

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลการปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของครอบครัวในประเด็นและเนื้อหาที่สำคัญ โดยมีการรวบรวมนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นและครอบครัว
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการปรึกษาครอบครัว

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

ครอบครัว หมายถึง การที่ชายและหญิงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันฉันท์สามี ภรรยา มีความรับผิดชอบร่วมกัน แบ่งงานและหน้าที่กันตามความเหมาะสม มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งด้านการเงิน อาหาร สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต มีกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกันและเมื่อมีบุตรธิดาก็ทำหน้าที่ของบิดามารดาให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่ ดูแลให้ได้รับความอบอุ่นและปลอดภัย และหากมีบุตร ธิดามากกว่าคนหนึ่ง บิดามารดาก็ต้องอบรมสั่งสอนให้ลูกรู้บทบาทหน้าที่ของการเป็นพี่น้อง ให้รู้จักแบ่งปันดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (เมธนิษฐ์ ภิณูชน, 2539)

ครอบครัว หมายถึง ผู้ร่วมบ้านเดียวกัน คือ สามี ภรรยาและบุตร (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

สถาบันวิจัยทางสถิติแห่งสหรัฐอเมริกา (US: Bureau of the Census, 2008) ให้คำนิยามคำว่าครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือจากนี้ถือว่าเป็นครอบครัว (Poverty & Finch, 1988 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2544, หน้า 2)

ครอบครัวเป็นกลุ่มทางสังคม (Social Group) ที่ประกอบด้วยสมาชิกหลายคนมาอยู่ร่วมกันด้วยความความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นตลอดชีวิตและยังเป็นสถาบันทางสังคม (Social Institution) ที่รวมความเชื่อ ค่านิยม ความคิด และแบบแผนทางสังคมในการหล่อหลอมสมาชิกของสังคมให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับสถาบันทางสังคมอื่นในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคล ในแต่ละครอบครัว (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545, หน้า 17)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย การแต่งงาน หรือการเลี้ยงดู เช่น บิดามารดา และบุตร เป็นสถาบันแห่งแรกของสังคมซึ่งมีการกำหนดกฎระเบียบ บทบาทของสมาชิก มีรูปแบบการติดต่อสื่อสาร มีความใกล้ชิดทั้งทางอารมณ์และจิตใจ (เพ็ญญา กุลนาคดล, 2547)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลักฐานรากสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ครบถ้วนทั้งบิดามารดาและบุตร (นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความผูกพันกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วยความรู้สึก ลักษณะทางร่างกายและ/ หรือสนับสนุนกันทางด้านเศรษฐกิจ โดยสมาชิกของครอบครัวต่างมีความหมายในตัวเอง (Hanson & Boyd, 1996)

ครอบครัว หมายถึง เครือข่ายของข้อผูกพันร่วมกันของบุคคล ซึ่งเติมเต็มบทบาทของความสัมพันธ์ที่ระบุไว้ โดยทางชีววิทยาหรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เป็นสมาชิกของครอบครัวโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเข้าใจเครือข่ายทางสังคมของพวกเขา

(The National Institute of Mental Health 1997 cited in Burnett, & Klein, 2009, pp. 38-39)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่าที่มีความผูกพันทางสายโลหิต การสมรส หรือการรับบุตรบุญธรรม กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความผูกพันและสัมพันธ์กันในการพึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยความผูกพันดังกล่าวเป็นความรักความผูกพันที่ปราศจากเงื่อนไข ให้ความสำคัญซึ่งกันและกันเป็นอันดับแรก เป็นที่ยอมรับของสังคม ถูกต้องทั้งทางสังคมและทางศีลธรรม (คุษฎี เล็บขาว, 2552)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า ครอบครัวหมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันกัน ทางกฎหมาย ทางสายเลือด ทางอารมณ์ และ

ความรู้สึก รวมทั้งมีการพึ่งพิงช่วยเหลือกัน ตลอดจนสนับสนุนซึ่งกันและกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ประเภทของครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) (2537, หน้า 41-43) ได้แบ่งครอบครัวออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Families) คือ รูปแบบทางชีวภาพและรูปแบบทางสังคม ปัจจัยทางชีวภาพหรือโมเลกุลของครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก 1 คน เด็กทารกจะเกิดจากหญิงคนหนึ่งและมีพ่อโดยสายเลือด 1 คน ผู้ใหญ่ทั้งสองอาจจะอยู่หรือ ไม่อยู่ด้วยกันก็ได้ แต่ครอบครัวเดี่ยวทางสังคมเกิดจากการที่คนสองคนมีความสัมพันธ์ร่วมกันทั้งโดยการสมรสหรือการอยู่ร่วมกันเฉย ๆ ไม่ว่าจะมียุทธทางสายเลือดหรือไม่ นอกจากนี้ครอบครัวเดี่ยวทางชีวภาพยังมีรูปแบบที่ต่าง ๆ กันออกไปอีก เช่น ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ซึ่งประกอบด้วย แม่ 1 คน หรือ พ่อ 1 คนและลูก 1 คนหรือมากกว่านั้น

2. ครอบครัวขยาย (Extended Families) หมายถึง กลุ่มคนจำนวนมากพอที่อาจจะอาศัยอยู่ด้วยกันหรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ รูปแบบของครอบครัวขยายก็คือ ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่และลูก

3. ครอบครัวที่มีการจัดโครงสร้างใหม่ (Reorganized Families) ครอบครัวรูปแบบนี้ เป็นการจัดโครงสร้างใหม่โดยการสมรสครั้งใหม่หรือการอยู่ร่วมกันของผู้ที่มีบุตร โดนการสมรสครั้งก่อน สามีหรือภรรยาหรือทั้งคู่ อาจจะมีบุตรที่อาจจะอาศัยหรือไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน สามีภรรยา คู่ปัจจุบันอาจจะมีหรือไม่มีบุตรร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็บุตร โดยกำเนิดหรือบุตรบุญธรรม ในลักษณะเช่นนี้เด็กอาจจะมีพี่น้องต่างบิดาหรือมารดา ยา ตา ยาย และญาติที่ไม่มีมีความเกี่ยวพันทางสายเลือดได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งญาติใหม่สำหรับเด็ก ถ้ายังมีการสมรสหลาย ๆ ครั้ง หรือการสมรสใหม่เกิดในครอบครัวแบบขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็จะยิ่งซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้แบ่งรูปแบบของครอบครัวที่พบบ่อยดังต่อไปนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ประกอบด้วย สามี ภรรยา และลูกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

2. คู่สมรสที่ไม่มีบุตร (Childless Couples) ประกอบด้วย สามี ภรรยา

3. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One-Parent หรือ Single-Parent Family) ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่ที่ต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกตามลำพัง ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต หย่าร้างหรือแยกทางไป หรือแม่ที่เลี้ยงดูลูกนั้นเป็นแม่ที่ไม่ได้แต่งงาน เป็นต้น

4. ครอบครัวบุญธรรม (Adoptive Family) ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตรบุญธรรม

5. ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ (Reconstituted Family) ประกอบด้วย หญิง ชายที่มาอยู่ร่วมกัน โดยฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเป็นหม้ายหรือมีการหย่าร้างมาก่อน

6. ครอบครัวขยาย (Extended Family) ประกอบด้วยเครือญาติตั้งแต่ 3 ชั่วคน ขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กัน โดยการเกิดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน

สุภัตรา สุภาพ (2539, หน้า 66 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2547, หน้า 15) ได้แบ่งครอบครัวเป็น 3 ประเภท

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร (หรือบุตรบุญธรรม) เป็นครอบครัวที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดครอบครัวประเภทนี้มีอิสระสูงมาก แต่ก็ทำให้ห่างเหินจากญาติ ซึ่งอาจทำให้เกิดความว้าเหวและขาดความอบอุ่นได้ในภายหลัง

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง ซึ่งอาจพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกัน หรือในเขตบ้านเดียวกันหรืออาจอยู่ใกล้เคียงกันได้ โดยมีพี่น้องที่สมรสแล้วหลายคู่ และมี ปู่ ย่า ตา ยาย รวมอยู่ด้วยซึ่งบางครอบครัวอาจมีสมาชิกถึง 20 คน ก็ได้ ญาติพี่น้องต่างก็ช่วยกันเลี้ยงดูลูกหลาน ถือว่าครอบครัวประเภทนี้เป็นครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกอาวุโสสูงสุดจะเป็นหัวหน้าครอบครัว คอยควบคุมดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว

3. ครอบครัวที่มีสามีหนึ่งคนและภรรยาหลายคน (Polygamous Family) ครอบครัวประเภทนี้เป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัวหรือมากกว่า โดยมีสามีและพ่อร่วมกัน

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2545, หน้า 4) กล่าวว่า ลักษณะของครอบครัวมีหลายรูปแบบ รูปแบบที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) หมายถึง บิดามารดาและลูก ๆ อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยไม่มีญาติคนอื่นอยู่ด้วย

2. คู่สมรสที่ไม่มีลูก (Childless Couple) หมายถึง คู่สามีและภรรยาที่อยู่ในบ้านเดียวกัน และไม่มีลูก

3. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (Single-Parent Family) หมายถึง พ่อหรือแม่เพียงคนเดียวที่อยู่กับลูกและเลี้ยงดูลูก ในกรณีนี้บิดามารดามักจะแยกทางกัน หย่าจากกัน หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียชีวิต

4. ครอบครัวที่มีลูกบุญธรรม (Adoptive Family) หมายถึง บิดามารดาที่รับลูกบุญธรรมมาเลี้ยงเป็นลูกของตนเอง

5. ครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึง พ่อ แม่และลูกอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน กับญาติคนอื่น ๆ ซึ่งมักจะเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ ลุง ป้า น้า อา

6. ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่หรือครอบครัวที่มีพ่อเลี้ยงแม่เลี้ยง (Reconstituted or Remarriage Family or Step Families) หมายถึง ครอบครัวที่พ่อและ/ หรือแม่เคยผ่านการแต่งงาน หรือเคยมีครอบครัวมาก่อน ได้แก่ พ่อที่หย่าจากภรรยาคนแรกแล้วมาแต่งงานกับภรรยาคนที่ 2 และ อาจมีลูกคิดมาด้วย ก็จะมีความเป็นพ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง หรือพ่อใหม่ แม่ใหม่และมีความเป็นพี่น้อง ต่างบิดาหรือมารดา

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ได้แบ่งครอบครัวเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ครอบครัวเดี่ยว ซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย ญาติผู้ใหญ่ ญาติพี่น้อง และ ครอบครัวเดี่ยวรวมอยู่ด้วยกัน นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งเป็นประเภทย่อย ๆ ได้อีก กรณีครอบครัว ที่มีการจัดโครงสร้างใหม่ ทั้งครอบครัวที่ไม่มีบุตร ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัว บุญธรรม และครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ จึงอาจสรุปได้ว่าประเภทของครอบครัวสามารถ แบ่งและเปลี่ยนแปลง ได้ได้ตาม โครงสร้างและบริบทของครอบครัวนั้น ๆ

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

ความหมายของการทำหน้าที่ครอบครัว

ในแต่ละครอบครัวที่มีสมาชิกของครอบครัวอยู่ร่วมกัน จะต้องมามีสิ่งที่สมาชิกครอบครัว ปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ มีผู้ที่ให้ความหมายของการทำหน้าที่ ครอบครัวไว้ดังนี้

จาโนสติกและกรีน (Janosik & Green, 1992) ให้ความหมายว่า การทำหน้าที่ครอบครัว เป็นกระบวนการพลวัต ที่ทำให้มองเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อกัน

ฟ्रीดแมน (Friedman, 1992) ได้ให้ความหมาย ของการทำหน้าที่ครอบครัวว่าเป็นสิ่ง ที่ครอบครัวได้กระทำต่อกัน ซึ่งการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานของครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคม โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ ของโครงสร้างครอบครัว

แฮนสันและบอยด์ (Hanson & Boyd, 1996) ได้กล่าวถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวว่า เป็นส่วนหนึ่งของ โครงสร้างครอบครัว เป็นการกระทำของครอบครัวในแต่ละวันที่สอดคล้องกับ ความต้องการและข้อกำหนดของสังคม มีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและสุขภาพ โดยรวมของครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว และช่วยให้งานอดิเรกที่แข็งแรง ของสังคมต่อไป

โฮการ์ธและวิกส์ (Hogarth & Weeks, 1997) ให้ความหมาย การทำหน้าที่ครอบครัวว่าเป็นการเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรมขัดเกลาระเบียบสังคมให้ กับเด็ก ให้ความอบอุ่นแก่สมาชิก มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ คุณลักษณะและให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว รวมทั้งจัดสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นให้แก่สมาชิกในครอบครัว

ไรท์และเลฮี (Wright & Lealey, 2000) ได้ให้ความหมาย ของการทำหน้าที่ครอบครัวว่าเป็นกิจกรรม ที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติในแต่ละวัน ทั้งเป็นกิจกรรมส่วนตัวและการดูแลสมาชิกในครอบครัวยามมีการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดปัญหาหรือเกิดภาวะวิกฤติในครอบครัวได้

เบอร์เนทท์และไคลน์ (Burnett & Klein, 2009) ได้กล่าวถึง การทำหน้าที่ของครอบครัวว่าเป็นการสนับสนุนด้านกายภาพกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ให้การศึกษาและการอบรมเลี้ยงดู ให้การตอบสนองความต้องการทางเพศกับคู่สามีภรรยา ดูแลความต้องการการพึ่งพิงของเด็ก ผู้สูงอายุ การเจ็บป่วย ความพิการของสมาชิกครอบครัว และดูแลความต้องการทางอารมณ์ ความผูกพัน ความเป็นเจ้าของ และความรู้สึกมีคุณค่า

สุพิศรา สุภาพ (2536) ได้กล่าวถึง การทำหน้าที่ครอบครัวไว้ดังนี้ คือ

1. สร้างสมาชิกใหม่ (Reproduction) เพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่จำเป็นมาก เพราะถือว่าสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่หายไป
2. บำบัดความต้องการทางเพศ (Sexual) จะเป็นในลักษณะของการสมรสเป็นการลดปัญหาทางเพศ และเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมนำมาควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศให้อยู่ในขอบเขต
3. การเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโตขึ้นในสังคม (Maintenance of Immature Children or Raising the Young) ซึ่งหน้าที่นี้สำคัญต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก โดยครอบครัวจะเป็นสถานที่ซึ่งเลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่จะเจริญเติบโต โดยสมบูรณ์
4. การให้การขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ครอบครัวจะเป็นแหล่งการอบรมเบื้องต้น ที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นสถาบันที่เตรียมเด็กเพื่อจะออกไปเผชิญกับโลกภายนอก ครอบครัวจะช่วยอบรมเด็กให้รู้จักกฎเกณฑ์ คุณค่าแบบของความประพฤติ สอนให้เด็กปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคม
5. กำหนดสถานภาพ (Social Placement) สมาชิกในครอบครัวได้ชื่อสกุลจากครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สถานภาพของตนเองว่า เป็นใครอยู่กับคนกลุ่มไหน
6. ให้ความรักความอบอุ่น (Affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรักและความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและความมั่นคงทางด้านจิตใจ เพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคไปได้

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวหมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน และกัน ในครอบครัว มีการดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งยามปกติและเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ

แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัว

1. **แนวคิดของเอปสไตน์และคณะ (Epstein, Bishop & Levin, 1982)** อ้างถึงใน อุมารพร ตรงค์สมบัติ, 2544, หน้า 42-50) มองว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ในระบบแห่งครอบครัวนี้ ถ้ามีกระบวนการ (Process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา แนวคิดของ McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ใช้ทฤษฎีหลายอย่าง มาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบซึ่งอาจสรุป ได้ดังนี้

1. แต่ละหน่วยของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้น พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ
2. การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ไม่สามารถทำได้ โดยวิเคราะห์บุคคลนั้น เพียงลำพังจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย
3. รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กร ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของ McMaster Model of Family Functioning (MMFF) แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้คือ

1. การแก้ปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) แนวคิด McMaster Model of Family Functioning (MMFF) จะเน้นการสื่อสารแบบแรกเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจน กว่าเนื้อหาของ การสื่อสารแบ่งได้ 2 ประเภท คือเนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ การดำเนินชีวิตประจำวันและเนื้อหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกในการประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารจะต้องวิเคราะห์ใน 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

2.1 เนื้อหาการสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจนไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้

2.2 จุดหมายปลายทางเนื้อหาที่จะสื่อจะต้องตรงไปสู่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง ไม่ใช่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ในครอบครัวปกติความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป ในบางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้น อาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่ก็จะเป็นอยู่ในช่วงสั้น ๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

3. บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพติดต่อกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือบทบาททางด้านวัตถุประสงค์และบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังแบ่งตามความจำเป็นได้ดังนี้

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข นั่นคือการจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การฟูมฟักเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้สมาชิก นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการบริหารจัดการภายในครอบครัว ซึ่งได้แก่ การเป็นผู้นำในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การคงไว้ซึ่งมาตรฐานของครอบครัว การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในครอบครัว

3.2 บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวไปได้ดีหรือไม่นั้นต้องพิจารณา 2 ด้านคือ การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role Allocation) หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม

การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (Role Accountability) หมายถึง วิธีที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตน นั่นคือครอบครัวต้องมีวิธีตรวจสอบว่าสมาชิก แต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่และถ้าไม่จะมีบทลงโทษอย่างไร

ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินต่อไปได้ดี ก็ต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน มีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมสมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตน โดยครบถ้วน

4. การสนองตอบทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นมีหลายแบบทั้งอารมณ์เชิงบวก เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์เชิงลบ เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกคิจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในเชิงปริมาณและสถานที่ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหาก็มีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวกแต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อสามีได้เพราะกลัวสามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไปเพราะเกรงจะสะเทือนใจแม่ สมาชิกที่เกิดมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัดและมีปัญหาบุคลิกภาพหรืออาการป่วยทางกายเนื่องจากสาเหตุทางจิตใจได้

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับคือ

5.1 ปราศจากความผูกพัน (Lack of Involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีต่อกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement Devoid of Feelings) สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีเลย หรือถ้ามีก็เป็นไปเพราะความอยากรู้อยากเห็น อยากรควบคุมอีกฝ่ายหนึ่งหรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น ต้องแสดงความห่วงใยยามพี่น้องเจ็บป่วย เป็นต้น

5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic Involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง (Egocentric) เพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายอย่างจริงจัง

5.4 ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involvement) ความสนใจผูกพันต่ออีกฝ่ายอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

5.5 ผูกพันมากเกินไป (Over Involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

5.6 ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic Involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์จะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังเล็ก ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับบิดามารดาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อเข้าวัยรุ่นลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้นความผูกพันกับบิดามารดา ก็จะลดความเข้มข้นลง เป็นต้น

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง วิธีที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่ต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้าน ๆ ดังนี้

6.1 พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว

6.2 พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง

6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน ตัวอย่างในเด็กได้แก่ การเล่นอย่างผาดโผน การเล่นไม้ขีดไฟ ในผู้ใหญ่ได้แก่ การขับรถเร็วอย่างไม่ระมัดระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง

6.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

1. การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Rigid Behavior Control) ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้แน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนต้องทำอะไร แต่ผลเสียก็คือการปรับตัวจะเป็นไปอย่างลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้อาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบดื้อเจียบ

2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible Behavior Control) ครอบครัวมีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อที่จะควบคุมไว้ได้อำนาจ ดังนั้น สมาชิกจะเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

3. การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (Laissez-Fair Behavior Control) ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใด ๆ เลยใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือการแทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรม

ที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทก็ไม่ชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี เด็ก ๆ จะเติบโตขึ้นด้วยความรู้สึกไม่มั่นคงควบคุมตนเองไม่ได้และอาจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อเรียกร้องความสนใจ

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic Behavior Control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้น ๆ ลง ๆ บางครั้งเข้มงวดบางครั้งยืดหยุ่นและบางครั้งใครจะทำอะไรก็ได้ ตามความพอใจ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร การควบคุมแบบนี้ เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีความสอดคล้องกลมกลืน ปลายในการปฏิบัติหน้าที่

2. แนวคิดของสกินเนอร์ สไตน์ฮาวน์ และซานตาบารา (Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1995, p. 1 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2547, หน้า 19-20) กล่าวว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นรูปแบบที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ซึ่งเกิดจาก ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ตามโครงสร้างของครอบครัว และได้สร้างรูปแบบของการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินครอบครัว (Family Assessment Measure) ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใน 7 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความสำเร็จในการปฏิบัติภาระหน้าที่ของครอบครัว (Task Accomplishment)

หมายถึง การที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักของครอบครัว ตามวัตถุประสงค์ 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

2.1.1 ภารกิจพื้นฐาน (Basic Tasks) เป็นภาระพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องกระทำ เพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้สมาชิก การดูแลให้มีอาหารและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

2.1.2 ภารกิจด้านพัฒนาการ (Developmental Tasks) เป็นภาระที่ครอบครัวจะต้องพัฒนาไปตามขั้นตอนต่าง ๆ ของชีวิต การที่จะพัฒนาไปด้วยดี ครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ในครอบครัว การสร้างขอบเขตที่ชัดเจนการมีทิศทางในการพัฒนา

2.1.3 ภารกิจในยามวิกฤต (Crisis Tasks) เป็นวิกฤตการณ์ในครอบครัวที่เกิดขึ้นมากมาย เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ครอบครัวจะต้องปรับตัวและแก้ไขวิกฤตการณ์เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวอยู่ได้อย่างสมดุล ซึ่งในการบรรลุภารกิจแต่ละประการครอบครัวจะต้องมีกระบวนการภายในครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้

2.2 การแสดงบทบาท (Role Performance) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติการกิจของครอบครัวได้บรรลุความสำเร็จ และให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข

2.3 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน อาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด แต่จะเน้นที่ประสิทธิภาพการสื่อสาร ชัดเจน ไม่คลุมเครือ สื่อสารตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น โดยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร

2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ (Affective Expression) หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม เป็นการที่บุคคลในครอบครัวมีความสามารถในการสื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร และแสดงออกทางอารมณ์ทั้งเชิงบวกและลบได้อย่างเหมาะสม

2.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน

2.6 การควบคุมพฤติกรรม (Control) หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลซึ่งกันและกันในการควบคุม หรือ จัดการกับพฤติกรรมสมาชิกใน ครอบครัวการควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น

2.7 ค่านิยม (Values) หมายถึง ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวแต่ละครอบครัว สกินเนอร์ สเตนทิว และแซนต้า-บาร์บารา (Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1983, p. 2) กล่าวว่าองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในองค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ คือ ความสำเร็จในการปฏิบัติภาระหน้าที่ของครอบครัว การแสดงบทบาท การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และค่านิยม ในแต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และเน้นที่พลวัตของครอบครัว

3. แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของฟริดแมน (Friedman, 1992) ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้านดังนี้

3.1 หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective Function) หมายถึง หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

3.2 หน้าที่ด้านการอบรมเลี้ยงดู (Socialization and Social Placement Function) หมายถึง กระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของสมาชิก เพื่อเป็นการปลูกฝัง ส่งเสริมนิสัยที่ดีงาม ทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต ซึ่งถือเป็นกระบวนการ

ปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่ทำให้บุคคลตอบสนองสถานการณ์ในสังคมตามต้องการ เป็นผลจากการเรียนรู้บทบาทในสังคม

3.3 หน้าที่ด้านการผลิตสมาชิก (Reproductive Function) หมายถึง หน้าที่ในการสร้างหรือผลิตสมาชิกใหม่ ให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษยชาติสำหรับครอบครัวแล้วหน้าที่นี้เป็นการสืบสกุลให้ครอบครัวดำรงต่อไป

3.4 หน้าที่ด้านเศรษฐกิจ (Economic Function) หมายถึง การจัดการรายได้เพื่อมาใช้จ่ายให้เพียงพอภายในครอบครัว รวมถึงการจัดการสรรรายได้ที่มีอยู่ในการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 หน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care Function) หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งจำเป็นทางกายภาพ ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพสำหรับสมาชิกในครอบครัว

4. แนวคิดของบีเวอร์ (Beavers et al., 1985 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ 2544, หน้า 52-54) มองการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 2 แง่ คือ Competence และ Style

Competence คือ ความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้ อย่างเรียบร้อย คำนี้มีขอบเขตกว้างตั้งแต่มีประสิทธิภาพ ไปจนถึงบกพร่องอย่างรุนแรง

การประเมิน Competence จะต้องมองดูครอบครัวในภาพรวมไม่ใช่ที่จุดใดจุดหนึ่งในการประเมินจะต้องระลึกเสมอว่า ครอบครัวที่มีระดับ Competence ใกล้เคียงกันอาจมีปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันก็ได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังปฏิบัติภารกิจแต่ละอย่างได้แตกต่างกัน บางอย่างอาจทำได้ดีมากแต่บางอย่างอาจทำไม่ได้ดีเท่าไร ครอบครัวที่สามารถจัดการกับภารกิจเล็ก ๆ ได้ก็มักจะจัดการให้ภารกิจที่สำคัญคล่องไปได้ดีแต่ครอบครัวที่ไม่สามารถทำภารกิจเล็กให้สำเร็จก็มักจะทำภารกิจใหญ่ให้สำเร็จไม่ได้ (Beavers & Hampson, 1993 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ 2544, หน้า 52) ครอบครัวที่มี Competence ดีมักมีลักษณะดังนี้

1. มีความเป็นผู้นำที่เท่าเทียมกันระหว่างสามีภรรยา (Egalitarian Leadership)
2. มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างบิดามารดาหรือผู้ใหญ่ในครอบครัว
3. มีขอบเขตระหว่างรุ่นที่ชัดเจน
4. สมาชิกมีความเป็นดั่งของตัวเองอย่างเพียงพอ
5. สมาชิกยอมรับความแตกต่างของแต่ละคน และแก้ไขความขัดแย้งอันเกิดจากความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม

ความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม

6. สื่อสารอย่างเปิดเผยและไม่อ้อมค้อม
7. แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
8. มองโลกในแง่ดีและมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของครอบครัว

ในครอบครัวที่มี Competence ต่ำ พ่อแม่มักจะไม่ค่อยร่วมมือกัน บางครั้งพ่อหรือแม่จะเข้าพวกกับลูก ไม่มีความเป็นผู้นำที่ชัดเจนหรือมีแบบไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีขอบเขตระหว่างระบบที่ชัดเจน สมาชิกไม่มีความเป็นของตัวเอง ขาดความไว้วางใจกัน การสื่อสารไม่ดี ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหรือแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันได้ดีพอ

Beavers Model แบ่งครอบครัวตามระดับ Competence ได้ 5 กลุ่ม คือ

1. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสม (Optimal Family) เป็นครอบครัวที่มี Competence ดีดังที่กล่าวมาข้างต้น
2. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีเพียงพอ (Adequate Family) ครอบครัวแบบนี้มีประสิทธิภาพดีปานกลาง มีขอบเขตระหว่างบุคคลอย่างชัดเจน มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน แต่จะใช้อำนาจควบคุมมากกว่าครอบครัวแบบแรก การแก้ปัญหาขัดแย้งมักใช้วิธีออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม มีการแบ่งหน้าที่ระหว่างชายหญิงอย่างชัดเจน พ่อแม่ร่วมมือกัน ไม่ดีเท่าไรนัก มีความตึงเครียดสูง ความสุขความเป็นกันเองและไว้วางใจกันมีน้อย แต่ลูกในครอบครัวแบบนี้ก็มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับแบบแรก
3. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปานกลาง (Midrange Family) ครอบครัวแบบนี้พบบ่อยที่สุด สมาชิกไม่ค่อยใกล้ชิดผูกพันและมักเก็บกดความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออกหรือยอมรับในความรู้สึกทางลบที่มีต่อกัน มีปัญหาขอบเขตระหว่างบุคคล ไม่ค่อยยอมรับความแตกต่างของกันและกัน มักแก้ปัญหาโดยออกคำสั่งมากกว่าประนีประนอม ลูกจะพัฒนาไปได้ไม่มั่นคง และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ก็จะแยกออกจากครอบครัวได้ยาก และอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมได้
4. ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ค่อยดี (Borderline Family) ครอบครัวแบบนี้มีการควบคุมมากกว่าแบบที่ 3 การระคับระคองทางอารมณ์ต่อกันมีน้อย การกิจทางพัฒนาการก็เป็นไปอย่างไม่ครบถ้วน สมาชิกไม่ค่อยมีความเป็นตัวของตัวเอง ขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน อารมณ์ในครอบครัวแปรเปลี่ยนได้มาก ตั้งแต่เศร้าจนถึงโกรธอย่างรุนแรงหรือก้าวร้าว ความสุขในครอบครัวมีค่อนข้างน้อย
5. ครอบครัวที่ทำหน้าที่บกพร่องมาก (Severely Dysfunctional Family) ครอบครัวแบบนี้มีปัญหามากที่สุดเพราะไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้เลย ทั้งสมาชิกก็ยังจัดการกับความขัดแย้งภายในจิตใจของตนไม่ได้ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาในขอบเขตระหว่างบุคคลและขาดความเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ไม่สามารถร่วมมือกันปกครองลูกได้ ลูกจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ไม่มีเอกลักษณ์ที่มั่นคงหรือเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิต

Style หมายถึง ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่ครอบครัวมีต่อกันเองและมีต่อระบบภายนอก Style มีความใกล้เคียงกับ Cohesion และ Emotional Involvement Style แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบ

ที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (Centripetal: CP) และแบบที่มีทิศทางออกจากครอบครัว (Centrifugal: CF) ดังนี้

ครอบครัวแบบ (Centripetal: CP) แสวงหาความสุขจากภายในครอบครัวไม่ค่อยไว้ใจคนนอกครอบครัว สมาชิกแสดงความรู้สึกทางบวกเป็นส่วนใหญ่ และเก็บกคความรู้สึกทางลบถูกแยกออกไปจากครอบครัวได้ยากเพราะมีความผูกพันมากเกินไปสมาชิกมักมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล

ครอบครัวแบบ (Centrifugal: CF) แสวงหาความสุขจากภายนอกครอบครัว สนิทกับคนนอกมากกว่าคนในครอบครัวมักแสดงความรู้สึกทางลบ เช่น โกรธ ไม่พอใจ มากกว่าความรู้สึกทางบวก ผลักดันให้ลูกออกจากครอบครัวโดยที่ลูกยังไม่พร้อมสมาชิกมักมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ชอบขัดคำสั่งหรือเถร

Style เป็นเครื่องชี้ถึงความสามารถในการปรับตัวด้วย ครอบครัวที่ปรับตัวได้ไม่ดีจะมี Style คงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ครอบครัวที่ปรับตัวดีจะมี Style ที่ยืดหยุ่นสอดคล้องกับวงจรชีวิตและความต้องการของสมาชิก เช่นเมื่อมีลูกวัยรุ่น Style จะเปลี่ยนจาก Centripetal ไปเป็น Centrifugal โดยลูกจะใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้น แทนที่จะขลุกอยู่กับพ่อแม่ ส่วนพ่อแม่ก็จะหันไปมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเพื่อไม่ให้เกิดความเหงาเมื่อลูกไม่อยู่ในครอบครัวที่ปรับตัวไม่ดี พ่อแม่จะเรียกร้องให้ลูกอยู่กับตนเองหรืออาจมีอารมณ์เศร้าถ้าลูกห่างไป

5. แนวคิดของโอลสัน (Olson, 1999 อ้างถึงใน เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2547, หน้า 29) ได้เสนอแนวคิดในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว โดยเน้นที่มิติที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 3 ด้านดังนี้

5.1 ความผูกพันภายในครอบครัว (Family Cohesion) เป็นความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ผูกพันกัน (Disengaged) ระดับแยกจากกันได้ เป็นระดับความผูกพันน้อย ค่อยไปทางต่ำ (Separated) ระดับแยกจากกันได้ แต่ยังผูกพันกันอยู่ เป็นระดับความผูกพันในระดับกลางค่อนข้างไปทางสูง (Connected) และระดับผูกพันกันมากจนแยกไม่ออก (Enmeshed) ความผูกพันในระดับกลางค่อนข้างไปทางสูง (Connected) เป็นระดับที่เหมาะสมที่สุด เพราะบุคคลสามารถเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองได้ในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัว ความสมดุลในลักษณะนี้จะทำบุคคลพัฒนาไปได้อย่างดี ในครอบครัวที่มีความผูกพันในระดับต่ำมาก สมาชิกจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปจนทำให้ต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและความร่วมมือกันมีน้อย ผลที่เกิดตามมาคือครอบครัว จะไม่มีความเข้มแข็งแต่ในครอบครัวที่มีระดับความผูกพันสูงมาก สมาชิกจะมีความภักดีต่อครอบครัวมากเกินไปและเห็นพ้องต้องกันมากเกินไป จนไม่เป็นตัวของตัวเอง พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกก็จะบกพร่องด้วยเช่นกัน

5.2 ความยืดหยุ่นในครอบครัว (Flexibility) เป็นความสามารถของครอบครัว ในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในครอบครัว อำนาจ บทบาทและกฎระเบียบต่าง ๆ ในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัว

5.3 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นมิติที่สำคัญเพราะการสื่อสารภายในครอบครัวที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือ และ ตรงต่อเป้าหมาย จะเป็นสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว เป็นไปด้วยดี

โอลสัน (Olson, 1991 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนาคล, 2547, หน้า 31) ได้นำเสนอรูปแบบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว โดยให้ชื่อว่า เซอร์คัมเพล็กซ์ โมเดล (Circumplex Model) ซึ่งมีรูปแบบเป็น โมเดล 3 มิติ และมีความสัมพันธ์กับ โมเดลของบีเวอร์ สกินเนอร์ และ เอปสไตน์ และที่สำคัญที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งของ โมเดลนี้ คือ โมเดลนี้มีการบูรณาการความคิดในหลาย ๆ ทฤษฎี เพื่อประเมินความสมดุลหรือ ความไม่สมดุลของครอบครัว

เมื่อพิจารณาจากภาพประกอบ 1 และจากลักษณะการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวตามแนวคิดของ โอลสัน (Olson, 1991, p. 8 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนาคล, 2547, หน้า 31) พบว่าสามารถแบ่งครอบครัวได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ครอบครัวที่สมดุล (Balanced Family) เป็นครอบครัวที่มีความผูกพัน และความยืดหยุ่นในครอบครัวอยู่ในระดับกลาง
2. ครอบครัวที่อยู่ในระดับกลาง (Midrange Family) เป็นครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ด้านหนึ่งอยู่ในช่วงกลาง และ อีกด้านหนึ่งอยู่ในช่วงที่มากเกินไป (Extreme Family)
3. ครอบครัวที่ไม่สมดุล (Extreme Family) เป็นครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ทั้ง 2 ด้านอยู่ในช่วงสุดขั้ว คือ มาก หรือ น้อย เกินไปครอบครัวในลักษณะสมดุล จะมีความสามารถในการต่อสู้กับสภาวะการณ์ต่าง ๆ มีการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และสมาชิกมีความพึงพอใจในครอบครัวสูงกว่าลักษณะอื่น ๆ ตามรูปภาพดังนี้

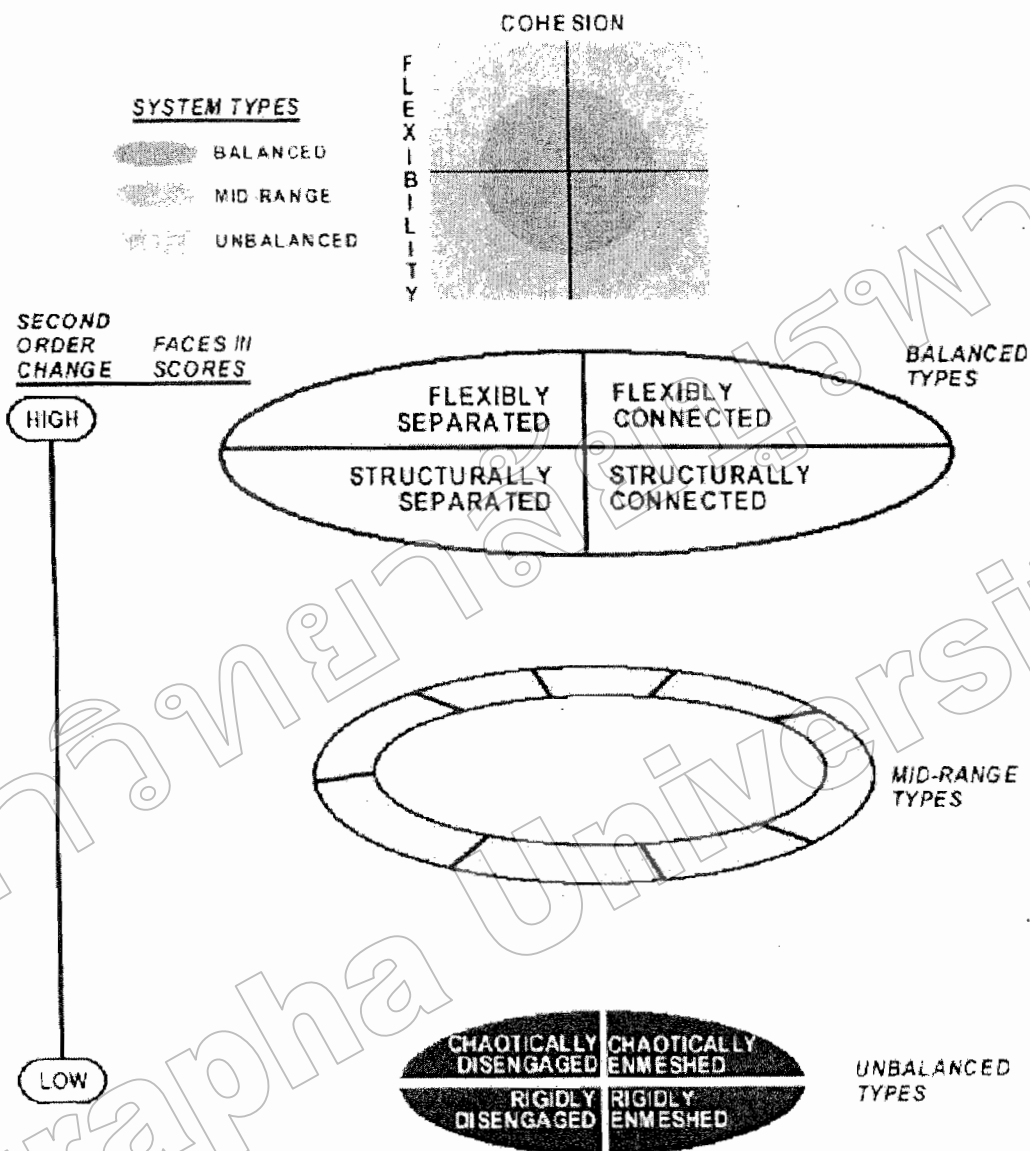


Figure 2: Three Dimensional Family Circumplex Model

ภาพที่ 1 รูปแบบครอบครัวบำบัด 3 มิติ แนวคิดเซอร์คัมเพล็กซ์ (Olson, 1991, p. 8 อ้างถึงใน
 เพ็ญภา กุลนภาดล, 2547, หน้า 31)

การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว (Circumplex Model)

โอดสันและโกรัล (Olson & Gorall, 2003, pp. 514-547) กล่าวว่า ระบบคู่สมรสและครอบครัว (The Circumplex Model of Marital and Family Systems) ได้รับการพัฒนาโดยมีความพยายามที่จะเติมช่องว่างระหว่างการวิจัย ทฤษฎีและการปฏิบัติ (Olson, Russell, & Sprenkle, 1989 cited in Olson & Gorall, 2003) ของเซอร์คัมเพล็กซ์โมเดล (Circumplex

Model) ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวินิจฉัยเชิงสัมพันธ์ เพราะเน้นไปที่ระบบความสัมพันธ์ และทำงานร่วมกันของทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ความผูกพัน ความยึดหยุ่นและการสื่อสาร ซึ่งเกิดจากการจัดกลุ่มของแนวคิดกว่า 50 แนวคิด เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงระบบคู่สมรสและครอบครัว แบบจำลองได้รับการออกแบบเป็นพิเศษสำหรับการวิจัยครอบครัว การประเมินทางคลินิก การวางแผนการรักษา และประสิทธิผลของการบำบัดเกี่ยวกับคู่สมรสและครอบครัว (Olson, 2000) ความหลากหลายของนักบำบัดและนักทฤษฎีได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องกับมิติของความผูกพัน ความยึดหยุ่นและมิติการสื่อสาร ส่วนใหญ่โมเดลเหล่านี้ได้รับการพัฒนาในช่วง 20 ปีโดยที่ใช้นุมมองของระบบครอบครัว

โดยแนวคิดในการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวตามแนวคิดเซอร์คัมเพล็กซ์โมเดล (Circumplex Model) ได้แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความผูกพัน (Cohesion) หมายถึง พันธะทางอารมณ์ที่คู่สมรสและสมาชิกครอบครัวมีต่อกัน แนวคิดหรือตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์และวัดมิติของความผูกพันในครอบครัว ได้แก่ พันธะทางอารมณ์ ขอบเขตของความเป็นส่วนตัว การเป็นพันธมิตรกัน เวลา ช่องว่าง เพื่อน การตัดสินใจ ความสนใจและนันทนาการ ความผูกพัน (Cohesion) จะเน้นเกี่ยวกับความสมดุลของระบบการแยกจากกันกับการอยู่ร่วมกัน ซึ่งแบ่งระดับของความผูกพัน (Cohesion) เป็น 5 ระดับ ได้แก่

1.1 ระดับต่ำมาก ไม่ผูกพัน/ แยกจากกัน (Disengaged/ Disconnected)

2.2 ระดับต่ำถึงปานกลาง ค่อนข้างจะผูกพัน (Somewhat Connected)

1.3 ระดับปานกลาง ผูกพัน (Connected)

1.4 ระดับปานกลางถึงสูง ผูกพันกันมาก (Very Connected)

1.5 ระดับสูงมาก พัวพัน/ ผูกพันมากเกินไป (Enmeshed/ Overly Connected)

ทั้ง 5 ระดับของแต่ละมิตินี้เปลี่ยนแปลงจากรูปแบบรุ่นก่อนหน้าที่มีเพียง 4 ระดับ ปัจจุบันมีระดับที่สมดุล 3 ระดับ และไม่สมดุลกัน 2 ระดับ โดยเพิ่มระดับกลางเป็น 3 ระดับหรือความสมดุลของความผูกพัน (ค่อนข้างผูกพัน ผูกกัน ผูกพันกันมาก) ทำให้ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ครอบคลุมที่สุด ระดับสุดขั้วหรือระดับไม่สมดุล (Disengaged หรือ Enmeshed) จะเห็นได้ว่าเป็นปัญหาสำหรับความสัมพันธ์ในระยะยาว

ครอบครัวที่สามารถจะแยกห่างจากกันหรือมีความผูกพันกันอย่างสมดุล บุคคลจะมีความเป็นอิสระได้ในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัว คู่สมรสและครอบครัวที่มารับการบำบัดมักจะอยู่ในระดับสุดขั้วก็คือมีความไม่สมดุลกันของความห่างเหินมากเกินไปกับการผูกพันกันมากเกินไป เมื่อระดับของความผูกพันสูงระบบที่พัวพันจนแยกไม่ออก (Enmeshed) จะมีความเห็นพ้องมากเกินไป มีความใกล้ชิดทางอารมณ์ภายในความคร่ำมกและมีความเป็นตัวของตัวเองน้อยเกินไป

ระบบที่สุขขั้วอีกแบบคือระบบที่ไม่ผูกพัน (Disengaged) สมาชิกต้องทำอะไรด้วยตนเอง ความผูกพันและความเห็นพ้องในครอบครัวมีน้อย

ระบบคู่สมรสและครอบครัวที่สมดุลทั้งระดับที่ค่อนข้างจะผูกพัน (Somewhat Connected) ผูกพัน (Connected) ผูกพันกันมาก (Very Connected) มีแนวโน้มที่จะทำหน้าที่ได้มากกว่า ความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างผูกพัน (Somewhat Connected) มีการแยกจากกันทางอารมณ์แต่ไม่มากเท่าระบบสุขขั้วที่ไม่ผูกพันกัน (Disengaged) ช่วงเวลาที่ห่างกันก็มีความสำคัญมาก บางครั้งมีการใช้เวลาร่วมกัน มีการตัดสินใจร่วมกันและได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส กิจกรรมและความสนใจโดยทั่วไปจะแยกจากกัน มีการร่วมกันบางส่วน ความสัมพันธ์ที่ผูกพันกัน (Connected) เป็นลักษณะของระดับที่ดีที่สุดของความสมดุลระหว่างการผูกพันกัน (Connectedness) และการแยกจากกัน (Separateness) ความสัมพันธ์ที่ผูกพันกันมาก (Very Connected) มีความใกล้ชิดทางอารมณ์และความจงรักภักดีต่อความสัมพันธ์ ให้ความสำคัญในการอยู่ร่วมกัน การใช้เวลาร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าระยะเวลาที่อยู่คนเดียว ไม่เพียงแต่การแยกจากเพื่อนแต่ยังให้เพื่อน ๆ ใช้เวลาด้วยกันกับคู่สมรส

ระดับที่ไม่สมดุลของความผูกพันอยู่ในระดับสุขขั้วคือ ไม่ผูกพัน (Disengaged) หรือพันกันมาก (Enmeshed) ความสัมพันธ์ที่ไม่ผูกพัน (Disengaged) คือมีความห่างเหินทางอารมณ์อย่างมาก การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีน้อย และการมีจัดการความเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระส่วนบุคคล มักจะต่าง ๆ ด้วยตัวเอง ใช้เวลาและความสนใจตามลำพัง และสมาชิกไม่สามารถที่จะหันไปหาคนอื่นในครอบครัวในการช่วยสนับสนุนและการแก้ปัญหา ความสัมพันธ์ที่พันกันมาก (Enmeshed) มีความใกล้ชิดทางอารมณ์และมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวมากเกินไป บุคคลจะมีการพึ่งพิงสูงและมีปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน ขาดการแยกจากกันของบุคคลและมีการใช้พื้นที่ส่วนตัวเล็กน้อย พลังงานของแต่ละบุคคลจะเน้นเฉพาะภายในครอบครัวและมีเพื่อนหรือความสนใจภายนอกไม่กี่อย่าง โดยสรุปความผูกพันในระดับสูงมาก (Enmeshed) และระดับต่ำมากของความไม่ผูกพัน (Disengaged) มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสำหรับบุคคลทั่วไป และการพัฒนาความสัมพันธ์ในระยะยาว ในทางกลับกันความสัมพันธ์ที่มีคะแนนปานกลาง ความสมดุลระหว่างการแยกจากกัน (Separate) และการอยู่ร่วมกัน (Together) มีการทำงานหน้าที่ครอบครัวได้มากขึ้นแม้ว่าจะไม่มีระดับที่ดีที่สุดสำหรับความสัมพันธ์ใด ๆ แต่จะเป็นปัญหามากหากมีการทำหน้าที่ในระดับสุขขั้วอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไปนอกจากนี้ ยังคาดว่าระบบคู่สมรสและครอบครัวจะเปลี่ยนระดับของการผูกพันกันเมื่อเวลาผ่านไป

2. ความยืดหยุ่นในครอบครัว (Flexible) หมายถึง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในครอบครัว การเป็นผู้นำ บทบาทและกฎของความสัมพันธ์ การควบคุมระเบียบ

วินัย รูปแบบการเจรจาต่อรอง ความยืดหยุ่นเกี่ยวข้องกับระบบของการรักษาสมดุลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความยืดหยุ่นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. ระดับต่ำมาก เข้มงวด/ ไม่ยืดหยุ่น (Rigid/ Inflexible)
2. ระดับต่ำถึงปานกลาง ค่อนข้างมีความยืดหยุ่น (Somewhat Flexible)
3. ระดับปานกลาง ยืดหยุ่น (Flexible)
4. ระดับปานกลางถึงสูง ยืดหยุ่นมาก (Very Flexible)
5. ระดับสูง วุ่นวาย/ ยืดหยุ่นมากเกินไป (Chaotic/ Overly Flexible)

ระดับกลางหรือความสมดุลของความยืดหยุ่น (ค่อนข้างยืดหยุ่น ยืดหยุ่น และยืดหยุ่นมาก) เอื้อต่อการทำหน้าที่ของคู่สมรสและครอบครัวที่ดี ส่วนระดับสุดขั้ว (เข้มงวดและวุ่นวาย) เป็นปัญหาสำหรับครอบครัวในการผ่านวงจรชีวิตครอบครัว ความยืดหยุ่นจะให้ความสำคัญในเปลี่ยนแปลงผู้นำครอบครัว บทบาท และกฎระเบียบ ทฤษฎีระบบครอบครัวเน้นความเข้มงวดของครอบครัวและแนวโน้มในการรักษาสภาพที่เป็นอยู่ ต่อมาได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงและความยืดหยุ่นของระบบคู่สมรส (Olson & Olson, 2000 cited in Olson & Gorall, 2003) และครอบครัวต้องมีทั้งความมั่นคงและการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมและเป็นหนึ่งในลักษณะที่แตกต่างของการทำหน้าที่ของคู่สมรสและครอบครัวที่ผิดปกติ

ระบบคู่สมรสและครอบครัวที่สมดุลที่มีความยืดหยุ่นมีความสามารถที่จะจัดการทั้งเสถียรภาพและการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างยืดหยุ่น (Somewhat Flexible) มีแนวโน้มที่จะมีลักษณะความเป็นผู้นำที่มีประชาธิปไตย มีการประชุมปรึกษาหารือที่รวมบุตรเข้าไปด้วย บทบาทมีเสถียรภาพ ซึ่งมีบทบาทร่วมกันบางส่วนและมีการบังคับใช้กฎระเบียบที่มั่นคงมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างเพียงเล็กน้อย ความสัมพันธ์ที่ยืดหยุ่น (Flexible) มีความเป็นผู้นำที่เสมอภาค ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการตัดสินใจ มีการประชุมปรึกษาหารือและรวมบุตรเข้าไปด้วย มีบทบาทร่วมกันและมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อจำเป็น กฎระเบียบสามารถเปลี่ยนแปลงได้และเหมาะสมกับวัย ความสัมพันธ์ที่ยืดหยุ่นมาก (Very Flexible) มีแนวโน้มที่มีการเปลี่ยนแปลงในการเป็นผู้นำและบทบาทบ่อย กฎมีความยืดหยุ่นมากและปรับเปลี่ยนได้อย่างง่ายดายเมื่อมีความต้องการเพื่อการเปลี่ยนแปลง

คู่สมรสและครอบครัวที่ไม่สมดุลมีแนวโน้มที่จะเป็นได้ทั้งระดับที่ สุดขั้ว ความมั่นคงมาก (เข้มงวด) หรือการเปลี่ยนแปลงมากเกินไป (วุ่นวาย) ในความสัมพันธ์ที่เข้มงวด (Rigid) บุคคลรับผิดชอบในการวางแผนและควบคุมสูง มีแนวโน้มที่จะจำกัดการปรึกษาหารือ การตัดสินใจส่วนใหญ่ถูกกำหนดขึ้นโดยผู้นำ บทบาทจะกำหนดอย่างเคร่งครัดและกฎจะไม่เปลี่ยนแปลง

ความสับสนที่วุ่นวาย (Chaotic) มีความเป็นผู้นำที่เอาแน่เอานอนไม่ได้ การตัดสินใจจะหุนหันพลันแล่น บทบาทไม่ชัดเจนและมักจะเปลี่ยนจากบุคคลไปอีกรายบุคคล โดยสรุปแล้วความยืดหยุ่นระดับสูงมาก (วุ่นวาย) และความยืดหยุ่นในระดับต่ำมาก (เข้มงวด) มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสำหรับบุคคลทั่วไปและการพัฒนาความสัมพันธ์ในระยะยาว ความสัมพันธ์ที่มีคะแนนปานกลาง (มีโครงสร้างและความยืดหยุ่น) สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความสมดุลและเสถียรภาพในการทำหน้าที่มากขึ้นแม้ว่าจะไม่มีระดับที่ดีที่สุดสำหรับของความสัมพันธ์ใด ๆ รูปแบบ ความสัมพันธ์มักจะมีปัญหาหากมีการทำหน้าที่มากเกินไปอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่รูปแบบเข้มงวดหรือวุ่นวาย

3. การสื่อสาร (Communication) เป็นรูปแบบมิติที่ 3 ในเซอร์คัมเฟล็กซ์โมเดล

(Circumflex Model) การสื่อสารถือว่าเป็นมิติสำคัญสำหรับช่วยสนับสนุนคู่สมรสและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนระดับความผูกพันและความยืดหยุ่น การใช้ทักษะในการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้คู่สมรสและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนระดับความผูกพันและความยืดหยุ่น การสื่อสารในคู่สมรสและครอบครัว คือการวัดเกี่ยวกับ ทักษะการฟัง ทักษะการพูด การเปิดเผยตัวเอง ความชัดเจน การติดตามความต่อเนื่อง และให้ความเคารพ ทักษะการฟังรวมถึงการฟังอย่างมีความเห็นอกเห็นใจและเอาใจใส่ ทักษะการพูด การเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองและความสัมพันธ์ การติดตามหมายถึงการติดตามหัวข้อและให้ความเคารพและคำนึงถึงอารมณ์ของการสื่อสาร มีการศึกษาหลายแห่งทดสอบเรื่องของการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาในคู่สมและครอบครัว พบว่าระบบที่สมดุลในความยืดหยุ่นและความผูกพันกันมีแนวโน้มที่จะมีการสื่อสารที่ดีมาก ในขณะที่ระบบไม่สมดุลกันในมิติเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีการสื่อสารที่ไม่ดี

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่าแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่นำมาใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของเฮปไตน์และคณะ (McMaster Model of Family Functioning) ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดของโอสันระบบคู่สมรสและครอบครัว (Circumflex Model of Marital and Family System) ในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดเซอร์คัมเฟล็กซ์โมเดลของระบบคู่สมรสและครอบครัว (Circumflex Model of Marital and Family System) จะประเมินครอบครัวใน 3 ด้านคือ ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน (Cohesion) ความยืดหยุ่นในครอบครัว (Flexibility) และการสื่อสารภายในครอบครัว (Communication) ซึ่งสอดคล้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรเป็น โรคสมาธิสั้นซึ่งมักพบปัญหาด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องใน 3 ด้านนี้ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือประเมินครอบครัวจาก

แนวคิดมาใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อให้การประเมินมีความเหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมากขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชวาล (2542) ได้ศึกษา พฤติกรรมของกลุ่มสมรสไทยในเรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ในครอบครัวปกติ ผลการศึกษาพบว่าส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว และจำนวนปีที่แต่งงานในครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยว

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ได้ศึกษาการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีพอควร ส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่และครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม

เดือนใจ โคตรสมบัติ (2544) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวบางโอกาสหรือไม่แน่นอนมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีเวลาอยู่กับครอบครัวสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกวันหยุดสุดสัปดาห์ นอกจากนี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลางกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ครอบครัว โรงเรียน ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการทางอารมณ์ในนักเรียน ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีจะเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

อุทิศ สมบัติแก้ว (2545) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนอยู่ในระดับดีพอควรในทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วยด้านการแก้ปัญหา บทบาท การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อให้ทั้งครอบครัวและผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ธาดา เจริญกุล (2545) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 36.7 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ในระดับไม่ค่อยดีและการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับเล็กน้อย ในด้านการแก้ปัญหา (51.0%) ด้านการสื่อสาร (28.6%) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (51.0%) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับปานกลางในด้านบทบาท (67.3%) ด้านการควบคุมพฤติกรรม (57.1%) และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป (69.4%)

อรณพ ทองคำ (2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับดีพอสมควร ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านคือการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การสนองตอบทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอสมควร ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในด้านนี้ ปัญหาเด่นชัด ก็คือสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่การทำหน้าที่ด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ให้คนในครอบครัวรับฟัง

พร้อมพันธ์ คุ่มเนตร (2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีนในจังหวัดแพร่ ผลการศึกษาพบว่าภาระหนักในความสำเร็จของการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งจะสะท้อนพลังความเข้มแข็งของครอบครัวโดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือน

สิรินทร์ทิพย์ มากบุญ (2546) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร บทบาทของครอบครัวและการตอบสนองทางอารมณ์สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพ็ญนภา กุลนภาดล (2547) ได้ศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโครงสร้าง สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

รัชนิกรณ์ ศักดิ์ศรีวัฒนา (2548) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่น ที่มาจากครอบครัวหย่าร้างกับครอบครัวปกติ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนวัยรุ่นจากครอบครัวหย่าร้างกับจากครอบครัวปกติ รับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวไม่แตกต่างกัน นักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวปกติ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นได้ โดยผู้ปกครองนักเรียนวัยรุ่น ไม่ว่าจะบิดา มารดาหรือญาติพี่น้องคนอื่น ๆ ก็ตาม หากมีการทำหน้าที่ที่ตามบทบาทของตนเอง ได้ดีและเหมาะสม ก็จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของบุตรวัยรุ่นในระดับหนึ่งได้

ปาณิสรา รักทอง (2548) ได้ศึกษาผลการปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีน พบว่าครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้ เมทแอมเฟตามีน หลังได้รับการปรึกษารอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับการปรึกษารอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ผลของการปรึกษารอบครัวสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้ แอมเฟตามีน ได้

มะลิ ชูโต (2548) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำกับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการทำหน้าที่ครอบครัวด้านบทบาท และด้านการควบคุมพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด (P -Value .05) ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จึงควรสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว ให้มีความรับผิดชอบบทบาทของตนไม่ขาดตกบกพร่องและมีกฎเกณฑ์สำหรับประพฤติปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันอันเป็นที่ยอมรับในครอบครัว

แสงทอง ไชยเมืองชั้น (2548) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยรุ่นในกลุ่มที่ศึกษามีพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 13.92 เด็กวัยรุ่น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการสนองตอบทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอสมควร ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการแก้ไขปัญหานั้นที่ระดับ .01

พิมพ์ภัทรา โสภาคิชย์ (2548) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมและรายด้าน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร บทบาท การสนองตอบทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอสมควร ในด้านการตอบสนองทางอารมณ์และในด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย

สรนา มงคล (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสมาธิจิตสุราพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวที่มีสมาธิจิตสุรากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว นำมาใช้ในการให้การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาธิจิตสุราให้การทำหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

1. ความหมายของโรคสมาธิสั้น

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2550, หน้า 119) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน มีอาการที่สำคัญ 3 อย่างคือ สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ ยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (Impulsivity) จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็กจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าสังคมตามมา

ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน (2550, หน้า 1) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้น คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเด็ก โดยแสดงอาการอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียนซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับพัฒนาการ โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี มีอาการประกอบด้วยสมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity)

นิรชา เรืองดารกานนท์ (2551, หน้า 165) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้น คือ เป็นภาวะที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหา ได้แก่ ซนมากจนเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หุนหันพลันแล่นและยับยั้งใจได้ลำบากตลอดจนสมาธิสั้นทำอะไรไม่เสร็จตามที่ควรทำได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2551, หน้า 158) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของโรคคือผู้ป่วยสมาธิสั้นและ/หรือซนผิดปกติ ร่วมกับการขาดการควบคุมอารมณ์ โดยมีอาการก่อนอายุ 7 ปี

สุวรรณี พุทธิศรี (2552, หน้า 461) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้น คือลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัด มี 3 ประการคือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattentiveness) อยู่ไม่นิ่งอยู่ไม่สุข ซุกซนผิดปกติ (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่าง ๆ (Impulsivity)

จากความหมายข้างต้นทั้งหมด สรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ประกอบด้วยกลุ่มอาการ สมาธิสั้น (Inattention) ซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหัน

พลันแล่น (Impulsivity) ซึ่งอาจจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมดก็ได้ กลุ่มอาการดังกล่าว จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กและส่งผลให้เกิดปัญหา การปรับตัวและการพัฒนาบุคลิกภาพได้

2. อาการของโรคสมาธิสั้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2551, หน้า 162-164) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จะมีอาการสำคัญ ดังต่อไปนี้

2.1 สมาธิสั้น (Attention Deficit)

2.1.1 ไม่สามารถจดจ่อยรายละเอียดของงาน เช่น การบ้าน งานจะมีลักษณะยุ่งเหยิง และขาดการไตร่ตรอง

2.1.2 ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อกับงานหรือการเล่น ดูเหมือนคนใจลอย ไม่สนใจหรือได้ยินว่าใครพูดอะไร

2.1.3 เปลี่ยนงานไปเรื่อย โดยที่งานเดิมยังไม่เสร็จ และไม่ปฏิบัติตามคำขอร้อง หรือคำสั่ง งานจึงไม่เสร็จตามเวลา

2.1.4 ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ ทั้งสิ่งของ เช่น สมุดและดินสอ ไร้หัวและวิธีทำงานขาดระเบียบ

2.1.5 รู้สึกไม่สบายใจและจะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สมาธิ

2.1.6 เสียสมาธิง่าย แม้มีเสียงดังรบกวนเพียงเล็กน้อย เช่น เสียงพูดเบา ๆ

2.1.7 ลืมกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมนัด ขณะพูดคุยกับผู้อื่น ผู้ป่วยจะเปลี่ยนเรื่องเร็ว ไม่ฟังผู้อื่น ใจไม่จดจ่อกับการสนทนา และไม่ติดตามรายละเอียดหรือกฎเกณฑ์ของการเล่นหรือ กิจกรรมอย่างอื่น

2.2 อาการซนผิดปกติ (Hyperactivity)

2.2.1 ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ มือและเท้าไม่อยู่นิ่ง ขยับไปมา

2.2.2 เมื่อถูกบังคับให้นั่งอยู่เฉย ๆ เช่น ในห้องเรียนจะลุกออกจากที่นั่ง

2.2.3 มักวิ่งไปมาหรือปีนป่ายในสถานที่ไม่ควรทำ

2.2.4 ไม่สามารถเล่นหรือมีกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินเงียบ ๆ ได้

2.2.5 ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาหรือเหมือนติดเครื่องยนต์

2.2.6 พูดมาก

อาการซนผิดปกติจะมีความแตกต่างกันตามวัยและระดับพัฒนาการของผู้ป่วย การวินิจฉัย โรคนี้ในเด็กอายุน้อยต้องทำด้วยความระมัดระวัง อาการที่พบในเด็กซึ่งเพิ่งเดินได้และ เด็กก่อนวัยเรียน จะแตกต่างจากเด็กชนทั่ว ๆ ไป ตรงที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวตลอดเวลาและมุ่งเข้าไป

หาทุกสิ่ง เช่นวิ่งปราดไปมา กระโดดขึ้นลงหรือปีนป่ายบนเครื่องเรือน วิ่งไปทั่วบ้านและไม่สามารถอยู่เฉย ๆ ร่วมกับกลุ่มเพื่อน เช่น นั่งฟังนิทาน เด็กในวัยเรียนจะมีพฤติกรรมคล้าย ๆ กัน แต่ความรุนแรงน้อยกว่า และอาการมีไม่บ่อยเท่ากับเด็กก่อนวัยเรียน เด็กไม่สามารถอยู่เฉย ๆ ได้ จะลุกขึ้นบิดตัวหรือนั่งอยู่บนขอบเก้าอี้ เทียวหยิบฉวยสิ่งของ เคาะมือและสั่นเท้าแรง ๆ เวลารับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์หรือทำการบ้านจะหลุดลุยกุนงง พุดมากและส่งเสียงดังรบกวนคนอื่น ผู้ป่วยที่เป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ จะมีความรู้สึกกระวนกระวายใจและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งมีลักษณะพักผ่อนตามสบาย ๆ ได้

2.3 พฤติกรรมขาดการควบคุมอารมณ์ (Impulsivity) ผู้ป่วยแสดงออกโดยขาดความอดทน ไม่สามารถรอได้ พุดสวนทันทีก่อนที่ผู้ถามจะพูดจบ รอคอยตามระเบียบไม่เป็น ชอบขัดจังหวะหรือก้าวร้าวต่อผู้อื่นจนเกิดปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การเรียนหรืออาชีพการงาน ผู้ป่วยอาจบอกว่าไม่สามารถเรียบเรียงคำพูดได้ พุดขัดผู้อื่นตลอดเวลา หยิบฉวยสิ่งของจากผู้อื่น สัมผัสของของผู้อื่น โดยไม่สมควร มีการพุดหรือแสดงท่าทางขบขัน ซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาด พฤติกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เช่นเอามือทาบโต๊ะอย่างแรงหรือจับกระทะร้อน ๆ และเข้าร่วมในกิจกรรมที่เสี่ยงภัย

พฤติกรรมดังกล่าวจะปรากฏในที่ต่าง ๆ เช่น บ้าน โรงเรียน ที่ทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น อาการของผู้ป่วยอาจมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปในแต่ละเหตุการณ์ อาการมักเป็นมากขึ้นในสถานที่ที่ต้องการสมาธิหรือการสำรวจกิจกรรมมารยาทหรือสถานการณ์ที่น่าเบื่อ เช่น นั่งฟังครูสอน ทำการบ้านหรืออ่านหนังสือนาน ๆ หรือทำงานขึ้นเดียวซ้ำ ๆ อาการจะน้อยลงหรือหมดไปถ้าผู้ป่วยถูกคุมเข้ม ได้ทำงานใหม่ ๆ มีความสนใจอยู่กับงานที่ทำอยู่กับผู้อื่นตัวต่อตัว เช่นอยู่ในคลินิกกับแพทย์ ได้รับรางวัลหรือคำชมเชยจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้น อาการมักปรากฏในสถานการณ์ที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น สนามเด็กเล่น ห้องเรียนหรือที่ทำงาน

สรุปได้ว่าอาการของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มอาการสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ประกอบด้วยกลุ่มอาการ สมาธิสั้น (Inattention) ชนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ต่างเกิดจากการขาดการยับยั้งชั่งใจ ไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นาน พฤติกรรมไม่เหมาะสมเหล่านี้เกิดขึ้นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนแต่จะมีรุนแรงแตกต่างกันไปตามช่วงอายุหรือระดับพัฒนาการของเด็ก

3. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นอิงเกณฑ์การวินิจฉัยซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกของสมาคมจิตแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เรียกว่า DSM-TR ดังที่ สุวรรณี พุทธิศรี (2552, หน้า 461) กล่าวว่า การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ (Criteria) ของ DSM- IV ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป ในข้อ ก. และ/ หรือข้อ ข. เป็นเวลานาน ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive Symptoms)

- ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ หรือทำผิดเนื่องจากขาด

ความรอบคอบ

- ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
- ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
- ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้ทำงานไม่เสร็จหรือ

ผิดพลาด

- ทำงานไม่เป็นระเบียบ
- ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้เวลาคิด
- ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อย ๆ
- วอกแวกง่าย ขี้ลืมบ่อย ๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ข. อาการชน/ หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/ Impulsivity Symptoms)

- หยุกหยิกอยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
- ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉย ๆ
- ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่าง ๆ ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึกกระวน

กระวายใจ

- ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบ ๆ ได้
- ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดอยู่
- พุดมาก พุดไม่หยุด
- ชอบโพล่งคำตอบเวลาครูหรือบิดามารดาถาม โดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
- มีความลำบากในการเข้าคิว หรือรอคอย
- ชอบขัดจังหวะหรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแย่งเพื่อนเล่น

3.2 อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี

3.3 อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่นที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

3.4 อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน

3.5 อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรค

Pervasive Develop Mental Disorder, Schizophrenia, Psychotic Disorder, Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder

4. แนวทางการบำบัดรักษา

ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน (2550) กล่าวถึง แนวทางการรักษาไว้ว่า การรักษา ADHD ต้องใช้หลายวิธีประกอบกันเรียกว่า Multiple – Modality Approach การรักษาแบบนี้ประกอบกันด้วยการรักษาโดยการให้ยา การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ซึ่งอาจจะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียนและผู้ป่วย

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2550ก) กล่าวว่า ปัจจุบันการรักษาแบบ Multi – Modality Approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยาร่วมกับการรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด

สมภพ เรืองตระกูล (2551, หน้า 169-172) กล่าวว่าจิตสังคมบำบัด (Psychosocial Therapy) สำหรับโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ทางด้านจิตใจ (Psycho Education)

การให้ความรู้กับเด็กและครอบครัวเรื่องโรคสมาธิสั้น โดยอธิบายถึงสาเหตุอาการของโรค การศึกษา ผลข้างเคียง และการพยากรณ์รวมทั้งโรคที่พบร่วมด้วย ความบกพร่องของเด็ก ตลอดจนความเครียดที่มีต่อเด็ก บิดามารดาและครอบครัว การรักษาด้วยวิธีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นการวางพื้นฐานของสัมพันธภาพซึ่งน่าเชื่อถือระหว่างเด็กบิดามารดาและผู้รักษา การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถนำไปใช้ที่โรงเรียนเพื่อช่วยเสริมพฤติกรรมของเด็กที่โรงเรียนและการเรียนดีขึ้น โดยจัดให้มีทักษะการจัดการในชั้นเรียนประกอบด้วย การลดงานลง การเรียนน่าสนใจขึ้น เช่น ใช้คอมพิวเตอร์และให้เด็กมีทางเลือกเกี่ยวกับการเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กมีความเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเรียนมากขึ้น ในชั้นเรียนควรจัดให้มีแรงเสริมทางบวก เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น มีรายงานประจำวัน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดีและผลการเรียน โดยครูและบิดาเป็นผู้ให้รางวัล

2. การรวบรวมทักษะการศึกษา (Academic Organization Skill)

อาการของโรคเช่น ไม่สนใจ ขาดการควบคุมและชนมีผลต่อพฤติกรรมที่โรงเรียน การเรียนและผลการศึกษา ยิ่งกว่านั้นเด็กมักมีความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ (Learning Disorders) ซึ่งมีตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึง 92 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20-25 ดังนั้น เด็กที่เป็นโรคนี้อาจมีผลการเรียนไม่ดี มีการสอนพิเศษมาก ซ้ำซ้อนบ่อยและถูกจัดให้เข้าเรียนในเข้าเรียนในชั้นเรียนพิเศษ บ่อย ยา Stimulants ช่วยทำให้การเรียนดีขึ้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องทางการเรียนทั้งหมด โดยเห็นได้จากกรณีที่ผลสำเร็จทางการเรียนระยะยาวไม่ได้ดีขึ้น ยาช่วยให้การอ่าน

ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่มีผลดีทางคณิตศาสตร์อย่างชัดเจน โดยรวมเด็กซึ่งเป็นโรคนี้อาจมีปัญหาทางการเรียน การใช้วิธีสอบ การใช้วิธีสอนพิเศษและการรวบรวมทักษะการศึกษาจะช่วยให้การเรียนดีขึ้น

3. การฝึกบิดามารดา (Parenting Training)

บิดามารดามักประสบกับปัญหาในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก การฝึกบิดามารดาเป็นวิธีการที่จะสอนให้ทราบถึงกระบวนการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก การฝึกประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมและวิธีแก้ไขพฤติกรรม ยุทธศาสตร์ของพฤติกรรมบำบัด ได้แก่ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และมีระบบการให้รางวัลอย่างเหมาะสม การแก้ไขอาจสอนบิดามารดาโดยตรงหรือทำเป็นกลุ่ม กลุ่มบิดามารดามักได้ผลดีที่ว่า เนื่องจากการยอมรับและการสนับสนุนโดยกลุ่ม กลุ่มควรเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ไม่ควรเกิน 8 คู่ การฝึกบิดามารดาช่วยให้การทำหน้าที่ที่บ้านรวมทั้งสิ่งแวดล้อมดีขึ้นด้วยมักได้ผลดีกับเด็กเล็ก (เด็กก่อนวัยเรียน) มากกว่าเด็กโต บิดามารดารายงานว่า การฝึกเช่นนี้การทำหน้าที่บิดามารดาดีขึ้น และมีความมั่นใจขึ้น

4. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

ในครอบครัวของเด็กซึ่งเป็นโรคนี้อาจมีข้อขัดแย้งกัน วิธีการจัดการกับปัญหาของครอบครัวมักไม่ค่อยได้ผล อาจจะเป็นเพราะความบกพร่องของทักษะการทำหน้าที่ของบิดามารดา (เนื่องมาจากสภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัวหรือทักษะการทำหน้าที่บิดามารดาไม่ดี) หรือความเครียดเนื่องมาจากการเลี้ยงดูบุตรที่มีปัญหา วิธีการของครอบครัวบำบัดคือแก้ไขโครงสร้างครอบครัว ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาต่อไปนี้ ข้อขัดแย้งในครอบครัว อารมณ์โกรธขณะมีข้อขัดแย้ง การสื่อสารทางด้านลบและอาการไม่สบายทางจิตเวช การปรับตัวของเด็กที่โรงเรียนก็ดีขึ้นเช่นกัน

5. การแก้ไขการรู้การเข้าใจและพฤติกรรม (Cognitive-Behavior Therapy)

การรักษาด้วยวิธี CBT ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผิดปกติและการควบคุมตนเองโดยผ่านการพูดกับตนเอง และการควบคุมตนเอง มีโปรแกรมการสอนเด็กเรื่องการแก้ไข ปัญหา การจัดการกับอารมณ์โกรธและความขัดข้องใจ ความอดทนและทักษะสมาคม

6. การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill)

ลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นคือมีความบกพร่องของการสมาคม ทำให้เพื่อนและผู้ใหญ่ทอดทิ้ง ความรู้สึกในคุณค่าตัวเองตกต่ำและมีผลกระทบในระยะยาว การฝึกทักษะการสมาคมทำกันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้เด็กเอารูปแบบ (Modeling) จากเพื่อนและฝึกทักษะจากเพื่อนแนวทางปฏิบัติมี 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

6.1 การมีน้ำใจนักกีฬา ทำตามคำสั่ง ร่วมมือการเล่น พลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติตาม กฎเกณฑ์และพูดดีกับเพื่อน ๆ

6.2 ยอมรับผลที่ตามมา ยอมรับผลทางด้านลบที่ตามมาอย่างสุภาพเพื่อเป็นแนวทาง ที่จะจัดการกับข้อบกพร่องใจ

6.3 มีความมั่นใจ แยกแยะระหว่างการตอบสนองแบบสมยอม ก้าวร้าวและมั่นใจ และใช้วิธีการสื่อสารด้วยความมั่นใจ

6.4 ไม่สนใจการขู่ข่มเล็กน้อย ด้วยการยับยั้งการมีปฏิริยาทั้งทางการพูดจาและกิริยา ท่าทาง

6.5 การแก้ไขปัญหา ใช้วิธีการ 5 ขั้นเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหา

6.6 ทราบถึงความรู้สึกและวิธีการ ค้นหาความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นและมีวิธี จัดการกับความโกรธมีการให้รางวัลเป็นแรงเสริมทั้งที่บ้านและโรงเรียน ครูเขียนลงในรายงาน เกี่ยวกับการเข้ากับเพื่อน รวมทั้งการมีปฏิริยากับเพื่อน แล้วส่งให้บิดามารดาเพื่อให้รางวัล การฝึก เช่นนี้จะทำให้เด็กมีปฏิริยากับสังคมดีขึ้นชัดเจน และพฤติกรรมที่ดี ๆ นี้ จะคงอยู่เป็นเวลา 3-4 เดือน ภายหลังการรักษาสิ้นสุดลง

มาโนช อภรณ์สุวรรณ (2550, หน้า 57-58) กล่าวว่า โดยปกติแล้วการดูแลรักษาเด็ก โรคสมาธิสั้นนั้น ต้องผสมผสานการรักษาหลายวิธีเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อาศัย ความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย ทั้งครอบครัว ครูและคนรอบข้างที่เกี่ยวข้อง การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ ยังไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่ทำแล้วได้ผลเต็มที่ จะต้องใช้หลาย ๆ วิธีประกอบกัน เป้าหมายของ การรักษาคือช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและลดปัญหาทางอารมณ์ จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวทางในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น จะใช้รูปแบบ ของการผสมผสาน โดยผู้ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ก็คือครอบครัวที่ดูแลเด็กและ โรงเรียน โดยมีจุดมุ่งหมายก็เพื่อช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวโรคสมาธิสั้น

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2550ก, หน้า 45-46) กล่าวว่า การที่บิดามารดาต้องมาอธิบายเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว รวมทั้งวิธีการที่ใช้กับเด็กซึ่งอาจจะผิดหรือถูกแก่เจ้าหน้าที่ ทางการแพทย์ มิใช่เรื่องที่ท่าง่าย ๆ ถ้าต้องมาทำความเข้าใจและยอมรับว่าลูกเป็น โรคสมาธิสั้น ในเวลาที่จำกัดจึงเป็นเรื่องที่ยากมากต้องอาศัยเวลาเพื่อใคร่ครองข้อมูลทั้งหมด สามารถแบ่ง ปฏิริยาที่เกิดขึ้นในตัวบิดามารดาได้เป็นระยะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ปฏิเสธความจริง บางคนก็ยอมรับไม่ได้ว่าลูกเป็น โรคสมาธิสั้น และยังข้อมูล ทั้งหมดที่มีปัญหาจากบุคคลอื่น เช่น จากญาติ จากพี่เลี้ยง จากคุณครูที่โรงเรียน โดยที่ความคิด

ของบิดามารดาที่อยู่กับเด็กเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวก็เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก

ระยะที่ 2 โกรธ บ่อยครั้งที่พบกับความโกรธของญาติเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น หลายคู่ที่มาทะเลาะกัน ต่อว่าและกล่าวโทษกันไปมา ภายใต้ความโกรธก็จะพบกับความผิดหวังและภายใต้ความผิดหวังก็จะพบกับความเศร้าโศกเสียใจ

ระยะที่ 3 ไม่แน่ใจ มีเด็กกลุ่มหนึ่งจะถูกพาไปตรวจตามโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก เด็กบางคนบอกว่าไปตรวจทำแบบทดสอบนี้มาแล้ว 3 ครั้งในแต่ละที่ โดยที่บิดามารดาอาจจะไม่บอกรายละเอียดว่าเคยไปตรวจที่ไหนมาก่อน

ระยะที่ 4 เสียใจ เป็นเรื่องปกติและที่บิดามารดาทุกคนจะรู้สึก โศกเศร้าเสียใจเมื่อได้รับข่าวร้ายว่าลูกมีความบกพร่องหรือเป็นโรคที่เรื้อรัง ไม่อยากยอมรับว่าลูกผิดปกติและเมื่อเวลาผ่านไป ความเศร้าโศกเสียใจก็จะจางลง อาจไม่หายไปหมดและขณะเดียวกันก็มีการปรับทิศทางที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน เกิดประโยชน์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย และบางครั้งเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับออกมา หลายครั้งที่ความเศร้าโศกเสียใจก็กลับมาได้อีก

ระยะที่ 5 การยอมรับ เมื่อถึงจุดที่ใจยอมรับความเป็นจริงก็จะเป็นช่วงที่เปิดใจ สามารถรับความรู้ วิธีการ และแนวทางที่จะช่วยเหลือลูกได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นและครอบครัว

อัมพล สุอำพัน (2532) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาการเรียนและปัญหาพฤติกรรมในเด็กอยู่ไม่นิ่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้ชายอายุระหว่าง 5-11 ปี ครูเป็นผู้แนะนำให้มาโรงพยาบาลด้วยปัญหาพฤติกรรมและผลการเรียนต่ำ ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่ยากจน มีทัศนคติการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องเกือบทุกรายมีปัญหาพฤติกรรมและผลการเรียนไม่ดีในด้านการเรียน มักมีปัญหาของความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Earning Disabilities) ร่วมด้วย การรักษาได้ทำการเยี่ยม โรงเรียน จัดบำบัดและให้ ยากลุ่ม CNS Stimulant ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ สำหรับทัศนคติของครูต่อปัญหานี้พบว่า ส่วนใหญ่ครูยังไม่เข้าใจและมีทัศนคติต่อเด็กกลุ่มนี้ไม่ดี

จันทร์ชนก โยธินัชชาวล (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะทางสังคมของโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า ทำที่การเลี้ยงดูของบิดามารดาจะเป็นลักษณะของการดูแลเอาใจใส่มากเกินไป ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ ถึงความสนใจในพฤติกรรมของเด็กแสดงให้เห็นว่าบิดามารดาใส่ใจดูแลจนเห็นว่าเด็กเป็นปัญหา จึงพามาพบแพทย์ นอกจากการประเมินสภาวะของอาการและการใช้ยาในการรักษาแล้ว การให้ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค และการเข้าใจ พฤติกรรมในการฝึก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น บิดามารดาที่มีปัญหาร่วมกันมาพบกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับ พฤติกรรมของเด็ก เป็นแรงเสริมทางใจให้บิดา มารดามีความรู้สึกล่ามยังมึคนอื่นที่เหมือนตัวเรา และทำให้สามารถเข้าใจและช่วยเด็กได้ จากข้อมูลดังกล่าวเป็นการสะท้อน

ให้เห็นถึงความจำเป็น ในการที่ต้องจัดบริการให้การปรึกษาแก่บิดามารดา ครู และคิดค้นหารูปแบบ การให้บริการที่เหมาะสม และนำไปเผยแพร่ในการจัดบริการดังกล่าวได้

สุวรรณณี เรื่องเลข (2544) ได้ศึกษาการวินิจฉัยและการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและ วัยรุ่น: ทบทวนวรรณกรรมและกรณีผู้ป่วย 1 ราย ผลการศึกษาพบว่า ต้องการการรักษาหลายวิธี ร่วมกัน การรักษาทางจิตสังคมและการรักษาทางการศึกษาช่วยลดปัญหาต่าง ๆ จาก ADHD ที่ได้ผล น้อยหรือไม่ได้ผลจากการรักษาทางยา สรุปผลการรักษารายนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทั้ง Hyperactive Impulsive และ Inattention เข้าได้กับ ADHD Combined Type พบปัญหาทั้งด้านการเรียน ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ครูและคนในครอบครัว อีกทั้งยังมีปัญหาการเลี้ยงดู ที่ไม่ถูกต้องของบิดาอีกด้วย

ศิริรัตน์ เถลิ้มไทย (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมทางสังคมของ โรคสมาธิสั้น กรณีศึกษาโดยทำการศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของ โรคสมาธิสั้นคนหนึ่ง ซึ่งเรียนร่วมกับนักเรียน ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ผลการศึกษาพบว่าในเรื่องพฤติกรรมทางสังคมที่สร้างสรรค์ ในเรื่อง การมีสัมมาคารวะ การแสดงความเคารพผู้ใหญ่ ความมีน้ำใจต่อผู้อื่น การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการให้การดูแลและการมีกิจวัตรประจำวันที่แน่นอนเป็นระเบียบแบบแผนและ พบว่าพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหานั้น มีพฤติกรรมการพูดคุยเสียงดัง การลุกจากที่นั่ง เวลาครู สอนจะพูดแทรก รบกวนการเรียนการสอนของครูและเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไม่สามารถที่จะ เล่นกับเพื่อนได้เพราะมีช่วงความสนใจสั้นและทำตามกติกาที่ซับซ้อนไม่ได้ ส่วนในเรื่องพฤติกรรม ก้าวร้าว การทะเลาะวิวาทกับเพื่อนเกิดจากการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งพฤติกรรม ที่เป็นปัญหานี้มีสาเหตุจากอาการของ โรคสมาธิสั้นและจากความไม่เข้าใจของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กับเด็ก

ไกรสร พงศ์วิไลรัตน์, อรวรรณ เลาห์เรณู, ชวนันท์ ชาญศิลป์ และชาติรี วิฑูรชาติ (2548) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็น โรคสมาธิสั้นผลการศึกษาพบว่าเมื่อควบคุมอายุของเด็ก และลักษณะสภาพทางสังคม ทั้งตัวเด็กและบิดามารดาของเด็กโรคสมาธิสั้นรายงานคะแนนคุณภาพ ชีวิตต่ำกว่าเด็กและบิดามารดาของกลุ่มควบคุม เด็กสมาธิสั้นเห็นว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตทางด้าน ร่างกายต่ำแม้ว่าสุขภาพแข็งแรงก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เป็น โรคสมาธิสั้นมีปัญหาคุณภาพ ชีวิตทั้งสุขภาพร่างกายละจิตใจ การช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นควรเป็นส่วนหนึ่ง ของ การประเมินและเป้าหมายในการดูแลเด็กกลุ่มนี้

สุวรรณณี พุทธิศรี, พัชรี พรรณนาพานิช, ธนิตา ปานทั้งทอง และมนัส สูงประสิทธิ์ (2549) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าในมารดาโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มมารดาร้อยละ 34.70 โดยแบ่งเป็นระดับเศร้าเล็กน้อยและปานกลางร้อยละ 30.62 ระดับ

ซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 4.08 และพบ 2 ปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาคือระยะเวลาที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนานกว่า 12 เดือนและสถานภาพสมรสของมารดาที่เป็นแบบแยกกันอยู่และหม้าย

ณัฐริกา ศรีมกุฎพันธุ์ (2550) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแตกต่างกัน มีความภาคภูมิใจในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองแตกต่างกับเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยและแบบใช้อำนาจควบคุมแต่ไม่แตกต่างจากเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักตามใจและพบว่าปัจจัยพยากรณ์ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองนั้น ได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ร้อยละ 26.9

พรทิพย์ วชิรดิถก, มนัสวี เมืองขวาและธนโชติ เทียมแสง (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความรู้ ทักษะ ทักษะ และการลดอาการของโรคสมาธิสั้นมากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่พบความแตกต่างเฉพาะด้านความรู้ ระหว่าง กลุ่มโปรแกรมและกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลโรคสมาธิสั้นสามารถช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักและยอมรับปัญหา รวมทั้งมีทักษะการดูแลโรคสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสมควรมีการกระตุ้นและติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยให้มีการสนับสนุนด้านจิตใจและมีแรงจูงใจในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของเด็กสมาธิอย่างต่อเนื่อง

คันทิงแฮมและบอยล์ (Cunningham & Boyle, 2002) ได้ทำการวิจัยเรื่องเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและโรคพฤติกรรมต่อต้านและทำลาย ความสัมพันธ์ของ ครอบครัว บิดามารดาและพฤติกรรม โดยศึกษาในเด็กอายุ 4 ปี จำนวน 129 คน กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นโรคพฤติกรรมต่อต้านและทำลาย ทั้งโรคสมาธิสั้นและพฤติกรรมต่อต้านและทำลาย และกลุ่มไม่มีปัญหา ผลการศึกษาพบว่า แม่ของเด็กที่เสี่ยงโรค พฤติกรรมต่อต้านและทำลาย มีการทำหน้าที่ครอบครัวบกพร่อง รู้สึกสูญเสียความสามารถในการเป็นบิดามารดา การแก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้น้อย การจัดการกับเด็กได้น้อย และพบปัญหาภายในของเด็กมากกว่าแม่เด็กที่ไม่มีอาการพฤติกรรมต่อต้านและทำลาย แม่เด็กที่เสี่ยงโรคสมาธิสั้นพบว่ามีคะแนนความซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่สมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้น มีปัญหายุ่งยากที่โรงเรียนซึ่งครูเป็นผู้รายงานเพิ่มเติมเกี่ยวกับ

พฤติกรรมทางสังคม การจัดการภายในห้องเรียนและปัญหาภายในที่สัมพันธ์กับเด็กอื่น ๆ ที่ไม่ใช่สมาธิสั้น

คีออน และวูดเวิร์ด (Keown & Woodward, 2002) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของบิดามารดากับเด็กและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กชายก่อนวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับเด็กชายปกติโดยแม่กับเด็กจะถูกประเมินที่บ้านโดยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามบิดามารดาและการสังเกตการทำหน้าที่ของบิดามารดาและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ขาดการฝึกระเบียบวินัยสูง การแก้ไขปัญหของบิดามารดามีประสิทธิภาพน้อย การสื่อสารของเด็กกับบิดาต่ำและปฏิสัมพันธ์ของแม่กับเด็กที่น้อยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวกับผลกระทบของปัญหาความประพฤติและปัจจัยอื่นที่ทำให้ยุ่งยาก การทำนายการยอมรับเลี้ยงดูที่ดีที่สุดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นคือการจัดการปัญหาของแม่ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าวิธีการที่บิดามารดามีปฏิสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียนอาจมีส่วนร่วมในการพัฒนาในการมีประสบการณ์กับพฤติกรรมที่ยุ่งยากของเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องผลการวิจัยยังเน้นความสำคัญของการพิจารณาบทบาทของบิดาในการพัฒนาพฤติกรรมของเด็กชายตั้งแต่แรก

โมลินา และเพลแฮม (Molina & Pelham, 2003) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การทำนายการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นซึ่งศึกษาในระยะยาวในผู้ป่วยสมาธิสั้นเด็ก โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 142 คน ซึ่งเป็นวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี เปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นอายุเท่ากันที่ไม่ใช่สมาธิสั้นจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า เด็กสมาธิสั้นมีอัตราการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาผิดกฎหมายมากกว่ากลุ่มควบคุม ความแตกต่างของกลุ่มชัดเจนสำหรับกลุ่มอาการของแอลกอฮอล์แต่ไม่ใช่สำหรับการวินิจฉัยโรคแอลกอฮอล์หรือกัญชา ภายในกลุ่มทดลองความรุนแรงของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นพบการใช้สารเสพติดหลายชนิด เด็กที่มีอาการพฤติกรรมต่อต้านทำทนายและโรคเกรมีพบการใช้ยาผิดกฎหมาย ความคงอยู่ของเด็กสมาธิสั้นและวัยรุ่นที่เป็นโรคพฤติกรรมผิดปกติสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาเพิ่มเติมถึงความเสี่ยงในการเริ่มต้นใช้สารเสพติดในเด็กสมาธิสั้น

อนาสโตโพรอส โชมเมอร์และสคาทซ์ (Anastopoulos, Sommer & Schatz, 2008) ได้ทำการศึกษากการทำหน้าที่ของครอบครัวและโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า โรคสมาธิสั้นทำลายการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน ปฏิสัมพันธ์ของบิดามารดากับเด็กมักมีลักษณะเป็นไปในทางลบและมีความขัดแย้ง วิธีการจัดการของบิดามารดามีประสิทธิภาพน้อย ระเบียบวินัยไม่ไปในทางเดียวกัน ขาดการควบคุมและมีพฤติกรรมต่อต้านสูง ในหลายครอบครัวมีความเป็นไปได้ที่จะมีภาวะซึมเศร้า ความพอใจในกลุ่มสมรสต่ำ เกิดความแตกแยกในบิดามารดากับเด็ก ความสัมพันธ์พี่น้องมีลักษณะขัดแย้งเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับพี่น้องที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น

กานิชาดิซ และจาฟารี (Ghanizadeh & Jafari, 2010) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการล่วงละเมิดเด็กสมาธิสั้น โดยบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของบิดามารดา มีการล่วงละเมิดเด็กด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง คะแนนของการละเมิดของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับ เพศของเด็ก รูปแบบต่าง ๆ ของการล่วงละเมิดมีความสัมพันธ์กับโรคพฤติกรรมต่อต้านและทำหาย โรคอาการกระตุก โรคกังวลการพลัดพราก อายุของพ่อและแม่ ระดับการศึกษา และประเภทในการประกอบอาชีพไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของคะแนนการล่วงละเมิดโรคพฤติกรรมต่อต้านและทำหายและการเป็น โรคซึมเศร้าของแม่เป็นปัจจัยทำนายการล่วงละเมิดเด็กซึ่งมีอัตราที่สูงมากมีปฏิสัมพันธ์กันกับรูปแบบของการการละเมิด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีส่วนช่วยในเพิ่มความตระหนักในการล่วงละเมิดของบิดามารดาเด็ก

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว

1. ความหมายของการปรึกษาครอบครัว

การปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ถึงแม้จะมีความแตกต่างระหว่างคำทั้งสองอย่างไรก็ตามก็เป็นที่เข้าใจและยอมรับว่าทั้งสองคำใช้แทนกันได้ (Patterson, 1959 อ้างถึงใน เมธนิทร์ ภิณฺญชฺน, 2539, หน้า 18) ดังนั้น ผู้วิจัยจะใช้ในความหมายเดียวกัน โดยความหมายของการปรึกษาครอบครัวนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

โอคุนและแรพพพอร์ท (Okun & Rappaport, 1980, pp. 31-32 อ้างถึงใน เมธนิทร์ ภิณฺญชฺน, 2539, หน้า 18-19) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัว คือการปรึกษาประเภทหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว โดยปฏิบัติต่อครอบครัวในฐานะเป็นระบบระบบหนึ่ง และมองปัญหาหรือความบกพร่องในหน้าที่ของครอบครัวว่ามาจากระบบครอบครัว ไม่ใช่มาจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว อาการที่ผิดปกติหรือเป็นปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง เป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงความตึงเครียดที่กำลังเกิดขึ้นในระบบครอบครัวหรือระบบสังคมภายนอก เพราะนักให้คำปรึกษาครอบครัวเชื่อว่า เราไม่สามารถแยกบุคคลออกมาจากสังคมที่เขาหรือเธออาศัยอยู่ได้

บิกส์ (Biggs, 1994, p. 99 อ้างถึงใน เมธนิทร์ ภิณฺญชฺน, 2539, หน้า 18-19) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวคือการปรึกษาที่จะเน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยน เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

แดดส์ (Dadds, 1995, p. 87) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัว เป็นการแทรกแซงทางจิตสังคมใด ๆ ที่มีเป้าหมายคือการเยียวยาความทุกข์ของบุคคลโดยการปรึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวกับบุคคลอื่นหรือบริบททางสังคม

เมธินันท์ ภิญโญ (2539, หน้า 21) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวคือกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2545, หน้า 95-96) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาทางจิตวิทยา (Psychological Treatment) และทางสังคมวิทยา ซึ่งสมาชิกในครอบครัวหลายคนหรือสมาชิกในครอบครัวทุกคนเข้าร่วมในการรักษานี้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาปัญหาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Identified Patient) ที่นำครอบครัวมาพบผู้รักษา และ/หรือเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบการทำงานของครอบครัว (Family Functioning) ให้ดีขึ้น

ซอเบอร์ (Sauber, 1993, p. 16 อ้างถึงใน จรวยพร เมธิกุล, 2545) สรุปความหมายของครอบครัวบำบัดหมายถึง การให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คนขึ้นไป เข้าร่วมการบำบัด เช่น การให้ความช่วยเหลือโดยใช้ครอบครัวบำบัด ต้องพิจารณาในประเด็นนี้คือให้ความช่วยเหลือทั้งครอบครัว ไม่ใช่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่มีปัญหา เพราะสมาชิก ทุกคนมีส่วนร่วม ได้รับความทุกข์จากปัญหาของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการบำบัด โดยใช้การสังเกตครอบครัวเพื่อการวินิจฉัยทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือทางด้านความผิดปกติของบุคลิกภาพ ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมักเกิดจากครอบครัวที่ ทำหน้าที่บกพร่อง ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกทุกคน และต้องเข้าใจครอบครัวทั้งทางด้านอารมณ์และทางด้านกายภาพและมีจุดมุ่งหมายของการให้การช่วยเหลือ ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางที่ผู้ให้การปรึกษาต้องเกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้น จนจบกระบวนการบำบัด

บรูโน (Bruno, 1989, p. 138 อ้างถึงใน จรวยพร เมธิกุล, 2545, หน้า 49) ได้ให้ความหมายของการปรึกษาครอบครัวว่าหมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่มีปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมการบำบัดเพื่อประเมินถึงรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวนั้น ๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การปรึกษาครอบครัวจึงเป็นวิธีการทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

เพ็ญญา กุลนภาดล (2547, หน้า 34) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวหมายถึงการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวทั้งครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่สองคนขึ้นไปเข้าร่วมการบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว และสมาชิกทุกคนสามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้ดีขึ้นและปรับตัวได้ดีขึ้น

ระพีพรรณ นันทะนา (2549, หน้า 10) กล่าวว่าการศึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษากับผู้รับการปรึกษา โดยใช้ทฤษฎีและทักษะในกระบวนการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการและครอบครัว เข้าใจสภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมจนถึงระดับที่สามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสภาพความเป็นจริง เผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดผลที่พึงพอใจตามต้องการ

ทัสแมน (Taschman, 1983, pp. 27-28 อ้างถึงใน คุชฎี เล็บขาว, 2552, หน้า 43) ได้ให้คำนิยามของ การปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัดอย่างกว้าง ๆ กล่าวคือ ครอบครัวบำบัดโดยทั่วไปเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ที่ใช้คำว่าทั่วไปเพราะบางครั้งต้องให้ความช่วยเหลือระบบย่อย (Subsystem) ของครอบครัว เช่นระบบบิดามารดา (Parent Subsystem) หรือระบบพี่ ๆ (Older Sibling Subsystem) อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ที่ปรึกษารอบครอบครัวบำบัดจะพบครอบครัวทั้งครอบครัวในระยะแรก ๆ ซึ่งนับเป็นระยะสำรวจ นักครอบครัวบำบัดบางคนอาจพบบิดามารดาในครั้งแรกบ้างก็พบกันทั้งครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มเลย รวมทั้งเด็กเล็ก ๆ นั่นคือทั้งครอบครัวจะต้องได้พบกับผู้ให้การศึกษาครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวแม้จะมีทารกอยู่ด้วย อาจช่วยให้ที่ปรึกษารอบครอบครัวบำบัดได้เห็นเงื่อนไขของปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งในความเป็นจริงไม่เป็นเรื่องยากที่จะให้เด็กมีส่วนร่วมในช่วงเวลาพบกับผู้ให้การศึกษาครอบครัวเพียงแต่ว่าที่ปรึกษารอบครอบครัวบำบัดแต่ละคนจะรู้สึกสะดวกใจเพียงไร

กล่าวโดยสรุปแล้ว การปรึกษาครอบครัวหมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาและสมาชิกคนอื่นภายในครอบครัวสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม

2. ความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัว

โกลเดนเบิร์กและโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg & Goldenberg, 1996, p. 89 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2547, หน้า 35) ได้กล่าวถึง ความเป็นมาในการปรึกษาครอบครัวไว้ดังนี้

1. ช่วง ค.ศ. 1950-1960 เป็นช่วงเริ่มต้นของการปรึกษาครอบครัว เริ่มต้นจากนักทฤษฎีกลุ่มจิตวิเคราะห์ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มีปัญหาทางอารมณ์ทุกประเภท รวมทั้งได้ให้การบำบัดรักษาครอบครัว มีการนำทฤษฎีเข้ามาใช้ในการบำบัดครอบครัว เพื่อรักษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนั้นยังมีการเริ่มต้นการปรึกษาคู่สมรส และพัฒนาเทคนิคที่ใช้ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว

2. ช่วง ค.ศ. 1961-1970 เป็นช่วงที่มีการนำแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษาไปสู่การปฏิบัติ ต่อครอบครัว และเริ่มมีการนำเอาแนวคิดทฤษฎีระบบมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว และได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง

3. ช่วง ค.ศ. 1971-1985 เป็นช่วงของการพัฒนาเทคนิค และการประเมินครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ อย่างมากมาย ยุคนี้เริ่มเป็นยุคที่ปรับเปลี่ยน หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นยุคทองของการปรึกษาครอบครัว มีการประยุกต์หลากหลายทฤษฎีของการปรึกษาครอบครัว เพื่อใช้ช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ช่วง ค.ศ. 1985-1995 เป็นช่วงที่การปรึกษาครอบครัวได้รับการยอมรับ และได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง สมาคมวิชาชีพมีการขยายตัวและเกิดขึ้นหลายสถาบัน

5. ช่วง ค.ศ. 1995-ปัจจุบัน การปรึกษาครอบครัวได้มีการประยุกต์ทฤษฎีและแนวคิด มาบูรณาการรวมกัน และมีแนวโน้มที่จะกลมกลืนประสมประสานกัน ได้มากขึ้น โดยผู้ให้การปรึกษาของทฤษฎีแต่ละทฤษฎี จะยอมรับและนำแนวคิดของกลุ่มทฤษฎีอื่น ๆ มาผสมผสาน เพื่อประโยชน์ของผู้รับการปรึกษามากขึ้น และ วิชาชีพด้านการปรึกษาครอบครัวน่าบ้ด ขยาย ความนิยและได้รับการยอมรับมากขึ้น

ในประเทศไทยการปรึกษาครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 20 ปี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงาน จิตเวชเด็ก มีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ศูนย์สุขวิทยาจิต และในคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ เช่น คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่หน่วยจิตเวชเด็กของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545, หน้า 98)

3. กระบวนการในการปรึกษาครอบครัว

เกลดดิ้ง (Gladding, 1995 อ้างถึงใน เมธนิษฐ์ ภิณญชุน, 2539, หน้า 51-52) กล่าวว่า ส่วนใหญ่กระบวนการในการปรึกษาครอบครัวประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญได้แก่

1. ระยะแรก (Initial Session) ในระยะแรกนี้ภารกิจสำคัญที่ผู้ให้การปรึกษาครอบครัว จะต้องกระทำ คือ การสร้างสายสัมพันธ์และกำหนดโครงสร้างของการปรึกษา ตั้งสมมติฐานว่า อะไรกำลังเกิดขึ้นในครอบครัวนั้น สำรวจการรับรู้ที่มีต่อปัญหาจากสมาชิกครอบครัว สังเกต พฤติกรรมและการแสดงออกของครอบครัว เช่นสมาชิกครอบครัวแต่ละคนติดต่อสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใคร พูดอย่างไร ประเมินสิ่งที่จะต้องดำเนินการ เช่นจะต้องมีการส่งต่อ (Referral) หรือไม่ต้องมีการทดสอบทางจิตวิทยาอะไรหรือไม่ก่อนเสร็จสิ้นการพบกันครั้งแรกจะต้องมีการตกลง นัดหมายสำหรับการพบครั้งต่อไป หากมีสิ่งที่จะมอบหมายให้ครอบครัวไปดำเนินการหรือ

ลองปฏิบัติย่อทำได้ ผู้ให้การปรึกษารอบครัวควรเขียนความประทับใจที่มีต่อครอบครัวทันทีที่การพบกันสิ้นสุดลง

2. ระยะกลาง (Middle Phase) ในระยะกลางของการให้ความช่วยเหลือ เป็นระยะที่ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ กับครอบครัวกระตุ้นให้ครอบครัวทำงานหนัก เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงที่ตั้งใจไว้และส่วนใหญ่แล้วการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในกระบวนการแก้ปัญหา มักจะเกิดขึ้นในระยะนี้ ผู้ให้การปรึกษาควรชี้ให้ครอบครัวเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ถึงแม้จะเล็กน้อยก็ตาม ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวกล้าที่จะที่จะลงมือกระทำพฤติกรรมใหม่ ๆ ผู้ให้การปรึกษารอบครัวจะต้องมีบทบาทที่กระตือรือร้น ในการแนะนำ ส่งเสริมให้ครอบครัว มีแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนที่เหมาะสม

3. ระยะสุดท้าย (Termination) ก่อนถึงระยะสุดท้าย ผู้ให้การปรึกษาต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการปรึกษา การเตรียมการที่จะยุติการปรึกษาทำได้โดยการลดความถี่ของการพบกันลง และยุติโดยการเปิดทางให้ครอบครัวกลับมาพบกันอีกเมื่อครอบครัวต้องการ อย่างไรก็ตามการยุติควรจะต้องประกอบด้วย กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การกล่าวถึงการยุติการปรึกษา การสรุปผลของการปรึกษา อภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว ทำนายและหาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้ปัญหา กลับคืนมาอีกในอนาคต และติดตามผลการปรึกษาอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้การปรึกษาจะยุติไปแล้ว

โกลเดนเบิร์กและโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg & Goldenberg, 1995, p. 294 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนาคล, 2547, หน้า 35) ได้กล่าวถึง กระบวนการปรึกษารอบครัวว่ามีความถี่และระยะเวลาในการรักษาแตกต่างกันตามการประเมินสภาพครอบครัว และ ปัญหาของครอบครัว ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาอาจเลือกใช้แนวคิด รูปแบบในการปรึกษาที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

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

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

3. การบำบัดครอบครัวแนวเนระทีฟ โมเดล (Narrative Model) มุ่งเน้นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในครอบครัว ว่าประสบการณ์ทำให้มนุษย์มีความหวังได้อย่างไร และความหวังดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตของเรา โดยการรังสรรค์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างไร

4. การบำบัดครอบครัวระยะยาว เป็นการรักษาที่ไม่จำกัดเวลา ใช้เวลารักษาต่อเนื่อง นานเนื่องจากการรักษาอย่างสั้น ๆ ยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา หรือมีเป้าหมายในการรักษา ที่มากขึ้น เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ในลักษณะที่ซับซ้อน หรือ ครอบครัวมีแรงจูงใจ แต่ปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้น หรือ ครอบครัวไม่ได้เต็มใจในการรักษา แต่จำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาระยะยาว

จากคำกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า กระบวนการให้การปรึกษาในครอบครัวสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะคือ แบ่งตามสภาพปัญหาของครอบครัวและแบ่งตามระยะเวลาในการให้การปรึกษา โดยทั้ง 2 ลักษณะต่างก็มุ่งเน้นที่ประเด็นปัญหาในแต่ละครั้ง มีการตั้งจุดพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว รวมทั้ง ให้ความช่วยเหลือโดยเน้นการวางแผนร่วมกันกับสมาชิก ในครอบครัวโดยใช้ประสบการณ์และแรงจูงใจจากครอบครัว ทั้งนี้กระบวนการให้การปรึกษา ทั้งหมดต้องอยู่บนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีซึ่งจะทำให้การให้การปรึกษาได้ผลมากที่สุด

การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส

1. ความเป็นมาและความหมาย

การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎี โซลูชัน โฟกัสเป็นทฤษฎีใหม่ในวงการปรึกษา ครอบครัว ทฤษฎีนี้ พัฒนามาจากปรัชญาที่เรียกว่า โซเชียล คอนสตรัค (Social Construct) โดยลักษณะการบำบัดแนวโซเชียล คอนสตรัค (Social Construction) มีดังนี้ (Goldenberg & Goldenberg, 2008, pp. 347-348)

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเป็นแบบเสมอภาค
 2. สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
 3. ผู้รับการปรึกษา (ไม่ใช่ผู้ให้การปรึกษา) เป็นผู้เชี่ยวชาญ (รู้จักและเข้าใจ) ชีวิตของเขา มากที่สุด
 4. ค้นหาสมมติฐานของปัญหาที่ปรากฏ
 5. เน้นที่การคิด ไม่ใช่พฤติกรรม
 6. ความเชื่อก่อให้เกิดพฤติกรรม และวัฒนธรรมทำให้เกิดความเชื่อ
 7. ภาษาเป็นสื่อที่ใช้ในการสร้างโครงสร้างใหม่ ๆ (Forming New Constructions)
 8. เป้าหมายการบำบัดคือช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจความหมายใหม่ในชีวิต
- การบำบัดในแนวโซลูชัน โฟกัสนี้เน้นการเปลี่ยนแปลงมากกว่าประเมินสาเหตุของปัญหา ผู้ให้การปรึกษาแนวโซลูชัน โฟกัส จะไม่คาดคะเนสาเหตุของปัญหาหรือหาสาเหตุความเจ็บป่วย ของครอบครัว (Family Pathology) แต่จะมีส่วนร่วมกับครอบครัวในการสนทนา (Therapeutic

Conversation) โดยจะฟังภาษาที่ครอบครัวใช้อธิบายสถานการณ์และปัญหาที่พวกเขาต้องการแก้ สมาชิกครอบครัวต้องร่วมกันสร้างวิธีที่เป็นไปได้เพื่อไปถึงเป้าหมาย

ผู้นำทฤษฎี (Leading Figures)

โกลเดนเบิร์กและโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg & Goldenberg, 2008, pp. 347-348) ได้กล่าวถึงทฤษฎีนี้ว่า เริ่มจากการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ คือสตีฟ เดอ เซเซอร์ (Steve de Shazer) และคณะได้แก่ อิน ซู เบิร์ก อีฟ ลิบซิก สกอต มิลเลอร์และไมเคิล ไวเนอร์ เดวิส (Insoo Berg, Eve Lipchick, Scott Miller & Michele Weiner-Davis) ที่ Brief Family Therapy Center ในมิลวอกกี (Milwaukee) ศูนย์การบำบัดนี้ก่อตั้งเมื่อปี ค.ศ. 1978 โดยเดอ เซเซอร์ (de Shazer) และภรรยาชื่อ อิน ซู เบิร์ก (Insoo Berg) ซึ่งเป็นชาวเกาหลีโดยกำเนิด เดอ เซเซอร์ (de Shazer) เสียชีวิตในปี ค.ศ. 2005 และภรรยาของเขาได้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารศูนย์แห่งนี้ต่อมาลิบซิก (Lipchick) ยังคงทำงานใน มิลวอกกี (Milwaukee) สกอต มิลเลอร์ (Scott Miller) ทำงานที่ชิคาโก (Chicago) ส่วน ไวเนอร์ เดวิส (Weiner-Davis) ย้ายไปตั้งคลินิกเล็ก ๆ ที่เมืองวูดสต็อก (Woodstock) รัฐอิลลินอย (Illinois)

เดอ เซเซอร์ (de Shazer) เคยทำงานที่ Mental Research Institute ในพาโลอัลโต (Palo Alto) เขาได้มีโอกาสทำงานอย่างใกล้ชิดกับ จอร์น วีคแลนด์ (John Weakland) ซึ่งเป็นผู้ค้นพบทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Brief Strategic Family Therapy: SFBT) จะใช้แนวคิดร่วมกับเอ็มอาร์ไอ (MRI) ที่ว่า ความบกพร่องเกิดจากความพยายามที่ผิดพลาดในการแก้ปัญหา อย่างไรก็ตาม เดอ เซเซอร์ (de Shazer) และผู้ร่วมงานส่วนหนึ่งที่ทำงานร่วมกันกับ กลุ่มสตรีทิจิส (Strategist) มีความเห็นว่าครอบครัวได้สร้าง ความหมายหรือข้อผิดพลาดหรือเป็นไปในทางลบ ซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวประสบกับทางเลือกแบบไม่มีทางออกหรือที่จำกัด และเริ่มคิดเกี่ยวกับปัญหา โดยใช้ภาษาแบบเดิม ๆ ที่เคยใช้มาแทนที่จะมองว่าทำไมจึงเกิดปัญหาหรือปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัส (Solution-Focused) จะช่วยให้ครอบครัวค้นพบทางออกที่สร้างสรรค์เพื่อให้เป็นบุคคลที่ไม่ยึดติด เปลี่ยนความคิดเพื่อเปิดโอกาสในการหาวิธีใหม่ ๆ ในการจัดการกับปัญหาที่ยากลำบาก นั่นคือ เน้นที่การแก้ปัญหา (Solution-Focused) และกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามองหรือคิดให้ต่างจากเดิม (View Things Differently) ในขณะที่แนวคิด MRI นั้นเน้นปัญหา (Problem-Focused) ผู้ให้การปรึกษาแบบ MRI สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาทำพฤติกรรมที่เขาไม่เคยทำหรือทำในสิ่งที่ต่างจากเดิม (Do Things Differently)

เดอ เซเซอร์ (de Shazer) และเพื่อนร่วมงานที่ Brief Family Therapy Center ในมิลวอกกี (Milwaukee) แยกออกมาจาก MRI Brief Therapy เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับความคิดที่ว่าผู้รับการปรึกษาที่มาขอให้อาจารย์ช่วยในการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่เดียวกันก็ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้

การปรึกษาที่เน้นการแก้ปัญหาได้แย้งว่าผู้รับการปรึกษามีความต้องการร่วมมือและต้องการเปลี่ยนแปลงจริง ๆ พวกเขาจะต่อต้านถ้าการตีความหรือการแทรกแซงจากผู้ให้การปรึกษานั้นไม่เหมาะกับเขา การบำบัดแบบเน้นการแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะยกย่องชมเชยผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เกิดการร่วมมือ “ดูเหมือนว่าคุณพยายามที่จะเป็นแม่ที่ดีภายใต้สถานการณ์ที่ยุ่งยาก” ซึ่งเป็นการเน้นที่ข้อดี (Strength) หรือความสำเร็จในอดีต เมื่อสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าคุณให้การปรึกษาอยู่ข้างเขาแล้ว ผู้ให้การปรึกษาก็จะสามารถให้การแนะนำว่าหากเขาลองทำสิ่งใหม่อาจจะทำให้เขารู้สึกดีขึ้น ผู้ให้การปรึกษาจะให้การแนะนำสำหรับการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ (Small Changes) ซึ่งการทำสำเร็จครั้งหนึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งต่อไป การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ประเด็นอยู่ที่ว่ามันจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ด้วยวิธีนี้จะสร้างความคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทันทีที่พบกุญแจ (Key) ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาจะร่วมกันค้นหาวิธีที่จะช่วยแก้ปัญหา จากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะช่วยสร้างความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ และทำให้บรรลุเป้าหมายได้ง่ายขึ้น

2. แนวคิดที่สำคัญ (Key Concept)

คอรีย์ (Corey, 2009, p. 378) กล่าวว่า การบำบัดแบบทฤษฎีโซลูชันโฟกัสแตกต่างจากการบำบัดแบบดั้งเดิม ผู้ให้การปรึกษาจะเน้นไปที่สิ่งที่เป็นไปได้และแทบจะไม่สนใจที่จะเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer, 1988, 1999 cited in Corey, 2009, p. 378) กล่าวว่า ไม่จำเป็นที่จะต้องรู้สาเหตุของปัญหาที่จะแก้ไขและก็ไม่จำเป็นที่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุกับการแก้ไขของพวกเขา การรวบรวมเกี่ยวกับปัญหาไม่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น หากรู้และเข้าใจปัญหาก็ไม่สำคัญ ดังนั้นเพื่อให้สามารถค้นหาทางออกที่เหมาะสม หลายคนอาจพิจารณาวิธีแก้ไขหลาย ๆ ทาง และทางเลือกที่เหมาะสมกับคนหนึ่งซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับคนอื่น ๆ ในการปรึกษาแบบทฤษฎีโซลูชันโฟกัสผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เลือกเป้าหมายที่พวกเขาต้องการจะบรรลุและสนใจเพียงเล็กน้อยจะได้รับการวินิจฉัย ชักประวัติ หรือสำรวจปัญหา (Berg & Miller, 1992; de Shazer & Dorlan, 2007; Gingerich & Eisengart, 2000; O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003 cited in Corey, 2009, p. 378)

2.1 การปรับตัวทางบวก (Positive Orientation) การปรึกษาดมทฤษฎีโซลูชันโฟกัสอยู่บนความเชื่อพื้นฐานว่าทุกคนมีความเข้มแข็งและมีความสามารถที่จะสร้างทางออกที่สามารถยกระดับชีวิตของพวกเขา ภายใต้สมมติฐานของการบำบัดแบบโซลูชันโฟกัสคือการที่เรามีความสามารถที่จะแก้ไขความท้าทายชีวิตที่เข้ามาหา แต่ในบางครั้งเราอาจจะสูญเสียทิศทางหรือไม่ได้ตระหนักในความสามารถของตัวเอง ไม่ว่าจะไรที่เป็นสถานการณ์ของผู้รับการปรึกษา เมื่อเขาเข้ามารับการบำบัด เบิร์ก (Berg) เชื่อว่าผู้รับการปรึกษามีความสามารถและบทบาทของผู้ให้

การปรึกษาคือต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาระหนักถึงความสามารถที่เขามี (West, Bubenzer, Smith, & Hamm, 1997 cited in Corey, 2009, p. 378) สาระสำคัญของการบำบัดเกี่ยวกับการสร้างความหวังให้กับผู้รับการปรึกษาและการมองในแง่บวกโดยการสร้างความคาดหวังเชิงบวกว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ การบำบัดแบบโซลูชันโฟกัสเป็นแนวทางที่ไม่สนใจสถานะความเจ็บป่วย เน้นความสามารถมากกว่าสิ่งที่ขาด และความเข้มแข็งมากกว่าความอ่อนแอ (Metcalf, 2001 cited in Corey, 2009, p. 378) รูปแบบของทางออกต้องใช้ปรัชญาเกี่ยวกับการยอมรับในสิ่งที่เขาเป็นและประเมินเขาในการสร้างทางออก (O'Hanlon, 1994, p. 23 cited in Corey, 2009, p. 378) อธิบายการปรับตัวทางบวกนี้ว่า การแก้ปัญหาชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการเติบโตมากกว่าการเน้นไปที่สถานะความเจ็บป่วยของปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ปฎิหาริย์สามารถเกิดขึ้นได้ทันที เพราะผู้รับการปรึกษามักจะมาปรึกษาในขั้นของการปรับตัวกับปัญหา แม้กระทั่งการแก้ปัญหาเพียงเล็กน้อยที่พวกเขาได้พิจารณาถูกปิดบังด้วยอิทธิพลของการปรับตัว ผู้รับการปรึกษามักจะมีเรื่องราวที่เป็นปมของการตัดสินใจว่าเกิดอะไรขึ้นที่ผ่านมาในชีวิตเขา สถานการณ์ของเขาในอนาคต ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัสต้องเผชิญกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาประสบอยู่ ด้วยการสนทนาในแง่บวกโดยเชื่อว่าพวกเขาทำได้ ใช้ประโยชน์จากเป้าหมายที่มีอยู่ ผู้ให้การปรึกษาเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงจากการยึดติดกับปัญหาไปสู่ขั้นการเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เป็นไปได้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถกระตุ้นและท้าทายผู้รับการปรึกษาได้เขียนเรื่องราวที่แตกต่างจากเดิมที่จะนำไปสู่จุดหมายใหม่ (Corey, 2009, pp. 378-379)

2.2 ค้นหาว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้เกิดผล (Looking for What is Working) จุดเน้นของการปรึกษตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสคือการมุ่งเน้นในสิ่งที่ทำให้เกิดผลในชีวิตของผู้รับการปรึกษา ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงในการบำบัดแบบดั้งเดิมที่เน้นไปที่ตัวปัญหา บุคคลจะนำเรื่องราวมาในการบำบัดบางคนใช้ความเชื่อของตัวเองว่าชีวิตไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือเลวร้ายนั่นคือเป็นผลทำให้เขาห่างจากเป้าหมายออกไปเรื่อย ๆ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจกับข้อยกเว้นมากกว่ารูปแบบของปัญหา พวกเขาสนับสนุนความหวัง โดยช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจข้อยกเว้นเมื่อเวลาที่ปัญหาในชีวิตของเขาน้อยลง การปรึกษตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสค้นหาว่าอะไรที่บุคคลจะกระทำให้เกิดผลและช่วยให้เขาสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อขจัดปัญหาให้สิ้นที่สุด ในระยะเวลาที่เป็นไปได้โอฮาลอน (O'Hanlon, 1999, p. 11 cited in Corey, 2009, p. 379) กล่าวว่า การกระตุ้นให้คนเปลี่ยนจากการวิเคราะห์ธรรมชาติของปัญหาและวิธีการที่ทำให้เกิดขึ้นไปสู่การค้นหาทางออกและลงมือแก้ไขมีแนวทางที่หลากหลายที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดเกี่ยวกับอะไรที่เป็นผลกับพวกเขา เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer, 1991 cited in Corey, 2009, p. 379) เสนอการเชื่อมกับผู้รับการปรึกษาในการสนทนาที่นำไปสู่ความก้าวหน้าโดยบุคคลสร้างสถานการณ์

ที่พวกเขาสามารถได้มาซึ่งเป้าหมายของเขา เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer) กล่าวว่า “บอกฉันเกี่ยวกับเวลาที่คุณรู้สึกดีและเมื่อทุกอย่างได้คลี่คลายลง” มันอยู่ในเรื่องราวของคุณค่าของชีวิตซึ่งเป็นพลังในการปลดปล่อยปัญหาและทางออกใหม่ที่ชัดเจนและเป็นไปได้ (Corey, 2009, p. 379)

2.3 เน้นไปที่ทางออกไม่ใช่ที่ตัวปัญหา (Focus on Solution, Not Problem) การปรึกษาดำเนินการตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสแตกต่างจากการบำบัดแบบเดิม ๆ โดยจะไม่เน้นที่อดีตของปัญหาแต่จะเน้นไปที่ปัญหาในปัจจุบันและอนาคต ผู้ให้การปรึกษาที่เน้นการหาทางออกจึงให้ความสนใจกับวิธีแก้ไขที่เป็นไปได้ และให้ผู้รับการปรึกษา ลองจินตนาการภาพของความสำเสร็จ เพราะการทำแบบนี้จะทำให้ ผู้รับการปรึกษา มีกำลังใจที่จะทำในครั้งต่อไป (Sklare, 2005 cited in Corey, 2008, pp. 425)

เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer, 1988, 1991 cited in Corey, 2008, pp. 425) แนะนำว่า เราไม่จำเป็นต้องรู้ถึงสาเหตุของปัญหา เพราะระหว่างปัญหากับวิธีแก้ไข อาจจะไม่สัมพันธ์กันก็ได้ เพราะฉะนั้น การค้นหาที่ “ถูกต้อง” คือ “ทางออก” ซึ่งแต่ละคนอาจจะมีวิธีแก้ไขที่หลากหลาย บางวิธีอาจจะเหมาะกับคนนี้ แต่ไม่เหมาะกับอีกคนก็ได้ สรุปก็คือ ผู้รับการปรึกษา ควรจะเป็นคนกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดผลสำเร็จ ได้ด้วยตนเอง

3. ข้อสรุปพื้นฐานแนวทางการปฏิบัติ (Basic Assumptions Guiding Practice)

วอลเทอร์และฟิลเลอร์ (Walter & Peller, 1992, 2000 cited in Corey; 2009, p. 379) กล่าวว่า การปรึกษาดำเนินการตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสเป็นรูปแบบที่อธิบายว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรและเขาสามารถเข้าถึงเป้าหมายของเขาได้อย่างไร โดยการปรึกษาดำเนินการตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมีข้อสรุปพื้นฐานดังนี้ (Corey, 2009, pp. 379-380)

1. บุคคลซึ่งเข้ารับการศึกษาจำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าประสิทธิภาพนี้จะถูกปิดกั้นชั่วคราวโดยความคิดทางลบ การคิดแบบเน้นที่ปัญหาทำให้บุคคลไม่รับรู้ถึงแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่พวกเขาจะจัดการกับปัญหา
2. ประโยชน์เกี่ยวกับการมุ่งเน้นเชิงบวกของการสร้างทางออกและการเน้นที่อนาคต ถ้าผู้รับการปรึกษาสามารถปรับทิศทางของพวกเขาไปในทิศทางที่ใช้จุดแข็งของตนเองโดยวิธีพูดคุยเกี่ยวกับทางออกนั้นคือเป็นโอกาสอันดีในการทำให้การบำบัดรวดเร็วขึ้น
3. มีข้อยกเว้นในทุกปัญหา โดยการพูดคุยเกี่ยวกับข้อยกเว้นผู้รับการปรึกษาจะสามารถควบคุมและข้ามพ้นปัญหาไปได้ บรรยายการยกเว้นช่วยในการสร้างทางออกมีความเป็นไปได้ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นไปได้เมื่อผู้รับการปรึกษาระบุข้อยกเว้นในปัญหาของพวกเขา
4. ผู้รับการปรึกษามักจะเสนอมุมมองเกี่ยวกับตนเองในด้านเดียว ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจอีกด้านหนึ่งของเรื่องราวที่เขาเผชิญอยู่

5. การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ การเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ ทั้งหมดมีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่ผู้รับการปรึกษานำมาในการปรึกษา

6. ผู้รับการปรึกษามีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง มีความสามารถที่จะเปลี่ยนและทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตัวเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาต้องมีท่าทีที่อยู่เคียงข้างผู้รับการปรึกษามากกว่าเป็นผู้กำหนดแนวทางเพื่อควบคุมรูปแบบการต่อต้าน เมื่อผู้ให้การปรึกษาหาแนวทางที่จะร่วมมือกับผู้รับการปรึกษาการต่อต้านก็จะไม่เกิดขึ้น

7. ผู้รับการปรึกษาสามารถเชื่อในความตั้งใจในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ไม่มีทางออกที่ถูกต้องสำหรับปัญหาโดยเฉพาะที่สามารถปรับใช้ได้กับทุกคน ซึ่งแต่ละคนก็มีความเหมือนและความแตกต่าง ทางออกจึงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4. สัมพันธภาพในการบำบัด (The Therapeutic Relationship)

คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจประสิทธิผลของการให้การรักษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพหรือการตกลงเป็นขั้นตอนพื้นฐานของการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสทัศนคติของผู้ให้การปรึกษามีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัด มันเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความไว้วางใจเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาจะกลับมาอีกในครั้งต่อไปและจะปฏิบัติตามการบ้านที่แนะนำไป หากความไว้วางใจไม่ได้เกิดขึ้น ผู้รับการปรึกษาไม่น่าจะทำตามข้อเสนอแนะที่ให้ไป (de Jung & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 382) วิธีการหนึ่งของการสร้างความร่วมมือในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ให้การปรึกษาที่จะแสดงให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าพวกเขาสามารถใช้ความเข้มแข็งและแหล่งทรัพยากรที่พวกเขามีในการสร้างทางออกของปัญหา ผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นให้ทำงานอย่างแตกต่างไปจากเดิมและมีความคิดสร้างสรรค์ในการคิดเกี่ยวกับวิธีการที่จะจัดการกับความวิตกกังวลในปัจจุบันและอนาคตของพวกเขา

เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer, 1988 cited in Corey, 2009, p. 383) ได้อธิบายความสัมพันธ์ 3 รูปแบบที่เกิดขึ้นในการปรึกษาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา

1. แบบผู้รับบริการ (Customer) ผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษาร่วมกันระบุปัญหาและสร้างทางออก เพื่อการดำเนินงานต่อไป ผู้รับการปรึกษาตระหนักดีว่า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของเขาหรือเธอ เขาต้องพยายามทำด้วยตนเอง

2. แบบร้องทุกข์ (Complainant) ผู้รับการปรึกษาอธิบายปัญหาแต่ไม่สามารถหรือไม่เต็มใจว่ามีตนเองบทบาทในการสร้างทางออกโดยเชื่อว่าการแก้ไขปัญหานั้นอยู่กับการกระทำของผู้อื่น ในสถานการณ์นี้ผู้รับการปรึกษาคาดหวังกับผู้ให้การปรึกษาว่าวิธีการสร้างทางออกต้องมาจากการเปลี่ยนแปลงจากคนอื่น

3. ผู้มาเยี่ยมเยือน (Visitor) ผู้รับการปรึกษามารับการบำบัดเพราะว่าคนอื่นให้มา (คู่สมรส บิดามารดา ครู หรือเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ) ที่คิดว่าผู้รับการปรึกษามีปัญหา ผู้รับการปรึกษาไม่เห็นด้วยว่าเขาหรือเธอมีปัญหาและอาจไม่สามารถระบุสิ่งที่จะสำรวจในการบำบัดได้

เดอ จุงและเบิร์ก (de Jung & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 383) แนะนำให้ใช้ความระมัดระวังโดยผู้ให้การปรึกษาต้องไม่ตีกรอบผู้รับการปรึกษา รูปแบบความสัมพันธ์ 3 รูปแบบที่เกิดขึ้นนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการสนทนามากกว่าจัดหมวดหมู่ผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาสามารถสะท้อนให้เห็นถึงประเภทของความสัมพันธ์ที่กำลังพัฒนาระหว่างตัวผู้รับการปรึกษาเอง เช่น ผู้รับการปรึกษา (แบบร้องทุกข์) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะวางปัญหาไว้ที่บุคคลอื่นหรือบุคคลในชีวิตของเขา อาจจะช่วยเหลือ โดยการฝึกทักษะเพื่อให้เริ่มเห็นบทบาทของตัวเองและมีความจำเป็นสำหรับการพูดคุยถึงขั้นตอนในการสร้างทางออก ผู้รับการปรึกษาแบบผู้เยี่ยมเยือน อาจจะยินดีที่จะทำงานกับผู้ให้การปรึกษา ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาดำรงสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการทำเพื่อตอบสนองบุคคลอื่นหรือให้พวกเขากลับมาเริ่มแรกผู้รับการปรึกษาบางส่วนอาจรู้สึกไม่มีพลังและจมอยู่กับปัญหา แม้แต่ผู้รับการปรึกษาที่ไม่สามารถระบุปัญหาอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นผลในการพัฒนาจากกระบวนการบำบัดที่เป็นมิตร ผู้ให้การปรึกษาตอบสนองต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกันของผู้รับการปรึกษาอย่างไร ที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ ทั้งผู้รับการปรึกษาแบบผู้ร้องทุกข์และผู้เยี่ยมเยือนมีความสามารถที่จะเปลี่ยนเป็นผู้รับการปรึกษาแบบผู้รับบริการได้

5. เทคนิคและขั้นตอนการปรึกษา

1. การสร้างความร่วมมือ (Establishing a Collaborative) ผู้ให้การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสอาจพิจารณาจากจำนวนครั้งของการปรึกษา เมื่อช่วยผู้รับการปรึกษาในการค้นหาทางออกและการสร้างความพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตามถ้าขั้นตอนเหล่านี้ถูกใช้เป็นกิจวัตร โดยไม่ได้พัฒนาการทำงานที่เป็นมิตรก็จะไม่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้การปรึกษาเชื่อว่าผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่แท้จริง ในชีวิตของพวกเขาเอง เทคนิคทั้งหมดที่กล่าวมาจะต้องดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของการทำงานร่วมกัน

2. การนัดหมายก่อนการปรึกษา (Pre-Therapy Change) การนัดหมายอย่างเรียบง่ายมักจะตั้งค่าการเปลี่ยนแปลงในทางบวกในครั้งแรกของการบำบัด เป็นเรื่องธรรมดาที่ผู้ให้การปรึกษาต้องถามว่า “อะไรที่คุณจะทำตั้งแต่คุณเรียกร้องให้มีการนัดพบที่จะสร้างความแตกต่างในปัญหาของคุณ” (de Shazer, 1985, 1988 cited in Corey, 2009, p. 384) โดยการถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้ให้การปรึกษาสามารถทำให้เกิดขึ้นและขยายสิ่งที่ผู้รับการปรึกษา

ได้ทำมาแล้วโดยวิธีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นในขั้นตอนการปรึกษาคด้วยตัวมันเอง ดังนั้นการถามจะช่วยสนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาต้องพึ่งพาผู้ให้การปรึกษาน้อยลง และมากกว่านั้น การบรรลุเป้าหมายของการบำบัดด้วยการใช้แหล่งทรัพยากรที่เขามี (de Shazer & Dolan, 2007; McKeel, 1996; Weiner-Davis, de Shazer, & Gingerich, 1987 cited in Corey, 2009, p. 384)

3. คำถามข้อยกเว้น (Exception Questions) ช่วงเวลาในชีวิตของผู้รับการปรึกษาเมื่อเขาไม่ได้มองว่ามีปัญหา ช่วงเวลานี้เรียกว่าข้อยกเว้น (Exception) และแสดงถึง สิ่งที่แตกต่างกัน (New of Difference) (Bateson, 1972 cited in Corey, 2009, p. 384) ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชัน โฟกัสถามคำถามข้อยกเว้นกับผู้รับการปรึกษาในช่วงเวลาที่ปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นหรือเมื่อปัญหาไม่ได้รุนแรง ข้อยกเว้นคือประสบการณ์ในชีวิตของผู้รับการปรึกษา เมื่อคาดว่าจะมีปัญหาก่อเกิดขึ้นแต่ก็ไม่มี (de Shazer, 1985 cited in Corey, 2009, p. 384) โดยการช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาระบุและตรวจสอบข้อยกเว้นนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้พวกเขาหาทางออกต่อไป (Guterman, 2006 cited in Corey, 2009, p. 384) การสำรวจนี้จะทำให้ผู้รับการปรึกษาระลึกว่าปัญหาไม่ได้มีพลังมากและไม่ได้อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะดึงทรัพยากร ความเข้มแข็งและทางออกที่เป็นไปได้ ผู้ให้การปรึกษามถามผู้รับการปรึกษาถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นสำหรับข้อยกเว้นเหล่านี้ซึ่งเรียกว่าการสนทนากการเปลี่ยนแปลง (Change-Talk) (Andrews & Clark, 1996 cited in Corey, 2009, p. 384)

4. คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Question) เป้าหมายของการบำบัด ได้รับการพัฒนาโดยการใช้สิ่งที่ เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer) เรียกว่าคำถามปาฏิหาริย์ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญของทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสผู้ให้การปรึกษามถามว่า “สมมติว่าคืนหนึ่งในขณะที่คุณหลับปัญหาได้ถูกแก้ไขไปแล้ว มีอะไรบ้างที่จะเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม” ผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นให้แสดงบทบาท “อะไรที่จะเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม” ในการรับรู้เกี่ยวกับปัญหา ถ้าผู้รับการปรึกษายืนยันว่าฉันต้องการที่จะมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยมากกว่านี้ ผู้ให้การปรึกษาพูดว่า “ให้คุณลองจินตนาการว่าวันนี้คุณออกจากสถานที่นี้ไปและคุณมีความมั่นใจและมีความปลอดภัยมากขึ้น คุณจะทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิม” กระบวนการนี้สะท้อนให้เห็นถึงการตั้งสมมติฐานในการพิจารณาทางออก (O'Hanlon & Weiner-Davis's, 2003 cited in Corey, 2009, p. 384) เชื่อว่าการเปลี่ยนการกระทำและมุมมองเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสามารถเปลี่ยนปัญหาได้

เดอ จุงและเบอร์ก (de Jung & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 384) กล่าวว่าคำถามปาฏิหาริย์เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์ การถามคำถามปาฏิหาริย์ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในอนาคต ผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นให้ตนเองสามารถฝันถึงแนวทาง

การเปลี่ยนแปลงที่เขาอยากเห็น คำถามนี้จะเน้นไปที่อนาคตที่ผู้รับการปรึกษาสามารถที่จะเริ่มพิจารณาถึงความแตกต่างในชีวิตโดยไม่ได้ถูกรอบงำด้วยปัญหาเฉพาะ การแทรกแซงนี้เปลี่ยนจากการตอกย้ำจากปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบันไปสู่ชีวิตที่พอใจมากขึ้นในอนาคต

5. คำถามบอกระดับ (Scaling Question) ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัสใช้คำถามบอกระดับเมื่อการเปลี่ยนแปลงในประสบการณ์ของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งยากที่จะสังเกต เช่น ความรู้สึกอารมณ์ หรือ การสื่อสาร (de Shazer & Berg, 1998 cited in Corey, 2009, p. 384) ยกตัวอย่างเช่น ผู้หญิงบอกความรู้สึกตื่นตกใจหรือวิตกกังวล อาจจะถามว่า “จากระดับ 0-10 โดยที่ 0 หมายถึงความรู้สึกตอนที่คุณ ได้มาบำบัดและ 10 หมายถึง ความรู้สึกหลังจากความปฎิหาริย์ได้เกิดขึ้นและปัญหาของคุณไม่มีแล้ว คุณคิดว่าความวิตกกังวลของคุณในขณะนี้ เป็นเท่าไร” ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาได้ย้ายตัวเลขไปอยู่ไม่ไกลจาก 0 ถึง 1 แสดงว่า เธอดีขึ้น ทำไมเธอถึงทำเช่นนั้น หรือ เธอต้องทำอะไรเพื่อเพิ่มระดับขึ้น คำถามบอกระดับช่วยให้ผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจกับสิ่งที่เขากำลังทำและวิธีที่พวกเขาสามารถทำตามขั้นตอนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาต้องการ โกลเดนเบิร์กและโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg & Goldenberg, 2008, p. 354) กล่าวว่า คำถามบอกระดับเป็นการบอกให้ผู้รับการปรึกษาบอกระดับในการรับรู้สถานการณ์ เพื่อสร้างมุมมองด้านบวก และเพื่อส่งเสริมความสำเร็จนั้น เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาประเมินมุมมองของผู้รับการปรึกษาแต่ละคนและเพื่อจูงใจให้อธิบายเป้าหมายของเขาอย่างละเอียด ผู้ให้การปรึกษาจะทำให้ผู้รับการปรึกษาเริ่มต้นกระทำการเปลี่ยนแปลง เทคนิคนี้ใช้บ่อย คำถามบอกระดับจะช่วยให้คู่สมรส ประเมินการรับรู้ของอีกฝ่ายต่อเหตุการณ์ ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ตัวเลขเหล่านี้ เพื่อจูงใจหรือสนับสนุน วิธีการนี้จะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามที่คาดหวัง

6. หลักเกณฑ์งานครั้งแรก (Formula First Session Task) เป็นรูปแบบของการบ้านที่ผู้ให้การปรึกษาอาจจะให้ผู้รับการปรึกษาทำระหว่างการบำบัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ผู้ให้การปรึกษา อาจจะพูดว่า “ระหว่างครั้งนี้กับครั้งต่อไปที่เราจะพบกัน ฉันอยากจะให้คุณสังเกตว่าอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง (ครอบครัว ชีวิต การแต่งงานความสัมพันธ์) ที่คุณยังอยากจะให้เกิดขึ้นอยู่ เพื่อว่าคุณจะได้ อธิบายกับฉันในครั้งต่อไป” (de Shazer, 1985, p. 137 cited in Corey, 2009, p. 385) ครั้งที่ 2 ผู้รับการปรึกษาจะถูกถามสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่เขาต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งงานนี้จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความหวังว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ มันไม่ใช่เรื่องว่าถ้าเปลี่ยนแปลงแล้วมันจะเกิดขึ้นแต่เมื่อมันจะเกิดขึ้น ดังที่ เดอร์ เซเซอร์ (de Shazer) กล่าวว่า การแทรกแซงนี้จะช่วยให้ความหวังเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้รับการปรึกษาเพิ่มขึ้น ผู้รับการปรึกษาโดยทั่วไปให้ ความร่วมมือกับหลักเกณฑ์งานครั้งแรก (FFST) และรายงานการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุง ตั้งแต่ครั้งแรกของการบำบัด (McKeel, 1996; Walter & Peller, 2000 cited in Corey, 2009, p. 385)

ซึ่งเบอโตนีโอและโอฮาลอน (Bertolino & O'Hanlon, 2002 cited in Corey, 2009, p. 385) แนะนำว่าการแทรกแซงโดยการให้งานนี้ถูกใช้หลังจากที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความวิตกกังวล มุมมอง และเรื่องราว มันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้รับการปรึกษาที่จะเข้าใจความรู้สึกก่อนที่จะเข้าสู่การเปลี่ยนแปลง

6. การให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้รับการปรึกษา (Therapist Feedback to Clients)

ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัส โดยทั่วไปจะใช้เวลาพัก 5-10 นาที ในแต่ละครั้ง เพื่อเขียนสรุปข้อความให้กับผู้รับการปรึกษา ในระหว่างพักนี้ผู้ให้การปรึกษากำหนดข้อเสนอแนะที่จะให้กับผู้รับการปรึกษา เดอ จุงและเบิร์ก (de Jung & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 385) อธิบายว่า การเขียนสรุปข้อเสนอแนะประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วนคือ คำชมเชย (Compliment) การเชื่อมต่อ (Bridge) และการแนะนำงาน (Suggesting Tasks)

1. คำชมเชย (Compliment) เป็นการยืนยันสิ่งที่คุณรับการปรึกษาจะได้อำนาจเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่ทางออกที่มีประสิทธิภาพ การชมเชยเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ต้องทำให้เป็นกิจวัตรแต่เป็นในลักษณะที่ให้กำลังใจที่จะสร้างความหวังและสื่อความหมายกับผู้รับการปรึกษาว่าเขาสามารถประสบความสำเร็จในเป้าหมายของเขาโดยการวาดภาพบนจุดแข็งและความสำเร็จของพวกเขา
2. การเชื่อมต่อ (Bridge) เป็นการเชื่อมโยงคำชมเชยไปสู่การแนะนำงานที่จะให้กับผู้รับการปรึกษา การเชื่อมต่อเป็นการให้เหตุผลสำหรับข้อเสนอแนะ
3. งานที่มอบหมาย (Suggesting Tasks) ประกอบด้วยงานที่แนะนำให้กับผู้รับการปรึกษา ซึ่งถือได้ว่าเป็นการบ้าน ขอให้สังเกตงานของผู้รับการปรึกษาให้ความสนใจการดำเนินชีวิตของพวกเขา กระบวนการตรวจสอบตนเองนี้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามั่นใจในความแตกต่างถึงสิ่งที่ดีขึ้น โดยเฉพาะสิ่งที่พวกเขาคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม งานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้รับการปรึกษาทำอะไรสักอย่างที่คุณให้การปรึกษาเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์กับพวกเขาในการสร้างทางออก เดอ จุงและเบิร์ก (de Jong & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 385) เน้นว่าข้อเสนอแนะของผู้ให้การปรึกษาที่ให้กับผู้รับการปรึกษาเป็นสิ่งที่พวกเขาจำเป็นต้องทำมากขึ้นและแตกต่างเพื่อเพิ่มโอกาสในการได้เข้าถึงเป้าหมายของผู้รับการปรึกษา

7. การยุติ (Terminating)

จากการสนทนาที่มุ่งเน้นทางออกในตอนแรกผู้ให้การปรึกษาตั้งใจในการทำงานต่อจุดหมายปลายทาง เมื่อผู้รับการปรึกษาสามารถสร้างทางออกที่พอใจ สัมพันธภาพในการบำบัดสามารถยุติลงได้ เริ่มต้นคำถามการก่อรูปเป้าหมาย (Goals-Formation Question) ที่ผู้ให้การปรึกษามักจะถามว่า “สิ่งที่ต้องการให้แตกต่างในชีวิตของคุณซึ่งเป็นผลมาจากการที่คุณมาที่นี่แล้วจะพูดได้ว่าการมาพบผมเป็นสิ่งที่คุ้มค่า” คำถามอื่นที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดคือ “เมื่อปัญหาได้ถูก

แก้ไขแล้ว คุณจะทำอะไรที่แตกต่าง” ผ่านการใช้คำถามบอกระดับผู้ให้การศึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการศึกษารวบรวมความก้าวหน้าเพื่อที่จะได้สามารถยุติการศึกษาได้เมื่อพวกเขาไม่จำเป็นต้องมาบำบัดแล้ว (de Jong & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, p. 385) ช่วงเวลาของการยุติการศึกษา ผู้ให้การศึกษาช่วยให้ผู้รับการศึกษาระบุสิ่งที่เขาจะทำต่อการเปลี่ยนแปลงที่เขาได้ทำแล้วในอนาคต (Bertolino & O’Hanlon, 2002 cited in Corey, 2009, p. 385) ผู้รับการศึกษารับความช่วยเหลือในการระบุอุปสรรคหรือรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่อาจจะเจอได้ในรักษาการเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาได้ทำ กิวเตอร์แมน (Guterman, 2006, p. 67 cited in Corey, 2009, p. 385) กล่าวว่าเป้าหมายสูงสุดของการรักษาแบบโซลูชันโฟกัส การรักษาคือการสิ้นสุดการรักษา เขากล่าวเสริมว่า ถ้าผู้ให้การศึกษาไม่ออกแบบการบำบัดเชิงรุกในระยะสั้น ๆ ในหลาย ๆ กรณี การศึกษาจะกลายเป็นช่วงสั้น ๆ จากการผัดผ่อนเพราะรูปแบบของการให้บำบัดเป็นแบบระยะสั้น เน้นปัจจุบันและการระบุข้อร้องทุกข์ เป็นไปได้มากที่ผู้รับการศึกษารับประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาความวิตกกังวลในเวลาต่อมา ผู้รับการศึกษามีการรับการปรึกษาอีกเมื่อใดก็ตามที่พวกเขา รู้สึกว่าจำเป็นต้องได้รับการติดตามหรือบอกเล่าเรื่องราวของเขา

8. บทบาทของผู้ให้การศึกษา (Therapist Function and Role)

ผู้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการบำบัดหากพวกเขาเห็นตัวเองว่าเป็นผู้กำหนดทิศทางและจุดมุ่งหมายของการสนทนา (Walter & Peller, 1996 cited in Corey, 2009, p. 382) กระบวนการบำบัดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความคิดของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับอนาคตและสิ่งที่พวกเขาต้องการที่จะแตกต่างในชีวิตของพวกเขา ผู้ให้การศึกษาแบบโซลูชันอยู่ในตำแหน่งที่ไม่รู้และให้ผู้รับการปรึกษามาอยู่ในตำแหน่งของการเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับชีวิตของตัวเอง ผู้ให้การศึกษาต้องไม่คิดตามกรอบของผู้เชี่ยวชาญที่รู้การกระทำและประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา (Anderson & Goolishian, 1992 cited in Corey, 2009, p. 382) การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสได้ปลดปล่อยบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้การศึกษา แตกต่างกันมากกับการบำบัดแบบดั้งเดิมซึ่งมองว่าเขาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการประเมินและการบำบัดรักษาตามที่ กิวเตอร์แมน (Guterman, 2006 cited in Corey, 2009, p. 382) กล่าวว่า ผู้ให้การศึกษาที่มีความชำนาญในกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงแต่ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในสิ่งที่พวกเขาต้องการเปลี่ยน หน้าที่ของผู้ให้การศึกษาเป็นเพียงการชี้ทิศทางในการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ต้องบอกสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้การศึกษามุ่งมั่นที่จะสร้างความร่วมมือในสัมพันธภาพ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการทำเช่นนี้จะทำให้เกิดความเป็นไปได้สำหรับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคต (Bertolino & O’Hanlon, 2002 cited in Corey, 2009, p. 382) ผู้ให้การศึกษาสร้างบรรยากาศของการเคารพซึ่งกัน

และกัน บทสนทนา การสอบถาม และผู้รับการปรึกษามีอิสระในการสำรวจและร่วมเขียนเรื่องราวของเขา (Walter & Peller, 1996 cited in Corey, 2009, p. 382) งานหลักของการบำบัดประกอบด้วย การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาจินตนาการถึงสิ่งที่เขาต้องการให้แตกต่างและอะไรที่จะนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ (Gingerich & Eisengart, 2000 cited in Corey, 2009, p. 382) คำถามที่วอลเทอร์และฟิลเลอร์ (Walter and Peller) ใช้ได้ผลคือ “สิ่งที่คุณต้องการในตอนนี้” “วิธีที่จะสร้างความแตกต่างให้กับคุณ” และ “สิ่งนี้อาจเป็นสัญญาณบางอย่างเพื่อให้คุณทราบว่า การเปลี่ยนแปลงที่คุณต้องการจะเกิดขึ้น”

9. เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic Goal)

การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส สะท้อนให้เห็นถึงความคิดพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ปฏิสัมพันธ์และการเข้าถึงเป้าหมาย ผู้ให้การปรึกษามีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลที่มีความหมายที่ดีและพวกเขามีแหล่งทรัพยากรที่จะแก้ไขปัญหของเขา บุคคลมีเป้าหมายเฉพาะเป็นของตนเองและผู้รับการปรึกษาจะสร้างในอนาคต (Prochaska & Norcross, 2007 cited in Corey, 2009, p. 381) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้รับการปรึกษา เป้าหมาย และความปรารถนาจะส่งผลให้เกิดรอยแยกระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ขั้นตอนแรกของการปรึกษาในการระบุสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการและอะไรที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลที่พวกเขาต้องการสำรวจ (Bertolino & O'Hanlon, 2002 cited in Corey, 2009, p. 381) ครั้งแรกของการพบกับผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษามุ่งมั่นที่จะสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาคิดในแง่ของความเป็นไปได้

ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชัน โฟกัสสนใจเกี่ยวกับสิ่งเล็กๆ ความเป็นไปได้ การเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ที่จะนำไปสู่ผลในเชิงบวกเพราะมีแนวโน้มที่จะสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง เป้าหมายที่พอประมาณเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาที่เน้นทางออกของปัญหาจะทำงานร่วมกับภาษาของผู้รับการปรึกษา การใช้คำที่คล้ายกัน การเว้นระยะ และน้ำเสียง ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามที่แสดงการเปลี่ยนแปลง คำตอบหลากหลาย ทิศทางเป้าหมาย และการปรับในอนาคต ยกตัวอย่างคำถามเช่น “คุณทำอะไรบ้าง และ อะไรที่เปลี่ยนแปลงบ้างตั้งแต่ครั้งล่าสุด” หรือ “อะไรคือสิ่งที่คุณสังเกตเห็นว่าไปได้ดี”

วอลเทอร์และฟิลเลอร์ (Walter & Peller, 1992 cited in Corey, 2009, p. 381) ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้รับการปรึกษาในการสร้างเป้าหมายคือ ภาษาเชิงบวกของผู้รับการปรึกษา กระบวนการหรือการปรับการกระทำ สร้างที่นี้และเดี๋ยวนี้ บรรลุได้ เป็นรูปธรรม

และเฉพาเจาะจง และควบคุม โดยผู้รับการปรึกษา อย่างไรก็ตามวอลเทอร์และพีลเลอร์ (Walter & Peller, 2000 cited in Corey, 2009, p. 381) กล่าวว่าข้อควรคำนึงก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะมีโอกาสที่จะแสดงความวิตกกังวลของเขา ผู้รับการปรึกษาต้องรู้สึกรู้ว่าความวิตกกังวลของพวกเขาจะ ได้ยิน และเข้าใจก่อนที่จะสามารถกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล ในความกระตือรือร้นของผู้ให้การปรึกษาที่จะแก้ไขก็จะเป็นไปได้ที่จะสูญเสียกลไกของการบำบัดด้วยและไม่พอที่จะเข้าร่วมในแง่ของภายในบุคคล

การบำบัดแบบโซลูชันโฟกัสมีเป้าหมายหลายรูปแบบ ได้แก่ เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์หรือกรอบของการอ้างอิง เปลี่ยนการกระทำของสถานการณ์ปัญหาและตะความเข้มแข็ง และแหล่งทรัพยากรของผู้รับการปรึกษาอย่างเฉพา (O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003 cited in Corey, 2009, p. 381)

ผู้รับการปรึกษาถูกกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการพูดถึงทางออกมากกว่าพูดถึงปัญหาอยู่บนพื้นฐานของข้อสรุป สิ่งที่เราพูดถึงส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่เราสร้าง การพูดถึงปัญหาสามารถสร้างปัญหาอย่างต่อเนื่อง การพูดถึงการเปลี่ยนแปลงสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง

โกลเดนเบิร์กและโกลเดนเบิร์ก (Goldenberg & Goldenberg, 2008, p. 350) ได้กล่าวว่า ผู้ให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัสเชื่อว่ากระบวนการแก้ปัญหา (Solution Process) มีความคล้ายกันจากกรณีหนึ่งไปสู่กรณีอื่น ๆ มากกว่าจะเป็นวิธีหนึ่งต่อปัญหาหนึ่ง ซึ่ง de Shazer ได้อธิบายโดยการเปรียบเทียบว่าปัญหาที่ผู้รับการปรึกษานำมานั้นเป็นเหมือนประตูล๊อคที่สามารถเปิดสู่ชีวิตที่น่าพอใจมากขึ้น ถ้าเขาหากุญแจพบ เมื่อเราควรรหากุญแจ บ่อยครั้งที่เราเสียเวลาและดับข้องใจมากขึ้นในการพยายามค้นหาว่าทำไมประตูถึงล๊อคหรือทำไมประตูไม่เปิดการช่วยเหลือของเดอเชเซอร์ (de Shazer) คือ การให้กุญแจผี (Skeleton Key) ซึ่งใช้ได้กับแม่กุญแจหลากหลายแบบ กุญแจดังกล่าวไม่จำเป็นต้องพอดี (Fit) กับล๊อคที่ซับซ้อน เพียงแต่ให้พอดี (Fit) เพียงพอที่จะทำให้การแก้ปัญหาเริ่มต้นขึ้น

ผู้ให้การปรึกษาไม่จำเป็นต้องรู้ประวัติหรือที่มาของปัญหา หรืออะไรที่ทำให้ปัญหา ยังคงอยู่ ไม่ให้ความสนใจกับรายละเอียดของปัญหา แต่จะเน้นที่การสร้างความคิดหวังของครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการแก้ปัญหา ด้วยชั่วโมงบำบัดที่จำกัด (5-10 ครั้ง) ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยสร้างความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงและทำให้การบรรลุเป้าหมายเป็นไปได้มากขึ้น (เพื่อการจัดการที่กดดันผู้ให้การปรึกษาให้ลดระยะเวลาในการบำบัด)

การบำบัดแบบเน้นการแก้ปัญหาเป็นการสนทนาในกิจกรรม 2 ประเภท คือ การสร้างเป้าหมายที่มีลักษณะชัดเจนและการสร้างทางออกที่สามารถทำได้ ครอบครัวจะได้รับการสะท้อนความเห็น (Feedback) ในตอนท้ายของชั่วโมงการสนทนา ความพยายามบรรลุเป้าหมายนี้จะถูก

ตรวจสอบเป็นช่วง ๆ การบำบัดจะใช้เวลาไม่กี่ครั้ง ซึ่งจะยุติเมื่อปัญหาของผู้รับการปรึกษาบรรเทาเบาบางลงและผู้รับการปรึกษารู้สึกมีพลัง มีความคิดหรือมุมมองใหม่

10. กระบวนการบำบัด (The Therapeutic Process)

เบอร์ลินและโอฮาลอน (Berlino & O'Hanlon, 2002 cited in Corey, 2009, p. 380) เน้นความสำคัญของการสร้างความร่วมมือในกระบวนการบำบัดและการทำเช่นนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรึกษาที่ประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับว่าผู้ให้การปรึกษาต้องมีความเชี่ยวชาญในการสร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลง พวกเขาเน้นหนักกว่าผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในปัญหาชีวิตของเขาเองและมักจะมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับว่าอะไรที่ทำได้หรือทำไม่ได้ในอดีตที่ผ่านมาและเช่นเดียวกับอะไรที่ทำได้ในอนาคต การปรึกษาแบบ โซลูชัน โฟกัสถือว่าวิธีการทำงานร่วมกันกับผู้รับการปรึกษา (ตรงข้ามกับการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการปรึกษาแบบดั้งเดิม) ถ้าผู้รับการปรึกษาเกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงตอนจบก็มีโอกาสที่การปรึกษาจะประสบความสำเร็จในระยะอันสั้น การทำงานร่วมกันและสัมพันธ์ภาพแบบเป็นมิตรมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพมากกว่าสัมพันธ์ภาพแบบลำดับชั้นในการปรึกษา

วอลเทอร์และเพลเลอร์ (Walter & Peller, 1992 cited in Corey, 2009, p. 380) อธิบายลักษณะของกระบวนการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสมี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาต้องการมากกว่าค้นหาว่าอะไรที่พวกเขาไม่ต้องการ
2. อย่านองหาสถานะความเจ็บป่วยและไม่พยายามที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาบรรเทาลง โดยการให้การติตราและวินิจฉัยให้กับพวกเขาแต่ให้มองว่าอะไรที่ผู้รับการปรึกษาทำแล้วเกิดผลและกระตุ้นให้เขากระทำต่อไปในทิศทางนั้น
3. ถ้าสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากระทำแล้วไม่ได้ผล กระตุ้นให้เขาทำบางอย่างที่แตกต่างไปจากเดิม
4. ดำรงไว้ซึ่งการบำบัดระยะสั้น โดยการบำบัดแต่ละครั้งทำเหมือนว่าเป็นการบำบัดครั้งสุดท้ายและครั้งเดียวความร่วมมือของผู้รับการปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาในการสร้างทางออกเป็นเรื่องของการเรียนรู้ในไม่กี่เทคนิคถึงขั้นตอนเหล่านี้อย่างเห็นได้ชัด

เดออร์ เซเซอร์ (de Shazer, 1991 cited in Corey, 2009, p. 379) เชื่อว่าผู้รับการปรึกษาสามารถสร้างทางออกให้กับปัญหาของเขาโดยปราศจากการประเมินเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาของเขา กรอบแนวคิดนี้เป็นแนวทางเกี่ยวกับการสร้างทางออกซึ่งต่างจากแนวคิดการแก้ไขปัญหาแบบดั้งเดิมที่สามารถเห็นได้ในคำอธิบายตามขั้นตอนนี้ (de Jong & Berg, 2008 cited in Corey, 2009, pp. 380-381)

1. ผู้รับการปรึกษาจะได้รับโอกาสที่จะอธิบายปัญหาของเขา ผู้รับการปรึกษารับฟังอย่างเคารพและใส่ใจในการตอบคำถามของผู้รับการปรึกษา “ฉันจะเป็นประโยชน์กับคุณอย่างไร”

2. ผู้ให้การปรึกษาทำงานกับผู้รับการปรึกษาในการพัฒนาการสร้างเป้าหมายที่ดีที่เป็นไปได้ คำถามก็คือ “ชีวิตของคุณจะแตกต่างไปอย่างไรถ้าปัญหาของคุณได้รับการแก้ไขแล้ว”

3. ผู้ให้การปรึกษามุ่งให้ผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับเวลาที่พวกเขาไม่ได้มีปัญหาหรือปัญหาของเขารุนแรงน้อยลง ผู้รับการปรึกษาถูกช่วยเหลือให้สำรวจข้อยกเว้นที่ตอกย้ำสิ่งที่พวกเขาจะทำให้เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น

4. ในตอนสุดท้ายของการสนทนาเพื่อสร้างทางออก ผู้ให้การปรึกษารูปข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้รับการปรึกษา ให้กำลังใจ และแนะนำสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาอาจจะสังเกตหรือทำก่อนที่จะแก้ไขปัญหาลงในครั้งต่อไป

5. ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาประเมินความก้าวหน้าในการเข้าถึงทางออกด้วยความพอใจโดยใช้มาตราส่วน (Rating Scale) ผู้รับการปรึกษาถูกถามว่าต้องทำอะไรก่อนที่เขาจะแก้ปัญหาของเขาจะได้รับการแก้ไขและขั้นตอนต่อไปของเขาคืออะไรว่าเป็นทฤษฎีที่มีการใช้คำถามเป็นวิธีการหลักในกระบวนการปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ความหมายของบริบททางสังคมต่างๆของผู้รับการปรึกษา การรวบรวมความแข็งแกร่งของผู้รับการปรึกษาและเป้าหมาย โดยคำถามมิได้ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพียงเท่านั้นแต่ถูกใช้เพื่อสร้างประสบการณ์ใหม่และความคิดใหม่ให้กับผู้รับการปรึกษา (Freeman & Combs, 1996 อ้างถึงใน จิตพัฒนา อัมมมนุษยชาติ, 2552, หน้า 44-47)

สำหรับทฤษฎีการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสกล่าวได้ จากที่กล่าวมาลักษณะของการสนทนาที่ใช้ในทฤษฎีการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท

1. การสนทนาแห่งการเปลี่ยนแปลง (Change Discourse) คือการสนทนาที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้รับการปรึกษา ประกอบไปด้วย

1.1 การสนทนาเกี่ยวกับพลังแห่งตน (Competence Talk) ลักษณะนี้ผู้ให้การปรึกษาจะระบุและทำให้ผู้รับการปรึกษามั่นใจในความแข็งแกร่งรวมทั้งความสามารถของตนในการแก้ปัญหา โดยจะเกี่ยวข้องกับวิธีการในการแก้ปัญหาและการเสริมแรงของผู้รับการปรึกษา

1.2 การสนทนาเกี่ยวกับข้อยกเว้น (Exception Talk) เนื่องจากทฤษฎีการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชัน โฟกัสมีแนวคิดหลักที่เชื่อว่าทุกปัญหาล้วนมีทางออก ข้อยกเว้นจึงเป็นความแตกต่างระหว่างช่วงเวลา หรือสถานการณ์ที่เกิดปัญหา และช่วงเวลาหรือสถานการณ์ที่ไม่เกิดปัญหา อย่างไรก็ตามข้อยกเว้นที่เกิดขึ้นมักถูกละเลยมองข้ามไป หรือมีความเข้าใจว่าเป็นเหตุบังเอิญในทางที่ดี (Flukes) การค้นหาข้อยกเว้นของปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการปรึกษาในทฤษฎีนี้ ซึ่ง Freedman and Comb อธิบายว่าการค้นหาข้อยกเว้นคือ วิธีการที่บุคคลเรียกประสบการณ์ที่ตนได้เปรียบในสถานการณ์ขึ้นมาใหม่ โดยให้ความสำคัญสถานที่แตกต่าง นั่นคือ

ช่วงเวลาที่ปัญหาไม่เกิดขึ้นหรือช่วงเวลาที่สามารถจัดการกับปัญหาได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบุทางออกที่สามารถใช้ได้สำเร็จ หรือล้มเหลวในอดีต ตัวอย่างของคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น เช่น “บอกผม/ ดิฉันถึงช่วงเวลาที่ไม่มีเกิดปัญหา หรือช่วงเวลาที่ปัญหาเกิดน้อยมาก” (คำถามทั่วไป) ให้คุณอธิบายว่าทำไมครั้งนี้ (ช่วงเวลาที่ไม่มีเกิดปัญหา) ถึงเกิดความแตกต่าง (คำถามเพื่อขยายข้อยกเว้น) เป็นต้น

1.3 การเปลี่ยนบริบทของการสนทนา (Context-Changing Talk) คือวิธีที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาให้ความหมายปัญหาที่ประสบแตกต่างไปจากเดิม เนื่องจากกรอบความคิดเป็นสิ่งที่ชี้แนะให้ผู้คนแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ และทำให้พบกับปัญหาต่าง ๆ ในบริบทรอบข้าง ดังนั้นตามแนวคิดนี้การใช้คำถามจึงใช้เพื่อสำรวจถึงกรอบแนวคิดของผู้รับการปรึกษาที่เชื่อมโยงกับบริบทรอบตัว ซึ่งผู้รับการปรึกษาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้นั้น จึงต้องมาจากการให้นิยามกับสถานการณ์ที่เผชิญใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบของปัญหาที่เกิดขึ้นได้

1.4 การทำลายการก่อสร้างของปัญหา (Deconstructing the Problem) การที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้รับการปรึกษาได้นั้นส่วนหนึ่งต้องเกิดจากภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร โดยจะต้องหลีกเลี่ยงภาษาที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เช่น ความเข้มแข็ง คุณค่าในตนเอง ความเครียด และใช้วิธีการให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายพฤติกรรมของตนในแต่ละวันแทน เพื่อช่วยให้เข้าใจว่าผู้รับการปรึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงดังเป้าหมายของตนหรือไม่

2. การสนทนาเกี่ยวกับทางออก (Solution Discourse) คือวิธีการสนทนาที่ผู้ให้การปรึกษาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถสร้างการเชื่อมต่อระหว่างสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และเป้าหมายที่ผู้รับการปรึกษาปรารถนา ประกอบไปด้วย

2.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพแบบร่วมมือร่วมใจ (Formation of a Collaborative Relationship) สายสัมพันธ์สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาได้ทำงานร่วมกับผู้รับการปรึกษาแล้วสามารถทำให้ปัญหาเปลี่ยนแปลงไป โดยความร่วมมือร่วมใจนี้คือการร่วมมือกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของผู้รับการปรึกษามากกว่าการสืบสวนสาเหตุของปัญหา ทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น โดยความร่วมมือร่วมใจจะต้องเกิดจากการที่ผู้ให้การปรึกษาให้การสนับสนุน การส่งเสริม การชื่นชม การเห็นพ้อง การให้ความสนใจต่อเป้าหมายของผู้รับการปรึกษา และการมีส่วนร่วมอย่างตั้งใจในฐานะของผู้ให้การปรึกษา

2.2 คำถามปาฏิหาริย์ (The Miracle Question) กล่าวได้ว่าคำถามปาฏิหาริย์เป็นกุญแจที่สำคัญของวิธีการปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีนี้ ซึ่งโดยมากจะใช้ในการรับบริการครั้งแรกและการรับบริการในครั้งต่อ ๆ มา โดยมีความมุ่งหมายเพื่อระบุทางออกที่ปรากฏขึ้น และช่วยในการทำความเข้าใจความกระจ่างเกี่ยวกับความเป็นจริงของเป้าหมายที่ผู้รับการปรึกษาปรารถนา ซึ่งคำถามปาฏิหาริย์

จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายอย่างชัดเจนว่าชีวิตของผู้รับการปรึกษาจะเป็นอย่างไรเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไข หรือมีการจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น โดยทั่วไปมักใช้คำถามดังต่อไปนี้ “ให้คุณจินตนาการว่าเมื่อคุณนอนหลับลงในคืนนี้ ความปาฏิหาริย์ได้บังเกิดขึ้นและปัญหาที่ทำให้คุณมาเข้ารับคำปรึกษา ได้หายไป แต่คุณหลับอยู่จึงไม่สามารถรู้ได้ว่าความปาฏิหาริย์นั้นได้เกิดขึ้น เมื่อคุณตื่นขึ้นมา อะไรคือสิ่งแรกที่ทำให้คุณรู้ว่าปาฏิหาริย์ได้เกิดขึ้นแล้ว” หลังจากการใช้คำถามนี้แล้วผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาอธิบายว่าที่แตกต่างไปจากเดิมเมื่อปาฏิหาริย์เกิดขึ้น อะไรที่ผู้รับการปรึกษาเห็น รู้สึกหรือ ได้ยินนั้นแตกต่างไปจากเดิม และผู้อื่นรอบตัวมีควรกระทำที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

2.3 คำถามบอกระดับ (Scaling) การใช้คำถามในลักษณะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาดังเป้าหมายของตน และสามารถประเมินความก้าวหน้า รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการกระทำได้นอกจากนั้นคำถามแบบแบ่งระดับยังสามารถค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้รับการปรึกษา และความมั่นใจของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของตน

2.4 คำถามเพื่อเปลี่ยนกรอบความคิด (Reframing) คำถามลักษณะนี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนวิธีการมองปัญหา โดยการให้ความหมายต่อสถานการณ์ต่าง ๆ จะเป็นการสร้างความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถผ่านพ้นปัญหาที่เผชิญได้

3. การสนทนาเกี่ยวกับกลยุทธ์ (Strategy Discourse) คือพันธะสัญญาร่วมกันระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาในการวางแผนร่วมกันที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนาอันสามารถเกิดขึ้นได้ โดยการสนทนาเกี่ยวกับกลยุทธ์มีองค์ประกอบดังนี้

3.1 การใช้ให้เป็นประโยชน์ (Utilization) คือการที่ผู้ให้การปรึกษารวบรวมประสบการณ์ คำนิยาม ทักษะ ความคิด และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนา เนื่องจากความมั่นใจและแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลือกกลยุทธ์สำหรับผู้รับการปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องระลึกถึงคุณลักษณะเหล่านี้และเสริมแรงให้แก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้

3.2 การพัฒนาทางออก (Development of Solutions) วิธีการปรึกษาแบบเน้นทางออกนี้สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาเพิ่มการเปลี่ยนแปลงจากก้าวเล็ก ๆ ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนา ซึ่งขั้นตอนเกิดขึ้นจากการค้นพบข้อบกพร่องของปัญหาและการตอบคำถามปาฏิหาริย์ รวมทั้งการละทิ้งทางออกที่ล้มเหลวในอดีต

3.3 การทำความเข้าใจของการยุติและการประเมินค่า (Clarification of the Ending and Evaluation) กล่าวได้ว่าผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามทฤษฎีการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสคือ

เป้าหมายของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจึงต้องสำรวจว่าผู้รับการปรึกษาสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างไรและผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาจะต้องร่วมกันประเมินว่าการกระทำใดที่เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อการบรรลุเป้าหมาย

3.4 ข้อความและการมอบงาน (Message and Task Giving) ข้อความและการมอบงานเป็นการสรุปในการยุติการปรึกษาในแต่ละครั้ง โดยผู้ให้การปรึกษาจะสรุปกลยุทธ์ที่ผู้รับการปรึกษาอธิบายในแต่ละครั้ง และเสริมแรง รวมทั้งชื่นชมในความก้าวหน้าของกระบวนการ ซึ่งโดยมากจะมีการมอบหมายงานที่ชัดเจนแน่นอนก่อนที่จะยุติการปรึกษา

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการให้การปรึกษาคือการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาที่มีความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาในการสร้างทางออกด้วยตัวเอง โดยเชื่อว่าผู้รับการปรึกษาคือผู้ที่มีความชำนาญในชีวิตของตนเอง มีความสามารถและมีแหล่งทรัพยากร ผู้ให้การปรึกษาเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวผู้รับการปรึกษาในการสร้างทางออกที่ผู้รับการปรึกษาพอใจ โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อหาข้อบกพร่องของผู้รับการปรึกษาและสร้างรูปแบบเป้าหมายที่ดี และบรรลุเป้าหมายที่ผู้รับการปรึกษาต้องการในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้นำการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมาใช้กับบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส

ซินเธีย, โจน, เคลลี่, เดวิด และ โมนิคา (Cynthia, Joan, Kelly, David, & Monica, 2001 อ้างถึงใน จิรพัฒน์ อุ่มมณุษย์ชาติ, 2552, หน้า 48) ศึกษาประสิทธิภาพของการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสที่มีต่อกลุ่มนักเรียน โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของวิธีการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีปัญหาด้านการเรียนและพฤติกรรมในห้องเรียน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองแบ่งดำเนินการปรึกษา จำนวนตั้งแต่ 5-10 ครั้งของการบริการ โดยผลการศึกษาบ่งชี้ว่าการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา นั่นคือ การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสสามารถช่วยเด็กพิเศษ (Special Education Student) ในเรื่องเกี่ยวกับอุปสรรคในการศึกษาและพฤติกรรมในชั้นเรียนได้

เบนนิงค์ (Bannink, 2007) ได้ศึกษาการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสผลการศึกษาพบว่า การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมีผลดีในระยะสั้นและตรงตามความต้องการของผู้รับการปรึกษาข้อบ่งชี้และความแตกต่างระหว่างการบำบัดที่มุ่งเน้นปัญหาและการเน้นทางออกระยะสั้นทัศนคติของผู้รับการปรึกษาคิดว่าได้รับการเสริมพลังอำนาจ เขาควรจะมีความเข้มแข็งและกระตุ้นให้กระทำในทางบวกการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสถูกนำไปใช้ในการดูแลทางสุขภาพจิตด้วยวิธีนี้ผู้รับการปรึกษาจำนวนมากได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง โดยที่ยังไม่ได้มีการวินิจฉัย

อย่างละเอียด นอกจากนี้ในโรคจิตเวชเรื้อรังการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสถูกนำไปใช้เพิ่มมากขึ้น การลดปัญหาก็คือถามคำถามที่มุ่งเน้นทางออก อะไรที่คุณอยากให้เกิดขึ้นแทน คำตอบของผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่จะเป็นทางบวก ความสุขความพอใจในชีวิต ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนจะร่างนิยามของความสุขด้วยการอธิบายพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ด้วยการช่วยเหลือของผู้ให้การปรึกษา ผู้รับการปรึกษาจะสามารถหาวิธีการเข้าถึงเป้าหมายของพวกเขา การสนทนากับผู้รับการปรึกษาเป็นทางบวกใช้ระยะเวลาสั้นกว่าและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังประหยัดค่าใช้จ่าย การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมีการฝึกอบรมในการวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาทางจิตจะสั้นลง และถูกแทนที่ด้วยการฝึกอบรมการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสซึ่งสามารถเปลี่ยนการดูแลทางสุขภาพจิตที่ดีกว่าทั้งผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา

สตีเวนส์ (Stevens, 2007 cited in Kenney, 2010, p. 324) ได้ศึกษาประสิทธิภาพกลุ่มสนับสนุนการประคับประคองการแต่งงานและครอบครัวในภาวะวิกฤติ โดยใช้แนวคิดโซลูชันโฟกัส ในงานวิจัยนี้ แนวทางการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสในการปรึกษาในภาวะวิกฤติ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการสังเกตและความหุนหันในการเอาชนะภาวะวิกฤติ และตรวจสอบว่าผู้เข้าร่วมการทดลองสามารถใช้ความรู้จากการเข้ากลุ่มให้เป็นประโยชน์กับตนเอง จากแนวคิดแบบโซลูชันโฟกัสและในความเชื่อของตนเองที่มีอยู่ในการทำงานเพื่อรักษาการแต่งงานและครอบครัวของพวกเขาในภาวะที่วิกฤติได้

ซีดาร์ (Seedall, 2009) ได้ศึกษาการเพิ่มการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส โดยการ ใช้ประโยชน์จากกฎของคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่าการสร้างทางออกเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ในการบำบัดที่มุ่งแก้ปัญหาระยะสั้น โดยให้ความสำคัญกับความสามารถที่อยู่ภายในและจุดแข็งของผู้รับการปรึกษาเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลง เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ของคู่สมรสที่ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้สอนทักษะที่ออกแบบมาเพื่อแก้ไขปัญหามิใช่ตามธรรมชาติของความสัมพันธ์คู่สมรส ซึ่งการบำบัดช่วยเพิ่มความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในปฏิสัมพันธ์ของคู่สมรส

เวนทูล่า (Ventula, 2010) ได้ศึกษาผลในการกระบวนการบำบัดตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาเด็กและครอบครัว ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบำบัดที่เป็นมิตรและผลการบำบัด และผลการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากบำบัดตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสโดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นครอบครัวที่มีเด็กที่มีปัญหาทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยดูจากระเบียบของโรงเรียนหนึ่งภาคการศึกษา ก่อนและหลังการบำบัด ผลการศึกษาพบว่าเกรดของนักเรียนการไปโรงเรียน รายงานเรื่องระเบียบวินัยดีขึ้นหลังการบำบัด ผลและกระบวนการ

การบำบัดที่เป็นมิตรของนักเรียนและครอบครัวดีขึ้นหลังการบำบัดชี้ให้เห็นว่าการบำบัดแบบเป็นมิตรเป็นสิ่งสำคัญมากในจุดเริ่มต้นของการรักษา

เคนนี่ (Kenney, 2010) ได้ศึกษาการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตใจและความเครียดสูงกว่าประชากรทั่วไป งานวิจัยพบว่าผลของการเจ็บป่วยทางจิตใจและความเครียดของผู้ดูแลมาจากความคิดที่บิดเบือน ดังนั้นการใช้การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสใช้สำหรับการรักษาความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้และลดความเครียด ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมนิยมเป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก 3 คนที่เข้าร่วมการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจำนวน 5 ครั้ง โดยมีสมมติฐานว่าผู้ดูแลจะมีความคิดที่บิดเบือนลดลง เช่น การไร้อำนาจ ความสิ้นหวัง วิตกกังวลกับอันตราย การตำหนิและการลงโทษตนเอง และมีความเครียดมาเป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความเครียดบิดามารดาแบบวัดความคิดบิดเบือน ใช้การวิเคราะห์ถัวรวม ผลการวิจัยพบว่า 1 ใน 3 ผู้เข้าร่วมทดลอง ความเครียดและความคิดบิดเบือนลดลง 2 ใน 3 ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับการโทษตนเองและการวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายลดลง งานวิจัยนี้สร้างการเปลี่ยนแปลงทางบวกและการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสสองจะทางเลือกในการรักษาที่มีประโยชน์เพื่อลดความเครียดและความคิดที่บิดเบือนในผู้ดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม

จิรพัฒน์ อุ่มมบุญชาติ (2552) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสต่อความสุขของผู้ถูกคุมความประพฤติกรณีขับขี้รถขณะเมาสุรา ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มทดลองมีความสุขในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มทดลองมีความสุขในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสเป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ ดังการศึกษาของเคนนี่ (Kenney, 2010) ที่นำการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมาใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางจิตใจและความเครียดสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าความเครียดและความคิดที่บิดเบือนในผู้ดูแลเด็กออทิสติกลดลง ซึ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงทางบวก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสตีเวนส์ (Stevens, 2007 cited in Kenney, 2010, p. 324) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มสนับสนุนการประทับประคองการแต่งงานและครอบครัวในภาวะวิกฤติโดยใช้แนวคิดโซลูชันโฟกัสนั้น ผลการศึกษาพบว่าสามารถรักษาการแต่งงานและครอบครัวของพวกเขาในภาวะที่วิกฤติได้ ซิการ์

(Seedallc, 2009) ได้ศึกษาการเพิ่มการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส โดยการใช้ประโยชน์จากกฎของกลุ่มสมรส ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดช่วยเพิ่มความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มสมรส นอกจากนี้ผลการศึกษาของ

เวนทูลา (Veutura, 2010) ที่ศึกษาครอบครัวที่มีเด็กที่มีปัญหาทั้งที่บ้านและโรงเรียน พบว่าผลการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากบำบัดตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส เกร็ดของนักเรียน การไปโรงเรียน ระเบียบวินัยดีขึ้นหลังการบำบัด แสดงให้เห็นว่าการปรึกษาตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาเด็กและครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมักจะพบปัญหาการมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปในทางลบ มีความขัดแย้ง เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ครอบครัว ซึ่งการปรึกษาตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสเป็นวิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นได้