



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอมาเป็นลำดับดังนี้คือ

- แนวคิดและมโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ความพึงพอใจในชีวิต
- ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
- การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แนวคิดและมโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดและมโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะนำเสนอหัวข้อย่อยเป็นลำดับดังนี้คือ

- ก. ความหมายของผู้สูงอายุ
- ข. ทฤษฎีการสูงอายุ
 1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในผู้สูงอายุ
 2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ
- ค. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัญหาในผู้สูงอายุ
 1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
 2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์
 3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

ก. ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการที่นโยบายสาธารณสุขของประเทศ ได้เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค เป็นสิ่งสำคัญ ประกอบกับวิวัฒนาการทางการแพทย์รวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้บอกยากว่าใครคือผู้สูงอายุ บางคนอายุมากแต่ดูไม่แก่ บางคนอายุน้อยแต่ดูแล้วหน้าตา ท่าทางแก่ ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์ (2526) ได้ให้ความหมายของคำว่า "ความสูงอายุ" หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้ จะเริ่มต้นตั้งแต่เกิดมา และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ และ สุด แสงวิเชียร (2513) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความสูงอายุว่า เป็นผลมาจากการสูญเสีย อย่างค่อยเป็นค่อยไปเรื่อย ๆ ของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพ แวดล้อมของร่างกาย ซึ่งทั้งสองความหมายมิได้ระบุถึงเกณฑ์ของความสูงอายุว่า ควรเริ่ม เมื่อใด

สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งอายุคนออกเป็น 8 ช่วง และกำหนด วัยกลางคน คือ อายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยสูงอายุตอนต้น คือ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย คือ 75 ปีขึ้นไป (พีรสิทธิ์ คำวนเคลือบ และคณะ, 2523) Herbert (1992) ได้แบ่งวัย สูงอายุ 3 ช่วงคือ อายุ 65-74 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 75-84 ปี เป็นวัยสูงอายุ ตอนกลาง และอายุ 85 ปีขึ้นไป เป็นวัยสูงอายุตอนปลายหรือวัยชรามาก

ประสพ รัตนากร (2522) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตาม นโยบายการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ทางองค์การสหประชาชาติ ได้ลงมติว่า เอาอายุเป็นหลัก ผู้ใดอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2534) ซึ่งในสังคมไทยเอง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นข้าราชการ จะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี แต่ในประเทศทางยุโรปและอเมริกา จะเกษียณอายุเมื่อ 65 ปี ซึ่งถือว่าเข้าสู่วัย สูงอายุ ดังนั้นแต่ละสังคมความเป็นผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทย จึงยึดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุและขบวนการผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้บัญญัติคำว่า ผู้สูงอายุโดย พล.ต.ต อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะต้องมี ลักษณะดังนี้ คือ (สุภัตตรา สุภาพ, 2526)

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

Hall (1976) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น

4 ประเภทคือ

1. ความสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิด เป็นต้น
2. ความสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพ และหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างมาก ขณะที่อายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของกระบวนการสูงอายุ ตามอายุของแต่ละบุคคล
3. ความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวคิด ความจำ ความเข้าใจการเรียนรู้ สติปัญญา การแก้ปัญหา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. ความสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ในหน้าที่การงาน ฯลฯ รวมถึง ความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ที่เกี่ยวกับอายุ, การแสดงออกตามคุณค่า และความต้องการของสังคม

ดังนั้น จากแนวคิดต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว จะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวัย สภาพร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กัน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนก็จะมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันตามปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสูงอายุนั้น เป็นได้ทั้งปัจจัยที่ไม่มีชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสารเคมีต่าง ๆ ปัจจัยที่มีชีวิต เช่น สิ่งที่มีชีวิตต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น สภาพความผันแปรของเศรษฐกิจที่ขึ้นลงไม่แน่นอน และสภาพความเปลี่ยนแปลงทางสังคมของโลก การเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรม เป็นสังคมอุตสาหกรรม

หรือสังคมที่เทคโนโลยีการสื่อสารและข้อมูลทันสมัยมาก ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของคน ทำให้คนเกิดความเครียด และแก่เร็ว

ข. ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุนั้น มีผู้ที่ได้ศึกษาไว้มากมายนำมาสู่แนวคิดเพื่อใช้อธิบายถึงเหตุที่ทำให้เกิดความแก่ หลังจากได้รับการตรวจสอบหลายครั้ง ยังไม่พบข้อโต้แย้ง จึงได้กำหนดเป็นทฤษฎีการสูงอายุ ซึ่งมีหลายทฤษฎีเพื่อใช้อธิบายเกี่ยวกับความแก่ ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่อธิบายกระบวนการสูงอายุได้ เนื่องจากมนุษย์มีความแตกต่างกันของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสูงอายุ ซึ่งทฤษฎีและแนวคิดทั้งหลายเกิดจากความสนใจในแต่ละด้านของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสูงอายุของนักทฤษฎี ดังนั้น ทฤษฎีจึงออกมาหลายรูปแบบ พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มใหญ่คือ

ก. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับยีน (Genome based theories) เช่น

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) เสนอว่า

ความแก่เป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต สรรสร้างสรรคสิ่งที่ดีกว่า เพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อม ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า เมื่อแต่ละชีวิตที่เกิดขึ้นใหม่นั้น มักมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะเฉพาะทางชีววิทยา โดยขบวนการผ่าเหล่าพันธุกรรม (Genetic Mutation) ทำให้มีชีวิตรอดค่อนข้างดีกว่า อาจกล่าวได้ว่าช่วงชีวิตเฉพาะในแต่ละสายพันธุ์ (Species) เอื้ออำนวยต่อการเกิดความสมดุลระหว่างอัตราการปรับตัวตามวิวัฒนาการกับข้อได้เปรียบของการที่มีชีวิตยืนยาว เพื่อการแพร่พันธุ์ก่อนที่จะแก่ตายไป ความแก่เป็นสิ่งที่ผนวกเข้ามาในช่วงชีวิตของการเจริญและแพร่พันธุ์ ช่วงระยะเวลาของการมีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

2. ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory หรือ Programming theory หรือ The biological clock) เสนอว่า ความแก่ถูกกำหนดไว้แล้วโดยมีรหัสอยู่ในยีน กำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายหรือระบบบางระบบแก่ลง

เมื่อถึงกาลเวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งมีแนวคิดว่ สิ่งมีชีวิตที่มีอายุชั้ยตามธรรมชาติ ที่มี Chromosome 2 ชุด และมีเพศ ซึ่งลักษณะสืบทอดทางพันธุกรรมจะถูกบรรจุอยู่ใน Nuclei ของเซลล์สืบพันธุ์ คือ สเปิร์มและไข่ สามารถส่งผ่านจากรุ่นหนึ่ง ไปยังอีกรุ่นหนึ่งได้ สิ่งมีชีวิตแต่ละสายพันธุ์จะมีช่วงชีวิตเฉพาะแตกต่างกันไป ซึ่งแต่ละสายพันธุ์จะมีอายุชั้ยเฉพาะ และมีบางสิ่งบางอย่างเป็นกลไกของความแก่ ภายในขบวนการแก่นี้ประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนา และเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งมีการกำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว

3. ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory)

เสนอว่า ความแก่เกิดจากการสะสมของเซลล์ผ่าเหล่า ชักนำให้มีการสังเคราะห์ซึ่ง โปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้น จนกระทั่งมีผลลดการทำงานของเซลล์และประสิทธิภาพของอวัยวะ ในที่สุด ซึ่งมีแนวคิดว่ การผ่าเหล่าในระบบโมเลกุล คือ การเปลี่ยนแปลงลำดับของเบสใน DNA ด้วยวิธีการใด ๆ ยังผลให้เกิดการสร้าง โปรตีนที่ผิดปกติ แสดงลักษณะใหม่ของเซลล์ปรากฏออกมา การผ่าเหล่าเป็นการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของยีนชนิดถาวร และถ่ายทอดไปให้ลูกหลานได้ ถ้าเกิดกับเซลล์สืบพันธุ์ ส่วนการผ่าเหล่าที่เกิดกับเซลล์ร่างกายทั่ว ๆ ไป (Somatic cell) เรียก Somatic mutation ในปัจจุบันเชื่อกันว่ somatic mutation เกิดขึ้นกับเซลล์ร่างกายจำนวนหนึ่ง การเกิด mutation มีผลทำให้ระบบที่ติอยู่แล้วผันแปรไป เป็นต้นเหตุของความแก่ โรคเสื่อมสภาพต่าง ๆ และมะเร็ง

4. ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Errors theory)

เสนอว่า ความแก่เกิดจากการสะสมความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบ ระดับโมเลกุลของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งมีแนวคิดว่ เซลล์และเนื้อเยื่อที่มีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงหมุนเวียนสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลา รวมไปถึงการสร้างสิ่งทีจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น เอนไซม์ ฮอร์โมน และสารสื่อประสาท ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีมีโอกาสเกิดความผิดพลาด ถ้าความผิดพลาดเหล่านี้สะสมจนกระทั่งถึงระดับหนึ่ง เซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตายหรือแม้ว่าตัวเซลล์ยังมีชีวิตอยู่ แต่การทำหน้าที่ของเซลล์จะหยุดชะงัก ทำให้ภาวะการควบคุมความสมดุลย์ของร่างกายแปรปรวนไป โดยเฉพาะเซลล์ที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานของร่างกาย เช่น เซลล์สมอง ซึ่งมีการยอมรับกันโดยทั่วไป คือ มักพบความเปลี่ยนแปลงของ โปรตีนเกิดขึ้นภายในเซลล์ของสิ่งมีชีวิตที่สูงอายุเท่านั้น

ข. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะ (Organ theories) เช่น

1. ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and tear theory)

เสนอว่า โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งมีผลให้แก่เร็วขึ้น ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะไม่เท่ากันในแต่ละคน แม้ว่าอายุจะเท่ากัน แต่ขึ้นอยู่กับการใช้งานและการสัมผัสกับสภาวะแวดล้อม อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ และระบบดังกล่าวของผู้สูงอายุ มิได้เปลี่ยนแปลงไปในอัตราเดียวกันในแต่ละคน และก็ไม่ได้มีอัตราเปลี่ยนแปลงเดียวกันในทุก ๆ คน ทั้ง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน

2. ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (The neuroendocrine theory)

เสนอว่า สิ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิต และคงสภาพสมดุลย์ (Homeostasis) ทางร่างกาย คือ ประสาทและฮอร์โมน ความแก่เป็นผลมาจากการทำงานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมผ่านทางระบบประสาท และฮอร์โมนจากระบบต่อมไร้ท่อ เช่น การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความจำเสื่อม ต่อมใต้สมองทำงานลดลงผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ น้อยลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมน จากต่อมใต้สมองทำหน้าที่ลดลง ทำให้ร่างกายไม่ได้รับฮอร์โมนเพียงพอ ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น เกิดโรคเบาหวาน เกิดอารมณ์หงุดหงิด เครียด ฉุนเฉียว เป็นต้น

3. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (The immunological theory)

เสนอว่า ความแก่เกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี จึงเกิดการเจ็บป่วยง่าย เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ประกอบด้วยการประสานงานของอวัยวะ ดังนี้คือ ตับ ไชกระตุก ต่อมไทมัส เนื้อเยื่อ ระบบน้ำเหลืองและม้าม มีบทบาทในการเพิ่มความต้านทานของร่างกาย ป้องกันการรุกรานของสิ่งแปลกปลอม จำกัดเซลล์ปกติที่ร่างกายใช้งานไม่ได้แล้ว และคอยติดตามการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อจำกัดเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ร่างกายก็จะเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

ค. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับด้านสรีรวิทยา (Pshysiological theory) เช่น

1. ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory) เสนอว่า ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้แก่เร็ว ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ความเครียด (Stressor) กระตุ้น Sensory Nerve ในสมองส่งต่อมาที่ไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี ตามลำดับ ให้หลังฮอร์โมน ACTH กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง Stress hormone คือ Cortisol, aldosterone และ epinephrine กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และขบวนการเมตาบอลิซึม ทำให้เกิดการแสดงออกของร่างกายตามระบบต่าง ๆ ต่อภาวะเครียด

2. ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ของคอลลาเจน (The cross-linkage theory หรือ Collagen theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจน มีการจับตัวกันมากขึ้น เส้นใยหดสั้นเข้า ยื่นหยุ่นน้อยลง แข็งและฉีกขาดง่าย ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า คอลลาเจนมีปริมาณ 25 - 30 % ของโปรตีนร่างกาย เป็นส่วนประกอบหลักของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โมเลกุลของคอลลาเจนประกอบด้วยสาย polypeptide 3 สาย ไขว้กันเป็น triple helix ภายในโมเลกุลของคอลลาเจนมี pair of ester bonds เชื่อมโยงแต่ละสายไว้ด้วยกัน เมื่ออายุมากขึ้น bonds นี้จะหลุดออกหายไปจับกับโมเลกุลที่อยู่ใกล้เคียง เกิดการเชื่อมโยงไขว้ระหว่างโมเลกุลของคอลลาเจน มีผลให้ความยืดหยุ่นลดลง แข็งมากขึ้นจึงฉีกขาดง่าย (วรมนต์ ตรีพรหม, 2534)

3. ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ (Waste-product accumulation theory) เสนอว่า การแก่ของเซลล์เป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียไว้เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่ของเซลล์จนกระทั่งความสามารถของเซลล์ลดลงหรือทำให้เซลล์ตาย ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า เซลล์ของร่างกายในสภาพปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงทางปฏิกิริยาเคมีอยู่เสมอ เพื่อสร้างพลังงานในขบวนการเมตาบอลิซึม ทั้งในระดับร่างกาย ระดับอวัยวะและระดับเซลล์ การสะสมของเสียจากขบวนการดังกล่าว ทั้งในและระหว่างเซลล์ อาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการแก่โดยเฉพาะเซลล์ร่างกาย ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก

4. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The free radical theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยา

ทางเคมีมาก ทำให้เกิดความผิดปกติของยีน และทำสาายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อตลอดจนอวัยวะ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า อนุมูลอิสระเป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดจากเมื่อออกซิเจนทำปฏิกิริยาเคมีกับสารอื่น ๆ เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต กรดไขมัน โดยเฉพาะกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว จะทำให้เกิดอนุมูลอิสระ เช่น แอมโมเนีย (NH_4^+) ไฮดรอกซิล (OH^-) ไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ฯลฯ เมื่อสะสมมากขึ้นจะเกิดอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ โดยที่โมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกตัวออกเป็นอิสระ ก็จะไปจับโมเลกุลข้างเคียง ปฏิกิริยานี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ของเซลล์ เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เซลล์ตายได้ กระบวนการนี้จะเกิดเร็วเมื่อมีออกซิเจนเป็นตัวเร่งปฏิกิริยา

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ

(Psychosocial Theory) ซึ่งจิตใจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกัน และส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ทั้งทางด้านสุขภาพ บุคลิกภาพของบุคคล ทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวถึงจิตสังคม สรุปได้ดังนี้ คือ

ก. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และในกลุ่มคนวัยอื่น ๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะกดดันทางสังคมบางประการ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่นการเกษียณอายุราชการ ทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสเสียชีวิต ตนเองหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคม

ข. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ได้จากการมีกิจกรรม และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉง และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม และยังเชื่อว่า สุขภาพมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และถ้ากิจกรรมในสังคมหนึ่งสังคมใดลดลง ก็จะมีผลให้อีกสังคมลดลงด้วย ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ใน

วัยกลางคน และจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลักษณะทางสังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมได้เท่ากับคนวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ให้มีความสนใจ และเกี่ยวข้องกับสมาชิกวัยเดียวกัน การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะร่างกาย จิตใจ สังคมดีขึ้น มาร์ศรี นุชแสงพลี (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีงานอดิเรกทำในยามว่าง และมีความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลานสูง จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

ค. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็ต่อเมื่อได้กระทำกิจกรรม หรือปฏิบัติดังเช่นที่เคยกระทำมาแต่ก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มาก ก็กระทำต่อไป คนใดพอใจชีวิต ที่อยู่อย่างสงบสันโดษ ก็อาจแยกออกมาอยู่ตามลำพัง

ง. ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's theory) กล่าวถึงการพัฒนาทางจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุว่า เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้ หมดหวัง สำหรับคนที่รู้สึกว่า ชีวิตนั้นมีคุณค่ามีความมั่นคงก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุข สงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงข้ามคนที่ไม่ยอมรับก็มีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้ ลึนหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญความสูงอายุลดลง

จ. ทฤษฎีของเพก (Peck's developmental theory) เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับร่างกายที่แข็งแรง เมื่อครั้งยังทำงานอยู่และการยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ กับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ (อาภา ใจงาม, 2532)

ทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นนี้ ยังมีข้อจำกัดในแต่ละทฤษฎีที่จะใช้อธิบายความสูงอายุของแต่ละบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางกายจิตและสังคมของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยแวดล้อมทั้งที่มีชีวิต ไม่มีชีวิต และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของแต่ละบุคคล

ค. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัญหาในผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุจะแตกต่างจากวัยอื่น อัตราการเสื่อมถอยลงมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สอดคล้องกันทั้งทางกาย จิต และสังคม ดังนั้นลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงแยกเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จะพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สรุปได้ดังนี้ คือ

ก. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ร่างกายประกอบด้วยเซลล์ที่มีชีวิต เซลล์แต่ละเซลล์จะมีอายุขัยแตกต่างกันแล้วแต่ชนิด ในบางส่วนของร่างกายเซลล์จะค่อย ๆ ตายลง และมีเซลล์ที่มีชีวิตใหม่มาทดแทน เช่น เซลล์ผิวหนัง กระจกตา ลำไส้ ตับ และไขกระดูก เพื่อซ่อมแซมอวัยวะ แต่ในบางส่วนของเซลล์จะตายไปโดยไม่มีเซลล์ใหม่มาทดแทน เช่น เซลล์สมอง กล้ามเนื้อ ไต เมื่อเซลล์เหล่านี้ตายไป จะมีเซลล์ที่ยังทำหน้าที่ได้ เหลืออยู่เพียงเล็กน้อย เพื่อให้ร่างกายทำหน้าที่ต่อไป เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตเซลล์ขึ้นมาทดแทน เซลล์เดิมจะได้น้อยลง ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพให้ผู้สูงอายุ

ข. ระบบประสาทและสมอง ขนาดของสมองจะเล็กลง และน้ำหนักของสมองจะลดลง เนื่องจากการสูญเสียเซลล์สมอง สมองของผู้สูงอายุจะถูกกำหนดโดยกิจกรรมทางไฟฟ้าที่น้อยลง และการไหลเวียนโลหิตสู่สมองจะลดลง 20 % เส้นประสาทซึ่งส่งข่าวสารจากส่วนหนึ่ง ไปยังอีกส่วนหนึ่งของร่างกายก็จะสูญเสียเซลล์ไปเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากเซลล์ประสาทเมื่อเสื่อมสลายแล้ว จะไม่มีการเกิดใหม่ทดแทน ผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลาานกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น เพราะการเดินทางของข่าวสารช้าลง การเปลี่ยนแปลงของระบบนี้ทำให้การทำงานประสานงานกันระหว่างเซลล์ประสาท และกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการจำหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ แต่ความจำหรือการเรียนรู้สิ่งเดิมยังคงไว้ได้ดี เซาว์ปัญญาจะลดลง คิดและพูดช้า นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีอาการหลงลืมง่าย ขาดสมาธิและสับสน ย้ำคิดย้ำทำ พูดซ้ำซาก หรือหมกหมุ่นอยู่กับอดีต กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือบางครั้ง เมื่อระบบประสาทและสมอง

มีความเสื่อมของเซลล์มากขึ้น อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังทางสมองขึ้นได้ ทำให้เกิดปัญหาตามมามากขึ้น

ค. ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีประสิทธิภาพลดลง หัวใจจะอ่อนแอไม่แข็งแรง จะสูบฉีดไปทั่วร่างกายได้น้อยลง ซึ่งจะมีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญคือสมอง หัวใจจะเต้นผิดปกติและความเร็วในการเต้นลดลง ในโลหิตจะมีของเสีย และคอเลสเตอรอลเกิดขึ้น เซลล์เม็ดเลือดแดงจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและบิดงอในหลอดเลือดแดงจะมีการจับกลุ่มก้อนของสารต่าง ๆ เช่น ไฟบริน เพลทเลท และ ธรอมบิน ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระ ตีบแคบลง ความยืดหยุ่นเสียไป หรือบางครั้งเกิดการอุดตัน เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อหัวใจวาย เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ และโรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

ง. ระบบทางเดินอาหาร การสูญเสียการได้กลิ่นหรือรับรส อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับประทานอาหาร การเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือก ฟันปลอมที่ไม่ดีพอหรือข้อจำกัดทางการเงิน อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุต้องจำกัดชนิดอาหารที่บริโภค ทำให้เกิดการขาดโปรตีน วิตามิน และสารอาหารที่สำคัญ ประกอบกับน้ำย่อยอาหารลดน้อยลง ภาวะน้ำดี ตับ หลอดอาหาร และเยื่อทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ กล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหารมีการลดการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติ การบีบตัวของทางเดินอาหารจะช้าลง ทำให้การย่อยอาหารและการดูดซึมไม่ดี ทำให้เกิดโรคขาดอาหารและซึดได้ ประกอบกับการทานอาหารที่มีกากน้อยด้วย ทำให้เกิดการท้องผูกง่าย เวลาถ่ายต้องเบ่งมาก ทำให้เกิดเป็นริดสีดวงทวาร และมีการตกเลือด นอกจากนี้ยังมีอาการของท้องอืด ท้องเฟ้อได้ง่าย

จ. ระบบหายใจ มีการเสื่อมและฝ่อลีบของเซลล์เยื่อเมือกและเซลล์เนื้อเยื่อในระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด กล้ามเนื้อของระบบทางเดินหายใจ และโครงสร้างของผนังกล้ามเนื้อทรวงอกมีความแข็งแรงมากขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลง ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ทึบ ทำให้หายใจลำบาก อากาศในปอดถ่ายเทได้ไม่เต็มที่ อัตราการหายใจช้าลงทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งภายใน ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางปากช่วย ทำให้ปากแห้งตามมา นอกจากนี้ยังมีภาวะการติดเชื้อง่าย และรุนแรง เช่น เกิดโรค

ตลอดลมอึกเสบเร็ววัง ถูกลมปอดโป่งพอง ในด้านการเปลี่ยนแปลง กล้องเสียงจะหย่อนเสียงจะเปลี่ยนไปคือ เสียงสูงขึ้น ดังน้อยลง มีอำนาจน้อยลง ช่วงเสียงจำกัด และอัตราการพูดช้าลง

จ. ระบบประสาทรับสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของ ตา หู ประสาทรับรส และกลิ่น และผิวหนัง ดังนี้คือ

ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง เลนซ์จะเป็นสีเหลือง จึงตัดสีม่วงสีน้ำเงิน และเขียวออกไป เลนส์สูญเสียความยืดหยุ่น แก้วตาจะขุ่นมัว ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาเล็กลง และมีรูปร่างผิดปกติ ตาจะไม่สู้แสง ไขมันรอบดวงตาจะลดลง หนังตาจะเหี่ยวเป็นถุง เปลือกตาบางลง สูญเสียความตึงตัวของเปลือกตา ดังนั้น จะพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาสีเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อแสงสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง

หู เนื้อเยื่อของประสาทในหูเสื่อม เพราะการไหลเวียนของโลหิตไปยังประสาทการได้ยินลดลง เนื่องจากความแข็งของเส้นโลหิต ดังนั้นเส้นประสาทจึงตายหรืออาจเป็นเพราะมีแคลเซียมเข้าไปจับตัวที่หูตอนใน ความเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการสูญเสียการได้ยิน หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงได้ยิน

ประสาทรับรส ความสามารถในการรับรสจะลดลง เนื่องจากปริมาณต่อมรับรสของลิ้นจะลดลง ทำให้สามารถจำแนกรสต่าง ๆ ลดลง ความอยากอาหารลดลง หรือต้องรับประทานอาหารรสจัดหรือใช้เครื่องปรุงมาก ๆ บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือ เพราะปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่เป็นประจำนาน ๆ

ประสาทรับกลิ่น ประสิทธิภาพของการได้กลิ่นจะลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากอาหาร

ผิวหนัง จะมีการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง มีการสูญเสียน้ำและความยืดหยุ่นของผิวทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้งลง ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนังจะเริ่มลดลง ทำให้การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ การสัมผัส ความเจ็บปวดน้อยลง ทางด้านเส้นผมจะบางลง และเปลี่ยนสีเป็นสีเทาหรือขาว เนื่องจากการสูญเสียเซลล์ที่ผลิตเม็ดสี หรือมีผมร่วงทำให้หัวล้าน คนตามแขนขาจะน้อยลง

ช. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กระดูกจะเสื่อม ความหนาแน่นของกระดูก ลดลง แคลเซียมละลายออก ทำให้กระดูกพรุน เปราะ และอ่อนแอ เสี่ยงต่อการหักและฟื้นตัว ได้ช้า ข้อต่อกระดูกสันหลัง จะเสื่อมสลายทำให้โครงร่างจะเล็กและสั้นลง ไค้งงุ่ม ทำให้ เกิดหลังโก่ง ข้อต่ออาจเกิดการอักเสบหรือกระดูกงอกตามข้อใหญ่ ๆ หรือเกิดข้ออักเสบตาม ข้อเล็ก ๆ ได้ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวติดขัดไม่คล่องตัว มีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นมากคือข้อเข่าในกล้ามเนื้อ จำนวนกล้ามเนื้อจะลดลง และมีพังผืดเข้ามา แทนที่ ทำให้ความยืดหยุ่นทนทานและความว่องไวลดน้อยลง ปริมาณโปรตีนและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ทำให้กล้ามเนื้อเหนียวไม่แข็งแรง ความสามารถของกล้ามเนื้อลดลง และในฟัน ซึ่งมีส่วนที่บดเคี้ยวอาหาร จะมีการเปลี่ยนแปลงโดยจะมีแคลเซียมมายึดเกาะฟันมากขึ้น และ ฟันจะผุง่าย เหงือกจะหดตัวเล็กลง จะมีการสูญเสียฟันแท้ไป ผลตามมาคือการขาดสาร อาหารในผู้สูงอายุ ในเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยว (Connective tissue) นั้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อจะแข็งขึ้น ความยืดหยุ่นน้อยลง ลดความสามารถในการส่งสารอาหารไปเลี้ยงอาหาร

ช. ระบบขับถ่ายของเสีย ไตซึ่งมีหน้าที่กรองของเสียจากเลือดและขับ ออกมาทางปัสสาวะ จะทำหน้าที่ลดลงถึง 50% จำนวนเซลล์ของไตและจำนวนเลือดที่ไหลผ่าน ไตจะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานมีการเสื่อมสภาพลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นไม่ค่อยได้ กล้ามเนื้อที่จะช่วยบีบตัวเพื่อเคลื่อนของเสียจากกระเพาะ อาหารมายังทวารหนัก ก็จะอ่อนกำลังลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ท้องผูก ซึ่งอาการท้องผูกนี้ยังมี สาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย และขาดการออกกำลังกาย

ณ. ระบบต่อมไร้ท่อ จะพบว่า ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง การผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนบริเวณ รักแร้และหัวหน่าวร่วง ต่อมธัยรอยด์ มีขนาดเล็กลง ผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้ตาขุ่นมัว พฤติกรรมเชื่องช้าลง ต่อมหมวกไต ลดการทำงานลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทาง ปัสสาวะน้อยลง ทำให้เกิดอารมณ์เครียด หงุดหงิด ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อยลง ทำให้ เป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมเพศในเพศหญิง รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน เมื่ออายุ ประมาณ 45-50 ปี ทำให้มีการหย่อนของกล้ามเนื้อตลก อาจมีมดลูกย้อย ความรู้สึกและ ลักษณะทางเพศเปลี่ยนแปลงไปส่วนใหญ่จะลดลง ทมดประจำเดือน ในเพศชาย การหลั่ง ฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลง ความรู้สึก และลักษณะทางเพศจะเปลี่ยนแปลงไป ส่วนใหญ่จะ ลดลง ต่อมลูกหมากจะโตขึ้นเนื่องจากมีเนื้อพังผืดเพิ่มขึ้น

ญ. กระบวนการเมตาบอลิซึม การทำหน้าที่ของร่างกายส่วนใหญ่อขึ้นอยู่กับการใช้ออกซิเจน เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถของร่างกายในการใช้ออกซิเจนจะลดลง ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหนักและไม่สามารถทำงานได้นาน ๆ เท่ากับคนที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่มีความกดดันได้ยากลำบากกว่า

ฎ. การนอนหลับ ผู้สูงอายุจะนอนหลับสั้นลง เมื่ออายุมากขึ้นจะตื่นง่ายขึ้น การนอนหลับใหม่ยากขึ้น และผู้สูงอายุจะใช้เวลานานกว่าจะนอนหลับได้

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางสุขภาพกาย ซึ่งจากผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย มีอายุยืนยาว และแข็งแรงของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช และคณะในปี 2531 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรือป่วยด้วยโรคที่พบในกลุ่มประชากรที่ทำวิจัย ตามลำดับดังนี้คือ โรคปวดข้อและกระดูก 37.7 % โรคระบบทางเดินอาหาร 24.6 % โรคระบบประสาท 10.1 % โรคระบบทางเดินหายใจ 5.8 % โรคระบบไหลเวียนโลหิต 2.9 % โรคระบบทางเดินปัสสาวะ 2.9 % โรคเบาหวาน 1.8 % ซึ่ง spreitzer และคณะ (1979) พบว่าเงื่อนไขภาวะสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตอย่างมากในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Martin (1979) ซึ่งพบว่า ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต และ Skipwith (1981) พบว่า เงื่อนไขทางสุขภาพที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่พึงพอใจได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพทางกายจึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุมาก ซึ่งจะมีผลเกี่ยวเนื่องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนั้น จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย การสูญเสียบทบาทหน้าที่ ตำแหน่งภายหลังเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทและสัมพันธ์ทางสังคม และในครอบครัว การสูญเสียบุคคลที่รัก ประกอบการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความจำเสื่อมถอยลง ความรวดเร็วในการคิดจะน้อยลง ความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์ลดลง การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความจำมักจะน้อยลง การสูญเสียบุคคลที่รัก คือคู่สมรส จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกระเทือนใจสูงมาก ต้องอยู่ลำพัง ซาคู่คิดในวัยเดียวกัน ทำให้จิตใจหดหู่ ไม่มีขวัญ

และกำลังใจ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รวมทั้งการที่เพื่อนวัยเดียวกันตายจากไป หรือ ชาติการติดต่อกันจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ภาวะสุขภาพไม่อำนวยให้เดินทางได้ หรือ ภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวโหดเดียว ท้อแท้ในชีวิต เกิดมีอาการ หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย ลึนท้วง ผ่น แสงสิงแก้ว (2525) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จและความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน หรือมีชีวิตเมื่อวัยเด็กพบแต่ความผิดหวังสะเทือนใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุไม่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมและสิ่งเร้าที่รับแรงได้ การขาดผู้รับถือ ก่อให้เกิดความต้อย ความวิตกกังวลและอารมณ์ตึงเครียดยิ่งขึ้น ซึ่ง Christ และ Hohloch (1988) พบว่า การสูญเสียคู่ชีวิตและการสูญเสียอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเศร้าโศกอย่างมาก ความเศร้าที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะนำไปสู่ความเสียใจ รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง ไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความซึมเศร้าและลึนท้วง มีการแยกตนเองออกจากสังคมเกิดความรู้สึกว่าเหว และอยากตาย ซึ่ง นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงศ์สิทธิ์ และ จันทรพันธ์ุ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ ถ้าไม่สามารถใช้กลไกการแก้ปัญหาทางจิตที่ถูกต้อง ก็อาจเกิดการเสี่ยงต่อโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ จากการศึกษาของ สุพรรณณี นันทชัย (2534) พบว่า ความว่าเหว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Meegama (1982, อ้างถึงในคณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต, 2529-2530) กล่าวว่า โรคต่าง ๆ รวมทั้งโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุคาดว่า พบในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ยังไม่สามารถระบุตัวเลขที่แน่นอน ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และ เกษม ตันติผลาชีวะ (2525) ได้รายงานปัญหาจิตเวชที่พบในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แยกประเภทปัญหาจิตเวชเฉพาะปี 1981 ก็พบว่าเป็น Neurosis 29.7 % Senile dementia 23.66 % Unspecified psychosis 11.45 % Schizophrenia 3.82 % Alcoholic dependence 3.82 % ดังนั้น จะเห็นได้ว่าโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง ทั้งในด้านการวางแผนการบริการ การวางแผนป้องกันทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจุบันสถาบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งในสังคมเมือง และสังคมชนบท แต่สังคมชนบทเปลี่ยนช้ากว่า คือยังมีความเป็นครอบครัวขยายอยู่มาก และขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ และสังคมชนบทเองเริ่มกลายเป็นสังคมเมือง เงินจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทำให้เกิดการตื่นต่อสู่ทางเศรษฐกิจของชาวชนบท ทั้งชายและหญิง ในวัยทำงานต้องละทิ้งถิ่นฐานเข้าเมืองเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีผลทำให้ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งตามลำพัง หรืออยู่กับหลาน ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน บางคนต้องเร่ร่อนไร้ที่พึ่งพิง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังถูกลดบทบาทและความสำคัญลงไป ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนหรือประเทศ ซึ่งแม้ในครอบครัวเอง ผู้สูงอายุมักถูกมองว่า ไม่มีประโยชน์ ชี้นับ น่ารำคาญ และเป็นภาระ ภาณูจนาดั้งชิลทิพย์ (2532) กล่าวว่า สังคมที่ละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็มักมีชีวิตที่ไร้ความหมาย ขาดความกระตือรือร้น และบางครั้งจะยิ่งทำตัวให้เป็นภาระของสังคมมากขึ้นด้วย นับเป็นการเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าไปอย่างน่าเสียดาย ภาวะเศรษฐกิจ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถหางานอื่นทำได้ ภายหลังเกษียณอายุ หากมีรายได้แน่นอนจากเงินสวัสดิการหรือจากลูกหลาน ก็แก้ปัญหาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้บ้าง แต่ไม่เสมอไปเพราะอัตราค่าครองชีพนับวันจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เงินที่ได้รับอาจไม่เพียงพอ ดังนั้นภาวะเศรษฐกิจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดมากขึ้น ส่งผลไปสู่สุขภาพกายและจิตด้วย ซึ่ง ดวงพร ดวงพิกุล (2517) ได้สำรวจความต้องการที่คนเราต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับการสงเคราะห์มีปัญหาในครอบครัว อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางจิตใจอารมณ์ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และชาติที่อยู่อาศัย

ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ในแต่ละบุคคล จะมีปัญหาที่แตกต่างกัน ปัญหาเหล่านี้ถ้าไม่รีบแก้ไขป้องกันเสียแต่ตอนนี้ อนาคตจะกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจที่เป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ดังนั้น รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในปี 2525 ทำหน้าที่กำหนดนโยบายวางแผนและดำเนินกิจกรรมระดับชาติ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีนโยบายในด้านต่าง ๆ คือ ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ด้านการศึกษาของประชาชน ด้านความมั่นคงของรายได้ และการทำงาน

ของประชาชน ด้านสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน ด้านสาธารณสุขมูลฐาน ด้านสวัสดิการสังคม (บำรุง ศรีเป็ล่ง, 2533) ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะอันใกล้ โดยยึดหลักความครอบคลุมและเป็นธรรม การผสมผสานที่กลมกลืนครบถ้วน ความยืดหยุ่นและสอดคล้อง และการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กองแผนงานสาธารณสุข, 2533) การที่จะน่านโยบายลงมาสู่การปฏิบัติให้เกิดผลตามเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมนั้น จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข บุคลากรในที่มสุขภาพทุกคนควรจะประสานความร่วมมือกัน

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ในการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพในรูปแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีหลายบทบาท เช่น บทบาทของครู บทบาทผู้นำ บทบาทผู้จัดการ บทบาทผู้ร่วมงาน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้เปลี่ยนแปลง ผู้แทนตัวผู้ป่วย และบทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) ในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวันนั้นพยาบาลจะต้องสัมผัสกับผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ที่มารับบริการอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ผู้รับบริการทุกคนจะมีปัญหาและความต้องการแตกต่างกัน พยาบาลมีบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาอยู่ จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อจะได้ใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาได้อย่างมั่นใจและเหมาะสมจะช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้รับบริการอื่น ๆ ได้มากในการเรียนรู้และการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างความพึงพอใจในชีวิตให้กับผู้รับบริการ และในส่วนตัวพยาบาลเองยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด เมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ ได้ ที่สำคัญคือ เป็นการพัฒนามาบทบาทของพยาบาลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และเป็นการสนองนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ในด้านการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน

ความพึงพอใจในชีวิต

คำว่า "ความพึงพอใจในชีวิต" นั้น เป็นคำนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายทางนามธรรมของคำว่า "คุณภาพชีวิต" ซึ่ง Campbell (1976) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับ Ferrans และ Powers (1992) ซึ่งได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตนับเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่เป็นสิ่งที่สำคัญของเขาหรือเธอ ซึ่งในปี 1980 George และ Bearon (Cited by Ferrans and Powers, 1992) ได้เขียนหนังสือเรื่องคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ เขาได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 องค์ประกอบ คือ ความพึงพอใจในชีวิต การมีคุณค่าแห่งตน ภาวะสุขภาพและหน้าที่ องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเขากล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของคุณภาพชีวิตทางนามธรรม และกลายเป็นแนวคิดที่เป็นการประเมินของชีวิตโดยรวม บนพื้นฐานความพอดีระหว่างเป้าหมาย และการบรรลุเป้าหมายของบุคคล (Calman, 1987) ซึ่ง Campbell, Converse และ Rogers (1976) พบว่า แต่ละบุคคลคิดถึงคำว่า ความพึงพอใจในชีวิต เมื่อมีการสร้างความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความนึกคิดที่เกิดขึ้นนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาระดับประเทศอย่างกว้างขวางในการวัดคุณภาพชีวิต (Evans et. al., 1985) ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตนั้นมีผู้กล่าวว่า บุคคลมีความแตกต่างกัน ก็จะมี ความพึงพอใจในสิ่งที่แตกต่างกัน (Engquist, Davis, and Bryce, 1979)

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตจึงจะเสนอหัวข้อเป็นลำดับ ดังนี้คือ

- ก. ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต
- ข. องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต
- ค. การวัดความพึงพอใจในชีวิต

ก. ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

ความหมายของคำว่า ความพึงพอใจในชีวิตนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Good (1973) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง คุณภาพสภาพหรือระดับความชอบ ความพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจ และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น และ Wolman (1973) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกที่ดี มีความสุขเมื่อได้รับผลตามความมุ่งหมาย ซึ่ง Lemon, Bengtson และ Peterson (1972) กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ระดับที่บุคคลมีความพอใจในปัจจุบัน หรือพึงพอใจในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตของเขา Campbell et. al. (1976) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นความแตกต่างระหว่างนิธาน (Aspirate) กับสัมฤทธิ์ผล (Achievement) เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น Palmore และ Kivett (1977) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตสัมพันธ์กับค่านิยมของตนและความคาดหวังของแต่ละบุคคล George (1979 Cited by Usui et. al., 1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นรูปแบบแนวคิดที่เป็นผลสุดท้ายจากการที่บุคคลได้ประเมินสถานการณ์ชีวิตของตนต่อมาตรฐานบางอย่างที่อ้างอิงไว้ ซึ่ง Usui, Keil และ Durig (1985) กล่าวเสริมว่า มาตรฐานที่อ้างอิงไว้นั้นอาจมีระดับใหญ่หรือเล็ก การเปรียบเทียบระดับใหญ่อาจใช้มาตรฐานของสังคมโดยรวม หรือหน่วยที่รองลงมาคือชุมชน การเปรียบเทียบระดับเล็กจะเกี่ยวกับกลุ่มพื้นฐานเบื้องต้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อน ญาติพี่น้อง ซึ่ง อุทุมพร จามรมา (2528) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลต่อสภาพที่เป็นอยู่หรือเผชิญอยู่ ถ้ามีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ชุมชน และสังคมย่อมก่อให้เกิดความอยากมีชีวิตอยู่ ความอยากทำให้ชีวิตรื่นรมย์ และมองชีวิตที่มีความสุข ซึ่ง ศิริวรรณ สินไชย (2531) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า มีความรู้สึกที่ดีต่อสภาพที่เป็นอยู่ และทำให้บุคคลรู้ว่าชีวิตนี้มีความหมาย และ มารศรี นุชแสงพลี (2532) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นกระบวนการรับรู้ (Cognitive process) แต่ความสุขแสดงถึงสภาพของความรู้สึก (Affective) หรืออารมณ์ (Mood) คำถามที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตมักรวมถึงกลุ่มเปรียบเทียบทั้งที่แจ่มชัดและไม่แจ่มชัด (Explicit or implicit) (เปรียบเทียบกับผู้อื่น) หรือรวมการอ้างอิงถึงด้านเวลา (ตลอดชีวิต หรือเปรียบเทียบกับเมื่อ 2 ปีที่แล้ว) และมักถามถึงความพอใจในมิติต่าง ๆ ของชีวิต

จากความหมายที่เป็นแนวคิดของความพึงพอใจในชีวิตที่ได้กล่าวแล้วทั้งหมด อาจสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในชีวิตหมายถึง การรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการประเมิน

ความแตกต่างระหว่างนิทานกับสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยตนเอง ดังนั้น ความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างนิทานกับสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยตนเอง

ข. องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่มีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลานั้น ๆ ทั้งนี้ก็เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการอย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ และจะเป็นเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ซึ่งความต้องการของมนุษย์นั้นจะเพิ่มจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ โดยเราได้กำหนดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ไว้ 5 ชั้น คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs)
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs)
3. ความต้องการความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs)
4. ความต้องการการยอมรับนับถือ และความมีคุณค่า (Esteem needs)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization needs)

ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 5 ชั้นนั้น ความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ ความต้องการชั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการในชั้นที่สูงขึ้นได้ ซึ่ง ฌีรูโซย ดันติสซุช (2524) ได้กล่าวถึง ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ประเภท คือ

1. ความต้องการทางกาย คือ ปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค
2. ความต้องการทางจิตใจ ได้แก่ ความรัก ความมั่นคงทางจิต ความยอมรับว่าเป็นสมาชิกของครอบครัว หรือของกลุ่ม และความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายของชีวิต

3. ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความสำคัญ ความเป็นเจ้าของ ความยกย่องนับถือ และความมีโอกาส

มนุษย์เมื่อได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนมากก็ย่อมจะมีความพึงพอใจในชีวิตมาก แต่ถ้าได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอหรือน้อยนั้น บุคคลก็ย่อมจะมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงไป

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่ง Neugarten, Havighurst และ Tobin (1961) ได้รายงานองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตไว้ 5 องค์ประกอบ ซึ่งบุคคลจะมีความพึงพอใจในชีวิตของตนได้นั้นจะต้องครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน คือ

1. การมีความร่าเริงในชีวิต (Zest) หมายถึง การที่บุคคลทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสนุกสนาน มีความสนใจกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ มีการวางแผนในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนต้องกระทำ และคาดหวังว่าสิ่งที่จะทำต่อไปนั้นเป็นสิ่งที่จะทำให้ตนมีความสุข รับรู้ความสูงอายุของตนแต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต

2. มีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต (Resolution and Fortitude) หมายถึง การทำให้ชีวิตของตนมีความหมาย มีการยอมรับและพร้อมที่จะสร้างชีวิตของตนเองขึ้นหยัดต่อปัญหาและอุปสรรคทั้งหมด โดยนำประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีตมาเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของตนในปัจจุบัน

3. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล (Congruence between desired and achieved goals) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีเป้าหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับสิ่งที่ดีมากกว่าที่คาดคิดไว้ รู้สึกมีความพึงพอใจกับอดีตที่ผ่านมา และไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง

4. การมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self concept) หมายถึง การมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่ดี

5. อารมณ์ (Mood tone) หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุข และการมีทัศนคติที่ดีและอารมณ์ดี การรับรู้ความสุขเหมือนเมื่อยังอ่อนวัย รู้สึกว่าชีวิตในปัจจุบันมีความสุขเป็นช่วงชีวิตที่ดีที่สุด ไม่เบื่อหน่ายต่อชีวิต

ในปี 1969 Adams ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยของเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่ Neugarten et. al. (1961) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า มีองค์ประกอบอยู่ 4 ด้าน คือ 1. อารมณ์ 2. ความร่าเริงในชีวิต (Zest for life) 3. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล และ 4. ความตั้งใจและอดทน สำหรับอ้อมโนทัศน์นั้น เขาพบว่าเป็นสิ่งที่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ดังนั้น องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตจะไม่แตกต่างกัน

Flanagan (1978) มีแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต 5 ประการ คือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชนอื่น ด้านการพัฒนาตนเองตลอดจนความสมหวังในการทำงาน ด้านการสันตนาการ

และในปี 1980 George และ Bearon ได้ทำการแยกประเภทองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประการ คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความมีคุณค่าแห่งตน สุขภาพและหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม

ซึ่งต่อมา Ferrans และ Powers (1985) ได้นำแนวคิดของ George และ Bearon มาสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต และในปี 1992 ได้ทดสอบองค์ประกอบปัจจัยรากฐานของคุณภาพชีวิต ซึ่งชี้ว่ามี 4 มิติ ที่เป็นรากฐานของคุณภาพชีวิต คือ สุขภาพและหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม จิตใจและวิญญาณ ครอบครัว

แนวคิดของ Maslow, Neugarten และคณะ, Flanagan, George และ Bearon, Ferrans และ Powers, และ ด้รัฐชัย ตันติสุข ต่างก็เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดของ Neugarten และคณะ เนื่องจากแนวคิดของ นิวการ์เทน และคณะ เป็นแนวคิดที่เน้นถึงแนวคิดของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งแนวคิดอื่นจะเน้นเป็นแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากกว่า

ค. การวัดความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตสัมพันธ์กับค่านิยมและความคาดหวังของแต่ละบุคคล การวัดความพึงพอใจในชีวิตส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจโดยบุคคลอื่น ซึ่งควรให้บุคคลได้ตัดสินใจค่านิยมที่สำคัญในชีวิตของเขาด้วยตัวเอง มากกว่าให้ผู้อื่นตัดสินใจ (Palmore and Kivett, 1977) ซึ่ง Campbell et. al. (1976) กล่าวว่า มีพื้นฐานหลายอย่างของ

การประเมินความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งได้แก่ ระดับนิทาน ระดับความคาดหวัง ระดับความเพียงพอ ระดับอ้างอิงกลุ่ม ความต้องการและค่านิยมของบุคคล การวัดระดับความพึงพอใจในชีวิตนั้นมีนักวิชาการหลายคนได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตขึ้นมา ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตนั้นได้ถูกนำมาใช้ในการวิจัยคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง และถูกเรียกว่าเป็นเครื่องวัดคุณภาพชีวิต (Barometer of Quality Life) ทางด้านนามธรรม มีงานวิจัยมากมายที่ทดสอบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสำเร็จของผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับชีวิตเป็นเกณฑ์ผลลัพธ์ (George and Bearon, 1980 cited by Ferrans and Powers, 1992) ซึ่งบทความของการวิจัยทางจิตวิทยา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1967 ถึง ปัจจุบันมากกว่า 400 เรื่อง เป็นการประเมินด้านความพึงพอใจในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ ถ้าต้องเลือกมิติหนึ่ง ก็ควรเลือกความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติแรกที่สุดเหมือนจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตทางนามธรรมที่สำคัญมากที่สุด (Ferrans and Powers, 1985)

เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตมีมาก และมีความแตกต่างกัน การนำเครื่องมือมาใช้ขึ้นขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย และกลุ่มประชากร โดยต้องพิจารณาให้เหมาะสมถึงความเป็นไปได้ ความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถ การทำหรือปฏิบัติได้ และพิจารณาผลจากการใช้เครื่องมือั้น ๆ ตัวอย่างเช่น Life Satisfaction Index A (LSI-A) และ Life Satisfaction Index B (LSI-B) ของ Neugarten et. al. (1961), Index of Domain Satisfaction ของ Campbell et. al. (1976), Self - Anchoring Life Satisfaction Scale ของ Cantril (1965), Quality of Life Index (QLI) ของ Ferrans และ Powers (1985) ฯลฯ ซึ่งจะกล่าวถึงเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตอย่างคร่าว ๆ ดังนี้คือ

เครื่องมือของ Ferrans และ Powers (1985, 1992) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต เรียกว่า Quality of Life Index (QLI) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจะวัดความพึงพอใจในส่วนต่าง ๆ ของชีวิต และส่วนที่สองวัดความสำคัญของส่วนต่าง ๆ ของชีวิต ทั้งสองส่วนจะมีข้อความที่คล้ายคลึงกัน และประกอบ

ด้วยข้อความ 35 ข้อความ โดยในแต่ละส่วนจะแยกเป็นหมวดย่อย 4 หมวด คือ หมวดเกี่ยวกับ สุขภาพและหน้าที่ หมวดสังคมเศรษฐกิจ หมวดจิตใจและวิญญาณ และหมวดครอบครัว ซึ่ง ทั้ง 4 หมวดนี้เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแนวคิดของเขาทั้งสอง ในเครื่องมือนี้ มี ข้อความเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไดอะไลซิส อยู่ส่วนละ 3 ข้อความ ซึ่งเครื่องมือนี้สามารถใช้วัดได้ทั้งในคนปกติและผู้ป่วย

เครื่องมือวัดของ Cantril (1965 cited by Frank-Stromborg, 1992) เรียกว่า Self-Anchoring Life Satisfaction Scale เป็นเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิต โดยการวัดความพึงพอใจในชีวิต ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น จาก 1 - 10 คือ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจในชีวิตเลย จนถึง 10 มีความพึงพอใจ ในชีวิตอย่างที่สุด

เครื่องมือของ Campbell และคณะ (1961) เป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจ เรียกว่า Index of Domain Satisfaction ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ คือ ชีวิตสมรส ชีวิตครอบครัว สุขภาพ เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับเพื่อน งานบ้าน งานที่ ทำอยู่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การศึกษา ความปลอดภัย และการใช้เวลาว่าง โดย คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากพึงพอใจที่สุดถึงไม่พึงพอใจเลย

เครื่องมือของ Evans และคณะ (1985) เป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจ ในชีวิต โดยพัฒนาจาก Index of Domain Satisfaction ของ Campbell และคณะ (1961) เรียกว่า Index of Overall Life Satisfaction โดยคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากพึงพอใจในชีวิตที่สุดถึงไม่พึงพอใจในชีวิตเลย

เครื่องมือของ Neugarten, Havighurst และ Tobin (1961) ได้ สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไว้ โดยเครื่องมือได้ครอบคลุมองค์ประกอบ ของความพึงพอใจในชีวิต 5 ด้าน

1. องค์ประกอบด้านความร่าเริงในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวันอย่างรู้สึกร่าเริง

2. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึง การทำให้ชีวิตมีความหมาย ยอมรับปัญหา ยืนหยัดที่จะต่อสู้ปัญหาด้วยความตั้งใจจริง
3. องค์ประกอบด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้
4. องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การมองตนเองในทางที่ดี
5. องค์ประกอบด้านอารมณ์ หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุขและการมีทัศนคติที่ดี และมีอารมณ์ดี

Neugarten et. al. ได้ทำการสร้างเครื่องมือ โดยแยกเป็นเครื่องมือ 3 ชุด นั่นคือ

เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Ratings หรือ LSR) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งหมด มี 5 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 ดัชนีที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในชีวิตชนิด A (Life Satisfaction Index A หรือ LSIA) ประกอบด้วย 20 หัวข้อ ด้านความคิดเห็นที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งมีคำตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่ง LSIA นี้ ในปี 1969 Adams ได้นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่าเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ได้กล่าวว่า อัตมโนทัศน์นั้นรวมอยู่ในทุกข้อ ซึ่งการวิเคราะห์ปัจจัยองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต เขาได้รายงานไว้ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับ ความรู้สึกหรือความสุข พึงพอใจในชีวิตประจำวัน ไม่คิดว่าเป็นช่วงเวลาที่น่าเบื่อหน่ายแต่เป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดของชีวิต ไม่มีความเบื่อหน่ายถ้อยในการทำอะไร ๆ ประกอบด้วย 6 หัวข้อ
2. องค์ประกอบทางด้านความร่าเริงในชีวิต ประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับ ความสนใจกระตือรือร้นและการวางแผนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการคาดหวังสิ่งที่จะกระทำในอนาคตนั้นจะสร้างความสุขให้ตนเอง การมองภาพลักษณะของตนเองในทางที่ดี ยอมรับความมีอายุมากขึ้นของตน โดยมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่อ่อนแอ ประกอบด้วย 6 หัวข้อ

3. องค์ประกอบทางด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผลประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับ การพึงพอใจในชีวิตในอดีตที่ผ่านมา โดยไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง และการมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับสิ่งที่ตั้งามในชีวิตมากกว่าที่คาดหวังไว้ ประกอบด้วย 3 หัวข้อ

4. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนในชีวิต ประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนที่ผ่านมาในอดีต ความตั้งใจอดทน สร้างสิ่งที่ดีขึ้นต่อชีวิต การต่อสู้ในชีวิตของตน ประกอบด้วย 3 หัวข้อ

และที่เหลืออีก 2 หัวข้อ นั้น Adams กล่าวว่า มิได้สอดคล้องกับองค์ประกอบใด ๆ แต่ก็ยังคงเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อความเกี่ยวกับการคิดว่าตนเองตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ผิดพลาด ความรู้สึกที่ความชราชั้นของตนไม่ได้สร้างความรำคาญให้กับตน

เครื่องมือชุดที่ 3 ดัดขึ้นซึ่งความพึงพอใจในชีวิต ชนิด B (Life Satisfaction Index B หรือ LSIB) ประกอบด้วย 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตที่นักวิชาการหลายท่านได้สร้างขึ้นนั้น มีความสอดคล้องและคล้ายคลึงกันในการวัดที่ครอบคลุมทางด้านกาย จิตและสังคมของบุคคล แต่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดของ Neugarten และคณะ (1961) มาใช้เนื่องจากแบบวัดของ Neugarten และคณะ ได้เน้นที่การวัดการประสบความสำเร็จเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น และเป็นารวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งแบบวัดของคนอื่นนั้นมุ่งวัดคุณภาพชีวิต โดยรวมของบุคคลเป็นการวัดหลายมิติ ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตคือมิติหนึ่งของแบบวัด และแบบวัดเหล่านี้จะใช้วัดในคนวัยกลางคนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการวัดความพึงพอใจในผู้สูงอายุนั้น บุคคลวัยกลางคนจะมีสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกแตกต่างจากคนในวัยสูงอายุ ดังนั้น ควรที่จะใช้แบบวัดที่สร้างสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะ แบบวัดของ Neugarten และคณะ จึงตรงกับลักษณะตัวอย่างประชากร และวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ผู้วิจัยจะศึกษาในครั้งนี้ และได้เลือกใช้เครื่องมือ LSIA ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่งานวิจัยมากมายได้นำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งเหตุผลที่ผู้วิจัยไม่เลือกเครื่องมือชุดที่ 1 ของนิวการ์เทน และคณะ เนื่องจากผู้สูงอายุจะเข้าใจยาก และการสัมภาษณ์ต้องใช้เวลาานานใน

การตอบ และสำหรับเครื่องมือชุดที่ 3 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผู้สูงอายุอาจเข้าใจยากใน คำเลือกตอบ ซึ่งเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยตรง ของแคนทริล เป็นตัวเลขเพื่อ เลือกตอบ ความพึงพอใจในตัวเลขเดียว เป็นการวัดค่าความพึงพอใจโดยรวมเท่านั้น ไม่ สามารถบอกผลรายด้านได้ จึงไม่เหมาะสมกับการใช้วัดผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากความหมายของความพึงพอใจในชีวิตที่ได้สรุปไว้ตอนต้นว่า หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างนิทานกับสัมฤทธิผล โดยเป็นการรับรู้ และตัดสินใจโดยตนเองนั้น แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตจึงเสนอเป็นข้อย่อย คือ

- ก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ
- ข. การสร้างความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ
- ค. โครงการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ

ก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของวัยสูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพและหน้าที่ จิตใจและวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม และปัญหาทางด้านครอบครัว ตามมา สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต และจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด ซึ่งมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

Tobin และ Neugarten (1961) พบว่า ระดับกิจกรรมที่เป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Graney (1975) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความสุข แต่ถ้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงก็จะไม่มีความสุข และสอดคล้องกับ Knapp และ Martin (1976) ซึ่งได้ดัดแปลงใช้เครื่องมือของ Neugarten และคณะ (1961) พบว่า เพศและ สภาพการทำงานมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน อายุมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้าน อารมณ์ และกิจกรรมในวัยสูงอายุเป็นตัวทำนายที่สำคัญของระดับอารมณ์โดยรวม

Lee (1978) ได้ศึกษาผลของความพึงพอใจในชีวิตสมรสที่มีต่อขวัญและกำลังใจในผู้สูงอายุ พบว่ามีผลทางบวก คือ เมื่อมีความพึงพอใจในชีวิตสมรสสูง ขวัญและกำลังใจจะสูงตามไปด้วย โดยเฉพาะในสตรีสูงอายุ Toseland และ Rasch (1978) พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น มีตัวทำนายที่สำคัญมากคือ การได้รับความปลอดภัยในชุมชน ความพึงพอใจในที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจในการสันทนาการต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกเรื่องสุขภาพ Perlman และคนอื่น ๆ (1978) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่มากขึ้น มีผลมาจากการติดต่อกับเพื่อนน้อย คนเพียงไม่กี่คน การวิตกกังวลในสังคม การขาดความสามารถในการสร้างอิทธิพลต่อบุคคลอื่น ความพึงพอใจในชีวิตต่ำ และความพึงพอใจในชีวิตสมรสต่ำ Conner และคณะ (1979) พบว่าจำนวนของบุคคลที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์ มีความสำคัญเพียงเล็กน้อยต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ แต่คุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจการปรับตัวในวัยสูงอายุได้ดีกว่าปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม Markides และ Martin (1979) พบว่า ภาวะสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต ขณะที่รายได้มีผลทางอ้อม ซึ่ง Larson (1978) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต Flanagan (1981) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังทำงานมีรายได้อย่างต่อเนื่องและผู้สูงอายุที่เกษียณจากงานที่ทำความร่ำรวยได้ และหลังเกษียณมิได้ทำงานแล้วนั้น ทั้งสองกลุ่มจะมีคุณภาพชีวิตที่เหมือนกัน

Heisel (1980) กล่าวว่า ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมทางการศึกษา จะนำผู้สูงอายุที่ขาดประโยชน์ออกจากเงื่อนไขแห่งสถานการณ์ต่าง ๆ และยังเป็นเครื่องมือในการป้องกันการเสื่อมถอยทางสติปัญญา เพิ่มความเชื่อมั่นแห่งตนและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ความร่วมมือที่เพิ่มขึ้นจะเห็นผลต่อเมื่อ โครงการที่จัดขึ้นเป็นเครื่องสำหรับการเรียนรู้ และจักต้องเกิดขึ้นในชุมชนนั้น ๆ Hunter และ Linn (1980) พบว่า ผู้สูงอายุที่ร่วมในกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์หรือกิจกรรมอาสาสมัครจะมีความพึงพอใจสูงกว่า ผู้สูงอายุที่เกษียณแต่ไม่ได้ร่วมในกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์พร้อมทั้งจะมีความเข้มแข็งในการดำรงชีวิตที่ดีกว่า ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการทางร่างกายก็จะพบน้อยกว่าด้วย

Skipwith (1981) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสิ่งสำคัญ สิ่งแรกที่ทำให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณมีความพึงพอใจ รวมทั้งการเล่นกันภายในครอบครัวด้วย แต่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สุขภาพและอารมณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความ

พึงพอใจ, Browning และ Bond (1987) พบว่า สิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณอายุ มีความสุขในชีวิต คือ การดำรงไว้ซึ่งเงินบำนาญที่เพียงพอ การดูแลสุขภาพและ กิจกรรมในสังคม Willits และ Crider (1988) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการประเมินภาวะสุขภาพตนเองกับความรู้สึกที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ความพึงพอใจในชุมชน ความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจในชีวิตสมรส ซึ่งความสัมพันธ์จะผันแปรตามเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวน เพื่อนใกล้ชิด ความถี่ของ กิจกรรมยามว่าง และจำนวนการเข้าร่วมในชุมชน

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น นิสา ชูโต (2525) ได้ศึกษาบทบาทที่คนชราคิดว่าได้ทำประโยชน์แก่ครอบครัวมากที่สุดคือ บทบาทในการเป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาของครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมากที่สุด และผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่า ครอบครัวและลูกเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตเป็นอันดับแรก ซึ่ง ศิริวรรณ สินไชย (2531) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ การใช้เวลาว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต และการรับรู้สภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวแปรการรับรู้สภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสำเร็จของคนในอดีต การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการใช้เวลาว่าง สามารถพยากรณ์ระดับความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 57.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุด คือรายได้ รองลงมาคือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรกและปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุ การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และการมีเพื่อนสนิท และพบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความพึงพอใจในชีวิต

และจากการวิจัยของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ได้ศึกษาตัวแปรทางสังคมจิตวิทยา (Psychosocial Variables) ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยภาพรวมพบว่า การระลึกรถึงความหลังกลับมีความสำคัญเป็นอันดับแรก

รองลงมาคือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การคิดถึงความตาย ความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจในสถานภาพการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้อง และการอยู่บ้านตนเอง ซึ่ง ศรีเรือน กล่าวสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยมีความพอใจที่จะมองตัวตนในด้านแสวงหาความสุขภายในตัวของตน (Intrapersonal relationship) มากกว่าการแสวงหาความพึงพอใจภายนอก จากสิ่งแวดล้อมภายนอกตน จากตัวอย่างงานวิจัยที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตนั้น จะมีทั้งทางด้านรูปธรรม และนามธรรมซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความพึงพอใจและให้ความสำคัญในแต่ละปัจจัยนั้นแตกต่างกันตามสภาพความต้องการและการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการนั้น ๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ทัศนคติและค่านิยมของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยมากมายที่กล่าวมาจากงานวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ ความร่าเริงในชีวิต ความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ต้องการกับสัมฤทธิ์ผล ความตั้งใจและอดทนในชีวิต และต่ออัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น การสร้างความพึงพอใจในชีวิตให้กับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างมาก

ข. การสร้างความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาและความต้องการ และผลกระทบที่มีต่อผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายวางแผนและดำเนินกิจกรรมระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544 ประกอบด้วยแผนแม่บท 5 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพอนามัย 2) ด้านการศึกษา 3) ด้านความมั่นคงของ รายได้ และการทำงาน 4) ด้านสังคมและวัฒนธรรม 5) ด้านสวัสดิการศึกษ ซึ่งแผนพัฒนาระยะยาวด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525 - 2544) โดยมีนโยบายสนับสนุน และส่งเสริมการบริหารสุขภาพทั้งกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ความสำคัญสูงในพื้นที่ชนบทยากจน ให้ความสำคัญแก่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยถือเป็นงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน และเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งกายและจิต โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2533)

นโยบายเหล่านี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในทุกด้านอย่างทั่วถึง ทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะสังสรรค์พูดคุยกัน และร่วมกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งกิจกรรมนันทนาการเป็นสิ่งที่นำไปสู่การพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของบุคคล นั่นคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อนำไปสู่อารมณ์สุข (สมบัติ ภาณุจนกิจ, 2533) ซึ่งบริการและสวัสดิการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ การจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุของกรมประชาสงเคราะห์ การจัดตั้งชมรมหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ บริการแก่สมาชิกในลักษณะคล้ายคลึงกันคือมีการออกกำลังกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งทางกายและใจ รวมทั้งความรู้ทั่วไป บริการสังคมสงเคราะห์ ให้คำแนะนำ ปรึกษาและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสันนนาการต่าง ๆ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมและศาสนา (ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2533) นอกจากนี้ยังจัดให้มีสวนสุขภาพและสวนสาธารณะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ

บริการที่ให้ผู้ป่วยนี้เป็นหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพ แต่ผู้ที่ปฏิบัติงานหลักคือพยาบาล ทั้งระดับวิชาชีพและระดับต่ำกว่าวิชาชีพ จากการศึกษาวิจัยได้ดูงานที่ชมรมผู้สูงอายุบางแห่ง และได้มีโอกาสซักถามผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม หลายท่านได้ตอบคล้ายคลึงกันว่ามีปัญหาหลายอย่างในชีวิต แต่ไม่กล้าพูดให้ใครฟัง ขณะมาเข้าร่วมกิจกรรมก็มีความสุข แต่หลังจากกลับไปบ้านก็ต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่รู้จะทำอย่างไร และผู้วิจัยได้รับทราบว่ามีนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ รับผิดชอบในการให้คำปรึกษา แนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา แต่จะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และบางแห่งก็มีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมงาน กิจกรรมของชมรมฯ ซึ่งส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้ดูแลดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมการให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในบางครั้ง เมื่อผู้สูงอายุมาขอคำปรึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับโรคทางกาย และการดูแลสุขภาพทางกาย และเป็นลักษณะรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และปัญหาทางสังคมและจิตใจ พบบ้างแต่ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งบทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษานั้นมิใช่จะทำเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ในผู้ป่วยผ่ายกายพยาบาลก็ต้องทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้วย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2532)

ดังนั้น พยาบาลควรจะศึกษาและพัฒนาตนเองในเรื่องการให้คำปรึกษา เพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำปรึกษาได้อย่างมั่นใจ เพื่อที่จะสร้างความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค. โครงการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ

โครงการคลินิกผู้สูงอายุนี้เป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี เป็นโครงการที่ตั้งขึ้นเพื่อข้าราชการทหารเรือที่เกษียณอายุราชการ ร่วมกับพลเรือนที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต อ.สัตหีบ จ. ชลบุรี และอำเภอใกล้เคียง โดยมีบุคลากรของโรงพยาบาล ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเอง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สังคม อารมณ์ อันเป็นผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมิให้เป็นภาระต่อสังคม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และมีเพื่อนในวัยเดียวกันในการที่จะให้ความเห็นอกเห็นใจซึ่งผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน จะพึงประสพ
3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ปัจฉิมวัย

ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากคลินิกผู้สูงอายุ

1. ส่วนบุคคล ผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ และได้รับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัย เช่น การออกกำลังกาย ได้สังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้เพื่อน และได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. ครอบครัว เป็นการกระตุ้นสมาชิกในครอบครัวให้มีความสนใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมที่ดีของไทย ส่งเสริมค่านิยมให้คนรุ่นเยาว์ยกย่องนับถือผู้สูงอายุ
3. สังคม เป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีบทบาทร่วมมือในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี

ในปัจจุบันช่วงเวลา ตั้งแต่ 09.00 - 10.00 น. จัดให้มีการตรวจสุขภาพ และ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ได้จัดให้มีการแสดงดนตรี ทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน ในบางโอกาสสมาชิกอาจมีการจัดทัศนศึกษาออกสถานที่ เพื่อเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในสถานที่ต่าง ๆ โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง

ชมรมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์

ชมรมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ เป็นชมรมที่ผู้สูงอายุ ตั้งขึ้นโดยข้าราชการทหารเรือที่เกษียณอายุราชการร่วมกับพลเรือนที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี และอำเภอใกล้เคียง การดำเนินการของชมรมกระทำ โดยกลุ่มสมาชิกภายในชมรมเอง มีความเป็นอิสระ ทั้งในด้านการดำเนินงาน ด้านกิจกรรม และด้านการเงิน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการดำเนินกิจกรรมในด้านการสนับสนุนร่วมมือกับ โครงการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะของชมรมคลินิกผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของชมรมคลินิกผู้สูงอายุฯ มีดังนี้

1. เพื่อให้ความร่วมมือสนับสนุนขบวนการของ โครงการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ ให้มีความมั่นคง ตามโครงการที่กำหนดตลอดไป
2. เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น มีเพื่อนร่วมปรึกษาหารือในวัยเดียวกัน และให้ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน อยู่ร่วมกันโดยไร้กังวล
3. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมมือกัน ดำเนินกิจการอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อ สมาชิกหรือชมรม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และเมื่อถึงแก่กรรม

สมาชิกของชมรมคลินิกผู้สูงอายุฯ

เป็นบุคคลที่ปฏิบัติโดยถูกต้องตาม โครงการคลินิกผู้สูงอายุฯ กำหนดและ ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของ โครงการคลินิกผู้สูงอายุฯ ไว้เรียบร้อยแล้ว และขอสมัครเข้าเป็น สมาชิกชมรมคลินิกผู้สูงอายุฯ โดยชมรมรับขึ้นบัญชีลงทะเบียนไว้เป็นหลักสูตรแล้วเท่านั้น

การให้คำปรึกษา (Counseling)

บุคคลเมื่อประสบกับปัญหาทางร่างกายและจิตใจ บางคนอาจแก้ปัญหาด้วยตนเอง และบางคนต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในลักษณะการช่วยเหลือโดยตรง คือ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ต้องการการดูแลโดยตรงจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือในลักษณะการช่วยเหลือโดยอ้อม คือ การต้องการคำปรึกษา เพื่อชี้แจงแนวทางการแก้ปัญหา จากบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรือบุคคลอื่น ซึ่ง อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2532) ได้ให้ความหมายของการเป็นที่ปรึกษา (counselor) ไว้ว่า หมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาให้เกิดความรู้ความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตน ยอมรับสภาพของตน สามารถมองเห็นแนวทาง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถพัฒนาตนเอง ได้สูงสุดตามศักยภาพของตน

ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา จะเสนอหัวข้อย่อยตามลำดับคือ

- ก. ความหมายของการให้คำปรึกษา
- ข. คำที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา
- ค. ทฤษฎีการให้คำปรึกษา
- ง. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีหัวข้อย่อยดังนี้คือ
 1. ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 2. จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 3. หลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 4. องค์ประกอบของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 5. ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
 6. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุ
 7. การวัดผลของการให้คำปรึกษา
 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ก. ความหมายของการให้คำปรึกษา

ความหมายของการให้คำปรึกษาจะมีความแตกต่างกันตามความคิดของแต่ละบุคคล คำจำกัดความจะเป็นที่ 3 ประเด็นหลักคือ ผู้มารับคำปรึกษา (Counselee หรือ Client) ผู้ให้คำปรึกษา และความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างผู้มารับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะมี การเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้มารับคำปรึกษา ซึ่งก็ได้มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาออกเป็น 2 ด้าน คือ บางท่านเน้นที่สัมพันธภาพ บางท่านเน้นที่กระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลง

ความหมายที่เน้นสัมพันธภาพ Rogers (1942) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา ที่ได้ผลควรประกอบด้วย สัมพันธภาพที่ตามสบายและอิสระ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา เกิดความเข้าใจตนเองจนสามารถนำตนเองไปสู่ชีวิตใหม่อย่างราบรื่น Arbuckle (1965) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เน้นสัมพันธภาพของมนุษย์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์แท้จริง โดยไม่มีคำว่าแต่ หรือนอกจากให้การยอมรับผู้รับคำปรึกษาเป็นบุคคลที่มีคุณค่าคนหนึ่ง ในสัมพันธภาพแห่งการยอมรับนี้ ผู้มารับคำปรึกษาสามารถเจริญเติบโตและก้าวหน้า และสามารถใช้เวลาเข้มแข็ง และความสามารถ ซึ่งเป็นของเขาเอง ทำการเลือกและตัดสินใจซึ่งเป็นความรับผิดชอบของเขา และทำให้เขาเกิดความพึงพอใจด้วย โดยการเลือก และการตกลงใจนั้นจะประกอบด้วยเหตุและผล ซึ่งเขาได้รับจากสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษา

ความหมายที่เน้นกระบวนการของการให้คำปรึกษานั้น Williamson (1965) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นการพบกันระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่คนหนึ่งได้รับการฝึกฝน มีทักษะและความไว้วางใจ ส่วนอีกคนหนึ่งเป็นผู้ต้องการความช่วยเหลือ คนที่หนึ่งจะช่วยคนที่สองให้เผชิญ รับรู้ ทำให้กระจ่าง แก่ปัญหาที่เกิดจากปัญหาของการปรับตัว Lewis (1970) ได้สรุปว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการหนึ่งที่ผู้มีปัญหา หรือผู้มารับคำปรึกษาจะได้รับความช่วยเหลือให้รู้สึก และแสดงพฤติกรรมในลักษณะพึงพอใจมากขึ้น โดยผ่านการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับผู้ให้คำปรึกษา ผู้ซึ่งจัดหาข้อมูลและแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นผู้มารับคำปรึกษา ให้พัฒนาพฤติกรรมต่าง ๆ ในอันจะช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาดำเนินการเกี่ยวกับตัวเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความหมายของการให้คำปรึกษานั้น มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งแม้จะแตกต่างกัน แต่ก็มีความหมายเดียวกัน คือการช่วยให้บุคคลเรียนรู้เข้าใจยอมรับตนเอง และ

ปัญหาของตนตลอดจนเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาของตน โดยเลือกและตัดสินใจด้วยตัวเขาเอง ช่วยให้บุคคลผู้มารับคำปรึกษามีความสุขและความพึงพอใจ หรือมีความเชื่อมั่นและเข้มแข็งทางจิตใจ ในการยอมรับความไม่มีความสุข ความโศกเศร้า ความสูญเสียและความผิดหวัง มากกว่าการหลีกเลี่ยง และเป็นการช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเองตามวัยไปในทิศทางที่เหมาะสมมองตนเองโดยปราศจากอคติ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ข. คำที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

คำที่เกี่ยวข้องมักใช้สลับกันอยู่ ซึ่งคำเหล่านี้จะมีความหมายอย่างคล้ายกันเพื่อความเข้าใจ คำว่า การให้คำปรึกษา แจ่มชัดขึ้น จำเนียร ช่วง โซติ (2521) ได้แยกแยะจากคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคำเหล่านี้ไว้ดังนี้คือ

1. การให้คำปรึกษา และการแนะแนว ซึ่งการให้คำปรึกษานั้นเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องระหว่างบุคคลต่อบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยบุคคลให้ได้ประสบความสำเร็จส่วนตัว หรือสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ส่วนการแนะแนวหมายถึง บริการต่าง ๆ ที่จัดภายในโรงเรียน มีเป้าหมายช่วยนักเรียนในการพัฒนาตัวเองให้สามารถปรับตัวเองในสิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต การให้คำปรึกษาเป็นบริการหนึ่งของบริการแนะแนวที่จัดขึ้นในโรงเรียน และเป็นหัวใจของการแนะแนว

2. การให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิต นักจิตวิทยาหลายท่านเห็นด้วยว่า การให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิต ยังมีความแตกต่างกัน แต่มีความสำคัญเท่าเทียมกัน โดยเกณฑ์การพิจารณาความแตกต่างของทั้งสองคำ ที่น่าเชื่อถือได้คือ

ก. เป้าหมาย การบำบัดทางจิตมีเป้าหมายเน้นที่การเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการเอาชนะความอ่อนแอ แต่การให้คำปรึกษาเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาความเข้มแข็งภายในตนเองไปในทางบวก

ข. เทคนิค ตามหลักวิชาการ ถ้าเป้าหมายของการให้คำปรึกษาและการบำบัดทางจิตแตกต่างกัน เทคนิคที่ใช้ก็ควรแตกต่างกัน ความแตกต่างโดยทั่วไปคือ ระยะเวลาของกระบวนการ (Duration of process) ความบ่อยครั้งของการเกี่ยวข้องกัน (Frequency of Contacts) ความกว้างขวางของประสบการณ์ในอดีต (Past Experiences) ขอบข่ายของสัมพันธภาพ (Relationships) ซึ่งเทคนิคส่วนมากที่ใช้

ทั้งในการให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิต ก่อให้เกิดความสับสน แต่จะแตกต่างกันที่จุดประสงค์ของวิธีการใช้

ค. การฝึกฝนที่ต้องการ (Training Requirement) การฝึกด้านการให้คำปรึกษาไม่ต้องการการฝึกบุคคลเพื่อบำบัดทางจิต และไม่ใช่ฝึกอย่างนักบำบัดทางจิต ทั้งการให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะเฉพาะ แม้จะมีบางอย่างเหลื่อมล้ำกัน บางคนอาจได้รับการฝึกทั้งสองอย่าง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะแบ่งงานทั้งสองอย่างในรูปการทำงานของบุคคล (จำเนียร ช่วงโชติ, 2521) ซึ่งจำเนียร ช่วงโชติกล่าวว่า การให้คำปรึกษานั้นเหมาะสมกับบุคคลเป็นส่วนใหญ่มากกว่าการบำบัดทางจิต เพราะจุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาเหมาะสมสำหรับคนส่วนมาก ดังนั้นสัดส่วนของความต้องการผู้ให้คำปรึกษา จึงมีมากกว่าผู้บำบัดทางจิต

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2525) ได้ประมวลความแตกต่างระหว่างการให้คำปรึกษากับการบำบัดทางจิตจากความคิดเห็นของ Blocher (1966) Brammer และ Shostrom (1977) Burks และ Steffler (1979) ไว้ดังนี้คือ

ก. ลักษณะปัญหาของผู้รับบริการ ปัญหาของผู้รับบริการบำบัดทางจิตเป็นปัญหาทางอารมณ์ที่ลึกซึ้งกว่าปัญหาของผู้รับคำปรึกษา เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง มีความท้อแท้สิ้นหวังอย่างหนัก มีความระแวงอย่างไร้เหตุผล ฯลฯ แต่ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเลือกสาขาการเรียน การเลือกอาชีพ และปรับตัวกับบุคคลแวดล้อมหรือกับงาน

ข. จุดประสงค์ของการช่วยเหลือ ผู้รับบริการจิตบำบัดมีความผิดปกติด้านจิตใจ ดังนั้น จุดประสงค์คือ การปรับปรุงโครงสร้างบุคลิกภาพของผู้มารับบริการ ผู้รับคำปรึกษาเป็นบุคคลปกติที่ต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจ หรือแก้ปัญหา ตลอดจนการเปลี่ยนพฤติกรรมจุดประสงค์ในการช่วยจึงอยู่ที่ให้ผู้รับบริการได้ดำเนินบทบาทในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีพัฒนาการสมวัย กับทั้งเป็นการป้องกัน มิให้สุขภาพจิตของบุคคลเสื่อมโทรมลง

ค. ระยะเวลาการให้บริการ การบำบัดทางจิตใช้ระยะเวลานานกว่าการให้คำปรึกษา

ง. สถานที่ที่ให้บริการ บริการจิตบำบัดจะทำในโรงพยาบาลหรือสถาบัน บำบัดทางจิต ส่วนการให้คำปรึกษามักทำในสถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานช่วยเหลือชุมชน

Humphreys, Traxler และ North (1960 cited by Adams, 1967) กล่าวว่า การแนะแนวและการให้คำปรึกษาได้จากชนิดของผู้รับบริการและธรรมชาติของปัญหา มากกว่าจะดูที่ความแตกต่างในสาขาวิชา กล่าวคือ การแนะแนว มักจะเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือที่ค่อนข้างผิวเผิน และเป็นเรื่องที่ไม่ตึงเครียด ๆ มากกว่า เช่น เรื่องอาชีพ หรือการให้ข่าวสารข้อมูล ขณะที่การให้คำปรึกษามีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องส่วนตัว เช่น ความคิด ทศนคติ ปัญหาครอบครัว ฯลฯ

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา การแนะแนว และการบำบัดทางจิต เป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในทฤษฎีกระบวนการ แต่มีความแตกต่างตามเป้าหมาย ความหนัก-เบาของปัญหา กลุ่มผู้รับบริการ สถานที่ที่ให้บริการ และเทคนิควิธีการบางอย่าง รวมทั้งการฝึกฝนของผู้ให้คำปรึกษา

ค. ทฤษฎีการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเกี่ยวข้องกับ การจัดรวบรวมกรอบแห่งความรู้ความคิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจการอธิบาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ โดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา หรือทฤษฎีการให้คำปรึกษา เกี่ยวข้องกับสภาพการณ์ของกระบวนการให้คำปรึกษา ด้วยการจัดรูปของสภาพการณ์เหล่านั้นให้เป็นแบบแผนที่มีความหมาย เพื่อว่าบทบาทของพฤติกรรมผู้ให้คำปรึกษาแบบต่าง ๆ จะชัดเจนมากขึ้น ซึ่งทฤษฎีการให้คำปรึกษานั้น ไม่อาจแยกออกโดยเด็ดขาดจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีบุคลิกภาพ หรือทฤษฎีพฤติกรรมทั่วไป เพราะการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือบุคลิกภาพบางส่วนของบุคคล รวมทั้งการเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้สึก การรับรู้ คุณค่าหรือเป้าหมาย (จำเนียร ช่วงโชติ, 2521) การจัดแบ่งกลุ่มทฤษฎีของการให้คำปรึกษามีหลายแบบ ซึ่ง อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2532) ได้สรุปไว้ 6 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะและองค์ประกอบ (Trait Factor Centered Approach) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับมนุษย์กับงาน ความสามารถและความสุขในการทำงาน โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์ต้องพึงพาอาศัยผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง และใช้ความสามารถในการเลือกแนวทางของตนอย่างเหมาะสม ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ผู้ที่มีปัญหาคือ ผู้ที่ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง ไม่รู้วิธีที่จะใช้ความสามารถของตนไปในทางที่ดีที่สุดได้อย่างไร ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตัวเองถึงความสามารถ ความถนัดพร้อมทั้งเสนอแนวทางเพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกอย่างดีที่สุด บางครั้งผู้ให้คำปรึกษา อาจต้องช่วยผู้มาขอรับคำปรึกษาในการตัดสินใจให้ด้วย ถ้าเขาอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้

กลุ่มที่ 2 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ผู้มีปัญหาคือ ผู้ที่ได้รับ การเรียนรู้มาผิด ๆ จนไม่สามารถตอบโต้กับสิ่งแวดล้อมได้ วิธีการช่วยเหลือผู้มีทุกข์ก็คือ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันวางแผนและตั้งจุดมุ่งหมาย ในการสร้างพฤติกรรมที่ดีและน่าพอใจ

กลุ่มที่ 3 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีค่านิยม (Existentialist) ทฤษฎีนี้เน้นในเรื่องความมีอิสระของมนุษย์ การมีชีวิตที่มีความหมาย โดยเชื่อว่าเหตุที่มนุษย์มีความทุกข์หรือปัญหานั้น เนื่องจากตนรู้สึกว่าคุณชีวิตตนไม่มีความหมาย อยู่อย่างเลื่อนลอยหาความสุขไม่ได้ ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้มารับคำปรึกษาให้รู้จักหาสิ่งที่มีความหมายให้กับตนเอง สร้างเป้าหมายในชีวิตให้กับตนเอง เพื่อมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เน้นให้เห็นถึงความมีอิสระในตัวเองของมนุษย์ ในการเลือกและตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง พร้อมกับจะต้องรู้จักรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากการกระทำของตน

กลุ่มที่ 4 แนวความคิดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ก็คือสัตว์ชนิดหนึ่งที่มีความต้องการ (Id) หรือตัณหา ผู้มีความทุกข์ก็คือ ผู้ที่มีความขัดแย้งใจ ไม่สามารถผสมผสานระหว่างความต้องการของตนเอง หรือตัณหา กับความรู้สึกผิดชอบชั่วดีได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาจะหาทางช่วยเหลือ ผู้มารับคำปรึกษา โดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุและเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้งใจของผู้มีทุกข์ เสนอแนะให้เขายอมรับสาเหตุ และปัญหาของตนเอง ความขัดแย้งใจจะลดลง ผู้มีทุกข์จะมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

กลุ่มที่ 5 แนวความคิดที่ผู้มารับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory Approach) ทฤษฎีนี้ผู้ที่ริเริ่มก็คือ Rogers ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และเกียรติยศ มีความฉลาดสามารถพัฒนาตนเองได้ ผู้มีทุกข์คือ ผู้ที่มีอะไรบางอย่าง บดบังความสามารถ และความรู้แจ้งเห็นจริงจนทำให้เขาไม่สามารถแสดงความสามารถ ออกมาได้ เช่น การคิดว่าตัวเองมีปมด้อย ต้อยกว่าคนอื่น ๆ แล้ว ทำให้เกิดความทุกข์ ฉะนั้นการให้คำปรึกษาจะใช้วิธีช่วยให้ผู้มีทุกข์ได้แสดงออกถึงความรู้แจ้งเห็นจริง โดยผู้ให้ คำปรึกษาให้ความอบอุ่น ยอมรับเป็นกันเองกับผู้มีทุกข์ เปิดโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 6 แนวคิดแบบ Gasalt Theory Approach ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า แก่นแท้ของมนุษย์ ก็คือความเป็นมนุษย์ทั้งตัว (Wholistic Approach) จะมองในแง่ มนุษย์มีบุคลิกที่ผสมผสานกันระหว่างสิ่งที่พึงพอใจและสิ่งที่ไม่พึงพอใจของตนเองหรือสังคม ผู้มี ความทุกข์ก็คือผู้ที่ไม่กล้าแสดงออกต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้มีทุกข์ให้ได้ระบายความทุกข์ ที่กุดเก็บไว้ออกมา

ทฤษฎีแต่ละทฤษฎีนั้นจะพบว่ามีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของทฤษฎี คือ แตกต่างกันใน เรื่องของปรัชญา รูปแบบแนวคิด การพัฒนาผู้มารับคำปรึกษา กระบวนการ เรียนรู้และกระบวนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง สมศรี เชื้อศิริ (2524) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา ไม่ได้เน้นในทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น และบางครั้งจึง ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ทฤษฎี การที่จะนำมาในทัศนและทฤษฎีใด ๆ มาผสมผสานกัน เพื่อใช้ช่วย เหลือผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับเอกลักษณ์และความสามารถของพยาบาลแต่ละคน การให้คำปรึกษา เพื่อการช่วยเหลือเป็นศิลปะของการใช้เทคนิค การสัมภาษณ์ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ซึ่งการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะ เป็นวิธีการใดก็ตามสิ่งสำคัญที่ถือเป็นหัวใจของการให้คำปรึกษาก็คือ สัมพันธภาพ หรือความสัมพันธ์ (Relationship) ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้มารับคำปรึกษา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2532)

สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษานั้น โดยส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ให้ คำปรึกษา ซึ่ง Fiedler (1950 อ้างถึงใน ศิริบุรณ์ สายโกศล, 2528) ได้ทำการวิจัย โดยยึดแนวความคิดว่า ความสัมพันธ์มีความสำคัญที่สุดในการให้คำปรึกษา เขาได้พบว่า ผู้ให้

คำปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญแม้จะยึดถือทฤษฎีแตกต่างกัน แม้มีความคิดเห็นใกล้เคียงกัน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในการให้คำปรึกษาในอุดมคติ เขาสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ในการให้คำปรึกษาที่ดีคือ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีนั่นเอง ซึ่งในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องอาศัยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกซึ่งความสนใจในปัญหาของผู้มารับคำปรึกษา ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการยอมรับ มีความเข้าใจ มีความรู้สึกร่วม แสดงถึงการเอาใจใส่ และมีความเชื่อในทางที่ดีต่อผู้มารับคำปรึกษา สัมพันธภาพอันดีจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง รักใคร่ปรองดอง ให้ความร่วมมือ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นทางนำไปสู่เป้าหมายของกันและกัน ได้อย่างเต็มที่

ง. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling)

1. ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Shertzer และ Stone (1968) ได้สรุปว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเปลี่ยนจากผู้นำเป็นศูนย์กลาง เป็นกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดงออกเกี่ยวกับความรู้ และความคิดเห็นของตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง ทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่า ผู้อื่นก็ยังมีปัญหาเช่นกัน ไม่ใช่ตนเองมีปัญหาเพียงคนเดียว วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่าตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่กลุ่ม

Gazda, Dumeau และ Meadows (1967 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2532) ได้สำรวจผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เกี่ยวกับความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้เชี่ยวชาญ กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งมุ่งไปที่ความคิดและพฤติกรรมที่รู้ตัว อันจะนำไปสู่

การแก้ปัญหา โดยการยินยอมให้สมาชิกกระทำได้ตามอำเภอใจ โดยมีศูนย์กลางไปที่ความเป็นจริง มีการระบายความรู้สึกออกมา สมาชิกเกิดความไว้วางใจ (Trust) ดูแลเอาใจใส่ (Caring) เข้าใจ (Understanding) ยอมรับ (Acceptance) และสนับสนุน (Support) ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา และการทำนุบำรุงรักษาในกลุ่มสมาชิก การปรึกษาเป็นกลุ่มจะแบ่งปันประสบการณ์ส่วนเดียวกันกับสมาชิกอื่น ๆ และกับผู้ใช้คำปรึกษา สมาชิกจะเกิดความเข้าใจ ยอมรับในค่านิยม และเป้าหมายของตนเพิ่มมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ในเจตคติ และพฤติกรรมอีกด้วย

วัชรีย์ ทวีชัยมี (2525) สรุปว่า การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกัน ที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ใช้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง กับทั้งได้รับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา

รจนา กุลรัตน์ (2526) สรุปว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการหรือสภาพการณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาคลายคลึงกันหลาย ๆ คน ได้มาพูดคุยปรึกษากันเพื่อคิดแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีผู้ใช้คำปรึกษาร่วมอยู่ในกลุ่มด้วย ซึ่งผู้ใช้คำปรึกษาก็จะทำหน้าที่หลาย ๆ อย่าง อาทิเช่น เป็นผู้สอน ผู้ให้กำลังใจ ผู้ทำความเข้าใจในปัญหา ผู้ประสานสัมพันธ์ภาพผู้กระตุ้นให้เกิดการปะทะสังสรรค์ ฯลฯ ในการทำหน้าที่ดังกล่าว ผู้ให้คำปรึกษาควรจะต้องมีความรู้ทางจิตวิทยา และเข้าใจบทบาทของกลุ่มด้วย

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ใช้คำปรึกษาจัดขึ้น เพื่อช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์ เพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง ทั้งความคิด ทัศนคติ ความรู้สึก ปัญหาที่ตนมีอยู่ รวมถึงความต้องการการแก้ไขปัญหาและการ

พัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ โดยการนำปัญหามาอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดร่วมกันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับตนเองอย่างแท้จริง เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา และลดความขัดแย้งในจิตใจ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพร้อมทั้งพัฒนาตนเองให้มีคุณค่าแก่ครอบครัวและสังคมตามจุดมุ่งหมายของชีวิตในบรรยากาศที่ผ่อนคลายอบอุ่นเป็นมิตร มีความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน น่าไว้วางใจ โดยมีผู้นำกลุ่มคือผู้ให้คำปรึกษา เป็นจุดศูนย์กลาง คอยกระตุ้นและเชื่อมโยงคำพูด และความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัย พร้อมกับให้ความรู้และคำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม

2. จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Dinkmeyer และ Muro (1971) ได้สรุปจุดมุ่งหมายพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ ดังนี้คือ ช่วยสมาชิกกลุ่มแต่ละคนรับรู้และเข้าใจตนเองอย่างมีกระบวนการ ผลจากความเข้าใจตนเอง จะเป็นการเพิ่มการยอมรับตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล ช่วยพัฒนาทักษะและความสามารถทางสังคมระหว่างบุคคล เป็นการพัฒนาเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-direction) การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ตลอดจนนำความสามารถที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคมต่อไป ช่วยพัฒนาความรู้สึกที่ไวในความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มการรับรู้ในการตอบสนองสำหรับพฤติกรรมของคนคนหนึ่ง และช่วยให้กลายมาเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกของบุคคลอื่น ๆ เป็นการสร้างความเห็นใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการเป็นผู้ฟังที่มีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น มิใช่แต่การรับฟังอย่างเดียว แต่ต้องมีความรู้สึกมีส่วนร่วมด้วย ช่วยสมาชิกแต่ละคนสร้างจุดมุ่งหมายเฉพาะของตนเอง ซึ่งสามารถวัดและสังเกตพฤติกรรมได้ และช่วยให้สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้

ดังนั้น จุดมุ่งหมายพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้นำกลุ่มจะต้องตระหนักไว้เสมอ เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพัฒนาสมตามความมุ่งหมาย

3. หลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Dyer และ Vriend (1975) ได้สรุปหลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ดังนี้คือ เป็นการให้คำปรึกษาแก่สมาชิกทุก ๆ คน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้

เป็นตัวของตัวเองมากที่สุด สมาชิกแต่ละบุคคลมีความสำคัญมากกว่าส่วนรวม จะไม่มีกลุ่มย่อย กลุ่มรวม จะถูกมองในแง่ของตัวบุคคล จะพูดถึงสมาชิกแต่ละคนไปเรื่อย ๆ เพื่อให้เขารู้จักตัวเอง และเปลี่ยนแปลงตัวเอง ผู้นำจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา มิใช่เป็นสมาชิกและจะเป็นผู้ช่วยเหลือกลุ่ม การให้คำปรึกษาไม่มีเป้าหมายของกลุ่มร่วมกัน แต่ละคนจะมีเป้าหมายของเขาเอง การบรรลุเป้าหมายจะเกิดจากการคิด ความรู้สึกและการกระทำ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในกลุ่ม บางครั้งก็จำเป็นอาจมีตอนใดตอนหนึ่งที่จะต้องให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์แก่สมาชิกที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเพิ่มความกดดันขึ้นในกลุ่ม ถ้าสมาชิกไม่พร้อมที่จะพูดก็ไม่ควรบังคับให้เขาพูด ถ้าสมาชิกพูดก็ไม่ไปหยุดเขา การมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มสูงขึ้น ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มมีประสิทธิภาพ บางครั้งการมีประสิทธิภาพในกลุ่มสูงขึ้น แต่การช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มอาจจะน้อยลง การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรเน้นที่ปัจจุบัน เนื่องจากคนเราควรอยู่ในโลกปัจจุบัน อดีตนั้นไม่สามารถจะแก้ไขได้ นอกจากจะมีแต่ความสิ้นหวัง และรู้สึกผิด ไม่ควรที่จะกล่าวถึงบุคคลนอกกลุ่ม เพราะเป็นการยากที่จะช่วยเหลือเขา สิ่งที่พูดในกลุ่มควรเป็นความลับ ไม่นำไปพูดนอกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย การพูดควรพูดตามความคิด และความรู้สึก เพื่อจะช่วยให้เขารู้สึกตัวตลอดเวลา ไม่พูดเพื่อเจ้อหรือรุนแรง ในการเริ่มต้นครั้งใหม่ ควรเอ่ยถึงคราวที่แล้วว่าได้ทำอะไรไปบ้าง การให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง ควรมุ่งช่วยเหลือสมาชิกคนหนึ่งหรือ 2 คน เป็นพิเศษ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิกอาจมีความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวล เพราะได้รับการกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกในทางลบ ไม่ใช่สิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่ควรจะระบายออกมา และทุกคนยอมรับ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะ ไม่มีแบบแผนที่แน่นอน มีการยืดหยุ่นตลอดเวลา ฉะนั้นผู้นำกลุ่มควรบอกถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่งจะไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ในการตัดสินใจพฤติกรรม ความคิดและเหตุผลว่า ผิด-ถูก-ดี-ไม่ดี นั้นจะไม่มีในการทำการปรึกษาแบบกลุ่ม แต่จะศึกษาถึงสาเหตุแนวทางแก้ไข และวิธีการปฏิบัติ ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม วัดจากความสำเร็จจากนอกกลุ่ม จากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งเขาจะบันทึกพฤติกรรมตนเอง และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำตนเป็นคนกลาง

หลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงเป็นหลักการที่ผู้ให้คำปรึกษาในฐานะผู้นำกลุ่มควรยึดถือเป็นหลักปฏิบัติเสมอ

4. องค์ประกอบของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น มีองค์ประกอบดังนี้คือ

- ก. ผู้นำกลุ่ม
- ข. การเลือกสมาชิกกลุ่ม
- ค. เป้าหมายของกลุ่ม
- ง. ขนาดของกลุ่ม
- จ. ระยะเวลาและความถี่ของการประชุมกลุ่ม
- ฉ. อายุและวุฒิภาวะของกลุ่ม
- ช. เนศของสมาชิกกลุ่ม
- ซ. สถานที่ในการประชุมกลุ่ม
- ฅ. ข้อตกลงที่สมาชิกควรปฏิบัติ

ก. ผู้นำกลุ่ม (The Group Leader) ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากต่อการปรึกษาแบบกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มในการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้กิจกรรมกลุ่มดำเนินอย่างราบรื่น ซึ่งผู้ที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้คือมีประสบการณ์กว้างขวาง ไม่บังคับคนให้เชื่อตาม ไม่ด่วนตัดสินใจแทนคนอื่น มีความสุขใจในตนเอง ไม่เก็บกดในอารมณ์ มีชีวิตตามความเป็นจริง รักในวิชาชีพของตนอย่างจริงจัง แสดงบทบาทได้เหมาะสมกับหน้าที่ ไม่คิดเข้าข้างตนเอง มีความพร้อมที่จะรับรู้สิ่งใหม่ และตั้งใจเสียสละแน่วแน่เพื่อช่วยเหลือคน นอกจากนี้แล้ว ผู้นำกลุ่มยังต้องเป็นผู้ที่มีความรู้จักตนเอง มีความใจกว้างและยืดหยุ่น มองโลกในแง่ดี มีท่าทางที่อบอุ่นและมีความใส่ใจ รวมทั้งการเป็นผู้มีวุฒิภาวะและมีความกลมกลืน สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมของผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษาซึ่งแสดงออกภายในกลุ่ม ก็มีความสำคัญอย่างมากในการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มจึงต้องแสดงพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนากลุ่ม ซึ่งวราภรณ์ ลิ้มสุวัฒน์ (2522) กล่าวไว้ดังนี้คือ

1. การเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่กระตือรือร้น คล่องแคล่วในระดับหนึ่งที่สามารถเริ่มต้นกลุ่มได้ โดยสร้างบรรยากาศของการยอมรับ การแข่งขันความรู้สึกต่อกัน ช่วยให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความคุ้นเคย ให้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม
2. การช่วยให้งอกงามหรือให้เปลี่ยนแปลง ให้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการเข้ากลุ่ม สามารถประเมินความสามารถของสมาชิกที่ปรากฏในกลุ่ม และมอบหมายให้แต่ละคนได้รับบทบาทที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาจากกลุ่มได้ การแข่งขัน การสนับสนุน การตัดสินใจ และการเรียนรู้ เป็นกิจกรรมของกลุ่ม ซึ่งจะเกิดได้โดยธรรมชาติ ถ้าผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทำ
3. การสอดแทรก เพื่อช่วยให้สมาชิกผูกเรื่องราว และความรู้สึกของตนเอง กล้าเผชิญปัญหายอมรับความจริง ยอมรับฟังคำวิจารณ์ของผู้อื่นที่มีต่อตน ในบางโอกาส ผู้นำกลุ่มอาจจะต้องสอดแทรกความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม การป้องกัน สิทธิของสมาชิกบางคน การรักษาเวลา การบำบัดกลุ่มด้วยวิธีการที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีสมาชิกบางคนในกลุ่ม ทำหน้าที่น้อยอยู่แล้วก็ตาม
4. การรักษากฎมีดังนี้ ต้องปฏิบัติตนเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม เช่น เปิดเผยปัญหาของตน รับฟังปัญหาของผู้อื่น และเก็บความลับของกลุ่ม เป็นต้น
5. การเป็นผู้นำกลุ่ม จะต้องสาริตให้สมาชิกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีความไว้วางใจต่อกันสูง
6. การให้คำปรึกษา ผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาทั้งในและนอกกลุ่ม แต่กฎมีอยู่ว่า การให้คำปรึกษานอกกลุ่มจะใช้ตอนเริ่มต้นของการเข้ากลุ่ม เนื้อหาที่ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นตามปกติจะเกี่ยวกับการอภิปรายซึ่งอยู่ในกลุ่ม

นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มยังจะต้องมีความสามารถที่จะใช้เทคนิคและวิธีการเพื่อที่จะนำเข้าสู่ปัญหา และการช่วยเหลือ ซึ่ง รจนา กุลรัตน์ (2526) ได้กล่าวว่า ในการจัดกลุ่มให้คำปรึกษาได้ใช้เทคนิคที่คล้ายคลึงกันกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ได้แก่ เทคนิคต่อไปนี้ คือ

การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การยิ้ม การทักทาย แนะนำตัวเอง และสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกัน การมีท่าที่เป็นกันเอง

ไม่แสดงตนเหนือกว่าสมาชิกกลุ่ม จัดสภาพแวดล้อมของกลุ่มให้มีบรรยากาศที่สบาย ๆ ไม่เครียด ชวนพูดคุยด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไป ที่เขาสนใจ เพื่อนำไปสู่ความพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป

การสังเกต (Observation) ได้แก่ การรู้จักสังเกตท่าที พฤติกรรม การแสดงออกตลอดจนการตอบสนองสมาชิกกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมาย จะโดยใช่คำพูดโต้ตอบกัน หรือใช้การสังเกต หรือวิธีอื่นใดที่แทนการพูดโต้ตอบกัน และไม่ใช่คำพูดเป็นต้น จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมกลุ่มได้ดี

การนำแบบทั่ว ๆ ไป (General Leads) มักเป็นลักษณะคำถาม หรือคำพูด อาจนำไปสู่หัวข้อการอภิปราย หรือใกล้จบการอภิปราย หรือต้องการชักจูงให้เปลี่ยนแนวคิดไปจากเดิม หรือใช้เพื่อทำลายความเงียบบั่นยาวนานก็ได้

การกระตุ้นความสนใจ (Stimulation) มักใช้ในตอนแรก ๆ ที่เริ่มกลุ่ม และสมาชิกยังไม่กล้าพูดคุยกัน ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้นำ กระตุ้นความสนใจ โดยอาจพูดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สมาชิกรู้สึกสนใจ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน

การให้กำลังใจ และการส่งเสริม (Encouragement) เมื่อสมาชิกเกิดมีท่าทีท้อแท้ใจไม่ยอมพูดคุย ก็อาจใช้การกระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจทั้งด้วยคำพูด และสีหน้าท่าทาง จะช่วยให้สมาชิกอยากพูดคุย อยากแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

การเชื่อมโยงเรื่อง (Connection) ในการจัดกลุ่ม ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรู้จักใช้เทคนิคของการเชื่อมโยงเรื่อง หรือประเด็นต่าง ๆ ที่พูดกันเป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

การเงียบ (Silence) เมื่อกลุ่มเงียบแทนที่ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามพูดคุย เพื่อทำลายบรรยากาศที่เงียบนั้น ก็อาจจะใช้เทคนิคของการเงียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งของกลุ่มทนไม่ได้ และจะเป็นผู้พูดทำลายความเงียบขึ้นมาเอง

การฟัง (Listening) ผู้ให้คำปรึกษาต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดให้ได้ โดยมีท่าทีสนใจ อาจจะทำบอกรับฟัง หรือพยักเพยิดเป็นเชิงรับรู้ได้

การยอมรับ (Acceptance) เป็นการรับฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำเอาค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษาเข้าไปเปรียบเทียบกับกลุ่ม จะต้องมั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้นำการคุยไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ นั่นคือ การให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ชี้ปัญหาของตนเอง

การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นการแสดงความเห็น คล้อยตามด้วยคำพูด และท่าทาง เมื่อผู้รับคำปรึกษาพูดในสิ่งที่ถูกต้องการทำ เช่นนี้จะช่วย ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจแก่ผู้พูด

ความอดทน (Patient) แม้ว่าจะต้องการให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ให้คำปรึกษาก็จะต้องอดทนให้สมาชิกกลุ่มได้พูดในสิ่งที่เขาอยากพูดบ้าง แม้จะไม่ เกี่ยวข้องกับหัวข้อสำคัญที่ควรอภิปรายก็ตาม เมื่อเขาได้พูดในสิ่งที่พอใจแล้วก็อาจจะพร้อม ที่จะพูดถึงปัญหา หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarification) ใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษา พูดวกวน ทำให้เรื่องราวสับสน ผู้ให้คำปรึกษาก็อาจหยุดทบทวนซ้ำอีกครั้ง เพื่อความเข้าใจ แน่แจ่มแจ้ง หรือเมื่อเขาเข้าใจสิ่งใดผิด ๆ ก็จะต้องอธิบายให้เข้าใจถูกต้อง และในกรณีที่ผู้รับ คำปรึกษาใช้ภาษาที่คลุมเครือ ก็จะต้องขอให้อธิบาย หรือทดสอบว่า เข้าใจตรงกันหรือไม่

การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นการแปลความหมายจาก อารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่ผู้มารับคำปรึกษาแสดงออกไป เพื่อให้เกิดความกระจ่างแจ่ม ยิ่งขึ้น โดยชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์บางอย่างในคำพูด ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ให้เขามองเห็น จะช่วยให้มีความตระหนักในตัวเอง ซึ่งการแปลความหมายมักกระทำใน ขั้นตอนหลัง ๆ ของการให้คำปรึกษา เมื่อมีความเข้าใจกับผู้มารับคำปรึกษาดีแล้ว และมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพราะจะเสี่ยงต่อการสูญเสียสัมพันธภาพ ถ้าผู้รับคำปรึกษาไม่พร้อมที่จะ รับความจริง

การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) กรณีนี้ยึดหลักการ ปรึกษาแบบไม่นำทาง นิยมใช้เพื่อดึงความรู้สึกที่คลุมเครือออกมาให้ชัดเจนขึ้น เป็นการ ตีความหมายจากคำพูด ที่ผู้มารับคำปรึกษาพูดออกมา โดยเน้นที่อารมณ์และความรู้สึกมากกว่า เนื้อหาสาระเพื่อช่วยให้เขาเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างลึกซึ้ง และกล้าเผชิญกับความ รู้สึกของตน

การเรียบเรียงถ้อยคำเสียใหม่ (Restatement) วิธีนี้ใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษา ไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวที่ปะติดปะต่อได้ ผู้ให้คำปรึกษาก็จะช่วย โดยการ นำถ้อยคำที่เขาพูดมาเรียบเรียงใหม่ โดยไม่ตีความหมาย จะช่วยให้เข้าใจเรื่องราวได้ กระจ่างขึ้น นักวิชาการบางท่านเรียกกลวิธีนี้ว่า การสะท้อนเนื้อหา (Reflection of Content)

การให้ข้อมูล (Information) เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเห็น
 ลู่ทางในการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้เป็นแนวทาง และจะมีความหมายมาก
 ยิ่งขึ้น ถ้าผู้รับคำปรึกษาได้มีส่วนค้นคว้า และอภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ๆ

การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามในการจัดกลุ่มให้คำปรึกษา
 มักเป็นคำถามกว้าง ๆ ไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่งจนเกินไป และไม่ใช้เพื่อคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่
 แต่จะกระตุ้นให้เล่าถึงรายละเอียด หรือแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ยังใช้การตั้งคำถาม
 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองดีขึ้น และเกิดความกระจำจั่งในปัญหาของ
 ตนอีกด้วย

การแนะ (Suggestion) ใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาบงกชต่อปัญหา และ
 มองไม่เห็นแนวทางที่จะจัดการกับปัญหาได้ วิธีนี้ไม่ควรใช้บ่อย เนื่องจากจะทำให้ผู้รับ
 คำปรึกษาคิดที่จะขอรับคำแนะนำ ไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่สามารถนำตนเองได้

การให้กำลังใจ (Reassurance) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและช่วยให้
 คลายเครียด ทำให้เกิดกำลังใจที่จะจัดการกับปัญหา อาจทำได้โดยการปลอบใจ การชมเชย
 เมื่อเขาสามารถคิดหาแนวทางได้ หรือปฏิบัติได้เหมาะสม การชี้แจงให้เห็นว่าปัญหานั้น ๆ
 มีทางเลือกได้ และ การคาดคะเนว่าต่อไปอาจจะดีขึ้น

ปฏิบัติการเชิงวิเคราะห์ (Tentative Analysis) เมื่อได้ข้อมูลมา
 โดยละเอียดแล้ว ต้องไม่บังคับให้ผู้รับคำปรึกษาทำตามในสิ่งที่เสนอแนะ แต่ปล่อยให้
 เป็นหน้าที่ของเขา ที่จะวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยตนเอง และสามารถที่จะรับหรือปฏิเสธข้อ
 เสนอแนะต่าง ๆ ได้โดยเสรี

การใช้คำถามป้อนกลับ (Feedback) ใช้เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งตั้งคำถาม
 ขึ้นมา แทนที่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ตอบก็อาจจะป้อนคำถามกลับไปยังสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม
 หรือกลับไปให้ตัวผู้ถามเองว่าเขาคิดอย่างไร

การมองปัญหาจากมุมมองของคนอื่น (Projection Interpersonal) คือ
 การให้ผู้มารับคำปรึกษาเปรียบเทียบความรู้สึก ทำที่การปฏิบัติในฐานะที่เป็นคนอื่นที่เกี่ยวข้อง
 ซึ่งไม่ใช่ตัวผู้รับคำปรึกษาเอง

การมองย้อนอดีต และอนาคต (Projection-time) เป็นการช่วยให้
 ผู้มารับคำปรึกษานึกย้อนอดีต หรือมองไปถึงอนาคตอีก 5 ปี 10 ปีข้างหน้าว่า ได้เกิดอะไร
 มาบ้าง หรือจะเกิดอะไรขึ้นบ้างกับสภาพของปัญหาที่เป็นอยู่

การยกตัวอย่าง (Illustration) อาจเป็นได้ทั้งตัวอย่างที่ผู้ให้คำปรึกษาเองเคยมีประสบการณ์มา หรือประสบการณ์นอกตัว

การอธิบายสรุป (Summary Clarification) ใช้เมื่อนุดถึงปัญหาได้หลายแง่หลายมุมแล้วก็จะสรุปรวมเรื่องที่พูด และข้อคิดเห็นว่าได้พูดอะไรกันไปแล้วบ้าง

ข. การเลือกสมาชิก (Members)

การเลือกสมาชิกให้เข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษานั้น ไม่ควรบังคับให้สมาชิกเข้ามาร่วมกลุ่ม แต่จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม โดยบอกให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์เป้าหมายของการร่วมกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม และบทบาทของสมาชิกในการร่วมกลุ่ม เมื่อสมาชิกกลุ่มรับทราบเขาก็จะทำการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษาด้วยตัวเขาเอง การเลือกสมาชิกจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มนั้น ๆ บางกลุ่มอาจเลือกสมาชิกที่มีลักษณะเหมือนกัน หรือบางกลุ่มอาจเลือกสมาชิกที่มีความแตกต่างหลากหลาย Trotzer (1977) กล่าวว่า ผู้นำกลุ่มโดยส่วนมากมีความเห็นพ้องกันว่า กลุ่มที่มีความเหมือนกัน (Homogenous Group) ก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ คือ สมาชิกกลุ่มจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แต่จะรู้สึกว่าทุกคนมีหัวอกเดียวกัน บรรยากาศในกลุ่มจะเต็มไปด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนความนึกคิดต่อกัน สมาชิกแต่ละคนจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มโดยการสังเกตคนอื่น ๆ แก้ไขปัญหาซึ่งคล้ายกับตนเอง

ค. เป้าหมายของกลุ่ม (Goals)

เป้าหมายกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเป้าหมายจะเป็นสิ่งกำหนดทิศทางให้แก่ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ให้มุ่งดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นตัวกำหนดเกณฑ์การประเมินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป้าหมายนี้จะมีทั้งเป้าหมายทั่วไปที่กลุ่มกำหนดไว้ และเป้าหมายเฉพาะคนที่มีความแตกต่างกัน

ง. ขนาดของกลุ่ม (Group Size)

การจัดตั้งกลุ่มในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น ในเรื่องขนาดของกลุ่ม อีระลีลีนันท์ทกิจ (2530) กล่าวว่า ผู้รักษาส่วนมากมีความเห็นว่า ผลการรักษาจะดีที่สุดเมื่อสมาชิกกลุ่ม 8-10 คน Mahler (1969) เสนอว่า ไม่ควรมีจำนวนสมาชิกในกลุ่มน้อยกว่า

7 คน และเกิน 10 คน และให้ความเห็นว่ากลุ่มที่มีสมาชิก จำนวน 10 คน เป็นขนาดที่ดีที่สุดที่สมาชิกจะมีโอกาสได้พูดคุยกันในกลุ่มได้เต็มที่ การที่จำนวนสมาชิกมากเกินไปทำให้เวลาที่จะให้แก่สมาชิก แต่ละคนน้อยลง และความสัมพันธ์ที่มีต่อกันจะลดลงด้วย นอกจากนี้แล้วเมื่อกลุ่มใหญ่ขึ้น สมาชิกจะมีความสัมพันธ์โต้ตอบกันเฉพาะคนเพียงสองสามคน หรือกับผู้ที่คำปรึกษาเท่านั้น และการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีสมาชิกมากเกินไป จะทำให้แตกเป็นกลุ่มย่อยขึ้น ทำให้ผู้นำกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มติดตามได้ไม่ทั่วถึง ซึ่งจำนวนสมาชิกในกลุ่มก็ยังมีหลายท่านที่ให้ความเห็นแตกต่างกัน เช่น Shertzer และ Stone (1968) เสนอว่าขนาดสมาชิกควรมีจำนวน 5-8 คน และเห็นว่าจำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสม คือ ขนาดจำนวนสมาชิก 6 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มที่พอเหมาะสมยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง (Marram, 1978)

จ. ระยะเวลาและความถี่ของการประชุมกลุ่ม (Length and Frequency of Meeting)

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2522) ได้เสนอว่า โดยปกติควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ถ้าช่วงเวลาในการให้คำปรึกษามีน้อย อาจจัดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และช่วงเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งนั้น ถ้าสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ใหญ่ ควรใช้ระยะเวลา 1-1 1/2 ชั่วโมง โดยเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา ซึ่ง Mahler (1969) กล่าวว่า ควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ความถี่ของการประชุมอาจเพิ่มขึ้นอยู่กับความต้องการ และวัตถุประสงค์ของกลุ่ม Hendrix และ Sedgwick (1989) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุ ควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลาประมาณ 15.00 น. ระยะเวลา 1-1 1/2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 ครั้ง โดยมีการพักครึ่งเวลา 15 นาที เพื่อผ่อนคลาย ซึ่งการประชุมกลุ่มนั้นเวลาที่เหมาะสมควรเป็นเวลาว่างของทุก ๆ คน ควรกำหนดวันเวลาให้แน่นอน

ฉ. อายุ และวุฒิภาวะของสมาชิก (Age and Maturity)

สมาชิกควรอยู่ในวัยเดียวกัน เพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกสบาย ๆ กับสมาชิกวัยเดียวกับตน (Trotzer, 1977) และ Ohlsen (1977) ให้ความสำคัญกับวุฒิ

ภาวะทางสังคมมากกว่าสมาชิกในวัยเดียวกัน ซึ่ง Nelson (1979) ได้พบว่าในการสอนผู้ใหญ่อายุของผู้เรียน ไม่มีผลต่อการเรียนรู้ ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มอายุระดับใดต่างก็สามารถรับในสิ่งที่เรียนรู้ได้ทัดเทียมกัน

ช. เพศ (Sex)

Mahler (1969) กล่าวว่า สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาทางสังคมควรกำหนดให้มีสมาชิกต่างเพศกัน สอดคล้องกับ Trotzer (1977) กล่าวว่า การจัดกลุ่มให้มีทั้งสองเพศ คละกันนั้นเหมาะสมสำหรับทำกลุ่มในเด็กวัยรุ่น และผู้ใหญ่ เพราะมีสภาพที่คล้ายสังคมภายนอก

ซ. สถานที่ในการประชุมกลุ่ม

สถานที่ควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ มีความเงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน หรือปราศจากผู้คนพลุกพล่าน และปราศจากการสอดแทรกของบุคคลจากภายนอกกลุ่ม ซึ่ง Hendrix และ Sedgwick (1989) กล่าวว่า การประชุมกลุ่มไม่ควรใช้สถานที่กลางห้องรับประทานอาหาร เพราะอยู่ใกล้ห้องครัว เสียงรบกวนจากการทำอาหาร และผู้คนที่เดินไปมาตลอดเวลา และเขายังทั้งสองยังกล่าวว่า สำหรับเก้าอี้ที่ใช้นั่งสำหรับผู้สูงอายุ ควรจะเป็นเก้าอี้ที่แข็งแรงและมีที่เท้าแขน ที่นั่งควรจะสูงเพียงพอ และไม่ควรจัดที่นั่งให้ติดกันเกินไปจนดูแออัด อุณหภูมิห้องควรพอเหมาะสม มีการระบายอากาศที่ดี

ณ. ข้อตกลงที่สมาชิกควรปฏิบัติ

ซึ่งระหว่างการดำเนินการตามขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น พฤติกรรมของผู้นำกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญดังที่กล่าวแล้วในตอนต้น พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มก็เป็นสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะทำให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งสมาชิกในกลุ่มนั้นควรปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม ต้องตั้งใจฟังเรื่องที่สมาชิกผู้อื่นพูดทั้งด้านเนื้อหา และความรู้สึก สมาชิกควรพูดถึงเรื่องเฉพาะของบุคคลที่กำลังเสนออยู่ พูดถึงสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ในที่นี้ควรเปลี่ยนอะไร เปลี่ยนอย่างไร โดยร่วมกันใช้เหตุผลความคิดเห็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลมาร่วมอภิปรายกัน การถามควรถามในลักษณะขอคำอธิบาย ขอความเห็นหรือถามความรู้สึก ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้รับการกระตุ้นให้เข้าใจถึงความคิดเห็นของเขา และ

ความรู้สึกที่แท้จริงว่าเป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งที่พูดกันในกลุ่มสมาชิกกลุ่มไม่ควรนำไปพูดนอกกลุ่ม และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสมาชิกควรมาสม่ำเสมอทุกครั้ง ซึ่ง รจนา กุลรัตน์ (2526) กล่าวไว้ว่า การที่สมาชิกกลุ่มจะเข้ากลุ่มสม่ำเสมอหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ความพร้อมของตัวสมาชิกเอง ความพร้อมในการเตรียมสมาชิกจากผู้จัดกลุ่มก่อนเข้ากลุ่ม และความพร้อมในตัวผู้จัดกลุ่ม และองค์ประกอบอื่น ๆ ของการจัดกิจกรรมกลุ่ม ซึ่ง ลักษณะ ธรรมไพโรจน์ (2532) ได้กล่าวถึงข้อตกลงที่สมาชิกควรปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มดังนี้

1. การเปิดเผยตนเอง (Self - disclosure) หมายถึง ความสามารถในการกล้าแสดงออก ถึงความรู้สึกนึกคิดที่แท้จริงของตนเองที่เกิดขึ้น ณ ที่นี้ และเดี๋ยวนี้ออกมาให้กลุ่มรับทราบ เช่น ความรู้สึกคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความวิตกกังวล ความพอใจ ความสุข ความภาคภูมิใจ ความล้มเหลว ความผิดหวัง ฯลฯ การเปิดเผยตนเองจะทำให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และเกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความจริงใจ และความปรารถนาดีต่อกัน

2. ความซื่อตรง (Honesty) สมาชิกแต่ละคนจะต้องมีความซื่อตรงต่อความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของตนเอง หมายความว่า การแสดงออกในเรื่องต่าง ๆ ของตนจะต้องเป็นความจริงทุกประการ ไม่แสร้งสร้าง หรือสร้างสถานการณ์ขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการอะไรบางอย่างของตน และผู้นำควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างกว้างขวาง

3. ความรับผิดชอบ (Responsibility) สมาชิกทุกคนต้องมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองและของกลุ่ม ในที่นี้หมายถึงบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกว่า ในฐานะสมาชิกของกลุ่ม เช่น การตรงต่อเวลา การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม การเอาใจใส่รับฟัง และติดตามเรื่องราวต่าง ๆ ที่สมาชิกคนอื่นกำลังพูดถึง การกระทำตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หรือการมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และร่วมกันแก้ปัญหาให้หมดไป เป็นต้น

4. การให้โอกาส (Choice) สมาชิกได้เลือกแนวทางการพัฒนา หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตัวของเขาเอง

5. การสะท้อนความคิด (Feedback) การสะท้อนความคิดของสมาชิกที่มีต่อสมาชิกด้วยกันควรจะเป็นลักษณะที่ทำให้เกิดการสร้างสรรค์ และพัฒนาการเข้าใจตนเอง และผู้อื่น

6. การตัดสินใจ (Decision) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะส่งเสริมให้สมาชิกเป็นตัวของตัวเอง รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ว่าจะ เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต สมาชิกแต่ละคนจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำของเขา ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สมาชิกจะต้องร่วมมือและตกลงกันให้ได้ ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาที่นั้น ๆ

5. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) ได้สรุปขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The involvement stage) ในขั้นนี้สมาชิกที่เข้าร่วมจะยังไม่กล้าที่จะเปิดเผย ไม่แน่ใจ ความสนิทสนมคุ้นเคยหรือความไว้นั้นเชื่อใจยังอยู่ในขั้นผิวเผิน ขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจต้องใช้เวลาพอสมควรสำหรับการดำเนินการในขั้นนี้ ทั้งจะต้องขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจเปิดเผย จริงใจ เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มได้เร็ว ก็จะใช้เวลาน้อย แต่สำหรับสมาชิกบางกลุ่มที่ยังไม่ไว้วางใจในกลุ่ม ไม่กล้าพูดเปิดเผยนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้เวลาชี้แจง และสร้างบรรยากาศที่น่าพอใจ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรจะใช้วิธีบังคับ หรือเร่งเวลา ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับพัฒนาของกลุ่มเอง
2. ขั้นของการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition Stage) จะเป็นขั้นที่ต่อเนื่องจากขั้นแรก ซึ่งกลุ่มจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นบ้าง สมาชิกจะเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายในการร่วมกลุ่มดีขึ้น สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการที่จะช่วยเหลือปรึกษาหารือร่วมกัน แต่อาจจะมีความวิตกกังวล มีความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ ในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจลักษณะของกลุ่มว่า ต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนเองอย่างเปิดเผย ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม
3. ขั้นการดำเนินงาน (The working stage) ในขั้นนี้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกทุกคนในกลุ่มได้พัฒนาขึ้นมา จะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง อภิปรายถึงปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง ร่วมปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกจะมีโอกาสสำรวจตัวเอง และได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เข้าใจปัญหาของตนเองอย่างแจ่มแจ้ง รู้ถึงวิธีในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The ending stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จะขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม ถ้าแต่ละคนในกลุ่มเกิดความเข้าใจ กระจ่างแจ้ง ในปัญหาด้วยตนเองเป็นอย่างดีแล้ว จะรู้ถึงวิธีที่จะแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งจะนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยที่สมาชิกแต่ละคนเกิดความพึงพอใจไม่ติดค้างในสิ่งใดก็เป็นอันว่ายุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ แต่ถ้ามีสมาชิกคนใดคนหนึ่งยังติดขัดไม่กระจ่างแจ้ง กลุ่มก็จำเป็นต้องทำให้เกิดความกระจ่างให้ได้ จึงจะยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มจะต้องมีการสิ้นสุดลงในเวลาใดเวลาหนึ่ง และสมาชิกควรจะเป็นตัวของตัวเองพอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้

6. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้สูงอายุ

จากสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ตามกระบวนการสูงอายุ ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดโรคแทรกต่าง ๆ ได้ เกิดปัญหาทางร่างกาย ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือปฏิบัติงานของตนได้ตามปกติ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจอารมณ์และสังคมตามมา เพราะผู้สูงอายุจะมีความคิดว่าตนเองสูญเสียอิสรภาพในการช่วยตนเอง สูญเสียประสาทสัมผัสทั้งห้า สูญเสียบทบาทตำแหน่งหน้าที่การงานในสังคม และที่สำคัญมากคือ ความสูญเสียคู่สมรส เพื่อนสนิท หรือบุคคลผู้ใกล้ชิดไป ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวปรับพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาได้ ผู้สูงอายุก็น่าจะมีความรู้สึกเหงา ว่าเหว่ รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง รวมทั้งรู้สึกกลัวความตาย ทำให้มีอาการซึมเศร้า และเศร้าโศกมีพฤติกรรมแยกตัวได้ นอกจากนั้นการที่สมาชิกในครอบครัวละทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เพื่อไปประกอบอาชีพนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง และปฏิเสธความช่วยเหลือจากทุกคน ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพและความไม่มีความสุขในครอบครัว และจากการที่ผู้สูงอายุต้องเกษียณจากงานที่เคยทำประจำ ทำให้รายได้ลดลง บางครั้งบุตรหลานให้แต่ก็อาจไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุพบกับปัญหาทางเศรษฐกิจได้

จากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด (Stress) ในผู้สูงอายุ ดังนั้นจะต้องมีการช่วยเหลือให้ช่วงชีวิตตอนปลายผ่านไปได้อย่างมีความสุข ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวให้ยอมรับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจปรับตัวได้ในสภาพที่สูญเสียบุคคลที่รัก และยังคงสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นใกล้ชิดกับครอบครัว มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีความสุขทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต และเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพในสังคมนั้น ๆ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มในเวลาเดียวกัน โดยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตรและปลอดภัย ผ่อนคลาย ไร้ใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะได้มีโอกาสนำปัญหาของตนมาเสนอต่อกลุ่ม ร่วมกันอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากการเข้าร่วมกลุ่มนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มจะพบว่า เขามีได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว หรือแปลกไปจากคนอื่น ๆ และยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับปัญหาของเขาด้วย เช่น ปัญหาการสูญเสีย เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้เรียนรู้จากกันและกัน ด้วยการสังเกตว่าผู้อื่นแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้ถึงการให้และการรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุในกลุ่มจะได้รับความสนับสนุนจากกลุ่มในแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งกลุ่มจะยอมรับและให้กำลังใจแก่เขา ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง สามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นด้วยตนเอง ขจัดความขัดแย้งในจิตใจที่มีอยู่ออกไป และสภาพสังคมเล็ก ๆ ภายในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถทดสอบพฤติกรรมในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ เป็นการฝึกในการมี ปฏิสัมพันธ์ในสังคมกลุ่มใหญ่ต่อไป และสภาพกลุ่มซึ่งอาจจะเป็นตัวแทนสภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงสามารถใช้เป็นสื่อช่วยแก้ไขปัญหามารดาครอบครัวของสมาชิกได้ ซึ่งผลจากกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ตามสภาพความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบุคลิกภาพรวมทั้งการพัฒนาตนเองให้มีคุณค่าแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม การที่ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้ยอมรับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม นั่นคือ การสร้างความพึงพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2524)

บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มนั้น อาจจะเป็นบทบาทใหม่เมื่อเทียบกับบทบาทอื่น ๆ ที่ได้กระทำอยู่ บางท่านอาจไม่มั่นใจ และมีความรู้สึกกว่า

จะไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ พยาบาลบางกลุ่มอาจจะไม่ทำหน้าที่นี้เลยก็ได้ ซึ่งในปี ค.ศ. 1916 มีบทบัญญัติในสหรัฐอเมริกาได้รายงานและเสนอว่าบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่มีใช้ แพทย์ ทำงานมีความถนัด มีประสบการณ์ มีความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้ ควรจะได้รับการอนุญาตให้การบำบัด เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษา ได้ทั้งเป็นรายบุคคล และ รายกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน (สมศรี เชื้อศิริณ, 2524) และการให้คำ ปรึกษานั้นมิใช่จะทำเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ในผู้ป่วยฝ่ายกายพยาบาลก็ต้องทำหน้าที่ ให้คำปรึกษาด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2532) ซึ่งพยาบาลจะต้องพบกับผู้ป่วยหรือผู้มา รับบริการทุกวัย ที่นอกจากจะมีปัญหาทางร่างกายแล้ว ยังมีปัญหาทางจิตสังคม และทางเศรษฐกิจ การพยาบาลที่ยึดหลักองค์รวม ทำให้พยาบาลต้องมองปัญหาของผู้มารับบริการอย่างครอบคลุม ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ ในทฤษฎีกระบวนการให้คำปรึกษาทั้ง รูปแบบของบุคคล หรือกลุ่ม เพื่อที่จะใช้เทคนิค และกระบวนการของการให้คำปรึกษาได้ อย่างถูกต้อง กับผู้มีปัญหาทุกระดับอายุ ผลย่อมจะนำมาซึ่งคุณภาพการพยาบาลอย่างสมบูรณ์

7. การวัดผลของการให้คำปรึกษา

การวัดผลของการให้คำปรึกษานั้น โดยพื้นฐานแล้ว เน้นเรื่องการวัดพฤติกรรม และบุคลิกภาพของตน ถ้าการให้คำปรึกษาได้รับความสำเร็จ พฤติกรรมและบุคลิกภาพของ บุคคลจะเปลี่ยนไปในทางบวก แต่วิธีการวัดเพื่อต้องการทราบถึงการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นเรื่อง ยุ่งยากสลับซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องมีการเลือกเฟ้นหลักเกณฑ์การประเมินผลที่ให้ความเชื่อถือ ได้มากที่สุด ซึ่งผลของการให้คำปรึกษาแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่คาดไว้ และ ความไม่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่ง Fitzpatrick (1984) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา คาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแล้วเสร็จ จะต่างจากการประเมินก่อนให้ คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาของผู้ประเมินแต่ละคนจะแตกต่างกัน ซึ่ง จำเนียร ช่วงโชติ (2521) กล่าวไว้ว่า การประเมินผลความสำเร็จในการให้คำปรึกษาจะอยู่ที่ผู้มา รับคำปรึกษา แต่ละคนในแง่ที่ เขารู้สึกอย่างไร เขาคิดอย่างไร และเขากระทำอย่างไร

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปี 1982 Capuzzi และ Gossman ได้จัดกลุ่มให้คำปรึกษาในสตรีสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนครั้ง 10 ครั้ง โดยพูดคุยกันในขอบเขตของเรื่องเพศสัมพันธ์ และ

การแสดงออกอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้ระบายความคับข้องใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ของตน ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด เขาพบว่าเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ถึงคุณค่าของการมีเพศสัมพันธ์ของตน และช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ ในปี 1983 Debor, Dolors และ Emerson ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุที่ได้รับความสูญเสีย โดยศึกษาในสตรีหม้าย 20 คน อายุตั้งแต่ 55-81 ปี ซึ่งสตรีเหล่านี้ขอรับให้ช่วยเหลือในเรื่องกระบวนการปรับตัว ซึ่งรูปแบบอยู่ในขอบเขตของการรับรู้และความเข้าใจในการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งมีผู้ร่วมทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มด้วยคือ นักบำบัด นักวิชาการ และผู้สนับสนุน (Facilitators) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่ม 90 นาที-2 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ จำนวนครั้ง 8 ครั้ง และทำการประเมินด้วยแบบสอบถามในวันสุดท้ายเกี่ยวกับประโยชน์ของกลุ่ม ผลจากการประเมิน พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในหญิงชราที่สูญเสียคู่ชีวิต นั้นเป็นทั้งการช่วยเหลือ และก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปรับตัวต่อการสูญเสียได้ ในปี 1985 Hunter ได้ศึกษาถึงการจัดประสบการณ์กลุ่มแก่ผู้สูงอายุ 7 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวและซึมเศร้า โดยกลุ่มได้แสดงออกถึงความคุ้นเคยการแสดงออกทางอารมณ์ การแบ่งปันทางความคิดว่า ช่วงชีวิตต่อไปข้างหน้าจะเป็นอะไร และพูดคุยกันถึงปัญหาของแต่ละบุคคลที่ประสบอยู่ และพูดคุยถึงการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งสุดท้ายเขาชี้ว่า การทำกลุ่มระยะสั้นแก่ผู้สูงอายุ จะเป็นแนวทางปฏิบัติที่เชื่อถือได้ในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุ พบกับความต้องการของเขาทั้งหลาย

ในปี 1987 Melvin ได้ศึกษาผลการบำบัดโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมสภาพในการมอง เป็นการทดสอบก่อนและหลังการให้คำปรึกษา โดยการวัดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในกลุ่มทดลอง แสดงถึงการลดลงของการซึมเศร้า วิตกกังวล และการเพิ่มขึ้นของการมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต และเขาชี้ว่า การค้นพบนี้แสดงถึง การใช้กลุ่มให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมสภาพทางสายตานั้น ทำให้เกิดประสิทธิผลในการปรับตัวทางจิตใจ ภายหลังจากการสูญเสียการมองเห็น และการศึกษานี้แสดงว่ากลุ่มให้คำปรึกษาสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในคลินิก และในช่วงการพักฟื้น ในปี 1990 Howard ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในสตรีสูงอายุในขอบเขตของการให้อภัย ซึ่งสตรีเหล่านี้กำลังมีเรื่องทุกข์

ใจในการมีปฏิทาอย่างมากกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุสตรี อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน เขาได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งในกลุ่มทดลองมีรูปแบบการให้คำปรึกษาในเรื่องของการให้อภัยขณะที่กลุ่มควบคุมจัดเป็นกลุ่มอภิปรายทางสังคมทั่ว ๆ ไป ทั้งสองกลุ่มทำต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสนับสนุนในกลุ่มทดลอง และมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ในผู้สูงอายุเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยตรงนั้น ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน จากการไปศึกษาวรรณกรรม พบแต่การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในวัยอื่น ๆ ทั้งในวัยเรียน และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษามา พบว่า การให้คำปรึกษามีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มน่าที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นได้ ในบทบาทที่พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้นต่อไป