

ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ต่อการตัดสินใจ
เลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2

สารนิพนธ์

ของ

นางสาวพจนา ดวงจันทร์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

371.4b

พ59๒ ๘

ร.3

ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ต่อการตัดสินใจ
เลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2

บทคัดย่อ

ของ

นางสาวพจนา ดวงจันทร์

- 3 ก.ย. 2546

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

พฤษภาคม 2546

๒ ๒๒๖๕๗๑

พจนานวน ดวงจันทร์ .(2546). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษา สารนิพนธ์ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน และหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลธนบุรี 2 ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดและโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ แบบแผนการทดลองของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ One Group Pretest – Posttest Design สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การทดสอบที (t – test for dependent samples)

ผลการวิจัย พบว่า

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ มีการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน ตัดสินใจเลือกคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้วในครรภ์แรกจำเป็นต้องเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

THE EFFECT OF RATIONAL – EMOTIVE INDIVIDUAL COUNSELING ON
THE DELIVERY METHOD DECISION – MAKING OF THE
PREGNANT WOMEN AT THONBURI II HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
MISS PAJANA DUANGJAN

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2003

Pajana Duangjan .(2003). *The Effect of Rational – Emotive Individual Counseling on the Delivery Method Decision – Making of the Pregnant Women at Thonburi II Hospital*. Master Project, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University .Master Project Advisor : Assist Prof. Dr. Nanthana Wong – In.

The purpose of this research was to study the effect of rational – emotive individual counseling on the delivery method decision – making of the pregnant women at Thonburi II hospital. The subjects of this study consisted of four primary and four multipara gravidarum pregnant women. Each subject planned to have a cesarean section as a means of delivery at Thonburi II hospital and had willing to participate in this study. The research instruments were a questionnaire of the delivery method decision – making and the rational – emotive individual counseling program. The data were analyzed by t – test for dependent samples.

The results of this study were as follows :

Significant differences in the delivery method decision – making of the pregnant women exposed to the rational – emotive individual counseling program were found at .05 level : four primary gravidarum pregnant women decided to give normal birth while another four multipara gravidarum pregnant women who had cesarean section experiences had to choose the cesarean section as a means of delivery.

อาจารย์ที่ปรึกษา ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)

คณะกรรมการสอบ



.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทนา วงษ์อินทร์)



.....กรรมการ

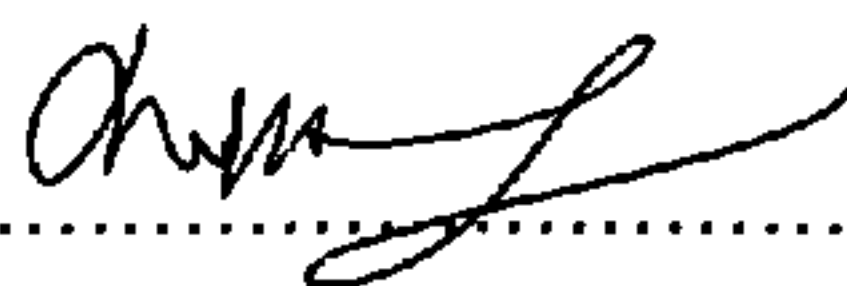
(ศาสตราจารย์ ดร. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)



.....กรรมการ

(อาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ



.....คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร จัตรสุกุล)

วันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2546

ประกาศขอบคุณประการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษา อีกทั้งศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงนิตยา อิ่มเสมอ สติแพทย์โรงพยาบาลธนบุรี 2 ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณเฉลิมกุล อภิบุญโญภาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธนบุรี 1 และโรงพยาบาลธนบุรี 2 คุณละไมพรรณ กฤตสวนนท์ ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลธนบุรี 2 ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลและทำการวิจัยในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณ คุณวิรัตน์ ธรรมนารถสกุล ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่เป็นกำลังใจในการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้

และท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่งในการศึกษาจนสามารถให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

พางนา ดวงจันทร์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	8
ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการคลอด.....	8
การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง....	15
แนวคิดของหญิงตั้งครรภ์.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย ภาวลักษณ์ และการจัดการทางการแพทย์.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	21
การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์.....	22
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์.....	37
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	41
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	41
วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ.....	41
การดำเนินการทดลอง.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5	
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	49
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	49
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	51
อภิปรายผล.....	51
ข้อเสนอแนะ.....	53
 บรรณานุกรม.....	 54
 ภาคผนวก.....	 60
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 87

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปรียบเทียบกับ การคลอดทางช่องคลอดใน โรงพยาบาลธนบุรี 2 ปี พ.ศ. 2537 – 2544	2
2	อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2533 – 2539.....	12
3	แบบแผนการทดลอง.....	46
4	ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด และค่า t ของการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์.....	48
5	การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็น รายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์.....	49
6	ค่าสหสัมพันธ์ของข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธี การคลอดด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด.....	83
7	ค่าสหสัมพันธ์ของข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธี การคลอดด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด.....	84
8	คะแนนความรู้และคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์.....	85

บัญชีภาพประกอบ

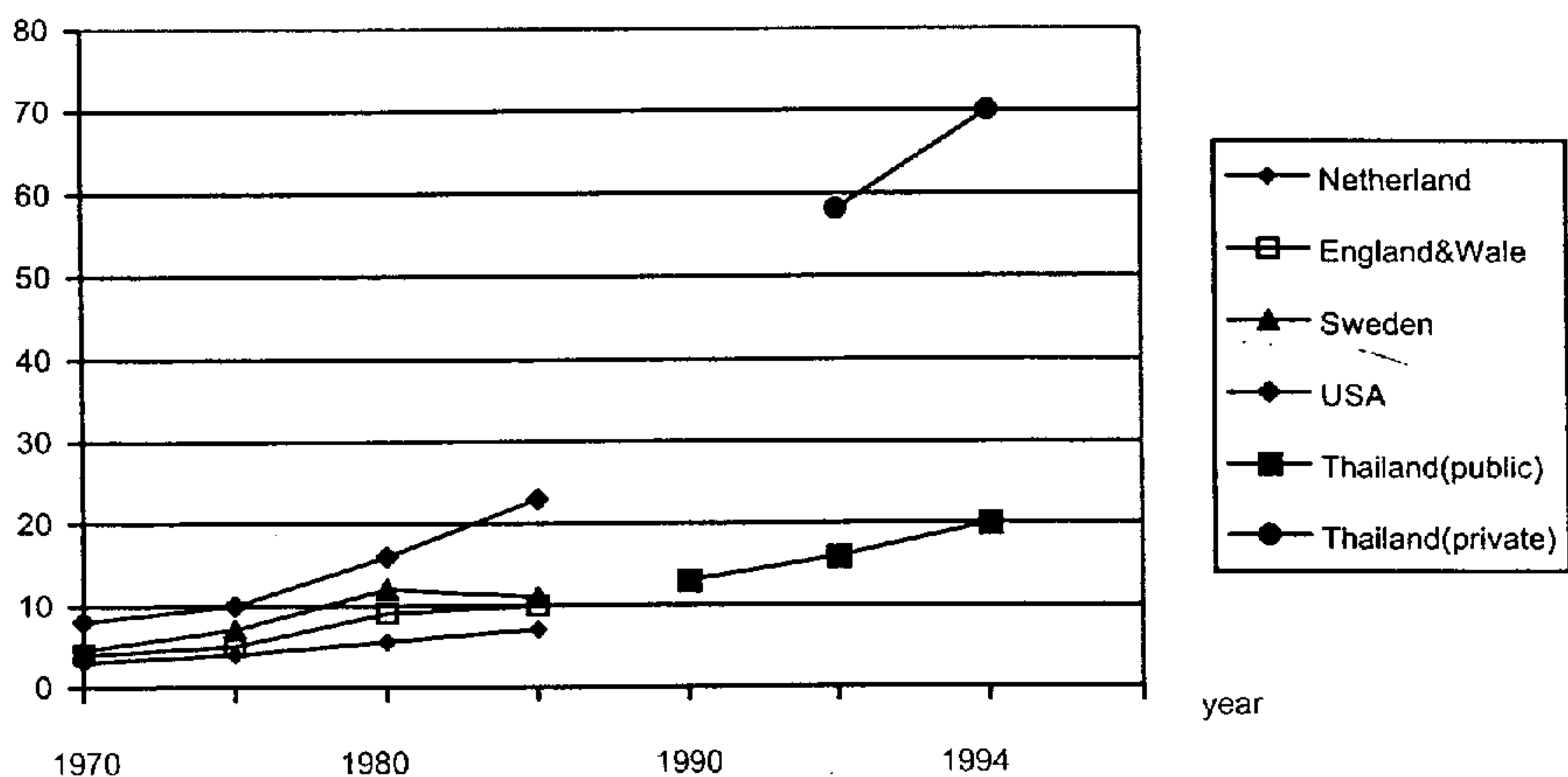
ภาพประกอบ	หน้า
1 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว.....	1

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดมีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น เป็นผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในระหว่างการคลอดและหลังคลอด รวมทั้งอัตราการตายปริกำเนิดของทารกก็ลดลงเช่นเดียวกัน ดังการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชในช่วงปี พ.ศ. 2523 – 2529 พบอัตราการตายปริกำเนิดของทารกลดลงถึงร้อยละ 13.53 และช่วงปี พ.ศ. 2528 - 2533 ลดลงร้อยละ 11.12 (กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. 2538 : 605) การคลอดในสมัยก่อนนั้นมารดาจะคลอดเด็กออกจากช่องคลอดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจจะไม่ใช้เครื่องมือใด ๆ หรือใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น การคลอดด้วยการใช้คีมคีบศีรษะเด็ก ใช้ เครื่องดูดสุญญากาศ แต่ปัจจุบันพบว่าเมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าขึ้น แนวโน้มของการคลอดทางช่องคลอดกลับลดลง ส่งผลให้การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว
ที่มา: อนุวัฒน์ สุขขุติกุล . 2539 : 7

จากรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ทำการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนทั่วประเทศจำนวน 361 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ.2539 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 22.4 ในปี พ.ศ.2539 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . 2541 : 1) ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงมาก คือ มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.6 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 51.5 ในปี พ.ศ.2539 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . 2541 : 32) ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการ

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลธนบุรี 2 ที่มีอัตราสูงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดทางช่องคลอดนับตั้งแต่ ปี พ.ศ.2537 ถึงปี พ.ศ. 2544 ดังตาราง 1

ตาราง 1 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลธนบุรี 2 ปี พ.ศ. 2537 – 2544

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดทางช่องคลอด (%)	อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (%)
2537	32.52	67.48
2538	37.63	62.37
2539	35.98	64.02
2540	30.36	69.64
2541	27.33	72.67
2542	29.94	70.06
2543	32.86	67.14
2544	24.53	75.47

ที่มา: ทะเบียนประวัติผู้คลอดโรงพยาบาลธนบุรี 2 ปี พ.ศ.2537 – 2544

แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าขึ้น จนทำให้สูติแพทย์เกิดความมั่นใจในเทคนิคของการผ่าตัดที่มีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็ว และไม่ต้องเจ็บคลอด แต่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็ยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา และทารกโดยพบว่ามีอัตราตายถึง 40 ต่อ 1 แสนคนในขณะที่การคลอดทางช่องคลอด มีอัตราตายแค่ 5 ต่อ 1 แสนคน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล . 2539 : 6) นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดหลายประการ โดยพบว่ามีมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีการติดเชื้อสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 4 เท่า ซึ่งการติดเชื้อมีผลทำให้เกิดการตีบตันของท่อนำไข่และมีส่วนทำให้มีบุตรยากในอนาคต (Shearer. 1993 :1223 -1231) ส่วนอัตราป่วยของมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดถึง 10 เท่า โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดเป็นหลัก และร้อยละ 11 พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีปัญหาการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารกนั้นพบว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะเกิดโรค Hyaline Membranes หรือภาวะการถูกกดการหายใจ (Respiratory Distress Syndrome หรือ RDS) สูงกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดถึง 4 เท่า (Shearer . 1993 : 1226) ในด้านจิตใจมารดาที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่เคยคลอดทางช่องคลอด ในด้านประสบการณ์การคลอดและการสร้างความคุ้นเคยกับทารกหลังคลอด พบว่าสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกจะถูกแยกออกจากกันเนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดจะยังรู้สึกเจ็บแผลและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ มีผลให้การสร้างสัมพันธภาพล่าช้า (Helman . 1990 : 132 ; Mutryn . 1993 : 1275) นอกจากนี้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์แรกมักต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ต่อไป ในส่วนของค่าใช้จ่ายนั้น มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าการคลอดปกติหลายเท่าตัว

เนื่องจากต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด การให้ยาสลบ และอาจต้องกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่จากการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Sakala . 1993 : 1180 - 1240) สำหรับค่าใช้จ่ายในการทำคลอดของโรงพยาบาลรัฐที่ฝากแบบพิเศษ หากเป็นการคลอดธรรมชาติก็จะอยู่ที่ประมาณ 4,000 - 5,000 บาท แต่ถ้าเป็นการคลอดโดยวิธีผ่าตัดก็อาจเพิ่มขึ้นเป็น 7,000 - 10,000 กว่าบาท แล้วแต่โรงพยาบาลนั้น ๆ จะกำหนด ในส่วนโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มขึ้นจากโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4 - 5 เท่าตัว บางโรงพยาบาลจะมีการคิดค่าใช้จ่ายเป็นแบบเหมาจ่ายคลอดธรรมชาติก็จะอยู่ประมาณ 20,000 - 30,000 บาท แต่ถ้าเป็นการผ่าตัดก็จะอยู่ที่ประมาณ 30,000 - 40,000 บาท (บุญแสง วุฒิพันธ์. 2544 : 11)

จากแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้น จนเป็นที่ยอมรับทางสังคมว่าเป็นการคลอดที่ให้ความรวดเร็วและปลอดภัยสูง จนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงมาก ดังที่สุติแพทย์อาวูโส (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. 2539 : 9) กล่าวว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลายเป็นแฟชั่นสำหรับผู้หญิงยุคนี้ไปแล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนเดี๋ยวนี้มากกว่าร้อยละ 80 ทำการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในส่วนโรงพยาบาลของรัฐพอหลัง 15.00 น.ไปแล้วหมอที่ทำการคลอดจะสั่งให้หญิงมีครรภ์ที่ฝากพิเศษทำผ่าตัดกันเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด โดยไม่ได้อธิบายเหตุผลซึ่งผู้ที่มาคลอดก็ไม่ได้รู้สึกรังเกียจอะไรนอกจากจะมีความมั่นใจเพราะหมอเป็นผู้สั่ง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงถูกสร้างขึ้นจากความเชื่อมั่นทางเทคโนโลยีทางการแพทย์กับความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจนเป็นวิธีที่อำนวยความสะดวกให้กับสุติแพทย์กระทั่งกลายเป็นค่านิยมทางสังคมการแพทย์ ประกอบกับการให้สิทธิหญิงตั้งครรภ์ในการเลือกคลอดได้อย่างอิสระโดยการตกลงกับสุติแพทย์ที่เป็นผู้ดูแล นอกจากนี้การตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังขึ้นกับปัจจัยแวดล้อมรอบตัวหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารการผ่าตัดคลอด ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความกลัวที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดในระหว่างรอคลอด ซึ่งกาญจนา แก้วเทพ (2535 : 49) ได้กล่าวถึง สังคมและผู้หญิงถูกทำให้รับรู้ว่าการเจ็บปวดจากการคลอดธรรมชาติเป็นการเจ็บปวดที่น่าหวาดกลัวมาก ผู้หญิงส่วนหนึ่งจึงเลือกวิธีคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การได้รับการชักชวนจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดก็เป็นการหล่อหลอมความคิด ค่านิยมของสังคมที่อาจนำไปสู่การตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นอกจากนี้การมีความเชื่อเกี่ยวกับโชคระตาราศีของเด็กที่จะคลอดโดยเชื่อว่า วัน เวลาคลอดจะกำหนดวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถเลือกกำหนด วัน เวลาคลอดที่ถือว่าเป็นสิริมงคลได้ (Nopadol Saropala & Yongyuth Herbutya . 1996 : 75 - 78)

จากการที่หญิงตั้งครรภ์ มีความคิดในการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด หรือมีความเชื่อที่ไม่สมเหตุผลได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ที่เชื่อว่าการคลอดทางช่องคลอดจะทำให้ความสุขจากเพศสัมพันธ์ลดลง ทำให้ช่องคลอดหย่อนยานยืดขยายเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง คลอดทางช่องคลอดต้องใช้แรงเบ่งทำให้ร่างกายทรุดโทรมสูญเสียพลังงานมาก นอกจากนั้น ความเจ็บปวดจากการคลอดทางช่องคลอดยังสร้างความหวาดกลัวให้กับหญิงตั้งครรภ์จนกระทั่งกลายเป็นความคิดของหญิงตั้งครรภ์ ที่จะหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งเหล่านี้ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการที่หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยเชื่อว่าการคลอดทางช่องคลอดทำให้ร่างกายอ่อนเพลียสูญเสียเลือดขณะคลอดเป็นจำนวนมาก ปัสสาวะเองไม่ได้ หรือขณะคลอดมารดาและบุตรในครรภ์อาจเกิดอันตรายจากการคลอดก็ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เลือกคลอด โดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์มีความคิดว่าแพทย์เป็นผู้กำหนดวิธีการคลอดให้กับตนเอง ไม่ว่าแพทย์จะแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดโดยวิธีใดหญิงตั้งครรภ์ก็จะปฏิบัติตามเพราะแพทย์เป็น

ผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทราบขบวนการคลอดมากกว่าตนเอง หญิงตั้งครรภ์จึงเชื่อในการให้คำแนะนำของแพทย์ไม่ว่าแพทย์จะให้หญิงตั้งครรภ์คลอดโดยวิธีใดก็ตามรวมทั้งความเชื่อด้านโหราศาสตร์ในการกำหนดวันเวลาคลอดที่ถือว่าวัน เวลา ตกฟากที่ดีจะส่งผลต่อวิถีชีวิตของเด็กที่เกิดมา เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจากการที่หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดและมีความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น เกิดความเสี่ยงในการคลอดมากขึ้น สูญเสียเงิน ทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น สูญเสียช่วงเวลาที่จะได้สร้างสัมพันธภาพกับลูกตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนัก ให้กลับมาเห็นคุณค่าของการคลอดทางช่องคลอดซึ่งเป็นการคลอดตามธรรมชาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ให้มีความคิดและสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอดให้กับตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่นักจิตวิทยายอมรับว่าสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติได้ (Milton . 1974 : 458 – 459) เพราะทฤษฎีนี้มีพื้นฐานความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากความคิดที่ไร้เหตุผล ไม่สมเหตุสมผล ซึ่งฝังอยู่ในใจโดยที่อาจจะเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีมาในอดีต กระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีนี้ จึงเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รู้จักวิเคราะห์ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อันเนื่องมาจากความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นมาเปลี่ยนแปลงความเชื่อของตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ แตกต่างกัน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลของการศึกษา เป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงความคิดของหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมยุคปัจจุบันที่ระบบบริโภคนิยมได้เข้ามามีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้การคลอดทางช่องคลอดซึ่งเป็นการคลอดตามธรรมชาติลดน้อยลง เมื่อได้นำแนวทางการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์มาช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเลือกวิธีการคลอดอย่างเหมาะสมให้กับตนเองได้ ซึ่งการช่วยเหลือจะเป็นแนวทางให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำ วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ไปเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ให้เห็นความสำคัญของการคลอดตามธรรมชาติต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน และหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลธนบุรี 2 ในช่วงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2545 – วันที่ 25 มกราคม 2546 ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 8 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน และหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 8 คนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์
2. ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ (The Rational-Emotive Therapy) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล ในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อให้สมเหตุสมผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของตนเองโดยใช้การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ของ เอลลิส (Ellis) โดยมีขั้นตอนในการให้คำปรึกษาดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ให้คำปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความอบอุ่นคุ้นเคยเป็นกันเอง และเกิดความไว้วางใจผู้ให้คำปรึกษา กล้าแสดงความคิดเห็น เกิดความมั่นใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเอง

ขั้นที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ แสดงความคิดเห็นในการเลือกวิธีการคลอดแบบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่าหญิงตั้งครรภ์มีเหตุผลใดที่เลือกคลอดโดยวิธีการแบบนี้และให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ว่าความเชื่อต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการคลอดของตนเองอย่างไร

ขั้นที่ 3 เป็นขั้นดำเนินการให้หญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์ความคิด ความเชื่อของตนเองอย่างรอบคอบ ใช้สติปัญญา พิจารณาความคิดอย่างมีเหตุผลโดยใช้ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาช่วยแยกแยะความคิดความเชื่อของตนเอง โดยในขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งแจ้งข้อดีข้อเสียรวมถึงผลกระทบต่อร่างกายและภาพลักษณ์ ผลกระทบต่อสุขภาพของการคลอดแต่ละแบบ ให้คำปรึกษาจะให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลในด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผลกระทบของความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลจะเกิดตามมาในรูปแบบ ABC ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์หาแนวทางการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผล โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ได้แก่ การสอน การชักชวน การชี้แจง การโต้แย้ง การสอบถาม การยกตัวอย่างชีวประวัติ การฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลตามรูปแบบ ABCDE โดยทำ

แบบฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational Self Help Form) โดยกำหนดเหตุการณ์ A แล้วให้หญิงตั้งครรภ์กรอกข้อความตั้งแต่ B ถึง E ดังนี้

A = Activating Experiences or Events คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์

iB = irrational Belief คือ ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์

UeC = Undesirable emotional Consequences (inappropriate feeling) คือ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับวิธีการคลอด

D = Disputing or Debating your Irrational Beliefs คือ การวิจารณ์ความคิดหรือความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความคิดใหม่ที่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับวิธีการคลอด

E = Effect of Disputing or Debating your Irrational Beliefs คือ ผลที่ตามมาจากการวิจารณ์ความคิดใหม่ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งให้ผลทั้งในแง่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ขั้นที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ขั้นนี้ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปความคิดที่มีเหตุผลในการเลือกวิธีการคลอดให้กับตนเองและแนวทางที่จะนำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงความคิดที่มีต่อการเลือกวิธีการคลอดแบบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาเป็นคลอดทางช่องคลอด ตลอดจนสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองของหญิงตั้งครรภ์

2. การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ความคิดในการเลือกวิธีการคลอดโดยใช้วิธีการคลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคลอด สาเหตุชักนำ อาการแทรกซ้อน อันตรายและความเจ็บปวดทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมีผลต่อความคิดในการเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์

2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด หมายถึง ความคิดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่เป็นผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ ซึ่งมีผลต่อความคิดในการเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ หมายถึง ความคิดของหญิงตั้งครรภ์ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการคลอดทางช่องคลอดมีผลต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเอง ได้แก่ การยืดขยายของช่องคลอด ความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ ความเจ็บปวดจากการคลอด

2.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดของผู้หญิงตั้งครรภ์ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการคลอดทางช่องคลอดมีผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งขณะคลอดและหลังคลอด โดยการคลอดนั้นไปทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เกิดการติดเชื้อหรือไปกระทบอวัยวะอื่นทำให้อวัยวะนั้นทำหน้าที่บกพร่อง

2.2.3 ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ หมายถึง ความคิดของหญิงตั้งครรภ์ว่าแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีผลต่อตนเองในด้านการจัดการทางด้านสุขภาพ

2.2.4 ความเชื่อด้านโหราศาสตร์ หมายถึง ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องฤกษ์ยามและเวลาตกฟาก โดยการนำเอาวัน เดือน ปีเกิดของเจ้าของชะตามาผูกดวง ถ้าเจ้าของชะตามีวัน เดือน ปีเกิดที่ดี จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความเจริญรุ่งเรืองต่อไปในอนาคต

3. การคลอดทางช่องคลอด หมายถึง การคลอดเด็กออกจากช่องคลอด โดยใช้ศีรษะเป็นส่วนนำออกมาสู่ช่องคลอด

4. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง การผ่าตัดเพื่อนำทารกออกจากโพรงมดลูกโดยผ่านรอยผ่าที่ผนังหน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก

5. บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง สูติแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
 - 1.1 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการคลอด
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด : ด้านประชากรและเศรษฐกิจ ด้านลักษณะส่วนบุคคลและด้านแรงจูงใจ
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของหญิงตั้งครรภ์
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย ภาพลักษณ์และการจัดการทางการแพทย์
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์
 - 3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์
 - 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1.1 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการคลอด

1.1.1 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการคลอดทางช่องคลอด

การคลอดทางช่องคลอด ถือเป็นการคลอดที่มีความปลอดภัยที่สุดและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาที่สูติแพทย์ให้คลอดทางช่องคลอดได้นั้นต้องเป็นมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โรคหัวใจที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ โรคเบาหวานที่ทารกมีขนาดใหญ่มาก โรคทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส เริม หรือมารดามีช่องเชิงกรานไม่ได้ขนาดเท่ากับขนาดทารก ทารกมีท่าในครรภ์ผิดปกติ ได้แก่ ท่าก้น ท่าขวาง ซึ่งมารดาที่มีความผิดปกติเหล่านี้สูติแพทย์จะให้คลอดโดยการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. 2539 : 6)

1.1.2 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประทักษ์ โอประเสริฐกุล, ยงยุทธ หราบัตร์ และกำแหง จาตุรจินดา (2539 : 367) ได้ให้ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ 2 ประการคือ

1. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชนิดที่มีการวางแผน (Elective - Scheduled in Advance or Planed) หมายถึง การผ่าตัดชนิดที่มีการพิจารณาไว้ก่อนตั้งแต่ในขณะตั้งครรภ์หรือก่อนกำหนดการคลอด 1 ถึง 2 สัปดาห์ เนื่องจากมารดาไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ โดยมีข้อบ่งชี้ที่แน่นอน (Definite Indications) ได้แก่ การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดา ภาวะรกเกาะต่ำ การตั้งครรภ์แรกที่มีทารกมากกว่า 2 คนขึ้นไป รวมทั้งข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ และแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้พิจารณา

2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชนิดฉุกเฉิน (Emergency Cesarean Section or Immediate Delivery Necessary) หมายถึงการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีการพิจารณาในระหว่างการคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะสายสะดือถูกกด การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกกับกระดูกเชิงกรานของมารดาที่วินิจฉัยได้ในระยะคลอดที่การคลอดไม่ก้าวหน้าและทารกอยู่ในภาวะอันตราย เป็นต้น

ผลดี ผลเสีย ต่อสุขภาพของการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
การคลอดทางช่องคลอด

การคลอด (Labor) เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับดัน สิ่งปฏิสนธิคือทารก รกและน้ำคร่ำ ออกจากโพรงมดลูกมาสู่ภายนอก การคลอดอาจเกิดขึ้นโดยทารกคลอดผ่านออกมาทางช่องคลอดหรือโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

การคลอดทางช่องคลอดโดยส่วนใหญ่ที่เป็นการคลอดปกติ จะไม่เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อมารดาและทารก ซึ่งการคลอดปกติทางช่องคลอดจะประกอบด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ผู้คลอดตั้งครรภ์ครบกำหนด (Full Term of Pregnancy) คือมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 38 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 42 สัปดาห์ (40 ± 2 สัปดาห์)
2. ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ มีลักษณะคว่ำหน้า ศีรษะก้ม คางชิดอก มีส่วนนำเป็นยอดศีรษะ (Vertex Presentation)
3. เป็นการคลอดทางช่องคลอด (Vaginal Delivery)
4. ใช้เวลาในการคลอดที่เหมาะสม โดยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งรกคลอดออกมารอบนั้น ต้องไม่เกินกว่า 24 ชั่วโมง
5. กระบวนการคลอดทั้งหมดดำเนินไปตามธรรมชาติ (Spontaneous Labour)
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้นในระยะคลอด นับตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์จนกระทั่งทารกและรกคลอดออกมา

การคลอดทางช่องคลอดที่เป็นการคลอดปกติ จะไม่เกิดอันตรายร้ายแรงใด ๆ แก่มารดาและทารก แต่ก็อาจจะมีผลกระทบอยู่บ้าง คือ การเจ็บท้องคลอด ซึ่งเป็นภาวะปกติของการคลอดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งเมื่อทารกและรกคลอดออกมาแล้ว อาการเจ็บท้องคลอดก็จะหายไป แต่อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น การติดเชื้อของแผลฝีเย็บ มารดาอ่อนเพลียมากและเกิดภาวะเครียดได้ ในขณะเดียวกันการคลอดทางช่องคลอดที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้นั้น เป็นการคลอดที่ผิดปกติหรือการคลอดยาก ซึ่งถือว่าเป็นการคลอดที่ไม่ดำเนินไปตามปกติเป็นการคลอดที่ยาวนานหรือการคลอดยาก ลำช้าและการคลอดติดขัดหยุดชะงัก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าปล่อยให้การคลอดทางช่องคลอดดำเนินอยู่ต่อไป จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก การช่วยเหลือการคลอดจึงอยู่ในดุลพินิจของสูติแพทย์ที่จะดำเนินการเลือกวิธีที่เหมาะสม เช่น การใช้คีมช่วยคลอด การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือใช้วิธีคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะเป็นวิธีการคลอดที่ใช้ช่วยเหลือมารดาและทารกให้รอดพ้นจากอันตรายจากการที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการจากระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วงคือ ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1. ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด

- 1.1 เกิดการฉีกขาดของแผลผ่าตัดบนตัวมดลูกไปจนถึงปากมดลูก มีการฉีกขาดของ Uterine Vessels ทำให้สูญเสียเลือดมากขณะทำการผ่าตัดต้องให้เลือดทดแทน
- 1.2 เกิดการบาดเจ็บต่อตัวทารกจากการผ่าตัด
- 1.3 เกิดการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้

2. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

- 2.1 ท้องอืด
- 2.2 เกิดการติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูก
- 2.3 เกิดการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ
- 2.4 เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
- 2.5 มีเลือดออกภายในช่องท้องภายหลังการทำผ่าตัด
- 2.6 เกิดการติดเชื้อภายในช่องท้องภายหลังการทำผ่าตัด
- 2.7 เกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ
- 2.8 เกิดการตกเลือดขึ้นภายหลังผ่าตัด

1.2 การเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ปัจจุบันแนวโน้มของวิธีการคลอดเปลี่ยนแปลงไป พบว่าวิธีที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งกลายเป็นปัญหาทางสูติศาสตร์และสังคมที่ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมหรือไม่ แพทย์และหญิงตั้งครรภ์บางกลุ่มมีความเห็นว่าการเพิ่มขึ้นบางส่วนเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นและเป็นการใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม ในขณะที่แพทย์บางกลุ่มเห็นว่าการเพิ่มนี้เป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดอัตราการตายปริกำเนิด โดยทั่วไปแล้วการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าการตั้งครรภ์หรือการคลอดที่จะดำเนินต่อไป จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ทั้งมารดาและทารก ทั้งสองฝ่ายและแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้นนั้น นอกจากปัจจัยทางด้านทางแพทย์แล้ว ปัจจัยด้านผู้รับบริการ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ อายุ อาชีพ ความเชื่อที่ว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บท้องคลอด ความสะดวกในการที่สามารถกำหนดวัน เวลาคลอดได้ สิ่งเหล่านี้ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่การศึกษาของแมคเคน (พัชรา วิชัยดิษฐ์. 2540 :13; อ้างอิงจาก McClain. 1990 : 203 – 209) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม มีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ในการศึกษาที่ผ่านมาของ ซอนเดอร์และคณะ (ศรีวรรณ ไชยประสิทธิ์ . 2536 : 7 - 10 ; อ้างอิงจาก Saunder , et al.1988) ได้ศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยอัลเบอร์ต้า เมืองเอดม่อนตัน พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในช่วงปี ค.ศ.1979 – 1980 ร้อยละ 13.2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 17.3 ในช่วงปี ค.ศ. 1987 – 1988 ขณะที่รอส (เขาวลักษณะ ต้นศุภผล. 2533 : 5 ; อ้างอิงจาก Rodirgues. 1988) ศึกษาอัตราการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศบราซิล ระหว่างปี ค.ศ.1977 – 1981 พบว่าแม้แต่โรงพยาบาลที่อยู่พื้นที่ยากจน ความเจริญทางเทคโนโลยีมีน้อยก็ยังพบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับในพื้นที่อื่น ๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 19.0 ในปี ค.ศ. 1977 เป็น 28.5 ในปี ค.ศ. 1981 ต่อมาในปี ค.ศ.1980 กอมส์ (Gomes. 1994 : 69) รายงานว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 31 และเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลกในขณะนั้นและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอีก

โดยมีนักวิจัยหลายคนได้กล่าวว่า ในปี ค.ศ. 2000 นี้ จะมีเด็กที่คลอดใหม่มากกว่า 2 ใน 3 ที่คลอดด้วยการ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ต่อมา พริดเจน (ศรีวรรณ ไชยประสิทธิ์. 2536 : 7 - 10 ; อ้างอิงจาก Pridjian. 1991) รายงานว่า ที่มหาวิทยาลัยชิคาโก มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 ในปี ค.ศ. 1982 เป็นร้อยละ 15.9 ในปี ค.ศ. 1988 ขณะที่ ซาคาลา (Sakala. 1993 : 1180 - 1240) รายงานอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในประเทศต่าง ๆ ดังนี้ ประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 1970 และมีอัตราเพิ่มมาตลอดจนถึงร้อยละ 15.4 ในปี ค.ศ. 1985 ประเทศนอร์เวย์ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 2.2 ในปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 12.1 ในปี ค.ศ. 1985 เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 2.1 ในปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 6.3 ในปี ค.ศ. 1985 สำหรับในประเทศแคนาดา พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.4 ในปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 18.8 ในปี ค.ศ. 1984

สำหรับในประเทศอังกฤษ เวลส์และประเทศสวีเดน พบว่ามีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงแรกและค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลาต่อมา โดยที่ประเทศสวีเดนมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี ค.ศ. 1973 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี ค.ศ. 1981 และค่อนข้างคงที่จนถึงปี ค.ศ. 1985 ในประเทศอังกฤษและเวลส์ มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 9 ในปี ค.ศ. 1980 ส่วนในระหว่างปี ค.ศ. 1980 - 85 มีอัตราคงที่และในปี ค.ศ. 1985 เป็นร้อยละ 10.5

สำหรับประเทศไทยการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้มีรายงานจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 - 2539 อัตราการคลอดบุตรทางช่องคลอดลดลง อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นและอัตราคลอดโดยหัตถการต่าง ๆ คงที่ ในปี 2539 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชนเท่ากับ 50% - 55% สูงกว่าอัตราคลอดปกติ 28% - 39% และยังพบว่าในปี 2539 โรงพยาบาลไม่สังกัดใดทั้งภาครัฐและเอกชน ในกรุงเทพมหานครมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงสุดถึง 29% และภาคอีสานมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่ำสุด 5% (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . 2541 : 24 - 25)

ตาราง 2 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2533 – 2539

ภาคภูมิศาสตร์	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. กรุงเทพฯ -ปริมณฑล	19.20	20.27	21.13	22.83	24.44	25.25	27.33
กรุงเทพมหานคร	20.51	21.78	22.54	24.21	25.69	26.38	29.02
ปริมณฑล	10.79	11.33	12.65	15.34	18.22	18.32	19.61
2. ภาคกลาง	17.06	18.16	19.21	20.61	21.99	21.53	22.95
3. ภาคเหนือ	13.26	13.98	15.83	17.37	19.53	22.04	23.91
4. ภาคอีสาน	8.72	9.14	9.40	10.70	12.19	14.55	15.41
5. ภาคใต้	15.62	17.43	18.51	20.22	21.18	23.43	25.29
รวมทุกภาค	15.19	15.98	16.96	18.44	19.98	21.13	22.44

ที่มา: รายงานการวิจัยแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปี 2533–2539 โดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2541 : 25

ในส่วน of โรงพยาบาลเอกชนนั้นวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2541 : 6 – 7) รายงานว่าในโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเฉลี่ยทั่วประเทศเพิ่มจากร้อยละ 41.0 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 59.6 ในปี พ.ศ.2534 และคงอยู่ที่ 59.5 ในปี พ.ศ.2535 กล่าวได้ว่าเด็กที่เกิดในสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในปี 2535 หกในสิบคนเกิดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . 2541 : 6 – 7) และพบว่าในปี 2533 ประเทศไทยมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 15.1 และมีเพียง 7 ประเทศเท่านั้นที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทยในปีเดียวกัน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อิตาลี แคนาดา โปรตุเกส ออสเตรเลีย เยอรมัน และเนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกามีอัตราสูงสุดร้อยละ 24 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของประเทศเหล่านี้กับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยแล้ว กล่าวได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงสุดในโลก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . 2541 : 10)

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด : ด้านประชากรและเศรษฐกิจ ด้านลักษณะส่วนบุคคล และด้านแรงจูงใจ

1.3.1 ด้านประชากรและเศรษฐกิจ

อายุ

ปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนที่การคลอดทางช่องคลอดคือ อายุหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาในปี ค.ศ.1982 – 1983 ของกลุ่มมารดาในลอสแอนเจลิสจำนวน 245,854 ราย พบว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่ากับร้อยละ 13 กลุ่มอายุ 18 – 34 ปี มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่ากับร้อยละ 17.5 และกลุ่มอายุมากกว่า 34 ปีขึ้นไป มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นเป็นร้อยละ 24.0 (Gould, Davey & Stafford. 1989 : 233) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 210 ราย และคลอดทางช่องคลอด 230 รายพบว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีอัตราการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 93.5 และมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 6.5 ส่วนกลุ่มที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี พบว่ามีอัตราการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 88.7 แต่มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้นเป็นร้อยละ 11.3 (กนิษฐา เล่าหัตถพงษ์ภุริ. 2539)

อาชีพ

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอาชีพที่มีผลต่อการคลอดได้แก่ การศึกษาการยอมรับของผู้หญิงต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่วางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 113 ราย คือ แม่บ้านมีการวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 37 มีอาชีพเสมียนหรือพนักงานขายร้อยละ 22 กลุ่มที่ทำงานโดยใช้วิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 36 และกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 5 และจากการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 440 ราย โดยแบ่งเป็นผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 210 ราย และคลอดทางช่องคลอดจำนวน 230 ราย ผลการศึกษาพบว่า จากการที่มีอาชีพหรือสามีมีอาชีพพนักงานบริษัท เอกชน รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าอาชีพอื่น ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม (กนิษฐา เล่าหัตถพงษ์ภุริ. 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ โดยแบ่งเป็นมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 100 คน และมารดาที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 100 คน พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่มีอาชีพ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานบริษัท ส่วนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดส่วนใหญ่มีอาชีพที่ใช้แรงงาน คือ ทำนา ทำสวน ทำไร่ (พัชรา วิชัยดิษฐ์. 2540)

ระดับการศึกษา

การศึกษาช่วยให้เกิดการพัฒนามองสติปัญญาและการเรียนรู้หล่อหลอมเป็นลักษณะของบุคคล ก่อเกิดเป็นบุคลิกภาพเฉพาะตน การศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงฐานะของชนชั้นในสังคมมีผลต่อระบบการคิดการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1976 – 1977 ของสถาบันสุขภาพเด็กและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์แห่งชาติของสหรัฐอเมริกา พบว่าการศึกษาของมารดามีผลต่ออัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่แตกต่างกันโดยมารดาที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 14.7 (Hurst & Summey. 1984 : 621 – 631) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ พบว่าตัวแปรระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการคลอดผิดปกติ โดยมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีการคลอดผิดปกติสูงขึ้น (สุดารัตน์ สุวารี. 2531) เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีคลอดของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่จองคลอดในโรงพยาบาลรามาศิบัติ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี อนุปริญญา และมีมัธยมศึกษา เป็นร้อยละ 69.52 และ 29 ตามลำดับ (เยาวลักษณ์ ต้นสุกผล. 2533) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร อนุปริญญา ปริญญาตรีและสูงกว่า ซึ่งแตกต่างกับมารดาที่คลอดเองจะมีการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษามากกว่าครึ่ง (พัชรา วิชัยดิษฐ์. 2540)

รายได้

ปัจจัยประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจของมารดา คือ รายได้ของครอบครัว รายได้จะเป็นตัวแบ่งระดับชนชั้นทางสังคม บุคคลที่อยู่ในระดับสังคมเดียวกันจะมีค่านิยม และได้รับการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ในแบบที่คล้ายคลึงกัน จากการศึกษาของ กนิษฐา เล่าหัตถพงษ์ภุรี (2539) เกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีรายได้ภายในครอบครัวมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค่านิยมของหญิงตั้งครรภ์กับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป จะมีค่านิยมการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมีแนวโน้มการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (พนา พวงมะลิ . 2541) ซึ่ง มุทรีน (Mutryn . 1993 : 1272) กล่าวว่าบางสังคมในสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่าเป็นการคลอดชั้นสูง (High - Class Delivery)

1.3.2 ด้านลักษณะส่วนบุคคล

อายุครรภ์

เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ มีอายุครรภ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันตลอดจนการได้ซักถามวิธีการคลอดจากหญิงตั้งครรภ์อื่น ๆ อาจทำให้เกิดความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกคลอดเปลี่ยนแปลงไป ในการศึกษาครั้งนี้อายุครรภ์น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกคลอดเนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด การพูดคุยซักถามกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่น ๆ ระหว่างการฝากครรภ์ย่อมมีส่วนในตัดสินใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์

ประเภทของการฝากครรภ์

จากการศึกษาของเยาวลักษณ์ ต้นสุกผล (2533) ที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่จองคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แบบพิเศษมีความต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แบบสามัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนา พวงมะลิ (2541) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แบบพิเศษมีแนวโน้มที่จะเลือกการผ่าตัดคลอดหรือวางแผนการคลอดไว้ล่วงหน้าตั้งนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์แบบพิเศษและแบบสามัญ มีค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการฝากครรภ์แบบพิเศษ เป็นสัญลักษณ์ที่สื่อถึงแนวโน้มของการเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และเป็นบริการที่ให้ความสะดวกแก่หญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงและสามารถจ่ายค่าบริการที่เพิ่มขึ้นได้ ประกอบกับการที่ต้องพบกับสูติแพทย์เดิมตลอดระยะเวลาของการฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีการปรึกษาหารือ และพูดคุยกับสูติแพทย์อย่างใกล้ชิดและเป็นกันเอง มีการสอบถามถึงวิธีการคลอดแบบผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการเลือกวิธีการคลอดที่อาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ได้

ประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด

แอนดรูและรอย (Andrew & Roy. 1991) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์ที่ดีในอดีต นำมาช่วยเสริมสร้างความสามารถในอันที่จะจัดการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ทั้งนี้จากประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดครั้งก่อนของหญิงตั้งครรภ์จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์และใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่า ตนเองจะใช้วิธีการคลอดครั้งนี้โดยวิธีใด จากการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 61.3 ไม่เคยคลอดทางช่องคลอดมาก่อนเลย ร้อยละ 38.7 เคยคลอดทางช่องคลอดมาแล้ว (กนิษฐา เล่าหัตถพงษ์ภุรี. 2539) และจากการศึกษาของ พนา พวงมะลิ (2541) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ การคลอดทางช่องคลอดมีร้อยละของ

ค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับสูงมากกว่า และมีร้อยละของค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระดับต่ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากการมีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอดมาก่อน หญิงตั้งครรภ์ต้องประสบกับภาวะความเจ็บปวดจากการคลอด ประกอบกับการคลอดทางช่องคลอดมีระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน หญิงตั้งครรภ์ย่อมมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บท้องคลอดและไม่ต้องการจะเผชิญกับภาวะความเจ็บปวดอีก

ความรู้เกี่ยวกับการคลอด

ความรู้เกี่ยวกับการคลอดในที่นี้เป็นความเข้าใจในเรื่องการคลอดเกี่ยวกับสาเหตุชักนำ อาการแทรกซ้อน อันตราย และความเจ็บปวดเกี่ยวกับการคลอดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด โดยพบว่ามารดาที่ได้รับคำแนะนำ มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความพร้อมด้านจิตใจ จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการคลอดและหลังคลอดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ (จุฬารัตน์ ตรีโอษฐ์ . 2531) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวิธีคลอดอยู่ในระดับต่ำ ต้องการผ่าตัดคลอดร้อยละ 8.7 มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ต้องการผ่าตัดคลอดร้อยละ 4.6 และมีความรู้ในระดับสูงต้องการผ่าตัดคลอดเพียง 2.6 (เยวลักษณ์ ต้นสุภผล . 2533)

1.3.3 ด้านแรงจูงใจ

แรงจูงใจเป็นสภาวะที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกเป็นผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ (อารี พันธุ์มณี . 2540 :179) ได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ การได้รับคำชักชวนจากบุคคลอื่น และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบในการตัดสินใจ จากการศึกษาของ มานินี จำเนียร (2537 : 152) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดามีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อจากที่เคยปฏิบัติตามญาติผู้ใหญ่หรือหมอต้าแม สั่งสอน แนะนำมาเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ในเรื่องการผ่าตัดคลอดย่อมมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการคลอดเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อเรื่องการคลอด และการตัดสินใจในการคลอดดังนี้

1.4.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษาความเข้าใจของผู้หญิงที่คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยศึกษาเปรียบเทียบผู้หญิง 3 กลุ่ม เรื่องความเข้าใจในการคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจและระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องชนิดของการใช้ยาระงับความรู้สึกในการคลอด การให้สามีร่วมอยู่ด้วยขณะคลอด โดยกลุ่มตัวอย่าง 40 คนเคยคลอดทางช่องคลอด 39 คนเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชนิดฉุกเฉินและ 46 คน คลอดโดยการวางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิงที่ต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเข้าใจต่อการคลอดในเชิงลบ แต่มีความเข้าใจในทางบวกต่อการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ การให้สามีร่วมอยู่ด้วยขณะคลอด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการคลอด ทั้งนี้ผู้หญิงที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่ไม่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Cranlay, Hedahil & Pegg.1983 : 10 - 15)

การศึกษาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในนิวยอร์ก ในปี ค.ศ. 1976 - 1977 พบว่ามารดาที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง อายุมาก การศึกษาสูง เป็นมารดาในกลุ่มคนไข้พิเศษ และลักษณะการ

บริการแบบโรงพยาบาลเอกชน จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ามารดาที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ อายุน้อย การศึกษาต่ำ มาคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาลหรือมูลนิธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hurst & Summey. 1984 : 621 - 631) ขณะที่ความแตกต่างทางสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ของมารดาที่มีการ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในลอสแอนเจลิส พบว่า กลุ่มมารดาที่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจสูง มีรายได้ต่อ ครอบครัวสูง มีอายุมาก คลอดครรภ์แรก มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีรายได้ต่อ ครอบครัวต่ำ อายุน้อย และคลอดครรภ์อื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gould, Davey & Stafford. 1983 : 233 – 239)

กุกทัน (พนา พวงมะลิ. 2541 : 25 ; อ้างอิงจาก Gupton. 1995. *Trial of labour Versus repeat Cesarean Section : Influences on Women's Decision – Making*) ได้ศึกษาอิทธิพลของการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำของผู้หญิงที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้ว โดยศึกษาผู้หญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสสุดท้ายก่อนคลอด ที่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้ว จำนวน 115 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยอมรับในเหตุผลและคำแนะนำของแพทย์ว่าต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำและให้เหตุผลว่าตนเองไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้และกลัวความเจ็บปวด

ผู้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มีความเชื่อเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่า ไม่มีใครได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด นอกจากคำบอกเล่าจากบุคคลอื่น ๆ และพบว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องก่อนคลอด และจากการศึกษากระบวนการจัดการทางการแพทย์เกี่ยวกับการคลอด โดยการวิจัยได้แสดงถึงผลของการจัดการทางการแพทย์ต่อร่างกายผู้หญิง แพทย์มีอำนาจตามกฎหมายที่จะเข้าควบคุมและให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการคลอด ผู้หญิงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดเฉพาะเรื่องที่แพทย์บอกเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด แต่ก็ขาดความรู้ รายละเอียดที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับกระบวนการคลอดนั้น และจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้หญิงในโนวาสโกเทีย แคนาดา จำนวน 15 คน พบว่าความเป็นแม่ในโนวาสโกเทีย ถูกอิทธิพลจากกระบวนการทางการแพทย์เข้ามามีการจัดการในกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด โดยผู้หญิงมีทางเลือกน้อยลง (พนา พวงมะลิ. 2541 : 30 ; อ้างอิงจาก Frank . 1996. *Beyond biology Pregnancy and Childbirth as a Lived Experience of Management.*)

การศึกษาเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้หญิงระหว่างตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด โดยศึกษาในมารดาหลังคลอด 200 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทมเพอร์พบวามารดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสามี พ่อแม่ เพื่อนสนิท หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และสร้างความมั่นใจให้แก่มารดาในระหว่างการคลอด มารดาจะได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลหรือผดุงครรภ์ มารดาส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 85 เห็นว่าการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ที่ดี การสนับสนุนของพยาบาลหรือผดุงครรภ์กับความเห็นในเชิงบวกต่อประสบการณ์การคลอด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tarka & Paunonen . 1996 : 70 - 75)

1.4.2 งานวิจัยในประเทศ

จากการศึกษาปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2538 จำนวน 210 คน และมีกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 230 คน พบวามารดาประเภทสามัญมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 19.7 ส่วนมารดาประเภทพิเศษมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 56.1 และจากการศึกษาปัจจัยทางสังคมพบวามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการศึกษาและรายได้ของครอบครัวสูง และมีอาชีพหรือสามีมีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด

(กนิษฐา เล้าหัตถพงษ์ภูริ . 2539) เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลำดับที่ของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างกันในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการคลอด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การปรึกษาและขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด (พัชรา วิชัยดิษฐ์ . 2540) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว ประเภทของการฝากครรภ์ ประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความคิดเห็นเรื่องร่างกายและภาพลักษณ์ และความคิดเห็นเรื่องการจัดการทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พนา พวงมะลิ . 2541)

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของหญิงตั้งครรภ์

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย ภาพลักษณ์ และการจัดการทางการแพทย์

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย

นักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาพยายามหาเหตุผลเพื่อตอบคำถามว่าร่างกาย คืออะไร และมีความเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรมอย่างไร การอธิบายร่างกายในระยะแรกทั้งนักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาจะเน้นการอธิบายร่างกายเชื่อมโยงกับเรื่องของตัวตน (Self) และภาพลักษณ์ของร่างกาย (Body Image) ว่าเป็นการสร้างขึ้นทางสังคมวัฒนธรรม โดยความสนใจในการอธิบายร่างกาย เริ่มในทศวรรษ 1940 และ 1950 โดยนิยามอธิบายเกี่ยวกับตัวตน (Self) และบุคคล (Person) ในลักษณะอัตวิสัย และไม่เป็นวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ เป็นการนำเอาความคิดหรือคตินิยมทางปรัชญามาเป็นกรอบในการศึกษาชีวิตมนุษย์ในสังคม โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้สร้างสภาวะการณ์ขึ้น และมีตน (Self) เป็นส่วนหนึ่งของสภาวะการณ์และลำดับทางสังคม (มัลลิกา มัติโก . 2538 : 13)

ร่างกายของคนเป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางชัดเจนต่อการศึกษา ค้นคว้าและนำไปสู่ความเข้าใจต่อมิติทางสังคมในเรื่องการแพทย์ สุขภาพ และความเจ็บป่วย ร่างกายของมนุษย์เป็นสัญลักษณ์ทางธรรมชาติ ซึ่งแท้จริงแล้วความเป็นสัญลักษณ์ไม่ได้มีความหมายในตัวของมันเอง แต่เป็นความหมายที่เกิดจากการที่สังคมสร้างและกำหนดขึ้นมา (Freund & Mcquire.1995 : 138) และมีอิทธิพลในการกำหนดบทบาทของร่างกาย นอกจากนี้อารมณ์ยังเป็นความรู้สึกนึกคิด จิตวิญญาณ ตลอดจนความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับส่วนอื่น ๆ ซึ่งจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเจ็บป่วย ในทำนองเดียวกันร่างกายถูกใช้เป็นตัวแสดงปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นความพร้อมเพรียงเชื่อมโยงสัมพันธ์ของโครงสร้างทางสังคมที่หล่อหลอมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

จากหลักฐานต่าง ๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความเจริญรุ่งเรืองของอารยธรรม ร่างกายถูกฝึกฝนขัดเกลาและหล่อหลอมโดยกฎระเบียบของสังคมโดยประเพณีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่แสดงแนวความคิดในการดำเนินชีวิตของคน ก็เป็นผลมาจากการแสดงการติดตามและการแปลความหมายของร่างกาย กิจกรรมที่ร่างกายแสดงออกมาเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการรับรู้ทางสังคม และแสดงความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างสังคมด้วย (Tumer & Routhege. 1992 : 15-17)

ในวัฒนธรรมของผู้บริโภค (Consumer Culture) ร่างกายผู้หญิงถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ร่างกายภายใน (Inner Body) หมายถึง ร่างกายส่วนที่เป็นลักษณะทางชีววิทยา ที่เปรียบเสมือนเครื่องจักรที่ต้องการการดูแล บำรุงรักษา เนื่องจากร่างกายมีความเสื่อมโทรมไปตามกาลเวลา ซึ่งเป็นการอธิบายร่างกายโดยใช้แนวคิดทางสรีรวิทยา

2. ร่างกายภายนอก (Outer Body) หมายถึง ร่างกายเป็นส่วนสังคมมีกลไกทางสังคม สามารถควบคุมร่างกายให้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสความต้องการของสังคมส่วนใหญ่ เช่น ความสวยงาม รูปร่าง เป็นการกล่าวถึงร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกันทางการเมือง เศรษฐกิจ และการแพทย์ ใช้ร่างกายเป็นสัญลักษณ์ของความมั่งคั่งและวิถีชีวิต (Burton. 1985 : 65)

ดักลาส (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล . 2536 : 6 - 18 ; อ้างอิงจาก Douglas. 1966) ได้พัฒนาความคิดเรื่องร่างกาย ว่าเป็นเครื่องรับความหมายทางสังคมขณะเดียวกันร่างกายก็เป็นสัญลักษณ์ทางสังคม กล่าวคือ ร่างกายมนุษย์ เป็นภาพลักษณ์ของการอุปมาอุปไมยของสังคมส่วนรวม หมายถึงการใช้ร่างกายเป็นการเปรียบเทียบเพื่อหาสัญลักษณ์สากล โดยการสร้างมโนภาพเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ว่าเป็นการสร้างทางวัฒนธรรม (มัลลิกา มัติโก. 2538 : 21) โดยดักลาส ได้แบ่งร่างกายเป็น 2 ส่วน คือ ร่างกายส่วนที่เป็นกายภาพ (Physical Body) กับร่างกายส่วนที่เป็นสังคม (Social Body) และกล่าวว่าร่างกายทางสังคมเป็นเงื่อนไขในการกำหนดการรับรู้และประสบการณ์ของร่างกายทางกายภาพ

ล็อกและเชฟเปอร์-ฮิวส์ (Lock & Scheper - Hughes.1990 : 50 - 72) ได้แบ่งร่างกายเป็น 3 ระดับ คือ

1. ร่างกายในระดับบุคคล (Individaul Body) หมายถึง ร่างกายส่วนที่เป็นความรู้สึกนึกคิด จิตวิญญาณ ที่มีต่อประสบการณ์ในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการตัดสินใจต่าง ๆ ของตัวผู้หญิงเอง ซึ่งร่างกายส่วนนี้เป็นร่างกาย ที่รวมถึง ความรู้สึก จิตใจ ที่รวมกันเป็นหนึ่งเดียว มิใช่แต่เพียงร่างกายทางสรีระเท่านั้น รวมไปถึงการให้ภาพลักษณ์ต่อตนเอง (Body Image) เกี่ยวกับสภาวะหรือสุขภาพของตนเองในขณะนั้น ซึ่งการให้ภาพต่อตนเองนี้จะเชื่อมโยงอยู่กับลักษณะของสังคมวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้การให้ภาพต่อตนเองยังเกี่ยวข้องอยู่กับลักษณะของอาชีพที่ปฏิบัติ และรายได้ ความสามารถที่จะแสวงหาบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในขณะนั้น ทั้งนี้การให้ภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนเองยังมาจากประสบการณ์ที่เคยได้รับมา และการได้รับมาจากการเรียนรู้จากบุคคลอื่น

2. ร่างกายในระดับสังคม (Social Body) หมายถึง การให้ร่างกายมนุษย์สะท้อนให้เห็นสภาพของสังคมในแต่ละสังคมที่มีความแตกต่างกัน โดยสังคมปัจจุบันเป็นสังคมอุตสาหกรรม มองร่างกายเหมือนเครื่องจักรกลที่มีส่วนประกอบ อะไหล่ ควบคุมการทำงาน การคลอตบุตรก็เช่นกันถูกอธิบายว่าเป็นการผลิตอย่างหนึ่งที่แพทย์เปรียบเหมือนวิศวกรหรือผู้ควบคุมโรงงาน หรือแม้กระทั่งเป็นเจ้าของ ร่างกายของผู้หญิงเป็นหน่วยของการผลิตหรือกรรมกร มดลูกของผู้หญิงก็เป็นเครื่องจักรอย่างหนึ่งในการผลิต ซึ่งสามารถควบคุมได้โดยผ่านเทคนิคเช่นเดียวกันกับที่ใช้ในกระบวนการอุตสาหกรรม คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และสามารถควบคุมการผลิตให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ เพื่อให้ได้ผลผลิตที่ดีซึ่งได้ผลผลิตที่คาดหวังจากการผลิตนี้ คือ เด็กที่คลอดออกมา (Helman. 1990 : 147) ซึ่งการที่สังคมเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวทำให้ผู้หญิงมีวิถีคิดเกี่ยวกับร่างกายตนเองเปลี่ยนแปลงไปด้วย

3. ร่างกายทางการเมือง (Body Politic) หมายถึง ร่างกายส่วนที่ถูกครอบครองให้เป็นไปตามนโยบายทางการเมือง เป็นแนวคิดที่อธิบายว่าร่างกายผู้หญิงถูกเอาเปรียบและควบคุมหน้าที่สืบพันธุ์โดยนโยบายของรัฐ ซึ่งผู้หญิงไม่มีโอกาสเลือกหรือการเลือกที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ภายใต้อำนาจการจัดการที่เหนือกว่า เช่นเดียวกับการคลอตบุตรที่มีการจัดการทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ภายใต้การจัดการนั้น

2.1.2 ภาพลักษณ์ของร่างกาย (Body Image)

พนา พวงมะลิ (2541 : 21) ได้อธิบายเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของร่างกายไว้ดังนี้

1. มนุษย์มีมโนภาพเกี่ยวกับร่างกายเพียงหนึ่งเดียวเท่านั้น แต่ไม่สามารถสร้างภาพลักษณ์ที่สมบูรณ์ในภาพเดียวได้ เนื่องจากมีข้อจำกัด ในการรับรู้ด้านการมอง (Visual Perception) การรับรู้ถูกจำกัดอยู่ในบางส่วนของร่างกาย การรับรู้ทางร่างกายจึงมีความแตกต่างและมีความเป็นอิสระต่อกัน

2. เป็นภาพสะท้อนทางจิตของตัวตนทางกายภาพของบุคคล ภาพลักษณ์ของร่างกายมีลักษณะเป็นพลวัตอยู่เสมอ (Dynamism)

3. การสร้างภาพลักษณ์ของร่างกาย ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการรับรู้ของตัวตนทางกายภาพเท่านั้น แต่จะรวมการรับรู้เกี่ยวกับการแสดงออกของบุคคลอื่นด้วย การรับรู้ต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดภาพของร่างกายต่อตนเอง การสร้างภาพลักษณ์ของบุคคลต่อบุคคลอื่น (Extraneous Body)

ความหมายของภาพลักษณ์ของร่างกาย

ความหมายของภาพลักษณ์เป็นความนึกคิดในการวาดภาพร่างกายของคน ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองและรูปภาพที่ชัดเจนของภาพลักษณ์ จะขึ้นอยู่กับลักษณะภายนอกที่ปรากฏความรู้สึกหรืออินทรีย์สัมผัสภายใน และปฏิกิริยาของบุคคลหรือสิ่งอื่น ๆ ที่มีต่อร่างกาย ซึ่งภาพลักษณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิต (Grundemann. 1975 : 635 - 645) โดยภาพลักษณ์เป็นภาพความคิดในใจของบุคคลที่มีต่อร่างกายของคนในทุกขณะ เป็นสิ่งที่มีการพัฒนาการไปตามช่วงชีวิต โดยภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นมาจากอินทรีย์สัมผัสภายใน (Internal Sensation) การเปลี่ยนแปลงของท่าทางหรือทรวดทรง (Postural Changes) การสัมผัสกับวัตถุภายนอกหรือบุคคลอื่นประสบการณ์ทางอารมณ์และความคิดฝัน (Fantasies) (Brundage & Broadwell. 1983 : 409) ขณะเดียวกัน ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่แสดงถึงเจตคติ หรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสภาพร่างกายของตนเอง ทั้งในด้านสภาพร่างกายภายนอกที่ปรากฏความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนเป็นการรับรู้และการแปลความหมายจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัว สังคม ที่มีต่อตนเอง (Corbeil. 1971 : 156)

สรุปได้ว่า ภาพลักษณ์ของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เจตคติของบุคคลต่อร่างกายของตนเองทั้งในส่วนลักษณะภายนอกที่ปรากฏ ความสามารถ การรับรู้ การแปลความหมายร่างกายของตนเองโดยบุคคลอื่น ภาพลักษณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิตตามระบบการพัฒนาการของบุคคล

2.1.3 การจัดการทางการแพทย์ (Medicalization)

การจัดการทางการแพทย์ (Medicalization) คือ การที่แพทย์ใช้ระบบความเข้มแข็งทางเทคโนโลยีเข้ามาควบคุมจัดการในเรื่องสุขภาพ โดยความชอบธรรมภายใต้การควบคุมของใบประกอบโรคศิลปะ (Freund & Mequire. 1995 : 201) ด้วยเหตุที่ระบบการแพทย์มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ทำให้แพทย์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยโรคต่าง ๆ จนบางครั้งทำให้ผู้ป่วยมีสภาพเป็นวัตถุและอุดมคติของแพทย์กลับกลายเป็นธุรกิจการแพทย์ โดยแพทย์พยายามสร้างโรคให้มากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับธุรกิจทางการแพทย์ (ระวี ภาวิไล . 2532 :36) โดยแนวคิดทางการแพทย์ได้มองร่างกายของผู้หญิงว่าเป็นอวัยวะที่เป็นโรค การรักษาคือการควบคุม ปรับเปลี่ยนตลอดจนกำจัดอวัยวะที่ชำรุดนั้นเสีย โดยที่กรอบแนวคิดทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของทัศนะและกลไกแบบแยกส่วน จากความเจริญทางเทคโนโลยีและการศึกษาทางการแพทย์ในสาขาด้านสรีรวิทยาและเวชศาสตร์ ทำให้ระบบการแพทย์มีอำนาจเหนือชีวิตและร่างกายของผู้หญิงมากยิ่งขึ้น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในเรื่องของการควบคุมระบบประจำเดือน การควบคุมการมีบุตรหรือการทำให้มีการปฏิสนธินอกมดลูกตลอดจนกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด นับว่าเป็นการครอบงำวิธีการคิดเกี่ยวกับการคลอดโดยวิธีธรรมชาติ มาเป็นวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทาง

หน้าท้อง (อนวัณน์ สุภชติกุล . 2538 : 6 – 8)

มาร์ตินและคลาร์ก (มัลลิกา มัติโก . 2538 : 8 ; อ้างอิงจาก Martin & Clarke . 1987) ได้เปรียบเทียบการจัดการทางการแพทย์ว่าเหมือนกับการจัดการทางอุตสาหกรรม โดยที่แพทย์มองว่าร่างกายผู้หญิงเป็นหน่วยการผลิต ซึ่งควบคุมได้โดยผ่านเทคนิค เช่นเดียวกับที่ใช้ในกระบวนการอุตสาหกรรม การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นอุตสาหกรรมการผลิตทารกเพื่อสนองความต้องการทางสังคม โดยผู้หญิงมอบความไว้วางใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ให้กับแพทย์ผู้ดูแล ทำให้แพทย์สามารถสร้างความต้องการส่วนเกินให้กับผู้หญิงได้มีโอกาเลือกที่จะสวยงาม เลือกการมีบุตรและเลือกการคลอดผ่านกระบวนการจัดการทางการแพทย์ โดยการให้แพทย์เป็นผู้กำหนดความสวยงาม กำหนดจำนวนบุตรและกำหนดเวลาคลอดของเด็ก ก่อนที่ผู้หญิงจะมีอาการเจ็บท้อง (มัลลิกา มัติโก . 2542 : 62) กลายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่การจัดการทางการแพทย์เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมาก โดยสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการคลอดดังนี้

1. การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นความเจ็บปวดอย่างหนึ่ง

ในอดีตนั้น การตั้งครรภ์และการคลอดถือเป็นกระบวนการทางธรรมชาติอย่างหนึ่ง (กาญจนา แก้วเทพ . 2535 : 48) แต่การแพทย์สมัยใหม่มองว่าการตั้งครรภ์ของผู้หญิงเป็นภาวะผิดปกติเป็นการเจ็บป่วย เป็นโรคชนิดหนึ่ง (ยศ สันตสมบัติ . 2535 : 101) ดังนั้นการคลอดที่เป็นธรรมชาติเป็นการคลอดที่บ้าน โดยใช้ผดุงครรภ์หรือหมอต้าแย แวดล้อมด้วยสามีและญาติพี่น้อง ต้องเปลี่ยนมาเป็นการคลอดในโรงพยาบาล มีเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น เป็นการคลอดที่ต้องใช้ยาในระหว่างคลอด การตัดสินใจขึ้นอยู่กับสูติแพทย์ ความสัมพันธ์ในรูปแบบการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างผู้คลอดกับหมอต้าแยหมดไป การคลอดในรูปแบบเก่าได้รับการปฏิเสธจากสังคมเพราะถูกรอบงำโดยการแพทย์สมัยใหม่ ฉะนั้นการคลอดในสมัยปัจจุบันจึงต้องใช้เทคโนโลยีมากขึ้นและเกิดขึ้นได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

2. การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นการควบคุมร่างกายผู้หญิงโดยแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

การแพทย์ได้ทำให้การคลอดบุตรของผู้หญิงเป็นความทุกข์ทรมาน เป็นความลำเค็ญ ซึ่งปัจจุบันผู้หญิงมีความกลัวต่อความเจ็บปวดในการคลอด โดยเกิดทัศนคติที่กลัวความเจ็บปวดจากการคลอดอย่างไม่สมจริงสมจัง ซึ่งความกลัวดังกล่าวก่อตัวมาจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การปลุกเร้าจากสังคมเกี่ยวกับทัศนะแบบผิด ๆ ในเรื่องการคลอด และอีกประการหนึ่งเนื่องจากการไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด ทำให้การคลอดกลายเป็นเรื่องน่าหวาดกลัวโดยเฉพาะความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งสาเหตุ 2 ประการนี้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมผู้หญิง ความเจ็บปวดนี้ถูกทำให้มีมากเกินไปจนสามารถทำให้ผู้หญิงยอมรับผู้ที่มิอำนาจบันดาลให้หายจากความเจ็บปวดชั่วคราวนั้น และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็เป็นวิธีคลอดอย่างหนึ่งที่สามารถลดความกลัวความเจ็บปวดจากการคลอดได้ (Davis – Floy. 1996 : 140) ดังนั้นผู้หญิงจึงต้องพึ่งพิงวิชาชีพแพทย์มาช่วยในการควบคุมตนเองในการคลอดทำให้ผู้หญิงสูญเสียความเป็นแม่ตามธรรมชาติ ความเจริญทางเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสูตินรีเวชศาสตร์เข้ามามีอำนาจเหนือชีวิตและร่างกายของผู้หญิงมากขึ้น ทำให้เกิดการครอบงำวิธีคิดเกี่ยวกับแบบแผนการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอดมาเป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (มัลลิกา มัติโก . 2538 : 4)

ผู้หญิงบางคนรู้สึกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้สูญเสียการควบคุมตนเอง โดยที่ผู้คลอดไม่สามารถมีส่วนร่วม การคลอดแบบนี้จะตัดความเชื่อมโยงของธรรมชาติกับร่างกายผู้หญิงออกไป ผู้หญิงรู้สึกเหมือนเป็นการรักษาเฉพาะส่วนไม่ใช่คนทั้งคน แพทย์จะดูแลรักษาเฉพาะส่วนที่ทำการผ่าตัดเท่านั้น (Martin. 1987 : 81) และจากการศึกษาของ มาร์ติน (Martin . 1987 : 81) พบว่าผู้หญิงส่วนหนึ่งเปรียบเทียบ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องว่าเหมือนกับการถูกจับขังผิด มัดมือมัดเท้า เหมือนถูกกระทำการข่มขืน ที่ไม่สามารถควบคุมได้และยังถูกซ้ำแหละเป็นส่วน ๆ ระหว่างการผ่าตัด การที่ผู้หญิงเหล่านั้นไม่ได้มีส่วนร่วมในการคลอดบุตรของตนเองทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าจะไม่มีความเป็นผู้หญิงที่แท้จริง

ดังนั้นการคลอดบุตรในสังคมทุนนิยมและภายใต้การจัดการทางการแพทย์ จึงเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้บนร่างกายผู้หญิงเพื่อผลิตผลผลิต ซึ่งก็คือ ทารก โดยที่ผู้ผลิต คือ มารดา (Martin. 1987 : 91) โรงพยาบาลจะเป็นเหมือนโรงงานที่ทันสมัยที่บรรจุประณีตในการผลิตทารกที่สมบูรณ์แบบที่สุด เพื่อให้เป็นผลผลิตสุดท้ายของกระบวนการคลอดเป็นสมาชิกของสังคมต่อไป (Helman. 1990 : 80) ในส่วนของตัวผู้หญิงเองการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นความทันสมัยกลายเป็นแฟชั่นสำหรับผู้หญิงยุคนี้ (อนุวัฒน์ สุภชาติกุล. 2539 : 8)

ปัจจุบันแม้ว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะเป็นการคลอดที่มารดาสามารถเลือกเองได้ แต่ข้อมูลในการตัดสินใจของมารดาส่วนหนึ่งมาจากสติแพทย์เช่นกัน ดังนั้นสติแพทย์ควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ทั้งวิธีการคลอด ข้อดี ข้อเสีย เพื่อลดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น ส่งเสริมการคลอดให้เป็นไปตามธรรมชาติมากที่สุด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี 5 องค์ประกอบดังนี้ คือ (วิภา ศิริสุข. 2534 : 72 – 76)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) บุคคลมีการรับรู้ว่าจะมีคนแต่ละคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและมีความผิดปกติต่อร่างกายแตกต่างกัน บุคคลบางคนคิดว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคร้ายกว่าบุคคลอื่นจึงทำให้มีการปฏิบัติต่อตนเองในด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการผิดปกติแล้ว บุคคลจะประเมินว่าความผิดปกติที่มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยมีได้รับรู้ระดับความรุนแรงตามหลักการทางการแพทย์ แต่เป็นการรับรู้ความรุนแรงตามความรู้สึกของบุคคลขึ้นอยู่กับอารมณ์ ความแตกต่างของบุคคล และคิดว่าความรุนแรงนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว สังคม นอกจากนี้แล้วยังเกิดความกลัวต่อการคุกคามภาวะสุขภาพของบุคคลด้วย

3. การรับรู้ต้นทุน – ผลได้ (Perceived Benefit and Costs) เมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงแล้ว บุคคลจะเลือกกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดภาวะคุกคามทางสุขภาพซึ่งทางเลือกที่บุคคลพิจารณานั้น เป็นสิ่งที่ไม่สะดวก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกายไม่สบายใจต่าง ๆ หรือไม่ ถ้าทางเลือกนั้นมีสิ่งเหล่านี้สูงบุคคลก็จะหลีกเลี่ยงทางเลือกนั้นหรือพิจารณาทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

4. แรงจูงใจ (Motivation) เป็นอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งมีผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับการชักชวนจากบุคลากรทางการแพทย์

5. ปัจจัยร่วม (Modify Factors) ได้แก่

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ (Patient-Pratitioner Relationship) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยมาก หากผู้ป่วยรับรู้แพทย์หรือบุคลากรด้านการแพทย์มีความเป็นมิตร และเข้าใจถึงความเจ็บป่วย เอาใจใส่ต่อการอาการเจ็บป่วย ย่อมเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือได้

5.2 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Factor) เช่น อายุ ระดับการศึกษา มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล

5.3 อิทธิพลทางสังคม (Social Influence) และแรงกดดันทางสังคม (Social Pressure) จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่แตกต่างกันซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ที่หล่อหลอมความคิด ความเชื่อของบุคคล

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

3.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

3.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

ได้มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

โครว์ และโครว์ (Crow & Crow. 1962 : 164) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักและเข้าใจตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้

รอเจอร์ส (Rogers.1977) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง การติดต่อสัมพันธ์โดยตรงระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลหนึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลหนึ่ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะเปลี่ยนเจตคติ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของเขา

เบิร์คส์ และสเทฟเฟิล (Burks & Steffire. 1979 : 14) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง สัมพันธภาพอันเป็นวิชาชีพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาที่ผ่านการฝึกฝนอบรมกับผู้รับคำปรึกษา โดยปกติ สัมพันธภาพนี้จะเข้าไปในรูปแบบบุคคล แต่ในบางครั้งก็เกี่ยวข้องกับบุคคลมากกว่าสองคนขึ้นไป เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา เข้าใจและมองชีวิตของตนเองได้ชัดเจนกระจ่างแจ้ง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะก้าวไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยทางเลือกและวิธีการที่เหมาะสม

จำเนียร ช่างโชติและนวลศิริ เปาโรหิตย์ (2524 : 15 – 16) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง ขบวนการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้มารับคำปรึกษา ควรเป็นสัมพันธภาพของความช่วยเหลือ มีความร่วมมือ เข้าใจกัน มีความยกย่องนับถือกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษา รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง และรับรู้โลกถูกต้องยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเลือกและการตัดสินใจอย่างฉลาด และนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 373) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา คือ กระบวนการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ร่วมมือกันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพมาโดยเฉพาะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ที่ประสบปัญหาที่มีความทุกข์ใจและต้องการความช่วยเหลือ เพื่อที่เขาจะมีความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น มีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตด้วยความสุข

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 124) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการของการช่วยเหลือ และในกระบวนการนี้จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และได้รับการฝึกฝนมาและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึก ตลอดจนทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้นและสามารถวางโครงการในอนาคตของตนได้

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 5) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษา เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนอบรมกับผู้รับคำปรึกษาซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะในการตัดสินใจ และทักษะในการแก้ปัญหา และการปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น

อาภา จันทรสกุล (2531 : 2 - 3) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ โดยผู้ขอรับคำปรึกษาพบปะกับผู้ให้คำปรึกษา ภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตน สภาพแวดล้อม และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ดีขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษามีโอกาสสำรวจความรู้สึก ค่านิยม ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหาดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

พรรณรัตน์ พลอยเลื่อมแสง (2535 : 106) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ประสบปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้จักและเข้าใจตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถเป็นผู้นำแห่งตนเองได้ และสามารถวางแผนทางของชีวิตในอนาคตได้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

รวีวรรณ ชินะตระกูล (2537 : 132) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือด้วยการพูดคุยกัน เกิดจากบุคคลสองฝ่ายทำงานร่วมกัน คือ ฝ่ายให้คำปรึกษากับฝ่ายผู้รับคำปรึกษาโดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือฝ่ายผู้รับคำปรึกษาให้สามารถช่วยตนเองแก้ปัญหาของตนได้ด้วยดี

จากความหมายของการให้คำปรึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพโดยเฉพาะในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาให้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.1.2 การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

3.1.2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 407) ได้กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 407) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา โดยให้การปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางแผนโครงการชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

สุจิตรา พรหมนุชาธิป (ภัทรวรรณ อุ่มล่อ. 2541 : 13 ; อ้างอิงจาก สุจิตรา พรหมนุชาธิป. 2530 : 125) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. เมื่อผู้รับคำปรึกษามีปัญหาลุกลาม ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากทั้งในด้านสาเหตุและวิธีการแก้ไข
2. เมื่อจำเป็นจะต้องรักษาความลับไว้อย่างมิดชิดที่สุด เพื่อป้องกันตัวผู้มารับคำปรึกษาและผู้อื่น
3. เมื่อผู้มารับคำปรึกษา มีความหวาดกลัวต่อการพูดคุยในกลุ่มอย่างมาก

4. เมื่อผู้รับคำปรึกษา ขาดความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น

5. เมื่อผู้รับคำปรึกษา มีความจำกัดอย่างมากในการตระหนักรู้ และเข้าใจต่อความรู้สึก แรงจูงใจ และพฤติกรรมของตนเอง หรือมีความยุ่งยาก สับสนจนรู้สึกหลงทางและไม่อาจร่วมเปิดเผยความรู้สึกนึกคิดในกลุ่มได้

วัฒนา พัทธราวิช (2531 : 152) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นการช่วยผู้ประสบปัญหาให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เป็นผู้นำแห่งตนในการเข้าใจตนเอง วางแนวชีวิตในอนาคต สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ทิพย์วรรณ กิตติพร (2535 : 7 – 8) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมคือ มีทักษะในการพัฒนาตนเอง และได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ช่วยผู้มาขอรับคำปรึกษาที่มีจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่ปกติแต่มีปัญหา และความคับข้องใจต่าง ๆ โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เอื้ออำนวย ให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและบรรยากาศที่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้มาขอรับคำปรึกษารู้สึกไว้วางใจในการเปิดเผยความรู้สึกนึกคิด และเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหา และด้วยความช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาได้เกิดการสำรวจตนเอง การเข้าใจตนเอง และการลงมือปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา อันจะนำไปสู่การพัฒนาความเจริญงอกงามส่วนบุคคลต่อไป

รวิวรรณ ชินะตระกูล (2537 : 194) กล่าวถึงการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลว่า เป็นการช่วยเหลือเด็ก โดยมีการพบปะกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมแล้วนำไปสู่การป้องกันปัญหาตัดสินใจแก้ปัญหาพัฒนาตนเองได้สมความปรารถนา

3.1.2.2 ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 111) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษา ได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

3.1.2.3 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 412) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดบางประการของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยทั่วไปมีความเชื่อว่าปัญหาที่ตนประสบนั้นเพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจและหาทางออกให้ได้ดีกว่าความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ต่างวัยและต่างความคิดของเขา เช่น ครูแนะแนว เป็นต้น

2. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่นโดยธรรมชาติ ไม่ต้องการแสดงตนอย่างเปิดเผยว่า ไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก

3. ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสอันดี ที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวต่าง ๆ กับเพื่อนคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน ที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกับตน

4. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและบุคลากรซึ่งมีอยู่จำกัด ดังนั้นนักเรียนบางคนที่ต้องการได้รับการให้คำปรึกษา จึงอาจจะไม่สามารถได้รับการบริการโดยทั่วถึง

3.1.3 การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ (Rational - Emotive Therapy) ซึ่งมีชื่อย่อว่า RET ผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้คือ อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) ทฤษฎีนี้เน้นการแก้ปัญหาด้วยสติปัญญา จัดความคิดที่ไม่มีเหตุผล เรียนรู้ที่จะคิดอย่างมีเหตุผล เปลี่ยนความคิดที่ผิด ๆ มาเป็นความคิดที่ถูกต้อง ทั้งในลักษณะของการให้คำปรึกษาและการบำบัดและได้เรียกชื่อที่ต่างออกไป เช่น ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอารมณ์และเหตุผล ทฤษฎีการให้คำปรึกษาว่าด้วยเหตุผลและอารมณ์ ทฤษฎีให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ แต่ในที่นี้ผู้วิจัยใช้ชื่อว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

3.1.3.1 ภูมิหลังของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

เอลลิสและไวท์เลย์ (Ellis & Whiteley, 1979 : 145) กล่าวถึงเบื้องหลังของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ว่า ได้รับอิทธิพลมาจากความคิดทางปรัชญา หรือจากความคิดของเชกสเปียร์ที่กล่าวว่า ไม่มีอะไรที่จะดีหรือเลว แต่ความคิดจะทำให้สิ่งนั้นดีหรือเลว

คมเพชร จิตรสุกุล (2530 : 101) ก็ได้กล่าวถึงภูมิหลังของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ของเอลลิสนี้เกิดมาจาก ความคิดของนักปรัชญาและจากประสบการณ์ของเอลลิส ที่ได้ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา ซึ่งทำให้เอลลิสได้ข้อสรุปที่มีเหตุผลว่าการให้คำปรึกษาจะต้องทำให้ผู้มีปัญหาหยุดการสอนตัวเองในการกระทำตามความคิดที่ไม่มีเหตุผล ความคิดที่เก่า ๆ และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสอนให้เขาคิดอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก

3.1.3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

อาภา จันทรสุกุล (2531 : 232 - 234) ได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์แบบการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ดังนี้

1. มนุษย์เป็นทั้งผู้ที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล มนุษย์ที่มีเหตุผลจะใช้ความสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มนุษย์มีความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต ซึ่งถ้าความต้องการนั้นไม่สามารถเป็นไปได้ มนุษย์จะพยายามลงโทษทั้งตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องเสมอ
3. มนุษย์มีความเข้าใจในขอบเขตความสามารถของตนเอง ค่านิยมของตนเองและแนวทางในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้เสมอ
4. เมื่อมนุษย์ได้รับการวางเงื่อนไขให้คิด และรู้สึกในแบบใดแบบหนึ่งแล้วเขามักจะยึดติด รู้สึกในแบบนั้นเสมอ แม้ว่าจะเป็นกรกระทำที่ทำร้ายตนเองก็ตาม

5. มนุษย์มีข้อจำกัด ไม่ได้เป็นผู้รอบรู้ไปหมด ดังนั้นในบางครั้งเขาอาจจะเอาชนะอุปสรรคและข้อจำกัดได้บ้างแม้จะไม่สมบูรณ์แบบก็ตาม

6. มนุษย์ทุกคนแม้ไม่รู้ว่าตายแล้วจะไปไหน หรือหลังจากตายแล้วจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป ก็ควรจะทำแต่สิ่งที่ดีในขณะที่มีชีวิตอยู่ ไม่ใช่หวังจะไปตั้งต้นชีวิตใหม่ในชาติหน้าหรือปล่อยชีวิตไปตามยถากรรมในปัจจุบัน

7. ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์โลกที่มีอายุยืนยาวเฉลี่ยแล้ว 75 ปี หรือมากกว่านั้น ฉะนั้นควรมีจุดประสงค์เพื่อความสุขในระยะยาวดีกว่าระยะสั้น

8. มนุษย์มีเสรีภาพเป็นของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องยอมรับข้อจำกัดเสรีภาพการไม่ยอมรับข้อจำกัดของเสรีภาพเป็นสิ่งที่ทำลายตนเองและทำให้สังคมสับสนวุ่นวาย

9. มนุษย์เกิดมาด้วยความโน้มเอียงที่จะมีเหตุผลรักตนเอง และอยากพัฒนาตนเอง แต่บางขณะอาจเกิดการพ่ายแพ้ตนเองหรือท้อถอย หลีกเลียงที่จะใช้ความคิดที่รอบคอบเพราะถือเอาความพอใจในระยะสั้น

10. เนื่องจากความคิดมีอิทธิพลมากต่ออารมณ์และการกระทำ ดังนั้นการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จะช่วยผู้รับคำปรึกษาได้ปรับปรุงชีวิตของตน เพื่อให้อารมณ์และการกระทำของตนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พึงปรารถนา

11. ในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาพึงทำความเข้าใจกรอบแห่งความคิดของผู้รับคำปรึกษา เพราะคนเรามีกรอบแห่งความคิดหรือการรับรู้ที่เป็นของตนเอง

12. มนุษย์มักวางเงื่อนไขให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจหรือมีปัญหาโดยการพูดหรือบอกกับตนเองซ้ำซากด้วยความเชื่อที่ผิด ๆ เสมอ

3.1.3.3 ปรัชญาและหลักการของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

แนวความคิดพื้นฐานการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ เอลลิสได้ประยุกต์มาจากแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเน้นที่กระบวนการทางปัญญาของบุคคล ซึ่งเรียกว่าการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่ากระบวนการทางปัญญาของบุคคล ซึ่งได้แก่ การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ เป็นสื่อกลางระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรม โดยมีกระบวนการทางปัญญานี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (นิภา เลิศลือชาชัย, 2533 : 5) จากแนวความคิดในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นกระบวนการทางปัญญา เอลลิส เชื่อว่า การที่บุคคลเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปมีสาเหตุมาจากบุคคลมีความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎี ABC ของเอลลิส ดังนี้

A ย่อมาจาก Activating Experience or Event หมายถึง ประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

B ย่อมาจาก Beliefs หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดที่มีต่อเหตุการณ์นั้น

C ย่อมาจาก Consequences หมายถึง ผลทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของบุคคล เอลลิสได้อธิบายว่า เมื่อมีประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (A) บุคคลจะมีความเชื่อหรือความคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือเหตุการณ์นั้น (B) ซึ่งความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C)

แนวคิดในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ถือว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (A) ไม่ได้เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรม (C) โดยตรง แต่ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น (B) เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดอารมณ์และพฤติกรรมดังกล่าว การช่วยให้บุคคลสามารถ

เปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Ellis & Whiteley. 1979 : 16 และ 45)

จากแนวความคิดที่เห็นว่า ความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม แต่เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อหรือความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะเป็นผลให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เอลลิสได้เสนอแนวคิดที่ว่าความคิด ความรู้สึก และการกระทำของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กัน คือ ความคิดที่มีอิทธิพลของความรู้สึกและการกระทำ ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำ และการกระทำมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึก ดังนั้นถ้าบุคคลปรับลักษณะใดลักษณะหนึ่งให้เปลี่ยนไป ก็จะทำให้ลักษณะอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Ellis & Whiteley. 1979 : 44)

3.1.3.4 ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล

ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล มีความสำคัญต่อวิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์เป็นอย่างมาก เพราะทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานที่เห็นว่าความเชื่อหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อหรือความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะทำให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เอลลิสและไวท์เลย์ (Ellis & Whiteley. 1979 : 3 - 4) จึงได้เสนอแนวความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

แนวคิดที่ 1 ฉันต้องเป็นผู้มีความสามารถ มีความเหมาะสม และประสบความสำเร็จ ฉันต้องได้รับการยอมรับจากทุกคน ถ้าฉันทำสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ มันเป็นเรื่องเลวร้ายมากสำหรับฉัน ฉันไม่สามารถทนต่อความล้มเหลวที่เกิดขึ้นได้ ถ้าฉันไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นแล้ว นั่นหมายความว่า ฉันเป็นคนใช้การไม่ได้

บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ เขามีแนวโน้มที่จะรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า กังวลใจ และเกิดอารมณ์ซึมเศร้า กลัว มีความทุกข์ที่ฝังแน่นในจิตใจ ควบคุมจิตใจของตนเองไม่ได้ และอาจทำให้บุคคลมีอาการทางโรคประสาท

แนวคิดที่ 2 เมื่อฉันต้องการให้บุคคลอื่นทำอะไรให้แกฉัน บุคคลนั้นต้องปฏิบัติต่อฉันอย่างดี ให้ความยุติธรรมและถูกต้อง มันเป็นเรื่องที่เลวร้ายมากถ้าเขาไม่สามารถทำในสิ่งที่ฉันต้องการได้ ฉันไม่สามารถทนได้ ถ้าเขาแสดงความรังเกียจฉัน หากเขาไม่สามารถทำให้ฉันพอใจได้ เขาควรถูกตำหนิ และกลายเป็นคนไม่มีคุณค่า

บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ เขามีแนวโน้มที่เป็นคนโกรธง่าย ชอบตำหนิหรือประณามผู้อื่น ดื้อรั้นและมีความรุนแรง หิฐสูง อาฆาตพยาบาท คิดแค้นแค้นและอาจกลายเป็นฆาตกรได้

แนวคิดที่ 3 ฉันต้องการได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันต้องการ ซึ่งสิ่งเหล่านั้นจะต้องดี เป็นไปในทางบวกและเป็นไปในทิศทางที่ฉันต้องการให้เป็น โดยปราศจากอุปสรรคและความยากลำบากใด ๆ ฉันไม่สามารถทนต่อสภาพคับข้องใจหรือไม่เป็นไปตามที่คิดได้

บุคคลที่มีความคิดไม่มีเหตุผลในลักษณะดังกล่าวนี้ เขาจะมีความรู้สึกโกรธง่าย ซึมเศร้า มีความอดทนต่ำมาก มีพฤติกรรมหลักหนี ปล่อยเวลาโดยเปล่าประโยชน์ขาดวินัยและผลัดวันประกันพรุ่ง

นอกจากนี้ เอลลิสและไวท์เลย์ (1979 : 3 - 4) ยังได้เสนอลักษณะความคิดที่ไม่มีเหตุผลและลักษณะความคิดที่มีเหตุผล โดยจำแนกให้เห็นได้อย่างชัดเจน ดังนี้

1. ลักษณะความคิดไม่มีเหตุผล

1.1 บุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะไม่มีโอกาสเป็นจริงได้ หากบุคคลยังยึดมั่นในความคิดเช่นนี้ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย

1.2 บุคคลต้องมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ มีความเหมาะสมและประสบผลสำเร็จ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวความล้มเหลว

1.3 บุคคลที่เป็นคนเลว น่ารังเกียจและชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิหรือลงโทษ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากไม่มีมาตรฐานที่แท้จริงที่จะประเมินความเลวหรือความชั่วร้ายของบุคคล

1.4 เป็นสิ่งที่เลวร้ายมาก ถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการให้เป็น ความคิดนี้ไม่มีเหตุผลเนื่องจากความผิดหวังเป็นเรื่องธรรมดา การที่บุคคลถือว่าความผิดหวังเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ตนไม่สามารถทนได้นั้น จะทำให้บุคคลเกิดความเสียใจอย่างรุนแรง และอาจทำให้สถานการณ์นั้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

1.5 อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากสภาพการณ์ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถควบคุมมันได้ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะความทุกข์นั้นเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสภาพการณ์ภายนอกจะทุกข์มากเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลเป็นสำคัญ บุคคลที่ไม่มีเหตุผลเช่นนี้ จะรู้สึกหงุดหงิดมีอารมณ์ฉุนเฉียว ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าตัดสินใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

1.6 บุคคลต้องวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตราย หรือน่ากลัวอยู่เสมอ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะความวิตกกังวลของบุคคลที่มีเกินเหตุ อาจทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

1.7 การหลีกเลี่ยงความยากลำบาก และความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ทำให้ง่ายกว่าการเผชิญกับมัน ความคิดนี้ไม่มีเหตุผลเนื่องจากบุคคลที่หวั่นไหวยากลำบากอยู่เสมอจะทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

1.8 บุคคลควรฟังพหูอื่นและต้องมีคนเข้มแข็งกว่าเป็นที่พึ่ง ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากการฟังพหูอื่นโดยไม่จำเป็น จะทำให้บุคคลประสบความล้มเหลวในการเรียนรู้ปราศจากความมั่นใจ และนำไปสู่การฟังพหูอื่นมากขึ้น

1.9 ประสบการณ์และเหตุการณ์ในอดีต เป็นเครื่องตัดสินพฤติกรรมในปัจจุบัน และอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีต ไม่สามารถลบล้างหรือกำจัดได้ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เนื่องจากพฤติกรรมที่ถือว่าสำคัญในอดีต อาจไม่เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในปัจจุบันและวิธีการแก้ปัญหาในอดีตอาจไม่สัมพันธ์กับวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน อิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตอาจถูกนำมาเป็นข้ออ้างที่จะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

1.10 บุคคลควรเป็นทุกข์ต่อปัญหาของผู้อื่น ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล ปัญหาของใครก็เป็นเรื่องของคนนั้น การกังวลกับปัญหาของผู้อื่นมากเกินไปก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้

1.11 ปัญหาทุกปัญหาคงต้องมีหนทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบ ความคิดนี้ไม่มีเหตุผล เพราะในความจริงจะไม่มีการแก้ปัญหาที่สมบูรณ์แบบ บุคคลที่ยึดมั่นในความคิดที่ไร้เหตุผลเช่นนี้ จะนำไปสู่ความวิตกกังวลและความกลัว

2. ลักษณะความคิดที่มีเหตุผล

2.1 บุคคลปรารถนาที่จะได้รับความรัก และการยอมรับจากผู้อื่น แต่มีได้

หมายความว่า จะต้องทุ่มเทความสนใจและความปรารถนาที่จะได้รับแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะกระทำในสิ่งที่เป็น การให้ความรักและคิดที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์

2.2 บุคคลจะกระทำการใด ๆ อย่างเต็มที่ เนื่องจากความต้องการที่จะทำ มากกว่าที่จะทำเพื่อให้ดีกว่าคนอื่น การทำงานก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะเกิดการผิดพลาดได้

2.3 ทุกคนอาจจะพบกับความล้มเหลวหรือความผิดพลาดได้ จึงไม่มีเหตุผลใดที่จะกล่าวโทษตนเองหรือผู้อื่น แต่ยอมรับความล้มเหลวนั้นและพยายามไม่ให้มันเกิดขึ้นอีก

2.4 บุคคลจะไม่ทำให้สภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจให้เป็นเรื่องใหญ่ขึ้น ถ้าเป็นไปได้ ควรปรับปรุงสภาพการณ์นั้นให้ดีขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ก็ควรยอมรับมันและไม่ถือว่าเป็นสิ่งเลวร้าย แต่อย่างใด

2.5 ถ้าบุคคลยอมรับว่าสิ่งที่ไม่พึงพอใจและสภาพทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุ มาจากการรับรู้การประมาณค่าของตนเอง สิ่งเหล่านี้ก็จะสามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้

2.6 บุคคลเห็นความจริงว่า อันตรายที่มีอยู่ไม่เป็นสิ่งเลวร้ายเหมือนอย่างที่เขา กลัว ควรรู้ว่าความวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกล้ามากกว่าเหตุการณ์ที่น่ากลัวจริง ๆ

2.7 การเผชิญกับความยากลำบากและความรับผิดชอบ จะเป็นประโยชน์ต่อ ตนเองในระยะยาวมากกว่าที่จะหลีกเลี่ยงมัน

2.8 บุคคลมีความพยายามที่จะเป็นตัวของตัวเอง และมีความรับผิดชอบ แต่ ควรจะพึ่งพาผู้อื่นหรือการยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น

2.9 บุคคลยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญ แต่ก็ตระหนักว่า เหตุการณ์ในปัจจุบันสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการวิเคราะห์อิทธิพลจากอดีต การพิจารณาความเชื่อที่เป็น โทษเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงตนเองต่อไป

2.10 เมื่อบุคคลอื่นเป็นทุกข์ หรือถูกรบกวน ควรพยายามหาทางช่วยเหลือเขา ถ้าทำได้ ถ้าทำไม่ได้ก็ควรยอมรับมันและทำเท่าที่จะทำได้ให้ดีที่สุด

2.10 บุคคลควรค้นหาหนทางในการแก้ปัญหาที่มีโอกาสเป็นไปได้หลาย ๆ ทาง และเลือกทางที่เหมาะสมที่สุดและยอมรับว่าไม่มีคำตอบ หรือหนทางแก้ไขที่สมบูรณ์แบบที่สุดในแต่ละปัญหา

3.1.3.5 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

เอลลิสและไวท์เลย์ (Ellis & Whiteley, 1979 : 54 – 57) ได้กำหนดเป้าหมายของ การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล อารมณ์ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้มีอารมณ์มั่นคง เหมาะสม และรับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีนี้ จะได้จำแนกอารมณ์ที่เหมาะสมกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกจากกันอย่างชัดเจน คือ

1.1 อารมณ์ที่เหมาะสม (Appropriate Feeling) คือ ภาวะอารมณ์ที่ช่วยผลักดัน ให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ อารมณ์ที่เหมาะสมประกอบด้วย

อารมณ์ที่เหมาะสมในทางบวก (Appropriate Positive Emotions) เป็น อารมณ์ที่แสดงถึงความต้องการ ความปรารถนา และความชอบต่าง ๆ ของมนุษย์ต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์ที่เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความพึงพอใจ และความอยากรู้ อยากเห็น เป็นต้น

อารมณ์ที่เหมาะสมในทางลบ (Appropriate Negative Emotion) เป็น อารมณ์ที่แสดงถึงความต้องการ ความคับข้องใจ หรือไม่พึงพอใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์

ที่เกี่ยวกับความเสียใจ คับข้องใจ รำคาญใจ ไม่พึงพอใจ ซึ่งอารมณ์ด้านลบนี้ จัดอยู่ในประเภทอารมณ์ที่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์ประเภทนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบไปสู่อารมณ์ที่ตนต้องการได้ เช่น สภาพการณ์ที่บุคคลถูกปฏิเสธหรือประสบความล้มเหลวในการทำงาน จะทำให้บุคคลเป็นทุกข์และเสียใจ ซึ่งอารมณ์นี้จะกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ

1.2 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Emotion) คือภาวะอารมณ์ที่ขัดขวางการตอบสนองสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลมิให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ อารมณ์ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังและรู้สึกไม่มีคุณค่า อารมณ์ประเภทนี้จัดเป็นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้ ไม่ได้ช่วยผลักดันให้บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ที่เหมาะสมไปสู่สภาพการณ์ที่ต้องการ แต่กลับทำให้สภาพการณ์เหล่านั้นเลวร้ายลง เช่น บุคคลที่เกิดอารมณ์ซึมเศร้าเมื่อถูกปฏิเสธหรือประสบความล้มเหลวในการทำงาน อาจทำให้บุคคลนั้นไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา และไม่คิดจะปรับปรุงตนเองเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ

2. ช่วยให้บุคคลมีความสนใจตนเอง สามารถเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง ถ่อมแท้ และเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น

3. ช่วยให้บุคคลมีความสนใจสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและมีความสุขมากกว่าอยู่อย่างโดดเดี่ยว

4. ช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดทิศทางให้กับตนเองได้ สามารถดำเนินชีวิตและแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง

5. ช่วยให้บุคคลมีความอดทนและมีความเป็นผู้ใหญ่ สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ให้อยู่ในความผิดพลาดของผู้อื่น จะไม่ประณามหรือซ้ำเติมแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงออกมาก็ตาม

6. ช่วยให้บุคคลมีความยืดหยุ่น ยอมรับว่าความคิดต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงได้ไม่ถือทิฐิ ดันทุรังกับความคิดเห็นที่แตกต่างจากตน ไม่ยึดมั่นตายตัวกับกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น

6. ช่วยให้บุคคลยอมรับความไม่แน่นอน ยอมรับข้อเท็จจริงว่าเราอยู่ในโลกของความไม่แน่นอน ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว แต่กลับจะกระตุ้นเร้าใจให้บุคคลเกิดความตื่นตัวหาหนทางที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

8. ช่วยให้บุคคลมีความมุ่งมั่น มีความตั้งใจจริงที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เขาสนใจและเห็นความสำคัญ

9. ช่วยให้บุคคลมีความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ มีความเป็นปรนัยและมีเหตุผลมากขึ้น

10. ช่วยให้บุคคลยอมรับตนเองและสามารถแสวงความสุขให้แก่ตนเองได้

11. ช่วยให้บุคคลกล้าที่จะเสี่ยง ตัดสินใจ หรือเสี่ยงกระทำการต่าง ๆ ด้วยความคิดของตนเอง

12. ช่วยให้บุคคลอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ยอมรับข้อเท็จจริงว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถประสบความสำเร็จในทุก ๆ สิ่งที่ตนต้องการและไม่สามารถหลีกเลี่ยงทุก ๆ สิ่งที่ตนไม่พึงพอใจ ช่วยให้บุคคลตระหนักว่าทั้งตนเองและบุคคลอื่นมีข้อบกพร่อง และมีโอกาสกระทำผิดได้ ความต้องการที่จะมีสุขภาพจิตสมบูรณ์แบบเป็นเพียงความเพ้อฝันเท่านั้น

ฟอร์แมนและฟอร์แมน (ประดิษฐ์ เอกทัศน์. 2527 : 11 ; อ้างอิงจาก Forman & Forman. 1980 : 91) ได้กล่าวถึงจุดหมายในการช่วยเหลือบุคคลไว้ 3 ลักษณะดังนี้

1. ช่วยให้เขายอมรับข้อผิดพลาดของตน ความคิดที่ไม่มีเหตุผล และความคิดที่ทำลายตนเอง

2. ช่วยให้เขาพัฒนาความคิด การรับรู้ การตีความหมายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามความจริงและมีเหตุผล

3. ช่วยให้เขาปรับพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 109 – 111) ได้กำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล – อารมณ์ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักว่าการครุ่นคิดแบบผิด ๆ ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีอารมณ์ที่มั่นคงเหมาะสม และระงับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่จะก่อให้เกิดการพ่ายแพ้แก่ตนเอง หรือนำความเสื่อมเสียมาสู่ตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาจะพิจารณาแบ่งอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 อารมณ์ที่เหมาะสม (Appropriate Feeling) ซึ่งประกอบไปด้วย

อารมณ์ที่เหมาะสมในทางบวก (Appropriate Positive Emotions) เช่น อารมณ์รัก มีความสุข กระตือรือร้น อยากรู้ อยากเห็น

อารมณ์ที่เหมาะสมในทางลบ (Appropriate Negative Emotions) เช่น อารมณ์เสียใจ คับข้องใจ รำคาญ ไม่มีความสุข ขุ่นเคือง แม้จะเป็นอารมณ์ด้านลบ แต่ก็จัดอยู่ในอารมณ์ที่เหมาะสม เพราะการมีอารมณ์ประเภทนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์อันจะผลักดันให้บุคคลพยายามต่อสู้เปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านั้น

1.2 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Emotion) เช่น ความรู้สึกทุกข์โศกอย่างหนัก (Depression) ท้อแท้สิ้นหวัง (Despair) ความรู้สึกมุ่งร้าย (Hostility) ความรู้สึกไร้ค่า (Worthlessness) อารมณ์เหล่านี้เป็นอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เพราะไม่ได้ก่อให้เกิดกำลังใจต่อสู้กับสภาพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะทำให้สภาพการณ์เหล่านั้นกลับเลวร้ายลง

2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความสนใจทั้งตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมนุษย์ต้องอยู่ในโลกกับบุคคลอื่น ฉะนั้นเราจึงไม่ควรสนใจเฉพาะตนเอง แต่ควรให้ความสนใจและเมตตาต่อผู้อื่นด้วย

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความรับผิดชอบต่อตัวเอง สามารถเลือกดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใจกว้าง ให้มีแนวความคิดว่าทุกคนย่อมมีโอกาที่จะผิดพลาดได้ เมื่อเห็นว่าผู้ใดมีพฤติกรรมไม่พึงปรารถนา ก็ไม่ควรจะประณามเขา

5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา ยอมรับความไม่เที่ยงแท้ต่าง ๆ และช่วยให้มีอารมณ์มั่นคง ยอมรับว่าเราอยู่ในโลกของความไม่แน่นอน เพราะฉะนั้นไม่ควรยึดมั่นถือมั่น และเมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ไม่ควรหวั่นไหวเกินกว่าเหตุ

6. ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความยืดหยุ่นของความคิด โดยยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีแนวคิดต่างกัน

7. ผู้รับคำปรึกษาจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งที่เขาคิดว่าเขาเห็นความสำคัญและสนใจ

8. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษายินดีที่จะมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ และยอมรับตนเอง หากความสุขส่วนตัวได้ โดยไม่นำความเดือดร้อนมาสู่คนอื่น

9. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบ เต็มไปด้วยวิจารณญาณ

นอกจากนี้ อาภา จันทรสกุล (2531 : 236 – 238) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการให้คำปรึกษา ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจว่า การเฝ้ามองตนเองอย่างไม่มีเหตุผล หรือการกล่าวโทษตนเองเป็นสาเหตุของปัญหาทางอารมณ์ ฉะนั้นผู้รับคำปรึกษาจึงต้องเรียนรู้ที่จะควบคุม ระวังอารมณ์รุนแรงที่ก่อให้เกิดปัญหา หรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่ผิด ๆ เสียใหม่ด้วยการคิดที่มีเหตุผล

2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบต่อตนเอง พึ่งพาตนเองให้เต็มความสามารถที่มีอยู่ และเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ก็รู้จักขอร้องอย่างเหมาะสม

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีแนวความคิดกว้าง ๆ สามารถเห็นวิธีการแก้ปัญหาได้หลาย ๆ วิธี ตลอดจนรู้จักมองความเป็นจริงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้หลาย ๆ ทาง และยอมรับความผิดพลาดที่อาจเกิดกับทุกคนได้

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไม่ยึดมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ แต่ให้พิจารณาทำความเข้าใจกับสิ่งเหล่านั้น ด้วยการให้เหตุผลและสติปัญญา

5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาให้มีความสนใจยอมรับตนเองและบุคคลอื่น เพื่อจะได้สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

6. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาใจกว้าง ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

7. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถวางแผนหาแนวทางที่จะทำให้เป้าหมายชีวิตประสบความสำเร็จได้

8. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากลับตัดสินใจ กลับมารับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและกล้าเสี่ยงที่จะพัฒนาตนเองไปให้เต็มศักยภาพ

9. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง รู้ถึงสิ่งหรือสภาพการณ์ที่ตนเองมีความสุข โดยไม่ทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

10. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความมั่นใจในตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่ยึดเกณฑ์ภายนอก หรือบรรทัดฐานทางสังคมมากเกินไป

นอกจากนี้ เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533 : 64) ได้กล่าวถึงเป้าหมายการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสมและจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วย

2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถแก้ไขปัญหาลุप्तสรรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง พึ่งพาตัวเอง และสามารถแก้ไขปัญหาลุप्तสรรคได้ด้วยตนเอง

4. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสนใจและยอมรับในคุณค่าของตนเอง และของบุคคลอื่น ซึ่งช่วยให้สามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีวิธีคิดเชิงวิทยาศาสตร์

6. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มีความเข้าใจในตนเอง และยอมรับตนเองตามความเป็นจริง มีความพึงพอใจ และรู้จักแสวงหาความสุขให้กับชีวิตโดยไม่ทำความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น

7. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักวิเคราะห์เหตุการณ์ และสิ่งต่าง ๆ อย่างใคร่ครวญ รอบคอบ มีเหตุผล และด้วยสติปัญญา สามารถยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

8. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความอดทนอดกลั้นต่อความผิดพลาดของผู้อื่นได้

9. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความยืดหยุ่นทางความคิด เปิดกว้างยอมรับในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล

10. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล้าเสี่ยง กล้าเสี่ยงในความคิด กล้าเสี่ยงในสิ่งต่าง ๆ ตามศักยภาพของเขา โดยไม่กังวลถึงความผิดพลาดล้มเหลวที่เกิดขึ้นได้มากจนเกินไป

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ที่กล่าวมา อาจสรุป ประเด็นสำคัญได้ว่า เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักว่าความคิดไร้เหตุผลและความเชื่อผิด ๆ ของตนเอง เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความทุกข์ใจ จึงต้องช่วยให้เปลี่ยนความคิดไร้เหตุผลและความเชื่อผิด ๆ นั้นให้ถูกต้องและมีเหตุผลมากยิ่งขึ้น และให้หันมาเผชิญกับปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้น และผลักดันให้แก้ปัญหาให้ตรงจุดโดยใช้สติปัญญามาเป็นเครื่องไตร่ตรอง

3.1.3.6 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลหรือความคิดที่ไม่มีเหตุผล แล้วแทนที่ด้วยความคิดที่สมเหตุสมผล ซึ่งขั้นตอนในการให้คำปรึกษาคือ (Ellis & Whiteley, 1979: 73 - 94)

1. แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่า เขามีความคิดที่ไม่มีเหตุผล จะต้องช่วยให้เขาเข้าใจว่า ทำไมจึงมีความคิดเช่นนั้น ทำให้เข้าใจเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่มีเหตุผลกับอารมณ์ไม่เป็นสุข กับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

2. ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจว่า อารมณ์ไม่เป็นสุขจะมีอยู่ต่อไป เพราะเขายังคงมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลอยู่

3. ทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนความคิดของเขา โดยจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลแล้ว ทดแทนขึ้นด้วยความคิดที่มีเหตุผล

4. วางแผนในการพัฒนาปฏิกิริยาโต้ตอบที่มีเหตุผลของผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมที่มีเหตุผล หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มั่นคงต่อไป

วัชร ทรัพย์มี . (2533 : 112) ก็ได้กล่าวถึงขั้นตอนในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้ให้คำปรึกษาชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า ความคิดของผู้รับคำปรึกษาเป็นความคิดที่ไร้เหตุผลอย่างไร และความคิดที่ไร้เหตุผลเช่นนั้นทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างไร ขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ที่จะแยกความเชื่อที่มีเหตุผลจากความเชื่อที่ไร้เหตุผล

ขั้นที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าเขาต้องรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง อันเนื่องมาจากการเฝ้าคิดอย่างไร้เหตุผล

ขั้นที่ 3 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิด โดยการจัดความคิดอันไร้เหตุผล ด้วยกลวิธีแบบนำทาง ชักชวนและชี้แจงเหตุผล

ขั้นที่ 4 ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความคิดที่มีเหตุผลในเรื่องทั่ว ๆ ไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของตนเอง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีปรัชญาชีวิตที่เต็มไปด้วยเหตุผล และไม่ตกเป็นเหยื่อของความคิดอันไร้เหตุผล

3.1.3.7 เทคนิคในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

การที่ผู้ให้คำปรึกษาจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล เป็นความคิดที่มีเหตุผลนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยเทคนิคการให้คำปรึกษาต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุผล มีอารมณ์ที่เหมาะสมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งการเลือกใช้เทคนิคนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้รับการบำบัดตามความเชื่อ ลักษณะของอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เทคนิคที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล คือ (Ellis & Whiteley . 1979 : 66 – 68 , 73 – 94)

1. เทคนิคทางปัญญา (Cognitive Technique) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาความคิดของผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดสิ้นไป และพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นแทน อันได้แก่

1.1 การพูดถึงตนเองอย่างมีเหตุผล (Employ New Self – Statement) เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาสอนให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนคำพูดของตนเองใหม่โดยใช้เหตุผลแทนคำพูดเดิมที่ไม่มีเหตุผล

1.2 การบ้านเพื่อฝึกทางปัญญา (Cognitive Homework) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทำการวิเคราะห์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนตามรูปแบบ ABCDE ของเอลลิส (Ellis) โดยให้ผู้รับคำปรึกษากรอกข้อความ หรือประโยคตั้งแต่หัวข้อ A ถึง B ลงในแบบฟอร์มการฝึกคิดอย่างมีเหตุผลด้วยตนเอง (Rational Self Help Form) เมื่อเผชิญกับสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข แล้วให้ผู้รับคำปรึกษานำข้อความหรือประโยคที่บันทึกในแบบฟอร์มดังกล่าวมาตรวจสอบและวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความคิดที่ไม่มีเหตุผลให้หมดสิ้นไปและสามารถพัฒนาความคิดที่มีเหตุผลขึ้นทดแทน มีความรู้สึกและอารมณ์ที่เหมาะสมและแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

2. เทคนิคทางอารมณ์ (Emotive Techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาทางอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา อันได้แก่

2.1 การจินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Imagery) เป็นวิธีการให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างจินตนาการที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง อันจะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เหมาะสมขึ้นแทน

2.2 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นการทดลองให้ผู้รับคำปรึกษาสวมบทบาทผู้อื่น เพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ในบทบาทของผู้อื่นและเปลี่ยนความคิดของตนได้อย่างมีเหตุผล

2.3 การฝึกการจัดการกับความอาย (Shame Attacking Exercises) เป็นวิธีการลดความรู้สึกอายของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาฝึกให้ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะแสดงพฤติกรรมที่ตนรู้สึกอาย ให้ปรากฏโดยไม่รู้สึกอายอีกต่อไป เช่น กล้าพูดในที่สาธารณะ เป็นต้น

3. เทคนิคทางพฤติกรรม (Behavioral Techniques) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น อันได้แก่

3.1 การฝึกทักษะ (Skill Training) เป็นวิธีการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดทักษะในการแสดงออก เช่น ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การคิดอย่างมีเหตุผลและการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป

3.2 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเทคนิคหนึ่งโดยผู้ให้คำปรึกษานำผลกรรมมาเป็นตัววางเงื่อนไข แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในการวางเงื่อนไขผลกรรมที่นิยมใช้ส่วนใหญ่ จะเป็นการวางเงื่อนไขโดยให้การเสริมแรง ซึ่งการ

วางเงื่อนไขโดยให้การเสริมแรงนี้เป็นวิธีการฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และผู้ให้คำปรึกษาให้การเสริมแรง เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อันเป็นผลให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น

วัชร ทรัพย์มี. (2533 :113-116) ได้รวบรวมเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาไว้ดังนี้

1. การสอน หรือการอธิบายโดยตรง (Direct Teaching) ผู้ให้คำปรึกษาจะอธิบายหรือชี้แจงแก่ผู้รับคำปรึกษาโดยตรง เพื่อแก้ความคิดไร้เหตุผลของผู้รับบริการ

2. การกำหนดงานให้ทำ (Homework Assignment) ผู้ให้คำปรึกษาจะมอบหมายงานให้ผู้รับคำปรึกษาไปทำในเวลาที่นอกเหนือไปจากการให้คำปรึกษา เช่น รับคำปรึกษามีความเชื่อที่ผิดว่าการเป็นผู้สนทนาที่ดีจะต้องรู้หัวข้อสนทนาต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง ผู้ให้คำปรึกษาจึงให้ผู้รับคำปรึกษาไปบันทึกหัวข้อสนทนาที่เขาเคยได้ฟังมาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งก็ปรากฏว่าหัวข้อสนทนาที่เขาได้มานั้นเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ได้ลึกซึ้งอย่างที่ตนเองคิด

3. การใช้ตรรกวิทยา (Logic) ผู้ให้คำปรึกษาหัดให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ตรรกวิทยาในการสรุปหรือโยงข้อมูลที่เชื่อถือได้

5. การทดลองสวมบทบาท (Role Play) ผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาจะทดลองสวมบทบาทเพื่อชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักว่าความคิดผิด ๆ ของเขาคืออะไร และความคิดนี้ส่งผลอย่างไรต่อการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. การแสดงตัวแบบ (Modeling) ในระหว่างการให้คำปรึกษาพฤติกรรมของผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นตัวแบบแก่ผู้รับคำปรึกษา เช่น ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แสดงอารมณ์ฉุนเฉียวหรือเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีการกระทำที่ผิดพลาด เขาจะยอมรับความผิดพลาดนั้นโดยไม่โทษสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างไม่เห็นเหตุผล หรือแสดงอาการเสียหน้าและความด้อยจากการกระทำผิดพลาดนั้น

7. การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation) เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงความเครียด ผู้ให้คำปรึกษาควรให้ผู้รับคำปรึกษาได้คลายความเครียดเสียบ้าง โดยให้ออกไปเดินยืดแขนยืดขาแล้วกลับมาใช้เหตุผลใคร่ครวญใหม่

8. ให้จินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตน (Rational – Emotive Imagery) ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาจินตนาการถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น คำวิจารณ์ของพ่อแม่แล้วถามความรู้สึกของเขาว่ารู้สึกอย่างไร

9. ยกตัวอย่างชีวประวัติ (Bibliography) เป็นการชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าคนเราแม้จะมีข้อจำกัด อุปสรรค หรือความบกพร่องก็เป็นเรื่องธรรมดา และอาจมีโอกาสรประสบความสำเร็จได้ดังตัวอย่างประวัติบุคคลต่าง ๆ

10. การฝึกให้ผู้รับคำปรึกษาคิดอย่างมีเหตุผล โดยทำแบบฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational Self Help Form) ในแบบฝึกหัดนี้จะมีที่ว่างให้ผู้รับคำปรึกษาเติมข้อความโดยการกำหนดเหตุการณ์ A แล้วให้ผู้รับคำปรึกษากรอกข้อความตั้งแต่หัวข้อ B ถึง E ดังต่อไปนี้คือ

A = Activating Experiences or Events คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

iB = irrational Belief คือ ความเชื่อไร้เหตุผลอันสืบเนื่องมาจากเหตุการณ์นั้น

UeC = Undesirable emotional Consequences (inappropriate feeling) คือ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมอันเนื่องมาจากความเชื่อที่ไร้เหตุผล

D = Disputing or Debating your Irrational Beliefs คือ การคิดวิचारณ์ความคิด หรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล

E = Effect of Disputing or Debating your Irrational Beliefs คือ ผลที่ตามมาจากการวิจารณ์ความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง ซึ่งให้ผลทั้งแง่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสม

10. การให้วิเคราะห์คำพูดของตนเองจากแถบบันทึกเสียง (Tape Recording) ในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายอารมณ์และแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่แล้วบันทึกเสียงไว้ ต่อมาจึงนำมาเปิดให้ฟัง แล้วให้ผู้รับบริการวิเคราะห์คำพูดของตนเองว่ามีเหตุผลมากน้อยเพียงใด

จากที่ได้กล่าวมา เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของเทคนิคในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์เท่านั้น เอลลิสและไวท์เลย์ (Ellis & Whiteley . 1979 : 66 – 67) ได้กล่าวว่า ในการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีนี้ ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะนำเทคนิคอื่น ๆ ในการให้คำปรึกษามาใช้เพื่อให้บุคคลเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลไปสู่ความคิดที่มีเหตุผล ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะนำเทคนิคมาใช้ได้ประมาณ 40 – 50 เทคนิคมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา ตามลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และในที่นี้เทคนิคที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การสอน การชักชวน การชี้แจง การโต้แย้ง การสอบถาม การยกตัวอย่างชีวประวัติ การฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผล โดยการทำแบบฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล

3.1.3.8 หน้าที่และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

อาภา จันทรสกุล (2531 : 256 – 257) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ คือการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหลุดพ้นจากความคิด ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล อันทำให้เกิดอารมณ์รุนแรง ทำร้ายตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีการให้คำปรึกษาที่รวดเร็วและนำทาง ชี้แนะ สั่งสอน สาธิต โต้แย้ง ทำทนายให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า ความเชื่อส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบที่รุนแรงตามมา สาเหตุของอารมณ์ทางลบที่รุนแรงเกิดจากความเชื่อ ทศนคติที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์โดยตรง ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ผู้มารับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงความคิด การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เขาเกิดอารมณ์รุนแรงทางลบเสียใหม่ โดยใช้สติปัญญาหาเหตุผลรับรู้สถานการณ์ในแนวความคิดใหม่ ผู้ให้คำปรึกษาทำทนายให้ผู้มารับคำปรึกษาสำรวจปรัชญาความเชื่อและแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเองโดยใช้สติปัญญาเข้าพิจารณาถึงความเหมาะสม การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จึงเป็นเสมือนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของอารมณ์ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนครูชี้แนะสั่งสอน ชักจูง ทำทนายให้ลองคิดใช้ทักษะการคิดอย่างมีระบบในการแก้ปัญหา

ฉะนั้นบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ พอสรุปได้ดังนี้

1. ชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษา เข้าใจถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบด้วยทฤษฎี

บุคลิกภาพ A-B-C

2. ระบุให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการรับรู้ และตระหนักถึงความคิดไร้เหตุผลที่เขาถืออยู่ อันเป็นผลให้เขาเกิดอารมณ์รุนแรงทางลบ และทำให้เขาแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ตนเองไม่มีความสุข

3. สอนวิธีการคิดที่มีเหตุผล ทักษะการคิดที่เป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์ให้ผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาจัดความคิดที่ไร้เหตุผล ลงโทษตนเองออกไป และช่วยผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปรัชญาในการดำเนินชีวิตของตนเองเสียใหม่อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจในตนเอง และสามารถใช่วิธีการคิดอย่างมีเหตุผลไปแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้

นอกจากนี้ แฮนเซน (Hansen. 1986 : 200) ก็ได้กล่าวถึงหน้าที่และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะปฏิบัติตนเหมือนนักต่อต้านที่เปิดเผย โดยจะต่อต้านและเผชิญหน้ากับความเชื่อและการพูดกับตนเองที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้มารับคำปรึกษา

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะให้กำลังใจ โน้มน้าวจิตใจ หลอกล่อและออกคำสั่งให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าไปเกี่ยวพันในพฤติกรรมของตนเอง

จากบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทเป็นผู้นำทาง เปรียบเสมือนครูผู้สอน คอยชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาให้ตระหนักถึงความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง ช่วยเหลือในการหาแนวทางในการเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผลเป็นความคิดที่มีเหตุผล.

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

3.2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

ในต่างประเทศได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

มิลตัน (Milton . 1974 : 458 – 461) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ที่มีต่อการเอาชนะความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน ที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเรียน ไม่มีแรงจูงใจในการเรียน นักศึกษาที่เข้าร่วมการทดลองจะมาด้วยความสมัครใจ และจะได้รับ 1 หน่วยกิต สำหรับการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ มีทัศนคติในการเรียนดีขึ้น และมีเกรดเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บลอค (ภัทรวรรณ อุ่มล่อ. 2541 : 44 ; อ้างอิงจาก Block . 1978 : 61 – 65) ได้จัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ เพื่อเพิ่มคะแนนในการเรียน ลดพฤติกรรมบกพร่องในชั้นเรียน และลดพฤติกรรมหนีเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 10 และ 11 จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประวัติการเรียนในปีที่ผ่านมา ดังนี้คือ เป็นผู้มีผลการเรียนเท่ากับ 65 หรือต่ำกว่า ขาดเรียน 40 ครั้ง หรือมากกว่า เข้าเรียนสาย 25 ครั้ง หรือมากกว่า หนีเรียน 25 ครั้ง หรือมากกว่า ถูกกระชากอาจารย์ว่ามีพฤติกรรมบกพร่องในชั้นเรียน 5 ครั้ง หรือมากกว่า นอกจากนี้ยังมีระดับสติปัญญาและความสามารถเท่ากับนักเรียนเกรด 8 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จำนวน 16 คนเป็นชายและหญิงเท่า ๆ กัน กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์ จำนวน 16 คน เป็นชายและหญิงเท่า ๆ กัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการทดลองแต่อย่างใด กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้รับการทดลองติดต่อกัน 12 สัปดาห์ ๆ ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที ผลการวิจัยปรากฏว่า นักเรียนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ มีคะแนนในการเรียนเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมบกพร่องในชั้นเรียน และพฤติกรรมหนีเรียนมีความถี่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกมนุษยสัมพันธ์

วัตสันและดอดด์ (ภัทรวรรณ อุ่มล่อ. 2541 : 46 ; อ้างอิงจาก Watson & Dodd. 1984 : 257 – 266) ก็ศึกษาการลดความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์ หรือการพูดในที่สาธารณะ โดยทำการเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ๆ การทดลองครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สร้างทักษะในการติดต่อสัมพันธ์โดยตรงใช้การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ กลุ่มที่ 2 ใช้การฝึกทักษะโดยเฉพาะควบคู่ไปกับการกำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Desensitization) และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มที่ 3 ทำการฝึกทักษะแต่เพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยปรากฏว่ากลุ่มการทดลองทั้ง 3 กลุ่ม สามารถลดความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์และการพูดในที่สาธารณะได้ และยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มนั้น สามารถลดความวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลของการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เออร์และ

โฮฟ (Ayer & Hopf. 1987 : 236 – 240) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ การกำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ และการจินตนาการสามารถลดความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลได้ผลไม่แตกต่างกัน

แอนโทนี (Anthony . 1988 : 205) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาอารมณ์และเหตุผล ซึ่งในที่นี้เรียกว่า โปรแกรมการเรียนรู้ทางอารมณ์ (Program for Affective Learning) มีชื่อย่อว่า PAL โดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่ม การตระหนักรู้ทางอารมณ์ (Emotional Awareness Training) มีชื่อย่อว่า EAT ที่มีต่ออัตมโนทัศน์ ความคิดที่ทำร้ายตนเอง ความวิตกกังวล และทัศนคติต่อโรงเรียน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนเกรด 3 จำนวน 97 คน แล้วแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ (PAL) กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ (PAL) กับการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (EAT) กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลของการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. การทดลองนี้ไม่สามารถพัฒนาอัตมโนทัศน์ของนักเรียนได้
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ (PAL) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ กับการฝึกการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (PAL + EAT) สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ (PAL) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ กับการฝึกการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (PAL + EAT) สามารถลดความคิดที่เป็นผลร้ายต่อตนเองได้
4. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ (PAL) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ กับการฝึกการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (PAL + EAT) มีความรู้สึกทางบวกต่อโปรแกรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกันมากกว่ากลุ่มทดลองอื่น
5. ผลการศึกษาทำให้ทราบว่าโปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ สามารถใช้กับเด็กเล็กได้
6. โปรแกรมการศึกษาเหตุผล – อารมณ์ สามารถใช้ได้ดีกับการฝึกการตระหนักรู้ทางอารมณ์

3.2.2 งานวิจัยในประเทศ

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ในประเทศนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษา ดังนี้

นิภา เลิศลือชาชัย (2533 : 9) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเลขานุการ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ซึ่งมีคะแนนจากแบบวัดความวิตกกังวล STAT สูงกว่า 40 คะแนนขึ้นไป กลุ่มทดลองได้รับการฝึกกระบวนการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกหลังจากสิ้นสุดระยะการทดลอง ให้ นักศึกษากลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความวิตกกังวล STAT ซ้ำ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาในกลุ่มที่ได้ฝึกการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาที่ไม่ได้ฝึกการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ทั้งในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อำพัน ทันสม (2535 : 77 – 79) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเหตุผล – อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนเมืองสรวงวิทยา ปีการศึกษา 2534 ที่มีทัศนคติในการเรียนต่ำ จำนวน 46 คน แล้วแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเหตุผล - อารมณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีแบบเหตุผล - อารมณ์ มีทัศนคติในการเรียนดีกว่านักเรียนที่ได้รับข้อเสนอแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประภาส ณ พิกุล (2537 : 70 - 73) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล - อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติต่อความเป็นหญิงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนตำราราษฎร์สงเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ที่มีทัศนคติต่อความเป็นหญิง จำนวน 14 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทฤษฎีการใช้เหตุผล - อารมณ์ จำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง (ยกเว้นครั้งที่ 5 - 11) ใช้เวลา 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะ 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อความเป็นหญิงดีกว่านักเรียนที่ได้รับข้อเสนอแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงเยาว์ ชมภูทอง (2537 : 64 - 65) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติต่อการเป็นโสเภณีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภอหนึ่งของจังหวัดทางภาคเหนือตอนบน ที่มีทัศนคติต่อการเป็นโสเภณี จำนวน 7 คน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จำนวน 7 ครั้ง โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและกลุ่ม ครั้งที่ 1 และ 7 ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มใช้เวลาครั้งละ 50 นาที ครั้งที่ 2 - 4 ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 5 - 6 ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 1.30 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นโสเภณีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฉัตรฤทัย บุรณากาญจน์ (2539 : 87) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ที่มีต่อทัศนคติในการเล่นการพนันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดนิเวศน์ธรรมาราม จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2538 ที่มีทัศนคติทางบวกในการเล่นการพนัน จำนวน 14 คน แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ มีทัศนคติต่อการเล่นการพนันลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัทรวรรณ อุ่มล่อ (2541 : 84 - 86) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ เป็นกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อทัศนคติต่อสารแอมเฟตามีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนท่ายางวิทยา จังหวัดเพชรบุรี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ผลการศึกษาพบว่าทั้งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ นักเรียนมีทัศนคติทางบวกต่อสารแอมเฟตามีนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ มีทัศนคติทางบวกต่อสารแอมเฟตามีนลดลงไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี เหตุผล – อารมณ์ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลให้เหมาะสม กับสภาพแวดล้อมได้ โดยสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกที่ไม่สมเหตุ สมผลมาเป็นความคิดที่มีเหตุผล ดังนั้นผู้วิจัยจึงหวังว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์จะสามารถ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ
4. การดำเนินการทดลอง
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คนและหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลธนบุรี 2 ในช่วงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2545 - วันที่ 25 มกราคม 2546 ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทั้ง 8 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คนและหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 8 คนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

เป็นแบบสอบถามด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามแต่ละด้านดังนี้

- 1.1 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด

1.1.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการคลอด ทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1.1.2 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด โดยใช้แนวทางการสร้างจากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างความให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะและความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1.1.3 นำแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และ แพทย์หญิงนิตยา อิ่มเสมอ พิจารณาข้อความในแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามลักษณะต่าง ๆ ตามนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

1.1.4 นำแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลธนบุรี 1 จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำแบบสอบถามมาให้คะแนนเพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Corrected Total Correlation) ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง -.13 ถึง .49 จำนวน 24 ข้อมาใช้ในการทดลอง

1.1.5 นำแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . 2538 : 200 – 201) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .52

ลักษณะของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด มีลักษณะเป็นแบบสอบถามใช่หรือไม่ใช่ ซึ่งเมื่อตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ตัวอย่าง แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 2 ช่องที่ตรงกับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่ท่านทราบ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
(0)	<u>การคลอดทางช่องคลอด</u> การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดระหว่าง รอคลอด		
(00)	<u>การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</u> การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการคลอดสำหรับมารดาที่มีความผิดปกติ เช่น ช่องเชิงกรานแคบ ระยะคลอดนาน การคลอดติดขัด		

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามใช่หรือไม่ใช่ โดยแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนน 0 และ 1 คะแนนและมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 24 คะแนน ได้จัดระดับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

0.00 – 8.00 คะแนน	= ระดับความรู้ต่ำ
8.01 – 16.00 คะแนน	= ระดับความรู้ปานกลาง
16.01 – 24.00 คะแนน	= ระดับความรู้สูง

1.2 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด

1.2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด

1.2.2 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ โดยใช้แนวทางการสร้างจากกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดของพัชรา วิชัยดิษฐ์ (2540 : 113 – 114) และแบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์ของพนา พวงมะลิ (2541 : 91 – 93) มาดัดแปลงให้ข้อความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะและความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1.2.3 นำแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านได้แก่ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และแพทย์หญิงนิตยา อิ่มเสมอ พิจารณาว่าข้อความในแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามลักษณะต่าง ๆ ตามนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

1.2.3 นำแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลธนบุรี 1 จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำแบบสอบถามมาให้คะแนนเพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Corrected Total Correlation) เลือกข้อที่ได้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง .23 ถึง .79 จำนวน 26 ข้อมาใช้ในการทดลอง

1.2.5 นำแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดที่คัดเลือกแล้วมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . 2538 : 200 – 201) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ความเชื่อด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .68 ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .65 และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ลักษณะของแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ประกอบด้วยแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์จำนวน 7 ข้อ ความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์จำนวน 6 ข้อ และความเชื่อด้านโหราศาสตร์จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เชื่อ ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อ

ตัวอย่าง แบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด
คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 3
ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ
(0)	<u>ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์</u> ช่องคลอดที่ผ่านการคลอดเอง ทำให้มีความสุขจากเพศ สัมพันธ์ลดลง			
(00)	<u>ความเชื่อด้านสุขภาพ</u> การคลอดเองทำให้แม่เสียเลือดระหว่างคลอดมากกว่าการผ่า ตัดคลอดทางหน้าท้อง			
(00)	<u>ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์</u> แพทย์คือผู้ที่สามารถให้ความไว้วางใจในความปลอดภัยของ ชีวิตท่านและบุตรในครรภ์ในการเลือกวิธีการคลอด			
(000)	<u>ความเชื่อด้านโหราศาสตร์</u> วัน เวลาที่คลอด (ตกฟาก) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต			

วิธีการให้คะแนน

เชื่อ	หมายถึง	ข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความที่บางครั้งก็ตรงบางครั้งก็ไม่ตรงกับความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์
ไม่เชื่อ	หมายถึง	ข้อความที่ไม่ตรงกับความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความทางบวก

เชื่อ	ให้	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เชื่อ	ให้	1	คะแนน

ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความทางลบ

เชื่อ	ให้	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	2	คะแนน
ไม่เชื่อ	ให้	3	คะแนน

แบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดประกอบด้วยแบบสอบถามด้านความเชื่อเกี่ยวกับ
ร่างกายและภาพลักษณ์จำนวน 7 ข้อ ความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ความเชื่อด้านการจัดการทาง
การแพทย์จำนวน 6 ข้อ และความเชื่อด้านโหราศาสตร์จำนวน 5 ข้อ โดยมีคะแนนรวมของความเชื่อ

เกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์อยู่ในช่วง 7 – 21 คะแนน คะแนนรวมของความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 8 – 24 คะแนน คะแนนรวมของความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์อยู่ในช่วง 6 – 18 คะแนน และคะแนนรวมของความเชื่อด้านโหราศาสตร์อยู่ในช่วง 5 – 15 คะแนน โดยแต่ละด้านของความเชื่อได้จัดระดับการวัดเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์

7.00 – 11.67 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์สูง
11.68 – 16.35 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ปานกลาง
16.36 – 21.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ต่ำ

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

8.00 – 13.33 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่ำ
13.34 – 18.66 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง
18.67 – 24.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพสูง

ระดับความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์

6.00 – 10.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์สูง
10.01 – 14.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ปานกลาง
14.01 – 18.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ต่ำ

ระดับความเชื่อด้านโหราศาสตร์

5.00 – 8.33 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านโหราศาสตร์สูง
8.34 – 11.67 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านโหราศาสตร์ปานกลาง
11.68 – 15.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อด้านโหราศาสตร์ต่ำ

ระดับความเชื่อโดยรวมทั้ง 4 ด้านเหล่านี้เป็นความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด นำคะแนนความเชื่อแต่ละด้านมารวมกันเพื่อจัดระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

26.00 – 43.33 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดต่ำ
43.34 – 60.67 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดปานกลาง
60.68 – 102.00 คะแนน	=	ระดับความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดสูง

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎี

เหตุผล – อารมณ์ ตลอดจนประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ให้สอดคล้องกับ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

2.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการและการประเมินผล แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลธนบุรี 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องและแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ ผู้วิจัยใช้เวลาทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ตั้งแต่ 25 พฤศจิกายน 2545 - 25 มกราคม 2546 ดังนี้

ทุกวันเสาร์	คนที่ 1	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 2	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอาทิตย์	คนที่ 3	เวลา 13.00 – 13.45 น.	คนที่ 4	เวลา 14.00 – 14.45 น.
วันจันทร์	คนที่ 5	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 6	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอังคาร	คนที่ 7	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 8	เวลา 17.30 – 18.15 น.

(จัดรายละเอียดในภาคผนวก)

การดำเนินการทดลอง

1. แบบแผนการทดลอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ใช้แบบแผนการทดลองแบบ One Group Pretest - Posttest Design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 65) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แบบแผนการทดลอง

สอบก่อน	ตัวแปรอิสระ	สอบหลัง
T_1	X	T_2

ความหมายของสัญลักษณ์

T_1 แทนการสอบก่อนการทดลอง

T_2 แทนการสอบหลังการทดลอง

X แทนการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

2. วิธีดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยกำหนดลำดับขั้นตอนการทดลองดังนี้

2.1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดแล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

2.2 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ตั้งแต่ 25 พฤศจิกายน 2545 – 25 มกราคม 2546 ดังนี้

ทุกวันเสาร์	คนที่ 1	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 2	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอาทิตย์	คนที่ 3	เวลา 13.00 – 13.45 น.	คนที่ 4	เวลา 14.00 – 14.45 น.
วันจันทร์	คนที่ 5	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 6	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอังคาร	คนที่ 7	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 8	เวลา 17.30 – 18.15 น.

(ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

2.3 หลังการทดลอง ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดชุดเดียวกับฉบับที่สอบก่อนการทดลอง แล้วเก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

2.4 นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 2.1 และ 2.3 ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าเฉลี่ย (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 145)

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 151)

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Corrected Total Correlation)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . 2538 : 200 – 201)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ โดยใช้การทดสอบที (t – test for dependent samples) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 101 – 104)

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง
$\overline{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการทดสอบที (t – test for dependent samples)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด และค่า t ของการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

การตัดสินใจเลือก วิธีการคลอดของ หญิงตั้งครรภ์	คะแนน สูงสุด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
		$\overline{X}$	S.D	ระดับ	$\overline{X}$	S.D	ระดับ	
ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด	24	19.63	1.60	สูง	21.50	1.41	สูง	2.93*
ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด								
ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์	21	12.75	2.96	ปานกลาง	14.63	2.62	ปานกลาง	2.14
ความเชื่อด้านสุขภาพ	24	20.75	2.43	สูง	21.63	1.85	สูง	1.30
ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์	18	11.00	1.31	ปานกลาง	12.43	1.25	ปานกลาง	2.55*
ความเชื่อด้านโหราศาสตร์	15	13.00	2.2	ต่ำ	13.00	2.14	ต่ำ	0.00
การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์	102	77.13	4.73	สูง	83.19	3.00	สูง	4.89*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่าหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล-อารมณ์ การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด และความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

คนที่	การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์		หมายเหตุ
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
1	ผ่าตัดคลอด	ผ่าตัดคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดเนื่องจากเสียงหัวใจเด็กผิดปกติ
2	ผ่าตัดคลอด	ผ่าตัดคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดเนื่องจากขนาดเด็กไม่ได้สัดส่วนกับอู้งเชิงกราน
3	ผ่าตัดคลอด	ผ่าตัดคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดเนื่องจากการยืดขยายของปากมดลูกไม่เปลี่ยนแปลง
4	ผ่าตัดคลอด	คลอดทางช่องคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนแรก
5	ผ่าตัดคลอด	คลอดทางช่องคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนแรก
6	ผ่าตัดคลอด	คลอดทางช่องคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนแรก
7	ผ่าตัดคลอด	คลอดทางช่องคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนแรก
8	ผ่าตัดคลอด	ผ่าตัดคลอด	ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดเนื่องจากเด็กตัวโต

จากตาราง 5 พบว่าหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ หญิงตั้งครรภ์ คนที่ 4 5 6 7 ตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์คนที่ 1 2 3 8 ซึ่งเคยผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้วในครรภ์แรก ตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์แตกต่างกัน

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน และหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลธนบุรี 2 ในช่วงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2545 – วันที่ 25 มกราคม 2546 ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 8 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คนและหญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่คิดจะเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 8 คนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดลำดับขั้นตอนการทดลองดังนี้

1. ก่อนการทดลองผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)
2. การทดลองนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยตนเองตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 2 คน คนละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ตั้งแต่ 25 พฤศจิกายน 2545 – 25 มกราคม 2546 ดังนี้

ทุกวันเสาร์	คนที่ 1	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 2	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอาทิตย์	คนที่ 3	เวลา 13.00 – 13.45 น.	คนที่ 4	เวลา 14.00 – 14.45 น.
วันจันทร์	คนที่ 5	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 6	เวลา 17.30 – 18.15 น.
วันอังคาร	คนที่ 7	เวลา 16.30 – 17.15 น.	คนที่ 8	เวลา 17.30 – 18.15 น.

(ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

3. หลังการทดลองผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดชุดเดียวกับฉบับที่สอบก่อนการทดลอง แล้วเก็บคะแนนไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

4. นำคะแนนที่ได้จากข้อ 1 และ 3 มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าเฉลี่ย (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 145)

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 151)

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ (Corrected Total Correlation)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . 2538 : 200 - 201)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ โดยใช้การทดสอบที (t - test for dependent samples) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . 2538 : 101 - 104)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ มีการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน ตัดสินใจเลือกคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้วในครรภ์แรกจำเป็นต้องเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลธนบุรี 2 อภิปรายผลได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ มีการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงความคิดของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถพัฒนาความคิดของตนเองให้ถูกต้องสมเหตุสมผล นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด ซึ่งเป็นไปตามที่เอลลิส (Ellis . 1979 : 44) กล่าวว่า ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของบุคคลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม แต่เมื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนความเชื่อหรือความคิดได้อย่างมีเหตุผล จะเป็นผลให้บุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งอาภา จันทรสกุล (2531 : 236 - 238) ได้กล่าวไว้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่ผิดๆเสียใหม่ด้วยการคิดที่มีเหตุผล มีความมั่นใจในตนเองโดยไม่ยึดเกณฑ์ภายนอกหรือบรรทัดฐานทางสังคมมากเกินไป ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการ

วิจัยของนงเยาว์ ชมภูทอง (2537 : 64 – 65) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ที่มีต่อทัศนคติต่อการเป็นโสเภณีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภอหนึ่งของจังหวัดทางภาคเหนือตอนบนพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ มีทัศนคติทางบวกต่อการเป็นโสเภณีน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของภัทรวรรณ อุ่มล่อ (2541 : 84 – 86) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ เป็นกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อทัศนคติต่อสารแอมเฟตามีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนท่ายางวิทยา จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่าทั้งการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ นักเรียนมีทัศนคติทางบวกต่อสารแอมเฟตามีนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์มีทัศนคติทางบวกต่อสารแอมเฟตามีนลดลงไม่แตกต่างกัน ซึ่งการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ได้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์พิจารณาและทบทวนความคิดของตนเองอย่างละเอียดรอบคอบสมเหตุผล ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คน ตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกจำนวน 4 คน เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 จำนวน 4 คน ที่ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้วในครรภ์แรก จำเป็นต้องเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์นี้เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะช่วยป้องกันไม่ให้แผลบริเวณมดลูกปริแตก ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้

2. หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดและความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลือกวิธีการคลอดให้กับตนเอง มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ทำให้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเอลลิส (Ellis, 1979 : 44) ที่กล่าวว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นเกิดจากความไม่รู้และขาดข้อมูลที่ต้องการในการนำไปใช้วางแผนชีวิตในอนาคต เมื่อได้ให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ แก่หญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดเพิ่มขึ้นและมีความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับตนเองว่า แพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีส่วนช่วยให้การดำเนินการคลอดเป็นไปตามขั้นตอนธรรมชาติ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์ปลอดภัยจากการคลอด แต่เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์แพทย์และหญิงตั้งครรภ์จะร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม

3. หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 8 คน ที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ มีความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่อด้านโหราศาสตร์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงได้ยากต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งเป็นไปตามที่ปราณี วงษ์เทศ (2534 : 190) กล่าวว่าความเชื่อของบุคคลถูกสั่งสมมาตั้งแต่อดีต เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก แม้ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเองมากขึ้น แต่ความเชื่อเหล่านี้ก็ยังคงอยู่ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการเปลี่ยนแปลงความคิดของหญิงตั้งครรภ์

ผลจากการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดเพิ่มขึ้น พัฒนาความคิดและกล้าที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้หญิงตั้งครรภ์วางแผนสำหรับชีวิตได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงผลดีของการคลอดทางช่องคลอดและความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนความคิดของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 สถาบันทางการแพทย์ควรเอาใจใส่และพิจารณาจริยธรรม พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ให้มากขึ้น เพื่อให้การจัดการทางการแพทย์เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันซึ่งแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะจ่ายค่าบริการที่เพิ่มขึ้นได้ก็ตาม

1.2 โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ ควรตรวจสอบและพิจารณาถึงเหตุผลความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในสถานบริการนั้น ๆ ว่า เพราะเหตุใดแนวโน้มการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจึงได้เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน แล้วนำไปดำเนินการให้ข้อมูล ความรู้ระหว่างตั้งครรภ์ โดยจัดอบรมตั้งครรภ์คุณภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้า

2.1 การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ต้องใช้ระยะเวลายาวนานจึงจะค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่อดีตได้ ฉะนั้นการให้คำปรึกษาที่จะให้ผลดีต้องใช้เวลามากกว่านี้จึงจะเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ได้

2.2 ควรติดตามผลการให้คำปรึกษาที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ว่าท้ายที่สุดหญิงตั้งครรภ์คลอดโดยวิธีใด เพราะเหตุใดหญิงตั้งครรภ์ต้องคลอดด้วยวิธีดังกล่าวและความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างไรเมื่อคลอดด้วยวิธีนั้น

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอดและจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์อื่น ๆ ว่า รู้สึกอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การดำเนินชีวิตอย่างไร และการจัดการกับชีวิตแต่ละแบบแตกต่างกันอย่างไรเพื่อใช้เป็นข้อมูลให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์

2.4 ควรศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดในหญิงตั้งครรภ์บุตรคนแรกเท่านั้น เพื่อเปรียบเทียบว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาเป็นคลอดทางช่องคลอดได้หรือไม่

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา แก้วเทพ . (2535) . อธิติศาสตร์ . กรุงเทพฯ ฯ : เจนเดอร์เพรส .
- กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ . (2538) . "อัตราการฆ่าทิ้งคลอดและอัตราทารกตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2523 – 2533" , ใน สารศิริราช . หน้า 605 – 609 . กรุงเทพฯ ฯ : โรงพยาบาลศิริราช .
- กนิษฐา เล่าห์ถนอมพงษ์ . (2539) . ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . ถ่ายเอกสาร .
- คมเพชร ฉัตรศุภกุล . (2530) . ทฤษฎีการให้คำปรึกษา . กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร .
- จำเนียร ช่างโชติ และนวลศิริ เปาโรหิตย์ . (2524) . เทคนิคการให้คำปรึกษา . กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง .
- เจียรนัย ทรงชัยกุล . (2529) . "การแนะแนวเบื้องต้น" , ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษาหน่วยที่ 1 – 7 . หน้า 373 – 407 . นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .
- . (2533) . "จิตวิทยาพื้นฐานในการให้คำปรึกษา" , ใน จิตวิทยาและสังคมวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว . หน้า 725 – 786 . นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .
- จุฬารณย์ ตรีโอษฐ์ . (2531) . ประสิทธิภาพของโครงการสุขศึกษาเพื่อเตรียมมารดาให้มีความพร้อมในการคลอด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จ.ขอนแก่น . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร .
- ฉัตรฤทัย บุรณากาญจน์ . (2539) . ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ที่มีต่อทัศนคติในการเล่นการพนันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดนิเวศน์ธรรมาราม จังหวัดสุพรรณบุรี . ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) . กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร . ถ่ายเอกสาร .
- ทิพย์วรรณ กิตติพร . (2535) . การให้คำปรึกษากลุ่ม . พิษณุโลก : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร .
- นงเยาว์ ชมภูทอง . (2537) . ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ที่มีต่อทัศนคติต่อการเป็นโสเภณี ของนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดทางภาคเหนือตอนบน . ปรินิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) . กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร . ถ่ายเอกสาร .
- นิภา เลิศลือชาชัย . (2533) . ผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ . วิทยานิพนธ์ ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) . กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . ถ่ายเอกสาร .
- บุญแสง วุฒิพันธ์ . (2544, 10 ธันวาคม) . "คนดังแห่งคลอดต่างแดนมันยังงี้ ?? แพงแค่ไหน....ก็ยอมจ่าย" , เดลินิวส์ . หน้า 11 .
- ประดิษฐ์ เอกทัศน์ . (2527) . ผลของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมไม่เอาใจใส่ในการเรียนในชั้นเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น . วิทยานิพนธ์ ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) . กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . ถ่ายเอกสาร .

- ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, ยงยุทธ หราบัตรและกำแหง จาตุรจินดา. (2539). สุตติศาสตร์รามาริบัติ 1. กรุงเทพฯ : โอเอสติกพับลิชชิ่ง
- ประภาส ณ พิกุล. (2537). ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการใช้เหตุผล – อารมณ์ต่อทัศนคติความเป็นหญิงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนตำรวจราชภฏ์สงเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี วงษ์เทศ. (2534). เพศและวัฒนธรรม. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์.
- พัชรา วิชัยดิษฐ์. (2540). ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดา. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พนา พวงมะลิ. (2541). การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง : ค่านิยมของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์. สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2536, กุมภาพันธ์). "ร่างกาย ความสกปรก และภัยอันตราย ตราบาปและโรคเอดส์". วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. 7(1) : 6 – 18.
- พรรณรัตน์ พลอยเลื่อมแสง. (2535). "ความหมายของการให้คำปรึกษา", ใน เอกสารประกอบการสอน วิชา นน. 301 การแนะแนวเบื้องต้น. หน้า 106. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจริญผลการพิมพ์.
- ภัทรวรรณ อุ่มล่อ. (2541). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์เป็นกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อทัศนคติต่อสารแอมเฟตามีนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนท่าปางวิทยา จังหวัดเพชรบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มาลินี จำเริญ. (2537). การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม : ความเชื่อและพฤติกรรมของมารดาภายหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มัติโก. (2538). "ร่างกาย : แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม", ใน รายงานประกอบการศึกษาวิชาสัมมนา มานุษยวิทยาการแพทย์ หลักสูตรดุขฎิบัณฑิต. หน้า 4 – 13. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- . (2542). "การคุมกำเนิดกับความเป็นแม่ : ใครกำหนด", ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ. หน้า 62. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เขาวลัษณ์ ต้นสุภผล. (2533). ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่จะคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ : 2532. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยศ สันตสมบัติ. (2535). มนุษย์กับวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ระวี ภาวิไล . (2532). "ปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรมของเทคโนโลยีทางการแพทย์", ใน *พฤติกรรมสุขภาพ* . บรรณาธิการ โดย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ . หน้า 36. กรุงเทพฯ ฯ : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .
- รวิวรรณ ชินะตระกูล. (2537). *หลักการแนะแนว*. กรุงเทพฯ ฯ : คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง .
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ . (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา* . พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ ฯ : สุวีริยาสาส์น .
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์ .
- วัฒนา พัทธราวิช. (2531). *หลักการแนะแนว*. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์การศาสนา .
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ . (2541). *แบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลปี 2533 - 2539* . กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .
- วิภา ศิริสุข . (2534). "แนวคิดและทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ", ใน *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ* . หน้า 72 – 76 . กรุงเทพฯ ฯ : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .
- ศรวิวรรณ ไชยประสิทธิ์ . (2536, ธันวาคม). "อัตราการทำผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลราชวิถี" . *วารสารกรมการแพทย์* . 18 (4) : 7 – 10 .
- สุดารัตน์ สุวารี . (2531). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านชีวการแพทย์และจิตสังคมของมารดาในระยะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์* . วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร.
- อภา จันทรสกุล. (2531). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อารี พันธุ์มณี . (2540). *จิตวิทยาการเรียนการสอน* . พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ ฯ : ดันอ้อ แกรมมี่ .
- อนุวัฒน์ สุขขุติกุล . (2539). "การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข", ใน *เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* . หน้า 6 – 9. กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .
- อำพัน ทันสม. (2535). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบเหตุผลและอารมณ์ที่มีต่อทัศนคติในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนเมืองสรวงวิทยา จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) . กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร . ถ่ายเอกสาร.
- Andrew , H.A. & Roy, S.C. (1991). *The Roy Adaptation Model, The Definitive Statement*. Norwalk : Appleton & Large .
- Anthony, Charles, De Stefano. (1988). *Effect of Rational Emotive Education and Emotion Awareness Training on Self-Concept, Anxiety, School Attitudes, and Coping Skills* : Fordham University. Educational Psychology .
- Ayer , Joe & Hopf Theodore S. . (1987, July). "Visualization Systematic Desensitization and Rational Emotion Therapy : A comparative Evaluation", *Journal of Communication – Education* . 36 : 236 – 240 .

- Brundage & Broadwell . (1983). "Altered Body Image", in *Medical surgical nursing : Concept and Clinical practice*. Edited by Phillips , W.J. p. 409. ST. Louis : Phe C.V. Mosby.
- Burke, H.M. & Steffier B. (1979). *Theories of Counseling*. 3 rd ed. New York : McGraw – Hill .
- Burton, C. (1985). *Subordination Reminism and Social Theory* . Sydney : George Allen & Urwin .
- Corbeil, M. (1971, June). 'Nursing Process for a patient with a body image disturbance", *Nursing Clinic of North America* . 20 (6) : 155 – 163.
- Cranlay, M.S., Hedahl, K.J. & Pegg, H.S. (1983, January). "Women's perspective of vaginal and cesarean deliveries", *Nursing Research*. 32(1) : 10 – 15 .
- Crow, Alice & Crow, Lester D. (1962). *An Introduction to Guidance : Principle and Practice*. New York : American Book .
- Davis – Floy, R.,E. (1996). "The Tecnocratic body and the Organic Body : Hegemony and Heresy, in Women's Birth Choices in Sargent", in *Gender and Health*. Edited by F. & Brettell , B. p. 123 – 185. New Jursey : Prentice – Hall.
- Ellis, Albert & Whiteley, John M. (1979) *The Theoretical and Empirical Foundations of Rational – Emotive Therapy*. California : Brooks \ cole .
- Freund, P.S. & Mequire, M.B. (1995) . *Health, Illness and The Social Body* . Englewood cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Gomes, E. (1994). "Choice or Authorised Crime ? An Epidemic of Caesarean and Sterilisation in Brazil.", in *Private Decisions, Public Debate Women , Reproduction & Population*. P. 69 – 80. Glasgow : Bell and Bain.
- Gould, J.B., Davey , B. & Stafford, R.S. (1989, April). "Socioeconomic different in rates of cesarean section", *The New England Journal of Medicine*. 321(4) : 233 – 239 .
- Grundemann, B.J. (1975, October). "The impact of Surgery on body image", *Nursing Clinic of North America*. 15 (10) : 635 – 645.
- Hansen, James G. (1986). *Counseling : Theory and Process*. New York : State University of New at buffalo.
- Helman, C.G. (1990). *Culture , Health and Illness* . Great Britain : Redwood Press.
- Hurst, M. & Summey, S. (1984, August). "Childbirth and social class : The case of cesarean delivery.", *Social Science and Medicine*. 18 (8) : 621 – 631.
- Lock, M. & Scheper - Hughes, N. (1990). "A Critical Interpretive Approach in Medical Anthropology : Rituals and Routines of Discipline and Dissent", in *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*. Edited by Thomas M. Johnson and C.F. Sargent. p. 50 – 72. New York : Praeger .
- Martin, E. (1987). *The women in the body*. Boston : Beacon Press .
- Milton, H. Tayler. (1974). *A Rational – Emotive Workshop on Overcoming Study Blocks*. South Carolina : Ainstone College in Gaffney .

- Mutryn, S. (1993, October). "Psychosocial impact of cesarean section on the family : A literature review", *Social Science and Medicine* . 37 (10) : 1271 – 1281.
- Nopadol Saropala & Yongyuth Herbutya. (1996). "Giving birth from on the extreme to the other", in *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology* , V. 8. P. 75 – 78 .
- Rogers, Carl R. (1977). *Counseling and Psychotherapy*. Cambridge : Winthrop Publishers .
- Sakala, C. (1993, October). "Medically unnecessary cesarean section births : introduction to a symposium.", *Social Science and Medicine*. 37 (10) : 1177 – 1240 .
- Shearer, E.L. (1993, October). "Cesarean section : medical benefit and costs." , *Social Science and Medicine*. 37(10) : 1223 – 1231 .
- Tarka, M.T. & Paunonen M. (1996, January). "Social support and its impact on mothers experiences of childbirth." , *Journal of Advanced Nursing* . 23(1) : 70-75.
- Turner, B.S. & Routhege. (1992) . *Regulating bodies essays in medical sociology* . London : New Felter Lane.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์
2. สรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์
3. แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

ครั้งที่/เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1 (45 นาที)	ปฐมนิเทศและ เริ่มต้นการให้ คำปรึกษา	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอบอุ่นและคุ้นเคยกับผู้ให้คำปรึกษา 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบวัตถุประสงค์ สถานที่ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่มารับปรึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษาและบทบาทหน้าที่ของทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาตลอดโปรแกรม 3. เพื่อเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์พูดแสดงความคิดเห็นต่อการเลือกคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดอย่างเสรี	1. ผู้ให้คำปรึกษาและหญิงตั้งครรภ์แนะนำตนเองต่อกัน 2. ผู้ให้คำปรึกษาทักทายและสอบถามสถานะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 3. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ สถานที่ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่มารับคำปรึกษารายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษาและบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและหญิงตั้งครรภ์ตลอดโปรแกรม 4. ให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดแสดงความคิดเห็นต่อการเลือกผ่าตัดคลอดอย่างเสรีและกล่าวถึงเหตุผลในการผ่าตัดคลอดว่ามาจากสาเหตุใด เช่น สะดวกรวดเร็ว เลือกวันเวลาคลอดได้ กลัวการคลอดเอง เป็นต้น 5. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อธิบายและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจในตนเองมากขึ้น 6. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป
2 (45 นาที)	ความรู้เกี่ยวกับวิธี การคลอด	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคลอด 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อจำกัดของการคลอดทางช่องคลอดและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด	1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายหญิงตั้งครรภ์และทบทวนเรื่องที่พูดคุยในครั้งที่ผ่านมา 2. ผู้ให้คำปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดพร้อมทั้งให้ดูวีดิทัศน์ในเรื่อง “การดูแลครรภ์” (ที่มา : บริษัทไวเอท – เอเบิร์ส (ประเทศไทย) จำกัด) 3. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของการคลอดธรรมชาติ ได้แก่ ทารกจะใช้ศีรษะออกมาทางช่องคลอด คลอดได้

ครั้งที่/เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
3 (45 นาที)	ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่า การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดมีผลต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเองอย่างไร 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่า สิ่งที่ยังตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร 3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล	หลายครั้ง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังคลอด พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นว่ามารดาประเภทใดมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนใดที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ 4. ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อ่านและให้ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 5. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป 1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายและทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมา 2. ให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่าการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดมีผลต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์อย่างไร 3. กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงเหตุผลว่าทำไมหญิงตั้งครรภ์จึงมีความเชื่อเช่นนั้น 4. ผู้ให้คำปรึกษาสอนและแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้เห็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ช่องคลอด ความเจ็บปวดตามธรรมชาติ ยกตัวอย่างมารดาที่ผ่านการคลอดตามธรรมชาติที่มีความปลอดภัยและสุขภาพแข็งแรงให้แก่หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ รวมทั้งใช้เทคนิคการโต้แย้ง การสอบถาม ให้จินตนาการในการใช้เหตุผลและอารมณ์ของตน และการฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งความเชื่อที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลของหญิงตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกกลัวหวาดวิตก มีความคิดที่ไม่ถูกต้องเมื่อผู้ให้คำปรึกษานำเทคนิคต่าง ๆ

ครั้งที่/เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
4 (45 นาที)	ความเชื่อด้าน สุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดง ความคิดเห็นในด้านความเชื่อของ ตนเองว่า การคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอด มีผลต่อ สุขภาพของตนเองอย่างไร 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่า สิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้อง เหมาะสมกับตนเองหรือไม่ และ ควรได้รับการแก้ไขอย่างไร 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มี ความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุ เป็นผล	เหล่านี้มาจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์ พิจารณาความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุ สมผลของตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีความคิด ความเชื่อ และอารมณ์ที่ เหมาะสม 5. กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิด เห็นและความรู้สึกของตนเองว่า ได้ เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร 6. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนาและ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 7. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป 1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนา ครั้งที่ผ่านมา 2. ให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นว่า การคลอดทางช่องคลอด และการ ผ่าตัดคลอดมีผลต่อสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์อย่างไร 3. ผู้ให้คำปรึกษาอธิบายแนวทางในการ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกของ หญิงตั้งครรภ์ด้านสุขภาพที่ไม่สมเหตุ สมผล โดยการให้อ่าน “คู่มือชวนรู้ เรื่องคลอด” (จากจุฬาสารนิตยสารรักลูก) 4. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ แสดงความคิดเห็นถึงผลต่อสุขภาพของ การคลอดแต่ละแบบว่าได้เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรหลังให้คำปรึกษา 5. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 6. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป
5 (45 นาที)	ความเชื่อด้านการ จัดการทางการ แพทย์ของหญิง ตั้งครรภ์	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดง ความคิดเห็นในด้านความเชื่อของ ตนเองว่าการจัดการทางการ แพทย์มีผลต่อตนเองอย่างไร	1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนา ครั้งที่ผ่านมา 2. ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์แสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกคลอด

ครั้งที่/เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
6 (45 นาที)	ความเชื่อด้าน โหราศาสตร์ของ หญิงตั้งครรภ์	2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร 3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล 1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่าโหราศาสตร์มีผลต่อการกำหนดวิธีการคลอดอย่างไร 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร 3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล	ในโรงพยาบาลเอกชน การดูแลเอาใจใส่การให้คำแนะนำของแพทย์ในระหว่างฝากครรภ์ว่าเป็นอย่างไร อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยและความชำนาญของแพทย์มีผลต่อความรู้สึกของตนเองอย่างไร ทำไมจึงคิดเช่นนั้น โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคการโต้แย้ง ชักชวน ชี้แจงและการฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผลแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล 3. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 4. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป 1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมา 2. ให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นว่าโหราศาสตร์มีความสำคัญกับการคลอดอย่างไรและโหราศาสตร์มีผลต่อการกำหนดวิธีการคลอดหรือไม่และทำไมจึงคิดเช่นนั้น 3. ผู้ให้คำปรึกษายกตัวอย่างข่าว "ชาวจีนแห่คลอดบุตรส่งท้ายปีม้าล้านโรงพยาบาล ซึ่งตามความเชื่อของชาวจีนแต่โบราณ เด็กที่คลอดปีแพะจะอภัพ อับโชค โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงจะเป็นเด็กที่บุญวาสนาน้อย พ่อแม่ชาวจีนจึงนิยมให้ลูกคลอดในปีม้า ปีมังกรซึ่งถือว่าเป็นปีที่ดี" และให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข่าวนี้โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคการสอบชัก การยกตัวอย่างชีวประวัติและการฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผล

ครั้งที่/เวลา	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
7 (45 นาที)	สรุปการให้คำ ปรึกษาในด้าน ความรู้และความ เชื่อเกี่ยวกับวิธี การคลอดของ หญิงตั้งครรภ์	1. เพื่อสรุปการให้คำปรึกษาที่ ผ่านมาในด้านความรู้และ ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ ทบทวนความคิดของตนเองใน ด้านความเชื่อต่อการคลอด ทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด	4. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 5. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป 1. ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนา ครั้งที่ผ่านมา 2. ให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนความคิด ของตนเองในด้านความเชื่อเกี่ยวกับ ร่างกายและภาพลักษณ์ ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการทางการแพทย์และด้าน โหราศาสตร์ต่อการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอด 3. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 4. ผู้ให้คำปรึกษานัดหมายครั้งต่อไป
8 (45 นาที)	ยุติการให้คำ ปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ	1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจ และเปลี่ยนแปลงความคิดของตน เองให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมกับตนเองในการ เลือกวิธีการคลอด 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ประเมิน ตนเองเมื่อได้รับการให้คำปรึกษา 3. ยุติการให้คำปรึกษา	1. หญิงตั้งครรภ์ทบทวนการสนทนา ครั้งที่ผ่านมา 2. ให้หญิงตั้งครรภ์พิจารณาตนเอง และพูดถึงความคิดความรู้สึกของตนเอง ว่าจะเลือกคลอดโดยวิธีใดและทำไมจึง เลือกวิธีการคลอดแบบนั้น 3. ให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม 4. ผู้ให้คำปรึกษายุติการให้คำปรึกษา 5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณและ กล่าวปิดการให้คำปรึกษา

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศและเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอบอุ่นและคุ้นเคยกับผู้ให้คำปรึกษา
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ สถานที่ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่รับคำปรึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษา และบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาตลอดโปรแกรม
3. เพื่อเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์พูดแสดงความคิดเห็นต่อการเลือกคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดอย่างเสรี

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสวัสดิและแนะนำตนเอง และให้หญิงตั้งครรภ์แนะนำตนเอง เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ สถานที่ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่รับคำปรึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เมื่อผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงรายละเอียดเสร็จเรียบร้อยแล้วให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดแสดงความคิดเห็นต่อการเลือกผ่าตัดคลอดว่ามีเหตุผลเช่นไรและทำไมจึงคิดเช่นนั้น หลังจากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และทำการนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แลบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตการให้ความร่วมมือ ความสนใจและความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์ได้รู้จักและคุ้นเคยกับผู้ให้คำปรึกษา เข้าใจวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ สถานที่ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่รับคำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อการเลือกผ่าตัดคลอดอย่างเสรี

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2

เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคลอด
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดี ข้อจำกัดของการคลอดทางช่องคลอดและข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาพบหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล คนละ 45 นาที และในการพบกัน ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนเรื่องที่ได้พูดคุยในครั้งที่ผ่านมา ในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะและให้ความรู้โดยตรงกับหญิงตั้งครรภ์ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอดแบบธรรมชาติและการผ่าตัดคลอดที่ถูกต้อง เมื่อผู้ให้คำปรึกษาสอนจบให้หญิงตั้งครรภ์ดูวีดิทัศน์เรื่อง “การดูแลครรภ์” ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวในการคลอด วิธีการคลอดแต่ละแบบ การดูแลหลังคลอดทั้งคลอดแบบธรรมชาติและผ่าตัดคลอด เมื่อหญิงตั้งครรภ์ดูวีดิทัศน์จบให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อจำกัดของการคลอดธรรมชาติ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด และหลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนา และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แอพบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์ได้กล่าวถึงข้อดี ข้อจำกัดของการคลอดทางช่องคลอดว่าเป็นการคลอดที่ปลอดภัยมีความเสี่ยงน้อย คลอดได้หลายครั้ง มารดาสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็ว ทำให้ดูแลบุตรได้ตั้งแต่วะยะหลังคลอด เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว หลังคลอดเจ็บแผลฝีเย็บน้อยกว่าเจ็บแผลผ่าตัดซึ่งก่อนคลอดจะมีความเจ็บปวดบ้างแต่สูติแพทย์มักให้ยาระงับปวดถ้ามารดาทนไม่ไหว การคลอดทางช่องคลอดจะมีข้อจำกัดอยู่บ้างคือ ถ้ามารดาและทารกมีความผิดปกติ เช่น เสียงหัวใจเด็กผิดปกติ ปากมดลูกไม่เปิดเป็นระยะเวลานาน สูติแพทย์ก็อาจตัดสินใจผ่าตัดคลอดได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดว่า การผ่าตัดคลอดทำในรายที่มีความจำเป็นจริง ๆ เพราะการผ่าตัดคลอดมีอันตรายและความเสี่ยงสูง มารดาต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดคลอด การฟื้นตัวก็ช้ากว่าการคลอดเอง การช่วยเหลือตนเองในระยะ 2 – 3 วันแรก

ก็ทำได้น้อย ทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพกับลูกเกิดขึ้นได้ช้าและไม่ควรฝืนตัดตลอดเกิน 4 ครั้ง เพราะจะเป็นอันตรายต่อผนังมดลูก

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 3

เรื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่า การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดมีผลต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเองอย่างไร
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่า การคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดมีผลต่อร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเองอย่างไร ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ได้กล่าวว่าการคลอดทางช่องคลอดทำให้ช่องคลอดยืดขยาย หย่อนยาน ทำให้การมีเพศสัมพันธ์มีปัญหา คลอดเองใช้เวลานาน เหนื่อย ถ้าผ่าตัดคลอดไม่ต้องคอยนาน ไม่อ่อนเพลีย ช่องคลอดไม่ขยายเพราะตัวเด็กไม่ผ่านช่องคลอด ผู้หญิงอายุมากก็เสี่ยงต่อการคลอดเอง ผ่าตัดคลอดจะปลอดภัยมากกว่า หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ชี้แจงว่าอะไรเป็นมูลเหตุให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อเช่นนั้น และความเชื่อเหล่านั้นถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ โดยผู้ให้คำปรึกษาได้ชี้ให้หญิงตั้งครรภ์เห็นว่าเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับสภาพให้เกิดความสมดุลและเตรียมพร้อมในการคลอด โดยช่องคลอดจะมีการยืดขยายตามธรรมชาติเมื่อร่างกายเข้าสู่กระบวนการคลอด การยืดขยายของช่องคลอดจะเกิดขึ้นได้ตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการมีเพศสัมพันธ์ แต่วิธีที่ทำให้ช่องคลอดกระชับคือการขมิบช่องคลอดอย่างสม่ำเสมอวันละ 100 – 200 ครั้ง ความเจ็บปวดจากการคลอดคือกลไกธรรมชาติไม่ควรเครียดหรือวิตกกังวล เพราะในปัจจุบันมียาลดความเจ็บปวดไม่ได้เจ็บปวดทุกข์ทรมานเหมือนสมัยก่อน การคลอดเองอาจใช้เวลานานแต่ร่างกายมารดาจะฟื้นสภาพได้รวดเร็ว ไม่มีรอยแผลเหมือนผ่าตัดคลอด พร้อมทั้งยกตัวอย่างมารดาที่มีบุตรหลายคนและสุขภาพแข็งแรง ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นความรู้สึกของตนเองว่าได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังให้คำปรึกษา หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่สนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แลบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

จากการให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็น ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ หญิงตั้งครรภ์ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เพราะหญิงตั้งครรภ์เชื่อว่าการคลอดทางช่องคลอดทำให้ช่องคลอดยืดขยายมีผลต่อเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจมีผลทำให้ความมั่นใจของตนเองลดลงแต่เมื่อได้ให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าการคลอดเองทางช่องคลอดไม่ได้ยากแล้ว เจ็บปวดทุกข์ทรมานอย่างที่คิดไว้ แต่ความเชื่อที่ว่าช่องคลอดของผู้หญิงจะมีการยืดขยายจากการคลอดเองนั้น หญิงตั้งครรภ์ยังมีความเชื่อเหล่านี้หลงเหลืออยู่บ้าง เพราะความเชื่อที่เป็นผลกระทบต่อตนเองเปลี่ยนแปลงได้ยาก แต่หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นว่า การผ่าตัดคลอดถ้าสูติแพทย์ฝีมือไม่ดีจะมีแผลผ่าตัดที่ไม่น่าดูได้

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 4

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่า การคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดมีผลต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมาและให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่าการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดมีผลต่อสุขภาพของตนเองอย่างไร หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์ มาเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การให้อ่าน “คู่มือความรู้เรื่องคลอด” เมื่ออ่านจบผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงเพิ่มเติมจาก “คู่มือความรู้เรื่องคลอด” ในเรื่องอาการของมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดคือมีน้ำคาวปลาไหลมากกว่าการผ่าตัดคลอด อาการปวดแผลฝีเย็บ และอาการหลังผ่าตัดคลอดคือ มารดาจะมีน้ำเกลือและสายสวนปัสสาวะประมาณ 24 ชั่วโมง ถ้ามารดาได้รับการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังต้องนอนราบ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันน้ำไขสันหลังรั่วเข้าสู่สมอง และแม่จะมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น นอกจากนี้ได้ใช้เทคนิคการโต้แย้ง ชักชวน การฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผล และวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ และผลที่ตามมาในรูปแบบ ABC โดยเน้นให้หญิงตั้งครรภ์คิดอย่างสมเหตุสมผล หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อ่านและสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แลบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความเชื่อด้านสุขภาพของตนเองว่า เป็นความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อได้ให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ได้เปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองให้มีเหตุมีผลและวิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้นตามมาได้

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 5

เรื่อง ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่าการจัดการทางการแพทย์มีผลต่อตนเองอย่างไร
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมา และให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกคลอดในโรงพยาบาลเอกชน การดูแลรักษา การให้คำแนะนำของแพทย์ว่าเป็นอย่างไร นอกจากนั้นแล้วผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกต่อความทันสมัยของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ความชำนาญของแพทย์ว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การโต้แย้ง การชักชวน การชี้แจง การฝึกให้คิดอย่างมีเหตุผลและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ และผลที่ตามมาในรูปแบบ ABC โดยเน้นให้หญิงตั้งครรภ์คิดอย่างสมเหตุสมผล หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อภิปราย และผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่า แม้จะมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย มีแพทย์ผู้ชำนาญการการผ่าตัดคลอดก็อาจจะไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงสูง การคลอดคือภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างหนึ่งไม่ใช่ภาวะความเจ็บป่วย สติแพทย์คือบุคคลที่จะมาดูแลรักษาให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น แต่ไม่ใช่ผู้ชี้แนะให้หญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดแต่การตัดสินใจควรให้หญิงตั้งครรภ์ร่วมตัดสินใจด้วย โดยสติแพทย์ต้องมีการอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจ

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 6

เรื่อง ความเชื่อด้านโหราศาสตร์ของหญิงตั้งครรภ์

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความคิดเห็นในด้านความเชื่อของตนเองว่าโหราศาสตร์มีผลต่อการกำหนดวิธีการคลอดอย่างไร
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์เชื่อนั้นถูกต้องเหมาะสมกับตนเองหรือไม่และควรได้รับการแก้ไขอย่างไร
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความคิดที่เหมาะสมเป็นเหตุเป็นผล

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมาและให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นว่าโหราศาสตร์มีความสำคัญกับการคลอดอย่างไร และโหราศาสตร์มีผลต่อการกำหนดวิธีการคลอดหรือไม่ ผู้ให้คำปรึกษายกตัวอย่างข่าว “ชาวจีนแห่คลอดบุตรส่งท้ายปีมั่วล้านโรงพยาบาล ซึ่งตามความเชื่อของชาวจีนแต่โบราณเด็กที่คลอดปีแพะจะอากัปกัฏ อับโชค โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงจะเป็นเด็กที่บุญวาสนาน้อย พ่อแม่ชาวจีนจึงนิยมให้ลูกคลอดในปีม้า ปีมังกรซึ่งถือว่าเป็นปีที่ดี” ผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อข่าวชิ้นนี้ โดยการให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกการคิดอย่างมีเหตุมีผล ใช้เทคนิคในการสอบซัก การยกตัวอย่างชีวประวัติ เช่น ผู้หญิงที่เกิดปีแพะและประสบความสำเร็จในชีวิต หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อ่านและสนทนาและผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แถบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หลังให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ตระหนักดีว่าการคลอดบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติ ควรให้เด็กคลอดในวันที่มารดาและเด็กสมบูรณ์เต็มที่หรือในภาวะที่มารดาและทารกอยู่ในอันตราย ไม่ควรให้การคลอดดำเนินต่อไป ซึ่งแม้ว่าการคลอดเองจะไม่สามารถกำหนดวันคลอดที่ดีตามหลักโหราศาสตร์ได้ แต่การคลอดเองก็เป็นตัวบ่งชี้ว่าเด็กมีความพร้อมในการออกมาสัมผัสโลก ซึ่งการผ่าตัดคลอดที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเลือกวันเวลาได้ก็ไม่จำเป็นว่าเด็กจะเติบโตออกมาเป็นเด็กที่มีคุณภาพได้ถ้ามารดาบิดาไม่ช่วยกันอบรมสั่งสอน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ทุกคนไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 7

เรื่อง สรุปการให้คำปรึกษาในด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด ของหญิงตั้งครรภ์

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปการให้คำปรึกษาที่ผ่านมาในด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนความคิดของตนเองในด้านความเชื่อต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนการสนทนาครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนความคิดของตนเองในด้านความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์ และความเชื่อด้านโหราศาสตร์ต่อการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาสรุปเรื่องจากการสนทนาและให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักถึงความคิดของตนเองว่า ความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของตนเองหรือไม่ มีความสมเหตุสมผลในความคิดหรือไม่ หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาทำการนัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- 1 เครื่องบันทึกเสียง
- 2 แลบบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนและพิจารณาตนเองเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด หลังการให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อของตนเองที่ยังไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุสมผล ได้แก่ การคลอดเองทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม สูญเสียพลังงานมาก การคลอดเองมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก หรือต้องการผ่าตัดคลอดเพราะอยากให้นั้บุตรเกิดในวันเวลาที่ดี ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ได้เปลี่ยนความคิดของตนเองให้สมเหตุสมผลมากขึ้น แต่ความเชื่อในเรื่องการยืดขยายของช่องคลอดเมื่อมีการคลอดเองยังคงมีอยู่ เพราะความเชื่อบางอย่างถูกปลูกฝังมาเป็นเวลานานทำให้เปลี่ยนแปลงได้ยาก

สรุปการให้คำปรึกษา ครั้งที่ 8

เรื่อง ยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ

เวลาที่ใช้ 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมกับตนเองในการเลือกวิธีการคลอด
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินตนเองเมื่อได้รับการให้คำปรึกษา
3. ยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนและติดตามผลเรื่องที่สนทนาจากครั้งที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์พิจารณาตนเองและพูดถึงความคิดความรู้สึกของตนเองว่าตัดสินใจเลือกคลอดโดยวิธีใดหลังการให้คำปรึกษาและมีเหตุผลใดที่เลือกคลอดโดยวิธีดังกล่าว จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาให้หญิงตั้งครรภ์สรุปเรื่องที่ได้อธิบายและให้ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณและยุติการให้คำปรึกษาและให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามหลังการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แดปบันทึกเสียง

การประเมินผล

สังเกตจากการให้ความร่วมมือ ความตั้งใจ และความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษา

สรุปผล

หญิงตั้งครรภ์เข้าใจตนเองมากขึ้นมีความคิดเห็นต่อการผ่าตัดคลอดเปลี่ยนไปหลังการให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงผลดีของการคลอดทางช่องคลอดว่าเป็นการคลอดแบบธรรมชาติ ฟื้นตัวเร็ว ปลอดภัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูกได้อย่างรวดเร็ว ช่วยเหลือตนเองได้ในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อนจะเลือกคลอดทางช่องคลอด แต่หญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการผ่าตัดคลอดมาแล้วมีข้อจำกัดในเรื่องความปลอดภัยของมารดาและบุตร หญิงตั้งครรภ์จึงต้องผ่าตัดคลอดในครรภ์นี้

แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด

คำชี้แจง

แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด เป็นแบบสอบถามความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของผู้หญิงตั้งครรภ์ คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ได้นำมาเปิดเผยหรือมีผลต่อท่านด้วยประการทั้งปวง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของผู้หญิงตั้งครรภ์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด
2. ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ
 - 2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์
 - 2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.3 ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์
 - 2.4 ความเชื่อด้านโหราศาสตร์

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 2 ช่องที่ตรงกับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่ท่านทราบ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<u>การคลอดทางช่องคลอด</u> 1. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด 2. การคลอดทางช่องคลอดสามารถคลอดได้หลายครั้ง 3. การคลอดทางช่องคลอดมารดาที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเท่านั้นจึงจะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ 4. การคลอดทางช่องคลอดแพทย์ต้องตรวจภายในช่องคลอดเพื่อดูการถ่างขยายของปากมดลูก 5. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่ต้องให้ปากมดลูกเปิดขยายอย่างเต็มที่จึงจะคลอดได้ 6. การคลอดทางช่องคลอดแม่ต้องใช้แรงเบ่งในการช่วยให้เด็กคลอด 7. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่เด็กต้องใช้ศีรษะออกมาทางช่องคลอดเท่านั้น 8. การคลอดทางช่องคลอดมักตัดฝีเย็บเพื่อให้ปากช่องคลอดกว้างเด็กสามารถคลอดได้สะดวก 9. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ เป็นต้น 10. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่ทำให้มารดาเกิดความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าหลังคลอดต้องนอนโรงพยาบาลนาน 11. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่มารดา สามารถให้นมลูกได้อย่างรวดเร็ว 12. การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดที่มีน้ำคาวปลาไหลออกทางช่องคลอด <u>การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</u> 1. การผ่าตัดคลอดเป็นการคลอดสำหรับมารดาที่มีความผิดปกติ เช่น ช่องเชิงกรานแคบ ระยะคลอดนาน การคลอดติดขัด 2. การผ่าตัดคลอดเป็นการคลอดที่ไม่เจ็บปวดขณะคลอด 3. การผ่าตัดคลอดแม่และเด็กอาจได้รับอันตรายจากยาสลบ, หรือจากการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในการทำผ่าตัด		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
4. การผ่าตัดคลอดอาจทำให้มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ท้องอืด มีเลือดออกภายในช่องท้อง เป็นต้น 5. การผ่าตัดคลอดทำให้แม่มีน้ำหนักมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด 6. การผ่าตัดคลอดไม่มีน้ำคาวปลาไหลเหมือนการคลอดทางช่องคลอด 7. การผ่าตัดคลอดไม่มีการจำกัดจำนวนครั้งของการผ่าตัด 8. มารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสผ่าตัดคลอดมากกว่าวัยเจริญพันธุ์ 9. ภายหลังผ่าตัดคลอดจะมีอาการปวดจากแผลผ่าตัด 10. การผ่าตัดคลอดอาจเกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดได้ 11. การผ่าตัดคลอดมารดาจะดูแลบุตรได้ช้ากว่าการคลอดเอง 12. การผ่าตัดคลอดสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เร็วกว่า 6 สัปดาห์หลังคลอด		

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 3 ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ
1. ช่องคลอดที่ผ่านการคลอดเองทำให้มีความสุขจากเพศสัมพันธ์ลดลง 2. ช่องคลอดที่ผ่านการคลอดเองจะทำให้เกิดความหย่อนยาน 3. ถ้าช่องคลอดที่ผ่านการคลอดเองยืดขยายทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลง 4. การคลอดบุตรทางช่องคลอดทำให้ร่างกายทรุดโทรม 5. การคลอดบุตรทางช่องคลอดทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานมาก 6. การเจ็บท้องคลอดเป็นความทุกข์ทรมานอย่างหนึ่ง 7. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากควรผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดเอง			

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 3 ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ
1. การคลอดเองทำให้แม่เสียเลือดระหว่างคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอด 2. แม่ที่คลอดเองมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะน้อยกว่าแม่ที่ผ่าตัดคลอด 3. การคลอดเองปลอดภัยมากที่สุดเพราะเป็นการคลอดแบบธรรมชาติ 4. การผ่าตัดคลอดเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูงกว่าคลอดเอง 5. การฉีดยาชาทางไขสันหลังในการผ่าตัดคลอด อาจทำให้เกิดอันตรายกับแม่ได้ 6. การคลอดเองอาจเกิดอันตรายจนทำให้ทั้งแม่และเด็กเสียชีวิตได้ 7. การคลอดเองสามารถรับประทานอาหารได้หลังคลอด 8. ภายหลังคลอดทางช่องคลอดทำให้แม่กลับปัสสาวะไม่ได้			

2.3 ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 3 ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ
1. แพทย์คือผู้ที่สามารถให้ความไว้วางใจในความปลอดภัยของชีวิตท่านและบุตรในครรภ์ในการเลือกวิธีการคลอด 2. ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในระหว่างตั้งครรภ์ท่านและบุตรจะสุขภาพดี 3. แพทย์เป็นผู้กำหนดว่าการผ่าตัดคลอดเป็นการคลอดที่ปลอดภัย 4. ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดเปรียบเหมือนภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด 5. ถ้าแพทย์แนะนำให้ท่านผ่าตัดคลอดท่านก็จะปฏิบัติตาม 6. การผ่าตัดคลอดเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้กับผู้หญิงในการคลอดบุตร			

2.4 ความเชื่อด้านโหราศาสตร์

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือช่องใดช่องหนึ่งใน 3 ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ
1. วัน เวลา ที่คลอด (ตกฟาก) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในชีวิต 2. ในการคลอดควรดู ฤกษ์ยามเพื่อให้เด็กมีวัน เวลา คลอดที่ดี 3. การคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติไม่ควรไปกำหนดวันเวลากคลอด 4. การผ่าตัดคลอด จะกำหนดวัน เวลา คลอดที่ดีให้กับเด็กได้ 5. เด็กที่มีวัน เวลา คลอดที่ดีจะส่งผลถึงชีวิตที่ดีในอนาคต			

หมายเหตุ โปรดเลือกวิธีการคลอดของท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

- ☐ คลอดทางช่องคลอด
- ☐ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ภาคผนวก ข.

1. คำสัมพันธ์ของข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจ
เลือกวิธีการคลอดด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด
2. คะแนนความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์เป็น
รายบุคคลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตาม
ทฤษฎีเหตุผล - อารมณ์

ตาราง 6 ค่าสหสัมพันธ์ของข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด้ำนความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด้

ข้อที่	ค่าสหสัมพันธ์	ข้อที่	ค่าสหสัมพันธ์
	การคลอด้ทางช่องคลอด้		การผ่าตัดคลอด้ทางหน้าห้อง
1	.25	1	- .11
2	.00	2	.16
3	- .13	3	.25
4	.18	4	.49
5	.00	5	.44
6	.00	6	- .03
7	.04	7	.06
8	.08	8	.25
9	.08	9	.37
10	-.05	10	.41
11	.26	11	.40
12	.00	12	.12

ค่าความเชื่อมั่น = .52

ตาราง 7 ค่าสหสัมพันธ์ของข้อคำถามและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดด้านความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอด

ข้อที่	ค่าสหสัมพันธ์	ข้อที่	ค่าสหสัมพันธ์
	ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายและภาพลักษณ์		ความเชื่อด้านการจัดการทางการแพทย์
1	.66	1	.25
2	.51	2	.29
3	.61	3	.43
4	.43	4	.42
5	.37	5	.55
6	.69	6	.49
7	.43		
	ค่าความเชื่อมั่น = .78		ค่าความเชื่อมั่น = .65
	ความเชื่อด้านสุขภาพ		ความเชื่อด้านโหราศาสตร์
1	.28	1	.70
2	.23	2	.78
3	.51	3	.36
4	.49	4	.47
5	.24	5	.79
6	.39		
7	.41		
8	.45		
	ค่าความเชื่อ = .68		ค่าความเชื่อ = .82

ตาราง 8 คะแนนความรู้และคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลก่อนและหลัง
การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามทฤษฎีเหตุผล – อารมณ์

คนที่	ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการคลอด		ความเชื่อเกี่ยวกับ ร่างกายและภาพ ลักษณ์		ความเชื่อด้าน สุขภาพ		ความเชื่อด้านการ จัดการทางการ แพทย์		ความเชื่อด้าน โภชนาศาสตร์	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง
1	20	22	10	12	24	24	10	10	15	13
2	22	22	10	15	23	22	10	12	8	11
3	19	20	16	16	22	22	11	12	15	15
4	21	23	12	14	20	20	11	13	13	13
5	17	23	14	15	20	22	13	14	13	15
6	18	19	18	18	22	22	13	14	13	9
7	20	21	11	17	17	18	10	13	13	9
8	20	22	11	10	18	23	10	11	14	15

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวพจนา ดวงจันทร์
วัน เดือน ปีเกิด	29 เมษายน พุทธศักราช 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดสตูล
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 43 / 4 หมู่ที่ 18 ถนนพระบรมราชชนนี แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	หัวหน้าแผนกห้องคลอดและห้องเด็กอ่อน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลธนบุรี 2 ถนนบรมราชชนนี แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ ฯ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2525	มัธยมศึกษาปีที่ 3 จากโรงเรียนกัลยาณีศรีธรรมราช
พ.ศ. 2528	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนวรนารีเฉลิม
พ.ศ. 2532	วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ. 2546	กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