



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสูงอายุเป็นพัฒนาการช่วงหนึ่งของชีวิตมนุษย์ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่เป็นไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น สปีค โควาร์ท และ เพลเลท (Speak, Cowart & Pellet, 1989) กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์นั้น ผู้สูงอายุมักรู้สึกถึงการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ก้าวการเสื่อมหรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ก้าวความเจ็บป่วย ก้าวความตาย ก้าวถูกทอดทิ้ง ลูกหลานไม่เอาใจใส่ ก้าวความว่าเหว่ กิดเปรียบเทียบความสุขในอดีตกับความสุขในปัจจุบัน (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, 2529) ปัญหาเด่นของผู้สูงอายุคือปัญหาทางด้านจิตใจ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พบว่าผู้สูงอายุไทย 1 ใน 10 คน จะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และระดับของปัญหาจะรุนแรงขึ้นตามอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นหญิงจะมีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชาย (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532)

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สังคมไทยมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตก ในสังคมตะวันตกเห็นว่าวัยสูงอายุเป็น “ยุคทองของชีวิต” ลูกหลานจะพากันแยกตัวออกไป ปล่อยให้บิดามารดาได้ใช้ชีวิตคู่กันตามกันตามลำพังอย่างมีความสุขที่แท้จริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรวมกันอยู่เป็นชุมชนผู้สูงอายุ เพราะชาวตะวันตกมีค่านิยมว่าการแยกมาอยู่โดยอิสระจะทำให้ ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เข้มแข็ง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เมื่อรวมกับการจัดสวัสดิการที่สมบูรณ์พร้อมของรัฐ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างไม่ยากนัก (รัถยา สารธรรม, 2535)

สังคมไทยตั้งแต่ครั้งอดีต ค่านิยมและระเบียบสังคมที่ยอมรับและยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตสืบต่อกันมาคือ การยึดถือระบบอาวุโส (Seniority) คนไทยจะถูกอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่ในวัยเยาว์ให้เคารพเชื่อฟังผู้ที่มีอายุสูงกว่า ผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปูชนียบุคคลที่จะต้องได้รับเกียรติและความเคารพจากผู้ที่อ่อนวัยกว่า โดยเฉพาะบิดามารดาต้องได้รับการเคารพนับถืออย่างยิ่งจากบุตร (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2536) ในครอบครัวไทยยังมีค่านิยมว่า บุครมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุ จะต้องมิบุตรอย่างน้อย 1 คน อาศัยร่วมบ้านกับบิดามารดาสูงอายุ (Cowgill, 1972 ; Knodel, Havonon & Pramualratana, 1984 ; Pramualratana, 1990 ; Tuchrello, 1989) ช่างในภาพรัชโยธวรรณ และคณะ, 2535)

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นสากล หรือยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับสังคมไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นเมืองในสังคมไทยมีลักษณะคล้ายกับประเทศอื่น ๆ ในโลก ที่มีการอพยพแรงงาน คนหนุ่มสาวเข้ามาทำงานในเมือง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537) สถาบันครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ลูกหลานมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น (พิรสิทธิ์ กำนวนศิริ และคณะ, 2533) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ระบบความเคารพผู้อาวุโสเสื่อมลง (วิรสิทธิ์ สิทธิไธรบ, 2528) ลูกหลานไม่ได้เลี้ยงดูปู่ย่าตายายเหมือนก่อน ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 96.6 จึงรู้สึกว่าการไม่เอาใจใส่ ร้อยละ 95 รู้สึกว่าบุตรไม่เชื่อฟัง รวมทั้งรู้สึกเหงาถึงร้อยละ 12.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2537)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุด (ปราโมทย์ วัจระฮาด, 2530) การถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างอ้างว้างโดดเดี่ยวตามลำพัง อาจจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต และสุขภาพกายอย่างมาก เนื่องจากมนุษย์เราประกอบด้วยกาย จิตและสังคม ซึ่งทำงานประสานกันอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถแยกจากกันได้โดยอิสระ (ศิริพร ชัมภะถิจิต, 2532 ; Noonan, 1981)

ความว่าเหวจึงนับเป็นปัญหาที่รุนแรงในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ ครีซี เบิร์ก และไรท์ (Creecy, Berg & Wright, 1985) พบว่าความว่าเหวมีสูงถึงร้อยละ 12 - 40 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 4 มีปัญหาเกี่ยวกับความว่าเหว นอกจากนี้ยังพบว่าความว่าเหวมีความรุนแรง และพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากความกลัวอาชญากรรม (Ryan & Patterson, 1987) และจากการศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ (เกริกศักดิ์ บุญญาบุหงศ์,

ศรัย บัญญาพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ, 2533) พบว่าผู้สูงอายุมีความว้าเหว่ 162 คน จากจำนวน 654 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8

ความว้าเหว่ในผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นระยะเวลายาวนาน และมีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากมีการพลัดพราก สูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่มีความสำคัญ ครูซ (Cruz, 1986) กล่าวว่าความว้าเหว่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้พลัง ไร้คุณค่า ซึมเศร้า มีความรู้สึกหือเห่ สิ้นหวังและอยากตาย ไรอัน และแพทเทอร์สัน (Ryan & Patterson, 1987) กล่าวว่าความว้าเหว่เป็นปัญหาทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ของสุพรรณิ นันทชัย ที่พบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) นอกจากนี้ยังพบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ (เปรมฤดี ศรีราม, 2539) ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีมากและมีความว้าเหว่สูงอีกด้วย (Mullins, Sheppard & Henderson, 1988)

ความว้าเหว่จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย ความวิตกกังวล ความเครียดโดยไม่มีทราบสาเหตุ (Rodgers, 1989 : 16-21) และจากการศึกษาของทาวเซนต์ (Towsend cited in Ryan & Patterson, 1987 : 8-10) พบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์กับการแยกตนเอง

ความว้าเหว่จึงเป็นความรู้สึกที่เห็นว่า ตนเองขาดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Sesenwein, 1964 cited in Mahon & Yacheski, 1990 : 45) เป็นความรู้สึกที่ทำให้ทุกข์ใจอย่างมาก ทำให้เกิดความรู้สึกหือเห่ไร้มูลเหตุที่ชัดเจน มีการแยกตัวจากบุคคลอื่น (Francis, 1981, cited in Rodgers, 1989 : 16) ความว้าเหว่เกิดจากการรับรู้ตนเองว่าเป็นผู้ที่ถูกกลืนไม่เป็นที่ต้องการ และถูกทอดทิ้งอันเกิดมาจากความคิดที่ไร้เหตุผล (Peplau & Perlman, 1982) ไวส์ (Weiss, 1973, cited in Peplau & Perlman, 1982 : 127) กล่าวว่าความว้าเหว่เกิดขึ้นเมื่อคนเราประเมินตนเองว่าบกพร่องในเรื่องของสัมพันธ์ภาพทางสังคม ตามมาตรฐานบางอย่างที่ตนได้ตั้งไว้

ความว้าเหว่เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความซับซ้อนของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม (Peplau, Miceli, and Morasch, 1982 cited in Peplau & Perlman, 1982: 148) โดยมีการบวนการทางความคิดเป็นสาเหตุของความว้าเหว่ บุคคลที่ว้าเหว่มักประเมินตนเองและผู้อื่นในแง่ลบ ต่ำหนิดตนเองว่าล้มเหลวทางสังคม (Rook and Peplau, 1982 Cited in Peplau & Perlman,

1982: 354-355) ทำให้มีแนวโน้มที่จะให้ความหมายที่เกินความเป็นจริงแก่สิ่งต่าง ๆ หรือมุ่งหวังความรักจากผู้อื่นมากเกินไป บุคคลที่ว้าเหวจึงมักกังวลต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคมและอ่อนไหวต่อบทบาททางสังคมที่กระทบแม่เพียงเล็กน้อย (Weiss cited in Peplau & Perlman, 1982 : 354-355) ทำให้บุคคลที่ว้าเหวมีแนวโน้มที่จะรู้สึกซึมเศร้า และขาดความพยายามที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพทางสังคมของตนให้ดีขึ้น ทำให้รู้สึกว้าเหวมากขึ้น (Peplau & Perlman, 1982 : 355)

ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีแนวคิดที่ว่าอารมณ์ เหตุผลและพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคคล ทฤษฎีนี้มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ว่า มนุษย์เป็นบุคคลที่มีคุณค่าและรู้จักคิด รวมทั้งสามารถพัฒนาโครงสร้างของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ที่บุคคลมีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านที่ติงามการไม่ยอมรับลักษณะด้านลบที่ตนเองมี เป็นส่วนที่ขัดขวางต่อการพัฒนาไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลยอมรับความเป็นจริงของการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งจุดบกพร่องของตนเอง และพยายามใช้ความสามารถของตนเองพัฒนาเป้าหมายในชีวิตให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริง เรียนรู้ว่าคุณค่าไม่จำเป็นต้องมีความสมบูรณ์เพียงพร้อม ไม่จำเป็นจะต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน เน้นวิธีการให้บุคคลพ้นจากประสบการณ์ที่เจ็บปวดด้วยการเปลี่ยนความคิดของตน โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันของสมาชิกภายในกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตำรวจอารมณ์ ความรู้สึก และฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลร่วมกัน

ผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว ควรจะเป็นการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดว่าความรู้สึกว้าเหวนั้น สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองโดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่ตนมีอยู่ จึงจะนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมมาใช้ในการลดความว้าเหวในผู้สูงอายุ เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตัวเอง เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองเมื่อเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต ทำให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขตามศักยภาพแห่งตน

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ต่อการลดความว้าเหวในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ขอเสนอตามลำดับดังนี้คือ

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ
- 2) แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ

1. พัฒนาการในวัยสูงอายุ

อีริกสัน (Erikson, 1950, 1982, สุภาพรณ โคตรจรัส 2525) ได้กล่าวถึงลักษณะ พัฒนาการขั้นต่าง ๆ ในรูปแบบของความต่อเนื่อง โดยแบ่งขั้นพัฒนาการของชีวิตออกเป็น 8 ขั้นด้วยกัน ในทุกขั้นพัฒนาการจะมีความขัดแย้งพื้นฐานเกิดขึ้นเฉพาะในแต่ละขั้น ผู้ที่ชนะความขัดแย้งได้สำเร็จ เป็นผู้ที่ปรับตัวได้ดี พัฒนาการของชีวิต 8 ขั้น ได้แก่ วัยทารกวัยขวบแรก วัยเด็กตอนต้น อายุ 2 - 3 ขวบ วัยเล่นอายุ 4 - 5 ขวบ วัยเรียนอายุ 6 - 11 ปี วัยรุ่นอายุ 12 - 20 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20 - 40 ปี วัยกลางคนอายุ 40 - 60ปี และวัยสูงอายุในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยประมาณ วัยสูงอายุ เป็นขั้นสุดท้ายของพัฒนาการ เป็นระยะที่มีความมั่นคงสมบูรณ์ในตน หรือมีความหมกหมวัง หอคอดาลัย สิ่งแวดล้อมที่สำคัญในวัยสูงอายุคือคนในวัยและสถานะเดียวกัน

ลักษณะการมีความมั่นคงสมบูรณ์หรือมีบุรณภาพในตน เป็นผลสำเร็จของ พัฒนาการขั้นนี้ บุคคลที่มีบุรณภาพ หมายถึงผู้ที่มีความเชื่อในคุณค่าของการทำประโยชน์ให้กับมวล มนุษย์ เห็นความสำคัญของการต่อเนื่องของอดีต ปัจจุบันและอนาคต ขอมรับวงชีวิตและแบบแผน ของชีวิต ทำให้สามารถตัดสินใจได้และมีความฉลาดรอบรู้

ลักษณะการมีความหมกหมวังหอคอดาลัย เป็นผลมาจากความล้มเหลวของพัฒนาการ ขั้นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมกหมวังหอคอดาลัยในชีวิต โดดเดี่ยว อ้างว้าง ว้าเหว กลัวความตาย มีความไม่พอใจในสถาบันหรือผู้คนบางประเภท ขาดความศรัทธาในตนเองและผู้อื่น มองไม่เห็น ความหมายในการดำรงชีวิตของมนุษย์ รวมทั้งรู้สึกว่าเวลาสิ้นเกินไป ประรณาวางชีวิตที่คิดไว้ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าความว้าเหวในวัยสูงอายุ เป็นผลมาจากความล้มเหลวของพัฒนาการ ขั้นสุดท้ายของชีวิตที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับลักษณะพัฒนาการได้

2. ความหมายของความร่ำเหว

ความร่ำเหว (Loneliness) เป็นสภาวะทางจิตใจที่ยากจะอธิบายเป็นคำพูดได้ชัดเจน ซีเซนวิน (Sesenwien, 1964, cited in Mahon & Yacheski, 1990 : 45) กล่าวถึงความร่ำเหวว่าเป็นความรู้สึกที่ตนเองขาดสัมพันธ์สภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ส่วน ยัง (Young, 1978 : 38 cited in Peplau & Perlman, 1982) เห็นว่าความร่ำเหวหมายถึงการไม่ได้รับสัมพันธ์สภาพทางสังคมในแบบที่ตนพอใจ หรือเป็นความรู้สึกว่าตนไม่ได้มีสัมพันธ์สภาพทางสังคมในแบบที่ตนชอบ ขณะที่ ไวส์ (Wiess, 1973 : 17 cited in Peplau & Perlman, 1982) กล่าวว่า ความร่ำเหวไม่ได้เกิดจากการอยู่คนเดียว แต่เกิดจากการมีสัมพันธ์สภาพที่ผิดเพี้ยนกับผู้อื่น หรือถ้าจะกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้นก็คือความร่ำเหวเป็นการตอบสนองต่อการไม่มีสัมพันธ์สภาพในแบบที่ตนคิดไว้ในใจ เซอร์แมท (Sermat, 1978 : 274 cited in Peplau & Perlman, 1982) มีความเห็นว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความขัดแย้งกันระหว่างสัมพันธ์สภาพที่เป็นอยู่ กับสัมพันธ์สภาพในแบบที่ตนต้องการ สัมพันธ์สภาพในแบบที่ต้องการนี้ เป็นสัมพันธ์สภาพที่ตนจินตนาการขึ้น และยังไม่เคยได้รับมาก่อน ส่วน เปรلمان และ เพปลิว (Perlman & Peplau, 1982) กล่าวว่า ความร่ำเหวเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายใจ เกิดจากความบกพร่องในสัมพันธ์สภาพของบุคคลในด้านคุณภาพ หรือด้านปริมาณก็ได้ ขณะที่ ฟรานซิส (Francis, 1981 cited in Rodgers, 1989 : 16) ได้กล่าวเสริมว่า ความร่ำเหวเป็นความรู้สึกที่ทำให้ทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวไร้สาเหตุที่ชัดเจน มีการแยกจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม

จากคำนิยามความร่ำเหวดังกล่าวข้างต้น พบว่าทุก ๆ คำนิยามของความร่ำเหว จะมีความเหมือนกัน 3 ประการคือ (1) ความร่ำเหว เกิดจากความบกพร่องเกี่ยวกับสัมพันธ์สภาพทางสังคมของบุคคล (2) ความร่ำเหว เป็นปรากฏการณ์ด้านความรู้สึกที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง มีความแตกต่างจากการอยู่คนเดียว หรือความโดดเดี่ยว ในการติดต่อกับผู้อื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกร่ำเหวขึ้นได้ เมื่อคนเราเกิดความไม่พอใจในคุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์นั้น (3) ความร่ำเหว เป็นเรื่องเกี่ยวกับความทุกข์ใจ

จากคำนิยามดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ความร่ำเหวเป็นความทุกข์ทรมานใจ เกิดจากการขาดสัมพันธ์สภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม

3. การวินิจฉัยความว่างเหว

เพปลาัว มิเชลลี และโมราซ (Peplau, Miceli & Morasch, 1980, cited in Perlman & Peplau, 1982; 136) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยความว่างเหวไว้ว่า ควรใช้ทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในแนวทางในการพิจารณาความว่างเหว แม้ว่าความว่างเหวจะเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เศร้าโศก แต่เกณฑ์ทางอารมณ์เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะระบุว่าประสบการณ์ที่ไม่สบายใจนั้นคือความว่างเหว จึงมีการใช้แนวทางทางพฤติกรรมประกอบการพิจารณาความว่างเหวด้วย โดยใช้พฤติกรรมหลาย ๆ ในการระบุว่ามีความว่างเหวเกิดขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ยาก หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในสังคม จากหลักการจะเห็นว่าการอยู่คนเดียวอาจไม่เกี่ยวข้องกับความว่างเหว เพราะบุคคลอาจมีความสุขกับการอยู่คนเดียวได้ แต่เมื่อบุคคลไม่มีความสุขเพราะรู้สึกว่าการอยู่คนเดียวบอบ ๆ ก็อาจจะเรียกได้ว่าเป็นความว่างเหว นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าความว่างเหวยังเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคล กล่าวคือบุคคลที่ว่างเหว จะมีความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ใกล้ชิดหรือบ่อยครั้งขึ้น ดังนั้นเมื่อพิจารณาประสบการณ์ความว่างเหวจึงต้องพิจารณาจาก พื้นฐานทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมประกอบกันทั้งหมด

4. ชนิดของความว่างเหว

ยัง และคณะ (Beck & Young, 1978 cited in Peplau & Perlman, 1982) ได้แบ่งความว่างเหวออกเป็น 3 ชนิด ตามระยะเวลาของความว่างเหวคือ

1) ความว่างเหวชนิดชั่วคราว (Transient Loneliness) หรือความว่างเหวในชีวิตประจำวัน (Everyday Loneliness) เป็นความว่างเหวที่พบมากที่สุด เป็นความรู้สึกว่าเหวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และเกิดขึ้นไม่นานนัก

2) ความว่างเหวชนิดที่เกิดจากการมีสถานการณ์ที่สำคัญในชีวิต เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น (Situation Loneliness) เป็นความว่างเหวที่มักจะเกิดภายหลังเหตุการณ์เคร่งเครียดที่สำคัญของชีวิต เช่น การตายของคู่สมรส หรือการหย่าร้าง บุคคลที่เกิดความรู้สึกนี้จะหายจากความว่างเหวและยอมรับความสุขเสียในเวลาไม่นานเกิน 1-2 ปี

3) ความว่างเหวชนิดเรื้อรัง (Chronic Loneliness) เกิดในบุคคลที่ไม่เคยพึงพอใจในสัมพันธภาพของตนกับผู้อื่น เป็นระยะเวลา 1-2 ปี ติดต่อกัน โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาให้สัมพันธภาพดีขึ้นได้เลย ทำให้ไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่นได้

5. ลักษณะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ไว้เหว่

รุกและเพปทัว จำแนกลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ไว้เหว่ (Rook & Peplau, 1982 cited Perlman & Peplau, 1982: 352-355) ดังนี้

5.1 แบบแผนทางอารมณ์ (Affective Patterns)

รูบินสไตน์และเชฟเวอร์ (Rubenstein & Shaver, 1982 cited in Perlman & Peplau; 1982 : 353) ได้แบ่งความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความไว้เหว่ไว้เป็นแบบแผนทางอารมณ์ 4 แบบคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อกว่าไม่อยากจะอดทน และความรู้สึกรังเกียจตัวเอง บุคคลที่ไว้เหว่มากกว่า 60% จะมีความรู้สึกเหล่านี้มากกว่า 1 แบบ ยัง (Young, 1982 cited in Perlman & Peplau, 1982: 353) กล่าวว่าวิธีการจัดการกับความไว้เหว่ของแต่ละบุคคล ควรพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความไว้เหว่ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกแบบใด เช่นความไว้เหว่ที่ประกอบด้วยความรู้สึกเศร้าเสียใจร่วมกับความรู้สึกซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจร่วมกับความกลัวหรือร่วมกับความรู้สึกโกรธและขมขื่น เป็นต้น นอกจากนี้ความไว้เหว่ยังมีความสัมพันธ์สูงกับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกซึมเศร้าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การเป็นหม้าย และการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพทางสังคมดังกล่าวจะเป็นชนวนนำไปสู่ความรู้สึกไว้เหว่

5.2 แบบแผนทางความคิด (Cognitive Patterns)

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการทางความคิดที่สำคัญที่เป็นสาเหตุหรือเกิดขึ้นควบคู่กับความไว้เหว่ มีอยู่ 3 ประการได้แก่ 1) การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธภาพของตนกับผู้อื่น 2) การที่บุคคลมุ่งความสนใจในประสบการณ์ของตน โดยเฉพาะความรู้สึกภายในของตน เป็นการหมกมุ่นกับตนเอง 3) การมองตนเองและผู้อื่นในทางลบ ดังนั้นในการช่วยเหลือบุคคลที่ไว้เหว่ นักจิตวิทยาการปรึกษาจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับ การให้ความหมายของบุคคลต่อสถานภาพทางสังคมของตนเอง ความรู้สึกไว้เหว่มักเริ่มจากการดำเนินตนเองว่าล้มเหลวทางด้านสังคม ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น บันทึบความพยายามที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพทางสังคมของตนให้ลดต่ำลง ยัง (Young, 1978 cited in Perlman & Peplau 1982; 354-355) กล่าวว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินตนเอง และการประเมินสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล จึงจะสามารถเข้าใจความรู้สึกและการกระทำของบุคคลที่ไว้เหว่ได้อย่างถูกต้อง

บุคคลที่ไว้เหว่มักให้ความสำคัญเกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ของตนเองมากจนเกินจริง รวมทั้งมักเป็นคนที่ระแวงระวังจนเกินกว่าเหตุ กังวลต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคม และอ่อนไหวต่อบทบาททางสังคมที่มากกระทบตนเองแม้เพียงเล็กน้อย ส่งผลให้บุคคลที่ไว้เหว่มีแนวโน้ม

ที่จะให้ความหมายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง และไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น หรือมุ่งหวังความรักจากผู้อื่นมาก (Weiss, 1973 cited in Perlman & Peplau, 1982: 355) บุคคลที่ว้าเหวส่วนมาก เป็นคนที่สนใจเฉพาะตนเอง กิเลสประหมัดตนเองและผู้อื่นในแง่ลบ (Perlman & Peplau, 1982: 354) การที่บุคคลมีทัศนคติที่เกลียดสังคม ไม่ไว้ใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และไม่ให้ความสนใจต่อการสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยกับเพื่อนใหม่ ๆ ทำให้บุคคลกลายเป็นคนที่ว้าเหว การตั้งสมมติฐานที่มุ่งเน้นความสำเร็จของสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้บุคคลที่หย่าร้าง หรือไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับใคร คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ล้มเหลว (Gordon, 1976 cited in Perlman & Peplau, 1982: 355) ดังนั้นวิธีการบำบัดบุคคลที่ว้าเหวจึงไม่ควรจำกัดอยู่ที่การกล่าวถึงความรู้สึกที่เจ็บปวดจากความว้าเหว แต่ควรคำนึงถึงรูปแบบทางความคิดที่ทำให้ความว้าเหวนั้นทวีความรุนแรงขึ้น

กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว จะมุ่งเน้นที่แบบแผนของความขัดแย้งทางความคิดของความว้าเหว (Cognitive Discrepancy Models of Loneliness) เป็นสำคัญขององค์ประกอบของความว้าเหวเกี่ยวข้องกับแบบแผนทางอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่บุคคลนั้นรับรู้และตั้งมาตรฐานไว้ในใจ เมื่อพิจารณาตามหลักการของแบบแผนของความขัดแย้งทางความคิด ความว้าเหวเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ของบุคคลว่าตนล้มเหลว เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานของสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนตั้งไว้ในใจ ความขัดแย้งทางความคิดนี้มาจากมุมมองภายในตัวของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองและสังคมของตนว่าเป็นเช่นใด ดังนั้นภายใต้สัมพันธภาพทางสังคมแบบเดียวกัน บุคคลหนึ่งอาจรู้สึกว้าเหว ขณะที่บุคคลอีกคนหนึ่งอาจจะรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคมนั้น ดังนั้นความว้าเหวจึงสามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ด้วย การเปลี่ยนความคิดที่เป็นมาตรฐานทางสังคมของบุคคลนั้น (Peplau, Miceli & Morasch, 1982 cited in Perlman & Peplau, 1982: 137)

เพปถัวและคณะ (Peplau et. al., 1982 cited in Perlman & Peplau, 1982: 128) จึงสนับสนุนวิธีการทางปัญญา (Cognitive Approach) ในการบำบัดความว้าเหวหลักการที่สำคัญที่สุดของวิธีการทางปัญญาคือ ความเชื่อที่ว่าความคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเป็นสาเหตุของความว้าเหว โดยความคิดเป็นสื่อกลางระหว่างความรู้สึกบกพร่องทางสังคมกับประสบการณ์ความว้าเหวที่เกิดขึ้น

5.3 แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior Patterns)

ยังมีการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนทางพฤติกรรมของผู้ว้าเหวน้อยมาก อย่างไรก็ตาม อาจสรุปได้ว่าทักษะทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่ยังไม่แน่ชัดว่าทักษะทางสังคมเป็นเหตุหรือผลของความว้าเหว มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พอสรุปได้ว่า ในการสนทนาของผู้ว้าเหว

มักจะพูดถึงแต่ตนเองและไม่ค่อยสนอกกับคำพูดของผู้อื่น และมีการเปิดเผยตนเองในเรื่องส่วนตัว เป็นบางเรื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่ไว้ใจเป็นคนที่อายและถึงแก่ที่จะเสี่ยงทางด้านสังคม (Jones's, Freeman, & Goswick, 1981 cited in Perlman & Peplau, 1982: 355)

6. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไว้ใจในผู้สูงอายุ

อาจสรุปสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดความไว้ใจในผู้สูงอายุ ได้ 3 ประเภท ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในระยะหลังของวงจรชีวิต เมื่อสูงอายุนั้น ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่ได้โดยมีขีดจำกัด อวัยวะภายในร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนไปในทางเสื่อมอย่างเห็นได้ชัด เช่น ประสาทสัมผัสเสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา หรือบางรายก็บ่นปัสสาวะไม่ได้ จะเกิดความระอายในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดความไว้ใจได้ง่าย (Lowenthal, 1968, Ramdel, 1970, Oyer & Oyer, 1979, Miller, 1985, Magilvy, 1985, Calvani, 1987, cited in Christian, Dluhy & O'Neil, 1987 : 4 ; Kivett, 1979 cited in Ryan & Patterson, 1987 : 9 ; Brunner & Suddarth, 1984 : 258 ; Goldman, 1988 : 78)

ความไว้ใจเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพมากมาย จากการศึกษาของเบิร์ก และคณะ (Berg et al., 1981) พบว่าความไว้ใจมีความสัมพันธ์กับผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท และพวกที่ติดยาเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ความไว้ใจยังสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ และการประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีอีกด้วย แอนเดอร์สันและสตีเวนส์ (Anderson & Stevens, 1993 cited in Donaldson & Watson, 1996) พบว่าความไว้ใจสัมพันธ์กับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความอ่อนเพลีย การดื่มสุราจัด การลดลงของระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระดับของคอร์ติโคสเตียรอยด์ในระบบปัสสาวะ ทำให้ ที-เซลล์ (T-Cell) ที่คอยดักจับเชื้อโรค ลดลง ป่วยเป็นโรคจิตเภท และถึงแก่ความตายได้

สุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความไว้ใจ (Newbern & Krowchuck, 1994) โดยจะแสดงออกทางภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ซึมเศร้า (Berg et al., 1981, Ryan & Patterson 1987, Anderson & Stevens, 1993 cited in Donaldson & Watson, 1996) วอลท์เกอร์ และ

บิวชีน (Walker & Beauchene, 1991 cited in Donaldson & Watson, 1996) พบว่าความร่าเหวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารได้น้อย นอกจากนี้ ซีบรูก ลิฟวิงสโตนและคณะ เมอร์ฟี ทอร์นสแตม ยิง และฮิวจ์ (Seebrook, 1973, Livingstone et al. 1990, Merphy 1982, 1983, 1986, Tomstam, 1989, Young, 1982, & Hughes 1991, 1992, cited in Donaldson & Watson, 1996) ล้วนแต่พบว่าความร่าเหวสัมพันธ์กับความซึมเศร้า เห็นได้อย่างชัดเจนว่าความร่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ

2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่ และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง ฮอกสเทล (Hogstel, 1981 อ้างถึงในเกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ได้เขียนเปรียบเทียบความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาว และวัยผู้ใหญ่ว่า ในวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่จะมีสังคมกว้างขวางกับบุคคลหลาย ๆ กลุ่ม แต่ในสังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิท และวัดเท่านั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลทำให้เกิดความร่าเหวในผู้สูงอายุได้แก่

2.1) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

สังคมไทยตั้งแต่ครั้งอดีต จะยึดถือระบบอาวุโส (Seniority) ผู้เยาว์วัยต้องให้ความเคารพผู้ที่มีอายุสูงกว่า ผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปูชนียบุคคล โดยเฉพาะบิดามารดาต้องได้รับการนับถืออย่างยิ่งจากบุตร (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2536) นอกจากนี้ในครอบครัวไทยยังมีค่านิยมว่า บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุ จะต้องมีบุตรอย่างน้อย 1 คน อาศัยร่วมบ้านกับบิดามารดาสูงอายุ (Cowgill, 1972 ; Kenodel, Havonon & Pramualratana, 1984 ; Pramualratana, 1990 ; Tuchrella, 1989 อ้างใน นภาพร โชยวรรณและคณะ, 2535)

แต่ในปัจจุบันสังคมไทยได้พัฒนาจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมเมือง และสังคมอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน จากชนบทเข้าสู่ตลาดแรงงานของภาคอุตสาหกรรมในเมือง โครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบไปด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และหลาน มาเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น (บรรณ ศิริพานิช ; 2531 : 5)

จากรายงานของสำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2537 พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 96.6 รู้สึกว่าบุตรไม่เอาใจใส่ ร้อยละ 95 รู้สึกว่าบุตรไม่เชื่อฟัง ร้อยละ 12.4 รู้สึกเหงา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตร, 2537) ทั้งสตอล (Tuncstall, 1966, cited in Ryan & Patterson, 1987 : 8) พบว่าผู้สูงอายุที่พบปะบุตรหลานนาน ๆ ครั้งจะมีความร่ำเฒ่ามาก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ มัลลินส์ จอห์นสัน และแอนเดอร์สัน (Mullins, Anderson, 1987 : 225-238) ซึ่งพบว่าในผู้สูงอายุที่มีความร่ำเฒ่านั้น การพบปะติดต่อกับครอบครัวและบุตรหลานบ่อยครั้งขึ้น ไม่สามารถลดความร่ำเฒ่าได้ แต่ความร่ำเฒ่าในผู้สูงอายุจะลดลงได้จากการพบปะติดต่อกับเพื่อน และเพื่อนบ้านบ่อยขึ้น

2.2) การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน

การสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือการตายของคู่ชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิต ภาวะเป็นหม้ายจะมีแนวโน้มก่อให้เกิดความรู้สึกร่ำเฒ่าในผู้สูงอายุได้

เชลดอน (Sheldon, 1948, cited in Ryan & Patterson, 1987 : 8) พบว่าความร่ำเฒ่าสัมพันธ์กับการเป็นหม้าย ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความร่ำเฒ่าจะเป็นพ่อหม้ายทั้งหมด และผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 75 ที่มีความรู้สึกร่ำเฒ่าก็อยู่ในภาวะเป็นหม้ายเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทาวน์เซนด์ และการศึกษาของรีเวนสันและจอห์นสัน (Townsend, 1955, cited in Ryan & Patterson, 1987 : 8 ; Revenson & Johnson, 1984 : 71-85) ที่พบว่าความร่ำเฒ่ามีความสัมพันธ์กับความสูญเสียมากกว่าการแยกตัวออกจากสังคม ผู้ที่เป็นหม้ายที่มีความร่ำเฒ่ามากที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งจะเป็นหม้าย และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นถ้าผู้สูงอายุนั้น ไม่มีบุตรหลาน

กีเวตต์ (Kivette, 1979, cited in Ryan & Patterson, 1987 : 9) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความร่ำเฒ่ามากถึงร้อยละ 15.5 ปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความร่ำเฒ่าคือการเป็นหม้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดอ จอง เจียเวลด์ และ ไคค์สตรา (de Jung-Gierveld, Kamphuis & Dykstra, 1987 : 13-17) ที่พบว่าคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในการช่วยเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีในด้านของจิตใจ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง มีคนเอาใจใส่ จากการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2535 : 123) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีความร่ำเฒ่ามากกว่ากลุ่มที่อยู่กับคู่สมรสและกลุ่มที่เป็นโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบเกอร์ (Baker, 1993 : 30-33) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคู่สมรสสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรส การมีคู่สมรสอยู่ด้วยทำให้สามารถพูดคุยปรึกษา หรือวางแผนในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ไม่เกิดความร่ำเฒ่าได้

2.3) การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ผู้สูงอายุมีความรู้สึกต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองยังไม่ถูกทอดทิ้ง ต้องการได้รับการยอมรับ และการเชื่อถือจากบุคคลอื่นเป็นการส่วนตัว ต้องการเพื่อนที่ถูกต้อง เห็นอกเห็นใจในเรื่องที่จะคุยด้วย (สุพรรณิ พลัฒาทอง : 2522) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้สูงอายุ ดังที่กล่าวมาทั้งหมด เน้นในเรื่องสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น แต่การเข้าร่วมกิจกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น สุขภาพร่างกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ และการคมนาคม

เชลดอน (Sheldon, 1984 cited in Ryan & Patterson, 1987 : 8) พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดให้อยู่ในบ้านด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม จะมีความว้าเหว่มากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปรับตัวของแต่ละบุคคลด้วย ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของคิเวตต์ (Kivette, 1979 cited in Ryan & Patterson, 1987 : 9) และเบิร์กและคณะ (Berg et al, 1981 : 342-349) ซึ่งพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อย การขาดการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น ความไม่สะดวกในการคมนาคม และการขาดการติดต่อกันทางโทรศัพท์ก็ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความว้าเหว่ได้

ทิจเซน (Thijssen ,1983 : 271-284) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างชาวเนเธอร์แลนด์จำนวน 2,324 คน พบว่าความบ่อยของการไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความว้าเหว่ได้มากที่สุดรองลงมาคือความห่างไกลของบ้านเรือนจากเมืองใหญ่ และความเป็นหม้ายตามลำดับ

2.4) ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

การเปลี่ยนของรายได้ ก็มีผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาวะที่ต้องปรับค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาขาดรายได้ หรือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตให้อยู่อย่างมีความสุขเนื่องจากผู้สูงอายุไม่มียานพาหนะ (วุฒิสาร ตันไชยและเล็กสมบัติ, 2533) จากการศึกษาของประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2520) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพฯ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนนี้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความว้าเหว่ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าการสูญเสียรายได้หรือการมีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่แยกผู้สูงอายุออกจากการติดต่อระดับต่าง ๆ ในสังคม ทำให้เกิดความว้าเหว่ตามมาได้

2.5) การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต

ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมากกับวิถีการดำเนินชีวิต เทอร์มอท (Thurmott, 1977 cited in Esberker, Key & Hughes, 1984 : 290) กล่าวว่าระดับของความว้าเหว่มีขึ้นอยู่กัวิถีชีวิตที่บุคคลหรือครอบครัวมีในอดีต รวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย นั่นคือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคนในสังคมน้อยอย่างสม่ำเสมอ และเป็นคนเปิดเผย รู้สึกสนุกสนานกับคนในครอบครัวและเพื่อน และสามารถดำรงสภาพเช่นนี้จนถึงวัยท้ายของชีวิต บุคคลเช่นนี้จะมี

ความว้าเหว่น้อยที่สุด นอกจากนี้ (Fromm-Reichman, 1950, cited in Esberker & Hughes, 1984 : 290) ยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นคนขี้อาย และพึงพิงคู่สมรสในทุก ๆ ด้านเมื่อสูญเสียคู่สมรสไปจะมีความว้าเหว่มาก มีการแยกตัวออกจากสังคมอยู่ตามลำพังด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ความต้องการอยู่ตามลำพังโดยการใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างเงียบ ๆ เช่นการบวชอยู่วัดของผู้สูงอายุบางราย ในกรณีเช่นนี้การแยกตัวไม่ทำให้เกิดความว้าเหว่ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้

2.6) การเปลี่ยนแปลงทางชนบทรรมนิยม ประเพณี วัฒนธรรม

สังคมไทยในอดีต ค่านิยมและระเบียบสังคมที่ยึดถือสืบต่อกันมาคือ การยึดถือระบบอาวุโส ผู้อ่อนเยาว์ต้องให้การเคารพเชื่อฟังผู้ที่มีอายุมากกว่า ผู้สูงอายุจึงจัดเป็นบุรุษชั้นบุคคล โดยเฉพาะบิดามารดา จะได้รับความเคารพนับถืออย่างยิ่งจากบุตร (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2536) นอกจากนี้ในครอบครัวไทยยังมีค่านิยมว่า บุตรมีหน้าที่เลี้ยงดู บิดามารดาที่สูงอายุ (Cowgill, 1972 ; Kenodel, Havonon & Pramualratana, 1984 ; Pramualratana, 1990 ; Tuchrella, 1989 อ้างถึงใน นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2535)

สังคมไทยมีลักษณะคล้ายกับประเทศอื่น ๆ ในโลก ที่มีการอพยพแรงงานหนุ่มสาวเข้ามาทำงานในเมือง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537) สถาบันครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ลูกหลานมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุน้อยลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น (พิรสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ , 2533) ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ระบบความเคารพผู้อาวุโสเสื่อมลง (วิรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, 2530) ลูกหลานไม่ได้เลี้ยงดู ปู่ ย่า ตา ยาย เหมือนก่อน ผู้สูงอายุร้อยละ 12.4 จึงรู้สึกเหงา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตร, 2537)

นอกจากนี้การย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในสังคมใหม่ ที่มีชนบทรรมนิยมประเพณีใหม่ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ได้เช่นกัน จะเห็นได้จากการศึกษาของ เซนเดกุ (Sendeku, 1987 : 3246) จากกลุ่มตัวอย่างชาวเอธิโอเปียที่อพยพเข้าไปอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 110 คน พบว่าปัญหาหนึ่งที่มีความรุนแรงสำหรับผู้สูงอายุก็คือ ภาษาและวัฒนธรรมที่ต่างจากของชาวเอธิโอเปียมาก ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวลำบาก และเกิดความว้าเหว่มากขึ้น เขวชนเอธิโอเปียหันไปนิยมวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น ไม่ให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุอีกต่อไป นอกจากนี้การติดต่อมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่างวัย ผู้สูงอายุอาจไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ในสังคมทำให้ขาดความมั่นใจ รู้สึกค้อยค่าในตนเอง และเกิดความว้าเหว่ได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

โดยทั่วไปการตายของคู่ชีวิตเป็นสาเหตุของใหญ่ของความว้าเหว่ (Christ & Hohloch, 1988 : 32) ประกอบการสูญเสียอื่น ๆ ที่เพิ่มตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด โกรธง่าย เสียใจ และกระทบกระเทือนใจง่าย ผู้สูงอายุบางรายอาจจะรู้สึกขี้บ่นมากขึ้น ซึ่งบุตรหลาน เกิดความรำคาญ ก็มักจะปล่อยให้ยู่ตามลำพัง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้

ฮอกสเทล (Hogstel, 1981, อ้างถึงใน เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2528 : 80) ได้ศึกษา พบว่าร้อยละ 22.5 ของกลุ่มสมรสที่มีชีวิตอยู่มักจะมีตายตามไปภายใน 6 เดือนแรกหลังจากที่คู่สมรส เสียชีวิตไปแล้ว เนื่องจากไม่สามารถยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียนั้นได้ นอกจากนี้ ทาวน์เซนด์ (Townsend, 1955, cited in Ryan & Patterson, 1987 : 10) ยังศึกษาพบว่าอัตราการ นำตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น อัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดพบในผู้สูงอายุเพศชาย

จากการศึกษาของ เบิร์กและคณะ (Berg, et al, 1981 : 342-349) พบว่าความว้าเหว่ มักจะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นควบคู่กับความซึมเศร้า สอดคล้องกับความเห็นของ ครีซี เบิร์ก และไรท์ (Creecy, Berg & Wright, 1985 : 487-493) นอกจากนี้เขายังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ และเป็นหม้ายมักมีประวัติว่ามีปัญหาด้านจิตใจอย่างมากมาก่อน กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย พบว่ามีอาการของโรคประสาทมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีว้าเหว่ ครูซ (Cruz, 1986 : 24-25) ได้ชี้ให้เห็นว่าการสูญเสียชีวิตและการสูญเสียอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเศร้าโศกอย่างมาก ความเศร้าโศกที่ไม่สามารถแก้ไขได้จะนำไปสู่ความเสียใจ รู้สึกว่า ตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง (Powerlessness) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกซึมเศร้าและ สิ้นหวัง มีการแยกตนออกจากสังคม เกิดความรู้สึกว้าเหว่ อยากตาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ คริส และโฮทลอคซ์ แมททีสัน และแมคคอนเนล รวมทั้งเฮย์สลิปและพานัค (Christ & Hohloch , 1988 : 31-32 ; Matteson & McConnel, 1988c: 559-562 Hayslip & Panek, 1989 : 467)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ และอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความ ว้าเหว่ในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ เพศ และระดับการศึกษาก็มีส่วนสัมพันธ์ กับ ความว้าเหว่ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว้าเหว่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จากการ ศึกษาของ ครีซี เบิร์กและไรท์ (Creecy, Berg & Wright, 1985 : 487-493) พบว่าอายุ และเพศมีผล ทางอ้อมต่อความว้าเหว่ กล่าวคือผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าสู่วัยสูงอายุในระยะแรกจะมีความว้าเหว่ น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ เนื่องจากไม่ชราสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้มากกว่า ส่วนการศึกษาของ มัลลินส์ ทักเกอร์ ลองจิโน และมาร์แชต (Mullins, Tucker, Longino & Marshal, 1989 : 80-86) ในกลุ่มตัวอย่างชาวแคนาดา จำนวน 2,731 คน พบว่าผู้ที่มีความว้าเหว่ มักจะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่เพิ่งจะเข้าสู่วัยชรา และมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ชุลท์ซ (Shultz, in Beck, Rawlins & William, 1988 : 390) ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ มักจะรู้สึกว่าตนเองมีความค้อยกว่าบุคคลอื่น และกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุ

เหล่านี้จึงมักแยกตัวจากสังคม และมีแนวโน้มว่าจะเกิดความว้าเหวไ้มากกว่าผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูงกว่า

แนวคิดเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) เกิดเมื่อปี ค.ศ.1913 เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational-emotive Therapy) เอลลิส ศึกษาในสาขาวิชาจิตวิทยาคลินิกที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย เริ่มแรกในช่วงปี ค.ศ. 1947 ถึง 1953 เอลลิส ได้ใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ในการให้การบำบัด โดยเชื่อว่าเป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่ลึกที่สุด

ต่อมาจากประสบการณ์ในการบำบัด Ellis พบว่าวิธีการทางจิตวิเคราะห์นี้เป็นการบำบัดที่ไม่เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และให้ความสำคัญกับอดีตมากเกินไปจนละเลยความสำคัญของอารมณ์และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งใช้ไม่ได้ผล เอลลิส จึงได้ทดลองใช้วิธีการบำบัดจากหลายทฤษฎี ในปี ค.ศ.1955 เขาได้ผสมผสานแนวคิดเชิงปรัชญา การบำบัดตามแนวคิดแบบมนุษยนิยม และการบำบัดแนวพฤติกรรมนิยมเข้าเป็นรูปแบบของการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผล (Rational Psychotherapy) ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational-emotive Therapy หรือ RET) ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่รู้จักกันในชื่อการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy หรือ REBT, Corey, 1996) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของปัญหาด้านอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลที่บุคคลมีต่อตนเองและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถ้าเขาได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดเสียใหม่ จะทำให้ความรู้สึกและการกระทำของเขาเปลี่ยนแปลงได้ เอลลิส นับเป็นผู้บุกเบิกการบำบัดแนวปัญญา-พฤติกรรมนิยม (Cognitive-behavior Therapy)

การพิจารณาแนวคิดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม กรอบคลุมถึงมโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ การเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข และกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ดังนี้

1. ธรรมชาติของมนุษย์และการเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข

1.1 มโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าอารมณ์และเหตุผลของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึกซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล

โดยทฤษฎีนี้จะเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์ (Ellis อ้างใน Patterson 1986 : 5) ดังนี้คือ

1. มนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล เมื่อมนุษย์คิดและกระทำอย่างมีเหตุผล เขาก็จะมีความสุข และเป็นผู้มีความสามารถ
2. อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขหรือพฤติกรรมของอาการทางโรคประสาท เป็นผลมาจากการที่มนุษย์มีความคิดที่ไร้เหตุผล นอกจากนี้มนุษย์ยังประกอบด้วยอารมณ์และความคิดซึ่งมีอยู่คู่กันเสมอ ไม่สามารถแยกอารมณ์และความคิดออกจากกันได้ เพราะมนุษย์จะอยู่โดยปราศจากอารมณ์นับเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก
3. ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล และทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขมากขึ้น
4. มนุษย์พูดหรือคิดโดยผ่านสัญลักษณ์หรือภาษา ความคิดจะเกิดร่วมกับอารมณ์ และอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขจะยังคงมีอยู่ต่อไป ถ้าบุคคลยังมีความคิดที่ไร้เหตุผล ซึ่งเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน การแก้ไขความคิดที่ไร้เหตุผลดังกล่าว อาจจะทำให้ได้โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทางสัญลักษณ์หรือภาษา
5. อารมณ์ไม่เป็นสุข เป็นผลมาจากการรับรู้ และทัศนคติของตนที่มีต่อเหตุการณ์ที่รวมกันเป็นความหมายที่บุคคลให้ต่อสิ่งนั้น ไม่ได้เกิดจากเหตุการณ์ภายนอก มนุษย์ไม่ได้ถูกรบกวนจากสิ่งภายนอก แต่ถูกรบกวนจากความคิดที่มีต่อสิ่งทั้งหลาย และไม่มีสิ่งใดที่ดีหรือเลว แต่ความคิดเป็นสิ่งที่ทำให้เป็น
6. ความคิดหรืออารมณ์เชิงลบหรือความคิดที่ทำร้ายตนเอง สามารถทำให้ลดลงได้ โดยการสร้างการรับรู้ และการคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาทดแทน

1.2 ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Rational and Irrational Thinking)

ในเรื่องของลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไม่มีเหตุผลนี้ ได้มีผู้กำหนดแนวคิดไว้หลายรูปแบบด้วยกัน แต่แนวคิดที่นำมาใช้ในการกำหนดความมีเหตุผล และไม่มีเหตุผลของบุคคลมี 3 ลักษณะ (Ellis and Whiteley 1979 : 3-4) ดังนี้คือ

1. การที่บุคคลคิดว่าฉันต้องเป็นผู้มีความสามารถมีความเหมาะสม และประสบผลสำเร็จ ฉันต้องได้รับการยอมรับจากทุกคน และถ้าฉันทำสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ มันเป็นเรื่องเลวร้ายมากสำหรับฉัน ฉันไม่สามารถทนต่อความล้มเหลวที่เกิดขึ้น ถ้าฉันไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นแล้ว นั่นหมายความว่าฉันเป็นคนที่ใช้การไม่ได้

บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ มีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า กังวลใจ และเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ก้าว มีความทุกข์ที่ฝังแน่นในจิตใจ ควบคุมจิตใจตนเองไม่ได้ และอาจทำให้บุคคลมีอาการโรคประสาท

2. การที่บุคคลคิดว่า เมื่อฉันต้องการให้บุคคลทำสิ่งใดให้แก่อัน บุคคลนั้นต้องปฏิบัติต่อฉันอย่างดี อย่างยุติธรรมและถูกต้อง มันเป็นเรื่องร้ายมากถ้าเขาไม่สามารถทำในสิ่งที่ฉันต้องการได้ ฉันไม่สามารถทนได้ถ้าเขาแสดงความรังเกียจฉัน หากเขาไม่สามารถทำให้ฉันพึงพอใจได้ เขาควรถูกตำหนิและกลายเป็นคนไม่มีคุณค่า

บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ มีแนวโน้มที่จะเป็นคนโกรธง่าย ชอบตำหนิ หรือประณามผู้อื่น คือฉัน มีความรุนแรง ทิฐิสูง อาณาตพยาบาท กิดแก้แค้น และอาจกลายเป็นฆาตกรได้

3. การที่บุคคลคิดว่า ฉันต้องได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องดี เป็นไปในทางบวก และเป็นไปในทิศทางที่ฉันต้องการให้เป็น โดยปราศจากอุปสรรคและความยากลำบากใด ๆ ฉันไม่สามารถทนต่อสภาพคับข้องใจ หรือไม่เป็นไปตามที่คิดได้

บุคคลที่มีความคิดไม่มีเหตุผลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะมีความรู้สึกโกรธง่าย ซึมเศร้า มีความอดทนต่ำมาก มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหนี ปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยเปล่าประโยชน์ ขาดวินัย และผลัดวันประกันพรุ่ง

จากลักษณะความคิดที่มีเหตุผล และไม่มีเหตุผลทั้ง 3 ข้อ อาจสรุปได้ว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ (Wessler & Wessler, 1980 ; 40-42) ดังต่อไปนี้

1. ความเลวร้าย (Awfulizing)

ความเลวร้ายมีความหมายที่รุนแรงกว่าความไม่ดี ความเลวร้ายหมายถึงสิ่งที่ร้ายแรงอาจเกิดขึ้นได้ เอลลิตซ์ชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่เลวร้ายนั้น ไม่มีอยู่จริง แต่ความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นตัวการที่ทำให้สิ่งนั้นดูเลวร้าย

2. การเรียกร้อง (Demandingness)

การเรียกร้อง เป็นความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ต้องเกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน เช่น ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลว่า ความสำเร็จและการได้รับการยอมรับเป็นสิ่งที่จำเป็นในชีวิต เป็นต้น

3. การประเมินตนเองและผู้อื่น (Evaluation of Self and others)

บุคคลที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลจะประเมินตนเองและผู้อื่นที่ตัวบุคคล เช่น ฉันเป็นคนดี ฉันเป็นคนเลว แต่เอลลิตซ์กล่าวว่าบุคคลที่มีความคิดที่มีเหตุผล จะตัดสินคุณค่าของมนุษย์จากการกระทำหรือผลซึ่งเกิดจากการกระทำของบุคคล

ความคิดที่ไม่มีเหตุผลทั้ง 3 ลักษณะนี้เป็นความคิดที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ ซึ่งเป็นผลให้การจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิดมีเหตุผลและไม่มีเหตุผลไม่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้ เอลลิส จึงได้รวบรวมลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลออกเป็น 11 ลักษณะย่อย ๆ ดังต่อไปนี้ (Ellis cited by Patterson 1986 : 5-8)

1. “บุคคลต้องได้รับความรัก และการยอมรับจากทุกคน” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากไม่มีโอกาสเป็นจริงได้ หากบุคคลยังคงมีความคิดเช่นนี้ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนเองพ่ายแพ้ล้มเหลว

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลตระหนักว่าทุกคนต้องการเป็นที่รักของผู้อื่น แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคนเสมอไป ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ทุ่มเทความสนใจทั้งหมดเพื่อให้ได้มาซึ่งความรักและการยอมรับ แต่จะเป็นผู้ให้ความรัก และสร้างประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่น

2. “บุคคลต้องมีความสามารถ มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จอย่างเต็มที่ สมบูรณ์ในทุกด้าน” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะไม่มีทางเป็นไปได้ และจะทำให้บุคคลรู้สึกมีปมค้อย กลัวความล้มเหลว อาจมีอาการทางโรคประสาท และไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ยึดมั่นกับความสำเร็จ และความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบทุกประการ แต่บุคคลจะทำงานด้วยความมุ่งมั่นอย่างเต็มที่ตามเป้าหมายของตนมากกว่าจะทำให้ดีกว่าคนอื่นและทำงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าการหวังผลที่สมบูรณ์แบบ

3. “บุคคลที่เป็นคนเลว น่ารังเกียจ และชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิและลงโทษ” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากไม่มีมาตรฐานที่สมบูรณ์แบบแท้จริงที่จะประเมินความถูกต้องหรือความผิดของบุคคล

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ตำหนิหรือลงโทษตนเองหรือผู้อื่น ตรงกันข้ามเขาจะพยายามทำความเข้าใจ และแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดนั้น เนื่องจากเขาตระหนักว่ามนุษย์ทุกคนมีข้อบกพร่อง และทำผิดพลาดด้วยกันได้ทั้งนั้น จึงไม่มีเหตุผลใดที่จะตำหนิหรือลงโทษตนเองหรือผู้อื่น และเมื่อใดก็ตามที่เขาทำผิดพลาด เขาจะยอมรับโดยไม่ให้สิ่งนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า และจะพยายามไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอีก

4. “เป็นสิ่งที่เลวร้ายมากถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการให้เป็น” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากความผิดหวังถือเป็นเรื่องธรรมดา การที่บุคคลถือว่าการผิดหวังเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ตนไม่สามารถทนได้นั้น จะทำให้บุคคลเกิดความเสียใจอย่างรุนแรง และอาจทำให้สถานการณ์นั้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ทำให้สถานการณ์ที่ไม่พึงพอนั้นเป็นเรื่องใหญ่ เขาจะแก้ไขสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ เขาจะยอมรับมันและไม่ถือว่าเป็นสิ่งเลวร้ายแต่อย่างใด

5. “อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากสภาพการณ์ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้” บุคคลที่คิดไม่มีเหตุผลเช่นนี้จะรู้สึกหงุดหงิด ไม่สงบ ขาดความเป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าตัดสินใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

บุคคลที่มีเหตุผลยอมรับว่า อารมณ์ไม่เป็นสุขที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลเฝ้าบอกรับตนเองถึงความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ภายนอกนั้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้

6. “สิ่งที่เป็อันตรายหรือน่ากลัว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ ฉะนั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงและน่ากังวลใจ” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผลเนื่องจาก

6.1 ความวิตกกังวลของบุคคลจะมีผลต่อประสิทธิภาพของการกระทำ

6.2 ความวิตกกังวลของบุคคลอาจทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใหญ่ และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

6.3 เราไม่สามารถป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่หวาดกลัวและวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็อันตรายหรือน่ากลัว เนื่องจากเขาตระหนักว่าความวิตกกังวลอาจทำให้บุคคลกลัวเกินความเป็นจริง ดังนั้นเขาจะกล้าทำในสิ่งที่เขาารู้สึกกลัวเพื่อพิสูจน์ว่าสิ่งนั้น ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด

7. “การหลีกเลี่ยงความยากลำบาก และความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญกับมัน” เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล เนื่องจากบุคคลที่หลีกเลี่ยงงานที่ยากลำบากอยู่เสมอจะทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

บุคคลที่มีเหตุผลตระหนักว่า การเผชิญกับความยากลำบากและรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ทำทาย ทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีชีวิตที่มีความสุข

8. “บุคคลควรพึ่งพาผู้อื่น และต้องมีคนที่เข้มแข็งกว่าเป็นที่พึ่ง” ความคิดนี้ไม่มีเหตุผลเนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้บุคคลขาดอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง ประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ ไม่มั่นคง ปราศจากความมั่นใจ และนำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามพึ่งพาตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง แต่ไม่ปฏิเสธที่จะช่วยเหลือผู้อื่น และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น

9. “ประสบการณ์และเหตุการณ์ในอดีต เป็นเครื่องตัดสินใจพฤติกรรมในปัจจุบัน และอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตไม่สามารถกำจัดได้” เป็นความคิดที่ขาดเหตุผล เนื่องจาก

พฤติกรรมที่ถือว่าสำคัญในอดีตไม่จำเป็นต้องสำคัญในปัจจุบัน และวิธีการแก้ปัญหาในอดีต อาจไม่สัมพันธ์กับวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน เนื่องจากอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตอาจถูกนำมาเป็นข้ออ้างที่จะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

บุคคลที่มีเหตุผลจะยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญ แต่ก็ตระหนักว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในปัจจุบันได้โดยการวิเคราะห์ผลจากอดีตหรือความเชื่อต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายเพื่อส่งผลให้พฤติกรรมในปัจจุบันไม่ผิดพลาดหรือแตกต่างจากที่แล้มาแล้ว

10. “บุคคลควรเป็นทุกข์ต่อปัญหาของผู้อื่น” การกังวลกับปัญหาของผู้อื่นมากเกินไป ทั้งที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้น เป็นความคิดที่ขาดเหตุผล

บุคคลที่มีเหตุผลควรพยายามช่วยเหลือผู้อื่นถ้าสามารถทำได้หากไม่สามารถทำได้เขาจะยอมรับมันและพยายามทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่กังวลหรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น

11. “ปัญหาทุกอย่างจะต้องมีหนทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบ การค้นหาหนทางแก้ไขไม่ได้มันจะนำไปสู่ความหายนะ” ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีวิธีแก้ปัญหที่สมบูรณ์แบบ บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไร้เหตุผลเช่นนี้ จะนำไปสู่ความวิตกกังวลและความกลัว

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่มีโอกาสเป็นไปได้หลาย ๆ วิธี และยอมรับวิธีแก้ปัญหที่ดีที่สุด โดยตระหนักว่าไม่มีวิธีแก้ปัญหที่สมบูรณ์แบบทุกประการ

จากลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไม่มีเหตุผลของ เอลลิส นี้ Maultsby (1975) ได้นำมาวิเคราะห์และสรุปเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความคิด ที่มีเหตุผลของบุคคลไว้ 5 ประการคือ

- เกณฑ์ที่ 1 ความคิดมีเหตุผล ต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงที่เป็นปรนัย
- เกณฑ์ที่ 2 เป็นความคิดที่ช่วยให้บุคคลปกป้องหรือคุ้มครองชีวิตตนเอง
- เกณฑ์ที่ 3 เป็นความคิดที่ช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
- เกณฑ์ที่ 4 เป็นความคิดที่ช่วยป้องกันหรือขจัดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น
- เกณฑ์ที่ 5 เป็นความคิดที่ช่วยป้องกันหรือขจัดความขัดแย้งในตนเอง

จากเกณฑ์การพิจารณาความคิดที่มีเหตุผลทั้ง 5 ประการนี้ Knipping Maultsby และ Thompson (1976 : 278) เสนอว่าการพิจารณาว่าความคิดใดเป็นความคิดที่มีเหตุผลได้ก็คือเมื่อความคิดนั้นมีลักษณะอย่างน้อย 3 ใน 5 ประการดังกล่าวข้างต้น

1.3 อารมณ์ที่เหมาะสมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Appropriate and Inappropriate emotions)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมนี้ ได้กล่าวไว้ว่า อารมณ์เป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และถ้าปราศจากอารมณ์แล้ว มนุษย์ก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หรืออยู่โดยปราศจากความสุขอย่างแท้จริง ดังนั้นในแนวทางต่าง ๆ ของทฤษฎีนี้ จึงเน้นให้บุคคลมีการเพิ่มอารมณ์มากกว่าลดอารมณ์ โดยแบ่งอารมณ์ออกเป็นอารมณ์ที่เหมาะสม และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้บุคคลมีอารมณ์ที่เหมาะสม และขจัดหรือลดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมดังนี้ (Ellis and Whiteley 1979 : 54-57)

1. อารมณ์ที่เหมาะสม คือ ภาวะอารมณ์ที่ช่วยผลักดันให้บุคคลสามารถตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ อารมณ์ที่เหมาะสมประกอบด้วย

1.1 อารมณ์ที่เหมาะสมทางบวก (Appropriate positive emotions) เป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความต้องการ ความปรารถนา และความชอบต่าง ๆ ของมนุษย์คือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความสุข ความพึงพอใจ และความอยากรู้อยากเห็น เป็นต้น

1.2 อารมณ์ที่เหมาะสมทางลบ (Appropriate negative emotions) เป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความคับข้องใจ หรือไม่พึงพอใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์ที่เกี่ยวกับความเสียใจ คับข้องใจ รำคาญ และไม่พึงพอใจ ซึ่งอารมณ์ด้านลบนี้จัดอยู่ในประเภทอารมณ์ที่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์ประเภทนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพ ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบไปสู่สภาพการณ์ที่ต้องการได้ เช่น สภาพการณ์ที่บุคคลถูกปฏิเสธ หรือประสบความล้มเหลวในการทำงาน จะทำให้บุคคลเป็นทุกข์และเสียใจ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนต้องการ

2. อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม คือภาวะอารมณ์ที่ขัดขวางการตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลมิให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ อารมณ์ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ ไร้หวัง สิ้นหวัง และรู้สึกไม่มีคุณค่า อารมณ์ประเภทนี้จัดเป็นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้ ไม่ช่วยผลักดันให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่เหมาะสมไปสู่สภาพการณ์ที่ตนต้องการ แต่กลับทำให้สภาพการณ์นั้นเลวร้ายลง เช่น บุคคลที่เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เมื่อถูกปฏิเสธหรือประสบความล้มเหลวในการทำงาน อาจทำให้บุคคลนั้นไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา และไม่คิดจะปรับปรุงตนเอง เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนต้องการ

1.4 วิธีการบำบัดตามแนวทฤษฎีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (Rational-emotive Behavior Therapy)

ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพที่เรียกว่า ทฤษฎี A-B-C ของพฤติกรรมมนุษย์ มีแนวคิดที่สำคัญว่า A (เหตุการณ์) ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิด C (อารมณ์) แต่เป็นเพราะ B (ความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์) ต่างหากที่ทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึก C (Ellis and Whiteley, 1979 : 15 - 16, Corey, 1996 : 322) ซึ่งแสดงแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 รูปแบบของการเกิดอารมณ์ ความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎี A-B-C (Ellis and Whiteley, 1979 : 77)

เอลดิส ยืนยันความคิดที่ว่า บุคคลรู้สึกอย่างที่เขาคิด ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีอาการ โสโครเศร้าภายหลังการหย่าร้าง ไม่ใช่การหย่าร้างเป็นสาเหตุของการโศกเศร้า แต่เนื่องมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการหย่าร้างในทำนองที่ว่า “ฉันควรเป็นผู้ถูกกล่าวโทษในการหย่าร้างครั้งนี้” หรือ “ใคร ๆ คงเห็นว่าฉันเป็นคนล้มเหลว” หรือ “ฉันเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่สามารถอยู่ร่วมกับใครได้” จากความคิดความเชื่อที่บอกตนเองดังกล่าวทำให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข รู้สึกเศร้าหมอง ไม่พอใจตนเองตามมา โดยมีสมมติฐานความเชื่อที่ว่า ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลเป็นสาเหตุเชื่อมโยงไปสู่อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างปราศจากเหตุผล ฉะนั้นวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือบุคคลให้เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพก็คือ การทำให้บุคคลเผชิญโดยตรงกับความเชื่อ ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิตของเขา ทำให้เขาเข้าใจว่าความเชื่อของเขาเป็นตัวก่อให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และนำความทุกข์มาสู่ตัวเขา แทนที่ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของเขาด้วย ความคิดที่มีเหตุผล สอนวิธีคิดอย่างมีเหตุผล โดยให้ตัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลออกไป ฉะนั้นวิธีการบำบัดตามแนวทฤษฎีการควบคุม

ผล และอารมณ์ จึงใช้วิธีการให้ผู้รับการปรึกษาเผชิญโดยตรงกับปัญหาโดยใช้การซักถาม ทำทาบได้แย่ง เพื่อจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลออกไป

1.5 การวิเคราะห์ A-B-C (Identify A-B-C)

ขั้นตอนที่สำคัญอันดับแรกก่อนที่นักจิตวิทยาการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่เกิดขึ้น คือการค้นหาและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ชัดเจนในรูปแบบความคิดที่ไม่มีเหตุผลในรูปแบบของ A-B-C นักจิตวิทยาการปรึกษาจะประเมินปัญหาของผู้รับการปรึกษาโดยใช้เทคนิคการซักถาม (Probing technique) ซึ่งจะพบว่าผู้รับการปรึกษาอาจกล่าวถึงอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (C) หรือกล่าวถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (A) ก่อนก็ได้ อาจสรุปได้ 3 กรณี (Wessler & Wessler, 1980 ; 87-91) ดังนี้

1. ผู้รับการปรึกษามีอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขกับเหตุการณ์ใด ๆ เมื่อผู้รับการปรึกษาเล่าเกี่ยวกับ A และ C

อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขนั้นแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ในแง่ลบที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์นั้น เช่น เมื่อผู้รับการปรึกษาเล่าว่า ฉันรู้สึกกลัวกลุ่ม นักจิตวิทยาการปรึกษาควรถามคำถามที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้เล่าข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ (A) เพิ่มเติมเพื่อให้กระจ่างขึ้น เช่น อาจถามว่าอะไรในกลุ่มที่ทำให้คุณรู้สึกกลัว หรือ เมื่อคุณคิดว่าคุณกำลังอยู่ในกลุ่ม คุณคิดว่าอะไรจะต้องเกิดขึ้น เป็นต้น เมื่อพบความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้รับการปรึกษาแล้ว จึงถามคำถามที่ได้แย่งความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้รับการปรึกษา

2. ผู้รับการปรึกษาเล่าเกี่ยวกับ C แต่ไม่เล่าถึง A

กรณีเช่นนี้มักพบได้บ่อยในผู้รับการปรึกษาที่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า โดยผู้รับการปรึกษาอาจเล่าว่า ฉันรู้สึกกังวลตลอดเวลา แต่ไม่รู้ว่าเป็นเพราะอะไร นักจิตวิทยาการปรึกษาอาจถามคำถามว่า คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลของคุณ เป็นต้น

3. ผู้รับการปรึกษาเล่าเกี่ยวกับ A แต่ไม่เล่าถึง C

ผู้รับการปรึกษาจะเล่าถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งทำให้คนรู้สึกไม่พึงพอใจ โดยผู้รับการปรึกษามักเล่าถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจอย่างกว้าง ๆ หรือเล่าถึงความรู้สึกหงุดหงิดผิดหวังที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่นเล่าว่า ฉันเข้ากับเพื่อนร่วมห้องไม่ได้ หรือ ฉันไม่มีความสุขในงานของฉัน เป็นต้น หน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษาคือ การถามคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองมากขึ้น เช่น เมื่อผู้รับการปรึกษาเล่าว่า ชีวิตน่าเบื่อและไม่น่าสนใจ นักจิตวิทยาการปรึกษาอาจถามว่า แล้วชีวิตแบบใด ที่คุณคิดว่าน่าสนใจกว่านี้ เป็นต้น

2. กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

2.1 เป้าหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

เป็นความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ว่า ผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์คือผู้ที่มีระบบความคิดที่ไม่มีเหตุผล นำไปสู่การมีอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนบุคคลไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม คือการลดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมโดยช่วยให้ผู้รับการปรึกษาบรรลุเป้าหมายดังต่อไปนี้ (Ellis and Whiteley 1966 : 54-57)

1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความสนใจตนเอง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี มีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจตนเองก่อน แล้วจึงให้ความสนใจต่อบุคคลอื่น แต่มีได้หมายความว่าบุคคลเหล่านี้จะไม่ให้ความสนใจต่อบุคคลอื่นเลย เนื่องจากบุคคลที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีได้ เขาจะต้องมีความเตรียมพร้อมในตัวเองเสียก่อน แล้วเขาก็จะแบ่งปันความสุขที่มีให้แก่บุคคลอื่น

2. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความสนใจบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ และจะอยู่อย่างมีความสุขเมื่อได้อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ฉะนั้นเขาจึงไม่ควรสนใจเฉพาะตนเอง แต่ควรให้ความรักและความสนใจแก่บุคคลอื่นด้วย

3. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถกำหนดทิศทางให้กับตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้

4. ช่วยให้บุคคลมีความอดทนและมีความเป็นผู้ใหญ่ สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ให้อภัยในความคิดพลาดของผู้อื่น จะไม่ประณามหรือซ้ำเติม แม้ว่าจะไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงออกมาก็ตาม

5. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความยืดหยุ่นทางความคิด มีใจที่เปิดกว้าง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่มีอคติ มองผู้อื่นในแง่ดี ไม่ถือกฎเกณฑ์ตายตัวสำหรับชีวิตตนเองและผู้อื่น

6. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับความเป็นจริงของโลกและชีวิต ซึ่งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ ไม่มีอะไรที่แน่นอนตายตัว เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ขึ้น เขาจะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยไม่หวั่นไหวจนเกินไป

7. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความมุ่งมั่นในการกระทำสิ่งที่เขาสนใจ และเห็นความสำคัญ

8. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ นั่นคือมีความคิดที่มีเหตุผล สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง และสามารถนำปรัชญาชีวิตมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

9. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับตนเอง เกิดความยินดีที่มีชีวิตอยู่ในโลกนี้ สามารถแสวงหาความสุขให้ตนเองได้โดยไม่ทำความเดือดร้อนแก่บุคคลอื่น และพิจารณาถึงต่าง ๆ อย่างรอบคอบ เต็มไปด้วยวิจารณญาณ เป็นต้นว่า ไม่ประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์จากภายนอก โดยสิ้นเชิง เกณฑ์ภายนอก ได้แก่ การพิจารณาจากความสำเร็จที่ตนได้รับ หรือจากการที่บุคคลอื่น ประเมินเขา โดยเฉพาะการประเมินจากคนเพียงคนเดียว

10. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษากล้าตัดสินใจหรือเสี่ยงที่จะกระทำสิ่งที่เขาต้องกระทำ ถึงแม้ว่าจะไม่มั่นใจในผลที่จะได้รับอย่างเต็มที่ก็ตาม และเมื่อเกิดการผิดพลาด เขาจะไม่เสียใจ แต่จะปรับปรุงแก้ไขและระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นอีก

11. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ยอมรับข้อเท็จจริงว่า มนุษย์ทุกคนไม่สามารถประสบความสำเร็จในทุก ๆ สิ่งที่คุณต้องการ และไม่สามารถเสี่ยงทุก ๆ สิ่งที่คุณไม่พึงพอใจ ช่วยให้ผู้บุคคลตระหนักว่าทั้งตนเองและบุคคลอื่นมีข้อบกพร่อง และมีโอกาส กระทำผิดได้ ความต้องการจะมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์แบบเป็นเพียงความเพ้อฝันเท่านั้น

2.2 บทบาทและหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

ในการที่จะบรรลุเป้าหมายของการปรึกษานั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาควรมีบทบาท ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (Ellis ใน Corey 1996 : 324-325)

ขั้นที่ 1 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักว่าความคิดคำหนิตนเองของผู้รับการ ปรึกษา ซึ่งส่งผลให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขนั้น เป็นความคิดที่ไม่มีเหตุผล โดยแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผลที่นำไปสู่อารมณ์ไม่เป็นสุข และให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ การแยกความคิดที่มีเหตุผลออกจากความคิดที่ไม่มีเหตุผล

ขั้นที่ 2 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่า การที่ผู้รับการปรึกษายังมีภาวะอารมณ์ ไม่เป็นสุขนั้น เนื่องจากผู้รับการปรึกษายังเฝ้าคิดอย่างไรเหตุผล ยังตำหนิตนเอง มองตนเองเป็นผู้ ล้มเหลว ดังนั้นเขาจึงเป็นผู้รับผิดชอบ เป็นผู้ที่ทำให้ตนเองมีปัญหา

ขั้นที่ 3 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปลี่ยนความคิดของตนเอง และขจัดความคิดที่ไม่มี เหตุผลให้หมดสิ้นไป โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าความคิดที่ทำร้ายตนเองนั้นลึกเกินกว่าที่ผู้รับการ ปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองได้ ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงต้องมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ รับการปรึกษาเข้าใจถึงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ดังกล่าว

ขั้นที่ 4 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลในการดำเนินชีวิต เพื่อ จะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อของความคิดอันไร้เหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุของอารมณ์ไม่เป็นสุขอีกต่อไป

อนาคต เพราะการพยายามแก้ไขเพียงปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยเฉพาะ ไม่สามารถประกันได้ว่าเขา จะไม่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลเกิดขึ้นอีก โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะมีบทบาทสำคัญในการสอน หรืออธิบายให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงแก่นของความคิดที่ไม่มีเหตุ และช่วยให้ผู้รับการปรึกษา พัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นทดแทนได้ด้วยตนเองอย่างมีระบบ

สิ่งที่นักจิตวิทยาการปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมทั้งหลายนี้ มีดังนี้คือ (Ellis and Whiteley 1979 : 94-97)

1. นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่ควรใช้เวลานานนัก กับการฟังผู้รับการปรึกษาพูดถึง ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ควรสนใจรายละเอียดของเหตุการณ์ เช่น มีอะไรเกิดขึ้น ที่ไหน เมื่อไร เพราะรายละเอียดเหล่านี้ไม่ได้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาแก้ปัญหาได้ กลับทำให้ผู้รับการ ปรึกษาและนักจิตวิทยาการปรึกษาสับสนในทิศทางของการปรึกษา แต่พยายามให้ผู้รับการ ปรึกษารูปร่างเรื่องราว และไม่ให้เฝ้าแต่ขำคิดในเรื่องนี้

2. นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่ควรให้ผู้รับการปรึกษาค้นคิดแต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่อง จากเหตุการณ์นั้น เช่น ความทุกข์ ความเสียใจ ความเศร้าใจ และสิ่งที่มารบกวนจิตใจ แต่นัก จิตวิทยาการปรึกษาต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้วิเคราะห์ความคิด หรือความเชื่อเบื้องหลังที่ทำให้ เกิดความรู้สึกนั้น

3. ไม่ควรให้ผู้รับการปรึกษาเก็บกดอารมณ์หรือระบายนอารมณ์มากเกินไป เพราะจากผล การวิจัยของ แบนดูรา (Bandura, 1977) เบอร์โควิทซ์ (Berkowitz, 1970) และ กรีน (Green, 1975) พบว่าการใช้วิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้รับการปรึกษาชอกช้ำหรือรู้สึกโกรธมากขึ้น แทนที่จะลด ความรู้สึกมุ่งร้าย (hostile feelings) ลง นักจิตวิทยาการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจที่มา ของความรู้สึกเหล่านั้น และขจัดความรู้สึกนั้นออกไป แทนที่จะระบายออกหรือเก็บกดไว้

4. นักจิตวิทยาการปรึกษาพึงหลีกเลี่ยงการใช้วิธีการทางจิตวิเคราะห์ เช่น การพูดระบาย ความรู้สึกโดยเสรี (Free association) การวิเคราะห์ความฝัน (Dream analysis) หรือการถ่ายโยง ความรู้สึก (Transference) เนื่องจากวิธีการเหล่านั้นเป็นวิธีการที่เปล่าประโยชน์

5. นักจิตวิทยาการปรึกษาจะหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้รับการปรึกษาพึ่งพิง หรือขึ้นอยู่กับ นัก จิตวิทยาการปรึกษา โดยให้เขาเป็นตัวของตัวเอง ใช้สติปัญญาของเขาให้มากที่สุดในการ พิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตต่อไปในอนาคต

2.3 เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

นักจิตวิทยาการปรึกษาตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม สามารถช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาในการเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล เป็นความคิดที่มีเหตุผลโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ทั้งเทคนิคทางปัญญา ทางอารมณ์และทางพฤติกรรม โดยการเลือกใช้และผสมผสานเทคนิคดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา เทคนิคที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลมีดังนี้คือ (Ellis ใน Corey 1996 : 328-332)

1. วิธีการทางปัญญา (Cognitive Methods) นักจิตวิทยาการปรึกษานำวิธีการทางปัญญาไปใช้ในกระบวนการบำบัด เพื่อแสดงให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่เขายังคงเฝ้าบอกกับตนเอง แล้วจึงสอนผู้รับการปรึกษาให้เผชิญกับความเชื่อที่เขาเฝ้าบอกกับตนเอง และให้เปลี่ยนความเชื่อนั้น สนับสนุนให้เขาได้เรียนรู้ปรัชญาชีวิตที่มีพื้นฐานอยู่บนความจริง เทคนิคทางปัญญาที่ใช้ในการปรึกษาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมมีดังนี้

1.1 การพิจารณาความคิดที่ไร้เหตุผล (Disputing irrational beliefs) เป็นวิธีการทางปัญญาที่สำคัญ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดพิจารณา ความคิดที่ไร้เหตุผลและกำจัดออกไปได้ด้วยตนเองโดยการสอน การใช้คำถาม เช่น คำถามที่ว่า เป็นสิ่งที่เลวร้ายมากหรือถ้าชีวิตไม่เป็นไปตามทางที่คุณต้องการ ทำไมคุณจึงคิดว่าคุณเป็นคนใช้ไม่ได้ที่ทำได้แบบนี้ เป็นต้น นักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้สติในการพิจารณาเหตุผลอย่างเป็นระบบ จนกระทั่งเขาสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

1.2 การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา (Cognitive homework) ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา ซึ่งเป็นการนำทฤษฎี A-B-C มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาประสบในชีวิตประจำวัน โดยการเขียนเรื่องราวปัญหาของตนเองลงในแบบฟอร์มการคิดด้วยตนเอง (Self-Help Form) ผู้รับการปรึกษาจะได้รับมอบหมายให้กำหนดตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งท้าทายให้เขาแสดงความคิดของเขาออกมา โดยวิธีนี้รวมกับกระบวนการบำบัดที่ให้ความรู้ในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ในการเผชิญกับความวิตกกังวลและความคิดที่ไร้เหตุผล

1.3 การเปลี่ยนการใช้ภาษา (Changing one's language) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การใช้ภาษาของบุคคลมีผลต่อการเกิดความคิดที่ผิดไปจากความจริง นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงให้ความสำคัญกับรูปแบบของภาษาโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานว่า ภาษามุ่งบอกความผิด และความคิดมุ่งบอกภาษา ผู้รับการปรึกษาที่ใช้ภาษาในรูปแบบที่ทำร้ายตนเองและกล่าวโทษตนเอง สามารถเรียนรู้ที่จะใช้คำพูดกับตนเองเสียใหม่ โดยเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของภาษาและการสร้าง

คำพูดกับตนเองเสียใหม่ จะทำให้ผู้รับการปรึกษามีความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม

1.4 การใช้อารมณ์ขัน (Use of humor) การใช้อารมณ์ขันเป็นเทคนิคที่ เอลลิส ได้เคยใช้กับผู้รับการปรึกษาจำนวนมาก ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ไม่เป็นสุขเป็นผลมาจากการที่บุคคลเขาจริงเขาจังกับชีวิตมากเกินไปและการขาดเรื่องราวที่ขำขันในชีวิต ในขั้นตอนของการบำบัด เอลลิส ได้ใช้เพลงขำขัน และส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาร้องเพลงกับตนเองขณะเข้ากลุ่ม เมื่อพวกเขารู้สึกเศร้าหรือวิตกกังวล เอลลิส เชื่อว่าการใช้อารมณ์ขันเป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาในการลดความวิตกกังวล

2. เทคนิคทางอารมณ์ (Emotive Techniques) ทางด้านอารมณ์ นักจิตวิทยาการปรึกษา ทฤษฎีนี้ได้ใช้วิธีการต่าง ๆ หลายรูปแบบ ดังนี้

2.1 การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Acceptance) ถึงแม้ว่าพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาจะยากต่อการยอมรับ พวกเขาก็ยังสามารถมองตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าได้ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาอาจแสวงแบบอย่างของการยอมรับตนเองและยอมรับผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยไม่มีการประเมินหรือตัดสิน

2.2 การจินตนาการการใช้เหตุผล และอารมณ์ (Rational emotive imagery) เทคนิคนี้เป็นการฝึกจิตเพื่อสร้างรูปแบบของอารมณ์ขึ้นใหม่ โดยผู้รับการปรึกษาจินตนาการความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองในแนวทางที่เขาต้องการจะเป็นในชีวิตจริง โดยนักจิตวิทยาการปรึกษา แสดงให้เห็นว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ความรู้สึที่ไม่เหมาะสม ไปสู่ประสบการณ์ความรู้สึที่เหมาะสมได้อย่างไร เทคนิคนี้มีประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาและสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไปได้อีกด้วย

2.3 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) การแสดงบทบาทสมมติประกอบด้วยอารมณ์และพฤติกรรม โดยการเอื้อให้ผู้รับการปรึกษาแสดงถึงสิ่งที่เขาบอกกับตนเองแล้วทำให้เกิดอารมณ์ไม่เหมาะสม และเขาสามารถที่จะเปลี่ยนไปสู่อารมณ์ที่เหมาะสมได้อย่างไร ผู้รับการปรึกษาสามารถซ้อมพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความรู้สึกในสถานการณ์จริง

2.4 การจัดการกับความอาย (Shame-attacking exercise) เอลลิสได้พัฒนาการฝึกจัดการกับความอายนี้เพื่อช่วยบุคคลในการลดความอายที่เกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล เอลลิส กล่าวว่าเราสามารถปฏิเสธความรู้สึกอายโดยการบอกกับตัวเองว่ามันไม่ใช่สิ่งร้ายแรง ถ้าจะมีบางคนคิดว่าเราโง่ ผู้รับการปรึกษาอาจจะฝึกการกระทำบางสิ่งที่เขาู้สึกกลัว อันเนื่องมาจากความคิดของผู้อื่นที่มีต่อเขา

3. เทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral Techniques) นักจิตวิทยาการปรึกษาทฤษฎีนี้ได้ใช้กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมหลายแบบ เช่น การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) การฝึกทักษะ (Skill Training) การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation Techniques) และการใช้ตัวแบบ (Modeling) การฝึกการปฏิบัติทางพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จในสภาพการณ์ชีวิตจริง เป็นสิ่งที่มีผลต่อผู้รับ การปรึกษา การฝึกปฏิบัตินี้จะทำอย่างเป็นระบบ มีการจดบันทึกและวิเคราะห์เป็นรูปแบบ เช่น การที่ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการส่งเสริมให้มีการลดความรู้สึกของตนเองที่ละน้อยในขณะที่กำลังกระทำในสิ่งที่เขากลัว หรือการให้ผู้รับการปรึกษาได้ฝึกกระทำสิ่งใหม่ ๆ และสิ่งที่อยาก โดยวิธีการเหล่านี้จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงรูปแบบการกระทำอย่างชัดเจน โดยการกระทำที่แตกต่างหลาย ๆ ครั้ง ผู้รับการปรึกษาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไร้เหตุผลของเขา

2.4 ประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา (Client's Experience in Therapy)

เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มยอมรับว่าความคิดของเขาเป็นสาเหตุของอารมณ์ และพฤติกรรมของเขา เขาจึงจะสามารถใช้กระบวนการทางปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของผู้รับการปรึกษาในทฤษฎีนี้คือการเป็นผู้เรียนรู้ในการใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้ มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของคน กระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้เน้นที่ประสบการณ์ในปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา สิ่งเหมือนกันของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม และการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Person centered) คือ การให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ปัจจุบันนี้และเดี๋ยวนี้ของผู้รับการปรึกษา (here and now experience) และความสามารถในปัจจุบันของผู้รับการปรึกษาที่จะเปลี่ยนแปลงแบบแผนของความคิดที่เขาเคยมีหรือเรียนรู้มาในอดีต ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ใช้เวลาให้เสียไปกับการชักประวัติค้นหาสาเหตุในอดีตที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกในปัจจุบัน หรือการค้นหาลักษณะซึ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา หรือพี่น้องกับผู้รับการปรึกษา นักจิตวิทยาการปรึกษาจะเน้นที่กระบวนการการพิจารณาความคิด และปรัชญาชีวิตที่ไร้เหตุผลของผู้รับการปรึกษา และการที่เขามีอารมณ์ไม่มีความสุข ในปัจจุบันนี้เนื่องจากเขายังคงมีความเชื่อในสิ่งที่ทำร้ายตนเองการใช้คำถามในรูปแบบ “ที่ไหน” “เมื่อไร” หรือ “อย่างไร” ที่ผู้รับการปรึกษาได้รับเอาความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลมาไว้ นั่นเป็นสิ่งสำคัญรองลงมา ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ การทำอย่างไรให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเฝ้าบอกตนเอง และกล่าวโทษตนเองอย่างไม่มีเหตุผล ตลอดจนการทำให้ผู้รับการปรึกษาระงับความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้น ทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมนี้ กล่าวว่า

ผู้รับการปรึกษาจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น ถึงแม้ว่าเขาจะไม่เข้าใจถึงต้นตอที่มาของปัญหา แต่จากความเข้าใจอย่างแจ่มชัดถึงความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ที่ส่งผลตามมา ก็สามารถช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษามีสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้นได้ (Ellis ใน Corey 1996 : 326-327)

เอลเลียต ได้อธิบายถึงความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง (Insight) ในทฤษฎีไว้ 3 ระดับ ดังนี้ (Ellis ใน Corey 1996 : 327)

ระดับที่ 1 คือการที่ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในความจริงที่ว่า อารมณ์ไม่เป็นสุขของพวกเขาในปัจจุบัน ไม่ได้เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขาเท่านั้น แต่มาจากการที่พวกเขายอมรับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเข้ามาไว้ด้วย

ระดับที่ 2 คือ การที่ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงความรู้สึกที่ยังติดตามรบกวนเขา ทำให้เขาไม่มีความสุขในสภาวะปัจจุบันเนื่องมาจากความเชื่อ และการเฝ้าบอกตนเองอย่างไม่มีเหตุผล ถึงแม้ว่าผู้รับการปรึกษาจะเป็นผู้ที่เคยถูกกระทบกระเทือนอารมณ์ในอดีต การที่ปัจจุบันเขายังเป็นผู้ที่ไม่มีความสุขอยู่นั้นเนื่องจากเขาได้เก็บตัวเองกับความคิดและความเชื่อเดิม ยิ่งกว่านั้น ความคิดเหล่านั้นยังคงอยู่และมีอิทธิพลต่อเขา และเขาจะยังคงเป็นเช่นนั้น หากผู้รับการปรึกษายังคงอยู่กับความคิดที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นโดยไม่ทำสิ่งใดเลย

ระดับที่ 3 คือการที่ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกไม่มีความสุขนี้ได้โดยไม่ทำสิ่งใดเลย การเข้าใจถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลเพียงเท่านั้น ไม่เพียงพอในการนำบุคคลไปสู่การเปลี่ยนแปลง นอกเสียจากว่าเขาจะต้องมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ และเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านั้น

2.5 กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาการปรับตัวโดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ สร้างเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เพื่อให้เกิดพัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีลักษณะของความไว้วางใจ เพื่อช่วยให้บุคคลเผชิญหน้ากับปัญหาหรือความไม่พอใจในชีวิต ทำความเข้าใจกับปัญหาอย่างชัดเจน ค้นหาแนวทางแก้ไขหรือคลี่คลายปัญหา สามารถแปรแนวทางเหล่านี้ไปปฏิบัติในชีวิตของเขา พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ โดยทำการสำรวจปัญหาและความรู้สึก อันจะนำไปสู่ความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติของพวกเขา เพื่อให้พวกเขาสามารถจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มนี้ เกี่ยวข้องกับการเน้นถึงการเติบโตและการปรับตัว โดยเฉพาะ

อย่างยิ่ง บุคคลที่มีปัญหาบกพร่องจิตใจ อันเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้บุคคลกล้าที่จะรับผิดชอบต่อปัญหาของตน และสำหรับคนที่ไม่มีปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกระบวนการกลุ่มก็จะช่วยให้เขาได้พัฒนาตนเอง รู้จักปรับตัว และมีความพึงพอใจในวิถีชีวิตของตน

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ชัดเจนและมีทิศทาง โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้วางโครงสร้างของการดำเนินกลุ่ม และผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เล่าเรื่องราวของปัญหา ในการดำเนินกลุ่มจะเป็นไปตามขั้นตอน (Wessler & Wessler, 1980 ; 21-24)

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Establish Relation)

ในการดำเนินกลุ่มครั้งแรกนักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้รับการปรึกษา แต่ไม่ควรใช้เวลามากนักในการสร้างสัมพันธภาพ นักจิตวิทยาการปรึกษาจะต้องพยายามอย่างที่สุด ที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจ และสามารถพูดคุยได้อย่างอิสระ เอลลิปสพบว่าผู้รับการปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจได้รวดเร็ว ยกเว้นในกรณีวัยรุ่นหรือในผู้รับการปรึกษาที่ถูกบังคับมาบำบัด เป็นต้น การทราบเรื่องเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้รับการปรึกษา เช่น อายุ สถานภาพสมรส จะช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษานำมาใช้ในการเริ่มต้นการสนทนาได้เป็นอย่างดี

2. การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Identification)

ขณะดำเนินกลุ่มการปรึกษา ผู้รับการปรึกษาอาจเล่าถึงปัญหาของตนเองออกมาในรูปแบบของเหตุการณ์ (A) หรืออาจเล่าถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น (C) เป็นหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่จะต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ค้นหาความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (B) ที่อยู่เบื้องหลังความรู้สึกที่เป็นทุกขนั้น

3. การกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting)

เป็นการอธิบายให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจว่า เป้าหมายที่สำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม คือการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีอารมณ์ที่เป็นสุข และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น

4. การอธิบายหลักการ A-B-C

เป็นการสอนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในหลักการ A-B-C ของแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ที่เน้นว่าความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังอารมณ์ที่เป็นทุกข และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้น โดยการอธิบายให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า บุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ (A) ที่ผ่านมาได้ แต่บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของเขาที่มีต่อเหตุการณ์นั้นได้



5. การจัดการกับปัญหา

เป็นขั้นตอนของการค้นหาความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล และชี้ให้ผู้รับการศึกษาได้เห็นอย่างชัดเจนถึงความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตน และเอื้ออำนวยให้ผู้รับการศึกษาได้พิจารณาหาความคิดใหม่ที่มีเหตุผล รวมทั้งการให้การบ้านเพื่อฝึกทางปัญหา (Cognitive homework)

เอลลิส ได้พัฒนาแนวคิดของการบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มาใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มและรายบุคคล มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงถึงประสิทธิภาพของกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ที่มีต่อผู้รับการศึกษาที่มีปัญหาทางอารมณ์ นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังช่วยผู้รับการศึกษาในการลดความเจ็บปวดจากอารมณ์ โศกเศร้า และเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองจากอารมณ์ไม่เป็นที่สุขที่เกิดจากสิ่งต่าง ๆ จากการสังเกตและประสบการณ์ การทำกลุ่มกว่า 20 ปี เอลลิส พบว่า กระบวนการสำคัญที่นำมาใช้ได้อย่างได้ผลในกลุ่ม มีดังนี้คือ (Ellis and Grieger 1977 : 273-278)

1. การช่วยผู้รับการศึกษาให้ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและพยายามเปลี่ยนแปลงแก้ไข โดยการกระทำในสิ่งที่ดีขึ้น แทนการเรียกร้องให้ทุกอย่างเป็นไปตามความต้องการของตนเอง โดยสมาชิกภายในกลุ่ม จะมีความมุ่งมั่นในการที่จะทำตามสิ่งที่เขากำหนดไว้ในกลุ่ม มากกว่าการรับปากกับนักจิตวิทยาการศึกษาเพียงคนเดียว เนื่องจากกระบวนการของกลุ่ม และสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้มาสามารถเป็นประโยชน์กับสมาชิกอื่นที่ประสบปัญหาเดียวกัน

2. กระบวนการกลุ่มนอกจากจะเป็นการแสดงออกถึงความคิด และลักษณะของความคิดที่เป็นสาเหตุของความรู้สึกที่ทำร้ายตนเอง แล้วยังเป็นการร่วมกันแสดงถึงปรัชญาในการดำเนินชีวิต ความเข้มแข็งในการต่อสู้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต และการทำให้ตระหนักถึงลักษณะความคิดที่นำไปสู่ความทุกข์ ภายในบรรยากาศของกลุ่ม การซักถาม การโต้แย้ง การชี้ถึงประเด็นของปัญหา และกระแสของกลุ่มจะนำไปสู่สมาชิกเกิดการเรียนรู้จากสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม

3. การมอบหมายงานที่เป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะให้ทำ สมาชิกกลุ่มอาจจะได้รับมอบหมายงานภายนอกกลุ่ม เช่น การมองหางานใหม่ การออกไปเที่ยวกับหญิงสาวที่เขาสนใจ แต่ไม่กล้า การเข้าไปพบมารดาที่เขาเกลียดชังด้วยอาการมั่นคง งานที่มอบหมายให้ทำภายในกลุ่มมักจะประสบผลสำเร็จมากกว่า เพราะเป็นการติดตามผลโดยสมาชิกภายในกลุ่ม มิใช่โดยนักจิตวิทยาการศึกษาเพียงคนเดียว

4. การแสดงบทบาทสมมติและวิธีการปรับพฤติกรรม เช่น การฝึกการกล้าแสดงออก การให้เผชิญกับเหตุการณ์ที่เหมือนจริง และการฝึกซ้อม ซึ่งสามารถกระทำให้สำเร็จได้ใน

กระบวนการของกลุ่มเมื่อสมาชิกกลุ่มต้องการแก้ไข เช่น ถ้าสมาชิกกลุ่มมีความกลัวต่อการพูดในที่สาธารณะเขาหรือเธออาจจะฝึกการพูดได้ภายในกลุ่ม

5. ภายในบรรยากาศของกลุ่มเป็นเสมือนห้องทดลอง ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรม และกิริยาท่าทางที่แสดงออก สามารถสังเกตได้โดยตรงจากสมาชิกภายในกลุ่ม รวมทั้งการรายงานเกี่ยวกับตนเองจากสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังเอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงถึงความคิดและความเชื่ออันไร้เหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์และพวกเขาสามารถจัดการเปลี่ยนแปลงความคิดเหล่านี้ได้ภายในกลุ่ม โดยสมาชิกกลุ่มที่ได้รับข้อมูลป้อนกลับจากสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม กระบวนการกลุ่มจะเอื้อให้บุคคลสามารถยอมรับสิ่งที่กลุ่มบอกเล่าได้มากกว่าการบอกเล่าของนักจิตวิทยาการปรึกษาเพียงคนเดียว

6. ในกระบวนการกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจถึงกระบวนการของความคิด A-B-C ที่เป็นสาเหตุของประสบการณ์ของความทุกข์ การเปลี่ยนแปลงแก้ไข และความสามารถของสมาชิก กลุ่มในการใช้หลักการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพในการฝึกครั้งต่อไป ในกระบวนการกลุ่ม เนื้อหาของงานที่ได้รับการมอบหมาย จะได้รับการทบทวนและแก้ไขปรับปรุงโดยความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม

7. ในกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษา เห็นว่าคนทุกคนย่อมมีปัญหาได้เหมือนกัน และเป็นการยากที่คนเราจะสามารถจัดการกับปัญหาได้โดยลำพังทุกอย่าง เขาสามารถรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงภายในกลุ่ม

8. การได้รับข้อมูลป้อนกลับจากสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นตนเองและทราบว่าผู้อื่นมองตนเองอย่างไร ทำให้ทราบถึงการมองตนเองในด้านที่ผิดและเรียนรู้ถึงการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีนั้น กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้รับการปรึกษาได้รับทักษะทางสังคม และเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่น ทั้งในและนอกเวลากลุ่ม สิ่งที่ได้นี้จะประโยชน์สำหรับการเรียนรู้ที่ดีขึ้นในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการได้รับปรัชญาในการดำเนินชีวิตจากสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่ม ทำให้เกิดทัศนคติใหม่ในการมองโลกและชีวิต

9. ในกระบวนการกลุ่ม หากมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งพยายามที่จะแก้ปัญหาให้ผู้อื่นโดยวิธีการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่นภายในกลุ่มก็สามารถที่จะแสดงความคิดเห็นในแนวทางที่ดีและเหมาะสมกว่าได้ทันที

10. แนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากสมาชิกภายในกลุ่มจะกว้าง และมีความเป็นไปได้สูงกว่า เพราะแนวทางการแก้ปัญหาจากสมาชิกจำนวน 10 หรือ 12 คน ภายในกระบวนการกลุ่ม อาจมีแนวทางใดแนวทางหนึ่งที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการแก้ปัญหาที่สมาชิกกำลังประสบอยู่

11. ในบรรยากาศของกลุ่มซึ่งเอื้ออำนวยให้สมาชิกมีการเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกที่ตนเองเคยปิดบังไว้ออกมาให้สมาชิกในกลุ่มร่วมรับรู้ ทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักว่าแท้จริงแล้วความคิดและความรู้สึกที่ตนเองเคยมีนั้น ไม่ใช่สิ่งที่น่าอายแต่อย่างใด และเมื่อเขาได้แสดงความคิดและความรู้สึกเหล่านี้ออกมาแล้ว เขาจะพบว่ามันเป็นประสบการณ์ที่มีประโยชน์และไม่น่ากลัวแต่อย่างใด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ลอริง สมิท และโธมัส (Loring, Smith & Thomas, 1994) ได้ศึกษาประโยชน์ของการใช้โทรศัพท์สายด่วนเฉพาะช่วงวันหยุดที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเปิดบริการเฉพาะช่วงก่อนคริสมาสต์ในวันที่ 18 - 24 ธันวาคม 1992 ตั้งแต่เวลา 17.00 น. - 21.00 น. โดยใช้ชื่อศูนย์ว่า โทรศัพท์สายด่วนช่วงวันหยุดเดือนธันวาคม (The December Holiday Hotline) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะดักเตือน ชี้แนะและนำทางให้แก่ผู้สูงอายุที่เกิดความวิตกกังวลก่อนในช่วงวันหยุดก่อนคริสมาสต์ รวมทั้งหาข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือในการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่รับโทรศัพท์ประกอบด้วย ศาสตราจารย์และอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกหัดแล้วจากมหาวิทยาลัย องค์การสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานในชุมชนต่าง ๆ อายุตั้งแต่ 18 - 59 ปี เป็นชาวอเมริกันผิวขาว 40 % ทั้งหมดเป็นชาย 39 % หญิง 61 % ทำงานเป็นกะละ 2-4 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่เหล่านี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการฟัง ให้รู้จักยอมรับในความรู้สึกและร่วมรู้สึกไปกับผู้ใช้บริการด้วย รวมทั้งรู้จักแหล่งบริการทางสังคมต่าง ๆ การจัดอบรมใช้เวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ผู้ผ่านการอบรมแล้วจะต้องรู้จักให้กำลังใจ แนะนำให้ขอความช่วยเหลือเลือกปฏิบัติคนในสิ่งที่จะลดการแยกตัว และเพิ่มสัมพันธ์ภาพได้ เจ้าหน้าที่ทุกคนจะมีเอกสารเกี่ยวกับเบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงาน ที่จะให้การช่วยเหลือกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่นการหากิจกรรมพิเศษในวันหยุด เป็นต้น ศูนย์นี้ได้รับการสนับสนุนจากสถานีโทรทัศน์ท้องถิ่น ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา มีการโฆษณาโครงการผ่านทางโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โดยให้ศาสตราจารย์ด้านสุขภาพจิตโฆษณาว่าเป็นแหล่งให้การดูแลเป็นพิเศษกับผู้ที่มีปัญหา และมีความวิตกกังวลไม่ได้ในวันหยุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญกับเรื่องรุนแรงในครอบครัว หรือผู้สูงอายุคนใดก็ได้ที่รู้สึกเศร้าในวันหยุดนี้

ผลปรากฏว่าจากผู้ใช้โทรศัพท์เข้ามา 1,532 คน เป็นผู้สูงอายุ 306 คน (ประมาณ 20 % มีอายุ 55 ปีขึ้นไป) ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือการเสียชีวิตของคู่สมรส (76 %) การเสียชีวิตของบุตรตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (14 %) และการถูกคุมขังหรือการเสียชีวิตของหลาน (10 %) โดยผู้สูงอายุทุกคนจะบอกว่ารู้สึกเหงาจับใจ และรู้สึกเศร้าอย่างมากต่อการสูญเสียนี้ ในผู้สูงอายุที่สูญเสียบุตรไปกล่าวว่า การที่บุตรตายเป็นความหายนะ ความเศร้าโศกที่น่ากลัวที่สุดและทำให้หัวใจแตกสลาย ในผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสกล่าวอย่างเศร้าใจเมื่อพูดถึงสัมพันธ์ภาพทางสังคมของคนที่ยังคง

เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่รับโทรศัพท์ จะให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุพูดถึงความไม่สบายใจของคุณ และช่วยอธิบายว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่ในช่วงเทศกาลแห่งครอบครัวและการให้เช่นนี้ จะทำให้รู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงคนที่เสียชีวิตหรือจากไป ผู้สูงอายุทั้ง 306 คนได้รับคำแนะนำด้านบริการชุมชนจากทางศูนย์ มี 37 คน (12%) ที่ถูกส่งต่อไปยังศูนย์สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ 12 คน (4%) ที่แสดงว่าอยากฆ่าตัวตาย จะได้รับการติดตามผลทางโทรศัพท์ทุกวัน และถูกส่งต่อไปยังศูนย์สุขภาพจิตในที่สุด

จากการโทรศัพท์ติดตามผลจากผู้สูงอายุ 215 คน (อายุ 55-74 ปี) พบว่าผู้สูงอายุ 103 คน (48%) เข้ารับบริการในหน่วยงานที่ศูนย์แนะนำให้ ส่วนผู้สูงอายุ 112 คน (52%) เมื่อติดตามผลทางโทรศัพท์อีกหลายครั้งพบว่าได้เข้ารับบริการในหน่วยงานด้วยเช่นกัน ผู้สูงอายุ 30 คน (14%) ที่ตอนแรก ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ พบว่าได้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการต่าง ๆ ในภายหลัง สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจำนวน 91 คน (30%) ซึ่งอายุมากและไม่สามารถเข้ารับบริการจากภายนอกบ้านได้มีอยู่ 59 คน (64%) ที่ทางศูนย์ติดต่อกลับไปที่บ้าน 4 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าปัญหาของผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขแล้ว ส่วนอีก 32 คน (36%) บอกว่าจะติดต่อกับหน่วยบริการด้วยตนเอง

การใช้โทรศัพท์สายด่วนในช่วงวันหยุด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความวุ่นวายในช่วงวันหยุดของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกถูกทอดทิ้งได้ติดต่อกับสัมพันธ์กับผู้อื่น และได้รับบริการต่าง ๆ ที่ตนต้องการ

เลอร์เนอร์ และคลัม (Lerner & Clum, 1990) ได้ศึกษาวิธีการรักษาผู้ที่คิดฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีการของการแก้ปัญหา (Problem-Solving) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Therapy) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปีที่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย ไม่มีปัญหาทางจิตเภท และไม่ติดยาใด ๆ จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน พบว่ากลุ่มที่รักษาโดยใช้วิธีการของการแก้ปัญหาเป็นหญิง 8 คน ชาย 1 คน อายุเฉลี่ย 18.78 ปี มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.56 ครั้งต่อสัปดาห์ ยังไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 3 คน (33%) พยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว 1 ครั้ง 4 คน (44%) พยายาม 2 ครั้ง 2 คน (22%) เคยมีประวัติใช้ยาระงับประสาท 2 คน (22%) และเคยเข้ารับการรักษาเป็นการส่วนตัว 1 คน (11%) ส่วนในกลุ่มของการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 9 คน เป็นชาย 6 คน หญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 19.56 ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย

โดยเฉลี่ย 2.94 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 5 คน (55%) เคยพยายาม 1 ครั้ง 1 คน (11%) พยายาม 2 ครั้ง 2 คน (22%) และพบว่ามี 1 คน (11%) ที่พยายามมาแล้ว 4 ครั้ง ในกลุ่มนี้ไม่มีใครเคยใช้ยาหรือรับประสาทมามาก่อน แต่เคยได้รับการรักษาเป็นการส่วนตัวมาแล้ว 2 คน (22%)

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินผลก่อนและหลังการรักษา รวมทั้งขึ้นติดตามผลการรักษาด้วยเครื่องมือต่อไปนี้

1) มาตรวัดความคิดฆ่าตัวตายฉบับปรับปรุง (Modified Scale for Suicidal Ideation) (MSSI) ของมิลเลอร์ นอร์แมน บิชอป และโดว์ (Miller, Norman, Bishop, & Dow) ปี 1986 มีทั้งหมด 18 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย ถ้าได้ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไปหมายความว่ามีความคิดที่จะฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ

2) กระบวนการแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นจนจบฉบับปรับปรุง (Modified Means-Ends Problem Solving Procedure) ปรับปรุงมาจาก MEPS ของแพลทท์ และสไปแวก (Platt & Spivack, 1975) ใช้ประเมินความบกพร่องในการแก้ปัญหาระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น โดยผู้ตอบจะต้องบอกถึงปัญหาระหว่างตนเองที่มีกับบุคคลอื่นในปัจจุบัน และวางแผนแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน คะแนนจะนับจากจำนวนของวิธีการที่สามารถนำไปแก้ปัญหาได้

3) แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) (PSI) ของ เฮปเปอร์ (Heppner) ปี 1986 มี 35 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา คะแนนต่ำแสดงว่ามี การรับรู้ความสามารถของตนสูง

4) แบบวัดความซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ปี 1967 มี 21 ข้อ

5) มาตรวัดความสิ้นหวัง (Hopeless Scale) (HS) ของเบ็ค ไวต์แมน เลสเตอร์ และเทร็กเลอร์ (Beck, Weissman, Lester, & Trexler) ปี 1974 ใช้ประเมินความรุนแรงความคาดหวังทางลบเกี่ยวกับอนาคต ใช้ทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในอนาคตในผู้ใหญ่ที่ซึมเศร้า

6) มาตรวัดความว้าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส (The UCLA Loneliness Scale) ของ รัสเซล เพปโลว์ และคิวโทรนา (Russel, Peplau, & Cutrona, 1980 ; Russel, Peplau, & Ferguson, 1978) มี 20 ข้อ คะแนนยิ่งมากยิ่งแสดงว่ามี ความว้าเหว่สูง

การประเมินคุณภาพของการรักษาและคุณภาพของผู้ให้การรักษา (Rating of Treatment Quality and Therapist) มีอย่างละ 6 ข้อ แต่ละข้อมี 9 ระดับคะแนน คะแนนยิ่งสูงยิ่งแสดงว่ามีคุณภาพมาก ซึ่งทั้ง 2 วิธีการรักษาจะแบ่งสมาชิกทั้ง 9 คนเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2-5 คน พบกัน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 5-7 สัปดาห์ ผู้ให้การรักษาเป็นนักศึกษาระดับปริญญา ตรี สาขาจิตวิทยาคลินิก ให้การรักษาสลับกลุ่มไปเรื่อย ๆ ในการพบกันครั้งแรก ทั้ง 2 กลุ่ม

การรักษาจะพูดถึงเหตุผลในการรักษา และอธิบายขั้นตอนการรักษาให้สมาชิกในกลุ่มฟัง การพบกันครั้งที่ 2 ของกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการของการแก้ปัญหา จะสอนถึงความคิดที่ทำให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ คือการคิดว่าปัญหาเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และเน้นการเปลี่ยนคำพูดที่เป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหาให้เป็นคำพูดที่ทำให้แก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ ครั้งที่ 3 ฝึกการกำหนดขอบเขตปัญหา ซึ่งจะทำได้ง่ายขึ้น ครั้งที่ 4 เป็นการฝึกการระดมความคิดจากเพื่อนสมาชิกเพื่อเลือกวิธีที่ดีที่สุด ครั้งที่ 6 ประเมินผลดีและผลเสียของวิธีที่ได้เลือกมา สมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่มให้กำลังใจเพื่อให้ปฏิบัติตามวิธีที่เลือกครั้งที่ 7-10 เป็นการฝึกซ้ำในแต่ละขั้นเพื่อให้เข้าใจดียิ่งขึ้น

การรักษาแบบประทับประคองเป็นการรักษาที่เน้นการฟังอย่างร่วมรู้สึก ระหว่างผู้ให้การรักษา กับสมาชิกกลุ่ม โดยผู้ให้การรักษาจะเอื้อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สอนให้ใช้ทักษะในการฟัง เช่น การสะท้อนความรู้สึก และแนะนำให้สมาชิกนำทักษะเหล่านี้ไปใช้นอกกลุ่มด้วย

จากการวิเคราะห์หลังให้การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ พบว่าผู้ให้การบำบัดทั้ง 3 คนมีความสามารถเท่าเทียมกัน และสมาชิกในกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการของการแก้ปัญหา สามารถลดความซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ลดความรู้สึกสิ้นหวังและมีความหวังน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประทับประคองอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยเกี่ยวกับความจำเວในผู้สูงอายุ

แมคคินนอน เกน และเดิร์ส (Mackinnon, Gein, & Durst) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุชาวจีนที่มีต่อการดูแลของลูกหลาน โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 10 คน เป็นชาย 8 คน หญิง 2 คน อายุระหว่าง 69-81 ปี (อายุเฉลี่ย 74.8 ปี) ผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดในประเทศจีน และอพยพมาอยู่แคนาดาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 62 ปี (เฉลี่ย 17.4 ปี) ผู้สูงอายุ 7 คนเป็นหม้าย อีก 2 คน เป็นคู่สมรสกัน และหย่าแล้ว 1 คน ทั้ง 10 คนอาศัยอยู่กับบุตรชายคนใดคนหนึ่ง มี 8 คน ที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้เลย และทั้ง 10 คนเป็นผู้ไม่มีงานทำ ทุกคนยังคงดำเนินชีวิตเหมือนชาวจีนในเมืองจีน ทั้งการแต่งกาย การรับประทานอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกาย และความเชื่อต่าง ๆ การสัมภาษณ์เป็นแบบตัวต่อตัวโดยผ่านล่ามช่วยแปลคำถาม และคำตอบอีกทีหนึ่ง โดยใช้คำถามปลายเปิดที่มีโครงสร้างง่าย ๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 3 เดือน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ 6 ใน 10 คนรู้สึกจำเວ คิดถึงเพื่อนเก่า สถานที่เก่า ๆ สมาชิกในครอบครัวที่เสียชีวิต และกิจกรรมที่เคยทำทุกคนต้องการความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจากครอบครัว

ผู้สูงอายุ 4 คน บอกว่ารู้สึกว้าเหว่น้อยลงถ้าได้อ่านคัมภีร์ไบเบิล หรือคุยโทรศัพท์กับเพื่อน ๆ ผู้สูงอายุ 6 คน รู้สึกว่าไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว แม้อันครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวดี ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว้าเหว่ได้ จากความล้มเหลวที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต เช่น การไม่สามารถสร้างชีวิตใหม่ได้ การพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ทำให้เกิดความกลัว ไม่กล้าแม้แต่จะออกไปโบสถ์ ไปเดินเล่น หรือไปซื้อของ ในผู้สูงอายุ 2 คนที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้จะมีการแยกตัวออกจากสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ ความว้าเหว่และการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดปัญหาทางร่างกายตามมา ผู้สูงอายุ 5-10 คน มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ การย่อยอาหาร และกำลังวังชา การศึกษานี้ยังพบอีกว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุตรหลาน สามารถลดความว้าเหว่ และการแยกตัวของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสนับสนุนงานวิจัยของ มิลเลอร์ (Miller, 1991), รุก (Rook, 1987) และวอง และเรคเคอร์ (Wong & Recker, 1985) รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของหน่วยงานแคนาดา, ชาน, เซ็ง และรูด (Canadian Task Force, 1988 ; Chan, 1983 ; Cheng, 1978 ; Rook, 1987) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีจะทำให้เกิดความว้าเหว่และแยกตัวสูงขึ้น

มัลลินส์, จอห์นสัน, และแอนเดอร์สัน (Mullins, Johnson, & Andersson, 1987, cited in Hojat, 1989) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของครอบครัว และเพื่อนฝูงต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนผู้สูงอายุเมืองฟลอริดา สหรัฐอเมริกา จำนวน 131 คน อายุเฉลี่ย 76 ปี เป็นเพศหญิง 76% ชาวผิวขาว 87% ศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย 53% มี 95% ที่ขณะนี้อยู่ตัวคนเดียว (เป็นหม้าย 64%, หย่า 15%, โสด 14% และแยกทางกับคู่สมรส 3%) มานานกว่า 20 ปี โดยเฉลี่ยทุกคนอาศัยอยู่ในชุมชนนี้เกือบ 6 ปี 41% ไม่เคยอาศัยอยู่กับบุตร 41% มีบุตร 1-2 คน, 16% มีบุตร 3 คนขึ้นไป, 46% ไม่มีหลาน สำหรับผู้ที่มีหลานโดยเฉลี่ยจะมีประมาณ 2 คน แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ มาตรฐานวัดความว้าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส ฉบับปรับปรุง (Revised UCLA Loneliness Scale) ที่พัฒนาโดยรัสเซลและคณะ (Russel et al.) คัดเลือกมาเฉพาะ 5 ข้อที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้คือข้อที่ 1, 5, 13, 15 และ 18 แต่ละข้อมีความตรงภายใน อัลฟา = .75 อีกแบบวัดหนึ่งเป็นข้อคำถามแบบ 2 ข้อใหญ่หลายข้อย่อย ข้อใหญ่ข้อที่ 1 จะถามเกี่ยวกับความบ่อยครั้งในการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ๆ ข้อที่ 2 เป็นความต้องการเกี่ยวกับการติดต่อกับผู้อื่น เช่น ต้องการติดต่อกับผู้ใด ต้องการมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานจะมีความว้าเหว่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญ ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่ไม่มีเพื่อนจะมีความว้าเหว่มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการมีพี่น้องและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวไม่มีผลกับความว้าเหว่

นอกจากนี้ยังพบว่า ความบ่อยครั้งของการติดต่อกับบุตรหลาน พี่น้อง หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว ไม่มีผลกับความว่าเหว่เช่นกัน ส่วนการติดต่อกับเพื่อนบ้านและเพื่อนฝูงมากขึ้นทำให้ความว่าเหว่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และในผู้สูงอายุที่ต้องการจะติดต่อกับบุตรหลาน พี่น้องให้มากกว่าเดิม มักมีความว่าเหว่สูงกว่าผู้สูงอายุที่คิดว่า การติดต่อกับบุตรหลานและพี่น้องนั้นเพียงพอแล้ว

มัวร์ และชูลท์ (Moore & Shultz, 1987 cited in Hojat,1989) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของการรู้จักรับผิดชอบและควบคุมที่มีผลต่อความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชาย 27 คน หญิง 32 คน อายุระหว่าง 55-89 ปี (อายุเฉลี่ย 64.95 ปี) จากคาโรไลน์ทางตอนใต้ ทำการวิจัยโดยให้ ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1) มาตรการความว่าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส (The UCLA Lonelines Scale) ของรัสเซล เพบลิว และคิวโทรนา (Russel, Peblau, & Cutrona, 1980 ; Russel ,Peplau , & Ferguson , 1978)

2) มาตรการเห็นคุณค่าในตนเอง (The self-esteem Scale) ของโรเซนเบิร์ก (Rosenburg, 1965)

3) มาตรการความซึมเศร้าของซุง (The Zung Depression Scale) ของซุง (Zung, 1965)

4) มาตรการแบบ 7 ระดับคะแนน วัดความสนใจ ความสุข ความชื่นชอบ และความพึงพอใจในชีวิต

5) แบบวัดการรายงานตนเอง เกี่ยวกับความบ่อยครั้งและระยะเวลาของความว่าเหว่

6) มาตรการความรับผิดชอบเกี่ยวกับความว่าเหว่ และการรู้จักควบคุมความว่าเหว่

ผลของการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบต่อความว่าเหว่ จะมีความว่าเหว่น้อยกว่า มีระยะเวลาของความว่าเหว่สั้นกว่า และมีจำนวนครั้งของความว่าเหว่ต่อเดือนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่รับผิดชอบต่อความว่าเหว่ การรู้จักรับผิดชอบต่อความว่าเหว่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น

และเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่รู้จักควบคุมความว่าเหว่ จะมีความว่าเหว่ลดลง และมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น รวมทั้งมีความซึมเศร้าน้อยลง

เปรมฤดี ศรีราม (2539) ได้ศึกษาความว่าเหว่และการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน อาศัยในเมืองและเขตชนบทของจังหวัดอ่างทอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์

ความว้าเหว และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าที (t-test) การใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.494$) เพศ รายได้ สถานภาพ การสมรส ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความว้าเหวต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุ เพศหญิงและชายมีการปรับตัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในผู้สูงอายุที่มี ทุสมรรถจะมีปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีทุสมรรถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ เพียงพอจะปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ พบว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกันตามลักษณะครอบครัวและเขตที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่มีทุสมรรถจะมีความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีทุสมรรถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ จะมีความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งทั้งนี้ความว้าเหวของ ผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกันตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ความว้าเหว รายได้ สถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุได้โดยร้อยละ 29.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิลเลียม ฟิลลิป ดีแลนเน่ (William Philip Delaney , 2520) ได้ศึกษาเรื่องสังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่เป็นพุทธศาสนิกชนในภาคเหนือของประเทศไทย โดยการศึกษาจากเอกสาร ที่เกี่ยวกับภาคเหนือเท่าที่เคยมิมา และเข้าไปอยู่ร่วมกับชาวบ้าน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการ ดำเนินชีวิตตามปกติ และผู้สูงอายุนิยมใช้วัดและความคิดเกี่ยวกับการเกิดใหม่ เป็นเครื่องมือลด ความวิตกกังวลเรื่องความตาย รวมทั้งช่วยการแก้ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางศาสนา ปัญหาที่รบกวนจิตใจผู้สูงอายุมากที่สุดคือเรื่องมรดก ด้านสุขภาพอนามัยและสุขภาพจิต วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเสื่อมในเรื่องการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การมองเห็นและการได้ยิน ลดลง มีอาการปวดเข่า ท้องอืด-ท้องเฟ้อ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืน เหมือนเดิมได้ นอกจากจะหาทางป้องกันไม่ให้เป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมี ปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกบุตรหลานและบุคคลรอบข้างทอดทิ้ง ทำให้รู้สึก ท้อแท้ ซึมเศร้า และเกิดความรู้สึกสูญเสีย

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2520) ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ในชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนนี้มีปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ การครองชีพ มีความว้าเหว่ และขาดความมั่นคงในชีวิต

สุพรรณิ นันทชัย (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-96 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในแขวงเมืองราชเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดความว้าเหว่ และแบบวัดสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาคของแบบวัดความว้าเหว่ได้เท่ากับ .81 และแบบวัดสุขภาพเท่ากับ .85

ผลการวิจัยพบว่า ความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.65, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสุขภาพและระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งภาวะสุขภาพและระดับการศึกษาสามารถอธิบายถึงระดับความว้าเหว่ได้ร้อยละ 46.35 ($F = 41.90496, p < .001$) และความว้าเหว่เป็นตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งความว้าเหว่สามารถอธิบายถึงระดับภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 41.91 ($F = 70.68816, p < .001$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม

เคลเลอร์และคร็อก (Keller & Croake, 1975: 54-57) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน และได้ประเมินค่าว่ามีความวิตกกังวลหรือมีความรู้สึกทางลบต่ออายุของตนเอง เป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ให้กลุ่มทดลองเข้ารับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ วัดผลการวิจัยโดยใช้แบบสำรวจความคิดของผู้ใหญ่ (The Adult Idea Inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger ผลการวิจัยปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีความคิดที่มีเหตุผลเพิ่มขึ้น และมีระดับความวิตกกังวลลดลง

ทอมป์สัน และมิเชล (Thompson & Michael, 1988) ได้ศึกษาถึงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่มีต่อความทุกข์ใจของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) สมาชิกกลุ่มทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวและเพื่อนผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคนี้ โครงการของกลุ่มประกอบด้วย การพบกันประจำสัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 60 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที โดยใช้รูปแบบของการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนและหลังการเข้ากลุ่มและในช่วงติดตามผล 6 สัปดาห์ แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบตรวจสอบการปรับสภาพจิตใจที่ซับซ้อนฉบับปรับปรุง (The Multiple Affect Adjustive Checklist-Revised) (MAACL-R) และแบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (The Beck Depression Inventory)(BDI) การทดสอบสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้จากแบบทดสอบทั้ง 2 ฉบับ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของความทุกข์ใจภายหลังการเข้ากลุ่มทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 17$) และกลุ่มควบคุม ($n = 10$) รวมทั้งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความทุกข์ใจภายในกลุ่มระหว่างการทดสอบภายหลังทันที และการทดสอบในช่วงติดตามผล

เทรีกซ์เลอร์ และ คาร์สท (Trexler & Karst, 1972: 60-67) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์กับการฝึกผ่อนคลายความเครียด ในการลดความวิตกกังวลในการพูดที่สาธารณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียดจำนวน 10 คน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ จำนวน 12 คน ผู้วิจัยทำการวัดผลการทดลอง โดยการสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลจากรอยพิมพ์เหงื่อจากนิ้วมือ (Finger Sweat Print) (FSP) แบบวัดความวิตกกังวล (Anxiety Scale) รายงานส่วนตัวต่อความเชื่อมั่นในการเป็นนักพูด (Personal Report of Confidence as a Speaker) และแบบวัดความวิตกกังวลในการพูดที่สาธารณะทั่วไป (General Public Speaking Anxiety) ผลการวิจัยปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลในการพูดในที่สาธารณะได้มากกว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มควบคุม แต่เมื่อให้กลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ก็พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม สามารถลดความวิตกกังวลในการพูดในที่สาธารณะได้เท่ากับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

บล็อก (Block, 1978 : 61-65) ได้ทำการศึกษาโดยใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เพื่อเพิ่มคะแนนการเรียน ลดพฤติกรรมก่อนนอนในชั้นเรียน และลดพฤติกรรมหนีเรียน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 10 และ 11 จำนวน 40 คน โดยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จำนวน 16 คน เป็นชาย 8 คน และเป็นหญิง 8 คน และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มที่เข้าไปโปรแกรมการฝึกมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 16 คน เป็นชาย 8 คน และเป็นหญิง 8 คน เช่นกัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการบำบัดหรือรับโปรแกรมอย่างใดเลย กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ได้ใช้เวลาในการทดลองติดต่อกัน 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ผลของการวิจัย แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนการเรียนเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมก่อวินในชั้นเรียนและพฤติกรรมหนีเรียนลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์ และกลุ่มควบคุมทั้งในระยะการทดลองและในระยะติดตามผล

ประดิษฐ์ เอกทัศน์ (2527) ได้ศึกษาผลของการให้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ต่อการลดพฤติกรรมไม่เอาใจใส่การเรียน ในชั้นเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มควบคุม 5 คน และกลุ่มทดลอง 5 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่เอาใจใส่การเรียนในชั้นเรียน จากรายงานของอาจารย์ผู้สอนวิชาภาษาไทย และจากการสังเกตพฤติกรรมจากผู้สังเกตพฤติกรรม และเป็นกลุ่มที่มีความคิดที่ไม่มีเหตุผลต่อการเรียนวิชาภาษาไทย โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม การศึกษานี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 11 สัปดาห์ โดยระยะที่ 1 เป็นระยะเสถียรพฤติกรรม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ระยะที่ 3 เป็นระยะติดตามผลใช้เวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ สามารถลดพฤติกรรมไม่เอาใจใส่การเรียนในชั้นเรียนของนักเรียนกลุ่มทดลองทั้งในระยะให้การบำบัดและระยะติดตามผล

นิภา เลิศลิลาชัย (2533) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเลขานุการปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มทดลอง จำนวนเท่า ๆ กัน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ผลการวิจัยปรากฏว่า นักศึกษาที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ ทั้งในระยะการทดลองและในระยะติดตามผล

วันเพ็ญ อิศวศิตปกุล (2539) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนของบุคคลที่สูญเสียแขนขา โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลที่สูญเสียแขนขาในช่วงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และฝึกอาชีพที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน และเป็นกลุ่มที่มีคะแนนจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถโดยทั่วไปของตน และแบบวัดการรับรู้ความสามารถเฉพาะของตนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 0.5 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 20 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนการรับรู้ความสามารถโดยทั่วไปของตนและการรับรู้ความสามารถเฉพาะของตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้สรุปได้ว่าหลักการที่จะใช้ลดความหวาดหวั่นในผู้สูงอายุก็คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความคิด ความเข้าใจที่ถูกต้อง และยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้ตามความเป็นจริง ไม่มีความรู้สึกทุกข์ใจจากความคิดอันไร้เหตุผลที่คิดว่าคนถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน เพื่อนฝูงและสังคมจนเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของทุกคน กลายเป็นความกลัวที่เกาะกุมจิตใจอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่กล้าเข้าสังคม และแยกตัวออกจากสังคมไปอยู่อย่างโดดเดี่ยวในที่สุด แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดที่มีเหตุผล ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะอารมณ์ที่เหมาะสมได้นั้น สามารถเอื้ออำนวยให้เกิดขึ้นได้ ในบรรยากาศของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง รู้จักปรับตัว มีความพึงพอใจในชีวิตของตน ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีการมุ่งเน้นที่ความคิด และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความคิดและความเชื่อที่มีต่อตนเอง ทำให้บุคคลรู้จักคิดและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถพัฒนาโครงสร้างของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านที่ดีงาม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใคร่นำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มาลดความรู้สึกว่าหวาดในผู้สูงอายุ เนื่องจากความหวาดนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม จะมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมจะมีคะแนนความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม

ขอบเขตในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 61-87 ปี ในสถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์ พระนครศรีอยุธยา ที่มีความวิตกกังวลไม่ป่วยด้วยโรคภัยแรงใด ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุขณะทำการวิจัย และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 14 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม
2. ตัวแปรตาม คือ ค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์

คำจำกัดความในการวิจัย

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการของสัมพันธภาพของบุคคลที่รวมตัวกันเป็นกลุ่ม โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษา

เป็นผู้วางโครงสร้างของการดำเนินกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องราวของปัญหา โดย นักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาวิเคราะห์ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของตน และ เปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลนั้นให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล ในงานวิจัยนี้หมายถึง กระบวนการ ของสัมพันธภาพในการให้ความช่วยเหลือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความร่ำเหว่ของสมาชิกกลุ่ม กลุ่มประกอบไปด้วยผู้สูงอายุจำนวน 7 คน โดยผู้นำกลุ่มดำเนินการกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกและอารมณ์ที่รบกวนตนเอง เอื้อให้ สมาชิกตระหนักว่า ความรู้สึกว่าร่ำเหว่อันเป็นอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขนั้นเกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล และเปลี่ยนความคิดของตนโดยผ่านกระบวนการของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันของสมาชิก เอื้ออำนวยให้สมาชิกร่วมมือกันฝึกการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งนำไปสู่ความเชื่อและปรัชญา การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ สังคมที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยใจที่เปิดกว้างและไม่หวั่นไหว รู้จักรักตนเองและสัมผัส ได้ถึงความสุขเมื่อมีโอกาสหยิบยื่นความรักให้กับผู้อื่น ตลอดจนมีความยินดีในชีวิตสามารถดำเนิน ชีวิตในวันบั้นปลายได้อย่างมีศรัทธา และมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ โดยใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง จำนวน 10 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 18 ชั่วโมง

ความร่ำเหว่ หมายถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรัก และเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวออกจากสังคม ในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้ จากแบบวัดความร่ำเหว่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดความร่ำเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส ฉบับที่ 3 (The UCLA Loneliness Scale (Version 3))

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้ที่มี อายุตั้งแต่ 61 – 87 ปี ทั้งชายและหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราวาระตะวันตกที่มีความร่ำเหว่สูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อความร่ำเหว่ในผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในการพัฒนา ศรัทธาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้มีความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น เกิดความเชื่อมั่นใน ตนเองและมีความสุขในชีวิตตามสภาพสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

3) เพื่อเป็นแนวทางแก่นักจิตวิทยาการปรึกษาในการศึกษาวิจัยต่อไป และในการนำการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มไปใช้ในการลดความว้าเหวในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ เช่น บุคคลที่ว้าเหวจากการสูญเสียบุตรหลาน หรือบุคคลที่เป็นเหยื่อจากการเสียชีวิตของกลุ่มสมรส เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย