

ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาล
ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาล
ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาล
ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2554

สุภลักษณ์ ดรุณย์ธร. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของ

มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. สารนิพนธ์ กศ.ม.

(จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่มีอายุระหว่าง 21 ปี - 50 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป โดยที่บุตรเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 5 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองในการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามความวิตกกังวล และการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ $t - test$

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

มารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลด้านจิตใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง ลำดับต่อมาคือ ความวิตกกังวลด้านร่างกาย และลำดับสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ทั้งรายด้าน คือ ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING ON MOTHER'S ANXIETY OF PEDIATRIC
IN CRITICAL CARDIAC CARE UNIT



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2009

Suphalak Darunaitorn.(2011). **The effects of individual counseling on mother anxiety of pediatric in critical cardiac care unit.** Master's Project, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology).Bangkok: Graduate School, Srinakarinwirot University.
Master Project Advisors : Associate Professor Dr.Nanta Sooraksa

The purpose of this experimental research was to study The effect of individual counseling on mother anxiety pediatric in critical cardiac care unit. The subjects for this study were mother's anxiety of pediatric in critical cardiac care unit. Whose anxiety score more than 80 percentile. The instruments were the anxiety test and the individual Counseling. The data were analyzed by t-test dependent

The results of the research were as follows :

Individual Existential Counseling decrease the anxiety of the mother who has a children in critical cardiac care unit. There was statistically significant in decreasing the anxiety of the mother after the counseling than before the counseling, the mental anxiety and physical anxiety at .01 level ($p = 0.01$). After the counseling, the behavioral anxiety was decreased significantly at .05 level ($p = 0.05$).

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่กรุณาช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนสำเร็จโดยสมบูรณ์ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทา ผู้รักษา อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง อาจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ และ อาจารย์ แพทย์หญิง ปวีณา จึงสมประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบทดสอบความวิตกกังวล และกรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทุกท่าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่ผู้วิจัยไปทำการเก็บข้อมูล ซึ่งให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพลังส่วนหนึ่งที่เสริมให้ผู้วิจัยได้มองเห็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้จนประสบความสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนวทุกคน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดระยะเวลาในการศึกษาและการทำสารนิพนธ์

คุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากสารนิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณของ บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านด้วยความเคารพ

สุภลักษณ์ ตรีนัยธร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายในการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
สมมติฐานในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	8
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล.....	16
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยระยะวิกฤต.....	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยระยะวิกฤต.....	22
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล.....	26
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม.....	43
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	45
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
แบบแผนการทดลอง.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	55
บทย่อ.....	55
สรุปผล.....	56
อภิปรายผล.....	57
ข้อเสนอแนะ.....	58
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก	64
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	80



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคม ที่มีสมาชิกครอบครัวอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันและมีความผูกพันใกล้ชิด พึ่งพากันและกัน มีการตอบสนองความต้องการของสมาชิกอย่างผูกพันต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ ที่มีผลกระทบต่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวมักจะเกิดผลกระทบไปยังสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทั้งระบบด้วย (รุจา อุโพบูลย์. 2534: 40)

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การเจ็บป่วยของเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนับว่าเป็นปัญหาที่สามารถก่อให้เกิดภาวะวิกฤติขึ้นภายในครอบครัวได้มากที่สุดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมากในเด็กที่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดา (Frieberg.1972: 301)

การที่ไม่ได้รับคำอธิบายหรือรายละเอียดจากแพทย์หรือพยาบาล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก วิธีการตรวจและรักษา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความวิตกกังวล (Tackett JM,1981: 157) เนื่องจากมารดามีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็กอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพาเด็กมาโรงพยาบาล แพทย์ทำการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือให้การรักษาเบื้องต้น มารดาได้พบกับเสียงร้องหรือการซัดขิ้นของเด็กที่หวาดกลัว บาดเจ็บ หรือเจ็บปวด มารดาก็จะยิ่งเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Whaley,1979: 58) และเมื่อทราบว่ามีบุตรเกิดความเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ปกครองไม่มีเวลาเตรียมตัวที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวลและหากเป็นภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล บางรายไม่รู้สึกรู้สีกตัว บางรายติดต่อสื่อสารกับครอบครัวได้ยากลำบาก เช่น ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งยังต้องพบกับลักษณะห่อผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน และใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ เครื่องมืออุปกรณ์เหล่านั้น อาจมีเสียงสัญญาณต่างๆ ที่ญาติไม่เคยพบเห็นและได้ยินมาก่อน กฎระเบียบวิธีปฏิบัติของโรงพยาบาล การจำกัดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเกือบตลอดเวลา รวมถึงโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่รุนแรง กลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของตน จะสามารถรักษาได้หรือไม่ รักษาอย่างไร ถ้าสามารถรักษาได้ เด็กจะหายกลับคืนเป็นปกติหรือไม่ และถ้าหากรักษาไม่ได้ เด็กจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความพิการหรือไม่ ก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับมารดาได้ (Fontaine et al.,2001:124)

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดา-บุตร เด็กสามารถรับรู้สภาพอารมณ์ของมารดาได้ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ดังนั้นความวิตกกังวลของมารดาสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยเด็กได้เช่นกัน เด็กรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในมารดา เพราะในภาวะวิตกกังวลจะทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว การอึดอัดของมารดาจะเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นอยู่ ความผิดปกติของการสัมผัส สายตา น้ำเสียง หรืออิริยาบถต่าง ๆ ของมารดา ทำให้เด็กมีอาการตึงเครียดและกังวลใจตามไปด้วย สัมพันธภาพระหว่างมารดา-บุตรที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล จะทำให้เด็กเติบโตเป็นเด็กที่ไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ฉุนเฉียวง่าย ก้าวร้าว และทนต่อความคับข้องใจได้น้อย

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางด้านจิตใจ ที่พบได้เสมอ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากการที่มีความรู้สึกสงสัยไม่มั่นคงเมื่อถูกคุกคามจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มารดาจะมีวิธีเผชิญความเครียดเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน เช่นมารดาบางรายอาจหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรจากแพทย์ และพยาบาลหรือจากมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรืออาจจะบายความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตรให้ผู้อื่นฟัง ซึ่งทำให้มารดาสามารถผ่อนคลายความตึงเครียด เข้าใจสถานการณ์และยอมรับความเจ็บป่วยของบุตรได้ดีขึ้น มารดาบางรายมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยไม่ยอมรับความจริง ปฏิเสธความเจ็บป่วยของบุตร ทอดทิ้งตามใจหรือปกป้องบุตรมากเกินไป จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดานั้น อาจมีทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

ถ้าหากมารดาไม่สามารถเผชิญความเครียดดังกล่าวข้างต้นได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากมายทั้งกับตัวมารดาเองบุตรที่เจ็บป่วย ตลอดจนสมาชิกของครอบครัว ในด้านตัวมารดาเองนั้น ความเครียดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ และจากปฏิกิริยาต่างๆ ของมารดาที่เกิดจากความเครียด จะมีผลทำให้เด็กป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลเสียต่อเด็กคือทำให้ความเจ็บป่วยนานขึ้น และจากการที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยกุมาร พบว่าการที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมาร เป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อบรรยากาศของผู้ป่วยอย่างมาก จึงเห็นว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ นอกจากการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแล้วยังต้องดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโดยเฉพาะมารดา ทั้งนี้เพราะการช่วยเหลือให้มารดาสามารถเข้าถึงวิธีเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถคงภาวะสมดุลและไม่เกิดเป็นภาวะวิกฤต จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาท สามารถให้การช่วยเหลือ สนับสนุนบุตรได้ซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดานั้น เป็นส่วนที่สำคัญอย่างมากต่อการเผชิญความเจ็บป่วยและความเครียดของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ยังเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นตัวของผู้ป่วยอย่างมากด้วย ในขณะที่เดียวกันการช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถเผชิญ

ความเครียดนี้ได้ ก็จะช่วยลดโอกาสที่ผู้ปกครองจะสื่อความเครียดไปยังบุตร และช่วยให้ผู้ปกครองสามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย (Lewandowski, 1992: 54)

การลดความวิตกกังวลของมารดา ในบทบาทอันหนึ่งของพยาบาลคือ การให้บริการคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเด็กป่วย เป็นการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยได้ สามารถเผชิญและจัดการกับความรู้สึกและความวิตกกังวลของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การให้คำปรึกษาทางสุขภาพถือเป็นบทบาทอิสระ ที่พยาบาลสามารถให้กับมารดาเด็กป่วยได้ เช่นผลงานวิจัยของรักชนก เจริญสุข สรุปว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือความวิตกกังวลและส่งเสริมให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมได้หรือไม่ อย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดระบบงาน การบริหารงานและสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยกุมาร ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยเด็กมารดา รวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม

ความสำคัญของการวิจัย

ทำให้ทราบถึงความวิตกกังวล และผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมาร เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้เรียนรู้และนำวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยมไปใช้ในการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลและ ส่งเสริมจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการวางแผนจัดระบบงาน การบริหารงาน และการสนับสนุน เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ สามารถจัดการความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการศึกษา

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่มีอายุระหว่าง 21 ปี - 50 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 80 เปอร์เซ็นไทล์ขึ้นไป โดยที่บุตรเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 5 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ

การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

ตัวแปรตาม

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ

สมมติฐานในการวิจัย

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ลดลงหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความวิตกกังวลของมารดา

หมายถึง การตอบสนองของมารดาที่มีบุตรอยู่ในสภาพวิกฤตที่เกิดขึ้น ทั้งด้านอารมณ์ ความคิดและความรู้สึก ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลรับรู้ตนได้ไม่กลมกลืน หรือไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริง โดยแบ่งความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในสภาพวิกฤติ ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ทางด้านจิตใจ หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดจากการที่บุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจของตน ความเจ็บป่วยของบุตร การดูแลบุตรต่อไป กลัวการสูญเสียบุตร ความรู้สึกผิดที่รู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า อยากร้องไห้ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึนหวัง สูญเสียอำนาจในตนเอง จนเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต

1.2 ทางด้านร่างกาย หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่แสดงออกทางระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น อาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ปวดหลัง ปวดศีรษะ จากความวิตกกังวล มีความผิดปกติของระบบการย่อยอาหาร ทำให้เกิดการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย หรือมากเกินไป ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิตการทำงานของหัวใจ โดยมีอาการหัวใจเต้นเบา และเร็ว เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มีอาการคล้ายจะเป็นลม หหมดสติ

1.3 ด้านพฤติกรรม หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดา ที่แสดงออกทางด้านของพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากความวิตกกังวล ที่กระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเกิด อาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อยไป หรือรับประทานอาหารมากเกินไป ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมลดลง อารมณ์เสียกับผู้อื่น และแยกตนจากสังคม

2. การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม(Existential Counseling) หมายถึง วิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลรู้จักและเข้าใจในตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง วางแผนจัดการและเลือกดำเนินชีวิตของตนเองอย่างอิสระและมีคุณค่า มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต รับผิดชอบต่อการดำรงชีวิตของตน ยอมรับตนเอง พร้อมทั้งอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น เปิดเผย มีการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความอบอุ่น และไว้วางใจกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะของการฟัง และการยอมรับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายและผ่อนคลาย เมื่อรับฟังแล้วจะได้กรอบแนวคิดของผู้รับคำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่นำเทคนิคต่างๆที่ใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง รู้ศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญ อย่างมีคุณค่าและเหมาะสมกับตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจและรับรู้สภาวะความจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก เป็นขั้นตอนที่ทำให้สามารถยอมรับและเข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เป็นทางบวก

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต ขั้นนี้เป็นขั้นที่ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิต

2.4 ขั้นกล้าเผชิญกับความวิตกกังวล เป็นขั้นที่ยอมรับความวิตกกังวล และพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา และนำไปปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป หรือบอกยุติการให้คำปรึกษา



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

1.1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

1.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

1.1.4 ระดับของความวิตกกังวล

1.1.5 การประเมินระดับความวิตกกังวล

1.1.6 ผลของความวิตกกังวล

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและการเจ็บป่วย

ระยะวิกฤต

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยระยะวิกฤต

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยระยะวิกฤต

2.3 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบ

ภวนิยม

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

3.1.2 ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

3.2.1 ความเป็นมา

3.2.2 ธรรมชาติของมนุษย์

3.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

3.2.4 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

3.2.5 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

- 3.2.6 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
- 3.2.7 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
- 3.2.8 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
 - 3.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในต่างประเทศ
 - 3.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในประเทศไทย

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Gorman, Sultan, and Raines (1996) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น มีความตึงเครียด สับสนโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้จะมีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เป็นสัญญาณเตือนว่ามีสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้ามาคุกคามความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งจะมีจริงหรือไม่ก็ได้ ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบโต้เพื่อลดภาวะนั้น

คณินิต บุรีเทศน์ (2540) มีความเห็นว่าความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

Vacarolis (1998) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ยุ่งยากใจ ไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541: 97) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีอาการกระตุ้นเกิดขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตรายและความไม่มั่นคงปลอดภัยทำให้เกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียดไม่เป็นสุข และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541: 96) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นอารมณ์พื้นฐานของบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์และโทษ ความวิตกกังวลในระดับต่ำ ๆ จะเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ช่วยให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้สำเร็จ และมีประสิทธิภาพ ส่วนความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหาและทำให้ประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจที่มีอยู่ในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิต

Comer (1992 cited in Videbeck, 2001) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น ความรู้สึกไม่แน่ใจ ความคลุมเครือ หวาดกลัวในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้บุคคลเกิดความไม่สุขสบายใจ ทุกข์ใจ รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามจากเคราะห์ร้ายที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถอธิบายเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

NANDA nursing diagnosis category (cited in Barry, 2002) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความขัดแย้งของจิตใต้สำนึกในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความหมาย หรือเป้าหมายของชีวิต เช่น ความเป็นตัวเอง (self – concept) ความตาย (death) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (role functioning) การเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต (situational/maturational crisis) การที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs)

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบว่าคุณคาม หรือมีอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์ที่เข้ามากระทบนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีความไม่สบาย หวั่นใจ กระวนกระวาย และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สรีระ พฤติกรรม การรับรู้

จากแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกเหมือนถูกคุกคามเสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือภาวะที่ไม่มั่นคง ปลอดภัย ไม่แน่ใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว กระวนกระวายใจ เกิดความไม่สมดุลระหว่างความคิดกับอารมณ์เกิดความไม่สบายใจ คับข้องใจ โดยจะมีการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ

1.1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

การแบ่งประเภทของความวิตกกังวลนั้น มีการแบ่งหลายลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้
ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541: 97) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลปกติ (Normal anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไป เป็นแรงผลักดันให้บุคคลตื่นตัว ระวังหรือร้อนที่จะแก้ปัญหา การรับรู้รวดเร็ว ถูกต้อง ความจำและสมาธิดี อารมณ์และการกระทำจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก

2. ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (Acute anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม หรือได้รับอันตราย อาจเรียกว่า ภาวะ ความวิตกกังวล (Anxiety state) ซึ่งภาวะอารมณ์เหล่านี้จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

(Sympathetic) ระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ เรียกว่า ปฏิกริยา ลู่ หรือ หนี เพื่อปรับตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความรุนแรง และความยาวนานของภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

3. ความวิตกกังวลเรื้อรัง (Chronic anxiety) เป็น ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข ขาดความมั่นคงปลอดภัยที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลนั้นตลอดเวลา จะเกิดความหวาดหวั่นหรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้เมื่อเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ อาจไม่แสดงพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นแรงเสริมเมื่อเกิดภาวะวิตกกังวล ทำให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกนั้นรุนแรงเพิ่มขึ้น

ความวิตกกังวลแบ่งตามลักษณะของผู้มีความวิตกกังวล (อุบล นิวัตชัย 2528:113)

ได้เป็น 2 ลักษณะ

1. ภาวะวิตกกังวล (State Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์กระตุ้นให้บุคคลไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในภาวะอันตราย พฤติกรรมตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เรียกว่าภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน และขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้นเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่าเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. อุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) คือความวิตกกังวลระดับหนึ่งของบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะไม่แสดงพฤติกรรมออกมา แต่จะเป็นตัวเสริมเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นแต่ละครั้งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพเปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่นๆที่ถูกเพาะขึ้นมาจากการฝึกหัดหรืออบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยทั่วไปบุคคลจะมีภาวะวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว

จะเห็นว่าภาวะวิตกกังวลนั้น เป็นความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้บุคคลไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในภาวะอันตรายส่วนความวิตกกังวลซึ่งเป็นอุปนิสัยวิตกกังวลนั้นเป็นลักษณะที่คงที่ในตัวบุคคล เป็นพื้นฐานทางอารมณ์ของบุคคลนั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

1.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

Gorman, Sultan, and Raines, 1996; Kneisl, 1996 ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวล ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ไว้ดังนี้

1) มีสิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) ได้แก่ สิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม ความอบอุ่น ความเจ็บป่วย หรือพัฒนาการในวัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

2) มีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัย และควมมีคุณค่าในตนเอง (threats to self – security or self – esteem) เป็นสิ่งที่จะรบกวนความปลอดภัยและเป็นตัวตนของตนเอง แนวคิด ค่านิยม ความคาดหวัง ความต้องการที่แต่ละคนยึดถือไว้ รวมถึงความต้องการเพื่อศักดิ์ศรี สถานภาพ และการเคารพนับถือ

สจิวต์ และซันดีน (Stuart; & Sundeen, 1995) และคเน็ชอล (Kneisl, 1996) ได้แบ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง

2. สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ การคุกคามต่อความคาดหวัง แนวคิดเฉพาะของตน และค่านิยม ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิด หรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

จากแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า สาเหตุของความวิตกกังวล เกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความสมดุลของร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเมื่อมีสิ่งคุกคามจะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ รู้สึกขัดแย้งในใจ ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

1.1.4 ระดับของความวิตกกังวล

Beare and Myers, 1994; Gorman, Sultan, and Raines, 1996) แบ่งระดับความวิตกกังวล ไว้ดังนี้คือ

1) ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัวมากขึ้นว่าควรทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น จะมีการเรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ อย่างขึ้น ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือมีความระแวงระวัง ตื่นตัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้น รับรู้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย

2) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่ แต่การรับรู้จะแคบลง จะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไป และมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือการมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจและลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งให้ความสนใจจะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำในขณะนั้น โดยใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลงในขณะที่นั้น

3) ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรง จะมีการรับรู้ความรู้สึกลดลงเป็นอย่างมาก โดยจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่าง ๆ มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ลดลง มีสมาธิลดลง ไม่สามารถทำตามคำแนะนำของคนอื่นได้ การสรุปลงความเห็นในเรื่องนั้น ๆ ทำได้ไม่ดี เนื่องจากความสามารถในการรวบรวมข้อมูลลดลง เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้ชีพจรและการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการหลั่งเอพิเนฟริน (epinephrine) เพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้

4) ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic) ในระดับนี้การรับรู้จะหยุดชะงัก ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คืออาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย ชวนเฉื่อยง่าย อาจวิงเวียนหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

1.1.5 การประเมินระดับความวิตกกังวล

กริมม์ Grimm (1997) และแบร์รี่ Barry (2002) ได้รวบรวมงานศึกษาที่เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล สรุปว่ามี 3 วิธีคือ

1) ประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตตัวบน ความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพ ปริมาณเหงื่อที่ออกมาที่มือ ระดับแคทีโคลามีนในพลาสมาและปัสสาวะ ระดับคอร์ติซอลในพลาสมา การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า และการตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง การวัดทางสรีรวิทยานี้อาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

สรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Frederickson, 1989)

2) การประเมินด้วยตนเอง (Self – report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยบุคคลนั่นเอง ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) หรือเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง (self – report questionnaire) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันเป็นส่วนมาก เช่น Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMP), The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS), และ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI)

แบบสอบถามที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) Form – X ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

2.1 แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A – State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A – Trait) ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

3) การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม หรือการที่แสดงออก ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่น การกัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน พุดเร็วขึ้น พุดตะกุกตะกัก พุดเสียงดังหรือแหลม การกอดอก ร้องไห้ ถอนหายใจ และ ผื่นร้าย เป็นต้น

วิลสันและเบอร์นเนท (Wilson , Banrnet (1992:59)) ได้แบ่งวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวลไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1) การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 วิธีคือ

1.1 การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self – report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบแบบสอบถามจากความรู้สึกตนเอง เครื่องมือที่นิยมในการประเมินแบบนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger (1983) แยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A – State) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A – Trait) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

1.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure it anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่ การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

สรุปได้ว่าการศึกษาของ Wilson ,Barnet (1992) และการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002) มีมุมมองการประเมินระดับความวิตกกังวล คล้ายคลึงกัน ต่างกันที่ จากของ Wilson – Barnet (1992) มีมุมมองตามการแสดงออกของความวิตกกังวลที่ออกมา 2 ด้าน คือด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วน Grimm (1997) และ Barry (2002) มองว่า การประเมินด้วยตนเอง (Self – report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ด้วยบุคคลนั้นเอง และการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม ไม่เกี่ยวกับการประเมินด้านจิตใจ จึงแบ่งประเภทการประเมินเป็น 3 วิธีแตกต่างกันไป

จากการศึกษา ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในสภาพวิกฤติ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความวิตกกังวลของแพทย์หญิงนิตยา ศษภักดี ดร.มาลี นิสสัยสุข ดร.สายฤดี วรภิภาคาร

1.1.6 ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ธีรภา ประสิทธิ์เวช. 2544: 28-30; อ้างอิงจาก ปรปักษ์ขามและคนอื่น ๆ 2529 :310)

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และสรีระวิทยา

1.1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ระบบประสาท ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัวเตรียมสู้หรือหนี

1.2 มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเคมี ในภาวะวิตกกังวล ฮอริโมนต่าง ๆ จะถูกขับออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ซึ่งฮอริโมนเหล่านี้จะมีหน้าที่ควบคุม ความสมดุลเกลือแร่ต่าง ๆ ในร่างกาย การเผาผลาญอาหาร และมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

1.3 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไประดับความตึงเครียด โดยทั่วไประดับความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย และระดับปานกลางจะเพิ่มการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายและความดัน

โลหิต ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะบ่อย น้ำตาลถูกขับออกมามากขึ้น ทำให้ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ม่านตาขยาย นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะ ที่คอ ตัวสั่น เหล่านี้เป็นต้น ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ อาจจะถูกหยุดชะงักไป ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความวิตกกังวลรุนแรงที่สุด

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์

ความวิตกกังวลทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น เกิดความตึงเครียด และความกลัว ซึ่งอาจจะแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยง่าย เป็นต้น

3. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ และการเรียนรู้

3.1 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความคิด ทำให้ความคิดสับสน ย้ำคิดย้ำทำ ตัดสินใจช้า ความคิดแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าตนเอง

3.2 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความจำ สมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ทำให้การจำได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลางจะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรง และระดับรุนแรงที่สุด สมาธิลดลง บุคคลในภาวะนี้กระสับกระส่ายและไม่หยุดนิ่ง

3.3 ผลของความวิตกกังวลต่อการรับรู้ โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มขึ้น หรือลดลง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตก ถ้าในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวดี ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวได้มากกว่าปกติ ในระดับปานกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวอยู่และขอบเขตการรับรู้จะแคบลง รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ในระดับที่รุนแรงที่สุดการสังเกตจะแคบลงมาก การรับรู้ผิดพลาดไป และไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3.4 ผลของความวิตกกังวลต่อการเรียนรู้และการปรับตัว ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็สามารถนำทักษะนั้นช่วยให้เกิดความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง และรุนแรงที่สุดแล้วไม่ว่าบุคคลนั้น จะมีทักษะหรือไม่ก็ตามจะไม่มีโอกาสใช้ทักษะนั้นเลย พฤติกรรมเป็นไปในรูปของการขจัด ภาวะความวิตกกังวลซึ่งโดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

4. ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อเกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา โดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้จำแนกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

4.1 พฤติกรรมที่ความรู้สึกภายในออกมาทั้งแบบเปิดเผย (Overt behavior) ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ ทำทางกระสับกระส่าย หรือแบบซ่อนเร้น (Covert behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร และอาจแสดงออกในรูปแบบอื่น เช่นพฤติกรรมโรคจิต โรคประสาททั้งหลาย

4.2 การลดความวิตกกังวล (Somatizing) โดยการเบนความสนใจ ไปสู่ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตสรีระแปรปรวน (Psychosomatic disorder) ทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง

4.3 การชะงักอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกอดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นความรู้สึกซึมเศร้ามีพฤติกรรมการถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยเด็ก

4.4 พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจ ถึงสาเหตุของความวิตกกังวล เพื่อหาวิธีในการจัดการความวิตกกังวล

จากผลของความวิตกกังวล สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีต่อบุคคล 4 ด้าน คือ 1. ด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เกี่ยวกับระบบประสาท และฮอร์โมน 2. ด้านอารมณ์ 3. ด้านความคิด ความจำ การรับรู้ และ 4. ด้านพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ที่เกิดความวิตกกังวลซึ่งในการศึกษาพบว่าผลของความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ 3 ด้าน คือ ในด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยศึกษาจากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก และการสัมภาษณ์ และการทำแบบทดสอบ

1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

อรุณี สุวรรณธาร. (2543: 43) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะเสียการมองเห็น โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่จะสูญเสียการมองเห็น จำนวน 4 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่จะสูญเสียการมองเห็นมีความวิตกกังวล หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2541: 89) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ส ที่มีต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเอดส์โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สแก่กลุ่มทดลอง จำนวน 8 ครั้งต่อเนื่องกันทุกวัน ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 16 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยเอดส์กลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อนุวัตร ศรีพร. (2546: 58) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบภวนิยม ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ 2 หรือระยะที่มีอาการ (HIV Symptomatic) ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในกาดำเนินชีวิตตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ ที่ 50 ขึ้นไปจำนวน 9 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบภวนิยม จำนวน 10 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอดส์มีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตลดลงหลังได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบภวนิยม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณา ความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตรายด้านแล้ว พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความวิตกกังวลลดลง ด้านพฤติกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.1 ส่วนความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตด้านจิตใจและด้านร่างกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกของพฤติกรรม นอกจากนี้ภาวะความวิตกกังวลยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคลด้วย ทั้งในด้านส่วนตัว ครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ หรืออาจเป็นเพียงทำให้ระดับความสนใจต่องานที่กำลังเผชิญลดลง แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้น ก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้การเห็นคุณค่าและความมั่นใจในตนเองลดลง นอกจากนี้ จากผลการศึกษาพบว่าการให้การช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถช่วยให้มารดาผู้ป่วยลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตของมารดาที่มีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตร โดยศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วย แนวความคิดและมุมมองในการดำรงชีวิตรวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยระยะวิกฤต

2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยระยะวิกฤต

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Critical ill patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาคูกคามต่อชีวิต ต้องการการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรหลายสาขาเพื่อให้อาการคงที่ รักษาสุขภาพให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อน(Hartshorn et al. , 1993) ความหมายของ Critical ill patient หมายถึงถึงญาติผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน พึ่งพากันเพื่อตอบสนองความต้องการและคงความสมดุลภายในครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบเปิดเมื่อมีเหตุการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในส่วนใดของระบบ ก็จะมีผลให้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทั้งระบบ การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว จึงเป็นเหตุการณ์ที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตของทุกคนในครอบครัว และนำไปสู่

การเสียสมดุลในครอบครัว และการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตเป็นเหตุการณ์รุนแรงที่มีผลกระทบต่อจิตใจของญาติ ผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย (Meisel , 1991; Hartshorn et al. , 1993)

Gallo, and Morton (1998) กล่าวถึงสภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ มีดังนี้

- 1) เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้น และคุกคามจนกระทั่งครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง
- 2) วิธีการที่เคยใช้ในการแก้ปัญหาตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วเช่นเดิม
- 3) ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวผู้ป่วยเกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัว และสภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้นได้ หรือลดการปรับตัวที่ดีของครอบครัวผู้ป่วยและเพิ่มความไวต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

การอยู่โรงพยาบาลของสมาชิกที่เจ็บป่วยขั้นวิกฤต เป็นสถานการณ์วิกฤตที่มีผลทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Halm, 1990) จากการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงลักษณะส่วนตัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Tracy, Fowler, and Magarelli, 1999) โดย Halm (1990) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกสถานการณ์ (universal emotion) เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิต (life crisis) สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างสูงให้กับครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ได้แก่

- 1) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน
- 2) การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน
- 3) ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยมากหรือมีเจ็บป่วยเป็นเวลานาน กลัวความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ หรือกลัวความตาย
- 4) การขาดความเป็นส่วนตัว และ
- 5) สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระยะแรกนั้นเป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์อย่างหนึ่ง (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Reider, 1994) และความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นเมื่อครอบครัวผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลแล้วไม่สามารถพบผู้ป่วยได้ทันที ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ อีกทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Halm, 1990) ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตต่าง ๆ มากมาย เสี่ยงจากเครื่องมือหรือการที่ต้อง

พึงพาเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าในการดูแลผู้ป่วย ล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Rukholm, Bailey; & Coutu – Wakulczyk, 1991 ; Hickey, 1993) จากการศึกษาของ Kleiber et al. (1994 cited in Hudak, Gallo; & Morton, 1998) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงวันแรกถึงสองวันแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตนี้ สาเหตุของความวิตกกังวลได้แก่ การไม่ทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ไม่ทราบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการเข้าพบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Gaw – Ens, 1994) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) การจำกัดเวลาในการเยี่ยม (Hopkins, 1994) ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา และค่าใช้จ่ายต่างๆ (Prevost, 1997) Gardner and Stewart (1978 อ้างถึงใน Hickey, 1993) กล่าวว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมองตัวเองว่าหมดหนทาง (helpless) และไม่มีอำนาจ ไม่สามารถที่จะช่วยสมาชิกที่ป่วยได้ ในช่วงเวลานี้ครอบครัวผู้ป่วยจะไว้วางใจในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยบ่อย ๆ แต่ถ้าเกิดการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวผู้ป่วยแล้วก็จะทำให้เกิดความยากลำบาก (distress) แก่ครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ได้แก่

Halm (1990) กล่าวว่าตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมากต่อครอบครัวเมื่อสมาชิกครอบครัวต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ

- 1) ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน
- 2) ความไม่แน่นอนของความก้าวหน้าของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
- 3) ความกลัวของครอบครัวผู้ป่วยต่อความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยมากขึ้นหรือมีระยะเวลาที่ยาวนาน
- 4) การขาดความเป็นส่วนตัว และ
- 5) การที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้

Aguilera and Messick (1982) และ Leavitt (1982 อ้างถึงในรุจา อุโพนุญต์, 2537) ได้แบ่งระยะการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตเป็น 4 ระยะตามลำดับดังนี้คือ

- 1) ระยะช็อคหรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

รู้สึกช็อค ไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาทีก่อน เป็นชั่วโมง หรือบางคนมีอาการหลายชั่วโมง

2) ระยะถอยหลังหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีทั้งความรู้สึกโกรธและสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง อาจมีความรู้สึกขี้มเสรำ เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3) ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยเริ่มยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหา ความคิดสงบลงไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งในระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4) ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ในระยะเวลาที่ครอบครัวผู้ป่วยจะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

โดยเฉพาะเมื่อบุตรเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมพันธ์ วิทยธีระนันท์ , 2540 ; Jamerson et al., 1996) นั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรที่เปลี่ยนแปลงไปขณะเจ็บป่วย (Melnyk; & Apert-Gillis, 1998) ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยของบุตร ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ของโรงพยาบาล (Leifer,1999) กลัวความไม่แน่นอนในการตรวจวินิจฉัยรักษา กลัวการถูกกล่าวโทษว่าตนเป็นผู้ทำให้บุตรเจ็บป่วย (Wong&Whaley,1999) กลัวบุตรจะเสียชีวิต (Graves&Ware,1990) กลัวไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หรือในระหว่างที่บุตรเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มารดาอาจมีปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว (นิตยา ปัญจมีดิถี, 2539) นอกจากนี้มารดาอาจเกิดการแยกจากบุตร ทำให้บทบาทของตนในการดูแลบุตรเปลี่ยนแปลงไปจากที่อยู่ที่บ้าน ต้องเปลี่ยนบทบาทจากมารดาเด็กปกติเป็นมารดาเด็กที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่มารดาไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรจึงจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการให้การช่วยเหลือบุตรขณะเจ็บป่วยและการที่ไม่สามารถช่วยลดความกลัวของบุตร และไม่สามารถปกป้องบุตรจากความเจ็บปวดได้ (Curley & Wallace, 1992; Hamelin, Saydak; & Bramadat, 1997 ; Miles, et al., 1993; Prudhoe; & Peter, 1995) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อมารดาที่บุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน ทำให้มารดาไม่ทราบว่าบุตรของตนเองจะเกิดอาการอย่างไรต่อไป และในกรณีที่บุตรเจ็บป่วยในระดับรุนแรงมาก มารดาจะต้องคอยเฝ้าดูแลบุตรตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความเครียด พักผ่อนน้อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ทั้งจากเป็นห่วงบุตร ไม่คุ้นเคยสถานที่และขาดความเป็นส่วนตัว และในเด็กป่วยบางรายจะติดมารดามาก ไม่ยอมให้มารดาห่างจากตัวไปไหน ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมารดา เช่น การอาบน้ำชำระร่างกาย การขับถ่าย

และการรับประทานอาหาร เป็นต้น (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2001)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและพฤติกรรม เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดฝัน มารดาบางรายอาจเกิดอาการ ซ็อก ตื่นตระหนก อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การรับรู้ลดลง สมาธิสั้น ความคิดอ่านสับสน การรวมจุดสนใจไม่ดี (Kristjansdottire, 1991) ไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้หรือแม้กระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และอาจเกิดผลกระทบต่อจิตใจและแสดงอาการออกทางร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เป็นต้น ปฏิกริยาเหล่านี้จะปรากฏเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ปฏิเสธ โกรธ ปกป้องตัวเอง รู้สึกผิด รู้สึกเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาอาจแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาจกล่าวคำไม่สุภาพกับเจ้าหน้าที่ พฤติกรรม และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น (Toderes, Earle; & Ireys, 1995)

3. ผลกระทบด้านสังคม เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven and Sharp, 1972; Griogo, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et. al., 1985) นอกจากนี้แล้วความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วยเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2535; Gilliss et. al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ดังการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (56 %) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวดมนต์อธิษฐานขอพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปวัด และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงและมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาทางการเงินซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) และการศึกษาของ Eberly et. al. (1985) ที่ศึกษามารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้

จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะเห็นได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ คือเกิดความวิตกกังวล ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงก็จะไม่สามารถรับรู้ เหนื่อย และแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาล จะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยระยะวิกฤต

พรศิริ ใจสม (2536: 1-20, 25-37) ได้ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญ ความเครียดของบิดา มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาจำนวน 60 คน ของผู้ป่วยเด็กจำนวน 39 คน ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมาร เวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินความเครียดที่ดัดแปลงมาจาก ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดาม มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ของคาร์เตอร์และไมล์ส และแบบ ประเมินกลวิธีเผชิญความเครียดของมารดา ขณะบุตรเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ซึ่ง ศากุล คงพันธ์ แปลมาจากแบบประเมินการเผชิญภาวะวิกฤตของครอบครัว แมคคัมบีน ออลสันและลาร์เซน ผล การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับกลาง โดยเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีค่าเฉลี่ยความเครียดสูง คือ เหตุการณ์ด้านพฤติกรรมของบุตรและเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีค่าเฉลี่ยความเครียดต่ำ คือเหตุการณ์ ด้านพฤติกรรม และการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและการใช้กลวิธีเผชิญความเครียด โดยมี ค่าเฉลี่ยในการใช้สูงสุดคือ ด้านการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อ ปัญหาที่ขึ้น

นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546: 8 – 10 , 25 – 26) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและเผชิญ ปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ภายใต้กรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยและญาติในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรี นครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 125 ราย และญาติ 125 ราย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยแบบ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด และแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1991) แปลโดย อุษลรัตน์ ต้อยมาเมือง (2544) การศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยและญาติ อยู่ในระดับเครียด น้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายด้านของผู้ป่วยและญาติที่มากที่สุดคือ ความเครียดจากด้าน จิตใจ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากด้านจิตใจรายข้อของผู้ป่วยและญาติที่มากที่สุด คือ ความ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับใช้บางครั้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหารายด้านของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับใช้บ่อยครั้งและใช้บ่อยครั้งที่สุด คือ ด้านการมองโลกในแง่ดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาข้อของผู้ป่วยและญาติที่ใช้บ่อยครั้งที่สุด คือ ภาวนาว่าปัญหาจะผ่านพ้นไป

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ป่วย น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของญาติ อย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวมของผู้ป่วย น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวมของญาติอย่างมีนัยสำคัญ

2.3 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทของพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาให้ทันกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงด้านความเจริญทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่รวดเร็ว โดยเปลี่ยนจากรูปแบบของการดูแลภาวะสุขภาพเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีและวิธีการที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยหลักการสำคัญของการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2534)

พยาบาลควรจะขยายแนวคิดของตนให้ขยายขอบเขตจากความสนใจเฉพาะชีวิตของผู้ป่วยไปยังครอบครัวผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตของตนที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ (Craven, 1972 cited in Robert, 1976) ทำให้การพยาบาลที่ให้มีคุณภาพ และมีความเป็นองค์รวม

จากหลักการของสมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้ พยาบาลต้องประสานงานกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น และให้ความช่วยเหลือ ต้องร่วมรับรู้ในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และควรจะยอมรับในค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์

Johnson (1986) ได้ชี้แนะการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยไว้ ดังนี้

- 1) พยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วย และต้องแสดงให้เห็นว่าเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายออกมา
- 2) อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย โดยควรอธิบายให้เข้าใจหลักการและเหตุผลลง่าย ๆ ภาษาที่ใช้ควรง่ายแก่การ

เข้าใจ และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพทางจิตใจ/อารมณ์ขณะรับฟัง คำอธิบายด้วย

3) ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ

4) พยายามให้เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วยแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อไม่ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป

5) หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดจาก คำพูดการกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่

6) ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของเขาในโรงพยาบาล โดยควรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการเปลี่ยนบทบาทจากผู้สังเกตมาเป็นผู้ให้ความสุขสบายหรือการดูแลผู้ป่วย ควรให้คำอธิบายในสิ่งที่เขาสามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้

7) ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา หรือชี้แนวทางและให้วิธีแก้ปัญหานั้น ๆ ง่ายลงสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

8) ชี้แนะครอบครัวผู้ป่วยในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ

9) ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป

10) ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

Bleulin, Rook and Sills (1982) ได้ให้แนวทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตไว้ ดังนี้

1) การให้ความช่วยเหลือทันที โดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบครัวหวั่นไหวต่าง ๆ คือ

1.1) ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้น ๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1.2) บอกชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมกันให้การรักษาดูแลผู้ป่วย

1.3) ประมุขทีมดูแลครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่ห้องพักของครอบครัวผู้ป่วย ควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คับขัน/วิกฤต และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง

2) การรับรู้เหตุการณ์วิกฤต ซึ่งในบางครั้งอาจมีความบิดเบือนได้จากการที่ครอบครัวผู้ป่วยมีอาการนั้น อาจทำให้ความเข้าใจในเหตุการณ์วิกฤตนั้นคลาดเคลื่อนไป ควรประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจากการสอบถาม

วิธีการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอ มีความอดทนในการอธิบายซ้ำ ๆ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อาการ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

3.1) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ (grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีในสถานการณ์ที่วิกฤตและสูญเสีย

พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจ และให้ความสำคัญเป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจทำให้การตอบสนองของอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

3.2) การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยู่ยากที่สุดในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วยวิธีการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวจนภาษาและอวจนภาษา เช่น การเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า / สายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ

พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้วมาเป็นความหวังว่าจะสามารถให้การช่วยเหลือได้

4) การสำรวจหาสิ่งที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ และกลวิธีแก้ไข

4.1) การสำรวจหาสิ่งที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ พยาบาลต้องช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งที่จะมาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ไขปัญหาได้เพียงพอ โดยช่วยค้นหาแหล่งกำลังใจที่สามารถช่วยครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พยาบาลอาจจัดให้มีการประชุมร่วมกันกับครอบครัว และจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตคล้ายคลึงกัน

4.2) การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้ทักษะเดิมที่เคยได้ผลมาแล้วมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในอนาคต

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบภวนิยม

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

โครว์ และโครว์ (Crow; & Crow.1962: 164) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้

จำเนียร ช่วงโชติ (2524:15 – 16) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยผู้ให้คำปรึกษาได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่มีขึ้นระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาควรเป็นความสัมพันธ์ของความช่วยเหลือ มีความร่วมมือกัน เข้าใจกัน มีความยกย่องนักถือกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง และรับรู้โลกอย่างถูกต้องยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเลือกและการตัดสินใจอย่างฉลาดนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 124) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็น กระบวนการช่วยเหลือ และในกระบวนการช่วยเหลือนี้ก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพ การช่วยเหลือ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และได้รับการฝึกฝนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึกตลอดทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางโครงการในอนาคตได้เอง

จากความหมายของการให้คำปรึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็น กระบวนการของการขอความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพมาโดยเฉพาะตลอดจนมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.1.2 ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 179) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529: 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการให้การปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นสามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

จากความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หมายถึง การที่ผู้ให้ปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเฉพาะรายในแต่ละครั้งเพื่อผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

3.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

3.2.1 ความเป็นมา

ทัศนาศ นุญทอง (2525: 27 – 28) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential Counseling) ไว้ว่าพัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม (Existentialism) นักปรัชญา 2 ท่านที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวปรัชญาภวนิยม คือ เซอร์เรน คีร์เคการ์ด (Seren Kierkegard 1813-1855) และนิชเช่ (Nietzche) ซึ่งได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาภวนิยม (Wamock. 1977 : 6, 12, 22) โดยแนวปรัชญาภวนิยมนั้นได้ถูกนำมาใช้หลังจากที่คีเคการ์ดได้เสียชีวิตไปแล้ว 70 กว่าปี และมีการพัฒนาอย่างเด่นชัดในยุโรปหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 (Gazda. 1989: 352)

ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 บุคคลได้เผชิญกับความเลวร้ายของสงครามที่ทำให้เกิดความแตกแยกของครอบครัว ความรู้สึกสูญเสียและหมดหวัง (Capuzzi; & Gross. 1995: 209) ทั้งจากความเป็นบุคคลที่ถูกทำลายไปพร้อมกับความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองเกิดความรู้สึกว่างตันไม่ได้แจ้งของชีวิตของตนเอง (Vondaracek and Comeal. 1995: 195)

ในยุคนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มจิตวิเคราะห์ที่ได้พบกับบุคคลที่มาขอความช่วยเหลือซึ่งมักมาด้วยปัญหาว่า เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Isolation) แปรกแยก (Alienation) ว่างเหว (Loneliness) ไร้ความหมายในการใช้ชีวิต ซึ่งนักจิตวิทยาทั้งสองกลุ่มก็ไม่สามารถทำความเข้าใจกับความรู้สึกที่เป็นปัญหาของผู้มาขอความช่วยเหลือเหล่านั้นได้ (นันทิยา เอกธิดาภิจ. 2542: 59 – 62 ; อ้างอิงจาก Vondaracek and Comeal. 1995: 195 – 196)

แต่กระนั้นก็ได้มีนักจิตวิทยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวคิดเกี่ยวกับคุณค่าของบุคคลและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงได้เกิดนักจิตวิทยาขึ้นอีกกลุ่ม คือ กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) แนวปรัชญาภวนิยมได้ถูกพัฒนาโดยกลุ่มของนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม โดยมีการสร้างหลักการเพิ่มในด้านของแนวความคิด ประสบการณ์ของการตระหนักในตนเอง และความรับผิดชอบ (Capuzzi; & Gross. 1995: 210 – 211) แนวปรัชญาภวนิยมนี้พัฒนาจากความพยายามที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ประสบกับปัญหาในการดำเนินชีวิต ที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกแยก และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย ซึ่งในระยะแรกนี้นักปรัชญาภวนิยมจะเน้นในเรื่องการทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในประสบการณ์ในการดำรงชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคลมากกว่าการมุ่งพัฒนา หลักในการบำบัด (Corey. 1986: 170 ; citing May and -Yalom. 1995)

โปรชาคกา (Prochaska. 1979: 69) ได้กล่าวไว้ว่า การนำแนวปรัชญาภวนิยม เข้าไปใช้ในกระบวนการบำบัดได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในปีต่อมา โดยมีจุดเริ่มต้นในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ.1930 จากงานของนักจิตวิเคราะห์ 2 ท่านคือ ลุดวิก บินแวนเกอร์ (Ludwig Binswanger 1881 – 1966) และเมดดาร์ บอส (Medard Boss 1963) แนวคิดในการบำบัดของทั้งสองท่านได้รับอิทธิพลจากนักภวนิยมของ ไฮเดคการ์ด (Heideggard) (Shaffer and Galinsky. 1989: 82) แวนเกอร์เป็นผู้บำบัดคนแรกที่ประยุกต์แนวคิดของนักภวนิยมไปใช้ในการบำบัดของเขา ในเวลาต่อมา บอส ก็เป็นนักจิตวิทยาอีกท่านที่สานต่อแนวความคิดแบบภวนิยมของไฮเดคการ์ดเข้ากับวิธีการบำบัดของเขา

นอกจากบินแวนเกอร์ และบอส แล้วยังมีนักจิตวิทยาอีกหลายท่านได้นำแนวปรัชญาภวนิยมไปใช้ในการบำบัดและมีอิทธิพลต่อการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา (Corey. 1986: 171) อาทิเช่น ในสหรัฐอเมริกา เมย์ (May) เป็นนักภวนิยมที่นำแนวปรัชญาภวนิยมจากยุโรปไปสู่อเมริกา เมย์ได้สร้างระบบบำบัดตามแนวภวนิยมในอเมริกา ซึ่งเขาได้เสนอผลงานของเขาในหนังสือ (Existential: A New Dimension in Psychiatry and Psychology) นอกจากนั้นยังมีเจมส์ บูเกนตอล (James Bugental) ซึ่งเป็นนักบำบัดแนวภวนิยมอีกผู้หนึ่งในอเมริกา ซึ่งมีผลงานที่เป็นที่รู้จักคือ The art of The Psychotherapists. (1987)

นอกจากนักภวนิยมที่นำแนวความคิดแบบภวนิยมเข้าสู่ระบบบำบัด ดังกล่าวข้างต้น ยังมีนักภวนิยมที่เป็นที่รู้จัก และความคิดของท่านยังมีอิทธิพลต่อนักภวนิยมและต่อการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา เช่น จีน พอล ซาร์ต (Jean Paul Sartre) กาเบรียล มาเซล (Gabriel Marcel) อัลเบิร์ต คาร์มัส (Albert Carmus) คาร์ล แจสเปอร์ (Karl Jaspers) มาร์ติน บูเบอร์ (Martin Buber)

จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้นพัฒนามาจากแนวคิดทางปรัชญากว
 นิยมโดยไม่ได้รวมไว้เป็นทฤษฎีของผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งจากแนวคิดปรัชญากวนิยมนี้ นักจิตวิทยามนุษย์
 นิยมได้นำไปใช้ในการทำจิตบำบัด ต่อมาความคิดแบบภวนิยมจึงแพร่หลายเข้าสู่การให้คำปรึกษา ซึ่ง
 ผู้สร้างทฤษฎีหลายทฤษฎีได้นำแนวคิดภวนิยมไปใช้ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาของตน ถึงแม้ว่านักภ
 วนิยมแต่ละท่านจะมีแนวความคิดและการบำบัดที่แตกต่าง ชัดแย้ง และสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตาม
 ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม นักภวนิยมแต่ละท่านก็จะให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีและคุณค่าของ
 มนุษย์ เสรีภาพ การเลือก และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลเท่าเทียมกัน

3.2.2 ธรรมชาติของมนุษย์

นักภวนิยมให้ความสำคัญกับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ โดยกล่าวว่ามนุษย์
 ไม่ใช่วัตถุหรือเครื่องจักร หรือผลผลิตของกระบวนการใด ๆ มนุษย์แต่ละคนมีลักษณะของตน
 ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีเกียรติยศ มนุษย์อาจต้องยอมรับอิทธิพลต่าง ๆ ภายนอก หรือ
 ข้อจำกัดในชีวิต แต่สิ่งเหล่านี้นักภวนิยมเห็นว่าเป็นเพียงข้อจำกัดที่มนุษย์ต้องรับรู้แต่ไม่ใช่สิ่งที่กำหนด
 ความเป็นไปของมนุษย์ ศรีเรือน แก้วกังวาล (Suiruen Keawkungwal.n.d.: 49 – 50)

พิชเชอร์ และพิชเชอร์ (Corey, 1995: 178 ; Citting Fischer & Fischer, 1983)
 กล่าวว่า โดยธรรมชาติมนุษย์ไม่เคยกำหนดชีวิตไว้เพียงแค่ครั้งเดียว เพื่อให้เป็นเช่นนั้นตลอดไปแต่จะ
 สร้างแผนการชีวิตอยู่เสมอ มนุษย์อยู่ในสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง และการประดิษฐ์คิดค้น
 ตลอดเวลา แสวงหาและสร้างสรรค์ความหมายต่อการดำรงชีวิต เพื่อพัฒนาสภาพชีวิตตลอดเวลา

ชาร์ต (ทัศนา บุญทอง. 2525: 27 – 28 ; อ้างอิงจาก Sarter.nd) ซึ่งเป็นนักภวนิยม
 ชาวฝรั่งเศส ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่า องค์ประกอบสำคัญของมนุษย์มี 3 ประการด้วยกัน
 คือ เสรีภาพ การตัดสินใจ หรือการเลือก และความรับผิดชอบโดยชาร์ต กล่าวว่า

1. เสรีภาพ เป็นธาตุแท้ของมนุษย์ หรือมนุษย์คือเสรีภาพ มนุษย์กับเสรีภาพแยก
 จากกันไม่ได้ มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความว่างเปล่า ปราศจากพันธนาการใด ๆ มากำหนดมนุษย์
 มนุษย์จะเป็นสิ่งที่เขาทำ มนุษย์สามารถตั้งต้นชีวิตได้เอง ไม่มีเกณฑ์ใด ๆ จะตัดสินว่าอะไรคือความดี
 ความชั่ว อะไรถูก อะไรผิด อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ เพราะสิ่งต่าง ๆ มนุษย์เป็นผู้ให้ความหมาย
 แก่สิ่งเหล่านี้

2. มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเอง และการลงมือการทำจะเป็น
 จะเริ่มต้นไปสู่พันธะ พันธะ คือการนำตัวเราเข้าไปผูกพันกับสิ่งที่เราเลือก โดยเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง
 แล้วสำหรับเรา

3. พันธะที่เกิดขึ้นจากเสรีภาพและการเลือกนั้น ก็คือความรับผิดชอบ นั่นคือเสรีภาพที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบ เมื่อมนุษย์มีเสรีภาพเต็มที่ในการเลือก มนุษย์ก็จะต้องมีความรับผิดชอบต่ออย่างเต็มที่ด้วยในทุกสิ่งที่ได้เลือกกระทำลงไป

เมย์ (Rickey; & Therese. 1995: 74 – 75 ; citing May 1961) กล่าวถึงลักษณะ 6 ประการที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ ตามแนวคิดของนักภวนิยม ดังนี้

1. มนุษย์ เป็นสิ่งที่มีความหมายสำคัญสำหรับตัวของพวกเขาเอง อากาทางประสาทเป็นวิธีหนึ่งที่บุคคลใช้ป้องกันความสำคัญหรือความคงอยู่ของบุคคล
2. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของตนเองหรือความต้องการที่จะรักษาความสำคัญของพวกเขา และการรักษาความสำคัญของตัวมนุษย์เองจะต้องมีอยู่ตลอด
3. มนุษย์ ต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะนำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอน
4. มนุษย์ มีความสามารถในการที่จะเป็นผู้กระทำหรือเป็นเพียงผู้สังเกต เมื่อมนุษย์จะต้องติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของการรับรู้ (Self – Consciousness) การรับรู้นี้หมายถึง การที่รับรู้ถึงอันตรายและการคุกคามจากภายนอก และการที่มีความสามารถในการรับรู้ได้นี้จะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในฐานะที่เป็นผู้กระทำ
6. มนุษย์ มีลักษณะของความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกว่าจะต้องพยายามต่อต้านสิ่งที่จะมาทำลายความดำรงอยู่ของตน

สำหรับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวภวนิยม แฟรงเคิล (Rickey; & Therese. 1995: 75) ได้กล่าวเพิ่มเติมจากแนวคิดของเมย์ อีก 1 ลักษณะคือ แรงผลักดันอันดับแรกของมนุษย์คือ การค้นหาความหมายของบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลจะต้องมีลักษณะเฉพาะตนและแสวงหาความหมายในชีวิต

ฟองพวรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 133) กล่าวถึง ธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวภวนิยมไว้ว่า

1. มนุษย์มีคุณค่า มีเอกลักษณ์ส่วนตัว เป็นภาวะที่มีอยู่ สามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ มนุษย์มีอิสระ มนุษย์จะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการที่เขากำหนดด้วยตัวของเขาเอง อีกทั้งสามารถรับรู้และรับผิดชอบต่อความมีอยู่ของตัวเอง
2. มนุษย์มิใช่ตัวตนที่คงที่ แต่อยู่ในสภาวะที่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนย้าย และมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา

อาภา จันทรสกุล (2535: 59) ได้กล่าวถึง ธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทฤษฎี
ดังนี้

1. ความมีอยู่ทำให้เกิดสภาวะในชีวิต มนุษย์จะเป็นอย่างไร เกิดจากการเลือกตัดสินใจของตนเอง
2. มนุษย์มีเสรีภาพที่จะเลือกและมีความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการเลือกของตน
3. มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยเผชิญหน้ากับการรับรู้เรื่องความตาย หรือสภาพของการใช้ชีวิต อรรถิภาวะที่แท้จริง (authenticity) เกิดจากความสามารถในการรับรู้ความจริงในชีวิตการตัดสินใจของชีวิต
4. ความมีอยู่ของบุคคลไม่สามารถแยกออกไปจากการมีอยู่ของบุคคลอื่น ๆ ในสังคมและความมีอยู่ของสรรพสิ่งในโลกได้อย่างเด็ดขาด เช่นเดียวกันความมีอยู่ของบุคคลอื่น ๆ และสรรพสิ่งต่าง ๆ ไม่สามารถแยกออกไปจากความมีอยู่ของบุคคลได้
5. การรับรู้ของบุคคลจะเที่ยงตรงมากขึ้น ถ้าจัดความเชื่อเฉพาะตัวที่เกิดขึ้นก่อนการรับรู้ออกไป

กล่าวโดยสรุป นักทฤษฎีเห็นว่ามนุษย์แต่ละคนมีลักษณะเฉพาะของตนเอง แต่ละคนมีคุณค่ามีศักยภาพในการดำรงอยู่ของตนเอง สามารถค้นหาความหมายให้กับชีวิตของตนเองได้ โดยมนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกที่จะเป็น หรือไม่เป็น ทำหรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ ดังนั้นมนุษย์จะต้องมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ การเลือกและการดำรงชีวิตของตน และพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามภาวะที่แท้จริง

3.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

นักทฤษฎีมองว่า ปัญหาของมนุษย์เกิดจากการที่มนุษย์ไม่สามารถใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่อย่างเต็มที่ ไม่ตระหนักในคุณค่าและการมีอยู่ของตน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ดังนั้นการช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีจึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงคุณค่าและการมีอยู่ของตนในปัจจุบัน สามารถใช้เสรีภาพและความรับผิดชอบของตนอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ของตน ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนั้น เมย์ (Millon, 1967: 245 ; citing May, 1960) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีไม่มีระบบของการบำบัด และกลุ่มของเทคนิคใหม่ แต่เป็นการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจกับการดำรงอยู่และประสบการณ์ของมนุษย์ และเป็นการนำทัศนคติไปสู่การให้คำปรึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ทศนคติหลักที่นำเข้าสู่การให้คำปรึกษา คือ การทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขในการดำรงอยู่ของมนุษย์ 6 ด้าน ดังนี้ (Corey, 1986: 78)

1. ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness)
2. อิสระและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)
3. การค้นพบเอกลักษณ์ของตนและการสร้างสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationship with Others)
4. การค้นหาความหมาย จุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมาย (The Search for Meaning, Purpose, Values and Goals)
5. ความวิตกกังวลซึ่งเหมือนเงื่อนไขการดำรงชีวิต (Anxiety as Condition of Living)
6. การตระหนักถึงความตายและไม่มีอยู่ (Awareness of Death and Nonbeing)

3.2.3.1 ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness) นักทฤษฎีให้ความสำคัญของการตระหนักในตนเอง (Self Awareness) เพราะศักยภาพในการตระหนักในตนเองของมนุษย์ ทำให้มนุษย์มีความแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่น และเมื่อมนุษย์มีความสามารถในการตระหนักในตนเอง มนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อชีวิตตน (Patterson, 1966: 445)

การตระหนักในตนเอง คือ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยคอเรย์ (Corey, 1986: 173) กล่าวว่า การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเอง หมายถึง การเพิ่มการรับรู้ในทางเลือกต่าง ๆ แรงจูงใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลของแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายของบุคคล การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเองนั้น จะทำให้บุคคลสามารถตอบโต้และสร้างทางเลือกได้อย่างอิสระนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างสมบูรณ์ ในการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนิยมจะมุ่งให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

1. บุคคลตระหนักว่า เมื่อบุคคลเลือกเพื่อตัวเขาเอง เขาอาจจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและอาจจะเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงได้
2. บุคคลจะตระหนักว่าหากพวกเขายึดเหนี่ยวในเอกลักษณ์ที่กำหนดจากคนอื่น นั่นคือบุคคลกำลังพยายามค้นหาการยอมรับและยืนยันการดำรงอยู่ของตนจากคนอื่นหรือสิ่งอื่นแทนที่จะให้เป็นตัวของเขาเอง
3. บุคคลตระหนักว่า การรับรู้และการตัดสินใจในอดีตมีผลให้เกิดความทุกข์ถึงปัจจุบันนี้ในการให้คำปรึกษา บุคคลจะรับรู้ว่าเขามีเสรีภาพและสามารถตัดสินใจใหม่ได้

4. บุคคลตระหนักว่า ถึงแม้ว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตของเขาได้ แต่เขาสามารถเปลี่ยนแปลงการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้
 5. บุคคลจะตระหนักว่า อดีตเป็นบทเรียนที่ดีที่สุดที่จะให้เขาสามารถนำไปปรับปรุงอนาคตให้ดีขึ้นได้
 6. บุคคลตระหนักว่าการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ท้อแท้ สิ้นหวังจะทำให้ขาดโอกาสประสบความสำเร็จ
 7. บุคคลจะตระหนัก และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเองทั้ง ๆ ที่มีข้อจำกัด
 8. บุคคลจะตระหนักถึงปัจจุบันนี้เขาล้มเหลวเพราะเขาหมกมุ่นอยู่กับอดีต และวางแผนในอนาคต หรือพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน
- จะเห็นว่าทัศนคตินี้ของนักภวนิยมมองว่าบุคคลมีความสามารถที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนต้องการภายใต้เงื่อนไขที่มีอยู่ การช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการตระหนักในตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถในการรับรู้ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้นสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น และนำไปสู่การเห็นคุณค่าของตนและการกระทำของตน และลดความวิตกกังวลในสิ่งต่าง ๆ ลงได้

3.2.3.2 เสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)

นักภวนิยม ให้ความสำคัญกับเสรีภาพของมนุษย์ในการเลือกกระทำ

แฟรงค์เคิล (Frankl, 1978: 60) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะไม่มีอิสรภาพอย่างสมบูรณ์จากเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผูกมัด ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรรมพันธุ์ หรือแรงขับตามสัญชาตญาณ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจจัดขอบเขตเสรีภาพของบุคคล แต่ไม่สามารถลดศักยภาพความเป็นมนุษย์ลงไปได้ แฟรงค์เคิล ยังเชื่อว่าบุคคลยังมีเสรีภาพในการเลือก โดยกล่าวว่าเงื่อนไขต่าง ๆ ไม่ได้กำหนดเรา แต่เราจะเป็นผู้กำหนดเองว่าจะยอมรับหรือต่อสู้กับเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านั้น

ชาร์ต (Corey, 1995: 180 Citing Sartre; 1971) เห็นว่ามนุษย์มีอิสระในการเลือกใช้อิสรภาพที่มีอยู่และจำเป็นต้องมีข้อผูกมัดในการตัดสินใจเลือก ข้อผิดพลาดก็คือ ความรู้สึกที่หลีกเลี่ยงข้อผูกมัดอันเป็นผลมาจากการปล่อยให้คนอื่นมากำหนดชีวิตและตัดสินใจแทน

ดังนั้นการเจริญชีวิตตามความเป็นจริง หมายถึง การรู้จักประเมินคุณค่าของตนเองตามความเป็นจริงในสิ่งที่ประยชน์ต่อการดำรงชีวิตของตน

โปรชากา (Prochaska – 1979: 72) กล่าวว่า ทางเลือกที่ดีที่สุดในแนวความคิดของนักทฤษฎีไม่จำเป็นจะต้องเลือกจากสิ่งที่ให้แรงเสริมสูงสุดและลงโทษน้อยที่สุดแต่การควรเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในการเลือกของนักทฤษฎี คือ การเลือกที่เป็นตามแบบของตนเองอย่างแท้จริง เพราะเป็นการดำรงชีวิตที่บุคคลตัดสินใจที่จะมองโลกตามที่เป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงหรือปิดบังตนเองจากสิ่งแวดล้อมนำสู่การเปิดเผยตนต่อธรรมชาติ ต่อบุคคลอื่น และต่อตนเอง

แฟรงเคิล (Corey 1995: 180 Citing Frankl, 1978) ได้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างอิสรภาพ และความรับผิดชอบไว้ว่า อิสรภาพถูกจำกัดเพราะเราไม่เป็นอิสระจากเงื่อนไขต่าง ๆ แต่อิสรภาพของเราเกิดจากการต่อสู้กับข้อจำกัด และในที่สุดเงื่อนไขเหล่านี้ก็จะอยู่ภายใต้การตัดสินใจของเรา แสดงว่าเรากล้าตัดสินใจด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีเสรีภาพในการเลือก แต่การตัดสินใจนั้นจะต้องดำรงคุณค่า และมีความเหมาะสม บุคคลจะต้องตระหนักต่อความรับผิดชอบของตนโดยเสรีภาพและความรับผิดชอบจะต้องมีขึ้นพร้อม ๆ กัน ดังนั้นในการให้คำปรึกษาจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะตัดสินใจและยอมรับผลที่เกิดขึ้นกับตนจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ลงได้

3.2.3.3 การค้นพบเอกลักษณ์ของตนและการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)

ในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่นนั้น นักทฤษฎีเห็นว่าบุคคลจะต้องรู้จักตนเองและให้ความสำคัญกับตนเองเท่า ๆ กับให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น การที่บุคคลจะรู้จักตนเองนั้น บุคคลจะต้องค้นหาและสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตนขึ้น ซึ่งกระบวนการในการค้นหาไม่ได้เกิดขึ้นได้เอง บุคคลจะให้ใช้ความกล้าที่จะเป็น คือ การที่บุคคลกล้าที่จะดำรงชีวิตจากความคิดและความรู้สึกภายในตนเอง หากบุคคลมีความกล้าที่จะเป็น จะทำให้บุคคลสามารถอยู่เพียงลำพังได้ บุคคลจะต้องเรียนรู้การอยู่ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ว่าเขาจะอยู่อย่างไร นักทฤษฎีเชื่อว่าก่อนที่จะสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีคุณค่าและมั่นคงกับบุคคลอื่นได้นั้น บุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง และสามารถมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองได้ (Corey. 1996: 175 – 176 ; Citing Tillich. 1952)

3.2.3.4 การค้นหาความหมาย (Search for Meaning)

แฟรงเคิล เน้นว่า โลกมนุษย์คือโลกของความหมาย แรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์ไม่ใช่ต้องการความพอใจ หรือต้องการพลังอำนาจแต่เป็นการต้องการความหมาย เป็นการแสดงให้เห็น

ถึงความเป็นมนุษย์อย่างที่สุด มนุษย์พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ ตราบเท่าที่มนุษย์จะมองเห็นความหมายในสิ่งนั้น (Sriruen Kaewkangwal.nd. : 54 ; Citing Frankl. 1955, 1961)

ฉะนั้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นักภวนิยมจะมองเห็นความสวยงาม โอกาสและทางเลือก (Ivery. 1987: 269) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรู้สึกที่ว่าตนไร้ความหมาย มักถามตนเองว่าอะไรคือความหมายของชีวิต ฉันสามารถทำอะไรที่แตกต่างไปจากนี้ อะไรคือจุดประสงค์ของการดิ้นรน (Capuzzi; & Gross. 1995 : 217) แพรงเคิล (Corey, 1995: 182 – 183 ; Citing Frankl. 1978) ยืนยันว่าหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่อยู่ที่การบอกผู้รับบริการว่าความหมายในชีวิตของเขาควรเป็นอย่างไร แต่เป็นการชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการสามารถพบความหมายได้แม้ในยามทุกข์ยากลำบาก ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนความทุกข์ทรมาน เปลี่ยนแปลงโศกนาฏกรรมชีวิตในด้านลบให้เป็นความสำเร็จได้ โดยอาศัยความอดทนและการยืนหยัดต่อสู้ สร้างกำลังใจ กระตือรือร้นในการดำรงชีวิต คิดและมองสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแง่บวก

3.2.3.5 ความวิตกกังวลเป็นเสมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living)

ความวิตกกังวลย่อมเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของนักภวนิยม ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal of Existential Anxiety) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่คุณไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิต หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องตัดสินใจโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน (Shaffer; & Galinsky. 1989: 92) ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal Anxiety) ที่ไม่มากจนเกินไป จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลที่มีมากจนเกินไปจะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่าย (Vondracek and Corneal. 1995: 202) ความวิตกกังวลที่ไม่ปกติ คือการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่ต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ (Inauthentic Response to Being) และก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจได้ (Psychopathology) (Prochaska. 1979: 76)

เมย์ (Corey. 1995 : 244 ; Citing May. 1981) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่อิทธิพลต่อความเจริญงอกงามของมนุษย์ และเห็นว่าบุคคลมากมายมีความคิดสร้างสรรค์แต่มักถูกปิดกั้นด้วยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นจะรู้สึกถึงความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง

ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ค้นหาในสิ่งที่ตนยังไม่รู้เพราะการที่บุคคลได้ทำในสิ่งที่ตนคาดการณ์ผลได้ จะทำให้ความวิตกกังวลของบุคคลนั้นลดลง

จะเห็นได้ว่าในทัศนะของนักภวนิยม ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิต และไม่ใช่ความรู้สึกที่ต้องหลีกเลี่ยงแต่บุคคลต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าของตนเอง จะทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้

ในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการเลือกชัดเจนขึ้น สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกได้ เพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับว่าการตัดสินใจในสิ่งที่ยังไม่เห็นผล ผู้รับคำปรึกษายอมรับเกิดความวิตกกังวลได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้กำลังใจให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความวิตกกังวลของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ตนต้องการ พร้อมทั้งผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่กับเวลาปัจจุบันอย่างเต็มที่เพราะอดีตไม่สามารถแก้ไขได้ และอนาคตที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการก็จะเป็นผลจากการกระทำของผู้รับคำปรึกษาในขณะนี้

3.2.3.6 การตระหนักถึงความตายและไร้ความหมาย (Awareness of Death and Nonbeing)

คูเบิล และรอส (Capuzzi; & Gross. 1995: 213) กล่าวว่า การเผชิญกับความตายด้วยการวิเคราะห์พิจารณาจะนำมาสู่การมีชีวิต บุคคลต้องยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความตายอย่างแท้จริง จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันของเขาอย่างเข้มแข็งและมีกำลังใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้โดยตัดสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความสำคัญออกไป การปฏิเสธความตายเป็นการแสดงว่าบุคคลนั้นรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองเพียงเล็กน้อย ดำเนินชีวิตอย่างว่างเปล่า ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ไฮเดคการ์ดและยาลอม (Corey. 1995: 246 ; Citing Heideggard. 1962, Yalom. 1980) กล่าวว่า นักภวนิยมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เนื่องจากการดำเนินชีวิตนั้นย่อมมีจุดสิ้นสุด แต่ถ้าบุคคลยืนยันที่จะดำรงชีวิตและพยายามที่จะให้ชีวิตในปัจจุบันให้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ บุคคลนั้นก็จะไม่สนใจต่อวันสิ้นสุดของชีวิต

การให้คำปรึกษาแนวภวนิยมจะเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาคำนี้ถึงการดำรงชีวิตอย่างเต็มที่มากกว่าที่จะมีชีวิตเพียงผ่านไปวัน ๆ เท่านั้น ดังนั้นการมีชีวิตอยู่ตามแนวความคิดของนักภวนิยมไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าคุณคนนั้นจะดำรงชีวิตได้ยาวนานเพียงไร แต่ขึ้นอยู่กับว่าคุณคนนั้นสามารถกำหนดคุณภาพและความหมายให้กับชีวิตของพวกเขาได้มากน้อยเพียงใด นั่นคือกระบวนการให้คำปรึกษาที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าพวกเขาจะต้องตั้งใจทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่เพื่อให้ได้มาซึ่งที่ต้องการ โดยตระหนักว่าเวลาในปัจจุบันนี้เท่านั้นที่เป็นเวลาที่สำคัญที่ตนจะทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง

3.2.4 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

จุดมุ่งหมาย

คันทิงแฮม และปีเตอร์ (Cunningham and Peter, 1973: 71) ได้สรุปเป้าหมายของการบำบัดช่วยเหลือแบบภวนิยม ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในสภาวะของตนเอง
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจและกระจ่างชัดในตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความรู้สึกอิสระในการดำรงชีวิต
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับปรุงสัมพันธภาพกับผู้อื่น
5. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความรับผิดชอบของตนเอง
6. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความหมายในชีวิต

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543: 116) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้เกิดสภาพการรู้จักตนเอง เข้าใจศักยภาพของตนเอง และทราบวิธีการจัดอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการเพิ่มพูนศักยภาพภายในตนเอง เพื่อให้ใช้ศักยภาพของตนเองและในการเลือกหาความหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองอย่างอิสระ เสรีภาพและจะรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง

นันทิกา แย้มสรวล (2523: 114) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมช่วยให้บุคคลมีชีวิตอยู่อย่างแท้จริง โดย

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่อย่างมีความรู้สึกสำนึกตัวอย่างเต็มที่ในเวลาปัจจุบัน
2. ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกที่จะมีชีวิตอยู่อย่างไรในปัจจุบัน
3. ให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้เลือกและสามารถเผชิญกับความ

วิตกกังวลในการเลือกเพื่อตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529: 134) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถรู้สึกนี้ภาวะชีวิตของเขาให้ได้อย่างสมบูรณ์ และรู้สำนึกว่าภาวะชีวิตของเขาเป็นจริง

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2533: 81) ได้กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบภวนิยมมีจุดมุ่งหมายดังต่อไปนี้ คือ

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจโลกหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่
2. ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีเสรีภาพ ชีวิตของเขาไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ หรือความต้องการของผู้อื่นโดยสิ้นเชิง และช่วยให้ตระหนักในขอบเขตเสรีภาพของตนเองว่าตนมีเสรีภาพอยู่ในขอบเขตมากน้อยเพียงใด

3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต โดยเน้นว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย แม้ขณะนั้นจะอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ก็ตาม คือช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาอนาคตในลักษณะที่มีความหวัง ไม่ใช่ติดค้างอยู่กับอดีต ให้มีความเชื่อว่าเราสามารถพัฒนาตนเองไปสู่อนาคตที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นได้

4. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในทางเลือกของตน ตระหนักในแรงจูงใจองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อเขา และจุดประสงค์ในชีวิต เพื่อเขาจะได้เลือกทางดำเนินชีวิตได้

5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้เสรีภาพในการตัดสินใจ ไม่หนีความรับผิดชอบในการตัดสินใจและสนับสนุนให้ผู้รับบริการเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่หวังให้ผู้อื่นตัดสินใจให้และเมื่อตัดสินใจแล้วให้มุ่งมั่นในการกระทำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วนั้น

6. ช่วยให้ผู้รับบริการทนต่อความวิตกกังวลที่จะต้องเลือกตัดสินใจ หรือเลือกแนวชีวิตของตน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องอิงผู้อื่น ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจจะมีอยู่ในระยะสั้นต่อจากนั้นจะค่อย ๆ หดไป ยิ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในวิถีชีวิตใหม่ที่ตนได้เลือกแล้วนั้นจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

7. ช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ได้รู้จักเข้าใจตนเอง สามารถค้นหาแนวทางในการที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ รับผิดชอบต่อข้อจำกัดเท่า ๆ กับการรับรู้โอกาสของตนตามความเป็นจริง กล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริง แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดและความผิดหวังก็ตาม

3.2.5 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

แวน ดิวเซน สมิท (Corey. 1995: 236; Citing Van Duezen – Smith. 1988) กล่าวว่า งานพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา คือกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินชีวิตไปตามที่ตนต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาจะเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ว่าจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตนเองเสมอ

บลอคเกอร์ (Blocker. 1987 : 211) กล่าวว่า ถึงแม้การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแต่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษานั้นจะเพิ่มจากการที่เป็นผู้คอยรับฟัง (Passive) สะท้อนความรู้สึก และเป็นดังกระจกสะท้อนมาเป็นบทบาทแบบผู้ดำเนินกระบวนการมากขึ้น (Active) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และบางครั้งแสดงการตอบสนองด้วยท่าทางอย่างตรง ๆ (Confrontation) ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นความสำคัญ

ในการสนทนากับผู้รับการบำบัดด้วยความซื่อสัตย์อย่างแท้จริง (Deeply Honest) เท่า ๆ กับการใส่ใจและความเห็นใจ

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2533: 83 - 84) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตั้งเป้าหมายในชีวิตและมุ่งมั่นที่จะไปสู่เป้าหมาย โดยช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง

2. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจเอกลักษณ์และช่วยให้เอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษาเด่นชัดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจกรอบความคิดของผู้รับคำปรึกษาและนำไปสู่การเข้าใจตนเองของผู้รับคำปรึกษา

3. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้รับคำปรึกษา

4. ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความหมายของชีวิต

5. คำปรึกษาไม่เน้นกลวิธีให้บริการปรึกษาวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะวิธีให้ความช่วยเหลืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแม้แต่ในคนเดียวกันวิธีที่ใช้ในการให้บริการปรึกษาอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา

6. คำปรึกษาจะยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับคำปรึกษาสามารถทนต่อความกระทบกระทั่งในชีวิตได้ดีขึ้น และหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองดีขึ้น

อาภา จันทรสกุล (2535: 69) กล่าวว่า หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาในการบำบัดแบบภวนิยม โดยทั่วไปมี 3 ประการ คือ

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความหมายในการมีอยู่ของตน
2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล้าเผชิญกับปัญหาและสามารถตัดสินใจเลือกได้
3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ลึกซึ้ง มีคุณค่า และน่าไว้วางใจให้เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการให้คำปรึกษา และดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีอยู่นี้ให้คงอยู่ตลอด การนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาอย่างเพียงพอ และเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพัฒนาตัวของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะเคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพเชิงบำบัด

3.2.6 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดของนักภวนิยมและการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม พบว่า ระบบและเทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมสามารถยืดหยุ่นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษา และเน้นประสบการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของทัศนคติและแนวความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษา โดยแสดงได้ดังนี้

คอเรย์ (Corey. 1986: 182 – 190) กล่าวว่า กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะดำเนินไปบนพื้นฐานของความคิดแบบภวนิยม สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาคือการเคารพซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษาที่เชื่อในศักยภาพและความสามารถของผู้รับคำปรึกษาในการที่จะเผชิญกับปัญหาและค้นหาทางที่เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับและพบว่าตัวเองสามารถเลือกและรับผิดชอบต่อตัวเองได้ กระบวนการให้คำปรึกษามีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะสำรวจความคิด ความรู้สึกและทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้ทั้งในด้านค่านิยม ความเชื่อ และความคิดที่กำหนดการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัจจัยหรือวิธีการดำรงชีวิตของเขาในอดีตที่มีส่วนปิดกั้นโอกาสในปัจจุบันของตัวเขาเอง

2. กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งช่วยเหลือ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองในปัจจุบัน ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่าเขาจะดำรงชีวิตอย่างไร ขณะนี้ตัวเขาเป็นอย่างไร และชีวิตในอนาคตเช่นใดที่เขาต้องการ ซึ่งนำหน้ระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง และสำรวจ ผลของการกระทำที่มีต่อตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะนำไปสู่การรับรู้ในมิติใหม่ (New Insight) ปรับโครงสร้างค่านิยมและทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาเอง ซึ่งในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง

3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเขาเอง ได้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำสิ่งที่เขาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองไปใช้ในชีวิตในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่ามีศักยภาพ และความเข้มแข็งในตนเองที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย

ศรีเวื่อน แก้วกึ่งวาล (Sriruen Keawkungwal, 1987. 60 – 65) ได้กล่าวถึงกระบวนการให้คำปรึกษา ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. พยายามทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาตามแบบที่เขาเป็น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจกรอบความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษา

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะลดภาวะไม่สมดุลในจิตใจของผู้รับคำปรึกษา โดยกระตุ้นให้เขาได้ใช้เสรีภาพ ทางเลือก ความรับผิดชอบและความรู้สึกของความเป็นบุคคลของตัวเองอย่างเต็มที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา

3. เน้นถึงการรับรู้ของเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) ในการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วเป็นเสมือนแนวความคิด และบทเรียน ผู้รับคำปรึกษาต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบันด้วยเสรีภาพและการเลือกตัดสินใจที่ดี

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนี้ จะสรุปขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้นในการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการสร้างสัมพันธภาพเป็นจุดเน้นของกระบวนการให้คำปรึกษา ต้องสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาและเข้าใจในตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อกันภายใต้สัมพันธภาพที่มีการยอมรับ ความเข้าใจ อบอุน ปลอดภัย

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา การดำเนินการให้คำปรึกษาจะดำเนินไปบนพื้นฐานของแนวความคิดแบบภวนิยม และเน้นการรับรู้ในปัจจุบัน (Here and Now) โดยมีขั้นตอนทั่วไปในการให้คำปรึกษา ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อจะได้เข้าใจตนเอง และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง โดยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองทั้งที่มีข้อจำกัด

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก เป็นขั้นที่สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ด้วยการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านี้

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต เป็นขั้นที่ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองเพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้ในยามทุกข์ยากลำบาก เพื่อให้พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ

2.4 ขั้นกล้าเผชิญความวิตกกังวล เป็นขั้นตอนที่ผู้รับคำปรึกษา ยอมรับความวิตกกังวลและพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นขั้นที่พิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ที่พอเป็นไปได้ และเหมาะสมกับตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และสามารถเลือกแนวทางนั้นได้ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาสามารถทนต่อสิ่งที่กระทบในชีวิต ได้ดีขึ้นและหาวิธีการแก้ปัญหา มีโอกาสพบทวนสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาและมีการนัดหมาย การให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

3.2.7 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม จะเน้นถึงสัมพันธภาพและคุณภาพของสัมพันธภาพ ของการให้คำปรึกษา จะให้ความสำคัญและเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก ส่วนเทคนิคนั้นเป็น อันดับรองลงมา ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะเลือกใช้เทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอื่น ๆ เท่าที่จำเป็น สิ่งสำคัญคือผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษามีศรัทธา และเชื่อมั่นใน ความสามารถของผู้รับคำปรึกษา และเชื่อว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกทางชีวิตของตนเองได้และ รับผิดชอบต่อการดำรงชีวิตของตนเอง เพียงแต่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้คอยกระตุ้นให้สำรวจตรวจสอบ ให้รู้จักทางเลือก เพิ่มการตระหนักรู้ ให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาด้วยความจริงใจ เข้าใจอย่างเห็นอก เห็นใจ แม้ว่าในกรณีบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้เทคนิคการเผชิญหน้า ก็เพื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษา ตระหนักรู้ในเรื่องนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้นส่วนมากจะเลือกใช้เทคนิคบางเทคนิค ของ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอื่น ๆ โดยคำนึงถึงเรื่องราว สภาพปัญหา และตัวผู้รับคำปรึกษา เป็น สำคัญ เทคนิคที่นำมาใช้ส่วนมาก ได้แก่ (Baldwin, 1987 Citing Corey, 1996: 185)

1. การสะท้อนความรู้สึก
2. การใช้คำถามปลายเปิด
3. การเผชิญหน้า
4. การทำให้กระจ่าง
5. การให้กำลังใจ
6. การเชื่อมโยงอย่างเสรี
7. การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ
8. การปรับโครงสร้างความคิดใหม่

3.2.8 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

คอเรย์ (Corey. 1996: 191) กล่าวว่าเนื่องจากในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมผู้รับ คำปรึกษาจะต้องเรียนรู้ ตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองด้วยตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้ที่พยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และ

สะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นการดำเนินชีวิตของตนอย่างชัดเจน ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบภavnนิยมเหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนโดยตรงเกี่ยวกับปัญหาหรือวิถีในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาแบบภavnนิยมเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความรู้สึกภายในตัวผู้รับคำปรึกษาและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวจึงอาจมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเขามีทางเลือกเพียงเล็กน้อย และมีความรู้สึกว่าคุณสิ่งแวดล้อมภายนอกจำกัดความสามารถและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของเขา ซึ่งถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายในได้แต่อาจรู้สึกว่าคุณมีความหวังเพียงเล็กน้อยและรู้สึกว่าตนเองไม่มีพลังเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกหนักใจในการเปลี่ยนแปลง และเกิดความคับข้องใจได้

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภavnนิยม

3.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภavnนิยมในต่างประเทศ

ดีไวร์น และคณะ (De – Vries and other. 1997 : 129 – 137) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา โดยให้คำปรึกษาแบบภavnนิยมในผู้ป่วยที่มีการเติบโตของมะเร็ง 96 คน ซึ่งรักษาด้วยยาตามปกติเป็นเวลาไม่นาน ผลการศึกษาพบว่าจากการประเมินผู้ป่วย 35 คน ก่อนเนื้อที่กำลังเติบโตมีขนาดคงที่ในระหว่างหรือทันทีที่ได้รับการบำบัดโดยในผู้ป่วย 4 คน ก่อนเนื้อที่มีขนาดคงที่นาน 3 – 9 เดือน และในผู้ป่วย 1 คน ก่อนเนื้อที่มีขนาดคงที่นาน 2 ปี แต่ในด้านการรายงานตนเองเรื่องความว่าเหว่ ความซึมเศร้า จุดประสงค์ในชีวิต พบว่าก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน

แอ็คเซลเซน – บี และโจเดน – โป (Axelssen – B, Sjoden – Po. 1998 ; 29 – 39) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและคู่ครองขณะให้การรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว จำนวน 37 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ให้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอยู่กับคู่ครองของตนเอง และได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีชีวิตในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้าย ซึ่งอยู่ในภาวะที่มีอาการปวดคงที่ตลอดเวลาจะมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ความเข้มแข็งทางร่างกาย คุณภาพชีวิต และความมุ่งหมายในชีวิต อยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งยังพบว่าความวิตกกังวลของคู่ครองมากกว่าผู้ป่วยในเรื่องของการที่ต้องมีชีวิตอยู่โดยขาดคู่ครองมีความวิตกกังวลสูง ละเลยสุขภาพและการแต่งกายของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการค้นหาความหมายใน

ชีวิตให้เข้าใจภาวะการณ์มีอยู่ของตนเองจะทำให้ผู้ป่วยและคู่ครองใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาแห่งการรักษาแบบประคับประคอง

3.3.2 งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีผู้สนใจทำการวิจัยไว้น้อยมาก ดังเช่น

อรุณญา ต้อยคำภีร์ (2536: 6, 82) ได้ศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งหวังในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์บ้านเกร็ดตระการ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอส มีความมุ่งหวังในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอส ซึ่งจิตบำบัดแบบโลกอส (Logotherapy) นี้มีพื้นฐานจากแนวความคิดปรัชญาภวนิยม ซึ่งถูกพัฒนาโดยวิกเตอร์ แฟรงเคิล (Victor Frankl) ในระหว่างปี ค.ศ.(1928 – 1938)

นันทิยา เอกธนิคมกิจ (2542: 121) ได้เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิง ช่วงอายุ 13 – 18 ปี ในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรางค์กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภท คือ พวกกระทำผิด 1 ครั้ง และพวกกระทำผิดมากกว่า 1 ครั้ง และแต่ละประเภทแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มให้คำปรึกษาแบบภวนิยมรายบุคคลกลุ่มให้คำปรึกษาแบบภวนิยมแบบเป็นกลุ่ม และกลุ่มควบคุม

ผลจากการศึกษาพบว่า เยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมรายบุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่า เยาวชนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 และเยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นกลุ่ม มีความเข้มแข็งในการมองโลกไม่แตกต่างกับเยาวชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และไม่แตกต่างกับเยาวชนที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา และเยาวชนที่มีจำนวนครั้งที่กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดแตกต่างกัน เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีความเข้มแข็งในการมองโลกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาและค้นคว้า

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของผู้ป่วยเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาของผู้ป่วย มีอายุระหว่าง 21 ปี - 50 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป โดยที่บุตรเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 5 คน

2. วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยมเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคในสภาพวิกฤติ โดยมีลำดับในการดำเนินการวิจัยดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้ามีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในสภาพวิกฤติ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความวิตกกังวลของแพทย์หญิงนิศยา คชภักดี, ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร.สายฤดี วรกิจโกศาทร และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาของ รักชนก เจริญสุข

แบบสอบถามนี้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีทั้งหมด

35 ข้อ แต่ละข้อแบ่งความรู้สึกรายออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ

มีเล็กน้อย หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบ

เล็กน้อย

ค่อนข้างมาก หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบ

ค่อนข้างมาก

มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ มากที่สุด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาล

มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1 ศึกษาและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาล และทำให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคล

1.2 สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาล โดยสร้างให้ข้อคำถามครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม และให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า จำนวน 40 ข้อ

1.3 หาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง, อาจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี และ อาจารย์ แพทย์หญิงปิวิตา จึงสมประสงค์ ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาของข้อคำถามและภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

1.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5 นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนก (Item Discrimination) โดยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในสภาพวิกฤติที่ปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดลองได้ มาตรวจให้คะแนนตามที่กำหนดไว้เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ 25 เปอร์เซ็น กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ โดยใช้สถิติ t-test แล้วทำการเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า t ระหว่าง 1.742 – 8.445 ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 ข้อ จากแบบสอบถามทั้งหมด 40 ข้อ และนำมาใช้ในการทดลอง

1.6 หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alfa – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) มีค่าเท่ากับ .9427

คำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก เช่น ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ เครียด เป็นต้น การกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับ จากไม่เคยถึงมากที่สุด เป็น 1 2 3 4 มีทั้งหมด 22 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 6 7 8 9 10 11 12 21 2 22 23 24 25 26 28 29 30

คำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ เช่น ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เป็นต้น การกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับ จากไม่มีเลยถึงมากที่สุด เป็น 4 3 2 1 มีทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 5 13 14 15 18 19 20 27 31 32 33 34 35

การแปลความหมายคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าสูงสุด 140 คะแนน ต่ำสุด 35 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก

ความวิตกกังวลด้านจิตใจ มีทั้งหมด 25 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9219

ความวิตกกังวลด้านร่างกาย มีทั้งหมด 3 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9038.

ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม มีทั้งหมด 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8769

ลักษณะของสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรที่ต้องได้รับการดูแลในหอ
อภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก มากที่สุด

ตัวอย่างแบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง

จากข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด เมื่อท่านเลือกได้แล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความนั้นแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้ออย่างอิสระไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ซึ่งกำหนดไว้ 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบค่อนข้างมาก

มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
มากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
(0) ข้าพเจ้ารู้สึก แจ่มใส		✓		

จากตัวอย่าง (0) ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เมื่อเลือกได้คำตอบใดก็ไปขีดเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกดังตัวอย่าง

- | | | | |
|-----------------------|---------------------|---|--------------|
| ท่านไม่รู้สึกเลย | ให้เขียนเครื่องหมาย | ✓ | ลงในช่อง (1) |
| ท่านรู้สึกเล็กน้อย | ให้เขียนเครื่องหมาย | ✓ | ลงในช่อง (2) |
| ท่านรู้สึกค่อนข้างมาก | ให้เขียนเครื่องหมาย | ✓ | ลงในช่อง (3) |
| ท่านรู้สึกมากที่สุด | ให้เขียนเครื่องหมาย | ✓ | ลงในช่อง (4) |

2. การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยม

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยม มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยมและ

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับ
จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย โดยการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเริ่มให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความอบอุ่น
และไว้วางใจกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะของการฟัง และการยอมรับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับ
คำปรึกษาได้ระบายและผ่อนคลาย เมื่อรับฟังแล้วจะได้กรอบแนวคิดของผู้รับคำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่นำเทคนิคต่างๆที่ใช้ในการให้
คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง รู้ศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหา
และความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญ อย่างมีคุณค่าและเหมาะสมกับตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจและรับรู้สภาวะความจริงที่เกิด
ขึ้นกับตนเอง

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก เป็นขั้นตอนที่ทำให้สามารถยอมรับและ
เข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เป็นทางบวก

2.3 ชั้นแสวงหาความหมายในชีวิต ชั้นนี้เป็นชั้นที่ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิต

2.4 ชั้นกล้าเผชิญกับความวิตกกังวล เป็นชั้นที่ยอมรับความวิตกกังวล และพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล

2.5 ชั้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีความหมาย

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษา สรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา และการนำไปปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป หรือบอกยุติการให้วิธีดำเนินการทดลอง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการให้คำปรึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 คนละ 5 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

2.3 เมื่อเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและนำคะแนนที่ได้เก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post – test)

3. การจัดการท่าและการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Paired – Sample t – test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน (Elementary statistics) ได้แก่

1.1 ค่าเฉลี่ย (Mean)

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติสำหรับการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามได้ค่าอยู่ในระหว่าง 1.742 – 8.445

ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 ข้อจากแบบสอบถามทั้งหมด 40 ข้อ และนำมาใช้ในการทดลอง

2.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .9427

ความวิตกกังวลด้านจิตใจ มีทั้งหมด 25 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9219

ความวิตกกังวลด้านร่างกาย มีทั้งหมด 3 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9038.

ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม มีทั้งหมด 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8769

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Paired – Sample t – test) โดยใช้สูตร t – Test แบบไม่อิสระต่อกัน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t – distribution
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยคำนวณหา ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Paired – Sample t – test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลห้ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจจำนวน 30 คน มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลแสดงดังในตาราง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ความวิตกกังวล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านจิตใจ	30	2.624	0.86	มาก
ด้านร่างกาย	30	2.40	0.42	มาก
ด้านพฤติกรรม	30	2.26	0.80	มาก
รวม	30	2.43	0.69	มาก

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนจากการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั้ง 30 คน มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลด้านจิตใจสูงเป็นอันดับหนึ่งคือ 2.62 ลำดับต่อมาคือ ความวิตกกังวลด้านร่างกายคือ 2.40 และลำดับสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมคือ 2.26 และเมื่อดูค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของความวิตกกังวลรวมในทุกด้าน คือ 2.43 พบว่าอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับคะแนนเต็มของความวิตกกังวล ซึ่งแปลได้ว่ามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ตอบแบบสอบถามมีความวิตกกังวลในภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง

2. ผู้วิจัยนำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วย	ก่อนรับคำปรึกษา			หลังรับคำปรึกษา		
	\bar{X}	SD.	แปลผล	\bar{X}	SD.	แปลผล
ด้านจิตใจ	2.74	0.12	มาก	2.00	0.10	น้อย
ด้านร่างกาย	2.73	0.60	มาก	1.40	0.28	น้อยที่สุด
ด้านพฤติกรรม	2.57	0.10	มาก	2.25	0.14	น้อย
รวม	2.68	0.24	มาก	1.88	0.08	น้อย

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า มารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจมีความวิตกกังวลในภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก และหลังจากเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า มารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจมีความวิตกกังวลในภาพรวม ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านร่างกายมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 2 นำเสนอผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Paired – Sample t – test)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการประเมินผลความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Pre-test) และหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Post – test) โดยได้นำเสนอรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจก่อนและหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Paired – Sample t – test)

ความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วย	ช่วงเวลา	\bar{X}	SD.	Mean diff	t
ด้านจิตใจ	ก่อน	2.74	0.12	0.74	10.88**
	หลัง	2.00	0.10		
ด้านร่างกาย	ก่อน	2.73	0.60	1.33	4.78**
	หลัง	1.40	0.28		
ด้านพฤติกรรม	ก่อน	2.57	0.10	0.32	3.05*
	หลัง	2.25	0.14		
รวม	ก่อน	2.68	0.24	0.80	6.18**
	หลัง	1.88	0.08		

จากตาราง 3 พบว่า หลังจากที่มารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ในภาพรวม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลของมารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทำให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยม

ขอบเขตการวิจัย

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของผู้ป่วยเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาของผู้ป่วย มีอายุระหว่าง 21 ปี - 50 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 จากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป โดยที่บุตรเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 5 คน

สมมติฐานในการวิจัย

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ลดลงหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบกวนิยม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้ามีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของแพทย์หญิงนิตยา คชภักดี

ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร.สายฤดี วรภิโจภาคาร และดัดแปลงมาจาก แบบวัดความวิตกกังวลของ มารดาของ รักชนก เจริญสุข

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล จากนั้นคำนวณคะแนนของแต่ละคนแล้วเลือกเฉพาะมารดาที่มีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า 80 เปอร์เซนต์ที่ไล่ขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ซึ่งมีทั้งหมด 5 คน นำคะแนนของแบบสอบถามความวิตกกังวลนี้เก็บเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre – test)
2. ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแก่กลุ่มทดลอง คนละ 5 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554
3. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและนำคะแนนที่ได้เก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post – test)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

นำเสนอตามวัตถุประสงค์

1. จากการศึกษาระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ปรากฏผลดังนี้ มารดาที่บุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั้ง 30 รายมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลด้านจิตใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง ลำดับต่อมาคือ ความวิตกกังวลด้านร่างกาย และลำดับสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม
2. จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ปรากฏผลดังนี้ การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล ในภาพรวม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมหลังเข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้เข้ารับคำปรึกษาเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ จากคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างมากมาอยู่ในช่วงคะแนนความวิตกกังวลเล็กน้อย เป็นเพราะการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Gibson and Mitchell, 1986: 32) เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบถึงผลของความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โดยจะเห็นได้จากการในการในการให้คำปรึกษามารดามักจะแสดง ความวิตกกังวลออกมาให้ทราบโดยคำพูด และเรื่องราวต่างๆที่อยู่ในคำสนทนาระหว่างในระหว่างการให้คำปรึกษา เช่น วิตกกังวลถึงการที่จะต้องสูญเสียบุตรไป เช่น “ดิฉันใจคอไม่ดีเลย กลัวว่าวันหนึ่งมาถึงแล้วไม่เห็นหน้าลูก บางครั้งก็ฝันร้ายว่า หลังผ่าตัดหัวใจแล้วลูกจะพิการ นอนไม่หลับเลยทั้งคืน” หรือ “ดิฉันมาเยี่ยมลูก หลังผ่าตัดเห็นลูกเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก กลับบ้านไปก็รู้สึกเศร้าที่ช่วยอะไรลูกไม่ได้ กินอาหารก็กินไม่ลง มีหลายคนทักว่าผอมมากช่วงนี้” หรือ “ถ้าเขาจากไป ดิฉันจะอยู่ต่อไปได้อย่างไร”

จากประโยคข้างต้นจะเห็นได้ชัดว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรในระดับค่อนข้างมาก ทั้งในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม เนื่องจากในหออภิบาล ผู้ป่วยมีสภาพวิกฤต มีความเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาที่มีความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ ความรู้สึกตั้งเครียด ความวิตกกังวลของบุคคลนั้น (สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522: 122) จึงควรได้รับการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาความวิตกกังวลเฉพาะหน้า อย่างเร่งด่วน ซึ่งอาจทำได้โดยเริ่มจากการแสดงถึงการยอมรับการแสดงออกของมารดา รับฟังความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสระบายความรู้สึก และในภาวะนี้ กระบวนการให้คำปรึกษาจะมีส่วนช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ซึ่งความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเกิดจากความไม่รู้ รู้ไม่เพียงพอหรือรู้ไม่ถูกต้อง การขาดการส่งเสริมกำลังใจ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เครียดมาก ขาดแหล่งสนับสนุน การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม จะช่วยให้มารดาสามารถค้นหาความหมายในชีวิตของตน ตั้งเป้าหมายในชีวิตและรับรู้ในศักยภาพของตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง ซึ่งจะทำให้มารดาไม่เกิดความท้อแท้ เศร้าหรือสิ้นหวัง ตลอดการให้คำปรึกษาจะช่วยให้มารดาให้เกิดความกล้าในการเผชิญปัญหา ค้นหาคุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกในสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่ จะเกิดขึ้นกับชีวิตตนเองและบุคคลต่อไปในอนาคต สามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล มีวิธีและเทคนิคของการให้คำปรึกษาไม่เจาะจง ดังนั้นผู้ที่จำวิธีการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมไปใช้จึงควรทำความเข้าใจกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา หลักของปรัชญา กวนิยม และควรมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติก่อนนำไปใช้

2. การให้คำปรึกษาสามารถทำที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจควรได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยและมารดาต้องเป็นแบบองค์รวมซึ่งต้องใช้สหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล ดังนั้นถ้ามีการให้คำปรึกษาไปพร้อมๆกัน หรือร่วมมือกัน จะทำให้การให้คำปรึกษามีผลดียิ่งขึ้น

3. การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลมีความยากลำบากที่จะให้คำปรึกษาตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษามีและนำมาปรึกษาแต่ละครั้งอาจจะไม่ตรงตามโปรแกรม ดังนั้น การให้คำปรึกษาจึงต้องยืดหยุ่นและปรับตามสถานการณ์ บางครั้งหากมีตารางเวลามารดาและเด็กยังไม่พร้อมตามกำหนดได้ แต่ยังคงยึดมั่นในหลักการของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและปรัชญา กวนิยม

4. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมารดาและเด็กป่วย เพื่อให้เกิดความชำนาญและสามารถให้คำปรึกษาแบบกวนิยมได้

5. จากการสังเกต พบว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี มีความวิตกกังวลในภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูงที่สุดลำดับต่อมาคือมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี และมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ที่มีช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี มีความวิตกกังวลน้อยที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสังเกตว่า มารดาที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มระดับความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า ดังนั้นพยาบาลในหออภิบาลจึงควรให้ความสนใจ ดูแลสภาพจิตของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ในกลุ่มอายุน้อยเป็นพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยทั่วไป เปรียบเทียบกับ และมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอยู่ในหออภิบาล ในด้านต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เนื่องจากในหออภิบาลบุตรเจ็บป่วยในสภาพวิกฤต อาการหนักกว่า รวมทั้งสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อความวิตกกังวลต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนับเป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ควรมีการศึกษาระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเมื่อนำการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนับเป็นรายกลุ่มมาใช้ในการวิจัย

4. ควรมีการศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ เช่น ระดับอายุของมารดา ลำดับการเกิดของบุตร ความรุนแรงในการเจ็บป่วยของบุตร เป็นต้น

5. ควรมีการศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนับเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาในเรื่องอื่น ๆ เช่น มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มารดาที่มีบุตรแฝดเจ็บป่วย เป็นต้น

6. ควรมีการศึกษาการนำการให้คำปรึกษาแบบอื่น เช่น การใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดความเครียด ให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย เป็นอีกวิธีที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร





บรรณานุกรม


- เจียรนัย ทรวงชัยกุล. (2529). เอกสารการสอนชุดวิชาแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา.
หน่วยที่ 1-นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จำเนียร ชวงโชติ; นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2524). เทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2525). "การพยาบาลตามแนวปรัชญา Existentialism" ,ประมวลรายงานก
ประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.
- นันทิกา แย้มสรวล.(2523) **ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะแนว**. นครปฐม:
แผนกบริการกลาง. สำนักงานอธิการบดี พระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นันทิยา เอกอติคมกิจ. (2542) **การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็น
รายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงใน
สถานฝึกอบรมเด็กและเยาวชนหญิง บ้านปราณี**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). **การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา**.
กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. และคณะ.
(2544). **ประมวลชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา**. หน่วยที่ 9-15. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วัชรวิ ทรัพย์มี. (2533). **ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2543). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีผล
ต่อการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2536). **ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งหวังในชีวิต
ของหญิงในสถานสงเคราะห์บ้านเกร็ดตระการที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ
HIV** วิทยานิพนธ์ ครุศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี สุวรรณธาร. (2543). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะ
สูญเสียการมองเห็น**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- อามา จันทรสกุล. (2535). **ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาและแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2530). แนวความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 5 (2): 157-165
- Axelsson-B, Sjoden-Po. (1988) . **Quality of life of Cancer patients and their Spouses in Palliative home Care**. Palliat-Med.Jan;12(1): 29-39
- Blocker, D.H. (1987) . **The Professional Counselor**. New York: Macmillan Publishing Company.
- Capuzzi, O. and D.R. Gross.(1995) **Counseling and Psychotherapy Theories and Interventions**. Prentice-Hall.
- Corey, G.(1986). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**. 3rded. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Crow, Alice; Crow D. Lester. (1962) . **An Introduction to Guidance : Principal and Practice**. New York: American Book Company.
- Cunningham.Lm. and Pete. Hj.(1973) **Counseling Theories**. Columbus OHIO : Charles E Merrill.
- De-Vries, M.J. and Other.(1997). **Study of Psychotherapeutic Intervention in advanced Cancer**. Psycho Oncology. 6: 129-137; June.
- Fiser DH. (1992). **The family in the patient**. In : Fuhrman BP, Zimmerman JJ, (eds). Pediatric Critical Care. St. Louis : Mosby Year Book Inc.35-8
- Frankl, Victor E.(1978). **Psychotherapy and Existentialism**. New York: Washington Square Press, Inc.
- Gazda, G.M. (1989). **Group Counseling A Development Approach**. 4th ed Boston: Allyn and Becon.
- Hilgard, E.R. (1975). **Introduction to Psychology**. New York: Harcourt Brace and CO. Ivey, Allen E. and other. (1987) **Counseling and Psychotherapy: Integrating skills Theory and Practice** 2nd ed. New Jersey: Prentice – Hall, Inc .

- Johnson, B.S (1986). **Psychiatric Mental Health Nursing: Adaptation and Growth.**
Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Million, T. (1967). **Theories of Psychopathology Essay and Critiques,** Philadelphia:
W.B. Saunders Company.
- Prochaska , James O. (1979). **System of Psychotherapy Transtheoretical Analysis.** Illinois :
The Dossey-Press Home.
- Rickey , L.G. and S.C. Therese. (1990). **Counseling Theory and Practice.** 3rd ed. Boston:
Allyn and Bacon.
- Shaffer, John and M. David Galinsky. (1989). **Models of Group Therapy .** 2nd ed . New
Jersey : Prentice Hall.
- Spielberger. Charles D. Gorsuch, Richard L. and Lushene , Robert E. (1976). **Cross Culture
Anxiety.** Washington : Heins sphere Publishing.
- Suriven Keawkangwan. (1987). **Therapeutic Approach Buddhism and Existentialism :**
A Comparison. Chiangmai : Department of Psychology Chiangmai University, n.d.
- Vondracek, F.W. and S. Cornel. (1995). **Strategies for Resolving Individual and Family
problem.** California : Brook / Cole Publishing Company.



ภาคผนวก



ภาคผนวก

1. แบบสอบถามความวิตกกังวล
2. การให้คำปรึกษามารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรในหอภิบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ

แบบสอบถามความวิตกกังวล

แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของ แพทย์หญิงนิตยา ศษภักดี ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร.สายฤดี วรกิจโกศาธร เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อวัดกาแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม รวมทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ

ตาราง การแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล

การแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
1. ด้านจิตใจ หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดจากการที่บุตรต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่มีผลต่อจิตใจ ได้แก่ กลัว ไม่กลัว หงุดหงิด ตกใจง่าย อยากร้องไห้ กังวล	1 2 3 4 6 7 8 9 10 11 12 16 17 21 22 23	5 13 14 15 18 19 31 34 35
2. ด้านร่างกาย หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดจากการที่บุตรต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง หายใจไม่ทั่วท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย	24 25 26	
3. ด้านพฤติกรรม หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดจากการที่บุตรต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่มีผลต่อความวิตกกังวลที่แสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ นอนไม่หลับ อยากร้องไห้ อารมณ์เสีย เบื่ออาหาร นอนหลับสนิท	28 29 30	20 27 32 33
รวม 35 ข้อ	จำนวน 22 ข้อ	จำนวน 13 ข้อ

แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก ท่านจึงไม่ควรใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบในข้อใดข้อหนึ่งนานจนเกินไป ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้ออย่างอิสระ เลือกเฉพาะคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับบุตรของข้าพเจ้า				
2.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มั่นใจว่าบุตรจะแข็งแรงแบบเด็กปกติทั่วไป				
3.	ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด ที่ไม่สามารถใกล้ชิดกับบุตรได้				
4.	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้า เมื่อคิดว่าบุตรจะไม่หายเป็นปกติ				
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรในทางที่ดีขึ้น				
6.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่บุตรต้องเจ็บตัวจากการรักษา				
7.	ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจที่บุตรไม่แข็งแรงพอที่จะออกจากห้อง ไอ ซี ยู (ICU) ได้				

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มี ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
8.	ข้าพเจ้ารู้สึกตกใจเมื่อทราบว่าบุตรต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือที่ข้าพเจ้าไม่คุ้นเคย				
9.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับอาการของบุตร				
10.	ข้าพเจ้ารู้สึกอยากร้องไห้ เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการบุตรในทางที่ไม่ดี				
11.	ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถอุ้มบุตรได้เหมือนคนอื่น				
12.	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกลัวต่อการเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดกับบุตร				
13.	ข้าพเจ้ามั่นใจว่าบุตรต้องหายเป็นปกติ				
14.	ข้าพเจ้ามั่นใจว่าบุตรจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่ออยู่ในห้อง ไอ ซี ยู (ICU)				
15.	ข้าพเจ้ามีความสุขกับการพูดคุยกับผู้อื่น				
16.	ข้าพเจ้าครุ่นคิดแต่เรื่องบุตรของข้าพเจ้า				
17.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าหาทางออกไม่ได้				
18.	ข้าพเจ้าต้องการคนคุยด้วยเรื่องบุตรของข้าพเจ้า				
19.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีใครรอบข้างเห็นใจและเข้าใจ				
20.	ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขทุกครั้งเมื่อได้มีโอกาสสัมผัสบุตร				
21.	ข้าพเจ้าหวังว่าบุตรจะอาการดีขึ้นทุกครั้งที่มาเยี่ยม				
22.	ข้าพเจ้าคิดว่าในไม่ช้าบุตรของข้าพเจ้าจะออกจากห้อง ไอ ซี ยู (ICU) ด้วยความปลอดภัย				
23.	ข้าพเจ้าสามารถนอนหลับสนิทในเวลากลางคืน				

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้างมาก	มากที่สุด
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังต่อสิ่งที่เกิดกับบุตรของข้าพเจ้า				
25.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อบุตรต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน				
26.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไร้ค่าที่ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลบุตรได้				
27.	ข้าพเจ้าปวดศีรษะบ่อยขึ้นในระยะนี้				
28.	ข้าพเจ้ารู้สึกหวาดหวั่น หายใจไม่ทั่วท้อง ทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมบุตรในแต่ละครั้ง				
29.	ข้าพเจ้ามักมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อยในระยะนี้				
30.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อนเต็มที่				
31.	ข้าพเจ้ามีอาการนอนไม่หลับหรือตื่นกลางดึกเสมอ เมื่อคิดถึงเรื่องบุตร				
32.	ข้าพเจ้ามักรู้สึกอารมณ์เสียกับผู้ที่พูดคุยด้วย				
33.	ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง				
34.	ข้าพเจ้าไม่เคยท้อแท้เรื่องบุตรของข้าพเจ้า				
35.	เมื่อแพทย์อนุญาตให้บุตรกลับบ้านได้ ข้าพเจ้ามั่นใจว่าจะสามารถดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี				

สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคล

สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลกรณีที่ 1

นางเอ อายุ 29 ปี อาชีพพนักงานประจำของโรงงานผลิตรองเท้าแห่งหนึ่ง มีรายได้รวมเดือนละประมาณ 12,000 บาท บุตรที่ป่วยเป็นลูกชายคนแรกอายุ 2 สัปดาห์เป็นโรคหัวใจที่มีเส้นเลือดใหญ่สลับที่กัน

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้มาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นสัมภาษณ์เบื้องต้น ดำเนินการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามประวัติส่วนตัว ทราบว่าชื่อนางเอ อายุ 29 ปี อาชีพพนักงานประจำโรงงานผลิตรองเท้าแห่งหนึ่ง มีรายได้รวมเดือนละประมาณ 12,000 บาท บุตรที่ป่วยเป็นลูกชายคนแรกอายุ 2 สัปดาห์ โดยผู้รับคำปรึกษาอาศัยอยู่กับแม่ของตน ได้เลิกกับสามีแล้วและไม่ขอกล่าวถึง

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกและความวิตกกังวลของตน โดยทราบว่า ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกชายที่ป่วยเป็นโรคหัวใจตั้งแต่แรกเกิด วิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดและเรื่องค่ารักษาพยาบาลบุตร ปกติแล้วผู้รับคำปรึกษาจะมาเยี่ยมลูกชายที่โรงพยาบาลประมาณ 11 โมงเช้า และจะไปทำงานต่อที่โรงงานผลิตรองเท้าแห่งหนึ่ง เวลาบ่ายโมงครึ่ง เลิกงาน 4 ทุ่มของทุกวัน ซึ่งตั้งแต่ลูกชายรักษาตัวที่โรงพยาบาลก็ได้ขอแลกกะการทำงานกับเพื่อนร่วมงาน โดย 2 สัปดาห์แรก ได้ลางานเพื่อที่จะมาดูแลลูกอย่างเดียว ผู้ให้คำปรึกษาได้แนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาไปทำงานไม่จำเป็นต้องมาเยี่ยมลูกในทุกๆวัน ถ้ามีอาการผิดปกติของบุตร หรือมีการรักษาเพิ่มเติม ทางโรงพยาบาลจะโทรศัพท์แจ้งกับผู้ปกครอง หรือถ้าว่างระหว่างรอเยี่ยม สามารถเดินไปฝึกงานที่ศูนย์ฝึกออาชีพของ กทม. ที่อยู่ใกล้ๆ กับโรงพยาบาลได้ เพื่อเป็นอาชีพเสริมและการใช้ประโยชน์ในเวลารว่างอาจช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ รวมทั้งติดต่อให้มารดาได้คุยกับหน่วยสังคมสงเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่าย

ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนทัศนคติในแง่บวก โดยผู้ให้คำปรึกษาแนะนำให้มองโลกในความเป็นจริง ไม่มีใครสมบูรณ์แบบและได้ทุกอย่างดังที่คิด และมองในอนาคต ไม่ยึดติดกับอดีต ให้ทำปัจจุบันให้ดีที่สุดเพราะจะบันทึกบทเรียนกำลังใจ เนื่องจากผู้ขอรับคำปรึกษา รู้สึกติด

ค้างในใจและโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุให้ลูกป่วยเนื่องจากไม่ดูแลตนเองให้ดีขณะตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาโดยลดความรู้สึกตำหนิตนเอง โดยเน้นให้เห็นว่าการที่บุตรผิดปกตินั้น ไม่ได้มีสาเหตุมาจากผู้รับคำปรึกษา

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้พูดกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลลดลง มีความเชื่อมั่นว่าจะดูแลลูกชายให้ดีที่สุด มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และพร้อมที่จะแก้ปัญหาทุกอย่างด้วยตนเองเพราะตนเองจะต้องเป็นหลักของครอบครัว และเป็นทั้งพ่อและแม่ให้บุตร ในเรื่องค่าใช้จ่ายใช้สิทธิบัตรทอง(สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค)ได้ แต่อาจมีค่าส่วนเกินบางส่วนที่สามารถผ่อนชำระได้



สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลกรณีที่ 2

นางบี อายุ 31 ปี อาชีพขายของชำ มีรายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละประมาณ 27,000 บาท บุตรที่ป่วยเป็นลูกชายคนที่สองอายุ 1 ปี ป่วยเป็นโรคหัวใจที่มีเส้นเลือดหัวใจตีบ

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้มารับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นสัมภาษณ์เบื้องต้น ดำเนินการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามประวัติส่วนตัว ทราบว่าชื่อสมมุติ นางบี อายุ 31 ปี อาชีพขายของชำ มีรายได้รวมเดือนละประมาณ 27,000 บาท บุตรที่ป่วยเป็นลูกชายคนที่สองอายุ 1 ปี บุตรคนแรกเป็นบุตรสาวอายุ 4 ปี โดยผู้รับคำปรึกษาอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวของสามีทุกคน ก่อนหน้านี้สามีเป็นคนเจ้าชู้ แต่พอผู้รับคำปรึกษามีลูก พฤติกรรมสามีก็เปลี่ยนไปในทางที่ดี ผู้รับคำปรึกษาจึงมีความวิตกกังวลว่าถ้าเสียลูกไปเธอจะเสียสามีไปด้วย

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกและความวิตกกังวลของตน โดยทราบว่า ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกชายที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ โดยเพิ่งทราบว่าป่วยเมื่อลูกอายุประมาณ 8 เดือน ปกติแล้วผู้รับคำปรึกษาจะมาเยี่ยมลูกชายที่โรงพยาบาลประมาณ บ่ายโมง เพราะตอนเช้าต้องอยู่บ้านขายของและดูแลบุตรสาวสลับกับแม่สามี พอช่วงบ่ายร้านค้ามีลูกค้าน้อยลงจึงมาเยี่ยมลูกได้ ผู้ให้คำปรึกษาได้แนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาดูแลสุขภาพของตน โดยแนะนำให้พยายามกินอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ สร้างอารมณ์ให้แจ่มใสเพราะผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลมาก ขาดสมาธิในการทำงาน และมีอาการปวดท้อง

เนื่องจากผู้ขอรับคำปรึกษาคาดหวังว่าการที่ผ่านการมีชีวิตที่ไม่ดีแล้ว เมื่อเจอสิ่งที่ดีก็จะต้องได้สิ่งที่ดีทุกอย่างตามมา ผู้ให้คำปรึกษาได้ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาปรับเปลี่ยนทัศนคติในแง่บวก โดยผู้ให้คำปรึกษาแนะนำให้มองโลกในความเป็นจริง ไม่มีใครสมบูรณ์แบบและได้ทุกอย่างดังที่คิดให้ยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เพียงแต่เราทำทุกอย่างให้ดีที่สุด ผลที่ตามมาจะเป็นเช่นไรก็ต้องยอมรับ และหาทางแก้ปัญหาสิ่งที่จะเกิดขึ้น

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้พูดกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยผู้รับคำปรึกษา มีความวิตกกังวลลดลง มีความหวังว่าลูกชายจะต้องหายจากอาการป่วย และพร้อมที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเองและมีความมั่นใจในการที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย

และเกิดความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองได้เลือกปฏิบัติ โดยพยายามยอมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ยอมรับการเจ็บป่วยของ จะดูแลบุตรและสามีอย่างเต็มที่ ลดความวิตกกังวลล่วงหน้าโดยเฉพาะ เรื่องสามี ควรดูแลกันและกัน ช่วยกันดูแลบุตรอย่างดีที่สุด มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น และไม่มี อาการปวดท้อง หรืออาการผิดปกติอื่นใด



สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลกรณีที่ 3

นางซี อายุ 24 ปี อาชีพเย็บผ้าโหล มีรายได้รวมเดือนละประมาณ 9,000 บาท รายได้รวมโดยเฉลี่ยครอบครัวไม่แน่นอน ประมาณ 18,000 – 20,000 เด็กที่ป่วยเป็นลูกชายคนแรกอายุ 2 ปีป่วยเป็นโรคหัวใจชนิดมีรูรั่วที่หัวใจห้องบนและห้องล่าง มีบุตรสาวคนที่สองอายุ 6 เดือน

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้มาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นสัมภาษณ์เบื้องต้น ดำเนินการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามประวัติส่วนตัว ทราบว่าชื่อสมมุติ นางซี อายุ 24 ปี อาชีพเย็บผ้าโหล มีรายได้เดือนละประมาณ 9,000 บาท เด็กที่ป่วยเป็นลูกชายคนแรกอายุ 2 ปี โดยผู้รับคำปรึกษาอาศัยอยู่กับสามี สามีมีอาชีพขับรถส่งของของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลว่าผลการผ่าตัดจะออกมาไม่ดีและถึงแม้ได้รับการผ่าตัดแล้วก็ต้องลางานเพื่อพาลูกมาพบหมอ ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานเกรงว่านายจ้างจะไม่เข้าใจและต้องถูกไล่ออกจากงาน รวมทั้งมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกและความวิตกกังวลของตน โดยทราบว่า ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกชายที่ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว ปกติแล้วผู้รับคำปรึกษาจะมาเยี่ยมลูกชายที่โรงพยาบาลประมาณตอนเย็นหลังเลิกงาน ระหว่างนี้มีพี่สาวซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่บ้านมาคอยดูแลลูกอีกคนให้ ผู้ให้คำปรึกษาได้เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ หาแหล่งสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษา เช่นคุยกับนักสังคมสงเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ พูดคุยให้กำลังใจเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมาอย่างเต็มที่ รับผิดชอบกับการกระทำของตนเอง เมื่อเจอเหตุการณ์ในอนาคต เช่น ลางานบ่อยจนต้องถูกไล่ออกจากงาน โดยผู้ขอรับคำปรึกษาคาดว่าถ้าเป็นเช่นนั้นคงต้องรับผ้าโหลมาเย็บเองที่บ้านซึ่งมีเวลาได้ดูแลลูกอย่างใกล้ชิดด้วย

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้พูดกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลง มีความเชื่อมั่นว่าลูกชายจะต้องหายจากอาการป่วย และพร้อมที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเองมีความมั่นใจในการที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย

และเกิดความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองได้เลือกปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษากล่าวชื่นชมในความ
เข้มแข็งพร้อมทั้งให้กำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป



สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลกรณีที่ 4

นางดี อายุ 26 ปี สามีอายุ 30 ปี มีอาชีพรับราชการทั้งสองคน มีรายได้รวมเดือนละประมาณ 12,000 บาท รายได้รวมโดยเฉลี่ย ประมาณ 38,000 – 40,000 บาท เด็กที่ป่วยเป็นลูกชายคนเดียว อายุ 6 ปี เป็นโรคหัวใจพิการซับซ้อน

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้มาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นสัมภาษณ์เบื้องต้น ดำเนินการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามประวัติส่วนตัว ทราบว่าชื่อสมมุติ นางดี อายุ 26 ปี เด็กที่ป่วยเป็นลูกชายคนเดียวอายุ 6 ปี ไม่สามารถมีบุตรได้อีกเนื่องจากได้ตัดมดลูกแล้วจากมีเนื้องอก โดยผู้รับคำปรึกษาอาศัยอยู่กับสามีและบุตรที่จังหวัดทางภาคใต้แห่งหนึ่ง ได้รับการส่งตัวมาผ่าตัด ผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลว่าผลการผ่าตัดจะออกมาไม่ดี และเมื่อได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็ยังวิตกกังวลเรื่องการดูแลบุตรเพราะมีบุตรเพียงคนเดียว และเรื่องที่พ่อก็ค่อนข้างลำบากเพราะไม่เคยอยู่ในกรุงเทพฯ รวมทั้งต้องลงงานเพื่อพาลูกมาพบหมอซึ่งไกลบ้าน เดินทางลำบาก และอาจจะมีผลต่อหน้าที่การงาน

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกและความวิตกกังวลของตน โดยทราบว่า ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับลูกชายที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการซับซ้อน การผ่าตัดค่อนข้างเสี่ยงมาก อัตราการตายสูงหลังคุยกับหมอผ่าตัด และขณะนี้พักอยู่กับญาติสามี ซึ่งที่พักไกลโรงพยาบาลมาก เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจหาแหล่งสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษา เช่น แนะนำแหล่งที่พักใกล้โรงพยาบาล ติดต่อให้มารดาได้คุยกับกุมารแพทย์ และศัลยแพทย์พร้อมๆกันในเรื่องแผนการรักษา พูดคุยให้กำลังใจเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษามีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง มั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งยอมรับสิ่งที่จะเกิดในอนาคตเช่น บุตรอาจไม่หายเป็นปกติต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด รับผิดชอบกับการกระทำของตนเอง เช่น ต้องลงงานพามาโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ควรติดต่อแจ้งหัวหน้างานไว้ล่วงหน้า หรือหาโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อตรวจรักษาต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้พูดกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลง มีความเชื่อมั่นว่าจะดูแลบุตรได้ดีมากขึ้น หาที่พักใกล้โรงพยาบาลได้

เดินทางไม่ลำบาก สามารถมาดูแลบุตรได้อย่างใกล้ชิด และถ้าหลังการผ่าตัดช่วงแรกก็อาจต้องมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแห่งนี้สักระยะ ถ้าอาการคงที่แล้วก็ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ เข้าใจและยอมรับสิ่งที่จะเกิดกับตนเองและครอบครัวได้มากขึ้น มีกำลังใจและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นโดยมีบุตรและสามีเป็นแหล่งสนับสนุน



สรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลกรณี 5

นางอี อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้างรายวัน สามีมีอาชีพก่อสร้าง มีรายได้รวมไม่แน่นอน รายได้รวมโดยเฉลี่ยครอบครัว ประมาณ 8,000 – 10,000 เด็กที่ป่วยเป็นลูกชายคนที่สองอายุ 2 ปีเป็นโรคหัวใจพิการซับซ้อน ได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งนี้ มีบุตรสาวคนที่แรกอายุ 3 ปี

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้มาขอรับคำปรึกษาอย่างเป็นกันเอง และสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาผ่อนคลาย และรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายในกระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นสัมภาษณ์เบื้องต้น ดำเนินการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษาซักถามประวัติส่วนตัว ทราบว่าชื่อสมมุติ นางอี อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้างรายวัน สามีมีอาชีพก่อสร้าง ผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลว่าผลการผ่าตัดจะออกมาไม่ดี มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา การผ่าตัด เรื่องที่พักเพราะไม่มีเงิน ขณะที่บุตรรักษาตัวต้องนอนพักที่ตึกผู้ป่วยนอกพร้อมกับญาติผู้ช่วยคนอื่นๆ ในตอนกลางวัน รวมทั้งเป็นห่วงครอบครัว บุตรและสามีอยู่บ้านที่ต่างจังหวัด ทำงานและดูแลบุตรอีกคน รวมทั้งรายได้ต้องขาดหายจากตนไม่ได้ทำงานและรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการที่มาเฝ้าลูกในกรุงเทพฯ

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความคิด ความรู้สึกและความวิตกกังวลของตน โดยทราบว่า ผู้รับคำปรึกษาวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดของบุตร ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่อันตรายและซับซ้อน ติดต่อกับมารดาได้คุยกับกุมารแพทย์ และศัลยแพทย์พร้อมๆ กันในเรื่องแผนการรักษา หาแหล่งสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษา เช่น ติดต่อหาที่พักให้นอนเฝ้าบุตรได้เมื่อบุตรย้ายออกจากหอพยาบาล และแนะนำให้มารดาเดินทางไปฝึกงานที่ศูนย์ฝึกอาชีพของ กทม. ที่อยู่ใกล้ๆ กับโรงพยาบาลได้ เพื่อเป็นอาชีพเสริมหารายได้เล็กๆ น้อยๆ และการใช้ประโยชน์ในเวลารว่างอาจช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ รวมทั้งติดต่อกับมารดาได้คุยกับหน่วยสังคมสงเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่าย พูดคุยให้กำลังใจเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมาอย่างเต็มที่

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้พูดกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลง มีความเชื่อมั่นว่าลูกชายจะมีอาการที่ดีขึ้น หรือแม้อาการจะทรุดลงก็จะพยายามทำใจ คิดในแง่ดีว่าแม่ต้องเป็นกำลังใจให้ลูก จะไม่ท้อแท้แม้ว่าบุตรจะไม่หายและครอบครัวตนเองนั้นยากจน แต่พร้อมที่จะแก้ปัญหาทุกอย่าง และจะดูแลบุตรให้ดีที่สุดในตัวตนเอง

ในเรื่องค่าใช้จ่ายใช้สิทธิบัตรทอง(สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค) ได้ แต่อาจมีค่าส่วนเกินบางส่วนที่สามารถผ่อนชำระได้





ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล นางสาวสุภลักษณ์ ดรุณัยธร
 วันเดือนปีเกิด 26 ตุลาคม พ.ศ. 2517
 สถานที่เกิด จังหวัดชัยนาท
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 105/375 มายคอนโดปิ่นเกล้า อาคาร A
 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางบำหรุ
 เขตบางพลัด จังหวัดกรุงเทพฯ 10700
 ตำแหน่งหน้าที่การงาน รัชมหาการ

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2528 ประถมศึกษา
 จาก โรงเรียนหัวเฉียว จังหวัดพิจิตร
 พ.ศ. 2531 มัธยมศึกษาตอนต้น
 จาก โรงเรียนตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
 พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนปลาย
 จาก โรงเรียนนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์
 พ.ศ. 2540 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
 จาก มหาวิทยาลัยมหิดล
 กรุงเทพมหานคร
 พ.ศ. 2554 การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว)
 คณะศึกษาศาสตร์
 จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 กรุงเทพมหานคร