

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. ก่อนที่ได้นามและการตัดสินใจเพื่อตรวจหามะเร็งเต้านม
4. แนวความคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Uncertainty in Illness) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มิเชลพัฒนาทฤษฎีมาจากการงานวิจัยซึ่งเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัส (Lazarus, 1974 cited in Mishel, 1988, p. 259) และมีผู้นำไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยจนถึงปัจจุบัน ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 3. การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ
 4. การเผชิญกับความ
- รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว (Mishel, 1990, pp. 256-262)

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายของความเจ็บป่วย ทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย และไม่สามารถจำแนกความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนและความคลุมเครือของเหตุการณ์จึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล ซึ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มี 4 ลักษณะด้วยกัน ดังรายละเอียด

1.1 ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์เกิด

ความสงสัยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร การขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยนี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเพิ่มขึ้น

1.2 ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าขั้นตอนการรักษามีความซับซ้อน วิธีการรักษาค่อนข้างยุ่งยาก มีการให้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เกิดความกลัวไม่กล้า เกิดความท้อแท้ไม่อยากจะมารับบริการ ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1.3 การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของสถานะความเจ็บป่วย (Lack of Information) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินสถานะความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ เกิดความวิตกกังวลไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ควบคุมได้หรือเป็นโอกาส ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอทั้งข้อมูลมีจำนวนน้อย จะทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ไปในทางเลวร้าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.4 การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรคของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อนและความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่แน่นอนไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สภาพการณ์เช่นนี้จะพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ทำให้ผู้ป่วยทำนายผลของโรคและการรักษาไม่ได้ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ

2.1 รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง แบบแผน หรือโครงสร้างของสิ่งนั้นตามการรับรู้ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1.1 รูปแบบอาการแสดง (Symptom Pattern) เป็นรูปแบบ หรือขั้นตอนการเกิดลักษณะอาการที่ผู้ป่วยทราบซึ่ง อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกหรือเคยมีประสบการณ์เหล่านี้มา

ก่อนแล้ว ซึ่งถ้ารูปแบบอาการแสดงออกเป็นขั้นตอน สม่่าเสมอ สามารถทำนายอาการที่เกิดขึ้นในอนาคตหรือให้ความหมายของอาการนั้น ๆ ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนจะลดลง

2.1.2 ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) คือ ระดับความคุ้นเคยการเกิดซ้ำ หรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์มีผลทำให้เพิ่มความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์โดยผ่านระบบความคิดความจำ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นจะเชื่อมโยงเหตุการณ์นั้นกับระบบความจำและสามารถตัดสินใจความหมายของเหตุการณ์ได้ ระยะเวลายาวนานขึ้นมีผลเพิ่มความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ โดยความแปลกใหม่และความซับซ้อนต่อเหตุการณ์จะลดลง บุคคลจึงสามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายในเหตุการณ์ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนจะลดลง

2.1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริง (Event Congruence) เป็นความสอดคล้องระหว่างความหวังและประสบการณ์ต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย ซึ่งความสอดคล้องที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลแปลผลและเข้าใจเหตุการณ์มากขึ้น หากเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริงไม่ สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น

2.2 ความสามารถทางการรู้คิด (Cognitive Capacity) หมายถึง ความสามารถทางด้านประมวลข้อมูลจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์ ซึ่งจะต้องอาศัยความสนใจและความเอาใจใส่ต่อเหตุการณ์นั้นความสามารถทางการรู้คิดนี้มีผลโดยตรงต่อรูปแบบของสิ่งกระตุ้น โดยช่วยให้บุคคลใช้ความรู้ที่ประมวลได้ ระบุลักษณะของแบบแผนอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และคาดหวังได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงผลที่ได้คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยลดลง

2.3 แหล่งสนับสนุน (Structure Provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยบุคคลในการให้คำอธิบายต่อรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม แหล่งสนับสนุนประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

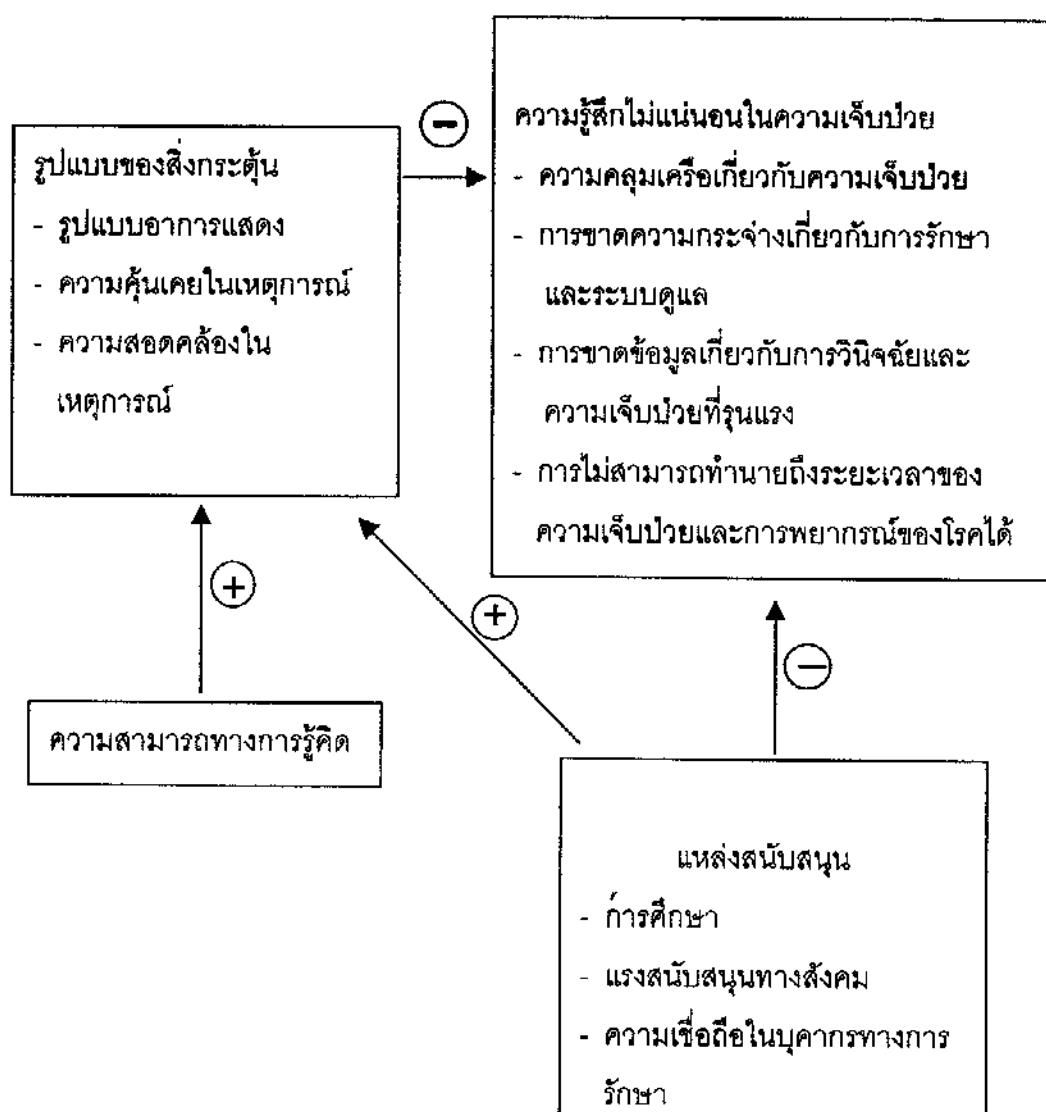
2.3.1 การศึกษา (Education) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการวิเคราะห์และประมวลข้อมูลได้ดีกว่า ใช้เวลาในการแปลความหมายของเหตุการณ์สั้นกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา ซึ่งการศึกษามีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรงคือ ช่วยขยายความรู้พื้นฐานเดิมให้มีความชัดเจนและเกิดความหมายมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมนั้นการศึกษาจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบสิ่งกระตุ้นทำให้บุคคลสามารถทำนายขั้นตอนการเกิดอาการแสดงของโรคมีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และเกิดความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริงผลสุดท้าย ความรู้สึกไม่แน่นอนจะลดลง

2.3.2 แรงสนับสนุนจากสังคม (Social Support) เป็นส่วนประกอบหนึ่งซึ่ง

สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ทำให้ความคลุมเครือหรือซับซ้อนของเหตุการณ์นั้นน้อยลงมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น แรงสนับสนุนในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกันหรือได้รับประสบการณ์การรักษาเหมือนกัน แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอน โดยผ่านรูปแบบของสิ่งกระตุ้นและมีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนเช่นเดียวกับการศึกษา

2.3.3 ความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (Credible Authority)

ความเชื่อถือต่อบุคลากรดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะรับฟังและยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การมีสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจ มั่นใจต่อผู้ให้การรักษาพยาบาลก็จะมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งในช่วงเวลานี้การเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์พร้อมกับการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตัวตามความต้องการของผู้ป่วยและสอดคล้องกับการรักษาพยาบาล สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และใช้ความสามารถของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถสร้างความหมายต่อเหตุการณ์ได้ชัดเจน มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ และเห็นว่าสิ่งที่ตนคาดหวังไว้นั้นตรงกับความจริงที่เกิดขึ้นจึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง (Mishel, 1988, pp. 227-228) โดยรูปแบบของทฤษฎีแสดงดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3. การประเมินการตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) การลงความเห็น เป็นการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยการเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้สัมพันธ์กับตัวอย่างที่เคยประสบมา การลงความเห็นจะเป็นทางบวกหรือลบนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพ ความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อ ตัวชี้แนะและบริบทของเหตุการณ์ที่มากระตุ้นซึ่งโดยทั่วไปมักเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์ ความคุ้นเคย ความสม่ำเสมอ ความสมบูรณ์ จำนวน ความชัดเจน ขอบเขต รวมทั้งความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับที่คาดหวังไว้

โดยมีปัจจัยส่งเสริมในการลงความเห็นว่าจะไปในทางบวกหรือลบ คือ แหล่งประโยชน์ทางสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งคอยช่วยเหลือชี้แนะ และให้ข้อมูลที่เฉพาะเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย และการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเป็นเหตุเป็นผลในการลงความเห็นมากขึ้น ส่วนการสร้างความเชื่อใหม่เป็นการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการสร้างรูปแบบความเชื่อจากเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนให้เป็นแนวทางที่เป็นผลดีหรือตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังไว้ โดยผู้ป่วยพยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอน และปล่อยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนดำเนินต่อไป การสร้างความเชื่อใหม่นี้ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจที่ดี โดยเฉพาะบุคคลที่ไม่ยอมรับข้อมูลที่เป็นอันตรายสำหรับตนเอง หรือบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์ หรือความเจ็บป่วยคุกคามในระยะเริ่มต้น (Lazarus 1983 cited in Mishel, 1988, p. 229) ผลของการตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนมี 2 แบบ คือ

