

ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย
ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

ปรีชา อัสวเมธาพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มกราคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

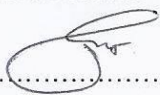
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ปรียา อัสวเมธาพันธ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.ชลดาว ปุราณนท์)

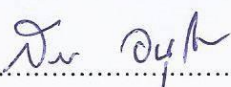

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ดร.อโณทัย ผาสุข)


.....กรรมการ
(ดร.ชลดาว ปุราณนท์)


..... กรรมการ
(ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร อนุศาสนนันท์)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ 28 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้โอกาสในการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจทุกครั้งที่ย้อดอยเป็นอย่างดีจาก ดร.คลดาว ปุราณนท์ และ ดร.ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.สมพงษ์ ปั้นหุ่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาทางสถิติจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร อนุศาสนนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส และ ดร.วรางคณา โสমনันท์ ที่รับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านบึง แพทย์ผู้ให้การรักษา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตลอดจนหัวหน้าแผนกไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องทุกท่านที่อาสาเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยความเต็มใจ โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ วิทยานิพนธ์นี้คงไม่สามารถเสร็จสมบูรณ์ได้ หากขาดความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก

ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา จนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

คุณความดีของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ข้าพเจ้าขอน้อมบูชาคุณพระรัตนตรัย พระคุณของบิดามารดา ครูอาจารย์ที่ประสิทธิ์ศาสตร์วิชาความรู้และคุณธรรม ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ขอให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพร่างกายแข็งแรง

ปรียา อัสวเมธาพันธ์

54921003: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย/ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง/ การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

ปริยา อัสวมธาพันธ์: ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง (THE EFFECTS OF GESTALT GROUP COUNSELING ON BURNOUT IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: คลดาว ปุณณานนท์, ศศ.ด., ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล, Ph.D. 116 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน ที่มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วยแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสลาซ และ แจ็คสัน (Maslach & Jackson) จำนวน 22 ข้อ และโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษา 12 ครั้ง การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแบบนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

54921003: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; M.Sc.

(COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: BURNOUT/ PERITONEAL DIALYSIS PATIENT/ GESTALT GROUP
COUNSELING

PARIYA ASAWAMETHAPANT: THE EFFECTS OF GESTALT GROUP
COUNSELING ON BURNOUT IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS. ADVISORY
COMMITTEE: DOLDAO PURANANON, Ph.D., CHOMPHUNUT SRICHANNIL, Ph.D.
116 P. 2018.

The purpose of this research was to study the effects of Gestalt group counseling on burnout of peritoneal dialysis patients. The sample used in the study consisted of twenty peritoneal dialysis patients who had burnout score at moderate to high level. The sample were divided into two groups through random sampling method and then were assigned into the experimental group and control group (Each with 10 subjects). The instruments in this study include burnout scales of Maslach and Jackson, comprising 22 items and Gestalt group counseling program. The experimental group received 12 sessions of Gestalt group counseling. The data collecting procedure was done in three phases: the pre-test, the post-test and the follow-up. The collected data were analyzed by repeated-measures analysis of variance: one between-subjects variable and one within-subjects variable and pair-different test by Newman-Keuls procedure.

The results showed that there was an interaction between the method and the duration of experiment at the .05 level. The peritoneal dialysis patients in the experimental group demonstrated lower burnout scores than the ones in the control group in the post-test and follow-up phase at the statistical significance of .05. The scores from the post-test and the follow-up in the experimental group were found to be lower than the pre-test at the statistical significance of .05.

The study suggests that Gestalt group counseling program should be implemented in early treatment of peritoneal dialysis patients for preventing of burnout. It's helpful to prepare their mind, self-acceptability and encouragement to patients for long term peritoneal dialysis.

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| สารบัญ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ช |
| สารบัญภาพ..... | ญ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 7 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... | 8 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 9 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 9 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย..... | 12 |
| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย..... | 17 |
| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์..... | 24 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 54 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 54 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 55 |
| การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ..... | 55 |
| การดำเนินการทดลอง..... | 58 |
| วิธีดำเนินการทดลอง..... | 59 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 60 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 61 |
| สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 61 |
| การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 61 |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 62 |
| 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 73 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 73 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 74 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 74 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 78 |
| บรรณานุกรม..... | 80 |
| ภาคผนวก..... | 90 |
| ภาคผนวก ก..... | 91 |
| ภาคผนวก ข..... | 93 |
| ภาคผนวก ค..... | 108 |
| ภาคผนวก ง..... | 114 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย..... | 116 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า | |
|----------|--|----|
| 3-1 | เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น..... | 56 |
| 3-2 | เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความสำเร็จ ส่วนบุคคล..... | 56 |
| 3-3 | เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายโดยใช้เกณฑ์ของมาสลาซ และ แจ๊คสัน..... | 57 |
| 3-4 | แบบแผนการทดลอง..... | 58 |
| 4-1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 62 |
| 4-2 | คะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วมการให้การรักษากลุ่ม เกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม..... | 63 |
| 4-3 | คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มควบคุม..... | 64 |
| 4-4 | ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลา ของการทดลอง..... | 67 |
| 4-5 | ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... | 69 |
| 4-6 | ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... | 69 |
| 4-7 | ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... | 70 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า |
|---|------|
| 4-8 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของการทดลอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์..... | 71 |
| 4-9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไต ทางช่องท้องด้วยตนเองเป็นรายคู่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์..... | 71 |
| 4-10 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของการทดลอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มควบคุม..... | 72 |
| ง-1 การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต ทางช่องท้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประเมินข้อความแต่ละข้อ..... | 115 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|--|------|
| 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 8 |
| 4-1 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์และกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง..... | 65 |
| 4-2 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในระยะต่าง ๆ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์..... | 66 |
| 4-3 กราฟเส้นแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง..... | 68 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ทั่วไปของโรคไตเรื้อรังจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thai SEEK study) ได้ศึกษาความชุกของโรคไตวายเรื้อรังของคนไทย ในปี พ.ศ. 2553-2555 ในประชากร ตัวอย่าง 3,459 คน พบว่ามีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้น ร้อยละ 17.56 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ระยะที่ 4 ร้อยละ 0.8 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ร้อยละ 0.3 หากนำมาประมาณในประชากรไทยทั้งสิ้น 65 ล้านคน ในอายุ 18 ปีขึ้นไป จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประมาณ 7.06 ล้านคน ซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย 200,000 คน จากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในสิทธิ สปสช. ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2555 ทั้งสิ้น 28,194 ราย และยังมีชีวิตอยู่ 19,843 ราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยกว่า 30,000 บาท/คน/เดือน ใช้งบประมาณปี พ.ศ. 2554 กว่า 3,000 ล้านบาท และหากไม่มีการดำเนินการใด ๆ ในสิ้นปี พ.ศ. 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 5 จัดเป็นพหุฆาตภัยที่คุกคามต่อชีวิต อันนำมาซึ่งความสูญเสียทางทรัพย์สินอย่างต่อเนื่อง และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกระยะในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2559 รวมทั้ง 95,656 คน ระยะที่ต้องบำบัดทดแทนไต (ระยะที่ 5) จำนวน 7,875 คน ร้อยละ 8.23 จังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 15,613 คน ระยะที่ต้องบำบัดทดแทนไต (ระยะที่ 5) จำนวน 1,996 คน ร้อยละ 12.78 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคไตวายเรื้อรังจึงเป็นอีกโรคร้ายแรงที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากให้กับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อการดำรงชีวิตตลอดชีวิต ทำให้ครอบครัวและญาติพี่น้องต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากไตไม่ทำงาน และไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ก่อให้เกิดอาการของการคั่งของของเสียและน้ำส่วนเกินในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการชืด เหนื่อยง่าย ผิวน้ำแห้ง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง บวม เหนื่อยหอบ ถ้าเป็นมากและไม่ได้รับการรักษา ก็จะซึมลง ชัก หดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

การรักษาต้องทำการฟอกเอาของเสียออกจากเลือดเพื่อบรรเทาอาการ และต่ออายุผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น ดังนั้น เมื่อเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต ซึ่งในปัจจุบันทำได้ 3 วิธี

1. การผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation: KT) เป็นการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากมีผู้บริจาคไตน้อยมาก ๆ ปีหนึ่งได้เปลี่ยนเพียง 300 ราย หรือมีเพียงแค่ 1.7% ของจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วประเทศ

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องเดินทางไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาล 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ ใช้เวลาการฟอก 4-6 ชั่วโมง/ ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียเวลาและเสียเงินเป็นจำนวนมาก

3. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) วิธีนี้ผู้ป่วยสามารถล้างไตได้เองทุกวัน ทำได้เองที่บ้าน โดยแพทย์จะผ่าตัดวางสายยางใส่ไว้ในช่องท้อง และปลายสายไหลออกมาทางหน้าท้อง ผู้ป่วยต้องทำการล้างไต โดยการใส่น้ำยาล้างไตไว้ในท้อง 1.5-2 ลิตร เปลี่ยนน้ำยาวันละ 4-5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที ทำให้ลดข้อจำกัดเรื่องเวลา ค่าใช้จ่าย และลดการใช้บุคลากรทางการแพทย์

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า วิธีบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี แต่เนื่องจากการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเกินความสามารถของครัวเรือนที่จะรับภาระได้ ระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยได้ให้การสนับสนุนบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เป็นบริการแรก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในเรื่องของการล้างไตทางช่องท้อง สำหรับการทดแทนไตให้ผู้ป่วยทุกรายหรือที่เรียกว่า PD first policy เนื่องจากคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรวม กล่าวคือ CAPD เป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้านด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ประหยัดเวลาในการเดินทาง ไม่เสียเวลาทำงาน ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า และใช้เวลาบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) จึงเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยโรคไตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ยังผลให้ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากการล้างไตทางช่องท้อง มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต เจ็บปวดตรงตำแหน่งที่ผ่าตัดวางสายสำหรับล้างไตทางช่องท้อง (ประกาสิริ กำแพงทอง, 2548) ความสามารถทำงานทางร่างกายลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ (ศศิธร ชิดนयी, 2550) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหิน้อยหน้า วิดกกังวล เครียด ซึมเศร้า (Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007) ความรู้สึกไม่แน่นอน ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ ผลกระทบทางด้านอารมณ์ ได้แก่

อี้อัดคับข้องใจจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หงุดหงิดง่าย กลัว ผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ คุณแลตนเองน้อยลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัวมากขึ้น ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (ประภาศิริ กำแพงทอง, 2548) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ แม้ว่ารัฐบาลจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คอยช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาได้ค่อนข้างครอบคลุม แต่ผู้ป่วยก็ยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ ค่าเช่ารถที่ต้องใช้รับประทานทุกวัน ค่าเครื่องปรุงรสอาหารที่จำกัดโซเดียมสำหรับผู้ป่วยโรคไต ซึ่งจะมีราคาสูงกว่าปกติ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ จากการที่จะต้องล้างไตวันละ 4-5 รอบ รอบละ 30-40 นาที อาจทำให้ถูกเลิกจ้างงาน และสูญเสียรายได้

ทั้งนี้ การล้างไตทางช่องท้องจะต้องทำไปตลอดชีวิต ความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง นับเป็นปัญหาสุขภาพทางด้านอารมณ์ที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหลายประการ ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินของ โรคที่มีลักษณะเรื้อรัง ประกอบกับมีวิธีการ ขั้นตอนการดูแลตนเองที่ค่อนข้างมาก และต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและต้องทำการรักษาแบบนี้ไปตลอดชีวิต จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้า ท้อแท้ เครียด ซึมเศร้า หดใจ และหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในที่สุด

การล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวองนั้น มีขั้นตอนการทำหลายขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมร่างกาย เตรียมสถานที่ ขั้นตอนเทคนิคการรักษาความสะอาดขณะทำการล้างไต ซึ่งต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ตลอดจนขั้นตอนการเก็บทิ้ง ทำลายวัสดุอุปกรณ์ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย อ่อนเพลียเหนื่อยล้าสะสม ความสามารถในการทำงานลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ รู้สึกหมดพลัง อ่อนล้า ง่วงซึม ความเหนื่อยหน่ายยังก่อให้เกิดความตึงเครียด ซึมเศร้า และหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในที่สุด ภาวะความเหนื่อยหน่าย (Burnout) หมายถึง “ความรู้สึกอ่อนล้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อันเกิดจากการที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน ๆ” หรือผลมาจากความกดดัน ความเครียดที่ต้องเผชิญซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ซึ่งแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (วัดโดยเครื่องมือของมาสลาซ และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson) เป็นแบบวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach burnout inventory-BMI) ซึ่งแปลโดย สิริระยา สัมมาวาจา มาสลาซ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความของ Burnout หรือความเหนื่อยหน่ายไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วยอาการ 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) หมายถึง เป็นความรู้สึกเหนื่อยหน่าย

หมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงานเกินไป จึงทำให้ผู้นั้นหลีกเลี่ยงการทำความรู้จักหรือพบปะกับผู้อื่น เนื่องจากอ่อนล้า หมดความกระตือรือร้น ซึ่งเป็นอาการเด่นและสังเกตได้ง่ายที่สุดของเหนื่อยหน่าย (Burnout) 2) การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง ไร้ชีวิตจิตใจ การแสดงออกด้วยท่าทีแข็งกระด้าง ไม่เอาใจใส่ในภาระงาน มีความรู้สึกในแง่ลบต่อผู้อื่น เมื่อบุคคลมีลักษณะของการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น เขาจะแสดงความต้องการแยกตัวเอง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น จนมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 3) ความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จลดลง (Decreased occupational accomplishment) หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ และมองตัวเองในแง่ลบ เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ ตนเองล้มเหลว ไม่มีคุณค่า สูญเสียความนับถือในตนเอง เกิดอาการซึมเศร้า ปฏิเสธงาน ก่อให้เกิดผลเสียหลาย ๆ ด้าน โดยในแง่ของร่างกายพบว่า คนที่มีภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) จะมีโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ โรคระบบทางเดินอาหาร และไขข้อ ส่วนในแง่ของอารมณ์ คนที่มีภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) มักจะโกรธง่าย ขี้หงุดหงิด มีสีหน้าตึงเครียด ซึ่งก็มักจะก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ คนกลุ่มนี้ยังมักจะแยกตัว ไม่สูงส่งกับผู้อื่น ไม่มีความกระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำภารกิจต่าง ๆ แย่ลง และสุดท้ายหากเป็นมาก ๆ ก็จะเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Depressive disorder) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจำนวนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่พบว่า มีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย (Physical & biological degenerative changes) และจิตสังคม (Psychosocial constraints) ที่เชื่อว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า ความรุนแรงของความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมการจัดการดูแลตนเองเมื่อต้องรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั่วไปพบได้ประมาณร้อยละ 65 การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และระดับความสามารถในการการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วิธีการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายในโรคเรื้อรังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบใช้ยา เป็นการรักษาอาการทางจิตใจ เช่น ยาลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ยาคลายเครียด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ วิตามิน Erythropoietin (Mock, 2003) และแบบไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์งาน การแพทย์ทางเลือก การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา

และการใช้วิธีทางจิตวิทยา ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย เช่น การเดิน (รัชนิกร ใจคำสับ, 2549; ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์, ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล และอัจฉรา สุคนธสรพร, 2551) การปั่นจักรยาน (Mock, 2003) การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Losito, Murphy, & Thomas, 2006; ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, 2546) 2) การสวดมนต์ เช่น นอนหลับพักผ่อน (Mock, 2003) 3) การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด ดูนั่ง ฟังเพลง อ่านหนังสือ 4) การพยาบาลแบบผสมผสาน ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น โยคะ (Yurtkuran, Alp, Yurtkuran, & Dilek, 2007; จิราภรณ์ บุตรทอง, 2551) ชี่กง (ชบา เรียงนรมย์, 2551; วัชรวรรณ จันทอินทร์, 2548) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (สมพร กันทรคุญี เจริญชัยศรี, 2554) และ 5) การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการให้การปรึกษา และจิตบำบัดเบื้องต้น (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (วัชร ทรัพย์มี, 2554) กลุ่มสนับสนุน (ปานจันทร์ อิมหนา, 2549) การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (อภิเกียรติ กองทอง, 2544) การปรับพฤติกรรมการรู้คิด (van Weert et al., 2010)

วิธีการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายมีหลายวิธี การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ได้ โดยการใช้โปรแกรมให้การปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt therapy) มีแนวคิดว่าคุณไม่สามารถจัดการกับอดีตและอนาคตได้อย่างแน่นอน แต่สามารถดำเนินการกับปัจจุบันได้ จะเน้นที่ “คงอยู่กับปัจจุบัน อยู่อยู่กับอดีต และอย่าเลื่อนลอยไปกับอนาคต” มนุษย์มีความสามารถที่จะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ตระหนักรู้ (Awareness) สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ (Self-regulation) ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง เมื่อเกิดอารมณ์เครียดมนุษย์จะพยายามทำให้เกิดความสมดุล เช่น ลดความเครียด หรือทำสิ่งใดที่สนองความต้องการ แต่ถ้ามันคิดถึงแต่อดีตหรือแสวงหาอนาคต โดยไม่นึกถึงภาวะปัจจุบัน ก็จะไม่สามารถจัดการหรือลดความเครียดทางจิตใจได้ (ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

การปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ ได้อธิบายพัฒนาการของมนุษย์ว่า การจะส่งเสริมพัฒนาการของมนุษย์ ต้องเปิดโอกาสให้บุคคลเกิดกระบวนการจัดระบบตนเอง ในการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง สัมผัสถึงสิ่งเร้าภายในตัวเอง ตลอดจนรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมและความสัมพันธ์ของตนเองกับสภาพแวดล้อมได้ถูกต้อง ใช้ความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในภาวะปัจจุบัน ไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ในอดีตหรือคอยหวาดวิตกกับอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น ก็จะเป็นบุคคลที่มีความสุขคือ บุคคลที่ไม่มีความรู้สึกค้างค้ำ หรือมีอดีตที่คอยรบกวนจิตใจให้ไม่สบายใจ สามารถจัดความรู้สึกที่ค้างค้ำ (Unfinished business) ภายในจิตใจให้หมดไปได้ ใช้พลังความสามารถที่มีอยู่กับความเป็นปัจจุบัน เพราะการรับรู้ที่แท้จริงนั้น เราสามารถรับรู้ได้ในภาวะปัจจุบันเท่านั้น ฉะนั้น บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ต้องรู้จักตนเองตามสภาพความเป็นจริง ไม่ปฏิเสธการรับรู้ถึง

ความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง กล้ายอมรับตนเองตามความเป็นจริง เชื่อในความสามารถของตนเอง ตัดสินใจ ได้ถูกต้องและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ปรับตัวได้ดีและจัดระบบตนเองให้เกิดความเหมาะสมเมื่อเกิดความคับข้องใจ และบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความต้องการของบุคคลจะเด่นชัดเป็นภาพ (Figure) โดยบุคคลจะตระหนักว่า ตนมีความต้องการนี้ และมีพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตน และเมื่อครบวงจร เกสตัลท์แล้ว วงจรเกสตัลท์ใหม่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลเกิดความต้องการใหม่ขึ้น ส่วนบุคลิกภาพไม่เหมาะสมจะเกิดขึ้นจากการมีอุปสรรค ไม่เป็นไปตามวงจรดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ สามารถลดความเหนื่อยหน่ายได้ เพราะความเหนื่อยหน่ายเกิดจากความคับข้องใจในอดีตที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น เมื่ออยู่บนพื้นฐานของการทำปัจจุบัน ให้ดีที่สุด เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และตระหนักในความต้องการของตนเองและของผู้อื่น ซึ่งตามหลักการของเกสตัลท์เน้นที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น ได้และสามารถติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มองธรรมชาติของมนุษย์ในภาพรวมของความเป็นมนุษย์ เข้าใจกับทุกแง่มุมของความเป็นคน ทุกสิ่งทุกอย่างมีความเกี่ยวข้องกัน มีความเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สิ่งที่เกิดขึ้นมีข้อจำกัดระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ค้นหาความสามารถในเรื่องของศักยภาพและสร้างความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดความสมดุลย์ (Organismic self-regulation) (Corey, 2008 a, pp. 201-202) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองที่มีความเหนื่อยหน่าย ก็จะสามารถอยู่กับปัจจุบันได้ และทำหน้าที่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าผู้ป่วยเหนื่อยหน่ายมักจะเครียด ซึมเศร้า และจะแสดงออกโดยการปฏิเสธการรักษาแบบล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ผู้ป่วยมักจะมาขอเปลี่ยนการบำบัดรักษาเป็นแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยให้เหตุผลว่าไม่สามารถทำเองได้ จำไม่ได้ อายุมากแล้ว ไม่มีผู้ดูแล ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างไตได้ ไม่สามารถจำกัดการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไตได้ ปฏิเสธสังคม หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ ทั้งนี้แท้จริงแล้วผู้ป่วยมีความรู้สึกเหนื่อยหน่าย เครียด ท้อแท้ ซึมเศร้า ดังนั้น การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จะทำให้ผู้ป่วยได้มีการปรับสภาพจิตใจ ได้เห็นถึงความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาของตนเองได้ (Self-regulation) ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองทั้งสิ้น มีกำลังใจในการรักษาและดูแลตัวเองเพื่อการดำรงอยู่ ลดความเหนื่อยหน่าย ความเครียดและซึมเศร้า สามารถแก้ปัญหาพัฒนาศักยภาพของตนเองในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ จากการที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2 เท่า ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตชนิดอื่น ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

จำนวนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ที่พบว่า มีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย (Physical & biological degenerative changes) และจิตสังคม (Psychosocial constraints) ที่เชื่อว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษา ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าความรุนแรงของความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมการจัดการดูแลตนเองเมื่อต้องรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั่วไป พบได้ประมาณ ร้อยละ 65 การศึกษานี้ จึงมุ่งเน้นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และระดับความสามารถในการการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง โดยจัดทำโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เพื่อจะเตรียมความพร้อมของสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษาก็คงจะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

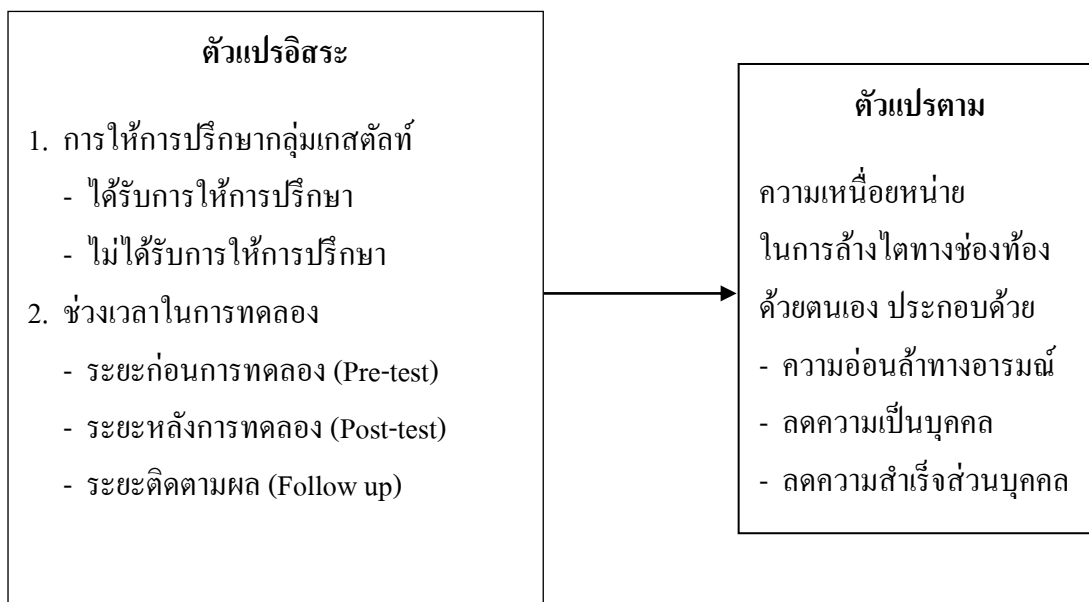
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายระยะหลังการทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง
4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายระยะติดตามผลต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. การได้รับการปรึกษากลุ่มโดยให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จะเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น จะช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อได้เข้าร่วมกลุ่มและได้ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดตามทฤษฎีเกสตัลท์ จะทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองสามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่ายได้ เสริมสร้างพลังใจในการรักษาดูแลตัวเองและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นสุข
2. ได้ทราบประสิทธิภาพของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง
3. เป็นแนวทางเสนอแนะต่อทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง ได้นำเอาวิธีการให้การปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์มาใช้บำบัดร่วมกับการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการบำบัดทดแทนไต มีทัศนคติที่ดียอมรับสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถดูแลรักษาตัวเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental with pretest-posttest design and control group) เพื่อศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง และเปรียบเทียบผลจากระดับคะแนนความเหนื่อยหน่าย การแสดงความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และการจัดการกับความเหนื่อยหน่าย โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตว่า เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ทำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของไปเปอร์ (Piper fatigue model) (Piper et al., 1998) ในแบบวัดความเหนื่อยหน่าย สมัครงใจที่จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายโดยใช้เกณฑ์ของ มาสลาซ และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1981)

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) คือ การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

2.1.1 วิธีการให้การปรึกษา

2.1.1.1 การได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

2.1.1.2 การไม่ได้รับการปรึกษา

2.1.2 ช่วงเวลาในการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

2.1.2.1 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2.2 ระยะหลังการทดลอง (Post-test)

2.1.2.3 ระยะติดตามผล (Follow up)

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ หมายถึง วิธีการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้ตระหนักรู้ เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นให้มากยิ่งขึ้น มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน คำนึงถึงองค์รวม ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มต้องมีความไวต่อการรับรู้ประสบการณ์และการแสดงออกของสมาชิกกลุ่ม

ผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะไตผิดปกติ นานติดต่อกัน 3 เดือน อาจจะมีอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติ ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 3 เดือน ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา ตรวจพบความผิดปกติจากการเจาะเนื้อเยื่อไตมี GFR น้อยกว่า 60 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร ติดต่อกันเกิน 3 เดือน เป็นผู้มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2559

การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) คือ การกำจัดของเสียออกจากร่างกาย โดยการใส่น้ำยาที่ดีเข้าทางช่องท้องของผู้ป่วย แล้วให้ค้างไว้ในช่องท้อง ประมาณ 4-6 ชั่วโมง ในระหว่างน้ำยาคืออยู่ในช่องท้อง จะมีการกรองของเสียและเกลือแร่จากเลือดผ่านเยื่อช่องท้องให้กับน้ำยา น้ำยาดีก็จะกลายเป็นน้ำยาที่มีของเสียผสมอยู่ จากนั้นทำการปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้องเพื่อนำไปทิ้ง การล้างไตทางช่องท้องต้องทำทุกวัน วันละ 4 ครั้ง แต่สามารถทำได้เองที่บ้าน โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญสอนวิธีการทำอย่างละเอียด และต้องมีการผ่าตัดเพื่อใส่ท่อพลาสติกไว้ที่หน้าท้องของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นทางใส่น้ำยาเข้าไปในช่องท้อง

ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) หมายถึง สภาวะการหรือความรู้สึกของบุคคลที่อ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากความเครียดอย่างมากจากสภาพแวดล้อมเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นด้วยอาการอ่อนล้า ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย สิ้นหวัง วิตกกังวล คับข้องใจ ขาดความสนใจผู้อื่น และประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ประกอบไปด้วยอาการ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายหมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น ซึ่งเป็นอาการเด่นและสังเกตได้ง่ายที่สุดของ Burnout

2. การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง มีความรู้สึกในแง่ลบจนมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แห้งแล้งเหมือนคนไม่มีชีวิตจิตใจ

3. การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Decreased occupational accomplishment) หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถ และมองตัวเองในแง่ลบ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
 - 1.2 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง
 - 1.3 อาการของโรคไตวายเรื้อรัง
 - 1.4 ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง
 - 1.5 แนวทางการรักษาไตวายเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนไต
 - 1.6 ข้อบ่งชี้ของการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร
 - 1.7 วิธีการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง
 - 1.8 ผลกระทบของการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง
 - 1.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย
 - 2.1 ความหมายของความเหนื่อยหน่าย
 - 2.2 สาเหตุของความเหนื่อยหน่าย
 - 2.3 ระดับของความเหนื่อยหน่าย
 - 2.4 อาการของความเหนื่อยหน่าย
 - 2.5 วิธีจัดการกับความเหนื่อยหน่าย
 - 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์
 - 3.1 การปรึกษากลุ่ม
 - 3.2 การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร C.A.P.D

(Continuous ambulatory peritoneal dialysis)

ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากไตไม่ทำงาน และไม่สามารถคืนสู่สภาพเดิมได้ ผู้ป่วยจะมีอาการซีด เหนื่อยง่าย ผิวหนังแห้ง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง บวม และเหนื่อยหอบ ถ้าเป็นมากขึ้นจะซึมลง ชัก หมดสติ และเสียชีวิต ในที่สุด การรักษา คือ การเอาของเสียออกจากเลือด เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวยิ่งขึ้น การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการล้างทางหน้าท้องอย่างถาวรเป็นวิธีที่ใช้กันแพร่หลายทั่วโลก สะดวก ปลอดภัย โดยการผ่าตัดฝังท่อถาวรใส่เข้าช่องท้อง แล้วใส่น้ำยาเข้าช่องท้อง เพื่อให้ น้ำยาแลกเปลี่ยนของเสียในเลือด โดยผ่านเยื่อช่องท้อง เมื่อของเสียจากเลือดเข้ามาอยู่ในน้ำยาเต็มที่แล้ว ถ่ายน้ำยาออกจากช่องท้อง แล้วใส่น้ำยาใหม่เข้าไป ทำวันละ 3-4 ครั้ง โดยใช้น้ำยาประมาณวันละ 6-8 ลิตร ในผู้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องสอนให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนน้ำยาเอง โดยวิธีปราศจากเชื้อ วิธีการนี้เป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไป ใช้ได้กับผู้ป่วยตั้งแต่เด็กจนถึงคนชรา สามารถทำได้เองที่บ้าน ภายหลังจากได้รับการฝึกสอนจากพยาบาลหน่วยไตเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง นิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ โรคถุงน้ำในไต โรคหัวใจ โรคเก๊าท์ และการได้รับสารหรือยาที่ทำลายไต เช่น ยาแก้ปวดบางชนิด และยาปฏิชีวนะบางชนิด เป็นต้น คุณเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตเรื้อรัง ถ้าคุณมีโรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังดังกล่าว โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ผู้ที่เคยเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และผู้ที่มีญาติในครอบครัวเป็นโรคไตเรื้อรัง พบมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรรับการตรวจเลือดและปัสสาวะเพื่อตรวจหาโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เมื่อทราบว่าเป็นโรคเหล่านั้น

อาการของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ทำให้ไตผิดปกติทั้งสองข้าง ในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการ เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น อาจมีอาการต่าง ๆ เนื่องจากไตทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดการคั่งของเกลือแร่ น้ำส่วนเกิน และของเสียในเลือด เช่น ปริมาณปัสสาวะลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ซีด เหนื่อยง่ายขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ คันตามตัว มีอาการบวมที่หน้า ขา และลำตัว ความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการชัก เป็นต้น อาการที่บอกว่าอาจเป็นโรคไตเรื้อรัง

1. ความดันโลหิตสูง
2. การตรวจพบเม็ดเลือดแดง และ/ หรือโปรตีนในปัสสาวะ
3. ระดับของเสียในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันนิยมตรวจวัดสารบิยูเอิน (BUN; Blood urea nitrogen) และสารครีอะตินีน (Creatinine) ซึ่งเมื่ออัตราการกรองของไตลดลง จะทำให้ระดับสารทั้งสองในเลือดสูงขึ้นกว่าค่าปกติ
4. อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.
5. ปัสสาวะผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะตอนกลางคืน ปริมาณปัสสาวะลดลง ปัสสาวะลำบากหรือปวดเวลาปัสสาวะ

6. มีอาการบวม อาจบวมบริเวณหน้าตา ลำตัว หลังมือ หลังเท้าและขา
ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับความรุนแรง ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: พบมีการทำลายไตเกิดขึ้น โดยพบความผิดปกติจากการตรวจเลือด ปัสสาวะ เอกซเรย์ และ/ หรือพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อไต โดยที่อัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ กล่าวคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 2: พบมีการทำลายไตร่วมกับเริ่มมีการลดลงของอัตราการกรองของไตเล็กน้อย คือ อยู่ในช่วง 60-89 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 3: มีการลดลงของอัตราการกรองของไตปานกลาง คือ อยู่ในช่วง 30-59 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 4: มีการลดลงของอัตราการกรองของไตรุนแรง คือ อยู่ในช่วง 15-29 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 5: มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (อัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล.ต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.)

แนวทางการรักษาไตวายเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนไต

1. การผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation: KT) เป็นการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัด เนื่องจากมีผู้บริจาคไตน้อยมาก ๆ ปีหนึ่งได้เปลี่ยนเพียง 300 ราย หรือมีเพียงแค่ 1.7% ของจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วประเทศ

2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยต้องเดินทางไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาล 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ ใช้เวลาการฟอก 4-6 ชั่วโมง/ ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียเวลาและเสียเงินเป็นจำนวนมาก

3. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) วิธีนี้ผู้ป่วยสามารถล้างไตได้เองทุกวัน ทำได้ที่บ้าน โดยแพทย์จะผ่าตัดวางสายยางใส่ไว้ในช่องท้อง และปลายสายไหลออกมาทางหน้าท้อง ผู้ป่วยต้องทำการล้างไต โดยการใส่น้ำยาล้างไตไว้ในท้อง 1.5-2 ลิตร เปลี่ยนน้ำยาวันละ 4-5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที ทำให้ลดข้อจำกัดเรื่องเวลา ค่าใช้จ่าย และลดการใช้บุคลากรทางการแพทย์

ข้อบ่งชี้ของการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยวิธีการล้างทางช่องท้อง

1. เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เชื้อบุช่องท้องปกติ ไม่มีพังผืดยึดติดมาก และไม่มีช่องติดต่อระหว่างช่องท้อง

กับทรวงอก

3. ผนังช่องท้องแข็งแรง ไม่มีไส้เลื่อน (ถ้าไม่มีไส้เลื่อน ต้องผ่าตัดแก้ไขก่อน)
4. ร่างกายแข็งแรง พอที่จะรับการผ่าตัดฝังท่อถาวรทางหน้าท้องได้
5. สามารถทำเองได้ หรือมีญาติใกล้ชิดอย่างน้อย 1 คน ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย

มีปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถทำ CAPD ด้วยตนเองได้

6. ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ
7. ผู้ป่วยและญาติต้องยอมรับวิธีการของ CAPD และให้ความร่วมมือดี

วิธีการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

การล้างไตทางช่องท้อง (PD) เป็นการทำความสะอาดเลือด และขจัดของเหลวส่วนเกิน ออกจากร่างกายโดยใช้ตัวกรองที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งก็คือเยื่อผนังช่องท้องของร่างกาย เยื่อผนังช่องท้องเป็นเยื่อบาง ๆ ที่ห่อหุ้มช่องท้อง หรือเป็นเยื่อที่แบ่งช่องในท้อง ซึ่งบรรจุอวัยวะต่าง ๆ ทั้งกระเพาะอาหาร ม้าม ตับ และลำไส้ น้ำยาล้างไตจะถูกใส่เข้าไปในช่องท้อง เยื่อผนังช่องท้อง จะทำหน้าที่กรองของเสียและของเหลวออกจากเลือดไปสู่ น้ำยาล้างไต หลังจากนั้น 2-3 ชั่วโมง น้ำยาล้างไตที่มีของเสียอยู่ จะถูกปล่อยออกจากช่องท้อง และถูกแทนที่ด้วยน้ำยาใหม่ที่เติมเข้าไป ทั้งหมดนี้เรียกว่า การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและการแลกเปลี่ยนของเสีย (Exchange) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการล้างไตทางช่องท้องจะช่วยฝึกสอนให้สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเองที่หน่วยบริการล้างไตในฐานะผู้ป่วยนอกได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้เอง หลังจากได้รับการฝึกอบรมประมาณ 5-7 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล หากมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาควรปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ และอาจต้องไปที่คลินิกอย่างน้อยเดือนละครั้ง

การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและการแลกเปลี่ยนของเสีย (Exchange) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการล้างไตทางช่องท้องจะช่วยฝึกสอนให้ผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเองที่หน่วยบริการล้างไตในฐานะผู้ป่วยนอกได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำการล้างไตทางช่องท้องได้เองหลังจากได้รับการฝึกอบรมประมาณ 5-7 ครั้ง วันละ 4 ครั้ง คือ เมื่อตื่นนอน ตอนเช้า ตอนกลางวัน ก่อนอาหารเย็น และก่อนนอน ซึ่งการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที น้ำยาล้างไตจะค้างอยู่ในช่องท้อง ในช่วงที่มีการแลกเปลี่ยนของเสียและในช่วงเวลากลางคืน ในขณะที่มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เป็นข้อห้ามได้ เช่น ดูทีวี คุยโทรศัพท์ นั่งทำงานบนโต๊ะ หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตสามารถทำได้ในบริเวณที่สะอาด ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงาน หรือแม้แต่เวลาไปท่องเที่ยว

ผลกระทบของการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง

ผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากการล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ไม่สบายจากภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต เจ็บปวดตรงตำแหน่งที่ผ่าตัดวางสายสำหรับล้างไตทางช่องท้อง (ประภาสิริ กำแพงทอง, 2548) ความสามารถทำงานทางร่างกายลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากภาวะยูรีเมีย ทำให้ผิวแห้ง คล้ายหยาบ ผมหงอกเปราะ ร่างกายอ่อนเพลีย ชูบซิด (ศศิธร ชิดนัย, 2550)
2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหนื่อยหน่าย วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า (Sayin et al., 2007) ความรู้สึกไม่แน่นอน ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ
3. ผลกระทบทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อึดอัดคับข้องใจ จากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หงุดหงิดง่าย กลัว
4. ผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ ดูเลตนเองน้อยลง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัวมากขึ้น ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สูญเสียการเป็นสมาชิกกลุ่ม ต้องละทิ้งกิจกรรมที่เคยทำ ทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ แยกตัวออกมาจากกลุ่ม สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (ประภาสิริ กำแพงทอง, 2548)
5. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ แม้ว่ารัฐบาลจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คอยช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาได้ค่อนข้างครอบคลุม แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้รับประทานทุกวัน ค่าเครื่องปรุงรสอาหารที่จำกัดโซเดียมสำหรับผู้ป่วยโรคไต ซึ่งจะมีราคาสูงกว่า

ปกติ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ จากการที่จะต้องล้างไตวันละ 4-5 รอบ รอบละ 30-40 นาที อาจทำให้ถูกเลิกจ้างงาน และสูญเสียรายได้

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากการล้างไตทางช่องท้อง แบ่งได้เป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านเศรษฐกิจ เหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทั้งสิ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีดังนี้

วิรัตน์ ศรีทองแท้ (2556) ได้ศึกษางานวิจัยเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่มารับการรักษาติดตามที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช สุพรรณบุรี จำนวน 106 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมิน และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับดี ส่วนด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน อยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป ด้านการทำงานของร่างกาย ด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย และด้านพลังชีวิต อยู่ในระดับไม่ดี ส่วนด้านความปวดของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ของสังคม ด้านสุขภาพจิต และด้านการจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง

ลำพิ่ง ทองสุคติ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 100 คน ที่มารับบริการที่แผนกไตเทียมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่ผู้วิจัยค้นพบเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีจำนวนน้อย และเป็นวิจัยเชิงบรรยายเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องการสนับสนุน

ทางสังคมและคุณภาพชีวิต หรือเชิงสำรวจเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง แต่ยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาโดยการศึกษากลุ่มเกสตัดท์ต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย

จากการศึกษางานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายไว้ต่างกัน ดังนี้

ความหมายของความเหนื่อยหน่าย

บุคคลแรกที่คิดค้นคำว่า Burnout หรือที่แปลเป็นไทยได้ว่า “ความเหนื่อยหน่าย” คือ คริสติน่า มาสลาช (Cristina Maslach) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียที่เบอร์กลีย์ในปี ค.ศ. 1973 และออกเผยแพร่เป็นแนวคิดหรือมโนทัศน์ของความเหนื่อยหน่าย โดยตีพิมพ์ในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ. 1976 (Shubin, 1978) หลังจากนั้น คำว่าเหนื่อยหน่ายก็เป็นที่ยอมรับในวงการทั่วไป ว่าความเหนื่อยหน่ายจะใช้อธิบายสภาพจิตใจและปัญหา นอกจากนี้ มาสลาชยังได้ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ สูญเสียความเป็นตัวตน และรู้สึกว่าโอกาสประสบความสำเร็จของตนเองลดน้อยลง ทำให้มีมโนทัศน์และทัศนคติในทางลบต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นผลกระทบที่สืบเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรัง

มาสลาช และแจ็กสัน (Maslach & Jackson, 1981) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความของความเหนื่อยหน่ายไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วยอาการ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายหมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น ซึ่งเป็นอาการเด่นและสังเกตได้ง่ายที่สุดของ Burnout

2. การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง มีความรู้สึกในแง่ลบ จนมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แห้งแล้งเหมือนคนไม่มีชีวิตจิตใจ

3. การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Decreased occupational accomplishment) หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถ และมองตัวเองในแง่ลบ

โคเดส, คอจเฮอร์ตี้, และบลูม (Cordes, Dougherty, & Blum, 1997, pp. 703-708)

ให้คำจำกัดความของเหนื่อยหน่ายว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกล้าเหลว และอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและอารมณ์ มีทัศนคติทางลบต่อเพื่อนร่วมงานและตนเอง ส่งผลให้ขาดความมุ่งมั่นและการเอาใจใส่

เดสเลอร์ (Dessler, 2000, p. 588) ให้ความหมายของว่า ความเหนื่อยหน่าย เป็นภาวะที่เกิดความรู้สึกถดถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นอย่างหนักในการทำงาน แต่ไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย

ฟร็อดเซนเบอร์เกอร์ (Freudenberger, 1974) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้นิยามความหมายของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานตามอาการที่เขาและเพื่อนร่วมงานประสบ กล่าวคือ เป็นอาการที่ถอยหรือไม่พอใจในการทำงานที่ไม่ได้ก่อให้เกิดผลตามที่คาดไว้

มัลดารี (Muldary, 1983, p. 12) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกระบวนการที่มักเกิดกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ซึ่งเป็นผลมาจากอารมณ์ความเครียดที่เกิดจากบุคคลอื่น ๆ หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง สภาวะการหรือความรู้สึกของบุคคลที่อ่อนล้าทางด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากความเครียดอย่างมากจากสภาพแวดล้อมเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นด้วยอาการอ่อนล้า ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย สิ้นหวัง วิตกกังวล คับข้องใจ ขาดความสนใจผู้อื่น และประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง

สาเหตุของความเหนื่อยหน่าย

จากการรวบรวมสาเหตุความเหนื่อยหน่าย พบว่า มีหลายปัจจัยซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (Maslach, 1997, p. 57 cited in McShane & Von Glinow, 2003, pp. 210-212; เสาวรส อรุณคง, 2550)

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล

1.1 บุคลิกภาพ เป็นปัจจัยภายในที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยหน่าย เช่น บุคลิกภาพแบบอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเสมอ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถปฏิเสธคำร้องขอของผู้อื่นได้ บุคคลพวกนี้มักเกิดความท้อแท้ง่าย ขาดความอดทนอดกลั้น มักรู้สึกคับข้องใจเมื่อมีอุปสรรค จึงเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ง่าย นอกจากนี้ บุคคลที่มีความเชื่อภายในตนและภายนอกตนสูง มีผลต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง จะคิดว่าตนเองมีศักยภาพในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ จะตั้งความคาดหวังไว้สูง เมื่อเกิดความผิดพลาดบ่อย ๆ จึงผิดหวังท้อแท้ จนอาจรู้สึกล้มเหลวในชีวิต และส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ส่วนบุคคลที่เชื่อมั่นนอกตัวสูง มักหวังพึ่งพาสິงแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา และเมื่อพบความผิดหวังจะรู้สึกล้มเหลวในชีวิตได้ง่ายเช่นกัน

1.2 อายุ พบว่า บุคคลที่มีอายุน้อย จะมีความเหนื่อยหน่ายทางด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่นสูงกว่า ส่วนผู้ที่มีอายุมากจะมีความเหนื่อยหน่ายในการลดค่าด้านความสำเร็จในตนสูงกว่า

1.3 ระดับการศึกษา มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมอื่นด้วย เช่น ผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังในชีวิตสูง ต้องการประสบความสำเร็จในทุกสิ่ง หากไม่มีการเตรียมพร้อม ก็ย่อมทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ง่าย

1.4 สถานภาพสมรส ผู้ที่เป็น โสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าคนที่มีการสมรสแล้ว เพราะการให้ความสำคัญจะต่างกัน ผู้ที่มีการสมรสจะไม่ทุ่มเทให้งานอย่างเดียว

สรุปผลกระทบของความเหนื่อยหน่ายได้ว่า เมื่อบุคคลประสบกับความเหนื่อยหน่าย จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแสดงออกให้เห็นด้วยอาการอ่อนล้า ทางด้านร่างกาย จิตใจ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ เป็นหวัดง่าย สิ้นหวัง วิตกกังวล ขาดความสนใจต่อผู้อื่น และทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้เอง จะก่อให้เกิดความเสียหายไปยังบุคคลที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายได้อย่างมาก

ระดับของความเหนื่อยหน่าย

แมคคอนเนลล์ (McConnell, 1982, p. 31) ได้สร้างแบบทดสอบความเหนื่อยหน่ายด้วยตนเอง (Your burnout index) โดยจำแนกจากอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

1. ระยะของความเหนื่อยหน่าย (How long) โดยแบ่งออกเป็น 1 เดือน 6 เดือน 1 ปี หรือหลายปี จึงจะเกิดขึ้นหนึ่ง
2. ความถี่ของการเกิดอาการเหนื่อยหน่าย (How often) โดยแบ่งออกเป็นทุก 1 เดือน 1 สัปดาห์ หรือเกิดสม่ำเสมอตลอดเวลา
3. ความรุนแรงของการเกิดอาการเหนื่อยหน่าย (How intense) โดยแบ่งเป็นเล็กน้อย ปานกลาง ถึงขั้นรุนแรง

สเปาเนียล และอพูโต (Spanial & Aputo, n.d. cited in McConnell, 1982, p. 72) กล่าวถึงความเหนื่อยหน่ายว่า สามารถจำแนกหรือแบ่งตามระยะเวลาในการเกิดได้ โดยบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมี 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 เป็นความเหนื่อยหน่าย หรือที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ มีอาการแสดงเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการพักผ่อนหรือหยุดงานชั่วคราว

ระดับที่ 2 บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดไม่แจ่มใส มักพบปัญหาในการทำงาน และรู้สึกว่าเป็นการยากมากที่จะปกปิดอาการเหนื่อยหน่ายของตน รวมถึงการไม่คอยได้ผ่อนคลาย ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว เช่น นอนไม่หลับ

ปวดศีรษะ ปวดท้อง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างรุนแรง อาจหันไปพึ่งสุรา บุหรี่ หรือติดยา เพื่อลดความเครียดจากการทำงานและการไม่มีสมาธิในการทำงาน

ระดับที่ 3 เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้น เกิดจากความเหนื่อยหน่ายในระดับที่ 2 ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และในที่สุดเกิดอาการทางจิต จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

มาสลาซ และแจ็กสัน (Maslach & Jackson, 1986, p. 2) เสนอว่า กลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วย ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ความรู้สึกที่ลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่ลดลง สามารถแบ่งเป็นระดับความเหนื่อยหน่ายได้ 3 ระดับ ได้แก่

ระดับสูง ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายระดับนี้ จะมีคะแนนความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความรู้สึกลดความเป็นบุคคล และมีคะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

ระดับปานกลาง พบว่า มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ในระดับปานกลาง

ระดับต่ำ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายระดับนี้ จะมีคะแนนความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความรู้สึกลดความเป็นบุคคล และมีคะแนนการลดความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

สรุปได้ว่า ระดับของความเหนื่อยหน่าย แบ่งออกได้ตามสเปาเนียล และอพูโต ว่ามี 3 ระดับ คือ ระดับ 1 เป็นความเหนื่อยหน่าย หรือที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ระดับที่ 2 บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และระดับที่ 3 เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากขึ้น เกิดจากความเหนื่อยหน่ายในระดับที่ 2 ยังไม่ได้รับการแก้ไข และตามมาสลาซ และแจ็กสัน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

อาการของความเหนื่อยหน่าย

มาสลาซ และแจ็กสัน (Maslach & Jackson, 1986) ได้แบ่งกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่าย ออกเป็น 3 ด้าน และได้ใช้กลุ่มอาการเหล่านี้ไปสร้างเป็นแบบวัดความเหนื่อยหน่าย ที่เรียกว่า “เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสลาซ” (Maslach burnout inventory-BMI) ซึ่งแปลโดย สิระยา สัมมาวาจา มาสลาซ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความของความเหนื่อยหน่ายไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบไปด้วยอาการ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) หมายถึง เป็นความรู้สึกเหนื่อยหน่ายหมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงานหรือการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้นั้นหลีกเลี่ยงการทำความรู้จักหรือพบปะกับผู้อื่น เนื่องจากอ่อนล้า หมดความกระตือรือร้น ซึ่งเป็นอาการเด่นและสังเกตได้ง่ายที่สุดของความเหนื่อยหน่าย

2. การลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง ไร้ชีวิตจิตใจ การแสดงออกด้วยท่าทีแข็งกระด้าง ไม่เอาใจใส่ในภาระงาน มีความรู้สึกในแง่ลบต่อผู้อื่น เมื่อบุคคลมีลักษณะของการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น เขาจะแสดงความต้องการแยกตัวเอง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น จนมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Decreased personal accomplishment) หมายถึง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ และมองตัวเองในแง่ลบ เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถตนเองล้มเหลว ไม่มีคุณค่า สูญเสียความนับถือในตนเอง เกิดอาการซึมเศร้า ขาดความมั่นใจในความสามารถและผลงานของตนเอง

มัลดารี (Muldary, 1983) พบว่า บุคคลจะแสดงอาการของความเหนื่อยหน่ายได้ 3 ลักษณะ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรม

1. ด้านร่างกาย (Physical) เช่น อ่อนเพลีย นอนหลับยากและตื่นจากการหลับได้ยาก ปวดศีรษะ หรือปวดไมเกรน โรคระบบทางเดินอาหาร ไข้หวัด ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจไม่เต็มปอด นอกจากนี้อาจมีอาการความจำเสื่อมชั่วคราว มีอาการเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านจิตใจ (Psychological) เช่น โกรธง่าย ขี้หงุดหงิด มีสีหน้าตึงเครียด ขาดความกระตือรือร้น ขาดความมั่นใจ ขาดความสนใจ ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำภารกิจต่าง ๆ แย่ลง และสุดท้ายหากเป็นมาก ๆ ก็จะเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Depressive disorder)

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) เช่น แยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น ขาดงาน ใช้การสื่อสารแบบเหมารวม ย้ำคิดย้ำทำ คุณภาพของงานลดลง หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

การจัดการกับความเหนื่อยหน่าย

การจัดการกับความเหนื่อยหน่ายในโรคเรื้อรัง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบใช้ยาเป็นการรักษาอาการทางจิตใจ เช่น ยาลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ยาคลายเครียด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ วิตามิน Erythropoietin (Mock, 2003) และแบบไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ การแพทย์ทางเลือก การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการใช้วิธีทางจิตวิทยาประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (วัชรวิ ทรัพย์มี, 2554) กลุ่มสนับสนุน (ปานจันทร์ อิมหน้า, 2549) การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (อภันตริ กองทอง, 2544) การปรับพฤติกรรมการรู้จัก (van Weert et al., 2010)

2. การออกกำลังกาย เช่น การเดิน (รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549; ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์ และคณะ, 2551) การปั่นจักรยาน (Mock, 2003) การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Losito et al., 2006; ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546)

3. การสงวนพลังงาน เช่น นอนหลับพักผ่อน (Mock, 2003)

4. การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด ดูนั่ง ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5. การพยาบาลแบบผสมผสานใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น โยคะ (Yurtkuran et al., 2007; จิราภรณ์ บุตรทอง, 2551) ชี่กง (ชบา เรียนรมย์, 2551; วัชรวรรณ จันทอินทร์, 2548) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (สมพร กันทรคุณฎี เตรียมชัยศรี, 2554)

สรุปได้ว่า วิธีจัดการกับความเหนื่อยหน่าย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท แบบใช้ยา ใช้ในการรักษาอาการทางจิต เช่น ยาลดความวิตกกังวล ยาคลายเครียด ยาคลายกล้ามเนื้อ และแบบไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย การแพทย์ทางเลือก การให้คำปรึกษา ซึ่งการให้การปรึกษาทฤษฎีเกสตัลท์ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่ายได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยค้นพบมีดังนี้

นงนุช ศิริศักดิ์ (2550) การวิเคราะห์พหุระดับของตัวแปรที่มีอิทธิพลตามความเบื่อก่อน ในการปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 652 คน ในระดับบุคคล ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ความเข้มแข็งอดทน ความเชื่ออำนาจการควบคุมภายนอก การเผชิญภาวะเครียด และการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่วนในโรงพยาบาล ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ภาระงาน ความขัดแย้งในบทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างาน ผลการวิจัยปรากฏว่า ตัวแปรในระดับบุคคลทุกตัว และตัวแปรในระดับโรงพยาบาล 1 ตัว คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งอดทนกับตัวแปรสนับสนุนทางสังคม

สุภมณี สงวนแสง (2554) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเหนื่อยหน่ายในงาน และความสุขในการทำงาน ของผู้ประกอบการธุรกิจพานิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ประกอบการที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง มีความเหนื่อยหน่ายในงานอยู่ในระดับต่ำ และมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงาน โดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน การรับรู้ความสามารถของตนเอง

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานโดยรวม ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในการทำงานโดยรวม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความเหนื่อยหน่ายในงานสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานได้ร้อยละ 30.6

อรสา ใจจินา (2556) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 จำนวน 81 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคม อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตและจิตเวช สามารถทำนายได้ร้อยละ 27.6 ($R^2 = .276$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปรเมศวร์ ธรรมชาติ (2553) ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ความเหนื่อยหน่ายในงาน และความทุ่มเทในงานของพนักงานกลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มสำนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานกลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มสำนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดลำพูน จำนวน 424 คน ผลการวิจัยพบว่า พนักงานกลุ่มปฏิบัติการมีความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวสูงกว่าพนักงานกลุ่มสำนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พนักงานกลุ่มปฏิบัติการมีความเหนื่อยหน่ายในงานสูงกว่าพนักงานกลุ่มสำนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พนักงานกลุ่มสำนักงานมีความทุ่มเทในงานสูงกว่าพนักงานกลุ่มปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุ่มเทในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความเหนื่อยหน่ายในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุ่มเทในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยข้างต้นผู้วิจัยพบว่า การศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบการ และพนักงาน แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

1. การปรึกษากลุ่ม

ความหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม

แกซดา (Gazda, 1989, p. 10) กล่าวว่า การให้การปรึกษากลุ่ม (Group counseling) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เน้นที่ความคิดและพฤติกรรมที่มีสติ และนำไปสู่การบำบัดที่จะรับข้อเท็จจริงอย่างไม่จำกัด ในระหว่างสมาชิกกลุ่มจะมีความเชื่อถือซึ่งกันและกัน การเอาใจใส่ การยอมรับ และการให้การปรึกษา จะนำไปสู่การรับรู้ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และผู้ให้การปรึกษา จะได้ใช้ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มให้เป็นประโยชน์ ในการเพิ่มความเข้าใจ การยอมรับคุณค่าและ จุดมุ่งหมาย เพื่อที่จะเรียนรู้การยอมรับหรือไม่ยอมรับทัศนคติหรือพฤติกรรมบางอย่าง

กิบสัน และมิทเชล (Gibson & Mitchell, 1986, p. 30) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มุ่งที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมโดยตรง การพัฒนาที่เกิดขึ้นในการให้การปรึกษา แบบกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของกลุ่ม และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความวิตกกังวลของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม จะถูกนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกลุ่ม

วัชร ทรัพย์มี (2550, หน้า 103) กล่าวว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการ ที่บุคคล ซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเอง หรือต้องการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ร่วมกัน มาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้การปรึกษาร่วมด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสแสดง เกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของตนเอง เป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ให้สำรวม ตนเอง ให้ฝึกฝน ยอมรับตนเอง กล่าวที่จะเผชิญปัญหา รวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็น ของผู้อื่น โดยตระหนักว่าผู้อื่นมีความขัดแย้งหรือมีความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน

คอเรย์ (Corey, 2008 b, p. 8) ให้ความหมายของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการเติบโต พัฒนาการ การมีส่วนร่วมของสมาชิก การคุ้มครองสมาชิก การตระหนักรู้ในตนเอง และขจัดสิ่งที่จะขัดขวางการเติบโตของสมาชิก การให้การปรึกษากลุ่มจะส่งเสริมการพัฒนาของบุคคลและยังเป็นกระบวนการใหม่ การศึกษา ที่ทำให้เกิดความตระหนักรู้ทั้งในระดับมีสติ และภาวะไร้สติ ทั้งในปัจจุบันและในอดีต

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือ และพัฒนาบุคคล โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีโอกาสสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยจัดสถานการณ์ให้สมาชิก เกิดความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติ สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มขีดความสามารถ อันนำไปสู่ การตั้งเป้าหมายในชีวิต สร้างความองอาจทางจิตใจ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ ตนเองปรารถนา

เป้าหมายของการปรึกษาแบบกลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2008 b, pp. 5-6) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการให้การปรึกษากลุ่มไว้ว่า เมื่อสมาชิกตัดสินใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มนั้น ควรมีเป้าหมายร่วมกัน ดังนี้ คือ

1. เรียนรู้ที่จะไว้ใจซึ่งกันและกัน
2. เกิดความรู้ ความตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อพัฒนาความรู้สึกที่แสดงออกของแต่ละบุคคล
3. ตระหนักในความเป็นตัวตนหรือปัญหาของแต่ละบุคคล และรู้สึกว่าคนอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน
4. เกิดการยอมรับตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เคารพตนเอง และมองตนเองในมุมมองใหม่
5. เกิดความสัมพันธ์และพัฒนาความเอาใจใส่ ความต้องการ และความรู้สึกของบุคคลอื่น
6. ค้นพบทางเลือกใหม่ และหนทางแก้ไขความขัดแย้งนั้น ๆ
7. เกิดเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีการพึ่งพาตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
8. ตระหนักรู้ในทางเลือกที่มี และมองเห็นทางเลือกอื่น ๆ เพิ่มขึ้น
9. มองเห็นหนทางที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยอมรับที่จะกระทำตามแผนการนั้น
10. เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น
11. เข้าใจในการกระทำและความรู้สึกของผู้อื่น
12. เรียนรู้จะใส่ใจ ดูแล ซื่อสัตย์ และสามารถให้คำแนะนำผู้อื่นได้
13. ตระหนักในคุณค่าตนเอง และสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาหนึ่ง ๆ ได้ รวมถึงสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกได้เกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาไปในทิศทางที่พึงประสงค์ สามารถพัฒนาเอกลักษณ์และค่านิยมของตน มีการเรียนรู้ มีการปรับตัว แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยการทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน สร้างบรรยากาศแห่งการยอมรับและอบอุ่น ช่วยให้สมาชิกเข้าใจตนเอง ยอมรับที่จะเผชิญปัญหาของตนเอง เรียนรู้ การให้และการรับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งนำไปสู่การเปิดเผยปัญหาที่ลึกซึ้ง และอาจจะนำไปสู่การปรึกษาเพิ่มเติม ในรูปของการปรึกษารายบุคคล

ประโยชน์ของการปรึกษาแบบกลุ่ม (Advantage of group counseling)

คอเรย์ (Corey, 2008 b, p. 6) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถทำให้บุคคลเกิดความเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อต่อตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะถ้าสมาชิกในกลุ่มมีความเคารพในสิ่งที่แตกต่างกันของบุคคล เช่น อายุ ความสนใจ ความเป็นมา สถานะทางเศรษฐกิจ เรื่องราวของปัญหา ในสังคมเล็ก ๆ ของการให้การปรึกษากลุ่มที่มีทั้งความขัดแย้งและการต่อสู้ดิ้นรน จะเป็นประสบการณ์ให้สมาชิกได้เห็นถึงสภาพชีวิตภายนอก ซึ่งความแตกต่างทางบุคลิกภาพเหล่านี้จะเป็นตัวอย่างที่สำคัญให้กับสมาชิกผู้ซึ่งจะรู้จักตนเองผ่านมุมมองของสมาชิกท่านอื่นในกลุ่ม

สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจและส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจที่จะนำปัญหาของตนมาสู่การให้การปรึกษากลุ่มนั้น ซึ่งถ้าสมาชิกมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันก็เรียนรู้ที่จะไว้วางใจ และใส่ใจผู้อื่น รู้จักชื่นชมผู้อื่น ซึ่งบรรยากาศที่ส่งเสริมกันภายในกลุ่มนี้ สมาชิกอาจนำพฤติกรรมแบบทางเล็กลงมาทดลองใช้ก็ได้ การฝึกพฤติกรรมภายในกลุ่มแบบนี้ จะทำให้เขาได้รับการสนับสนุนหรือได้รับคำแนะนำจากสมาชิกอื่น ๆ ทำให้เขาเรียนรู้ที่จะนำไปใช้กับโลกภายนอกได้ ที่สุดแล้วก็ขึ้นกับตัวของสมาชิกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สมาชิกอาจจะเปรียบเทียบความรู้สึกที่มีต่อตนเองกับความรู้สึกของคนอื่นที่มีต่อตนก็ได้ แล้วตัดสินใจที่จะทำอะไรบางอย่างหนึ่งที่สำคัญคือ สมาชิกควรชัดเจนถึงสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น และจะเข้าใจว่าจะอะไรที่ทำให้เขาเป็นอย่างที่ต้องการไม่ได้

ดังนั้น การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม จึงเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ซึ่งต้องมีความไว้วางใจ การยอมรับ ความนับถือซึ่งกันและกัน สื่อสารกันเพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ เข้าใจ และค้นพบแนวทางที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น สามารถที่จะเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้การยอมรับตนเอง สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง และดำเนินพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ สมาชิกสามารถปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับตนได้

กลไกกลุ่ม (Group dynamics)

กรมสุขภาพจิต (2542, หน้า 47-48) อธิบายกลไกกลุ่มว่า เป็นความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ และการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก ทำให้เกิดพลังภายในกลุ่มของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกรู้สึกสบายใจขึ้น ลดความเครียดลง ต่อไปจึงจะพิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ ของตนและสิ่งแวดล้อมได้ (Ventilation) จากนั้นสมาชิกจึงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง จะเกิดปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำกลุ่ม

สรุปได้ว่า กลไกกลุ่มเป็นพลังที่เกิดจากสัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่ม จึงมีโอกาสเกิดทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจึงควรส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความสามัคคี เพื่อให้เกิดพลังกลุ่ม และควบคุมเมื่อสมาชิกเกิดการหลงประเด็น ผู้นำกลุ่มจึงต้องใส่ใจอย่างมากต่อการพูดและการแสดงออกของสมาชิกภายในกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม (Group size)

ความต้องการที่จะกำหนดขนาดของกลุ่มจะต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุของสมาชิกในกลุ่ม ประเภทของกลุ่ม และประสบการณ์ของผู้ให้การปรึกษา และประเด็นของปัญหานั้น สมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่พิจารณาว่าในกลุ่มนั้นควรมีผู้นำกลุ่มหนึ่งคนหรือมากกว่าหนึ่ง สำหรับสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ใหญ่ ขนาดที่พอดี คือ ควรมีสมาชิกประมาณ 8 คน และมีผู้นำ 1 คน แต่กลุ่มที่สมาชิกยังเด็กก็ควรลดจำนวนลงเหลือเพียง 3-4 คน โดยทั่วไปแล้ว การให้การปรึกษากลุ่มควรมีสมาชิกมากพอที่จะแสดงความคิดเห็นต่อกันได้ และควรให้ทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน (Corey, 2008 b, p. 72)

ความถี่และระยะเวลาในการพบกลุ่ม (Frequency and length of meeting) การพบกันในกลุ่มควรจะบ่อยแค่ไหนและนานเพียงไร ขึ้นอยู่กับประเภทของกลุ่มและจำนวนสมาชิก รวมถึงประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว ความถี่ในการพบกลุ่มจะประมาณสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ถ้าเป็นเด็กหรือวัยรุ่นไม่ควรให้เวลานานนัก แต่พบบ่อยครั้ง สำหรับผู้ใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อาจจะเป็นสัปดาห์ละสองชั่วโมง สำหรับการให้การปรึกษาผู้ป่วยนอกมักจะใช้เวลาประมาณ 90 นาที ขณะที่ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะใช้เวลาสั้นกว่า การให้การปรึกษากลุ่มไม่จำเป็นต้องพบกันทุก ๆ สัปดาห์ แม้ว่าจะเป็นรูปแบบที่ใช้กันทั่วไปรูปแบบหนึ่งก็คือ มีการพบกลุ่มสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ แล้วจึงเปลี่ยนเป็นสัปดาห์เว้นสัปดาห์อีก 2 ครั้ง จากนั้นจึงเป็นเดือนละครั้งอีกประมาณ 6-7 ครั้ง ซึ่งเป็นรูปแบบปกติที่จะเห็นความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม (ตัวอย่าง เช่น การควบคุมน้ำหนัก อบรมเพื่อการยืนยันสิทธิ การควบคุมความเครียด) ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่สามารถยืนยันแน่นอนว่าระยะเวลาและความถี่ในการพบกลุ่มที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร (Klein, Brabender, & Fallon, 1994 cited in Corey, 2008 b, p. 72)

การจำแนกขั้นตอนของกลุ่ม

อนงค์ วิเศษสุวรรณ (2554) ได้สรุปการแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานกลุ่ม หรือพัฒนาการของกลุ่มตามแนวคิดของ คอเรีย (Corey, 2004 อ้างถึงใน อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2554) โดยแบ่งไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ชั้นวางแผน ผู้นำกลุ่มจะดำเนินการวางแผนการจัดเตรียมกลุ่มโดยคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์และการคัดเลือกสมาชิก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มจะทำให้ได้รับความสนใจจากกลุ่มเป้าหมาย ที่ผู้นำกลุ่มคาดหวัง โดยการคัดเลือกสมาชิกที่มีความต้องการ มีจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องกับกลุ่ม เป็นผู้ที่ไม่มีอุปสรรคต่อกระบวนการกลุ่ม และประสบการณ์กลุ่มไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกกลุ่ม

2. ลักษณะของกลุ่มจะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

2.1 กลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่กำหนดสมาชิกคงที่ เมื่อมีการตกลงดำเนินการ และทำกลุ่ม ไม่มีการเพิ่มสมาชิกใหม่ กลุ่มลักษณะนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมในกลุ่ม เกิดความผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2.2 กลุ่มเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกใหม่มาเพิ่ม ในการพบกลุ่มครั้งใดก็ได้ ข้อเสียคือ สมาชิกใหม่จะต้องใช้เวลาปรับตัวเข้ากับสมาชิกเดิม และปรับตัวให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ขาดความรู้ในประเด็นที่ผ่านมาแล้ว รวมทั้งมีผลต่อความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจึงต้องเตรียมความพร้อมให้สมาชิกใหม่ก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อช่วยให้เข้ากับสมาชิกเดิมได้

3. ความสมัครใจของสมาชิก สมาชิกที่สมัครใจย่อมเต็มใจร่วมมืออย่างเต็มที่ ในกระบวนการกลุ่ม แต่หากผู้นำกลุ่มที่ต้องการให้การศึกษาโดยไม่มีโอกาสคัดเลือกสมาชิก สมาชิกไม่สมัครใจเข้าร่วมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีวิธีที่จะช่วยให้สมาชิกที่ไม่สมัครใจเห็นประโยชน์จากประสบการณ์กลุ่มได้ โดยการเตรียมการที่ดี จัดการศึกษากลุ่มด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของสมาชิก และที่สำคัญ ผู้นำกลุ่มต้องเชื่อมั่นว่า การศึกษากลุ่มเป็นกระบวนการที่จะช่วยสมาชิกได้

4. ลักษณะของสมาชิก

4.1 กลุ่มที่มีสมาชิกลักษณะคล้ายกัน เช่น ช่วงวัยเดียวกัน หรือปัญหาที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันได้ง่าย

4.2 กลุ่มที่สมาชิกมีลักษณะต่างกัน อาจจะมีเหมาะสมในบางสถานการณ์ เช่น กลุ่มพัฒนาตน กลุ่มพัฒนาทักษะบางเรื่องที่ต้องการจำลองสังคม ต้องการสมาชิกที่มีลักษณะต่างกัน เช่น ต่างวัย ต่างเชื้อชาติ ต่างความเชื่อ ปัญหาที่ต่างกัน

5. สถานที่ การวางแผนต้องคำนึงถึงสถานที่ ที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว มีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้ปฏิสัมพันธ์ ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกเชิงลึกได้เต็มที่ อากาศที่พอเหมาะ ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป มีแสงสว่างเพียงพอ มีบรรยากาศที่รู้สึกผ่อนคลาย และเป็นอิสระ

6. ขนาดของกลุ่ม หรือจำนวนสมาชิก ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม อายุของสมาชิก ประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม และประเด็นปัญหาในการปรึกษากลุ่ม โดยทั่วไป ผู้นำกลุ่มคนเดียว จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการปรึกษาผู้ใหญ่ คือ 8 คน กลุ่มเด็กสมาชิกควรน้อยลง คือ 3-4 คน เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ได้อย่างทั่วถึง

7. ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับชนิด และวัตถุประสงค์ โดยทั่วไปเฉลี่ยไม่เกิน 1-1 ชั่วโมงครึ่ง เพราะหากนานกว่านี้จะทำให้สมาชิก เกิดความล้า ขาดสมาธิ ขาดกำลังใจ ส่วนความถี่ในการปรึกษาควรจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง จำนวนครั้งที่พบกลุ่ม โดยทั่วไปพบกัน 5-25 ครั้งตามความเหมาะสมของกลุ่ม

ขั้นที่ 2 ขั้นเริ่มกลุ่ม เป็นขั้นการปฐมนิเทศ และการสำรวจ พิจารณา โครงสร้างของกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย สำรวจความคาดหวังของสมาชิก สมาชิกเรียนรู้หน้าที่ในกลุ่ม กำหนดจุดมุ่งหมาย ของกลุ่ม ได้อย่างชัดเจน ในขั้นตอนนี้ ความไว้วางใจเป็นพื้นฐานสำคัญของกลุ่ม เนื่องจากสมาชิก อาจเกิดความลังเลใจว่าจะเปิดเผยตนเองได้มากเพียงใด จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง ไว้วางใจได้ หรือไม่ ซึ่งในขั้นนี้ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีความไว้วางใจ โดยการเป็นต้นแบบ ในการแสดงความไว้วางใจ ความเอื้ออาทร จริงใจ ให้เกียรติ ขอมรับนับถือ สมาชิกจะเรียนรู้ ปฏิบัติ ร่วมมือ และร่วมรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและกลุ่ม

ขั้นที่ 3 ขั้นเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นของความกังวลใจ การปกป้องตนเอง โดยการแสดง การต่อต้าน สมาชิกจะมีความรู้สึกหลายประการเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม เช่น กังวลใจว่าถ้าตระหนักว่ารู้สึกตนเองมากขึ้น คนอื่นจะยอมรับ หรือรับไม่ได้ รู้สึกไม่แน่ใจที่จะสำรวจ ปัญหาส่วนตัวเกรงว่าสมาชิกจะไม่เข้าใจ ไม่เห็นใจ ซึ่งผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิก เห็นความสำคัญของการแสดงออกในสิ่งที่กังวลใจ ส่งเสริมให้สมาชิกรู้เท่าทันการต่อต้าน เป็นต้นแบบของการเผชิญเรื่องราวต่าง ๆ อย่างตรงไปตรงมา และจริงใจ

ขั้นที่ 4 ขั้นปฏิบัติ เป็นขั้นที่สมาชิกได้สำรวจปัญหาระดับลึก เข้าใจปัญหา และมีวิธีการ ปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นนี้สมาชิกในกลุ่มจะมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เกิดพลังที่ได้จาก การกระทำทั้งหมดของสมาชิก สมาชิกกลุ่มรับรู้ความรู้สึกเอื้ออาทร ความอบอุ่น ความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีคุณค่า มีการยอมรับ และการสนับสนุน

ขั้นที่ 5 ขั้นยุติ เป็นขั้นรวบรวม เตรียมการยุติกลุ่ม โดยวิธีการสนับสนุนที่สมาชิกเรียนรู้ จากทุกขั้นตอนของกลุ่ม ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้สำรวจความรู้สึก สมาชิกได้อะไรจากประสบการณ์กลุ่ม มีข้อคิด ข้อเสนอแนะ ข้อมูลย้อนกลับที่จะให้ และรับฟัง จากกลุ่ม สำรวจสิ่งที่ค้างคาใจ ก่อนสรุป และยุติกลุ่ม

ขั้นที่ 6 ขั้นประเมินและติดตามผล

1. การประเมินผลของการปรึกษากลุ่ม อาจประเมินได้หลายแบบ โดยประเมินในการพบกลุ่มทุกครั้ง ประเมินบางช่วง หรือประเมินเมื่อยุติกลุ่ม ข้อมูลที่ได้นอกจากจะทราบความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มแล้ว ยังเป็นข้อมูลในการพัฒนาครั้งต่อไป เครื่องมือในการประเมิน เช่น การสังเกต การบันทึกของสมาชิก และการใช้แบบสอบถาม

2. การติดตามผล มีประโยชน์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการของสมาชิก ความมุ่งมั่นของสมาชิกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การนัดหมายกลุ่มเพื่อติดตามผล อาจเว้นระยะประมาณ 1-2 หรือ 3 เดือน ตามแต่สมาชิกจะตกลงกัน

กระบวนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling process)

อนงค์ วิเศษสุวรรณ (2554, หน้า 1) การปรึกษากลุ่ม คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อการป้องกันและบำบัดปัญหาสุขภาพจิต ปัจจุบันเป็นที่นิยมมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากสามารถให้การปรึกษาครั้งละหลายคนได้ในเวลาเดียวกัน เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ ที่สำคัญคือ กระบวนการกลุ่มจะช่วยสมาชิกให้เกิดการเรียนรู้ การปรึกษากลุ่มจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการให้การปรึกษาสำหรับบุคคลทุกประเภท การปรึกษากลุ่มจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้นำกลุ่มมีความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎีการปรึกษา และนำไปใช้อย่างสร้างสรรค์

ก่อนเริ่มกลุ่ม อาจให้สมาชิกตอบแบบสอบถาม เพื่อวัดคุณลักษณะบางประการที่เกี่ยวกับประเด็นของกลุ่ม การสอนทักษะใหม่ ๆ การตอบสอบถามในการพบกลุ่มครั้งสุดท้าย ใช้เป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าของสมาชิก การทำสัญญา อาจนำมาเพื่อช่วยสมาชิกให้กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะ และเป็นแนวทางในการมีส่วนร่วมขณะเข้ากลุ่มและกระตุ้นให้นำทักษะใหม่ ๆ ไปใช้นอกเหนือจากการฝึกในกลุ่ม

กลุ่มให้ความรู้เชิงจิตวิทยามักใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ เน้นพฤติกรรม เช่น ทักษะทางสังคม (Social skills) การกล้ายืนยันทนเอง (Assertiveness training) การจัดการกับความเครียด (Stress management)

การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นสร้างความมั่นคงปลอดภัยภายในกลุ่ม (The security stage) เพื่อให้สมาชิกมีความคุ้นเคยกัน เกิดความสบายใจ และไว้วางใจกลุ่ม เนื่องจากขั้นนี้สมาชิกจะมีความวิตกกังวล และมีการต่อต้านเปิดเผยตนเอง ดังนั้นการให้การปรึกษาควรสร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม หรืออาจจะให้วิธีการอุ่นเครื่องเพื่อให้เกิดความวางใจ อาจมีการตั้งกฎเกณฑ์พื้นฐานของการเข้ากลุ่มซึ่งจะช่วยเสริมความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการทำกลุ่มมากขึ้น

2. **ขั้นการยอมรับกลุ่ม (The acceptance stage)** ในขั้นนี้เกี่ยวข้องกับความต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งมีทิศทางต่อกระบวนการกลุ่ม เมื่อสมาชิกมีความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกไว้วางใจกลุ่ม สมาชิกจะยอมรับสถานการณ์กลุ่มมากขึ้น ยอมรับโครงสร้างของกลุ่ม ยอมรับผู้นำกลุ่ม ซึ่งในขั้นนี้สมาชิกจะได้ร่วมกันเปิดเผยความรู้สึกของสมาชิกในกลุ่ม มีการแสดงปฏิกิริยาสะท้อนกลับซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการเรียนรู้ที่จะยอมรับตนเองและการยอมรับผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าแห่งตน

3. **ขั้นสร้างความรับผิดชอบ (The responsibility stage)** ในขั้นนี้สนับสนุนให้สมาชิกก้าวไปสู่การกระทำเพื่อแก้ปัญหา โดยการยอมรับตนเองว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวเองและรับผิดชอบต่อตนเองในการแก้ปัญหา การเกิดความรู้สึกรับผิดชอบขึ้นภายในกลุ่มนั้น เป็นผลมาจากทั้งความต้องการของมนุษย์และธรรมชาติของกระบวนการแก้ปัญหา สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและน่านับถือก็ต่อเมื่อได้ลงมือทำ และประสบความสำเร็จเท่านั้น ซึ่งต้องอาศัยการมีความรับผิดชอบของแต่ละคนที่มีต่อปัญหาของตนเอง

4. **ขั้นดำเนินการ (The work stage)** ขั้นนี้จะเป็นขั้นของการระดมความคิด เพื่อช่วยกันแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีการตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขบางสิ่งบางอย่าง ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก ซึ่งสมาชิกจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินการนั้น โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวยการอภิปรายปัญหาของสมาชิกกลุ่ม และสร้างบรรยากาศให้มีการเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา

5. **ขั้นยุติกลุ่ม (The closing stage)** ลักษณะที่สำคัญของขั้นนี้ คือ การสนับสนุนให้สมาชิกสามารถแก้ปัญหาภายในกลุ่มในสภาพเป็นธรรมชาติ โดยการให้กำลังใจ การแสดงปฏิกิริยาสะท้อนกลับ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในการดำเนินชีวิตภายนอกกลุ่ม การกล่าวอำลา และการติดตามผล

อย่างไรก็ตาม กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มได้มีพัฒนาการตามลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าว แต่ก็สามารถที่จะมีการยืดหยุ่นได้ อันเนื่องจากความแตกต่างในระดับของความไว้วางใจ การยอมรับ และความรับผิดชอบต่อสมาชิกกลุ่มแต่ละกลุ่มแต่ละคน ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องมีการถอยกลับไปสู่ขั้นตอนที่ผ่านมาก่อนจะพัฒนาสู่ขั้นต่อไป และทุกขั้นตอนสามารถหวนกลับสู่ขั้นตอนที่ผ่านมาได้ ก่อนที่จะก้าวสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้

ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการตามกระบวนการดังกล่าว จะให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับและเข้าใจตนเอง ยอมรับและเข้าใจผู้อื่น และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่ม กับผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ซึ่งนำไปสู่การเกิดคุณค่าแห่งตน

2. การศึกษากลุ่มเกสตัลท์

ประวัติความเป็นมา

เฟรดเดอริก โซโลมอน เพิร์ลส์ (Frederick Solomon Perls) หรือที่เรียกว่า Fritz Perls เป็นผู้ริเริ่มการพัฒนาจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt therapy) เขามีชีวิตอยู่ในช่วง ปี ค.ศ. 1893-1970 เพิร์ลส์เกิดที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี เมื่อ ค.ศ. 1893 ครอบครัวเป็นชาวยิว มีฐานะในระดับต่ำกว่าปานกลาง เป็นปัญหาสำหรับพ่อแม่ ในเวลาต่อมาเขาสอบตกในชั้นมัธยม 1 ถึง 2 ครั้ง และถูกไล่ออกจากโรงเรียนเพราะมีความขัดสน โดยที่ความล้มเหลวของเขาไม่เคยถูกบังคับ แต่กลับมาอีกครั้ง ไม่เพียงแต่จบชั้นมัธยม แต่เขายังได้รับปริญญาแพทยศาสตร สาขาจิตวิทยาในปี ค.ศ. 1916 จากมหาวิทยาลัยเฟรดเดอริก วิลเฮล์ม (Frederick Wilhelm University) ได้รับราชการแพทย์ทหารประจำกองทัพเยอรมัน ระหว่างสงครามโลก ครั้งที่ 1 ในปี ค.ศ. 1926 ประสบการณ์จากการเป็นทหารนั้นนำเขาให้สนใจจิตวิทยาเกสตัลท์ หลังสงครามได้เดินทางไปทำงาน ทำให้เขาเห็นถึงความจำเป็นมนุษย์สภาพรวม (Whole) มากกว่าการมองเป็นส่วนย่อย ๆ มารวมกัน หลังจากนั้นและได้พบกับภรรยา ลอรา (Laura) ซึ่งศึกษาระดับปริญญาเอกที่นั่น หลังจากนั้นเขาได้ย้ายไปอยู่กรุงเวียนนาและศึกษาทางจิตวิเคราะห์ ร่วมกับวิลเฮล์ม ไรค์ (Wilhelm Reich) นักจิตวิเคราะห์ที่ใช้การเข้าใจตนเองและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการทำงานของร่างกาย (Corey, 2008 b, p. 198) และเขายังได้ศึกษากับนักวิเคราะห์อีกหลายคน รวมทั้ง คาร์เรน ฮอร์นีย์ (Karen Horney) (ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1940 เขาได้เข้าร่วมกับหลักจิตวิทยาแนวเกสตัลท์อย่างเต็มตัวด้วยงานเขียนของเขาในเรื่อง Ego hunger and aggression ปี ค.ศ. 1947 ซึ่งเป็นจุดหักเหจากจิตวิเคราะห์มาสู่ Gestalt therapy ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 เมื่อเข้าสู่สมัยฮิตเลอร์ เพิร์ลส์อพยพครอบครัวไปอยู่ที่แอฟริกาใต้ และได้ฝึกฝนจิตวิเคราะห์ ในปี ค.ศ. 1934-1942 และตั้งสถานบำบัดจิตวิเคราะห์แห่งแอฟริกาใต้ขึ้นที่เมืองโยฮันเนสเบิร์ก ต่อมาในปี ค.ศ. 1947 ได้ย้ายไปอยู่อเมริกา และได้ตั้งสถาบันจิตบำบัดแบบเกสตัลท์แห่งนครนิวยอร์กขึ้นในปี ค.ศ. 1952 และนำแนวคิดปรัชญาณิกายเซน (Zen) มาประยุกต์ใช้ในด้านบำบัด ในปี ค.ศ. 1963 เพิร์ลส์และคณะได้ร่วมกันจัดตั้งสถาบันกิจกรรมเกสตัลท์ขึ้นที่แคลิฟอร์เนีย ชื่อ Esalen Institute ที่เมือง Bigsur มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เพิร์ลส์ถึงแก่กรรมในปี ค.ศ. 1970 รวมอายุได้ 76 ปี (Corey, 2008 b, p. 198)

ความคิดพื้นฐานของจิตวิทยาเกสตัลท์

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543) กล่าวถึงความคิดพื้นฐานของจิตวิทยาเกสตัลท์ว่า จิตบำบัดแนวเกสตัลท์ (Gestalt therapy) เป็นการบำบัดทางประสบการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เน้นที่การมีสติหรือการตระหนักรู้ (Awareness) ถึงความรู้สึกลงตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และการทำงานของกาย

กับใจควบคู่กันไป กล่าวคือ เป็นการทำงานของความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ที่รวมกันเป็น กระแสธาร ลักษณะของจิตบำบัดแนวเกสตัลท์จึงเป็นแบบ Wholistic approach ซึ่งเพิร์ลส์เชื่อว่า จะทำให้เกิดบูรณาการ (Integration) ได้มากกว่าที่แยกวิเคราะห์เป็นส่วน ๆ

แนวคิดของกลุ่มนักจิตวิทยาเกสตัลท์ซึ่งเป็นกลุ่มนักจิตวิทยาชาวเยอรมันแต่มีชื่อเสียง ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1912 ประกอบด้วยนักจิตวิทยาที่สำคัญ คือ เวอร์ไรเมอร์ (Wertheimer), โคเลอร์ (Kohler), คอฟฟ์กา (Koffka), และเลวิน (Lewin) คำว่า Gestalt เป็นคำในภาษาเยอรมัน ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “As a whole” หรือ “Totality” หรือ “Configuration” หมายถึง ส่วนรวมทั้งหมด โครงสร้างหรือสัณฐานทั้งหมดที่มีความสมบูรณ์อยู่ในตนเอง มิใช่ เป็นเพียงแต่ส่วนรวมของหน่วยย่อยเท่านั้น กลุ่ม Gestaltism มีความเชื่อว่า คุณค่าที่เกิดจากผลรวม ของส่วนย่อยของแต่ละอัน และคุณสมบัติหรือคุณค่าที่ของส่วนย่อยที่รวมอยู่ในส่วนรวมทั้งหมดนั้น ย่อมอาศัยคุณสมบัติหรือส่วนรวมเป็นสำคัญ และถ้าหากแยกแยะเอาส่วนย่อยแต่ละอันซึ่งรวมกันอยู่ เป็นส่วนรวมทั้งหมดนั้นออกมากำหนดคุณสมบัติหรือคุณค่าอย่างอิสระแล้ว ย่อมก่อให้เกิด ความสับสน

ผลงานสำคัญของนักจิตวิทยาเกสตัลท์ที่มีพื้นฐานเกี่ยวข้องกับการรับรู้ (Perception) และการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยวิธีการหยั่งเห็น (Insight) หลักสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ที่เพิร์ลส์นำมาใช้เป็นพื้นฐานในจิตบำบัดได้แก่กฎต่าง ๆ ดังนี้

1. กฎแห่งการสิ้นสุด (Law of closure) กลุ่มจิตวิทยาเกสตัลท์เชื่อว่า มนุษย์มีแนวโน้ม ที่จะหาข้อยุติ แม้ว่าสถานการณ์หรือปัญหายังไม่สมบูรณ์ มนุษย์เราก็จะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์เดิม ต่อสถานการณ์นั้น โดยสนใจสิ่งนั้นจนครบสมบูรณ์

2. กฎแห่งความต่อเนื่องหรือใกล้เคียง (Law of proximity) กลุ่มจิตวิทยาเกสตัลท์เห็นว่า ถ้าสิ่งใดหรือสถานการณ์ใดเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่อเนื่องหรือใกล้เคียงกัน คนเราจะเกิดการเรียนรู้ ที่เป็นเหตุและผลต่อกัน เพราะคนเราจะมองแบบแผนนั้นสมบูรณ์ตามความต้องการของตนเอง ในขณะนั้น เช่น แสงไฟที่ส่องเป็นวงกลม เด็กที่กำลังอยากเล่นอาจเห็นเป็นลูกฟุตบอล ส่วนเด็กที่กำลังหิวจัดอาจเห็นเป็นจานอาหาร เป็นต้น

3. กฎแห่งความคล้ายคลึง (Law of similarity) กลุ่มจิตวิทยาเกสตัลท์เชื่อว่า ความเหมือน ของสิ่งเร้าจะทำให้คนเราจัดหมวดหมู่ของสิ่งเร้านั้นเข้าไว้ด้วยกัน การรับรู้ เช่น บางคนไม่กล้า ขับรถยนต์เพราะเคยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์มาก่อน หรือกลุ่มของเส้นหรือจุดที่คล้ายคลึงกัน คนเราก็จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งเดียวกัน

4. กฎแห่งความแน่นอนหรือชัดเจน (Law of pragnanz) กฎนี้เป็นที่สำคัญของนักจิตวิทยา เกสตัลท์ ซึ่งกล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ที่ดีจะต้องเกิดจากความแน่นอนชัดเจน ทั้งนี้เพราะแต่ละคน

มีประสบการณ์เดิมแตกต่างกัน ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับเป็นผลมาจากหลักการของภาพและพื้น (Figure and ground principle) ความหมายที่แต่ละคนให้กับภาพ (Figure) ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ภาพนั้นมีต่อพื้น (Ground) หลักการนี้มีความสำคัญมาก เพราะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงนั้น จะเป็นจริงสำหรับบุคคลเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรับรู้ของบุคคลนั้น และเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพแล้ว พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามมาจากการรับรู้ นั้น จะมีความเหมาะสม ตรงกันข้าม ถ้าการรับรู้ของบุคคลนั้นเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่จะตามมาของบุคคลนั้นก็จะไม่เหมาะสมเช่นกัน โดยแท้จริงแล้ว ผลงานสำคัญของนักจิตวิทยา เกสตัลท์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ นั้น มิได้นำไปอธิบายถึงอารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง แต่ใช้เพียงแต่การอธิบายถึงการรับรู้ของมนุษย์ สำหรับความคิดเกี่ยวกับภาพและพื้น นักจิตวิทยา เกสตัลท์เชื่อว่า คนมีศักยภาพในการรับรู้ที่สามารถจะเปลี่ยนภาพให้เป็นพื้น และเปลี่ยนพื้น ให้เป็นภาพได้ และทุกสิ่งทุกอย่างจะมองได้เป็นสองทางเสมอ สำหรับภาพนั้น เปรียบเสมือนความต้องการของบุคคล การที่บุคคลมีปัญหาเป็นเพราะบุคคลนั้น ไม่รู้ความต้องการที่แท้จริง ของตนเองคืออะไร เวลาใดที่ต้องการหรือไม่ต้องการ นั่นก็คือ ความสามารถแยกภาพและพื้นได้ ถูกต้องเหมาะสมนั่นเอง สำหรับการให้การศึกษาแนวเกสตัลท์ก็เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถ แยกแยะและมองเห็นได้ว่าอะไรคือภาพความต้องการของตนที่แท้จริง และอะไรคือพื้นหรือสภาวะ แวดล้อมที่มาประกอบได้ชัดเจนขึ้น

แนวคิดของกลุ่มจิตวิทยาเกสตัลท์จะเข้ามามีบทบาทในจิตบำบัดแนวเกสตัลท์แล้ว

แนวคิดของลัทธิ Zen ก็เข้ามามีบทบาทในจิตบำบัดแนวเกสตัลท์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. เน้นการรับรู้ในตนเอง (Self awareness) โดยไม่เน้นการใช้ความคิดสติปัญญา แต่เน้นการใช้สัมผัสของตนเอง ดังที่เพิร์ลสกีกล่าวว่า “Lose your mind, come to your senses”

2. การพยายามปล่อยวางอดีต

3. ให้ความสำคัญต่อสภาวะปัจจุบัน

4. การเน้นถึงการปล่อยวางประสบการณ์เดิม เพื่อเปิดตัวเองสำหรับการเผชิญต่อ

ประสบการณ์ปัจจุบัน ได้อย่างเต็มที่

5. เน้นการรับรู้และการยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง (Self-actualizations)

เพราะการรู้จักและยอมรับตนเองจะนำไปสู่การทำให้บุคคลเกิดการพึ่งพาตนเอง และในขณะเดียวกัน ก็พัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ

สำหรับแนวคิดของ Existentialism ก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทในจิตบำบัดแนวเกสตัลท์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. พยายามให้บุคคลรับรู้ถึงความต้องการความรู้สึกรู้สึกของตนเอง แล้วตัดสินใจเลือก โดยสนับสนุนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง เป็นตัวของตัวเอง รับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตนเอง ใช้เสรีภาพอย่างเต็มที่และเหมาะสม รู้จักขอบเขตและสิทธิของผู้อื่น

2. กระตุ้นให้บุคคลอยู่เหนืออิทธิพลสิ่งแวดล้อม ไม่ตกอยู่ใต้อำนาจของค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางสังคม ซึ่งในขณะเดียวกันก็ไม่พยายามไปควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น

3. เน้นความสำคัญของสภาวะปัจจุบัน มุ่งให้บุคคลทุ่มเทพลังทั้งหมดอยู่กับความจริงของปัจจุบัน ไม่ติดอยู่กับอดีตหรือสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต

4. ส่งเสริมให้บุคคลกล้าเผชิญกับความจริง ทั้งความผิดหวังและความสมหวัง ประสบการณ์ที่ได้รับในชีวิตไม่ว่าจะเป็นแง่บวกหรือลบย่อมมีคุณค่าต่อการปรับตัวทั้งสิ้น ที่สำคัญคือ การให้ความหมายของบุคคลต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

หลักการของจิตวิทยาเกสตัลต์ต่างจากหลักการพฤติกรรมนิยม (Behaviourism) คือ พฤติกรรมนิยมเน้นหน่วยย่อยแต่ละหน่วยของสิ่งเร้า และเน้นหน่วยย่อยของพฤติกรรมตอบสนอง ซึ่งนักจิตวิทยาเกสตัลต์เห็นว่า มนุษย์จะรวบรวมสิ่งเร้าทั้งหลาย และประมวลเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ที่มีความหมายทั้งหมดของบุคคล (The whole) สิ่งเร้าต่าง ๆ จะมีความหมายก็ต่อเมื่อบุคคลจัดระบบสิ่งเหล่านี้ด้วยกันและประมวลกันเข้าเป็นการรับรู้ หลักการเน้น “ปัจจุบัน” เพราะ “อดีต” ก็จากเราไปแล้ว และ “อนาคต” ก็เป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

การพิจารณามนุษย์ตามแนวความคิดแบบจิตวิทยาเกสตัลต์

วัลลี ทรัพย์มี (2550, หน้า 118-119) กล่าวว่า จิตวิทยาเกสตัลต์มีแนวความคิดเกี่ยวกับการพิจารณามนุษย์ดังนี้คือ

1. มนุษย์เป็นอิสระจากอดีต เขาอยู่ในปัจจุบัน มนุษย์ไม่สามารถจัดการกับอดีตและอนาคตได้ แต่บุคคลสามารถดำเนินการกับปัจจุบันได้แน่นอนกว่า

2. มีความเชื่อเหมือนทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและอัตถิภาวนิยมที่ว่า มนุษย์มีความสามารถที่จะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม ดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

3. มนุษย์พยายามพัฒนาตนเอง ต่างจากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นให้ผู้รับบริการพัฒนาตนเองในอนาคต แต่แนวคิดของการให้การปรึกษาแบบจิตวิทยาเกสตัลต์เน้นให้ผู้รับบริการพัฒนาตนเองในปัจจุบัน

4. มนุษย์สามารถจัดระบบชีวิตและแก้ปัญหาของตนเองได้ (Self-regulation)

5. การตระหนักรู้ (Awareness) การตระหนักรู้จะช่วยในมนุษย์หาทางตอบสนองความต้องการ แต่ถ้าหลีกเลี่ยงจะให้พลังงานไปเก็บกอดความต้องการ ซึ่งจะทำให้เครียดหนักขึ้นและไม่สามารถตอบสนองความต้องการใด ๆ ได้

6. บุคคลประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ทั้งร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ เป็นการผสมผสานกัน Integration เป็นการแสดงออกอย่างคนที่เป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง

7. มนุษย์เกิดมาโดยไม่มีความคิดหรือความชั่วติดตัวมาด้วย

8. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การจะเข้าใจบุคคลต้องเข้าใจสิ่งแวดล้อมของเขาด้วย

9. บุคคลมีเสรีภาพที่จะเลือกตอบสนองสิ่งเร้า

10. การตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของคนในสภาพการณ์ต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

คอเรีย (Corey, 2008 b, pp. 200-201) กล่าวถึงวิธีการทำงานของเพิร์ลส์กับการบำบัดตามแนวเกสตัลท์ ผู้รับการปรึกษาจะพัฒนา เติบโต ยืนอยู่บนขาของตนเอง เพิร์ลส์ให้ความสนใจกับบทสนทนาระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ระเบียบวาระของการพบกัน ไม่แสดงความต้องการ ไม่ว่าที่ใด และเข้าใจถึงความเป็นไปโดยธรรมชาติของสัมพันธภาพของแต่ละคนกับสิ่งแวดล้อม ว่าเป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ไม่อิสระ วิธีการนี้ช่วยสร้างพื้นฐานสำหรับการติดต่อประสบการณ์เป็นไปตามธรรมชาติ และชีวิตในปัจจุบันเป็นประสบการณ์ในขณะนี้

แนวความคิดของเกสตัลท์มีความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ โดยตั้งอยู่บนรากฐานของปรัชญา Existential ปรัชญาการณตามธรรมชาติและ Field theory ความรู้ที่แท้จริงคือผลการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นไปได้อย่างชัดเจนในทันที การบำบัดไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่การวิเคราะห์ แต่เป็นการมีสติตระหนักรู้และติดต่อกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งที่เป็นทั้งโลกภายนอกและภายในตนเอง คุณภาพของการติดต่อเป็นความคาดหวังของโลกภายนอก (คนอื่น ๆ รอบตัวเรา) และโลกภายใน (ส่วนหนึ่งของความเป็นตัวเราที่ถูกปฏิเสธ) จะเป็นเครื่องตรวจสอบกระบวนการที่เกี่ยวกับตนเอง "Reowning" เป็นส่วนหนึ่งของความเป็นตัวของตัวเองที่ถูกปฏิเสธ และกระบวนการสร้างความ เป็นเอกภาพจะดำเนินการทีละขั้นตอน จนกระทั่งผู้รับการบำบัดกลับมาเข้มแข็งพอที่จะยืนด้วยตนเองจากการมีสติตระหนักรู้ ผู้รับการบำบัดจะสามารถหาทางเลือกและเชื่อมั่นที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดแบบเกสตัลท์ คือ แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะสร้างระเบียบในตนเอง (Self-regulate) ในสิ่งแวดล้อมของเขา ถ้าเขาสามารถตระหนักรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นภายในรอบข้างคืออะไร การบำบัด คือ การสร้างสิ่งแวดล้อม ในโอกาสสำหรับที่จะสามารถตระหนักรู้ในตนเองของผู้รับการปรึกษาได้ ทฤษฎีเกสตัลท์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ว่า การที่บุคคลพยายามกับใครหรือทำอะไรที่ไม่เต็มศักยภาพแล้ว เราจะคงสภาพอยู่เหมือนเดิม บุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเริ่มตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เขาไม่เห็นด้วย ที่ต้องพยายามทำในสิ่งที่ไม่ใช่ตนเอง สิ่งสำคัญสำหรับผู้รับการปรึกษาคือ การสามารถอยู่กับสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างสมบูรณ์

ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ตามทฤษฎีเกสตัลท์ ซึ่งสรุปโดยแพสสันส์ (Passons, 1975) มีดังต่อไปนี้

1. มนุษย์เป็นหน่วยที่มีความสมบูรณ์ในตนเอง เป็นผลรวมของร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ ที่มีการทำงานร่วมกัน จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจมนุษย์ในภาพรวม จะเข้าใจเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้
 2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม จะเข้าใจมนุษย์ได้จำเป็นต้องเข้าใจบุคคลและสิ่งแวดล้อม
 3. มนุษย์เป็นผู้กระทำ (Proactive) มากกว่าเป็นผู้ตอบสนอง (Reactive) มนุษย์เป็นผู้เลือกที่จะแสดงพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองสิ่งเร้าภายในและภายนอกด้วยตนเอง
 4. มนุษย์มีความสามารถในการตระหนักรู้ เขาจะมีความสามารถในการตัดสินใจเลือก พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของเขา
 5. เมื่อมนุษย์มีสติตระหนักรู้ เขาจะมีความสามารถในการตัดสินใจ เลือกพร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของเขา
 6. มนุษย์มีทรัพยากรอยู่ในตนเอง ซึ่งจะนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพภายในการดำเนินชีวิต สามารถปรับสภาพสิ่งที่ถูกใช้ไปแล้ว และนำไปใช้อีกได้
 7. มนุษย์จะมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองในเหตุการณ์ปัจจุบันเท่านั้น สำหรับอนาคตเป็นเพียงความคาดหวัง และอดีตเป็นเพียงแค่ความทรงจำ
 8. โดยพื้นฐานของธรรมชาติมนุษย์เราจะ “ไม่ดีไม่เลว” โดยกำเนิด
- สรุปได้ว่า ธรรมชาติของมนุษย์ตามทฤษฎีเกสตัลท์เชื่อว่า มนุษย์มีศักยภาพสามารถพัฒนาได้ มีความสามารถที่จัดการตนเองได้ในสิ่งแวดล้อมของเขา ถ้าเขาสามารถตระหนักรู้ในสิ่งแวดล้อมนั้น สิ่งสำคัญคือ การสามารถอยู่กับสถานการณ์ปัจจุบันอย่างไรให้สมบูรณ์

สาเหตุปัญหาของบุคคลตามแนวคิดของจิตวิทยา

คมเพชร ฉัตรสุภกุล (2547, หน้า 116-117) ได้สรุปว่า ปัญหาของมนุษย์มี 6 ลักษณะ คือ

1. ขาดการตระหนักรู้ (Lack of awareness) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ยืดหยุ่น ทำให้บุคคลสูญเสียการสัมผัสกับพฤติกรรมของตนเองว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้าง และพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นอย่างไร เมื่อบุคคลสูญเสียความสามารถในการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะใช้ชีวิตอยู่ไปวัน ๆ ด้วยความรู้สึกไม่ได้ทำอะไรให้เกิดความสมบูรณ์ในชีวิต
 2. ขาดความรับผิดชอบ (Lack of responsibility) เป็นลักษณะที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งแวดล้อม แทนที่จะจัดการกับตนเอง ทำให้บุคคลต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
 3. สูญเสียการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม (Loss of contact with environment) เป็นลักษณะที่สัมพันธ์กับการขาดการตระหนักรู้ ซึ่งมีสองลักษณะ คือ 1) บุคคลมีความยึดมั่นมาก ไม่ยอมรับสิ่งต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม ทำให้หนีออกจากสังคมและบุคคลในสังคม ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในการพัฒนาไปสู่การมีวุฒิภาวะ 2) บุคคลบางคนสูญเสีย “ตน” เนื่องจากรับเอามาตรฐานของสังคมทุกอย่างมาเป็นของตนเอง จนทำให้ “ตน” ถูกแทนที่ด้วย “ภาพพจน์แห่งตน”
 4. ความไม่สามารถที่จะทำให้ส่วนรวมเกิดความสมบูรณ์ (Inability to complete gestalt) เมื่อบุคคลไม่สามารถกระทำกิจกรรมในสถานการณ์บางอย่างให้เสร็จสมบูรณ์ ก็จะทำให้ภารกิจที่ไม่เสร็จสิ้นติดค้างอยู่ตลอดเวลา ภารกิจที่ไม่เสร็จสิ้นนี้จะทำให้บุคคลพยายามจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สมบูรณ์
 5. ไม่รู้ความต้องการต่าง ๆ (Disowning of need) เมื่อบุคคลปฏิเสธความต้องการของตนเอง เช่น ความก้าวร้าว เป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์ แต่ถูกเก็บกดเอาไว้เพราะความไม่เหมาะสมที่จะแสดงออกมาในสังคม แทนที่จะนำเอาพลังความก้าวร้าวออกมาใช้อย่างสร้างสรรค์
 6. การมีลักษณะสองด้านของตน (Dichotomizing dimensions of the self) บุคลิกภาพของบุคคลมักถูกมองว่ามีสองลักษณะที่ตรงกันข้าม การที่บุคคลต้องทำทุกอย่างอย่างสมบูรณ์แบบกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความคาดหวังของสังคม “Top dog” ทำให้ความต้องการของตนเอง “Under dog” ไม่สามารถทำตามความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ เกิดการขัดแย้งภายในบุคคล
- วัชร ทรัพย์มี (2556, หน้า 99) ได้สรุปสาเหตุแห่งปัญหาของบุคคลตามแนวคิดจิตวิทยา เกสตัลท์ไว้ดังนี้

1. ปัญหาเกิดจากการที่บุคคลพยายามปรับสิ่งแวดล้อม แทนที่จะจัดการกับตนเอง หรือแทนที่จะพึ่งพาตนเอง พัฒนาตนเองให้มีความสามารถ มีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น แต่บุคคลอิงอยู่กับสภาพการณ์บางอย่างในลักษณะของผู้ที่พึ่งพาตนเองไม่ได้

2. ปัญหาเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นของความคิดและการกระทำ จนไม่ยอมรับ หรือไม่ยอมรับสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม

3. ปัญหาเกิดจากการที่บุคคลครุ่นคิดแต่สภาพการณ์ในอดีตที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่เขา โดยการยึดติด ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองพลังงาน แทนที่จะใช้พลังงานในการหาทางแก้ไขปัญหา

4. ปัญหาเกิดจากการที่บุคคลพิจารณาตนเองแต่เพียงลำพังด้านเดียว

สรุปได้ว่า ธรรมชาติปัญหาของบุคคลเกิดจากการปล่อยให้ตัวเองอยู่ในอดีต คอยหวาดวิตก กับอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกค้างค้ำ มีอดีตที่คอยรบกวนให้ไม่สบายใจ ความเหนื่อยหน่ายเกิดจากความคับข้องใจในอดีตที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น หากอยู่บนพื้นฐานของการทำปัจจุบันให้ดีที่สุด เชื่อมั่นในความสามารถของตน ตระหนักถึงความต้องการของตนเอง และผู้อื่น เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ก็จะสามารถอยู่กับปัจจุบันได้ และทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการเบื้องต้นของการศึกษากลุ่มเกสตัลท์

คอเรีย (Corey, 2008 b, pp. 201-201) ได้กล่าวถึงหลักการเบื้องต้นของการศึกษากลุ่มเกสตัลท์ ดังนี้

องค์รวม (Holism) เป็นการมองธรรมชาติของมนุษย์ในภาพรวมของความเป็นมนุษย์ เข้าใจกับทุกแง่มุมของความเป็นมนุษย์ ผู้ให้การศึกษาจะให้ความสนใจต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ร่างกาย และความฝันของผู้รับการปรึกษา โดยเน้นที่จะทำอย่างไรให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นได้ และทำอย่างไรที่จะติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้

ทฤษฎีสถาน (Field theory) เป็นพื้นฐานของหลักการเบื้องต้นที่ว่า ทุกสิ่งทุกอย่าง มีความเกี่ยวข้องกัน มีความเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การศึกษาให้ความสนใจ และค้นหาว่าเกิดอะไรขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

กระบวนการรับรู้ภาพ (The figure-formation process) อธิบายการรับรู้ของบุคคลในสิ่งที่เขาให้ความสนใจและตระหนัก จะเปรียบเทียบกับภาพ (Figure) และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ไม่ได้สังเกตเห็น เปรียบได้กับพื้น (Ground) บุคคลไม่ได้ตอบสนองต่อทุก ๆ สิ่งเร้า ดังนั้น ภาพและพื้น อาจเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ กระบวนการที่เน้นให้เกิดการรับรู้ภาพจะมีผลให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

การควบคุมตนเอง (Organismic self-regulation) เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการควบคุมสมดุลของบุคคลที่เกิดจากการถูกรบกวนจากความรู้สึกและความสนใจ บุคคลจะทำให้ดีที่สุดในการควบคุมตนเอง ค้นหาความสามารถและศักยภาพของตน พร้อมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดความสมดุลอีกครั้ง สิ่งที่ได้รับการศึกษาเปิดเผยจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เขาสนใจ หรือสิ่งที่เขาต้องการ จะปรับความเสียดสมดุล ผู้ให้การศึกษาจะมุ่งให้ผู้รับการศึกษามีสติตระหนักรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปรึกษา

ดังนั้น การให้การศึกษาแบบเกสตัลท์จึงไม่ได้พุ่งเป้าถึงปัญหา แต่พุ่งเป้าถึงการรับรู้ตนเอง และสิ่งแวดล้อมของผู้รับการศึกษาเป็นสำคัญ

จุดประสงค์ของการปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์

กมลเพชร ฉัตรสุกกุล (2547, หน้า 118-119) ได้กล่าวถึงจุดประสงค์การให้การศึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์มี 2 ประการ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้บุคคลมีวุฒิภาวะและความเจริญงอกงาม โดยเปลี่ยนจากการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมาเป็นความสามารถในการพึ่งตนเองได้ โดยสามารถสังเกตได้จากความรับผิดชอบของตนเอง

2. ส่งเสริมให้บุคคลมีบูรณาการแห่งชีวิต (Integration) หมายถึง การที่บุคคลมีภาวะภายในจิตใจสอดคล้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา ทั้งนี้ พฤติกรรมทั้งหลายจะเป็นผลของการทำงานร่วมกันทั้งความรู้สึก ความคิด ร่างกาย รวมทั้งจิตใจ ถ้าบุคคลมีคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว เขาสามารถที่จะตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองความต้องการของตนเองได้

วัชรินทร์ ทรัพย์มี (2551, หน้า 126-127) กล่าวถึงจุดประสงค์การให้การศึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ว่า เป็นการช่วยให้ผู้รับการศึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่น มาสู่การพึ่งตนเอง และสรุปเป็นเป้าหมายผสมผสานกันไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับการศึกษามีวุฒิภาวะ คือ สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งผู้อื่นมาเป็นพึ่งตนเอง

2. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาคิดอย่างรอบคอบ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง

3. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในความรับผิดชอบที่จะตัดสินใจ

4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในภาวะปัจจุบัน

เป้าหมายของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

เพิร์ลส์ (Perls, 1969, pp. 28-30) ได้สรุปเป้าหมายของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้สมาชิกมีวุฒิภาวะเติบโตขึ้น โดยสนับสนุนให้ผู้สมาชิกรับผิดชอบต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตน เป็นสิ่งที่ตนเป็น ไม่ตกอยู่ภายใต้การบงการของสังคม คือ ฟังตนเองมากกว่า ฟังพาลังแวดล้อม

2. ช่วยให้ผู้สมาชิกเกิดการมีสติรับรู้ (Self-awareness) เพราะการมีสติรับรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้และการติดต่อสื่อสาร สมาชิกต้องมีสติรู้ว่าสิ่งใดเป็นภาพและพื้นในปรากฏการณ์ และกำลังคิด รู้สึก หรือทำอะไรในที่นี้และขณะนี้ (Here and now)

3. เพื่อช่วยให้สมาชิกมีการบูรณาการในตนเอง โดยเน้นให้มีการบูรณาการระหว่างพลังที่อยู่ตรงข้ามกัน เช่น รัก-เกลียด ความดี-ความเลว เป็นต้น

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกรู้จักควบคุมตนเอง (Self control) และยอมรับความวิตกกังวล เป็นธรรมชาติส่วนหนึ่งของชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยง รู้จักการเผชิญและพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า จิตบำบัดแบบเกสตัลท์มีเป้าหมายให้บุคคลปรับตัวเพื่อสนองความต้องการของสังคม แต่เป็นการมุ่งให้บุคคลค้นพบและเข้าใจตัวเอง รับรู้ตนเอง (Self-awareness) ในประสบการณ์ทุกขณะในสภาวะปัจจุบัน เป็นตัวของตัวเอง และฟังตนเองได้ สามารถปรับตัวและเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริงอย่างมีสติ ทำให้สามารถหาแนวทางการแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ขั้นตอนของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

คอเรย์ (Corey, 2008 b, pp. 314-316) ได้สรุปขั้นตอนของการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น (Initial stage) ลักษณะพิเศษในขั้นตอนนี้ ต้องการกำหนดโครงสร้างของกลุ่ม มีการปฐมนิเทศ ซึ่งปฏิบัติดังนี้

1.1 สร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย โดยสมาชิกต้องเรียนรู้เกี่ยวกับหน้าที่ภายในกลุ่ม เรียนรู้ว่าจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มได้อย่างไร

1.2 ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสมาชิกทุกคนจะต้องเปิดเผย แสดงความคิดและความรู้สึก ในช่วงเวลาที่อัดอั้น สมาชิกแต่ละคนต้องตัดสินใจว่ากลุ่มควรดำเนินการอย่างไร ผู้นำกลุ่มควรดำเนินการอย่างไร

1.3 สมาชิกกลุ่มจะต้องแสดงท่าทีของการเคารพนับถือ ความเข้าใจ การยอมรับ การใส่ใจ มีการตอบสนองต่อการกระทำ คำพูดของเพื่อนสมาชิกแต่ละคนด้วยความจริงใจ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นจากการที่สมาชิกแต่ละคนมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. **ขั้นการเปลี่ยนแปลง หรือขั้นหัวเลี้ยวหัวต่อ (Transition stage)** ในขั้นนี้ ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มต้องเผชิญกับสิ่งต่อไปนี้ ก่อนที่กลุ่มจะเริ่มการทำงานร่วมกัน ในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล การต่อต้าน เกิดความขัดแย้ง เกิดความรู้สึกถึงสิ่งที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มด้วยความเต็มใจ เพราะเกิดความไม่แน่ใจซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนเริ่มตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้นว่าได้รับการยอมรับหรือการปฏิเสธจากกลุ่ม ซึ่งในขั้นนี้ ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกแต่ละคนจะต้องสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและปลอดภัยให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

3. **ขั้นดำเนินการ (Working stage)** การทำงานในขั้นนี้ สมาชิกจะต้องสำรวจถึงถึงปัญหาที่แท้จริง จะต้องมีการลงมือปฏิบัติเพื่อให้ไปสู่พฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดังนี้

3.1 ความรู้สึกไว้วางใจและความร่วมมือเพิ่มขึ้น

3.2 การสื่อสารภายในกลุ่มเป็นไปอย่างเปิดเผย และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกมีทิศทางและเป็นอิสระ

3.3 ให้การยอมรับกับข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับและไม่ปกป้องตนเอง

3.4 พร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยง พร้อมและเต็มใจที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อให้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.5 ยอมรับกับความเปลี่ยนแปลง และพร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึกและพฤติกรรมใหม่ๆ

3.6 สมาชิกมีความหวังที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงและไม่สิ้นหวัง

4. **ขั้นยุติ (Final stage)** ในขั้นตอนสุดท้ายนี้ เป็นช่วงเวลาของการสรุป การรวบรวมและประเมินการทำงานที่เกิดขึ้น ซึ่งคุณลักษณะที่เกิดขึ้นในขั้นยุตินี้ สมาชิกและผู้นำกลุ่มจะมีการพูดคุยประเมินการทำงานร่วมกันตั้งแต่ในขั้นต้นจนมาถึงขั้นยุติ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือรู้สึกอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มครั้งนี้ รวมถึงการประเมินผู้นำกลุ่มด้วย จากนั้นร่วมกันสรุปผลการเข้าร่วมกลุ่ม

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเกสตัลท์

องค์ วิเศษสุวรรณ (2554, หน้า 124) ได้อธิบายลักษณะของผู้นำกลุ่มไว้ว่า ผู้นำกลุ่มเกสตัลท์ต้องมีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวา สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ ความปลอดภัย ความรู้สึกอิสระ บรรยากาศเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกได้ทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ สัมผัสสภาพถือเป็นสิ่งสำคัญในการบำบัด การสนทนาระหว่างบุคคลเป็นการสร้างบรรยากาศของการบำบัด สัมผัสสภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกมีบทบาทสำคัญ ผู้นำไม่เน้นเทคนิคมากนัก แต่เน้นที่ทัศนคติ พฤติกรรม และความสัมพันธ์กับสมาชิก คุณลักษณะของผู้นำกลุ่มมีดังนี้

1. ความสามารถเข้าใจพลังของสมาชิก และความว่องไวในการใช้เทคนิคการทดลอง ประสพการณ์อย่างเหมาะสมกับเวลาและโอกาส
2. ยืดหยุ่นในการปล่อยวาง และแสวงหาสิ่งที่มีชีวิตชีวา
3. ความสามารถในการทำท่าย และส่งเสริมสมาชิกอย่างเหมาะสม
4. ความสามารถในการช่วยให้สมาชิกได้พูดถึงความรู้สึก และสรุปสิ่งที่เรียนรู้หลังจาก ได้ทดลองประสพการณ์
5. ความสามารถในการที่จะให้สมาชิกได้จัดการกับความสับสน เพื่อให้ได้ค้นพบ ด้วยตนเอง

ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มเกสตัลท์มีหน้าที่ที่ต้องใช้การรับรู้อย่างมีสติเพื่อทำความเข้าใจในตัวสมาชิกกลุ่มโดยปราศจากการวิเคราะห์ ตีความ หรือใช้สติปัญญาคาดคะเน (Intellectualization) การวิเคราะห์หรือตีความต่อสิ่งที่สมาชิกกลุ่มสื่อสารออกมา ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง ไม่มีความจำเป็น การฟัง การรับรู้อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วสื่อความหมายนั้นกลับไปให้สมาชิก ได้รับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองแสดงออกมานั้น เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มเกสตัลท์ต้องฟังเสียงหรือให้ความสนใจกับความรู้สึกในปัจจุบันที่มีอยู่ในตัวสมาชิกเป็นสำคัญ โดยช่วยให้สมาชิกรับรู้ความรู้สึกของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ที่นี่เดี๋ยวนี้ (Here and now) ผู้นำกลุ่มต้องสังเกตภาษาท่าทาง (Body language) ที่สมาชิกสื่อออกมา สังเกตว่า ลักษณะที่สื่อออกมาสอดคล้องกับอารมณ์และความรู้สึกในขณะนั้นหรือไม่ อย่างไร และช่วยให้สมาชิกรู้สึกอยู่กับสภาวะปัจจุบันนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ประสาทสัมผัสของตนเองมากกว่าความคิด เหมือนดังที่เพิร์ลส์ (Perls, 1969) ชี้แนะว่า “Lose your mind and come to your senses” บทบาทที่สำคัญของผู้นำกลุ่มคือ ช่วยให้สมาชิกรู้สึกสามารถใช้ระบบรับรู้ (Senses) ของตนเองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มเกสตัลท์ควรมีบุคลิกภาพที่เอื้อต่อการช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถเปิดเผยตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อการรับรู้ที่แท้จริงของตนเอง กล้าเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง ดังที่โพลสเตอร์ และ โพลสเตอร์ (Polster & Polster, 1973 cited in Corey, 2008 b) กล่าวไว้ว่า ตัวผู้ให้การปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยให้สมาชิกสามารถเปิดเผยตนเอง เพื่อเรียนรู้ที่จะให้ตนเองรับรู้ และค้นพบสิ่งที่มีอยู่ภายในตนเอง ผู้ให้การปรึกษาเปรียบเสมือนนักแสดง (Zinker, 1978 cited in Corey, 2008 b) ที่ต้องเอาตัวเองเข้าไปสัมผัสและเข้าถึงจิตใจ ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้นำกลุ่มเกสตัลท์จึงควรเป็นผู้มีชีวิตชีวา อยู่กับปัจจุบัน ให้ความสนใจต่อสมาชิกกลุ่มอย่างแท้จริง ช่วยเป็นกระจกสะท้อนให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักตนเอง ช่วยให้กำลังใจในสภาวะที่เหมาะสม ในบางครั้งผู้นำกลุ่ม

ต้องทำท่ายให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคับข้องใจ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้กลุ่มพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเองมากกว่าการรอที่จะพึ่งผู้นำกลุ่ม

รูปแบบของบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเกสตัลท์

เคปเนอร์ (Kepner, 1994 cited in Corey, 2008 b) ได้เสนอรูปแบบของบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการปรึกษากลุ่ม โดยเคปเนอร์ระบุว่า การทำกลุ่มเกสตัลท์จะให้ความสำคัญกับขอบเขตการติดต่อ ซึ่งได้แก่

1. The intrapsychic or intrapersonal คือ การเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก การสัมผัสรับรู้ภายในของแต่ละบุคคล
2. The interpersonal คือ ปฏิสัมพันธ์-การติดต่อระหว่างบุคคล
3. The group level คือ ระดับขั้นตอนของกระบวนการปรึกษากลุ่ม การระบุขอบเขตการติดต่อจะช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเกสตัลท์ชัดเจนขึ้น ซึ่งบทบาทในการบำบัดมีดังนี้
 - 3.1 ผู้บำบัด (Therapist) เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการทำความเข้าใจในตัวบุคคล (The interpersonal)
 - 3.2 ผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในกระบวนการติดต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 3.3 ผู้ให้การศึกษา (Consultant) เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มในกระบวนการปรึกษากลุ่มในแต่ละขั้นตอน (The group level)

ในกระบวนการของกลุ่มเกสตัลท์ เคปเนอร์อธิบายว่า (บทบาทที่หลากหลายของผู้นำกลุ่ม) หน้าที่ของผู้นำกลุ่มเกสตัลท์สามารถปฏิบัติในรูปแบบ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเริ่มต้น (Initial stage) สมาชิกกลุ่มจะมีลักษณะของการพึ่งพาผู้อื่น รอการตอบสนองจากสมาชิกคนอื่นและผู้นำกลุ่ม หน้าที่ของผู้นำกลุ่มคือ ผู้บำบัด หน้าที่ช่วยเหลือให้สมาชิกค้นพบตนเอง ลักษณะของผู้นำกลุ่มในขั้นแรกนี้เป็นแบบชี้แนะ (Direct) โดยเริ่มจากการสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยกัน กล้าเปิดเผยตนเอง เริ่มการสนทนา มีความไว้วางใจกันมากขึ้น และรู้สึกร่วมกับสมาชิกคนอื่น ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการกลุ่มพร้อมจะดำเนินต่อไป

ขั้นตอนเปลี่ยนแปลง (Transition stage) เป็นขั้นตอนของการจัดอิทธิพลการพึ่งพาผู้อื่นในระหว่างการเปลี่ยนแปลงนี้ กลุ่มจะต้องต่อสู้กับอิทธิพล พลังอำนาจ และการควบคุม บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม คือ ผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือ ประสานการติดต่อปฏิสัมพันธ์การทำงานของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้สมาชิกมีประสิทธิภาพในการรับรู้เพิ่มขึ้น กระตุ้นเร้าให้สมาชิกเปิดเผย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากเดิม

ขั้นทำงาน (Working stage) เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยและไว้วางใจกันมากขึ้น มีการพึ่งพาและช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม จะมีการพัฒนาการติดต่อและทำงานร่วมกัน ด้วยพลังขับเคลื่อนของกลุ่มอย่างจริงจัง ผู้นำกลุ่มมีบทบาทไม่มากนัก แต่ยังคงทำหน้าที่ช่วยเหลือหรือคอยเป็นที่ปรึกษา (Consultant) ช่วยเหลือให้กลุ่มดำเนินต่อไปจนถึงขั้นยุติกลุ่ม โดยพยายามช่วยให้สมาชิกรับรู้และยอมรับความรู้สึกที่ค้างคั่งต่าง ๆ ที่คอยรบกวนให้หมดไป เพื่อช่วยให้สมาชิกทำงานร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฟริว (Frew, 1997 cited in Corey, 2008 b) กล่าวเพิ่มเติมว่า รูปแบบบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มถือเป็นจริงได้ ซึ่งในกระบวนการปรึกษากลุ่มจะต้องมีขอบเขตการติดต่อใน 3 รูปแบบ ดังกล่าวเสมอ ดังนั้น ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานและเข้าใจหลักการ เพื่อช่วยให้ทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มควรเป็นบุคคลที่รู้วิธีการ การทำหน้าที่ของตนเองในกลุ่ม มีความเชี่ยวชาญเทคนิคต่าง ๆ และสร้างสรรค์ในการนำเทคนิคเหล่านั้นมาใช้ในการบำบัด ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการบอกถึงศักยภาพของผู้นำ

เทคนิคการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

คอเรย์ (Corey, 2008 b, pp. 307-316) สรุปเทคนิคที่สำคัญในกระบวนการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ดังนี้

การใช้ภาษา (Paying attention to language) การบำบัดแบบเกสตัลท์เน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อย่างกับบุคลิกภาพ ภาษาที่ใช้เป็นการถ่ายทอดความรู้สึก ความคิด และทัศนคติ การเน้นความสนใจที่ลักษณะของภาษาพูด จะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด ทัศนคติ และการกระทำของตนเอง เช่น

มัน “It” การใช้คำว่า “มัน” (It) แทน “ฉัน” (I) เป็นการแยกตัวเองออกจากประสบการณ์ เช่น หากสมาชิกกล่าวว่า “มันน่ากลัวที่เข้ามาในกลุ่ม” ผู้นำจะขอให้พูดใหม่ว่า “ฉันกลัวที่จะเข้ามาในกลุ่ม” การเปลี่ยนสรรพนามเป็นการรับผิดชอบสิ่งที่พูด

คุณ “You” การใช้คำว่า “คุณ” เป็นการแยกตัวเองออกจากความรู้สึก เช่น สมาชิกอาจกล่าวว่า “คุณยอมรับความรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกทอดทิ้ง” ผู้นำกลุ่มจะขอให้สมาชิกสังเกตความแตกต่างระหว่างการใช้สรรพนาม “คุณ” กับ “ฉัน” โดยให้กล่าวว่า “ฉันรู้สึกเจ็บปวดเมื่อถูกทอดทิ้ง” เป็นการรับผิดชอบสิ่งที่กล่าวถึง การเริ่มต้นประโยคโดยใช้คำว่า “คุณ” เป็นการใช้ผู้อื่นปกป้องตนเอง เป็นการแยกตนออกจากประสบการณ์

คำถาม “Question” กลุ่มเกสตัลท์จะไม่ส่งเสริมให้สมาชิกใช้คำถาม เพราะการใช้คำถามเป็นการมุ่งความสนใจไปที่ผู้อื่น อีกทั้งจะทำให้บุคคลปกป้องตนเอง หากสมาชิกมีคำถามมาก ๆ

ผู้นำกลุ่มอาจให้สมาชิกพูดครั้งนี้ “สมาชิกพูดถึงข้อคิดเห็นของตนเองเพื่อตอบคำถามแทนการตั้งคำถาม” และหลีกเลี่ยงการถามว่า “ทำไม” เนื่องจากคำตอบจะต้องมีเหตุผลมารองรับ การได้ตอบจะเป็นลักษณะ “ทำไม/ เพราะอะไร” ซึ่งเป็นคำถามที่ไม่เอื้อให้บุคคลอยากที่จะตอบ คำถามที่ควรใช้ควรเริ่มต้นว่า “อย่างไร และอะไร” นอกจากนั้น “การฝึกพูดโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” เพื่อฝึกการรับผิดชอบต่อสถานการณ์ความคิดเห็น และสิ่งที่ตนเองเลือก”

การใช้คำพูดที่ยืนยัน กับ คำพูดที่ไม่รับผิดชอบ “Qualifiers and disclaimers” ผู้นำกลุ่มสามารถช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงคำพูดที่ยืนยัน กับคำพูดที่ไม่รับผิดชอบ เช่น “ฉันชอบเธอ แต่บุคลิกของเธอทำให้ฉันทนไม่ได้” “ฉันรู้สึกเศร้าอยู่เสมอ แต่ฉันก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร” “ฉันคิดว่าคนในกลุ่มช่วยฉันได้มาก แต่คนข้างนอกแตกต่างออกไปจากคนในกลุ่ม” คำว่า “แต่” ท้ายประโยคแรก ทำให้ประโยคแรกมีความหมายลดลง การช่วยให้สมาชิกสังเกตลักษณะการใช้คำพูดยืนยัน หรือคำพูดที่ไม่รับผิดชอบนี้ ผู้นำกลุ่มควรมีวิธีการที่เหมาะสม ไม่ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าจะต้องครุ่นคิดเรื่องนี้มากเกินไป

การปฏิเสธ “Can’t statements” ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงการใช้อำนาจปฏิเสธ เช่น “ฉันพูดกับพ่อ ไม่ได้ ถ้าบอกพ่อว่าฉันรู้สึกอย่างไร พ่อคงไม่เข้าใจ” ความหมายของประโยคนี้ ผู้พูดหมายถึง จะไม่พูดกับพ่อ ไม่ใช่พูดไม่ได้ สมาชิกต้องฝึกสังเกตการปฏิเสธของตน และรับผิดชอบต่อสิ่งที่เลือก

การใช้คำว่า “ควรจะทำ” “ต้อง” “Shoulds and oughts” สมาชิกบางคนอาจใช้คำว่า “ควรจะทำ” หรือ “ต้อง” อยู่เสมอ เช่น “ฉันต้องดูแลพ่อแม่” “ฉันควรจะทำสิ่งที่เพื่อนสมาชิกในกลุ่มพูด” “ฉันควรจะทำถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ” “ฉันควรจะทำใจใส่เขาให้มากกว่านี้” ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงการใช้อำนาจ “ควรจะทำ” หรือ “ต้อง” ว่าเป็นการทำให้ผู้พูดไม่มีพลัง ไม่มีทางเลือก ความหมายของสิ่งที่พูดคล้ายกับว่า เลือกไม่ได้ เช่น “ฉันไม่ชอบมาโรงเรียนแต่ฉันต้องมา เพราะพ่อแม่คาดหวัง” ประโยคที่เหมาะสมคือ “ฉันไม่ชอบโรงเรียนแต่ฉันเลือกที่จะมา เพราะไม่อยากมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อแม่”

การฝึกเรื่องการใช้ภาษา ผู้นำกลุ่มต้องใช้อย่างระมัดระวัง และเหมาะสม มักใช้ในระยะเวลาที่กลุ่มพัฒนามาแล้วระยะหนึ่ง สมาชิกมีความไว้วางใจกัน การทำในช่วงเริ่มกลุ่ม หรือเร็วเกินไป จะทำให้สมาชิกขาดความมั่นใจ หรืออาจรู้สึกว่าการวิจารณ์ตัดสิน หรือไม่มีใครเข้าใจ

การสนทนาโต้ตอบตนเอง “Experiment with internal dialogues” เมื่อผู้รับการปรึกษาเกิดความขัดแย้งในบุคลิกภาพของตนเอง เช่น ระหว่างความอ่อนแอกับความก้าวร้าวของตนเอง หรือระหว่างความคาดหวังของสังคมกับความต้องการที่แท้จริงของตน เป็นต้น ผู้ให้การปรึกษา

จะให้ผู้รับการปรึกษาแสดงบทสนทนาโต้ตอบกับตนเองในทั้งสองลักษณะ ซึ่งจะทำให้การจัดแย้ง ลดลง คลายวิตกกังวลลง สามารถตัดสินใจที่จะเลือก และรับผิดชอบต่อการเลือกของตนได้

การพูดกับทุกคน (Making the rounds) หมายถึง การส่งเสริมให้สมาชิกพูดสิ่งที่ไม่เคยพูด หรือบอกความรู้สึก บอกสิ่งที่จะทำกับสมาชิกกลุ่มทีละคน จนครบทุกคน

การจินตนาการ (Fantasy) เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงความต้องการของตน โดยฉาย (Projection) ความรู้สึก ความต้องการนั้น ไปยังสิ่งอื่น แทนที่จะพูดถึงตนเองโดยตรง ๆ เพราะการพูดถึงความรู้สึกของตนเองโดยตรงอาจจะทำให้เกิดความลำบากใจ ไม่สบายใจ ไม่สามารถพูด หรือระบายออกมาได้ จึงต้องใช้การจินตนาการเข้ามาช่วย เช่น การให้ผู้รับการปรึกษา ทำตัวให้สบาย ผ่อนคลาย แล้วหลับตาจินตนาการสมมติว่า ตนเองเป็นใครสักคนหนึ่ง แล้วลองคิดว่าคน ๆ นั้น จะเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไร มีสภาพแวดล้อมอย่างไร เป็นต้น

การซ้อมบทบาท (The rehearsal exercise) เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้พลังงาน อยู่กับสภาวะปัจจุบันอย่างเต็มที่ บุคคลส่วนมากจะวิตกกังวลถึงบทบาทที่ตนต้องแสดงในอนาคต เช่น การออกไปพูดหน้าชั้นเรียน หรือในที่ชุมชน บุคคลมักจะสูญเสียพลังงานส่วนใหญ่ไปกับการคาดคะเนว่าตนจะแสดงบทบาทอย่างไรเมื่อต้องออกไปทำหน้าที่นั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ สภาวะปัจจุบันได้เต็มที่ เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาซ้อม หรือแสดงบทบาทที่ตนเองคิดก่อน เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า สามารถกระทำได้ในชีวิตจริง

ความฝัน (Dream work) ความฝันเป็นแหล่งรวบรวมเรื่องราวในอดีต หรือความรู้สึกที่ คั่งค้างในจิตใจของผู้รับการปรึกษา อาจเป็นความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองความรู้สึกที่ เก็บกดไว้ไม่ได้แสดงออกมา เช่น ความโกรธ ความคับแค้น ความเกลียดชัง ความรู้สึกผิด ความผิดหวัง ความเสียใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ผู้รับการปรึกษาไม่สามารถตระหนักรู้ได้ ความฝันเป็นวิถีทางในการแสดงออกของบุคคลที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงความจริง ผู้ให้การปรึกษาจะไม่ตีความและวิเคราะห์ความฝัน แต่จะใช้วิธีการให้ผู้รับการปรึกษาระลึกถึงความฝันอีกครั้งในรูปแบบ ปัจจุบัน เช่น อาจให้สร้างจินตนาการ หรือใช้การแสดงบทบาทละคร โดยพยายามค้นหาความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาออกมา นอกจากนี้ มุมมองของสมาชิกกลุ่มจะช่วยสะท้อนกลับ ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่คั่งค้างได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้มีการพัฒนา เปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ ๆ

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2547, หน้า 121-123) ได้กล่าวถึงเทคนิคการปรึกษาแบบเกสตัลท์ เพิ่มเติม ดังนี้

การแสดงความรู้สึกว่า กำลังมีอะไรเกิดขึ้น (Sharing hunches) โดยปกติผู้ให้การปรึกษา มักจะแปลความหมายในสิ่งที่เห็น โดยเฉพาะพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา วิธีที่ดีที่สุด คือ

การแสดงความรู้สึกว่ากำลังมีอะไรเกิดขึ้น เช่น “ฉันมองเห็นคุณขยับเท้า ฉันจินตนาการเองว่า คุณกำลังจิตใจหัวนั้นไหวตื่นเต้น” ในการพูดเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าไม่ถูกกล่าวหา มากเกินไป เป็นเพียงการจินตนาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นสิ่งที่เขาแสดงพฤติกรรม ออกมา

การแสดงบทบาทที่สะท้อนออกไป (Playing the projections) ในบางกรณีผู้รับการปรึกษา ไม่ตระหนักถึงการสะท้อนพฤติกรรมของตนออกไปสู่บุคคลอื่น เช่น การที่ผู้รับการปรึกษา กล่าวว่า มีบุคคลที่พูดเกินความจริง ผู้ให้การปรึกษาอาจขอให้ผู้รับการปรึกษาแสดงบทบาทดังกล่าว ให้ใกล้ ความเป็นจริงมากที่สุด

การแสดงความรู้สึกไม่พอใจและความรู้สึกซาบซึ้ง (Expressing resentment and appreciations) ผู้รับการปรึกษาบางคนอาจมีความรู้สึกในทางที่ไม่ดีอย่างรุนแรงกับบุคคลที่เขาต้อง เกี่ยวข้อง ในทฤษฎีเกสตัลท์เชื่อว่า ถ้าเขาไม่มีความรู้สึกที่ดีอยู่บ้างเลย เขาจะไม่สามารถติดต่อกับ บุคคลเหล่านั้นได้เลย ผู้ให้การปรึกษาจะพยายามให้ผู้รับการปรึกษารู้ว่า เขาได้รับอิทธิพลจาก ความรู้สึกทางลบมากเกินไป และถ้าจะให้มีการปรับปรุงสัมพันธภาพได้นั้น เขาจะต้องพยายาม มองบุคคลในแง่ดีบ้าง

การแสดงบทบาทตรงกันข้าม (Reversal technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลที่มี บุคลิกภาพที่สุดโต่งไปทางด้านใดด้านหนึ่ง และมีความวิตกกังวล กล่าวว่าส่วนที่ไม่ดีงามอีกด้านหนึ่ง จะปรากฏออกมา โดยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงบทบาทที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับ หรือบุคลิกภาพของตน เช่น คนที่อ่อนแอ ก็ให้แสดงบทบาทที่เข้มแข็ง เพื่อเป็นการช่วยให้เขา ได้ตระหนักไว้ในอีกด้านหนึ่งที่ตนมีอยู่ และไม่พยายามเก็บกด หรือปฏิเสธความรู้สึกนั้นเอาไว้ กล่าวแสดงบุคลิกภาพทั้งสองด้านอย่างเหมาะสม

การแสดงบทบาทซ้ำ ๆ (Role rehearsal) ในบางกรณีผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษา ได้แสดงบทบาทที่เขาจะนำไปแสดงจริง ๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากสถานการณ์ของการปรึกษา การแสดงบทบาทนี้จะเป็นการฝึกฝนเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า พฤติกรรมใหม่ที่จะนำไปปฏิบัติ ในชีวิตจริงนั้น เขาสามารถจะกระทำได้

เกมการสนทนาโต้ตอบ (Game of dialogue) เมื่อผู้รับการปรึกษามีความขัดแย้งในตนเอง เช่น ระหว่างความอ่อนแอกับความก้าวร้าว ระหว่างความคาดหวังของสังคมกับความต้องการ ที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงบทสนทนาโต้ตอบกับตนเอง ทั้งในสองลักษณะที่เกิดการขัดแย้งกัน เทคนิคนี้จะช่วยให้เขาเกิดความกระจ่างถึงความรู้สึก ที่แท้จริง รับรู้ความรู้สึกในส่วนที่เป็น “Top dog” คือ ความรู้สึกที่ควรจะทำ กับความรู้สึกที่ตนเอง

ต้องการจริง ๆ “Under dog” โดยไม่พยายามปฏิเสธความขัดแย้ง ผู้รับการปรึกษาสามารถ
คลายความวิตกกังวล สามารถตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อการเลือกของตนเองได้

สรุปได้ว่า การปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์มีเทคนิควิธีที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่า
ผู้นำกลุ่มนั้นจะเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษาแต่ละคน ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้
ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ที่จะใช้ความรู้สึกทั้งหมดให้เกิดประโยชน์อย่างสมบูรณ์ เรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยง
บางสิ่งบางอย่าง และรู้จักเปิดเผยมากขึ้นในขณะนั้น (Now) ผู้ให้การปรึกษาจะอยู่ในฐานะผู้กระตุ้น
ตามวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้น

ประโยชน์และข้อจำกัดของการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2551) กล่าวว่า ได้มีผู้วิจารณ์การให้บริการปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ไว้
ทั้งประโยชน์และข้อจำกัดดังต่อไปนี้

ประโยชน์ของการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

1. ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเผชิญความจริง เผชิญกับความรู้สึกที่อยาก
หลีกเลี่ยงนี้ ให้หลุดพ้นจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นวิธึแบบเผชิญหน้ากัน
ให้กล้าสู้ความจริงและสู้ชีวิต
2. สนับสนุนให้ผู้รับการปรึกษามีความรับผิดชอบต่อภาระและการตัดสินใจของตน
ให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเอาชนะอุปสรรคและแก้ปัญหาได้
3. เน้นปัจจุบัน ไม่เพื่อฝันถึงอนาคตหรือคิดย้อนอยู่กับอดีต
4. กลวิธีของการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่ได้ผลดีกับคนที่ไม่มีความตระหนัก
ในตนเองว่าเกิดขึ้นกับพฤติกรรมของตนเองและเกิดขึ้นได้อย่างไร บุคคลที่ไม่รับผิดชอบต่อชีวิตตน
บุคคลที่ติดข้องอยู่กับสิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ หรือบุคคลที่ไม่รับผิดชอบต่อชีวิตของตน บุคคลที่ติดข้องกับ
สิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจ หรือบุคคลที่พรั่นเพื่อแต่อนาคต

ข้อจำกัดของการให้การปรึกษาทฤษฎีเกสตัลท์

1. กลวิธีของการให้การปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์เป็นกลวิธีที่ผู้ให้การปรึกษาชี้แนะให้
ผู้รับการปรึกษาทำเช่นนี้ มากกว่าปล่อยให้ผู้รับการปรึกษาดำเนินการเอง
2. วิธีนี้อาจไม่ได้ผลสำหรับการปรึกษาที่มีอารมณ์แประบาง เพราะกลวิธีบางอย่างที่ใช้
อาจก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เช่น ให้ยอมรับลักษณะที่ตนเคยปฏิเสธ หรือให้คิดในสิ่งที่
สะเทือนใจ

3. วิธีให้การปรึกษาตามทฤษฎีเกสตัลท์อาจใช้ไม่ได้ผลกับบุคคลต่อไปนี้ คือ ไม่ตระหนักในความรู้สึกของตน ต้องการเฉพาะข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเฉพาะหน้า มีปัญหาวิกฤต และไม่สามารถใช้จินตนาการได้ดีพอที่จะร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีดังนี้

งานวิจัยในประเทศ

ภัทรพงศ์ สุขมาลี (2550) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่มีคะแนนความเครียดตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 จำนวน 12 คน สุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ 12 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองของเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองมีความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขวัญทิพย์ ปทุมธนาภิรักษ์ (2553) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความก้าวร้าวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 ของโรงเรียนมัธยมพระราชทานนายพล อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนความก้าวร้าวสูง จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ และแบบวัดความก้าวร้าว การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ผลของการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่มีความก้าวร้าวที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์กับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความก้าวร้าวในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่มีความก้าวร้าวที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์กับกลุ่มควบคุมมีความก้าวร้าวในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ นักเรียนที่มีความก้าวร้าวที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ มีคะแนนความก้าวร้าวในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประภาภรณ์ นิลสม (2553) ศึกษาการพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันความรุนแรงของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตร โดยการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ พบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตในการป้องกันความรุนแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และนักเรียนในกลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตในการป้องกันความรุนแรงในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

ฐิติยา เข้มนี้มนวล (2555) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพแผนกช่างอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพแผนกช่างอุตสาหกรรม ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2553 ที่มีระดับคะแนนจากแบบวัดความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคและ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยวิธีทดสอบแบบนอนเพอร์โรนี่ ผลการศึกษาพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อินทิราภรณ์ กัญญา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลท์ต่อความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กภาวะยากลำบากที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำไปจนถึงปานกลาง ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย สำหรับเด็กภาวะยากลำบาก กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกตาม โปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลท์ จำนวน 8 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากกลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึก

ตามโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลท์สูงกว่าระยะก่อนการฝึกตามโปรแกรมการฝึกตามแนวเกสตัลท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

นงลักษณ์ มั่นจิตร (2556) ได้ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดยาแอมเฟตามีน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดยาแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดยาแอมเฟตามีนที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมา สรุปได้ว่า การปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ตัวแปรต้นที่ศึกษาเป็นทฤษฎีการให้การปรึกษา ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันไป ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ ความกล้าเผชิญปัญหา การลดภาวะซึมเศร้าที่ไม่ต้องรับยา การลดความวิตกกังวลและลดความเครียด

งานวิจัยต่างประเทศ

กรีนเบอร์ก และฮิกกินส์ (Greenberg & Higgins, 1980) ศึกษาผลของเทคนิคบทสนทนาเก้าอี้ 2 ตัวของเกสตัลท์ (Gestalt two chair dialogue) และเทคนิคการระดมสมอง (Focus) เพื่อการแก้ปัญหาความขัดแย้งแล้วใช้เทคนิคการสะท้อนเน้นอีกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา 42 คน ผลการศึกษาพบว่า เทคนิคบทสนทนาเก้าอี้ 2 ตัวของเกสตัลท์ (Gestalt two chair dialogue) ทำให้ได้คะแนนประสบการณ์ดีกว่าการระดมสมอง (Focus) เพื่อการแก้ปัญหาความขัดแย้งแล้วใช้เทคนิคการสะท้อนเน้น และเทคนิคทั้งสองสามารถสร้างความตระหนักรู้ในตนเองได้ทั้งสองกลุ่ม

ฟริว (Frew, 1988) ทำการทบทวนวรรณกรรมการใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ พบว่า การให้การปรึกษากลุ่มและรายบุคคลให้ผลไม่ค่อยแตกต่างกัน จากการสำรวจนักบำบัดแนวเกสตัลท์ 251 คน พบว่า นิยมใช้การให้การปรึกษากลุ่ม

สเปกนุโล-ลอปป์ (Spagnuolo-Lobb, 1992) ศึกษาการคลอควบคุมด้วยต้นแบบทางจิตวิทยา โดยเทคนิคการบำบัดแบบเกสตัลท์ จากสตรีมีครรภ์ 250 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ฝึกการคลอด้วยการบำบัดแบบเกสตัลท์ กลุ่มที่ฝึกการหายใจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก ระยะเวลาเฉลี่ยในการคลอของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก 4 ชั่วโมง และน้อยกว่ากลุ่มที่ฝึกการหายใจ 2 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเกสตัลท์มีความรู้สึกตัวขณะคลอดีกว่ากลุ่มอื่น ขณะคลอ แม้มือโอกาสฟื้นตัวเร็ว และมีการบาดเจ็บน้อยกว่า

ไพริโอ และกรีนเบอร์ก (Paivio & Greenberg, 1995) ศึกษาการแก้ปัญหา “ธุรกิจที่ค้างค้ำ” โดยศึกษาเทคนิคการบำบัดประสบการณ์ ด้วยการใช้บทสนทนาเก้าอี้ว่างเปล่าของเกสตัลท์

กับกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาความรู้สึกได้ และใช้เทคนิคการบำบัดประสพการณ์ด้วยการใช้บทสนทนาเก้าอี้ว่างเปล่าของเกสตัลท์ หรือใช้วิธีการใส่ใจแบบหลอก ต่อมากลุ่มจิตวิทยาการศึกษาได้อธิบายผลของการแก้ปัญหา “ธุรกิจที่คั่งค้าง” ว่าการวัดผลลัพธ์ต้องเกิดจากสองระยะคือ ก่อนและหลังการให้การศึกษา ทั้งสองกลุ่มใช้เวลา 4 เดือน และ 1 ปี หลังบำบัดประสพการณ์ผลลัพธ์ที่ใช้วัดคือ ความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ความทุกข์ใจ เป้าหมาย การแก้ปัญหาธุรกิจที่คั่งค้าง การรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น ในความสัมพันธ์ของธุรกิจที่คั่งค้าง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าเทคนิคการบำบัดประสพการณ์ประสบความสำเร็จในการให้ความหมายสำหรับผู้รับการศึกษาล้วนใหญ่ และมีการพัฒนามากขึ้นกว่ากลุ่มจิตวิทยาการศึกษาในทุกผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลของการศึกษายังคงอยู่จนถึงระยะติดตามผล

โรนีย์ และทริก (Roney & Trick, 2003) ทำการศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ต่อการอ้างเหตุผลที่ผิดหลักตรรกะของนักพนัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากนักพนัน 30 คน เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งเป็นฐาน ให้นักพนันเข้าร่วมในกิจกรรมการคิดโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ พบว่า กระบวนการกลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์สามารถจำกัดเหตุผลที่ผิดหลักตรรกะของนักพนันได้

ยูเฮาส์ และคณะ (Uhlhaas et al., 2006) ทำการวิจัยภาวะผิดปกติของคลื่นสมองระหว่างการให้การบำบัดแบบเกสตัลท์ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้จากผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกของ Frankfurt University Psychiatry Department ซึ่งได้รับยาอย่างต่อเนื่องจำนวน 19 คน และกลุ่มควบคุมเป็นคนที่ทั่วไปที่มีสุขภาพดี 19 คน โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการฝึกการรับรู้จากภาพขาว-ดำ จำนวน 51 รูป ซึ่งเป็นภาพที่ใช้ในการบำบัดแบบเกสตัลท์ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจสภาวะภาพและพื้น ตามกฎแห่งการสิ้นสุด จากนั้นทำการวัดคลื่นสมองด้วย EEG (Electroencephalography) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการทดลองพบว่า คลื่นสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการเพิ่มความถี่มากขึ้นใน β -band (20-30 Hz), γ -band (40-70 Hz) จากเดิม β -band (15-30 Hz), γ -band (30-80 Hz) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีการฝึกการรับรู้แบบเกสตัลท์ ทำให้พัฒนาระยะเวลาในการเกิดอาการเมื่อ β -band ที่เพิ่มขึ้น

สรุปงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับทฤษฎีเกสตัลท์ พบว่า เป็นการศึกษาในบริบทย่อย ๆ ของทฤษฎี เช่น การเลือกใช้เพียงเทคนิคเดียว หรือตัวแปรตามที่ศึกษาบางตัว ไม่ใช่ตัวแปรทางจิตวิทยา และเริ่มมีการศึกษาทางห้องปฏิบัติการร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์บางส่วน เพื่อผลของทฤษฎี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental with pretest-posttest design and control group) โดยมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย คือ เพื่อศึกษาผลการปรึกษากลุ่ม เกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง

มีวิธีการดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การดำเนินการทดลอง
5. วิธีดำเนินการทดลอง
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตว่าเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ทำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของไปเปอร์ (Piper fatigue model) (Piper et al., 1998) เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่าย โดยใช้เกณฑ์ของมาสลาซ และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1981)

1.1 มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง และมีระดับความเหนื่อยหน่ายอยู่ระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งมีทั้งหมด 23 คน

1.2 สุ่มเจาะใจที่จะเข้าร่วมการทดลองโดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจ ซึ่งมีผู้สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 20 คน จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน

ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ตัวแปรอิสระ

1.1 วิธีการให้การปรึกษาแบ่งเป็น 2 วิธี

1.1.1 การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

1.1.2 การไม่ได้รับการปรึกษา

1.2 ระยะเวลาของการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1.2.1 ระยะก่อนการทดลอง

1.2.2 ระยะหลังการทดลอง

1.2.3 ระยะติดตามผล

2. ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาแนวทางมาจากผู้วิจัยหลายคน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 แบบ

1. แบบวัดความเหนื่อยหน่าย
2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

1.2 แบบวัดระดับความเหนื่อยหน่าย ของมาสลาซ และแจ็กสัน (Maslach & Jackson, 1986) แปลโดย สิริระยา สัมมาวาจา ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากแนวทางของมาสลาซ ซึ่งทำการศึกษาความเหนื่อยหน่าย โดยแบ่งแบบวัดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotion exhaustion) การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น (Depersonalization) และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduce personal accomplishment) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

1.2.1 ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotion exhaustion) จำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 และ 20

1.2.2 การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น (Depersonalization) จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 5, 10, 11, 15 และ 22

1.2.3 การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduce personal accomplishment) จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 และ 21

การเลือกตอบของแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลในผู้อื่น ดังนี้

ตารางที่ 3-1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน |
|---|-------|
| ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย | 0 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง | 1 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง | 2 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง | 3 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | 4 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | 5 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน | 6 |

ตารางที่ 3-2 เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายทางด้านความสำเร็จส่วนบุคคล

| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน |
|---|-------|
| ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย | 6 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง | 5 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง | 4 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง | 3 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | 2 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | 1 |
| มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน | 0 |

ตารางที่ 3-3 เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเหนื่อยหน่ายโดยใช้เกณฑ์ของมาสลาซ และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1981)

| ความเหนื่อยหน่าย | ระดับความเหนื่อยหน่าย | | |
|---------------------------------------|-----------------------|---------|------|
| | ต่ำ | ปานกลาง | สูง |
| 1. ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ | < 17 | 17-26 | > 26 |
| 2. ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล | < 9 | 9-13 | > 13 |
| 3. ความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จลดลง | < 31 | 31-36 | > 36 |

ดังนั้น ระดับความเหนื่อยหน่ายต่ำ จึงมีคะแนนรวมต่ำกว่า 57 คะแนน

ระดับความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จึงมีคะแนนระหว่าง 57-75 คะแนน

ระดับความเหนื่อยหน่ายสูง จึงมีคะแนนมากกว่า 75 คะแนน

นำแบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเหมาะสมของภาษาที่นำมาใช้ จากนั้นนำแบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง มาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน พบว่า ทุกข้อคำถามใช้ได้ IOC > .50 จากนั้นนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

2.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จากเอกสาร ทฤษฎี คำราที่เกี่ยวข้อ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม กำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการที่เหมาะสมในการลดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

2.2 สร้างโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ให้สอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.3 นำการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ฉบับร่าง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณา ตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาที่ใช้ ตลอดจนความถูกต้องของ โปรแกรมและปรับปรุงแก้ไข

2.4 ปรับปรุงแก้ไขตามคำเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

2.5 นำโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเหมาะสมของภาษาที่นำมาใช้ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.6 นำโปรแกรมให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปใช้ทดลองใช้ในการวิจัยต่อไป

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental with pretest-posttest design and control group) ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองสองตัวประกอบแบบวัดซ้ำหนึ่งตัวประกอบ (Two-factors experiment with repeated measures on one factor) เพื่อศึกษาโปรแกรมให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 20 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งรูปแบบเทคนิคการวิจัยตามแบบแผนการทดลอง (Winer, Brown, & Michels, 1991, p. 509)

ตารางที่ 3-4 แบบแผนการทดลอง

| | | b1 | ... | bj | ... | bq |
|--|----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| | a1 | G1 | ... | G1 | ... | G1 |
| | . | . | | . | | . |
| | . | . | | . | | . |
| | . | . | | . | | . |
| | a2 | G2 | ... | G2 | ... | G2 |

| | | | |
|-----------------|----|-----|--|
| <u>หมายเหตุ</u> | a1 | แทน | กลุ่มทดลอง |
| | a2 | แทน | กลุ่มควบคุม |
| | b1 | แทน | ระยะก่อนการทดลอง |
| | bj | แทน | ระยะหลังการทดลอง |
| | bq | แทน | ระยะติดตามผล |
| | G1 | แทน | จำนวนคนที่ได้รับการให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ |
| | G2 | แทน | จำนวนคนที่ไม่ได้รับการให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ |

วิธีดำเนินการทดลอง

วิธีดำเนินการทดลอง มีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอแบบขออนุมัติทำวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อตรวจสอบขั้นตอนในการทดลอง มิให้มีผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพ หรือมีอันตรายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

1.2 นำหนังสือจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล บ้านบึง เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง ที่มีความเหนื่อยหน่าย ในการล้างไตด้วยตัวเองระดับปานกลางถึงสูง

1.3 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกล้างไตทางช่องท้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะก่อนการทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้ผู้มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 23 คน ซึ่งมีความสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย 20 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แจกวัสดุประสงค์และวิธีการดำเนินการ ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน

2.1.2 ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน จากนั้นผู้ร่วมงานวิจัยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ระยะทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยนัดหมายวันเวลากับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ใช้เวลาในการทดลองในเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เวลา 8.30-10.00 น. โดยให้การปรึกษา จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สถานที่ให้การปรึกษา แผนก ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน ดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ที่มีจำนวนข้อคำถามและเนื้อหาเดียวกับที่ใช้วัดในระยะก่อนการทดลอง เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)

2.4 ระยะติดตามผลหลังการทดลอง

หลังจากจบการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ คือ วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยนัดผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อทำแบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นคะแนนในการติดตามผล (Follow-up) โดยใช้แบบวัดเดียวกับระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง

3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อแปลผลข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติสำหรับการวิเคราะห์เครื่องมือ ได้แก่ ค่าความเชื่อมั่นแบบสำรวจตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)

2.1 ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficeint) ของครอนบาค (Cronbach)

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-measures analysis of variance: One between-subjects variable and one within-subjects variable (Howell, 1997, pp. 457-482)

3.2 ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแบบนิวแมน-คูลส์ (Newmam-Keuls test) (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544, หน้า 251)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้แทนความหมาย ดังนี้

| | | |
|-----------|-----|---|
| \bar{X} | แทน | ค่าเฉลี่ย |
| SD | แทน | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| SS | แทน | ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวยกกำลังสอง |
| MS | แทน | ค่าความแปรปรวน |
| df | แทน | ระดับชั้นของความเป็นอิสระ |
| F | แทน | ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 |
| I | แทน | ระยะเวลาของการทดลอง |
| G | แทน | กลุ่ม |
| I x G | แทน | ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง |
| * | แทน | ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 |
| r | แทน | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน |

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| กลุ่มทดลอง (n = 10) | | | กลุ่มควบคุม (n = 10) | | |
|---------------------|-------|--------|----------------------|-------|--------|
| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | เพศ | | |
| ชาย | 4 | 40.00 | ชาย | 4 | 40.00 |
| หญิง | 6 | 60.00 | หญิง | 6 | 60.00 |
| อายุ (ปี) | | | อายุ (ปี) | | |
| < 40 | - | - | < 40 | 2 | 20.00 |
| 40-50 | 3 | 30.00 | 40-50 | 2 | 20.00 |
| 51-60 | 2 | 20.00 | 51-60 | 1 | 10.00 |
| > 60 | 5 | 50.00 | > 60 | 5 | 50.00 |
| สถานภาพสมรส | | | สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 5 | 50.00 | โสด | 2 | 20.00 |
| คู่ | - | - | คู่ | 5 | 50.00 |
| หม้าย/ หย่าร้าง | 5 | 50.00 | หม้าย/ หย่าร้าง | 3 | 30.00 |
| ระดับการศึกษา | | | ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 8 | 80.00 | ประถมศึกษา | 8 | 80.00 |
| มัธยมศึกษา | 1 | 10.00 | มัธยมศึกษา | 1 | 10.00 |
| อนุปริญญา/ ปวช. | 1 | 10.00 | อนุปริญญา/ ปวช. | 1 | 10.00 |

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

| กลุ่มทดลอง (n = 10) | | | กลุ่มควบคุม (n = 10) | | |
|---------------------|-------|--------|----------------------|-------|--------|
| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
| ประสบการณ์การล้างไต | | | ประสบการณ์การล้างไต | | |
| < 1 ปี | 2 | 20.00 | < 1 ปี | 2 | 20.00 |
| 1-3 ปี | 3 | 30.00 | 1-3 ปี | 5 | 50.00 |
| > 3 ปี | 5 | 50.00 | > 3 ปี | 3 | 30.00 |

จากตารางที่ 4-1 พบว่า สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 40 เพศหญิง ร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุในกลุ่มทดลองมี 3 ช่วงอายุ คือ มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50 อายุ 40-50 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 30 และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มควบคุม พบว่า อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50 อายุน้อยกว่า 40 ปี และอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 20 และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 10 ตามลำดับ การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ทั้ง 2 กลุ่ม ด้านประสบการณ์การล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 20 ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 30 และมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20, 50 และ 30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4-2 คะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วมการให้การรักษา กลุ่ม เกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม

| คนที่ | กลุ่มทดลอง | | | คนที่ | กลุ่มควบคุม | | |
|-------|------------------|------------------|----------|-------|------------------|------------------|----------|
| | ระยะ | | | | ระยะ | | |
| | ก่อน การทดลอง | หลัง การทดลอง | ติดตามผล | | ก่อน การทดลอง | หลัง การทดลอง | ติดตามผล |
| 1 | 56 | 75 | 58 | 1 | 76 | 84 | 80 |
| 2 | 67 | 84 | 53 | 2 | 76 | 78 | 76 |
| 3 | 81 | 62 | 54 | 3 | 79 | 78 | 82 |

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

| คนที่ | กลุ่มทดลอง | | | คนที่ | กลุ่มควบคุม | | |
|-----------|------------|----------|----------|-----------|-------------|----------|----------|
| | ระยะ | | | | ระยะ | | |
| | ก่อน | หลัง | ติดตามผล | | ก่อน | หลัง | ติดตามผล |
| | การทดลอง | การทดลอง | | | การทดลอง | การทดลอง | |
| 4 | 52 | 62 | 68 | 4 | 68 | 74 | 64 |
| 5 | 73 | 54 | 75 | 5 | 56 | 82 | 56 |
| 6 | 66 | 68 | 62 | 6 | 77 | 73 | 52 |
| 7 | 53 | 61 | 67 | 7 | 64 | 52 | 85 |
| 8 | 78 | 59 | 67 | 8 | 79 | 68 | 78 |
| 9 | 79 | 59 | 57 | 9 | 74 | 67 | 77 |
| 10 | 64 | 59 | 53 | 10 | 51 | 67 | 70 |
| รวม | 669 | 643 | 614 | รวม | 700 | 723 | 720 |
| \bar{X} | 66.9 | 64.30 | 61.40 | \bar{X} | 70.00 | 72.30 | 72.00 |

จากตารางที่ 4-2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลของผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เป็น 66.9, 64.30 และ 61.40 ส่วนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเป็น 70.00, 72.30 และ 72.00 ตามลำดับ

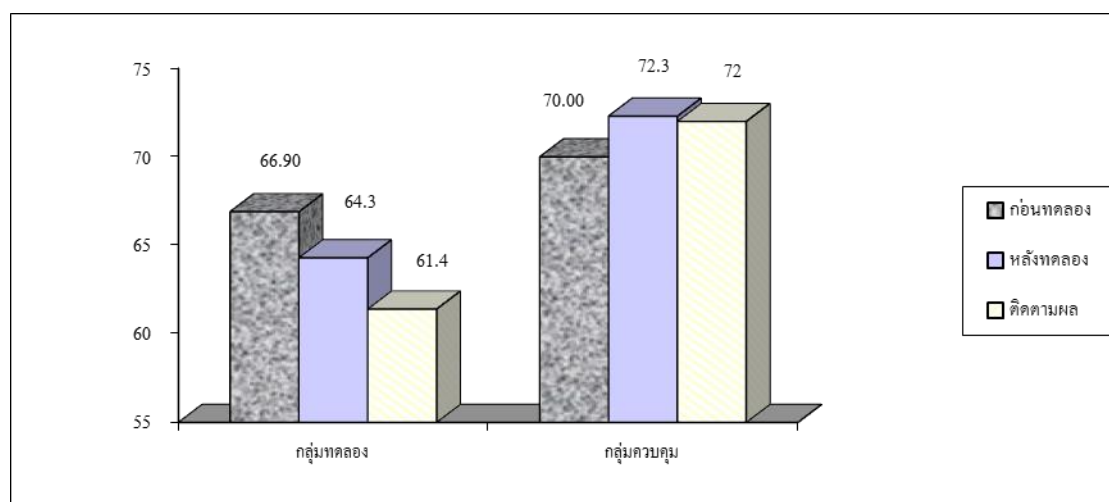
ตารางที่ 4-3 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในระยะต่าง ๆ ของการทดลองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม (n = 10)

| กลุ่ม | ระยะเวลา | \bar{X} | SD |
|------------------------------|----------------------|-----------|-------|
| ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง | ระยะเวลาก่อนการทดลอง | 66.90 | 10.79 |
| การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ | ระยะหลังการทดลอง | 64.30 | 8.99 |
| | ระยะติดตามผล | 61.40 | 7.58 |

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

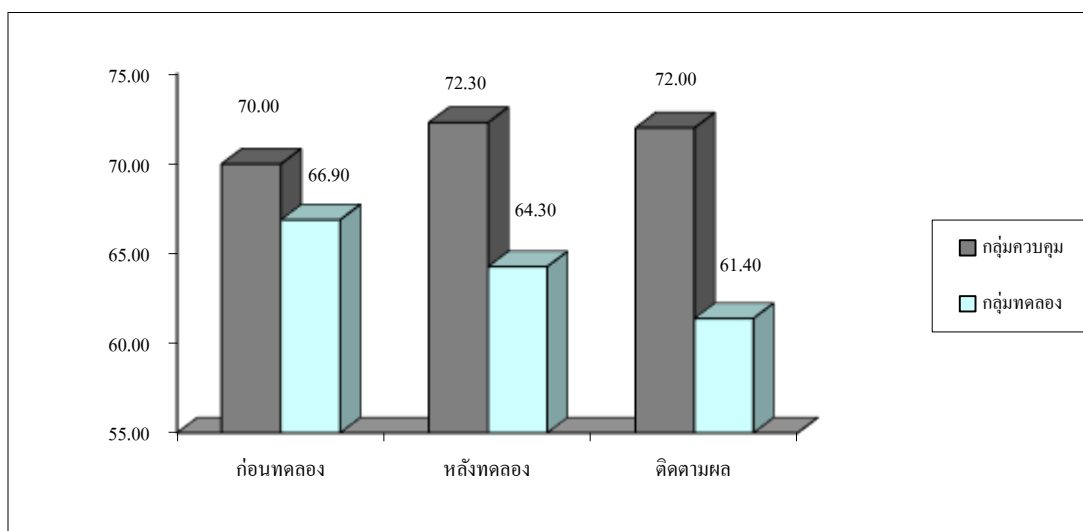
| กลุ่ม | ระยะเวลา | \bar{X} | SD |
|--------------------------|------------------|-----------|-------|
| ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง | ระยะก่อนการทดลอง | 70.00 | 9.97 |
| | ระยะหลังการทดลอง | 72.30 | 9.34 |
| กลุ่มควบคุม | ระยะติดตามผล | 72.00 | 11.20 |

จากตารางที่ 4-3 พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัดท์ และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง เป็น 66.90 และ 70.00 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 10.79 และ 9.97 ตามลำดับ ส่วนในระยะ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตด้วยตนเองเป็น 64.30 และ 72.30 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 8.99 และ 9.34 ตามลำดับ และในระยะติดตามผล ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัดท์และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง เป็น 61.40 และ 72.00 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 7.58 และ 11.20 ตามลำดับ



ภาพที่ 4-1 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัดท์และกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 4-1 พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มทดลอง ตามทฤษฎีเกสตัลท์มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะก่อนการทดลอง 66.90 ระยะหลังการทดลองเป็น 64.30 ซึ่งลดลงจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 2.60 ส่วนในระยะ ติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.40 ลดลงจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 5.50 และลดลงจากระยะ หลังการทดลองเท่ากับ 2.90 ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง ในระยะก่อนการทดลอง 70.00 ระยะหลังการทดลองเป็น 72.30 ซึ่งสูงขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.30 ส่วนในระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.00 ซึ่งสูงขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.00 และน้อยกว่าจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 0.30



ภาพที่ 4-2 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้อง ด้วยตนเองในระยะต่าง ๆ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การรักษาด้วยทฤษฎี เกสตัลท์

จากภาพที่ 4-2 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษาด้วยทฤษฎีเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตของผู้ป่วยล้างไต ทางช่องท้องต่ำกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.10 แต่ระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษาด้วยทฤษฎีเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย ในการล้างไตทางช่องท้องต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.00 และระยะติดตามผล ผู้ป่วยล้างไต ทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษาด้วยทฤษฎีเกสตัลท์ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยในการล้างไตทางช่องท้อง ต่ำกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุมเท่ากับ 10.60

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย
ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

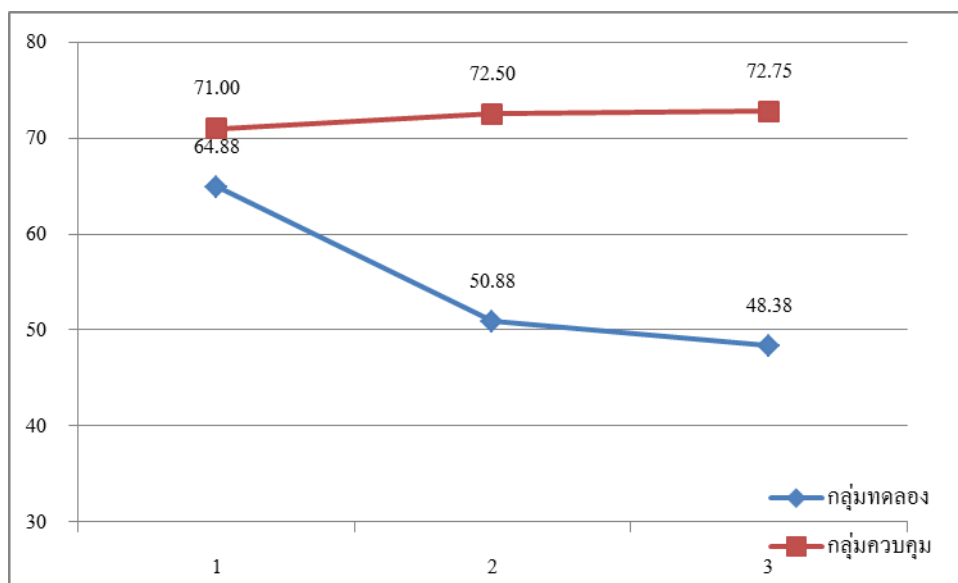
ตารางที่ 4-4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้อง
ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

| Source of variation | df | SS | MS | F | p |
|---------------------|----|-----------|--------|---------|------|
| Between subjects | 1 | 275946.02 | | | |
| Groups (G) | 1 | 784.82 | 784.82 | 10.422* | .005 |
| SS w/in Groups | 18 | 1355.50 | 75.306 | | |
| Within subject | 32 | 2322.67 | | | |
| Interval | 2 | 505.17 | 252.58 | 6.78* | .004 |
| I x G | 2 | 774.50 | 387.25 | 10.40* | .000 |
| I x SS w/in Groups | 28 | 1043.00 | 37.25 | | |
| Total | 47 | | | | |

*p < .05

จากตารางที่ 4-4 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไต
ทางช่องท้องด้วยตนเอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย
ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ที่ได้รับการให้การศึกษากลุ่มตามทฤษฎี และผู้ป่วย
ล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอ
ในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ โดยการนำเสนอในรูปแบบกราฟ ได้ผลดังภาพที่ 4-3



ภาพที่ 4-3 กราฟเส้นแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

จากภาพที่ 4-3 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่ได้รับการให้การรักษาด้วยกลุ่มเกสตัลท์สูงใกล้เคียงผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษาด้วยกลุ่มเกสตัลท์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษาด้วยกลุ่มเกสตัลท์มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองกลุ่มควบคุมเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องร่วมกัน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลองลดลง

เนื่องจากพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยมุ่งทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลอง และผลย่อยของระยะเวลาการทดลอง พบว่า ผลการทดลองดังตอนที่ 3 และตอนที่ 4

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตารางที่ 4-5 ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| Source of variation | df | SS | MS | F |
|---------------------|----|----------|---------|------|
| Between Group | 1 | 48.050 | 48.050 | .445 |
| Within Group | 18 | 1944.900 | 108.050 | |

หมายเหตุ $F_{.05}(1, 18) = 4.41$ ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howell, 1997, p. 459) ได้ค่า $df = 18$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4-5 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

* $p < .05$

ตารางที่ 4-6 ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| Source of variation | df | SS | MS | F |
|---------------------|----|----------|---------|--------|
| Between Group | 1 | 320.000 | 320.000 | 3.804* |
| Within Group | 18 | 1514.200 | 84.122 | |

หมายเหตุ $F_{.05}(1, 18) = 4.41$ ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howell, 1997, p. 459) ได้ค่า $df = 18$

* $p < .05$

จากตารางที่ 4-6 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตลดลงมากกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 4-7 ผลการทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| Source of variation | df | SS | MS | F |
|---------------------|----|----------|---------|--------|
| Between Group | 1 | 561.800 | 561.800 | 6.120* |
| Within Group | 18 | 1652.400 | 91.800 | |

หมายเหตุ $F_{.05}(1, 18) = 4.41$ ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Welch and Satterthwaite (Howell, 1997, p. 459) ได้ค่า df = 18

* $p < .05$

จากตารางที่ 4-7 พบว่า ในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตลดลงมากกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4-8 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของการทดลอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

| Source of variation | df | SS | MS | F | p |
|---------------------|----|---------|--------|-------|------|
| Between Group | 7 | 4737.65 | | | |
| Interval | 2 | 1245.33 | 634.47 | 9.95* | .002 |
| Error | 14 | 890.00 | 63.35 | | |

*p < .05

จากตารางที่ 4-8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4-9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองเป็นรายคู่ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์

| \bar{X} | ระยะติดตามผล | ระยะหลังการทดลอง | ระยะก่อนการทดลอง |
|--------------------------------|--------------|------------------|------------------|
| | 48.58 | 50.48 | 64.88 |
| 48.58 | - | 2.50 | 16.50* |
| 50.48 | | - | 14.00* |
| 64.88 | | | - |
| r | | 2 | 3 |
| q ₉₅ (r, 14) | | 3.13 | 3.70 |
| q ₉₅ SQUA (MS w/ n) | | 8.52 | 10.47 |

จากตารางที่ 4-9 พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในระยะ

ก่อนการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

นั่นคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่าก่อนการทดลอง และพบความแตกต่างในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การศึกษากลุ่มเกสตัลท์ในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 4-10 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาของการทดลอง ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
กลุ่มควบคุม

| Source of variation | df | SS | MS | F | p |
|---------------------|----|---------|-------|-----|------|
| Between Group | 5 | 6474.50 | | | |
| Interval | 2 | 16.33 | 7.15 | .66 | .534 |
| Error | 14 | 175 | 10.57 | | |

*p < .05

จากตารางที่ 4-10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นั่นคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มควบคุมมีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ด้วยวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านบึง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มีระดับความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งได้จากการตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองของมาสลาช และแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1986) แปลโดย สิริยา สัมมาวาจา (2532) ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ได้จำนวน 20 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องที่มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบปะปนกันจำนวน 22 ข้อ กลุ่มทดลองจะได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ครั้งละ 60 นาที จำนวน 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำวิธีปกติ ทำการวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง จนกระทั่งระยะติดตามผลรวมเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง
3. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล

4. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองลดลง ในระยะหลังการทดลอง

5. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองลดลง ในระยะติดตามผล

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะติดตามผลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะหลังการทดลองลดลงมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การรักษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะติดตามผลลดลงมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ในระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษา กลุ่มเกสตัลท์และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตใกล้เคียงกันดังตารางที่ 5 และภาพที่ 9 แต่เมื่อเวลาผ่านไป คือในระยะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษา กลุ่มเกสตัลท์นั้น มีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม เส้นกราฟที่แสดงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างการทดลอง กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามทฤษฎีเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตลดลง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์นั้น ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของ ผู้รับการปรึกษาในทางบวก ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล นั่นคือ มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต จึงทำให้ คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องลดลงได้ทั้งระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ (2546) ได้ศึกษาผลของ การให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อคุณค่าแห่งตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อมา จินตนา สนธิวงศ์เวช (2547) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ต่อความสุข ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรพงศ์ สุขมาลี (2550) ซึ่งได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตร ออทิสติก พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่ม เกสตัลท์เกิดการตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ในสภาวะปัจจุบัน ด้วยเทคนิควิธีการต่าง ๆ ของการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เช่น การตระหนัก ในตนเองในสภาวะปัจจุบัน การตระหนักรู้ อยู่กับความรู้สึก แก้อั้วางเปล่า เกมซ้อมบทบาท และ การแสดงความรับผิดชอบ เป็นต้น และประกอบกับเมื่อเป็นการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิก ในกลุ่มมีความเข้าใจและส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจที่จะนำปัญหาของตน มาสู่การให้การปรึกษากลุ่มนั้น ซึ่งถ้าสมาชิกมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันก็จะเรียนรู้ที่จะไว้ใจ และใส่ใจผู้อื่น รู้จักชื่นชมผู้อื่น ซึ่งบรรยากาศที่ส่งเสริมกันภายในกลุ่มนี้ สมาชิกอาจนำพฤติกรรม แบบทางเลือกมาทดลองใช้ก็ได้ การฝึกพฤติกรรมภายในกลุ่มแบบนี้ จะทำให้เขาได้รับการสนับสนุน หรือได้รับคำแนะนำจากสมาชิกอื่น ๆ ทำให้เขาเรียนรู้ที่จะนำไปใช้กับโลกภายนอกได้ (Corey, 2008 b, pp. 5-6) ซึ่งหลักการของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์เน้น “ปัจจุบัน” เพราะ “อดีต” ก็จากเราไปแล้ว และ “อนาคต” ก็เป็นสิ่งที่ยังไม่ถึง การคิดถึงแต่อดีตเป็นการหนีการคิดดำเนินการ ปัจจุบัน หรือหนีการเผชิญปัญหาในปัจจุบัน และการที่บุคคลครุ่นคิดถึงแต่อนาคตจะก่อให้เกิด ความวิตกกังวล (วัชร ทรัพย์มี, 2551, หน้า 121) เมื่อผู้วิจัยพยายามช่วยให้สมาชิกกลุ่มตระหนัก ในปัจจุบันมากกว่าที่จะคิดถึงประสบการณ์ในอดีต ทำให้กลุ่มทดลองจึงเกิดการรับรู้สถานการณ์ ถูกต้องตามความเป็นจริง และได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากสมาชิกกลุ่ม จึงเกิดกลไก

การปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในสภาวะปัจจุบันและปรับตัว
สู่สมดุลได้ จึงสามารถลดความเหนื่อยหน่ายได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง
คือ ระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลนั้นส่งผลร่วมกัน สรุปได้ว่า การให้การปรึกษากลุ่ม
เกสตัลท์สามารถช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องทั้งในระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง
กับระยะเวลาของการทดลอง

2. ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ มีความเหนื่อยหน่าย
ในการล้างไตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นสมมติฐานข้อที่ 2-3 และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลอง
มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะ
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4-5 จากที่ผู้ป่วย
ล้างไตทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะก่อนทดลอง แต่ระยะหลังการทดลอง
และติดตามผลพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเหนื่อยหน่ายลดต่ำลง ในขณะที่กลุ่มควบคุม
ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นแสดงว่า ความเหนื่อยหน่ายในระดับปานกลางถึงสูง
เป็นปัญหาที่ไม่สามารถปล่อยไว้ให้แก้ไขได้เองตามเวลา

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์นั้น เป็นการบำบัด
ทางประสบการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เน้นที่การมีสติหรือการตระหนักรู้ (Awareness) ถึงความรู้สึก
ของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และการทำงานของกายกับใจควบคู่กันไป เกิดความตระหนักรู้
ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และรับรู้ตนเองในสภาพการณ์ต่าง ๆ ตามจริง ช่วยให้บุคคลสามารถ
ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม พยายามปรับตัวเข้าหาสิ่งแวดล้อม จึงสามารถลดความเหนื่อยหน่าย
ในการล้างไตได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนพมาศ เล็กวงษ์ (2545) ซึ่งได้ศึกษา
ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเยาวชนคดีนาเสพติด ซึ่งพบว่า
กลุ่มทดลองมีความฉลาดทางอารมณ์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่ม
ควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ
งานวิจัยของชลาลัย ดงพะจิตร (2547) ที่ได้ทำการศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎี
เกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ
ความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าระยะ
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ
ณัชชา คำเครือ (2550) ซึ่งได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มโดยศิลปินบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์

ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม รู้สึกเข้าใจและยอมรับในตัวเองอย่างแท้จริง รู้จักวางเป้าหมายและรับผิดชอบในสิ่งที่ตัวเองเลือกปฏิบัติได้ สามารถที่จะยอมรับความจริง ยอมรับผู้อื่น และปรับตัวเผชิญกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุผลที่ว่า การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำได้ยาก เมื่อเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลงที่ตัวบุคคล โดยบุคคลจะต้องรู้จักยอมรับ เข้าใจทั้งตัวเองและผู้อื่นอย่างถ่องแท้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ในที่สุด ดังที่มาสลาซ และ แจ็คสัน (Maslach & Jackson, 1986) กล่าวว่า การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของความเหนื่อยหน่าย ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเกิดความรูสึกว่ามีคนเข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วยกัน เรียกกระบวนการนี้ว่า ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social support system) มีกิจกรรมหลักคือ ช่วยเหลือบุคคลที่มีความเหนื่อยหน่ายให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลในครอบครัว เกิดความพึงพอใจ ปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เพิ่มความสามารถ

ผู้วิจัยอาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจและส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจที่จะนำปัญหาของตนมาสู่การให้การปรึกษากลุ่มนั้น และจากการที่สมาชิกกลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งอายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ในการล้างไต ดังแสดงในตารางที่ 4-1 นั้น ทำให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์มากกว่าแสดงความคิดเห็นให้สมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์น้อยกว่าได้เห็นมุมมองที่แตกต่างในการล้างไตทางช่องท้อง ให้สมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์น้อยกว่า ทำให้สมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์น้อยยอมรับตนเองในปัจจุบันและสภาพแวดล้อมมากขึ้น และขณะเดียวกัน สมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์น้อยกว่าก็แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกอย่างเปิดเผย ทำให้สมาชิกที่มีอายุและประสบการณ์มากกว่าได้มองย้อนกลับมาที่ตนเอง จนเกิดความรู้สึกตระหนักรู้ในภาวะปัจจุบันของตนเองเช่นกัน ส่วนสถานภาพสมรสที่แตกต่าง ทำให้สมาชิกมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องครอบครัว เพราะมีสมาชิกที่มีสถานภาพโสด คู่ และหย่าร้าง แต่ทุกสถานภาพมีสมาชิกสถานภาพเดียวกันมากกว่า 1 คน ทำให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีความเข้าใจในสมาชิกที่มีสถานภาพเหมือนตนเอง เพราะมีความรู้สึกที่สมาชิกมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เรียนรู้ที่จะไว้ใจและใส่ใจผู้อื่น บรรยากาศที่ส่งเสริมกันภายในกลุ่มนี้ ทำให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะนำพฤติกรรมแบบทางเลือกมาทดลองใช้ เป็นการฝึกพฤติกรรมภายในกลุ่ม

ร่วมกับการสนับสนุนหรือได้รับคำแนะนำจากสมาชิกอื่น ๆ ทำให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ที่จะนำไปใช้กับโลกภายนอกได้

จากเหตุผลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เป็นวิธีการที่ดีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องได้ จากการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และยังคงต่อเนื่องคงทนแม้จะทิ้งช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ในระยะติดตามผล แสดงว่า วิธีการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์นั้น มุ่งเน้นให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และความต้องการที่แท้จริงของตนเองในสภาวะปัจจุบัน รับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง อยู่กับความเป็นจริงในปัจจุบัน ไม่ยึดติดอยู่กับอดีตหรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง กล่าวเผชิญกับปัญหาตามความเป็นจริง รู้จักควบคุม และมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัดความขัดแย้งภายในจิตใจ กล่าวที่จะตัดสินใจและแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์ รวมถึงทักษะในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีความพร้อมที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยพบว่า การให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์นั้น ช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองมีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้องลดลง และมีประสิทธิภาพกว่าการให้คำแนะนำวิธีปกติ ทางด้านบริหาร เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร ให้ส่งเสริมให้มีการให้คำปรึกษาด้านการบริการ วางโปรแกรมให้การปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ด้านวิชาการและวิจัย ต่อยอดว่าจะ Review burnout เมื่อไหร่เพื่อจัดอีกครั้ง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรนำการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ไปใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมปรับสภาพจิตใจ รับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการยอมรับการต้องล้างไตไปตลอดชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้รับการปรึกษาจะตระหนักรู้ในตนเองยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด เหนื่อยหน่ายในการล้างไต มีกำลังใจ สามารถแก้ปัญหาและพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ และลดอัตราการปฏิเสธการล้างไตทางช่องท้องด้วยตัวเอง

2. ควรมีการเผยแพร่ผลการวิจัยและจัดดำเนินการฝึกอบรมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ในเรื่องการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เพื่อจะได้นำไปใช้ได้ถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยศึกษาในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อติดตามผลในระยะยาว

บรรณานุกรม

- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือแนวทางการบริหารจัดการการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพ สำหรับหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กาญจนา ไชยพันธุ์. (2549). *การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ขวัญทิพย์ ปทุมธนารักษ์. (2553). *ผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลต์ต่อความก้าวร้าวของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คมเพชร ฉัตรสุกกุล. (2547). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- จินตนา สนธิวงศ์เวช. (2547). *ผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลต์ต่อความสุขของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชบา เรียนรัมย์. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลาลัย ดงพะจิตร์. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลต์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- จิตยา เข้มนิ่มนวล. (2555). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพแผนกช่างอุตสาหกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(1), 12-21.
- ณัชชา คำเครือ. (2550). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ทัศนีย์ ภู่อ่างค์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ สิริชัยญ์สกุล. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตจังหวัดตรัง สตูล พัทลุง สงขลา และนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17, 245-254.
- ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์. (2546). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อคุณค่าแห่งตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช ศิริศักดิ์. (2550). การวิเคราะห์หุระดับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเทคโนโลยีวิจัยการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงลักษณ์ มั่นจิตร. (2556). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดยาแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นพมาศ เล็กวงษ์. (2545). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบเกสตัลท์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเยาวชนคดียาเสพติด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- บุญธิดา เทือกสุบรรณ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาภรณ์ นิลสม. (2553). *การพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันความรุนแรงของนักเรียน อาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ โดยการให้การปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎี เกสตัลท์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประภาศิริ กำแพงทอง. (2548). *ประสบการณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมในจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปรเมศวร์ ธรรมชาติ. (2553). *ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ความเหนื่อยหน่ายในงาน และความทุ่มเทในงานของพนักงานกลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มสำนักงาน โรงงานอุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปวีณ์นุช งามวงศ์. (2548). *ความเหนื่อยหน่ายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการตั้งใจลาออก ของพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ.
- ปานจันทร์ อิ่มหน้า. (2549). *ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความเหนื่อยล้าของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบ ลีปพันธุ*. *พยาบาลสาร*, 2, 119-124.
- ปิยะฉัตร นำชื่น. (2547). *การวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน ของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.
- เพชรารัตน์ จันทร์. (2544). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ ที่มีต่อความเข้าใจ ตนเองของนักเรียนศูนย์การศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีความพิการทางการมองเห็น*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา การให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ภัทรพงศ์ สุขมาลี. (2550). *การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครอง ที่มีบุตรออทิสติก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา การให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ภิญญา วงษ์นกกแก้วทอง. (2545). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงและการฝึก
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามแบบ โปรเกรสซีฟ ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน
ของพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มณี ฦ บางช้าง. (2545). การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง
เพื่อลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาล
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ,
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- มารยาท สุจริตวรกุล. (2545). ผลของการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ต่อความตระหนักรู้ในตนเอง
ของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ
การเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดาวัลย์ ขำงาม. (2547). ผลการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ต่อความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมในช่วงรอฟังผลการตรวจ
ชิ้นเนื้อ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลำพึง ทองสุชาติ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไต
ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วชิระ อาจเอื้อม. (2546). การแก้ปัญหาความท้อถอยของฝ่ายบริหารในโรงเรียนมัธยมศึกษา
เขตการศึกษา 5. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการศึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รวารุช ไชยสุวรรณ. (2545). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
ต่อความท้อแท้ของนักเรียนพลตำรวจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วัชรวรรณ จันทรอินทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2550). *กระบวนการปรึกษา: ขั้นตอน สัมพันธภาพ ทักษะ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2556). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาพร อธิติกุล. (2545). *การศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลขอนแก่น*. การศึกษาค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิรัตน์ ศรีทองแท้. (2556). *การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วีระเชน ชินศักดิ์ชัย. (2548). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิธร ชิดนาคี. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์, ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล และอัจฉรา สุคนธสรพร. (2551). *ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด*. *พยาบาลสาร*, 35(1), 144-150.
- ศุภมณี สงวนแสง. (2554). *การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเหนื่อยหน่ายในงาน และความสุขในการทำงาน ของผู้ประกอบการธุรกิจพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร*. งานวิจัยส่วนบุคคลศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วิ. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี. (2554). *สมาธิบำบัด แบบ SKT*. เข้าถึงได้จาก
[https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=kandalikecoconutoil&month=05-2011
 &date=16&group=1&gblog=57](https://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=kandalikecoconutoil&month=05-2011&date=16&group=1&gblog=57)
- สมโภชน์ อเนกสุข. (2551). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. ชลบุรี: ภาควิชา
 วิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*.
 กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สิระยา สัมมาวาจา. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี*.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิวลี ศิริไล. (2544). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2546). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.
- สุปราณี ไหมวัชรกุล. (2542). *ความเหนื่อยหน่ายและผลึกภาพของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 การบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์พร กุมภกาม. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน
 ความเหนื่อยหน่ายและความตั้งใจลาออกของพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*.
 ใน *การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข* (หน้า 162). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต
 กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวรศ อรุณคง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเหนื่อยหน่าย
 ในงาน: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง*. งานวิจัยส่วนบุคคล
 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, คณะศิลปศาสตร์,
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2554). *การปรึกษากลุ่ม: เอกสารประกอบการเรียนการสอน วิชา 416621
 การปรึกษากลุ่ม*. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภันตรี กองทอง. (2544). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้า
 ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
 เชียงใหม่.

- อรภัชชา เดชจิตกร. (2544). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายและคุณภาพชีวิต*
 การทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรสา ใจจินา. (2556). *อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่าย*
 ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช
 ในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 จิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อินทிரารณ กัญญา. (2549). *ผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวศาสตร์ที่ต่อความเชื่ออำนาจภายในตน*
และความเข้มแข็งในการมองโลกของเด็กภาวะยากลำบากใน โรงเรียนมัธยมศึกษา
แห่งหนึ่ง. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบล เครือภักดี. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล*
ประจำการใน โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การวัดและประเมินผลการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Barclay, L. (2008, November). Counseling may reduce clinician burnout and stress. *British Medical Journal*, 18, 330-341.
- Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurse. *Journal of Advance Nursing*, 14, 533-558.
- Cordes, C. L., Dougherty, T. W., & Blum, M. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals: A comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*, 18(6), 685-701.
- Corey, G. (2008 a). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Corey, G. (2008 b). *Theory and practice of group counseling* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Dessler, G. (2000). *Human resource management* (8th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Dorman, J. (2003). Testing a model for teacher burnout. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 3, 35-47.
- Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T., & Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 75-80.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social, 30*(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday.
- Frew, J. (1988). The practice of Gestalt therapy in groups. *Gestalt Journal, 11*(1), 77-96.
- Gazda, G. M. (1989). *Group counseling: A developmental approach* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Gibson, R. L., & Mitchell, M. H. (1986). *Introduction to counseling and guidance* (2nd ed.). New York: Macmillan.
- Greenberg, L. S., & Higgins, H. M. (1980). Effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology, 27*(3), 221-224.
- Hogan, L. R., & McKnight, M. A. (2007). Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation. *Internet and Higher Education, 10*, 117-224.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Kahill, S. (1986). Relationship of burnout among professional psychologists to professional expectations and social support. *Psychological Reports, 59*(3), 1043-1051.
- Leiter, M. P., Harvie, P. L., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science and Medicine, 47*(10), 1611-1617.
- Losito, J., Murphy, S., & Thomas, M. (2006). The effects of group exercise on fatigue and quality of life during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 821-825.
- Maslach, C. (1976). Burnout inventory in a sample of elementary and junior high school teachers. *Educational and Psychological Measurement, 45*, 377-387.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual 5* (pp. 133-153). Beverly Hills, CA: Sage.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory*. New York: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McConnell, E. A. (1982). *Burnout in the nursing profession: Coping strategies, cause and costs*. St. Louis, MO: The C. V. Mosby.
- McShane, L. S., & Von Glinow, A. M. (2003). *Organizational behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Mock, V. (2003). Clinical excellence through evidence-based practice: Fatigue management as a model. *Oncology Nursing Forum*, 30, 787-796.
- Muldary, T. W. (1983). *Burnout and health professionals: Manifestation and management*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving unfinished business: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419-425.
- Parker, P. A., & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581-599.
- Passons, W. R. (1975). *Gestalt approaches in counseling*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. New York: Bantam.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677-684.
- Roney, C. J. R., & Trick, L. M. (2003). Grouping and gambling: A Gestalt approach to understanding the gambler's fallacy. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 57(2), 69-75.
- Sayin, A., Mutluay, R. & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-3053.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Seunniens, A. D. (1982). Burnout in nursing what it is and how to prevent it. *Nursing Administration Quarterly*, 6, 12-18.

- Shubin, S. (1978). Burnout: The professional hazard you face in nursing. *Nursing*, 8(7), 22-27.
- Spagnuolo-Lobb, L. M. (1992). Childbirth as re-birth of the mother: A psychological model of training for childbirth by the Gestalt therapy approach. *Gestalt Journal*, 15(1), 7-38.
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 344-362.
- Trotzer, J. P. (2006). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice* (4th ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Uhlhaas, P. J., Linden, D. E. J., Singer, W., Haenschel, C., Lindner, M., Maurer, K., & Rodriguez, E. (2006). Dysfunctional long-range coordination of neural activity during Gestalt perception in schizophrenia. *The Journal of Neuroscience*, 26(31), 8168-8175.
- van Weert, E., May, A. M., Korstjens, I., Post, W. J., van der Schans, C. P., van den Borne, B., Mesters, I., Ros, W. J., Hoekstra-Weebers, J. E. (2010). Cancer-related fatigue and rehabilitation: a randomized controlled multicenter trial comparing physical training combined with cognitive-behavioral therapy with physical training only and with no intervention. *Physical Therapy*, 90(10), 1413-1425. doi: 10.2522/ptj.20090212
- Whitehead, A., Ryba, K., & O'Driscoll, M. (2000). Burnout among New Zealand primary school teachers. *New Zealand Journal of Psychology*, 29(2), 52-60.
- Winer, B. J., Brown, D. R., & Michels, K. M. (1991). *Statistical principles in experimental design* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Yee, B. H. (1981). The dynamics & management of burnout. *Nursing Management*, 12(11), 14-16.
- Yurtkuran, M., Alp, A., Yurtkuran, M., & Dilek, K. (2007). A modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Medicine*, 15(3), 164-171.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร อนุศาสนนันท์ อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ดร.วรางคณา โสমনันท์ อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ข

แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง
โปรแกรมการให้การรักษาตามทฤษฎีเกสตันท์

แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง

คำชี้แจง

ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ได้กรุณาใช้เวลาอันมีค่าเพื่อตอบแบบวัดฉบับนี้ ความร่วมมือที่ท่านให้ในครั้งนี้จะประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการ

แบบวัดฉบับนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว และตอนที่ 2 มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

ขอให้ท่าน ภาครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และคำตอบที่ท่านเลือกตอบในแต่ละข้อนั้น ไม่มีข้อถูกและผิด และไม่มีผลต่อการล้างไตทางช่องท้อง ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ได้ใช้เวลาอันมีค่าในการตอบแบบวัดฉบับนี้ ความร่วมมือที่ท่านให้ในครั้งนี้จะประโยชน์ และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาตนเอง และยังเป็นประโยชน์ต่อการสร้างและพัฒนาองค์กร ผู้วิจัยสัญญาว่าข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ปรียา อัสวเมธาพันธ์ (ผู้วิจัย)

นิติคมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาให้การปรึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....สกุล.....

เพศ เพศชาย เพศหญิง

อายุ ต่ำกว่า 30 ปี 31-40 ปี

41-50 ปี 51-60 ปี

สถานภาพ โสด สมรส

หม้าย หย่าร้าง

ระดับการศึกษา.....

ประสบการณ์ในการล้างไตทางช่องท้อง.....ปี

ตอนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายต่อการล้างไตด้วยตัวเอง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 7 คำตอบในแต่ละข้อ
2. ขอความกรุณาตอบทุกข้อ ตามความเป็นจริงของตัวท่านเองมากที่สุด
3. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์

ในการเลือกตอบ ดังนี้

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย | หมายถึง | ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย |
| ปีละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง |
| เดือนละ 1 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง |
| เดือนละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง |
| สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง |
| สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง |
| ทุก ๆ วัน | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน |

| ความรู้สึกของท่าน | ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย | ปี ละ 2-3 ครั้ง | เดือน ละ 1 ครั้ง | เดือน ละ 2-3 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง | ทุก ๆ วัน |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------|
| 1. ฉันรู้สึกอยากชะลอการล้างไตด้วยตัวเองเสร็จ | | | | | | | |
| 2. ฉันรู้สึกหมดแรงเมื่อเสร็จสิ้นการล้างไตด้วยตัวเอง | | | | | | | |
| 3. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อเดินเข้าขึ้นมาแล้วจะต้องเผชิญกับการล้างไตด้วยตัวเองเช่นเดิม | | | | | | | |
| 4. การทำงานกับคนอื่นทั้งวันเป็นความตึงเครียดสำหรับฉัน | | | | | | | |
| 5. ฉันรู้สึกว่าเหนื่อยหน่ายที่ต้องล้างไตด้วยตัวเอง | | | | | | | |
| 6. ฉันรู้สึกสับสนในวิธีการล้างไตด้วยตนเอง | | | | | | | |

| ความรู้สึกของท่าน | ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย | ปี ละ 2-3 ครั้ง | เดือน ละ 1 ครั้ง | เดือน ละ 2-3 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง | ทุก ๆ วัน |
|--|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------|
| 7. ฉันรู้สึกว่าการล้างไตด้วยตนเอง เป็นงานที่หนักมากเกินไป | | | | | | | |
| 8. การล้างไตเป็นสิ่งที่ทำให้ฉันเครียดมาก เกินไป | | | | | | | |
| 9. ฉันรู้สึกเหมือนจะทนล้างไตต่อไป ไม่ไหวแล้ว | | | | | | | |
| 10. ฉันสามารถเข้าใจได้โดยง่ายว่าคนอื่น รู้สึกอย่างไรกับฉัน | | | | | | | |
| 11. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ | | | | | | | |
| 12. ฉันรู้สึกว่าฉันทำให้คนรอบข้าง ฟังพอใจต่อการล้างไตด้วยตัวเอง ของฉัน | | | | | | | |
| 13. ฉันรู้สึกว่าฉันมีพลังที่จะทำการล้างไต ด้วยตัวเองให้ได้ดี | | | | | | | |
| 14. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศ ที่ผ่อนคลายกับผู้อื่น | | | | | | | |
| 15. ฉันรู้สึกว่าฉันสดชื่นหลังจากเสร็จ ภารกิจล้างไตด้วยตัวเองร่วมกับผู้อื่น | | | | | | | |
| 16. ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ที่ทำการล้างไตได้ด้วยตัวเอง | | | | | | | |
| 17. ขณะที่ล้างไตด้วยตัวเอง ฉันสามารถ ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้เป็นอย่างดี | | | | | | | |
| 18. ฉันรู้สึกว่าฉันปฏิบัติกับบุคคลอื่น ราวกับเขาไม่มีตัวตน หรือเป็นวัตถุ | | | | | | | |
| 19. ฉันกลายเป็นคนไม่สนใจคนรอบข้าง ตั้งแต่ฉันต้องล้างไตด้วยตัวเอง | | | | | | | |
| 20. ฉันกังวลว่าการล้างไตด้วยตัวเอง มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกของฉัน อย่างมาก | | | | | | | |

| ความรู้สึกของท่าน | ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น เลย | ปี ละ 2-3 ครั้ง | เดือน ละ 1 ครั้ง | เดือน ละ 2-3 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง | สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง | ทุก ๆ วัน |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------|
| 21. ฉันไม่สนใจว่าใครจะเป็นอย่างไร | | | | | | | |
| 22. ฉันรู้สึกว่าได้รับการตำหนิถึงปัญหา บางอย่างจากบุคคลรอบข้าง | | | | | | | |

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ปรีชา อัสวเมธาพันธ์

โปรแกรมให้การศึกษากลุ่มเกษตรกรที่ต่อความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|------------------------------------|--|--|---|
| 1 | ปฐมนิเทศ และสร้าง สัมพันธภาพ | <p>1. เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้การศึกษา โปรแกรม ขั้นตอนการดำเนินการ กติกา ข้อตกลงภายในกลุ่มระหว่าง การให้คำปรึกษา เช่น การรักษาความลับของสมาชิก คนอื่น ๆ โดยข้อตกลงต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p>3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับทราบแนวทางปฏิบัติ ในการดำเนินการ ให้การศึกษาแบบกลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ต้อง เข้าร่วมการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของการให้ การปรึกษา ตลอดจน ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม การให้ การปรึกษา</p> | <p>1. จัดที่นั่งเป็นวงกลม ผู้ให้การศึกษากล่าว ต้อนรับและแนะนำ ตนเองอย่างเป็นกันเอง ให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จัก เพื่อให้บรรยากาศ ผ่อนคลาย</p> <p>2. ผู้ให้การศึกษาชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ของการให้คำปรึกษา และข้อตกลงต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ สมาชิกกลุ่มซักถามถึง ข้อสงสัย</p> <p>3. ผู้ให้คำปรึกษา สร้างบรรยากาศให้ เป็นกันเองโดยให้สมาชิก ทำความรู้จักกัน โดยการแนะนำตัว โดยให้กล่าวถึง ความเป็นตนเอง</p> <p>4. ให้สมาชิกแต่ละคน พูดถึงความรู้สึกที่ได้มี การแนะนำตัวต่อกันและ ทำความรู้จักกัน</p> <p>5. สัมภาษณ์ความรู้สึก และความต้องการ ด้วยคำถาม “รู้สึกอย่างไร ในขณะนี้ คาดหวังอะไร ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้”</p> | <p>1. ประเมินสมาชิก โดยการซักถาม ดังนี้</p> <p>1.1 การเข้ากลุ่ม มีข้อตกลงที่สำคัญ อะไรบ้าง</p> <p>1.2 วัตถุประสงค์ ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ คืออะไร</p> <p>1.3 สมาชิก ได้อะไรจาก การเข้ากลุ่มครั้งนี้</p> |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|--------------------------------------|--|--|--|
| | | | <p>6. ให้สมาชิกช่วยกันสรุปถึงสิ่งที่ได้จาก การสนทนา เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการเข้ารับการปรึกษา ครั้งต่อไป</p> | |
| 2-3 | <p>ตระหนักรู้ในตนเอง (Awareness)</p> | <p>1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการรับรู้ สติ อารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริง ของตนเองที่เกิดขึ้น ในปัจจุบัน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ถึงความเหนื่อยหน่าย ในการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งเป็นผลจากความเหนื่อยล้า ที่ต้องทำทุกวันอย่างต่อเนื่อง</p> | <p>1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายหลังจากนั้น ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ รวมทั้งความคิดของกลุ่มที่ได้ตกลง</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกกลุ่ม ทำกิจกรรมผ่อนคลาย ร่วมกัน โดยเปิดเพลง บรรเลงเพื่อให้สมาชิก มีความพร้อมต่อการให้ การปรึกษา ให้สมาชิก จินตนาการถึงสภาวะ ที่ตนเองชอบและผ่อนคลายเป็นเวลา 5 นาที</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกแต่ละคน แสดงความรู้สึกที่แท้จริง ของตนเองในสภาวะ ปัจจุบัน และความรู้สึก ถึงความเหนื่อยหน่าย ในการล้างไตทาง ช่องท้องด้วยตนเอง</p> | <p>1. สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึง ความเข้าใจในอารมณ์ และความรู้สึกของ ตนเองอย่างไร ในปัจจุบัน</p> <p>2. สมาชิกได้อะไร จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้</p> |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|---------|--------------|--|-----------|
| | | | <p>ซึ่งเป็นผลมาจากความเหนื่อยหน่ายในอดีตที่ต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน</p> <p>3.1 สมาชิกแต่ละคนนำสิ่งของที่เป็นตัวแทนในการสร้างไทม์ไลน์เรียงในวงกลม โดยมีตัวเองเป็นศูนย์กลางแล้วให้อธิบายความหมายของสิ่งของนั้น ๆ</p> <p>3.2 สมาชิกทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นเมื่อพบปัญหาหรือช่วยเป็นกำลังใจโดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ควบคุมไม่ให้สมาชิกหลงประเด็น และกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในกลุ่ม</p> <p>4. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการเล่น เพื่อให้ความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้ารับการปรึกษาครั้งต่อไป</p> | |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|--|--|---|--|
| 4 | อยู่กับสิ่งที่ ไม่สามารถ หลีกเลี่ยงได้ (Staying with the feeling) | <p>1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ต้องการหลีกเลี่ยง ให้กล้าที่จะเผชิญความจริงและมีประสบการณ์กับความรู้สึกนั้น</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะอดทนต่อ ในการที่จะขจัดสิ่งที่จะมาขัดขวางทางที่จะพัฒนาตนเอง</p> | <p>1. ผู้ให้การปรึกษา ทักทายสมาชิกและทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกันไปในเรื่องก่อน โดยกระตุ้นให้สมาชิกเป็นผู้สรุป</p> <p>2. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกบอกเล่าถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ในการล้างไตที่สมาชิกไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคอยู่กับความรู้สึก (Staying with the feeling) โดยให้สมาชิกแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ในล้างไต และค้างค้ำความรู้สึกนั้น ๆ ไว้ ร่วมกันเล่าประสบการณ์ และการแก้ไข สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน</p> <p>4. ให้ผู้รับการปรึกษา และสมาชิกร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนา เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับการปรึกษาครั้งต่อไป</p> | <p>1. สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อสิ่งที่สมาชิกกลุ่มต้องการหลีกเลี่ยง ไม่กล้าที่จะเผชิญหน้าในปัจจุบัน</p> <p>2. สมาชิกได้อะไรจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้</p> |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|--|---|---|---|
| 5-6 | เรียนรู้ ความรู้สึก ที่ขัดแย้ง ใช้เทคนิค เก้าอี้ ว่างเปล่า (The empty- chair) | 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ตระหนักและรับรู้ถึงสภาวะ ตนเองอย่างแท้จริง 2. เพื่อให้สมาชิกได้เผชิญ กับปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งในขณะ ที่ล้างไตและเวลาอื่น ๆ 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้เผชิญกับความขัดแย้ง ภายในจิตใจ ความรู้สึก ทั้ง 2 ด้าน ที่มีอยู่ในตนเอง ให้กระจ่างขึ้นและไม่พยายาม ปฏิเสธความรู้สึกที่มีอยู่ใน ปัจจุบัน | 1. ผู้ให้การปรึกษา ทักทายสมาชิกและ ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ไปในครั้งก่อน โดยกระตุ้นให้สมาชิก เป็นผู้สรุป 2. ผู้ให้การปรึกษา กระตุ้นให้สมาชิกสำรวจ ความรู้สึกขัดแย้ง ในการล้างไตที่ก่อให้เกิด ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย 3. ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเปล่า (The empty-chair) โดยจัดเก้าอี้ว่างไว้ 2 ตัว ให้ผู้รับคำปรึกษานั่งเก้าอี้ ตัวหนึ่ง แล้วแสดง บทบาทที่เป็นไปตาม ความคาดหวังของผู้ให้ การปรึกษา จากนั้นย้ายมา นั่งเก้าอี้อีกตัวหนึ่งแล้ว แสดงบทบาทในลักษณะ ที่ตนต้องการจะเป็น 4. ให้ผู้รับการปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้ จากการสนทนา เพื่อให้มี ความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับ การปรึกษาครั้งต่อไป | 1. สมาชิกแสดง ความคิดเห็นว่า มีสิ่งใดบ้างที่ สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าเป็น ปัญหาขัดแย้ง ในการล้างไต 2. สมาชิก มีความต้องการจัดการ อย่างไรกับปัญหา ความรู้สึกนั้น 3. สมาชิกได้อะไร จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|--|--|--|---|
| 7-8 | จัดการกับ สิ่งที่ค้างคา ในใจ (Unfinished business) | เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้ ถึงความขัดแย้งในตนเอง สามารถหาทางออก ในการจัดการกับปัญหา อย่างเหมาะสมกับตนเอง ในสถานการณ์ต่าง ๆ | <p>1. ผู้ให้การปรึกษา ทักทายสมาชิกและ ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ไปในครั้งก่อน โดยกระตุ้นให้สมาชิก เป็นผู้สรุป</p> <p>2. ให้สมาชิกบอกเล่า ประสบการณ์ที่เป็น ปัญหาค้างคาใจ ในการสังเกต ที่ไม่สามารถจัดการได้</p> <p>3. ผู้ให้การปรึกษา ใช้เทคนิคเกมซ้อม บทบาท (The rehearsal technique) เพื่อกระตุ้น ให้สมาชิกได้เข้าใจ บทบาทหน้าที่ของตนเอง มากขึ้น และสามารถ เลือกตัดสินใจกับสิ่งที่ ค้างคาในใจ (Unfinished business) โดยตั้งคำถาม ว่า “หากผู้ให้การปรึกษา/ ญาติ สั่งให้สมาชิกทำ โดยไม่ตรงกับ ความต้องการของ สมาชิก สมาชิกจะทำ อย่างไร” โดยให้ แต่ละคนสลับบทบาทกัน เป็นผู้ให้การปรึกษา/ ญาติ/ ผู้ป่วย</p> <p>4. ให้ผู้รับการปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้ จากการสนทนาเพื่อให้มี</p> | <p>1. สมาชิกพูดแสดง ความรู้สึกลึกถึง ปัญหา ใดบ้างเป็นสิ่งที่ ค้างคาใจสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สมาชิก มีการจัดการอย่างไร กับปัญหาค้างคาใจ</p> <p>3. สมาชิกได้อะไร จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้</p> |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|---|---|--|--|
| | | | ความเข้าใจที่ตรงกัน จากนั้นนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับ การปรึกษาครั้งต่อไป | |
| 9-10 | อยู่กับ ปัจจุบัน ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ (Hear and now) | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกอยู่กับ ปัจจุบัน อย่าอยู่กับอดีตและ อย่าเลื่อนลอยไปกับอนาคต 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม รับผิดชอบต่อหน้าที่ตนเอง 3. สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การปรึกษา ทักทายสมาชิกและ ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ไปในครั้งก่อน โดยกระตุ้นให้สมาชิก เป็นผู้สรุป 2. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกฝึกการหายใจ โดยการเปิดเสียงดนตรี ธรรมชาติ ให้สมาชิกเกิด ผ่อนคลายและเกิดสมาธิ 3. ให้สมาชิกฝึกสังเกต และจดจ่ออยู่กับอวัยวะ ตามส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกาย รับรู้อารมณ์ ความรู้สึก เช่น ขณะนี้ หูของฉันได้ยินเสียง... ขณะนี้จมูกของฉัน ได้กลิ่น...ขณะนี้ผิวหนัง ฉันรู้สึก... 4. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกนำวิธีการ หายใจและการมีสติ อยู่กับปัจจุบันไปปรับใช้ ในชีวิตประจำวัน 5. ให้ผู้รับการปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้ จากการสนทนาเพิ่มเติม และยุติการให้คำปรึกษา | สมาชิกแสดง ความคิดเห็น ในการอยู่กับปัจจุบัน หากยังมีถึงแต่อดีต และกังวลกับอนาคต จะเป็นอย่างไร |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|---|--|---|--|
| 11 | การพึ่งพาตนเอง และพัฒนาตนเอง ให้มี ความสามารถ เพิ่มขึ้น | 1. ให้สมาชิกจัดการ กับตนเอง ไม่ต้องไป ปรับสิ่งแวดล้อม 2. มีวุฒิภาวะ สามารถ พึ่งตนเองได้ 3. พัฒนาการเองให้มี ความสามารถ | 1. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกบอกเล่าถึง พฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่น ในการล้างไต และจะมี วิธีการใดสามารถไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น ใช้หลัก ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 2. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกตระหนักถึง ความสามารถในตนเอง และความรับผิดชอบ ในการกระทำของตน 3. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกนำลักษณะ หรือความรู้สึก ไม่พึ่งปรารถนาออกไป นำความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ และการกระทำ ที่ยอมรับไม่ได้ออกไป จากตนเอง เช่น ฉันไม่ได้ เป็นคนเกียจคร้าน ฉันไม่ได้เป็นคนไม่มี ระเบียบ | สมาชิกแสดง ความรู้สึกบอกเล่า ประสบการณ์และ แนวคิดในการพัฒนา ตนเอง ไม่พึ่งพาผู้อื่น |
| 12 | สรุป กระบวนการกลุ่ม และประเมินผล | 1. เพื่อให้สรุป อภิปรายถึงกระบวนการ ทั้งหมดที่ทำร่วมกัน 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม นำไปใช้ในชีวิต ประจำวัน 3. เพื่อยุติการให้ การปรึกษา | 1. ผู้ให้การปรึกษา ทักทายสมาชิกและ ทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ไปในครั้งก่อน โดยกระตุ้นให้สมาชิก เป็นผู้สรุป 2. ผู้ให้การปรึกษา ให้สมาชิกกลุ่มประเมิน การเปลี่ยนแปลง ในตนเองและอภิปราย | สมาชิกแสดง ความรู้สึกต่อ กระบวนการเข้ากลุ่ม รับการปรึกษา สิ่งที่ได้ จากการเข้ากลุ่ม ตั้งแต่ต้นจนจบ กระบวนการ |

| ครั้งที่ | กิจกรรม | วัตถุประสงค์ | วิธีดำเนินการ | ประเมินผล |
|----------|---------|--------------|--|-----------|
| | | | <p>3. ใช้เทคนิคการแสดง ความไว้วางใจและ เป็นหนึ่งเดียวกัน โดยการสัมผัสมือกัน เป็นวงกลม ให้สมาชิก กล่าวให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน</p> <p>4. ให้ผู้รับการปรึกษา ร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้ จากการสนทนาเพิ่มเติม และยุติการให้คำปรึกษา</p> | |

ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

เรียน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้รับการสุ่มเลือกและสมัครใจให้เข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากการที่ต้องล้างไตทางช่องท้องเป็นภาระงานที่หนัก การรักษาที่ต้องทำไปตลอดชีวิต ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต ซึ่งการที่ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตมากถึงร้อยละ 100 จากการสุ่มสำรวจจากผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 23 คน ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรที่จะพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาที่สามารถลดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง โดยเลือกใช้การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้เชิงวิชาการ

ในการวิจัยนี้จะได้มีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต ในระดับปานกลางถึงสูง และการใช้การให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ เพื่อลดความเหนื่อยหน่ายดังกล่าว เมื่อท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะได้รับการวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไต หลังจากที่คุณวิจัยทราบผลแล้ว จะรายงานให้ท่านทราบ พร้อมทั้งอธิบายและแปลความหมายของผลการตรวจให้ทราบโดยละเอียดหากท่านต้องการ และผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากจำนวนผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลางถึงสูง จำนวน 20 คนเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ใช้เพื่อรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ในการดำเนินการนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น โดยที่ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ระยะเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากท่าน ทั้งการวัดความเหนื่อยหน่ายและการเข้ากลุ่มให้การปรึกษา ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ทั้งหมด 12 ครั้ง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยที่ไปเก็บข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามได้ที่

นางปริยา อัสวเมธาพันธ์ โทรศัพท์ 081-8619939

ที่อยู่ 23/122 ม.2 ต.เสม็ด อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(นางปรีญา อัสวเมธาพันธ์)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย
ที่ต้องทำการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยตนเอง
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECTS OF GESTALT GROUP COUNSELING ON
BURNOUT IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS
๒. ชื่อ นิสิต นางปริยา อัครเมธาพันธ์ หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๑๐๐๓ สาขาวิชา จิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ
๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ
๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้
(✓) อนุมัติโครงการวิจัย
() ไม่อนุมัติ
๔. วันที่ให้การอนุมัติ: ๒๙เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

30/๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศธ ๖๖๒๑/๑๓๐๑

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

ด้วย นางปริยา อัครเมธาพันธ์ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ในความควบคุมดูแลของ ดร.ศลิตาว ปุณณานนท์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณี เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์ขออนุญาตใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคลากรในสถาบันของท่าน

ทั้งนี้ เพื่อนำไปประกอบการขออนุมัติพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ เพื่อให้บัณฑิตได้ขออนุญาตสถานที่ก่อนที่จะเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศิริสวัสดิ์)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักงานคณบดี คณะศึกษาศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๒๒๒ ต่อ ๒๐๐๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๑๐๕๓

Ethic 04



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ (นาย นางสาว นางสาว) ปริญญา อัครเมธาพันธ์.....
 นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย
 ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง โดยมี ดร.ศลดาว ปุระณานนท์ เป็นประธานกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์ เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์
 จึงมีความประสงค์ขออนุญาตใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม *ป.อ.อ. น.*
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

ประทับตราสถาบัน (ถ้ามี)



ภาคผนวก ง

ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง

ตารางที่ ง-1 การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการล้างไตทางช่องท้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประเมินข้อคำถามแต่ละข้อ

| คำถามที่ | คะแนนความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ | | | | คะแนนรวม | IOC | สรุป |
|----------|---------------------------------|---|---|---|----------|------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 12 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 15 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1.00 | ใช้ได้ |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | .75 | ใช้ได้ |
| 22 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | .75 | ใช้ได้ |

หมายเหตุ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .50-1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า .50 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

ประวัติย่อของผู้วิจัย

| | |
|---------------------------|---|
| ชื่อ-สกุล | นางปรีชา อัสวเมธาพันธ์ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 19 ตุลาคม พ.ศ. 2514 |
| สถานที่เกิด | อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน | บ้านเลขที่ 23/122 หมู่ 2 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี |
| ตำแหน่งและประวัติการทำงาน | |
| พ.ศ. 2537-2540 | พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี |
| พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี |
| ประวัติการศึกษา | |
| พ.ศ. 2537 | พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี |
| พ.ศ. 2560 | วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา |