซ้อน ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลตนเองที่บ้านอย่างใกล้ชิด

5. ระยะเฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับปัจจัยชักนำใด ทำให้มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน จนไม่สามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านได้ ต้องเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพ แนวทางในการช่วยเหลือคือ ป้องกันไม่ให้อาการที่รุนแรงขึ้น กำจัดสาเหตุและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล

6. ระยะวิกฤต (Crisis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการวิกฤตคุกคามต่อการดำรงชีวิต จากสภาวะของโรคที่เรื้อรังผนวกกับอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง จำเป็นต้องการได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เน้นการได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และสามารถดำรงชีวิตได้

7. ระยะพักฟื้น (Comeback) เป็นระยะฟื้นตัวจากภาวะวิกฤต ร่างกายยังมีภาวะพร่อง ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วระยะนี้เน้นการวางแผนการฟื้นฟูให้เร็วทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

8. ระยะที่อาการทรุดลง (Downward) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงแม้จะหาวิธีการรักษาใหม่ ๆ มาทดแทน ดังนั้นในระยะนี้ ควรช่วยในการลดอาการปวด หรือ อาการที่ไม่สบายของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลรอบข้างให้ยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้

9. ระยะใกล้ตาย (Dying) ในการเจ็บป่วยเรื้อรังทั้ง 9 ระยะนี้ สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องผ่านครบทุกระยะ ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละโรค เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ส่วนใหญ่จะมีระยะของการจัดการในระยะฟื้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการเจ็บป่วยเรื้อรังมิได้มีจุดเน้นอยู่ที่ระยะสุดท้ายหรือระยะใกล้ตายเท่านั้น แต่เป้าหมายหลักอยู่ที่การดูแลในแต่ละระยะให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

โรคเบาหวาน

ความหมายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สุวรรณี มหาภานนท์, 2547)

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. หรือสุ่มตรวจโดยที่ไม่ต้องงดน้ำและอาหารแล้วพบว่ามีระดับน้ำตาลในพลาสมา มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอินซูลิน หรือโดยการฉีดยาอินซูลิน

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง ภาวะระดับน้ำตาลสูงเรื้อรังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในระยะยาว การสูญเสียหน้าที่และความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญของตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้าจากแผลติดเชื้อลุกลามผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปกติทั่วไป ทั้งยังมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งชนิดโรคเบาหวานร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ปรับปรุงการวินิจฉัย และจำแนกประเภทโรคเบาหวานร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานของสหรัฐอเมริกา ได้ปรับปรุงการวินิจฉัยและการจำแนกโรคเบาหวานขึ้นใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยแบ่งตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรค ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1) คือ มีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินตั้งแต่แรกเกิด จำเป็นต้องการได้รับอินซูลินทดแทนตั้งแต่เด็ก
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2) คือ มีความผิดปกติในการสร้างอินซูลินภายหลังซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พันธุกรรม สูงอายุ เป็นต้น
3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากโรคเฉพาะกลุ่มอื่น ๆ (Other Specific Type) ได้แก่ กลุ่มโรคทางพันธุกรรม สาเหตุจากยาและสารเคมี กลุ่มโรคทางระบบต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อ และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus)

สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากเบต้าเซลล์ถูกทำลาย มีพยาธิสภาพที่ Islet Cell of Langerhans ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากออโตอิมมูน ทำให้มีการสร้างอินซูลินในร่างกายน้อยมาก หรือไม่ มีเลย ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับฮอร์โมนอินซูลินทดแทนตลอดชีวิต พบในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำ มักพบในเด็กหรือคนอายุน้อยผู้ป่วยมักจะมีรูปร่างผอม และมาโรงพยาบาลด้วยภาวะคีโตนอะซิโดซิส (Ketoneacidosis) โดยเชื่อว่ามีสาเหตุดังนี้

1. เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบ การติดเชื้อหัดเยอรมันตั้งแต่กำเนิด เป็นต้น

2. เกิดจากกรรมพันธุ์โดยในผู้ที่มี HLA เป็น DR3 DR4 จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานมากกว่าคนที่ไม่ได้ 3 - 4 เท่า

3. เกิดร่วมกับโรคออโตอิมมูน โดยร้อยละ 90 ของคนเป็นโรคจะพบเซลล์อิสเลต แอนติบอดี (Islet Antibodies) อินซูลิน ออโตแอนติบอดี (Insulin Autoantibodies) ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

3.1 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี

3.2 อาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.3 รูปร่างผอม

ถ้าขาดการรักษาด้วยอินซูลิน ส่วนใหญ่จะเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันคือ ภาวะเลือดเป็นกรดจากโรคเบาหวาน (Diabetic Ketoneacidosis)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน ทำให้มีปริมาณอินซูลินน้อยกว่าปกติหรือปกติ พบมากกว่าร้อยละ 85 ของโรคเบาหวานทั้งหมด พบในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 35 ปีและคนในเมืองมากกว่าคนในชนบท มักมีประวัติอ้วนมาก่อนหรือกำลังอ้วนอยู่ ซึ่งความอ้วนทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin Resistance) มีประวัติทางพันธุกรรม เกิดภาวะคีโตนอะซิโดซิสได้น้อย รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ถ้าควบคุมโรคไม่ได้จึงรักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด แต่ไม่รุนแรงเท่าที่มีภาวะดื้ออินซูลินและการเพิ่มการสังเคราะห์น้ำตาลในตับ (Hepatic Gluconeogenesis) ผู้ป่วยชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

1. ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี

2. อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือไม่มีอาการ

3. รูปร่างอ้วนหรือปกติแต่มี Abdominal/ visceral Obesity

4. มักมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวชัดเจน

อาการและอาการแสดง

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (Renal Threshold ~ 180 มก./ดล.) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะซึ่งน้ำตาลจะดึงเอาน้ำและเกลือแร่ตามออกมาด้วย (Osmotic Diuresis) ทำให้ปัสสาวะบ่อย

2. คิมน้ำมาก (Polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำจำนวนมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำจะถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มมากขึ้น

3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (Weight Loss) เมื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ ก็จะสลายโปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ร่วมกับมีภาวะขาดน้ำ จึงทำให้น้ำหนักลด

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแสดงอื่น ๆ ในรายที่เป็นเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน อาจมาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ตาพร่ามัว แผลเรื้อรัง ปื้นฝอย มีผื่นคันหรือเชื้อราตามซอกอับของร่างกาย คันบริเวณช่องคลอด ชาหรือปวดเสียว ปวดร้อน บริเวณปลายมือ ปลายเท้า ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก หรือระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ค่อย ๆ สูงขึ้นทีละน้อยในระยะเวลาอันยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานล่าช้าและทราบเมื่อผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพหรือเมื่อมาด้วยโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานและกลไกการเกิดโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานมีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี

1. ระดับน้ำตาลในพลาสมา มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล
2. การสุ่มตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่ได้งดน้ำงดอาหาร (Causal (Random) Plasma Glucose)

แล้วพบว่ามีระดับน้ำตาลในพลาสมา มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

3. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงภายหลังการรับประทานน้ำตาล (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล.

ถ้าค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยในแต่ละวิธีข้างต้นอยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรมีการตรวจในวันอื่นอีกครั้งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่ระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงอย่างชัดเจน ร่วมกับมีอาการทางเมตาบอลิซึม (Metabolic Decompensation)

โรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

1. โรคตา เช่น ตาพร่ามัว จอประสาทตาเสื่อม
2. โรคไต ไตวายเฉียบพลัน ไตวายเรื้อรัง
3. โรคของหลอดเลือดหัวใจและสมอง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มีการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวายเฉียบพลัน หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต สมองเสื่อม
4. โรคของหลอดเลือดที่ขาและเท้า เช่น อาการตะคริว ขาดเลือดไปเลี้ยงที่ขาและเท้า ทำให้เนื้อบริเวณนั้นตายเน่าดำ
5. โรคของเส้นประสาทเช่น อาการเท้าชา ไม่รู้สึกร้อน อาการปวดเสียวปวดร้อน โรคข้อเท้า แผลที่เท้า อาการหมดสภาพทางเพศ อาการเวียนศีรษะมึนงง เมื่อลุกจากที่นอน

โรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งเป็นสภาวะของร่างกายและอารมณ์ที่แปรปรวน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในบุคคล เกิดความไม่สุขสบายหรือความทุกข์แก่ผู้ป่วย เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยชนิดพึ่งอินซูลินอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเจาะเลือดและฉีดอินซูลินวันละหลายครั้ง ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ประมาณร้อยละ 95 ของการดูแลรักษาโรคเบาหวานนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง และทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันแทบทุกด้าน จึงมักทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดค่อนข้างสูงหากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวต่อการเป็นโรคได้ ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหรือเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเอง ตามมา นับว่าเป็นความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากความเรื้อรังของโรค

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาคครอบครัว

ความหมายของการให้คำปรึกษาคครอบครัว

เมธินันท์ ภิญโญชน (2539, หน้า 21 - 22) ได้ให้ความหมายครอบครัวของการให้คำปรึกษาคครอบครัวว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวหาว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาแนวทางแก้ไข โดยความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาคครอบครัวที่มีคุณสมบัติส่วนตัวมีวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสถานะที่สมดุล และทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นแนวทางในการพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเองสามารถสื่อสารได้ดี และสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544, หน้า 87) นิยามว่า จิตบำบัดครอบครัว (Family Therapy) คือ การบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามีภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมไปถึงมิตรสหายด้วย

จิตบำบัดครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำบุคคลทั้งครอบครัวมานั่งด้วยกันและทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น แท้จริงแล้วจิตบำบัดครอบครัวเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับ และนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ แนวคิดนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่มองว่าปัญหาอยู่ที่ “ภายใน” ตัวบุคคล และต้องแก้ไขเฉพาะบุคคลนั้น

จิตบำบัดครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่ “ภายนอก” คือที่บริบท (Context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบทหมายถึงทุกสิ่ง ทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดคือครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมามีส่วนร่วม ในการบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

Taschman (1983, pp. 27 - 28) ได้ให้คำนิยามของการให้คำปรึกษาครอบครัวหรือ ครอบครัวบำบัดอย่างกว้าง ๆ กล่าวคือครอบครัวบำบัดโดยทั่วไปเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือ ครอบครัวทั้งครอบครัว ที่ใช้คำว่าทั่วไปเพราะบางครั้งต้องให้ความช่วยเหลือระบบย่อย (Subsystem) ของครอบครัว เช่น ระบบพ่อแม่ (Parent Subsystem) หรือระบบพี่ ๆ (Older Sibling Subsystem) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ นักครอบครัวบำบัดจะพบครอบครัวทั้งครอบครัวใน ระยะแรก ๆ ซึ่งนับเป็นระยะสำรวจ นักครอบครัวบำบัดบางคนอาจพบพ่อแม่ในครั้งแรก บ้างก็พบกันทั้งครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มเลย รวมทั้งเด็กเล็ก ๆ นั่นคือ ทั้งครอบครัวจะต้องได้พบกับ นักครอบครัวบำบัดอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวแม้ขณะมีทารกอยู่ด้วย อาจจะช่วยให้ นักครอบครัวบำบัดได้เห็นเงื่อนไขของปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งใน ความเป็นจริงไม่เป็นเรื่องยากที่จะให้เด็กมีส่วนร่วมในช่วงเวลาพบกับนักบำบัดครอบครัว เพียงแต่นักครอบครัวบำบัดแต่ละคนจะรู้สึกสะดวกใจเพียงไร

Sauber (1993, p. 16 อ้างถึงใน จรวยพร เมธิกุล, 2545) สรุปความหมายของครอบครัว บำบัด หมายถึง การให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คนขึ้นไปเข้ารับการบำบัด เช่น การให้ความช่วยเหลือโดยใช้ครอบครัวบำบัด ต้องพิจารณา ในประเด็นดังนี้คือ ให้ความช่วยเหลือทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่มีปัญหา เพราะสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนได้รับความทุกข์จากปัญหาของครอบครัว สมาชิกใน ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยใช้การสังเกตครอบครัวเพื่อการวินิจฉัยทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือทางด้านความผิดปกติของบุคลิกภาพ ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นั้นมักเกิดจากครอบครัวที่ทำหน้าที่บกพร่อง ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว นักบำบัดต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกทุกคน และต้องเข้าใจครอบครัวทั้งทางด้านอารมณ์และทางด้านกายภาพ และมีจุดมุ่งหมายของการให้การช่วยเหลือ ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางที่นักบำบัดต้องเกี่ยวข้อง ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบกระบวนการบำบัด

Okun and Rappaport (1980, pp. 31 - 32) นิยามว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาประเภทหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว โดยปฏิบัติต่อ ครอบครัวในฐานะเป็นระบบ ๆ หนึ่งและมองปัญหาหรือความบกพร่องในหน้าที่ของครอบครัวว่า มาจากระบบครอบครัวไม่ใช่มาจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว อาการผิดปกติหรือปัญหา

ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง เป็นสิ่งที่แสดงถึงความตึงเครียดที่กำลังเกิดขึ้นในระบบครอบครัวหรือระบบสังคมภายนอก เพราะนักให้คำปรึกษาคครอบครัวเชื่อว่า เราไม่สามารถแยกบุคคลออกมาจากสังคมที่เขาหรือเธออาศัยอยู่ได้

Bruno (1989, p. 138 อ้างถึงใน จรวยพร เมธิกุล, 2545, หน้า 49) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาคครอบครัวว่า หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่มีปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมการบำบัด เพื่อประเมินถึงรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวนั้น ๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การให้คำปรึกษาคครอบครัวจึงเป็นวิธีการทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

Biggs (1994, p. 99) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาคครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่เน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยนเพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

สรุปได้ว่า ความหมายของการให้คำปรึกษาคครอบครัว หมายถึง การ ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวทั้งครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่สองคนขึ้นไปเข้ารับการบำบัดช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว และ สมาชิกทุกคนสามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้ดีขึ้นและปรับตัวได้ดีขึ้น

ความเป็นมาของการให้คำปรึกษาคครอบครัว

เป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วว่าครอบครัวทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยได้ แต่การบำบัดสมัยก่อนก็ไม่ได้เน้นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย ซิกมันด์ ฟรอยด์ ก็ยอมรับว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดปัญหาทางจิต เช่น Oedipal Complex ซึ่ง ฟรอยด์ เชื่อว่าเป็นต้นตอของการเกิด Neurosis ก็เป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับครอบครัว อย่างไรก็ตาม ฟรอยด์ ก็ยังถือว่าการบำบัดที่ได้ผลคือการบำบัดเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น Freund (1920) แม้ในระยะต่อมา นักจิตวิเคราะห์หลายคนเช่น Freund (1963), Elikson (1963) และ Mahlor (1975) จะเน้นถึงอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพก็ตาม แต่การบำบัดก็ยังคงเน้นเฉพาะตัวบุคคล โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การจัดความขัดแย้งที่ซ่อนเร้นอยู่เท่านั้น

จิตบำบัดครอบครัวเริ่มต้นขึ้นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง นักจิตบำบัดในยุคนั้นต่างพยายามค้นหาวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดเฉพาะตัว (Individual Psychotherapy) ที่ต้องใช้เวลาและได้ผลช้า

ปี ค.ศ. 1930 - 1940 เริ่มมีการศึกษาครอบครัวโดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มีการนำสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด เช่น การนำสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคประสาท เป็นต้น การมองพฤติกรรมของคนเริ่มเปลี่ยนมุมมองจากตัวผู้ป่วย หรือกระบวนการเกิดขึ้นภายในจิตใจ (Intrapsychic Process) มาเป็นการมองบริบทที่ผู้ป่วย ดำเนินชีวิตอยู่ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544, หน้า 87 - 88)

Goldenberg and Goldenberg (1996, p. 89 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนาคถ, 2550) ได้กล่าวถึงความเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาคือ

1. ช่วง ค.ศ. 1950 - 1960 เป็นช่วงเริ่มต้นของการให้คำปรึกษาคือ เริ่มต้นจาก นักทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ทุกประเภท รวมทั้งได้ ให้การบำบัดรักษาคือ มีการนำทฤษฎีเข้ามาใช้ในการบำบัดครอบครัว เพื่อรักษาคือ ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนั้นยังมีการเริ่มต้นการให้คำปรึกษาคือ และ พัฒนาเทคนิคที่ใช้ ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว
2. ช่วง ค.ศ. 1961 - 1970 เป็นช่วงที่มีการนำแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษาไปสู่การปฏิบัติต่อ ครอบครัว และเริ่มมีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีระบบมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว และได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง
3. ช่วง ค.ศ. 1971 - 1985 เป็นช่วงของการพัฒนาเทคนิค และการประเมินครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ อย่างมากมาย ยุคนี้เริ่มเป็นยุคที่ปรับเปลี่ยน หรือ อาจเรียกได้ว่าเป็นยุคทองของการให้คำปรึกษาคือ มีการประยุกต์หลากหลายทฤษฎี ของการให้คำปรึกษาคือ เพื่อใช้ช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. ช่วง ค.ศ. 1985 - 1995 เป็นช่วงที่การให้คำปรึกษาคือ ได้รับการยอมรับ และได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง สมาคมวิชาชีพมีการขยายตัวและเกิดขึ้นหลายสถาบัน
5. ช่วง ค.ศ. 1995 - ปัจจุบัน การให้คำปรึกษาคือ ได้มีการประยุกต์ทฤษฎี และแนวคิดมาบูรณาการรวมกัน และ มีแนวโน้มที่จะกลมกลืนประสานประสานกันได้มากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาของทฤษฎีแต่ละทฤษฎี จะยอมรับและนำแนวคิดของกลุ่มทฤษฎีอื่น ๆ มาผสมผสานเพื่อประโยชน์ของผู้รับคำปรึกษามากขึ้น และ วิชาชีพด้านการให้คำปรึกษาคือ บำบัดขยายความนิยและได้รับการยอมรับมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การให้คำปรึกษาคือ ได้พัฒนามาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 50 ปี ถึงแม้ว่า ในยุคเริ่มต้นจะมีการต่อต้านอย่างมากจากนักจิตวิเคราะห์ แต่ในปัจจุบันกำลังได้รับความนิยมอย่างสูง มีสถาบันฝึกอบรมการทำจิตบำบัดเกิดขึ้นมากมายทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาและแพร่หลายไป ในยุโรป เอเชีย และ กำลังพัฒนาต่อไปเรื่อย ๆ ทั้งทางด้านการพัฒนาเทคนิค และวิธีการในการให้

ความช่วยเหลือครอบครัว นอกจากนี้แนวคิดของการบำบัดครอบครัวได้มีการขยายวงกว้างออกไปอีก โดยเน้นระบบภายในครอบครัวมากขึ้นจนมีลักษณะเป็น Social Systems Therapy หรือจิตบำบัดทางสังคมมากกว่าที่จะเป็นเพียง Family Therapy เท่านั้นมีการนำหลักการของการให้คำปรึกษารอบครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว

ในปัจจุบันครอบครัวบำบัดกำลังได้รับความนิยมอย่างสูงมาก มีการก่อตั้งสถาบันฝึกอบรมการจัดทำเวปไซด์ด้านครอบครัวบำบัด การก่อตั้งสถาบันวิจัยเกี่ยวกับครอบครัว ได้เกิดขึ้นมากมายทั่วโลก ได้รับการยอมรับ และ ในขณะเดียวกันมีการแพร่ขยายแลกเปลี่ยนแนวคิดในการบำบัดซึ่งกันและกันในแต่ละประเทศทั้งนี้รวมทั้งในประเทศไทยด้วย

เป้าหมายของการบำบัด

เป้าหมายของการให้คำปรึกษารอบครอบครัวคือ การที่ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้ อันจะนำไปสู่การเติบโตของครอบครัวในที่สุด อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายอีกในหนึ่งของการให้คำปรึกษารอบครอบครัวคือการสร้างบริบทแห่งครอบครัวขึ้นใหม่ ให้มีกฎโครงสร้างและระบบความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้มุ่งเน้นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีกว่าเดิม และเป็นสถานบำบัดเยียวยาสำหรับผู้ป่วยเป้าหมายเหล่านี้จะเป็นได้โดยช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ไขความขัดแย้ง รวมทั้งแก้ไขปฏิสัมพันธ์ภายในระบบครอบครัวเอง และกับระบบภายนอก เช่น เครือญาติ เพื่อนฝูงและที่ทำงาน เป็นต้น

กระบวนการให้คำปรึกษารอบครอบครัว

การให้คำปรึกษารอบครอบครัวเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ของจิตบำบัด กระบวนการให้คำปรึกษารอบครอบครัวจึงเป็นกระบวนการของการพัฒนาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องภายในครอบครัวในลักษณะเดียวกันกับพัฒนาการของมนุษย์ กระบวนการในการให้คำปรึกษารอบครอบครัวที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะยึดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามลักษณะโครงสร้างของแต่ละครอบครัว (Carlson, Sperry, & Lewis, 1997, p. 10 อ้างถึงใน เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2550) นอกจากนั้นในการให้คำปรึกษารอบครอบครัวจะถือว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน เพราะปัญหาภายในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การให้คำปรึกษารอบครอบครัวสามารถทำได้หลายลักษณะ แต่กระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญตลอดจนการดำเนินการที่เหมาะสม จะช่วยให้การให้ความช่วยเหลือครอบครัวประสบความสำเร็จ หากขาดการวางแผนที่ถูกต้องอาจทำให้เกิดความล้มเหลวได้

Gladding (1995) สรุปว่า ส่วนใหญ่กระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. ระยะแรก (Initial Session) ในระยะแรกนี้ภารกิจที่ผู้ให้คำปรึกษารอบครัวต้องกระทำ คือ การสร้างสายสัมพันธ์และกำหนดโครงสร้างของการให้คำปรึกษาดังสมมติฐานว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นในครอบครัวนั้น สำรวจการรับรู้ที่มีต่อปัญหาจากสมาชิกในครอบครัว สังเกตพฤติกรรม และการแสดงออกของครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใครอย่างไร ประเมินสิ่งที่ต้องดำเนินการ เช่น จะมีการส่งต่อ (Referral) หรือไม่ ต้องมีการทดสอบจิตวิทยาอะไรหรือไม่ ก่อนเสร็จสิ้นการพบกันครั้งแรกจะต้องมีการตกลงนัดหมาย สำหรับการพบกันในครั้งต่อไป หากมีสิ่งที่ยกมาหมายให้ครอบครัวไปดำเนินการหรือลองปฏิบัติ ย่อมทำได้ ผู้ให้คำปรึกษารอบครัวควรเขียนความประทับใจที่มีต่อครอบครัวทันทีที่การพบ สิ้นสุดลง

2. ระยะกลาง (Middle Phase) ในระยะกลางของการให้ความช่วยเหลือ เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษารอบครัวใช้เทคนิคต่าง ๆ กับครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวทำงานหนัก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งเอาไว้ และส่วนใหญ่แล้วการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ปัญหา มักเกิดขึ้นในระยะนี้ ผู้ให้คำปรึกษารอบครัวควรชี้ให้ครอบครัวเห็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ถึงแม้จะเล็กน้อยก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีบทบาทที่กระตือรือร้น ให้ การแนะนำส่งเสริม ให้ครอบครัวมีแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน ที่เหมาะสม

3. ระยะสุดท้าย (Termination) ก่อนจะถึงระยะสุดท้าย ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผน ร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการให้คำปรึกษา การเตรียมการที่จะยุติการให้คำปรึกษาทำได้โดยลด ความถี่ของการพบกันลดลง และเปิดทางให้ครอบครัวกลับมาพบอีกเมื่อครอบครัวต้องการและ ควรจะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ การกล่าวยุติการให้คำปรึกษา การสรุปผลของการให้คำปรึกษา อภิปรายเป้าหมายระยะยาว ทำนายและหาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้ปัญหา กลับคืนมาอีกในอนาคต และ ติดตามการให้คำปรึกษาอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้ว่าการให้คำปรึกษา จะยุติไปแล้ว

กระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวในแต่ละครอบครัวจะใช้เวลาในการให้คำปรึกษา ไม่เท่ากัน บางครอบครัวอาจใช้ระยะสั้น ระยะเวลา ประมาณ 5-10 ครั้งของการให้คำปรึกษา บางครอบครัวอาจใช้ระยะยาว ประมาณ 50-100 ครั้งของการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ของครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ลักษณะและสถานการณ์ของปัญหาแต่ละปัญหา ภายในครอบครัว (Carlson, Sperry, & Lewis, 1997, p. 14 อ้างถึงใน เพ็ญภา กุลนภาดล, 2550)

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544, หน้า 113) ได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในกระบวนการให้คำปรึกษาแต่ละระยะดังนี้

1. ระยะต้น ในระยะนี้สิ่งที่สำคัญมี 3 ประการคือ ประการที่หนึ่ง ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประการที่สองคือ วิเคราะห์ปัญหาให้เข้าใจอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรปฏิสัมพันธ์ และ ประการที่สามคือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายมากเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้ง ถ้ามีปัญหารุนแรงก็อาจจะเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2. ระยะกลาง ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการป่วยได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่ควรใช้แก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นมีทักษะที่ดีขึ้น ครอบครัวจะแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจะเป็น

3. ระยะสุดท้าย ในระยะนี้ปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มนัดครอบครัวให้ห่างขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนต่อครั้ง เพื่อเตรียมพร้อมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดรับการให้คำปรึกษารอบครัว ในแต่ละครั้งที่พบกันควรประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกเสมอคือต้องหัดให้ครอบครัวแก้ไขปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวจะเกิดความเคยชินในการพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองไม่ได้

การให้คำปรึกษารอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการบำบัดเฉพาะตัว ทั้งนี้เพราะความรู้สึกพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาจะไม่รุนแรงเท่าไร บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการบำบัดทั้งครอบครัวแล้วอาจมีการบำบัดเฉพาะตัวหรือเฉพาะคู่ต่อไป เช่น เมื่อปัญหาระหว่างพ่อแม่ดีขึ้นแล้ว แต่ลูกยังคงมีปัญหาบางประการอยู่ ผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องนัดพบลูกคู่ในทางกลับกัน พ่อแม่ที่ยังคงมีปัญหาอยู่ ผู้ให้คำปรึกษาก็อาจต้องนัดพบพ่อแม่คู่ด้วย

Goldenberg and Goldenberg (1995, p. 294 อ้างถึงใน เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2550) ได้กล่าวถึง กระบวนการให้คำปรึกษารอบครัวเช่นกัน ว่ามีความถี่และระยะเวลาในการรักษาแตกต่างกันตามการประเมินสภาพครอบครัวและปัญหาของครอบครัว ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาอาจเลือกใช้แนวคิด รูปแบบในการให้คำปรึกษาที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. การบำบัดครอบครัวในช่วงวิกฤตการณ์ของชีวิต (Family Crisis Therapy) เป็นการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ในช่วงเกิดวิกฤตการณ์ชีวิตภายในครอบครัว ได้แก่ การตาย ของญาติมิตร อันเป็นที่รัก การบาดเจ็บ การสูญเสียงาน การคลอดบุตร เป็นต้น โดยใช้เวลาในการรักษาช่วงสั้น มักใช้เวลาน้อยกว่า เดือน เพื่อช่วยไม่ให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยให้ครอบครัว มีความสมดุลดีขึ้นกว่าก่อนวิกฤตการณ์ชีวิต

2. การบำบัดครอบครัวระยะสั้น (Brief Family Therapy) เป็นการบำบัดครอบครัวที่ใช้ เวลาสั้น ๆ เพียง 5 - 10 ครั้ง แต่ทั้งนี้ขึ้นกับประเด็นปัญหาของครอบครัว

3. การบำบัดครอบครัวแนวเนรทีฟ (Narrative Model) มุ่งเน้นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในครอบครัว ว่าประสบการณ์ทำให้มนุษย์มีความหวังได้อย่างไร และความหวังดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตของเรา โดยการรังสรรค์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้อย่างไร

4. การบำบัดครอบครัวระยะยาว เป็นการรักษาที่ไม่จำกัดเวลา ใช้เวลารักษาต่อเนื่องนาน เนื่องจากการรักษาอย่างสั้น ๆ ยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา หรือมีเป้าหมายในการรักษาที่มากขึ้น เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาในลักษณะที่ซับซ้อนหรือครอบครัวมีแรงจูงใจ แต่ปัญหา ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้น หรือครอบครัวไม่ได้เต็มใจในการรักษา แต่จำเป็นต้องสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการรักษาระยะยาว

Nichols and Schwartz (2001, p. 85) ได้กล่าวถึงกระบวนการในการให้คำปรึกษา ครอบครัว มีดังนี้

1. การโทรศัพท์ครั้งแรก (The Initial Telephone Call) ในขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษา ครอบครัวรับฟังปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษานำเสนอทางโทรศัพท์ เพื่อรับทราบข้อมูลบางประการ เช่น วัตถุประสงค์ในการขอรับคำปรึกษา ความคาดหวัง ความตั้งใจของครอบครัว หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และ ขอให้สมาชิกครอบครัวมาพบตามวันเวลา สถานที่ ที่กำหนด โดยเป้าหมายในการติดต่อทางโทรศัพท์ครั้งแรก เพื่อเตรียมการที่จะพบกับสมาชิก ครอบครัว

2. การสัมภาษณ์ครั้งแรก (The First Interview) ผู้ให้คำปรึกษาจะสร้างสัมพันธภาพกับ สมาชิกครอบครัว รับฟังความคิด ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนด้วยความเข้าใจ และยอมรับตามที่เขาเป็น ผู้ให้คำปรึกษาจะแนะนำตนเอง กับครอบครัว แล้วให้สมาชิกคนอื่น ในครอบครัวแนะนำตนเองให้ผู้ให้คำปรึกษารู้จัก หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะชี้แจงเป้าหมาย ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา เพื่อให้สมาชิกทุกคนรับทราบ และ เข้าใจในการมารับคำปรึกษา ในครั้งนี้

3. ระยะแรกของการให้คำปรึกษา (The Early Phase of Treatment) ในการให้คำปรึกษาคครอบครัวในระยะนี้ หลังจากที่ผู้ให้คำปรึกษาสัมภาษณ์ครั้งแรกแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะกำหนดสมมติฐานเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ดังนั้น เมื่อผู้ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาคครอบครัวในระยะแรกนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะปรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ให้ชัดเจนสอดคล้องกับการแก้ปัญหาในครอบครัวให้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น นอกจากนั้นในการให้คำปรึกษาคครั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใครอย่างไร ประเมินสิ่งที่ต้องดำเนินการ และ ให้กำลังใจ ส่งเสริม กระตุ้น ปลอบโยน เพื่อให้ครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในทางสร้างสรรค์ให้มากขึ้น

4. ระยะกลางของการให้คำปรึกษา (The Middle Phase of Treatment) ในระยะกลางของการให้คำปรึกษา เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ กับครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวทุกครอบครัวมีการร่วมมือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งไว้ ผู้ให้คำปรึกษาคครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความคิด ความรู้สึก และมีความเข้าใจกันและกันมากยิ่งขึ้น กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวกล้าที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่ ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทที่กระตุ้นหรือรื้อฟื้นให้การแนะนำ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนที่เหมาะสม

5. ระยะสุดท้าย (Termination Phase) การให้คำปรึกษาคครอบครัว เกิดขึ้นเมื่อมีสภาพปัญหาในครอบครัว และ เมื่อปัญหานั้นได้รับการแก้ไข หรือ ได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ สมาชิกเข้าใจพฤติกรรม การกระทำ ของตนเอง และ ครอบครัวมากขึ้น เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ และ ทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหานี้ขึ้นซ้ำอีก และสมาชิกครอบครัวจะสามารถพัฒนา เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันและกันให้ดีขึ้นด้วย ในระยะสุดท้ายนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องวางแผนร่วมกันกับครอบครัวถึงการยุติการให้คำปรึกษา การเตรียมการที่จะยุติการให้คำปรึกษาทำได้โดยลดความถี่ของการพบกันลง และการยุติควรประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การกล่าวถึง การยุติการให้คำปรึกษา การสรุปผล การให้คำปรึกษา อภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว ทำนาย และ หาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้ปัญหา กลับคืนมาอีกในอนาคต และ ติดตามผลการให้คำปรึกษาอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้การให้คำปรึกษาจะยุติไปแล้ว

การให้คำปรึกษาคครอบครัวตามทฤษฎีระบบครอบครัว

เมธินีพร ภิณฺญชน (2539, หน้า 20 - 21) กล่าวถึงความคิดพื้นฐานสำคัญที่ใช้ในการให้คำปรึกษาคครอบครัว ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ระบบ (System) ครอบครัวถือเป็นระบบหนึ่งที่เราเรียกว่าระบบครอบครัว (Family System) และมีคุณสมบัติสำคัญ 3 ลักษณะ

1.1 ทั้งหมดหรือส่วนร่วม (Whole New) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวมักจะสำรวจความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยตั้งคำถามว่าครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรเกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว

1.2 ความสัมพันธ์ (Relationship) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวมักจะสำรวจความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยตั้งคำถามว่าครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรเกิดขึ้นบ้างระหว่างสมาชิกในครอบครัว

1.3 อีควิฟินัลลิตี้ (Equifinality) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในลักษณะที่เป็นปัจจุบันที่เรียกว่า “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (Here and Now) เพราะสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวสามารถดูได้จากปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

2. สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangle) เป็นอุปสรรคพื้นฐานคือความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวและเป็นที่ทำให้ระดับความตึงเครียดทางอารมณ์ของระบบครอบครัวเพิ่มมากขึ้นหรือลดลง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวจะถูกมองว่าเป็นวิธีการที่ช่วยให้ความใกล้ชิดหรือห่างเหินกันในระบบครอบครัว การวิเคราะห์ลักษณะของสามเหลี่ยมสัมพันธ์และการให้ความช่วยเหลือที่จะเปลี่ยนระบบ ถือเป็นสิ่งสำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัวการพิจารณาสามเหลี่ยมสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวขยาย (Extend Family) ให้ดูจากความแตกต่างของคนแต่ละรุ่นแต่ละวัย (Different Generation) และในครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ดูได้จากความสัมพันธ์ของพ่อ แม่และลูก

3. การป้อนกลับ (Feedback) ในครอบครัวหมายถึง กระบวนการปรับตัวในครอบครัว การป้อนกลับมีสองลักษณะคือ การป้อนกลับทางลบ (Negative Feedback) และการป้อนกลับทางบวก (Positive Feedback) การป้อนกลับทางลบ หมายถึงกระบวนการที่ปัญหาในปัญหาในครอบครัวได้รับการแก้ไขเพื่อให้สภาพการณ์ต่าง ๆ ในครอบครัวกลับเข้าสู่สภาพที่มีประสิทธิภาพดั้งเดิมและการป้อนกลับทางบวก หมายถึง กระบวนการที่ผลักดันให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน

โดยเฉพาะการพิจารณาครอบครัวในฐานะที่เป็นระบบ ๆ หนึ่งนั้น ได้รับอิทธิพลมาจาก ลูวิก ฟอน เบอเทอตันฟี (Luwig Von Betalanffy) นักชีววิทยาชาวอเมริกาซึ่งเป็นผู้ริเริ่มความคิดและตั้งเป็นทฤษฎี เรียกว่า ทฤษฎีระบบทั่วไป (General System Theory) ทฤษฎีนี้มีรากฐานความคิดมาจากการนำความรู้เบื้องต้นทางฟิสิกส์มาใช้อธิบายความสัมพันธ์ ความเกี่ยวพันของบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาครอบครัวและการให้ความช่วยเหลือครอบครัวตลอดจนผู้มาขอคำปรึกษาทั่วไป

ระบบ (A System) คือ กลุ่มของหน่วยงานต่าง ๆ (Units) ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน แต่ละหน่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ผลของการกระทำร่วมกัน จะออกมาในลักษณะของส่วนรวมทั้งหมด (A Whole) ซึ่งมีความหมายมากกว่าการนำส่วนประกอบย่อย ๆ ที่เป็นอิสระมารวมกัน ดังนั้นลักษณะสำคัญของระบบคือ ส่วนรวมทั้งหมด หมายถึง ผลของการกระทำร่วมกันอย่างต่อเนื่องของหน่วยย่อย ๆ

เมธินันท์ ภิญโญชน (2539, หน้า 6 - 7) อธิบายว่าทฤษฎีระบบ เปรียบผู้มาขอคำปรึกษา แต่ละคนเหมือนระบบย่อย (System or Unit) หน่วยหนึ่งสังกัดในระบบที่ใหญ่กว่าหรือเหนือกว่า (Higher Order System) ระบบที่ใหญ่กว่าหรือสูงกว่านั้นอาจเป็นพ่อแม่ (Dyad) ซึ่งเปรียบเป็นระบบย่อยอีกหน่วยหนึ่ง สังกัดอยู่ในระบบใหญ่ที่เรียกว่าระบบครอบครัว (Family System) และในทำนองเดียวกันระบบครอบครัว ซึ่งเป็นระบบที่ใหญ่กว่าซึ่งรวมระบบย่อยสองหน่วยคือ หน่วยที่มีสมาชิกครอบครัว และ หน่วยที่พ่อแม่เป็นสมาชิก ก็ยังเป็นระบบย่อยของระบบชุมชน (Community System) ที่เป็นระบบที่ใหญ่กว่าและสูงกว่า ดังนั้นเมื่อมีปัญหาของบุคคลและครอบครัวเกิดขึ้น ควรให้ความสนใจในเรื่องปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนทางสังคมในระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันด้วย

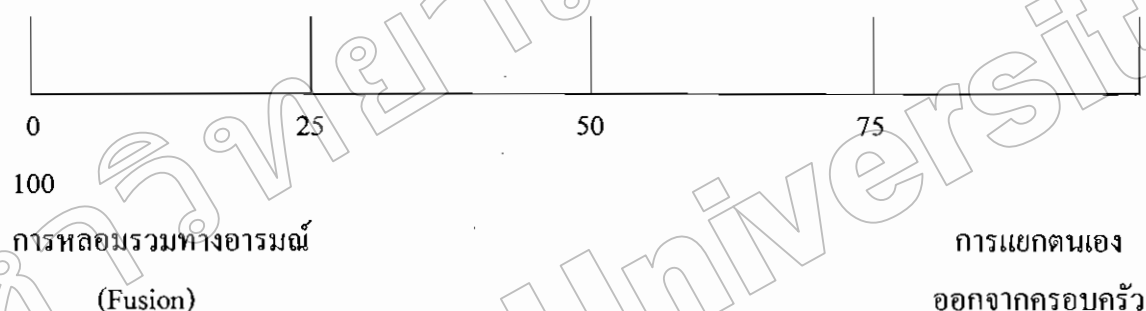
เมธินันท์ ภิญโญชน (2539, หน้า 7) มีความเห็นว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่มีปัญหา หรือมีการผิดปกติต่าง ๆ นั้น ก็เพื่อที่จะให้ระบบครอบครัวคงอยู่ได้ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือ ควรมุ่งเปลี่ยนหรือแก้ไขที่ระบบย่อยและระบบใหญ่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยให้ส่งผลให้พฤติกรรมของบุคคลในระบบนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย สิ่งที่ต้องพิจารณา ในการให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การดูที่วิธีการที่สมาชิกครอบครัวติดต่อซึ่งกันและกัน พิจารณาว่า มีการสื่อสารอย่างไรในครอบครัวนั้น หรือพิจารณาว่าโครงสร้าง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในแต่ละครอบครัว เป็นอย่างไร แทนที่จะมุ่งเน้นที่สมาชิกคนหนึ่งคนใดที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Goldenberg and Goldenberg (2006, p. 294) ได้กล่าวถึงการบำบัดครอบครัวตามแนวคิดของโบเวน (Bowen Family System Therapy) และให้แนวคิดที่สำคัญของการบำบัดครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัวไว้ดังนี้

1. ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ที่สมาชิกครอบครัวแต่ละคนต่างมีความผูกพันกัน ประสานกัน และ ต่อเกี่ยวข้องกัน
2. การเปลี่ยนแปลงเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบครอบครัว (Family System) จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของครอบครัวและส่งผลกระทบต่อครอบครัวในภาพรวม เช่น สมาชิกคนหนึ่งติดยา การติดยาของสมาชิกคนนี้จะให้พ่อแม่ พี่น้อง ไม่สบายใจ ทุก ๆ คนจะรู้สึกเป็นห่วง และพยายามช่วยกันคิดว่า ทำอย่างไรจึงจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวที่ติดยา เลิกการเสพยาได้

3. การที่จะทำความเข้าใจครอบครัวได้ถูกต้อง ชัดเจนยิ่งขึ้น จะต้องวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่สื่อทอดมาจากบรรพบุรุษอย่างน้อย 3 รุ่น (At Least Three Generation) และวิเคราะห์เกี่ยวกับ กระบวนการสืบสกุล หรือ สืบทอดสายพันธุ์ของบุคคลอย่างต่อเนื่อง เช่น รุ่นลูก (ปัจจุบัน) มีสมาชิกครอบครัวเป็น โรคมะเร็งปอด หากย้อนไปที่รุ่นพ่อแม่ และ รุ่นปู่ย่า หรือตา ยาย จะปรากฏว่า มีบุคคลในสกุลเดียวกันเคยเป็น มะเร็งปอด เป็นต้น

4. การแยกตนเองออกจากครอบครัว (Differentiation of Self) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะแยกแยะ ความคิด สถิติปัญญา ความรู้สึก และอารมณ์ จากครอบครัว ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำทางอารมณ์หรือต้องคอยพึ่งพา รอบการเห็นชอบจากบุคคลอื่น ระดับการแยกตนเองออกจากครอบครัวมี ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงระดับความสามารถในการแยกตนเองออกจากครอบครัวของเมอร์เรย์ โบเวน (Goldenberg & Goldenberg, 2006, p. 171)

ระดับ 0 – 25 แสดงว่า เป็นบุคคลที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ จะทำอะไรก็ต้องพลอยพึ่งพา ความคิด ความรู้สึก จากสมาชิกครอบครัว ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง การหลอมรวมทางอารมณ์ที่ใกล้ชิดมากสมาชิกก็จะรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของกันและกันจนอาจทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งการใกล้ชิดติดกันทางอารมณ์จนเกินไป อาจทำให้เกิดการยอมรับกันเป็นมิตรกันหรือเป็นศัตรูกัน

ระดับ 26 – 50 เป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตด้วยอารมณ์และความรู้สึกไม่ค่อยกล้าที่จะคิดที่จะทำอะไรด้วยตนเอง แม้จะสามารถจะคิด มีเหตุผลได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็ต้องรอการเห็นชอบจากบุคคลในครอบครัว

ระดับ 51 – 75 แสดงว่าเป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตโดยพยายามใช้ความคิด ใช้เหตุผลมากกว่า จะให้อารมณ์เป็นตัวนำ และมีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้นกว่าระดับ 25 – 50

ระดับ 76 – 100 แสดงว่า เป็นบุคคลที่พยายามแยกแยะความคิด ความมีเหตุผล และอารมณ์ มีความเป็นตัวของตัวเอง

5. สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles) หมายถึง ระบบครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับบุคคล 3 คน (A Tree – person System) โดยเน้นถึงความผูกพันทางอารมณ์ ตามปกติความผูกพันทางอารมณ์ของบุคคลทั้ง 3 นี้ค่อนข้างจะมั่นคง แต่หากมีความเครียดเกิดขึ้น ระหว่างสมาชิกคู่ใดคนหนึ่ง สมาชิกคนใดคนหนึ่งจะมีความเครียดของคู่ที่มีความเครียดจะดึงบุคคลที่ 3 เข้ามาเพื่อหาพวกหรือหาแนวร่วม เพื่อช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น แต่ความเครียดหรือความวิตกกังวลนั้น อาจลดลงในช่วงแรก ๆ เท่านั้น เพราะหากบุคคลที่ 3 ที่ถูกดึงเข้ามาเป็นพวก มีความเป็นกลาง ไม่เข้ากับใคร แต่หากบุคคลที่ 3 ที่ถูกดึงเข้ามาไม่มีความเป็นกลางเข้าข้างอีกฝ่ายก็จะก่อให้เกิดการขยายวงสามเหลี่ยมไปสู่บุคคลภายนอกหาพรรคหาพวกมาต่อต้าน ซึ่งครอบครัวอาจจะก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวที่รุนแรงยิ่งขึ้น

6. ระบบอารมณ์ของครอบครัวเดี่ยว หรือ ครอบครัวนิวเคลียร์ (Nuclear Family System) ครอบครัวเดี่ยว หรือ ครอบครัวนิวเคลียร์ คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ถ้าสมาชิกในครอบครัวเดี่ยว เกิดความเครียดทางอารมณ์ เช่น พ่อทะเลาะกับแม่ก็อาจทำให้พ่อและแม่ หรือ ทั้งสองคนทุกข์ใจ ทุกข์กาย มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา มีความขัดแย้งในชีวิตสมรสซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อลูก ลูกอาจมีปัญหาทางด้านจิตอารมณ์ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ การคบเพื่อน การหนีเรียน การหนีไปหาสิ่งเสพติด ซึ่งก็ยิ่งเพิ่มความเครียดให้พ่อ แม่ มากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจอารมณ์ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว แต่หากสมาชิกครอบครัวพ่อ แม่ ลูก รักใคร่ผูกพันกันดี ครอบครัวนั้น ๆ ก็จะมีความสุข และหากสมาชิกคนใดก้าวก่ายความเป็นส่วนตัวของสมาชิกคนหนึ่ง ความพัวพันทางอารมณ์ก็จะเกิดขึ้น สมาชิกคนที่ถูกก้าวก่ายหรือเข้ามาครอบงำก็จะไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง

7. การตัดขาดทางอารมณ์ (Emotion Cut Off) การตัดขาดอารมณ์จากครอบครัวเป็นการหนีจากความผูกพันทางอารมณ์ที่ยังไม่ได้สะสาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการหลีกเลี่ยงหรือการไม่ยอมรับข้อขัดแย้งภายในจิตใจที่ยังไม่ได้สะสาง หรือไม่ได้รับการสนใจเอาใจใส่ และเมื่อครอบครัวในสมาชิคนั้นยังไม่สามารถทนได้ เขาก็จะหาทางออก โดยเริ่มจากการห่างเหินทางอารมณ์ สังคม ไม่ยอมพุดจาเกี่ยวข้องกับ แยกตัวเองออกไปจากครอบครัว ย้ายไปอยู่ที่ไกล ๆ โดยใช้ระยะทางเป็นอุปสรรคหรือเป็นเครื่องกีดขวางทางใจ ขาดการติดต่อกับครอบครัว สภาพการณ์ดังกล่าวอาจเกิดเพียงช่วงสั้น ๆ หากสมาชิคนั้นยังต้องพึ่งพาครอบครัวอยู่ โดยเฉพาะต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจ การตัดขาดทางอารมณ์นี้ หากเคยเกิดในรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในรุ่นต่อ ๆ ไป อีกทั้งความรุนแรงของการตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัวในอดีตรุ่นนั้นยังมีมากเพียงใด ก็ยิ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตสมรสโดยจะก่อให้เกิดปัญหาชีวิตคู่

8. กระบวนการสืบทอดของบรรพบุรุษ (Multi generation Transmission Process)

เป็นกระบวนการสืบทอดสายพันธุ์หรือสืบสกุลของบุคคลต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 รุ่น

9. ตำแหน่งของพี่น้องในครอบครัว (Sibling Position) ลำดับการเกิดของบุตรธิดาในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพและปฏิสัมพันธ์กับคู่สมรสในอนาคต สำหรับบางครอบครัว ลำดับการเกิด อาจมีความสำคัญน้อยกว่าบทบาทหน้าที่ของบุคคลนั้น เช่น ในครอบครัวบางครอบครัว ลูกคนที่ 2 หรือลูกคนอื่น ๆ อาจมีบทบาทหน้าที่ดูแลรับผิดชอบพ่อแม่หรือครอบครัวมากกว่าลูกคนแรก

10. การถดถอยของสังคม (Social Regression) สังคมก็เหมือนกับครอบครัว ประกอบด้วย

10.1 แรงผลักดันหรืออำนาจที่ดึงดูดให้สมาชิกผูกพันกัน ไม่แยกจากกัน

10.2 แรงผลักดันหรืออำนาจที่ผลักดันให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเอง แต่ภายใต้สภาพของสังคมที่มีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ทรัพยากรขาดแคลนมากขึ้น ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมอย่างต่อเนื่องก็อาจบั่นทอน การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของสมาชิกในสังคม อีกทั้ง ความผูกพันกันก็อาจน้อยลง ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการถดถอยของสังคม ดังนั้นการถดถอยของสังคม จึงเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นว่า ภายใต้ความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสังคมจะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในสังคม ความล้มเหลวในการแก้ปัญหาแล้วแต่จะบั่นทอนให้สังคมล้าหลัง

เป้าหมายของการนำจิตวิทยากระบวนการครอบครัวของโบทน

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสามารถแยกตนเองจากครอบครัว (Differentiation of Self) โดยสามารถแยกแยะความคิด สติปัญญา และอารมณ์ เพื่อให้มีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะว่า หากบุคคลในครอบครัวมีความผูกพันกันมากเกินไป จะทำให้เกิดการพึ่งพิงกันมาก จนไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง

2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมระหว่างรุ่น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงสภาพการณ์ในอดีตว่า มีอิทธิพลต่อรูปแบบของครอบครัวในปัจจุบัน

3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับการหลอมรวมทางอารมณ์ ไม่เป็นบุคคลที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ หรือไม่เป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่ภายใต้ระบบอารมณ์และปฏิกิริยาของผู้อื่น ที่จะทำให้เกิดอะไรต้องรอคอยการเห็นชอบจากผู้อื่น

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถสะสางสิ่งที่ทุกข์ใจ ค้างคาใจ อึดอัดใจ ลดความวิตกกังวล คลายความฉุนเฉียว ผ่อนคลายบรรเทาอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

5. เพื่อให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ดีขึ้นพร้อมเผชิญทุกสถานการณ์อย่า

เทคนิคที่สำคัญของการบำบัดครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัวของโบเวน

ในการบำบัดครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจะประเมินระบบอารมณ์ของครอบครัว โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์ ผู้ให้คำปรึกษาสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัว โดยอาจเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์ การมาพบปะพูดคุยกัน หรือ วิธีการอื่น ๆ ก็ตาม โดยจะเริ่มการสัมภาษณ์สมาชิกเป็นรายบุคคลเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาผสมผสานเรื่องราวต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อจะได้เข้าใจ ความคิดของสมาชิกครอบครัวนั้น ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ความผูกพันกับสมาชิกครอบครัว ความสามารถในการแยกตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวล หรือ การตัดขาดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เป็นต้น

2. การทำแผนที่ครอบครัว (Family Genogram) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะช่วยให้ทราบเบื้องหลังของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับครอบครัวสภาพอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกมีต่อกันและกัน กฎ เกณฑ์ของครอบครัว ฯลฯ โดยนำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นนี้มาทำแผนที่ครอบครัว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่น (Generation) หรือ 3 ชั่วอายุคน

3. การคืนสู่เหย้า (Going Home Again) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษารอบครัวใช้แนะนำสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้รับการบำบัดที่หนีออกจากบ้าน หรือที่ออกจากบ้านเพราะมีความขุ่นข้องหมองใจกับสมาชิกครอบครัว ให้กลับบ้าน หรือกลับสู่บ้านเดิมเพื่อกลับไปทำความเข้าใจกลับไปละวางสิ่งที่ค้างคาใจกลับไปเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ กลับไปเรียนรู้ที่จะพยายามทำความเข้าใจกันและกัน เพื่อเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ใหม่ เพื่อความสงบราบรื่นในครอบครัว โดยผู้รับการบำบัดที่ออกจากบ้านมาหรือที่หนีออกจากบ้าน อาจเริ่มด้วยการโทรศัพท์ การเขียนจดหมาย การแวะไปเยี่ยม ฯลฯ ก่อนที่จะกลับมาอยู่บ้านดังเดิม

4. การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ หรือ การทำให้สามเหลี่ยมสัมพันธ์ลดลง (Detriangulation) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลที่ยังเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตน และกับอีก 2 คน ในสามเหลี่ยมสัมพันธ์ โดยไม่เข้าข้างคนใดคนหนึ่ง และสามารถได้ตอบปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด โดยแยกตนเองออกจากปัญหาทางอารมณ์นั้น ด้วยเหตุผล ระวางไม่ให้เกิดการเผชิญหน้ากันทางอารมณ์ตัวอย่าง พ่อคุณไม่พอใจมากที่ถูกไปดัดยาเสพติด ถึงขั้นทุบตีลูก ลูกร้องไห้ ขอให้แม่ช่วย แม่สงสารลูกจึงเข้าไปปลอบลูก พ่อเห็นว่าแม่เข้าข้างลูกจึงด่าว่าแม่ด้วย

5. การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to Person Relationship) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคล 2 คน ได้ติดต่อกันโดยพูดคุยกัน เปิดใจกันด้วยเรื่องส่วนตัวและกัน แสดงความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยไม่พูดถึงหรือเอ่ยถึงบุคคลที่ 3 หรือสิ่งอื่นไม่นำบุคคลที่ 3 เข้ามาเกี่ยวข้องกับเทคนิคนี้จะช่วยสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวช่วยให้รู้จักตนเองมากขึ้น

6. เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัด สามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึกใช้สติ อย่างมีเหตุผลเหนืออารมณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเองไม่ใช่คอยจะพึ่งพาคนอื่น ๆ จนทำอะไร คิดอะไร หรือตัดสินใจด้วยตัวเองไม่ได้

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาที่เน้นระบบครอบครัวของโบน

1. ผู้ให้คำปรึกษาคือเป็นผู้ที่มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถแยกตนเองจากครอบครัวเดิมได้
2. ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเป็นกลางและสามารถควบคุมตนเองได้เพื่อไม่ให้เข้าไปอยู่ในวงจรสามเหลี่ยมสัมพันธ์
3. ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการสอนและเป็นผู้ฝึกสมาชิกครอบครัว ให้เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นตัวอย่างของการใช้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถคิดได้ด้วยตนเอง

การให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม

Hansen et al. (1980 อ้างถึงใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549, หน้า 1) กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่าเป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง และจัดสถานการณ์ให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความพยายามที่จะปรับทัศนคติและพฤติกรรมของตนเอง

George and Dustin (1988) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่มว่า คือ กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การป้องกันและรักษา โดยเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเปลี่ยนทัศนคติ เปลี่ยนพฤติกรรมและเปลี่ยนกระบวนการความคิด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Gazda (1989) กล่าวถึงการให้คำปรึกษากลุ่มว่า คือ กระบวนการให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่านพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดการเรียนรู้ที่นึกคิดยอมรับความจริงในเรื่องความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการ สืบเนื่องจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้จากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดบรรยากาศเอื้อต่อการพัฒนา

ทางด้านจิตใจ เช่น เกิดความรู้สึกไว้วางใจ การยอมรับ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและเกิดความรับผิดชอบการกระทำของคน

George and Cristiani (1990) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษากลุ่ม คือ การที่คนมารวมกันตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และยอมรับว่ากลุ่มช่วยให้เขาเข้าใจตนเอง ส่งผลให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

Gladding (1998) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่าเป็นการนำสมาชิกที่มีประสบการณ์ปัญหาคล้าย ๆ มารวมกลุ่มกันเพื่อช่วยกันหาวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและสถานการณ์นั้น ๆ

กาญจนา ไชยพันธ์ (2541 อ้างถึงใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549, หน้า 2) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การให้คำปรึกษานักลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยไม่เกิน 12 คน ผู้รับคำปรึกษาจะมีลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และต้องการปรับปรุงตนเอง

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาที่จัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาที่รวมกลุ่มกันมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 2 – 12 คน (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) โดยที่สมาชิกกลุ่มมีความต้องการช่วยเหลือที่คล้ายคลึงกัน อาศัยพลังภายในกลุ่มบรรยากาศของความอบอุ่น เข้าใจ ยอมรับ ตลอดจนการเอื้ออานวยของผู้ให้คำปรึกษา เพื่อมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษามีการพัฒนาปรับปรุงและสำรวจตนเองในด้าน ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการให้คำปรึกษากลุ่มและการแนะแนวเป็นกลุ่ม

การให้คำปรึกษากลุ่ม	การแนะแนวเป็นกลุ่ม
1. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มใช้กับผู้มีปัญหาหรือผู้ที่เผชิญความยุ่งยากไม่สามารถแก้ไขได้ มีปัญหาด้านคล้ายคลึงกัน	1. การแนะแนวกลุ่มใช้กับทุก ๆ คน
2. สมาชิกไม่เกิน 10 – 12 คน	2. สมาชิกไม่จำกัดจำนวน
3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้เข้าร่วมโดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง เน้นให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมหรือได้ปฏิบัติ	3. เป็นการให้ข้อมูลทางอ้อม โดยให้ข้อมูลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือพฤติกรรม
	4. เงื่อนไขของการแนะแนวเป็นกลุ่มไม่มี

จุดหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Meyer and Muro (1971 อ้างถึงใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549 หน้า 5) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่าเป็นการช่วยให้สมาชิกแต่ละคนรับรู้และเข้าใจตนเองอย่างมีกระบวนการ การเข้าใจตนเองของสมาชิกเป็นการเพิ่มการยอมรับตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าทั้งยังพัฒนาทักษะความสามารถทางสังคมระหว่างบุคคล เป็นการพัฒนาเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self – regulation) การแก้ปัญหาการตัดสินใจ

Corey (2009) กล่าวถึงจุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกรู้จักเข้าใจตนเองและค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน
2. เพื่อยอมรับตนเอง มั่นใจในตนเอง นำไปสู่ทักษะใหม่ของตนเอง
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและหาแนวทางลดความขัดแย้งภายในตนเอง
4. เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำตนเอง การพึ่งพาตนเอง ความรับผิดชอบตนเอง และสังคมที่อยู่
5. เพื่อรับรู้การตัดสินใจเลือกของตนและการรู้จักเลือกอย่างฉลาด
6. เพื่อกำหนดแบบแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนและการปฏิบัติตามแผน
7. เพื่อเรียนรู้ทักษะของสังคมขณะเข้ากลุ่ม นอกจากนี้ยังมีความไวในการรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น
8. เพื่อเรียนรู้ที่จะเผชิญหน้า วิธีการโต้แย้งกับผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมาด้วยความจริงใจ มีท่าทีเอื้ออาทรและห่วงใย
9. เพื่อเรียนรู้การดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามความมุ่งหวังของตน ไม่ขึ้นกับความคาดหวังของคนอื่น
10. เพื่อให้เห็นค่านิยมของตนเอง และเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง ตามครรลองของค่านิยมนั้น

อย่างไรก็ตามการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังมีจุดหมายนอกเหนือจากข้างต้นดังกล่าว คือ

1. เพื่อช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคน พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ประสบได้ อย่างมีประสิทธิภาพเข้าใจถึงการที่ผู้อื่นต้องเผชิญปัญหาและหาแก้ไขเช่นเดียวกับตน
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการและความรู้สึกของบุคคลอื่น ยอมรับทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น รู้จักที่จะพัฒนาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เกิดความรักใคร่ ปองดองกันในกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตนเอง มั่นใจ และกล้าแสดงออก อีกทั้งยอมรับในการพัฒนาตนเอง รู้ว่าตนเองมีค่า

4. เพื่อให้สมาชิกรู้วิธีการในการพัฒนาตนตามขั้นพัฒนาการของตนเป็นไปอย่างเหมาะสม

5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้วิธีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่บางครั้งไม่ได้มีอยู่เพียงวิธีเดียว

6. เพื่อให้สมาชิกรู้จักปรับปรุงตนเอง รับผิดชอบต่อข้อบกพร่องของตนเอง

7. เพื่อให้สมาชิกไวต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น

Jacob, Masson and Harvill (1998) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวิถีชีวิตของตนเองหรือได้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

2. ให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึก ความต้องการ การรู้จักตัดสินใจ

นอกจากนี้วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังขึ้นอยู่กับสมาชิกต้องการในขณะเข้ากลุ่ม ซึ่งอาจมีหลากหลายเช่น ต้องการข้อมูล สร้างความไว้วางใจ ต้องการข้อเสนอแนะเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

หลักการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ในการให้คำปรึกษารายบุคคลจะมีการเน้นเรื่องสัมพันธภาพ ความรับผิดชอบต่อการพัฒนาการตัดสินใจ และแนวโน้มจะพัฒนาตนเองของผู้รับคำปรึกษา แต่สำหรับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีหลักการที่มีบางเรื่องแตกต่างกัน ดังที่ Dyer and Vriend (1975), George and Dustin (1988), Corey (1995 อ้างถึงใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549, หน้า 7) ได้กล่าวถึงหลักการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มควรมีปัญหาชนิดเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน หรือสภาพปัญหาคือคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันที่สาเหตุและสภาพจิตใจของเจ้าของปัญหา ควรมีการคัดเลือกสมาชิกโดยการสำรวจปัญหา

2. ปัญหาที่ปรึกษาควรจะเป็นปัญหาจริงของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะทำให้มีความหมายสำคัญต่อผู้รับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะประสบความสำเร็จเมื่อทุกคนมองปัญหาว่าเป็นปัญหาของตนจริง

3. ผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่คอยเป็นผู้ฟัง นอกจากจุดมุ่งหมายและวิธีการให้ความกระจ่างคอยผลักดันให้กลุ่มคิดและคอยสังเกตความเคลื่อนไหวของกลุ่มตลอดพร้อมที่จะแทรกตนเองเข้าร่วมเมื่อจำเป็น

4. สร้างบรรยากาศที่ยอมรับซึ่งกันและกัน จะทำให้สมาชิกกล้าพูด กล้าเปิดเผยตนเอง มากขึ้น รวมถึงการให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นช่วยเหลือหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

5. การโต้ตอบและช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะ บุคคลจะเกิดการมองที่ต่างไปจากมุมมองที่เคยมองอยู่ และทำให้การปฏิบัติแตกต่างออกไป

6. การสำรวจโอกาสและสถานะแวดล้อมต่าง ๆ ขณะเข้ากลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถ ตัดสินใจพิจารณาอะไรได้ฉลาดขึ้นเกิดความรับผิดชอบ และเริ่มที่จะมีวิธีการดำเนินชีวิตใหม่

7. ควรมีการวางแผนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในระยะยาวว่าจะมีการปรึกษากี่ครั้ง และคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสม

8. สำหรับบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง มีความแปรปรวนทางอารมณ์และพฤติกรรมมาก รวมทั้งการรับรู้ไม่อยู่ในสถานะปัจจุบันมากนัก มีปัญหาความขัดแย้งในตนเองมาก ไม่เหมาะที่จะ รับบริการปรึกษากลุ่ม ควรเป็นบุคคลที่มีปัญหาลดลงถึงกัน เช่น กลุ่มที่มีปัญหาการปรับตัว

9. สมาชิกทุกคนจะต้องรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในกลุ่ม และเรื่องที่พูดในกลุ่มต้องถือเป็น ความลับ

10. สมาชิกในกลุ่มต้องร่วมกันศึกษาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางการ แก้ไขปัญหาโดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้อำนวยความสะดวกและดำเนินการ

ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

สำหรับประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม George and Cristiani (1986), Hansen et al. (1980 อ้างถึงใน กาญจนนา ไชยพันธ์, 2549), Gazda (1978) ได้สรุปประโยชน์ของ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาสามารถปฏิบัติครั้งละเกินกว่า 1 คน แต่ไม่เกิน 12 คน ทำให้ ประหยัดเวลากว่า

2. สมาชิกกลุ่มได้พบว่าคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน ทั้งยังเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิก ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาตนเองผ่านกระบวนการที่ได้รับจากสมาชิก ในกลุ่มที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเขา

3. สมาชิกเรียนรู้ที่จะมีการให้และการรับความช่วยเหลือตามบทบาทของตนภายในกลุ่ม การยอมรับของสมาชิกในกลุ่มก่อให้เกิดยอมรับและเผชิญปัญหาของสมาชิก หรือต้องเรียนรู้ วิธีแก้ปัญหา สมาชิกมีโอกาสดังกล่าวและนำวิธีการแก้ปัญหามาใช้กับตนเอง

4. สมาชิกเกิดการรู้สึกว่าตนไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว เพราะการแสดงการยอมรับของสมาชิก ซึ่งเกิดการพัฒนารู้สึกยอมรับจะสัมพันธ์กับการเคารพในความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล

5. สมาชิกเรียนรู้เกี่ยวกับเจตคติความรู้สึกและจุดมุ่งหมายในการกระทำหรือการแสดงออกของตน และทั้งของเพื่อนสมาชิกกลุ่ม เรียนรู้ที่จะเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อช่วยพัฒนาสมาชิกและตนเอง

6. ผู้ให้คำปรึกษาได้สังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ได้ประเมินการให้คำปรึกษาข้อดี ข้อเสียเพื่อนำมาปรับปรุงในครั้งต่อไป

7. ด้านจิตวิทยา ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ (Self – concept) เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการและสมาชิกในกลุ่ม ทำให้แต่ละคนได้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากการรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองอย่างไร และปฏิสัมพันธ์ทางจิตวิทยานี้ความไว้วางใจ ความจริงใจการยอมรับและเคารพในสิทธิของกันและกัน ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็เรียนรู้ที่จะรับฟังผู้อื่น ซึ่งมีทัศนคติค่านิยมที่แตกต่างไปจากตน การให้บริการการปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสมจากกลุ่ม

8. ทางด้านสังคม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้รับบริการหรือสมาชิกในกลุ่มตระหนักถึงการอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือกัน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้รับบริการตระหนักว่าบุคคลที่อยู่ร่วมกันในสังคมต่างมีปัญหาเช่นกัน ทั้งยังเรียนรู้บทบาทของตนเองและการปรับตัวทางสังคม

ขั้นตอนและเทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ Mahler, Pine and Bergman (1975) ได้เสนอขั้นตอนต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ (The Problem Stage)

ในการเตรียมการนี้ ผู้ให้คำปรึกษากำหนดว่าการจัดกลุ่มสมาชิกเข้ากลุ่มนั้นต้องการกลุ่มประเภทใด เช่น กลุ่มเพื่อพัฒนาตนเอง หรือ กลุ่มเพื่อแก้ปัญหา

2. ระยะเริ่ม (The Involvement Stage) เป็นระยะที่ผู้ให้คำปรึกษาปฏิบัติดังนี้

ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.1 ทำให้สมาชิกช่วยเหลือกัน โดยให้ผู้คำปรึกษาขอให้สมาชิกแนะนำตัวเพื่อให้รู้จักกันดีขึ้นแจ้งให้กลุ่มทราบระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เช่น 45 นาที หรือ 60 นาที

2.2 สร้างความไว้วางใจและยอมรับระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งแก่ได้ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสมาชิกทุก ๆ คน ก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน และสิ่งที่พูดในกลุ่มสมาชิก ต้องเคารพและ

รักษาความลับของเพื่อสมาชิกในกลุ่มเริ่มอภิปรายถึงความรู้สึกและพฤติกรรม โดยผู้ให้คำปรึกษาควรมีหลักดังนี้

2.2.1 ทำให้สมาชิกเข้าใจความรู้สึกอารมณ์ของตนเอง รู้จักเคารพในสิทธิของบุคคลอื่น

2.2.2 ทำให้สมาชิกเข้าใจว่าตนจะต้องตัดสินใจสำหรับตนเองในสิ่งที่ตนจะทำ

2.2.3 ทำให้สมาชิกแต่ละคนกระทำทุกสิ่งด้วยตนเอง ไม่ให้บุคคลอื่นกระทำ โดยให้ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นเพียงผู้สร้างบรรยากาศให้บุคคลกระทำด้วยตนเอง

2.2.4 สมาชิกทุกคนจะต้องถือว่าความรู้สึกที่ดีต่อปัญหาของกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ ต้องทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหาของเพื่อนและของตนเองโดยช่วยด้วยความรู้สึกและจริงใจ ไม่เสแสร้งหรือแกล้งทำ สมาชิกต้องตั้งใจฟังและตระหนักในความรู้สึกของคนอื่น ๆ ว่าเราเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น ๆ เพียงใด พยายามเอาใจเขามาใส่ใจเรา คิดและพูด โดยความถึความรู้สึกนั้นมีความจริงใจ นอกจากนี้สมาชิกควรรู้จักการเปิด โอกาสให้เพื่อน ๆ ได้พูด ได้แสดงความคิด เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป อย่างไรก็ตามทุก ๆ คนควรตระหนักว่าไม่ควรกลัว ประหม่าที่จะพูดและไม่ทำลายน้ำใจกับเพื่อน ทุกครั้งที่พูดก็ได้ใช้วิจารณญาณของตนเอง หากเราเข้าใจเพื่อน ๆ จะเกิดความไว้วางใจได้ดี

3. ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (The Transition Stage)

เป็นระยะที่สมาชิกเกิดการตั้งเครียด วิตกกังวล และเกิดการต่อต้านจากการที่จะต้องศึกษาความหมายของพฤติกรรมที่แสดงออก ตรวจสอบความรู้สึกร่วมกัน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรจะเน้นย้ำดังนี้

3.1 เน้นการกระทำที่จะช่วยพฤติกรรม เช่น ต้องนำไปปฏิบัติจริงจึงจะก่อให้เกิดผลดี

3.2 สมาชิกสามารถพัฒนาทางเลือกได้เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากหรือวิธีจะช่วยตนเองในทางใดทางหนึ่งเมื่อประสบปัญหาเช่น ปัญหาการปรับตัวกับเพศตรงข้าม เขาจะต้องหาวิธีการที่จะเริ่มสร้างความคุ้นเคย อาจจะขี้อ่อนถ้อยคำยังประหม่าที่จะพูดจากนั้น ค่อย ๆ พัฒนามาสู่การหักทลายพฤติกรรมโดยไม่เก็บเงิน

3.3 การที่สมาชิกได้เสนอความคิดเห็นตามที่ได้ให้ไว้กับกลุ่ม ซึ่งมีประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง สมาชิกควรนำไปปฏิบัติด้วยเพื่อประโยชน์ต่อตนเอง

4. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา (The End Stage)

การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรยุติก่อนการหมดเวลาที่กำหนดก่อน 5 นาที เช่น กำหนดว่าจะใช้เวลา 60 นาที ควรยุติภายหลังกลุ่มดำเนินไป 55 นาที เพื่อที่สมาชิกของกลุ่มหรือผู้ให้คำปรึกษาควรสรุป หรือช่วยกันให้กลุ่มเข้าใจในสิ่งที่เขาได้อภิปราย หรือหาวิธีทางช่วยเหลือ

กันได้ดีขึ้น การยุตินี้ยังจะช่วยให้อาสาสมัครแต่ละคนทราบแนวทางออกที่จะจัดการและปฏิบัติต่อไป และผู้ให้คำปรึกษาควรจะกล่าวถึงเวลาที่จะจัดให้มีการปรึกษาเป็นกลุ่มครั้งต่อไป

หลังจากยุติคำปรึกษากลุ่มแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาควรจะบันทึกและเก็บใส่แฟ้มประวัติของสมาชิกเพื่อนำมาพิจารณาเสนอแนะเพื่อช่วยพัฒนาเด็กแต่ละคนให้เจริญก้าวหน้าอย่างเหมาะสมต่อไป

5. ขั้นประเมินผลและติดตามผล (Evaluate and Follow up Stage)

ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำการประเมินผลกิจกรรมนั้น โดยกลวิธีต่าง ๆ โดยการติดตามสมาชิกหลังจากเข้ากลุ่มไปแล้ว ซึ่งการติดตามผลนั้นอาจทำได้โดยการสังเกตด้วยตนเอง สัมภาษณ์คนใกล้ชิดของผู้รับคำปรึกษา ฯลฯ

Corey (2009) ได้เสนอแนะถึงช่วงติดตามผลว่า ควรติดตามภายใน 3 เดือนหลังจากให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่กรณีเป็นการให้คำปรึกษาแบบหลาย ๆ ครั้งนั้นให้ติดตามได้ในการพบครั้งต่อไปถึงการนำไปปฏิบัติของสมาชิกว่าได้นำไปปฏิบัติตามและบรรลุวัตถุประสงค์ได้หรือไม่ และพบปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแบบกลุ่มตามทฤษฎีระบบ

การให้คำปรึกษารอบครัวแบบกลุ่มตามทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวนแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้วยตนเอง เป้าหมายเพื่อช่วยให้ครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าใจความสัมพันธ์ครอบครัวสืบทอดจากบรรพบุรุษที่ส่งผลต่อครอบครัวปัจจุบัน สามารถแยกตนเองจากการหลอมรวมทางอารมณ์ภายในครอบครัวไม่เป็นบุคคลที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสะสางสิ่งที่ทุกข์ใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการของการบำบัดดังนี้

ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษาดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา วัน เวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวว่าจะสามารถช่วยเหลือแต่ละครอบครัวได้ จุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและการยอมรับระหว่างสมาชิก พร้อมรับฟังความคิด ความรู้สึกของครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยแต่ละครอบครัวตลอดจนมีการตกลงกฎกติกาในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อลดความขัดแย้งและให้การให้คำปรึกษารอบครัวดำเนินไปได้จนบรรลุวัตถุประสงค์ โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา เช่น การฟังอย่างใส่ใจ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเงียบ การตีความ และการสรุปความ เป็นต้น และกำหนดสมมติฐานเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวอย่างคร่าว ๆ ปรับสมมติฐานที่กำหนดไว้ให้ชัดเจนสอดคล้องกับการแก้ปัญหาในแต่ละครอบครัว

ให้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น นอกจากนั้นในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะคอยสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใครอย่างไร รวมทั้งการแสดงออกทางสีหน้า แววตาและความผูกพันทางอารมณ์เป็นอย่างไร เพื่อประเมินสิ่งที่ต้องดำเนินการ ตลอดจนให้กำลังใจ ส่งเสริมกระตุ้น ปลอบโยน ให้ความเชื่อมั่นในศักยภาพของกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยว่าสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในทางสร้างสรรค์ให้มากขึ้นได้ โดยครอบครัวผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนการ

การอภิปรายถึงความรู้สึกและพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง รู้จักเคารพสิทธิผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาสร้างบรรยากาศให้ครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกระทำทุกสิ่งด้วยตนเองและมองเห็นว่าความรู้สึกต่อปัญหาของกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ สมาชิกต้องร่วมมือกันช่วยเหลือในการแก้ปัญหาของเพื่อนและของตนเอง พร้อมทั้งจะเรียนรู้สามารถแยกตนเองจากครอบครัวเดิม เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมบรรพบุรุษว่าสามารถส่งผลต่อตนเองและครอบครัว ตลอดจนสามารถจัดการกับการหลอมรวมทางอารมณ์ภายในครอบครัวที่เกิดขึ้นได้ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความเป็นตัวของตัวเองและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีระบบครอบครัว ซึ่งได้แก่

1. การสัมภาษณ์เพื่อประเมินครอบครัวในด้านความคิด ความสัมพันธ์ ความผูกพันระหว่างสมาชิกครอบครัว
2. การทำแผนที่ครอบครัว (Family Genogram)
3. การกินสู่เหย้า (Going Home Again)
4. การจัดการกับสามเหลี่ยมสัมพันธ์ หรือการทำให้สามเหลี่ยมสัมพันธ์ลดลง (Detriangulation)
5. การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว(Person to Person Relationship)
6. การเผชิญหน้า (Confrontation)

ขั้นสรุป

ขั้นตอนที่เกิดขึ้นเมื่อสภาพปัญหาในครอบครัวได้รับการแก้ไขหรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น ครอบครัวมีความพึงพอใจเข้าใจพฤติกรรม-การกระทำของตนเองและครอบครัวมากขึ้น ในระยะนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะวางแผนร่วมกันกับครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงการยุติการให้คำปรึกษาโดยลดความถี่ของการพบกันลงและการยุติควรประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผนการยุติการให้คำปรึกษา

2. การสรุปผลการให้คำปรึกษา

3. การอภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว

4. การหาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้ปัญหา กลับคืนมาอีกในอนาคตและติดตามผล

การให้คำปรึกษาอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้การให้คำปรึกษาจะยุติไปแล้ว

ครอบครัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยกันสรุปและทำความเข้าใจในสิ่งที่อภิปรายหรือหาวิธีช่วยเหลือกันได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละครอบครัวทราบแนวทางออกที่จะจัดการและปฏิบัติต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัว

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ได้ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีพอควรส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ($r = .44, p < .001$)

กรรวิภากร หงส์งาม (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ดูแลเด็กที่มีอายุ 2 ½ - 7 ปี และมารับบริการที่ฝ่ายบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเด็กพิการและครอบครัว สถาบันราชภัฏสวนดุสิต จำนวน 20 คน ใช้วิธีจับสลากกลุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เพียงอย่างเดียววิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดด้วยสถิติทดสอบที ($t - test$)

อมราวดี ณ อุบล (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นที่มีลักษณะครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน พบว่านักเรียนวัยรุ่นที่มี

สัมพันธภาพในครอบครัวดี (ลักษณะของครอบครัวเข้มแข็ง) มีสุขภาพจิตดีกว่า นักเรียนวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

สาวตรี พิริยะสถิตย์ (2544, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวของนักศึกษาทางไกล ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในภูมิภาคตะวันตกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวอยู่ในระดับมาก และพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษา

ศิริชัย หงษ์สงวนศรี และคณะ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินคือ พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการปรับพฤติกรรมในครอบครัวให้สนับสนุนการรักษาโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

รัตนดนา อัญญ (2545) ได้ศึกษาความเข้มแข็งของตน และความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีความเข้มแข็งของตนอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

นิภา นิยมไทย (2545) ทำการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัวและความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลเหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกของสมาชิก ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียดของครอบครัวของแมคคัมบีนและคณะเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจำนวน 120 ราย เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปและอยู่ห่างจากเขตเมือง ภายใน 50 กิโลเมตร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สงขลา นครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผาสุกของสมาชิก ในครอบครัว แบบสอบถาม

ความเข้มแข็งของครอบครัว และแบบสอบถามเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลรับรู้เหตุการณ์ และการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ในระดับปาน กลาง ความผาสุก ของสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี ความผาสุกของสมาชิก ครอบครัว ที่ให้การดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับเหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ($r = -.494, p < .001$)

นัฐกานต์ จิตต์สงวน (2546, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยด้านปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้าง ครอบครัวไทยให้เข้มแข็ง พบว่า การเสริมสร้างครอบครัวไทยให้เข้มแข็งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือปัจจัยด้านปฏิบัติการ 6 ด้าน ได้แก่

1. การปฏิบัติ “หน้าที่ของครอบครัวเพื่อครอบครัว”
2. การปฏิบัติ “การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ครอบครัว”
3. การปฏิบัติ “การให้และแสดงความรักความผูกพันที่ดีในครอบครัว”
4. การปฏิบัติ “การแบ่งเวลาเพื่อครอบครัวและใช้เวลาเพื่อการทำกิจกรรมร่วมกัน”
5. การปฏิบัติที่ดีของสมาชิกในครอบครัวเมื่อครอบครัวต้องเผชิญปัญหา หรือ วิกฤตการณ์และความเครียด
6. การปฏิบัติ “การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและกันภายในครอบครัวและต่อสังคม ภายนอก”

จุฬาลักษณ์ ศรีคงอยู่ (2546) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนใน ศูนย์เยาวชนตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในส่วนความเข้มแข็งของครอบครัวของ เยาวชน พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ในระดับมาก และความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของเยาวชน

สิรินทร์ทิพย์ มากบุญ (2546) ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับ ดีพอควร สถานภาพสมรสของบิดามารดาแตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัวแตกต่างกัน โดยพบว่า ครอบครัวที่บิดาเสียชีวิตจะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัวสูงกว่าบิดามารดาหย่าร้างและแยกกันอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวที่บิดามารดา ยังอยู่ร่วมกันมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่าครอบครัวที่บิดามารดาแยกกัน อยู่และหย่าร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 25,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยความสัมพันธ์ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับการปรับตัว มีความสัมพันธ์กันทางบวกหมายความว่า ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ของ

ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้ดื้อยอมทำให้สมาชิกมีการปรับตัวได้ดี ทั้งการปรับตัวเองและการปรับตัวทางสังคม

พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงประนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี มีภาระเชิงประนัยในการดูแลความเข้มแข็งของครอบครัวความผาสุกทางใจในระดับปานกลางและมีความหวังในระดับค่อนข้างมาก เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเข้มแข็งของครอบครัวและความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาระเชิงประนัยในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) ศึกษาการปรับตัวของครอบครัว เมื่อสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ พบว่า เหตุการณ์ที่สมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงนั้น มีความรุนแรงต่อครอบครัวระดับมาก แม้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นภาวะวิกฤตและครอบครัวก็มีการรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง แต่การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างมากมายของครอบครัวอีสาน ทำให้ปริมาณภาวะวิกฤตไม่มากประกอบกับการมีทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ครอบครัวอีสานมีโอกาสที่จะปรับตัวได้ดี

วันชัย ธรรมสังการ, กานดา จันทร์เข้ม และเนตรนภิส จันทวัฒน์ (2547) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดหาและสารเสพติด โดยเน้นบทบาทของครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลิกภาพส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้คิดหาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัดของศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคใต้ จำนวน 30 คนผลการวิจัยพบว่า จุดเริ่มต้นของการทดลองเสพติดคือ สภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ ครอบครัวที่บิดา มารดาทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ ครอบครัวที่มีปัญหาหย่าร้าง ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาหรือทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต ครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีเวลาดูแลอบรมสั่งสอนลูกอันเนื่องมาจากหน้าที่การทำงานหรือปัญหาเศรษฐกิจ รวมถึงครอบครัวที่ถูกรู้สึกว่าบิดามารดารักลูกไม่เท่ากัน ทั้งนี้ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุจากบิดามากกว่ามารดา และส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาครอบครัวจะเป็นช่วงที่ลูกอยู่ในวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้คือ ทุกคน ทุกครอบครัว และสังคมควรให้ความสนใจสถาบันครอบครัวมากขึ้น และควรมีการส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวเข้มแข็งยิ่งขึ้น

สุนมมาลย์ พิพัฒน์นวร (2547) ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 120 ราย พบว่า การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ดี โดยมีการปรับตัวทางด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือด้านร่างกายและด้านสังคมตามลำดับ บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพภายในครอบครัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

สุธิสา เต็มทับ, สุดสิริ หิรัญขุนหะ และอังศุมา อภิชาโต (2548) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีได้ร้อยละ 42.7 ($R^2 = 42.7, p < .01$)

ณัฐกานต์ เพ็ชรศรี (2548) ศึกษาความเข้มแข็งในครอบครัวของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งในครอบครัว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา ความแตกต่างด้านอายุของคู่สมรส อาชีพ และภูมิหลังของครอบครัวเดิม และเมื่อจำแนกจำแนกตามรายได้ของครอบครัว ประเภทของครอบครัว และจำนวนบุตร และเพื่อเปรียบเทียบเชิงคุณภาพระหว่างครอบครัวที่มีคะแนนความเข้มแข็งในครอบครัวสูง และครอบครัวที่มีคะแนนความเข้มแข็งในครอบครัวต่ำ เกี่ยวกับความเข้มแข็งในครอบครัว และความไร้สมรรถนะของครอบครัว พบว่า ระดับความเข้มแข็งของครอบครัวนักเรียนมีระดับดีมาก ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของมารดามีด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ และภูมิหลังครอบครัวที่แตกต่างกัน จะส่งผลทำให้มีระดับความเข้มแข็งครอบครัวที่แตกต่างกัน ปัจจัยด้านอื่นไม่แตกต่างกัน

ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2548) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย พบว่า ตัวแปรเชิงเหตุทั้งหมดคือ

1. ความเครียด
2. สุขภาพจิตของครอบครัว
3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. การติดต่อสื่อสารในครอบครัว

5. ค่านิยมของครอบครัว

6. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ตัวแปรเชิงเหตุทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 41 ($R^2 = .41$) และยังพบว่า การติดต่อสื่อสารในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวมากที่สุด

ทิพย์วัลย์ สุรินชา (2548) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวไทย เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งของครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวที่แตกต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และความเข้มแข็งของครอบครัว และ ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความเข้มแข็งของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่

1. รายได้ครอบครัวต่อครัวเรือน จำนวนบุตร สภาพการเงินของครอบครัว ลักษณะบ้าน สภาพแวดล้อมทางกายภาพรอบบ้าน และเครื่องใช้อำนวยความสะดวก มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนของสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งของครอบครัวที่ดีที่สุด รองลงมาคือ สภาพการเงินของครอบครัว สุขภาพจิตของครอบครัว และการสนับสนุนด้านสิ่งของตามลำดับ โดยปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำนายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 41.8 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เบญจมาภรณ์ รุ่งสาธ (2548, บทคัดย่อ) การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 15 ครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งมารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลไทรน้อย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และแบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของ

แบบสอบถามความคุ้มค่าด้วย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired *t* - test)

สาริณี โต๊ะทอง (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด การให้คำปรึกษารอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของมินูชินร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของลู่กัน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิลาสินี คุชฎีเสนีย์ (2549, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิกุล เจริญสุข (2549, บทคัดย่อ) ได้บรรยายประสบการณ์มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของครอบครัว ถึงการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวคือ ความรักความผูกพัน เป็นหน้าที่รับผิดชอบและเป็นการตอบแทนบุญคุณ ปัจจัยที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมในการดูแลคือ ปัจจัยด้านครอบครัวคือ การต้องหารายได้ ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้เข้ามามีส่วนร่วมน้อย ความกังวลใจในเรื่องมือไม้กล้าแตะปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่และนโยบายการเยี่ยม

งานวิจัยในต่างประเทศ

Cho (1998) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดทางสมอง พบว่าระดับสัมพันธภาพ สภาวะเครียด การระบุปัญหาและความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีประโยชน์ในการกำหนดการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

Friesen (1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนากับความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่า การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การไปโบสถ์ การร่วมกันสวดมนต์ สามารถช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นหนทางที่จะช่วยให้ครอบครัวเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ความสูญเสีย อย่างเข้มแข็งถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่คนหนึ่งได้ดี

Leske and Jiricka (1998) ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัว ความเข้มแข็งครอบครัว และ ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวภายหลังการบาดเจ็บที่รุนแรง พบว่า ครอบครัวที่ต้องการการช่วยเหลือสูงมีระดับความเข้มแข็งของครอบครัวที่ต่ำ และความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีการปรับตัว ความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี

Greeff and Le Roux (1999) สำรวจความคิดเห็นต่อความเข้มแข็งของครอบครัว จำนวน 40 ครอบครัว และ วัยรุ่น 20 คน โดยการทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ใน 6 องค์ประกอบ คือ การทำตามข้อตกลง การให้คุณค่าต่อกัน การใช้เวลาร่วมกัน การสื่อสารทางบวก การให้คุณค่าทางจิตวิญญาณ และการจัดการปัญหา พบว่าครอบครัวและวัยรุ่นมองว่า การทำตามข้อตกลง การจัดการปัญหา และการใช้เวลาร่วมกัน คือลักษณะครอบครัวเข้มแข็ง และพบว่า การใช้เวลาร่วมกันและการให้คุณค่าต่อกันมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งครอบครัวมากที่สุด

Sitnner, Hudson and Defrain (2007) ได้นำเอาแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว มาประยุกต์ในใช้ทางการพยาบาลแม่และเด็ก 6 ด้านดังนี้ การทำตามข้อตกลง(Commitment) การคำนึงถึงความรู้สึกระหว่างสมาชิก(Appreciation and Affection) การสื่อสารทางบวก (Positive Communication) การใช้เวลาร่วมกัน (Time Together) การให้ความสำคัญในด้านจิตวิญญาณ คุณธรรม (A Sense of Spiritual Well Being) ความสามารถในการจัดการปัญหาและภาวะวิกฤตในครอบครัว (Ability Cope with Stress and Crisis) พบว่าสามารถช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของครอบครัวได้

Guzman, Hampden - Thompson and Lippman (2003) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวและความสำเร็จทางการศึกษา เป็นการศึกษาความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ที่มีความแตกต่างกันในหลายเชื้อชาติ วัฒนธรรม 17 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลจากแบบประเมินเด็กต่างชาติ (Program for International Student Assessment (PISA) พบว่าการสื่อสารในสังคมไม่มีผลต่อความสำเร็จทางการศึกษา แต่ระดับการยึดมั่นในประเพณี วัฒนธรรมของตนมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จทางการศึกษา

Wheeler (2008) ได้ทำการศึกษา 6 องค์ประกอบของความเข้มแข็งครอบครัวว่ามีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรสมากน้อยเพียงใด องค์ประกอบนั้นคือ การให้เกียรติกัน ความสม่ำเสมอ ความก้าวหน้า สื่อสาร การแสดงออกที่เปิดเผย และการใช้เวลาร่วมกัน โดยสอบถามกับ คู่สมรส ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ภายใต้สมมติฐานที่ว่าระดับความเข้มแข็งครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรส ซึ่งผลของการศึกษาพบว่าระดับความเข้มแข็งครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Kashani, Suarez, Jones and Reid (1997) ได้ทำการเปรียบเทียบลักษณะครอบครัวผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่รับไว้ในโรงพยาบาล ทำการวัดโดยการให้เขียนรายงานครอบครัวตนเอง, ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว, ระดับความเข้มแข็งของครอบครัว และการได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าครอบครัวเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าขาดการกล่าวชื่นชม ให้คุณค่าแก่เด็กและมีความสามารถในการปรับตัวน้อยกว่าครอบครัวเด็กที่มีภาวะวิตกกังวล เด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะพึงพอใจในสังคมน้อยกว่าเด็กที่มีภาวะวิตกกังวล สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลสามารถบอกได้ถึงลักษณะเฉพาะของครอบครัวผู้ป่วย

จากผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศจะเห็นว่าความเข้มแข็งของครอบครัวมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่มสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวได้ใช้ศักยภาพภายในครอบครัวตนเองในการบริหารจัดการสภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้และมีความยั่งยืนต่อไป