

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ความเครียด
2. โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์

#### ความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคนเพราะมีสิ่งต่าง ๆ มากมายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ถ้าเป็นความเครียดในระดับน้อยจะช่วยกระตุ้นในการปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าความเครียดมีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีระดับมากขึ้นจนกลายเป็นความทุกข์ ความเครียดนั้นเป็นปัญหาทำให้เกิดโรคทางกายและจิตใจได้

วีระ ศรีไชยสุข (2533, หน้า 177-178) ความเครียด คือ สถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ บางครั้งอาจเกิดขึ้นกับร่างกายเมื่อมีการใช้พลังงานมาก และการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการทางสรีระวิทยาของร่างกาย

นวนิษฐ์ อินทรามะ (2539, หน้า 32) ได้อธิบายความหมายของความเครียดว่า ความกดดันที่บุคคลได้รับซึ่งบางครั้งบุคคลนั้นเข้าใจเอาเองว่ามากเกินไปหรือสุดจะทนได้ ทั้งยังหมายถึงความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ที่ตอบสนองความกดดันเหล่านั้น ความเครียดทำให้ร่างกายและจิตใจสึกหรือ ความเครียดอาจเป็นความเครียดในทางบวก และ ความเครียดในทางลบ ความเครียดในทางบวกหมายถึง ความเครียดที่ทำให้เกิดความสุข ความเครียดอย่างเดียวกันนั้นเกิดกับคนบางคนถือว่าเป็นความทุกข์ และกับบางคนถือว่าเป็นความสุข หรือบางคนอาจถือว่าเป็นเรื่องเดียวกันนั้นทำให้เครียด แต่บางคนถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย

กิติกร มีทรัพย์ (2541, หน้า 15) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจอันถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวมากเกินไปจนภาวะปกติ เพื่อความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาพอันยุ่งยาก ซับซ้อนของชีวิต การเผชิญกับสภาวะการอันยุ่งยาก หรือภาวะอันสิ้นใจต่าง ๆ สถานการณ์ดังกล่าวเหล่านั้นทั้งทางบวกและทางลบทำให้คนเราเครียดได้

เขาวลัคน์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา (2541, หน้า 94) ได้กล่าวว่า ความเครียด เป็นความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบในชีวิตประจำวัน เพราะการดำเนินชีวิตของบุคคลต้องมี ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ ความเครียดเป็นความรู้สึกพื้นฐานของบุคคลถ้าบุคคล สามารถเผชิญกับความเครียดและแก้ไขได้เหมาะสมจะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุข ได้ แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ สะสมความเครียดไว้ก็จะนำไปสู่ปัญหาทาง สุขภาพจิตอื่นๆ อีกมากมาย

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2546, หน้า 27) กล่าวว่า ความเครียด อาจจะมีการให้ความหมายไว้ หลากหลายแต่โดยทั่ว ๆ ไป ความเครียดมักจะเป็นสิ่งที่ปกติที่คนเรามักจะเคยเผชิญหรือว่าพบมา เนื่องจากว่าตัวเราเองก็ต้องอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ฉะนั้น ในสิ่งแวดล้อมนี้ก็จะมีความเครียดต่าง ๆ ที่มาเป็นตัวกระตุ้น ที่ทำให้เราเกิดความเครียดได้ ปกติคนเรา จะรับรู้ว่าเป็นเครียดก็ต่อเมื่อ เรามองว่าสิ่งที่เข้ามาในมันเป็นปัญหามากเกินความสามารถของเราที่จะ จัดการกับสิ่งนั้น เวลาที่เกิดขึ้นก็จะทำให้เรารู้สึกจะไม่สบายใจ หนักใจ เป็นทุกข์ หรืออาจจะเกิด ความคิดปกติ ต่าง ๆ ที่ตามมาได้ในหลายลักษณะ

เซลเย (Selye, 1956, p. 145) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกริยา ตอบสนองต่อสิ่งที่มีภาระกระตุ้น จากทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งคุกคามและขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต ความต้องการของบุคคล มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างและ ปฏิกริยาเคมีในร่างกาย เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล แสดงให้เห็นได้ โดยอาการทางร่างกายมีลักษณะเฉพาะ เรียกว่า ปฏิกริยาปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome)

วอลเลซ (Wallace, 1978, p. 457) กล่าวว่า เมื่อพูดถึงความเครียดในแง่ของอารมณ์ เรามักนึกถึงอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยาก อารมณ์ที่รบกวน อารมณ์ที่เป็นไปในทางลบ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธและซึมเศร้า ในแง่ของการปรับตัว คำว่า เครียดชวนให้เรานึกถึง การปรับตัว จากสิ่งรบกวน การเกิดโรคทางกาย และพยาธิสภาพทางจิตใจ จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโต และ การพัฒนาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดในระดับนี้จะช่วยกระตุ้นให้เราทำงาน แก้ปัญหา คิดสร้างสรรค์และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ถ้าภาวะของความเครียดนี้เป็น ภาวะที่บุคคลอยู่ภายใต้ความกดดันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เขาต้องปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ลาซารุส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายความหมายของความเครียด ซึ่งมองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพล ซึ่งกันและกัน การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมิน โดยการ ใช้ สติปัญญา (Cognitive Appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดเกิดขึ้น แต่ละบุคคลจะตอบสนองโดย

การแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกท้อแท้มากกว่า  
 ทุกคน การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้ เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่  
 จะรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการใช้สติปัญญาของแต่ละคน  
 ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย ทุกคน หรือท้อแท้ ต่อความมั่นคง  
 ปลอดภัยของชีวิต

ลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 19-25) ยังได้อธิบายว่า ภาวะ  
 ความเครียดเป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและตนเองจะต้อง  
 ใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ ซึ่งกระบวนการที่เกี่ยวข้องระหว่าง  
 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมนี้เรียกว่า รูปแบบการเผชิญความเครียดของลาซารัส  
 (Lazarus Coping's Model) ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ การประเมินค่าสถานการณ์  
 (Appraisal) และวิธีการเผชิญกับความเครียด (Coping with Stress)

การประเมินสถานการณ์เป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Process) ในการ  
 ประเมินค่าสถานการณ์ ที่มากระทบว่าเป็นอันตรายต่อตนเองหรือไม่ มีการตัดสินใจแยกแยะปัญหา  
 และหาวิธีการในการจัดการ ควบคุม หรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบ  
 ตัวบุคคล และมีการนำแหล่งประโยชน์ของบุคคลมาใช้อย่างมากในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ  
 การประเมินสถานการณ์มี 3 ระยะดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ขั้นเริ่มต้น (Primary Appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา  
 ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์ที่มากระทบ โดยทั่วไปจะครอบคลุมใน 3 ลักษณะดังนี้

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์  
 นั้น ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเอง หรือคนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น ๆ

1.2 มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (Benign Positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่า  
 สถานการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลไม่ต้องใช้ความพยายามใน  
 การปรับตัว

1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียด (Stressful) คือ การพิจารณาตัดสินว่าในสถานการณ์  
 นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังความสามารถที่มีอยู่  
 ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายและสูญเสีย เป็นการที่บุคคลประเมินว่า เกิดการเสียหายขึ้นกับ  
 ตนเองแล้ว เช่น เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับตนเอง หรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคล  
 อันเป็นที่รัก

1.3.2 การถูกคุกคาม เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือเมื่อสูญเสียแล้วจะทำให้เกิดความยุ่งยากหรือความลำบากตามมา

1.3.3 การท้าทาย เป็นการประเมินถึงสถานการณ์นั้นว่าอาจจะเป็นอันตรายแก่บุคคลมีวิธีการจัดการ หรือควบคุมสถานการณ์นั้นได้ หรือสถานการณ์นั้นอาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีกำลังใจดีขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมาในการประเมินนี้ เช่น ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความร่าเริง

จะเห็นว่า การประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งนี้เป็นการรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายกับคน สถานการณ์ใดที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนหรือเกี่ยวข้องกับในทางที่ดี จึงมิใช่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

2. การประเมินสถานการณ์ขั้นที่สอง (Secondary Appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเพื่อจัดการอันตรายจากสิ่งที่ตนได้รับรู้จากการประเมินสถานการณ์ใหม่ เพื่อเป็นการทบทวนว่าการประเมินสถานการณ์ในขั้นที่หนึ่งถูกต้องดีหรือไม่ วิธีการเผชิญความเครียดในการประเมินสถานการณ์ขั้นแรกมีประสิทธิภาพหรือไม่

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลได้พยายามที่จะกำจัดอันตรายแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อเป็นการพิจารณาว่าอันตรายที่ตนได้รับรู้ นั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งใหม่ถ้าผลจากการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรู้ว่าอันตรายนั้นอยู่หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, pp. 55-100) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors)

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal Factors) ได้แก่

1.1 พันธะสัญญา (Commitment) เป็นการให้ความสำคัญและความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลจะประเมินว่าถูกคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจะประเมินความเครียดลักษณะท้าทาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่าถูกคุกคาม สูญเสียหรือเป็นอันตราย

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ (Novelty) ในสถานการณ์ที่แปลกใหม่ บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ไม่เคยรับรู้ถึงอันตราย และไม่มีประสบการณ์ในการควบคุมสถานการณ์นั้นๆ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงกว่าสถานการณ์ที่บุคคลสามารถเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นสถานการณ์ที่ตนเองสามารถควบคุมได้ในอดีต

2.2 ความสามารถในการทำนาย (Predictability) สถานการณ์ที่บุคคลสามารถทำนายถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ บุคคลจะมีการประเมินเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

2.3 ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (Event Uncertainty) สถานการณ์ที่คลุมเครือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่า ตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นได้ บุคคลจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียด

2.4 ปัจจัยด้านเวลา (Temporal Factors) ได้แก่

2.4.1 ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุ (Imminence) ช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุที่สั้นจะทำให้บุคคลเกิดความยุ่งยากในการประเมินค่า ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่ามากกว่าสถานการณ์ที่มีช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุมากกว่า

2.4.2 ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (Duration) หากบุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

2.4.3 การไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด (Temporal Uncertainty) ซึ่งประกอบด้วยความคลุมเครือ (Ambiguity) คือการไม่ทราบว่าแท้จริงแล้ว จะเกิดอะไรขึ้นกับตน ทำให้เกิดความเครียดในลักษณะถูกถาม หรืออันตราย

#### สาเหตุของความเครียด

ช้อลดา พันธุเสนา (2536, หน้า 26 - 29) ได้จำแนกสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะเครียด มีหลายประเภท ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและมนุษยสัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินชีวิต

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของและวัตถุต่าง ๆ รอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นต้นว่า สภาพความร้อนหนาวของอากาศ อากาศที่หนาวเกินไป หรือร้อนเกินไปทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย แสงสว่างที่จ้าเกินไป หรือมืดเกินไป ทำให้ต้องหรี่ตาหรือต้อง

แห่งสายตา เป็นระยะเวลาานาน ๆ ทำให้เกิดความเครียด อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่นหรือมีควันพิษทำให้ปอดได้รับออกซิเจนไม่เต็มที่ เสียงที่ดังมากเกินไปทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน จะสังเกตได้ว่าถ้าบุคคลใดต้องอยู่กับภาวะเหล่านี้ จะรู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ และมีอารมณ์เสียได้ง่ายนั้น เป็นเพราะว่าบุคคลนั้นกำลังอยู่ในภาวะเครียด ซึ่งเป็นภาวะเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทางกายภาพ ที่จำเป็นต้องเผชิญอยู่ทุกวัน นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียดได้เช่นกัน เพราะสภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ สังคมและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมอาจช่วยลดความเครียดหรือทำให้เกิดความเครียดได้ ในขณะที่เดียวกันความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัวการทะเลาะเบาะแว้งและการโต้เถียงกัน เป็นสาเหตุของความเครียดในครอบครัว การอิจฉากันเป็นต้นเหตุแห่งความเครียด เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้คำพูดเสียดสีกัน การแก่งแย่งชิงดีกัน เหล่านี้ล้วนเป็นความเครียดที่เกิดจากสังคมและสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามหากมีการขาดเพื่อน ต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยวก็ทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งถือว่ามีสาเหตุจากสังคมได้เช่นกัน

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ในชีวิต เราเคยเข้าใจกันว่าภาวะเครียดมักเกิดจากเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตเท่านั้น แต่โดยความเป็นจริงแล้ว แม้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดีเป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การขึ้นบ้านใหม่ การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน การเข้าทำงานใหม่ ก็เป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียดได้เช่นกัน เหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว และการปรับตัวนั้นหากไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงได้ นอกจากสภาวะการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี จะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแล้ว สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจติดตามมา ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน อันได้แก่ การเปลี่ยนบ้านที่อยู่ใหม่ การเปลี่ยนที่เรียน การเปลี่ยนนิสัยการหลับนอน เช่น จากกรที่นอนกลางคืน ต้องมานอนกลางวัน เพราะต้องเข้าแเวรกลางคืน ต้องเปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม ทำผิดกฎหมายเล็ก ๆ น้อย ๆ มีเรื่องบาดหมางกับคนในครอบครัวหรือกับเพื่อนสนิท เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียดได้ทั้งสิ้น

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล มีความเครียดส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากตัวบุคคลเป็นสาเหตุมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างในตัวบุคคลซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ โครงสร้างของร่างกาย และสภาวะทางสรีรวิทยา ระดับพัฒนาการและการรับรู้ของบุคคล

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บางคนรับเอาแต่ส่วนที่ดีของพ่อแม่มา ทำให้มีโครงสร้างร่างกาย

ที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี บางคนรับเอาส่วนค้อยของพ่อแม่ ทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อย ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ฉับไว ทนทาน ต่อสภาวะความเครียดได้ไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ การมีร่างกายที่พัฒนาการไม่ปกติ เนื่องจากได้รับอาหารไม่พอ ทำให้เติบโตช้า เตี้ยแกระเกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดี มีแนวโน้มที่จะทำให้ เกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความคาดหวังของคนแวดล้อมกับ ความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองความคาดหวังนั้น ๆ ระดับพัฒนาการของจิตใจอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดติดตามมาได้

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด กังวลหรือตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นและมีการ ตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา การที่เราจะมีอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด หรือกังวลได้นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ของเรา การรับรู้จึงเป็นสำคัญในการที่ทำให้บุคคลตอบสนองต่อ เหตุการณ์ไปในทางที่ดี หรือในทางที่เลวร้ายเหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่ เหมือนกัน และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความ ต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน มีความคาดหวังมีทัศนคติและการ มองโลกที่ไม่เหมือนกัน การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตเดิม เหตุการณ์ที่ตื่นเต้นและท้าทาย สำหรับคนหนึ่งอาจทำให้คนรู้สึกกลัว กังวลหรือรู้สึกว่าคุณหมิ่นประมาทในความสามารถถูกลบลู่ หรือถูกสลดเกียรติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เก่าและ โครงสร้างของบุคลิกภาพ ที่มีอิทธิพลต่อ กระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ

2.4 ปัจจัยอื่น ๆ ในตัวของบุคคล นอกจากที่กล่าวมาแล้วนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุ แห่งความเครียดได้อีก ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

2.4.1 สิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ของบุคคล เป็นต้นว่า การผ่าตัดที่ทำให้บุคคลต้อง สูญเสียอวัยวะสำคัญ การผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดมดลูก ซึ่งสูญเสียเอกลักษณ์ความเป็นหญิง การตัดขมแขน ซึ่งทำให้ร่างกายต้องมีความพิการ ความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น อัมพาต เหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามต่อร่างกายบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดได้

2.4.2 ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่คนอื่นไม่อาจจะบอกได้ว่า ปวดเจ็บอย่างไร ปวดมากน้อยแค่ไหน ความเจ็บปวดทำให้เราไม่สุขสบาย เกิดความเครียดทางจิตใจ ได้

2.4.3 การเคลื่อนไหวไม่ได้ เมื่อบุคคลต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ หรือเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น ในกรณีเป็นอัมพาตครึ่งตัว หรือพิการด้านอื่น ๆ เข้าเฝ้าก็ต้องนอนพักบนเตียง โรคหัวใจที่ต้องพัก เหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดได้

2.4.4 การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง การสูญเสียบุคคลที่รัก ญาติสนิทมิตรสหาย สูญเสียคู่ชีวิตทำให้บุคคลมีความเครียดได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสถานภาพทางสังคม ก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ในผู้สูงอายุ คนใกล้เกษียณอายุ เป็นต้น

#### ระดับของความเครียด

เฟรน และวาเลีย (Frain & Valiga, 1982, pp. 61- 66) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดในระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย เช่น การที่ต้องเดินทางไปทำงานในภาวะการจราจรติดขัด เป็นต้น

ระดับที่ 2 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าภาวะเครียดในระดับที่หนึ่งเป็นการถูกคุกคามที่คาดว่าจะได้รับการคุกคาม อยู่แล้วแต่เป็นระยะสั้น ๆ และบุคคลมักจะตระหนักรู้ การปรับแก้ภาวะเครียดส่วนใหญ่มักจะประสบผลสำเร็จ เช่น การไปสัมภาษณ์การสมัครงาน การที่ต้องไปพบปะบุคคลที่มีความสำคัญทางสังคม เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่คงที่อยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่น การต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่ามากกว่าในระดับที่สอง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงการพยายามรับมือกับความเครียดซับซ้อนขึ้นเริ่มสังเกตได้

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูง รู้สึกเหนื่อยหอบแรง หือแท้ต่อการต่อสู้สถานการณ์ ร่างกายจะเริ่มเตือนว่าปรับแก้ไม่ได้แล้ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคจิต เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินความเครียดในระดับที่หนึ่งและระดับที่สองยังเป็นภาวะของความเครียดปกติไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต แต่ถือเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต เพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนอง และมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่สาม เป็นความเครียดในระดับภาวะที่บุคคลเริ่มตระหนักรู้ว่าถูกคุกคามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะรับมือกับความเครียด ส่วนความเครียดในระดับที่สี่ บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ซึ่งหากกระทำได้



ตำราร่างกายก็จะกลับเข้าสู่สภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ ก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจตามมา

เซลเย (Selye, 1956, pp. 29-54) กล่าวถึง ปฏิกริยาการปรับตัวทั่วไป (General Adaption Syndrome หรือ G.A.S) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการปรับตัวของร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป เช่น ต่อมใต้สมองถูกกระตุ้น ส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมไทรอยด์ถูกกระตุ้น และระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายถูกรบกวน เป็นต้น และได้กล่าวถึงว่า ปฏิกริยาทั่วไปแบบนี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วในทุกกรณี จะมีแบบแผนเดียวกัน การตอบสนองจะมีมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของความเครียด การปรับตัวที่รุนแรง เป็นภาวะที่นำไปสู่ความตายได้ ปฏิกริยาปรับตัวทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะตกใจ (Alarm Reaction) แสดงลักษณะที่ร่างกายมีปฏิกริยาเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า จะมีการกระตุ้นหรือช่วยให้อัตโนมัติ ระยะเวลาแบ่งเป็น

1.1 ระยะช็อก (Shock Phase) เป็นระยะแรกและเป็นปฏิกริยาโต้ตอบทันทีทันใด ต่อสิ่งที่เป็นภัย ปฏิกริยาของร่างกายในระยะนี้มีอยู่ 2 แบบ คือ “สู้ (Fight) หรือหนี (Flight)” ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลบวกการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เช่น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขุนหมุมลดลง และความดันโลหิตต่ำลง

1.2 ระยะต้านช็อก (Counter Shock Phase) จะเกิดปฏิกริยาสะท้อนกลับ (Rebound Reaction) เช่น มีการหลั่ง อะดรีนาลิน (Adrenaline) หรือ เอพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น น้ำตาลถูกปล่อยออกมาจากตับ มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่แล้วปฏิกริยาต่อความเครียดแบบเฉียบพลัน (Acute Stress Reaction) จะสัมพันธ์กับ 2 ระยะนี้

2. ระยะต้านทาน (Stage of Resistance) หรือระยะปรับตัว (Adaption Stage) ระยะนี้ร่างกายจะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และทำให้สภาพทั่วไปดีขึ้น อาการต่าง ๆ จะหายไป ความพยายามของร่างกายในการปรับตัวมีส่วนช่วยให้พลังงานที่สูญหายไปกลับคืนมาและยังช่วยซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปให้ดีขึ้น

3. ระยะหมดแรง (Stage of Exhaustion) ถ้าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ ร่างกายจะผ่านเข้าสู่ระยะที่ 3 ระยะหมดแรง เนื่องจากความเครียดยังคงมีอยู่ไม่รู้จักหมดสิ้น พอร่างกายโค่นความเครียดลงงานซ้ำแล้วซ้ำอีก ร่างกายจะเสื่อมโทรม จนกระทั่งเกิดเป็นโรคต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้ ลมพิษ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และอาจถึงแก่ความตายในที่สุด

### ผลของความเครียด

วีระ ไชยศรีสุข (2533, หน้า 183-185) กล่าวว่า ผลของความเครียดต่อระบบร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด อารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของจังหวะการเต้นของหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ เป็นมาก ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสียไป ความดันโลหิตสูง ระบบย่อยอาหาร อาจจะเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก พวกนี้มีการหลังกรดน้ำย่อยมากกว่าปกติ พบในชายมากกว่าหญิง โดยมีอาการปวด 1-4 ชั่วโมงหลังอาหาร พบมากใน ในคนที่มีความเครียดสูง ๆ ในคนที่มีความเครียดสูง ๆ มีความรับผิดชอบสูง โรคแพ้อาหาร มักจะเกิดกับผู้ที่มีความวิตกกังวล ระบบหายใจ เป็นระบบที่มีปฏิกิริยาต่อการเกิดภาวะทางอารมณ์มากระบบหนึ่ง โดยเฉพาะบริเวณจมูก ในบริเวณจมูกจะมีอาการที่เกิดขึ้น 2 อย่าง คือ หลอดเลือดบีบตัว มีอาการเยื่อหุ้มจมูกแห้ง และทำให้มีอาการสูบลมเข้ามาอีกอย่างหนึ่ง คือ หลอดเลือดพองออก ทำให้มีการหลังเมื่อกลับรีดมูกออกมามาก ทำให้เกิดน้ำมูกและหายใจลำบาก นอกจากนี้ปัญหาทางอารมณ์และอิทธิพลทางภาวะจิตใจจะทำให้ไปรบกวนระบบทางเดินหายใจ เช่น มีอาการหอบหืดเกิดขึ้น ซึ่งอาการหอบหืดนี้บางทีอาจจะมีสาเหตุมาจากอาการแพ้ได้ด้วย ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการเจ็บปวดตามข้อมือ ข้อเท้า ปวดกล้ามเนื้อ บางคนแขนขาถูกตัดไปแล้วยังมีอาการเจ็บปวด เหมือนแขนขายังมีอยู่ อาการเหล่านี้ อาจจะมีสาเหตุมาจากจิตใจ ระบบผิวหนัง อาจมีอาการคัน เจ็บชา มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า หน้าผาก ผม่ว้ง การรักษาบางครั้งต้องใช้วิธีการทั้งร่างกายและจิตใจระบบขับถ่ายและสืบพันธุ์ ในระบบขับถ่ายปัสสาวะจะมีอาการผิดปกติเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะในเด็ก ถ้ามีความกดดันทางอารมณ์อาจจะเกิดภาวะปัสสาวะรดที่นอน หรือไม่สามารรถจะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในระบบสืบพันธุ์จะเห็นได้ชัดในผู้หญิง ประจำเดือนจะไม่มาตามปกติ ถ้าอยู่ในภาวะมีความวิตกกังวลหรือมีความเครียดสูง ไม่สามารถประกอบกิจทางเพศได้ตามปกติ และในคู่สมรสบางคู่จะไม่สามารถมีลูกได้ ทำให้เกิดการเป็นหมันขึ้น ระบบต่อมไร้ท่อมียอร์โมนหลายชนิดที่จะกระตุ้นต่อมไร้ท่อต่าง ๆ และการหลังฮอร์โมนเหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองบางส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของการหลังฮอร์โมนเหล่านี้ทำให้เกิดความแปรปรวนขึ้นได้ ตลอดจนความพิการทางร่างกาย อารมณ์ เครื่องเครียด ทำให้การหลังฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อมผิดปกติ และอาจทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้นได้

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในของตัวบุคคล ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งถ้ามีความเครียดในระดับที่เหมาะสม เป็นผลดีต่อ

ร่างกายและการปฏิบัติสิ่งใด ๆ แต่ถ้ามืดขึ้นบ่อยและมีอยู่ในระดับที่รุนแรง มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

มีผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดเป็นจำนวนมากและได้สร้างแบบวัดความเครียดขึ้นตามแนวคิดและทฤษฎีของแต่ละบุคคลซึ่ง โคเฮน (Cohen, 1994) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 10-40 คะแนนให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพค่าเบรทฐาน (Norm) ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,387 คน เมื่อปี ค.ศ.1994 ซึ่งแบบวัดได้ปรับปรุงให้มีจำนวน 10 ข้อคำถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .78 และยังมีนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอสดีในประเทศสเปน เมื่อปี ค.ศ.2001 ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้ความเครียดของ โคเฮน (ค.ศ.1983) มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .67 จากนั้น สิริสุตา ชาวคำเขต (2541) ได้นำแบบ 14 ข้อคำถามมาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่กระตือรือร้นในประทศไทยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .93 และ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้นำแบบ 14 ข้อคำถามมาแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .72

## โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke)

เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541) ได้กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรกระบบประสาท พบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือด ในสมองมีการอุดตัน ตีบหรือมีการแตก ทำให้สมองขาดออกซิเจนจึงเสียหายที่ในการทำงาน แม้ว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยจะทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่พบความพิการที่เรียกว่าอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) หลงเหลืออยู่เล็กน้อยเพียงใดแล้วแต่ตำแหน่งและชนิดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวช้า การเคลื่อนไหวของแขนขาไม่สัมพันธ์กัน ก้าวขาลำบาก เดินเซ กลืนลำบาก มีความผิดปกติด้านการพูด เป็นต้น

วิสิทธิ์ อวิรุทธ์นันท์ (2543, หน้า 89) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงสภาวะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

อาการบาดเจ็บ (Trauma) เป็นผลทำให้เสียชีวิต หรือมีความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดจากมีการอุดตันของเส้นเลือดพบ 85 % และเกิดจากเส้นเลือดแตกพบ 15 %

ศรีนวล เจือจันทร์พงษ์ (2544, หน้า 23-25) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ อาการหมดสติ วิงเวียนหรือล้มลงโดยไม่รู้ตัว มีสาเหตุจากหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน อันเป็นสาเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต จะไปทำลายสมองและส่วนมากจะเกิดจากสาเหตุพื้นฐาน 2 สาเหตุ คือ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ (Ischemic Stroke) คือ ประมาณร้อยละ 80 ของ สโตรก (Stroke) ทั้งหมด และสาเหตุที่สอง คือ เส้นเลือดในสมองแตก (Hemorrhaging Stroke) เนื่องจากเส้นเลือดในสมองโป่งพองขึ้นมาจุดที่สมองถูกทำลายจะรู้ได้จากอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยแต่ละคนแสดงออก เช่น บางคนพูดได้ แต่เคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นต้น

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544, หน้า 3) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองที่ก้านสมอง เกิดการแตก ตีบ หรืออุดตัน อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล และต่อเนื่องที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. กลุ่มที่เกิดจากการอุดตันทางเดินของเส้นเลือด ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงที่สมอง บางบริเวณ (Ischemic Stroke) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดที่แข็งตัว ทำให้เกิดการตีบตัน เลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงลดลง และเส้นโลหิตอุดตัน เกิดจากลิ่มเลือดเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง

2. กลุ่มที่เกิดจากเลือดออกในโพรงศีรษะ แบ่งออกเป็นเลือดออกในเนื้อสมอง จากหลอดเลือดสมองแตก มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอายุมาก และความดันโลหิตสูงจากการที่ผนังหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงจากพังคืดไขมัน และเลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง

**ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**

เจียมจิต แสงสุวรรณ (2541, หน้า 53- 57) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

อายุ และเพศ

โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่า ของคนอายุน้อย เนื่องมาจากความเสื่อมของหลอดเลือด

### ความดันเลือดสูง (Hypertension)

ความดันเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิด ความดันเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตกได้ เชื่อว่าความดันเลือดสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง (Atherosclerosis)

### โรคหัวใจ

โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอันหนึ่งของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation หรือ AF) พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation หรือ AF) ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่า ของคนปกติ

### เบาหวาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างกันเพศ และอายุ และยังไม่มียารายงานว่าการควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง (Atherosclerosis)

### ฮีมาโตคริต (Hematocrit)

ผู้ที่มีฮีมาโตคริตสูง หรือมีปริมาณฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเลือดสูงจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากสมองตายจากการขาดเลือด (Cerebral Infarct) ได้มากทั้งนี้เพราะว่าภาวะฮีมาโตคริตสูง จะทำให้เลือดมีความหนืด และมีการไหลเวียนเลือดลดลง

### ปัจจัยอื่น ๆ

การสูบบุหรี่: การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2 เท่า ในทำนองเดียวกันพบว่าหญิงที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน

การรับประทานยาคุมกำเนิด: การรับประทานยาคุมกำเนิดจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่ามีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติถึง 6-7 เท่า

แอลกอฮอล์: ยังไม่มีการสรุปที่ลงความเห็นเด่นชัดว่าแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) แต่อาจมีความสัมพันธ์กันบ้างกับการเกิดเลือดออกในสมอง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ (Arachnoid)

แต่แอลกอฮอล์ก็อาจจะไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง กล่าวคือ อาจจะขึ้นอยู่กับความดันเลือดสูงก็ได้

ความอ้วน: ความอ้วนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันเลือดสูง

การออกกำลังกาย: การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก แต่ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่เด่นชัดนัก

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine) ภาวะเครียด อากาศกึ่งวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารต่าง ๆ อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัดนัก

#### ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544, หน้า 667- 675) คือ ระยะเฉียบพลัน หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่มักใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยที่ระดับความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

ระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะนี้อาจมีอาการไม่รู้สีก้าวร่วมด้วย หรือรู้สึกตัว แต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่อ่อนปวกเปียก จะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น ถ้าดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือน ร้อยละ 10 จะฟื้นตัวได้เป็นปกติ ระยะกลับสู่สภาพเดิมเป็นช่วงสำคัญ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 12 สัปดาห์ เมื่อพ้นระยะนี้ไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีภาวะด้อยสมรรถภาพที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การดูแลเน้นการทำให้ร่างกายทำหน้าที่ได้สูงสุด และการปรับตัวต่อภาวะด้อยสมรรถภาพที่เหลืออยู่

คลาρκ และสแตนดาร์ด (Clark & Standard, 1996, p. 557) อธิบายไว้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองตนเองได้เป็นเหตุให้ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล

โคลส และพรอกเตอร์ (Close & Proctor, 1999, p. 138) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้เกิด

ความเครียดในผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของการเจ็บป่วยในระยะแรกผู้ป่วยจะต้องปรับตัวอย่างมาก เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิต กลัวความพิการที่จะเกิดขึ้น รู้สึกไม่แน่นอน มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพของตนเอง

ปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง นภกรณ์ แก้วกรรณ์ (2533, หน้า 60-70) ได้แบ่งปัญหาผู้ป่วยเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพ และความพิการที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งความพิการดังกล่าวแบ่งออกได้ดังนี้ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) โดยมีอาการชา (Numbness) อ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาต ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว การประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก ความผิดปกติเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ความผิดปกติของเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น พูดไม่ชัด (Dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้น และเพดานอ่อนแรงทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจะตะกุกตะกักในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยว และการกลืน มีสาเหตุหลายอย่างเช่น ความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการกลืน สูญเสียปฏิกิริยาการขย้อน และการทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อในการเคี้ยว กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลัดอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้สึกมีหลายประการ การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนและความเย็น ผิดปกติไป ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูกต้อง หรือบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ปัญหาดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายง่าย เพราะควาร่างกายจะรู้สึกและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้น ร่างกายก็ได้รับอันตรายจากสิ่งนั้นแล้ว การรับรู้ต่อความสมดุลร่างกายผิดปกติไป โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลของความสมดุลจากร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้กลัวว่าจะหกล้มจนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ส่งผลให้การฟื้นฟูบำบัดทำได้ลำบาก การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสน ไม่รู้จักเวลาสถานที่ และบุคคล และมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม การรับรู้ทางสายตา ความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่ผิดปกติด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำ และตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นสายตาได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นไม่ชัดหรือกะระยะไม่ถูก มองไม่เห็น ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นง่าย ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual Deficits) ที่พบบ่อยได้แก่

การลืม ขาดสมาธิ เบื่องเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผล และมีจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง ได้ จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ความผิดปกติเกี่ยวกับการจับถ่วง ผู้ป่วยโรคนี้อาจไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ ในบางรายจะมีปัสสาวะกั่งค้าง ไม่สามารถถ่ายออกได้หมด หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองต้องทำการสวนปัสสาวะ ส่วนความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะท้องผูก จับถ่วงลำบาก ในบางรายต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ที่พบคือ ความต้องการทางเพศ ลดลงอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในผู้ป่วยชาย และไม่รู้สึกถึงจุดสุดยอดในผู้ป่วยหญิง ดังนั้นจึงทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป นอกจากความผิดปกติของร่างกายแล้ว

2. ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบบ่อยมีดังนี้ ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้นี้ เนื่องจากผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรือมีอาการทางประสาท อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด และมากขึ้นเรื่อย ๆ ใน 2-3 นาที หรือชั่วโมงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดขึ้นได้ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้นี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ความกลัว (Fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์ และสัตว์ทุกชนิดที่ใช้ในการปรับตัวต่อความเครียด หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตราย หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวจะแสดงออกมาในรูป กลัวตาย กลัวพิการ กลัวทรมาณ กลัวถูกทอดทิ้ง ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดันทำให้ตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย สาเหตุของความกังวลในผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ (Frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเกิดความคาดหวังล่วงหน้าเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความวิตกกังวลจะมีผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วและรัว ความดันโลหิตเพิ่ม มือเท้าซีดเย็น หายใจถี่และถี่ผิดปกติ เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้จิตใจไม่สงบคิดง่าย ความคิดแตกแยก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คาดคิดถึงภัยอันตราย กลัวตาย ทั้งนี้ในคนปรกติสามารถใช้กลไกในการลดความวิตกกังวลได้ เช่น การกิน การสูบบุหรี่ การนอน การพยายามทำตัวให้ร่าเริง การออกกำลังกาย การเปลี่ยนพฤติกรรมไปแสดงออกในรูปแบบของงานศิลปะ เช่น การวาดภาพ ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถจะใช้กลไกเหล่านี้ได้ตามปกติ เพราะมีข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ผู้ป่วยจึง



ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้เท่าคนปกติ ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือใช้คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ จุดประสงค์เพื่อป้องกันตัวหรือพิทักษ์สิทธิของตนเอง ความก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปของความ ต้องการพึ่งพาคนอื่นอยู่ตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยที่เรียกหาญาติบ่อย ๆ แต่เมื่อไปหากลับบอกว่าไม่มี ธุระอะไร เพียงแต่อยากให้อยู่ใกล้ ๆ พฤติกรรมก้าวร้าวมีลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น แสดงอารมณ์ หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าทางไม่เป็นมิตร ใช้งานยาหายบาย เป็นต้น รู้สึกสูญเสีย (Loss) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเกิดความรู้สึกในด้านต่าง ๆ มากมาย แบ่งออก ได้ดังนี้ การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา ต้องระมัดระวังสุขภาพของตนเป็นพิเศษ ประกอบกับการที่ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ไปตรวจ สุขภาพสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาเหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย สูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติไป และทำให้รู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจ ละอาย รำคาญ การสูญเสีย ความสุขสบายทางร่างกายจากอาการประจำของโรค เช่น เคลื่อนไหวลำบาก พูดลำบาก กลืนลำบาก และจากการรักษาต่าง ๆ การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย ผู้ป่วยโรคนี้อาจจะมีการสูญเสีย หน้าที่ของอวัยวะหลายส่วนพร้อม ๆ กัน เช่น แขนขาข้างเดียวกันเป็นอัมพาต ซึ่งจะมีผลกระทบ ต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย และส่งผลถึงจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอายน่าขำ ขี้ใจ หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น

### 3. ปัญหาด้านสังคม สังคมมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีปฏิกริยาโต้ตอบกัน

มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนต้องการความรักและการยอมรับจากสมาชิกอื่นในสังคมด้วย ซึ่งผู้ป่วยก็มีความต้องการ ทางสังคมดังกล่าวเช่นกัน แต่ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้ ประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจด้วยจึงทำให้ผู้ป่วย ขาดการติดต่อกับสังคม ดังนั้นจึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วย และญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปการห่างเหินหรือเสื่อมลง สาเหตุจากอารมณ์และ พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วย แสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน นอกจากนั้นพฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วยจะมีผลกระทบ ต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึง ปลีกตัวออกมา หรือญาติที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้มีเวลาในการ พักผ่อนและดูแลผู้ป่วยน้อยลง จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ ของผู้ป่วยกับสังคม จะออกมาในลักษณะการห่างเหินหรือเสื่อมลงจากสาเหตุหลายประการ เช่น

ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอาย และเป็นภาระที่จะต้องคอยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมามีสังคมกับโลกภายนอก ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีห่วง ขาดที่พึ่ง สิ้นหวัง และซึมเศร้าได้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ และหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ ก็ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจ และรู้สึกว่าคนไร้ค่า การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถทำงานที่เคยทำอยู่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

จากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัด ในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาคูดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงและพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้ดัดแปลงแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของคนไทย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจด้วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมารวมทั้งต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกายบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งในระยะฉุกเฉินและเมื่ออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ การประคับประคองที่ดี เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดและปลอดภัยจากอุบัติเหตุและความพิการ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิต ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องตระหนัก ฉะนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

#### ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (ม.ป.ป., หน้า 21-25) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันความเจ็บป่วยและผู้พิการ ได้เพิ่มจำนวน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว

เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้องหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน สมาชิกในครอบครัวที่  
 รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย  
 โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนานผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. สุขภาพกาย มีการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพทรุดโทรม บางรายปวดหลังเพราะการ  
 ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง  
 ภาระการดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้อง  
 ลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้  
 ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ  
 เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทมากขึ้นไป ภาวะเช่นนี้ ผู้ดูแลต้องการเวลาต้องการแรงสนับสนุน  
 ทางสังคม หากปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าภาระที่กำลึงเผชิญอยู่  
 เกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย  
 ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์จะทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล  
 เพิ่มขึ้นประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลสับสน  
 ไม่ทราบว่าควรทำอะไรดีเนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือ  
 ความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท อัน  
 เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลและรับรู้ต่อความจำกัด  
 ของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อ  
 ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบ  
 ถอยหนี เกิดอารมณ์เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิด  
 ผลดีต่อผู้ดูแล

เดวิส (Davis, 1992, pp. 2-3) กล่าวว่า โดยทั่วไปพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
 จะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในสี่ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการดูแลโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยการกระตุ้นให้  
 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และคอยช่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้ไม่สมบูรณ์  
 ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหาร  
 เองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องการให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ  
 การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือในกรณีที่  
 ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้น

ช่วยเหลือตามความเหมาะสม อาจช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การจับถ้ำ อุจจาระ ปัสสาวะ ต้องช่วยเหลือในรายที่ทำเองไม่ได้ในการทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระและ ปัสสาวะ หรือการใช้ห้องสุขา การแต่งกาย ผู้ป่วยที่สามารถแต่งตัวเองได้แต่ไม่สามารถหรือทำได้ ซ้ำกว่าปกติ ผู้ดูแลต้องจัดหาหรือดัดแปลงเสื้อผ้าให้สามารถสวมใส่และถอดเองได้สะดวก และต้อง แต่งตัวให้ในผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้การอาบน้ำ ผู้ดูแลต้องทำให้ในรายที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ส่วนในราย ที่ทำเองได้ ผู้ดูแลต้องจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำด้วยตนเองสะดวกขึ้น เช่น ฟองน้ำถูตัว แปรงถูตัวด้ามยาวหรือเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่อาบน้ำไม่สะดวกและจำเป็นต้องเช็ด ตัวผู้ดูแลควรเช็ดในบริเวณที่ผู้ป่วยเช็ดไม่ถึง เช่น หลัง เท้า เป็นต้น การพักผ่อนนอนหลับผู้ป่วยโรค นี้มักนอนไม่หลับเวลากลางคืน ผู้ดูแลต้องคอยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ

1.2 การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุอาจเกิดขึ้น ซึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่วนมากจะค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้าผู้ดูแลละเลยผลของภาวะแทรกซ้อน บางอย่างอาจกลายเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงควรป้องกันหรือกำจัดสาเหตุของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเสียแต่เนิ่น ๆ อีกทั้งต้องป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยการ ดัดแปลงที่อยู่อาศัยให้เข้ากับความสามารถหรือความบกพร่องของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

การป้องกันโรคผิวหนัง โดยการทำความสะอาดผิวหนังหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาด ผิวหนังเอง โดยเฉพาะบริเวณที่อับ เช่น ขาหนีบ ซอกนิ้วมือ นิ้วเท้า รักแร้ และดูแลไม่ให้ผิวหนังแฉะ และแห้งเกินไป จัดให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่สะอาดแห้ง และระบายความร้อนได้ดี การป้องกันโรค ปอดบวม ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร จัดอาหารที่ง่ายต่อการกลืน การเคี้ยว จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงหรือนั่ง ขณะรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก การป้องกันข้อติดแข็งและ ปวดไหล่ อาการข้อติดแข็งและปวดไหล่ เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจาก ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายเมื่อนั่งอยู่ในท่าตัวงอ งอแขนขา ประกอบกับมีการหดเกร็งหรืออ่อนแรงของ แขนขา ซึ่งจะทำให้ข้อติดแข็ง ผู้ดูแลต้องป้องกันโดยช่วยบริหารข้ออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้ ผู้ป่วยบริหารข้อต่าง ๆ เอง โดยใช้แขนข้างที่ปกติช่วย ส่วนการป้องกันการปวดไหล่นั้นผู้ดูแลต้อง หาผ้าหรือวัสดุคล้องแขนที่อ่อนแรงในขณะขึ้นหรือเดิน ส่วนเวลานั่งให้หมอนรองแขนไว้ และถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ควรประคบนิ้ว หรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด การ ป้องกันภาวะกระดูกพรุน ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยขึ้น เดินและเห้าแขน โดยใช้น้ำหนักลงบนแขนหรือขาทั้งสองข้าง

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอยู่เสมอ ฝึกการขับถ่ายและการกลั้นปัสสาวะ ในรายที่ปัสสาวะไม่ออก ผู้ดูแลต้องคอยดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ โดยการกดบริเวณท้องน้อย หรือสวนปัสสาวะให้เป็นครั้งคราวการป้องกันปลายมือปลายเท้าวม อันเนื่องมาจากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ การป้องกันความล้มเหลวของแขนขาข้างที่มีพยาธิสภาพ โดยการกระตุ้นหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและเกร็งกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่มีพยาธิสภาพบ่อย ๆ การป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อีกทั้งต้องควบคุม โรคอื่นจะทำให้เกิดการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ถ้ามีความผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอย ชาแขนขา เคลื่อนไหวลำบาก สับสน หรือซึมลง

2. ด้านการให้การประคับประคองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาเสมอ การดูแลในด้านนี้จึงยึดหลักที่ว่าส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม ซึ่งในการดูแลนี้จึงยึดการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยและไม่ตำหนิ ไม่แสดงท่าทีไม่พอใจ สนใจเมื่อผู้ป่วยระบายความทุกข์ให้ฟัง ปล่อยให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ย่อหือต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจและเหมาะสมกับผู้ป่วย และจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยเช่นบุคคลธรรมดา ไม่แสดงท่าทีสมเพชผู้ป่วยมากเกินไป การป้องกันอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น ศาสนา การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วยอันเป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ความเจ็บปวด และป้องกันความเครียดทั้งหลายที่จะมากระทบผู้ป่วย เช่น หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด หรือการเผชิญหน้ากับบุคคลที่ผู้ป่วยไม่ชอบ

นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องคอยประคับประคองอารมณ์ของผู้ป่วยโดยการตอบสนองด้านความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรักและความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความต้องการที่จะได้รับการยกย่องจากสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการดูแลในสิ่งเหล่านี้ควรอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

3. ด้านการเป็นผู้ประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประ โยชน์ที่จำเป็น

เพื่อขอความช่วยเหลือในลำดับต่อไป

4. คำนึงการให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย โดยเป็นผู้ช่วยซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ต้องให้ความช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลมีค่อนข้างมาก ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจตั้งคตามมา

#### สาเหตุของความเครียดของผู้ให้การดูแล

ความเครียดที่เกิดในผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวนั้นสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่ง จูา ภูไพบูลย์ (2535, หน้า 14-16) ได้สรุปไว้ ดังนี้ ความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน ความรู้สึกไม่แน่ใจนี้เป็นสาเหตุของความเครียดของผู้ให้การดูแล ทำให้มีความรู้สึกคับข้องใจ ไม่รู้ว่าตนควรปฏิบัติอย่างไรดี ในสถานการณ์ทั่วไปผู้ให้การดูแลมักรับภาระการเป็นผู้ดูแลโดยไม่คาดคิดมาก่อน ขาดการเตรียมตัวเตรียมใจที่เหมาะสม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตามจะทำให้ครอบครัวต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ปัญหาด้านการเงินในครอบครัวทำให้เกิดภาวะเครียดได้ และอาจทำให้เกิดภาวะหนี้สินขึ้นได้ สุขภาพของผู้ให้การดูแล ผู้ดูแลผู้อื่นได้ดีควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี แต่พบว่าในบางกรณีผู้ดูแลเองก็สุขภาพไม่ดี แต่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การตัดสินใจ ภาวะที่ต้องตัดสินใจนั้นเป็นภาวะเครียดสำหรับหลาย ๆ คน โดยเฉพาะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลคนอื่น ผู้ให้การดูแลควรเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าจะปฏิบัติอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีปัญหาเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การรับผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาดูแลในบ้าน จำเป็นต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันบางอย่างของครอบครัวให้เหมาะสม ผู้ให้การดูแลอาจจำเป็นต้องมีการแบ่งเวลาจัดสิ่งแวดลอมให้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เห็นได้ชัดคือ การสลับบทบาทระหว่างบุตรและบิดามารดาที่เจ็บป่วย โดยที่บทบาทเดิมของบิดามารดาที่มีต่อบุตร ในอดีต คือ ดูแลบุตรวัยต่าง ๆ แต่เมื่อเข้าสู่วัยชราหรือเมื่อเจ็บป่วยแล้ว บุตรกลับต้องเป็นผู้ดูแลบิดามารดาแทนในกรณีดังกล่าวบุตรจะต้องรับรู้ความต้องการของบิดามารดา ให้อภัยในความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในอดีต ในขณะเดียวกันต้องรู้ถึงความต้องการ และข้อจำกัดบางอย่างของตนเองด้วย ความต้องการที่ขัดแย้งระหว่างสมาชิก

บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกัน ทำให้ผู้ให้การดูแลเกิดภาวะเครียดได้ ในกรณีผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทไปมาระหว่างเป็นมารดา เป็นภรรยา เป็นบุตร กล่าวคือ ต้องดูแลทั้งบุตร สามีนีและบิดามารดาวัยชราที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภารกิจยุ่งเหยิง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยในประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ (2542) ศึกษาความต้องการ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม ชั้นพื้นฐานโดยเฉลี่ย 6.7 กิจกรรม กิจกรรมในการดำรงชีวิต 4.6 กิจกรรมและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยเฉลี่ย 12.4 ปัญหา ญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม เชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและกิจกรรมในการดำรงชีวิต โดยรวมในระดับต่ำ และประเมินความเครียดจากการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยรวมในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาล การให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมโดยตรงกับกลุ่มญาติ

พรชัย จุลเมศต์และบุพิน ถนัดวณิชย์ (2543) ได้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน 2543 จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลางและมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ทิตยา ทิพย์สำเหนียก (2543) ได้ศึกษาเชิงบรรยายเรื่องความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง รับรู้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยระดับสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ผลการวิจัยเสนอแนะว่า เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงต้องการผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลก็ต้องการคนดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย

เสาวลักษณ์ เนตรขัง (2545) ได้ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านการดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความเครียดในบทบาท ความวิตกกังวลจากการดูแล อายุ ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 2) ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาท ความวิตกกังวลจากการดูแล อายุ และภาวะเศรษฐกิจต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อยู่ในวัยกลางคน ช่วงอายุระหว่าง 26-74 ปี อายุเฉลี่ย 50.7 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย และส่วนมากยังคงทำงานอยู่โดยทำเป็นบางวัน ภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแลส่วนมากมีปัญหาในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล แต่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นในระหว่างรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บป่วยที่พบได้แก่ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแขน ปวดคอ ปวดข้อมือ ปวดเท้า ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับและน้ำหนักลด ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทในระดับต่ำมีความวิตกกังวลจากการดูแลในระดับปานกลางและรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลเป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพตัวแรก ตามด้วยอายุและความเครียดในบทบาท ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดในบทบาท ความวิตกกังวลจากการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ และควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เกี่ยวกับการจัดการเปลี่ยนแปลงสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความก้าวหน้าของโรค ซึ่งจะทำให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วย

งานวิจัยต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้

แมคนามารา (Macnamara, 1985) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงตัวแปรทางจิตวิทยา ความเครียด, ครอบครั้ว, ผู้ให้การดูแล และคู่สมรส เป็นการศึกษาในระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผู้ดูแล 41 คนที่ได้ดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา ตั้งแต่ 1-29 เดือน ผลพบว่าความวิตกกังวลสัมพันธ์กับระยะเวลาของการดูแล แสดงว่าถ้าให้การดูแลในระยะเวลาานาน ๆ ทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น



ทีล, ดันแคน และไล (Teel, Duncan & Lai, 2001, p. 1) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลและการเผชิญด้านร่างกายและจิตใจของผู้ให้การดูแลในช่วงระยะเวลา 3 และ 6 เดือนหลังจากที่ให้การดูแลญาติที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและเพื่อเปรียบเทียบการประเมินของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ทำการกับการประเมินโดยแพทย์ โดยวิธีการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 83 คนตอบแบบสอบถาม หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือน การสำรวจดูทั้งความอ่อนเพลียและพลังงาน ประเมินอารมณ์ ความเครียด จิตวิญญาณ และปฏิริยาต่อสถานการณ์ในการให้การดูแล โดยประเมินในรายละเอียดในลักษณะของผู้ให้การดูแล การเผชิญ และการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้การดูแลมีอาการอ่อนเพลีย ความเศร้าโศก รับรู้ถึงความเครียด ปัญหาการเงิน ควรมีการสนับสนุนจากครอบครัว และมีอาการซึมเศร้าหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 1, 3 และ 6 เดือน

แอนโทนิโน (Antonino, 2002) ได้ศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสารพูดไม่ชัด ซึ่งได้ออกแบบเพื่ออธิบายและวิเคราะห์ผลกระทบของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการสื่อสารการพูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการพูดไม่ชัดจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการสัมภาษณ์ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีอายุระหว่าง 54-82 ปี อายุเฉลี่ย 76 ปี ให้การดูแล 2-16 ปี ได้วิเคราะห์ถึงความเครียด การประเมิน และการเผชิญความเครียด แต่ละคนมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในภาระในการให้การดูแล วิธีการเผชิญความเครียดมีผลต่อภาระของผู้ให้การดูแล

### การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์

#### ความหมายของการให้คำปรึกษา

จันเนียร ช่วงโชติ และนวนลศิริ เปาโรหิตย์ (2521, หน้า 15-16) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล คือ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝน มีความร่วมมือเข้าใจกัน มีการยกย่องนับถือกัน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักตนเอง ขอมรับตนเองและรับรู้โลกถูกต้องยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเลือกและการตัดสินใจ และนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2530, หน้า 8) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่ผู้มีปัญหาได้รับการช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมอย่างสบายใจขึ้น โดยผ่านการปะทะสัมพันธ์กับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะให้ข้อมูลและการแสดงปฏิริยาโต้ตอบ อันเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่มิ

ปัญหาสามารถพัฒนาการแสดงพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้สามารถติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

อาภา จันทรสกุล (2535, หน้า 2) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือโดยผู้ขอรับคำปรึกษาพบปะกับผู้ให้คำปรึกษา ภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อมและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาให้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษา มีโอกาสสำรวจความรู้สึก ค่านิยม ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองเพื่อนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหา ดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ศิริบุรณ์ สายโกสุม (2539, หน้า 10) กล่าวว่า หมายถึง การช่วยให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาและพัฒนาไปในทิศทางที่ตนเองต้องการ และเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตได้ กระบวนการในการให้ความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้มารับความช่วยเหลือหรือผู้มารับการปรึกษาตระหนักถึงทางเลือกต่าง ๆ มีความเต็มใจที่จะรับผิดชอบและมุ่งมั่นไปในแนวทางที่ตนเองเลือกไว้ ช่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น และประเมินถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติตามที่เลือกไว้

บวร สุวรรณผา (2541, หน้า 1) กล่าวว่า เป็น การพัฒนาตน คือ เป็นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษา คือ นักจิตวิทยาการปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา สัมพันธภาพอันดีเป็นบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เริ่มมองเห็นตนเองและรู้จักตนเอง

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543, หน้า 5) ให้ความหมายว่า เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งผู้รับคำปรึกษามารับคำปรึกษาโดยมีความต้องการเฉพาะอย่าง และผู้ให้คำปรึกษาก็มีแนวคิดว่าการให้คำปรึกษานี้จะสามารถหาแนวทางการช่วยเหลือให้บุคคลได้สมหวังกับสิ่งที่เขาต้องการได้อย่างไรในระดับที่เหมาะสม

สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ (2545, หน้า 1) กล่าวว่า หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือเชิงวิชาชีพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาใช้สัมพันธภาพการช่วยเหลือและทักษะการช่วยเหลือ เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือโดยร่วมมือกับผู้รับการปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ในการเลือกใช้ทรัพยากรของตนเองอย่างเหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาตนเองและดำเนินชีวิตตามปรารถนาอย่างเต็มศักยภาพ ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม

ลูอิส (Lewis, 1970, p. 10) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความรู้ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการปรึกษา ทั้งจากการให้ข้อมูลและการสนทนาเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการ

ปรึกษา สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัชร ทรัพย์มี (2546, หน้า 4-5) สรุปได้ว่า การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยามีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. การให้บริการปรึกษาเป็นบริการทางวิชาชีพ ซึ่งจะกระทำโดยผู้ให้บริการปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีความสามารถและทักษะในการให้บริการดังกล่าว เช่น มีความสามารถในการฟัง การตอบสนอง การช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ ซึ่งเต็มไปด้วยความอบอุ่น การยอมรับ ความเข้าใจ
3. การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ ให้ผู้รับบริการมีทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา
4. การให้บริการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้พฤติกรรมและทัศนคติใหม่ ๆ
5. การให้บริการปรึกษาเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการ
6. การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลพัฒนาขึ้น

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการ ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา โดยมีกระบวนการและเทคนิคกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจ ในตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น โดยมีแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหา โดยผู้รับคำปรึกษาได้เกิดการตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ ได้ดีขึ้นด้วยตัวเอง

#### ความสำคัญและประโยชน์ของทฤษฎีการให้คำปรึกษา

อาภา จันทรสกุล (2535, หน้า 8-12) กล่าวถึง ความสำคัญและประโยชน์ของทฤษฎีการให้คำปรึกษาว่า มีความสำคัญและทำหน้าที่เสมือนแบบแผนที่แสดงถึงแนวทางในการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาในสภาพที่เป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ที่ตนเองยึดถือเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา ทฤษฎีในการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถจำแนกได้ถึงพฤติกรรมปกติ และพฤติกรรมปกติในเบื้องต้น ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของการพัฒนาพฤติกรรมปกตินั้น ๆ หรือถ้าผู้ขอรับคำปรึกษามีปัญหาการปรับตัวความบทบาทหน้าที่ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถจัดประสบการณ์โดยอาศัยแนวทางและวิธีการของทฤษฎีที่ตนเองเชื่อถือ เพื่อช่วยเหลือผู้ขอรับคำปรึกษา แต่มิได้หมายความว่า ทฤษฎีจะทำให้ผู้ให้คำปรึกษามีคำตอบที่เหมาะสม ต่อปัญหาของผู้ขอรับคำปรึกษาทุกคน เพราะผู้ขอรับคำปรึกษาที่มีปัญหากล้ายคลึงกันอาจมาจากสาเหตุเดียวกันหรือต่างกันก็ได้ ถึงแม้ว่าสาเหตุของปัญหาจะคล้ายคลึงกัน

แต่วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขของแต่ละบุคคล ย่อมจะแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ทฤษฎีนี้เป็นเพียงแนวทางที่ทำให้ผู้ให้คำปรึกษา สามารถเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา โดยอิงความคิดอยู่กับสมมติฐานความเชื่อของทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง

### คุณสมบัติผู้ให้การศึกษา

ดูใจ ส่วนไพโรจน์ (ม.ป.ป, หน้า 64) กล่าวว่า คุณสมบัติผู้ให้การศึกษา มีความเข้าใจหลักการให้การศึกษา รักษาความลับของผู้รับการปรึกษา มีความสนใจในงานช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์ มีความรับผิดชอบต่อการช่วยเหลื และขอบเขตความสามารถของตน มีความสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษารับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง มีความเข้าใจธรรมชาติของผู้รับการปรึกษา ยอมรับความเป็นไปของบุคคล ไม่รังเกียจปัญหาหรือตัวผู้รับการปรึกษา มีความรู้ด้านการปรึกษาและผ่านการฝึกฝนทักษะ กระบวนการในการให้การศึกษาตามหลักวิชายอมรับและเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา นับถือให้คุณค่าผู้รับการปรึกษาว่าสามารถรับผิดชอบและเรียนรู้การแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยไม่ไปตัดสินคุณค่าผู้รับการปรึกษา

### การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ (Gestalt Therapy)

คอรีย์ (Corey, 2001, pp. 192-195) ได้กล่าวถึงประวัติความเป็นมาของการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Therapy) ผู้ให้กำเนิดคือ เพิร์ลส์ (Perls) (1893-1970) เพิร์ลส์ เกิดที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน เกิดปี ค.ศ. 1893 เรียนจบแพทย์ทางด้านจิตวิทยา รับราชการเป็นแพทย์ทหารประจำกองทัพเยอรมัน ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 และได้รับการฝึกตามแนวจิตวิเคราะห์ที่เวียนนา และฝึกรักษาคนไข้ตามแนวจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (Freud) ย้ายไปอยู่อเมริกาและตั้งสถาบัน เคอะ นิวยอร์ก เพื่อการบำบัดเกสตัลท์ (The New York Institute for Gestalt Therapy) เมื่อปี ค.ศ.1952 ในปี ค.ศ.1966 เพิร์ลส์และคณะร่วมจัดตั้งสถาบันกิจกรรมเกสตัลท์ขึ้น ที่แคลิฟอร์เนีย ชื่อสถาบัน อีซาเลน ใน บิก เซอร์ (Esalen Institute in Big Sur) ถึงแก่กรรมปี ค.ศ.1970 รวมอายุ 76 ปีโดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าเป็นประสบการณ์ เน้นการมีสติและการตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น ให้ความสำคัญต่อสภาวะปัจจุบัน เน้นการรับรู้และการยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นอยู่จริง และนอกจากนี้ยังมี ลอรา โปสนเนอร์ เพิร์ลส์ (Laura Posner Perls) ซึ่งเป็นภรรยาของ เพิร์ลส์ ที่ช่วยพัฒนาทฤษฎีเกสตัลท์ ซึ่งเธอมีชีวิตอยู่ในระหว่างปี ค.ศ. 1905-1990 เกิดที่เมือง ฟอทเฮม (Pforzheim) ประเทศเยอรมันเริ่มเข้าศึกษาสาขาจิตวิทยาและประสบความสำเร็จในการใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ เธอพบกับ ฟริทซ์ เพิร์ลส์ ในปี ค.ศ. 1926 และได้ร่วมกันศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดแบบเกสตัลท์ ต่อมาเขาทั้งสองแต่งงานกัน และได้ร่วมกันก่อตั้ง สถาบันเกสตัลท์ที่ นิวยอร์ก (The New York Institute

for Gestalt Therapy) การบำบัดตามแนวเกสตัลท์ นั้นมีการพัฒนาและใช้กันอย่างแพร่หลายในสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1940 จนกระทั่งเธอเสียชีวิตในปี ค.ศ. 1990 ลอรา เพิร์ลส ได้กล่าวถึง ฟริทซ์ เพิร์ลส (Fritz Perls) อย่างชัดเจนว่า ฟริทซ์ เพิร์ลส เป็นผู้ให้กำเนิดไม่ใช่ผู้พัฒนา ลอราจะให้ความสำคัญอย่างมากกับ การติดต่อพบปะ (Contact) และ การสนับสนุน (Support) ซึ่งจะแตกต่างจาก ฟริทซ์ เพิร์ลส ที่ให้ความสำคัญกับการมีสติหรือตระหนักรู้ (Awareness) เน้นการติดต่อที่อยู่ภายใต้บทบาทในความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ และความเป็นตนเอง (Being) ที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ในช่วงที่แนวความคิดเกสตัลท์ ได้รับความสนใจ เธอแก้ไขวิธีการบางอย่าง และได้ใช้ชื่อว่า การบำบัดตามแนวเกสตัลท์ และยังคงใช้หลักเบื้องต้นของทฤษฎีการบำบัดตามแนวเกสตัลท์ เธอคิดว่านักบำบัดเกสตัลท์ (Gestalt Therapist) ต้องพัฒนาวิธีการให้เหมาะกับตนเอง โดยอาจผสมผสานและมีการปรับเปลี่ยนเป็นเทคนิคของตนเอง

#### หลักการเบื้องต้นของทฤษฎีการบำบัดตามแนวเกสตัลท์

คอเรย์ (Corey, 2001, p. 196) กล่าวว่าหลักการเบื้องต้นของทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตัลท์ เป็นความเชื่อที่แบ่งออกได้ดังนี้

#### 1. ส่วนเต็ม (Holism): เป็นหลักการพื้นฐานของการบำบัดแบบเกสตัลท์

ซึ่งจะมองธรรมชาติของมนุษย์ในภาพรวมของความเป็นมนุษย์เข้าใจกับทุกแง่มุมของความเป็นคน การบำบัดแนวเกสตัลท์ จะให้ความสนใจที่ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ร่างกาย และความฝันของผู้บำบัด โดยเน้นที่จะทำอะไรให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นได้และทำอะไรที่จะติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้

2. ทฤษฎีแห่งพื้นฐาน (Field Theory): การบำบัดแนวเกสตัลท์ ใช้แนวทางของทฤษฎีแห่งพื้นฐาน (Field Theory) เป็นพื้นฐานของหลักการเบื้องต้นที่ว่า การมีชีวิตต้องอยู่กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ การบำบัดแนวเกสตัลท์ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า ทุกสิ่งทุกอย่างมีความเกี่ยวข้องกัน มีความเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเป็นกระบวนการ นักบำบัดแนวเกสตัลท์ให้ความสนใจและตรวจสอบว่าจะ ไรที่เกิดขึ้น ที่เป็นข้อจำกัดระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

3. กระบวนการการสร้างภาพพื้น (The Figure - Formation Process): เกิดจากสาขาที่ว่าด้วยการรับรู้ภาพ โดยนักจิตวิทยาเกสตัลท์ กระบวนการนี้ทำให้จันแนกได้ว่า แต่ละบุคคลมีการจัดการอย่างไรกับสิ่งแวดล้อมจากสภาวะปัจจุบันในการบำบัดแนวเกสตัลท์ ไม่แตกต่างพื้น (Field) ที่การมองหรือพื้นหลังกระบวนการที่เรียกว่า การสร้างภาพพื้น (Figure - Formation) และสิ่งที่เราสนใจในการมองเป็นภาพ (Figure) กระบวนการของการสร้างภาพพื้น

(Figure – Formation Process) สนใจว่ามีารคาดหวังอย่างไรเกี่ยวกับภาพที่มองเห็นจากพื้นหลัง และจุดเปลี่ยนของความตั้งใจและสนใจของแต่ละบุคคล

#### 4. กระบวนการจัดระบบตนเอง: กระบวนการการสร้างภาพ

(Organismic Self – Regulation: The Figure – Formation Process) ที่เป็นกระบวนการเกี่ยวกับความสมดุลที่ถูกรบกวนจากความต้องการ ความรู้สึกและสนใจ สิ่งมีชีวิตจะทำได้ดีที่สุดในการควบคุมตนเองค้นหาความสามารถแสดงศักยภาพและสร้างสัมพันธ์ภาพที่จะทำให้เกิดความสมดุลอีกครั้ง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในการนำบ้นั้นสิ่งที่ผู้รับการบำบัดเปิดเผยจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เขาสนใจหรือสิ่งที่เขาต้องการที่จะปรับความรู้สึกเสถียรสมดุลย์ นักบำบัดมีสติและตระหนักกับรูปภาพที่มองเห็นจากพื้นหลังระหว่างนำบ้นและใช้กระบวนการสร้างภาพ (Figure – Formation) เป็นจุดเริ่มของการนำบ้น

##### แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีเกสตัลท์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2533, หน้า 130-131) ได้กล่าวถึงแนวคิดที่สำคัญมีดังนี้

1. ภาพและพื้น (Figure – Ground) นักจิตวิทยากลุ่มเกสตัลท์ เชื่อว่าคนมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนภาพ (Figure) ให้เป็นพื้น (Ground) พื้นให้เป็นภาพได้ ทุกสิ่งจะมองได้เป็นสองทางเสมอ ภาพเปรียบเสมือนความต้องการของบุคคล การที่บุคคลมีปัญหาเป็นเพราะบุคคลนั้นไม่รู้ว่าความต้องการที่แท้จริงของตนคืออะไร คนที่มีสุขภาพจิตดีจะรู้ความต้องการของตนเองว่าอะไร เวลาใดที่คนต้องการหรือไม่ต้องการ นั่นคือ สามารถแยกภาพและพื้น ได้ถูกต้องเหมาะสมนั่นเอง การให้บริการปรึกษาแบบเกสตัลท์ ก็เป็นการช่วยให้บุคคลมองเห็นภาพหรือความต้องการและพื้นหรือสภาวะแวดล้อมได้ชัดเจนขึ้น

2. สภาวะปัจจุบัน (The Now) เวิร์ลส์ ให้ความสำคัญกับสภาวะปัจจุบันมากที่สุด เพราะอดีตเป็นสิ่งที่ผ่านพ้นไปแล้ว และอนาคตเป็นการคาดการณ์ที่ยังไม่เกิด มีแต่ปัจจุบันเท่านั้นที่มีความหมายสำคัญ ซึ่งคอเรย์ (Corey, 2001, pp. 197-202) กล่าวว่าสิ่งที่ เวิร์ลส์ เน้นมากที่สุดคือ ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ (Here and Now) เชื่อว่าปัจจุบันของเรามีพลัง การดำรงชีวิตอยู่กับสภาวะปัจจุบันก็ต้องดำรงอย่างมีคุณภาพ ตรงตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต คำถามที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาวะปัจจุบันนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะใช้คำถามว่า “อะไร” และ “อย่างไร” แต่ไม่ใช่คำถามว่า “ทำไม” เป็นต้น เพราะคำถามที่ขึ้นต้นด้วยคำว่า “ทำไม” จะทำให้บุคคลพยายามหาเหตุผลมาป้องกันตนเอง หรือหลอกตนเอง มีคนเป็นจำนวนมากที่อยู่กับสภาวะปัจจุบันได้เพียงชั่วเวลาประเดี๋ยวเดียว บุคคลเหล่านี้เต็มใจที่จะขัดจังหวะปัจจุบันเอาไว้แทนที่จะตระหนักว่า

เขาอยู่ที่นี้และเดี๋ยวนี้ จุดมุ่งหมายของ เฟิร์ลส์ คือการช่วยผู้รับคำปรึกษาเกิดความสัมพันธ์กับ ประสพการณ์ปัจจุบันของเขามากกว่าที่จะให้ผู้รับคำปรึกษานั่งพูดถึงประสพการณ์เฉย ๆ ถ้าผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความโศกเศร้าเสียใจ ความผิดหวังเจ็บปวด ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นการให้บุคคลเผชิญกับปัญหาของเขาพูดถึงปัญหาของเขาและรับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสภาวะปัจจุบันที่กำลังพูดถึงปัญหานั้น จะทำให้บุคคลสามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และได้รู้จักตนเองมากขึ้นอีกด้วย

อดีตมีความสำคัญหรือไม่ในการให้คำปรึกษา ตามแนว Gestalt ถ้าถามว่า Gestalt (Gestalt) ไม่ให้ความสำคัญกับอดีตของบุคคลเลยใช่หรือไม่ คำตอบคือ ไม่ใช่ Gestalt จะให้ความสำคัญกับอดีตนั้นมีความสำคัญและสัมพันธ์กับพฤติกรรมในปัจจุบัน แต่ Gestalt จะให้ความสำคัญของอดีตในรูปของปัจจุบันนั่นคือผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามให้ผู้รับคำปรึกษานำอดีตมาแสดงในรูปของปัจจุบัน ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคโดยขอให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างจินตนาการขึ้น และให้ผู้รับคำปรึกษา และพยายามที่จะดึงความรู้สึกประสพการณ์ของผู้รับคำปรึกษาออกมา Gestalt เชื่อว่าเป็นการปลดปล่อยประสพการณ์อันเป็นความรู้สึกที่ค้างค้ำอยู่เดิมออกมา เฟิร์ลส์ เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีแนวโน้มที่จะอยู่กับอดีตเพื่อหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อตนเองและต่อพัฒนาตนเองบุคคลประเภทนี้จะเล่นเกมด้วยการเล่นว่าโทษถึงอดีต ยกความคิดให้กับอดีตเพราะไม่ได้มีความรับผิดชอบต่ปัจจุบัน บุคคลประเภทนี้จึงดำรงชีวิตอยู่อย่างปั่นป่วน ไม่เต็มคนและไม่ทำอะไรมากกว่าต้องการเหตุผลขึ้นมาอ้างเพื่อหลีกเลี่ยงหน้าที่ที่ต้องอยู่ในสภาวะปัจจุบัน

3. ภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished Business) ภาวะแห่งความคิดที่สำคัญในการใช้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ก็คือ ภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished Business) แนวคิดของ Gestalt เชื่อว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและความรู้สึกที่ไม่ได้แสดงออกมา เช่น ความไม่พอใจ ความโกรธ ความเกลียด ความเจ็บปวด ความกังวล ความเสียใจ ความรู้สึกผิด ฯลฯ แม้ว่าอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้จะไม่ได้แสดงออกมาแต่ก็สัมพันธ์กับความทรงจำของเรา ซึ่งทำให้เกิดภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำอยู่ในบุคคล บุคคลที่มีสิ่งที่ยังค้างค้ำในตัวเอง ภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำเหล่านี้ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตนเองบกพร่องไป เพราะภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำ จะออกมาสอดแทรกขัดขวางกับการรับรู้ของบุคคลนั้น อารมณ์ที่ไม่รู้ตัวนี้จะก่อให้เกิดอารมณ์ที่ไม่ดีซึ่งไม่มีความสำคัญมากนักแต่จะเป็นสิ่งขัดขวางศูนย์กลางการรับรู้ตนเองในสภาวะปัจจุบัน เฟิร์ลส์ กล่าวว่าความไม่พึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและร้ายแรงที่สุดสำหรับภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำตามทฤษฎีของ เฟิร์ลส์ แล้วเมื่อคนเรารู้สึกไม่พอใจเขาจะรู้สึกจะงัก เหมือนกับถูกตรึงอยู่กับที่ ไม่สามารถที่จะก้าวไปข้างหน้า หรือคิดต่อสังสรรค์กับผู้อื่นได้จนกว่า บุคคลนั้นจะได้รับความไม่พอใจของเขาออกมา เฟิร์ลส์ ยืนยันว่าคนเราจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะ

แสดงความไม่พอใจออกมาการเก็บกดความไม่พอใจไว้อยู่เสมอจะเป็นหนทางนำไปสู่การลงโทษตนเอง คำหนิตัวเองและรู้สึกว่าคุณผิด (Guilt) เฟิร์ลสท์ แนะนำว่าเมื่อเรารู้สึกผิด ให้พยายามค้นหาให้พบว่าเราขุ่นเคืองใจเรื่องอะไรกันแน่และพยายามระบายมันออกมาและทำให้ตรงกับเป้าหมายที่เราต้องการ

4. พฤติกรรมที่ผิดปกติ (Maladaptive Behavior) ในทฤษฎีของ เฟิร์ลสท์ เชื่อว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมปกติมีสุขภาพจิตดีและมีความสุขในชีวิต คือ บุคคลที่ตระหนักรู้ถึงความรู้สึก ความคิดความต้องการของตนเอง ตลอดจนรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้องในสภาวะปัจจุบัน ไม่ติดอยู่กับความทรงจำในอดีตหรือวิตกกังวลคาดหวังก่อนอนาคต สามารถจัดการหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำที่มารบกวนจิตใจให้หมดไปและจัดระบบตนเอง (Self-Regulation) ทั้งทางกายและจิตให้เกิดความสมดุลก็จะเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกิดความคับข้องใจ มีอาการทางจิตหรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ ดังที่ แพสสัน (Passons, 1975, pp. 18-19) ได้สรุปพฤติกรรมผิดปกติของบุคคลไว้ 6 ลักษณะดังนี้ ขาดการตระหนักรู้ (Lack of Awareness) ลักษณะนี้จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีบุคลิกภาพตายตัวไม่มีการยืดหยุ่น (Rigid Personality) เป็นพฤติกรรมที่ไม่ยอมปรับตัว ขาดการตระหนักรู้ถึงความสมดุลระหว่างตนจริงกับตนตามมโนภาพ อันเป็นสาเหตุให้บุคคลสูญเสียการรับรู้ว่าพฤติกรรมของตน คืออะไรและเป็นอย่างไร ขาดความสามารถที่จะติดต่อกับสิ่งแวดล้อม ขาดความรับผิดชอบในตนเอง (Lack of Self Responsibility) มีความสัมพันธ์กับการขาดการตระหนักรู้ และออกมาในรูปของ การพยายามจัดการกับสภาพแวดล้อมแทนที่จะจัดการกับตนเองเป็นบุคคลที่ไม่พยายามจะเป็นอิสระอันเป็นการแสดงถึงความมีวุฒิภาวะ แต่จะทำให้ตนเองตกอยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อตนเองจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบ สูญเสียการติดต่อกับสภาพแวดล้อม (Loss of Contact with The Environment) เป็นพฤติกรรมผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการตระหนักรู้ ลักษณะนี้ จะมีการแสดงออก 2 รูปแบบ คือ เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมตายตัวไม่มีการรับเอาสิ่งใหม่ ๆ จากสภาพแวดล้อมเลย ซึ่งจะมีผลทำให้เป็นคนลึกลับหนีจากการติดต่อกับคนอื่น ๆ และสภาพแวดล้อม การหลีกเลี่ยงนี้จะมีผลไปสู่การหักห้ามความต้องการของตนเองและการมีวุฒิภาวะ เป็นบุคคลที่ต้องการการรับรอง เห็นดีเห็นชอบจากบุคคลอื่นมาจนทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองโดยการพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ซึ่งจะมีผลทำให้คนที่แท้จริงกลายเป็นผลรวมทั้งหมดของตนในมโนภาพ ไม่สามารถทำให้ภาวะหรือความรู้สึกที่ค้างค้ำเกิดความสมบูรณ์ได้ (Inability to Complete Gestalt) การที่บุคคลไม่สามารถทำให้ภาวะหรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่ติดค้างเกิดความสมบูรณ์ โดยการตระหนักรู้ หรือ ได้รับความออกมาอย่างถูกต้อง จะเป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ เช่น โกรธกรรยาแต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ก็จะ ไปเตะสุนัขแทน



หรือบางคนพูดว่า ฉันต้องการที่จะเป็นจิตรกรแต่เขาทำให้ฉันต้องเป็นหมอ เป็นต้น  
 ไม่รู้ความต้องการของตนเอง (Disowning of Needs) บุคคลลักษณะนี้จะปฏิเสธความต้องการของ  
 ตนเอง เพราะกลัวสังคมไม่ยอมรับจึงไม่กล้าแสดงออกอย่างแท้จริง ดังนั้นพลังที่มีอยู่ในตัวแทนที่  
 จะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างพฤติกรรม ก็อาจกลายเป็นการสูญเสียพลังไปโดยเปล่าประโยชน์  
 มีลักษณะสองด้านในตนเอง (Dichotomizing Dimensions of the Self) การมีลักษณะ สองด้าน  
 ในตนเอง มาจากการที่บุคคลยอมรับรู้ตนเองไปในทางใดทางหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น แข็งแรงมาก  
 อ่อนแอมาก มีอำนาจมาก ไม่มีอำนาจเลย เป็นต้น การที่บุคคลยอมรับรู้ตนเองเช่นนี้ จะไม่สามารถ  
 เห็นตนเองในลักษณะที่ตรงกันข้ามได้เลย ทำให้ไม่เห็นคุณค่าที่แท้จริงของตนเอง คนที่รู้สึก  
 อ่อนแอมากจะรู้สึกว่าอ่อนแออยู่อย่างนั้นและไม่มีทางที่จะทำให้แข็งแรง ได้ในขณะที่เดียวกันก็จะ  
 ไม่พอใจที่ตนเป็นคนอ่อนแอ เฟอร์ลส์ ได้ยกตัวอย่าง 2 ลักษณะนี้ โดยเรียกว่า Top Dog และ  
 Under Dog ลักษณะ Top Dog เป็นส่วนบุคคลที่มีจริยธรรม มีความสมบูรณ์แบบ มีอำนาจในตนเอง  
 เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเป็นไปตามที่คนอื่น ๆ หรือสังคมคาดหวัง ส่วน Under Dog เป็นส่วนของ  
 ความปรารถนา ความต้องการของตนเอง ถ้าบุคคลใดที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งเต็มที่ก็จะยอมรับ  
 รู้เฉพาะส่วนที่ตนมีส่วนนั้นเท่านั้น และจะปฏิเสธอีกส่วนหนึ่ง ทำให้เกิดการขัดแย้งภายในตนขึ้นมี  
 ความวิตกกังวล บุคลิกภาพแตกแยกไม่ผสมผสานกันเป็นส่วนร่วม และไม่สามารถทำอะไร ได้อย่าง  
 สมบูรณ์ถูกต้อง

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543, หน้า 91-93) กล่าวว่า หลักสำคัญที่เกี่ยวกับการรับรู้ของ  
 นักจิตวิทยา กลุ่ม เกสตัลท์ (Gestalt Psychology) ที่ เฟอร์ลส์ นำไปใช้เป็นพื้นฐานใน  
 จิตบำบัดแนว เกสตัลท์ ได้แก่ กฎต่าง ๆ ดังนี้

1. กฎแห่งการสิ้นสุด (Law of Closure) กลุ่มจิตวิทยา เกสตัลท์ เชื่อว่ามนุษย์มีแนวโน้มที่  
 จะหาข้อยุติ แม้ว่าสถานการณ์หรือปัญหา ยังไม่สมบูรณ์มนุษย์เราก็จะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์เดิม  
 จากสถานการณ์นั้น โดยพยายามสนใจในสิ่งนั้นจนครบถ้วนสมบูรณ์

2. กฎแห่งการต่อเนื่อง หรือใกล้เคียง (Law of Proximity) กลุ่มจิตวิทยา เกสตัลท์  
 เห็นว่าถ้าสิ่งใดหรือสถานการณ์ใดเกิดขึ้นในเวลาต่อเนื่องกันหรือใกล้เคียงกัน คนเราจะเกิด  
 การเรียนรู้ที่เป็นเหตุและผลต่อกันเพราะคนเราจะมองภาพแผนนั้นสมบูรณ์ ตามความต้องการของ  
 ตนเองในขณะนั้น

3. กฎแห่งความคล้ายคลึงกัน (Law of Similarity) กลุ่มจิตวิทยา เกสตัลท์  
 เชื่อว่าความเหมือนของสิ่งเร้าจะทำให้คนเราจัดหมวดหมู่ของสิ่งเร้าเหล่านั้นเข้าด้วยกันในการรับรู้

4. กฎแห่งความแน่นอนหรือชัดเจน (Law of Pragmanz) กฎนี้เป็นกฎที่สำคัญของนักจิตวิทยากลุ่ม เกสตัลท์ ซึ่งกล่าวไว้ว่าการเรียนรู้ที่ดีต้องเกิดความแน่นอนชัดเจน ทั้งนี้เพราะแต่ละคนจะมีประสบการณ์เดิมแตกต่างกัน ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับเป็นผลมาจากหลักการของภาพและพื้น (Figure and Ground Principle)

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

1. ฝึกการใช้ภาษาเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การให้ผู้มารับคำปรึกษาใช้สรรพนามแทนตัวเองตรง ๆ

(Use of Personal Pronouns) โดยผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษารับรู้ว่าคุณคิด พุดและต้องการอย่างไร ให้เขารับผิดชอบต่อการพูด การคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง

1.2 การเปลี่ยนคำถามให้เป็นคำบอกเล่า (Changing Questions to Statements)

ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่พยายามตอบคำถามที่ผู้รับคำปรึกษาถามมา ซึ่งคำถามเหล่านั้นถามขึ้นเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการรับรู้หรือการที่จะกล่าวถึงความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้น ให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของเขา ให้เขาสามารถพูดออกมาในลักษณะประโยคบอกเล่า

1.3 เน้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง (I Take Responsibility) ส่วนมาก

ผู้มารับคำปรึกษามักจะหลีกเลี่ยงที่จะรับผิดชอบต่อการพูด การคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกต้องรับผิดชอบด้วยตัวเขาเอง

2. ฝึกให้ผู้มารับคำปรึกษารับรู้ถึงความต้องการ ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองขณะนั้น

ผู้ให้คำปรึกษาพยายามช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษารับรู้ถึงความต้องการ ความรู้สึกที่แท้จริงที่ตนมีอยู่ขณะนั้น ให้เขายอมรับในส่วนที่เขาเป็นตัวเขาตามอุดมคติที่เรียกร้องให้เขาทำตามค่านิยมของสังคม โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เกมการพูดโต้ตอบกับตนเอง (Games of Dialogue) ผู้ให้คำปรึกษาดังเกตภาษา

ท่าทาง ที่ผู้มารับคำปรึกษาเล่าเรื่องราวของตนอยู่ เขาใช้มือขวามือจับนิ้วชี้ของมือซ้ายอยู่ตลอดเวลา ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้มารับคำปรึกษาถ่ายทอดความรู้สึกที่ตนต้องการขณะนั้นอย่างแท้จริงมุ่งไปที่มือขวา แล้วถ่ายทอดความรู้สึกที่บอกตนเองเสมอว่า ควรจะ ซึ่งไม่ใช่ความรู้สึกที่ตนต้องการขณะนั้นอย่างแท้จริงมุ่งไปที่นิ้วชี้ของมือซ้าย แล้วให้มือขวาพูดจาโต้ตอบกับนิ้วชี้ของมือซ้าย มือขวาพูดจาโต้ตอบกับนิ้วชี้ของมือซ้าย ช่วยให้เกิดความกระแงถึงความรู้สึกที่ตนต้องการอย่างแท้จริงก็คือ รับรู้ความรู้สึกที่ว่าควรจะทำ กับความรู้สึกที่ตนต้องการจริง ๆ ขณะนั้นได้

ความขัดแย้งใจ ก็อาจลดลง ความวิตกกังวลก็จะค่อย ๆ หดไป สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่ตนต้องการอย่างแท้จริง ได้ด้วยตนเอง โดยไม่รู้สึกรว่ามีผู้อื่นมาคอยบงการชีวิตของตน

2.2 การใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่า (The Empty Chairs) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษารับรู้ถึงความรู้สึกที่ขัดแย้งภายในตัวของผู้มารับคำปรึกษาได้ชัดเจนขึ้น โดยการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เก้าอี้ 2 ตัว วางหันหน้าเข้าหากัน แล้วให้ผู้มารับคำปรึกษาแสดงบทบาทและพูดในส่วนที่เป็นความต้องการ ความรู้สึกที่แท้จริงของคนขณะที่นั่งอยู่บนเก้าอี้ตัวหนึ่ง พูดไปที่เก้าอี้ที่ว่างเปล่า ซึ่งถือเป็นส่วนที่เป็นความต้องการ ความรู้สึกในอุดมคติที่คอยบอกว่า ตนเองควรจะทำอะไร ต่อจากนั้น ก็ให้ผู้มารับคำปรึกษาย้ายไปนั่งเก้าอี้ตัวที่อยู่ตรงกันข้ามแล้วแสดงบทบาท และพูดในส่วนที่เป็นความต้องการ ความรู้สึกในอุดมคติที่ขัดแย้งอยู่ได้ตอบกลับไป เทคนิคนี้เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษา เข้าใจความต้องการความรู้สึกทั้งสองอย่างได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ไม่พยายามปกปิดหรือปฏิเสธ ความรู้สึกที่ตนมีอยู่

3. เทคนิคการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม (Reversal) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาที่มีบุคลิกภาพสุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ต้องแสดงคนเพียบพร้อมด้วยความดีงามเสมอ ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวล กลัวว่าตนจะแสดงในส่วนที่ไม่ดีงามออกมา ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องพยายามที่จะให้ผู้มารับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้าม โดยให้แสดงบทบาทเป็น ผู้ที่เข้มแข็ง คุร้าย เอาแต่ใจตัวเอง การที่ผู้มารับคำปรึกษาได้แสดงบทบาทตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่บุคคลต้องบังคับควบคุมตนเองให้แสดงอยู่ตลอดเวลา จะช่วยผู้มารับคำปรึกษาตระหนักถึงส่วนของความรู้สึกที่ตนมีอยู่ในส่วนหนึ่ง ไม่พยายามปฏิเสธหรือเก็บกคส่วนนั้นเอาไว้ กล้าที่จะแสดงบุคลิกภาพที่มีอยู่ในตัวเองออกมาทั้งสองส่วน ตามความเหมาะสมก็จะช่วยให้เขาไม่วิตกกังวลเป็นตัวของตัวเองแสดงบุคลิกภาพได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

4. เทคนิคในการฝึกให้ผู้มารับคำปรึกษาเพ่งรับรู้อยู่ที่ความรู้สึกของตนเอง (Principle of the Now and the Use of the Awareness Continuum) ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษารับรู้ความรู้สึกตามสภาพความจริงของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ได้ให้เขากลับเผชิญกับความรู้สึกนั้น โดยไม่หลีกเลี่ยง ซึ่งความรู้สึกที่ผู้มารับคำปรึกษาไม่ยอมสัมผัสและรับรู้ มักจะเป็นความรู้สึกที่ค้างค้ำอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ยังส่งผลถึงสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ในปัจจุบัน เช่น อารมณ์เศร้าสะเทือนใจ เสียใจ เจ็บปวด ขมขื่น คับแค้นใจ เป็นต้น และในบางครั้งอาจจะเป็นความรู้สึกในทางที่ดีแต่ไม่กล้าแสดงออกมา เช่น ความรู้สึกชื่นชม ยินดี รักใคร่ พอใจ สุขใจ เป็นต้น

5. เทคนิคการแสดงการกล่าวโทษผู้อื่น (Playing the Projection) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาตระหนักถึงความรู้สึกที่มีอยู่ในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ตัวเองไม่

ยอมรับและมักจะไปโทษผู้อื่น คอยมองในส่วนไม่ดีของผู้อื่น เช่น ผู้มารับคำปรึกษามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจตนเอง ไม่รับผิดชอบตนเอง ก็มีมุมมองผู้อื่นเป็นผู้ไม่น่าไว้วางใจ ไม่รับผิดชอบ คอยกล่าวโทษ หรือคอยจับผิดคนอื่น ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้ผู้มารับคำปรึกษาแสดงบทบาทเป็นบุคคลที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น เพื่อให้เขาได้สำรวจและทำความเข้าใจต่อส่วนที่ตนเป็นอยู่หรือมีอยู่ แต่ตนเองไม่ยอมรับ และมักสะท้อนไปยังผู้อื่นว่าผู้อื่นเป็นอยู่หรือมีอยู่ จึงชวยกล่าวโทษหรือคอยจับผิดคนอื่น การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาตระหนักว่าตัวเองมีความรู้สึกนั้น ๆ อยู่จะช่วยให้เขารับผิดชอบในสิ่งที่เขารู้สึก และพยายามปรับปรุงแก้ไขความรู้สึกนั้น ที่มีอยู่ในตัวเขาให้ได้ โดยไม่พยายามไปมองหรือคอยกล่าวโทษ จับผิดผู้อื่น

6. เทคนิคการใช้เกมการซ้อมบทบาท (Rehearsal) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เกมช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาได้ใช้พลังที่มีอยู่ในตนเอง อยู่กับสภาวะปัจจุบันอย่างเต็มที่ เพราะบุคคลมักวิตกกังวลถึงบทบาทของตนที่ต้องแสดงในอนาคต เช่น การที่ต้องออกไปบรรยาย อภิปราย รายงาน ด้วาทที่ หน้าชั้นเรียน เป็นต้น ซึ่งต้องใช้พลังส่วนใหญ่ไปกับการคาดคะเนว่า ตนเองจะแสดงบทบาทอย่างไร เมื่อต้องออกไปทำหน้าที่นั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ถึงสภาวะในปัจจุบันได้อย่างเต็มที่ เพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้มารับคำปรึกษาได้ซ้อมบทบาทหรือแสดงบทบาทที่ตนคิดไว้ ออกมาจริง ๆ

7. เทคนิคการใช้เกมการแสดงเกินกว่าเหตุ (Exaggeration) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้เกมช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาเรียนรู้ถึงสัญลักษณ์ที่เป็นภาษาทางร่างกายที่ได้สื่อออกมา เช่น ผู้มารับคำปรึกษาเล่าถึงความเสียใจที่ตนทะเลาะและขัดแย้งกับพี่สาว ขณะที่เล่นเอามือซ้ายบีบมือขวาตลอดเวลา ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้มารับคำปรึกษาเอามือซ้ายบีบมือขวาให้มากยิ่งขึ้น แล้วระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเอามือซ้ายบีบมือขวาออกมา หรือดังตัวอย่างนี้ เกี่ยวกับข้อความที่สำคัญ ๆ แต่พูดอย่างไม่สนใจ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้รับคำปรึกษาไม่ได้ให้ความสำคัญของเรื่องที่พูดเมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะขอให้ ผู้รับคำปรึกษากล่าวข้อความนั้น ๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก และในการกล่าวซ้ำแต่ละครั้ง จะให้ผู้รับคำปรึกษาพูดเสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ และเน้นสิ่งที่พูดให้หนักแน่นขึ้น

8. เทคนิคการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาใช้จินตนาการ (Fantasy) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาตระหนักถึงความต้องการของตนอย่างแท้จริง โดยส่งความรู้สึก ความต้องการนั้น ผ่านไปยังสิ่งอื่นแทนที่จะให้เขาพูดถึงตนเองตรง ๆ ซึ่งในบางครั้งการพูดถึงความรู้สึก ความต้องการของตนเองตรง ๆ อาจเกิดความลำบากใจที่จะระบายความรู้สึก ความต้องการนั้น ๆ ออกมาจึงต้องใช้จินตนาการเข้าช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง เช่น ให้ผู้มารับคำปรึกษาหลับตา ผ่อนคลายตัวเองให้สบายที่สุด แล้วให้สมมติว่าเขากำลังยืนดูรูปปั้นรูปหนึ่ง ซึ่งเป็นรูปปั้นของตัวเอง ลองจินตนาการว่าถ้ารูปปั้นนั้นมีชีวิต รูปปั้นนั้นจะเป็นอย่างไร

มีความต้องการอะไร มีความรู้สึกอย่างไร และสภาพแวดล้อมที่รูปปั้นนั้นอยู่เป็นอย่างไร นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาอาจให้ผู้มารับคำปรึกษาจินตนาการ ตัวเองเป็นต้นไม้ ดอกไม้ สะพาน เครื่องใช้ อื่น ๆ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้รับคำปรึกษามาพบ

#### งานวิจัยในประเทศไทย

กรณีการ ภาณุจนานุกุล (2540) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ที่มีต่อการปรับตัวทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร 16 คน ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์เพื่อพัฒนาการปรับตัวทางอารมณ์ ผลการทดลองพบว่า หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ แล้วนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีการปรับตัวทางอารมณ์ดีขึ้น

ภัทรดา รุ่งป่าสัก (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตาม ทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียน มัธยมศึกษาสันทิพยาคม กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2544 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดและมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ มีความ เข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น และมีความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนอยู่ในระดับปาน กลาง และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านของความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนแล้ว พบว่า ด้านความสามารถในการเข้าใจ ด้านความสามารถในการจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วน ด้านการเห็นคุณค่า อยู่ในระดับสูง

มารยาท สุจริตรกุล (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ต่อความ ตระหนักรู้ในตนเองของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวอย่างที่ ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองและติดตามผล มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และเด็กและเยาวชนในกลุ่มนี้มีค่าคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองในระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

ปริศนา ชาญวิชัย (2546) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลของกิจกรรมกลุ่มและการให้ คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ที่มีต่อวิธีการเผชิญความโกรธ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2545 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่าผลของกิจกรรมกลุ่มและการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความโกรธเพิ่มขึ้น

#### งานวิจัยต่างประเทศ

โซเลียร์ (Souliere, 1994) ศึกษาผลของความแตกต่างระหว่างการใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่าของเกสตัลท์กับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผลและอารมณ์ กับปัญหาที่ค้างคาใจที่ก่อให้เกิดความโกรธ กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ผลปรากฏว่า การบำบัดแบบเกสตัลท์ โดยใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่าและการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผลและอารมณ์ จะให้ผลในการบำบัดแตกต่างกัน ภายหลังจากบำบัดทันทีจนถึง 1 สัปดาห์ ต่อมาหลังจากนั้นทดสอบซ้ำพบว่า การให้คำปรึกษาทั้งสองแบบให้ผลดีเท่ากัน

คุก (Cook, 1999) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนหญิงระดับไฮสคูล (High School) เป็นนักเรียนเกรด 12 หลังการทดลองภาวะซึมเศร้าลดลง และมีการติดตามผล 5 สัปดาห์พบว่าภาวะซึมเศร้ายังคงลดลง และระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลไม่แตกต่างกัน

ยัสเซล (Yssel, 1999) ได้ศึกษาการบำบัดแบบโดยเล่นตามทฤษฎีเกสตัลท์ในเด็กที่เป็นภูมิแพ้ จุดมุ่งหมายของการศึกษา เพื่อศึกษาถึงการบำบัดโดยเล่นตามทฤษฎีเกสตัลท์ ว่าสามารถช่วยให้เด็กที่เป็นโรคภูมิแพ้สามารถควบคุมอาการป่วยจากโรคภูมิแพ้ และลดอิทธิพลที่ทำให้เกิดอาการของโรคภูมิแพ้ ซึ่งหลักการของเกสตัลท์มุ่งเน้นให้เด็กมีสติตระหนักในตนเองสูงเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้พวกเขามีการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น ควบคุมสถานการณ์ได้ มีความเข้มแข็งและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีโปรแกรมการบำบัดโดยเล่นตามทฤษฎีเกสตัลท์ และโปรแกรมการแนะนำผู้ปกครอง นำโปรแกรมนี้ไปใช้กับ เด็ก 6 คนพร้อมกับผู้ปกครอง ผลพบว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้เด็กที่เป็นโรคภูมิแพ้มีการทำหน้าที่ได้ดีมีประสิทธิภาพที่สุดและเกิดการควบคุมความเจ็บป่วยอาการของโรคภูมิแพ้ของตัวเอง และโปรแกรมการแนะนำผู้ปกครองสามารถทำให้มีการสนับสนุนโปรแกรมของผู้ปกครอง

เอชิรอน (Achiron, 2000) ศึกษา ผลการทำกลุ่มบำบัดแบบเกสตัลท์ในระยะสั้น ๆ กับผู้ป่วยมัลติเพิล สเคลอโรซิส (Multiple Sclerosis) เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้า และให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ผลพบว่าความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าลดลง การเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

กรอนวอล (Gronewald, 2002) ได้ศึกษาโปรแกรมการบำบัดของทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อให้การดูแลแม่ที่อยู่ในสถานการณ์ของการหย่าร้าง จุดมุ่งหมายของการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรม

การบำบัดแบบเกสตัลท์เพื่อให้การดูแลแม่ที่อยู่ในสถานการณ์ของการหย่าร้างซึ่งพวกเธออาจจะสามารถแสดงความรู้สึกที่เข้มแข็งของตนเองและสามารถแสดงอารมณ์หรือความรู้สึกที่ค้างค้ำของพวกเธอเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าโศกกับบทบาทของการเป็นแม่เพียงผู้เดียว มีด้วยกัน 4 วัตถุประสงค์: (1) เพื่อให้ได้ข้อมูลในการให้การดูแลแม่ที่หย่าร้างโดยศึกษาจากงานวิจัยและสัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์ (2) ทำให้งานวิจัยที่มีอยู่ของโปรแกรมทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อที่จะใช้ในการให้การดูแลแม่ที่อยู่ในสถานการณ์หย่าร้าง ได้มีจัดการกับอารมณ์ที่เศร้าโศกของการหย่าร้างได้ (3) ทำให้เกิดการให้การดูแลแม่ที่อยู่ในสถานการณ์หย่าร้างทั้ง 5 คนด้วยโปรแกรมการบำบัดตามทฤษฎีเกสตัลท์ ทั้ง 10 ครั้ง (4) การวัดค่าเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการให้การดูแลแม่ที่อยู่ในสถานการณ์หย่าร้างทั้ง 5 คนอาจทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษารั้งนี้ การศึกษาในครั้งนี้ ถ้าแม่ที่อยู่ในสถานการณ์หย่าร้างมีความตั้งใจกับ โปรแกรมการบำบัดตามทฤษฎีเกสตัลท์ พวกเธอจะสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เศร้าโศกได้และจะอยู่กับบทบาทของการเป็นแม่เพียงคนเดียวได้เป็นอย่างดี โดย (1) ความรู้สึกที่เข้มแข็งของเธอเอง และ (2) ทำให้เธอได้แสดงถึงความคิดความรู้สึกที่ค้างค้ำอยู่ได้ออกมา ผลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดตามทฤษฎีเกสตัลท์ สามารถอธิบายสมมติฐานได้อย่างเป็นจริง แม่ทั้ง 5 คน เห็นถึงตนตามมโนภาพดีขึ้นมีค่าเฉลี่ย 37 % และพวกเขาสามารถแสดงความคิดความรู้สึกที่ค้างค้ำออกมาได้ดีขึ้น 37 % เหมือนกัน