3.1 การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger-Appraisal) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นั้นว่าคุกคาม และหรืออันตราย เหตุการณ์ที่คุกคาม หมายถึง การประเมินว่าอันตรายหรือความสูญเสียกำลังจะเกิดขึ้นกับตัวเอง เป็นเหตุการณ์ที่ให้ผลลบหรือผลที่ไม่ต้องการ การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตรายมักมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย การลงความเห็นด้านลบเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา อารมณ์ซึมเศร้า ระดับความรุนแรงของโรค ความไม่คุ้นเคยกับอาการแสดงของโรค ระดับความวิตกกังวล และความเครียด

3.2 การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity-Appraisal) เกิดจากผู้ป่วยลงความเห็นที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้โดยอาศัย ประสบการณ์ ความรู้และการชี้แนะจากแหล่งประโยชน์ทางสังคมและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือเกิดเมื่อผู้ป่วยสร้างความเชื่อใหม่ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาสนั้นจะมี 2 ลักษณะ คือ เหตุการณ์ที่ท้าทาย (Challenge) และเหตุการณ์ที่ให้ผลดีหรือให้ผลตามที่ต้องการ (Benefit or Mastery-Gain) เหตุการณ์ที่ท้าทาย หมายถึงการประเมินว่าแม้เหตุการณ์นั้นจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้ ดังนั้นผู้ที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นสิ่งท้าทาย (Pellino & Oberst, 1992, pp. 22-26, p. 106 อ้างถึงใน ไชว นรสาร, 2540, หน้า 23) ทำให้ขวัญและกำลังใจดีขึ้นมองโลกในแง่ดี เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น (Confident) มีความหวัง (Hopeful) เกิดความกระตือรือร้น (Eager)

4. การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว มิเชล (Mishel) ได้ใช้กรอบแนวคิดของลาซาลัส (Lazarus) ที่เชื่อว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด

ความเครียด ดังนั้นจึงใช้การเผชิญความเครียดของลาซาลัสมาเป็นแนวทางในการอธิบายการเผชิญปัญหาของบุคคลในทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยใช้รูปแบบการเผชิญความเครียด (Function Coping) ใน 2 หน้าที่ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-Focused Coping) ซึ่งจะมุ่งแก้ปัญหาหรือมุ่งจัดการกับอารมณ์ต้องใช้วิธีเผชิญความเครียด (Coping Mode) ใน 5 วิธีเหล่านี้ คือ 1. การแสวงหา (Information-Seeking) 2. การกระทำโดยตรง (Direct Action) 3. การหยุดกระทำ (Inhibit of Action) 4. การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม (Seeking Support) และ 5. การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) ซึ่งเป็นกระบวนการของความคิดที่ใช้ในการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น (Mishel, 1988, pp. 229 -231) เมื่อวิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวได้โดยมีรูปแบบที่เหมาะสม คือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่นปกติของบุคคลนั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีก่อนบริเวณเต้านม ในช่วงรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

งานวิจัยในต่างประเทศ

หว่อง และ บาล์มเวล (Wong & Bramwell, 1992) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย เป็นผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเป็นครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 1-2 ก่อนกลับบ้าน และสัปดาห์ที่ 1-2 หลังกลับบ้าน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนกับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันทางบวก

คอลสัน (Clauson, 1996) ได้ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดของสตรีที่มีความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะ 3 เดือนสุดท้ายและมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์จำนวน 58 ราย โดยทำการวัดความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียด 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พบว่า ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางและลดลงในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยที่พักรักษาใน

โรงพยาบาลนานมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลน้อย

สแตปเปิลส์ และเจฟฟรีย์ (Staples & Jeffrey, 1997) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ความหวังและความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยโรคหัวใจและกล้ามเนื้อก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ 21 รายและกล้ามเนื้อ ก่อนการได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่ากล้ามเนื้อมีความรู้สึกไม่แน่นอนมากกว่าผู้ป่วย และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมีความรู้สึกไม่แน่นอนมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอาการของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่ดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยคนอื่น

วินเตอร์ส (Winters, 1999) ได้ศึกษาเรื่องโรคหัวใจล้มเหลวกับการมีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกไม่แน่นอน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจำนวน 22 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท จากผลการทดลองพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวข้องกับปัจจัยใหญ่ 3 ปัจจัย คือ อาการและการรักษา ความพยายามที่จะมีชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตและความตาย ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนที่ว่า อายุสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสามารถในการยอมรับและการตอบสนองต่อการมีชีวิตอยู่ ใส่ใจดูแลสุขภาพอย่างรอบคอบระมัดระวัง

เดนนี่ (Denney, 2001) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความพิการและความซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังเกี่ยวกับเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหาและความหวังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังจำนวน 188 ราย พบว่าความพิการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง และการใช้อารมณ์เป็นหลักในการแก้ปัญหาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ความซึมเศร้า

แซมมาร์โค (Sammarco, 2001) ศึกษาเรื่องการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุยังน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี จำนวน 101 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนจะสามารถมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมเพียง 27.2%

ซานทาครอส (Santacroce, 2002) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวลและอาการเครียดหลังประสบเหตุการณ์ร้ายแรง (Posttraumatic Stress) ในครอบครัวของเด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 15 คนของเด็กที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตามเชื้อชาติ พบว่า ระดับความรู้สึกไม่แน่นอน

ต่ำกว่าที่คาดคะเนไว้ แต่ในครอบครัวชนผิวดำมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่า ระดับความวิตกกังวล เทียบได้กับ ผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวลที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ระดับความเครียดหลังประสบ เหตุการณ์ร้ายก็สูงเช่นกัน

วอลล์เลซ (Wallace, 2003) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนและคุณภาพชีวิตของชาย สูงอายุ (อายุเฉลี่ยประมาณ 76 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 21 คน และเลือกที่จะไม่รับแผนการรักษา โดยมีผู้ป่วย 19 ราย ที่ตอบแบบสอบถามกลับมายัง ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มีผลต่อการรับรู้ ถึงอันตราย และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มความเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการทราบก่อนและหลังการตัดสินใจ ทางการแพทย์

งานวิจัยในประเทศไทย

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการใช้การพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ กำลังรับรังสีรักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่ แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา และในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อน สิ้นสุดรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา พบว่ากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริงมาก กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทิพาพร วงศ์เนษกุล (2533, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการใช้ระบบการพยาบาลชนิด สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับ รังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความ รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำ มีคะแนนการปรับตัวค่อนข้างไป ทางสูงเล็กน้อย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวความ สัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

กิตติกร นิลมานันต์ (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง และใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด

ณอมศรี คูอาริยะกุล (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ

เบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

เพ็ญภา พิสัยพันธุ์ (2542, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีบุตรยาก พบว่าความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม อายุและรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาณี แก้วอัมรงค์ (2543, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศและสถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้สึกไม่แน่นอนไม่แตกต่างกัน

จันทร์จิรา ดำใหม่ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการชุดมดลูกแบบแยกส่วน ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าสตรีที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร มีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่คุกคามอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก็ส่งผลถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเช่นกัน

ก้อนที่เต้านมและการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจหามะเร็ง

สมปอง รักษาสุข (2529, หน้า 59-60) กล่าวว่าความผิดปกติของเต้านมอาจแสดงออกได้ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น ความเจ็บปวด การคลำพบก้อน การมีของเหลวไหลจากหัวนม มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเต้านม ลักษณะเต้านมจะเปลี่ยนแปลงตาม อายุ ระหว่างรอบเดือน การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร การใช้ยาคุมกำเนิด วัณโรคประจำเดือน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เต้านมมีการเปลี่ยนแปลง ถ้าคลำเต้านมเป็นประจำ จะทราบได้ว่าเต้านมที่คลำนั้นผิดปกติหรือไม่ เพราะหากก่อนหน้านี้ยังคลำไม่ได้แต่เพิ่งคลำก่อนได้ก็แสดงว่ามีก้อนที่เต้านมก้อนบริเวณเต้านมที่เกิดขึ้นมีหลายลักษณะ อาจเป็นก้อนโตเต็มเต้านม หรือพบที่เฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของเต้านม ซึ่งอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้

ชุมศักดิ์ พุฒพงษ์ (2541, หน้า 38-40) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงภายในเต้านมมีปัจจัยหลากหลายที่ทำให้เต้านมเปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดซึ่งนอกเหนือไปจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์หรือการมาของประจำเดือนแล้ว ยังมีภาวะติดเชื้อ, การเกิดถุงน้ำ หรือการได้รับบาดเจ็บ โรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ กับเต้านมมีดังนี้

1. เต้านมคัด สำหรับหญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่นั้น อาจประสบกลุ่มอาการก่อนประจำเดือนมา ทำให้เจ็บบริเวณเต้านมเป็นระยะเวลาชั่วคราวซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน
2. โรคติดเชื้อของเต้านม การอักเสบของเต้านมเนื่องจากการติดเชื้อ พบได้บ่อยในผู้หญิงที่กำลังหรือเสร็จสิ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การติดเชื้อเกิดขึ้นได้เมื่อท่อน้ำนมอุดตัน
3. ก้อนที่เต้านม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมที่ทำให้เกิดเป็นก้อนคลำได้มี อาทิเช่น
 - 3.1 ภาวะไฟโบรซิสติก เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดกับผู้หญิง

เกือบครึ่งโลกแต่ไม่มีอันตรายร้ายแรงใด ๆ ไม่ทำให้เกิดมะเร็ง แต่จะทำให้คลำดูมีก้อนตะปุ่มตะป่ำ จนน่าตกใจและทำให้คลำหาก้อนมะเร็งได้ยากขึ้น ก้อนเกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนทำให้มี
 น้ำ มักจะมีอาการปวดบริเวณก้อนก่อนมีประจำเดือน พบมากในช่วงอายุ 30-50 ปี พบได้ใน
 เต้านมทั้งสองข้าง มีหลายขนาด ตำแหน่งที่พบบ่อยคือบริเวณรักแร้ ก้อนนี้ขยับไปมาได้ เมื่อวัยทอง
 ก้อนนี้จะหายไป หากเป็นแล้วไม่ต้องรักษา

3.2 น้ำหรือซิสต์ ภาวะนี้เกิดบ่อยที่สุดในหญิงวัย 35-50 ปี เมื่อมีน้ำเกิดขึ้นแล้ว
 มักจะโตขึ้นและเจ็บมากขึ้นก่อนประจำเดือนมาเล็กน้อย เพราะช่วงปลายก่อนประจำเดือนมาจะมี
 การคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น น้ำในเต้านมอาจมีขนาดเล็กจจิไปจนถึงขนาดเท่าไข่ เวลาคลำ
 เต้านมของคนที่มีถุงน้ำอาจรู้สึกว่ถุงน้ำเคลื่อนไหวได้ ผิวหนังและรูปร่างของถุงน้ำอาจเปลี่ยนไป

4. เนื้องอกชนิดไม่ร้าย เป็นก้อนในเต้านมซึ่งไม่ใช่ถุงน้ำหรือมะเร็งมักจะเป็นเนื้องอก
 ธรรมดาที่เรียกว่า ไฟโบรอะดีโนมา มักจะเกิดกับหญิงสาว ก่อนจะมีลักษณะแข็ง เรียบ ขอบชัด
 เคลื่อนไหวไปมาได้ผิวหนังเวลาคลำดู

5. การบาดเจ็บของเต้านม เกิดจากการที่เต้านมได้รับการกระทบและมีเลือดออกใน
 เต้านม มักเกิดในคนที่มึเต้าโต บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ตัว ไ้มนเกิดการอักเสบรวมกันเป็นก้อนซึ่ง
 อาจปวดหรือไม่ก็ได้

6. มะเร็งเต้านม ก้อนมักไม่มีขอบชัดเจน พื้นผิวขรุขระคล้ายหนามแข็ง อาจติดกับผิว
 ทำให้เห็นเป็นรอยบุ๋ม ผิวหนังบริเวณนั้นอาจขรุขระคล้ายผิวส้ม

อาการที่สัมพันธ์กับก้อนที่เต้านม

1. ก้อนโตเร็วหรือไม่ ผิวหนังบริเวณนั้นแข็งขรุขระเป็นก้อน หรือมีรอยบุ๋มหรือไม่
2. มีความผิดปกติของหัวนมหรือไม่ เช่นหัวนมหด
3. มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลหรือไม่
4. มีอาการเจ็บปวดหรือไม่ สัมพันธ์กับการมีประจำเดือนหรือไม่
5. มีก้อนที่รักแร้ (ต่อมน้ำเหลือง) โตหรือไม่

อนันต์ชัย เดชมอมรรักษ์ (2545) กล่าวว่าปัญหาก้อนที่เต้านม สามารถแยกได้ 3 กรณี

คือ

1. กรณีที่สามารถคลำได้ก้อนที่เต้านมได้ชัดเจนจากการตรวจร่างกาย (Palpable Mass)
2. กรณีที่การตรวจร่างกายไม่สามารถจะบอกได้ชัดเจนว่ามีก้อนหรือไม่ แต่คลำได้เป็น
 เนื้อเยื่อหนา ๆ หรือมีก้อนตะปุ่มตะป่ำเล็ก ๆ (Vague Thickening or Nodularity)

3. กรณีที่ตรวจพบก่อนจากการตรวจด้วยการเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) ในขณะที่การตรวจร่างกายไม่พบก้อนใด ๆ ที่เต้านม

ปัญหาการดูแลรักษาก่อนที่เต้านมมีหลักอยู่ที่ จะต้องแยกให้ได้ว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง (Benign) หรือเป็นมะเร็ง (Malignant) ข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจเต้านมและการตรวจร่างกายส่วนอื่น ๆ รวมไปถึงการตรวจเพิ่มเติมในบางรายเพื่อจะได้ให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง

ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร (ม.ป.ป.) กล่าวถึงแนวทางในการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของก้อนที่เต้านม

ข้อมูลที่ได้จากการประกอบวินิจฉัยได้แก่

1. โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.1 โอกาสเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

1.2 พันธุกรรม ข้อมูลที่บ่งว่ามีปัจจัยพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1.2.1 มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง เช่น มารดา

1.2.2 มีประวัติมะเร็งในญาติพี่น้องหลายคน

1.2.3 ประวัติการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยอายุน้อยในครอบครัวหรือญาติ

1.2.4 การเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง

ดังนั้นถ้าผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมีประวัติดังกล่าว อาจเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้น

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศ ที่พบว่าอาจมีส่วนสัมพันธ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเป็นมะเร็งสูงขึ้น ได้แก่

1.3.1 มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว หรือมีครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 11 ปี

1.3.2 หมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ คือหมดเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี

1.3.3 ไม่เคยมีบุตร

1.3.4 ไม่เคยมีน้ำนม

1.3.5 เคยได้รับฮอร์โมนจากการภายนอก เช่น รับประทานคุมกำเนิด ได้รับการเสริมด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือ เคยได้รับฮอร์โมนกระตุ้นเพื่อช่วยในการสืบพันธุ์

1.4 ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ เคยได้รับรังสีมาก่อน ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารตะวันตกมีแนวโน้มว่าอาจมีความเสี่ยงแต่ยังไม่มีความชัดเจน

1.5 ประวัติโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็นได้แก่

1.5.1 เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน

1.5.2 มีพยาธิสภาพของเต้านมที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งสูง

2. ประวัติ นอกจากประวัติการตรวจพบก้อนที่เต้านมแล้ว อาการที่เกิดร่วมเช่น มีเลือดหรือสารน้ำหลัง ออกทางหัวนม พบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งสูง

3. การตรวจร่างกาย การตรวจเต้านมควรตรวจทั้งทำนังและท่านอนหงาย เพื่อตรวจความผิดปกติต่าง ๆ ว่าเป็นอย่างไรในด้านของขนาด (Size) รูปร่าง (Contour) ลักษณะของก้อน (Texture) การกดเจ็บ (Tenderness) และตำแหน่ง (Position) ของก้อนนั้น ๆ

4. การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

4.1 การตรวจเอกซเรย์เต้านม สามารถนำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค กรณีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมหรือเพื่อการคัดกรอง (Screening) เพื่อให้สามารถพบก้อนที่เต้านมหรือโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น สำหรับรายที่ตรวจทางคลินิกไม่พบก้อนที่เต้านม และใช้ การเอกซเรย์เต้านมเป็นการตรวจคัดกรองนั้น โดยทั่วไปจะแนะนำให้ทำ 2 ปีต่อครั้งในผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากอุบัติการณ์ของมะเร็งในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีนั้นมีเพียง 4-5% เท่านั้น และผู้ป่วยอายุน้อยอาจพบจากการตรวจว่ามีเนื้อเยื่อของเต้านมหนา (Dense Breast Tissue) ทำให้แปลผลได้ยาก การใช้เครื่องเอกซเรย์เต้านมในลักษณะของการคัดกรองอาจจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงคือ 35 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านมเพื่อตรวจกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าประชากรปกติ เช่น การมีคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยในระยะก่อนวัยทอง (Premenopause) อย่างไรก็ตามต้องระลึกไว้เสมอว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายจึงแนะนำให้ผู้หญิงทุกรายที่มีอายุมากกว่า 30 ปีได้กระทำเป็นประจำ ถึงแม้ว่าจะมีความไวต่ำ และการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมนั้น สามารถบอกผลถูกต้องได้เพียง 85-90% เท่านั้น

ลักษณะที่ปรากฏจากเครื่องเอกซเรย์เต้านม อาจจะช่วยบอกพยาธิสภาพของโรคได้ เช่น

1. ถ้าพบว่ามีก้อนเดี่ยวโตกว่า 1 cm. ลักษณะกลมขอบเรียบและเห็นขอบชัดเจนทั้งหมด จะมีโอกาสเป็นมะเร็ง 2% (Positive Predictive Value for Cancer 2%)

2. ก้อนที่ค่อนข้างเรียบแต่ขอบส่วนเห็นไม่ชัด หรือบอกขนาดไม่ชัดจะมีโอกาสเป็นมะเร็ง 5% (Positive Predictive Value for Cancer 5%)

4.2 อัลตราซาวด์ (Ultrasonography) คลื่นเสียงความถี่สูงจะสร้างภาพเนื้อเต้านมให้ดูเป็นการตรวจเพื่อแสดงให้เห็นว่าก้อนในเต้านมนั้นมีลักษณะเป็นถุงน้ำหรือเป็นก้อนเนื้อตัน เท่านั้น ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จึงไม่เหมาะนำมาใช้เป็น

การตรวจเพื่อคัดกรอง แต่อาจสามารถใช้ตรวจเพื่อนำทาง (Ultrasound Guide) ในการตัดชิ้นเนื้อ
ออกตรวจ (Biopsy) หรือ ใช้เข็มเจาะดูดน้ำออก(Aspiration) จากก้อนโดยเฉพาะในกรณีที่คลำ
ก้อนได้ไม่ชัดเจน

4.3 การใช้เข็มเจาะชิ้นเนื้อส่งพยาธิวิทยาเพื่อหาเซลล์มะเร็ง (Needle Biopsy)

4.4 การผ่าตัดเอาก้อนออก และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Surgical Biopsy)

กรณีที่ตรวจร่างกายไม่พบก้อนแต่พบสิ่งผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นก้อนจากการตรวจ
เอกซเรย์เต้านม หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เนื่องจากการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ
เพิ่มขึ้น ทำให้อาจพบพยาธิสภาพหรือความผิดปกติจากการตรวจที่มีได้คาดหมายทั้ง ๆ ที่การตรวจ
เต้านมปกติ นั้น การตรวจรักษาต่อเพื่อให้ได้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายเช่นการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจให้
พิจารณาจากข้อมูลดังนี้ คือ

1. ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม แสดงให้เห็นพยาธิสภาพที่น่าสงสัยว่าเป็น
มะเร็งหรือไม่

2. ปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่ถูกตรวจพบความผิดปกติในผู้ป่วยที่ตรวจพบจากเครื่อง
เอกซเรย์เต้านม ว่ามีลักษณะที่ไม่ใช่มะเร็งแน่นอน ควรจะใช้วิธีตรวจติดตามผู้ป่วยและทำ
การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม ทุก 6 เดือนเป็นเวลา 2 ปี ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงเป็น
ลักษณะพยาธิสภาพที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็ง แนะนำให้ทำการตัดชิ้นเนื้อ
ออกตรวจ การตัดชิ้นเนื้อออกตรวจนั้นสามารถทำได้หลายวิธีเช่น ผ่าตัด (Open Technic) หรือใช้
เข็มเจาะดูดชิ้นเนื้อ (Needle Biopsy) และเมื่อได้การวินิจฉัยโรคแล้ว จึงให้พิจารณาให้การรักษาที่
เหมาะสมกับโรคต่อไป

ซุมศักดิ์ พุทพงษ์ (2541, หน้า 44-45) สรุปว่า การตรวจคัดหามะเร็งเต้านม มีหลาย
วิธี คือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Self- Examination) การตรวจร่างกายโดยแพทย์ (Physical
Examination) การตรวจด้วยเอกซเรย์เต้านม ซึ่งสามารถถ่ายภาพก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็ก ทำให้
ค้นพบก้อนที่แพทย์หรือตัวเราเองจะคลำได้ล่วงหน้า 2 ปีนับตั้งแต่มีแมมโมแกรมแล้ว ร้อยละ 25
ของมะเร็งที่ตรวจพบทุกวันนี้จะมีขนาดเล็กกว่า 1/3 นิ้ว และยังไม่ลุกลามออกไปนอกเต้านม

แนวความคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 5) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการของ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาซึ่งคือนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม กับผู้รับบริการซึ่ง
ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น

ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจ และทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2533, หน้า 195) กล่าวถึงความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเป็นส่วนตัวและมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลสองคน จากความสัมพันธ์ที่ดำเนินไปและความสามารถของผู้ให้บริการปรึกษาช่วยสร้างสภาพการณ์ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงตนเอง สภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งสภาพการณ์อันเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อสามารถให้คุณลักษณะเฉพาะตน และศักยภาพของตนให้เกิดประโยชน์และเพื่อความพึงพอใจทั้งต่อตนเองและสังคม ทั้งยังสามารถเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอันอาจเกิดขึ้นในอนาคต และตอบสนองความพอใจส่วนตน

การให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคลเน้นปัญหาและความต้องการของปัจเจกบุคคลช่วยให้เรียนรู้ว่าอะไรคือสิ่งจำเป็นที่จะช่วยแก้ปัญหา ช่วยให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถจัดการกับความยากลำบากอันอาจเกิดขึ้นในอนาคต

แก้วตา ผู้พัฒนาพงศ์ (2543, หน้า 100-101) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นการพบกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษา 1 คน กับผู้ขอคำปรึกษา 1 คน โดยร่วมมือกัน การให้คำปรึกษาแบบนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาให้สามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตนเอง หรือเพื่อให้สมาชิกในองค์กร เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น ทำให้คนในองค์กรได้ตระหนักถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปฏิกิริยาและการแสดงออกของอารมณ์ของตนและ ผู้อื่น เข้าใจความสำคัญของคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเข้าใจความสำคัญของการเสริมแรงและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง คนสามารถกำหนดเป้าหมายและ การประพฤติปฏิบัติของตนเองได้

ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จึงเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือมีความกดดัน ได้ผ่อนคลายอารมณ์ สามารถเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อการปรับตัว และพัฒนาศักยภาพเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2533, หน้า 195) กล่าวถึงเป้าหมายของการให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคล มีพื้นฐานอยู่บนการเคารพในคุณค่าความเป็นปัจเจกบุคคลโดยไม่จำกัดว่าจะมีพื้นฐานทางการศึกษา สถิติปัญหา หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมอย่างไร ผู้ให้บริการปรึกษาใช้ทักษะความเชี่ยวชาญความสามารถช่วยให้ผู้รับบริการแต่ละคนตระหนักถึงตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาความยากลำบาก มีความเชื่ออาทรเข้าใจใน

ความเป็นอยู่อันดีของมวลมนุษย์ และสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเต็มที่ โดยมีความสอดคล้องกับแบบการดำเนินชีวิตของตนภายในขอบเขตทางจริยธรรมของสังคม

รวีวรรณ ชินะตระกูล (2537, หน้า 195-196) กล่าวถึงกระบวนการให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยทั่วไปประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ

1.1 ระเบียบสะสมของผู้รับบริการ ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติการเรียนรู้ บันทึกสุขภาพ กิจกรรมพิเศษที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ทำงาน อาชีพบิดา มารดา รายได้ของบิดา มารดา เป็นต้น

1.2 สังเกตและสัมภาษณ์ผู้รับบริการ เพื่อที่จะศึกษาดูว่าเขารู้จักตนเองเพียงใด

2. สร้างความสัมพันธ์ ผู้ให้คำปรึกษาควรให้ความอบอุ่นแก่ผู้ขอรับคำปรึกษาและสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้น เช่น การแสดงความสนใจในตัวผู้รับบริการและปัญหาของเขาให้ความสนิทสนมเป็นกันเอง พยายามเข้าใจและช่วยให้เขาได้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำพูดที่เป็นกันเอง มีความเห็นอกเห็นใจ และทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยเรื่องส่วนตัว รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับเขา

3. สำรวจปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามค้นหาว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง ดังนั้นในขั้นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะใช้ประโยชน์ของแบบทดสอบต่าง ๆ เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหา และควรพยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอรับบริการ เพื่อประกอบการพิจารณาว่าผู้ขอรับบริการประสบปัญหาใดบ้าง

4. การดำเนินการช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษาควรทำความเข้าใจกับผู้ขอรับบริการว่าวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการให้บริการให้คำปรึกษาคืออะไร บทบาทของแต่ละฝ่ายจะเป็นอย่างไร ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจะมีลักษณะอย่างไร กิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบมีอะไรบ้าง กำหนดระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ขอรับบริการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องว่าเขาจะปฏิบัติอย่างไร ผู้ให้บริการปรึกษาควรพยายามสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้รับบริการให้ถูกต้อง

5. การประเมินผลการให้คำปรึกษา การประเมินผลเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้ขอรับบริการว่าได้บรรลุวัตถุประสงค์ไว้เพียงใด เช่น ผลของการเรียนดีขึ้น เป็นคนกล้าพูด เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ (Gestalt Therapy)

คอเรย์ (Corey, 2001, pp. 192-195) ได้กล่าวถึงประวัติความเป็นมาของการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) ผู้ให้กำเนิดคือ เฟรดเดอริค เอส ฟรีทซ์ เพิร์ลส์ (Frederick S. Fritz Perls) เพิร์ลส์ (Perls) เกิดที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมันในครอบครัวชาวยิว เกิดปี ค.ศ. 1893 เรียนจบแพทย์ทางด้านจิตวิทยา ได้รับราชการเป็นแพทย์ทหารประจำกองทัพอากาศเยอรมัน ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 และได้รับการฝึกตามแนวจิตวิเคราะห์ที่เวียนนา และได้ฝึกรักษาคอนไซท์ตามแนวจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ย้ายไปอยู่อเมริกาและตั้งสถาบัน จิตบำบัดแบบเกสตัลท์ที่นิวยอร์ก เมื่อปี ค.ศ. 1952 ในปี ค.ศ. 1966 เพิร์ลส์ (Perls) และคณะร่วมจัดตั้งสถาบันกิจกรรมเกสตัลท์ขึ้นที่แคลิฟอร์เนีย ชื่อสถาบันเอสซาเลน อินสติจิว อิน บิค เซอร์ (Esalen Institute in Big Sur) ถึงแก่กรรมปี ค.ศ. 1970 รวมอายุ 76 ปี

โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าเป็นประสบการณ์ เน้นการมีสติและการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ให้ความสำคัญต่อสภาวะปัจจุบัน เน้นการรับรู้และการยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นอยู่จริง

นอกจากนี้ยังมี ลอรา โพลเนอร์ เพิร์ลส์ (Laura Posner Perls) ซึ่งเป็นภรรยาของเพิร์ลส์ (Perls) ที่ช่วยพัฒนาทฤษฎีเกสตัลท์ ซึ่งเธอมีชีวิตอยู่ในระหว่างปี ค.ศ. 1905-1990 เกิดที่ประเทศเยอรมัน เธอเริ่มเล่นเปียโน ตั้งแต่อายุ 5 ปี จนถึงอายุ 18 ปี เธอได้เป็นนักเปียโนมืออาชีพ เมื่ออายุ 8 ปี เธอได้เรียนโมเดิร์น แดนซ์ ด้วยซึ่งทั้งดนตรีและโมเดิร์นแดนซ์ ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเธอในวัยชรา ลอรา (Laura) เริ่มเข้าศึกษาสาขาจิตวิทยาและประสบความสำเร็จในการใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ พื้นฐานทางครอบครัวเธอมีฐานะดี เธอพบกับเพิร์ลส์ (Perls) ในปี ค.ศ. 1926 และได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดแบบเกสตัลท์ ต่อมาเขาทั้งสองแต่งงานกัน ในปี ค.ศ. 1930 และได้ร่วมกันก่อตั้งสถาบันเกสตัลท์ที่นิวยอร์ก การบำบัดตามแนวเกสตัลท์นั้นมีการพัฒนาและใช้กันอย่างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1940 จนกระทั่งเธอเสียชีวิตในปี ค.ศ. 1990 ลอรา เพิร์ลส์ (Laura Perls) ได้กล่าวถึงเพิร์ลส์ (Perls) อย่างชัดเจนว่าเพิร์ลส์ (Perls) เป็นผู้ให้กำเนิดไม่ใช่ผู้พัฒนา ลอรา (Laura) จะให้ความสำคัญอย่างมากกับการติดต่อพบปะ และการสนับสนุน ซึ่งจะแตกต่างจากเพิร์ลส์ (Perls) ที่ให้ความสำคัญกับการมีสติหรือตระหนักรู้ (Awareness) เน้นการติดต่อที่อยู่ภายใต้บทบาทในความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ และความเป็นตนเอง (Being) ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ในช่วงที่แนวความคิดเกสตัลท์ได้รับความนิยม เธอแก้ไขวิธีการบางอย่าง และได้ใช้ชื่อว่าการบำบัดตามแนวเกสตัลท์ และยังคงใช้หลักเบื้องต้นของ

ทฤษฎีการบำบัดตามแนวเกสตัลท์ เธอคิดว่านักบำบัดเกสตัลท์ ต้องพัฒนาวิธีการให้เหมาะกับตนเอง โดยอาจผสมผสานและมีการปรับเปลี่ยนเป็นเทคนิคของตนเอง

ธรรมชาติของมนุษย์

คอเรย์ (Corey, 2001, pp. 195-196) ได้กล่าวว่าเพิร์ลส์ (Perls) มีแนวความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงและหลีกหนีความไร้ความไว้วางใจในตนเอง และความรับผิดชอบ จึงมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า หน้าที่เบื้องต้นของนักบำบัดแนวเกสตัลท์ คือ การเผชิญหน้า (Confrontation) และความคับข้องใจกับการเลี่ยงความรับผิดชอบของผู้รับคำปรึกษา เพิร์ลส์ (Perls) ได้ฝึกฝนการบำบัดแนวเกสตัลท์ที่เป็นแบบฉบับ โดยเชื่อว่าผู้รับคำปรึกษามีความเป็นผู้ใหญ่ ยืนอยู่บนเท้าทั้งสองของตนเองและจัดการปัญหาในชีวิตได้ด้วยตนเอง รูปแบบของเพิร์ลส์ (Perls) ในการให้ การบำบัดนั้นเป็นเรื่องของคนสองคน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาผู้อื่นเปลี่ยนเป็นการพึ่งพาตนเอง และกล่าวซ้ำถึงการปฏิเสธส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ตามแนวความคิดของ เพิร์ลส์ (Perls) เกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และการพบกันที่จะนำไปสู่การไว้วางใจตนเอง (Self Reliance) และการกล่าวซ้ำถึงสถานการณ์ในหลายวิธีและการเผชิญหน้ากับความคับข้องใจ

มีความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ โดยอยู่บนรากฐานของปรัชญาอัตถิภาวนิยม (Existential) ปรัชญาการณตามธรรมชาติ และทฤษฎีแห่งพื้นฐาน (Field Theory) ความรู้ที่แท้จริงคือผลของการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นไปได้อย่างชัดเจน การบำบัดไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่การวิเคราะห์แต่เป็นการมีสติ ตระหนักรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

แพสสัน (Passons, 1975, p. 14) กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ตามความเชื่อของจิตบำบัดแนวเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) พอสรุปได้ดังนี้

1. มนุษย์มีลักษณะเป็นหน่วยที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตนเอง ร่างกาย อารมณ์ ความคิด ประสาทสัมผัส และการรับรู้ มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน มนุษย์จึงมีลักษณะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การเข้าใจมนุษย์นั้น จะเข้าใจในเฉพาะแต่ละส่วนไม่ได้ จำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของหน่วยเต็มทั้งหมด คือ บุคคล
2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม การที่จะเข้าใจมนุษย์ให้ลึกซึ้งจำเป็นต้องเข้าใจทั้งบุคคลและสภาพแวดล้อมของเขา
3. มนุษย์เป็นผู้เลือกที่จะแสดงพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกและภายใน

4. มนุษย์มีความสามารถที่จะรับรู้หรือสัมผัสถึงความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของตนเอง

5. จากการที่มนุษย์มีประสิทธิภาพในการรับรู้ถึงตนเอง มีสติ จึงทำให้มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจเลือก พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของเขา

6. มนุษย์มีความสามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. มนุษย์เราไม่สามารถนำตนเองไปเผชิญกับอดีตหรืออนาคตได้ เราจะสามารถเผชิญเหตุการณ์ด้วยตนเองได้กับปัจจุบันเท่านั้น นั่นก็คือคนเราสามารถรับรู้ถึงประสบการณ์ส่วนตนจากปัจจุบันเท่านั้นอดีตหรืออนาคตสามารถรับรู้ได้จากปัจจุบัน โดยการจำหรือการคิดคาดหวัง

8. โดยพื้นฐานของธรรมชาติแล้ว มนุษย์เราไม่ตีหรือไม่เลวโดยกำเนิด

อาภา จันทรสกุล (2535, หน้า 134) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามความเชื่อของเพิร์ลส์ (Perls) คือ ผู้ที่รับรู้ความรู้สึก ความต้องการ ความคิดต่าง ๆ ของตนเอง สัมผัสถึงสิ่งเร้าภายในตัวเอง ตลอดจนรับรู้ถึงสภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ของตนเองกับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้อง ใช้ความคิด ความรู้สึก และประสาทสัมผัส อยู่ในสภาวะปัจจุบัน ไม่ปล่อยตัวเองติดตรึงอยู่กับอดีต หรือคอยคำนึงหวาดกลัวอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น ฉะนั้นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ต้องรู้จักตนเอง และสภาพความเป็นจริงโดยการใช้การสัมผัส ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นบุคคลที่ไม่ปฏิเสธการรับรู้ถึงความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง กล้ายอมรับตนเองตามความเป็นจริง เชื่อในความสามารถของตนเอง ปรับตัวได้ดี และรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง สามารถจัดระบบตนเองให้เกิดความสมดุล ได้เมื่อมีความคับข้องใจ อันเกิดขึ้นจากความขัดแย้งของส่วนที่เป็นของตนเองกับส่วนที่เป็นตนตามมโนภาพ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีก็จะสามารถพิจารณาถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้ ตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น

โครงสร้างของบุคลิกภาพ (Structure of Personality)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช (2533, หน้า 129-130) กล่าวว่าเพิร์ลส์ (Perls) ให้ทรรศนะว่าบุคลิกภาพเป็นผลของการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พัฒนาการทางบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถรับเอาสิ่งที่ได้รับรู้จากสังคม นำไปพิจารณาตนเองให้เกิดการค้นพบตนเอง ปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ตลอดเวลาบุคคลจะต้องเผชิญกับความต้องการทั้งภายในและภายนอก จึงต้องมีการกระทำต่าง ๆ เพื่อรักษาสสมดุลเอาไว้ การรักษาสมดุลเป็นการลดความเครียดของบุคคลโดยใช้กระบวนการจัดระบบตนเอง (Organismic Self – Regulation) ซึ่งเป็นความสามารถที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและพัฒนาขึ้นเป็นบุคลิกภาพของบุคคลได้แบ่งการพัฒนาบุคลิกภาพเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นสังคม ขั้นนี้ทารกยังไม่มีความสามารถรู้ในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์และตระหนักรู้ในบุคคลอื่น ๆ พร้อมทั้งจะทำตามผู้มีอิทธิพลต่อตนในสังคม

ขั้นที่ 2 ขั้นกายและจิต ในขั้นนี้เด็กจะพัฒนาความรู้สึกเกี่ยวกับตน (Sense of Self) มโนภาพแห่งตน (Self Image) มีลักษณะการตระหนักรู้ในความเป็นตนของตน ซึ่งในทางบุคลิกภาพ สามารถอธิบายแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

ก. อินทรีย์ ที่มีมาแต่กำเนิด เป็นส่วนที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ข. ตน เป็นส่วนที่บุคคลค้นพบและรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากประสบการณ์ที่ได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการปรับตัว เกิดความรู้ และเกิดการยอมรับมโนภาพแห่งตน

ค. มโนภาพแห่งตนเป็นส่วนที่บุคคลนึกคิดไว้ในจิตใจว่าตนจะเป็นคนอย่างไร จะทำอย่างไร มโนภาพแห่งตนนี้มีอิทธิพลของมาตรฐานทางสังคมอยู่ด้วย

ขั้นที่ 3 ขั้นจิตใจ ในขั้นนี้จะมีพัฒนาการไปถึงได้ยาก เพราะเป็นการพัฒนาการตระหนักรู้ด้วยการใช้ประสาทสัมผัสพิเศษ (Extra –Sensory Sensing) ทำให้เกิดการรู้แจ้งในตนเองที่เรียกว่า Sensitive –Intuitive Person

หลักการเบื้องต้นของทฤษฎีการบำบัดตามแนวเกสตัลท์

คอเรย์ (Corey, 2000, pp. 307-308) กล่าวว่าหลักการเบื้องต้นของทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์เป็นความเชื่อที่แบ่งออกได้ดังนี้

1. ส่วนเต็ม (Holism): เป็นหลักการพื้นฐานของการบำบัดแบบเกสตัลท์ ซึ่งจะมองธรรมชาติของมนุษย์ในภาพรวมของความเป็นมนุษย์เข้ากับทุกแง่มุมของความเป็นคน การบำบัดแนวเกสตัลท์ จะให้ความสนใจที่ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ร่างกายและความฝันของผู้บำบัด โดยเน้นที่จะทำอะไรให้ผู้รับการปรึกษามีส่วนหนึ่งของผู้อื่นได้และทำอะไรที่จะติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้

2. ทฤษฎีแห่งพื้นฐาน (Field Theory): การบำบัดแนวเกสตัลท์ ใช้แนวทางทฤษฎีแห่งพื้นฐาน เป็นพื้นฐานของหลักการเบื้องต้นที่ว่าชีวิตต้องอยู่กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ การบำบัดแนวเกสตัลท์ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า ทุกสิ่งทุกอย่างมีความเกี่ยวข้องกันมีความเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเป็นกระบวนการ นักบำบัดแนวเกสตัลท์ให้ความสนใจและตรวจสอบว่าอะไรที่เกิดขึ้น ที่เป็นข้อจำกัดระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

3. กระบวนการการสร้างภาพพื้น: (The Figure – Formation Process): เกิดจากสาขาที่ว่าด้วยการรับรู้ภาพโดยนักจิตวิทยาเกสตัลท์ กระบวนการนี้ทำให้จำแนกได้ว่า แต่ละบุคคลมีการจัดการอย่างไรกับสิ่งแวดล้อมจากสภาวะปัจจุบันในการนำมัดแนวเกสตัลท์ สิ่งที่เราสนใจในการมองเป็นภาพ (Figure) และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เปรียบได้กับพื้น (Ground) มนุษย์ไม่ได้ตอบสนองต่อทุกสิ่งเข้า การที่บุคคลจะตอบสนองขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขาตระหนักหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น

4. กระบวนการจัดระบบตนเอง: กระบวนการการสร้างภาพ (Organismic Self – Regulation: The Figure – Formation Process) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ “ การกำกับตนเองอย่างเป็นระบบ ” ที่เป็นกระบวนการเกี่ยวกับความสมดุลที่ถูกรบกวนจากความต้องการ ความ รู้สึกและความสนใจ สิ่งมีชีวิตจะทำได้ดีที่สุดในการควบคุมตนเอง ค้นหาความสามารถ แสดงศักยภาพและสร้างสัมพันธ์ภาพที่จะทำให้เกิดความสมดุลอีกครั้งเพื่อทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการนำมัดนั้นสิ่งที่ผู้รับการนำมัด

แนวคิดที่สำคัญ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2533, หน้า 130-131) ได้กล่าวถึงแนวคิดที่สำคัญมีดังนี้

1. ภาพและพื้น (Figure –Ground) นักจิตวิทยาในกลุ่มเกสตัลท์ เชื่อว่าคนมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนภาพ (Figure) ให้เป็นพื้น (Ground) พื้นให้เป็นภาพได้ และทุกสิ่งทุกอย่างจะมองได้เป็นสองทางเสมอ ภาพเปรียบเสมือนความต้องการของบุคคล การที่บุคคลมีปัญหาเป็นเพราะบุคคลนั้นไม่รู้ว่าความต้องการที่แท้จริงของตนคืออะไร คนที่มีสุขภาพจิตดีจะรู้ความต้องการของตนเองว่าอะไร เวลาใดที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการ นั่นคือ สามารถแยกภาพและพื้นได้ถูกต้องเหมาะสมนั่นเอง การให้บริการปรึกษาแบบเกสตัลท์ก็เป็นการช่วยให้บุคคลมองเห็นภาพหรือความต้องการและพื้นหรือสภาวะแวดล้อมได้ชัดเจนขึ้น

2. สภาวะปัจจุบัน (The Now) เวิร์ลส์ (Perls) ให้ความสำคัญกับสภาวะปัจจุบันมากที่สุด เพราะอดีตเป็นสิ่งที่ผ่านพ้นไปแล้ว และอนาคตเป็นการคาดการณ์ที่ยังไม่เกิด ดังนั้น จึงไม่ควรสูญเสียพลังความคิด ความรู้สึกให้กับการคิดตรึงอยู่กับความทรงจำในอดีตหรือกับการคาดหวังในอนาคต ซึ่งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ ไม่สามารถตระหนักรู้ในตนเองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ในการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้และอยู่กับสภาวะปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถามว่า “อะไร” และ “อย่างไร” เช่น ขณะนี้อะไรกำลังจะเกิดขึ้นหรือรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนี้อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับความตระหนักรู้ตนเองในขณะนี้

ผู้ให้คำปรึกษาจะหลีกเลี่ยงคำถามที่ว่า “ทำไม” เพราะจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความเครียด พยายามหาเหตุผลมาชี้แจงมาอ้าง เป็นการเลี่ยงไปจากสภาวะปัจจุบันหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาไปสู่การรู้จักตนเองตามความเป็นจริง ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องดึงผู้รับบริการให้กลับมารับรู้ในสภาวะปัจจุบัน ให้รับรู้ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นที่ขณะนี้ การให้ผู้รับบริการได้เผชิญกับปัญหาที่ตนมีอยู่ในปัจจุบันเป็นวิธีการที่จะช่วยให้เขาได้รู้จักตนเองมากขึ้น สามารถหาแนวทางและตัดสินใจแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม กล่าวเผชิญความจริง มีความรับผิดชอบต่อความรู้สึกและการกระทำของตนไม่โทษอดีตหรือผู้อื่นและไม่รอคอยหวังในอนาคต

อาภา จันทรสกุล (2535, หน้า 139) กล่าวว่ามิใช่ว่าผู้ให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์จะไม่ให้ความสำคัญต่ออดีตของบุคคลเลย ผู้ให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์จะให้ความสำคัญต่ออดีตก็ต่อเมื่ออดีตนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้มารับคำปรึกษาในปัจจุบัน และการให้ความสำคัญต่ออดีตในรูปของปัจจุบัน คือ เหตุการณ์ในอดีตนั้นก่อให้เกิดความรู้สึกอย่างไรต่อเรื่องมาจนถึงปัจจุบัน ไม่ใช่ให้ความสำคัญต่ออดีตในรูปของอดีต ซึ่งบุคคลไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงอะไรได้อีกแล้ว

3. ความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished Business) ความรู้สึกที่ค้างค้ำเป็นผลมาจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งอื่น ๆ แล้วไม่ประสบความสำเร็จตามความรู้สึกที่ตนเองต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกค้างค้ำไม่ได้ระบายออกมา เช่น ความเกลียด ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเศร้าโศก ความขุ่นเคือง ความสงสัยอื่น ๆ ความรู้สึกที่ไม่ได้ระบายออกมาเหล่านี้ยังคงอยู่ในความทรงจำ จะเกี่ยวข้องกับสภาพและพื้นและมารบกวนการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันเมื่อมีพลังมากพอ ความรู้สึกค้างค้ำจะแสวงหาความสมบูรณ์ตลอดเวลา โดยอาจถูกขับให้แสดงพฤติกรรมออกมาหลายลักษณะ เช่น การย้ำคิดย้ำทำ การกล่าวโทษตนเอง การกระโดดข้ามเรื่องไปเรื่องอื่น เป็นต้น เพิร์ลส์ (Perls) ได้เสนอแนะว่าผู้ให้บริการปรึกษาต้องทำให้ความรู้สึกค้างค้ำสมบูรณ์ขึ้นโดยการช่วยให้ผู้รับบริการกล้าเผชิญกับความรู้สึกของตนเอง ได้รับรู้ถึงความรู้สึกที่ค้างค้ำของตนเองแล้วระบายออกมา

4. พฤติกรรมที่ผิดปกติ (Maladaptive Behavior) ในทฤษฎีของเพิร์ลส์ (Perls) เชื่อว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติมีสุขภาพจิตดีและมีความสุขในชีวิต คือบุคคลที่ตระหนักรู้ถึงความรู้สึก ความคิดความต้องการของตนเอง ตลอดจนรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้องในสภาวะปัจจุบัน ไม่ติดอยู่กับความทรงจำในอดีตหรือวิตกกังวลคาดหวังกับอนาคต สามารถจัดการหรือความรู้สึกค้างค้ำที่มารบกวนจิตใจให้หมดไปและจัดระบบตนเอง

(Self -Regulation) ทั้งทางกายและจิตให้เกิดความสมดุลก็จะเกิดความขัดแย้งในตนเองเกิดความคับข้องใจ มีอาการทางจิตหรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ ดังที่ แพตสัน (Passons, 1975, pp. 183 - 189) ได้สรุปพฤติกรรมผิดปกติของบุคคลไว้ 6 ลักษณะดังนี้

4.1 ขาดการตระหนักรู้ (Lack of Awareness) ลักษณะนี้จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีบุคลิกภาพตายตัวไม่มีการยืดหยุ่น (Rigid Personality) เป็นพฤติกรรมที่ไม่ยอมปรับตัวขาดการตระหนักรู้ถึงความสมดุลระหว่างตนจริงกับตนตามมโนภาพ อันเป็นสาเหตุให้บุคคลสูญเสียการรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมของตน คืออะไรและเป็นอย่างไร ขาดความสามารถที่จะติดต่อกับสิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิตจะเป็นไปด้วยความรู้สึกว่าไม่สมบุญเพียงอยู่ไปวัน ๆ หนึ่งเท่านั้น

4.2 ขาดความรับผิดชอบในตนเอง (Lack of Self - Responsibility) ลักษณะนี้มีความสัมพันธ์กับการขาดการตระหนักรู้ และออกมาในรูปของการพยายามจัดการกับสภาพแวดล้อมแทนที่จะจัดการกับตนเองเป็นบุคคลที่ไม่พยายามจะเป็นอิสระอันเป็นการแสดงถึงความมีวุฒิภาวะ แต่จะทำให้ตนเองตกอยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อตนเองจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบ

4.3 สูญเสียการติดต่อกับสภาพแวดล้อม (Loss of Contact with the Environment) เป็นพฤติกรรมผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการตระหนักรู้ ลักษณะนี้จะมี การแสดงออก 2 รูปแบบ คือ

4.3.1 เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมตายตัวไม่มีการรับเอาสิ่งใหม่ ๆ จากสภาพแวดล้อมเลย ซึ่งจะมีผลทำให้เป็นคนหลีกหนีจากการติดต่อกับคนอื่น ๆ และสภาพแวดล้อม การหลีกหนีนี้จะมีผลไปสู่การหักห้ามความต้องการของตนเองและการมีวุฒิภาวะ

4.3.2 เป็นบุคคลที่ต้องการการรับรองเห็นดีเห็นชอบจากบุคคลอื่นมากจน ทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองโดยการพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ซึ่งจะมีผลทำให้คนที่แท้จริงกลายเป็นผลรวมทั้งหมดของตนในมโนภาพ

4.4 ไม่สามารถทำให้ภาระหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำเกิดความสมบูรณ์ได้ (Inability to Complete Gestalt) การที่บุคคลไม่สามารถทำให้ภาระหรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่ติดค้างเกิดความสมบูรณ์โดยการตระหนักรู้ หรือได้ระบายออกมาอย่างถูกต้อง จะเป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ เช่น โกรธรรยาแต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ก็จะไปเตะสุนัขแทน หรือบางคนพูดว่าฉันต้องการที่จะเป็นจิตรกรแต่เขาทำให้ฉันต้องเป็นหมอ เป็นต้น

4.5 ไม่รู้ความต้องการของตนเอง (Disowning of Needs) บุคคลลักษณะนี้จะปฏิเสธความต้องการของตนเอง เพราะกลัวสังคมไม่ยอมรับจึงไม่กล้าแสดงออกมาอย่างแท้จริง

ดังนั้นพลังที่มีอยู่ในตัวแทนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างพฤติกรรม ก็อาจกลายเป็นการสูญเสียพลังไปโดยเปล่าประโยชน์

4.6 มีลักษณะสองด้านในตนเอง (Dichotomizing Dimensions of the Self) การมีลักษณะสองด้านในตนเอง มาจากการที่บุคคลยอมรับรู้ตนเองไปในทางใดทางหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น แข็งแรงมาก อ่อนแอมาก มีอำนาจมาก ไม่มีอำนาจเลย เป็นต้น การที่บุคคลยอมรับรู้ตนเองเช่นนี้ จะไม่สามารถเห็นตนเองในลักษณะที่ตรงกันข้ามได้เลย ทำให้ไม่เห็นคุณค่าที่แท้จริงของตนเอง คนที่รู้สึกว่าย่อมน้อยจะรู้สึกว่าย่อนแออยู่อย่างนั้นและไม่มีทางที่จะทำให้แข็งแรง ได้ในขณะที่เดียวกันก็จะไม่พอใจที่ตนเป็นคนอ่อนแอ เปริลส์ (Perls) ได้ยกตัวอย่าง 2 ลักษณะนี้ โดยเรียกว่า Top Dog และ Underdog ลักษณะ Top Dog เป็นส่วนบุคคลที่มีจริยธรรม มีความสมบูรณ์แบบ มีอำนาจในตนเองเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเป็นไปตามที่คนอื่น ๆ หรือสังคมคาดหวัง ส่วน Underdog เป็นส่วนของความปรารถนา ความต้องการของตนเอง ถ้าบุคคลใดที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งเต็มที่ก็จะยอมรับรู้เฉพาะส่วนที่ตนมีส่วนนั้นเท่านั้น และจะปฏิเสธอีกส่วนหนึ่ง ทำให้เกิดการขัดแย้งภายในตนขึ้นมีความวิตกกังวล บุคลิกภาพแตกแยกไม่ผสมผสานกันเป็นส่วนร่วม และไม่สามารถทำอะไรได้อย่างสมบูรณ์ถูกต้อง

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์

วิญญู พลุศรี (2531, หน้า 226) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์เป็นการช่วยให้บุคคลพบตัวของเขาเองรับรู้ตนเองอย่างมีสติ มีการตระหนักและใคร่ครวญพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ในประสบการณ์ทุกขณะอย่างรอบคอบ มีสิทธิที่จะปฏิบัติตัวเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยไม่จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการของสังคมไปทั้งหมด จะต้องเป็นตัวของตัวเอง รู้จักดำรงชีวิตชนิดที่ตนเองตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อการกระทำและการตัดสินใจของตนเอง

วิญญู พลุศรี (2531, หน้า 227-228) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ได้เป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1. เพื่อท้าทายให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนจากการพึ่งพาผู้อื่นหันมาพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเอง และดำรงชีวิตอย่างเต็มศักยภาพ
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการพัฒนาตนเองให้รับรู้เกี่ยวกับตนเองและค้นพบตัวเองว่า ภายในตนเองยังมีหลายสิ่งหลายอย่างที่ผู้รับการปรึกษาสามารถทำได้ด้วยตนเอง ชนิดที่ไม่คาดมาก่อน
3. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีชีวิตที่บูรณาการได้อย่างกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน หรือพัฒนาตนเองไปอยู่ในระดับที่เหนือกว่าสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้

4. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีวุฒิภาวะ คือ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่นมาเป็นการพึ่งพาตนเอง ซึ่งหมายถึงการตระหนักว่าตนเองสามารถนำชีวิตหรือจัดระบบชีวิตตนเองได้

5. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดอย่างรอบคอบ นำสิ่งต่าง ๆ มาประกอบการใคร่ครวญ ผสมผสานกันเพื่อไปสู่การตัดสินใจว่าบุคคลควรดำเนินการกับสิ่งแวดล้อมหรือสภาพต่าง ๆ อย่างไร

6. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเพิ่มระดับความสำนึกในประสบการณ์ "เดี๋ยวนี้" ทั้งทางอารมณ์ ความคิด และทางกาย มีการตระหนักในภาวะปัจจุบัน

7. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีวุฒิภาวะ และความมองงามเติบโต หมายถึงการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถปฏิบัติตัวสูงขึ้นจากสิ่งแวดล้อมมามีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และมีภาวะที่กลมกลืนผสมผสานอย่างเหมาะสมในตนเอง เพราะมีสภาพชีวิตที่สมบูรณ์และเป็นระเบียบทั้งของความรู้สึก การรับรู้ ความคิด และร่างกายภายในอินทรีย์ จะมีพลังงานที่สูญเสียไปน้อยจะใช้พลังงานที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด เพื่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

คมเพชร จิตรศุภกุล (2530, หน้า 144) กล่าวถึงหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและกฎสำหรับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ดังนี้

หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นคือ ผู้ให้คำปรึกษาจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมตามที่ต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีปัญหา โดยการพยายามจะเข้าไปสู่ความเป็นปัจจุบันของเขา ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แปลความหมายพฤติกรรม แต่จะเน้นว่าผู้มีปัญหามีประสบการณ์อะไร และมีประสบการณ์อย่างไรในขณะนั้น ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงความแตกต่างของการแสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางของเขาด้วย เพื่อให้บุคคลตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะของเขาเอง

กฎสำหรับการให้คำปรึกษามี 6 ประการ คือ

1. อยู่กับภาวะที่เรียกว่า "ที่นี่และเดี๋ยวนี้"
2. ส่งเสริมให้มีประสบการณ์จริง ๆ แทนที่จะทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น พูดถึงสิ่งเหล่านั้น วิเคราะห์และตรวจสอบสิ่งต่าง ๆ
3. เน้นการค้นพบตนเองโดยผู้มีปัญหา
4. ให้ความสำคัญในเรื่องการตระหนักรู้
5. พยายามให้สภาวะความคับข้องใจอย่างมีทักษะ

6. เน้นเรื่องความรับผิดชอบ และการเลือกสิ่งต่าง ๆ

ธีระ ชัยยุทธยรรยง (2533, หน้า 59-65) ได้สรุปเทคนิคที่สำคัญ ๆ ที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์

1. การให้ผู้รับบริการใช้สรรพนามของตนเองตรง ๆ (Use of Personal Pronouns) โดยผู้ให้บริการปรึกษาจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการสนทนาเพื่อช่วยเหลือให้เขารับรู้ว่าคุณลักษณะนั้น ๆ เป็นพฤติกรรมของเขาเอง

2. การเปลี่ยนคำถามให้เป็นคำบอกเล่า (Converting Questions to Statements) บางครั้งผู้รับบริการจะใช้คำถาม เพื่อหลีกเลี่ยงความสนใจไปจากตัวเขา หรือเพื่อซ่อนเร้นความจริงบางอย่างที่เขาคิด ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้เขาใช้ประโยคบอกเล่าเพื่อบอกความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

3. การมีความรับผิดชอบ (Assuming Responsibility) เมื่อจบการให้บริการปรึกษา ผู้รับบริการต้องแสดงออกถึงความรู้สึกหรือความเชื่อในเรื่องความรับผิดชอบเช่นพูดว่า “ฉันจะรับผิดชอบต่อ” เพื่อให้เขารับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง ผู้รับบริการจะเปลี่ยนจากว่า “ฉันไม่สามารถทำได้” มาเป็น “ฉันจะไม่ทำ” เพราะจะช่วยให้เขามีความรับผิดชอบต่อไม่ใช่ทำไม่ได้ เขาทำได้แต่เขาไม่ทำเพราะไม่ยอมรับผิดชอบ ฉะนั้นเมื่อไม่ทำก็ต้องรับผิดชอบต่อผลของการไม่ทำ

4. การแสดงบทบาทกล่าวโทษผู้อื่น (Playing the Projection) เป็นการให้ผู้รับบริการเล่นบทบาทกล่าวโทษผู้อื่น โยนความผิดให้กับคนอื่น เมื่อผู้รับบริการกล่าวโทษคนอื่นแล้ว ผู้ให้บริการจะขอร้องให้เขาแสดงบทบาทของบุคคลที่ถูกกล่าวโทษ

5. เกมการซ้อมบทบาท (The Rehearsal Technique) เป็นการซ้อมบทบาทอย่างที่ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ ทำให้พลังส่วนใหญ่สูญเสียไปไม่สามารถรับรู้สภาวะปัจจุบันได้เต็มที่ เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ให้บริการปรึกษาจะให้ผู้รับบริการซ้อมบทบาทหรือแสดงบทบาทที่ตนคิดเสียก่อนเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าสามารถกระทำได้จริงในชีวิตจริง

6. การแสดงบทบาทตรงกันข้าม (Reversal Technique) โดยให้ผู้รับบริการแสดงบทบาทที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับหรือเป็นบุคลิกภาพของตนเช่น คนที่อ่อนแอก็จะให้แสดงบทบาทเข้มแข็ง ก้าวร้าว เป็นการช่วยเหลือให้เขาได้ตระหนักรู้สึกอีกครั้ง ส่วนหนึ่งที่ตนมีอยู่และไม่พยายามเก็บกดหรือปฏิเสธความรู้สึกนั้นเอาไว้ กล่าวแสดงบุคลิกภาพนั้นทั้ง 2 ด้าน ตามความเหมาะสม

7. เกมการสนทนาโต้ตอบตนเอง (Game of Dialogue) เมื่อผู้มารับบริการมีความขัดแย้งในบุคลิกของตนเอง เช่น ระหว่างความอ่อนแอกับความก้าวร้าวในตนเอง ความรู้สึกตามสังคมกับความรู้สึกตามตนเอง เป็นต้น ผู้ให้บริการปรึกษาจะ让他แสดงบทบาทสนทนาโต้ตอบตนเองทั้ง 2 ลักษณะนี้จะทำให้ความขัดแย้งเปิดเผยออกมา ได้เกิดการตระหนักรู้ถึงที่เป็นไปตามสังคม (Top dog) กับความรู้สึกที่เป็นไปตามความต้องการของตน ซึ่งจะทำให้ความขัดแย้งลดลง คลายความวิตกกังวล สามารถตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อการเลือกของตนได้

8. เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty – Chair) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความรู้สึกขัดแย้งภายในตนเองได้กระจ่างขึ้น วิธีการคือ จัดเก้าอี้ว่างไว้ 2 ตัวให้ผู้รับบริการนั่งเก้าอี้ตัวหนึ่งแล้วแสดงบทบาทที่เป็นไปตามสังคม แล้วย้ายไปนั่งเก้าอี้ตัวหนึ่งแสดงบทบาทลักษณะที่ตนต้องการเป็น การแสดงบทบาทสนทนากันระหว่าง 2 ลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความรู้สึกทั้ง 2 ด้านนี้มีอยู่ในตนกระจ่างขึ้นไม่พยายามปฏิเสธความรู้สึกหรือเก็บกดความรู้สึกที่มีอยู่

9. เกมจินตนาการเพ้อฝัน (Fantasy Game) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ถึงที่แท้จริงของตนเอง โดยการให้เขาได้ระบายความรู้สึกนั้นไปยังสิ่งอื่น ๆ แทนการพูดถึงตัวเองตรง ๆ เพราะการพูดถึงความรู้สึกของตนเองตรง ๆ อาจจะทำให้เกิดความลำบากใจ ไม่สบายใจ ไม่สามารถพูดหรือระบายออกมาได้ จึงต้องใช้การจินตนาการเพ้อฝัน (Fantasy) เข้าช่วย เช่น ให้ผู้รับบริการทำตัวให้สบาย ผ่อนคลาย แล้วหลับตาจินตนาการสมมติว่าตนเองเป็นใครสักคนหนึ่งแล้วลองคิดว่าคน ๆ นั้นจะเป็นอย่างไร ต้องการอะไร รู้สึกอย่างไร มีสภาพแวดล้อมอย่างไร

10. เกมเกินกว่าธรรมดา (The Exaggeration Game) เกมนี้ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้มากขึ้นต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เขาแสดงออกมาทางภาษาร่างกายเช่น ลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหว สีหน้า ถือว่าการสื่อลักษณะนี้มีความหมาย มีความสำคัญถึงแม้ว่าบางทีจะสื่อไม่สมบูรณ์ก็ตาม ผู้ให้บริการปรึกษาจะบอกให้ผู้รับบริการแสดงลักษณะอาการท่าทางการเคลื่อนไหวซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำให้ความรู้สึกที่ติดอยู่กับพฤติกรรมนั้นรุนแรงและมีความหมายชัดเจน เช่น ให้ผู้รับบริการพูดสิ่งที่ตนเองเปิดเผยออกมา พูดซ้ำ ๆ และดังขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะมีผลให้ผู้รับบริการ เริ่มต้นที่จะฟังและได้ยินสิ่งที่ตนเองพูดอย่างแท้จริง หรือผู้รับบริการเล่าเรื่องการสอบตกของตนเองขณะเล่าก็เอามือเคาะโต๊ะไปเรื่อย ๆ มากขึ้น ๆ แล้วระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเคาะโต๊ะออกมา

11. การให้อยู่กับความรู้สึกเดิม (Slaying with the Feeling) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะหนีจากสิ่งที่น่ากลัวและหลีกเลี่ยงจากความรู้สึกที่ไม่มีความสุขความพึงพอใจผู้ให้บริการปรึกษาจะบอกให้เขาค้างความรู้สึกนั้น ๆ ไว้แล้วสนับสนุนให้กำลังใจเขาเพื่อให้เขาก้าวลึก

ลงไปสู่ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เขาต้องการจะหลีกหนีให้เขากลับเผชิญหน้าและมีประสบการณ์กับความรูสึกนั้นเพื่อจะได้มีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะอดทนต่อความเจ็บปวดในการที่จะขจัดสิ่งที่จะมาขัดขวางทางที่เขาจะพัฒนาตนเอง

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 73) กล่าวว่ากระบวนการให้บริการปรึกษาแบบเกสตัลท์เป็นกระบวนการที่จับใจ และการพูดแบบเผชิญหน้าเป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของเขาเพื่อช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ อันเป็นสิ่งที่แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี เพราะช่วยให้ผู้รับบริการได้รู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และปัญหาที่ค้างคั่งอยู่ในใจ หรือความสับสนที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้นำมาใคร่ครวญและหาทางแก้ไขปัญหาย่างถูกวิธี แทนที่จะไม่รับผิดชอบโดยหนีปัญหาหรือหลบเลี่ยงการรับรู้ในเรื่องนั้น กลวิธีต่าง ๆ ของทฤษฎีนี้เป็นกระบวนการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในความรู้สึก ประเด็นสำคัญ และสภาพการณ์ต่าง ๆ เพื่อจะได้นำมาผสมผสานกันเป็นช่องทางในการแก้ปัญหา ได้ใช้ความสามารถของตนในการจัดระเบียบชีวิตอย่างเหมาะสม สามารถรับผิดชอบที่จะพึงตนเองได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์

งานวิจัยต่างประเทศ

ล็อบบ (Lobb, L.M., 1992) ได้ศึกษาผลของการให้การบำบัดแบบเกสตัลท์กับมารดาผู้ให้กำเนิดทารกเพื่อนำไปใช้ขณะคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 16-35 ปี จำนวน 250 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเกสตัลท์, กลุ่มที่ได้รับการฝึกการหายใจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยเวลาระหว่างคลอดบุตรของกลุ่มเกสตัลท์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรับการบำบัด 4 ชั่วโมง และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการหายใจ 2 ชั่วโมง

เคลนซ์, ทอมสัน, ซิมเมอร์ลี และไวส์ (Clance, Thompson, Simerly & Weiss, 1994) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ต่อภาพลักษณ์ของร่างกาย โดยตั้งสมมติฐานว่าการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ทำให้ตระหนักถึงกิจกรรมทางด้านร่างกาย และใช้เป็นกลวิธีในการเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นด้านบวกต่อร่างกายและต่อความเป็นตัวตนของตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเพศ โดยใช้แบบวัดความสนใจที่มีต่อร่างกาย และความสนใจที่มีต่อตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ทำการทดลอง 8 ครั้ง คือเข้ารับฟังการอธิบายเรื่องเกี่ยวกับเกสตัลท์คร่าว ๆ และให้อิสระในการสำรวจตนเอง การให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์จะเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อร่างกายและความเป็นตัวตนของตนเองให้

เป็นเชิงบวก พบว่าเพศชายมีคะแนนโดยรวมเรื่องทัศนคติที่มีต่อร่างกายและความเป็นตัวตนของตนเองให้เป็นเชิงบวกลดลงมากกว่าเพศหญิง

มอลเดอร์, เอ็มเมลแคมป์, แอนโทนี, มอลเดอร์, แซนด์ฟอर्थ และวีเรียส (Mulder, Emmelkamp, Antony, Mulder, Sandfort & Vries, 1994) ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบวิธีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมกับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับความทรมานจากอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่แสดงอาการของโรค ผู้วิจัยตรวจสอบดูที่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของโรค การแสดงที่ส่งผลมาจากอารมณ์ อาการทางโรคจิต วิธีการเผชิญปัญหาและการได้รับการสนับสนุนจากสังคม จากการศึกษาพบว่าทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกันทั้งในระยะใกล้และระยะติดตามผล

จอห์นสันและสมิธ (Johnson & Smith, 1997) ศึกษาเปรียบเทียบการใช้เทคนิคแก้ไอ้วางของเกสตัลท์กับการใช้ระบบการทำให้ไวต่อความรู้สึกน้อยลงในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคกลัว (Phobia) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 23 คน เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัย โดยใช้แบบวัดเกี่ยวกับโรคกลัวระดับพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการใช้เทคนิคแก้ไอ้วางของเกสตัลท์, กลุ่มใช้ระบบการทำให้ไวต่อความรู้สึกน้อยลง (Systemic Desensitization) และกลุ่มที่ไม่ได้รับวิธีการใดเลย ในระยะติดตามผลทำการวัดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และประสบการณ์ที่มาจากความรู้สึกส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทดลองทั้งสองกลุ่มมีอาการของโรคกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้ทำวิจัยสรุปว่า การใช้เทคนิคแก้ไอ้วางของเกสตัลท์สามารถลดโรคกลัวในระดับพื้นฐานได้

เมสเทลและวอตส์เมียร์ (Mestel & Votsmeier, 2000) ศึกษาการใช้ระยะติดตามผลเป็นเวลานานในการศึกษาผู้ป่วยอาการซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและได้รับการทดลองทำจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ ผู้วิจัยศึกษาในระยะติดตามผลของผู้ป่วยจำนวน 800 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยสองประเภทคือผู้ป่วยในระยะ 1 ปีหลังจากได้รับการรักษาและผู้ป่วยในระยะ 3 ปีหลังการรักษา โดยให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นการยากที่จะอธิบายผลที่ออกมาจากทั้งสองกลุ่ม เพราะเราไม่ทราบได้ว่าในระหว่างนั้นผู้ป่วยได้รับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมหรือส่วนประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดหรือไม่ โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของเบค, แบบวัดอาการซึมเศร้า (SCL 90-R), แบบวัดปัญหาของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (IIP) และแบบวิเคราะห์โครงสร้างของพฤติกรรมทางสังคม (SASB) พบว่า มีการพัฒนาในการลดอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ การยอมรับตนเองจากพฤติกรรมทางสังคมก็อยู่ในระดับปานกลาง แต่

สามารถลดปัญหาการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลลงได้ จากการศึกษาจึงสนับสนุนผลของการใช้
การทำจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ในระยะเวลาสั้นได้

จอห์นวอลด์และอลิซาเบธ (Groenewald & Elizabeth, 2002) ได้ศึกษาเรื่องการให้
โปรแกรมเกสตัลท์กับหญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างเพื่อให้หญิงนั้นมีสติเข้มแข็ง สามารถจัดการกับ
อารมณ์ที่ค้างคั่งอยู่ในใจ ผลการวิจัยพบว่า หญิงที่มีสถานภาพหย่าร้างมีพัฒนาการด้านความรู้สึก
ที่มีต่อตนเองดีขึ้น 37% และสามารถจัดการกับความรู้สึกที่ค้างคั่งอยู่ในใจได้ 7%

งานวิจัยในประเทศไทย

กรรณิการ์ กาญจนมูล (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ที่มี
ต่อการปรับตัวทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามารับดี
กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามารับดี
กรุงเทพมหานคร 16 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คนได้รับการให้คำ
ปรึกษาแบบเกสตัลท์เพื่อพัฒนาการปรับตัวทางอารมณ์ เป็นจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง
คนละ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ตั้งแต่วันจันทร์ ถึงวันเสาร์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2540 -1 มีนาคม
พ.ศ.2540 ผลการทดลองพบว่า หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ แล้วนักศึกษา
พยาบาลชั้นปีที่ 2 มีการปรับตัวทางอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มารยาท สุจริตวรกุล (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ต่อ
ความตระหนักรู้ในตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัว
อย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัด
ชลบุรี ได้คะแนนในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 หรือต่ำกว่าที่ตอบแบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง
จำนวน 16 ราย ผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการ
ทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและ
เยาวชนในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังทดลองและติดตามผล มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ใน
ตนเองระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 และเด็กและเยาวชนในกลุ่มนี้มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองในระยะหลังการ
ทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ภัทรดา รุ่งป่าสัก (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตาม
ทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียน
มักกะสันพิทยาคม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่พักอาศัยอยู่

ในชุมชนแออัดและมีความเข้มแข็งในการมองโลกตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 50 ลงมา จำนวน 10 คนที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร และได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเกสตัลท์ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเกสตัลท์ มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเห็นคุณค่าอยู่ในระดับสูง

ปริศนา ชาญวิชัย (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบผลของกิจกรรมกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ที่มีต่อวิธีการเผชิญความโกรธของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งมีความโกรธที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 70 ขึ้นไป และมีวิธีการเผชิญความโกรธตั้งแต่เปอร์เซนไทล์ที่ 30 ลงมา จำนวน 16 คนแล้วสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ กลุ่มละ 8 คน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีวิธีการเผชิญความโกรธดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์มีวิธีการเผชิญความโกรธดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และนักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์มีวิธีการเผชิญความโกรธดีขึ้นไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์สามารถทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่กับสภาวะปัจจุบัน และรับรู้ความรู้สึกของตนในสภาวะปัจจุบัน ทำให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจให้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์มาช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในช่วงรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อให้สามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเองในปัจจุบันและเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม