

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Effects of the Participation in Self-Help Group on Self-Esteem and Activity of the Elderly) ปรากฏว่า ยังไม่มีผู้ใดศึกษาหรือทดลองเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรงมาก่อนเลย ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาหรือทดลอง ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ดังนั้นในการรวบรวมแนวความคิดเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนการวิจัยที่มีบางส่วนเกี่ยวข้องกับและสนับสนุนแนวความคิดบางประการ ซึ่งช่วยให้เห็นแนวทางในการวิจัยกระจ่างชัดยิ่งขึ้น และได้จัดแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 หัวข้อสำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ (Theories and Changes in the Elderly)
2. การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Self-Esteem of the Elderly)
3. การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Activity of the Elderly)
4. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามจัดลำดับของเนื้อหาสาระในแต่ละหัวข้อโดยเน้นเกี่ยวกับความเข้าใจเบื้องต้น และความหมายของคำศัพท์เฉพาะต่าง ๆ ความสัมพันธ์ของแต่ละหัวข้อที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุโดยตรง ตลอดจนผลของงานวิจัย และวิธีดำเนินงานวิจัย ที่มีส่วนหรือแนวความคิดอันเกิดประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ทั้งในทางตรงและในทางอ้อม

ทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ (Theories and Changes in the Elderly)

ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (The Concepts of the Elderly)

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมาก แต่มิได้มีการกำหนดขอบเขตไว้อย่างเด่นชัดว่าอายุมากนั้นเป็นช่วงตั้งแต่เท่าไร (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

2. จากการศึกษาของชาวต่างชาติที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ เช่น เมอร์เลย์ และ เซนเนอร์ (Murray & Zentner, 1975) ได้ให้ความหมายของการสูงอายุว่า การสูงอายุ คือ การมีอายุมากขึ้น ซึ่งอาจมีการเสื่อมของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยร่วมด้วย

3. ประสพ รัตนากร (2526) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเกษียณอายุราชการแต่อย่างใด ซึ่งการให้ความหมายนี้คล้ายกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ บรรลุ คิริพานิช (2526) กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทิน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมิได้คำนึงถึงการเกษียณอายุราชการหรือไม่ หรือเป็นผู้ที่มีความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมิได้มีการจำกัดเพศ อาชีพ หรือศาสนา แต่ต้องเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี และเป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกลุ่ม ตลอดจนสามารถรับรู้และสื่อสารได้

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ ระหว่าง 60-74 ปี ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิต วัย 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง (Yurick et al., 1980) คนบางคนอายุเกิน 60 ปีแล้ว แต่ร่างกายก็ยังไม่แสดงลักษณะความแก่ แต่ในทางกลับกันบางคนไม่ถึง 60 ปีก็แก่แล้ว

#### เกณฑ์การพิจารณาว่าผู้ใดคือผู้สูงอายุ (The Criteria of the Elderly)

เกษม และ กุสุยา ตันติผลาชีวะ (2528) ได้ให้เกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การพิจารณาในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงแรกสุด คือ สายตาวาวขึ้น ผมหงอก หูตึง ซีสึม เห็นอย่างง่าย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นในอายุที่แตกต่างกัน บางคนเปลี่ยนแปลงเร็วมากอาจเรียกว่าเป็นผู้เริ่มมีอายุ ยังมีไม่ใช่ผู้สูงอายุจริง ๆ ก็ได้

2. การพิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้สภาวะทางสังคมกว้างขึ้นและมีประสบการณ์มากขึ้น แต่การทำหน้าที่การทำงานและความรับผิดชอบจะลดลงเนื่องจากความจำกัดของอายุและความสามารถ

3. การพิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจ ผู้สูงอายุมีลักษณะใจน้อย ไม่ยอมรับความรู้ใหม่ ๆ อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ ขี้บ่น และถือตัว

4. การพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย ประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปี เป็นปีปลดเกษียณ

### ประเภทของผู้สูงอายุ (Types of the Elderly)

ฮอลล์ (Hall, 1976) ได้แบ่งประเภทของผู้สูงอายุ ไว้ 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีเกิด นับตามปฏิทิน
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพ และหน้าที่ขณะที่อายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) มีการเปลี่ยนแปลงใน หน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซอร์ปัญญาและบุคลิกภาพในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุมากขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลง บทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในสังคม

### ลักษณะของผู้สูงอายุ (Characteristics of the Elderly)

อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นผู้บัญญัติความหมายของผู้สูงอายุ สำหรับใช้ในชุมชนผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2506 โดยกำหนดว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นผู้อยู่ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีความเสี่ยงตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อขา
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ

ในประกาศของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2533 ในการให้บริการผู้สูงอายุให้ใช้เกณฑ์ ความเป็นผู้สูงอายุพึงช่วยเหลือเกื้อกูลว่านับแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป

### ทฤษฎีของการสูงอายุ (Theories of the Elderly)

จากการศึกษาผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล อีเบอร์โซล และ เฮส (Ebersole and Hess, 1981) ได้สรุปทฤษฎีของการสูงอายุไว้ 4 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theories)
2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories)
4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theories)

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theories)

อีเบอร์โซล และ เฮส (Ebersole and Hess, 1981) ได้สรุปทฤษฎีวิวัฒนาการ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สำคัญทฤษฎีหนึ่งในการศึกษาผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ตามทฤษฎีวิวัฒนาการได้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบของการขยายเผ่าพันธุ์ว่า คนทั่วไปมีแนวโน้มในการขยายครอบครัวจนถึงอายุประมาณ 45 ปี ซึ่ง คิมเมล และ โรเซนเฟลด์ (Kimmel & Rosenfeld) ได้เสนอเหตุผลของการสืบพันธุ์และการเลี้ยงดูลูกหลานเป็นธรรมชาติที่มนุษย์จะมีชีวิตก็เพื่อการสืบลูกหลานต่อไป นอกจากนี้ คิมเมล ได้เสนอทฤษฎีครอบครัว ซึ่งอธิบายเหมือนกับ โรเซนเฟลด์ ว่า เมื่อจุลินทรีย์เติบโตถึงระดับหนึ่งก็จะแตกลูกหลาน จนกระทั่งตายไป ในขณะเดียวกัน เดนคค์ล่า (Denckla) ก็ชี้ให้เห็นว่า ชีวิตมนุษย์จะไม่ยืนยาวมากนัก เมื่อเทียบกับสิ่งมีชีวิตอื่น ดังนั้นวิวัฒนาการจะต้องดำเนินต่อไป แม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพื่อการมีชีวิตรอด และเพื่อยืนยันแนวความคิดนี้ ก็พบว่าชีวิตจะยิ่งสั้นลง หากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยโครงสร้างของมนุษย์ที่ประกอบด้วยเซลล์และการแบ่งตัวของเซลล์ ซึ่งจะต้องสร้างระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเจริญเติบโตและมีการเผาผลาญพลังงานเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอตลอดจนการแตกสลายของโครโมโซม ซึ่งมีทฤษฎีที่กล่าวแยกย่อยออกในส่วนต่าง ๆ กันดังนี้

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic theories) นักวิทยาศาสตร์ยอมรับว่า "ไม่มีชีวิตใดอยู่ค้ำฟ้า" เพราะจะต้องเสื่อมสลายไป เซลล์ของร่างกายของเรามีการแตกสลายไปและเกิดใหม่ นับตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป จะมีการตายวันละ 1 แสนเซลล์ เฮฟลิค (Hayflick) ได้ค้นพบว่า ยีนเป็นตัวกำหนดว่า เซลล์แต่ละตัวจะแบ่งตัว ประมาณ 50 ครั้ง ในการศึกษาเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ขณะเดียวกันเซลล์ชนิดอื่น ๆ แบ่งตัวไม่ถึง 50 ครั้งก็ตาย ยิ่งถ้าคนมีอายุมากขึ้นก็อาจแบ่งได้ไม่ถึง 50 ครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปสรุปว่า ร่างกายของเรามีการเปลี่ยนแปลงไปตามกำหนดการหรือ "นาฬิกาชีวิต" (Biological clock) เฮย์ฟลิคอธิบายว่า แม้เซลล์จะมีโอกาสแบ่งตัวได้ราว 50 ครั้ง ทำให้คนเราอาจมีอายุ 110 ถึง 120 ปี แต่กว่าจะ

ถึงกำหนดคนเรามากจะต้องตายเสียก่อน เนื่องจากโรคมัยเบียดเบียน อุบัติเหตุหรือถูกทำลายโดยสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยถึงภาวะอายุยืนในคนไทย พบว่าคนไทยอายุยืนตั้งแต่ 100 ปี 17 คน (บรรลุ คิริพานิช, 2528)

นอกจากนี้ทฤษฎีที่มีแนวความคิดเกี่ยวกับการกำหนดของยีนนี้คือ

2.1.1 Mutation theory หรือทฤษฎีการผ่าเหล่าของยีนที่อยู่ในเซลล์ ทำให้มีการแตกสลาย ทำลายเซลล์ เช่น ในกรณีที่ถูกฉายแสงเอ็กซ์เรย์ในสัตว์ทดลอง ทากาชิ (Takashi) ศึกษาคนที่ถูกรังสีจากระเบิดปรมาณูในเมือง ฮิโรชิมา พบว่ามีอายุสั้น

2.1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) เชื่อว่า การส่งต่อของเครื่องหมายกำหนดชีวิต (genetic code) ซึ่งส่งต่อไปยังเซลล์ใหม่ ๆ ผิดพลาดต่างออกไปจนทำให้เซลล์เสื่อมสลายออกไปในที่สุด

2.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องกับยีน (Non genetic theories) คือ ทฤษฎีที่ว่าด้วยการเกี่ยวพันส่งข้าม (cross linkage) และเรดิคัลอิสระ (Free radical) ซึ่งมีทฤษฎีที่อยู่ในแนวคิดนี้คือ

2.2.1 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free radical theory) เรดิคัลอิสระเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ปกติ ซึ่งจะ ทำให้มีการสะสมของคอลลาเจนและอีลาสตินในเซลล์มากมาย จนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป ทำให้แตกทำลายในที่สุด เชื่อว่าเรดิคัลอิสระถูกยับยั้งได้ด้วยสารประกอบที่มีคุณสมบัติคล้ายวิตามินอี และซี ดังนั้นผู้ที่มีความเชื่อในทฤษฎีนี้จึงส่งเสริมให้บุคคลรักษาสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเหล่านี้

2.2.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen crosslinkage theory) ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมของเนื้อเยื่อและอวัยวะของผู้สูงอายุจากการยึดเกาะกันแน่นไม่ยอมคลายตัวของสารโปรตีน เช่น พวกคอลลาเจน ทำให้ของเสียดังข้างในเซลล์มากขึ้นจนสลายทำลายไป

2.3 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Immunologic theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความชราเกิดจากร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง ๆ พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น (Autoimmune) เมื่อภูมิคุ้มกันปกติซึ่งมีความสามารถต่อสู้กับโรคต่าง ๆ ได้ลดลง ร่างกายก็อ่อนแอเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งมักเกิดรุนแรงมากขึ้น จนถึงแก่ความตายไปในที่สุด

2.4 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) หรือ Programmed aging theory โดยเชื่อว่าการสูงอายุถูกกำหนดขึ้นเป็นโปรแกรมไว้แล้วคล้ายกับเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมสึกหรอ และกระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอยสูงต่ำแตกต่างกันตามความเครียด (stress) ของแต่ละบุคคล ซึ่งปรากฏชัดในระบบกล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อหัวใจและระบบประสาท สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้

2.5 ทฤษฎีทางชีว-ฟิสิกส์ (Bio-Physiological theories) ทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์ ที่มีการเผาผลาญพลังงานและเซลล์ย่อมถูกทำลายไปจากการทำงาน ต้องมีการซ่อมแซมส่วนสึกหรอตลอดเวลา นักวิทยาศาสตร์อธิบายการเปลี่ยนแปลงของต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย เมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ในสตรีเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน เนื้อเยื่อในร่างกายจะสูญเสียรูปร่างและความยืดหยุ่น แต่รังไข่ก็ยังคงไม่เสื่อมสลายไป ซึ่งทดลองโดยนำเอารังไข่จากหนูแก่ไปปลูกในหนูทดลองอายุน้อย พบว่ามันจะได้รับฮอร์โมน และสามารถสืบพันธุ์ได้ตามปกติ ทฤษฎีเหล่านี้ได้แก่

2.5.1 ทฤษฎีความเครียด (stress theory) ความเครียดในชีวิตของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดความชรา ดังนั้นบุคคลใดที่มีความเครียดมากจะก่อให้เกิดการเสื่อมทำลายของเซลล์มาก ทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน

2.5.2 ทฤษฎีการอดอาหาร (Starvation theory) มีการทดลองในหนู ในปี ค.ศ. 1952 หลังจากลดอาหารให้แก่หนูทดลองครึ่งหนึ่งจะทำให้เพิ่มช่วงอายุของหนู ทฤษฎีนี้จึงเสนอว่าการที่รับประทานอาหารมากไปจะทำให้ชีวิตสั้นลง

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยาและเชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยชราอันมีผลจากการดำรงชีวิตการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ การปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ นักจิตวิทยาได้พยายามศึกษาในหลายด้านของความชรา ทั้งด้าน สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้และแรงจูงใจ พบว่าผู้สูงอายุมิได้มีสติปัญญาเสื่อมลงตามวัย ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัย แต่ต้องใช้เวลาานกว่า และผู้สูงอายุไม่จำเป็นจะต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นเลย

ผู้สูงอายุมีเซลล์ประสาทในสมองตายไปมาก แต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์จากการเรียนรู้ แต่ในด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่เชื่อว่า คนทุกเชื้อชาติ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีเซวาร์ปัญญาเสื่อมลง ทฤษฎีที่มีแนวคิดทางจิตวิทยามี 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีความฉลาดปราดเปรื่อง (Intelligence theory) เชื่อว่า ความฉลาดปราดเปรื่องที่ยังคงมีอยู่ได้ในผู้สูงอายุ จะถูกกำหนดจาก การค้นคว้าเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา เป็นผู้ที่ให้ความสนใจในเรื่องต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ซึ่งก็หมายถึงจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอ เป็นเครื่องเกื้อหนุนด้วย

2. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมาก่อน มีความรักผู้อื่น ตลอดจนเห็นความสำคัญของผู้อื่น มักจะมีความสุขในวัยชรา ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีจิตใจคับแคบ ทำงานร่วมกับผู้อื่นไม่ค่อยได้ มักจะมีชีวิตบั้นปลายที่ไม่ค่อยมีความสุข

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต มี 2 ทฤษฎี

3.1 ทฤษฎีการไร้การผูกพัน (Disengagement theory) โดยเชื่อว่า ทุกคนต้องแยกจากกันด้วยความตาย ดังนั้นในวัยที่สูงอายุขึ้น บุคคลจะต้องลดสิทธิบางอย่างลง และปรับตัวให้มีเวลาว่างมากขึ้น ยอมรับความเสื่อมถอยของร่างกาย ให้อบอภาะของตนเองแก่ผู้ที่มีความสามารถมากกว่า พยายามหางานที่เหมาะสมกับความสามารถทำ

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังต้องการ มีกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนบุคคลในวัยกลางคน จะทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุ ควรเป็นคนกระฉับกระเฉง กระตือรือร้นอยู่เสมอ ควรหาใหม่ทำ ควรหาเพื่อนใหม่ ๆ เป็นคนร่าเริงเปิดเผย ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีการไร้การผูกพัน

#### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (Changes in the Elderly)

ท่ามกลางประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาก่อนจะถึงวัยสูงอายุ เช่น การปรับตัว การพัฒนาบุคลิกภาพ สิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อจิตใจ ตลอดจนสภาพสังคมที่อยู่รอบด้านของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เนื่อง ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นั้น ออกเป็น 3 ประการ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)
2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ-อารมณ์ (Psychological change)
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social economic change)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) เฟรด คราวน์ (Fred Clough 1979) ได้ศึกษาธรรมชาติแห่งกระบวนการภาวะสมดุขยในร่างกายมนุษย์ ร่างกายจะควบคุมระดับอุณหภูมิและชีวเคมีโดยตัวมันเอง เมื่อคนอายุมากขึ้นความเจริญของร่างกายจะลดลงตามลำดับโดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

1.1 ระบบโครงกระดูก กระดูกจะกร่อนเมื่อเริ่มอายุ 45 ปี กระดูกสันหลังจะงอแง

1.2 ระบบประสาทส่วนกลาง ความเสื่อมของระบบนี้ทำให้เกิดความล้าสน

การเปลี่ยนทางพฤติกรรม ถ้าเสื่อมมากจะเป็นแนวทางไปสู่โรคเรื้อรังทางสมอง

1.3 การมองเห็น จะลดน้อยลงเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในลูกตา

1.4 การได้ยิน มีปัญหาเรื่องการฟัง หูตึง

1.5 ผิวหนังแห้งและเหี่ยวย่น ความยืดหยุ่นน้อยลง เป็นแผลได้ง่าย

1.6 การทำงานของหัวใจจะน้อยลง การไหลเวียนของโลหิตช้าลง ถ้ามีไขมัน

เส้นเลือดมาก ๆ อาจถึงตายได้

1.7 การทำงานของระบบหายใจช้าลง ความสามารถในการยืดหยุ่นตัวของปอด

ลดลง

1.8 ระบบทางเดินอาหาร มีความอยากอาหารลดลง มีปัญหาในการขับถ่าย

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อมีการทำงานของต่อมลดลง อาจมีโรคเบาหวานหรือต่อม

ไทรอยด์เป็นพิษได้

เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2523) และสุบ้งอร ลิทธิกุล (2524) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตเมือง มีปัญหาเรื่องนั้น, ตา ต้องการการบริการของรัฐมากกว่าในเขตชนบท ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญทุกคน



2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ (Psychological change) เป็นความเปลี่ยนแปลงที่มีส่วนสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างใกล้ชิด เพราะความเสื่อมทางกาย ทำให้ความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นปัญหาอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงบุคลิกพื้นฐาน ความจำ การเรียนรู้ การมีนิสัยใหม่ (Eliopoulos, 1979) ก็มีส่วนสำคัญต่อปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

เฟรด คราวน์ (Fred Clough, 1979) ได้ให้ทัศนะที่คล้ายคลึงกัน คือ บุคลิกของผู้สูงอายุมีความมั่นคงขึ้น จำเรื่องในอดีตได้ดี สติปัญญาและความสามารถทางสมองลดลง มีความเศร้าโศกจากภาวะสูญเสียและผู้สูงอายุ 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง

เบอร์นไซด์ (Burnside, 1979) ได้กล่าวถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุว่า จะประกอบด้วย ความวิตกกังวล เศร้าโศก รู้สึกโดดเดี่ยวหวาดระแวง ซึ่งมีสาเหตุจากความเสื่อมของประสาทรับรู้ การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเสื่อมของร่างกายและประสาทรับรู้ ประสบการณ์ของตนเองตลอดจนความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social economic change) ผู้สูงอายุมีความต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ในครอบครัวและสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ก็ช้าลง ความสามารถในการแสวงหาเพื่อนใหม่น้อยลง ประกอบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงผูกพันกับเพื่อนเก่า หรือบางทีแยกตัวออกจากสังคมไปก็มี

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะสังคมเขตเมือง จะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนทั้งในหลักการ และวิธีการของครอบครัวของการปกครอง เศรษฐกิจและผลิตผลในทางวิทยาศาสตร์ ที่เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดความขัดแย้งในความคิด ศิลธรรม จรรยาและคุณค่าต่าง ๆ ในสังคม (ไพฑูริย์ สีนลารัตน์, 2524) ทางด้านครอบครัวนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกบ้านกันอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง พ่อแม่ที่อายุมาก จะถูกทอดทิ้ง ด้านเศรษฐกิจก็เช่นกัน จากภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องออกหางานทำเพื่อความอยู่รอด เป็นเหตุให้ห่างเหินจากผู้สูงอายุ นอกจากนี้รายได้ที่ลดลง เช่น ในคนที่ปลดเกษียณหรือต้องออกจากงาน มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตแทบทั้งสิ้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่กล่าวไว้ข้างต้น พอจะประมวลได้ดังนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง โดยอาศัย ทฤษฎี ต่าง ๆ อธิบายได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีทางชีววิทยา และทฤษฎีด้านจิตวิทยา สำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคน การเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นต้น

ความรู้เรื่อง การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ รวมทั้งสุขภาพอนามัยในการปรับตัวของมนุษย์ โดยทั่วไป ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ผู้สูงอายุสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และตระหนักถึงสภาพสูญเสียที่เกิดขึ้น
2. มีความเข้าใจว่า ผลของการเปลี่ยนแปลงหรือความเจ็บป่วยที่มีต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้วิถีในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป (Abram, 1972) แนวความคิดของอับรัม (Abram) มีความสอดคล้องกับคำกล่าวของ กรุพฟ์ (Krupp, 1976) ที่ว่า ความยากลำบากอันดับแรกในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนั้น ก็คือ การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น ดังนั้นจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ อันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ป้องกันการเกิดภาวะเครียด มีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป และสามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันของตนได้เป็นอย่างดี

ประสพ รัตนากร (2525) ได้สรุปความรู้ในด้านอนามัยของผู้สูงอายุควรทราบ และสามารถนำไปปฏิบัติไว้ 7 ประการ

1. การรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป
2. การออกกำลังกาย และการพักผ่อนให้เพียงพอ
3. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
4. การถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และพยายามไม่ให้ท้องผูก
5. การอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี
6. การพยายามรักษาอารมณ์ และยึดมั่นในศีลธรรม
7. การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (ปีละครั้ง หรือ 6 เดือน/ครั้ง)

กนการวม ศิลปกรรมพิเศษ (2531) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการ ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และได้กำหนดว่า ผู้เกษียณอายุราชการ ก็คือ กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งเห็นว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุมีความสำคัญ และสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับตำแหน่งหน้าที่การงาน ทั้งก่อนและหลังการเกษียณอายุราชการ การมีส่วนร่วมในสังคม รวมทั้งสถานภาพสุขภาพของผู้เกษียณอายุราชการหรือผู้สูงอายุนั้นเอง ผลของการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย ส่วนใหญ่มีการปรับตัวได้ประมาณร้อยละ 60 ส่วนที่มีการปรับตัวเหมือนกันแต่ปรับได้ไม่ตี ประมาณร้อยละ 40
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ คือ ระดับหน้าที่การงาน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับ 7-8 มีการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่มีหน้าที่การงานต่ำกว่า ระดับ 1-2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวได้น้อยที่สุด
3. ระยะเวลาหลังการทำงาน หรือหลังการเกษียณอายุราชการ พบว่า ระยะเวลา ระหว่าง 0-3 ปี จะเป็นผู้ที่มีการปรับตัวได้ดีกว่า ส่วนผู้ที่มีระยะเวลาหลังการเกษียณอายุราชการ ระหว่าง 7-10 ปี จะเป็นผู้ที่มีการปรับตัวได้น้อยที่สุด และจำมีความเครียดสูงที่สุด
4. สำหรับการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่า ประมาณร้อยละ 53 เป็นผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก และสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย ผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก นอกจากจะสามารถปรับตัวได้ดี ยังมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า และมีความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อยอีกด้วย
5. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีการปรับตัวแตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ  $P < 0.01$ ) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จะมีความพึงพอใจมากกว่า มีความเครียดน้อยกว่า และสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี จากผลของการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ และการนำผลการวิจัยไปใช้เกี่ยวกับหน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยราชการ การศึกษาทางการแพทย์ และด้านการศึกษาทั่วไป สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีการพิจารณา ด้านบริการสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการบริการด้านการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ

นอกจากยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2530 บรรลุ คิริพานิช และคณะ ผู้จัดทำได้สรุปปฏิกิริยาของผู้สูงอายุกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับพัฒนาการขึ้นต่าง ๆ ที่ผ่านมาตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ หากผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดี ก็สามารถปรับตัวได้ดี ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ไม่ดี เขาก็จะมีปัญหาในการปรับตัว เพราะพัฒนาการของร่างกาย และจิตใจ มีแนวโน้มไปในทางเสื่อม ทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีความคับข้องใจเป็นอย่างมาก เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยในหลาย ๆ ด้าน เพื่อการดำรงภาวะสุขภาพของตนเอง สิ่งที่ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบโต้ตามการพัฒนาตามวัย คือ

1. การต่อสู้กับการลดความแข็งแรงของร่างกาย และความเสื่อมของสุขภาพ
2. การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่อสถานภาพด้านการเงิน
3. การปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียหรือการตายของกลุ่มสมรส ตลอดจนสมาชิกภายในครอบครัว
4. การยึดและกลุ่มของคนวัยเดียวกันกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
5. การปรับตัวให้เข้ากับสังคมใหม่และความรับผิดชอบในฐานะพลเมืองคนหนึ่ง
6. การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจของระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่

#### การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (The Concepts of the Self-Esteem)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1976) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ว่าหมายถึง การพิจารณาตัดสินคุณค่า (worthiness) ของความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง

พาเรนท์และวอล (Parent & Whall, 1984) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลจะประเมินตนเองว่าพอใจหรือไม่พอใจในตัวเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นบุคคลสำคัญ ประสบความสำเร็จในหลาย ๆ ด้าน และเป็นผู้ที่มีคุณค่า

สแตกเนอร์ (Stagner, 1965) ได้ให้ความเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีความสามารถที่จะเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้

ออซูเบล (Ausubel, 1978) ได้ให้ทัศนะเพิ่มเติมว่า นอกเหนือไปจากความรู้สึกว่าตนมีความสามารถทำอะไรให้สำเร็จแล้ว ยังเป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าเขาเป็นผู้มีความสำคัญและมีคุณค่าในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง

จากแนวความคิดของบุคคลดังกล่าวมาแล้ว พอจะสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับคุณค่า ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอาจมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าสูงหรือต่ำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยตั้งแต่วัยเด็กจนกระทั่งถึงปัจจุบันหรือจนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ

#### พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง (The Development of Self-Esteem)

นักจิตวิทยาหลายคนได้อธิบายถึงพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้แนวคิดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ซัลลิแวน (Sullivan, 1953) กล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลนั้นถูกสร้างขึ้นตั้งแต่วัยทารก

โดยมารดาจะเป็นแบบอย่างโครงสร้างต่อความรู้สึกมีคุณค่าในเด็ก มารดาที่แสดงความรักและพึงพอใจบุตร จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สำหรับเด็กที่ไม่ได้รับความรักและความเอาใจใส่จากมารดา จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ

จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) พบว่า ภูมิหลังและทัศนคติของบิดามารดามีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก คือ ความเอาใจใส่ของบิดามารดาที่มีต่อบุตรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความรู้สึกมีคุณค่าของเด็ก เด็กที่ไม่ได้กำร่าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เด็กเพศชายซึ่งอยู่ในชั้นเรียนที่สูงกว่าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเด็กชั้นอื่น ๆ เด็กซึ่งมาจากครอบครัวที่มีปัญหาจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ทอฟท์ (Taft, 1985) กล่าวถึงกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองคือ

#### 1. ประเมินตนจากการยอมรับในสังคม

กระบวนการนี้พื้นฐานจากแนวคิด การมองตนเองของคูเลย์ (Cooley) โดยอาศัยกระจกมองตน (Looking glass self) ซึ่งประเมินจากการยอมรับของผู้อื่น เป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง "Outer-self esteem"



2. ความรู้สึกของบุคคลต่อการยอมรับเกี่ยวกับผลสำเร็จของตนเอง ซึ่งประเมินตนจากผลของการกระทำและความสำเร็จ เป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบ "Inner-self esteem"

มาสโลว์ (Maslow, 1954) เชื่อว่าคนทุกคนมีการเห็นคุณค่าในตนเองและต้องการให้คนอื่นยอมรับในความสำเร็จของตน ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง จะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เสียการมีคุณค่าในตนเอง

รากฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น จะพัฒนาขึ้นมาจากความรัก ความเอาใจใส่ ตลอดจนความสำเร็จและการได้รับการตอบสนองว่าตนเองมีคุณค่าต่อมาการเห็นคุณค่าในตนเองก็ขยายออกจากครอบครัวสู่บุคคลอื่น เช่น กลุ่มเพื่อนและสังคม หรืออาจกล่าวได้ว่า พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความต่อเนื่องมาจากประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก และจะพัฒนาได้เรื่อยไปจนกระทั่งถึงวัยกลางคน จึงจะมีความคงที่หรือเสื่อมถอยลง

จากการศึกษาของเทลเซอร์ (Tesser, 1980) เรื่องความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองที่เกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว (Family Dynamics) สรุปได้ว่า ตัวแปรในด้านความใกล้ชิด การปฏิบัติต่อกัน และความสัมพันธ์กันในครอบครัวมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และบุคคลสามารถสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองได้ โดยเปรียบเทียบกับบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด ซึ่งมีผลการกระทำที่ดีกว่า ส่วน สุนารี เตชะโชควิวัฒน์ (2527) พบว่า การอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง และเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้อารมณ์ และพบว่า นักเรียนที่มีสถานภาพต่างกันมีความภาคภูมิใจในตนเองแตกต่างกัน

3. ความมีเสน่ห์ด้านรูปร่าง (Physical Attractiveness) ความประทับใจในตนเอง หรือการเห็นคุณค่าในตนเองมาจากความคิดของบุคคลอื่น ผลของความมีเสน่ห์ด้านรูปร่างนั้นเริ่มมีมาตั้งแต่วัยเด็ก และต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้รูปร่างส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

#### กระบวนการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบรดชอร์ (Bradshaw, 1981) ได้กล่าวถึงกระบวนการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังแผนภูมิ

กลวิธี  
สร้างเสริม  
การเห็น  
คุณค่า  
ในตนเอง

1. ได้รับความสำเร็จด้านวิชาการ  
และการได้รับผลสำเร็จตาม  
เป้าหมายหรือความคาดหวังต่าง ๆ
2. ได้รับความรู้สึกเห็นคุณค่า การได้รับ  
การดูแลเอาใจใส่
3. โอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้อง  
กับค่านิยมส่วนบุคคล
4. ประสบการณ์ที่จะสร้างอำนาจส่วน  
บุคคลและการมีอิทธิพลเหนือ  
เหตุการณ์ บุคคลที่มีความหมาย  
ต่อเรา

การเห็นคุณค่า ในตนเองเพิ่มขึ้น	อัตมโนทัศน์ เป็นบวกมากขึ้น
-----------------------------------	-------------------------------

- การยอมรับข้อผูกพัน  
(Commitment)
- ความงอกงามส่วนบุคคล  
(Growth)
- ความใจกว้าง (Openness)
- ความไว้วางใจ (Trust)
- การเผชิญหน้า  
(Confrontation)
- การสร้างสรรค์  
(Creativity)
- ความเอาใจใส่ (Caring)
- การแสดงออก  
(Expressiveness)
- ความกล้า (Courage)
- ปราศจากอคติ (Condor)
- การอุทิศตน (Dedication)
- การเสี่ยงเพื่อชีวิตที่ดี  
(Risk taking)
- การทดลอง  
(Experimentation)
- ความเป็นหนึ่งเดียว  
(Uniqueness)

เพิ่มขึ้น

บุคคลและองค์การ พัฒนาขึ้น
------------------------------

แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง

จากแผนภูมิข้างต้นอธิบายได้ว่า การที่จะพัฒนาบุคคลให้มีความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้นได้ จะต้องหาวิธีการที่จะทำให้บุคคลนั้นได้รับประสบการณ์ในด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้านจากแหล่งสำคัญทั้ง 4 คือ

1. การได้รับผลสำเร็จด้านวิชาการ และการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายและความคาดหวังต่าง ๆ ซึ่งแรกเริ่มความคาดหวังเหล่านี้จะถูกกำหนดโดยบุคคลอื่น ต่อมาเป้าหมายและความคาดหวังจะเป็นของตนเอง
2. ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่า และความเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อตนเอง
3. การได้รับโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัวที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น
4. ประสบการณ์ที่จะเพิ่มอำนาจส่วนบุคคล หรือการมีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์และบุคคลที่มีความสำคัญต่อเรา เช่น เสียงของทารกที่ร้องเมื่อต้องการอาหาร หรือความอบอุ่น เป็นอำนาจส่วนบุคคลที่สามารถเรียกร้องความเอาใจใส่ไม่ได้ ในวัยผู้ใหญ่สิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นการได้รับตำแหน่งในกลุ่มองค์กร หรือการมีตำแหน่งทางการเมือง เป็นต้น

เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์เหล่านี้ โดยอาจจะเป็นด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น อัตมโนทัศน์ก็จะเป็นบวกมากขึ้น อันจะส่งผลทางบวกต่อลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลคือ การยอมรับข้อผูกพัน (Commitment) ความงอกงามส่วนบุคคล (Growth) ความใจกว้าง (Openness) ความไว้วางใจ (Trust) การเผชิญหน้า (Confrontation) ความสร้างสรรค์ (Creativity) การดูแลเอาใจใส่ (Caring) การแสดงออก (Expressiveness) ความกล้า (Courage) ปราศจากอคติ (Condor) การอุทิศตน (Dedication) การเสี่ยงเพื่อชีวิตที่ดี (Risk taking) การทดลอง (Experimentation) ความเป็นหนึ่งเดียว (Uniqueness) ซึ่งลักษณะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาของบุคคลและองค์กร และประสบการณ์ในแต่ละวันที่บุคคลได้รับเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้ โดยสร้างเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

Neal & Purkey อ้างใน นิพนธ์ แจ่มเอี่ยม ได้เสนอองค์ประกอบ 6 อย่าง ที่ส่งเสริมบรรยากาศในการพัฒนาภาพที่ดีต่อตนเอง ตลอดจนการเสริมสร้าง และการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ ดังนี้



1. มีบรรยากาศที่ท้าทายความสามารถเด็ก
2. มีความเป็นอิสระ
3. มีความเชื่อถือไว้วางใจกัน
4. มีความอบอุ่น
5. มีการควบคุม
6. สามารถสร้างผลสำเร็จได้

นอกจากนี้ เพอร์คีย์ (Purkey, 1970) กล่าวว่า มีนักวิจัยหลายคน เช่น (คิลเลอร์ สตอตแลนด์ และ แซนเดอร์ โบริสโล และ ไดสัน (Diller Stotland and Zander, Borislow และ Dyson) ได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องความสำเร็จและความล้มเหลวในสถานการณ์ต่าง ๆ มีผลกระทบต่อความเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลหรือไม่เพียงใด ผลการศึกษารูปความได้ตรงกันว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ หรือนักเรียนที่ประสบความล้มเหลวเกี่ยวกับความคาดหวังทางการเรียน จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลีเวนเบอร์ท (Levenberg, 1976) ที่พบว่า การประเมินตนเองผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กันทางบวก

ด้วยเหตุที่ "งาน" เป็นเรื่องที่มีมนุษย์สามารถสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้มนุษย์สามารถประเมินตนเองและเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจากการประเมินความสำเร็จในงานได้ (Donald A Laird and others) ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมให้บุคคลได้รับผลสำเร็จในงาน มีอาชีพที่เหมาะสมจึงเป็นวิธีสร้างเสริมการต่อคุณค่าในตนเอง การพัฒนาอาชีพของบุคคล (Career Development) จึงเป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองได้ (Skovholt & Morgan, 1981)

จอห์นสัน (Johnson, 1979) ได้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเข้าร่วมกลุ่มจัดเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่สร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มจะต้องมีลักษณะดังนี้

1. บุคคลนั้นได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

2. บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การยอมรับ ทั้งด้านวิชาการ และด้านส่วนตัว โดยกลุ่มเพื่อน บุคลากรในโรงเรียน เช่น ครู และอาจารย์ใหญ่หรือผู้อำนวยการ

3. เข้าใจความรู้สึกของบุคคลนั้น

4. บุคคลนั้นได้รับผลสำเร็จในสถานการณ์ที่ต้องการสัมฤทธิ์ผลทางวิชาการ

5. บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ

6. ความผิดพลาด หรือความล้มเหลวเป็นเหตุเร้าให้เกิดความวิตกกังวลในระดับ

ปานกลาง

7. บุคคลนั้นสามารถสร้างกำลังใจในชีวิตให้กับตนเองได้

นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาหลายคนได้เสนอแนะวิธีการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่แตกต่างกันออกไป คือ

แซสลี (Sasse, 1978) เสนอวิธีการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 3 ประการ

1. สร้างความมั่นใจในตนเอง โดยนึกถึงความสำเร็จข้างหน้าในชีวิต

2. ระลึกถึงตนเองเมื่อสามารถทำงานให้ลุล่วงไปด้วยดี โดยให้รางวัลตนเอง โดยอาจจะชมเชยตนเอง หรือให้สิ่งที่มีความหมาย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เราเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานที่เราทำมากขึ้น ซึ่งแน่นอนที่สุดย่อมส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

3. สะสมบันทึกความสำเร็จ หากสมบันทึกเพื่อเขียนบันทึกความสำเร็จที่เราได้รับ สิ่งที่เราทำได้ดีเป็นเวลาติดต่อกันหลาย ๆ สัปดาห์ หรือหลายเดือน โดยอาจจะประสบความสำเร็จในโครงการต่าง ๆ การช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข งานในโรงเรียน การทำงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตน

บรูโน (Bruno, 1983) กล่าวว่า วิธีการสร้างเสริม การเห็นคุณค่าในตนเองไว้

4 ประการ คือ

1. ใช้การเสนอแนะหรือให้ข้อคิดโดยตรง (Direct Suggestion) อาจจะเป็นการให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะโดยผู้อื่น หรือโดยตนเอง (Autosuggestion) ก็ได้ วิธีการนี้เป็นการให้ข้อมูล (inputs) ที่จะมีผลกระทบให้เกิดกำลังใจ และสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง แต่จะต้องได้รับการเสริมแรงโดยเหตุการณ์ทางบวกที่ต่อเนื่องกันด้วยคือ จะต้องดำเนินการในข้อต่อไปด้วย

2. สร้างผลสำเร็จให้กับตนเองมากขึ้น
3. ลดความคาดหวังลง เป็นการลดความอยากได้ หรือความคาดหวังต่าง ๆ ลง ซึ่ง เป็นวิธีการลดความทุกข์ที่ตรงกับหลักการและปรัชญาของชาวตะวันออก เป็นวิถีทางของชาวพุทธ
4. การยุติการประมาทค่าตนเอง ซึ่งอธิบายได้โดยใช้หลักทฤษฎีว่าด้วยเหตุผลและอารมณ์ (Rational-Emotive Therapy) ของ Albert Ellis ที่เห็นว่ามนุษย์เรานั้นเพียงแต่มีชีวิตอยู่กับคุณค่าแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องประมาทค่าของตนเองต่อไปอีก ด้วยความคิดนี้จึงเชื่อว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นได้ถ้าบุคคลนั้นเลิกพิจารณาตัดสินค่าของตนเอง

เจอร์ดาโน และ อีเวอรี (Girdano and Everly, 1979) เสนอกลวิธี 3 อย่างที่สามารถสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างได้ผล คือ

1. การใช้ภาษาทางบวก (Positive Verbalization) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลให้แรงเสริมภาพเกี่ยวกับตน (Self-Image) โดยชี้ให้เห็นถึงลักษณะทางบวกของตนเอง ด้วยการให้ภาษาเป็นสื่อ เช่น การใช้กระดาษแข็งเขียนถึงลักษณะบุคลิกภาพในทางบวกหรือสิ่งที่เขาภูมิใจ เขียนทุกวัน เมื่อหมดวันก็เปลี่ยนข้อความใหม่ ทำเช่นนี้ติดต่อกันเป็นสัปดาห์ โดยอาจจะปิดกระดาษแข็งนี้ไว้ในที่ ๆ มองเห็นได้ชัดเจนมากที่สุด หรือจะพกใส่กระเป๋าเสื้อ กระเป๋าสตางค์ ฯลฯ
2. การยอมรับคำยกย่องชมเชย (Accepting Compliments) การเรียนรู้ที่จะยอมรับคำยกย่องชมเชย เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะสร้างเสริม การเห็นคุณค่าในตนเองได้ เมื่อมีใครยกย่องชมเชยเรา เราก็ยอมรับโดยปราศจากท่าทีหรือคำตอบที่ถ่อมตนแต่ให้ประโยคแสดงความยินดีแทน วิธีนี้จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอันจะทำให้บุคคลประทับใจ และมองตนเองในทางบวกมากขึ้น
3. การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness Training) การมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกสามารถเปลี่ยนแปลงการเห็นคุณค่าในตนเองได้ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางบวก กล้าแสดงออกในทางที่เหมาะสม และมีการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพ การมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งสามารถสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองได้นั้นประกอบด้วยกระบวนการ 7 ขั้น ดัง แผนภูมิที่ 3

## พฤติกรรมกล้าแสดงออก

การประสานสายตา (Eye Contact)
การแสดงความไม่สอดคล้อง (Disagreement)
การแสดงความรู้สึก (Feelings)
การใช้คำว่า "ทำไม" (why)
การใช้คำว่า "ฉัน" (I)
การยกย่องชมเชย (Compliments)
พูดจาปราศรัยกับผู้อื่น (Greeting others)

## แผนภูมิที่ 3 บันไดสู่พฤติกรรมกล้าแสดงออก

บันไดไปสู่พฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมนี้ (Assertiveness Ladder) จะเป็น  
 ชั้นเรียงลำดับของกิจกรรมที่ผู้ฝึกจะต้องพยายามนำไปใช้เป็นประจำทุกวันในการพบปะปฏิสัมพันธ์กับ  
 บุคคลอื่น กิจกรรมจะเรียงจากยากน้อยที่สุดไปสู่อายากที่สุด โดยอาจจะใช้เวลา 1 สัปดาห์ หรือ 2  
 สัปดาห์ ในแต่ละชั้นก่อนที่จะฝึกขั้นต่อไป กิจกรรมทั้ง 7 ชั้นจากภาพที่จะต้องฝึกประกอบไปด้วย

1. การพูดจาปราศรัยกับผู้อื่น (Greeting others) เพื่อฝึกความรู้สึกเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์  
 กับบุคคลอื่น และลดลักษณะที่อายลง
2. ใช้ประโยคยกย่องชมเชย (Complimentary Statements) กิจกรรมนี้เป็น  
 การฝึกพฤติกรรมทางสังคม รู้จักเสริมหรือชมเชยผู้อื่นอย่างสมเหตุสมผล

3. ใช้ประโยคที่ขึ้นต้นด้วยคำว่า "ฉัน" (The Use of "I" Statements) เพื่อเป็นการแสดงสิทธิ์และรับผิดชอบต่อคำพูดของตนเอง
4. ใช้คำว่า "ทำไม" ("why") บุคคลที่ไม่กล้าแสดงออกมักมีความเข้าใจว่า ถ้าพูดคำว่า "ทำไม" แล้วจะเป็นการทำทนาย แต่ในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าเช่นนั้น เพียงแต่ใช้คำว่า "ทำไม" เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม แต่ถ้าคิดว่าคำว่า "ทำไม" จะเป็นการคุกคามบุคคลอื่นมากเกินไป ก็อาจใช้คำถามว่าอะไร หรืออย่างไรก็ได้
5. การแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง (Spontaneous Expression of Feelings)
6. การแสดงความไม่สอดคล้องด้วยท่าทีที่เหมาะสม (Disagreement)
7. การประสานสายตา (Eye Contact)

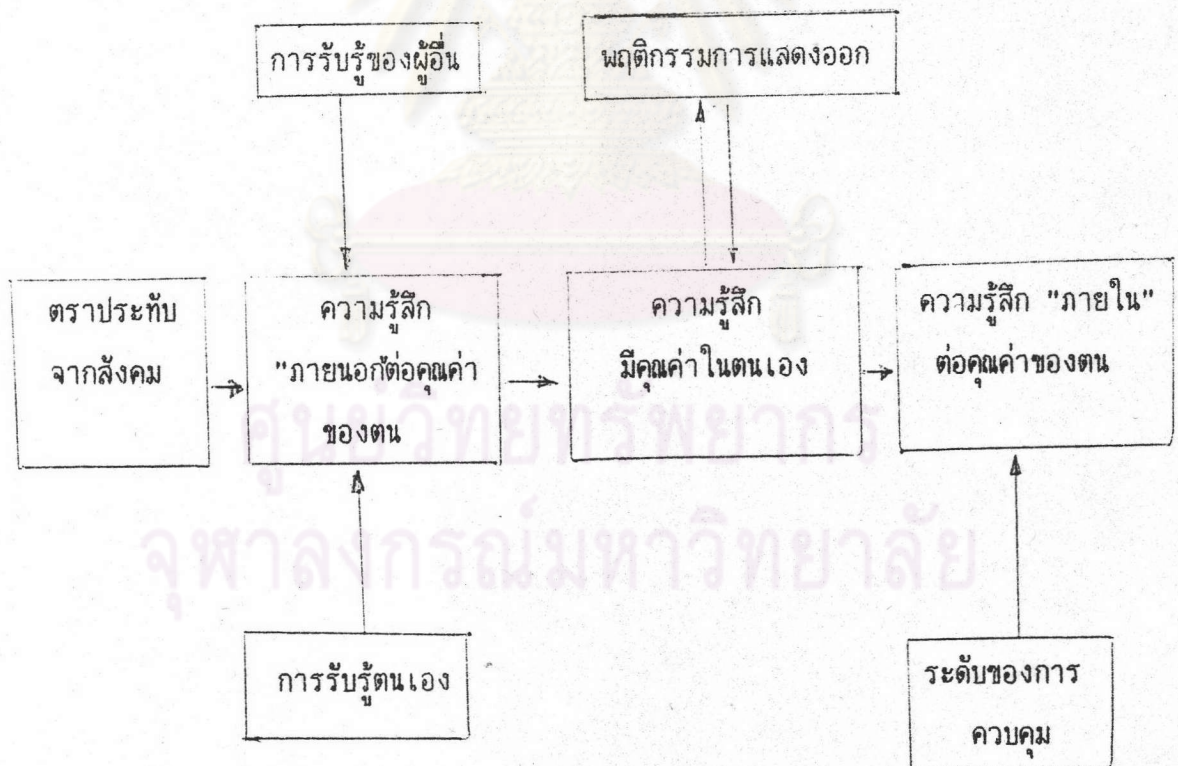
กาญจนา พงศ์พฤกษ์ (2522) ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีสหสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โคนาเวย์ (Conaway, 1979) นอกจากนี้ งานวิจัยของเวอร์คแมน แฟรงคลิน (Workman, Franklin, 1982) ยังปรากฏผลที่สอดคล้องกันอีกว่า นักศึกษาหญิงที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม มีการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่านักศึกษาหญิงที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < .01$ )

### การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลในแต่ละวัยอาจแตกต่างกันไปในวัยสูงอายุ บุคคลจะมีความรู้สึกเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งความพึงพอใจสภาพชีวิตในปัจจุบันของผู้สูงอายุ เอิร์ท และ เมทคาล์ฟ (Hirst & Metcalf, 1984) ตามทฤษฎีการสูงอายุได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเห็นคุณค่า

ในตนเองลดลงมีบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองล้าหลัง ไร้คุณค่าต่อครอบครัวและสังคม การที่ต้องสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้รู้สึกขาดความสามารถในการควบคุมอำนาจ ซึ่งเป็นความรู้สึกภายในที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

โรดิน และ แลนเจอร์ (Rodin & Lenger, 1980) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจากพฤติกรรมที่แสดงออก และภาพพจน์ของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ พบว่าทัศนคติในทางลบที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีต่อสังคม หรือที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ ทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุต่ำลง ส่วนผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมร่วมในสังคม จะมีความพึงพอใจในชีวิตและเชื่อมั่นในตนเอง จะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความผันแปรไปตามกระบวนการ 2 ประการ คือ ผลกระทบต่อความรู้สึก "ภายนอก" และผลกระทบต่อความรู้สึก "ภายใน" ดังกระบวนการที่แสดงในแผนภูมิ (เขาวลัทธิ มหาลิทธิวัฒน์, 2529)



แผนภูมิที่ 4 กระบวนการเห็นคุณค่าในตนเอง

เฮริสท์ และ เมทคาล์ฟ (Hirst & Metcalf, 1984) ได้กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน คือ บทบาท การสัมผัส สัมพันธภาพที่มีความหมาย เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระ และขอบเขต ซึ่งถ้าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้รับการกระทบกระเทือนมาก การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ในทางตรงข้าม หากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นได้รับการกระทบกระเทือนน้อย ผู้สูงอายุก็จะสามารถรักษาความรู้สึกที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ได้

ในด้านความต้องการเห็นคุณค่าในชีวิตของตนเองนั้น มาสโลว์ (Maslow, 1943) ได้เน้นการแสวงหาการสังเกตเห็น (recognition) ทั้งจากตนเองและผู้อื่นว่าตนเป็นคนมีค่า ความต้องการการเห็นคุณค่าในตนเองจะได้เป็นขั้นการตอบสนองเมื่อบุคคลได้สัมผัสกับความรู้สึกมีค่าเข้มแข็ง เป็นประโยชน์ และเชื่อมั่นในตนเอง

ตามแนวความคิดของ กลาสเซอร์ (Glasser, 1965) เขาเห็นว่า ความต้องการเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบการเห็นคุณค่า การเคารพนับถือ การประสบความสำเร็จ และการมีความรับผิดชอบ ซึ่งความต้องการพื้นฐานอันดับสองของมนุษย์ก็คือ ความต้องการเป็นที่นับถือและการเห็นคุณค่าในตนเอง และการรู้สึกว่าคุณค่าต่อผู้อื่นด้วย ความรู้สึกดังกล่าวจะเกิดกับมนุษย์ได้โดยการมีความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล การติดต่อภายในตัวบุคคล ไม่ใช่มาจากตำแหน่งหรือเงิน แม้มนุษย์จะสามารถใช้เงินและตำแหน่งเรียกร้องความสนใจ ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสำเร็จจะเป็นสิ่งไร้ความหมาย ถ้าปราศจากการตอบสนองทางจิตใจในการนับถือตนเอง หรือการเห็นคุณค่าในตนเอง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การเห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถตอบสนองได้จาก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนั่นเอง

#### การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย

นิตา ชูโต (2530) ได้สรุปผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทยว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และมีฐานะยากจน ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง และขาดโอกาสที่จะแสวงหาความรู้ในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลทำให้มีแนวโน้มในการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แต่เมื่อพิจารณาถึงบทบาทของผู้สูงอายุไทยปรากฏว่า ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีบทบาทสัมพันธ์กับครอบครัวมาก เช่น เป็นที่ปรึกษา ช่วยดูแลลูกหลาน ขณะเดียวกันสถาบันครอบครัวถือเป็นสิ่งที่มีความหมายและสำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยมในสังคมไทย ทำให้ความสัมพันธ์

ระหว่างผู้สูงอายุบางกลุ่มแตกต่างกันออกไปบ้าง ค่านิยมในวัฒนธรรมไทยเกี่ยวกับการนับถือผู้สูงอายุ การแสดงกตัญญูกตเวที ก็เป็นส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งทำให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็มีการพยายามเตรียมตัวเตรียมใจ เพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ พยายามพึ่งตนเองให้มากที่สุด ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า ในขณะที่บางคนสามารถกระทำได้ และบางคนไม่สามารถกระทำได้เป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้ผู้วิจัยต้องการทราบว่ามีกรปฏิบัติกิจกรรมที่จะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความสุขในช่วงของวัยสูงอายุของเขาทั้งหลาย เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะได้นำเสนอต่อไป

### การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Activity of the Elderly)

#### ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Concepts of Activity of the Elderly)

ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้น ได้มีบุคคลในสายงานต่าง ๆ ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ตัวอย่างเช่น เลมอน (Lemon 1972 quote in Robb 1984) ได้ให้ความหมายของกิจกรรมว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่มนุษย์สนใจ นอกจากการทำงานเพื่อการศึกษาชีวิต ดังนั้นเมื่อก้าวถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุ จึงหมายถึงรูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจนั่นเอง

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีรากฐานมาจากการศึกษาของ คาเวน (Caven et al., 1949) และอาวิงกัสส์ กับ อัลเบรคซ์ (Havighurst and Albroeht, 1953 อ้างถึงใน ฉันทนา กาญจนพันธ์, 2530) ทฤษฎีนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ของการร่วมกิจกรรม และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญของมนุษย์ทุกวัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่จะร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับบุคคลในวัยต่าง ๆ ทฤษฎีกิจกรรมได้ทำนายความสัมพันธ์ของการร่วมกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตได้ ดังนี้คือ

1. เมื่อบุคคลสูญเสียบทบาทของตนเองต่อตนเองและต่อสังคมมาก กิจกรรมที่จะเกี่ยวข้องก็น้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตก็จะต่ำลงด้วย
2. เมื่อบุคคลมีการร่วมกิจกรรมมากก็จะมีบทบาทของตนเอง และต่อสังคมมาก ความพึงพอใจในชีวิตก็จะสูงขึ้นด้วย



ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ได้กล่าวถึงความต่อเนื่องของบุคคล จากอดีตถึงปัจจุบัน แอชเลย์ (Atchley, 1977) กล่าวถึง ความต้องการเกี่ยวกับกิจกรรมว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ย่อมต้องการที่จะมีกิจกรรมต่อไป และการที่ผู้สูงอายุจะ ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการที่จะดำเนินบทบาทต่อไปนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ บุคลิกภาพเฉพาะบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สุขภาพ และยิ่งขึ้นอยู่กับ ลักษณะทางสังคมอื่น ๆ เป็นต้นว่า ความยืดหยุ่น อายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคม สูง เป็นที่ต้องการของสังคมก็ย่อมต้องการที่จะมีบทบาทต่อไป

ยูริค (Yurick 1984) กล่าวว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการสูงอายุ ซึ่ง ครอส (Kraus, 1977 quoted in Yurick, 1984) ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีการร่วมกิจกรรมน้อยจะแสดงความเป็นผู้สูงอายุเร็วกว่าปกติ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรม แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Lemon, 1972 quoted in Robb, 1984) คือ

1. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว
2. กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) ได้แก่ การเข้าชมรมในสมาคมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเมืองเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว
3. กิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และงานอดิเรก (Leisure activity and hobby) ได้แก่ การทำงานในยามว่าง กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ นันทนาการ การทำสวน ปรับปรุงตกแต่งบ้าน

ดังนั้นลักษณะกิจกรรมที่จะจัดสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรจะมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งจะมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ให้มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุใช้กำลังมากเกินไป ป้องกันการนั่งและยืนนาน ๆ และต้องไม่ก่อให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและสภาพของร่างกาย การจัดกิจกรรมควรจัดตามความสนใจ และความสามารถ รวมทั้งความพอใจของผู้สูงอายุ และควรมีช่วงเวลาหยุดพักเพื่อผ่อนคลาย การทำงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบจะช่วยให้เกิดการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Newton and Anderson, 1966)

ประเภทของกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Types of the activities of the Elderly)

เทลเลอร์ (Taylor, 1982) ได้แบ่งประเภทกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุไว้ดังต่อไปนี้

1. อาชีพบำบัด (Occupation Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น อาชีพบำบัดไม่ใช้การเตรียมตัวสำหรับประกอบอาชีพ ลักษณะกิจกรรมที่ทำได้แก่ งานแกะสลัก งานช่างไม้ งานฝีมือ และการทำสวน ตาม พิคแมน และ แคนเตอร์ (Daum, Freedman and Canter quoted in Spier, 1984)

2. กิจกรรมนันทนาการบำบัด (Recreation Therapy) เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้าง ให้มนุษย์ทุกคนให้มีร่างกาย จิตใจที่แจ่มใส การจัดกิจกรรมนันทนาการเป็นส่วนสำคัญที่จะเสริมสร้างความเข้าใจ และเข้าถึงความต้องการของจิตใจและสังคม กิจกรรมนันทนาการก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลิน ไม่พียงชาน ทำให้คนขจัดความยุ่งเหยิงที่น่าเบื่อหน่าย และยังช่วยให้เกิดสัมฤทธิ์ผล และความสมดลย์ของชีวิตได้อีกด้วย กิจกรรมนันทนาการได้แก่การวาดรูป ทำงานฝีมือ ดุโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ดูกีฬา พบปะสังสรรค์ เต้นรำ

3. กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Bibliotherapy) เป็นการให้หนังสือเพื่อการ ป้องกันหรือรักษา ซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจหลังจากการอ่านหนังสือแล้ว มีการนำ คุณประโยชน์ของการอ่านหนังสือมาใช้ในการป้องกันความแปรปรวนของอารมณ์ และพัฒนาให้เกิดวุฒิภาวะทางอารมณ์ (emotional maturity) ซึ่งจะทำให้มีสุขภาพจิตดี และเป็นการส่งเสริมให้ผู้อ่านมีการยอมรับคุณค่าในตนเอง การอ่านหนังสือแม้แต่หนังสือพิมพ์ก็มีประโยชน์มาก กล่าวคือ จะช่วยให้เขาทราบความเป็นไปของโลก ทนต่อเหตุการณ์ และนอกจากนั้นการอ่านยังก่อให้เกิด ความเพลิดเพลินสนุกสนาน และให้เกิดการเรียนรู้ และความชำนาญในเรื่องอื่น ๆ เทลเลอร์ (Taylor, 1982)

ฮาร์ทลี (Hartly, 1961) ได้กล่าวถึงประโยชน์การให้หนังสือเพื่อป้องกันภาวะ ซึมเศร้าไว้ว่า "การอ่านหนังสือจะทำให้ผู้อ่านพบว่าความไม่แน่ใจของตนเองความทุกข์โศก และความผิดหวังมิได้เกิดขึ้นกับตนเองแต่ผู้เดียว บุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็เคยมีประสบการณ์ เช่นเดียวกัน ดังนั้น ความรู้สึกคับข้องใจ ความทุกข์ หรือความสงสัยจะค่อย ๆ ลดน้อยลง ภายหลังจากการอ่าน"

4. กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical exercise) เป็นกิจกรรมที่ใช้พลังงาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม แซมป์ (Samp quoted in Ebersole and Hess 1982) กล่าวว่า การออกกำลังกายจะทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น การออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของสภาพร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวดี ความดันโลหิตลดลงและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง ยิ่งก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและเสริมสร้างสมรรถภาพของการหายใจอีกด้วย ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจะมีสุขภาพที่ดีภาพลักษณ์ของตนเองจะเป็นไปในทางบวกมากขึ้น

5. กิจกรรมทางศาสนา เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายจากความตึงเครียด แก้ปัญหาในเรื่องชีวิตนำไปสู่ความสุข กิลสันและโคส (Gilson and Coats, 1980 in Spier) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์ 50 แห่ง ชอบที่จะมีกิจกรรมนั่งสมาธิ และสวดมนต์มากที่สุด และในสังคมไทย ศาสนาจะมีผลต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ช่วยให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลในเรื่อง แก่ เจ็บ ตาย เพราะได้สั่งสอนในเรื่องวัฏสงสาร ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติจึงมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมตลอดจนแรงจูงใจ และบุคลิกภาพบางประการ (พิรสิทธิ์ คำานวนศิลป์และคณะ, 2523)

#### 6. กิจกรรมการเป็นอาสาสมัคร (Volunteering)

กิจกรรมการเป็นอาสาสมัคร จะทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองว่ามีคุณค่าต่อสังคมใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การเป็นพ่อแม่บุญธรรม (Foster Parent) การร่วมกิจกรรมเพื่อช่วยสงเคราะห์ชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ การทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ จากศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานโดยไม่คำนึงถึงผลผลิต และผลตอบแทน นอกจากการที่จะทำให้ตนเองมีบทบาทมากกว่าการอยู่อย่างไม่มีอะไรทำ (Robb, 1984) การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาของ ฮันเตอร์ และ ลินน์ (Hunter and linn, 1980 quoted in Robb 1984) เปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีการร่วมกิจกรรมอาสาสมัครกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการร่วมกิจกรรมจะมีความพึงพอใจในชีวิต และความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่มากกว่า และมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการร่วมกิจกรรม

เหตุผล แนวคิด และทิศทาง ของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (2525-2544)

### 1. เหตุผลในการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1.1 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร มีแนวโน้มชี้ชัดว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นทั้งในปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด จึงเป็นสาเหตุสำหรับที่รัฐพึงตระหนักถึงปัญหาที่จะติดตามมาหาประการ

1.2 สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้ครอบครัวแบบขยายมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานต้องประสบกับความยากลำบาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่ลูกหลานและที่ไร่นาไปทำงานทำในต่างถิ่น รัฐจำเป็นต้องเพิ่มความสนใจในการเตรียมการป้องกันและแก้ปัญหาของประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น

1.3 ปัญหาทางสุขภาพอนามัย ทั้งทางกายและจิตของผู้สูงอายุ ยังไม่ได้รับความสนใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเท่าที่ควร จึงต้องศึกษาหาความรู้และทำความเข้าใจถึงสภาพและเหตุแห่งปัญหาอย่างแท้จริง เพื่อที่จะได้หาทางป้องกันหรือลดความรุนแรง หรือ ชล่อการเกิดของโรคต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด

1.4 ค่านิยมของสังคมได้จำกัดบทบาทของผู้สูงอายุไว้ เพียงการไปวัดฟังเทศน์ ช่วยดูแลเฝ้าบ้านและเลี้ยงหลานเท่านั้น โดยมองข้ามคุณค่าของความรู้และประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี คุณธรรม และจริยธรรม หากได้มีการถ่ายทอดและรับไว้ได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุและเป็นการเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย

1.5 เนื่องด้วยความจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ จึงมีความจำเป็นจะต้องวางแผนระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการ และแผนฯ นี้ จะช่วยให้มีการระดมความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่จะดำเนินการให้เป็นเอกภาพ โดยมีทิศทางและเป้าหมายเดียวกันตามที่แผนฯ กำหนดไว้ ทั้งในด้านที่จะให้บริการ หรือความเกื้อหนุนอันควรต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ตลอดจนในด้านการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงบทบาทที่มีคุณค่าต่อไปได้อีกตามควรแก่ความรู้และประสบการณ์ที่มี

## 2. แนวความคิดพื้นฐานในการวางแผนสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์แก่สังคมในฐานะ "ผู้ให้" มากกว่าครึ่งชีวิตแล้ว จึงควรได้รับผลตอบแทนในฐานะเป็น "ผู้รับ" จากสังคม โดยเฉพาะความชอบธรรมในสิทธิมนุษยชนที่มี ทั้งในด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางรายได้ สังคมและวัฒนธรรม และสวัสดิการสังคม

2.2 ผู้สูงอายุยังมีความรู้ ความสามารถ พลังความคิด โดยเฉพาะประสบการณ์ ที่ควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อีกมาก และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาทมีส่วนร่วมในสังคมนั้น นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกกว้างเหวโดดเดี่ยว เห็นชีวิตมีคุณค่าแล้ว ยังจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเป็นไปเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ได้ด้วย

2.3 ผู้สูงอายุจะสามารถเตรียมตัวที่จะใช้ชีวิตในวัยชราอย่างมีคุณภาพได้เพียงไร นั้น ย่อมขึ้นกับผลของชบวนการอันต่อเนื่องมาแต่วัยเด็ก ในการพัฒนาความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพอนามัยทางกายและจิต การศึกษา การประกอบอาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในสังคมของแต่ละบุคคล

## 3. ทิศทางของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ : ความต้องการขั้นพื้นฐาน

เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นเอกภาพทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน จึงเห็นสมควรกำหนดทิศทางของแผนฯ ไว้ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว

3.2 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม

3.3 ผู้สูงอายุควรจะได้รับทราบข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับ การดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้

3.4 ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนตามความถนัดและสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้ บทบาทเช่นนี้ย่อมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป

ดวงฤดี ลาคุขะ (2528) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การร่วมกิจกรรมในชุมชนผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ และองค์ประกอบด้าน ร่วมกิจกรรมนั้น ได้แก่ การเป็นสมาชิกของชุมชนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการประชุม และ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

#### แนวการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี

ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี เริ่มตั้งแต่เมื่อเดือนมีนาคม 2532 โดยมี สมาชิกเริ่มแรกประมาณ 150 คน และเพิ่มมากขึ้นจนถึงเดือนมกราคม 2534 มีสมาชิกประมาณ 500 คน และมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ คือ

การให้ความรู้ด้านวิชาการ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ การติดต่อกับทางราชการ การขอรับบริการในโรงพยาบาล ปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านการบริหารร่างกาย ด้านสันตนาการ การรับบริการด้านสุขภาพ และการตรวจร่างกายในรายที่เจ็บป่วย

จากแนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมและแผนระยะยาวของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี

#### กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ : 2533 ได้สรุปการดูแลสุขภาพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยทั่วไปอาจกล่าวได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help groups) ในฐานะที่เป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมได้กำเนิด และคลี่คลายมาในประเทศตะวันตกโดยเฉพาะ สหรัฐอเมริกาเมื่อประมาณคริสต์ทศวรรษที่เจ็ดสิบนี้เอง แนวคิดการช่วยตัวเอง (self-help) เกิดก่อนหน้าการดูแลสุขภาพตัวเอง (self-care) โดยที่การช่วยตัวเองหมายถึงการรวมตัวของ กลุ่มบุคคลเพื่อแก้ไขปัญหาซึ่งต่างร่วมเผชิญอยู่ ทั้งนี้โดยพลังของกลุ่มเองเป็นส่วนใหญ่การช่วยเหลือตัวเองเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งปัญหาสุขภาพ แต่มีใช้เจาะจงเฉพาะ ปัญหาสุขภาพเท่านั้น ตัวอย่างกลุ่มช่วยเหลือตัวเองซึ่งมีถูกยกขึ้นมาอยู่บ่อย ๆ ในสหรัฐอเมริกา คือ กลุ่ม "ติดสุรานินาม" (Alcoholic Anonymous) ส่วนคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" (self-care) เป็นคำใหม่ที่เริ่มใช้เมื่อไม่นานมานี้ ทั้งนี้โดยหมายถึงการสร้างบริการสาธารณสุข

แนวใหม่ ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชน (หรือผู้มีได้เป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสุขภาพ อันเป็นกลวิธีเยียวยาแก้ไขโรคภัยของระบบบริการสาธารณสุข กระแสหลัก ซึ่งถูกรอบงำโดยเหล่านักวิชาชีพ การเคลื่อนไหวเพื่อการดูแลสุขภาพซึ่งยึดหลักการช่วยเหลือตนเองในทางสุขภาพ (self-help in health) นั้นเอง

เอ็ดมุนด์ ทองกระจ่าย : 2533 ได้สรุปขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ทำด้วยตนเองอย่างเดียว หากแต่ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ในลักษณะต่าง ๆ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) องค์กรทางศาสนา อาสาสมัครหมอนี่บ้าน กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนในเผ่าพันธุ์หรือในหมู่บ้านนั้น ๆ กล่าวโดยง่าย ๆ ก็คือ เป็นกิจกรรมการดูแลซึ่งเกิดจากบุคคลอื่นใดก็ตามที่นอกเหนือไปจากบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยที่กิจกรรมการดูแลสุขภาพ ดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ให้โดยตรงไม่จำกัดเฉพาะการดูแลทางร่างกาย หากครอบคลุมถึงการดูแลระดับประคองทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล

แนวคิดใหม่ในเรื่องการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การกระตุ้นให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในทุกระยะของการเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) เป็นบริการที่ยึดแนวคิดนี้เป็นหลัก โดยสมาชิกของกลุ่มจะมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมด้วยความสมัครใจ (Pasket & Madara, 1983) กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีชื่อเรียกแตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน Mutual-help group, self-help group, peer self-help, Mutual aid, Mutual support group, Social work group (Stieger & Lipson, 1985; Pasket & Madara, 1985; Resnick, 1986) แบ่งกลุ่มอาสาสมัครที่ไม่ได้ตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรใด ๆ (Ross & Mico, 1980) แต่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน การรักษาสุภาพ และกลุ่มเหล่านี้จะมีเป้าหมายกว้าง ๆ เหมือนกัน คือ ช่วยให้ผู้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหาสุขภาพ โดยใช้ประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Selfcare)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) หมายถึง กลุ่มที่มุ่งดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของกันและกัน ได้แก่ การพยายามสร้างหน่วยทางสังคมที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งจะเริ่มจากกลุ่มช่วยตนเอง และนำไปสู่องค์กรที่พยายามช่วยตนเองหรือทางเลือกในการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

คาทซ์ และ เบนเดอร์ (Katz and Bender, 1976) ได้มีส่วนทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีล้นกำวหน้าขึ้น โดยยึดตามแนวคำจำกัดความที่ว่า "กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มอาลาสมัคร" เป็นกลุ่มโครงสร้งเล็ก ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือและทำให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเฉพาะอันใดอันหนึ่ง โดยอาจจะเกิดขึ้นในลักษณะที่เพื่อน ๆ มาร่วมกันเพื่อจะช่วยให้เกิดความพอใจเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานโดยทั่วไป พยายามที่จะเอาชนะความผิดปกติหรือปัญหาชีวิต และขณะเดียวกันก็นำไปสู่ความต้องการทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงของบุคคล กลุ่มสมาชิกหรือผู้ที่เข้าร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้คิดว่า ความต้องการของเขาไม่สามารถที่จะทำได้ หรือได้รับการสนองตอบได้ในสถาบันทางสังคมที่มีอยู่ กลุ่มช่วยเหลือตนเองเน้นเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบบเผชิญหน้ากัน และสมาชิกของกลุ่มมีความรับผิดชอบเป็นการส่วนตัว บางครั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะแยกการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ ออกจากการให้ความช่วยเหลือกันทางด้านอารมณ์ โดยปกติจะเน้นถึงสาเหตุ แนวความคิด และค่านิยม ซึ่งสมาชิกแต่ละคนถือว่าเป็นลักษณะหรือเอกลักษณ์เฉพาะตัว

การช่วยเหลือตนเอง จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของคนมากยิ่งขึ้น ไม่มีประเทศใดประเทศหนึ่งที่จะกำหนดว่า การช่วยเหลือตนเองจะต้องเป็นแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะ การช่วยเหลือตนเองสามารถทำได้ในกลุ่มคนทั่วไปที่คำนึงถึงเรื่องสุขภาพอนามัยของคน

ยังมีการเข้าใจผิดอยู่ว่า การช่วยเหลือตนเองนั้นจะเน้นเฉพาะในเรื่องทางสังคมและทางการแพทย์ แท้จริงแล้วความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองนั้น จะต้องเกี่ยวข้องในด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นจุดที่ WHO ได้พยายามที่จะให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเรื่องนี้

ในปี 1983 ริชาร์ดสันและกูดแมน (Richardson and Goodman) ได้ให้นิยามกว้าง ๆ ง่าย ๆ เกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า หมายถึง กลุ่มคนที่คิดว่าตนเองมีปัญหาและมาร่วมกันเพื่อจะจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับปัญหานั้น

คาทซ์ และ เบนเดอร์ เสนอแนวความคิดแตกต่างไปจากคนอื่น คือ เริ่มต้นจากสภาพที่มีอำนาจน้อย หรือพลังน้อยที่เขาต้องการจะเอาชนะระบบทั้งภายในสังคม และระบบดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น กลุ่มสตรีมีปัญหเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการดูแลครอบครัวและแสดงความเห็นขัดแย้งกับวิธีการที่เขาได้รับการดูแลเกี่ยวกับระบบทางการแพทย์ (medical system)



องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help) เป็นหนึ่งใน 4 แบบของงานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ดังนี้

1. Lay care การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของคนทั่วไปที่คนมีต่อกันในสภาพทางธรรมชาติ และสถานการณ์ที่กำหนด เช่น การดูแลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญกระทำ ปัจจุบันจะใช้การจัดระบบสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ และไม่ได้เป็นกรณีที่ดีถือว่าเป็นโครงสร้างของครอบครัว
2. Self-care หมายถึง การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และตลอดจนเพื่อนร่วมงาน ซึ่งการดูแลตนเองนี้รวมถึงการจัดยาเพื่อตนเอง การดูแลตนเอง การดูแลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ การปฐมพยาบาล ซึ่งจัดว่าการดูแลตนเองเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลสุขภาพอนามัยซึ่งมีจุดแตกต่างไปจากการช่วยเหลือตนเอง ก็ตรงที่มีได้เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งองค์กรที่มีเป้าหมายชัดเจน และมีได้จัดตั้งในพื้นฐานเกี่ยวกับคนเป็นจำนวนมาก
3. Volunteer care เป็นการช่วยกันขององค์กรในชุมชน เช่น โบสถ์ สมาคม หน่วยบรรเทาทุกข์ ฯลฯ
4. Self-help หมายถึง กลุ่มที่มุ่งดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของกันและกัน ได้แก่ การพยายามสร้างหน่วยทางสังคมที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งจะเริ่มจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองและนำไปสู่องค์กรที่พยายามช่วยตนเอง หรือทางเลือกในการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว ถือว่าเป็นความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองทั้งสิ้น

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่ง สายใจ พัวพันธ์, (2530)สรุปไว้ ดังนี้  
รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งในการดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย จำเป็นต้องใช้การร่วมมือกัน หรือผสมผสานระหว่างทางสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการดูแลและรักษาทั้งในด้านสุขภาพ และเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดตามแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤติมาแล้วจะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกันอยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนักดังที่แคปแลน (Caplan) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลใดที่ประสบความความสำเร็จในการจัดการกับภาวะวิกฤติจะเป็นบุคคลที่สามารถให้การประคับประคองผู้อื่นได้ดีที่สุด หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่เคยผ่านประสบการณ์ใดประสบการณ์หนึ่งมาแล้ว จะมีความเข้าใจมองเห็นปัญหาได้กว้างกว่าที่สรุปไปรังกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์นั้น ๆ มาก่อน แต่อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสมัครใจที่จะให้ ดังนั้น สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองก็จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ จากนั้นสมาชิกจะปรึกษาหารือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หาแนวทางช่วยเหลือ

กันและกัน สมาชิกคนใดที่ประสบความล้มเหลวในการต่อสู้บรรเทาจะเป็นแบบอย่างแก่สมาชิกคนอื่น จะไปเย้ยมเยียน และคอยสอดส่องดูแลทุกขุขันธ์ของสมาชิกคนอื่นต่อไป เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด หรือติดสุรา ความรู้สึกอคติหรือการไม่เห็นดีเห็นงามของผู้อื่น ทำให้ผู้ติดยาหรือผู้ติดสุราเกิด ความรู้สึกแยกตัว รู้สึกไม่แน่ใจในตัวเองที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติได้ จึงรวมกลุ่มกัน ขึ้น พลังกลุ่มจะช่วยให้กำลังใจให้ความช่วยเหลือกันในหมู่สมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจว่า ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจอย่างแท้จริง จะช่วยให้ความพยายาม และความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลงและปรับปรุงตนเอง (Marram, 1973) กลุ่มพ่อแม่ที่มีลูกป่วยเป็นโรคมะเร็งที่เรียกว่า Candlelighter's Group สมาชิกเก่าจะให้ความช่วยเหลือคู่สามีภรรยาคนใหม่ในการแก้ปัญหาที่ สูญเสียชีวิตลูกไป ออร์วิลล์ เคลลี (Orville Kelly) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Make Today Count ในทศวรรษที่ 1970 หลังจากรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งอันเป็นการกระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ให้แนวคิดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งคนอื่น ๆ ให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ เป็นต้น รูปแบบการดำเนินการลักษณะนี้เรียกว่า การเป็นแบบอย่าง (Modeling Function) (Adam, 1978)

ความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับความเห็นของ ริชแมน (Reissman, quoted in Brammer, 1970) ที่ได้เปรียบเทียบลักษณะของการให้ความช่วยเหลือแบบนี้ว่า เป็นกระบวนการ ต่อเนื่องโดยไม่มีสิ้นสุด (Spiraling Growth Process) กล่าวคือ สมาชิกคนใดเคยได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มมาก่อน ก็จะช่วยคนอื่นต่อไปเรื่อย ๆ สวมบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นต่อไปเรื่อย ๆ เช่น นักศึกษาเก่าเป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาใหม่ในด้านการเรียน การเลือกวิชาเรียน การใช้ชีวิต และการปรับตัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ในมหาวิทยาลัย นักศึกษาใหม่ในรุ่นนี้ ต่อไปก็จะเป็นนักศึกษา เก่าที่มาสวมบทบาทที่ปรึกษาต่อไป เช่นนี้เรื่อย ๆ ไป หรือกลุ่มอาสาสมัครของ Reach to Recovery จะไปเย้ยมเยียน แนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก จนกระทั่งผู้ป่วยใหม่คนนั้นจะมาทำหน้าที่เป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้ และเป็นอาสาสมัครที่จะ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยรุ่นต่อไปได้

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขคล้ายคลึงกัน จะมีความรู้สึกผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือ และกระบวนการกลุ่มจะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิริยาลัมพันธ์กันตลอดเวลาที่มีโอกาส นักการ ศึกษาบางท่าน จึงเรียกการมีปฏิริยาลัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิริยาลัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer Relationship) (Brammer 1979)

### ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จาก บทความ เอกสาร และตำราต่าง ๆ นั้น การจัดประเภทของกลุ่มไม่ชัดเจนนัก แต่ก็พอวิเคราะห์ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มช่วยเหลือตนเองประเภทเป็นทางการ คือ มีการก่อตั้งกลุ่ม มีการทำความตกลงกันในวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกถือปฏิบัติ เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มลดความอ้วน กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคต่าง ๆ (Marram, 1973)
2. กลุ่มช่วยเหลือตนเองประเภทไม่เป็นทางการ การก่อตั้งกลุ่มนั้นเป็นการก่อตั้งเฉพาะกาล มีการระดมพล ระดมสมอง เฉพาะเวลาที่มีความจำเป็นต้องการ หรือเฉพาะเมื่อมีปัญหา ไม่มีการทำการตกลงกันในวิธีการดำเนินการกลุ่ม ดังที่พบเห็นกันอยู่บ่อย เช่น สภากาแฟ กลุ่มเพื่อนร่วมงานที่ร่วมกันปรึกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่ช่วยกันติววิชาเพื่อการสอบเลื่อนชั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจในคลินิกเฉพาะโรคต่าง ๆ เป็นต้น

สำหรับกลิวซ์ และเทรซี (Gussow and Tracy, 1978) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทแรก มีลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกด้วยกันอย่างแท้จริง แรงผลักดันที่ทำให้มีกลุ่มประเภทนี้เกิดจากมีปัญหามากมายที่ทางการแพทย์ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างเด็ดขาด หรือมีได้ค้ำึงถึง เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลกระทบจากการรักษาที่มีต่อสภาพจิตใจ ต่อสังคม และสภาพแวดล้อม การมีชีวิตร่วมอยู่กับความพิการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ เป็นต้น จึงได้เกิดการจัดตั้งกลุ่มขึ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกัน โดยมีบุคคลากรด้านสุขภาพให้การสนับสนุนด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นบางประการ กลุ่มประเภทนี้จะช่วยให้สมาชิกสามารถปรับตัว เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มประเภทนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านม (Reach to Recovery) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องทางเดินต่าง ๆ (Ostomy Clubs) เป็นต้น

2. ประเภทที่สอง เน้นหรือสนับสนุน การวิจัย การจัดหาทุน การให้ความรู้แก่สาธารณชน และผู้ประกอบการ มีการจัดตั้งกลุ่มอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และมีการโฆษณาชักชวนให้บุคคลต่าง ๆ มาเป็นสมาชิกกลุ่ม

แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มทั้งสองประเภทนี้ก็อาจจะมีลักษณะการดำเนินงานของกลุ่มอีกประเภทหนึ่งอยู่ด้วย เช่น กลุ่มประเภทแรกก็อาจจะเกี่ยวข้องกับการวิจัย และการให้ความรู้ หรือ กลุ่มประเภทที่สองก็อาจจะให้บริการโดยตรงในหลาย ๆ รูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (Genetic Counselling) เป็นต้น

### ระบบที่ให้การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Support Systems)

หมายถึง การประสานงานหรือการรวบรวมระบบที่ให้การสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น การจัดบ้าน หรือ ศูนย์ สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การจัดบ้านเพื่อสุขภาพ หรือศูนย์สุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นในแถบประเทศในยุโรป ซึ่งการให้การสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นเป็นระบบที่เป็นรูปแบบโครงสร้างไม่มากนัก และไม่จำเป็นที่จะต้องจ้างบุคลากรประจำองค์กรนั้น ๆ การปฏิบัติงานเป็นลักษณะการประสานงานกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการเตรียมทรัพยากรบางอย่างให้ เช่น ห้อง โทรทัศน์ การช่วยเหลือขององค์กรอื่น ๆ การพูดและการประสานงานด้านอื่น ๆ แล้วแต่กรณี

### องค์กรเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มที่ได้รับความกดดันให้มีการช่วยเหลือตนเอง (Self help organization / Self-help pressure groups)

องค์กรดังกล่าวมีลักษณะแตกต่างกันทั้งในด้านขอบข่ายงานตลอดจนขนาดเล็กหรือใหญ่ของแต่ละองค์กร มีการจัดระบบเพื่อจัดการเกี่ยวกับการดูแล เรื่องสุขภาพโดยทั่วไปหรือเฉพาะกรณี ตัวอย่างเช่น การกำเนิดโดยวิถีธรรมชาติของเด็ก การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพสตรี การป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือสังคม

นอกจากนี้ยังมีเหตุผลใจที่ให้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองดังต่อไปนี้

1. ปัญหาที่สมาชิกเผชิญอยู่ เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพอย่างจริงจัง เช่น กลุ่มคนอ้วน กลุ่มผู้ดื่มสุรา กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน เป็นต้น
2. กระบวนการรักษายาบาล ที่มีได้ส่งเสริมให้ผู้เจ็บป่วยกลับมาสู่สภาวะสุขภาพดีอย่างแท้จริงแม้ว่า จะให้การรักษายาบาลอย่างเต็มที่จนผู้ป่วยกลับบ้านได้แล้วก็ตามผู้ป่วยมักไม่ได้เข้าใจถึงการส่งเสริมสุขภาพจนทำให้กลายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. การดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ มักจะเน้นด้านสุขภาพกายเป็นหลักโดยคำนึงถึงสุขภาพจิตในส่วนน้อย กระบวนการกลุ่มเป็นการประยุกต์หลักการบำบัดด้วยกลุ่มที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชมาใช้กับหน่วยงานทางกายที่มีปัญหาค้ำคลึงกัน
4. กระบวนการรักษายาบาลที่ใช้ในโรงพยาบาลมีการใช้อุปกรณ์ ซึ่งมีเทคโนโลยีที่เข้าใจได้ยาก มีกระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสับสน ตื่นตระหนก หรือเจ็บปวดได้ การดำเนินการกลุ่มจะช่วยกันประคับประคองให้สมาชิกสามารถปรับตัว เข้ากับสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ได้

5. ปัญหาของกลุ่มกระทบกระเทือนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งบุคลากรด้านการแพทย์มีการเอาใจใส่ไม่น้อยมาก
6. ปัญหาที่ภาครัฐบาลไม่สามารถให้คำสนับสนุนอย่างเต็มที่ บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันก็จะรวมกลุ่มกันเพื่อหาทางเลือกในการแก้ปัญหาที่พอจะปฏิบัติได้

### วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น แต่ละกลุ่มต่างก็มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อความวิตกกังวลความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความหวาดระแวง ความขัดแย้ง
2. ให้กำลังใจเพื่อให้สมาชิกยอมรับความเป็นจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า มิใช่แต่เพียงตนคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหาคนอื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน หรืออาจจะมากกว่า มิใช่ตนเท่านั้นที่พิการ ยังมีคนอื่น ๆ ที่เป็นเหมือนตนแล้วสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายและมีความสุข
3. ช่วยให้ผู้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ เช่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ได้กับการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ช่วยเหลือนักโทษที่ได้รับการปล่อยตัว หรือผู้ป่วยจิตเวชที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ให้ได้
4. สร้างความรู้สึกกระตือรือร้นถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วย มิใช่เป็นแต่ผู้รับฝ่ายเดียว
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา จะพยายามเหนี่ยวรั้งสมาชิกมิให้ตกเป็นทาสของสุรา กลุ่มลดความอ้วนจะพยายามระงับยับยั้งความต้องการอาหารที่เกินพอดี เป็นต้น

### กลุ่มช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมผู้สูงอายุ

จากการศึกษาในตอนต้น จะเห็นได้ว่า แนวคิดเรื่องกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย โดยพื้นฐานปรัชญาของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น สมาชิกจะได้ประโยชน์จากการดำเนินงานกลุ่มตามวัตถุประสงค์ในการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมีการศึกษายืนยันคือ

**Marram** กล่าวว่าหลักสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ที่การกระตุ้นหรือส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้กระบวนการอยู่ร่วมกัน การปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ และทั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเรียนรู้วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับตน

หลักการทำงานตามความคิดเห็นของ เออร์วิทซ์ (Hurvitz 1970, quoted in Dodd and Scheel 1978) นั้นเห็นว่าควรมีลักษณะไม่แตกต่างจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองในปัญหาทางด้านอื่น ๆ นัก คือ

1. การจัดกลุ่มมิได้มีเป้าหมายเพื่อจิตบำบัด ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านโรคจริง ๆ มากนัก การจัดกลุ่มจะต้องมีสถานที่ที่ค่อนข้างมีดิสทอลมควร์ ให้มีการระบายอากาศและแสงสว่างเพียงพอ มีเก้าอี้ที่นั่งสบาย (Dodd and Scheel, 1978)
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะให้บรรลุเป้าหมายในการพบกันแต่ละครั้งสมาชิกจะเป็นผู้คัดเลือกหัวข้อการสนทนา หรือปัญหาต่าง ๆ หรือกันในวันนั้น ๆ
3. ผู้นำกลุ่มอาจเป็นใครก็ได้ที่สามารถทำให้เกิดบรรยากาศการมีส่วนร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ควบคุมสถานการณ์ได้ อาจเป็นสมาชิกเองหมุนเวียนกันหรือพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้นำก็ได้
4. การเปิดเผยตนเองของสมาชิก จะเป็นไปได้โดยตัวกิจกรรมแนะนำตนเองหรือเปิดใจเป็นต้น จะสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความเข้าใจ เห็นใจ กระตุ้นให้กำลังใจระหว่างสมาชิกซึ่งกันและกัน จะทำให้สามารถช่วยให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้ดี
5. สร้างสัมพันธภาพแบบชุมชน (Community relationship) สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ให้สามารถแก้ปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ อย่างได้ผล
6. การให้การสนับสนุนคำจูน และช่วยเหลือในการแก้ปัญหาให้แกกันและกันนั้น สมาชิกจะต้องตระหนักถึงความต้องการพึ่งตนเองของแต่ละคนเป็นสำคัญ สมาชิกควรชื่นชมในความสำเร็จของกันและกัน และในทางกลับกันก็ต้องไม่ตำหนิตติเตียนกัน

นอกจากนั้น กิจกรรมของสมาชิกยังอาจกำหนดนอกกรอบแบบของกลุ่มออกไปอีก เช่น การนัดหมายกลุ่มย่อย พบปะหรือกันเป็นครั้งคราวของกลุ่มบ้านใกล้เรือนเคียง หรืออาชีพเดียวกัน เป็นต้น

### บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น สามารถดำเนินการได้ทุกขั้นตอน โดยสมาชิกกลุ่มตามลำพัง ไม่จำเป็นต้องมีนักวิชาการ ผู้มีความรู้ความสามารถหรือมีทักษะในการจัดกลุ่มมาเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเชื่อว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองที่ได้รับนั้น เกิดจากการร่วมมือร่วมใจกันของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้น จึงเกิดคำถามว่า ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วยหรือไม่ และถ้าเข้าร่วมควรอยู่ในฐานะอะไร แต่เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยนั้น จำเป็นต้องมีการควบคุม ตรวจสอบ และยืนยันในความถูกต้องเหมาะสมของคำแนะนำ ความคิดเห็น ที่สมาชิกให้แก่กัน จึงได้คำตอบว่า ควรจะมีบุคลากรในวิชาชีพเข้าร่วมด้วย สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้นมีโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ได้มากกว่าบุคลากรประเภทอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพทุกคนได้ผ่านการศึกษาศึกษาและฝึกอบรมด้านการดำเนินการกลุ่มมาแล้ว อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะเลือกเวลาดำเนินการกลุ่มได้สะดวกกว่า และหากมีการจัดตั้งกลุ่มภายใต้ความควบคุมของพยาบาลแล้ว พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ

1. เป็นผู้ยืนยัน รับรองในความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น

2. เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม (Marram 1973)

ดรณี ชูหะวัต (2534) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่ม โดยจัดหาสมาชิกใหม่และเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในระยะแรก ๆ เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคงมากขึ้น
2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากรอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการจัดกลุ่ม (Newton, 1985 ; Christianson, 1986) ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว
3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นประมาณ 5 คนขึ้นไป ควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำจากกลุ่มสมาชิกด้วยกัน
4. ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม และส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหา ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญมาก
5. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม
6. เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกัน
7. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

### บทบาทของสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ
2. เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ
3. ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

### ลักษณะของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม

ซึ่ง ดร.ณิ ชุณหะวัณ (2534) ได้สรุปไว้ ดังนี้

สมาชิกของกลุ่มเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ฉะนั้นบางกลุ่มต้องการสมาชิกเฉพาะผู้ที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน และปัญหาบางอย่างจะเปิดเผยเฉพาะสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน เช่น กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร บางกลุ่มรับสมาชิกที่เป็นญาติของผู้ที่มีปัญหาด้วย เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholics Anonymous) บางกลุ่มรับเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเข้าเป็นสมาชิก แต่อนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกเข้าร่วมฟังการประชุมได้ เช่น กลุ่มผู้ไร้กล่องเสียง ส่วนกลุ่มหลังผ่าตัดเต้านมรับเฉพาะบุคคลที่แพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมกลุ่มได้ สำหรับผู้นำกลุ่มอาจมาจากสมาชิกของกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพหรือสมาชิกคนหนึ่งคนใด ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มในการประชุมแต่ละครั้ง หากได้มาจากการเลือกควรมีการกำหนดวาระของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยทั่วไปการเปลี่ยนผู้นำตามวาระจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกมากกว่ามีผู้นำคนเดียวตลอดไป

### เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์
2. ความเต็มใจให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ความพึงพอใจของสมาชิก



### เทคนิคของนยาบาลที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่ม

Marram (1973) ได้ให้แนวความคิดของการกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่มไว้ ดังนี้

- ก. เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มได้มีความรู้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี โดยให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์และการเรียนรู้จากการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มและจากการบอกลับของเพื่อนสมาชิก และจากกลุ่มผู้นำกลุ่ม
- ข. เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเกิดความมั่นใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
- ค. ขจัดความรู้สึกของสมาชิกที่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งหรืออยู่โดดเดี่ยว ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
- ง. เปิดโอกาสและเป็นทางนำให้ผู้สูงอายุเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกอื่น
- จ. เพื่อจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ผู้สูงอายุทุกคนได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์และปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม

เมื่อได้จุดมุ่งหมายทั่วไปแล้วนำมากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายเฉพาะย่อย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเกิดการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนบรรลุถึงจุดมุ่งหมายทั่วไปในข้อ ก. ที่ว่าเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีความรู้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีนี้ผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องกำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะไว้ให้ชัดเจนดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนยอมรับฟังความคิดเห็น และปัญหาของผู้ป่วยอื่น
2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีการซักถามซึ่งกันและกัน เพื่อความกระจ่างและเข้าใจตรงกัน
3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิด และเข้าใจในสาเหตุของความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของตน
4. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนสามารถอธิบาย หรือให้ข้อมูลบอกลับในปัญหาของความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่น

### การเลือกประเภทและจำนวนของผู้สูงอายุที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์จากการทำกลุ่ม จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเรียนรู้จากกระบวนการของกลุ่มสามารถเข้าใจถึงความหมายและวิธีการดำเนินการ ซึ่งผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้อธิบายให้เข้าใจในบทบาทของตนเองในฐานะสมาชิกและยอมรับผู้นำกลุ่มในการทำกลุ่ม นอกจากนี้จะต้องเป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ถึงกระบวนการแก้ปัญหา ตลอดจนเป็นผู้ที่มีศรัทธาที่จะเข้าร่วมทำกลุ่ม

ก่อนเริ่มทำกลุ่ม พยายามผู้ทำกลุ่มควรประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล สิ่งที่จะต้องประเมิน ได้แก่

1. ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ (Affective or mood characteristics) เช่น ผู้สูงอายุมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือไม่
2. ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในกลุ่มหรือไม่
3. การประจักษ์ ในคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ Self-esteem and Self Concept) เป็นอย่างไร ผู้สูงอายุยอมรับในบทบาทและความสามารถของตนเองได้ดีเพียงไร
4. การมีอัตตาของผู้สูงอายุ (ego strength) ประเมินว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่มีเหตุผลในการตัดสินใจเห็นหรือการกระทำของตนเองอย่างไร เพราะถ้าเป็นคนที่ไม่มีเหตุผลก็จะไม่สามารถรับฟังการบอกลับของสมาชิกในกลุ่มได้
5. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น (Communication Pattern) ผู้สูงอายุมีรูปแบบติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นอย่างไร เป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความคิดหรือความเห็นของตนเองให้ผู้ฟังสามารถรับข้อความนั้นได้ถูกต้อง และเข้าใจความหมายได้ดีเพียงไร

### อายุและเพศของสมาชิกในกลุ่ม

ไคลท์ (Klein) ได้ให้ความเห็นว่าในการจัดกลุ่มสำหรับที่เป็นผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุและเพศไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม แต่ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง องค์ประกอบในเรื่องอายุ และเพศ จะมีอิทธิพลในการทำกลุ่มในเด็กเท่านั้น

### จำนวนสมาชิกในกลุ่ม

ยังเป็นที่ถกเถียงกันในเรื่องขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม ถ้าจัดเป็นกลุ่มย่อยขนาดเล็ก ๆ ที่มีจำนวนสมาชิกไม่มากนัก (5-7 คน) จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน ได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามถ้าขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้นจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้นำกลุ่มในการสังเกต หรือประเมินผลสมาชิกแต่ละคนได้ไม่ทั่วถึงและถี่ถ้วน ทำให้ความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มของ สมาชิกลดลง ขนาดของกลุ่มย่อยจะประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน (Sampson and Marthas)

### เวลาและสถานที่สำหรับการทำกลุ่ม

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย ควรที่จะกำหนดวันและเวลา แน่นนอนสำหรับแต่ละกลุ่ม เวลาที่เหมาะสมสำหรับทำกลุ่มเล็ก ๆ คือตอนเช้าหลังจากที่สมาชิกทำ กิจวัตรประจำวันเสร็จแล้วและอาจจะจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1- 1 1/2 ชั่วโมง (Marram)

สถานที่ในการทำกลุ่มควรเป็นส่วนตัวหรือเป็นส่วนตัว (Privacy) สถานที่ควรเป็นที่ เงียบสงบ ไม่มีเสียงจากภายนอกหรือเบี่ยงเบนความสนใจของสมาชิกในการทำกลุ่มจะต้อง จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมที่สุดเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากที่สุด ไม่ตึงเครียดหรือบีบ บังคับ (Marram)

### การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม (Phase of group Experiences)

การจัดดำเนินการในกลุ่มจะต้องมีขั้นตอนดังนี้ (Marram)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่สร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) คือระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มในการนำกลุ่มครั้งแรกพยายามควรจะเป็นผู้นำให้ดูเป็นรูปแบบ จะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการมีความสัมพันธ์กับบุคคล ส่งเสริม ให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างอิสระ และเปิดเผย (Self disclosure) การที่จะให้ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนอย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่มซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปได้ด้วยดี และบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มผู้นำจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและกระบวนการ

ดำเนินการของกลุ่ม ทำหน้าที่ของผู้นำต้องเป็นมิตร เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเอง ให้กลุ่มทราบและผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจตรงกันว่า จะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหาและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจนเมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในทางงอกงามของตนเอง ภายหลังจาก การทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในระยะนี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนรู้สึกว่าตนเองจะต้องเผชิญกับปัญหาโดยลำพังผู้เดียว ซึ่งผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องอธิบายชี้แจงถึงจุดมุ่งหมาย และระยะเวลาของการทำกลุ่มซึ่งได้เคยอธิบายและทำความเข้าใจในร่วมกันแล้ว ตั้งแต่ระยะแรกของการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ช่วยเกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวดังกล่าวมาแล้ว

หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้วผู้นำกลุ่มควรบันทึกรายงานถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และประเมินผลการทำกลุ่มในครั้งนี้ด้วย

## บทบาทของผู้นำกลุ่ม (Role of Leadership)

การที่จะให้การทำการกลุ่มได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกทุกคนมีการร่วมกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา จะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (Kahn and Thapson) ผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจในหน้าที่ของตน (Leadership function) เป็นอย่างดีและเข้าใจการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention) อย่างถูกต้อง

## หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership functions)

หน้าที่พื้นฐานของผู้นำกลุ่มมี 4 ประการคือ (Marram)

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนได้รับการสนองตอบความต้องการพื้นฐาน 3 ข้อ คือ ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในเสถียรภาพ (security needs) ความต้องการมีหมู่คณะหรือส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Belonging) การได้มีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Companionship) ดังนั้นผู้นำจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในระหว่างสมาชิกสร้างความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่าสมาชิกแต่ละคนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและความคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มสามารถพบได้ร่วมกัน โดยจะต้องควบคุมบรรยากาศไม่ให้อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป
3. ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มมีการดำเนินการต่อไปได้ โดยตลอดตามจุดมุ่งหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ ผู้นำกลุ่มต้องประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกลุ่ม ควรมีการจดบันทึกถึงทัศนคติ และปฏิภริยาของสมาชิกในกลุ่มไว้ด้วย
4. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

แชมสันและมาร์ธาล์ ได้สรุปหน้าที่ของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้

1. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้
2. ช่วยให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันโดยนำเอาวิธีของกระบวนการแก้ปัญหามาใช้

3. ช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. ประเมินผลความก้าวหน้าของกลุ่ม
5. ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีการเปลี่ยนความรู้สึกผิด ประสพการณ์ โดยควบคุมไม่ได้  
สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกขัดแย้ง
6. ช่วยให้กลุ่มได้ดำเนินการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน

### วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership intervention)

การที่จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องมีการดำเนินการปฏิบัติ ดังนี้  
(Marram)

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคน  
เข้าใจถึงจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม
2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่มเพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้สมาชิก  
ในกลุ่มมีความกระตือรือร้น และเข้าร่วมในการทำกลุ่มได้ดี โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องการ  
จัดประเภทและจำนวนของสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลาและสถานที่ของการทำกลุ่ม (ดังที่กล่าวมาแล้ว  
ในกระบวนการทำกลุ่ม)
3. การกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ถึงปัญหา  
ของสมาชิกอื่น ซึ่งคล้ายกับปัญหาของตนได้เรียนรู้ถึงวิธีการที่จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจะช่วย  
ให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกปลอดภัยและเกิดสัมพันธภาพในระหว่าง  
เพื่อนสมาชิกด้วยกัน
4. การกระตุ้นให้สมาชิกพูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งพบได้ร่วมกันผู้นำต้อง  
พยายามให้ทุกคนได้มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เชื่อมโยงปัญหา  
หรือสิ่งที่สมาชิกแต่ละคนพูดแสดงออกมา (kahn and Thampson)
5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกกลุ่ม เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความสามารถ  
ในการบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องจะต้องสามารถแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นใน  
การทำกลุ่มได้ สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่เกี่ยวเนื่องกัน  
หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มกระจัดกระจายไป นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามป้องกันไม่ให้สมาชิก

คนใดคนหนึ่งผูกขาดการพูดแต่ผู้เดียว หรือการที่มีสมาชิกในกลุ่มในกลุ่มบางคนไม่สนใจจะดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ตลอดจนการที่มีสมาชิกบางคนพูดแสดงความคิดเห็นหรืออากับกิริยาที่แปลกประหลาด

6. การช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกในระยะเริ่มต้นของการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ มีท่าทีพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกอันจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของสมาชิกที่จะร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

การประเมินผลกลุ่ม วัดได้ 2 ลักษณะ คือ

1. ผลการดำเนินกลุ่ม
2. กระบวนการกลุ่มที่เกิด

แนวทางการประเมินผล

เพื่อวัดความสามารถและพัฒนาการเรียนรู้ของสมาชิกว่า บรรลุผลตามมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการทดสอบ การประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลและข้อเท็จจริงที่จะนำมาสรุปได้ว่า ได้มีการพัฒนาการเรียนรู้ จนประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงไร ประสิทธิภาพของการดำเนินงานเป็นไปตามจุดมุ่งหวังหรือไม่ มีสิ่งใดที่ยังบกพร่องและควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณา ดังต่อไปนี้

1. ความตั้งใจที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกด้วยกันในกลุ่ม
2. การร่วมกันหาแนวทางปัญหาที่นำเสนอในกลุ่ม
3. การกล้าแสดงความคิดเห็นของตน และกล้าขอความช่วยเหลือจากเพื่อนในกลุ่ม
4. การสนใจพูดคุย ชักถาม และตอบคำถามของสมาชิกแต่ละคน
5. การสนใจ และเต็มใจช่วยเหลือเพื่อนใหม่ในกลุ่มในการฝึกปฏิบัติ

ในระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม

- 1.1 สมาชิกยอมรับคำทักทาย
- 1.2 สมาชิกให้ความสนใจ และเต็มใจแนะนำตนเองให้เพื่อนในกลุ่มรู้จัก
- 1.3 สมาชิกเปิดเผยตนเองให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

- 1.4 มองคู่สนทนาด้วยสายตาเป็นมิตร และมีการสบตากันในระหว่างพูดคุย
- 1.5 สังเกตการแสดงออกของความสนใจ ความตั้งใจที่จะซักถามพูดคุยของสมาชิก

แต่ละคน

ในระยะที่ 2 ระยะกลาง ระยะนี้เป็นระยะที่

- 2.1 สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น
- 2.2 สนใจซักถาม และกล้าแสดงความคิดเห็น
- 2.3 สมาชิกกล้าขอความช่วยเหลือจากเพื่อนในกลุ่ม
- 2.4 สมาชิกตอบคำถาม และสรุปความได้ถูกต้อง
- 2.5 แสดงความสนใจ กระตือรือร้นในการร่วมมือ แสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

ในระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการทำกลุ่ม พยาบาลจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในที่ดีขึ้นของตนเอง ประเมินความสำเร็จของกลุ่มจาก

- 3.1 คำพูดของสมาชิกในกลุ่ม
- 3.2 พฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออก
- 3.3 การประเมินจากบุคคลอื่น ที่อยู่นอกกลุ่ม
- 3.4 สมาชิกได้รับประโยชน์จากการทำกลุ่มหรือไม่
- 3.5 สมาชิกรู้สึกว่าคุณสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่
- 3.6 สมาชิกมีความรู้สึกในตอนต้น และตอนจบของการทำกลุ่มต่างกันหรือไม่ ได้อะไร

เพิ่มขึ้น

- 3.7 ช่วยคลายความวิตกกังวลหรือไม่
- 3.8 สรุปเนื้อหาได้ถูกต้องหรือไม่
- 3.9 สามารถบอกประโยชน์ที่ได้จากการทำกลุ่ม
- 3.10 แสดงความคิดเห็นกันอย่างอิสระ แสดงท่าทางเปิดเผย
- 3.11 อาจมีเกณฑ์ตั้งไว้โดยเฉพาะเจาะจง



## ปัญหาที่พบในการทำกลุ่ม และรูปแบบในการปฏิบัติ

ปัญหาที่ผู้นำกลุ่มต้องเผชิญบ่อย ๆ มี 7 อย่าง คือ

1. พวก Dominate กลุ่ม
2. พวกเงียบไม่ชอบพูด (Silence group)
3. พวกอารมณ์รุนแรง ระเบิดอารมณ์ออกมา
4. ความขัดแย้งของกลุ่ม
5. พวกพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปกติ พวกอารมณ์รุนแรง
6. การเริ่มต้นกลุ่ม
7. การสิ้นสุดกลุ่ม

## รูปแบบในการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรู้สึกเร็ว ใช้การสังเกตในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อพบว่า มีปัญหาเกิดขึ้น จะต้องทำความเข้าใจ คึกขารายละเอียดของปัญหานั้นมาประกอบกับความรู้ตาม ทฤษฎี เพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหา

1. การจัดการกับพวก Dominate กลุ่ม

ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งมีเวลาจำกัด เป้าหมายของกลุ่มคือต้องการให้สมาชิกมี ปฏิสัมพันธ์เท่า ๆ กัน ผู้ที่ Dominate กลุ่มจะผูกขาดการพูด และการแสดงความคิดเห็น ทำให้ สมาชิกคนอื่นมีส่วนร่วมในกลุ่มน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ความรู้สึกแบ่งแยก ความ รู้สึกโกรธ หงุดหงิด คับข้องใจ นำไปสู่ความรู้สึกที่เลวร้าย ผู้นำกลุ่มจะต้องหาวิธีทำให้เขาหยุดพูด ตัวอย่างเช่น "ขอบคุณมากคุณวัลลี ดิฉันไม่อยากจะตัดสิทธิ์ของคุณ แต่ก็ควรจะให้ทุกคนในที่นี้ได้ แสดงความคิดเห็น บางทีเราจะกลับมาฟังคุณอีก ตอนนี้อย่าให้รับฟังความคิดเห็นของคนอื่นบ้างนะคะ" หรือ "เรามีเวลาเพียงระยะสั้นในการดำเนินกลุ่มวันนี้ ดิฉันคิดว่าจะเป็นการดีถ้าเรามีการหมุนเวียน กันพูด และสามารถรับฟังการตอบสนองจากคนอื่น" คำพูดเหล่านี้จะช่วยให้เขามองเห็นพฤติกรรม ของตน ซึ่งมีผลต่อคนอื่น บางครั้งคำพูดเหล่านี้จะใช้ไม่ได้ผล อาจจะต้องใช้การบังคับให้หยุดพูด

## 2. การปฏิบัติกับพวกที่เจียบ และไร้ความรู้สึก

ความเจียบอาจเกิดจากสมาชิกไม่กล้าแสดงออก มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในการสนทนา โกรธ หรือไม่พอใจผู้นำหรือคนอื่นในกลุ่ม หรือจากการที่ผู้นำกลุ่มผูกขาดการพูดเพียงคนเดียว จะเห็นได้ว่าความเจียบเกิดจากสาเหตุ 2 อย่างคือ พฤติกรรมผู้นำ และจากบรรยากาศของกลุ่ม

ความเจียบที่เกิดจากพฤติกรรมผู้นำนั้น ผู้นำจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน โดยพยายามพูดน้อยลง กระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่ค่อยได้พูด พูดมากขึ้น ยับยั้งการผูกขาดการพูดของพวก Dominate กลุ่ม

ความเจียบที่เกิดจากบรรยากาศของกลุ่ม เช่น สมาชิกอาจคิดว่าเรื่องที่น่าสนใจไม่น่าสนใจ ผู้นำอาจกระตุ้นด้วยคำพูด เช่น "ดิฉันสังเกตเห็นว่ามีความเบื่อหน่ายเกิดขึ้นในการพบกันวันนี้" หรือ "ท่านรู้สึกอย่างไรกับกลุ่มวันนี้" หรือผู้นำอาจจะปฏิบัติโดยการเผชิญหน้ากับสิ่งซึ่งเป็นไปได้ เช่น "ดิฉันรู้สึกว่าความร่วมมือกันแก้ไขปัญหาก็กำลังเกี่ยวข้องกับอยู่ ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกที่ไม่ค่อยดี นี่เป็นความรู้สึกของสมาชิกหรือเปล่าคะ" หากผู้นำพบว่า ความเจียบเกิดจากปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความโกรธ ความกลัว อาจใช้คำถามช่วย เช่น "ดิฉันแปลกใจ ถ้าสมาชิกในที่นี้โกรธอะไรที่ดิฉันไม่โกรธ" ดิฉันแปลกใจ ถ้าเรากลัวที่จะนำหัวข้อมาพูดเพราะว่ามันอาจนำความรู้สึกที่ไม่ดีมาเปิดเผย"

ในบางครั้งการปล่อยให้ความเจียบผ่านไปอาจเป็นผลดีต่อการทำกลุ่ม

## 3. การปฏิบัติกับพวกอารมณ์รุนแรง ที่พบบ่อยมี 2 ประเภท คือ พวกที่แสดงอาการโกรธและร้องไห้ การที่สมาชิกแสดงอารมณ์ออกมาจะช่วยให้ผู้นำเข้าใจและสามารถให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง แต่ถ้าเป็นการระเบิดอารมณ์ที่รุนแรงออกมา ผู้นำกลุ่มก็ต้องหาวิธีระงับ และควบคุมไม่ให้สถานการณ์เลวร้ายลงไปอีก

## 4. การจัดการความขัดแย้งในกลุ่ม โดยปกติแล้วความขัดแย้งจะไม่มีผลดี แต่ในบางโอกาสความขัดแย้งก็ช่วยสร้างสรรค์ การจัดการกับความขัดแย้งจะต้องพิจารณาความขัดแย้งก่อน แล้วดูพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก การตอบสนองทางอารมณ์ว่าเป็นการตกลงกันไม่ได้ ทะเลาะกันหรือไม่ ผู้นำจะต้องเผชิญหน้าโดยตรง พยายามให้ตกลงกันได้ ขั้นตอนการปฏิบัติมี 3 ขั้นตอนคือ

1. ช่วยประคับประคองในรายที่ยังตกลงกันไม่ได้
2. ช่วยทำให้ความขัดแย้งนั้นกระจ่างขึ้น ค้นหาอะไรที่ยังตกลงกันไม่ได้
3. ทำให้ง่ายในการตกลง

5. การจัดการกับพวกที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปกติ การปฏิบัติจะมุ่งความสนใจไปยังสมาชิกที่เบี่ยงเบน และความหมายของการเบี่ยงเบน และสุดท้ายมองไปยังการตอบสนองของกลุ่มต่อการเบี่ยงเบน การปล่อยให้เขาเปิดเผยพฤติกรรมและทำให้เข้าใจตนเอง การช่วยเหลือแบบประคับประคอง อาจใช้ได้ผล ถ้าไม่สำเร็จอาจต้องนำสมาชิกนั้นออกจากกลุ่ม

#### 6. การเริ่มต้นทำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้วางแผนว่า ใคร สมาชิกมีใครบ้าง อะไร มาทำอะไร อย่างไร ทำกลุ่มกันอย่างไร และจะได้ผลประโยชน์อะไรจากกลุ่ม

วิธีการปฏิบัติ ต้องยึดคำถาม ใคร อะไร อย่างไร เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือสมาชิกการเริ่มต้นเริ่มด้วย ผู้นำแนะนำตนเอง แนะนำให้สมาชิกแนะนำตนเอง แนะนำให้กลุ่มทราบถึงจุดมุ่งหมายว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ผู้นำจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกให้ความรู้สึกปลอดภัย ช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมให้แสดงความคิดเห็น และสร้างความไว้วางใจ การเริ่มต้นในรูปแบบประชาธิปไตยเป็นแบบที่สมาชิกพอใจ เป็นรูปแบบที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

7. การสิ้นสุดของกลุ่ม ทำให้เกิดความอาลัยอาวรณ์ เป็นการสูญเสียสมาชิกจะมีความรู้สึกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม ผู้นำควรระวังสังเกตและประเมินสิ่งเหล่านี้ ก่อนการสิ้นสุดกลุ่มจะต้องมีการเตรียมและแจ้งให้สมาชิกได้รู้ล่วงหน้า ควรจะได้ร่วมกันประเมินการทำกลุ่มว่าสมาชิกได้รับประโยชน์อะไรจากกลุ่ม ร่วมกันสร้างความประทับใจเพื่อการจากกันด้วยดี

#### ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ดรุณี ชุนหวัด (2534) ได้กล่าวถึงปัญหาในกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการบรรลุตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มขาดทักษะในการรวมสมาชิกกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การแก้ปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว แต่ไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ ดังนั้น ในทางปฏิบัติจะต้องเลือกผู้นำอย่างรอบคอบ หรือได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มดำเนินไปได้ เมื่อผู้นำมีทักษะแล้ว เจ้าหน้าที่ควรช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

2. สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ หรือมีอุปสรรคในการเดินทาง เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้ ผู้นำกลุ่มต้องติดตามแก้ไขปัญหาให้สมาชิก เช่น ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มที่ปรึกษา

3. ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุมกลุ่ม ในบางครั้งการประชุมกลุ่มย่อย ต้องจัดหาสถานที่ที่กว้างขวางพอเหมาะ เงียบและเป็นส่วนตัว ควรอยู่ที่ซึ่งลงได้ง่าย กำหนดสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการจัดกลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น การจัดทำจดหมายข่าว ค่าโทรศัพท์ ค่าเครื่องตีพิมพ์ อาหารในการจัดประชุมอาจได้จากการรับบริจาคหรือจัดหาทุน ซึ่งหากได้รับจากสมาชิกโดยการเฉลี่ยกันออกแล้ว อาจทำให้สมาชิกที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีขาดประชุมได้

5. ปัญหาในการเดินทางมาร่วมประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอยู่ไกลมาก ไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำต้องส่งข่าวสารให้สมาชิกผู้ใดอย่างสม่ำเสมอหรือจัดประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว โดยประสานงานกับฝ่ายรักษายาบาล ให้นัดผู้ป่วยในวันเดียวกันหรือใกล้กัน

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย