

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา
2. ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัว
4. รูปแบบในการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว
5. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM)

แนวคิดเกี่ยวกับการติดสุรา

การดื่มและการติดสุรานั้นกลายเป็นโรคที่มีผลมาจากสาเหตุซับซ้อนมากมาย ไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งสามารถอธิบายการเกิดโรคได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งจากการทบทวนตำราเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆ พอสรุปแนวคิดที่เป็นสาเหตุของการติดสุราได้ดังนี้

แนวคิดทางจิตวิทยา (Psychological Model) เชื่อว่าการติดสุรามีผลมาจากความกังวลลึกๆ ที่มีอยู่รอบๆ ความขัดแย้ง การที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงในใจและกดดันความรู้สึกเอาไว้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ดื่มสุรา หรืออาจเกิดจากการต้องการลดสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เช่น ความก้าวร้าว ความตึงเครียดความรู้สึกซึมเศร้า ซึ่งบุคลิกภาพของผู้ที่ติดสุราจะมีลักษณะปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกเป็นบาป รู้สึกไร้ค่า (Donald et al., 1996) นอกจากนี้แล้วผู้ที่มีความพิการทางร่างกายมีการใช้สุราเนื่องจาก รู้สึกคับข้องใจและโกรธที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ได้รับการยกย่องจากสังคม ทำให้รู้สึกเกลียดตัวเอง ขาดแรงจูงใจ รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และมีอารมณ์ซึมเศร้า (Watt, 1984 cited in France, & Franklin, 1986) จากการทบทวนการศึกษาวัยรุ่นที่ใช้สุราในทางที่ผิด พบว่า หลายคนไม่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตได้ จึงดื่มสุราเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การดื่มสุราทำให้พวกเขารู้สึกผ่อนคลายลดความเครียด ลดความวิตกกังวลลงได้และวัยรุ่นที่มีความรู้สึกว่าพ่อแม่ไม่รัก จะหันมาดื่มสุราเพื่อเรียกร้องความสนใจ เพราะการดื่มสุราทำให้พวกเขารู้สึกโตเป็นผู้ใหญ่ขึ้น มีความสำคัญและได้รับความสนใจ (Varley, 1994) นอกจากนี้

บุคลิกภาพที่พบเหมือน ๆ กันในบุคคลที่ติดสุรา คือ จะมีความทนทานต่อความไม่สมหวังต่ำ ความไม่สมหวังเป็นสาเหตุของการที่ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งบ่อยครั้งจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่การดื่มสุราต่อไป (Goodner, 1994)

แนวคิดทางสังคม (Social Model) เชื่อว่าการติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม แรงกดดันจากสังคม การเลี้ยงดู วัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา การไม่มีงานประจำ ภาวะยากจน ความขัดแย้งของคู่สามีภรรยา ความเครียดจากงาน เด็กมีการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ หรือการทำตัวให้เหมือนกับกลุ่มสุราในภายหลังมีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน เช่น บิดามารดาของคนที่ยึดสุราและคนอื่นเป็นต้น ประสบการณ์ทางสังคมเหล่านี้ จะเป็นรูปแบบที่สอนให้เด็กเห็นว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องไม่ผิด จากการศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพสุราของสตรี ของอัสตา จันทรแสนดอ (2541) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้สตรีเริ่มเสพสุราได้แก่ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก การมีแบบอย่างจากครอบครัวในการเสพติดสุรา เช่นเดียวกับการศึกษาของแชสซิน และคณะ (Chassin et al., 1991 อ้างถึงใน เอี่ยมเดือน เนตรนวม, 2541) ซึ่งศึกษาพบว่าเด็กที่บิดามารดาติดสุราจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่การดื่มสุรา และบุตรของผู้ที่ติดสุราที่เป็นชายมีโอกาสจะโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่ติดสุราหรือใช้สุราในการแก้ไขปัญหามากกว่าบุตรของผู้ที่บิดามารดาไม่ได้ติดสุรา และจากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับ เชื้อชาติ สัญชาติ ประเพณี ค่านิยม จากการศึกษาของภานุพงศ์ จิตะสมบัติ (2535) พบว่าประชาชนมีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราในอัตราสูง และพบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ในปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวนั้นพบว่า กลุ่มที่มีเศรษฐานะสูงมีโอกาสดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ เนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ปริมาณการดื่มจะไม่มาก ในขณะที่กลุ่มคนที่มีเศรษฐานะต่ำ มักดื่มสุราในปริมาณที่มากจนติดสุราเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและมีอาการทางจิต การดื่มสุราเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและประเพณีซึ่งจะมีข้อกำหนดในเรื่องสุราที่แตกต่างกันไปมีผลต่ออัตราเสี่ยงต่อการติดสุราที่แตกต่างกัน (วัชรชัย ฤกษ์ประกรกิจ และพันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ, 2536) โดยมีการศึกษา พบว่า ศาสนาและข้อกำหนดของศาสนาเป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรมที่มีผลต่อ พฤติกรรมและปริมาณการดื่มสุราในแต่ละบุคคล โดยประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนา อิสลาม อาทิ ประเทศซาอุดีอาระเบีย จะมีอัตราการเสพสุราต่ำและมีปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราน้อยกว่าประเทศอื่น ส่วนประเทศที่นิยมการดื่มสุราในสังคม เช่น ประเทศฝรั่งเศส พบว่าประชาชนมีปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราในอัตราที่สูง (Sullivan, 1995) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนั้นมีการศึกษาของอัสตา จันทรแสนดอ (2541) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการดื่มสุรา

ได้แก่ มีร้านขายสุราในชุมชน มีเพื่อนชักชวนให้ดื่มสุรา หรือมีการดื่มสุราร่วมกันทุกวัน ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการติดสุรา

แนวคิดทางชีวภาพ (Biological Model) แนวคิดนี้กล่าวถึงปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราและติดสุรา ปัจจัยแรกคือ พันธุกรรม พบว่า บุตรที่บิดามารดาติดสุราจะมีอัตราเสี่ยงต่อการติดสุราเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ พันธศักดิ์ วรอาศวปติ, 2536) ซึ่งจากการศึกษาความก้าวหน้าของงานวิจัยเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพิษสุราเรื้อรังของบุคคลในครอบครัวที่พ่อแม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะสูงกว่าครอบครัวที่พ่อแม่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 3-5 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาประวัติของฝาแฝดในครอบครัวของผู้ที่ติดสุรา (Wedding, 1999) พบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กับการเสพติดสุรามากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบุตรของผู้ที่บิดามารดาติดสุราและบุตรของผู้ที่บิดามารดาไม่ติดสุรา โดยแยกบุตรของบิดามารดาติดสุราไปให้ครอบครัวที่ไม่ติดสุราเลี้ยงตั้งแต่เด็ก พบว่าบุตรของครอบครัวที่มีบิดามารดาติดสุรา มีอัตราการติดสุราสูงกว่าบุตรของครอบครัวที่บิดามารดาไม่ติดสุราถึง 3 เท่า เช่นกัน (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2541) ส่วนปัจจัยที่สองที่มีผลต่อการดื่มสุราและติดสุรา คือ ปัจจัยทางด้านเคมี และการทำงานของสมอง โดยยานางส์ จิตะสมบัติ (2535) พบว่าการดื่มสุรามากของบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุรายังอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณเวนนทรีล เท็กเมนทัล เอเรีย (Ventral Tegmental Area) ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วนนิวเคลียส แอ็กคัมเบนส์ (Nucleus Accumbens) บริเวณดังกล่าวนี้มีชื่อว่าเบรนรีวอร์ด ซิสเต็ม (Brain Reward System) ซึ่งในบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่สำคัญคือ เอ็นโดจีนีเยส โอปิออย (Endogenous Opioil) และ โดปามีน (Dopamine) โดยสารทั้งสองจะกระตุ้น โดยแอลกอฮอล์ ดังนั้นสาเหตุการติดสุรานั้นจะเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท นอกจากนี้แล้วการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดสุรา (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการติดสุราซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติของการดื่มสุรานั้นสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดหลัก 3 แนวคิด และสรุปปัจจัยได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ด้านสังคม และทางด้านชีวภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันจนไม่สามารถจะบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดสุราได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามมักจะพบว่า ผู้ที่ติดสุรานั้นในระยะแรกมักดื่มสุราเพื่อการเข้าสังคม ลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาในชีวิตประจำวัน หรือประสบกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต จากการศึกษาของอัสดา จันทรแสนตอ (2541) พบว่า การประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น การคิดสารเสพติด การเสียชีวิตและการสูญเสีย

การหย่าร้าง การถูกล่วงละเมิด เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุราต่อมาจากกระทั่งติดสุรา เนื่องจากภาวะวิกฤตก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ บุคคลต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น จึงหันไปดื่มสุราเพื่อลดความเครียด และเพื่อให้ตนเองสามารถอยู่กับปัญหานั้นได้ จึงก่อให้เกิดภาวะพึ่งสุราหลังจากนั้นก็จะเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่มจนในที่สุดก็นำไปสู่การติดสุรา

จะเห็นได้ว่าการเสพสุราเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการติดสุราผู้ที่ติดสุรามักจะปฏิเสธการติดสุราและไม่ยอมเข้ารับการรักษามากกว่าจะเกิดปัญหาที่รุนแรงกับตนเอง เช่น เกิดโรคแทรกซ้อนทางกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุดดื่มสุราระยะหนึ่ง ทำให้เกิดอาการทางจิตจากการหยุดดื่มสุรา เช่น หนาวสั่น หงุดหงิด วิตกกังวล ผู้ป่วยถึงจะเข้ารับการรักษาก็ในโรงพยาบาลและเมื่ออาการเจ็บป่วยดีขึ้นหรือเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยจะกลับไปดื่มสุราซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตจากสุราทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและสังคม

การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา

ผู้ติดสุราเมื่อได้รับการรักษาจนหายดีแล้ว จำนวนหนึ่งจะกลับไปดื่มสุราอีกและทำให้เกิดอาการของโรคกำเริบขึ้นได้ โดยทั่วไปผู้ที่มีความตั้งใจสูงและมีวิธีการกับปัญหาได้จึงจะสามารถเลิกดื่มสุราได้ด้วยตนเอง โอกาสที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำมีน้อย แต่ผู้ที่ไม่สามารถหักห้ามใจตนเองได้จะมีโอกาสกลับไปดื่มสุราสูง

ตามหลักพุทธศาสนา (จรรยา สุทธิญาณ, 2535) ได้กล่าวถึงแนวทางปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราไว้ดังนี้

1. ดำรงตนอยู่ในศีล คือ สิ่งไม่ควรละเว้น ถ้าพุทธศาสนิกชน สมาทานศีลด้วยเจตนาที่แน่วแน่ตามหลักพุทธศาสนาแท้ ๆ จะเป็นอิสระจากการบังคับบัญชาของสุราทันทีที่ละนั้น เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ตนเองปลอดภัยจากสุรา ควรสมาทานศีลทุกวันเพื่อให้ตกย้ำลงไปจิตใจสำนึกจนกระทั่งแปรสภาพเป็นลักษณะนิสัยที่เห็นพิษภัยของสุราแล้ว เลิก ละ ได้อย่างถาวร
2. มีจิตใจมั่นคงไม่หวั่นไหวต่อกิเลส จิตที่มีสมาธิมั่นคงไม่หวั่นไหวกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบแต่รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองจะมีสติคอยควบคุมตลอดเวลา ซึ่งเหมาะแก่การนำมาใช้ในการแก้ปัญหาทั้งทางกายและจิตเมื่อพุทธศาสนิกชนรู้สึกไม่ปกติทางจิตใจอย่ารีบด่วนดับความรู้สึกด้วยการดื่มสุรา จงดำรงสติให้มั่นด้วยการปฏิบัติสมาธิและเพิ่มพูนสติให้แก่ตนเอง เมื่อจิตใจสงบนำความสุขมาให้แก่ชีวิตได้จริงแล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้สุรามารับเป็นปัจจัยแห่งความสุขอีกต่อไปสิ่งสำคัญของการหยุดดื่มสุราอยู่ที่ใจ ถ้าใจสงบเยือกเย็น แข็งแกร่งมั่นคง การหยุดดื่มสุราจะทำได้ง่าย
3. ใช้ปัญญาแยกแยะสิ่งให้ทุกข์ให้โทษ ปัญญา หมายถึง การรู้แจ้งประจักษ์ในสิ่งต่าง ๆ อย่างเช่น สามารถแยกคุณ แยกโทษออกมาได้ สิ่งใดเป็นโทษก็หลีกเลี่ยง ละ เลิก ไม่ปฏิบัติอีกต่อไป

สิ่งใด ที่มีคุณค่าก็ตั้งใจปฏิบัติอย่างจริงจัง เพิ่มขึ้นให้มากขึ้น การใช้ปัญญาในการ ลด ละ สุรา หมายถึง ใช้การรู้แจ้งประจักษ์มาเป็นเครื่องมือ เมื่อใดที่จิตใจอยากดื่มสุราให้ใช้ปัญญาพิจารณาถึง คุณและโทษของสุรา หากพบว่ามีโทษมากกว่าคุณ ให้บอกตนเองว่ามีโทษมากกว่าแล้วตัดสนใจเลิก ดื่มทันที หากยังมองเห็นคุณมากกว่าโทษ ต้องทบทวนหลาย ๆ ครั้งจนเห็นความจริงว่า สุรามีพิษต่อ ชีวิตก็ไม่มีเหตุผลที่จะต้องดื่มสุราอีกต่อไป

ดังนั้นการที่จะช่วยให้เลิกดื่มสุราได้นั้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ศีล สมาธิ ปัญญา พร้อม ๆ กันให้สม่ำเสมอ จะเป็นเกราะป้องกันการดื่มสุราได้ตลอดไป

นอกจากแนวทางพุทธศาสนาแล้ว ยังมีแนวทางอื่นในการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ดังนี้

1. การยอมรับว่าตนเองติดสุราและยอมรับว่าการติดสุรา เป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็น อันตรายถึงชีวิตและเกิดผลกระทบต่อบุคคลอื่น สังคม เศรษฐกิจตามมา ถ้าหยุดดื่มสุราโดย เด็ดขาดร่างกายจะกลับคืนสู่สภาพปกติและมีชีวิตในสังคมได้ตามปกติ
2. มีความตั้งใจที่แน่วแน่ในการเลิกดื่มสุรา เนื่องจากผู้ติดสุราที่ดื่มสุรามานานหลายปีจะ เลิกดื่มสุราได้ยาก เพราะเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงจะมีอาการขาดสุราเช่น ซึมเศร้าตื่นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ประสาทหลอน แผลภาพผิด ชัก เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต ได้ (त्मภพ เรื่องตระกูล, 2543) และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุราและบุคลิกภาพของผู้ ที่ติดสุราเองทำให้เลิกดื่มได้ยาก ดังนั้นผู้ที่ติดสุราที่ต้องการเลิกดื่มสุราจะต้องมีจิตใจที่แน่วแน่มั่นคง ในระหว่างการเลิกดื่มสุราจึงจะประสบความสำเร็จ
3. ดำรงสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดื่มสุราซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ของ อารมณ์ความรู้สึก สถานที่เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการดื่มสุรา เพื่อนที่เคยดื่มด้วยกัน การมีเงิน หลังเลิกงานหรือมี ความเครียดเป็นต้น (นฤมล อารยะพิพัฒน์, 2544) และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุให้ดื่มสุรา เช่น หลีกเลี่ยงกลุ่มเพื่อนที่ดื่มสุรา มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เป็นต้น
4. ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการกับสิ่งกระตุ้น รู้เท่าทันความทึดขงตน ความรู้สึกอยากดื่มและมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้น เช่น การอาบน้ำ ดื่มน้ำผลไม้ รับประทานอาหารที่ ย่อยง่ายหรือขนมหวาน เมื่อมีความรู้สึกอยากดื่มสุรา
5. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้ ถูกต้อง อาจทำได้โดยหากิจกรรมใหม่ ๆ ที่น่าสนใจทำในขณะที่รู้สึกเบื่อหน่าย ทำตนเองให้ผ่อนคลายมากที่สุดเช่น การพักผ่อน การอ่านหนังสือ การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การออกกำลังกาย จะช่วย ให้เกิดความสดชื่น ความพึงพอใจและมีความสุข (นฤมล อารยะพิพัฒน์, 2544)

6. รู้จักบริหารจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมเช่น การพูดคุยกับเพื่อนสนิท หรือผู้ที่ให้คำปรึกษาได้ หากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เนื่องจากความเครียด เป็นสาเหตุหนึ่งของการดื่มสุรา (นฤมล อารยะพิพัฒน์, 2544)

7. มีแนวทางเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้ในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ไม่ใช่อารมณ์ มีวิจาร์ณญาณและแก้ปัญหาที่สาเหตุ (ปราณี ภาณุมาศ และปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, 2542)

8. สามารถปฏิเสธตนเองและผู้อื่นได้โดยใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น ไม่คบเพื่อนที่ดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือเข้าไปในแหล่งที่มีสุรา ปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยเหลือวงจรการดื่มสุราได้ (ปราณี ภาณุมาศ และปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, 2542; นฤมล อารยะพิพัฒน์, 2544)

9. การบริหารจัดการ พิจารณาตนเองโดยสำรวจร่างกายและจิตใจในปัจจุบันว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้างและฝึกการทำจิตใจให้สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ก่อให้เกิดสติปัญญาระลึกได้ถึงโทษพิษภัยของสุราตลอดเวลา (ปราณี ภาณุมาศและปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, 2542)

10. การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self Help Group) หรือกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholic Anonymous Group) เพื่อให้ผู้ติดสุรามีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างเลิกดื่มสุรา เพื่อให้เกิดพลังใจในการดำเนินชีวิตและสามารถเลิกดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง (นฤมล อารยะพิพัฒน์, 2544)

11. ควรพบแพทย์เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อไม่สามารถปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราได้ด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน และจะประสบผลสำเร็จได้นั้นขึ้นกับผู้ติดสุราเป็นสำคัญ โดยเริ่มจากการตั้งใจจริงที่จะเลิกดื่มสุรา จากนั้นจะต้องมีความอดทนที่จะฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการหยุดดื่มสุรา นอกจากนี้ครอบครัวมีความสำคัญที่ช่วยเป็นกำลังใจให้กับผู้ติดสุราในการที่จะฟันฝ่าอุปสรรค

ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อการทำหน้าที่ครอบครัว

ครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มสุราเป็นประจำ จะมีผลกระทบทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว การติดสุรายังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง (Grant & Johnson, 2001) เด็กขาดความอบอุ่นไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเท่าที่ควร มีปัญหาความรุนแรงเกิดขึ้นในครอบครัว รบกวนบทบาทและการทำหน้าที่ของครอบครัว การสื่อสารใน

ครอบครัวบกพร่อง เกิดปัญหาความขัดแย้งและทะเลาะวิวาท ครอบครัวแตกแยกและเกิดปัญหาหย่าร้างตามมา (WHO, 1996; Ruth & Judith, 2000; Rossow, 2000; Lindeman, Hawks, & Bartek cited in Frisch, & Frisch, 2002) ทรัพยากรต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจในครอบครัว (Green & Ottoson, 1994) ครอบครัวจะต้องขาดหรือสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ดื่มสุรามีความสามารถในการทำงานลดลง (สุวิทย์ โพธิราช, 2542; Michael, Denis, Richard, & Phillip, 1996) ทำให้ต้องขาดงานในการดื่มสุราเป็นประจำนั้นผู้ดื่มสุราจะต้องเสียเงินซื้อสุรามาดื่มมากขึ้นทำให้กลายเป็นปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเนื่องจากการทะเลาะเบาะแว้งมากขึ้น ทรัพยากรต้องปรับตัวตอบสนองบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ทำให้รู้สึกคับข้องใจในบทบาท (ปณินท์ สกุลทอง, 2531) เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kelly & Murusia, 2003; Grant & Johnson, 2001)

จากผลการศึกษาของสุมีทณา แก้วมา (2545) ศึกษาลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีดื่มสุราก่อตัวอย่างเป็นทหารและครอบครัวของทหารในค่ายหนึ่งจำนวน 168 ครอบครัว แบ่งเป็นครอบครัวที่สามีติดสุรา จำนวน 123 ครอบครัว และครอบครัวที่สามีไม่ติดสุราจำนวน 45 ครอบครัว พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดสุราและไม่ติดสุราแตกต่างกัน คือ ครอบครัวที่มีสามีติดสุรามีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแสดงบทบาท ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปได้น้อยกว่าครอบครัวที่สามีไม่ติดสุรา

จาค็อบ ครานน์และลีโอนาร์ด (Jacob, Krahn & Leonard, 1991) และแมคเคย์, แมสโต และคณะ (McKay, Maisto et al., 1993) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ติดสุรา พบว่าความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุราทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ครอบครัวแตกแยกและหย่าร้าง เกิดความไม่แน่ใจในบทบาทและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเกิดขึ้น (Whipple, Fitzgerald & Zucker, 1995 cited in Lindeman, Hawks, & Bartek, 1999) แกรนท์ และจอห์นสัน (Grant & Johnson, 2001) เปรียบเทียบลักษณะครอบครัวที่ไม่ติดสุรากับครอบครัวที่ติดสุราพบว่าครอบครัวที่ติดสุรามีความขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้น ความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง มีปัญหาด้านการแก้ไขปัญหาและการสื่อสารในครอบครัว

มิลเลอร์และคาบาคอฟ (Miller & Kabacoff, 1986) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้ Family Assessment Device (FAD) ประเมินการทำหน้าที่ในครอบครัว พบว่า ครอบครัว

ของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าครอบครัวทั่วไป โดยเฉพาะในการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์

นอกจากนี้ เมคเคย์, ไมสโต และคณะ (McKay, Maisto et al., 1993) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวระหว่างผู้ที่ติดสุรา และคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ติดสุรา รวมทั้งคู่สมรสจำนวน 80 คู่ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งประเมินการทำหน้าที่ในครอบครัวอย่างสมบูรณ์โดยใช้ Family Assessment Device (FAD) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้ที่ติดสุราและคู่สมรสนั้นเห็นด้วยในระดับปานกลางทั้งในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การแก้ไข ปัญหา บทบาท และการทำหน้าที่ทั่ว ๆ ไป แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีจำนวนน้อยที่รับรู้ไม่เห็นด้วยในด้านการควบคุมพฤติกรรมและความผูกพันทางอารมณ์ นอกจากนี้ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าทั้งผู้ที่ติดสุราและคู่สมรสต่างก็เห็นด้วยกับการที่สมาชิกในครอบครัวมีการทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน ตลอดจนการกำหนดขอบเขตในครอบครัวให้ชัดเจนนั้นจะเกิดผลดีต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างไร ซึ่งจะนำไปสู่การพิจารณาเพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ที่ติดสุรา

ผลการศึกษาวิจัยในผู้ที่ติดสุราพบอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในครอบครัวประมาณร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 57 (Roizen, 1999 cited in Naegle & D'Avanzo, 2001) ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อบุตร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีผู้ติดสุรา พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่มีผู้ติดสุราเรื้อรังจะเป็นเด็กที่ขาดความอบอุ่น ขาดความเข้าใจ และความไว้วางใจ ขาดการยอมรับนับถือและขาดความมีน้ำใจต่อบุคคลอื่นมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีผู้ติดสุรา (Scavnick, 2000 cited in Frisch & Frisch, 2002) นอกจากนี้การดื่มสุราเป็นประจำยังทำให้ผู้ที่ดื่มขาดความรับผิดชอบในครอบครัวและเป็นตัวอย่างในการเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุราส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น เด็กที่มีบิดามารดาเป็นโรคพิษสุรามักจะมีความรู้สึกอาย กลัว โกรธ และมีความรู้สึกที่ร้าวเทว ตัวบิดามารดาที่ติดสุราเองก็ไม่ยอมรับสภาพและยังสร้างความไม่สงบในครอบครัว ไม่รู้จักการให้และรับความรักจากผู้อื่น นอกจากนี้เด็กมักจะมีปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวและคนภายนอกครอบครัว มีปัญหาในการเรียน เด็กส่วนมากรู้สึกว่าเขาไม่เป็นที่ยอมรับของพ่อแม่ ประมาณ 2 ใน 3 ของเด็กเหล่านี้จะรู้สึกโกรธและไม่เป็นมิตรกับพ่อแม่ อีกทั้งยังมีลักษณะของการขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ฮันท์ (Hunt, 1982) กล่าวว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมส่วนใหญ่ มาจากครอบครัวที่มีปัญหา โดยเฉพาะในครอบครัวที่บิดามารดาดื่มสุราจะพบการทารุณกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศสูงกว่าครอบครัวที่บิดามารดาไม่ดื่มสุรา บางกรณีศึกษาพบว่าเด็กที่มีบิดามารดาติดสุรามักจะถูกตนเอง (Ber kowitz & Perkins, 1991 cited in Giunta & Compas, 1994) มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรม

ก้าวร้าว มีปัญหาในการเรียนและการปรับตัว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Drake & Vaillant, 1991 cited in Hsu, 1993)

นอกจากนี้ เอสเทส (Estes, 1974) กล่าวว่า โรคพิษสุราเป็นโรคที่ส่งผลกระทบให้เกิดความเจ็บป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ที่ป่วยด้วยโรคพิษสุราเปรียบเสมือนมะเร็งร้ายที่คอยกัดกร่อนทำลายสัมพันธ์ภาพในครอบครัว นอกจากนี้ปฏิกิริยาที่แสดงต่อกันระหว่างสามีภรรยาหลังจากการดื่มสุรายังก่อให้เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงในครอบครัวก่อให้เกิดบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความไม่มั่นคง ไม่แน่นอนเกิดขึ้นในครอบครัวเป็นเหตุให้ภรรยาของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเครียดและคอยปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากพฤติกรรมขณะดื่มและไม่ดื่มของสามีไม่มีความแน่นอน ภรรยาไม่อาจคาดการณ์ได้ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการที่ภรรยาพยายามจะให้สามีหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงทำให้บรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดีเป็นไปได้ยากลำบาก ความพยายามที่จะเข้าใจกันมีน้อยลง มีความเบื่อหน่ายเข้ามาแทนที่ เสถียรภาพของชีวิตสมรสคลอนแคลน มีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การตอบสนองพฤติกรรมซึ่งกันและกันดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของภรรยาตามมา

จากที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าผลจากการดื่มสุรายังส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และภาระความรับผิดชอบในครอบครัวของสมาชิกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่เป็ภรรยาหรือคู่ชีวิตของผู้ที่ติดสุราจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรามากที่สุด (Willis, 1990) เนื่องจากการทำหน้าที่ของสามีเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ผู้ที่ติดสุราจะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นเป็นไปอย่างไม่เต็มที่ทั้งนี้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างมาก ก้าวร้าวซึมเศร้า และในที่สุดก็ทำให้เกิดโรคจิตอันเนื่องมาจากดื่มสุราสภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้จึงตกเป็นภาระของภรรยาหรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแล เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ภรรยาต้องรับบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ภรรยาเกิดความเครียดจากความรู้สึกขัดแย้งในเรื่องของบทบาทหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง (Brown, 1988; Montgomery & Johnson, 1992) บุตรขาดความอบอุ่น ขาดความรักความเอาใจใส่จากบิดามารดาซึ่งมีส่วนที่ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นจึงส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา

แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

1. ความหมายของครอบครัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ได้ให้คำนิยามของครอบครัวว่าหมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต เช่น สามี ภรรยามีบุตร ด้านกฎหมาย ครอบครัวหมายถึง ชายหญิงที่จดทะเบียนสมรสกัน มีบุตร บิดา มารดาและบุตรมีหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อกันตามกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวหมายถึง คนที่ใช้จ่ายร่วมกัน จากเงินงบประมาณเดียวกัน และในด้านสังคม ครอบครัวคือกลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวพันหรือไม่เกี่ยวพันกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายแต่มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ มีความปรารถนาดีต่อกัน

อุมารพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

เบอร์เจสและคณะ (Burgess et al., 1963 cited in Friedman, Bowden & Jones, 2003) ได้ให้นิยามครอบครัวมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีส่วนผูกพันกันด้วยการสมรสหรือผูกพันกันทางสายโลหิต หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมเช่นการผูกพันกันระหว่างสามี ภรรยา เกิดขึ้นโดยการแต่งงาน สัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ ลูก เกิดขึ้นโดยสายโลหิตรวมกัน การรับเป็นบุตรบุญธรรมด้วย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอยู่ร่วมกันภายในครอบครัวเดียวกันหรือบางครั้งแยกไปอยู่ต่างหาก สมาชิกเหล่านั้นยังคงยอมรับครัวเรือนเดิมเป็น “บ้าน” ของตน สมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันภายใต้หลังคาเรือนเดียวกัน มีลักษณะเป็นครัวเรือนเดียวกัน ในอดีตครัวเรือนอาจจะใหญ่ประกอบด้วย สมาชิก 3 - 4 หรือถึง 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือนมีขนาดเล็ก ประกอบด้วย สามี ภรรยา เท่านั้น หรือมีลูก 1-3 คนขึ้นไป หรือไม่มีเลย
3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันของบุคคล ซึ่งแสดงออกตามบทบาททางสังคมของความเป็นสามีและภรรยา พ่อแม่ ลูกชาย ลูกสาว พี่และน้อง บทบาทเหล่านี้แต่ละครอบครัวได้รับอิทธิพลมาจากประเพณี และประสบการณ์ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

4. ครอบครัวจะรักษาและคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา โดยจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละครอบครัว วัฒนธรรมเฉพาะของแต่ละครอบครัวเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการผสมผสานแบบแผนของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเข้าไว้ด้วยกัน นับตั้งแต่การผสมผสานวัฒนธรรมของสามีและภรรยาโดยการแต่งงาน ครอบครัวจึงเป็นการรวมแบบแผนวัฒนธรรมที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิกแต่ละฝ่ายในครอบครัวด้วยการมีความปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นจึงมีแบบแผนวัฒนธรรมเฉพาะขึ้นมาใหม่ในทุกครอบครัวที่เกิดขึ้น

แฮนสัน และบอยด์ (Hanson & Boyd, 1996) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า ครอบครัว หมายถึงบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความผูกพันกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วยความรู้สึก ลักษณะทางร่างกาย และ/ หรือสนับสนุนกันทางด้านเศรษฐกิจ โดยสมาชิกของครอบครัวต่างมีความหมายในตัวของตัวเอง

ฟริคแมน (Friedman, 1992) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า ครอบครัว หมายถึงบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีส่วนผูกพันกันด้วยการเป็นหุ้นส่วน และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีเอกลักษณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เช่น สตรีที่ยังไม่แต่งงานอยู่รวมกันเป็นครอบครัวเดียวกันกับเพื่อน ๆ และยอมรับซึ่งกันและกันว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน หรือคู่เกย์ที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา

ไรท์, วัตสัน และเบลล์ (Wright, Watson & Bell, 1996) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่าเป็นกลุ่มของบุคคลซึ่งมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และมีความรักความเป็นเจ้าของต้องการอยู่ร่วมกับอีกคน

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง สถาบันหนึ่งซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีการปฏิสัมพันธ์กัน มีความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย

2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

การที่ครอบครัวจะผาสุก มีความเจริญรุ่งเรือง มีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุขสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ดังนั้นสมาชิกจะต้องทำกิจกรรมหน้าที่ร่วมกัน จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวหลายแนวคิดจะกล่าวต่อไปนี้

2.1 การทำหน้าที่ครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สำคัญที่เป็นผลมาจากการศึกษาครอบครัว ทั้งครอบครัวปกติ และครอบครัวที่มีปัญหามาเป็นระยะเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย

แมกคิลล์ (McGill) ประเทศแคนาดา ในช่วงปี ค.ศ. 1950 แนวคิดแบบแมกมาสเตอร์นี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย เอปสเทน, บิชอป, และบัลดวิน (Epstein, Bishop, & Baldwin, 1982) แห่งมหาวิทยาลัยแมกมาสเตอร์ (McMaster) ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัยบราวน์ (Brown) ประเทศสหรัฐอเมริกา (Epstein et al., 1984)

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมกมาสเตอร์มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ประกอบด้วยระบบย่อยได้แก่ ระบบคู่สมรส ระบบบิดามารดา และบุตร ระบบของพี่น้อง และระบบเครือญาติ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน สถาบันการศึกษา การเมือง รวมทั้งองค์กรทางศาสนา เป็นต้น การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมกมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) ได้ใช้หลายทฤษฎีในการอธิบาย เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวว่าระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสมาชิก ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับครอบครัวทั้งระบบ การปฏิสัมพันธ์ และการจัดองค์กรในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน แนวคิดของระบบครอบครัวจะพิจารณาแต่ละส่วนของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอ และมีผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์ และสังคม สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่าง ๆ ที่มีของครอบครัว

เอปสเทนและคณะ (Epstein et al., 1982) ได้ให้ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำเพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว โดยได้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเน้นในด้านที่สำคัญสำหรับการทำหน้าที่ครอบครัวในปัจจุบันไว้เป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านการแสดงบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการควบคุมพฤติกรรม (Epstein et al., 1982) ในแต่ละด้านเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้

2.1.1 การแก้ปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในครอบครัวที่มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจะแสดงถึงภาวะผิดปกติในการเผชิญปัญหาของครอบครัวโดยการใช้วิธีการระบายความคับข้องใจของสมาชิกโดยทั่วไปมักเข้าใจกันว่า ครอบครัวที่ทำหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีปัญหามากกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีแต่จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวทั้งสองแบบก็ต่างประสบปัญหาความยุ่งยากพอ ๆ กัน

ความแตกต่างอยู่ที่วิธีการแก้ปัญหา ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม ในขณะที่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดีนั้นมักแก้ปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพ หรือไม่ได้แก้ปัญหาเลย แต่ปล่อยให้ค้างคาอยู่เป็นเวลานานจนเกิดปัญหาอื่นตามมาเป็นลูกโซ่ จะเห็นได้ว่าแต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน บางครอบครัวอาจแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับวัตถุได้หมด แต่อาจแก้ปัญหาทางอารมณ์ได้ลำบาก ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จะแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ไม่ใช่เป็นปัญหาเรื้อรังที่แก้ไขไม่ได้เสียทีเดียว ในทางตรงข้ามครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระบบไม่เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อง ๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

การแก้ไขปัญหของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) โดยทั่วไปควรดำเนินเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1.1.1 แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจนมีการชี้ชัดลงไปว่าอะไรเป็นปัญหาและแยกแยะปัญหาออกมาได้อย่างถูกต้อง บ่อยครั้งที่ครอบครัวหยิบยกเอาปัญหาอื่นที่ไม่สำคัญขึ้นมาแต่ปัญหาสำคัญหรือที่เป็นความขัดแย้งจริง ๆ นั้น กลับไม่มีใครพูดถึง

2.1.1.2 สื่อสารให้เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการบอกกล่าวให้คนในครอบครัวรับรู้เพื่อจะช่วยเหลือปัญหา การบอกกล่าวนี้อาจเป็นไปได้ระหว่างสมาชิกครอบครัวด้วยกันเองหรือบทบาทภายนอก เช่น ครูญาติ หรือเพื่อนฝูง ตามความเหมาะสมของสถานการณ์

2.1.1.3 วางแผนการแก้ปัญหา มีการร่วมกันคิดหาหนทางแก้ปัญหาด้วยวิธีต่าง ๆ แทนที่จะใช้วิธีเคยทำหน้าที่กันมาเป็นประจำ โดยไม่คำนึงถึงวิธีอื่นที่อาจได้ผลดีกว่า

2.1.1.4 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมมีการตัดสินใจที่แน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใด ถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลแล้วจะใช้วิธีใดต่อไป

2.1.1.5 ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือกทำการแก้ปัญหาตามที่ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวอาจทำไปเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น หรือไม่ได้ทำตามที่ได้ตกลงกันไว้เลย

2.1.1.6 ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวที่มีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีการแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่

2.1.1.7 ประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญหา ครอบครัวที่มีการประเมินว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงไร มีการวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าว

การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องกระทำเป็นขั้น ๆ ครบถ้วนตามที่กล่าวมาทั้งนี้กับลักษณะของปัญหานั้น เช่น ถ้าไม่มีปัญหาที่ซับซ้อนก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมานั่งแยกแยะประเด็นปัญหาได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้นั้น วิธีการแก้ปัญหา

โดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย ไม่ยุ่งเหยิงวุ่นวาย นอกจากนี้ในครอบครัวที่ปกติ อาจมีปัญหาก็ไม่สามารถจะแก้ไขได้ อย่างไรก็ตามปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ไม่ใช่ปัญหาที่มีความรุนแรง หรือคงอยู่นานจนทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย (Epstein et al., 1982 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคมบดี, 2540)

ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ แต่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบ และปัญหาก็ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้น มักจะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง จากการศึกษาครอบครัวของผู้คิดสารเสพติดพบว่ามีความบกพร่องในการแก้ปัญหาภายในครอบครัว ทำให้เกิดความขัดแย้ง และไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา

2.1.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และกัน โดยพิจารณาถึงความชัดเจนและความตรงของการสื่อสาร การสื่อสารที่มีความชัดเจนคือการสื่อสารที่ไม่ปิดบังหรือบิดเบือนเนื้อหาของข่าวสาร ส่วนการสื่อสารที่มีความตรงคือการสื่อสารที่ข่าวสารถูกส่งไปยังบุคคลเป้าหมายหรือที่เกี่ยวกับเรื่องนั้นโดยไม่ใช้การอ้อมค้อมโดยผ่านผู้อื่น การสื่อสารมีสองแบบคือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) ในแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) จะเน้นที่การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่สามารถวัดและประเมินได้ชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ (Instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (Affective) ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุได้ดีอาจสื่อสารทางอารมณ์ไม่ดีก็ได้แต่ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุไม่ดีก็มักจะมีปัญหาการสื่อสาร ด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอในการประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารจะต้องวิเคราะห์ ใน 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

2.1.2.1 เนื้อหา การสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช้คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้

2.1.2.2. จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อจะต้องตรงไปสู่บุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง ไม่ใช้อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น

การสื่อสารที่ดีจะต้องมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหา และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารในครอบครัวแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Clear and Direct) 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Clear and

Indirect) 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masked and Direct) 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (Masked and Indirect)

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมายถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกัน ในครอบครัวปกติความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันออกไป บางครอบครัวการสื่อสารที่เกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้นอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงสั้น ๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

2.1.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติดต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้าน เช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทด้านวัตถุและบทบาทด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังแบ่งตามความจำเป็น ได้แก่ บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่อย่างปกติสุข นั่นคือ การจัดปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การฟูมฟักเลี้ยงดูและการให้การประทับประครองสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การช่วยพัฒนาทักษะต่างๆ ให้แก่สมาชิก เช่น การช่วยเหลือให้ลูกมีทักษะในการเข้ากับเพื่อนฝูง สามารถเรียนหนังสือ หรือเริ่มงานอาชีพได้เป็นปึกแผ่น เป็นต้น และบทบาทด้านการบริหารจัดการภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ การเป็นผู้นำในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ การคงไว้ซึ่งมาตรฐานของครอบครัว การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น ลูกชายที่เรียนเก่งและได้รับทุนไปเรียนต่างประเทศ บทบาทของลูกชายก็นำชื่อเสียงเกียรติยศมาสู่ครอบครัว บางครอบครัวมีบทบาทของแพะรับบาป คือสมาชิกคนหนึ่งต้องทำหน้าที่ผู้รองรับอารมณ์หรือ ทศนคติเชิงลบของสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้ช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้ง ไม่ให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไป จนครอบครัวเสียการสมดุล อย่างไรก็ตามบทบาทนี้เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะสมาชิกผู้นั้นจะมีชีวิตอยู่ด้วยความกดดันและรู้สึกถูกครอบครัวปฏิบัติ ส่วนครอบครัวเองก็ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้อย่างแท้จริง

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวเป็นไป得好หรือไม่ จะต้องพิจารณา 2 ด้านคือ

2.1.3.1 การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role Allocation) หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็น ทุกด้านอย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม แต่ละครอบครัวที่มีปัญหาจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม

สมาชิกบางคนต้องรับหน้าที่มากเกินไปในขณะที่คนอื่นไม่ได้ทำอะไรเลย เช่น ภรรยาต้องทำงานนอกบ้านเต็มวัน และยังคงทำงานบ้าน ดูแลลูกที่ยังเล็กและแม่สามีที่ป่วยหนัก ในขณะที่สามีว่างงาน และชอบบอกรำไปสรรสร้างกับเพื่อนฝูงนอกบ้าน เป็นต้น

2.1.3.2 การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role Accountability)

หมายถึง วิธีที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตน นั่นคือ ครอบครัวต้องมีการตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่ เช่น พ่อตรวจสอบว่าลูกทำงานตามที่มอบหมายหรือไม่ และถ้าไม่ทำจะมีบทลงโทษอย่างไร

ครอบครัวที่ดีจำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และสอดคล้องกับการต้องการของครอบครัว มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการได้ กล่าวคือ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่ง จะต้องสอดคล้องกับของผู้อื่นด้วย การกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ก็ต่อเมื่อมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน

2.1.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความ

สามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีได้หลายแบบทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหา มักมีความเข้าใจจำกัดในการแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อสามีได้ เพราะกลัวสามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไปเพราะเกรงว่าจะเสียใจแม่ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัด และมีปัญหามุคลิกภาพหรือมีอาการป่วยทางกายเนื่องจากสาเหตุทางจิตใจ (Psychosomatic) ได้

2.1.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความ

ผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน นอกจากนี้ รุจา ภูโพนบูลย์ (2541) ได้กล่าวว่า เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตดี มีภาพลักษณ์ที่ดีมีความรู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว รู้สึกว่าตนเองได้รับความรักความอบอุ่น รู้สึกว่าไม่ต้องถูกทอดทิ้ง ความหวังรู้สึกว่าจะมีคนช่วยเหลือตน เมื่อตนอยู่ในภาวะลำบาก เป็นผลมาจากสมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเอาใจใส่ให้กันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม

เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้สมาชิกเติบโตและพัฒนาการทางวุฒิภาวะอย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงมีหน้าที่ที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการทางจิตใจของสมาชิกซึ่งหน้าที่นี้เป็นทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

2.1.5.1 ปราศจากความผูกพัน (Lack of Involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีต่อกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

2.1.5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement Devoid of Feeling) สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์ และห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น ต้องแสดงความห่วงใยยามพี่น้องเจ็บป่วย เป็นต้น

2.1.5.3 ผูกพันเพื่อตัวเอง (Narcissistic Involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง (Egocentric) เพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงใจ

2.1.5.4 ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involvement) ความสนใจผูกพันที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้เหมาะสม

2.1.5.5 ผูกพันมากเกินไป (Over Involvement) ความผูกพันเป็นอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

2.1.5.6 ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกัน (Symbiotic Involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้น จนกระทั่งเหมือนทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน จะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันจะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังมีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กและพ่อแม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความผูกพันกับบุคคลภายนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันจะต้องลดความเข้มข้นลง เป็นต้น

2.1.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่นพฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความ

ต้องการด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น ส่วน พฤติกรรมทางด้านสังคม เช่น การควบคุมเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน ตัวอย่างในเด็กได้แก่ การเล่นอย่างผาดโผน การเล่นไม้ขีดไฟ ในผู้ใหญ่ได้แก่ การขับรถเร็วอย่างไม่ระมัดระวัง การพยายามทำร้ายตัวเอง นอกจากนี้ยังรวมไปถึง การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

ลักษณะการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

2.1.6.1 การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid Behavior Control)

ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้แน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดีสมาชิก แต่ละคนรู้อาจจะต้องทำอะไร แต่มีผลเสียก็คือการปรับตัวจะเป็นไปอย่างลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้บางครั้ง อาจนำไปสู่ปัญหาการช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบคือเจียบ

2.1.6.2 การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible Behavior Control)

ครอบครัวที่มีมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ แต่ก็มีความยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพที่สุดเพราะเป็นไปอย่างเข้าอกเข้าใจสนับสนุนและยอมรับในแต่ละบุคคลโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อที่จะมีอำนาจเหนือกว่า ทำให้สมาชิกรู้สึกอยากจะทำร่วมกันตามที่ปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

2.1.6.3 การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ ตามใจ (Laissez – Faire Behavior Control)

ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใด ๆ ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้นำ การตัดสินใจ หรือแทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทก็ไม่มี ความชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน และมักมีปัญหาในการสื่อสารเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ค่อยดี เด็กที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะรู้สึกไม่มั่นคง การควบคุมตนเองไม่ดีและอาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

2.1.6.4 การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic Behavior Control)

ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้น ๆ ลง ๆ บางครั้งมีเข้มงวด บางครั้งมียืดหยุ่น และบางครั้ง ใครจะทำอะไรก็ได้ ขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละคน ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะทำปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์นั้น ๆ การควบคุมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีความเสมอต้นเสมอปลายในการปฏิบัติหน้าที่

จากการศึกษาครอบครัวที่ติดสารเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรมภายในครอบครัว พอจะสรุปได้ว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการควบคุมพฤติกรรมแบบตามใจมากเกินไปทำให้เด็กช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เชื้อคนง่าย (ศุภารัฐ เฝือกคง, 2541) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น ทำให้สมาชิกเกิดความสับสน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540)

2.1.7 ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป เป็นพฤติกรรมในภาพรวมทั้งหมดของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (MMFF) เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคงรวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.2 การทำหน้าที่ครอบครัวตามแนวคิดของบีเวอร์

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดย บีเวอร์ และคณะ (Beavers et al., 1985 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 2 ด้าน ประกอบด้วยความสามารถของครอบครัว และรูปแบบของครอบครัว

2.2.1 ความสามารถของครอบครัว (Competence) คือ ความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย ซึ่งมีขอบเขตกว้างตั้งแต่มีประสิทธิภาพไปจนถึงบกพร่องอย่างรุนแรง การประเมินการจัดระบบภายในครอบครัวจะต้องมองดูครอบครัวในภาพรวมไม่ใช่ที่จุดใดจุดหนึ่งในการประเมินครอบครัวจะต้องระลึกเสมอว่าครอบครัวที่มีระดับการจัดระบบภายในใกล้เคียงกันอาจมีปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันก็ได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังปฏิบัติภารกิจแต่ละอย่างได้แตกต่างกันออกไป บางอย่างอาจทำได้ดีมากแต่บางอย่างอาจทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ครอบครัวที่สามารถจัดการกับภารกิจเล็กได้ก็มักจะจัดการให้ภารกิจสำคัญล่วงไปได้ดี แต่ครอบครัวที่ไม่สามารถทำภารกิจเล็กได้ ก็มักจะทำภารกิจสำคัญให้สำเร็จไม่ได้ (Beaver & Hampson, 1993) ครอบครัวที่มีการจัดระเบียบภายในดีนั้น สมาชิกจะมีความเป็นผู้นำที่เท่าเทียมกัน ครอบครัวมีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ภายในครอบครัว และมีขอบเขตระหว่างรุ่นที่ชัดเจน สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ สมาชิกยอมรับความแตกต่างของแต่ละคนและแก้ไขความขัดแย้งอันเกิดจากความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม สมาชิกสามารถสื่อสารอย่างเปิดเผยและไม่อ้อมค้อม มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่าง

เหมาะสม สมาชิกสามารถมองโลกในแง่ดีและมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของครอบครัว

ครอบครัวที่มีความสามารถในการจัดระบบภายในครอบครัวดำนันท้อแม่จะไม่ค่อยร่วมมือกัน และบางครั้งพ่อหรือแม่จะเข้ากับพวกลูก ไม่มีความเป็นผู้นำที่ชัดเจน หรือมีแบบไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีขอบเขตระหว่างระบบที่ชัดเจน สมาชิกไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความไว้วางใจกัน การสื่อสารไม่ดี ไม่สามารถยอมรับการแตกต่างหรือแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันได้ดีพอ Beavers Model แบ่งครอบครัวตามระดับความสามารถในการจัดระบบภายในได้ 5 กลุ่ม คือ

2.2.1.1 ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสม (Optimal Family) เป็นครอบครัวที่มีลักษณะ 8 ประการดังที่กล่าวมาข้างต้น

2.2.1.2 ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีพอ (Adequate Family) ครอบครัวแบบนี้มีประสิทธิภาพมากพอใช้ มีขอบเขตระหว่างบุคคลที่ชัดเจน มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน แต่จะใช้อำนาจควบคุมมากกว่าครอบครัวแบบแรก การแก้ปัญหาข้อขัดแย้งกันมักใช้วิธีออกคำสั่งมากกว่า ประนีประนอม มีการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างชายหญิงอย่างชัดเจน พ่อแม่ร่วมมือกันไม่ดีเท่าไรนัก มีความตึงเครียดสูง ความสุข ความเป็นกันเอง และไว้วางใจกันมีเล็กน้อย แต่ลูกในครอบครัวก็มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับครอบครัวแบบแรก

2.2.1.3 ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ปานกลาง (Midrange Family) ครอบครัวแบบนี้พบบ่อยที่สุด สมาชิกไม่ค่อยใกล้ชิดผูกพันกันและกัน และมักเก็บกอดความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออกหรือยอมรับ ในความรู้สึกทางลบที่มีต่อกัน มีปัญหาขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ค่อยรับความแตกต่างของกันและกันและแก้ปัญหาโดยออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม ลูกจะพัฒนาไปได้ไม่ดีนัก การแยกออกจากครอบครัวเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นไปได้ยากและอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์หรือ พฤติกรรมได้

2.2.1.4 ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ค่อยดี (Borderline Family) ครอบครัวแบบนี้มีการควบคุมมากกว่าแบบที่ 3 การประทับประคองทางอารมณ์มีน้อย ภารกิจทางพัฒนาการก็เป็นอย่างไม่ครบถ้วน สมาชิกไม่ค่อยมีความเป็นตัวของตัวเอง ขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน อารมณ์ในครอบครัวแปรเปลี่ยนได้มาก ตั้งแต่ เศร้าจนถึงโกรธอย่างรุนแรง หรือก้าวร้าว ความสุขในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย

2.2.1.5 ครอบครัวที่ทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก (Severely Dysfunctional) ครอบครัวแบบนี้มีปัญหามากที่สุด เพราะไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้เลย ทั้งสมาชิกก็ยังจัดการกับความขัดแย้งภายในจิตใจของตนเองไม่ได้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาในขอบเขต

ระหว่างบุคคล และขาดความเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ไม่สามารถร่วมมือกันปกครองลูก ลูกจะมีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ไม่มีเอกลักษณ์ที่มั่นคงหรือเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต

การศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของการจัดระบบภายในครอบครัวที่มีวัฒนธรรมต่างกัน โดยเปรียบเทียบระหว่างครอบครัวอเมริกันเชื้อสายยุโรป ออฟริกันและเม็กซิโกพบว่า ระดับความสามารถในครอบครัวทั้งสามไม่แตกต่างกัน (Hampson et al., 1990) การศึกษาในครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน พบว่า ครอบครัวมีความสามารถในการจัดระบบภายในหลายระดับ และในบางครอบครัวที่ถูกป่วยอาณทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางบวกโดยสมาชิกหันมาประคับประคองซึ่งกันและกันมากขึ้น (Hampson et al., 1990) การศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมและจิตเวช พบว่า ครอบครัวที่มีความสามารถในการจัดระบบภายในก็มีเครือข่ายประคับประคองที่ดีและผลการรักษาก็มักจะดีไปด้วย (Steidl et al., 1990)

2.2.2 รูปแบบของครอบครัว (Style) หมายถึง ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่ครอบครัวมีต่อกันเอง และมีต่อระบบภายนอก Style มีความหมายใกล้เคียงกับ Cohesion และ Emotional Involvement Style แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ แบบที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (Centripetal - CP) และแบบที่มีทิศทางออกจากครอบครัว (Centrifugal - CF)

2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวความคิดของฟริดแมน

แนวคิดนี้ได้อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน (Friedman, 1992) เพื่อพิจารณาในการประเมินครอบครัวดังนี้

2.3.1 หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective Function) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

2.3.2 หน้าที่ด้านการอบรมเลี้ยงดู (Socialization and Social Placement Function) หมายถึง กระบวนการพัฒนาตามแบบแผนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องตลอดของสมาชิก เพื่อเป็นการปลูกฝัง ส่งเสริมนิสัยที่ดีงาม ต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิกรวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิต ทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต ซึ่งถือเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่ทำให้บุคคลตอบสนองสถานการณ์ในสังคมตามต้องการ เป็นผลจากการเรียนรู้บทบาทในสังคม

2.3.3 หน้าที่ด้านการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) หมายถึง หน้าที่ในการสร้างหรือผลิตสมาชิกใหม่ ให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์และ เชื้อสายของมนุษยชาติ สำหรับครอบครัวแล้วหน้าที่นี้เป็นการสืบสกุลให้ครอบครัวดำรงต่อไป

2.3.4 หน้าที่ด้านเศรษฐกิจ (Economic Function) หมายถึง หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการจัดการรายได้เพื่อมาใช้จ่ายให้เพียงพอภายในครอบครัว รวมถึงการจัดการรายได้อีกที่มีอยู่ในการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น

2.3.5 หน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care Function) หมายถึง เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางกายภาพ โดยจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ สำหรับสมาชิกในครอบครัวเมื่อจำเป็น

2.4 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวความคิดของคัมเพิลล์

แนวคิดนี้ประกอบด้วยมิติที่สำคัญในการทำหน้าที่ของครอบครัว 3 ด้านดังนี้

(Olson et al., 1989 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540)

2.4.1 ความผูกพัน หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันและระดับความเป็นอิสระในการปกครองตนเองที่บุคคลได้รับจากระบบครอบครัว แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก (Disengaged) ระดับกลางค่อนข้างต่ำ (Separated) ระดับกลางค่อนข้างสูง (Connected) และระดับสูงมาก (Enmeshed) ซึ่งความผูกพันในระดับกลางค่อนข้างสูงเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดเพราะบุคคลสามารถเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองได้ในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัว ความสมดุลในทั้งสองสิ่งนี้จะทำให้นุคคลพัฒนาไปได้อย่างดี ในครอบครัวที่มีความผูกพันในระดับต่ำมาก สมาชิกจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปจนทำให้ต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและความร่วมมือร่วมใจกันมีน้อย ผลก็คือครอบครัวจะไม่มีความเป็นปึกแผ่น แต่ในครอบครัวที่มีระดับความผูกพันสูงมาก สมาชิกจะมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวมากเกินไปและเห็นพ้องต้องกันมากเกินไปจนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกก็จะบกพร่องด้วยเช่นกัน

2.4.2 ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถของครอบครัว โดยเฉพาะระบบคู่สมรสในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจ บทบาทและกฎต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ หรือตามพัฒนาการ

2.4.3 การสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นมิติที่สำคัญเพราะเป็นตัวช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ใน 2 ด้านแรกให้เป็นไปด้วยดี

2.5 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวความคิดของคัลการี

ไรท์ และเลฮี (Wright & Leahey, 2000) ได้สร้างรูปแบบการประเมินครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Assessment Model: CFAM) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินและให้การดูแลครอบครัว ซึ่งการประเมินหน้าที่ของครอบครัวจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งมีผลเชื่อมโยงไปถึงบุคคลอื่นทำได้โดยการสังเกตชีวิตของครอบครัวที่ครอบครัวแสดงออกมาโดยพิจารณาได้จากหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการแสดงออก (Instrumental and Expressive Function)

2.5.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Instrumental) เป็นการสังเกตชีวิตประจำวันของครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเตรียมอาหาร การดูแลสุขภาพ และสิ่งที่แสดงออกมาให้เห็น เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของครอบครัว

2.5.2 การแสดงออก (Expressive)

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

2.5.2.2 การสื่อสารโดยใช้วาจา (Verbal Communication) จะมุ่งเน้นที่สัมพันธภาพในครอบครัวโดยดูจากการพูดคุย รองลงมาคือเนื้อหาของสารที่ใช้ในการสื่อสาร

2.5.2.3 การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา (Nonverbal Communication) เป็นการแสดงออกทางท่าทาง การสบตา การสัมผัส การให้สัญญาณ การแสดงออกทางใบหน้า

2.5.2.4 การสื่อสารแบบวงกลม (Circular Communication) การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นการแสดงออกถึงความต้องการ ความรู้สึกต่อกัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของอีกฝ่ายหนึ่งในการตอบสนองย้อนกลับ

2.5.2.5 การแก้ปัญหา (Problem Solving) ความสามารถในการแก้ปัญหาของครอบครัว ครอบครัวที่เข้มแข็งนั้นเกิดจากมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและในอดีต

ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาต้องศึกษาถึงรูปแบบการแก้ปัญหาของครอบครัวทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ความต้องการความช่วยเหลือ มีแหล่งให้ความช่วยเหลือใดบ้างที่ครอบครัวใช้

2.5.2.6 บทบาท (Roles) แสดงถึงรูปแบบที่เหมาะสมของพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว บทบาทนั้นมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย พยาบาลจึงต้องคอยช่วยเหลือดูแลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัว ไม่ให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง

2.5.2.7 สิ่งที่มีอิทธิพลและอำนาจในครอบครัว (Influence and Power) เช่น โครงสร้างทางสังคม ภาษา องค์กร และความมั่นคงในครอบครัว และในสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม สิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักอยู่เสมอคือความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัวเรื่องของบทบาท เพศ เศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งระดับของชนชั้นทางสังคมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้

2.5.2.8 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อของครอบครัวคือทัศนคติ ค่านิยม ข้อตกลงที่บุคคลหรือครอบครัวยึดถือ ความเชื่อเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม บางครั้งพบว่าความเชื่อสามารถที่จะควบคุมความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้ความสำคัญกับความเชื่อของครอบครัว ศาสนาและจิตวิญญาณรวมทั้งบทบาทของครอบครัวและบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลครอบครัว

2.5.2.9 ความสามัคคีและการร่วมมือกัน (Alliances and Coalitions) การรวมพลังของสมาชิกในครอบครัวมุ่งเน้นไปที่ทิศทาง ความสมดุล ความเหนียวแน่นของสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือระหว่างครอบครัวกับพยาบาล

เมื่อพิจารณาแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จะพบว่าแนวคิดส่วนใหญ่จะเป็นการทำหน้าที่ครอบครัวที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทำหน้าที่ครอบครัวในปัจจุบันเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยมีแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างโครงสร้างการจัดระบบแผนการจัดการต่าง ๆ ในครอบครัวให้ครอบคลุมองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ด้านภาระกิจพื้นฐานซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดหาอาหาร การเงิน ที่อยู่อาศัย 2) ด้านพัฒนาการซึ่งเป็นการทำหน้าที่ที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการทั้งของบุคคลและครอบครัว 3) ด้านภาระกิจที่ไม่คาดคิดในการขจัดสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการเกี่ยวกับภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การขาดรายได้ รวมทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิต เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว หรือการที่สมาชิกในครอบครัวติดสุรา เป็นต้น ครอบครัวที่สามารถปฏิบัติภาระกิจทั้ง 3 ด้านนี้ได้ย่อมมีประสิทธิภาพมักจะเป็นครอบครัวที่อยู่ได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวปฏิบัติภาระกิจทั้ง 3 ด้านบกพร่องก็จะเป็นบ่อเกิดปัญหาที่สำคัญต่าง ๆ ทำให้ครอบครัว

นั้นมีปัญหาการปรับตัวในระยะยาวและการดำเนินชีวิตในครอบครัวไม่มีความสุข (Epstein et al., 1983 cited in McCubbin & McCubbin, 1993) ในขณะที่เดียวกันการที่ครอบครัวมีสมาชิกที่ติดสุรานั้นว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำหน้าที่ และผลจากการทำหน้าที่ที่ครอบครัวนี้เองจะเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญด้านหนึ่งที่สามารถอธิบายความสามารถของครอบครัวในการปรับตัวหลังภาวะวิกฤต ซึ่งแนวคิดการทำหน้าที่ที่ครอบครัวของแม็คมาสเตอร์นั้นจะมีการแบ่งการทำหน้าที่ ครอบครัวยุคใหม่ได้อย่างชัดเจน ไม่กว้างหรือซับซ้อนเกินไป มีความครอบคลุมในมิติการทำหน้าที่ที่ครอบครัวทั้งในองค์ประกอบหลักพื้นฐานทั้ง 3 ด้านที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับแนวคิดอื่น ๆ มีความเหมือนและแตกต่างดังนี้ คือ

ด้านการแก้ปัญหา มีกล่าวไว้ในแนวคิดของแม็คมาสเตอร์ ฟรีดแมน บีเวอร์ และคัลลารี ส่วนแนวคิดของเซอร์คัมเพล็กซ์นั้นไม่ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาโดยตรง แต่จะกล่าวถึงการปรับตัวต่อสถานการณ์หรือพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาหรือมีความหมายใกล้เคียงกัน

ด้านการสื่อสาร มีกล่าวไว้ในแนวคิดของแม็คมาสเตอร์ เซอร์คัมเพล็กซ์ บีเวอร์และคัลลารี ยกเว้นแนวคิดของฟรีดแมน สำหรับการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารของคัลลารีเป็นการทำหน้าที่ด้านการแสดงออก ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสารโดยใช้วาจา การสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา การสื่อสารแบบวงกลม ซึ่งมีความละเอียดในการประเมิน

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีกล่าวไว้ในแนวคิดของคัลลารี สำหรับฟรีดแมนไม่ได้ระบุไว้ถึงการทำหน้าที่ด้านนี้โดยตรงแต่จะกล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ ส่วนในแนวคิดของบีเวอร์นั้นไม่ได้ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านนี้เช่นกัน แต่กล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ในด้านแนวทางหรือทิศทางของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

ด้านความผูกพันทางอารมณ์ มีกล่าวไว้ในแนวคิดของเซอร์คัมเพล็กซ์ ส่วนแนวคิดของฟรีดแมนนั้นไม่ได้ระบุถึงการทำหน้าที่ในด้านนี้โดยตรงแต่จะกล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ ส่วนในแนวคิดของบีเวอร์นั้นไม่ได้ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านนี้เช่นกัน แต่กล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ในด้านแนวทางหรือทิศทางของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ มีกล่าวไว้ในแนวคิดของคัลลารี สำหรับแนวคิดของแม็คมาสเตอร์ เป็นการทำหน้าที่ในการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งมีกล่าวไว้ในแนวคิดฟรีดแมน แต่ว่าไม่ได้ระบุไว้ถึงการทำหน้าที่ด้านนี้โดยตรงแต่จะกล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ ส่วนในแนวคิดของบีเวอร์นั้นไม่ได้ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านนี้เช่นกัน แต่กล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ในด้านแนวทางหรือทิศทางของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

ด้านการควบคุมพฤติกรรม มีกล่าวไว้ในแนวคิดของฟรีดแมนแต่ไม่ได้ระบุถึงการทำหน้าที่ในด้านนี้โดยตรง แต่จะกล่าวรวมอยู่ในการทำหน้าที่ด้านการอบรมเลี้ยงดู

นอกจากนี้การทำหน้าที่ครอบครัวในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสิ่งที่มีอิทธิพลและอำนาจในครอบครัว ความสามัคคีและการร่วมมือกัน และความเชื่อมีกล่าวเฉพาะการทำหน้าที่ของคัลลารีเท่านั้น ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแม็คมาสเตอร์นอกจากจะครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุก ๆ ด้านแล้วยังได้อธิบายแนวทางการประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวในวิธีการหลัก ๆ ตลอดจนภาพรวมของการทำหน้าที่ครอบครัวในแต่ละด้าน โดยไม่ได้เน้นรายละเอียดปลีกย่อยของวิธีการปฏิบัติ แบบประเมิน Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแม็คมาสเตอร์ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมของครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ (Transaction) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี และครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี แบบประเมิน Family Assessment Device (FAD) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) พบว่ามีหลายข้อความที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย จึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแม็คมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อเรียกว่าจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongorn Family Inventory: CFI) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบวัดชนิดนี้เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ตัวเลือก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 36 – 144 ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบบวัดจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongorn Family Inventory: CFI) ได้ถูกนำมาทดลองใช้ในประเทศไทย โดยใช้กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว 90 คน จากจำนวน 30 ครอบครัว โดยใช้กับสมาชิกที่มีอายุมากกว่า 12 ปี และเป็นสมาชิกที่ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช ซึ่งแบบวัดนี้ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีความเหมาะสมกับลักษณะครอบครัวของคนไทย (Trungkasombat, 1995 cited in Rungreangkulkij, 2000) สำหรับการนำแบบวัดจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongorn Family Inventory: CFI) มาใช้ในประเทศไทยนั้น (รวีวรรณ อุประมาณ, 2538) ได้นำไปศึกษาเปรียบเทียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวที่มีเด็กซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้า และได้มีการนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้านจะพบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นต่ำสุด คือ 0.43 ในด้านการควบคุมพฤติกรรม และค่าความเชื่อมั่นสูงสุด คือ 0.89 ในด้านการ

แก้ปัญหา แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongorn Family Inventory: CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่เหมาะสมนั้นมักพบในครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี โดยที่สมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความยืดหยุ่นและมีความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นั่นคือ ครอบครัวมีความเห็นว่าตนเองประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และมีความรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เซดวิก (Sedgwick, 1981 cited in Birchhead, 1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวที่แสดงถึงการทำหน้าที่ครอบครัวได้เหมาะสม ได้แก่ การร่วมมือกันในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้ง และจัดหาสิ่งที่เป็นให้แก่สมาชิก การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ดีทางด้านอารมณ์ เช่น การเปิดเผยความรู้สึกการยอมรับและให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้แสดงถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสมนั้น ครอบครัวมักพบปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้โบเวน (Bowen, 1971) ยังมีความเห็นว่าในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่เหมาะสมนั้น จะพบช่องว่างระหว่างบุคคลในครอบครัวค่อนข้างมาก และการทำหน้าที่ไม่เหมาะสมนี้ยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยในครอบครัวตามมา ส่วนแจ๊คสันและ สเทอร์ (Jacson & Satir, 1981 cited in Bichead, 1989) มีความเห็นว่าการที่ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่เหมาะสมนั้น ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การสื่อสารในครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพแต่อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความเห็นว่าไม่ควรใช้คำว่า “ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสม”

(Dysfunctional Families) กับครอบครัวทั่วไปซึ่งมีปัญหาธรรมดา แต่ควรใช้เรียกครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์อย่างรุนแรง เช่น ครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรงระหว่างสมาชิกเป็นต้น และเนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวมีหลายด้าน จึงควรชี้ชัดลงไปว่าด้านใดที่เป็นปัญหามากกว่าจะบอกรวม ๆ ไปว่า ครอบครัวนี้ทำหน้าที่ไม่ดี นอกจากนี้ในการประเมินว่าครอบครัวทำหน้าที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ต้องถามว่าเหมาะสมสำหรับใครและเพื่อวัตถุประสงค์อะไรเพราะความเหมาะสมสำหรับระบบย่อยหนึ่งอาจไม่เหมาะสมสำหรับระบบย่อยอื่นก็ได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

รูปแบบในการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบที่ส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวพบว่า การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นรูปแบบที่ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวดังจะกล่าวต่อไปนี้

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดยาผู้ที่พัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบครัว เพราะการที่ผู้ติดยาเสพติดจะเลิกยาเสพติดได้ พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงด้วย โดยจะต้องเปลี่ยนความคิดของครอบครัวให้เข้าใจว่าปัญหาเสพติดเป็นปัญหาของทั้งครอบครัว ไม่ใช่ปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง ดังนั้นทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา ทุกคนในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ดังนั้นในการดำเนินการเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันที่สำคัญคือ การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) ในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด และเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวสามารถเฝ้าระวังปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับครอบครัวได้ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดสามารถดำเนินการช่วยเหลือโดยมีลำดับขั้นตอนคือ

1. การให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) คือการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดยาและผลกระทบของการใช้ยา การทำความเข้าใจกับเป้าหมายและวิธีการบำบัดรักษา รวมทั้งการทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัวและฝึกทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีความจำเป็น
2. การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นส่วนที่มีความสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการให้คำแนะนำ เนื่องจากสภาพครอบครัวอาจมีส่วนส่งเสริมให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก

ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

หลาย ๆ ครอบครัวบางครั้งการดำเนินการในระดับการให้ความรู้ครอบครัว (Family Education) และการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ซึ่งบางครั้งปัญหาของครอบครัวยังคงอยู่เหยิง ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ใน 2 ระดับวิธีแรกมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการในลักษณะของครอบครัวบำบัด (Family Therapy) อย่างต่อเนื่อง

เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาละแวกที่เรามักจะนึกถึงคือทำอะไรถึงจะแก้ไข พฤติกรรมของบุคคลนั้นให้ดีขึ้น แต่การแก้ไขที่พฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ อย่างเดียวมักไม่ได้ผลที่

ยังยืน ตัวอย่างที่พบบ่อย ๆ คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น แต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก พฤติกรรมต่าง ๆ กลับไปเหมือนเดิมหรือแย่กว่าเดิมที่เป็นเช่นนี้เพราะการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่นั้น แม้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นก็ตาม แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่คงทนถาวร การทำความเข้าใจกับบริบทของผู้ป่วยโดยเฉพาะครอบครัวจึงมีความจำเป็นเนื่องจาก พฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรืออาการของผู้ป่วยนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบท โดยเฉพาะครอบครัว ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมจะเป็นเช่นใด อีกทั้งยังเป็นตัวปรับเปลี่ยนรูปแบบของพฤติกรรมรวมทั้งทำให้พฤติกรรมนั้นสิ้นสุดหรือดำเนินอยู่เรื่อย ๆ ก็ได้

ดังนั้นครอบครัวบำบัดจึงถือว่าสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาร่วมกัน ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ใครคนใดคนหนึ่ง ไม่มีใครถูกตำหนิว่าเป็นผู้ก่อปัญหาขึ้นแต่ทุกคนในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดปัญหา วัตถุประสงค์ของการดำเนินการครอบครัวบำบัด

1. เพื่อให้ครอบครัวมีโอกาสได้ทบทวนการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ผู้บำบัดมีหน้าที่สร้างพลัง (Empower) ให้แก่ครอบครัว โดยจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด ซึ่งจะได้จากการประเมินครอบครัว

3. เพื่อหยุดการใช้สารเสพติด สิ่งสำคัญที่จะทำให้การบำบัดประสบความสำเร็จ คือต้องมีการตกลงกันกับครอบครัวตั้งแต่แรกว่าจะจัดการกับการใช้สารเสพติดอย่างไร

หลักการดำเนินครอบครัวบำบัด

1. สร้างพลังครอบครัวให้มีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือผู้ป่วย
2. ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ พร้อมจัดระบบความคิดความเชื่อใหม่ สร้างความหวัง ลดความรู้สึกผิด พร้อมช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

3. ช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเอง สามารถวิเคราะห์ความเป็นมาของปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา

4. สร้างทักษะที่สำคัญ ต้องมีการฝึกทักษะที่สำคัญเช่น ทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับอารมณ์และความขัดแย้ง

ขั้นตอนในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาสามารถดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ได้แก่ การประเมินครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูล ประเมินระดับปัญหาของครอบครัวและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การวิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการประเมิน

ครอบครัวและให้การวินิจฉัย ผู้ประเมินจะได้คำตอบว่าปัญหาคืออะไร อยู่ในระดับไหน และควรดำเนินการแก้ไขอย่างไร การวางแผนการดำเนินการแก้ไข และติดตามผลการดำเนินการ

จากผลการศึกษาของลาติเมอร์และคณะ (Latimer et al., 2003) ศึกษาผลของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและการบำบัดเชิงการเรียนรู้และพฤติกรรมในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดและพ่อแม่จำนวน 43 ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและการบำบัดเชิงการเรียนรู้และพฤติกรรม (Integrated Family and Cognitive-Behavioral Therapy) กับการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด (Drugs Harm Psychoeducation Curriculum) ทำการประเมินวัยรุ่นและพ่อแม่เมื่อเข้าร่วมการรักษา และ 1, 3 และ 6 เดือนหลังการรักษา พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและการบำบัดเชิงการเรียนรู้และพฤติกรรมมีความสำคัญที่ทำให้การใช้ยาเสพติดลดลง ภายหลังการรักษาเมื่อเทียบกับการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ประเมินครอบครัวโดยใช้ Family Assessment Measure (FAM) เกี่ยวกับการแสดงบทบาท การควบคุมและการสื่อสาร พบว่าพ่อแม่ของกลุ่มที่นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและการบำบัดเชิงการเรียนรู้และพฤติกรรมมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นมากในเรื่องของการสื่อสาร ความผูกพัน การควบคุมและค่านิยม/ บรรทัดฐานเมื่อเปรียบเทียบกับพ่อแม่กลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด

นอกจากนี้ออสเตอร์แมน และกรูบิก (Osterman & Grubic, 2000) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการเลิกดื่มสุราในผู้ป่วยที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ติดสุราจำนวน 30 ราย ที่มีคู่สมรสเข้าร่วมในการรักษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ติดสุราจำนวน 20 ราย ที่ไม่มีคู่สมรสเข้าร่วมในการรักษา ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้ Family Assessment Measure (FAM) ทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำหน้าที่, การแสดงบทบาท, การสื่อสาร, การแสดงออกทางอารมณ์, ความผูกพันทางอารมณ์, การควบคุม และค่านิยม/ บรรทัดฐาน พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวระหว่างกลุ่มที่มีคู่สมรสเข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสเข้าร่วมมีความแตกต่างกัน

สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวผู้วิจัยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) (Wright & Leahey, 2005) มาเป็นรูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นรูปแบบในการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ด้านเจตคติ (Affective Domain) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Domain) ด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 3 ด้านของการทำหน้าที่ครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งโดยตรงที่การสร้างพลังความเข้มแข็งเพื่อส่งเสริม (Promoting) แก้ไขปรับปรุง (Improving) และคงไว้ (Sustaining) ให้ครอบครัวทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพได้ยั่งยืนตามความเชื่อ (Beliefs) ของครอบครัว CFIM เป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวสำหรับพยาบาลปฏิบัติการทั่วไป (Generalist Practice) (Wright &

Leahey, 2005) ซึ่งรูปแบบในการบำบัดเป็นการพูดคุยกันระหว่างพยาบาลกับครอบครัวโดยใช้วิธีการตั้งคำถาม การให้ครอบครัวได้เล่าความรู้สึก องค์ประกอบของการบำบัดประกอบด้วย การสนทนาเพื่อการบำบัด การให้ข้อมูลความรู้ การชื่นชมในความสามารถของครอบครัว การถามความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการติดสุรา การประเมินเกี่ยวกับบริบทของครอบครัว และการสะท้อนคิดในการทำหน้าที่ครอบครัวโดยนำครอบครัวเข้าร่วมในการบำบัดรักษา เพราะในด้านหนึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติของครอบครัว (Family Disorder) เช่นกัน คือปัจจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสม หรือการติดสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ของพ่อ หรือสามีที่ดีได้ ภรรยาหรือลูกของผู้ป่วยเองก็มีความเครียดอย่างมาก ในขณะเดียวกันการเลิกสุราก็ต้องอาศัยกำลังใจ และการเอาใจใส่จากครอบครัวด้วยเช่นกัน ลูกของผู้ป่วยติดสุราถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดสุราในอนาคต ดังนั้นการสนทนาเพื่อการบำบัดแก่ครอบครัวจึงเป็นประโยชน์อย่างมาก

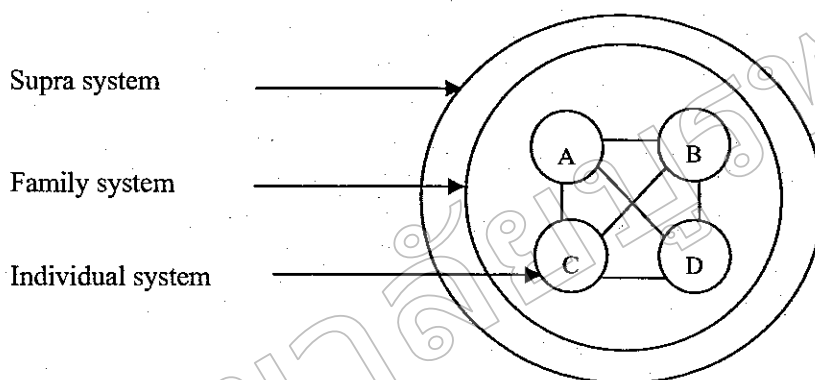
รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM)

1. กรอบแนวคิดทฤษฎีในการสร้างรูปแบบ

1.1 แนวคิดภาวะหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) คือยุคภาวะหลังสมัยใหม่ แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทางด้านศิลปวรรณคดี สถาปัตยกรรม วิทยาศาสตร์ ศาสนา ปรัชญา เชื่อว่าหลายปัจจัยทำให้เกิดสิ่ง ๆ หนึ่งหรือ เหตุการณ์หนึ่งนั้น มิใช่เกิดได้เพียงปัจจัยเดียวเท่านั้น ซึ่งจะมีผลต่อแนวคิด เจอนใจต่าง ๆ รวมทั้งความเชื่อ แนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดในยุคทันสมัย (Modernist) ให้ความสำคัญและเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี การทดลองคิดหาคำตอบว่าสิ่งนั้นมีผลต่อสิ่งนี้ แต่ในปัจจุบันเราเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มาจากสาเหตุหรือปัจจัยเพียงอย่างเดียว ซึ่งแนวความคิด ความเชื่อนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรู้ใหม่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจึงได้นำแนวความคิด Postmodernism มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวต่อการปฏิบัติหน้าที่ มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวัน และสัมพันธภาพ รวมทั้งการปฏิบัติงานให้การพยาบาลด้วย

1.2 ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นทฤษฎีที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในศาสตร์ต่าง ๆ แทบทุกสาขา นักชีววิทยาชื่อ Ludwig Von Bertalanffy เป็นผู้สร้างทฤษฎีนี้ในปี ค.ศ.1936 (Friedman, Bowden & Jones, 2003) พยาบาลได้นำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล ครอบครัวและชุมชนเมื่อนำมาใช้ในการพยาบาลครอบครัวทฤษฎีระบบมองครอบครัวว่าเป็นระบบ ๆ หนึ่ง (Family as a System) ที่ประกอบด้วยระบบย่อยหลาย ๆ ระบบ รวมกันโดยมุ่งเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือระหว่างระบบย่อยมากกว่ามอง

แค่เพียงเฉพาะบุคคล ดังนั้นระบบครอบครัวจึงประกอบด้วยความสัมพันธ์ของระบบครอบครัว ลักษณะของครอบครัว โครงสร้าง หน้าที่ ขอบเขตของครอบครัว ระบบย่อยในครอบครัว และการปรับตัวเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อคงไว้ถึงความสมดุลของระบบ



ภาพที่ 2 The family as it relates to other systems. (Wright & Leahey, 2000)

1.3 Cybernetics เป็นทฤษฎีทางศาสตร์ของทฤษฎีการติดต่อสื่อสารและการควบคุม (Communication and Control Theory) สร้างโดยนักคณิตศาสตร์ชื่อ Norbert Weiner เชื่อว่าระบบครอบครัวมีการควบคุมการทำงานภายในระบบเอง มีการปรับตัวของระบบ การประมวลข้อมูล และพฤติกรรมต่าง ๆ ของระบบ ข้อมูลการทำงานในอดีตของระบบจะถูกป้อนกลับเข้าสู่ระบบเพื่อทำการประมวลและจะไปมีผลต่อการทำงานของระบบอีกในอนาคต กระบวนการที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า กระบวนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback Loops) (Wright & Leahey, 2000)

แนวคิดของ Cybernetics ที่สำคัญมากคือ ภาวะสมดุล (Homeostasis) ครอบครัวเป็นระบบสมดุล (Homeostatic System) ซึ่งครอบครัวจะพยายามรักษา Homeostasis ไว้โดยมีกฎที่คอยควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขต ถ้ามีการฝ่าฝืนกฎหรือมีสิ่งที่จะทำให้ทำลายภาวะสมดุลขึ้นมา กลไกที่รักษา Homeostasis ก็จะเริ่มทำงานจะมีปฏิกิริยาบางอย่างเกิดขึ้นเพื่อหยุดยั้งสิ่งนั้นและทำให้ครอบครัวกลับสู่ภาวะสมดุลดั้งเดิม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ผลกระทบจากพฤติกรรมของแต่ละคน และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลอื่นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพบุคคลจะต้องรู้จักการควบคุมตนเอง จึงเป็นไปได้ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ หรือเกิดเป็นรูปแบบใหม่ที่ต่างจากเดิมอย่างสิ้นเชิง กระบวนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback Loops) สามารถเกิดได้ในหลายระดับของระบบและหลายครอบครัวในเวลาพร้อม ๆ กัน เช่น ความรู้สึกจุกจิกคอยจับผิดของภรรยาทำให้เกิดการแยกตัวออกจากของสามี นอกจากจะสังเกตปฏิกิริยาของสามี

ภรรยาแล้วจะต้องมองไปถึงผลกระทบจากระบบย่อยซึ่งประกอบไปด้วยสัมพันธภาพของคู่สามี ภรรยาไปจนถึงสัมพันธภาพของครอบครัวเดิมของแต่ละฝ่ายอีกด้วย

1.4 ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารของบุคคลว่าสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่งได้อย่างไรไม่มีสิ่งใดที่ไม่มีการสื่อสารเพราะว่าการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดก็สามารถที่จะสื่อความหมายให้ผู้อื่นรับรู้ได้โดยพิจารณาจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่แสดงออก

การติดต่อสื่อสารทั้งหมดแบ่งออกเป็น 2 ทาง ได้แก่ การใช้คำพูด (Verbal Communication) และการแสดงออกทางสีหน้าท่าทางส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการสื่อสาร (Nonverbal Communication) องค์ประกอบของการติดต่อสื่อสารไม่ใช่เพียงการเริ่มต้นพูดเท่านั้น แต่รวมถึงการให้ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสัมพันธภาพของผู้ที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กันด้วย เช่น ประโยคที่พ่อพูดกับลูก “มาหาพ่อหน่อยลูก พ่อมีอะไรบางอย่างจะเล่าให้ลูกฟัง” และอีกประโยคหนึ่งที่มิใช่ความเหมือนกัน “เข้ามานี่ซิ ฉันมีอะไรบางอย่างจะบอกเธอ!” จะเห็นได้ว่า 2 ประโยคนี้ แม้จะมีใจความเดียวกัน แต่บอกถึงความสัมพันธ์ที่แตกต่าง ประโยคแรกแสดงออกถึงความรัก แต่ประโยคหลังแสดงให้เห็นถึงความขัดแย้ง

1.5 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Change Theory) พยาบาลจะต้องเรียนรู้เพื่อที่จะเข้าใจและยอมรับในความท้าทายกับความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งต่าง ๆ หรือความรู้สึกของคนทั่วไประหว่างความสามารถในการต้านทานสิ่งต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทำให้โครงสร้างของครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง นั่นคือการปรับตัวของครอบครัวกับสิ่งที่เข้ามาก่อวนเพื่อพยายามที่จะรักษาโครงสร้างของครอบครัวไว้ การเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อระบบด้วย ดังนั้นผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งความสามารถในการต้านทานด้วย การเปลี่ยนแปลงนั้นแสดงให้เห็นทางพฤติกรรม เพราะฉะนั้นย่อมจะทำให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบครอบครัวทั้งหมดนั้นเกิดขึ้น และเกิดได้เร็วยิ่งขึ้นจากเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การหย่าร้าง การตกงาน หรือการตายของสมาชิกในครอบครัว หรือจากการแทรกแซง ก้าวจากจากผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ เช่น พยาบาล การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวอาจเกิดจาก 3 ด้าน การรับรู้ ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก หรือเกี่ยวกับพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ด้วย บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการสังเกตอย่างระมัดระวังถึงการเชื่อมโยงภายในระบบ ถ้าพยาบาลคิดว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีผลต่อระบบครอบครัว จะต้องพยายามรักษาความมั่นคงของครอบครัวไว้ให้มากที่สุด พยาบาล

จะต้องยึดแนวทางทั้ง 2 ไปพร้อม ๆ กันคือปฏิสัมพันธ์ของระบบครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ของ
ตนเองกับครอบครัว

1.6 กระบวนการรับรู้ทางชีววิทยา (Biology of Cognition) ได้รับการอธิบายไว้อย่าง
ชัดเจนจากนักชีววิทยาทางระบบประสาท 2 ท่านคือ Maturana and Varela ในปี ค.ศ. 1992 (Wright
& Leahey, 2000) โดยนำเสนอแนวคิดความแตกต่างเกี่ยวกับมนุษย์ที่มีการแสดงออกของมุมมอง
ต่าง ๆ ที่แตกต่างกันตามความเข้าใจและรับรู้จากเหตุการณ์ ประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ซึ่ง
ทำให้เข้าใจว่าทำไมมนุษย์แต่ละคนจึงแตกต่างกันเป็นแนวคิดเชิงชีววิทยาและสรีรวิทยาไม่ใช่เชิง
ปรัชญาที่อธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่มองเห็นได้ในโลกว่าสิ่งต่าง ๆ นั้นคืออะไร ทำให้เรารู้จักว่าสิ่งนั้นคือ
อะไร แต่ถ้าหากว่าเรายังไม่เคยเห็นสิ่งนั้นมาก่อน แต่ละคนจะเกิดจินตนาการมากมายในการอธิบาย
ถึงสิ่ง ๆ นั้น อาจจะมีคำตอบชัดเจนในการอธิบายไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความสนใจ สติปัญญา ความรู้
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และอื่น ๆ อีก

การให้การพยาบาลครอบครัวสิ่งสำคัญที่พยาบาลครอบครัวต้องคำนึงถึงคือการรับรู้
และความเชื่อของแต่ละบุคคล และครอบครัวซึ่งสิ่งที่พวกเขารับรู้ และมีความเชื่อนั้นอาจจะเป็นสิ่ง
ที่ถูกต้องสำหรับสมาชิกในครอบครัวแต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อ ความคิดของพยาบาล
เนื่องจากอาจเพราะมีความรู้ มีประสบการณ์ที่ต่างกัน บริบทต่างกัน บางครั้งอาจเป็นผลจากการ
ปรับตัวจากความเจ็บป่วยหรือเป็นการกระทำที่ทำได้รู้สึกมีความสุขในชีวิต หากพยาบาลนำ
แนวคิดนี้มาใช้ในการทำงาน จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงหน้าที่ สัมพันธภาพ ความเจ็บป่วย ความ
ต้องการ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ครอบครัวมากขึ้น

2. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family

Intervention Model: CFIM)

สำหรับโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมภายใต้
รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model:
CFIM) ซึ่งเมื่อ 25 ปีที่ผ่านมาได้มีรูปแบบการประเมินและเครื่องมือในการประเมินพัฒนาโดย
พยาบาลและบุคคลอื่น ๆ (Broome, Knaft, Pridham & Futham, 1998; Hauson, 1996; Mischke-
Berkey, Warner, & Hauson, 1989 cited in Wright & Leahey, 2005) รูปแบบการปฏิบัติการ
พยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) นี้เป็นรูปแบบการ
พยาบาลรูปแบบแรกที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลและได้รับการยอมรับโดยเป็นรูปแบบการให้การ
พยาบาลครอบครัวต่อการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย (Campbell & Patterson, 1995 cited in
Wright & Leahey, 2005) CFIM ถูกสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1994 เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ
ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการประเมินครอบครัว สร้างมาจากการผสมผสานมโนทัศน์

ทางการพยาบาลและครอบครัวบำบัดเข้ากับทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีระบบ (System Theory) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Change Theory) แนวคิดภาวะหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) แนวคิด Cybernetics และกระบวนการรับรู้ทางชีววิทยา (Biology) มาใช้ในการประเมินและให้การพยาบาล ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เปลี่ยนจากการเน้นความพร่องและความผิดปกติของครอบครัวไปสู่การส่งเสริมศักยภาพ ความเข้มแข็ง (Strengths) และความยืดหยุ่น (Resiliency) ของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความสมดุลของครอบครัว แนวคิดสำคัญในการออกแบบ CFIM คือ การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่กำหนดขึ้นจะต้องสอดคล้องกับความเชื่อของการทำหน้าที่ของครอบครัวและบริบทครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริม การพัฒนา และการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้านคือ ด้านความรู้ความเชื่อ (Cognition) คือครอบครัวนั้นรับรู้และมีความคิดอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affection) คือครอบครัวรู้สึกและแสดงอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการหรือมีความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหายังไง และด้านพฤติกรรม (Behavior) คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อปัญหานั้นหรือในบางด้านของการทำหน้าที่ครอบครัว ดังภาพที่ 3 การออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวนั้นพยายามที่จะออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน แต่บางครั้งอาจเน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเนื่องจากเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ตามไปด้วยเช่นกัน

การทำหน้าที่ของครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)	
(Domains of Family Functioning)	ความรู้ความเชื่อ (Cognition)	ความสอดคล้อง หรือประสิทธิผล ("Fit" or Effectiveness)
	อารมณ์ความรู้สึก (Affection)	
	พฤติกรรม (Behavior)	

ภาพที่ 3 CFIM: Intersection of Domains of Family Functioning & Intervention
(Wright & Leahey, 2000)

เป้าหมายสำคัญของ CFIM คือช่วยให้สมาชิกของครอบครัวค้นพบแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเชื่อว่าการให้การพยาบาลแก่ครอบครัวนั้นจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับพยาบาล (Thorne & Robinson, 1989; Maturana & Varela, 1992 cited in Wright & Leahey, 2005) การพยาบาลด้วยสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ได้ข้อมูลที่ดีขึ้น (Leahy & Harper-Jaques, 1996; Robinson, 1996 cited in Wright & Leahey, 2005) และพยาบาลยังสามารถกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหา การพยาบาลในระบบครอบครัวเป็นกระบวนการการพยาบาลซึ่งเป็นการจัดเตรียมบริบทรอบ ๆ ที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นแก่ครอบครัวซึ่งมีวิธีการให้การพยาบาลอยู่หลายวิธี แต่พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาของแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกันออกไป สำหรับการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว (CFIM) จะต้องอยู่บนฐานความสอดคล้องระหว่างความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล และที่สำคัญต้องมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของครอบครัวนั้น ๆ ในกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

โดยสรุปรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) นี้มีใช้การพยาบาลที่เป็นรูปแบบที่ตายตัว ในทางตรงกันข้ามเป็นการพยาบาลที่ช่วยตัดสินใจในส่วนของการทำหน้าที่ครอบครัว Calgary Family Intervention Model (CFIM) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่กำหนดขึ้นจะต้องสอดคล้องกับความเชื่อของการทำหน้าที่ของครอบครัวและบริบทครอบครัว ซึ่ง Calgary Family Intervention Model (CFIM) ช่วยในการกำหนดการทำหน้าที่ครอบครัวที่ต้องการเปลี่ยนแปลง และมีประโยชน์มากในการช่วยเหลือซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้หลักการสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Conversation) นอกจากนี้สิ่งสำคัญการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวเน้นการใช้คำถามที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Intervention Question) ซึ่งคำถามจะมีอยู่ 2 ลักษณะคือ คำถามตรง หรือคำถามบอกเล่า (Linear Question) และคำถามแบบวงกลม (Circular Question) (Tomm, 1987 cited in Wright & Leahey, 2000) คำถามตรงจะเป็นคำถามในลักษณะบอกเล่า คำถามเพื่อค้นหาความจริง ในทางตรงกันข้ามคำถามที่เป็นวงกลมจะเป็นคำถามที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง (Tomm, 1987 cited in Wright & Leahey, 2000) ความแตกต่างที่สำคัญของคำถามทั้ง 2 ชนิดคือ จุดประสงค์หรือความมุ่งหมาย ซึ่งคำถามตรง (Linear Question) จะมีจุดประสงค์สำหรับการวินิจฉัย คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูลโดยจะให้ทราบถึงรายละเอียดของสมาชิกในครอบครัวหรือการรับรู้ปัญหาและจะทำให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของครอบครัวได้ นอกจากนี้

คำถามตรง (Linear Question) ยังมุ่งไปที่พฤติกรรมที่เป็นจริงที่เกิดขึ้น แต่ถ้าเป็นคำถามแบบวงกลม (Circular Question) จุดประสงค์ก็จะเข้าไปอธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้พยาบาลได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และรู้ว่าอะไรจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว และจะนำไปสู่การเชื่อมโยงความรู้ใหม่ เตรียมพร้อมสำหรับสิ่งใหม่ หรือพฤติกรรมของครอบครัวที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งจะมุ่งเน้นไปที่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม นอกจากนี้คำถามแบบวงกลม (Circular Question) จะเชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคล เหตุการณ์ ความคิดหรือความเชื่อ ที่มีลักษณะเป็นวงกลม มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ส่วนคำถามตรง (Linear Question) จะมุ่งเน้นไปที่เหตุและผล แนวความคิดของคำถามแบบวงกลมนี้พัฒนามาจากนักครอบครัวบำบัดเมืองมิลาน (Fleuridas, Nelson, & Roseutal, 1986; Selvini-Palazzole, Boseolo, Cecchin, & Prata, 1980; Tomm, 1984, 1985, 1987 cited in Wright & Leahey, 2000) ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องสัมพันธ์กันของคำถามที่เป็นวงกลม คำถามลักษณะนี้จะทำให้พยาบาลตั้งคำถามต่อไปได้โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการครอบครัวตอบคำถาม และพยาบาลนำคำตอบนั้นมาเป็นข้อมูลในการตั้งคำถามต่อไปจึงเรียกว่าเป็นลักษณะคำถามวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Watson, 1992 cited in Wright & Leahey, 2000) พยาบาลจะนำข้อมูลที่ได้มาสร้างสมมติฐานแล้วจะตั้งคำถามใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลใหม่จะชัดเจนกว่าเดิมและช่วยให้พยาบาลสร้างสมมติฐานได้ถูกต้องยิ่งขึ้น และการปฏิบัติการพยาบาลก็จะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเชื่อ (Cognitive Domian) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Domian) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Domian) ของการทำหน้าที่ ครอบครัวสามารถกระทำได้ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความเชื่อ (Cognitive Domian) ของการทำหน้าที่ครอบครัว สิ่งที่จะชี้ให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลในด้านความรู้ ความเชื่อ (Cognitive Domian) ของการทำหน้าที่ครอบครัวตามปกติแล้วจะกระทำโดยการให้ความคิดใหม่, ทางเลือก, ข้อมูล, หรือการศึกษาความรู้ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยง ผลลัพธ์ที่ต้องการคือการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการรับรู้ และความเชื่อของครอบครัวกับการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ การให้การพยาบาล พยาบาลครอบครัวควรให้การชื่นชมครอบครัวในแต่ละส่วนที่จะทำให้เกิดความแข็งแกร่งที่จุดแข็งของครอบครัว ความต้องการด้านข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นความต้องการอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับครอบครัวที่ประสบกับปัญหาความเจ็บป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูล หรือความคิดเห็นแก่ครอบครัว พร้อมกับการให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Domian) ของการทำหน้าที่ครอบครัว จุดมุ่งหมายเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อทำให้อารมณ์, ความรู้สึกนั้นลดลงหรือเพิ่มขึ้นซึ่งอาจจะเกิดจากอุปสรรคของความพยายามในการแก้ไขปัญหของครอบครัว พยาบาลครอบครัวควรที่จะรับฟังการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว ซึ่งการรับฟังความรู้สึกสามารถบรรเทาความรู้สึก และเป็นการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในการที่จะเชื่อมโยงระหว่างความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว และการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว เช่น ภายหลังจากการวินิจฉัยความเจ็บป่วยในระยะสั้นหวังบ้อยครั้งที่ครอบครัวรู้สึกไม่สามารถที่จะควบคุมหรือเผชิญกับช่วงเวลานี้ได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการที่จะรับฟังความรู้สึกและทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ เรียนรู้หนทางในการแก้ไขปัญห พร้อมกับเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของเขา นอกจากนี้พยาบาลสามารถมอบอำนาจให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาจุดแข็ง และแหล่งทรัพยากรในการที่จะมาสนับสนุนครอบครัว พยาบาลมีหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดความสะดวกในการสื่อสารระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว หรือระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาสุขภาพอื่น ๆ

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรม (Behavioral Domian) ของการทำหน้าที่ครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และมีพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิมภายในความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจะบรรลุผลได้โดยอาศัยการโน้มน้าว หรือดึงดูดใจสมาชิกบางคนหรือสมาชิกทั้งหมดของครอบครัวเข้าร่วมในภาระหน้าที่ โดยพยาบาลมีหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและบ้อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลมีความรู้สึกผิดเมื่อต้องการที่จะถอนตัวจากหน้าที่ให้การดูแล ผู้ให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยจะต้องยอมรับบุคคลอื่นมาเป็นผู้ช่วยเหลือ เช่น พยาบาลแนะนำพ่อและแม่ของเด็กที่ป่วยเป็น Leukemia เกี่ยวกับบุคคลผู้ซึ่งจะมาช่วยดูแลเด็กให้ในขณะที่พ่อแม่ไม่อยู่ว่ายังมี ปู่ย่า ตายาย ให้มาช่วยดูแล นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยให้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร (Wright & Leahey, 2000) โดยให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย เช่น พ่อและแม่แบ่งวันที่ต้องรับผิดชอบมาดูแลเด็กที่ป่วยเป็น Leukemia โดยพ่อจะมาดูแลทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ แม่จะมาดูแลทุกวันอังคาร พฤหัสบดี และเสาร์ ส่วนวันอาทิตย์ทั้งพ่อ และแม่จะมาดูแลเด็กด้วยกันทั้งคู่

เมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินและการพยาบาล ครอบครัวแล้ว หลังจากนั้นเริ่มพิจารณาถึงความสามารถและทักษะสำหรับการสัมภาษณ์ครอบครัว

ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์ครอบครัวมี 4 ขั้นตอนหลักด้วยกันซึ่งพัฒนามาจาก Calgary Family Intervention Model (CFIM) (Wright & Leahey, 2005) ดังนี้

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ (Engagement) เป็นขั้นตอนแรกในการสัมภาษณ์ และเป็นระยะที่พยาบาลควรฝึกทักษะเพื่อให้ทั้งตัวพยาบาลและครอบครัวเป็นที่ยอมรับและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในการบำบัดรักษาให้ดำเนินต่อไป พยาบาลเสนอความช่วยเหลือหรือทัศนคติกับครอบครัวโดยการให้ความร่วมมือและเป็นที่ปรึกษา การสัมภาษณ์ควรจะมีความสัมพันธ์กับทุกคนรวมทั้งคนที่ไม่อยู่ในเวลานั้นด้วย ความสำคัญอยู่ที่พยาบาลควรมีความเสมอภาค ความเป็นกลาง และความเคารพ ในความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม และความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ของครอบครัวได้ดี ในระยะนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างความรู้ความชำนาญของทั้งพยาบาลและครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ใหม่ในสถานการณ์ที่จำกัด สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในระยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้นคือการสัมภาษณ์ครอบครัวมีการพบเจอกันและการชี้แจงเร็วเกินไปก่อนการรักษา ซึ่งควรที่จะมีการเตรียมครอบครัวก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ครอบครัว
2. ขั้นประเมิน (Assessment) เป็นขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วยขั้นตอนในการค้นหาปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหา โดยประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งพยาบาลค้นหาความกังวลของครอบครัวที่แสดงออกมา ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิกิริยาของครอบครัวและปัญหาสุขภาพในที่นี้คือพยาบาลค้นหาประเภทการตอบสนองของครอบครัวเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ความพยายามในการแก้ปัญหา คือครอบครัวและพยาบาลพูดคุยกับแต่ละคนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและผลที่จะเกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้บอกเล่าถึงปัญหา ระบายความรู้สึก และสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว สุดท้ายการค้นหาเป้าหมาย เป็นการที่พยาบาลดึงข้อมูลและลักษณะเฉพาะของครอบครัวเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์จากที่ครอบครัวค้นหา ซึ่งจะทำให้ครอบครัวมองเห็นวิธีการแก้ปัญหาในขั้นตอนของการประเมินนอกจากการค้นหาปัญหาและหาวิธีการแก้ปัญหา ส่วนที่เพิ่มเข้ามาคือการกล่าวถึงจุดแข็ง (Strength) และรายการปัญหา (Problem List) ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะเปิดช่องว่างสำหรับครอบครัวเพื่อที่จะเล่าเรื่องราวของครอบครัว บางครอบครัวอาจจะเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย ความสูญเสียและความเศร้าโศก หรือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของสมาชิกครอบครัว เช่น พัฒนาการด้านจิตใจของเด็กล่าช้า และบางครอบครัวจะมีเรื่องราวเกี่ยวกับความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพหรือการรักษาไว้ซึ่งรูปแบบการดำเนินชีวิตที่พึงประสงค์
3. ขั้นปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการกระตุ้นให้ครอบครัวค้นหาวิธีหรือแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญ และมีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหามาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป มีวิธี

มากมายในการให้การช่วยเหลือและวางแผนรักษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งพยาบาลและครอบครัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว

4. ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination) เป็นระยะของการสิ้นสุดสัมพันธภาพในการบำบัดระหว่างพยาบาลกับครอบครัว ในระยะนี้พยาบาลควรให้กำลังใจและสนับสนุนให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งความสามารถ หรือวิธีการแก้ปัญหาต่อไป

การดำเนินการสัมพันธภาพครอบครัวสามารถจำแนกภายในบริบทของการสนทนาเพื่อการบำบัด (Therapeutic Conversation) ระหว่างพยาบาลและครอบครัว ขั้นตอนของการสัมพันธภาพครอบครัวมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระหว่างช่วงระยะเวลาการรักษา

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการดื่มสุรา การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรา สารเสพติด โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวที่มีสมาชิกติดสุรานั้นจะมีผลทำให้ครอบครัวของผู้ติดสุรา และผู้ติดสุรา มีการทำหน้าที่ครอบครัวที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม

จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) บรัมฟิลด์ (Brumfield, 1997) ได้ศึกษาวิธีการบริหารจัดการเฉพาะราย (Case Management) ในหน่วยให้บริการในชุมชนโดยระบบครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการค้นหาและการได้รับการดูแลสุขภาพ ซึ่งนำระบบครอบครัวเพิ่มเข้าไปในโปรแกรมการบริหารจัดการผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความเป็นอิสระมากขึ้นในการเป็นผู้ที่ตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงการดูแล นอกจากนี้ มาร์ติน, วัตสัน และแบร์ด (Martin, Watson & Baird, 1999) ได้นำ CFAM และ CFIM ใช้ในการประเมินและให้การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่าในระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้น หญิงตั้งครรภ์จะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการคลอดรวมทั้งครอบครัวด้วย ดังนั้นในการวางแผนให้การดูแลของพยาบาล นอกจากจะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์แล้วจึงควรส่งเสริมในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย การนำ CFAM และ CFIM มาใช้เป็น การช่วยเพิ่มความสามารถของทีมสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของครอบครัว เป็นการวางแผนการดูแลที่นอกเหนือไปจากการดูแลด้านสุขภาพของมารดาแต่เป็นการดูแลสุขภาพของครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานในการให้การดูแลสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในขณะตั้งครรภ์

โกดาร์ว และดัชฮามิลต์ (Goudreau & Duhamel, 2003) ได้นำ CFIM ไปใช้ในการช่วยเหลือคู่สมรสที่ตั้งครรภ์และผู้ที่เริ่มเป็นพ่อแม่ในระยะของการปรับตัวของครอบครัวเพื่อพัฒนาการพยาบาลในการสนับสนุนการปรับตัวของคู่สมรสในระยะเวลาเริ่มแรกของการเป็นพ่อแม่ CFIM ถูกนำมาใช้ในส่วน of Linear Question และ Circular Question, การชื่นชมจุดแข็งของครอบครัวและบุคคล, การให้ข้อมูลและเสนอความคิดเห็น, Validating or Normalizing Emotional Responses การประเมินการปรับตัวของคู่สมรส พบว่า คำถามลักษณะวงกลม (Circular Question) มีประโยชน์มากในการสนับสนุนการปรับตัวของคู่สมรส

เมนาร์ด และซอร์เชอร์ (Menard & Saucier, 2000) ได้นำ CFAM และ CFIM ไปใช้ในการดูแลครอบครัว พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจทั้งครอบครัวและพยาบาลสามารถประเมินปัญหาและช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านวิกฤตไปได้

เรมเพิล (Rempel, 2004) ได้นำ CFIM ไปใช้ในการให้การดูแลพ่อแม่ของเด็กที่ป่วยเป็น Congenital Heart Disease และ Hypoplastic Left Heart Syndrome โดยใช้ Circular Question เพื่อค้นหาความแตกต่างของความสัมพันธ์ ความคิด หรือความเชื่อของพ่อแม่ เพื่อช่วยพ่อแม่เด็กได้มีโอกาสสะท้อนประสบการณ์ในการบอกเล่าถึงความเจ็บป่วย พบว่า สามารถบรรเทาสถานการณ์ที่วิกฤตและช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้

ดัชฮามิลต์และทอลบอท (Duhamel & Talbot, 2004) ได้ประเมินการพยาบาลระบบครอบครัวที่ใช้หลักการของ Guba Lincoln's Fourth Generation Evaluation โดยนำ CFAM และ CFIM มาเป็นพื้นฐานในการประเมินการพยาบาลระบบครอบครัวสำหรับการจัดการของครอบครัวกับ Cardiovascular and Cerebrovascular Illness (CCVD) โดยผู้เข้าร่วมในการศึกษาเป็นครอบครัวที่มีภาวะ CCVD จำนวน 5 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มแรก มีครอบครัวที่เข้าร่วม 2 ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย Myocardial Infarction (MI) และกลุ่มที่สองมีครอบครัวที่เข้าร่วม 3 ครอบครัวที่มีสมาชิกมีภาวะ Stroke แต่ละกลุ่มที่เข้าร่วมประกอบด้วย พยาบาล 1 คน (Nurse Guide) และพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติ 1 คน (Practicing Nurse) ทั้ง 2 กลุ่มมีการเตรียมความพร้อมก่อนบำบัด 5 ครั้ง (Preclinical Sessions) ซึ่งเป็นระยะการเริ่มต้นใช้เวลา 30 นาที ระยะนี้พยาบาล Nurse Guide และ Practicing Nurse จะร่วมกันวางแผน หลังจากนั้นเข้าร่วมในการบำบัดจำนวน 5 ครั้ง (Clinical Sessions) ใช้เวลาอย่างน้อย 50-60 นาที นอกจากนี้มีการติดตามแต่ละระยะโดย Research Meeting ที่เป็นส่วนของการประเมินการวิจัย 4 ระยะแรกของ Clinical Sessions จะนัดทุก 2 สัปดาห์ ระยะสุดท้ายของ Clinical Sessions พิจารณาจากการติดตามผล 1 เดือนภายหลังการสนทนาครั้งสุดท้าย ผลที่ได้รับคือความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการทำการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้

(Cognitive), อารมณ์ (Emotional) หรือพฤติกรรม (Behavioral) พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีความเห็นตรงกันถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการช่วยเหลือ

มิเชล และจอส (Micheal & Jose, 2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวใน 5 ด้าน ทดสอบก่อนการทดลอง และหลังการทดลองและติดตามผลในระยะ 1 ปี ในเด็กอายุ 8-17 ปี ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาทฤษฎีเน้นทางเลือกแบบรายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาทฤษฎีเน้นทางเลือกแบบครอบครัวบำบัด (Solution-Focused Family Therapy) พบว่ากลุ่มควบคุมทำหน้าที่ครอบครัวใน 5 ด้านได้น้อยกว่ากลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม และในระยะติดตามผล 1 ปี พบว่ากลุ่มควบคุมมากกว่า 2 ใน 3 ทำหน้าที่ครอบครัว 5 ด้านได้น้อยกว่าเดิม สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาทฤษฎีเน้นทางเลือกแบบรายบุคคลและแบบครอบครัวบำบัดสามารถลดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลงได้

นอกจากนี้ บรูคส์ และคณะ (Burke et al., 2001) ทำการศึกษารูปแบบการให้การช่วยเหลือครอบครัวโดยพยาบาล มุ่งเน้นที่ภาวะเครียดของครอบครัว (Stress-Point Intervention by Nurses: SPIN) แนวคิดนี้สร้างขึ้นเพื่อลดปัญหาครอบครัว มีพื้นฐานจากการพยาบาลครอบครัวและใช้หลักของ CFAM และ CFIM เกี่ยวกับการจำแนกประเด็นความเครียดของครอบครัวเกี่ยวกับความคาดหวังเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนกับพ่อแม่เพื่อจัดการกับประเด็นที่พบ และติดตาม ชมเชยความแข็งแกร่งและความสำเร็จ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กจำนวน 115 คน เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการให้การช่วยเหลือครอบครัวโดยพยาบาลมุ่งเน้นที่ภาวะเครียดของครอบครัว (SPIN) กับพยาบาลตามปกติ ติดตามประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้ Feetham Family Functioning และ การเผชิญปัญหาสุขภาพ (Coping Health Inventory) ของพ่อ แม่ ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า พ่อ แม่ ที่ได้รับการช่วยเหลือแบบ SPIN มีความมั่นใจมากเกี่ยวกับการทำหน้าที่ครอบครัว และพ่อ แม่ มีการเผชิญปัญหาภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดีกว่าพ่อ แม่ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) ใช้เวลาในการปฏิบัติเพียง 5 ครั้งก็เพียงพอที่จะสามารถแก้ปัญหาที่ครอบครัวนำเสนอถึงความทุกข์ทรมาน (Suffering) ที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ของบุคคล แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นระยะการกระทำ (Action Phase) ซึ่งมีระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ 1 วันจนถึง 6 เดือน (Frenn & Malin, 1998) ประกอบด้วยขั้นตอนการตัดสินใจ และการริเริ่มกระทำพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตจะมีการฝึกคิดไตร่ตรองเรียนรู้เพื่อสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในระยะนี้พยาบาลสามารถ

ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยการสอนและชี้แนะให้ครอบครัวมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ช่วยลดอุปสรรคที่เป็นปัญหา ความรู้สึกลำบากในการกระทำ และสนับสนุนให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง (Continuation Phase) ซึ่งจะมีการพิจารณาทางเลือกใหม่ การไม่กระทำ การอยู่เฉยหรือการกระทำพฤติกรรมต่อไปอย่างไม่มีข้อจำกัด และถ้าพฤติกรรมที่กระทำมีข้อจำกัดจะมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป (Pender, 1987) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีของครอบครัวได้ในอนาคต