

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอ เป็นลำดับ ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

- 2.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.1.2 คุณค่าและลักษณะเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.1.3 วิธีดำเนินการจัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษา
- 2.1.4 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม
- 2.1.5 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.1.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (The rational emotive theory : RET)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

- 2.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
- 2.2.2 ทรรศนะเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 2.2.3 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล
- 2.2.4 กลไกการลดความวิตกกังวล
- 2.2.5 วิธีการลดความวิตกกังวล
- 2.2.6 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ทองเรียน อมรัชกุล (2520) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น กระบวนการให้คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาจำนวนหนึ่ง เพื่อช่วยกันแก้ปัญหา โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม

คมเพชร นัตรสุกุล (2521) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น การช่วยให้สมาชิกช่วยกันแก้ปัญหของตน โดยสมาชิกในกลุ่มเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา จนกระทั่งสมาชิกแต่ละคนมองเห็นทางในการแก้ปัญหของตนได้

สมสร เชื้อหิรัญ (2524) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่า เป็นกระบวนการที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยทั้งสองฝ่ายคือผู้ให้คำปรึกษา (พยาบาล) และผู้รับคำปรึกษา (ผู้ป่วย) สร้างสัมพันธภาพต่อกัน ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักตนเอง มองเห็นสาเหตุและปัญหาต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริง และนำไปพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหด้วยตนเองได้ตามที่ปรารถนา และเหมาะสม

ชูชัย สมธิไกร (2527) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) จัดขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา (Client) ซึ่งมีจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจะก่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความอบอุ่น การยอมรับ ความไว้วางใจ และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พูดถึงตนเองและสิ่งที่ทำให้เขารู้สึกกังวลใจ สิ่งที่เขาพบมิใช่ปัญหาของกลุ่มแต่เป็นปัญหาของเขาเอง สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มจะมีบทบาทช่วยเหลือให้กำลังใจและการสนับสนุนแก่เขาในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ส่วนผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) ก็มีบทบาทที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการของกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จัก เข้าใจ และยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้สามารถเลือกทางออกแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งภายในจิตใจของตนได้ อันนำไปสู่ความงอกงามทางจิตใจ (Growth) และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ตนปรารถนา

วัชร ทรัพย์มี (2533) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น กระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการจะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งร่วมกันปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาร่วมอยู่ด้วยสมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดใน

การแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง ทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่า ผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้งหรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหา

Shertzer และ Stone (1968) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ (Facilitator) สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสดูแลความรู้สึกและความคิดเห็นของตน กล้าที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง นอกจากนี้สมาชิกยังได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น ทำให้เข้าใจว่าไม่เฉพาะตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา วิธีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่า ตนสามารถให้ข้อคิดเห็นอันจะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มได้

Mahler (1969) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น การค้นหาสิ่งที่มีความหมายต่อการเป็นบุคคล พัฒนาความเชื่อมั่นในการรับรู้ตนเอง เรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่นเป็นอย่างดี รู้จักรวบรวมและสร้างบูรณาการความรู้สึก ความคิดของบุคคล ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเข้าสังคม ตรวจสอบค่านิยมที่บุคคลมีอยู่ รวมทั้งการพัฒนาค่านิยมใหม่ สร้างบรรยากาศที่ให้ความปลอดภัยในการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับความรู้สึกและการควบคุมความรู้สึก เรียนรู้ที่จะรับผิดชอบเกี่ยวกับความประพฤติของตน และศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น

Ohlsen (1970) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่า เป็น การให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติให้มีการยอมรับปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง พยายามแก้ไขปัญหานั้นก่อนที่จะกลายเป็นปัญหารุนแรง การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสามารถเรียนรู้ที่จะนำความคิดที่ได้จากกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อีกด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลที่มีความต้องการปรับปรุงตนเองและแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทั้งนี้จะทำให้บุคคลเข้าใจและยอมรับตนเอง สามารถใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง อันนำไปสู่ความงอกงามทางจิตใจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่คนปรารถนา

2.1.2 คุณค่าและลักษณะเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counseling) มีคุณค่า (Value) และลักษณะเฉพาะ (Uniqueness) แตกต่างจากการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual counseling) หลายประการ ดังนี้ (วัชร ฐะคำ, 2524; วัชร ทรัพย์มี, 2533; Kelman, 1963; Kemp, 1970; Gazda, Dancan and Medadow, 1975)

(1) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกของตนเอง ได้เปิดเผยตนเองในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ มีความเข้าใจ ความหวังดี ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง สามารถประเมินตนเองเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองให้มากที่สุด เกิดการยอมรับตนเองในที่สุด

(2) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ไม่ด่วนตัดสินใจก่อนการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบ มีโอกาสสำรวจศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ที่แฝงอยู่ สามารถพัฒนาตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม

(3) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพบว่าเขามีได้อยู่โดดเดี่ยวหรือแตกต่างไปจากคนอื่น แต่ยังมีคนอื่นที่มีปัญหาและต่างก็หาทางแก้ปัญหาเหล่านั้นเช่นกัน

(4) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลาย โดยเรียนรู้จากสมาชิกอื่น ด้วยการสังเกตว่าผู้อื่นแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างไร ทำให้มองเห็นแนวทางและมีพลังการแก้ปัญหา จากการที่กลุ่มยอมรับและให้กำลังใจสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา

(5) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ ด้วยการศึกษจากสภาพของกลุ่มที่เป็นเสมือนสังคมเล็ก ๆ ของชีวิตจริง ทำให้สมาชิกสามารถทดสอบพฤติกรรมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และกลุ่มยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทดลองกระทำพฤติกรรมใหม่ได้อย่างสบายใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้ในชีวิตได้

(6) ประสบการณ์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม อาจทำให้สมาชิกแสวงหาและขอรับคำปรึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบของการให้คำปรึกษารายบุคคล

(7) ช่วยประหยัดเวลาของผู้ให้คำปรึกษา เพราะสามารถให้บริการกับผู้รับคำปรึกษาได้ครั้งละมากกว่า 1 คน

2.1.3 วิธีดำเนินการจัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษา

2.1.3.1 ลักษณะสมาชิกที่เข้ากลุ่ม Shertzer และ Stone (1968) เสนอแนะว่าควรเลือกผู้ที่มีความสนใจหรือมีปัญหาคล้ายคลึงกัน อยู่ในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ยังเห็นว่า สมาชิกที่จะได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มที่สุดคือ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ มีความเต็มใจที่จะแสดงความคิดเห็น ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรสัมภาษณ์สมาชิกก่อนที่จะจัดกลุ่ม โดยอธิบายให้ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ที่จะเข้ากลุ่มว่า แต่ละคนจะได้อะไร และต้องทำอะไรกับกลุ่ม ทั้งให้เขาตัดสินใจว่าจะร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มหรือไม่ บุคคลที่ไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่มมีลักษณะ ดังนี้

- (1) ก้าวร้าว
- (2) เหนื่อยมากเกินไป
- (3) มีปัญหาในการปรับตัวมาก ไม่เหมาะกับกลุ่มคนปกติ
- (4) ไม่ควรจัดผู้ที่เป็นญาติ หรือ เพื่อนสนิทไว้ในกลุ่มเดียวกัน เพราะต่างก็รู้ปัญหาของอีกฝ่ายหนึ่ง อาจไม่ได้เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของคน

2.1.3.2 ขนาดของกลุ่ม ปกติควรมีสมาชิกประมาณ 6 - 8 คน หากมีสมาชิกกลุ่มมากเกินไป จะทำให้ผู้รับบริการแต่ละคนไม่มีโอกาสสำรวจปัญหาของตนอย่างพอเพียง แต่จำนวนสมาชิกไม่ควรต่ำกว่า 6 คน เพราะจะทำให้ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเกิดขึ้นน้อยเกินไป (Mahler, 1969) สอดคล้องกับความเห็นของ Shertzer และ Stone (1968) ที่เสนอแนะว่ากลุ่มควรมีสมาชิก 6 - 8 คน และอาจขยายเป็น 10 - 12 คนก็ได้ ไม่ควรจัดให้เป็นกลุ่มใหญ่มาก เพราะจะทำให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มลดลง และมีแนวโน้มว่าสมาชิกจะมีการพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษามากกว่าที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จำนวนสมาชิกกลุ่มที่เหมาะสม ที่จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษารู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรจะเป็น 5 - 8 คน

2.1.3.3 ช่วงเวลาที่ใช้ในการเข้ากลุ่ม ขึ้นอยู่กับอายุของผู้รับบริการและความจำกัดของสถานที่ โดยกลุ่มผู้ใหญ่อาจใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมง Shertzer และ Stone (1968) เสนอว่าในกลุ่มที่เป็นวัยรุ่นขึ้นไปอาจใช้เวลา 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 30 นาที ได้

2.1.3.4 จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรจัดให้สมาชิกพบกันประมาณ 5 - 25 ครั้ง ตามความเหมาะสม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช [มสธ.], (2533) ทั้งนี้การจัดกลุ่มก็ต้องขึ้นอยู่กับเรื่องและสมาชิกกลุ่ม โดยกลุ่มที่มีขนาดเล็ก อาจจัดไม่ถึง 10 ครั้ง เช่น กลุ่มให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเรื่องการฉีด Insulin ควรจัดเป็นกลุ่มเล็กมีสมาชิกประมาณ 6 - 8 คน ใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มประมาณ 3 ครั้ง (Litwack; Janice and Ballow, 1980)

2.1.3.5 การจัดที่นั่ง ควรจัดเป็นวงกลม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์ต่อกันเพิ่มขึ้นและมีโอกาสสังเกตสีหน้าท่าทาง อากัปกิริยา คำพูด และความรู้สึก

2.1.4 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มุ่งที่จะช่วยให้บุคคลสำรวจและประเมินตนเอง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากที่สุด ทำให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สามารถพัฒนาตนเอง มีความรับผิดชอบต่อดนและสังคม นอกจากนี้ยังสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ได้ไปปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มจึงเป็นผู้มีหน้าที่ในการเอื้ออำนวย (Facilitator) คือช่วยให้สมาชิกได้ค้นหา

ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ผู้นำกลุ่มอาจเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง เพื่อสมาชิกได้เห็นทางในการแก้ปัญหาได้ ดังนี้

- (1) ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Promoting interaction)
- (2) เอื้ออำนวยให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Facilitating interaction)
- (3) ริเริ่มในการก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Initiating)
- (4) ชี้นำ (Guiding) เพื่อช่วยให้กลุ่มก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย อันเป็นประโยชน์สูงสุดในการพัฒนากลุ่ม
- (5) สอดแทรก (Intervening) เมื่อกลุ่มเริ่มจะไม่กระทำการใด ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นรวมถึงการรักษาเวลาที่กำหนดไว้และการนำการอภิปรายเข้าสู่เรื่องที่แท้จริง
- (6) รวบรวมความรู้ที่นึกคิดเข้าด้วยกัน (Consolidating) คือทำให้สมาชิกเกิดความกระจ่าง (Clarifying) สรุป (Summarizing) และเชื่อมโยง (Linking)
- (7) รักษากฎ (Rule - keeping) ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกของกลุ่มรักษากฎของกลุ่มเอาไว้
- (8) สนับสนุนให้สื่อความกันอย่างถูกต้อง (Enhanceing communication)
- (9) แก้ไขความขัดแย้ง (Resolving conflicts)
- (10) ระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม (Mobilizing group resources) ให้สมาชิกได้มีบทบาทในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- (11) ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Counseling) เมื่อสมาชิกต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

2.1.5 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) กล่าวถึงขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ดังนี้

- (1) ขั้นก่อตั้งกลุ่ม (The involement stage) เป็นขั้นตอนของการชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างความคุ้นเคย และสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาความไว้วางใจในกลุ่ม ซึ่งอาจจำเป็นต้องอาศัยการเข้ากลุ่มหลาย ๆ ครั้ง โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ส่วนการสร้าง ความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มนั้น ขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มโดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ
- (2) ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition stage) เป็นขั้นที่เปลี่ยนจากกลุ่มสังคมนิยมแบบกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การบำบัดช่วยเหลือ ขั้นนี้สมาชิกในกลุ่มอาจเกิดการต่อต้านและเกิดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้า

ใจลักษณะของกลุ่มว่า การดำเนินกลุ่มจะต้องมีการอภิปรายปัญหาส่วนตัวต่าง ๆ กันอย่างเปิดเผยจึงจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิก ซึ่งจะได้อรรถเมื่อสมาชิกในกลุ่มเต็มใจเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

(3) ขั้นดำเนินงาน (The working stage) ในขั้นนี้ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญมาก การที่ทุกคนเต็มใจอภิปรายจะทำให้การดำเนินกลุ่มเปิดโอกาสแก่สมาชิกได้สำรวจตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้สรุปและอำนวยความสะดวกการดำเนินงานของกลุ่ม

(4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The ending stage) การที่จะสิ้นสุดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น ต้องมีการชี้แจงให้สมาชิกได้เข้าใจถึงการดำเนินกลุ่มและการสิ้นสุดสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการยอมรับและสมาชิกได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม

2.1.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (The rational emotive theory : RET)

2.1.6.1 หลักการและแนวคิด

Albert Ellis (กองการพยาบาล, 2532; มสธ., 2533; วชิร ทรัพย์มี, 2533; อาภา จันทรสกุล, 2535) ได้พัฒนาวิธีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (The rational emotive theory : RET) ในปี ค.ศ. 1955 โดยมีความเห็นว่า อารมณ์และเหตุผลของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความคิดและการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นตัวก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อการกระทำของบุคคล หรือกล่าวได้ว่าทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์ มีหลักการดังนี้

(1) มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล เมื่อมนุษย์ได้ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลจะนำไปสู่การกระทำที่มีประสิทธิภาพ

(2) ในขั้นตอนของพัฒนาการ มนุษย์ได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ให้เกิดความคิดเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่นในแง่มุมต่าง ๆ

(3) อารมณ์ขุ่นมัวของมนุษย์มีรากฐานจากความคิดที่ไร้เหตุผล อาจได้มาจากการรับรู้และทัศนคติที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ แต่ตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดอารมณ์ขุ่นมัว

(4) มนุษย์มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด และก่านิยมอันไร้เหตุผลของตน ซึ่งจะทำให้การกระทำเปลี่ยนแปลงไป

(5) มนุษย์ยังมีข้อบกพร่องหรือความผิดพลาด ซึ่งอาจจะเอาชนะข้อบกพร่องหรือความผิดพลาดนั้นได้

(6) พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากสังคม ในขณะที่เดียวกันเราก็มีเสรีภาพที่จะเลือกกระทำ อย่างไรก็ตามก็ต้องเข้าใจว่าเสรีภาพเองก็มีข้อจำกัด

(7) มนุษย์เกิดมาด้วยความโน้มเอียงที่จะมีเหตุผล ต้องการดูแลตนเอง รักและอยากจะทำพัฒนาตนเอง แต่ในบางครั้งก็อาจเกิดพ่ายแพ้ตนเอง หรือทอดทิ้ง โดยถือเอาความพอใจระยะสั้น หลีกเลียงที่จะใช้ความคิดอย่างทะลุปรุโปร่ง

(8) เนื่องจากความคิด - อารมณ์และการกระทำมีความสัมพันธ์กัน การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จึงเน้นอิทธิพลของความคิดมาก โดยจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ปรับปรุงปรัชญาชีวิตของตน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการกระทำในที่สุด

(9) มนุษย์มีกรอบแห่งความคิดหรือการรับรู้ของตน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงควรทำความเข้าใจกับกรอบแห่งความคิดหรือการรับรู้ของผู้รับบริการ

10) มนุษย์วางเงื่อนไขทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจหรือมีปัญหา โดยมีความคิดหรือความเชื่อที่ผิด ๆ

2.1.6.2 จุดมุ่งหมายของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์
การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยผู้รับบริการมีคุณ

ลักษณะ ดังนี้

(1) ตระหนักว่าการครุ่นคิดแบบผิด ๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการ มีอารมณ์ที่มั่นคงเหมาะสมและระงับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดการพ่ายแพ้ตนเอง หรือนำความเสื่อมเสียมาสู่ตนเอง

(2) มีความสนใจทั้งตนเองและผู้อื่น

(3) มีความรับผิดชอบต่อตนเอง สามารถเลือกดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ถ้าต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นก็จะไม่เรียกร้องจากผู้อื่นอย่างสิ้นเชิง

(4) ใจกว้าง โดยมีแนวความคิดว่าทุกคนมีโอกาสดังเกิดความผิดพลาดได้

(5) ยอมรับในความไม่เที่ยงแท้แน่นอน จึงไม่ควรที่จะยึดมั่นถือมั่นสิ่งใด

(6) มีความยืดหยุ่นทางความคิด ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล

(7) มีความมุ่งมั่นในการกระทำต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการเห็นว่ามีความสำคัญและให้ความสนใจ

(8) พิจารณาสິงต่าง ๆ อย่างรอบคอบ และมีวิจารณญาณ

2.1.6.3 กลวิธีให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีกลวิธีต่าง ๆ ดังนี้

(1) การสอนหรือการอธิบายโดยตรง (Direct teaching) ผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบายหรือชี้แจงแก่ผู้รับบริการโดยตรง เพื่อแก้ความคิดที่ไร้เหตุผลของผู้รับบริการ

(2) การกำหนดงานให้ทำ (Homework assignment) ผู้ให้คำปรึกษาจะกำหนดงานให้ผู้รับบริการไปฝึกฝนเป็นการบ้าน เพราะการฝึกฝนจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเคยชินในการคิด หรือใช้อารมณ์ที่เหมาะสมได้

(3) การใช้ตรรกวิทยา (Logic) ผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการจะทดลองสวมบทบาทเพื่อชี้ให้ผู้รับบริการได้ตระหนักว่าความคิดผิด ๆ ของเขาคืออะไร และความคิดดังกล่าวจะส่งผลอย่างไร

(4) การแสดงตัวแบบ (Modeling) ในระหว่างการให้คำปรึกษาผู้ให้คำปรึกษา จะเป็นตัวแบบที่ดีแก่ผู้รับบริการ

(5) การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation) ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการมีการผ่อนคลายความเครียด

(6) การจินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตน (Rational emotive imagery) เป็นการให้ผู้รับบริการได้คิดและลองจินตนาการถึงความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้น จากความคิดที่ไม่ถูกต้อง

(7) การยกตัวอย่างอดีตชีวิตประวัติ (Bibliography) เป็นการชี้ให้ผู้รับบริการเห็นว่า คนเราแม้มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งหากมีความมุ่งมั่นตั้งใจแล้วก็จะสามารถต่อสู้กับอุปสรรคนั้นได้

(8) การฝึกให้ผู้รับบริการคิดอย่างมีเหตุผล โดยการทำแบบฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational self help form) โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับบริการเติมข้อความโดยกำหนดเหตุการณ์ให้ผู้รับบริการฝึกคิด

(9) การวิเคราะห์คำพูดของตนเองจากการบันทึกเสียง (Tape recording) ระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ ได้ระบายอารมณ์และแสดงอย่างเต็มที่ แล้วบันทึกเสียงไว้ ต่อมาจึงนำมาเปิดฟังและให้ผู้รับบริการวิเคราะห์คำพูดของตนเองว่ามีเหตุผลมากน้อยเพียงใด

(10) การจัดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ผู้ให้คำปรึกษาจะชี้ให้ผู้รับบริการเห็นว่าสิ่งที่เขามีปัญหานั้นไม่ใช่เพราะเหตุการณ์ต่าง ๆ แต่เกิดเนื่องจากวิธีการที่เขา มองเหตุการณ์เหล่านั้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

เจริญ สมวงษ์ศิริ (2523) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นสภาวะของจิตใจที่สามารถพบได้ในคนทั่ว ๆ ไป แม้ในคนปกติเอง มีลักษณะต่อไปนี้

- (1) เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
- (2) มีความรู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้าย หรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้
- (3) อาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย

วิจารณ์ วิชัยยะ (2523) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง โดยผู้นั้นยังไม่ได้อยู่ในภาวะที่มีอันตราย อาจเกิดขึ้นรุนแรงมากจนทำให้เกิดอาการทางประสาทอื่น ๆ ร่วมด้วย

อาภา จันทรสกุล (2535) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นสภาวะที่เกิดความตึงเครียด เกิดความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่นขึ้นในจิตใจ เกิดจากความเร่งเร้า ความกระวนกระวายภายในจิตใจ (Intrapsychic) วิตกกังวลถึงเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นและอาการกระวนกระวายใจที่แสดงออกมักไม่สมส่วนกับเรื่องที่วิตกกังวล

จากที่กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะความรู้สึกไม่สบายใจหรือความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากยิ่งขึ้น

2.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

Fehr (1983) ได้เสนอทฤษฎีของความวิตกกังวล โดยรวบรวมไว้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มจิตวิเคราะห์

Freud เป็นผู้นำของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวลเป็นการเตรียมพร้อมของบุคคลต่อสถานการณ์อันตรายใกล้ตัว ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อม โดยสถานการณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อ Ego เผชิญกับอุปสรรคที่เกิดจากความไม่พอใจในจิตใต้สำนึก (Unconscious) ทำให้บุคคลอยู่ในสภาพตึงเครียด และเป็นผลต่อการทำงานของบุคลิกภาพ

Jung ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาที่แต่ละบุคคลแสดงออก เมื่อมีจินตนาการและแรงขับจากจิตใต้สำนึกที่สะสมไว้ (Collective unconscious) ล่วงล้ำเข้าไปในส่วนจิตสำนึก (Conscious mind) หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ก็อาจเป็นสาเหตุของโรคจิตได้

Adler ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการเชื่อมโยงความรู้สึกด้อย (Feeling of inferiority) ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการตัดสินใจและความรับผิดชอบของตน

Homey ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวล เป็นแรงผลักดันให้เกิดบุคลิกภาพของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกขาดความมั่นคงปลอดภัย และเห็นว่าความวิตกกังวลของผู้ใหญ่ ไม่ได้มีพื้นฐานจากความวิตกกังวลในวัยเด็ก แต่เกิดจากการเชื่อมโยงจากอุปสรรคที่เกิดจากบุคคล

Sullivan ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal situations) ที่เริ่มต้นตั้งแต่ความสัมพันธ์ของเด็กกับบิดามารดา หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็ก

(2) กลุ่มจิตวิทยามนุษนิยม

Rogers ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ในเรื่องความเป็นตัวตน (Self) ที่มีความคลาดเคลื่อน (Incongruence) จากภาวะของการมีคุณค่าที่บุคคลสร้างขึ้น ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างตัวตนของบุคคลในอุดมคติ (Ideal self) กับตัวตนตามความเป็นจริง (Real self) และยังเห็นว่าความวิตกกังวล มีความจำเป็นต่อการกระบวนการพัฒนาของบุคคล

Maslow ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวล มีความจำเป็นต่อการไปสู่การรู้จักตนเองตามความเป็นจริง (Self actualization)

(3) กลุ่มจิตวิทยาการเรียนรู้

Donlard และ Miller ให้ทฤษฎีว่าความวิตกกังวล เป็นแรงขับที่เกิดจากการเรียนรู้ได้ (Learned drive) มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิม ความวิตกกังวลเป็นเสมือนแรงจูงใจ ที่ทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวลนั้น

Wolpe ให้ทฤษฎีว่า ความวิตกกังวลเป็นเสมือนตัววางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classic conditioning) โดยการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความกลัวอย่างเหมาะสม

Bandura ให้ทฤษฎีว่า เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นบุคคลจะเรียนรู้ความวิตกกังวลนั้นด้วยการสังเกต

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลที่ได้กล่าวนี้ จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (Robert, 1978) ความวิตกกังวลเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจจะมิจริง หรืออาจจะเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลจะทำให้

ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง รวมทั้งความสามารถในการใช้สติปัญญาลดลงเมื่อมีความวิตกกังวลสูงขึ้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอีกด้วย

Spielberger และคณะ (1970) ได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกเป็น

(1) Trait anxiety เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคลและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ที่ได้รับมาในอดีต ความต้องการ หรือความรู้สึกในปัจจุบัน

(2) State anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ จะเกิดขึ้นชั่วคราว ในสถานการณ์นั้น ๆ ที่เป็นผลมาจากการประเมินเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพ

Gray (1978 อ้างถึงจาก ปราภวณา บริจันทร์ และคณะ, 2536) ได้เสนอว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมี ดังนี้

(1) สัญลักษณ์ (Symbol) ได้แก่ ความคิดเห็น (Ideas) มโนทัศน์ (Concepts) ค่านิยม (Value) หรือ ระบบความคิด (System of thought) บุคคลจะให้ความหมายต่อสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลได้

(2) การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) เป็นการประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคามและเกิดความขัดแย้ง อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลได้

(3) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้และไม่แน่นอน ซึ่งความไม่แน่นอนนี้จะเป็นการคุกคามให้เกิดความวิตกกังวลได้

2.2.3 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล ตามแนวคิดของ Peplau (1975 อ้างถึงจาก ปราภวณา บริจันทร์ และคณะ, 2536) มีลำดับขั้นตอนเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 บุคคลมีความคาดหวัง ความปรารถนา มีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัดขึ้น และความต้องการนั้นมีแรงผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่น ๆ

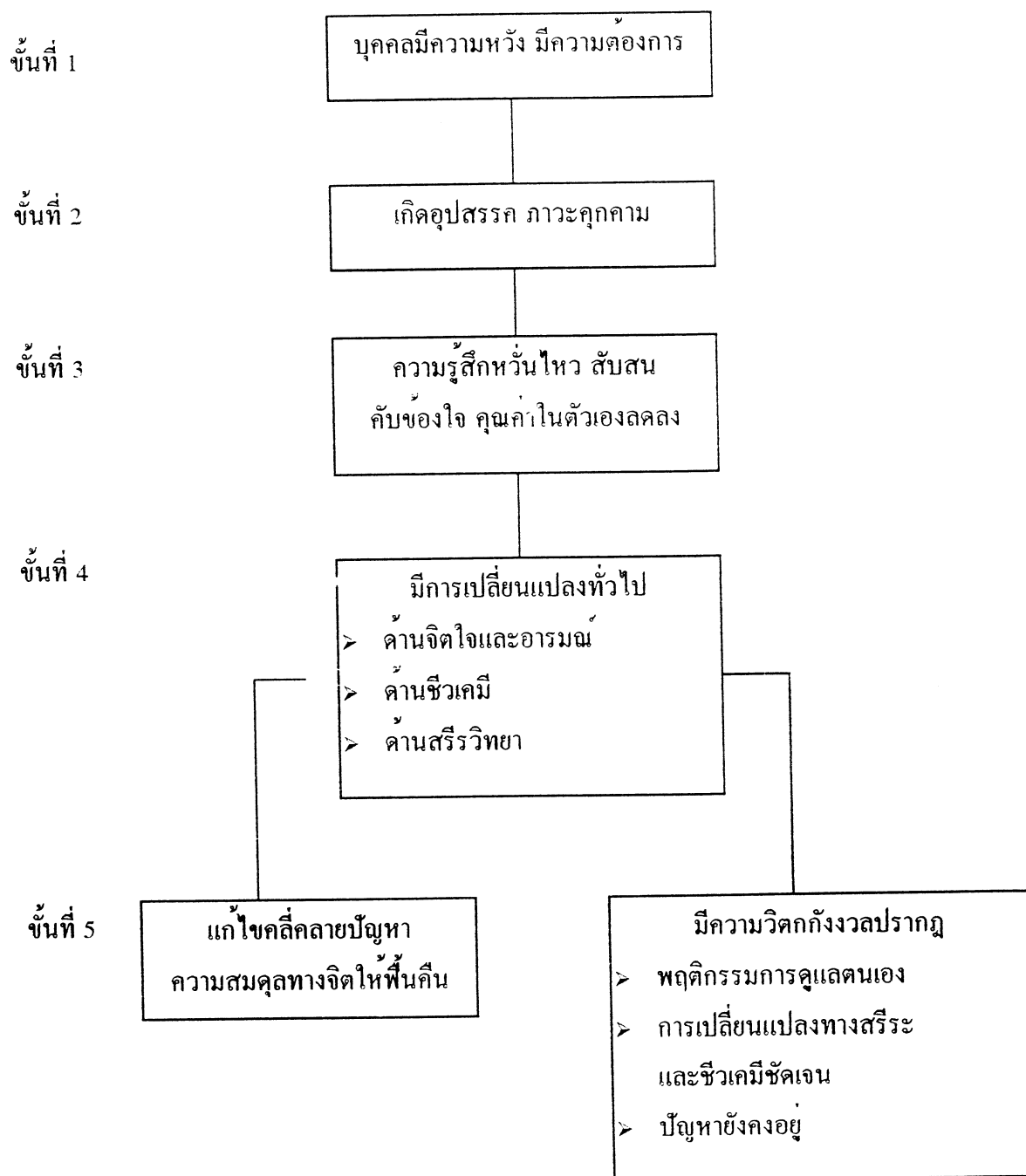
ขั้นที่ 2 ความคาดหวัง ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะด้วยเหตุใดก็ตาม

ขั้นที่ 3 เกิดความคับข้องใจ บุคคลจะไม่มีความสุข หวั่นไหว สับสน ทำอะไรไม่ถูกรู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือตัวเอง ไม่มีพลังที่จะจัดการกับเหตุการณ์ข้างหน้าต่อไป ความสำนึกในคุณค่าของตนเองลดน้อยลง

ขั้นที่ 4 เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่ว่าจะเป็นด้านชีวเคมี สรีระ จิตอารมณ์จะเกิดปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงโดยรวมแต่ยังอยู่ในสภาวะการณ์ที่ยังไม่มีความเด่นชัดนัก

ขั้นที่ 5 เป็นขั้นที่มีการแก้ไขความวิตกกังวล ถ้าพลังมีการผันไปสู่การมุ่งแก้ไขปัญหา บุคคลอาจแสดงออกถึงความอึดอัด กังวล ไม่สบายใจ แต่ก็พยายามที่จะแยกแยะปัญหา แสวงหาวิธีการคลี่คลายปัญห ด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อปัญหาลดลงเกิดความสบายใจและคุณภาพต่าง ๆ ก็จะกลับคืนมา

ในทางตรงกันข้ามหากพลังผันไปสู่การหลีกเลี่ยงปัญหามักจะมีพฤติกรรมวิตกกังวลแสดงออกอย่างชัดเจน บุคคลจะใช้พลังทั้งหมดเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง ความปลอดภัยของตนเองแต่ฝ่ายเดียว จะใช้กลไกการป้องกันตัวเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัญหอย่างแท้จริง



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล¹

¹ ปรารธนา บุริจันทร์ และคณะ, “การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต,” (รายงานวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2536), หน้า 15.

2.2.4 กลไกการลดความวิตกกังวล

กลไกการลดความวิตกกังวล อาจจำแนกโดยอาศัยวิธีการปรับตัวเป็นเกณฑ์ได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) การลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีการปรับตัวได้หลายแบบแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลที่จะใช้กลไกใด เช่น บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บกดอาจใช้กลไกในการลดความวิตกกังวลโดยการเก็บกด ส่วนบุคคลที่แสดงตัวอาจใช้กลไกในการลดความวิตกกังวลโดยแสดงความก้าวร้าว ทดแทน ชดเชย เป็นต้น

(2) การลดความวิตกกังวลโดยอาศัยผู้อื่น มีบุคลิกภาพหลายแบบเช่นกันแต่แบบที่จัดได้ว่ามีการกระทำเป็นระบบ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การให้การบำบัด และงานด้านคลินิก ซึ่งอาจจัดได้เป็นทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วการให้การบำบัด และงานด้านคลินิกมักจะจัดสำหรับผู้ที่ผิดปกติ (Abnormal) มีปัญหาทางอารมณ์อย่างและจิตใจรุนแรงโดยมุ่งเน้นในการรักษาหรือแก้ไข ส่วนการให้คำปรึกษานั้นจะจัดสำหรับบุคคลปกติ ที่มีความคับข้องใจ เน้นการป้องกัน แก้ไข พัฒนารวมถึงการให้บุคคลได้ค้นหาศักยภาพในตนเอง (สุพัตรา กัณหาเนตร, 2532)

2.2.5 วิธีการลดความวิตกกังวล

อุบล นิวัติชัย (2528) ได้เสนอแนวทางในการลดความวิตกกังวล ดังนี้

2.2.5.1 ช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหาในปัจจุบันก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไข้ปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่รบกวนในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย หาสาเหตุและช่วยหาแนวทางแก้ไข้ต่อไป

2.2.5.2 ลดแรงกดดันที่เกิดจากความวิตกกังวล โดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

- (1) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ
- (2) แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย

(Sutterley, 1979)

(3) ทำสมาธิ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความสงบสุขและลดความวิตกกังวล (Daley and Greenspun, 1973)

(4) ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากกล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ถ้ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายความวิตกกังวลจะลดลงด้วย (Sutterley, 1979)

(5) ลดความวิตกกังวลด้วยการสัมผัส เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาต และกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อบรรเทาและเข้าใจปัญหา (Mason and Pratt, 1980)

2.2.5.3 การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นการแนะแนว เพื่อประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นการติดต่อสื่อสาร ให้เข้าใจประเมินสถานการณ์ถูกต้อง สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีจึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Skipper and Leonard, 1975) เพราะความวิตกกังวลเกิดจากความไม่รู้และการรับข้อมูลไม่สมบูรณ์นั่นเอง (พนารัตน์ โพธิ์เจริญ, 2519)

2.2.5.4 การใช้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยา เน้นให้ผู้มีความวิตกกังวลเข้าใจอารมณ์ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตน เพื่อให้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวล (สันต์ หัตถิรัตน์, 2531 อ้างถึงจาก สุรีย์ เทพสุภรังษิกุล, 2532)

นอกจากนี้ Brunner and Suddarth (1982 อ้างถึงจาก สุกันยา ฉัตรสุวรรณ, 2528) กล่าวถึงวิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

- (1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
- (2) พูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สั้น และเข้าใจง่าย
- (3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ หรือ ต้องปฏิบัติในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล
- (4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา
- (5) เป็นผู้รับฟังที่ดี
- (6) ให้กำลังใจ และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยด้วยการสัมผัส

2.2.6 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มารดาและบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความชื่นชมยินดีแต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ต้องการการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดและปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์แต่ละคนจะสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับการยอมรับการตั้งครรภ์ พื้นฐานครอบครัว ตลอดจนลักษณะสถานภาพส่วนบุคคล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นกับเหตุการณ์ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับตนในอนาคตและไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มีลักษณะคล้ายความกลัว แต่จะแตกต่างกันที่ความวิตกกังวลไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงได้ โดยมากความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจหรือจากประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นจึงพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลทุกคน โดยเฉพาะสตรีครรภ์แรก (Hurlock, 1980; Pritchard, 1985) มักเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนด หรือคิดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทั้ง

ยังครุ่นคิดถึงบทบาทใหม่ในการเตรียมตัวเป็นมารดา ภาวะสุขภาพ และเพศของทารก อย่างไรก็ตาม สำหรับสตรีครรภ์หลังที่เคยประสบกับความเจ็บปวดมาก่อน ก็จะมีประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ทำให้มีผลต่อความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวด ในปัจจุบันและอนาคตของตน (พริยา สุภศรี, 2535)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เป็นความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยในการคลอด (Birth process anxiety) เป็นสิ่งซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ บางรายมีความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด กลัวความพิการ หรืออันตราย ที่อาจจะเกิดกับร่างกาย ความวิตกกังวลนี้มักเกิดจากความเชื่อ คำบอกเล่าสืบต่อมาเกี่ยวกับการคลอด (Clark, Affonso and Harris, 1979)

การแสดงออกของความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ อาจแสดงออกในรูปของความเจ็บป่วยทางกาย หรือเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย บางทีมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) นอกจากนี้ยังมีการระบายความรู้สึกวิตกกังวลออกมาโดยตรง แบ่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(1) ด้านพฤติกรรม (Behavior) มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โกรธง่าย ร้องไห้บ่อย รู้สึกไร้ค่า บางครั้งตื่นเต้น ตีใจในสิ่งที่พบเห็น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ธรรมดา ดังนั้นบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะถ้าสามีไม่เข้าใจจะทำให้เกิดปัญหาครอบครัวได้

(2) การแสดงออกด้านความคิดเห็นส่วนตัว (Openness) สตรีตั้งครรภ์จะเปิดเผยความรู้สึก ความคิดเห็นในเรื่องของตนเองต่อสังคม เชื่อว่าตนเองนั้นเป็นที่สนใจของสังคม และผู้ฟังยอมรับได้

(3) ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่น กับความต้องการเป็นตัวของตัวเอง (Dependence versus independence) การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ทำให้ความสามารถถูกจำกัดลง ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นโดยเฉพาะสามี แต่ขณะเดียวกันก็จะมีความรู้สึกว่าตนเป็นผู้คุ้มครองดูแลบุตรที่จะเกิดขึ้นเป็นที่พึ่งพาของบุตร ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งได้

(4) ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual concerns) ขณะตั้งครรภ์ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป เกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ การไร้อรรถภาพทางเพศ ซึ่งในสังคมไทยปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์ยังเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สามารถขอคำแนะนำ หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ทำให้ภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวได้

การที่สตรีตั้งครรภ์จะลดความวิตกกังวลได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเผชิญกับปัญหาตามความเป็นจริงและใช้สติปัญญา (A Cognitive coping mechanism) ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง

สามารถถ่ายทอดเป็นคำพูด (An affective coping process) และค้นหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ (A social coping process) ซึ่ง Aquitera และ Messick (1982) ได้เสนอว่าองค์ประกอบที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและแก้ไขหรือเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง โดย

(1) ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ รับรู้ต่อเหตุการณ์อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง โดยให้ความสนใจ กระตือรือร้น ศึกษาหาความรู้ อ่านเอกสาร ข้อมูลหรือข่าวสารที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งจะทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปตามปกติ ไม่เพ้อฝันในสิ่งที่มักจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

(2) การแสดงความรู้สึก อาจระบายออกเป็นคำพูด บางครั้งอาจใช้กลวิธีป้องกันตนเองโดยแต่ละบุคคลได้พัฒนาอย่างเหมาะสม เช่น ปฏิเสธ หลีกเลียง เก็บกด แต่ความวิตกกังวลความโกรธซึมเศร้า อาจกลับเข้ามาทำให้ต้องการการควบคุมตนเอง

(3) การขอความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากผู้อื่น อาจกระทำในรูปของการขอความช่วยเหลือ ขอคำปรึกษาหรือระบายความรู้สึกกับผู้อื่น

จากการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้

(1) อายุ มีอิทธิพลต่อรูปแบบ และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งความต้องการการดูแลและความช่วยเหลือจะลดน้อยลงเรื่อย ๆ จากวัยเด็กถึงผู้ใหญ่ แต่ในขณะเดียวกันจำนวนคนในระบบสนับสนุนจะขยายกว้างขึ้น จากการศึกษาของชนินฐา (2533 อ้างถึงจาก พิศมัย เพิ่มกระโทก, 2529) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่ามากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปี หรือมากกว่า เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีวุฒิภาวะและรับผิดชอบต่อตนเองสูง จึงทำให้การแสดงพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปี หรือต่ำกว่านี้ อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อ่อนไหวง่ายย่อมก่อให้เกิดปัญหามากมาย และจากการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต (2526) ยังพบว่า ผู้ใหญ่ช่วงอายุ 30 - 35 ปี เป็นช่วงที่มีการพัฒนาการในการปรับตัวสูงสุด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ (เอี่ยมพร ทองกระจ่าย และคณะ, 2527; Lesser, 1984 อ้างถึงจาก อนงค์ ลีละชัยกุล, 2528; ถนอมวงษ์ ทับทิมประดับ 2528)

(2) อาชีพและรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต ซึ่งแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันไป บุคคลที่มีรายได้สูงมีฐานะความเป็นอยู่ดี สามารถเผชิญต่อภาวะเครียด มีการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีความขาดแคลน จากการศึกษาของ ชนินฐา (2533 อ้างถึงจาก พิศมัย เพิ่มกระโทก, 2529) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี

รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทนั้น มักเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้จำเป็นต้องสนใจหาเลี้ยงชีพมากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น พฤติกรรมที่แสดงออกจึงอาจเป็นการเก็บตัวหรือแสดงความก้าวร้าว แต่การศึกษาของ Lesser (1984 อ้างถึงจาก อนงค์ ลีละชัยกุล, 2528) กลับพบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์

(3) ระดับการศึกษา Cronenwett (1985 อ้างถึงจาก พิสมัย เพิ่มกระโทก, 2529) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงมักโดดเดี่ยว แต่จะสามารถรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มในการแก้ปัญหาและเผชิญต่อภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมวงษ์ ทับทิมประดับ (2528) นอกจากนี้ Jalowice และ Powers (1981) กล่าวว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ยิ่งขึ้น โดยใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้วเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีความวิตกกังวลต่ำกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาน้อย (Light and Fenster, 1974 อ้างถึงจาก อนงค์ ลีละชัยกุล, 2528) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัย พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงทำงานเบา จะทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยทำงานหนัก โดยเฉพาะอาชีพกสิกรรมหรือกรรมกร จะทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าอาชีพรับราชการ (ปิยะรัตน์ ตาตินิจ, 2524)

(4) ลักษณะครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ให้กำลังใจ ปลอดภัยทำให้ความเครียดลดลงได้ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันหลายคน มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวก็จะช่วยประคับประคองด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ด้วย

(5) การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในครรภ์จนกระทั่งคลอด มารดาจะเริ่มคาดหวังต่อการเกิดทารกในครรภ์ ยอมรับว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตน ความรักใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อการเกิดจะพัฒนาไปในทางที่ดี มีการปรับตัวเพื่อเป็นมารดาที่ดีในอนาคต แม้จะมีปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ก็มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป

(6) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของเอ็ดมุนด์ ทองกระจ่าย และคณะ (2527) พบว่า สตรีครรภ์หลังมีความวิตกกังวลต่ำกว่าสตรีครรภ์แรก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์ก่อนคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร โรจนศักดิ์โสธร (2527) ที่พบว่า สตรีครรภ์แรกมีความเครียดสูงกว่าสตรีครรภ์หลังเล็กน้อยโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของ Clark (1975) พบว่าสตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังมีความเครียดไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเห็นว่าในการคลอดแต่ละครั้ง สตรีตั้งครรภ์ไม่อาจทราบล่วงหน้าว่าจะเกิด



อะไรขึ้น ทั้งเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือความปลอดภัยในการคลอด บรรยากาศในห้องคลอด เจ้าหน้าที่ให้บริการ ภาวะเศรษฐกิจ และครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ก็เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า สตรีครรภ์แรกและครรภ์หลังมีวิธีการลดความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (ถนิมวงษ์ ทับทิมประดับ, 2528)

สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการ โดยเฉพาะจากการที่ไม่ได้เตรียมตัว หรือตั้งใจที่จะเผชิญการคลอด ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเกิดความเจ็บปวดระหว่างการคลอด ตลอดจนการที่จะต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า และบรรยากาศที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล (อารักขา ภาณุโสภณ และ ผาสวรรณ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2528) ซึ่งเป้าหมายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ คือการส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม มีภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยแก้ไขมิให้เกิดสิ่งที่มีผลกระทบต่ออาการคลอด ดังนั้น การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพอนามัยดีให้มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด และการเตรียมตัวคลอดให้มีความพร้อมต่อการคลอดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การเตรียมตัวก่อนคลอดเป็นวิธีการที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลได้ และเป็นการสนับสนุนด้านความรู้ข้อมูล มีผลด้านอารมณ์จิตใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกได้รับความเอาใจใส่ ความห่วงใย และ ส่งเสริมการแก้ปัญหาที่ต่อเนื่องวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ การเตรียมตัวคลอดจึงเป็นการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริง ช่วยเกื้อหนุนกำลังใจในสถานการณ์เฉพาะหน้า และเป็นวิธีช่วยให้เผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ได้อย่างเหมาะสม (Schmitt and Wooldridge 1973 อ้างถึงจาก ศรีนวล โอสเสถียร 2527)

การเตรียมตัวคลอดควรเริ่มในไตรมาสที่สาม เพราะเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์เตรียมตัวแยกกับทารกและความห่วงใยกับทารก มาเป็นสนใจกับการคลอดของตน ควรเป็นช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีเวลาฝึกเตรียมตัวคลอด จนมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับการคลอด ซึ่ง Cameron และ Meichenbaum (1982 อ้างถึงจากอุษา เชื้อหอม , 2534) ได้เสนอหลักการฝึกทักษะเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์มี 3 ระยะ ดังนี้

- (1) ระยะให้การศึกษา เป็นช่วงรับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะวิธีการเผชิญที่คาดว่าจะใช้ได้ผล
- (2) ระยะฝึกฝนทั้งด้านความคิด และการฝึกพฤติกรรมการตอบสนอง เพื่อให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติ
- (3) ระยะนำไปใช้ คือใช้ทักษะที่เรียนรู้และฝึกฝนมาแล้วในสถานการณ์จริง

วิธีการเตรียมคลอดมีขึ้นครั้งแรกในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา โดยมีหลักการส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน วิธีการเตรียมคลอดที่เป็นที่นิยม ได้แก่

(1) การเตรียมคลอดโดยวิธีธรรมชาติแบบ Read (Read's natural childbirth method)

โดยนายแพทย์ Read ชาวอังกฤษ เป็นผู้เสนอวิธีการนี้โดยมีแนวความคิดว่า การคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติอย่างหนึ่ง สิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดคือความกลัว ความวิตกกังวล และการคาดคะเนเกี่ยวกับความเจ็บปวดในขณะคลอด และสิ่งที่ร่างกายตอบสนองความวิตกกังวลคือ ความเครียดของกล้ามเนื้อบริเวณปากมดลูก และมดลูกส่วนล่าง ทำให้เกิดความเครียดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความกลัว ความตึงเครียดและความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กัน ความเจ็บปวดเกิดจากแรงกดดันที่เพิ่มความกลัว ซึ่งเป็นลวนลามสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งเพิ่มความเจ็บปวด เกิดเป็นวงจรลูกโซ่ของความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear - Tension - Pain Syndrom) ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้ไม่เพียงแต่มีผลต่อการหดตัวของมดลูกเท่านั้น ยังส่งผลถึงกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลังอีกด้วย วิธีการของ Read คือ การทำลายวงจรลูกโซ่ ความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด โดยการขจัดหรือแทนที่ความกลัวและความเครียดด้วยการสร้างทัศนคติที่ดีและมีสมาธิมั่นคง รวมทั้งความสามารถในการผ่อนคลาย โดยมีแนวความคิดว่าการคลอดเป็นประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจไม่ใช่สิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่สิ่งที่ทำให้เจ็บปวด คือ ความกลัวและความวิตกกังวล Read เชื่อว่าการขจัดความกลัวและความวิตกกังวลดังกล่าว ทำได้โดยการสร้างทัศนคติที่ดี มีสมาธิที่มั่นคงและใช้วิธีการผ่อนคลายร่วมกัน นอกจากนี้การลดความกลัวและความวิตกกังวลมีหลักปฏิบัติ ดังนี้

- 1) สอนให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของการคลอด
- 2) ฝึกวิธีการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด
- 3) ฝึกการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ เพื่อทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ในการคลอด

(2) วิธีการของ Lamazed (Lamazed method) หรือเรียกว่า Psychoprophylactic method โดยนายแพทย์ Lamaze ชาวฝรั่งเศส ได้คิดวิธีการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ในการคลอด โดยใช้หลักการสร้างเงื่อนไขและการตอบสนองของ Pavlov (Pavlov's principle of conditioning reflex training) โดยเชื่อว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้สึกทางลบต่อความเจ็บปวดในการคลอด การสร้างเงื่อนไขใหม่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมซึ่งจะสามารถใช้ได้โดยอัตโนมัติเมื่อเผชิญกับสภาพการณ์จริง โดยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจว่า

การคลอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ดังนั้นจึงไม่ควรคิดว่าเป็นภาวะที่ทนไม่ได้ วิธีการของ Lamaze ไม่ได้รับประกันว่าสตรีตั้งครรภ์จะไม่เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด แต่การฝึกจะช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี ดังนั้นวิธีการนี้อาจล้มเหลวได้ หากมีการชักนำให้สตรีตั้งครรภ์คิดว่าคลอดเป็นเรื่องง่าย Lamaze แนะนำว่าควรฝึกในระยะใกล้คลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีแรงจูงใจสูง วิธีการของ Lamaze มีขั้นตอนต่าง ๆ 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การให้ความรู้ (Dedactic method) ให้ความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งเชื่อว่าการมีความรู้จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ต่อสิ่งที่ไม่รู้หรือไม่เคยมีประสบการณ์ได้ ทำให้มีความต้านทานต่อความเจ็บปวด โดยอธิบายกระบวนการของการตั้งครรภ์และการคลอด Lamaze เชื่อว่าสามารถขจัดความกลัว ความวิตกกังวลและพัฒนาทัศนคติที่ดี ซึ่งจะสร้างความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์ต่อการคลอด ผู้ทำคลอดตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- 2) การฝึกบริหารร่างกาย (Physiotherapeutic element) ได้แก่ การบริหารร่างกาย การฝึกการหายใจและการฝึกการผ่อนคลาย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ
- 3) การฝึกด้านจิตใจ (Psychotherapeutic element) เป็นการฝึกให้มีสมาธิแน่วแน่ ไม่สนใจต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดยฝึกให้มีความสนใจอยู่กับวิธีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการตั้งครรภ์การคลอด

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

สุพัตรา กันหันตร (2532) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อความวิตกกังวลของนิสิตปริญญาตรี ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิชญโลก โดยทำการศึกษากับนิสิต จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ในแต่ละกลุ่มจำแนกระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า

(1) นิสิตที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีความวิตกกังวลต่ำกว่านิสิตที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

(2) ความวิตกกังวลของนิสิตที่มีระดับความวิตกกังวลต่างกัน มีปฏิสัมพันธ์กับวิธีการให้คำปรึกษาและไม่ให้คำปรึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิธีการให้คำปรึกษามีอิทธิพลแตกต่างกัน

ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง โดยระดับความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาจะลดลงมากในกลุ่มนิสิตที่มีระดับความวิตกกังวลสูง ในขณะที่นิสิตที่มีระดับความวิตกกังวลปานกลางและต่ำ มีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังการให้คำปรึกษาน้อยกว่า

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2532) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศสตรีในการรับรังสีรักษา โดยศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งเพศสตรีในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 8 คน เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน รวม 18 ชั่วโมง ใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้วิธีการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest experimental design) ผลการทดลองพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งสตรีในช่วงรับรังสีรักษา ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุรีย์ เทพสุกรังมิกุล (2532) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารับดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 60 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มให้หมีเพศและอายุใกล้เคียงกันด้วยการจับฉลาก กลุ่มควบคุมได้รับการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังจากตรวจรักษาจากแพทย์ กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัยภายหลังการตรวจรักษาจากแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิมิต คุราแว (2532) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบโฮลิสติก ต่อการลดความวิตกกังวล ของนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยทำการศึกษากับนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ที่กำลังศึกษาภาคปฏิบัติ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบโฮลิสติก (Holistic) ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 วัน 2 คืน รวมเวลาในการเข้ากลุ่ม 30 ชั่วโมง ใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลแบบ STAI ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิภา เลิศลือชาชัย (2533) ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ โดยทำการศึกษากับนักศึกษาเลขานุการชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คนระยะ

เวลาที่ใช้บำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ รวม 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลแบบ STAI ผลการศึกษาพบว่า

(1) ระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลในการสอบ ของนักศึกษากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

(2) ระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ค่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภารดี ชัยศิริ (2537) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยความคิด พฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยศึกษากันนักเรียนโรงเรียนบ้านโคกสะอาด อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2536 จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน ในแต่ละกลุ่ม จำแนกระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ สัดส่วน 4:3:2 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยความคิด พฤติกรรม เป็นเวลาดิตต่อกัน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ใช้โปรแกรมการบำบัด ด้วยความคิด พฤติกรรม จำนวน 15 โปรแกรม พบว่า

(1) นักเรียนที่ได้รับการบำบัดด้วยความคิด พฤติกรรม มีความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) นักเรียนที่มีความวิตกกังวลระดับสูง เมื่อได้รับการบำบัดด้วยความคิด พฤติกรรม แล้วมีระดับความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่นักเรียนที่มีระดับความวิตกกังวลปานกลางและต่ำ มีความวิตกกังวลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ .05

(3) นักเรียนที่ได้รับการบำบัดด้วยความคิด พฤติกรรม มีความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

Smith (1980) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational emotive theory : RET) กับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวสัมพันธภาพ (Relationships oriented counseling: ROC) และกลุ่มควบคุม เพื่อช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ที่มีความวิตกกังวลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากแบบรายงานตนเองสูงจำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มได้มีโอกาสพบกัน 7 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการทดลอง พบว่าความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา

แบบกลุ่ม ตามแนวทฤษฎีการพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ลดลงมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มที่ได้รับ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวสัมพันธภาพ และกลุ่มควบคุมตามลำดับ

2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม การสอนร่วมกับธรรมชาติ การฝึกการผ่อนคลาย

ศรีนวล โอสเสถียร (2527) ศึกษาผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียดและความ ร่วมมือก่อนเข้ารับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ในการเตรียมจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้อภิปรายกันในกลุ่มย่อย มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความวิตกกังวลที่มี ก่อนการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน พยาบาลเป็นผู้คอยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสอนและให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสมในเรื่องของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2528) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต่อกระดูกทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุวิทยาสามัญของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ซึ่งได้จากการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ใช้ตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และคะแนนภาวะความวิตกกังวลของการสอบวัดครั้งแรกให้อยู่ ในระดับใกล้เคียงกัน ใช้คะแนนภาวะความวิตกกังวลของการสอบวัดครั้งแรกและแบบสัมภาษณ์ ความวิตกกังวลเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจจับคู่ แล้วสุ่มตัวอย่าง (Random assignment) กลุ่มควบคุมจะ ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย และกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แผนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคต่อกระดูกเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล และแบบสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล ผลวิจัยสรุปได้ ดังนี้

(1) ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกหลังได้รับการสอนโดย การใช้กระบวนการกลุ่ม จะต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ได้รับการสอนโดยการใช้ กระบวนการกลุ่ม ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531) ศึกษาผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความรุนแรงของโรคลุกลามอยู่ในระยะ 2 และ 3 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 2 จำนวน 40 คน และกลุ่มทดลอง 3 จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้ธรรมชาติประยุกต์ ความรู้ที่สอนเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การตอบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดในระหว่างได้รับรังสีรักษา ตลอดจนวิธีการทำใจไม่ให้ทุกข์ กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการสอนสุขศึกษาทุกอย่างเหมือนกลุ่มทดลอง 1 ต่างกันตรงไม่มีธรรมชาติเข้าไปประยุกต์ กลุ่มทดลอง 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำการฝึกผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2535) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 30 ราย เลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลาย 3 ครั้งก่อนการผ่าตัด และฝึกการผ่อนคลายอีก 1 ครั้ง 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบทดสอบความวิตกกังวล State Anxiety ของ Spielberger และคณะ เครื่องมือวัดความเจ็บปวดแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดดัดแปลงจาก Katz และแบบสังเกตพฤติกรรมสนองต่อความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว t - test ไคสแควร์ และสถิติของฟิชเชอร์ ผลการวิจัยพบว่า

- (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญ

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายอย่างมีนัยสำคัญ

(3) ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายมีความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายอย่างมีนัยสำคัญ

(4) ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายมีความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายอย่างมีนัยสำคัญ

(5) สัดส่วนของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านน้ำเสียง การเคลื่อนไหวและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมใน ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหัดนอนคลายต่ำ

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์

สุลธิ ร้อยคนหา (2521) ศึกษาเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติคนในระยะคลอดระหว่างมารดาที่ได้รับคำแนะนำก่อนคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลภูมิพล จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของมารดาในระยะคลอดของกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำและไม่ได้รับคำแนะนำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำมีสัดส่วนการใช้ยาระงับปวดหรือยาระงับความรู้สึกน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับคำแนะนำ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการคลอดล่าช้าและการมีลักษณะของช่องคลอดไม่แตกต่างกัน กลุ่มมารดาที่ได้รับคำแนะนำจำนวนร้อยละ 80 เสนอว่าควรให้คำแนะนำก่อนคลอดแก่มารดาทุกคนที่สนใจไม่จำกัดว่าตั้งครรภ์แรกหรือครั้งหลัง มารดากลุ่มทดลองทั้งหมด 20 คน เสนอว่าควรเริ่มให้คำแนะนำก่อนคลอดในระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์และควรให้สามีเข้าร่วมฟังคำแนะนำก่อนคลอดด้วย

กัญจน์ พัตติยะ (2530) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยครรภ์แรก ที่แพทย์นัดเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประเมินผลโดยใช้แบบวัดระดับความวิตกกังวล STAI X - 1 และประเมินการปรับตัวของ Sheehan ผลการวิจัยพบว่า

(1) การสอนอย่างมีแบบแผน ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ดีกว่า การสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ วันที่ 6 และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 และ .05 ตามลำดับ

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์คลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรก ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงสูง ฝากครรภ์และคลอดทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยผู้ที่มาฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย และผู้ที่มาฝากครรภ์วันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมตัวคลอด จากผู้วิจัยตามแผนการเตรียมตัวคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ประสบการณ์คลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล คะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภาณี กาญจนสร (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล และความพึงพอใจในหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะพรีอีคลัมเซีย (Preeclampsia) : ศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกในโรงพยาบาลราชวิถี 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ ใช้แบบวัดระดับความวิตกกังวล STAI ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

แก้วสามสี สาเจริญ (2536) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลที่มิต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มละ 15 คนกลุ่มทดลอง 1 ได้รับการให้ข้อมูลขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัด กลุ่มทดลอง 2 ได้รับข้อมูลขั้นตอนวิธีปฏิบัติร่วมกับความรู้สึก ใช้แบบวัดระดับความวิตกกังวล STAI และแบบสังเกต พฤติกรรมความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า

(1) กลุ่มทดลอง 1 มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

(2) กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างจากก่อนการทดลอง ที่ระดับนัย

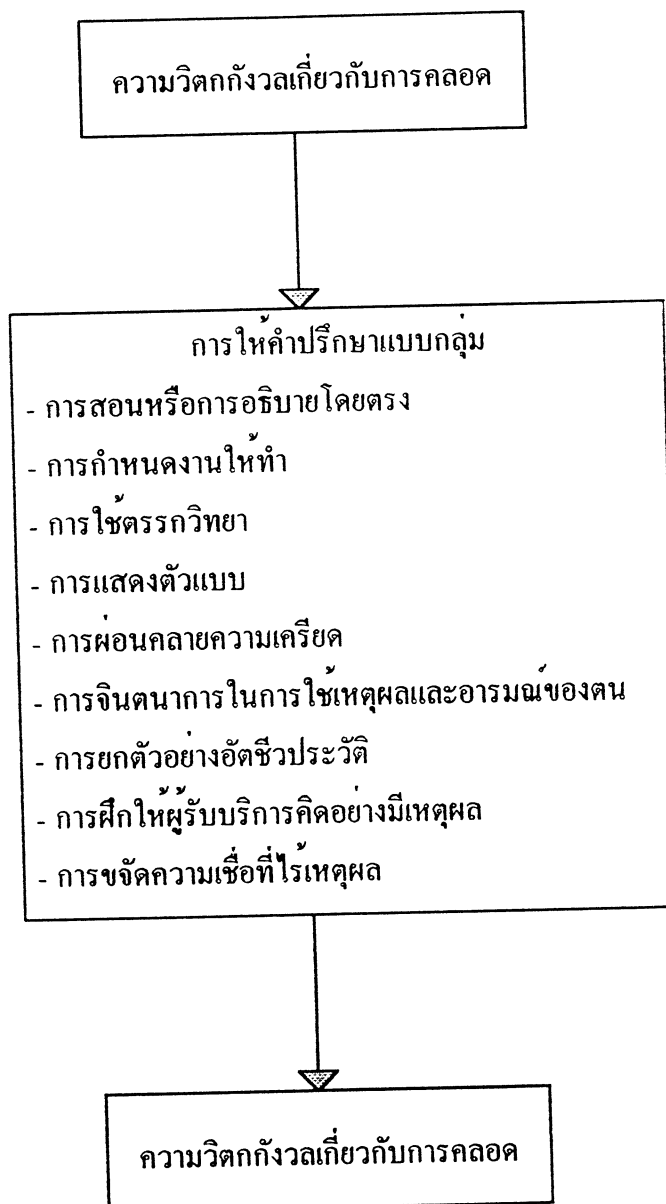
สำคัญทางสถิติ .05

3) กลุ่มทดลอง 1 และ กลุ่มทดลอง 2 มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

Liebman (1989) ศึกษาผลการใช้ดนตรีและการผ่อนคลาย ต่อความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษากับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกเตรียมตัวก่อนคลอดโดยใช้ดนตรีบำบัด และใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger โดยแบบ trait วัดในช่วงอายุครรภ์ 7, 8, 9 เดือน ตามลำดับ และแบบ state วัดทุกสัปดาห์ตั้งแต่อายุครรภ์ 7 เดือน ใช้สถิติ 2×3 repeated measures ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มของระดับความวิตกกังวลแบบ trait และสถิติ 2×10 repeated measures ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มของระดับความวิตกกังวลแบบ state ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลแบบ trait ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความวิตกกังวลแบบ state ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงระดับความวิตกกังวลโดยภาพรวมก็พบว่าระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Bemat และคณะ (1992) ศึกษาผลการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดในการคลอด ทำการศึกษากับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มทดลอง 12 คนได้รับการเตรียมคลอด โดยเข้าชั้นฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามวิธีของ Lamaze จำนวน 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดระหว่างการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ศึกษาอธิบายว่าแม้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพต่อการลดความเครียด แต่ผู้ที่ได้รับการเตรียมคลอดไม่ได้ใช้วิธีดังกล่าว

จากงานวิจัยข้างต้น มีการศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน นักศึกษา และผู้ป่วย ตลอดจนการศึกษาถึงวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ทำการศึกษา เพื่อหาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มว่ามีผลอย่างไรต่อระดับภาวะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด โดยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (The rational emotive theory) ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงจากการสอนหรืออธิบายโดยตรง เพื่อแก้ไขความคิดที่ไร้เหตุผลของผู้รับคำปรึกษา การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานทางการบริการให้คำปรึกษาและการพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป



ภาพที่ 3 แนวคิดในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด