ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
นางสาวพิมล แสงปัน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
พฤษภาคม 2547
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

152.4
พ724ผ
ร.3

ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

นางสาวพิมล แสงปัน

- 8 ก.ย. 2547

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว
พฤษภาคม 2547

ก250382 ร.3

พิมล แสงปัน. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ศาสตราจารย์.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์แรก ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสูติกรรม 3 ภาควิชาสูตินรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 8 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากมารดาที่สูญเสียบุตรที่มีคะแนนความเศร้าโศกมากกว่า 50 เปอร์เซ็นไทล์ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความเศร้าโศก และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test for dependent samples

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ภายหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

THE EFFECT OF INDIVIDUAL DIRECTIVE COUNSELING ON MOTHER'S GRIEF AFTER FIRST TRIMESTER MISCARRIAGE AT RAMATHIBODI HOSPITAL IN BANGKOK

AN ABSTRACT

BY

MISS.PIMOL SAENGPUN

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Master of Education degree in Guidance and Counseling Psychology

at Srinakharinwirot University

May 2004

Pimol Saengpun. (2004). *The Effect of Individual Directive Counseling on Mother's Grief after First Trimester Miscarriage at Ramathibodi Hospital In Bangkok.* Master Project, M.Ed. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University : Master Project Advisor : Prof. Dr. Pongpan Kirdpitak.

The purpose of this research was to study the effect of individual directive counseling on mother's grief after the first trimester miscarriage at Ramathibodi Hospital in Bangkok. The subjects of 8 mother were randomly selected from the first trimester miscarriage patients and their scores on grief after first trimester miscarrige were higher than 50 percentile ranks. The research instruments were a grief assessment schedule and the individual directive counseling program. The data were analyzed by t - test for dependent samples.

The result of the study indicated as follows :

The griefs after the first trimester miscarriage of the 8 mothers participated in the individual directive counseling program significantly decreased at .01 level.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศวร มณีศรีขำ)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(อาจารย์ มณฑิรา จารุเพ็ง)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร ฉัตรศุภกุล)

วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความเรียบร้อย โดยได้รับความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากท่าน ศาสตราจารย์ ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ทศวร มณีศรีขำและอาจารย์มณฑิรา จารุเพ็ง กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ ข้อคิด คำแนะนำ ความช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ทำให้ผู้วิจัยได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ท่านอาจารย์มอบให้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จนสำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาลประจำตึก เพื่อนพยาบาลและผู้ป่วยในตึกสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานครทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอดเวลาที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

พิมล แสงปัน

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	6
	ตัวแปรที่ศึกษา	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
	กรอบแนวคิดในการศึกษา	9
	สมมุติฐานของการวิจัย	9
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา**	10
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศก	11
	กระบวนการและปฏิกิริยาตอบสนองของภาวะสูญเสีย	12
	ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาการสูญเสียและความเศร้าโศก	19
	ลักษณะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ	25
	ความหมายของเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร	27
	แนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เศร้าโศกจากการสูญเสีย	31
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร	33
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสูญเสีย	35
	แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย	35
	การปรับตัวต่อการสูญเสีย	37
	การช่วยเหลือบุคคลที่มีการสูญเสีย	38
	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำแท้ง	38
	ความหมายของการแท้ง	38
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำแท้ง	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทาง	41
	ความหมายของการให้คำปรึกษา	41
	ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล	50
	งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล	52
	ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง	53
	งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบนำทาง	57
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	58
	การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
	การเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	58
	การดำเนินการทดลอง	61
	การวิเคราะห์ข้อมูล	64
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	64
4	**การวิเคราะห์ข้อมูล**	67
	สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	67
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
5	**บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	69
	ความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	69
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	70
	วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย	70
	การวิเคราะห์ข้อมูล	70
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	71
	อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า	71
	ข้อเสนอแนะ	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ หน้า

บรรณานุกรม..... 75

ภาคผนวก..... 82

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์..... 116

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1 เปรียบเทียบทฤษฎีกระบวนการความเศร้าโศก 18

2 แบบแผนการทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest Design 61

3 วัน เดือน ปี ที่ดำเนินการทดลองให้คำปรึกษามารดาที่สูญเสียในไตรมาสแรก ของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก 63

4 เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศก ของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรก ของการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทาง โดยใช้ (n=8) 68

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ **หน้า**

1 ทฤษฎีกระบวนการความเศร้าโศกของบาวล์บี..... 16
2 ภาพประกอบการแท้งคุกคาม..... 39

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ในสังคมไทยปัจจุบันจะเห็นได้ว่า อัตราการทำแท้งได้เพิ่มสูงขึ้น เกี่ยวเนื่องมาจากค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นค่านิยมที่ผิดและขาดการป้องกันอย่างปลอดภัยจึงทำให้เกิดปัญหาการทำแท้งและปัญหาทางสาธารณสุขตามมา

การทำแท้ง หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกจะเติบโตมีชีวิตรอดได้ (Visible fetus) ภายหลังคลอดโดยทั่วไปถือว่าแท้งเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนอายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือก่อนน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 1,000 กรัม แต่ในประเทศที่การแพทย์เจริญแล้วสามารถเลี้ยงเด็กที่มีน้ำหนักน้อยให้มีชีวิตรอดได้ เช่น น้ำหนักทารกแรกคลอดตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป จะถือว่าแท้งน้อยกว่า 500 กรัม ทารกที่หนัก 500-999 กรัม เรียกว่า เจริญเติบโตไม่เต็มที่ (immature) และทารกที่น้ำหนัก 1,000-2,499 กรัม เรียกว่า ก่อนกำหนด (Premature) (แสงชัย พฤทธิพันธุ์. 2531: 32)

การทำแท้ง เป็นหัตถการอย่างหนึ่งในทางสูติศาสตร์ที่มีการปฏิบัติกันมานานแล้ว ในทางการแพทย์หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ที่สำคัญได้แก่ โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Systemic Lupus Erythematosus) ซึ่งพบว่าถ้าการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปในกรณีที่โรคมีความรุนแรงขึ้นก็อาจจะทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายหรือทุพพลภาพได้ สำหรับการทำแท้งอื่น ๆ ก็มี เช่น มารดาเกิดการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ที่สำคัญได้แก่ การติดเชื้อหัดเยอรมัน การติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์ หรือมารดาที่ได้รับสารรังสีในปริมาณที่มากเกินไปในระหว่างครรภ์อ่อน ซึ่งจะทำให้เกิดความพิการต่อทารกในครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังมีการทำแท้งในกรณีที่ไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะที่เกิดจากการข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งหากหญิงกลุ่มนี้ตั้งครรภ์ก็จะเกิดปัญหาตามมาอย่างมาก สมควรได้รับการพิจารณาให้ทำแท้งได้

สมพล พงศ์ไทย และคณะ (2539 : 380) ได้ศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่มารับการทำแท้งในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าส่วนใหญ่ของหญิงที่ลักลอบทำแท้งจะมีอายุต่ำกว่า 25 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในวัยศึกษาและจะเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาของประเทศ ในประเทศไทยได้มีการลักลอบทำแท้งจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาโดยประมาณการคาดการว่าจะมีจำนวนการลักลอบทำแท้งไม่ต่ำกว่า 2-8 แสนคนต่อปี ซึ่งจัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศปัญหาหนึ่ง

การทำแท้งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเข้ามารับการทำแท้งไม่ว่าจะเป็นการทำแท้งเถื่อน หรือการทำแท้งที่ทำอย่างถูกต้องตามกฎหมายในโรงพยาบาลย่อมทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อภาวะสมดุลของสตรีที่ทำแท้งทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย ที่พบได้บ่อยและอาจมีอันตรายต่อผู้ที่ทำแท้ง ได้แก่ การตกเลือด ติดเชื้อ มดลูกทะลุ ปากมดลูกฉีกขาด และภาวะเลือดไม่แข็งตัว อาการแทรกซ้อนดังกล่าวจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ทักษะของผู้ประกอบการ วิธีการที่ใช้ทำแท้ง อายุครรภ์และสุขภาพของสตรีที่ทำแท้งเอง (สมหมาย ถุงสุวรรณ. 2527 : 97)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมในสตรีที่ทำแท้ง แม้ว่าบางส่วนจะรู้สึกสบายใจที่ไม่ต้องเป็นกังวลเกี่ยวกับภาระที่ต้องรับผิดชอบในกรณีที่เด็กมีความพิการตั้งแต่กำเนิด แต่ก็มีผู้ป่วยหลายรายที่มีความรู้สึกผิด ละอาย ไม่เป็นสุข และมีความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักเกิดจากความกลัวต่อกรรมวิธีการทำแท้ง ประกอบกับได้กระทำสิ่งที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาของสังคม ทำให้สตรีที่ทำแท้งเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลว่าจะได้รับการดำหนิติเตียนจากสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานจะมีความรู้สึกผิด ละอายและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเจตคติและค่านิยมในสายตาของบุคคลอื่นในสังคมไทยไม่ยอมรับการตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน ผู้ป่วยจึงไม่กล้าที่จะพูดขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง นอกจากนั้นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในการดำเนินชีวิต และจะเกิดความโศกเศร้า ความทุกข์ทรมานใจ จากการสูญเสียบุตรและเสียศักยภาพด้านการงาน ไม่สามารถที่จะทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้และยังต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในรายที่ฐานะยากจนและเป็นผู้ที่หารายได้ให้กับครอบครัว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อรายจ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล นอกจากนั้นยังต้องสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคมกับบุคคลอื่น ๆ ได้อีกด้วยไดพ์เว่น (Roy. 1976 : 97 ; citing Drieven. n.d.)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ นอกจากจะก่อให้เกิดความเศร้าโศก ความวิตกกังวลดังกล่าวแล้ว ยังมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สูญเสียบุตรและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่ายกายบางส่วน ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ตนคาดหวังไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและต้องรักษาด้วยการตัดมดลูกจะมีความวิตกกังวลสูง กลัวว่าตนจะสูญเสียความเป็นสตรีเพศ หมดความสำคัญของการเป็นสตรี ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ทำลายภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางลบทั้งสิ้น เช่นเดียวกับที่คาร์เตอร์ (Carter. 1976 : 261) กล่าวไว้ว่า การทำแท้งทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไร้คุณค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีการยอมรับนับถือในคุณค่าของตนเองต่ำ สอดคล้องกับเว็บและบาร์เน็ต (Webb & Barnett. 1983 : 97) ในบางวัฒนธรรมที่มีค่านิยมว่าการให้กำเนิดบุตรเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่งนักของสตรี การที่สตรีสูญเสียบทบาทที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต คือบทบาทการเป็นมารดา ก็จะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองลงตามลำดับเว็บและบาร์เน็ต (Webb & Barnett. 1983 : 97)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตรบางรายจะรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจจากปฏิกิริยาที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลในทีมสุขภาพ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบและคุกคามหรือทำร้ายจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก

ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่เป็นสุข รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ไม่สบายใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า หมดกำลังใจและสิ้นหวัง ความรู้สึกเหล่านี้ของผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี สรีรวิทยา อารมณ์ ความคิดและการรับรู้ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านร่างกาย และอารมณ์ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ละอาย และมองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟรีแมนและคณะ (Freeman, et al. 1980 : 630) ที่ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่แท้งบุตร ไม่ว่าจะเป็นการแท้งที่เกิดขึ้นเองหรือจากการทำแท้ง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล รู้สึกผิด ละอาย คิดว่าตนเองไร้คุณค่า อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งถ้ายังคงอยู่โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลในระยะยาวต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกโดยการไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม และไม่สามารถที่จะปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของวาวล์และโรเบิร์ท (Vauhn and Robert. 2002 : 57) ที่ได้ศึกษาเรื่องจริยธรรมในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ทำแท้งพบว่า ในระยะยาวนั้นการทำแท้งมีผลต่อสภาพจิตใจไม่แน่ชัด แต่มีรายงานวิจัยบางเรื่องที่รายงานว่ามีผลต่อสภาพจิตใจในระยะสั้น ทำให้หญิงที่ทำแท้งนั้นเกิดความตึงเครียด ในหญิงที่เคยทำแท้งซึ่งมีประสบการณ์ว่ามีอัตราทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ความรู้สึกผิด และความซึมเศร้า ทำให้รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ทำให้มีอารมณ์ก้าวร้าว ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมปฏิเสธสังคม

ความเศร้าโศกหรืออารมณ์เศร้าที่เกิดในหญิงที่แท้งบุตร เกิดขึ้นจากความสูญเสียบุตร ซึ่งการสูญเสียทารกในครรภ์เป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก ภาวะสุขภาพ ทรัพย์สมบัติ สิ่งของ อิสรภาพ บทบาททางสังคม หรืออื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อภาพพจน์ของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับสภาพที่ปราศจากบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไป รู้สึกเศร้าโศกซึ่งอาจจะเป็นอยู่ช่วงระยะเวลาสั้นๆ หรืออาจจะยาวนานจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ซึ่งสอดคล้องกับที่ฮอฟท์ (Hoft. 1984 : 118) อีกทั้งมารดาที่ประสบกับความโศกเศร้าหรืออารมณ์เศร้านั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ ท้อแท้ เศร้าหมอง เหงา อ้างว้าง กระทบกระเทือนใจง่าย เมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าว บุคคลที่แท้งบุตรจะพยายามที่หาทางปรับตัวด้วยตนเองก่อน แต่ถ้ายังไม่เกิดผลดีขึ้นซึ่งทำให้ไม่สบายใจมากขึ้นเขาย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ถ้าเขาหาผู้ช่วยเหลือไม่ได้จะเกิดปัญหาทางอารมณ์จนปรากฏอาการทางจิตเวชเป็นอันตรายร้ายแรงต่อไปได้ (สมภพ เรืองตระกูล. 2523 : 146)

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ทำแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงการส่งเสริมด้านจิตใจและสังคมควบคู่ไปกับการช่วยเหลือด้านร่างกาย ทั้งนี้เพื่อช่วยรักษาภาวะดุลยภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ให้คงอยู่ดามปกติโดยเรียกว่า วิธีการให้การรักษาแบบองค์รวม (Holistic Care) พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ทำแท้งมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมการให้การพยาบาลผู้ป่วยทำแท้งในปัจจุบันให้ความสำคัญและเน้นการพยาบาลด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ โดยมุ่งที่จะให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ติดเชื้อ ตกเลือด ซึ่งทำให้ขาดการดอบสนอง

ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ที่จะทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub nurse) ในห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้กำลังใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด สังเกตพบว่าผู้ป่วยที่มารับการทำแท้งในปี พ.ศ. 2545 ตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนธันวาคม มีผู้ป่วยมาเข้ารับการทำแท้งเนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรค เป็นจำนวนทั้งหมด 131 คน ซึ่งแบ่งตามสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ การทำแท้งจากการท้องไม่มีตัวอ่อน (Blighted Ovum) จำนวน 58 คนคิดเป็นร้อยละ 44.27 ตัวอ่อนเสียชีวิตในครรภ์ (Dead Embryo) จำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 29.01 แท้งค้าง (Missed Abortion) จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 14.50 ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead Fetus In Utero) จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 5.34 แท้งไม่ครบ (Incomplete abortion) จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 3.05 ขูดมดลูกหลังทำแท้ง (Post Induced abortion) จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.76 และอื่น ๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.05 ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้พบว่า มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจที่มีผลกระทบมาจากการสูญเสียบุตร บางรายไม่พูด ร้องไห้ เศร้าโศก ไม่ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาพยาบาล ปฏิเสธที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความหดหู่ แยกตัว จึงทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าจุดนี้เป็นจุดสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลควรจะให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ นอกจากการช่วยเหลือทางด้านร่างกายที่ปฏิบัติอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายความเศร้าโศก และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้เห็นคุณค่าของตนเอง

สำหรับวิธีการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยลดความเศร้าโศกและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสัมผัส การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา สำหรับการให้คำปรึกษาเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความไว้วางใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยกล้าระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจมากขึ้น โดยพยาบาลต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษา เช่น เทคนิคการฟัง เทคนิคการนำ เทคนิคการสรุป เป็นต้น (อุบล นิวัติชัย. 2528 : 115) เทคนิคต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย และได้ข้อมูลที่น่าสนใจที่จะช่วยให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิผล และการที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้ระบายออกซึ่งความไม่สบายใจ ความตึงเครียด อารมณ์เศร้าโศก ภายใต้บรรยากาศที่มีผู้รับฟังอย่างตั้งใจ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และมีความจริงใจ และให้ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรคและวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีผู้ให้การพึ่งพา มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่นใจยิ่งขึ้น และยังช่วยให้เข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น มีการรับรู้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้ความเครียด ความเศร้าโศกเป็นผลมาจากความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเพิ่มกำลังใจในการเตรียมพร้อมด้านจิตใจเพื่อรับรู้ข้อมูลต่อไป (Marshall. 1979 : 1723)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยแท้งบุตรเผชิญต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรที่เหมาะสมและมีการปรับตัวทางอารมณ์อย่างเหมาะสมเป็นหน้าที่ของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่ให้การดูแลด้านร่างกายเท่านั้น ยังต้องดูแลครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย หรือที่เรียกว่า

การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแท้งบุตรมีการเผชิญความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสมต่อเหตุการณ์และบุคคล แสดงถึงการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางกาย จิตใจและสังคม นั่นคือคงไว้ซึ่งความสุขในชีวิต สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อสมาชิกในครอบครัว หน้าที่การงาน และสังคม ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยที่แท้งบุตรมีการเผชิญความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ไม่เหมาะสมหรือปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดผลเสียตามมา คือ มีความรู้สึกวิตกกังวล มีความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพเสื่อมลง ไม่มีความสุข และสูญเสียความมีชีวิตชีวา สิ่งที่จะช่วยให้หญิงที่แท้งบุตรมีการประเมินความรุนแรงของปัญหาและภาวะการสูญเสียจากการแท้งบุตรได้น้อยลง คือ การสนับสนุน การให้กำลังใจจากทางครอบครัวและสังคมรอบข้าง ซึ่งจะทำให้หญิงที่แท้งบุตรสามารถเผชิญความเศร้าโศกจากการสูญเสียและปรับตัวให้เหมาะสมกับความโศกเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนี้ผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความเศร้าโศก ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ ส่งเสริมการปรับตัวทั้งด้านอารมณ์สังคมของผู้ป่วยที่ทำแท้ง ซึ่งโรเจอร์และวอลเลน (Rogers and Wallen. 1946 : 5) ได้กล่าวไว้ว่า การช่วยเหลือบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าโศกนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธีและวิธีหนึ่งที่น่าจะนำมาใช้ได้ผลดีคือ การให้คำปรึกษา เพราะการให้คำปรึกษาแบบนี้เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาระบายอารมณ์และความคับข้องใจออกมา ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง เพราะในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยทำแท้งจำเป็นต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยมีผู้ให้คำปรึกษาคอยช่วยเหลือและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งขั้นตอนในการให้คำปรึกษานั้นเบรมเมอร์ (Brammer. 1985 : 45) กล่าวว่ามี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรก เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นให้คำปรึกษา ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติ โดยให้การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การให้กำลังใจและการให้ข้อมูลทางสุขภาพและอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมด้วย และขั้นตอนสุดท้ายเป็นขั้นตอนของการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ที่จะใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ทำแท้งที่มีความเศร้าโศกและมีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีกำลังใจและมั่นใจในการเผชิญปัญหา สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นการทำวิจัยในมนุษย์จึงได้ขออนุญาตดำเนินการทำวิจัยในโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ 0406 / 2446 ซึ่งมีเลขที่โครงการ/รหัส ID 07 - 46 - 13 ว

ความมุ่งหมายของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

ความสำคัญของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล ซึ่งจะเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมให้บุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแก่และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ให้ลดความเศร้าโศกที่แท้งบุตรต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 30 คนจำนวนทั้งหมดมารดาที่สูญเสียบุตรทั้งหมด 42 คนที่เข้ารับการรักษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ภาควิชาสูตินรีเวช หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ขึ้นไปจำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากร และมารดาที่สูญเสียบุตรได้เซ็นอนุญาตให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยตามเงื่อนไขของโรงพยาบาล

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความเศร้าโศกของมารดาที่แท้งบุตรจากการทำแท้งครรภ์แรก

นิยามศัพท์เฉพาะ

1.การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล คือ การให้คำปรึกษาแบบที่มุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับบริการเป็นสำคัญและมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีแนวความคิดว่าบุคคลจะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รู้จักตนเอง และมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม โดยมีขั้นตอนของการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Initiating phase) เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความอบอุ่นและไว้วางใจกันและกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟัง และยอมรับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายและผ่อนคลาย

1.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา (Working phase) เป็นขั้นที่นำเทคนิคต่าง ๆที่ใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเอง รับรู้ศักยภาพของตนเอง และช่วยให้มารดาที่สูญเสียบุตรสามารถลดความโศกเศร้าจากการที่แท้งบุตรได้ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องจากขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำการให้กำลังใจ การสัมผัส และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มาใช้ร่วมกับวิธีการให้คำปรึกษา ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การสำรวจปัญหา หมายถึง การให้มารดาที่สูญเสียบุตรได้ระบายความรู้สึกทั้งหมดโดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้รับฟังและคอยสะท้อนความรู้สึกของมารดาที่สูญเสียบุตรเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้ค้นหาความขัดแย้ง และทำให้มารดาที่สูญเสียบุตรได้พิจารณาให้ได้เองว่าอะไรเป็นปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งเป็นการหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งส่งเสริมให้เกิดปัญหาต่อตัวเขามากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกปัญหาที่มีความสำคัญมากที่สุดในขณะนั้นมาแก้ไขก่อน

1.2.2 การยอมรับและทำความเข้าใจกับปัญหา หมายถึง การที่มารดาที่สูญเสียบุตรเข้าใจว่าปัญหาที่แท้จริงที่สุดคือปัญหาอะไร ยอมรับว่าปัญหานั้นได้เกิดขึ้นมาแล้ว กำลังดำเนินอยู่และค้นหาว่ามีสาเหตุมาจากอะไร ในกระบวนการนี้หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างและต้องการกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาจึงควรอย่างยิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้ามาช่วยเหลือโดยให้ความเชื่อมั่นและสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยอาศัยเทคนิค ดังนี้

1.2.2.1 การให้กำลังใจ หมายถึง การเสริมสร้างความเชื่อมั่น กำลังใจให้เกิดขึ้น เพื่อให้มารดาที่สูญเสียบุตรสามารถลดความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุตรได้ โดยผู้วิจัยใช้คำพูดหรือการกระทำที่เป็นการเสนอข้อเท็จจริง และการทำนายเหตุการณ์ในทางบวกแก่หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตรตามสภาพความเป็นจริงเมื่อมารดาที่สูญเสียบุตรแสดงออกถึงความต้องการกำลังใจ

1.2.2.2 การสัมผัส หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้มือจับบริเวณข้อมือแขนของมารดาที่สูญเสียบุตรในระหว่างที่ให้คำปรึกษา ซึ่งน้ำหนักของการใช้มือจับบริเวณแขนนั้นจะหนักหรือเบาขึ้นกับเรื่องที่สนทนา การสัมผัสนี้จะทำเป็นระยะ ๆ ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตรแต่ละรายแสดงออก

1.2.3 การจัดการกับปัญหา หมายถึงการ การที่มารดาที่สูญเสียบุตรสามารถแยกแยะหาทางแก้ไขปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาได้หลาย ๆ ทาง มองหาทางออกของปัญหาให้เหมาะสม มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปฏิบัติ โดยอาศัยข้อมูลจากตัวเองและจากการให้ข้อมูลความจริงและข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากผู้ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งเลือกแนวทางที่เหมาะสมต่อตัวเองและสภาพการณ์ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อที่มารดาที่สูญเสียบุตรได้นำไปประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาแล้วร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาตามความเหมาะสม

1.2.3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่มารดาที่สูญเสียบุตร โดยจะครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องต่อไปนี้ คือ โรคและภาวะแทรกซ้อนที่หญิงตั้งครรภ์กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติตนโดยทั่วไปก่อนและหลังการทำแท้ง การปฏิบัติตนในเรื่องทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การมีเพศสัมพันธ์ การมาตรวจตามนัด การวางแผนครอบครัว และการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling)

1.2.4 การติดตามผล หมายถึง การประเมินผลการดำเนินการแก้ปัญหาโดยหญิงตั้งครรภ์ได้นำวิธีการแก้ปัญหาที่ตนเองได้เลือกไว้ไปปฏิบัติแล้วประเมินได้ว่าวิธีที่เลือกนั้นสามารถแก้ปัญหาได้มากน้อยแค่ไหน มีส่วนไหนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอีกหรือไม่ หรือยังขาดอะไรอีกเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติแล้วจะทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

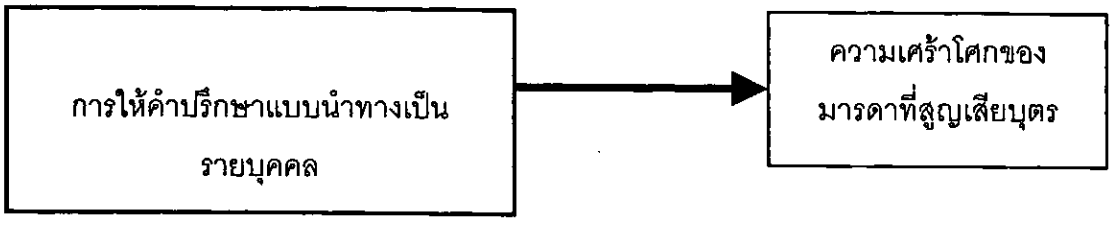
1.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้ให้คำปรึกษาให้มารดาที่สูญเสียบุตรได้สรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา และการนำไปปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป หรือยุติการให้คำปรึกษา

2.ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการทำแท้ง คือ ความรู้สึกของมารดาที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุตร ได้แก่ หดหู่ ท้อแท้ เหงา อ้างว้าง กระทบกระเทือนใจง่าย ซึม เบื่อหน่าย เฉื่อยชา รู้สึกไร้ค่า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ วิตกกังวลใจ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเสียไป ต้องการกำลังใจจากผู้อื่น เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รักและต้องการของตนเองไปจากการทำแท้ง ซึ่งมีความจำเป็นเพื่อรักษาไว้ซึ่งความอยู่รอดของมารดา

3. หัตถการ คือ วิธีการรักษาของแพทย์ที่จะใช้ในการทำแท้งของมารดาที่สูญเสียบุตร ซึ่งทำโดยการให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกก่อนสองเม็ดแต่ละเม็ดให้ห่างกันประมาณ 12 ชั่วโมงเพื่อช่วยให้ปากมดลูกอ่อนนุ่มง่ายต่อการขูดมดลูกหรืออาจจะทำให้เกิดการแท้งเองโดยไม่ต้องอาศัยการขูดมดลูกร่วมด้วยก็ได้ในกรณีที่มดลูกสามารถขับตัวอ่อนและชิ้นส่วนทั้งหมดออกมาได้หรือที่เรียกว่าแท้งครบก็ได้

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมาใช้ในการลดความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือให้มารดาที่เศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรให้สามารถปรับตัวต่อความเศร้าโศก ความสูญเสียบุตรให้ดีขึ้น



สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกมีความเศร้าโศกลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

1. เอกสารที่เกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร
   - 1.1 ความหมายของความเศร้าโศก
   - 1.2 กระบวนการและปฏิกิริยาตอบสนองของภาวะสูญเสีย
   - 1.3 ลักษณะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ
   - 1.4 ความหมายของความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร
   - 1.5 แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่เศร้าโศกจากการสูญเสีย
   - 1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร
2. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย
   - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย
   - 2.2 การปรับตัวต่อการสูญเสีย
   - 2.3 การช่วยเหลือบุคคลที่มีการสูญเสีย
3. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการทำแท้ง
   - 3.1 ความหมายของการทำแท้ง
   - 3.2 ชนิดของการทำแท้ง
   - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำแท้ง
4. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทาง
   - 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
   - 4.2 ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล
   - 4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล
   - 4.4 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง
   - 4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร

1.1 ความหมายของความเศร้าโศก (Grief)

ความเศร้าโศก (Grief) เป็นปฏิกริยาของการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นภายหลังมีการสูญเสีย ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รัก หรือสูญเสียชนิดอื่น ๆ ดังที่ คาร์เพติโอ (Ellis & Nowlis. 1994 ; citing Carpentio. 1992 : 417) กล่าวว่า ความเศร้าโศกเป็นภาวะที่บุคคลหรือครอบครัวประสบหรือรับรู้ต่อการสูญเสียเกี่ยวกับบุคคล วัตถุ ตำแหน่ง หน้าที่ และความสัมพันธ์โดยที่ความเศร้าโศกเป็นการตอบสนองทั้งหมดต่ออารมณ์ ความรู้สึกของการสูญเสียและเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (Kozier, et al. 1989 ; citing Martocchio. 1985) และเอลลิสและนาวลิส (Ellis & Nowlis. 1994 : 174) กล่าวถึงความเศร้าโศกว่าเป็นความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นชั่วขณะเมื่อบุคคลรับรู้ถึงการสูญเสีย เป็นการได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเป็นความทุกข์โศก

คาร์ลสัน (Carlson.1970) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง กลุ่มของอารมณ์ตอบสนองที่เกิดขึ้นตามหลังการรับรู้การสูญเสียบุคคล หรือสิ่งที่มีค่าความสำคัญ การตอบสนองเหล่านี้ ได้แก่ ความเงียบเหงา เดียวดาย หมดหวัง ความรู้สึกผิด หรือความโกรธ

โคซิเออร์ และคณะ (Kozier, et al.1989 : 419) ได้กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง อารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อสนองตอบการสูญเสีย และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตดี ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับการสูญเสียและสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ทั้งยังเป็นกระบวนการทางสังคมที่ได้รับการยอมรับ

วัทสัน (สุทธิพร เจณณวาสิน. 2543 : Online ; อ้างอิงจาก Watson. 1988) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องภายหลังการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสิ่งที่มาคุณค่าต่อตนเอง

สุภาพร ดาวดี (2537 : 12) กล่าวว่า ความเศร้าโศก เป็นกลุ่มอาการที่ตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้จะแสดงออกในความเงียบเหงา สิ้นหวัง ความเศร้า ความรู้สึกผิดหรือโกรธ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความเศร้าโศก เป็นอารมณ์ที่เกิดจากภาวะความสูญเสียโดยดำเนินไปตามกระบวนการของธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อชีวิตของตัวบุคคลนั้น ทำให้บุคคลเกิดปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจึงแสดงความเศร้าโศกออกมา

คำว่า ความเศร้าโศก ซึ่งภาษาอังกฤษใช้คำว่า Grief หรือ Mourning หรือ Bereavement ใช้อธิบายสภาพจิตใจของบุคคลมีการสูญเสียต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความเศร้าโศก เป็นการตอบสนองทั้งหมดต่ออารมณ์ ความรู้สึก ภายหลังมีการสูญเสีย ซึ่งเป็นภาวะที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม

1.2 กระบวนการและปฏิกริยาตอบสนองของภาวะสูญเสีย

เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น จะต้องมีความเศร้าโศกตามมา มากบ้างน้อยบ้างตามความรุนแรงของการให้ความสำคัญต่อการสูญเสีย และปัจจัยต่าง ๆ ดังที่จะได้กล่าวต่อไป เฮเลน (สุทธิพร เจณณวาสิน. 2543 : Online ; อ้างอิงจาก Helene. 1937) เชื่อว่า การสูญเสียคนที่เคยผูกพันต้องทำให้เกิดปฏิกริยาบางอย่าง การไม่มีปฏิกริยาอะไรถือเป็นความผิดปกติ เหตุที่คนเราต้องมีความเศร้าโศกตามมาจากการสูญเสียเพราะคนเรารู้จักสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น ซึ่งมานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542 : 78) ก็ได้กล่าวว่า ความเศร้าโศก ทำให้คนเราเป็นอิสระจากความผูกพันกับสิ่งที่สูญเสียไป กระบวนการความเศร้าโศกจึงเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและจำเป็นสำหรับการกลับมาสู่ภาวะเดิม ดังที่เอนเจล (Bower. 1980 : 31 ; citing Engel.1964) ได้กล่าวถึง กระบวนการความเศร้าโศกปกติว่า โดยจะมีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดซึ่งระยะเวลาความรุนแรงของความเศร้าโศกก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2528 : 43) กล่าวว่า การเริ่มต้นที่รุนแรงอาจทำให้ระยะเวลาของความเศร้าโศกสิ้นสุดลงเร็วได้

จากที่กล่าวมา เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น จะต้องมีการปรับตัวโดยผ่านกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งได้มีทฤษฎีความเศร้าโศกเกิดขึ้นโดยการริเริ่มของ ฟรอยด์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 15 อ้างอิงจาก ; Kasterbaum. 1998 ; citing Freud. 1917 : 195) เกิดขึ้นจากการที่มีการเสียชีวิตและมีความเศร้าโศกของคนจำนวนมาก ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ซิกมันด์ ฟรอยด์ ได้ให้ความสนใจโดยเน้นถึงการตอบสนองภายในจิตใจจากการสูญเสียและได้เสนอข้อความเป็นแกนของ " ทฤษฎีความเศร้าโศก " ดังนี้ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 15)

1. ความเศร้าโศกเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการสูญเสีย ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงการแสดงออกของความเจ็บปวดทางอารมณ์เท่านั้น ฉะนั้นเราต้องยอมรับว่า ความเศร้าโศกเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่บุคคลต้องเผชิญ สิ่งที่ต้องให้ความสนใจ คือ การทำให้จิตใจสงบลงและกลับคืนสู่ภาวะปกติ

2. การดำเนินผ่านกระบวนการความเศร้าโศก เป็นไปด้วยความยากลำบาก การที่บุคคลจะผ่านกระบวนการความเศร้าโศกไปได้นั้น จำเป็นจะต้องใช้เวลา ไม่ใช่ภายในระยะเวลาอันรวดเร็วหรือเพียง2-3 วันเท่านั้น จึงจะกลับมาใช้ชีวิตได้ดามปกติ

3. เป้าหมายหลักของการดำเนินผ่านกระบวนการความเศร้าโศก คือ การยอมรับความจริงของการสูญเสีย และด้วยเหตุผลนี้ บุคคลจะต้องปลดปล่อยความผูกพันที่มั่นคงต่อสิ่งที่สูญเสียและปรับความสัมพันธ์กับผู้อื่นใหม่ และต้องมีคุณค่า การแยกความผูกพันที่แน่นแฟ้นนี้ต้องทำโดยการยอมรับความจริงที่ว่า ได้สูญเสียสิ่งนั้นไปอย่างแท้จริงและถูกต้อง ซึ่งไม่สามารถยึดติดอยู่กับความทรงจำ ความหวัง หรือการเพ้อฝันได้ และการยอมรับนี้จะไม่เพียงพอแค่การคิดยอมรับการสูญเสียเท่านั้น แต่ต้องยอมรับความจริงโดยไม่มีข้อสงสัย

4. การทำให้กระบวนการความเศร้าโศกดำเนินผ่านไปได้ ต้องใช้เวลาในการเผชิญความจริงต่อการสูญเสียเป็นลำดับ ผู้เศร้าโศกจะต้องจัดการกับความรู้สึกทั้งหมด ความทรงจำ และการต่อสู้ในชีวิตประจำวันในการที่จะทำให้จิตใจแยกจากความผูกพันกับสิ่งที่สูญเสียได้

5. กระบวนการที่มีความผิดปกติ เกิดจากการต่อต้านการปลดปล่อยความผูกพัน ความต้องการยึดความผูกพันส่งผลให้เกิดการทำลาย แต่การยอมรับการสูญเสีย ส่งผลให้มีชีวิตตามปกติ

6. ความล้มเหลวของการดำเนินกระบวนการความเศร้าโศก เป็นผลให้มีการทำหน้าที่ผิดปกติ และเกิดเป็นความทุกข์ต่อไป ด้วยตัวของเวลาเองไม่สามารถทำให้ความเศร้าโศกหายลงได้ จนกระทั่งได้มีการปลดปล่อยความผูกพันกับสิ่งที่สูญเสีย การที่ผู้เศร้าโศกยังคงมีความผูกพันที่เหนียวแน่นต่อสิ่งที่สูญเสียเป็นระยะเวลานาน จะต้องพิจารณาถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากความเศร้าโศกผิดปกติ (บางคนกล่าวว่า ความเศร้าโศกจะต้องหายภายใน 1 ปี แต่ในปัจจุบันมีผู้สังเกตส่วนใหญ่กล่าวว่า เวลาจะสามารถยืดหยุ่นได้)

หลังจากทฤษฎีของฟรอยด์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 16 ; อ้างอิงจาก Freud. 1957) ต่อมาได้มีทฤษฎีกระบวนการกลับคืนสู่ภาวะปกติของความเศร้าโศก ซึ่งเป็นทฤษฎีที่รู้จักกันดี คือ

ทฤษฎีของลินเดแมนน์ (Lindermann) ปี ค.ศ. 1961

ทฤษฎีของเอนเจล (Engel) ปี ค.ศ. 1964

ทฤษฎีของบาวล์บี (Bowlby) ปี ค.ศ. 1980

ทฤษฎีของวอร์เดน (Worden) ปี ค.ศ. 1982

ทฤษฎีของแรนโด (Rando) ปี ค.ศ.1993

1.2.1 กระบวนการความเศร้าโศก ตามแนวทฤษฎีของลินเดอแมนน์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 16 ; อ้างอิงจาก Bower. 1980 : 31 ; citing Lindermann. 1961) ลินเดอแมนน์ ได้กล่าวถึงความเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียอย่างรวดเร็วกระทันหันว่าคล้ายกับภาวะวิกฤตที่มีระยะเวลาที่ต้องรีบช่วยเหลือให้กลับสู่ภาวะปกติภายในเวลา 4 - 6 สัปดาห์และได้ให้คำจำกัดความของอาการความเศร้าโศกที่เกิดอย่างรวดเร็วไว้ 5 หมวดหมู่ คือ

1. กลุ่มอาการที่รบกวนทางร่างกาย (Stomatic Distress) เช่น หายใจเร็วสั้น แน่นอึดอัดลำคอ ถอนหายใจ อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยล้า เหงื่อออก เบื่ออาหาร กลืนลำบาก งุนงง กระสับกระส่าย

2. การหมกหมุ่นอยู่กับการสูญเสีย (Preoccupation with the Image of the Deceased) เป็นปรากฏการณ์ที่คล้ายฝันกลางวัน และพบบ่อยที่เป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินหรือเห็นเหมือนสิ่งที่สูญเสียไป ยังคงอยู่

3. ความรู้สึกผิด (Guilt) พบได้บ่อย และการโทษตัวเองเป็นสิ่งที่พบบ่อยที่สุด

4. ความโกรธ (Hostile Reactions) แสดงออกโดยตรงกับคนที่เป็นมิตร เพื่อนสนิทซึ่งผู้เศร้าโศกจะรู้ว่าเป็นความรู้สึกโกรธที่ไม่มีเหตุผล รู้สึกขาดหรือสูญเสียความอบอุ่นจากคนอื่น เมื่อมองพฤติกรรมภายนอกจะแสดงให้เห็นถึงความแข็งกระด้าง

5. สูญเสียรูปแบบการดำเนินชีวิต (Loss of Patterns of Conduct) คนทุกคนต้องมีกิจวัตรประจำวันและมีความรับผิดชอบในงาน เมื่อมีความเศร้าโศกจะทุกข์ทรมาน กระสับกระส่าย ความกระตือรือร้น กระฉับกระเฉงหายไป และต้องใช้ความพยายามอย่างสูงในการทำงานและกิจวัตรประจำวันนั้นๆ เพิ่มขึ้น

1.2.2 กระบวนการความเศร้าโศกตามแนวทฤษฎีของเอนเจล (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 18 ; อ้างอิงจาก Ellis & Nowlis. 1994 ; citing Engel. 1994)

เอนเจล ได้ศึกษากระบวนการความเศร้าโศก โดยศึกษาระยะการปรับตัวต่อการสูญเสียวัตถุหรือบุคคล โดยได้อธิบายกระบวนการความเศร้าโศกไว้ 4 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นช็อคและไม่เชื่อ (Shock and Disbilief) การช็อคและไม่เชื่อนี้เกิดขึ้นได้ทั้งการสูญเสียจากการเสียชีวิตที่ได้คาดการณ์ไว้ และการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน บางครั้งอาจจะแปลกที่บางครอบครัวได้คาดการณ์การตายของบุคคลที่รัก และได้มีการเตรียมการล่วงหน้าไว้อย่างยาวนานแล้ว แต่เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นก็จะไม่เชื่อ การไม่เชื่อเป็นเรื่องปกติในกระบวนการของความเศร้าโศก บางครั้งบุคคลจะไม่เชื่อก่อนที่จะเชื่อ

2. ขั้นรับรู้ (Developing Awareness) เป็นช่วงเวลาที่ความจริงปรากฏ บุคคลจะรู้สึกปวดร้าว เจ็บปวด จะมีการร้องไห้ โกรธ ซึ่งมักจะโกรธบุคลากรของโรงพยาบาล จะมีความรู้สึกกลัวโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และมีการโทษตัวเอง

3. ขั้นแก้ไขปัญหา (Restitution) เมื่อยอมรับความจริงเกี่ยวกับการสูญเสียได้ จะมีการจัดพิธีกรรมต่าง ๆ การปฏิเสธการพบปะผู้อื่นจะทำให้การกลับเข้าสู่ภาวะปกติล่าช้าและไม่ราบรื่น

4. การกลับคืนสู่ภาวะปกติ (Resolution) เป็นช่วงเวลาของการหายที่ได้จัดการกับความเจ็บปวด ความเศร้าโศก บางครั้งในระยะนี้อาจจะมีการทดแทน (Replacement) ซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลที่รักจะสามารถทดแทนกันได้ แต่ผู้สูญเสียต้องการแสวงหาสิ่งที่สูญเสีย จึงอาจมีการแต่งงานใหม่ การเปลี่ยนอาชีพใหม่ อาการที่แสดงว่าได้ผ่านกระบวนการความเศร้าโศก คือ การที่สามารถพูดถึงการสูญเสียได้ตรงความเป็นจริง โดยไม่มีปฏิกริยาทางอารมณ์เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตต่อไปได้

1.2.3 กระบวนการความเศร้าโศกตามแนวทฤษฎีของบาวล์บี (สุทธิพร เจณณวาสิน. 2543 : Online ; อ้างอิงจาก Bower. 1980 : 31 ; citing Bowlby. 1961)

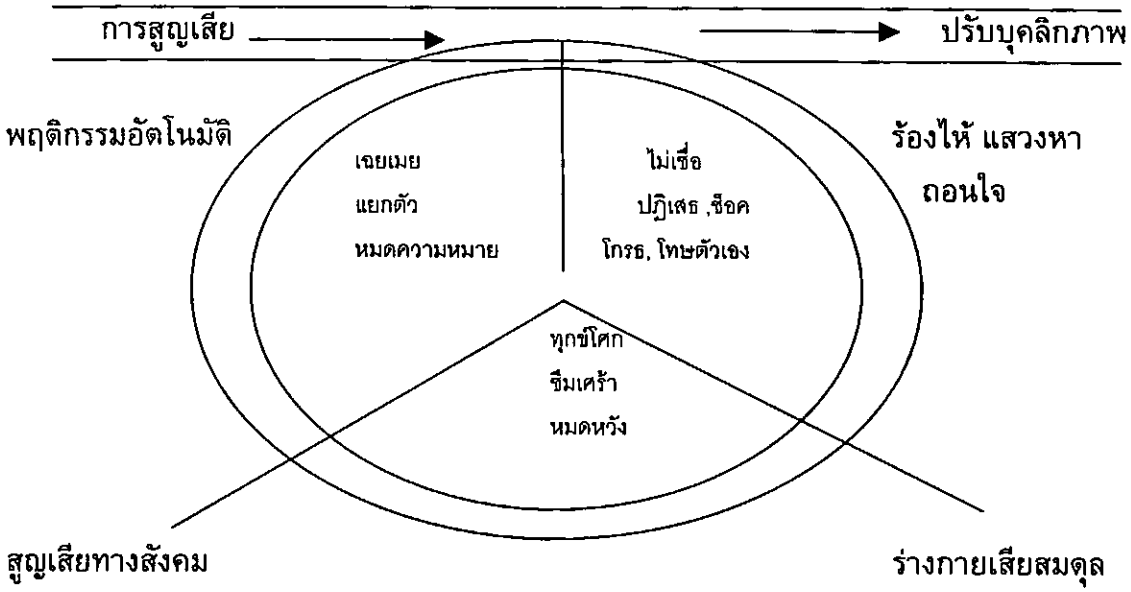
บาวล์บี (Bowlby) เป็นจิตแพทย์ชาวอังกฤษได้ใช้กรอบทฤษฎีของพฤติกรรมความผูกพัน (Attachment Behavior) เข้ามาทำความเข้าใจความเศร้าโศกเกี่ยวกับความผูกพันและการสูญเสีย เพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย การสูญเสียอัตมโนทัศน์ และการสูญเสียอื่น ๆ ซึ่งได้อธิบายกระบวนการความเศร้าโศกว่าเป็นความรู้สึกภายในและพฤติกรรมภายนอก โดยได้แบ่งกระบวนการความเศร้าโศกเป็น 3 ขั้น และกล่าวว่า 3 ขั้นนี้จะต้องสมบูรณ์ก่อนจึงจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ กระบวนการนี้คือ

ขั้นที่ 1 ต่อต้าน (Protest) บาวล์บี ได้กล่าวถึงความรู้สึกภายในของผู้ที่สูญเสียได้แก่ ปฏิเสธ ช็อค โกรธ โทษตัวเอง พฤติกรรมภายนอกที่สังเกตเห็นได้ ได้แก่ ร้องไห้ แสวงหา ถอนหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เปลี่ยนแปลงทางด้านความจำ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย เป็นต้น

ขั้นที่ 2 หมดหวัง (Despair) ความรู้สึกภายใน ได้แก่ ทุกข์โศก ซึมเศร้า หมดหวัง พฤติกรรมภายนอก ได้แก่ การหยุดเข้าสังคม การไม่ยอมรับความช่วยเหลือใด ๆ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 แยกตัว (Detachment) เป็นระยะต่อต้านสังคม มีการสูญเสียทางสังคม ต่อต้านสังคม ไม่ต้องการเข้าสังคม ความรู้สึกภายใน ได้แก่ เฉยเมย แยกตัวเอง รู้สึกตัวเองไม่มีค่า ไม่มีความหมาย พฤติกรรมภายนอก ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามอัตโนมัติ

ทฤษฎีความเศร้าโศกของบาวล์บี (Bower. 1980 : 31) ได้อธิบายการดำเนินของความเศร้าโศกเป็นรูปวงกลม โดยในวงกลมเป็นคำอธิบายความรู้สึกภายในและนอกวงกลมเป็นพฤติกรรม ที่สังเกตได้ ดังนี้



กระบวนการความเศร้าโศกของบาวล์บี

ภาพประกอบ 1 กระบวนการความเศร้าโศกของบาวล์บี
ที่มา ศิริวรรณ พิริยุคณธร. ; อ้างอิงจาก Bowlby. 1961

ต่อมาบาวล์บี (Bowlby.1980 : 31) ได้ปรับปรุงขั้นตอนของกระบวนการเศร้าโศกจากจำนวน 3 ขั้นตอน เป็น 4 ขั้นตอน โดยบาวล์บีกล่าวว่าปฏิกริยาดังกล่าวจะเกิดต่อเนื่องกันไป หรือสลับไปมาได้ซึ่งทั้ง 4 ขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เฉยชา (Numbing) จะมีการปฏิเสธเป็นปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีที่ได้รับข่าวการสูญเสีย ซึ่งมักจะได้ยินคำพูดว่า "ฉันรับไม่ได้" "ฉันไม่เชื่อ" " มันเป็นความฝัน" "ไม่จริง" ต่อมาจะตามมาด้วยการระเบิดความรุนแรงของอารมณ์ ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่ขณะหรือหลายวัน และอาจเกิดซ้ำขึ้นได้อีกซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การคิดถึงและค้นหา : โกรธ (Yearning and Searching for the Lost Figure : Anger) จะมีความคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับการสูญเสีย มีการคิดถึงและมีความรู้สึกหรือตีความว่าสิ่งที่สูญเสียกลับคืนมา เช่น รู้สึกเหมือนได้ยินเสียงผู้ตาย มีอาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับ ร้องไห้ เศร้าใจ โกรธ

ขั้นตอนที่ 3 ความยุ่งเหยิงและความหมดหวัง (Disorganization and Despair) เมื่อผู้เศร้าโศกต้องยอมรับความจริงเกี่ยวกับการสูญเสียจะมีความรู้สึกเจ็บปวด อาจมีการค้นหาคำตอบว่าทำไมการสูญเสียจึงเกิดขึ้นและเกิดขึ้นได้อย่างไร และมีการโกรธบุคคลบางคนที่เกี่ยวข้องด้วย ระยะนี้จะมีความคับข้องใจ การถอยหนี หมดหวัง ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งใด

ขั้นตอนที่ 4 (Reorganization) เมื่อความเจ็บปวด ความเศร้าโศกลดลง ผู้เศร้าโศกจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

1.2.4 กระบวนการความเศร้าโศก ตามแนวทฤษฎีของวอร์เดน (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 21 ; อ้างอิงจาก Jacobs. 1991 ; citing Worden. 1982)

วอร์เดน (Worden) กล่าวว่า ความเศร้าโศกเป็นสิ่งจำเป็นและมีความแน่ใจว่า ถ้าบุคคลใดผ่านขั้นตอนของกระบวนการเศร้าโศก โดยดำเนินไปอย่างสมบูรณ์ บุคคลก็จะกลับสู่ภาวะสมดุล กระบวนการเศร้าโศกนี้จะดำเนินไปพร้อมกันกับความรู้สึกเศร้าโศก กระบวนการเศร้าโศก 4 ขั้นของวอร์เดน มีดังนี้

ขั้นตอนที่1 ขั้นการยอมรับความจริงของการสูญเสีย การปฏิเสธจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวของขั้นนี้ เพราะบุคคลจะยอมรับการสูญเสียได้ยาก แม้ว่าผู้สูญเสียจะมีระบบความเชื่อที่เข้มแข็งเกี่ยวกับความตายแล้วก็ตาม การตระหนักถึงความจริงที่ว่าผู้เสียชีวิตไม่มีโอกาสได้กลับมาใช้ชีวิตในปัจจุบันร่วมกันได้อีกเป็นเรื่องสำคัญและยากที่จะยอมรับได้ ผู้สูญเสียจะรู้สึกโกรธต่อการสูญเสียที่ได้รับ แต่ความโกรธก็มีความหมายว่า เริ่มมีการยอมรับความจริงต่อการสูญเสีย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นรู้สึกเจ็บปวดต่อการสูญเสีย แม้ว่าความทุกข์โศกเป็นเรื่องปกติและเป็นธรรมชาติก็ตาม ความเจ็บปวดจะเป็นผลสะท้อนจากการที่บุคคลหนึ่งรับรู้การสูญเสียที่เกิดขึ้น และบอกถึงการให้ความสำคัญของการสูญเสียที่เกิดขึ้น ผู้ให้การดูแลจึงควรเข้าใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แต่ไม่ควรใช้วิธีให้พยายามขจัดความรู้สึกเจ็บปวดออกไปในระยะนี้ซึ่งทำได้ยาก การยอมรับความเจ็บปวดของความเศร้าโศกช่วยให้บุคคลผู้อยู่ในภาวะเศร้าโศกสามารถเคลื่อนเข้าสู่ขั้นใหม่ซึ่งเป็นระยะของการปรับตัว

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่มีผู้ตาย ความรุนแรงของขั้นนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของผู้สูญเสียกับผู้ตาย ในขั้นนี้ผู้สูญเสียจะยอมรับและเข้าใจมากขึ้นว่า สิ่งแวดล้อมที่ปราศจากผู้ตายจะไม่เหมือนเดิม ดังนั้นจึงมีการปรับชีวิตให้กลับมีความสุขสบายในระดับหนึ่งจะไม่หมกมุ่นกับชีวิตที่ผ่านมาและนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นรวบรวมพลังงานและสร้างสัมพันธภาพใหม่ การผ่านขั้นสุดท้ายนี้อย่างสมบูรณ์ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการทดแทนโดยตรง แต่เป็นการรวบรวมพลังขึ้นมาใหม่ ดังนั้นจึงมีการใช้ชีวิตโดยการให้ความหมายใหม่ บางครั้งคนที่เป็นม่ายทั้งพ่อม่ายและแม่ม่ายจำนวนมากลังเลที่จะแต่งงานใหม่เพราะกลัวว่าจะไม่ซื่อสัตย์ต่อผู้ตายหรือกลัวการสูญเสียจะเกิดขึ้นอีก

และวอร์เดน (Worden) ได้อ้างถึงการศึกษาเกี่ยวกับการเศร้าโศกของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 25 ของคู่ที่แต่งงานใหม่ของคนที่เป็นม่ายเหล่านั้น มีอัตราการหย่าร้างถึงร้อยละ 75 ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลช่วยเหลือจะต้องระลึกไว้ว่า ไม่ว่าผู้สูญเสียจะเลือกสิ่งใดนั่นคือ ทางเลือกของแต่ละคนที่พยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามความเหมาะสม

1.2.5 กระบวนการความเศร้าโศกตามแนวทฤษฎีของแรนโด (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 22 ; อ้างอิงจาก Potter & Perry. 1997 ; citint Rando. 1993)

แรนโด (Rando) กล่าวว่า แม้กระบวนการความเศร้าโศกจะมีเวลาที่คาดการณ์ได้อาการที่คาดการณ์ได้ แต่จะไม่มีบุคคลใดที่จะดำเนินผ่านเหมือนกัน ในเวลาที่เท่ากัน บางคนอาจดำเนินผ่านความเศร้าโศก ระยะต้นไปแล้ว และอาจกลับไปกลับมาที่จุดเริ่มต้นได้อีก จนกระทั่งกลับคืนสู่ภาวะปกติในที่สุด แรนโด (Rando) ได้แบ่งการตอบสนองความเศร้าเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะหลีกหนี จะมีอาการช็อค ปฏิเสธ และไม่เชื่อ

ระยะที่ 2 จะมีการปะทะอย่างสูง ระดับอารมณ์จะรุนแรง เมื่อผู้สูญเสียเผชิญการสูญเสียที่กระทันหันที่สุด

ระยะที่ 3 เมื่อความเศร้าแบบเฉียบพลันค่อย ๆ ลดลง จะเริ่มมีการปรับอารมณ์และสังคมใหม่เข้ามาผู้สูญเสียจะเรียนรู้ที่จะอยู่กับความสูญเสียนั้น

จากแนวคิดทฤษฎีกระบวนการความเศร้าโศก 5 ทฤษฎีดังกล่าวมาแล้ว สามารถเปรียบเทียบขั้นตอนของกระบวนการความเศร้าโศก สรุปได้ตาราง 1 (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 25)

ตาราง 1 เปรียบเทียบทฤษฎีกระบวนการความเศร้าโศกทั้ง 5 ทฤษฎี

ลินเดแมนน์ 1961	เอนเจล 1964	บาวล์บี 1980	วอร์เดน 1982	แรนโด 1993
เจ็บป่วยทางกาย หมกมุ่นกับผู้ตาย รู้สึกผิด โกรธ	ช็อค / ไม่เชื่อ	เฉยชา/ปฏิเสธ คิดถึงและค้นหา โกรธ	ยอมรับ เจ็บปวด	หลีกหนี
สูญเสียรูปแบบ การดำเนินชีวิต	รับรู้ แก้ไข กลับคืนสู่ปกติ	ยุ่งเหยิงและหมดหวัง กลับคืนสู่สภาพปกติ	ปรับตัวกับ สิ่งแวดล้อมใหม่ รวบรวมพลัง สร้างสัมพันธภาพ	เผชิญ ปรองดอง

นอกจากทฤษฎีทั้ง 5 แล้วปาร์ค (Parks. 1972 : 76) ได้กล่าวถึงแนวคิดของความเศร้าโศกว่า ความเศร้าโศกเป็นสิ่งปกติ เป็นกระบวนการที่จำเป็นที่มีคุณลักษณะของการมีจุดเริ่มต้น มีระยะเวลาและมีจุดสิ้นสุด การผ่านความเศร้าโศกจากขั้นหนึ่งไปสู่ขั้นต่อไป จะไม่เกิดขึ้นทันทีทันใด ความเศร้าโศกเปรียบเสมือนของเหลวที่ไหลไปข้างหน้าและอาจมีการไหลย้อนกลับได้ และบางครั้งมีการเดินทางอย่างคดเคี้ยว ถ้าบุคคลใดผ่านความเศร้าโศกได้จะทำให้บุคคลนั้นมีพัฒนาในการปรับตัวได้ โดยทั่วไปความเศร้าโศกของบุคคลจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. เกิดความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการสูญเสีย
2. มีความโกรธ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการสูญเสีย
3. หาแหล่งความช่วยเหลือจากคนอื่น
4. หมดหวัง ถดถอย พฤติกรรมไม่สอดคล้อง
5. กลับสู่ภาวะปกติ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับวัตถุประสงค์เพื่อชีวิตใหม่

ปาร์ค (Parks) ได้เป็นผู้นำในการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะจิตสังคมในการปรับตัวต่อการสูญเสียและได้ให้ข้อสังเกตที่เป็นส่วนประกอบพื้นฐานของการดำเนินความเศร้าโศก 3 ประการดังนี้

1.การคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับผู้ตาย เป็นการแสดงถึงกระบวนการค้นหาอย่างต่อเนื่อง ในความผูกพันกับสิ่งที่รัก

2.มีการตรวจสอบซ้ำต่อความรู้สึกสูญเสียในจิตใจว่าเป็นกระบวนการที่เจ็บปวดซึ่งดูเหมือนจะทดสอบความจริงของการสูญเสีย

3. พยายามอธิบายการสูญเสียโดยจะมีการยอมรับความจริงของการตาย และดำเนินชีวิตของตนเองต่อไป ในระหว่างที่มีการดำเนินของกระบวนการเศร้าโศกจะมีการถามตนเองและผู้อื่นว่าทำไม ซ้ำ ๆ กัน

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกริยาการสูญเสียและความเศร้าโศก

การสูญเสียเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลผู้สูญเสียส่วนใหญ่ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานใจ การที่บุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ ใช้เวลาในการปรับตัวมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการให้กลไกการปรับตัวของแต่ละบุคคล และการที่จะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การให้ความสำคัญกับสิ่งที่สูญเสียและความผูกพันทางจิตใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรงของความเศร้าโศก ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล การสูญเสียสิ่งสองชนิดเดียวกันบุคคลแต่ละคนจะให้คุณค่าและให้ความสำคัญไม่เท่ากัน ถ้าบุคคลให้ความสำคัญต่อสิ่งที่สูญเสียและมีความผูกพันทางจิตใจกับสิ่งที่สูญเสียมาก ความรู้สึกต่อการสูญเสียก็จะมีมาก การปรับตัวก็ต้องใช้เวลามาก ปฏิกริยาตอบสนองก็จะรุนแรง ดังที่ชอร์ทริดจ์และลี (Shortridge & Lee. 1980) กล่าวว่า ความผูกพันมากน้อยจะมีผลต่อการตอบสนองความรุนแรงของการสูญเสีย ซึ่งตรงกับที่ปาร์ค (Bower. 1980 ; citing Parkes. 1975) และบาวล์บี (Bowlby. 1980 : 33) ได้ชี้ให้เห็นถึงความ

เศร้าโศกว่าเกิดขึ้นเพราะเรามีความผูกพันต่อผู้อื่น เราจะไม่เศร้าโศกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนแปลกหน้าเท่ากับที่เราเศร้าโศกกับคนที่เราได้ใช้ชีวิตร่วมกันมานานหลายปี และพอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry. 1999) ได้กล่าวว่า ธรรมชาติของความสัมพันธ์ว่า ผลกระทบของการเสียชีวิตของคู่สมรส มักจะสำคัญมากกว่าการเสียชีวิตของพ่อแม่ เพราะเกี่ยวข้องกับผลกระทบในวิถีการดำเนินชีวิต และการสูญเสียคู่สมรสยังคุกคามการรับรู้ และความต้องการทางเพศซึ่งเป็นสิ่งยากที่จะสร้าง

สัมพันธภาพกับคนใหม่ ส่วนการเสียชีวิตของบุตร พ่อแม่มักจะรู้สึกผิดและโทษตัวเอง จากการสูญเสียชีวิตของพ่อแม่ คู่ครอง และบุตรนั้น ได้มีคำพูดเปรียบเทียบไว้ว่า การสูญเสียพ่อแม่เป็นการสูญเสียอดีต การสูญเสียคู่ครองเป็นการสูญเสียปัจจุบัน และการสูญเสียบุตรเป็นการสูญเสียอนาคต สำหรับการเสียชีวิตของบุคคลอื่น ๆ จะเกี่ยวข้องกับความต้องการหลายอย่างเพื่อความอยู่รอด รวมทั้งความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือ และความต้องการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ซึ่งมีผลทำให้มีปฏิกริยาตอบสนองแตกต่างกันไป และสุทธิพร เจณณวาสิน (2543 : Online) ได้กล่าวถึง ธรรมชาติของความผูกพันที่มีผลต่อปฏิกริยาความเศร้าโศกว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่อไปนี้

1.1 ความแข็งแกร่งของความผูกพัน คือ ความเศร้าโศกจะผันตามความรุนแรงของความรัก ถ้ารักมากความรุนแรงของปฏิกริยาความเศร้าโศกก็จะมากตาม

1.2 ความมั่นคง คือ ถ้าสิ่งที่สูญเสียมีความสำคัญในการคงศักดิ์ศรีและสวัสดิภาพของบุคคล ก็มักจะทำให้เกิดความเศร้าโศกผิดปกติได้

1.3 ความรู้สึกสองจิตใจ ซึ่งโดยปกติการสูญเสียที่ทำให้ปรับตัวได้ ความรู้สึกในด้านบวกจะต้องมากกว่าด้านลบมาก ๆ แต่ถ้าความรู้สึกด้านบวกและลบใกล้เคียงกันความรู้สึกสองจิตใจจะสูง มักจะทำให้เกิดความรู้สึกผิดมาก สงสัยว่าตัวเองทำดีหรือยังร่วมกับความรูสึกโกรธที่ถูกทอดทิ้ง ดังนั้น การมีความรู้สึกแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent) มากเท่าไร ความยากลำบากในการปรับตัวก็มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งเบโนเลียล (Benoliel. 1985 : 349) ได้กล่าวถึงการเลี้ยงดูของเด็กที่มีผลต่อความผูกพันว่า การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความผูกพัน และการแยกจากของเด็กกับบุคคลที่มีความสำคัญ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไว้วางใจผู้อื่น และนำไปสู่การตอบสนองต่อการสูญเสียและความเศร้าโศก

2. ชนิดและความรุนแรงของการสูญเสีย มีผลต่อระดับของความเศร้าโศกของบุคคล ชนิดและความรุนแรงของการสูญเสียนี้ จะมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูญเสียโดยตรง โดยเฉพาะถ้าชนิดของการสูญเสียนั้นเกิดจาก การเสียชีวิตของบุคคลที่รัก โดยที่โฮล์ม และเรย์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2541 : 36 ; อ้างอิงจาก Holmes and Rahe. 1967) กล่าวว่าในบรรดาการสูญเสีย การเสียชีวิตของคู่สมรสทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด ซึ่งผู้ชายที่สูญเสียภรรยาจะมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าผู้หญิงที่สูญเสียสามี ทั้งนี้เพราะผู้ชายจะขาดการดูแลเอาใจใส่ที่เคยได้รับจากภรรยา และไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ในขณะที่ผู้หญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า เพราะเคยทำหน้าที่ดูแลผู้อื่นมาตลอด การสูญเสียบุคคลที่รักเป็นการสูญเสียที่มีความยากลำบากในการปรับตัว และถ้าหากการเสียชีวิตของบุคคลที่รักเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน เป็นการเสียชีวิตที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การ

เกิดอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การถูกทำร้าย การเจ็บป่วยกระทันหัน ซึ่งเป็นการสูญเสียที่คุกคามความรู้สึกของผู้สูญเสียเป็นอย่างมาก ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียและความเศร้าโศกก็จะรุนแรง และเป็นการปรับตัวที่ยากลำบากที่สุด ซึ่งแรนโด (Potter & Perry. 1997 ; citing Rando. 1984) กล่าวว่า การเสียชีวิตด้วยวิธีที่รุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย การถูกทำร้าย เป็นการสูญเสียที่ยอมรับได้ยาก ส่วนการสูญเสียในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้มีเวลาเตรียมตัว ได้ทำงานให้เสร็จสมบูรณ์จะปรับตัวได้ง่ายกว่า สอดคล้องกับพอตเตอร์และเพอรี่ (Potter & Perry. 1999) ได้กล่าวว่า ความรุนแรงของความเศร้าโศกที่มีผลมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นในเวลารวดเร็วกระทันหัน เช่น การเสียชีวิตของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุในห้องฉุกเฉินที่มักเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ผู้รับบริการและครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวน้อยมาก หรือไม่มีเวลาเตรียมตัวเลย ปฏิกริยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียและญาติก็จะรุนแรง นอกจากนี้การสูญเสียที่กระทบต่ออัตมโนทัศน์ของคน การสูญเสียภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหันก็จะคุกคามความรู้สึกของผู้สูญเสียที่รุนแรงเช่นกัน ทำให้เกิดความตกใจสุดขีดทันทีที่ทราบข่าวการสูญเสียอันไม่คาดฝันมาก่อน การปฏิเสธจึงใช้เวลานาน การยอมรับและการกลับสู่ภาวะปกติก็จะล่าช้าอาจทำให้กลายเป็นความเศร้าโศกผิดปกติได้

3. ประสบการณ์การสูญเสียและเศร้าโศก บุคคลที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียในอดีตและสามารถปรับตัวได้ดี ย่อมมีโอกาสปรับตัวต่อการสูญเสียในครั้งต่อมาได้ดีกว่าผู้ที่เคยปรับตัวไม่ได้หรือผู้ที่ไม่เคยประสบกับการสูญเสียมาก่อน เนื่องจากบุคคลได้พยายามจัดการกับความเจ็บปวดจากความรู้สึกสูญเสียและความเศร้าโศก โดยย้อนกลับไปพิจารณาถึงพฤติกรรมที่เคยปรับตัวได้สำเร็จในอดีตที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ใหญ่ที่มีอายุมากขึ้นที่มีการสูญเสียและเศร้าโศก และปรับตัวได้ดีหลาย ๆ ครั้งมักจะจัดการกับความเศร้าโศกครั้งต่อมาได้ดี (Ellis & Nowlis. 1994) ซึ่งจินดนา ยูนิพันธุ์ (2528 : 43) กล่าวถึงประสบการณ์การปรับตัวต่อการสูญเสียที่ได้รับจากชีวิตที่ผ่านมาในวัยต้น ๆ ว่าได้จากการเรียนรู้การสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิต เช่น ถ้าของหายแล้วเด็กได้รับความช่วยเหลือแนะนำวิธีหาของที่หาย พร้อมกับพ่อแม่ช่วยหา เด็กจะไม่กังวล และเรียนรู้ว่าการสูญเสียเป็นเหตุการณ์หนึ่งในชีวิต เมื่อเกิดขึ้นก็ย่อมผ่านพ้นไปได้ ในทางตรงข้ามถ้าพ่อแม่สั่งให้หามาให้ได้ไม่ช่วยเหลือ แต่แสดงความโกรธไม่พอใจ หากได้รับประสบการณ์นี้อยู่เสมอ ๆ ต่อมาเมื่อมีของหายเด็กจะมีความวิตกกังวลสูงทันที นอกจากนี้ยังได้จากการเรียนรู้ การสูญเสียตามพัฒนาการตามวัย ซึ่งการปรับตัวแต่ละครั้ง จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่มีผลต่อการปรับตัวครั้งใหม่ ดังนั้นประสบการณ์การปรับตัวในวัยต้นจึงมีผลต่อการปรับตัวในวัยต่อมา ซึ่งสอดคล้องกับ คริสเทนเซน และคอครอว์ (Christensen & Kockrow. 1995) กล่าวว่าจากประสบการณ์การสูญเสียในวัยต้นที่ปรับตัวได้ดี สามารถเตรียมให้แต่ละคนจัดการกับการสูญเสียที่ผ่านเข้ามาในวงจรชีวิตได้ ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเคยมีประสบการณ์ที่ปรับตัวไม่ได้ หรือความเศร้าโศกในครั้งก่อนยังไม่หายหรือไม่สมบูรณ์ ก็จะมีผลกระทบต่อการปรับตัวในครั้งต่อมาทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ปฏิกิริยาตอบสนองก็จะรุนแรง ความซึมเศร้า ความผิดปกติก็จะตามมา

ท 250382 ร.3

4. การสนับสนุนทางสังคม ในภาวะที่มีการสูญเสียของบุคคล ถ้าหากได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือสังคม มีคนให้กำลังใจ เข้าใจ และช่วยเหลือจะช่วยให้ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงมากนัก และช่วยให้ปรับตัวได้เร็วขึ้น ซึ่งตรงกับที่อุมาพร ตรังคสมบัติ (2541 : 38) กล่าวว่า การอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ มีญาติพี่น้องคอยประคับประคองช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันความรู้สึกเศร้าต่อกันทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกันและให้การประคับประคองด้านอารมณ์ต่อกันจะลดความรุนแรงของการปรับตัวลง

ซึ่งสอดคล้องกับแรนโด (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 22 ; อ้างอิงจาก Potter & Perry. 1997 ; citing Rando. 1984) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ที่มีความเศร้าโศกอย่างมาก ผ่านเข้าสู่กระบวนการเศร้าโศกได้ โดยมีการแบ่งปันความรู้สึกของผู้เศร้าโศกกับผู้สนับสนุนและมีการช่วยเหลือสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับตัว แต่การขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเกิดจากไม่มีผู้ช่วยเหลือ หรือเกิดจากการไม่ยอมรับของสังคม เช่น การเสียชีวิตของคู่นอนที่เป็นรักร่วมเพศ (Gay) มักจะไม่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการสนับสนุนน้อยจากครอบครัวและเพื่อน จากการขาดการสนับสนุนนี้ก็จะทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้สูญเสีย

5. สภาพร่างกายและอารมณ์ เมื่อมีการเจ็บป่วยทางกายจะมีปฏิกริยาทางอารมณ์เกิดขึ้นทำให้การปรับตัว หรือการยอมรับการสูญเสียเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก และการขาดกลไกในการปรับตัวที่เหมาะสม ก็จะทำให้เผชิญกับปัญหาหรือความสูญเสียได้น้อย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2528 : 43) หรือถ้าในขณะนั้น ผู้สูญเสียมีการสูญเสียหลายอย่างมีปัญหาความเครียดทางอารมณ์อื่นอยู่ด้วยแล้วเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นอีก ก็จะทำให้มีความลำบากในการปรับตัว

6.บุคลิกภาพ คนที่มีบุคลิกภาพแข็งแกร่งย่อมปรับตัวได้ดีกว่า คนที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ จึงพบว่าคนที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนแบบคาบเส้น (Borderline) และหลงตัวเอง(narcissistic) (สุทธิพร เจณณาวสิน. 2543 : Online) ซึ่งสอดคล้องกับที่ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2533 : 37) กล่าวว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพาและมีความพึงพอใจแบบหลงตัวเองอยู่เสมอ จะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย และเมื่อพบกับการสูญเสียจะรับเอาสิ่งที่สูญเสียนั้นเข้าหาตัวเองและเปลี่ยนความรัก เป็นความโกรธต่อวัตถุนั้น คือ จะเกิดอาการโกรธตัวเอง โทษตัวเอง

7. ทัศนคติต่อการสูญเสีย หากผู้สูญเสียเคยมีการสูญเสียในอดีต และสามารถปรับตัวได้โดยไม่ทุกข์ทรมาน ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป

8. อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อปฏิกริยาการสูญเสีย แต่ละวัยจะรับรู้ให้ความสำคัญและมีปฏิกริยาตอบสนองต่อมากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งพอตเตอร์และเพอรี (Potter & Perry. 1999) ได้กล่าวถึงภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของวัยต่าง ๆ ไว้ดังนี้

วัยทารก วัยนี้จะไม่สามารถเข้าใจความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและการตาย จนกระทั่งสามารถจำคนที่คุ้นเคย จำพ่อแม่ หรือผู้ให้การดูแลได้ หลังจากนั้นแม้เป็นการสูญเสียชั่วคราวก็เป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวลได้

วัยเตาะแตะ วัยนี้เด็กจะยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง จะสับสนเกี่ยวกับความจริงและความฝัน วัยนี้จะรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียสิ่งของและการแยกจากพ่อแม่ หรือผู้ที่ดูแล

วัยก่อนเรียน วัยนี้รับรู้ว่าการเสียชีวิตเป็นการหลับชนิดหนึ่ง หรือเป็นการหายไปชั่วคราว

วัยเด็กตอนต้น จะรับรู้ว่า การเสียชีวิตเป็นสิ่งที่น่ากลัว จะมีการคิดถึงภาพภูติผีปีศาจและคิดว่าจะสามารถหลบหนีความตายได้

วัยเด็กตอนปลาย จะรับรู้ความเป็นจริงมากขึ้น รับรู้ว่าการเสียชีวิตเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต เด็กจะกลัวการตาย จะมีความรู้สึกกังวลและรู้สึกกลัวต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะถ้าเป็นการเสียชีวิตของบิดามารด

วัยรุ่น จะรู้สึกเศร้าโศกทันที เมื่อมีการสูญเสียอวัยวะและการทำหน้าที่ของร่างกายวัยรุ่นจะกลัวการปฏิเสธจากกลุ่ม วัยรุ่นรับรู้และเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความตายจากผู้ใหญ่ แต่ดูเหมือนวัยนี้จะมีน้อยคนที่จะยอมรับความสูญเสียชีวิต เพราะเป็นวัยที่เพิ่งเริ่มต้นพัฒนาชื่อเสียงและเป้าหมายในชีวิต ดวยเหตุที่วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมากอยู่แล้ว การเกิดการสูญเสียในวัยนี้จึงมักมีความทุกข์ทรมานมาก ผู้ปกครองควรให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเกิดความเศร้าโศกผิดปกติตามมาได้

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยนี้มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียสิ่งสำคัญเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ บทบาท วิถีชีวิต ซึ่งการสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ การหย่าร้าง หรือการสูญเสียภาวะสุขภาพจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเศร้าโศกได้มาก และความคิดเกี่ยวกับการตายก็เป็นเรื่องใหญ่ที่มีอิทธิพลจากศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ

วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง วัยนี้มักเริ่มทบทวนชีวิตใหม่ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การสูญเสียความเป็นเจ้าของจะคุกคามการดำเนินชีวิต วัยนี้จะพิจารณาว่าความตายจะเกิดขึ้นได้อย่างไร

วัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะรู้สึกถึงความเศร้าโศกที่คาดว่าจะเกิดขึ้นรู้ถึงความเป็นไปได้ของการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จึงกลัวการสูญเสียการพึ่งพาตนเองและความเป็นอิสระ การยอมรับความตายขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการ ผู้สูงอายุจะกลัวเหตุการณ์รอบๆ ความตาย มากกว่าตัวของความตายเองพอตเตอร์และเพอรี ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศกของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ
2.การสูญเสียการงาน
3.การสูญเสียการยอมรับทางสังคม
4.การสูญเสียสัมพันธภาพ
5.การสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง
6.ความกลัวสูญเสียการควบคุม
7.ความรู้สึกไม่สมหวัง
8.ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

9.บุคลิกภาพ

10.ความสามารถในการทำหน้าที่

9. บทบาททางเพศ สังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ จะยอมรับให้ผู้หญิงแสดงออกถึงความเศร้าโศกได้อย่างเปิดเผยมากกว่า เพราะสังคมคาดหวังว่าผู้หญิงเป็นผู้ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ แต่ในผู้ชายสังคมและวัฒนธรรมจะเปิดโอกาสให้ผู้ชายแสดงออกถึงความเศร้าโศกได้ยากกว่า เพราะสังคมคาดหวังว่า ผู้ชายเป็นเพศที่แข็งแรงและต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ชายจึงต้องเก็บความเศร้าโศกไว้ภายในไม่แสดงออกให้เห็น จากการศึกษาของสโตรเบและสโตรเบ (Kasterbaum. 1998 ; citing Stroebe & Stroebe. n.d.) ที่ได้ทำการศึกษาถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้เศร้าโศก พบว่า ในสัปดาห์แรกภายหลังการสูญเสียพบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูง โดยพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงคือ ผู้ชาย 66 ราย ผู้หญิง 10 ราย และคาสเตอร์บาม (Kasterbaum. 1998) กล่าวถึงการศึกษาถึงความเสี่ยงในการตายที่เกี่ยวข้องกับเพศในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ผู้ชายวัยหนุ่มที่เป็นม่าย ซึ่งมีความเศร้าโศกจากการเสียชีวิตของภรรยาที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนไม่ได้คาดฝันมาก่อนนั้น จะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าชายหนุ่มที่ยังเป็นโสดหรือยังไม่มีคู่ โดยความเศร้าโศกนี้จะความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่มักเกิดขึ้นภายใน 6 เดือน ภายหลังการสูญเสีย จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความเอาใจใส่ให้มากขึ้นต่อผู้เศร้าโศกผู้ชายในวัยหนุ่มที่มีการสูญเสียภรรยาอย่างกระทันหัน โดยเฉพาะในระยะแรกของการสูญเสีย

10. วัฒนธรรมและความเชื่อทางจิตวิญญาณ วัฒนธรรม คุณค่า ทัศนคติ ความเชื่อประเพณีมีอิทธิพลต่อปฏิกริยาการสูญเสีย แต่ละบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งเหล่านี้ในหลาย ๆ ทาง และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของผู้สูญเสีย มักจะช่วยในการตัดสินรูปแบบความเศร้าโศกที่พอเหมาะสำหรับบุคคล (Ellis & Nowlis. 1994 : 176) สำหรับในสังคมวัฒนธรรมไทยได้มีส่วนช่วยในเรื่องการสูญเสียและเศร้าโศกจากการตายของบุคคลที่รัก คือ การจัดพิธีงานศพที่ทำให้ได้มีการพบปะมีโอกาสรวมญาติ เพื่อนสนิท ทำให้ได้มีการประคับประคองและแบ่งปันความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการปรับตัวสู่กระบวนการเศร้าโศกปกติมากขึ้น นอกจากนั้นความเชื่อทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียและความเศร้าโศกจากการเสียชีวิต ได้แก่ การปฏิบัติ การทำพิธีกรรม การประกอบพิธีทางศาสนาต่าง ๆ และบางคนจะหันไปยึดศาสนาเป็นที่พึ่งพาทางใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูญเสียและเศร้าโศก ยอมรับต่อการสูญเสียได้ดีขึ้น ในทางตรงข้าม ผู้ที่ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ขาดที่พึ่งทางศาสนาจะทำให้เสี่ยงต่อการปรับตัวต่อการสูญเสียทำให้เกิดความเศร้าโศกผิดปกติได้

11. ฐานะทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของครอบครัวจะเป็นแหล่งให้ความสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่สูญเสีย ถ้าหากมีการสูญเสียผู้นำครอบครัวที่เป็นผู้หารายได้แก่ครอบครัวไป ผู้สูญเสียก็ย่อมได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ การเงิน การดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียก็จะมีมาก (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 66)

จากปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมด ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้สูญเสียมีปฏิกริยาตอบสนองมากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการที่พยาบาลผู้ให้ความช่วยเหลือต้องเข้าใจและ

ศึกษารายละเอียดที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม

1.4 ลักษณะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ

1.4.1 ปฏิกิริยาตอบสนองของภาวะสูญเสีย

เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น บุคคลก็จะปรับตัวโดยผ่านกระบวนการความเศร้าโศกดังกล่าวมาแล้ว ในระหว่างการดำเนินของกระบวนการความเศร้าโศกปกตินี้ จะพบปฏิกริยาตอบสนองของการสูญเสีย ซึ่งมีปฏิกริยาทางด้านร่างกาย ความรู้สึก ความคิดสติปัญญา และพฤติกรรมดังนี้

ด้านร่างกาย ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจขัด จุกในลำคอ กลืนลำบาก โล่งๆ ในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ไม่มีความอยากอาหาร คลื่นไส้ ไวต่อเสียงมากขึ้น มึนศีรษะ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ล้าอย่างเรื้อรัง ไม่มีความรู้สึก ขาดพลังงาน ปากแห้ง

ด้านความรู้สึก ได้แก่ เศร้า โกรธ รู้สึกโกรธผู้อื่นซึ่งดูเหมือนจะมีความสุข รู้สึกผิด หรือโทษตนเอง วิตกกังวล เหงา ช่วยตัวเองไม่ได้ ช็อค ไม่มีความรู้สึก โหยหา โล่งใจ

ด้านการรับรู้ ความคิดสติปัญญา ได้แก่ ไม่เชื่อ สับสน หมกมุ่นเกี่ยวกับผู้ตาย คิดวกวนอยู่กับการฝันกลางวัน หูแว่ว ความรู้สึกว่าผู้ตายมาปรากฏตัวให้เห็น ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ ขี้ลืม หมดหวัง ต้องการจะตาย

ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ หลับยาก ฝันถึงผู้ตาย ร้องไห้ ถอนหายใจ รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารทดแทนการสูญเสีย กระสับกระส่าย สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคม ใจลอย เลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงผู้ตาย

คำว่า "ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ" พบว่ามีการใช้หลายคำ เช่น Stypical Grief , Complicated Grief หรือ Dysfunctional Grief หรือ Pathologic Grief ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ จะมีการทำหน้าที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพทำให้ปฏิกริยาตอบสนองไม่เป็นไปตามกระบวนการตามปกติที่ควรจะเป็นดังที่ โบเวอร์ (Bower. 1980 : 31) กล่าวว่า ความเศร้าผิดปกติเกิดขึ้นในความเศร้าปกติ ระหว่างที่ความเศร้าดำเนินอยู่ ได้มีอุปสรรครบกวน กีดขวาง กระบวนการความเศร้าโศก ทำให้เกิดปฏิกริยาตอบสนองช้า ยาวนาน มีอาการมากเกินปกติ โดยเฉพาะถ้าไม่ผ่านขั้นความรู้สึกเจ็บปวดหรือถ้ามีการเก็บกด (Depress) และปฏิเสธ (Denial) ที่มากเกินไป ก็จะทำให้เกิดความเศร้าโศกผิดปกติ ที่มีระยะของความเศร้าโศกที่ยาวนาน และจาคอบส์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544. 30 ; อ้างตาม Jacobs. 1993) ได้ให้ความหมายของความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathologic Grief) ว่า หมายถึงความเศร้าโศกที่มีการทำหน้าที่ ผิดปกติไปจากกระบวนการปกติ ทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรมและร่างกายแต่มีข้อยกเว้น คือ กลุ่มอาการความเศร้าที่ไม่เกิดขึ้น (Absent Grief) จะไม่แสดงอาการให้เห็นถึงความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียบุคคลที่รัก

ลักษณะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ มีให้เห็นกัน 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่แสดงให้เห็นได้ชัดเจนในทุกคน (ลักษณะที่ต้องแสดงให้เห็น) และลักษณะที่แสดงให้เห็นในบางกลุ่มหรือในบางครั้ง (ลักษณะที่อาจจะแสดงให้เห็น)

ลักษณะที่จะต้องแสดงให้เห็นมีดังนี้

1. แสดงถึงการปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสีย
2. ปฏิเสธ ซึมเศร้า เป็นเวลานาน
3. ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ล่าช้า

ลักษณะที่อาจจะแสดงให้เห็นมีดังนี้

1. แยกตัวเอง หรือถดถอย
2. ล้มเหลวในการพัฒนาสัมพันธภาพใหม่ ไม่สนใจในการสร้างสัมพันธภาพ
3. ล้มเหลวในการปรับโครงสร้างของชีวิตภายหลังการสูญเสีย

1.4.2 ความเศร้าโศกที่ผิดปกติที่พบ ได้แก่

1. ความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้า และไม่มีปฏิกริยา (Delayed and absent grief)(Jacob. 1993 : 55)

1.1 ความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้า (Delayed Grief) ในความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้า จาร์คอป (Jacob) กล่าวว่า จะมีการล่าช้าของกลุ่มอาการเจ็บปวดต่อความเศร้าโศกและการค้นพบเหตุการณ์การสูญเสียมากกว่า 2 สัปดาห์ ภายหลังการสูญเสีย ทำให้กระบวนการความเศร้าโศกไม่เริ่มขึ้นและไม่สิ้นสุด สอดคล้องกับกอร์แมนและซัลแทน (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 31 ; อ้างอิงจาก Gorman and Sultan.1989) กล่าวไว้ว่า ความเศร้าโศกสามารถเลื่อนออกไปได้ตามสภาพการณ์ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น บุคคลที่สูญเสียสมาชิกครอบครัวและเป็นผู้ที่ต้องจัดเตรียมงานศพ ช่วยเหลือคนอื่น ๆ ทำให้ใน 2-3วันแรก บุคคลนั้นจะมีภาระยุ่งเหยิงมากเกินไป จึงไม่รับรู้ต่อเรื่องราวการสูญเสียใหญ่หลวงที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ ทำให้เลื่อนปฏิกริยาตอบสนองของภาวะสูญเสียในเวลานั้นออกไป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดปฏิกริยาล่าช้าอีก ได้แก่

1.1.1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเศร้าโศกที่ล่าช้า เกิดจากมีการใช้กลไกทางจิตในการปฏิเสธ (Denial) และเก็บกด (Suppress) เพื่อหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดจากความเศร้าโศกมากเกินไปจึงไม่เคลื่อนเข้าสู่กระบวนการความเศร้าโศกตามปกติ โดยเฉพาะไม่ผ่านขั้นที่รู้สึกเจ็บปวดต่อความเศร้าโศก และในช่วงเวลาที่ไม่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อกระบวนการความเศร้าโศกนี้ จาคอบส์ (Jacobs. 1993 : 55) กล่าวว่า อาจพบอาการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงของการเฉยเมย ไม่มีความรู้สึกและไม่เชื่อ ซึ่งปาร์คและไวสส์ (Jacobs. 1993 ; citing Parkes and Weiss. 1983) กล่าวว่า อารมณ์รุนแรงของการเฉยเมย ไม่มีความรู้สึก และไม่เชื่อนี้ มักจะเกิดกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดทางจิตใจที่รุนแรง การตายที่ไม่คาดหวัง หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

1.1.2 ปฏิกริยาตอบสนองที่ล่าช้าที่ไม่ปรากฏปฏิกริยาตอบสนองในเวลาของการสูญเสียนี้ มักจะถูกกระตุ้นด้วยการสูญเสียในคราวต่อมา ซึ่งทำให้มีการตอบสนองที่รุนแรงเกินกว่าเหตุ และมักจะถูกกระตุ้นด้วยการสูญเสียอื่นที่เป็นการสูญเสียที่เล็กน้อยกว่า เมื่อปฏิกริยาความเศร้าโศกของความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้าได้เริ่มเกิดขึ้น มักเกิดร่วมกับความเศร้าโศกอย่างรุนแรง หรือกลุ่มอาการเศร้าโศกเรื้อรัง ทำให้เกิดความซึมเศร้าอย่างมาก (Major Depression) ตามมา

1.2 การไม่มีปฏิกริยาความเศร้าโศก มีอาการแสดงใกล้เคียงกันกับความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้า จะแตกต่างกันตรงเวลา คือ การไม่มีปฏิกริยาความเศร้าเกิดขึ้น จะใช้เวลานานกว่าความเศร้าโศกที่มีปฏิกริยาล่าช้า เช่น ความเศร้าโศกที่เริ่มเกิดขึ้นเมื่อครบรอบ 1 ปี หรืออาจเป็น 6 เดือนแรกภายหลังการสูญเสีย ซึ่งเป็นความเศร้าโศกที่ไม่มีปฏิกริยา เกิดขึ้นในระยะแรก แต่ความเศร้าโศกชนิดนี้จะพบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5 ของความเศร้าโศกที่มีพยาธิสภาพ (Jacobs. 1993)

2. ความเศร้าโศกที่บิดเบือน (Distored Grief) เป็นความเศร้าที่ผิดปกติ ที่เศร้าหรือเสียใจมากเกินไป มักมีอาการแสดงของปัญหาทางอารมณ์อื่นรวมทั้งซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่อะไรได้เลย สังเกตภายนอกจะมีอาการดื่นดระหนก กลายเป็นพฤติกรรมที่กลัวหรือไปติดแอลกอฮอล์ หรือติดสารบางอย่าง เพื่อรักษาความรู้สึกของตนเอง

3. การปิดบังอาการเศร้า (Masked Grief) เกิดจากการที่บุคคลไม่ยอมรับความเศร้า มักพบอาการทางกายหรือการบ่น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การนอน การทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

1.5 ความหมายของความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร (Kellner & Lake. 1993 : 717-718)

เคลเนอร์ และเลค กล่าวไว้ว่า มารดามีปฏิกิริยาต่อการความสูญเสียบุตรในครรภ์ คือ ความเศร้าโศก (Grief) ซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดจากความรักความผูกพันรักใคร่ (Attachment) กับทารกในครรภ์ที่ถูกแยก หรือถูกตัดออกไปจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ กระบวนการในการพัฒนาความผูกพันรักใคร่ระหว่างมารดากับทารกในครรภ์เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนทารกจะคลอด ระบบสังคมได้สอนให้เด็กหญิงเริ่มต้นที่จะได้รับรู้บทบาทในสังคมถึงการเป็นภรรยา และมารดา ฉะนั้นในระดับจิตใต้สำนึกของเด็กหญิงจึงเริ่มมีความผูกพันรักใคร่กับทารก ที่จะอยู่ในครรภ์มานานหลายปีก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจริง ๆ โดยมีการจินตนาการถึงการแต่งงาน การเป็นมารดา เมื่อมีการปฏิสนธิความผูกพันรักใคร่ระหว่างมารดากับทารกในครรภ์จะมีมากขึ้น และพัฒนาต่อไปตามลำดับตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ในระยะก่อนที่มารดาจะรู้สึกว่าทารกดิ้นมารดาจะมีความคิด ความรู้สึกว่าทารกเป็นเหมือนส่วนหนึ่งของตนเอง ต่อมาเมื่อรู้สึกว่าทารกดิ้นแล้วจะรู้สึกว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่แยกจากตนเอง มีการจินตนาการถึงรูปร่าง หน้าตา เพศของทารก ตั้งชื่อเล่นให้

ทารกตามบุคลิกลักษณะที่คิดคำนึงขณะตั้งครรภ์ และเมื่อถึงกำหนดคลอดการคลอดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์จึงเป็นเรื่องที่น่าชื่นชมยินดีสำหรับบิดามารดาที่มีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตร แต่ถ้าการตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงโดยการแท้ง การตายของทารกในครรภ์จึงไม่ใช่การตายของทารกที่มารดาไม่รู้จัก แต่เป็นการตายของทารกในอุดมคติซึ่งชีวิตของเขาได้ถูกสถาปนามานานแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องของการรับรู้ของสตรีที่แท้งเองในระยะไตรมาสแรกของวอลล์-ฮาส (Wall-Haas. 1985 : 50-53) พบว่า สตรีส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นการสูญเสียเช่นเดียวกับการสูญเสียทารกที่ครบกำหนด

การสูญเสียบุตรในครรภ์ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ (Early Prenancy Loss) เช่น การแท้งเอง การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการทำแท้งเพื่อการรักษา มีข้อแตกต่างกับการรับรู้การสูญเสียบุตรในระยะท้าย ของการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดบุตรตายคลอด การตายของทารกแรกเกิด เพราะกระบวนการการเศร้าโศกจะสามารถเริ่มต้นและผ่านไประยะสิ้นสุดได้ง่ายถ้าเห็นรูปร่างหน้าตาหรือรูปภาพของทารกที่ตาย แต่สำหรับมารดาที่ต้องสูญเสียทารกในครรภ์ในระยะแรก ๆ ของการตั้งครรภ์จะไม่มีโอกาสได้เห็นตัวตน หน้าตาของทารกได้ชัดเจนหรืออาจเห็นเป็นเพียงชิ้นเนื้อที่ทำให้การยอมรับความจริงเกี่ยวกับการสูญเสียไม่ชัดเจนถึงทำให้การสิ้นสุดกระบวนการเศร้าโศกเป็นไปได้ยาก มีการศึกษาพบว่า ความเศร้าโศกในระยะ 2 เดือนหลังการแท้ง ระหว่างกลุ่มมารดาที่ขอสิ้นสุดการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกในครรภ์มีความพิการกับมารดาที่แท้งเองไม่มีความแตกต่างกันแต่ความรู้สึกผิด (Guilt) เป็นคนละอย่างกัน มารดาที่ขอสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกว่าตนเองคิดผิดหรือเปล่าที่ทำลายชีวิตบุตรในครรภ์ แต่มารดาที่แท้งเองจะมีความรู้สึกผิดอย่างไม่มีเหตุผล (Unreasonable Guilt) (สุทธิพร เจณณวาสิน. 2543 : Online ; อ้างอิงจาก Rosenblatt; et al. 1993 : 270-273)

1.5.1 ความรุนแรงของความเศร้าโศกและผลกระทบของความเศร้าโศกที่มีต่อผู้สูญเสีย

ความรุนแรงของความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุตรในครรภ์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการ เช่น อายุ อายุครรภ์ ประสบการณ์การสูญเสียบุตรในครรภ์ และการมีบุตรมาก่อน มีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุมากที่มีความเศร้าโศกน้อย แต่สมมติฐานที่ว่าอายุมารดามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเศร้าโศกในทางบวก ได้รับการยอมรับมากกว่า ซึ่งเชื่อว่ามารดาที่มีอายุมากมีเวลาเหลือน้อยลงในการให้กำเนิดบุตรคนต่อไป จึงมีความรุนแรงของความเศร้าโศกมากกว่า (Toedter, Lasker and Alhadeff. 1988 : 439 ; citing Kiekley - Best. 1981) นอกจากนั้นเปปเปอร์สและแนปปี (Toedter, et al. 1988 : 439 ; citing Peppers snd Knapp.) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความเศร้าโศกในมารดาที่แท้งเอง คลอดบุตรตายคลอด และทารกตายในวัยแรกเกิด (Neonatal Death) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่โทดเดอร์ และคณะ (Toedter, et al. 1988 : 439) พบว่าอายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเศร้าโศกในทางบวก เค

ริกเลย์-เบทส์กับโทดเดอร์และคณะ ยังพบว่าประสบการณ์การสูญเสียบุตรในครรภ์ในอดีต (Previous Perinatal Loss) ไม่สามารถเป็นตัวทำนายความเศร้าโศกที่ผิดปกติของมารดาได้ แต่แนวคิดในเรื่องของการปรับตัวเชื่อว่าผู้ที่เคยประสบกับการสูญเสีย และประสบกับความสำเร็จในการปรับตัวมาก่อนย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับตัวได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ หรือไม่เคยปรับตัวมาก่อน ซึ่งซ่อลดา พันธุเสนา (2536 : 152) กล่าวคือ ประสบการณ์การสูญเสียบุตรในครรภ์มีความสัมพันธ์รุนแรงของความเศร้าโศกในทางบวก สอดคล้องกับลาโรเซ่และคณะ (LaRoche, et al. 1984 : 14-19) ศึกษาพบว่าการมีบุตรมาก่อน (Previous Birth) ทำให้มารดามีความยากลำบากในการ เผชิญกับการสูญเสียบุตรในครรภ์มากกว่ามารดาที่ยังไม่เคยมีบุตร โดยทั่วไปเชื่อว่าการมีบุตรมาก่อนการสูญเสียบุตรในครรภ์ทำให้การเผชิญกับการสูญเสียเป็นไปได้ดีกว่า มารดาและบิดายังมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะให้กำเนิดบุตรคนต่อไปได้ นอกจากนี้บุตรคนก่อนยังช่วยให้เบี่ยงเบนความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการสูญเสียบุตรในครรภ์ของมารดา และช่วยประเล้าประโลมจิตใจของมารดา

1.5.2 ผลกระทบของความเศร้าโศกที่มีต่อผู้สูญเสีย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าโศกจากการสูญเสียกับภาวะป่วยที่เกิดขึ้น พบว่า หน้าที่การทำงานของที-เซลล์ถูกกดให้ต่ำลง โดยเฉพาะ 6 สัปดาห์แรกหลังการสูญเสีย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อจากไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อราได้ง่ายขึ้น (Mc Ateer. 1989 : 55-58 ; citing Jacobs & Diuglas. 1993) และยังพบอีกว่าการสูญเสียมีผลต่อสุขภาพทำให้อาการป่วยที่เป็นอยู่เดิมมีความรุนแรงขึ้น ร้อยละ 48 ของผู้สูญเสียป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. 2535 : 31-32) นอกจากนี้ยังกล่าวอีกว่า ความเศร้าโศกจากการสูญเสียยังเป็นตัวกระตุ้นหรือตัวเร่งอย่างหนึ่ง และมักเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งอยู่เบื้องหลังที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการทางจิตเวช (Psychiatric Syndromes) ในผู้ป่วยจิตเวช

1.5.3 ผลกระทบของความเศร้าโศกต่อมารดาภายหลังการแท้ง และครอบครัว สามารถสรุปได้ดังนี้ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 67)

1.5.3.1 ด้านสุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการแท้งมารดาจะมีอาการซึมเศร้า (Depressive Symtoms) ในสัปดาห์แรก ๆ หลังการแท้งสูง โดยใช้แบบวัด The center for Epidemioligic Studies Depression (DES-D) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซึมเศร้าที่พบคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ อายุครรภ์ที่แท้ง และเจตคติที่มีต่อการตั้งครรภ์ (Neugebauer, et al. 1993 : 1332-1339) และคูลเบิรก์ (Zeanah. 1989 : 473 ; citing Cullberg. 1972) ศึกษาในมารดาภายหลังการสูญเสียบุตรในวัยแรกเกิดในช่วง 1-2 ปี พบว่าร้อยละ 34 มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น มีอาการซึงเศร้ามาก ย้ำคิดมีความวิตกกังวลมาก กลัวเป็นมะเร็งที่มดลูก และยังรายงานต่อไป

ว่ามารดาเกือบทั้งหมดมีอาการทางจิตเวชทุเลาลง ยกเว้นบางคนยังที่อาการอยู่ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดีอย่างเรื้อรัง (Chronic Maladaptive Behavior)

1.5.3.2 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันกับบุตรในครรภ์มากกว่าบิดา ความรักใคร่ผูกพันที่ต่างกันทำให้ความรู้สึกเศร้าโศกต่อการสูญเสียบุตรในครรภ์ต่างกันด้วย มารดามักจะมีความเศร้าโศกมาก ขณะที่บิดาอาจจะรู้สึกน้อยกว่า หรือบางครั้งก็เก็บกดความรู้สึกไว้ไม่แสดงออก เนื่องจากสังคมคาดหวังว่าผู้ชายเป็นคนเข้มแข็งเป็นผู้ปกป้องและให้ความอบอุ่นกับผู้หญิง บางครั้งสามีอาจจะรู้สึกว่าไม่สามารถแบ่งปันความรู้สึกเศร้าโศกกับบุคคลอื่น หรือแม้แต่ภรรยาได้ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากสามีมีความรู้สึกขัดแย้งในใจที่จะพูดคุยแบ่งปันความรู้สึกกับภรรยา เพราะเกรงว่าภรรยาจะเสียใจและซึมเศร้ามากขึ้น สามีบางคนอาจหาทางออกโดยการกระตือรือร้นทำงานมากขึ้น ทำงานพิเศษนอกบ้านและนอกเวลามากขึ้นยิ่งทำให้สามีไม่มีเวลาพูดคุยปลอบใจ และให้กำลังใจแก่ภรรยา ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาเหินห่างกัน ความแตกต่างกันทางความรู้และการแสดงออกต่อการสูญเสียของสามีภรรยาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความลำบากใจของทั้งสองฝ่ายเนื่องจากฝ่ายภรรยาจะรู้สึกว่าตนเองต้องแบกรับภาระหนักทางด้านอารมณ์ความรู้สึกแต่เพียงผู้เดียวและดูเหมือนว่าสามีจะไม่ทุกข์โศกมากนัก ภรรยามักจะคิดว่าสามีไม่สนใจดูแลและไม่ได้ให้ความสำคัญกับภรรยาและบุตรที่สูญเสียไปซึ่งอาจนำมาสู่ความขัดแย้งได้ ความรู้สึกโกรธเคืองซึ่งกันและกัน ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 ; อ้างอิงจาก Esposito. 1987 : 13-14)

1.5.3.3 การตั้งครรภ์ครั้งต่อไป มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสตรีมีครรภ์ที่เคยมีประวัติสูญเสียทารกในครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน กลุ่มหนึ่งแท้ง อีกกลุ่มหนึ่งคลอดบุตรตายคลอดและทารกตายในวัยแรกเกิด พบว่า ในขณะตั้งครรภ์ครั้งใหม่นี้มารดายังมีความเศร้าโศกอยู่และความเศร้าโศกของมารดาที่เคยคลอดบุตรตายคลอด และทารกตายในวัยแรกเกิดมีมากกว่ามารดาที่เคยแท้งเอง (Theut, et al. 1989 : 635-639)

1.5.3.4 ด้านจิตวิญญาณ มารดาที่สูญเสียบุตรในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) (Gilbert & Harmon. 1993 : 144) คือ มีความกังขาเกี่ยวกับความเชื่อในศาสนาที่บุคคลยึดถือในการดำเนินชีวิต มีความสงสัยว่าเหตุใดพระเจ้าจึงให้เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับตนเอง

การสูญเสียบุตรในครรภ์จากการแท้งเป็นระยะที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Situational Crisis) ของชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่ขาดสมดุลยภาพของกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มารดาจึงต้องการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดภาวะดุลยภาพของสุขภาพ (Watson. 1985 : 269-289) โดยอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ คือการสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ การสร้างความศรัทธาและความหวัง การไวต่อความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ การใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการบวนการเรียนการสอน การประคับประคองป้องกันและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้าน

กายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณ การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ และการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณเพื่อการมีชีวิตอยู่

1.6 แนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่เศร้าโศกจากการสูญเสีย

จากแนวคิดที่เป็นแกนของทฤษฎีความเศร้าโศกของฟรอยด์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 62 ; อ้างอิงจาก Kasterbaum. 1998 ; citing Freud. 1957) ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น จะได้ข้อสรุปที่เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือในการช่วยเหลือผู้ที่เศร้าโศกได้ว่า การดำเนินความเศร้าโศกต้องใช้เวลา ไม่ควรเร่งรีบให้ผู้เศร้าโศกหายเศร้าโดยเร็ว การเร่งให้ผู้เศร้าโศกกลับมาดำเนินชีวิตเหมือนเดิมในเวลาอันรวดเร็วจะยิ่งเป็นการเพิ่มความเครียดและทำให้ผ่านความเศร้า-โศกได้ยากลำบาก เป้าหมายหลักในการช่วยเหลือผู้เศร้าโศก คือ การช่วยให้ผู้เศร้าโศกยอมรับความจริงของการสูญเสียและต้องมีการปลดปล่อย แยกความผูกพัน ลดความเข้มข้นของความผูกพัน และหันไปสร้างความผูกพันกับคนที่มีชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม การที่ไม่สามารถลดความผูกพันกับผู้ที่ตายลงได้ในระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติได้

เบโนเลียล ((Benolie. 1985 : 349) ได้ให้แนวทางการช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีเศร้าโศก ดังนี้

1. เตรียมให้โอกาสผู้เศร้าโศกได้เล่าเรื่องของเขา
2. เข้าใจและยอมรับอารมณ์ต่าง ๆ ที่แสดงออกมาที่เกี่ยวกับการสูญเสียที่สำคัญ
3. เตรียมให้การช่วยเหลือสำหรับการแสดงออกถึงความรู้สึกที่ยากลำบาก เช่น โกรธ และเศร้าใจ โดยการเข้าใจว่า บุคคลจะต้องทำในวิถีทางและตามขั้นตอน
4. ควรคำนึงถึงเด็กในกระบวนการความเศร้าโศกด้วย
5. ช่วยรักษาสัมพันธภาพของผู้เศร้าโศกกับผู้อื่นไว้
6. ยอมรับถึงผลประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
7. ส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัว
8. ยอมรับประโยชน์ของการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาผิดปกติ

จากแนวคิดการช่วยเหลือผู้เศร้าโศกของเบโนเลียล ที่ควรเปิดโอกาสให้ผู้เศร้าโศกได้เล่าได้ระบาย ให้การยอมรับและเข้าใจถึงการแสดงออกของผู้รับบริการ การคงสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้ากลุ่มกับผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน การส่งเสริมการดูแลตนเองและการให้คำปรึกษานั้น

ลินเดแมนน์ (ศิริวรรณ พิริยคุณธร. 2544 : 63 ; อ้างอิงจาก Lindemann. 1994) ได้กำหนดโครงร่าง ของรูปแบบในการจัดการความเศร้าโศกไว้ ดังนี้

1. ยอมรับความเจ็บปวดของเศร้าโศก
2. ทบทวนความสัมพันธ์กับตาย
3. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของเอง เช่น ความกลัว ความโกรธ
4. แสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าและความรู้สึกต่อการสูญเสีย
5. พูดถึงความรู้สึกของการสูญเสียและความรู้สึกผิด

6. ค้นหาสัมพันธภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับในการทดแทนในอนาคต

7. ได้รูปแบบการดำเนินชีวิต

จากแนวคิดของลินเดแมนน์ จึงได้แนวคิดในการช่วยเหลือผู้เศร้าโศก คือ การช่วยเหลือผู้เศร้าโศกยอมรับความจริง ยอมรับความเจ็บปวดของการสูญเสีย ช่วยให้ยอมรับและแสดงออกถึงความรู้สึกต่อการสูญเสีย และช่วยให้ได้ระบายโดยพูดถึงความรู้สึกของการสูญเสียและความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้น

วอร์เดน (Potter & Perry. 1999 ; citing Worden. 1991) ได้เขียนหลักโดยทั่วไป 8 ประการซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริม กระบวนการความเศร้าโศกให้มีประสิทธิภาพ หลักการหรือแนวทางนี้จะเหมาะกับการนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลผู้เศร้าโศกจากความตาย และบุคคลผู้เศร้าโศกจากการสูญเสียสิ่งสำคัญของตนเอง หลักการส่งเสริมกระบวนการความเศร้าโศกให้มีประสิทธิภาพ 8 ประการดังนี้คือ

1. ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับความจริงของการสูญเสีย โดยการพูดคุยว่า มีการสูญเสียหรือเจ็บป่วยเกิดขึ้น และผู้ที่จะบอกความจริงให้ยอมรับความจริงได้มากขึ้นคือ คนที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

2. ส่งเสริมให้มีการแสดงออกความรู้สึกออกมา บางครั้งบุคคลจะมีการป้องกันอารมณ์ตนเอง โดยการต่อต้านอารมณ์ที่จะแสดงออกโดยการพูดคุยไปถึงเรื่องอื่นอย่างมาก ดังนั้น การกระตุ้นและเตรียมโอกาสให้มีการแสดงออกของอารมณ์จะเป็นสิ่งสำคัญ

3. พยายามประคับประคองให้อยู่โดยปราศจากผู้ตายหรือเผชิญกับสิ่งที่ไม่สามารถทำได้ในการดูแลให้ใช้การแก้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-Solving) ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากโดยให้ผู้รับบริการและครอบครัว เขียนรายการที่เป็นปัญหา แล้วช่วยให้เขาลำดับปัญหาของเขา และช่วยนำพวกเขาให้พูดคุยอย่างเป็นขั้นเป็นตอนว่า เขาจะต้องทำแต่ละขั้นตอนอย่างไร กระตุ้นพวกเขาให้ใช้สมาชิกครอบครัว ใช้แหล่งสนับสนุนจากชุมชนหรือบุคคลผู้ซึ่งสามารถช่วยเหลือพวกเขาได้

4. ช่วยให้มีการสร้างสัมพันธภาพใหม่ มีผู้สูญเสียและเศร้าโศกจำนวนมากกลัวว่า จะเป็นการไม่ซื่อสัตย์ต่อผู้ตาย พวกเขาจะต้องการความมั่นใจว่า การมีสัมพันธภาพใหม่ ไม่ได้หมายความว่าจะเป็นการทดแทนผู้ตาย

5. ให้เวลาในการเศร้าโศก โดยทั่วไปมักจะมีปฏิกริยาความเศร้าโศกเกิดขึ้นได้อีกในวันครบรอบใน 2-3 ปีแรก ทำให้บางคนวิตกกังวลว่า พวกเขาจะเสียสติไป

6. แปลความหมายของพฤติกรรมปกติ การไม่มีสมาธิ ความว้าวุ่น การนอนไม่หลับ การได้ยินเสียงผู้ตาย หรือรู้สึกเจ็บปวดในอวัยวะส่วนที่ขาดหายไป เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปภายหลังการสูญเสีย อาการแสดงเหล่านี้ไม่ได้หมายความว่า พวกเขาจะมีความผิดปกติทางใจ หรือกำลังจะมีการเจ็บป่วยอื่น ๆ

7. จัดเตรียมให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ และครอบครัวที่ต้องการจะพูดและแสวงหาพยาบาลหรือผู้ให้ความช่วยเหลือในการสนับสนุนประคับประคอง พูดคุยถึงการจัดการและการปรับตัวต่อไป

8. ไวต่ออาการของการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การตระหนักถึงกลไกการปรับตัวที่ทำให้เกิดอันตราย (Harmful) เช่น ติดยา ติดแอลกอฮอล์ มีการใช้ยาเกินขนาด

1.7 งานวิจัยเกี่ยวกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร

สแวนสัน-คอฟฟ์แมน (Swanson-Kauffman. 1986 : 37-46) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลของมารดาที่แท้งเอง พบว่า มารดามีความต้องการดูแล 5 ด้าน คือ ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อ คือ ต้องการการดูแลที่ช่วยให้มารดาคงไว้ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะผ่านพ้นภาวะการสูญเสียบุตรได้ด้วยดี และจะสามารถให้กำเนิดบุตรตามปกติได้ ด้านการอยู่เฝ้าดูแล คือต้องการการดูแลที่ให้เวลากับมารดา และเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก ด้านการปฏิบัติช่วยเหลือ คือ ต้องการการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญมาให้การพยาบาล ด้านการมีความรู้ คือ ต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแท้ง และการดูแลรักษาที่จะได้รับ ด้านการสนับสนุนส่งเสริม คือ ต้องการดูแลตนเองได้ด้วยพลังความสามารถที่มีอยู่

แมดเดน (Madden. 1994 : 85-104) ได้ศึกษาความรู้สึกและความต้องการของมารดาที่สูญเสีย พบว่า มารดาที่แท้งเองมีความรู้สึกหลายอย่าง คือ รู้สึกเศร้าเสียใจ คับข้องใจ ผิดหวังและโกรธ นอกจากนี้ยังรู้สึกอิจฉาสตรีที่มีครรภ์โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน และมักจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์อื่น ๆ หรือสตรีที่เพิ่งคลอดบุตร ตลอดจนมีความรู้สึกกลัวที่จะได้รับการตำหนิติเตียนจริง ๆ รู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกโกรธและตำหนิบุคคลที่ให้การดูแล มีความสงสัยเกี่ยวกับคำแนะนำ และการปฏิบัติที่ตนได้รับ

กันยรักษ์ เงยเจริญ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง พบว่า มารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองมีความเศร้าโศกโดยรวมในระดับค่อนข้างมาก มีความต้องการการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง และพบว่ามารดามีความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการยกย่องให้เกียรติในความเป็นบุคคล และด้านความสุขสบายและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่า ความเศร้าโศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุนิศา สุขตระกูล (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พบว่า 1. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันทั้ง 5 ด้านเรียงลำดับตามความต้องการดังนี้ คือ ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ด้านความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง 5 ด้าน เรียงตามความต้องการดังนี้ ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ด้านความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล และด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

3. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภาศิริ เบญจศิริลักษณ์ (2545 : Abtract) ได้ศึกษา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความเศร้าโศกของหญิงที่แท้งบุตร เป็นการศึกษาความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตรและศึกษาอำนาจการทำนายของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อายุ อายุครรภ์ การมาเยี่ยมของญาติ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ที่มีต่อความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี และมีความเศร้าโศกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความกังวลใจในการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อายุ อายุครรภ์ การมาเยี่ยมของญาติ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ไม่สามารถร่วมทำนายความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตรได้

จากแนวคิดการช่วยเหลือผู้สูญเสียและเศร้าโศกดังกล่าว ประกอบกับแนวคิดที่มนุษย์เป็นองค์รวม กายและจิตมีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงสรุปหลักการให้การช่วยเหลือโดยรวมในการส่งเสริมให้ผู้สูญเสียผ่านเข้าสู่กระบวนการเศร้าโศกปกติได้ดังนี้

1. ต้องช่วยเหลือในการรักษาความสมดุลระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมเวลาว่าง เพราะถ้าหากสุขภาพทางร่างกายและจิตใจบกพร่องผู้โศกเศร้าจะไม่สามารถตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างรอบคอบ และการมีความพร้อมทางด้านร่างกายจะเป็นการสะสมพลังงานไว้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

2. ช่วยให้ผู้เศร้าโศกยอมรับความจริง ยอมรับความเจ็บปวดของการสูญเสีย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การเกิดความเศร้าโศกปกติ

3. ช่วยลดความเข้มข้นของความผูกพันโดยจัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศในการส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวและผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

4. ยอมรับการแสดงออก ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกกลัว รู้สึกเศร้า การร้องไห้ และความรู้สึกผิดต่าง ๆ ตามกระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้เศร้าโศกและครอบครัวเข้าใจว่าการแสดงออกนี้เป็นเรื่องปกติ และควรแสดงออกโดยไม่เก็บกด

5. ให้กำลังใจว่า อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นได้ในกระบวนการเศร้าโศกปกติ และจะบรรเทาลงได้ในเวลาต่อมา

6. ให้เวลา ไม่เร่งรีบให้ผู้เศร้าโศกหายเศร้าโดยเร็วและคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

7. ส่งเสริมความมีคุณค่า ดำรงความมีศักดิ์ศรี ความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูญเสียและเศร้าโศกไว้

8. ช่วยให้ผู้เศร้าโศกค้นหาประสบการณ์ การปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จในอดีต มาประยุกต์ใช้ในการปรับตัวต่อการสูญเสียครั้งนี้

9. ให้คำแนะนำต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้เศร้าโศกมีความรับผิดชอบ และพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น

10. ถ้าผู้เศร้าโศกมีความผิดปกติ มีความซึมเศร้ามาก มีความทุกข์ทรมานหรือมีการตอบสนองที่เจ็บปวดเป็นเวลายาวนานควรพิจารณาส่งต่อให้แพทย์ดูแล

11. เมื่อมีความเศร้าโศกที่ผิดปกติเกิดขึ้น ควรรีบให้ความช่วยเหลือโดยเร็วภายใน 4-6 สัปดาห์ เช่นเดียวกับการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ มิฉะนั้นจะกลายเป็นพยาธิสภาพตามมาได้

2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการสูญเสีย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย

2.2.1 การสูญเสีย (Loss) เป็นประสบการณ์ที่ไม่มีใครต้องการ แต่ก็เป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตที่ไม่มีใครเลี่ยงได้ การสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก ภาวะสุขภาพ ทรัพย์สมบัติ สิ่งของ อิสระภาพ บทบาททางสังคม หรืออื่น ๆ การสูญเสียนั้นจะกระทำให้เกิดผลกระทบต่อภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดและมีแนวโน้มส่งผลกระทบส่งผลให้เกิดความโศกเศร้าในการเผชิญกับการสูญเสียนั้น เกิดกระบวนการของความทุกข์ทรมานที่มีผลกระทบต่อจิตใจ หากมีชีวิตโดยปราศจากบุคคลหรือสิ่งที่สูญเสียไป รู้สึกโศกเศร้าซึ่งอาจจะเป็นในระยะแรกแล้วจะค่อย ๆ หายไป แต่อาจยาวนานจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Hoft. 1984 : 118)

บุคคลเมื่อเกิดความรู้สึกสูญเสียขึ้นไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียอะไร จะมีการปรับตัวต่อการสูญเสียตามขั้นตอนดังนี้ (Speck. 1978 : 10)

1. ระยะการปฏิเสธความจริง (Denial) เป็นระยะที่บุคคลพยายามปฏิเสธ หลีกเลี่ยงความเจ็บปวดที่ได้รับจากภาวะไร้ความสามารถได้ มักแสดงออกในลักษณะขาดความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น มีเป้าหมายที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์สูญเสีย ละเลยต่อคำแนะนำในการปฏิบัติตน ไม่ยอมปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือควรมุ่งที่การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ยอมรับการปฏิเสธของบุคคลที่สูญเสีย ส่งเสริมให้เขาได้เผชิญหน้ากับการแสดงออกทางพฤติกรรม เหตุผลและความรู้สึกของตนเอง ผู้ช่วยเหลือใช้เทคนิคขยายความและการแปรความหมาย รวมทั้งการเพิ่มระดับการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness)

2. ระยะความรู้สึกโกรธ (Anger) ต่อสถานการณ์ที่เกิดกับตนเอง เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกสงสารตนเอง มีความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง ต้องการลงโทษตนเอง อาจเกิดความคิดจะฆ่าตัวตาย ก้าวร้าว เก็บกด ฯลฯ การช่วยเหลือควรมุ่งเน้นการฝึกให้ระบายความรู้สึกโกรธในวิถีทางที่สังคมยอมรับ กระตุ้นให้พิจารณาตนเองในด้านบวก กระตุ้นให้พูดถึงความรู้สึกคับข้องใจ สอนการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มระดับความตระหนักในตนเองและการเผชิญหน้ากับความคิดและอารมณ์ที่ไร้เหตุผล

3. ระยะการต่อรอง (Bargaining) ต่อสถานการณ์สูญเสีย เป็นระยะที่บุคคลเริ่มที่จะมีความหวังว่าตนเองจะดีขึ้นจากภาวะไร้ความสามารถได้ มักมีการแสวงหาข้อเท็จจริง ขอคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือ อาจมีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ การช่วยเหลือควรมุ่งเน้นที่จะให้ข้อมูลที่จำเป็น

การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการรักษา การกระตุ้นให้บุคคลเผชิญหน้ากับความจริง (Confronting with reality) โดยการพิจารณาความเหมาะสมด้วย

4. ระยะความรู้สึกซึมเศร้า (Depress) เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกหมดหวังกับการสูญเสีย อาจมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ร้องไห้ เคลื่อนไหวช้า พูดช้า พูดเสียงราบเรียบ ซึมเฉย จนถึงเกิดความคิดจะฆ่าตัวตายได้ การช่วยเหลือควรมุ่งเน้นที่การรับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ ใช้เทคนิคสะท้อนความรู้สึกและการขยายความเปิดโอกาสให้พิจารณาและยอมรับความรู้สึกภายในส่วนที่เข้มแข็ง ส่งเสริมการมองตนเองในด้านบวก อาจใช้เทคนิคที่ช่วยให้เผชิญหน้าและพิจารณาความเชื่อและความหวังที่ไม่สามารถเป็นความจริงได้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมทางร่างกายและอาจต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยยาตามความเป็นจริง

5. การยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง (Acceptance)

อย่างไรก็ตามการปรับตัวต่อการสูญเสียของบุคคลบางคนอาจไม่สามารถแบ่งตามขั้นตอนดังกล่าวได้อย่างชัดเจน และไม่จำเป็นจะต้องผ่านขั้นตอนตามลำดับจนถึงขั้นท้ายสุด เพราะบางคนอาจไม่สามารถปรับตัวผ่านขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งอย่างสมบูรณ์ได้ยังมีความรู้สึกกลับไปกลับมาในบางขั้นตอน จนไม่สามารถมาถึงขั้นของการยอมรับต่อการสูญเสียได้ นอกจากนี้การใช้ระยะเวลาในการปรับตัวของแต่ละคนก็มากน้อยแตกต่างกันด้วย

2.1.2 การสูญเสียบุตรของหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก

การสูญเสียบุตรของหญิงตั้งครรภ์ จัดเป็นการสูญเสียที่ให้ประสบการณ์สำคัญอย่างมากอย่างหนึ่งต่อบุคคลเพราะการสูญเสียบุตร และสูญเสียการทำหน้าที่ของความเป็นมารดาไป จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึก " ไร้ความหมาย " (Disability) ซึ่งความรู้สึกไม่ได้ทำหน้าที่ของความเป็นมารดาไปนี้ไม่เพียงเป็นความรู้สึกไร้ความสามารถทางกายแล้ว แต่บุคคลจะสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ทำให้รู้สึกขาดการนับถือในตนเอง เป็นผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อันมีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคล ทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสียลดลง เกิดภาวะโศกเศร้า (Hudak. 1986 : 17) ซึ่งถ้าภาวะโศกเศร้านั้น คงอยู่เป็นเวลานานก็จะทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการสูญเสีย (Reaction Depression) และอาจเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดฆ่าตัวตายโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนได้ (Speck. 1978 : 97)

2.2 การปรับตัวต่อการสูญเสีย

สเวมเมอร์ (Schwemer. ; citing Martin. 1981 : 117) แบ่งการปรับตัวต่อภาวะการสูญเสียออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะแตกแยกอย่างเฉียบพลัน (Acute Dissorganization) ระยะนี้บุคคลจะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และรู้สึกไม่เชื่อว่าเกิดการสูญเสียขึ้นกับตนเอง อาจพบลักษณะสับสนและตกใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

2. ระยะการประเมินตนเอง (Assessment) ระยะนี้บุคคลจะเริ่มประเมินตนเอง เริ่มทำความเข้าใจกับสาเหตุที่ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ความสามารถ ยอมรับและเข้าใจชัดเจนว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร อาจมีความรู้สึกโกรธ ปฏิเสธ สร้างความหวังแบบเลื่อนลอยหรือการต่อรอง

3. ระยะโศกเศร้า (Mourning) ระยะนี้บุคคลยังคงมีความรู้สึกโกรธอยู่ อาจมีอาการซึมเศร้าได้และในที่สุดจะเกิดการยอมรับต่อวิถีชีวิตใหม่ และพยายามปรับตัวเพื่อวิถีชีวิตใหม่

4. ระยะคืนสภาพ (Reentry) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเองและอนาคต

แบรดชอร์ (Bradshaw. 1981 : 37 - 39) ได้แสดงความเห็นว่า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในลักษณะใดก็ตาม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีส่วนสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของบุคคลอย่างมาก กล่าวคือ การสูญเสียจะทำให้บุคคลรู้สึกเจ็บปวดซึ่งไม่ว่าจะเกิดในระยะเวลาสั้น ๆ แต่จะมีผลกระทบต่อบุคคลอย่างมาก จนอาจทำให้เสียคุณค่าในตนเองไปทั้งหมดได้ มีผลให้อัตมโนทัศน์มีลักษณะแตกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อยซึ่งทำให้บุคคลตัดขาดจากบุคคลหรือสถานการณ์สำคัญ และรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ภายใต้ภาวะกดดันที่รุนแรงและยาวนานได้

แบรดชอร์ (Bradshaw. 1981 : 38 - 40) ได้แบ่งระยะของการปรับตัวต่อการสูญเสียออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะอึดอัดใจ (Impact) เป็นระยะแรกที่บุคคลมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง อาจรู้สึกงงไม่เชื่อว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้นกับตนเองและตกตะลึง บุคคลส่วนมากจะเกิดการตอบสนองในลักษณะ " สู้-กลัว-หนี " (Fight-Fright-Flight Responses) โดยเกิดความรู้สึกเหล่านี้สลับกันไปมา อาจรู้สึกเหมือนถูกตรึงการรับรู้ต่อการสูญเสียดูจะเป็นเรื่องยากสำหรับบุคคลในระยะนี้ อาจจะงุนงง ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลมีข้อจำกัดในการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง คนอื่นและโลกภายนอก การตัดสินใจในเรื่องสำคัญบกพร่อง

2. ระยะสับสนอลหม่าน (Turbulence) ระยะนี้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นบ้างแล้ว แยกความรู้สึกออกจากสถานการณ์สูญเสียได้ เริ่มคิดหาว่าตนเองสูญเสียอะไร มีความรู้สึกเศร้าใจ วิตกกังวล ซึมเศร้าและรู้สึกผิดได้ การแสดงออกอาจเปิดเผยหรือควบคุมไว้ ระยะนี้บุคคลเริ่มให้ความหมายต่อการสูญเสีย เริ่มปรับสมดุลต่อแบบแผนชีวิตใหม่ ค้นหาเอกลักษณ์ในตนเองอีกครั้ง และให้ความหมายกับอัตมโนทัศน์ของตนเองใหม่ บางรายอาจยังมีความรู้สึกซึมเศร้าอยู่ต่อไปอีก

3. ระยะปรับตัว (Adjustment) เป็นระยะที่เริ่มรู้สึกดีขึ้นมีความรู้สึกทางลบน้อยลง ค้นหาแนวทางในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นใหม่ ตรวจสอบปัญหาที่ต้องเผชิญในสิ่งแวดล้อมใหม่ เริ่มหาแหล่งที่จะเติมคุณค่าในตนเองลงไปแทนที่ความรู้สึกสูญเสียมีความหวังกับอนาคต เรียนรู้แนวทางใหม่ในการเผชิญปัญหาจนในที่สุดสามารถเผชิญปัญหาได้ รู้สึกเชื่อมั่น รับรู้ได้ว่าตนเองคือใครอย่างแท้จริง ระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

4. ระยะสร้างเสริม (Rebuilding) เป็นระยะที่บุคคลจะให้ความหมายต่อโลกของคนใหม่ รู้สึกได้ว่าอดีตได้ผ่านไปแล้ว สามารถก้าวหน้าไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ปรับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นใหม่ ปรับบทบาทใหม่ ระยะนี้จะสามารถสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นใหม่ได้ และมีอัตมโนทัศน์ทางบวกมากขึ้น สามารถก้าวไปข้างหน้าและพร้อมจะแก้ไขปัญหาในสถานภาพใหม่ของตัวเองด้วย

2.3 การช่วยเหลือบุคคลที่มีการสูญเสีย

สเปค (Speck. 1978 : 147) ได้เสนอหลักการสำคัญในการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญต่อการสูญเสียไว้ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง (Realistic Information) ซึ่งในการให้ข้อมูลนั้นจะต้องพิจารณาสภาพของการสูญเสียและสภาพของผู้สูญเสียด้วย

2. การเสริมสร้างกำลังใจ (Reassurance) ประสบการณ์การสูญเสียมักนำบุคคลเข้าสู่ความรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคต มองโลกในแง่ร้ายจึงควรเสริมสร้างกำลังใจเขาจะได้รับการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง โดยการให้กำลังใจนั้นจะต้องเป็นไปตามสภาพความเป็นจริง

3. การมีส่วนร่วม (Active Participation) บุคคลที่สูญเสียหลาย ๆ รายอาจใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการโทษคนอื่น เช่น โทษสิ่งแวดล้อม ฯลฯ และมักต่อต้านการช่วยเหลือของบุคคลอื่น การแสดงออกให้บุคคลอื่นรับรู้ว่าผู้ช่วยเหลือพร้อมจะร่วมเดินทางไปกับเขา ในกระบวนการปรับตัวต่อแบบแผนใหม่ของชีวิตด้วยความเข้าใจ และยอมรับ พร้อมที่จะรับฟังความตั้งใจจะทำให้บุคคลสูญเสีย สามารถปรับตัวใหม่เพื่อคืนสู่สภาพเดิมได้มากที่สุด

3 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการแท้ง

3.1 ความหมายของการแท้ง

สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม และยุวัน อนุมานราชธน (2525 : 35) กล่าวว่า การแท้ง หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกจะเจริญถึงขั้นที่จะมีชีวิตอยู่ได้หลังเกิด

สุวชัย อินทรประเสริฐ (2535 : 371) กล่าวว่า การแท้งบุตร หมายถึง การสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกในครรภ์สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ โดยทั่วไปจะหมายถึงช่วงการตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม

สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม (2525 : 35 ; อ้างอิงจาก FIGO. 2520) กล่าวว่า การแท้ง ถือว่าน้ำหนักตัวเด็กแรกเกิดต่ำกว่า 500 กรัม (ประมาณเท่ากับอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ หรือ 154 วัน) คำจำกัดความของ FIGO มีประโยชน์สำหรับเทียมสถิติระหว่างที่ต่าง ๆ บางประเด็นมีความสำคัญทางกฎหมาย เช่น การเอาเด็กน้ำหนักเกิน 500 กรัม ออกเป็นการฆ่าเด็ก

ในปัจจุบันการทำแท้งมีบทบาทมากขึ้น ในการป้องกันอันตรายต่อมารดาที่มีโรค ในการลดการคลอดทารกพิการ และในการสนับสนุนการคุมกำเนิดเมื่อเกิดการล้มเหลวขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการลักลอบทำแท้ง การทำแท้งที่ถูกวิธีเป็นวิธีการที่ปลอดภัย และทำได้ไม่ยากเนื่องจากปัจจุบันความทันสมัยเกี่ยวกับอุปกรณ์และเทคนิคก้าวหน้าไปมากแล้ว

3.2 ชนิดของการแท้ง

การเกิดการแท้ง การแท้งเกิดขึ้นได้ 2 แบบดังนี้

1. แท้งที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous Abortion) ส่วนมากจะเกิดในเดือนที่ 2-3 ของอายุครรภ์ เช่น การแท้งเป็นอาจิณ (Habitual Abortion) เป็นการแท้งที่เกิดขึ้นเองติดกัน 3 ครั้งขึ้นไป

2. แท้งที่เกิดจากการทำแท้ง (Induced Abortion) โดยใช้วิธีการต่าง ๆ

3. ทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic Abortion) ทำเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ตั้งครรภ์ รวมทั้งทำในเมื่อรู้ว่าทารกในครรภ์มีความพิการแต่กำเนิดหรือมีโอกาสเกิดความพิการได้มาก เช่น ผู้ตั้งครรภ์ติดหัดเยอรมัน

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งประเภทของการแท้งในทางการแพทย์ตามอาการที่แสดงดังนี้

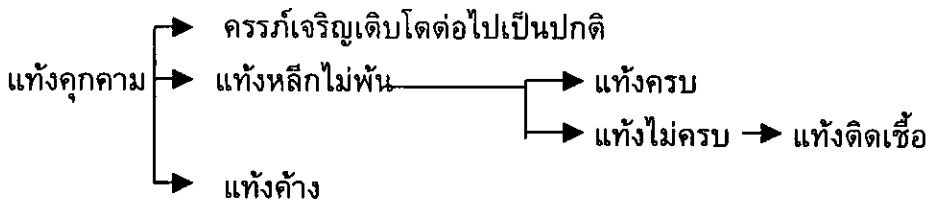
1. แท้งคุกคาม (Threatened abortion) เป็นระยะเริ่มต้นของการแท้งเอง

ลักษณะทางคลินิค ที่สำคัญ

มีเลือดออกน้อยหรือมาก อาจมีหรือไม่มีอาการปวดท้องน้อย

ไม่มีถุงน้ำคร่ำรั่ว ไม่มีชิ้นเนื้อหลุดออกมา

ปากมดลูกปิด ขนาดลูกเท่าระยะระดูขาด



2. แท้งหลีกไม่พ้น (Inevitable abortion) เป็นการแท้งที่เด็กและรกจะต้องถูกขับออกมา
ลักษณะทางคลินิค

เลือดออกน้อยหรือมาก ปวดมากที่ท้องน้อย

ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือ/และ ปากมดลูกเปิด แต่ไม่มีชิ้นเนื้อหลุดออกมา

ขนาดมดลูกเท่าระยะระดูขาด

การแท้งที่เกิดในระยะอายุครรภ์ 2 เดือนแรก ถุงเด็ก และ Decidua มักถูกขับออกมาด้วย ในอายุครรภ์เดือนที่ 3 Chorion บริเวณชิด Decidua Basalis มักติดค้างในเมื่อถุงเด็กถูกขับหลุดออก
ภายหลังครรภ์อายุ 3 เดือนแล้ว การดำเนินของการแท้งคล้ายกับการคลอด เด็กจะถูกขับออกมาก่อน รกและเยื่อถุงเด็กจะหลุดตามออกมา แต่รกก็มีโอกาสค้างอยู่ได้ง่ายเพราะติดแนบแน่นกับผนังมดลูก

3. แท้งไม่ครบ (Incomplete abortion)
ลักษณะทางคลินิค

มีเลือดออกและชิ้นเนื้อหลุดออกมา ปวดมากที่ท้องน้อย ปากมดลูกเปิด

ขนาดมดลูกอาจเล็กว่าระยะระดูขาด

4. แท้งครบ (complete abortion)
ลักษณะทางคลินิค

เลือดออกน้อยลงหลังชิ้นเนื้อหลุดออกมาแล้ง หายปวดท้อง

ปากมดลูกปิด มดลูกหดรัดตัวแข็ง มีขนาดเล็กกว่าระยะระดูขาด

ปากมดลูกอาจเผยอเปิดเล็กน้อย ถ้าแท้งครบมาไม่นาน

5. แท้งติดเชื้อ (Septic abortion) แท้งติดเชื้อเกิดเมื่อทำแท้งไม่สะอาด หรือเกิดในรายแท้งไม่ครบที่ปล่อยไว้นาน
ลักษณะทางคลินิค

มีไข้ บริเวณท้องน้อยปวดและเจ็บ

น้ำปนเลือดในช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น อาจเกิดช็อกได้

ปากมดลูกมักเปิด

6. แท้งค้าง (Miss abortion) เด็กตายค้างอยู่ในมดลูก โดยถือระยะเวลาว่านานกว่า 8 สัปดาห์ เพราะว่าร้อยละ 80 ของเด็กตายในครรภ์จะถูกขับออกมาภายใน 8 สัปดาห์
ลักษณะทางคลินิค

เต้านมหายตึง ลักษณะของการมีครรภ์หายไป ถ้าเคยรู้สึกเด็กดิ้นก็จะไม่ดิ้น

อาจมีน้ำสีน้ำตาลหรือเลือดออกเล็กน้อย ไม่ปวดท้อง

ปากมดลูกปิด ขนาดมดลูกเล็กกว่าระยะขาดระดู

อาจเกิดภาวะไฟบริโนเจนต่ำในเลือด ถ้าแท้งค้างนานกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง

เอื้อมพร กฤษณะพันธุ์ (2528 : 70) ศึกษาวิจัยเรื่องความแตกต่างเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติด้านคุมกำเนิดและการทำแท้งของหญิงอาชีพพิเศษ 2 กลุ่ม คือ หญิงอาชีพพิเศษจากสำนัก/โรงแรม และจากบาร์ไนท์คลับ /สถานอาบอบนวด ผลการวิจัยมีดังนี้

1. หญิงจากสำนัก / โรงแรมรู้จักวิธีใช้ห่วงอนามัยสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2. หญิงจากสำนัก/โรงแรม เคยใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่า และใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าหญิงจากบาร์ สถานอาบอบนวดที่ระดับ 0.05

3. ประสบการณ์เกี่ยวกับการทำแท้งในหญิง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ซิลเวอร์แมนและคณะ (Silverman, et.al. 1985 : 427) พบว่าการทำงานก่อนและขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราเสี่ยงของการแท้งบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของลีมาสเตอร์และพินนีย์ (Lemasters & Pinney 1989 : 975) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานมีอัตราเสี่ยงต่อการแท้งบุตรร้อยละ 14.5 ซึ่งสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ทำงานที่มีอัตราเสี่ยงของการแท้งบุตรร้อยละ 11.7 แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวพบในหญิงครรภ์หลัง ไม่พบในหญิงครรภ์แรก

พรนภา วุฒิเศถกฤต (2540 : 71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร่องในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์และแท้งบุตร ผลการวิจัยแสดงว่า คะแนนเฉลี่ยความพร่องในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของกลุ่มที่แท้งบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ไม่แท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยพื้นฐานด้านอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยพื้นฐานด้านอายุระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัว และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทาง

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นคำนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นคำซึ่งมีความหมายในตัวเองที่ทุกคนเข้าใจ บุคลากรทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษา ต่างให้คำจำกัดความของคำว่าการให้คำปรึกษาแตกต่างกัน ดังนี้

จีน แบรี่ (2537 : 1) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล อาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจ และทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหาและแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 124) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือและในกระบวนการช่วยเหลือนี้จะก่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำ

ปรึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และได้รับการฝึกฝนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึกตลอดทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางโครงการในอนาคตของตนเองได้

เรียม ศรีทอง (2538 : 12) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้มารับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้มารับบริการ สามารถที่จะเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหา พฤติกรรม และความนึกคิดที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งสามารถที่จะปรับปรุงชีวิตและสร้างความงอกงามให้แก่ตนเองได้

ทองเรียน อมรรัชกุล (2524 : 8) กล่าวว่า เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับคำปรึกษา โดยที่ฝ่ายแรกได้ให้คำแนะแนวเพื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งได้รับการศึกษารู้จักตัวเองในส่วนที่เกี่ยวกับจุดด้อยจุดเด่นของตน พร้อมทั้งหาทางปรับปรุงความคิดรอบยอดของตน มีการนำเอาศักยภาพทั้งหมดในตัวออกมาใช้อย่างเต็มที่ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในแนวทางที่ปรารถนา

วารุณี ธนวรานิช (2523 : 54) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าการให้คำปรึกษานั้นเป็นวิธีที่เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดและทำสิ่งต่าง ๆ โดยได้รับการยอมรับจากผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเชื่อมั่นในตนเองขึ้น

โรเจอร์ (Roger 1942 : 3) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่ผู้รับปรึกษาได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักตนเอง

อาบุนเดิล (ทองเรียน อมรรัชกุล. 2524 : 8 ; อ้างอิงจาก Arbunekle.) กล่าวว่าเป็น แนวคิดที่ให้บุคคลสองคน คือ ผู้ให้และผู้ขอรับคำปรึกษาได้พูดคุยกันถึงปัญหาข้อข้องใจจนกระทั่งผู้รับคำปรึกษา ได้ดำเนินการในส่วนของตนมาถึงจุดที่สามารถมองเห็นแนวทางและตัดสินใจได้ว่า ทางเลือกอย่างไหนสมเหตุสมผล คือมีการยอมรับคำแนะนำ ข้อสนเทศ ยอมรับสิ่งแวดล้อมตามสภาพความเป็นจริงและสามารถมองเห็นแนวทางกว้างขวางขึ้นจนผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ได้

ชอสตรอมและบรามเมอ (Shostrom & Brammer. 1952 : 1) ให้นิยามว่า การให้คำปรึกษาเป็นสัมพันธภาพของการให้ความช่วยเหลือที่เต็มไปด้วยความหมายระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายให้คำปรึกษาซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้อีกฝ่ายหนึ่งได้สามารถเปลี่ยสแปลงตนเองและสิ่งแวดล้อม

จากความหมายของการให้คำปรึกษาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ได้มีการแสดงถึงความเข้าใจที่แตกต่างกันไปในลักษณะบางประการของการให้คำปรึกษา อย่างไรก็ดี การให้คำนิยามเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา มักจะกล่าวถึงกระบวนการที่ค่อนข้างกว้าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจะขอสรุปความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจในตนเอง และสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น และได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ตามที่เขาสามารถที่จะพัฒนาได้ ทั้งนี้เพื่อให้เขาได้รู้จักช่วยเหลือตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกดำเนินการด้วยตนเองได้ในที่สุด

4.1.1 ปรัชญาของการให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษานั้นมีปรัชญาที่ยึดถือเป็นพื้นฐานดังนี้ (Macgowan & Schmidt. 1962 : 95-96)

1. การให้คำปรึกษาควรตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ยอมรับความมีค่าและศักดิ์ศรีของแต่ละบุคคลและยึดหลักที่ว่าทุกคนควรได้รับความช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวหากเขาต้องการ

2. การให้คำปรึกษาควรให้ความสนใจในตัวของผู้รับคำปรึกษาโดยยึดหลักพัฒนาคนทั้งคนให้เจริญจนสุดศักยภาพของคน ๆ นั้น ช่วยให้แต่ละคนได้นำพลังความสามารถที่ตนมีอยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อสังคมที่แต่ละคนต้องการ

3. การให้คำปรึกษาเป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลในการตัดสินใจเลือกวางแผนและปรับตัวให้เข้ากับสภาพชีวิต

4. การให้คำปรึกษามีความจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจสภาพทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลให้ลึกซึ้ง และควรเข้าใจบุคคลนั้น ๆ เป็นอย่างดี

5. การให้คำปรึกษาควรมีการติดตามวัดผลให้ถูกต้องเพื่อการปรับปรุงการให้คำปรึกษาให้มีผลดีที่สุดที่พึงเป็นไปได้

4.1.2 แนวทางในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษามีแนวทางปฏิบัติ 3 วิธี คือ การให้คำปรึกษาแบบนำทาง การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน (คมเพชร ฉัตรศุภกุล 2529 : 90) ซึ่งแนวคิดและขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแต่ละวิธีสรุปได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาที่มุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับบริการเป็นสำคัญและมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีแนวคิดว่าบุคคลจะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รู้จักตนเอง และมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

2. การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-Directive Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นแนวคิดของ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ (Carl R. Rogers) ที่เชื่อว่าปัญหาย่อมสัมพันธ์กันทั้งหมดกับตัวบุคคล ดังนั้น ความสนใจของผู้ให้คำปรึกษาจึงควรมุ่งไปที่ตัวบุคคลทั้งหมดมิใช่มุ่งเพียงแค่ปัญหาส่วนใดส่วนหนึ่ง สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาที่อบอุ่นจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นวิธีการในการแก้ปัญหา รู้จักตนเองและท้ายที่สุดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (อ้างอิงจาก คมเพชร ฉัตรศุภกุล 2529 : 90)

3. การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน (Eclectic Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาโดยนำเอาวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทางมาผสมกับการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับผู้รับคำปรึกษา และลักษณะของปัญหา การให้คำปรึกษาแบบนี้มีแนวคิดว่า มนุษย์มีความแตกต่างกัน แนวทางในการแก้ปัญหาก็ไม่เหมือนกัน การแก้ปัญหาควรคำนึงถึงบุคคลและเปลี่ยนแปลง

ไปตามเหตุการณ์ ไม่ควรใช้วิธีการใดเพียงวิธีการหนึ่งกับทุกคนในการแก้ปัญหา (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2527 : 219)

ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางในการให้คำปรึกษาแบบนำทางที่เน้นไปที่คำตอบของวิธีการแก้ปัญหาโดยตรงที่เรียกว่า Solution-focused brief therapy ร่วมกับการให้ข้อมูลด้านความรู้ทางสุขภาพร่วมเข้าด้วยกัน ซึ่งอาจเรียกได้ว่า เป็นการให้คำปรึกษาแบบผสมในการศึกษาครั้งนี้ โดย ราตรี พัฒนารังสรรค์ (2527 : 106) ได้สรุปลักษณะการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานไว้ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้พิจารณาถึงความเหมาะสมของการนำเอาวิธีการต่าง ๆ มาใช้โดยคำนึงถึงผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา

2. ลักษณะสำคัญ คือ ความยืดหยุ่นในการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นเทคนิคบางอย่างในบางกรณี และมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

3. เสรีภาพในการเลือกและการแสดงออก กระทำได้ทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา

4. ความรู้สึกสบายใจเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาจะต้องมีความรู้สึกดีต่อสิ่งที่เขากำลังกระทำ มีความมั่นใจร่วมกันและมีความซื่อสัตย์ในสัมพันธภาพ

4.1.3 ประเภทของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาทั้ง 3 วิธีดังกล่าวไว้ข้างต้น เมื่อพิจารณาแล้วขนาดของกลุ่มผู้รับคำปรึกษาเป็นหลักในการแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษารายกลุ่ม (วัชรี ทรัพย์มี. 2523 : 85-86) แนวคิดของการให้คำปรึกษาแต่ละประเภทสรุปได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับปรึกษาได้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถที่จะวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมิใช่เฉพาะจะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

2. การให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group Counseling) การให้คำปรึกษารายกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองหรือแก้ไขปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษารวมอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการได้ระบายความรู้สึก ข้อขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการที่จะแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเองรวมทั้งได้รับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่น

4.1.4 กระบวนการให้คำปรึกษา

กระบวนการให้คำปรึกษาที่ใช้ดำเนินการเพื่อให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นดอนการเริ่มต้นให้คำปรึกษา ขั้นดอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Brammer. 1985 : 47 - 58)

1. ขั้นตอนการเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Initiating phase) ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมการให้คำปรึกษา (Preparation and Entry) ในขั้นตอนนี้สิ่งที่ต้องเตรียมพร้อมมีดังนี้ คือ

สถานที่ ต้องมีบรรยากาศที่มีความเป็นกันเอง โดยห้องต้องมีความสงบ เป็นสัดส่วน มีความสะดวกสบาย การจัดห้องเป็นระเบียบแต่ไม่เป็นทางการจนเกินไป เพราะอาจจะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกไม่ผ่อนคลาย การจัดที่นั่งไม่ควรมีโต๊ะคั่นกลาง เพราะอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกเหินห่าง สำหรับในหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้ห้องใดห้องหนึ่งบนหอผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าว จะเป็นการดีที่สุดแต่ถ้าไม่มีห้องอาจใช้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยหรืออาจจะทำข้างเตียงผู้ป่วยก็ได้

ผู้ให้คำปรึกษา ก่อนที่จะให้คำปรึกษาควรเตรียมความพร้อมของตนเองก่อน กล่าวคือ มีการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำพร้อมที่จะให้คำปรึกษา

1.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา (Clarification) ผู้ให้คำปรึกษาควรอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา การเลือกมุ่งเฉพาะปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเห็นพ้องกันว่าเป็นปัญหาสำคัญ อันดับแรกที่ต้องแก้ไข เพื่อทำให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดและขีดความสามารถในการให้คำปรึกษา ถ้าหากปัญหาที่เกิดขึ้นเกินขีดความสามารถที่ผู้ให้คำปรึกษาจะทำได้ก็ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นต่อไป การที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตรงกัน จะทำให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพเพราะการให้คำปรึกษาต้องมีการร่วมมือกันทั้งสองฝ่าย ในการพิจารณาหาทางแก้ไขต่อไป

1.3 การกำหนดรูปแบบการให้คำปรึกษา (Structure) เป็นขั้นดอนที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณาเพื่อกำหนดรูปแบบ หรือวางแนวทางในการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหา ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างชัดเจน จะช่วยให้การกำหนดรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นไปได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ในบางรายอาจมีปัญหาไม่มากนักอาจต้องการเพียงระบายอารมณ์หรือต้องการให้คนรับฟังปัญหาเท่านั้นก็เพียงพอแล้ว ในกรณีเช่นนี้รูปแบบการให้คำปรึกษา อาจเป็นเพียงการรับฟังหรือการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์หรือความคับข้องใจก็เพียงพอแล้ว

1.4 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการทำให้การให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไว้วางใจกล้าที่จะพูดถึงปัญหาของตน สิ่งที่จะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพได้ผลดีก็คือ การเป็นผู้ฟังที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา และพร้อมที่จะรับฟังปัญหา หรือเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง นอกจากการฟังที่ดีแล้ว จำเนียร ช่วงโชติ (2521 : 90-100) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งได้แก่

1.4.1 การยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Positive Regard and Respect) เป็นการยอมรับในความเป็นบุคคลของแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข และมีความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถพัฒนาได้ ซึ่งการที่จะเกิดการยอมรับนั้นต้องเกิดจากความรู้สึกที่ว่าบุคคลทุกคนล้วนมีคุณค่ามีสิทธิในการเลือกวิธีการดำเนินชีวิตของตนเองและมีศักยภาพในการพัฒนาได้

1.4.2 การร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาอย่างที่เขารู้สึก (Empathy) เป็นการเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิดและภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับคำปรึกษาอย่างที่เขารู้สึก มีความเข้าใจและยอมรับอย่างที่เป็นโดยแท้จริง

1.4.3 ความจริงใจ (Sincerity) เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ กล่าวคือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความจริงใจในการแสดงความรู้สึกของตน ไม่เพียงเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความพึงพอใจ ต้องมีความเป็นตัวของตัวเอง มีการแสดงออกอย่างจริงใจเป็นธรรมชาติทั้งคำพูดและท่าทาง ความจริงใจนี้มีความสำคัญมากกว่ากลวิธีของการให้คำปรึกษา

1.4.4 การสื่อสารอย่างเด่นชัดตรงประเด็น (Concretness) นั่นคือ การที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสื่อความหมายทั้งเนื้อหา และความรู้สึกอย่างเด่นชัด เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจปัญหาและความรู้สึกของตนได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Working phase)

2.1 การศึกษาสำรวจ (Exploration) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามศึกษาและสำรวจผู้รับคำปรึกษาอย่างถี่ถ้วน รอบคอบ เพื่อจะได้เข้าใจถึงความวิตกกังวล ความเชื่อของผู้รับคำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อผู้ให้คำปรึกษาจะได้วิเคราะห์ถึงปัญหาของผู้รับคำปรึกษา พิจารณาถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาควรเปลี่ยนแปลง และผู้ให้คำปรึกษาควรจะใช้วิธีอย่างไรจึงจะสามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษายังคงต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา และจำเป็นต้องแสดงออกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงความสนใจ การยอมรับ และเข้าใจปัญหาของเขา ทั้งในด้านคำพูดและกริยาท่าทาง

2.2 การร่วมกันทำความเข้าใจปัญหาให้ตรงกัน (Consolidation) เมื่อผู้ให้คำปรึกษาได้ทราบลักษณะของผู้รับคำปรึกษาในแง่มุมต่าง ๆ และได้ทราบถึงปัญหาของเขาโดยละเอียดแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาตรวจสอบความเข้าใจปัญหานี้กับผู้รับคำปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ก่อนที่จะตัดสินใจกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ให้คำปรึกษาอาจสรุปถึงปัญหาและสาเหตุพร้อมทั้งบอกให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบทั้งนี้เพื่อจะได้ทำความเข้าใจให้ตรงกันเป็นการป้องกันการเข้าใจผิดหรือความผิดพลาด ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 การวางแผนและกำหนดวิธีแก้ปัญหา (Planing) เป็นการวางแผนในการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษาตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาก็ควรจะมองหาวิธีการในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระลึกอยู่เสมอว่าวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดจะต้องเป็นวิธีที่ผู้รับคำปรึกษามีอิสระในการตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดสำหรับตัวเขาภายใต้สถานการณ์นั้น ๆ จึงจะมีแนวโน้มเป็นไปได้มากขึ้น เพราะเป็นวิธีการที่ได้ตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ดังนั้นจึงต้องตระหนักถึงผลที่จะเกิดตามมาก่อน เมื่อได้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาแล้ว ต่อไปก็เป็นการร่วมกันกำหนดรายละเอียดของการดำเนินการ และผู้รับคำปรึกษานำไปปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้

2.4 ขั้นตอนการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา (Terminating Phase) ขั้นนี้เป็นการสรุปผลในสิ่งที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ต้นตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ เมื่อประเมินผลว่าผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองแล้ว สามารถที่จะระงับความรู้สึกวิตกกังวล มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองแล้งจึงยุติการให้คำปรึกษา ถ้าหากว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะต้องค้าหาต่อไปหรือส่งต่อผู้ชำนาญเฉพาะด้านต่อไป

โดยสรุปแล้ว การให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์แบบ มีขั้นตอน 8 ขั้นตอนดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบถ้วนทุกขั้นตอน แล้วแต่ลักษณะปัญหาของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา กล่าวคือ ในบางกรณีผู้รับคำปรึกษา ยังไม่พร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่อไป หรือ เป็นปัญหาที่เกินขอบเขตความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาก็ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

การให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิภาพหรือบรรลุเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทราบถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษา เพราะจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

4.1.5 เทคนิคการให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญในการให้คำปรึกษามีดังนี้

1. เทคนิคการฟัง (Listening Technique) (วัชรี ทรัพย์มี. 2528 : 310-316 ; อ้างอิงจาก พรรณราย ทรัพยะประภา. 2527 : 220-230) การฟังมิได้หมายถึง แต่เพียงการได้ยินเข้ามาในหูเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้สายตาสังเกตภาษาทางร่างกาย และการใช้วิจารณญาณในการพิจารณาสาระและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในสิ่งที่ผู้ขอรับคำปรึกษาต้องการจะสื่อความหมาย ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรจะทราบว่าเมื่อไหร่ควรพูด ควรถาม และเมื่อใด ควรเงียบ ควรฟัง ทั้งนี้ย่อมแล้วแต่ความเหมาะสม การเงียบเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการฟังเสมอ เพราะในบางครั้งผู้รับคำปรึกษาอาจหยุดพูด เพราะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือคิดไม่ออกว่าจะใช้คำพูดว่าอย่างไร ดังนั้นการเงียบจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีเวลาทบบวนเรื่องราวความคิด และช่วยให้เกิดความพร้อมหรือตัดสินใจได้ นอกจากนี้อาจใช้ความเงียบมาเป็นข้อคั่นกลาง เพื่อเปลี่ยนหัวข้อในการให้คำปรึกษาหรืออาจใช้เป็นจุด

เริ่มขยายไปสู่หัวข้ออื่น ควรสนใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษากำลังพูด ไม่ใช่ในสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาคิดจะพูดจึงจะสามารถจับใจความสำคัญได้อย่างครบถ้วน บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาต้องทบทวนคำพูดของผู้รับคำปรึกษาด้วยประโยคและข้อความที่กะทัดรัด (Paraphrasing) เพื่อสรุปประเด็นที่เขาพูด และระหว่างช่วงเวลาที่รับฟังต้องมีการแสดงออกถึงความตั้งใจฟัง โดยผู้ให้คำปรึกษามีการประสานสายตากับผู้รับคำปรึกษาเป็นระยะไม่จ้องตรงเกินไป เพราะผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความรู้สึกไม่สะดวกใจ และไม่ไว้ใจควรสื่อถึงความเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาไปด้วย การโน้มตัวมายังผู้รับคำปรึกษาขณะสนทนาในระยะพอสมควรเป็นสิ่งที่แสดงถึงความพร้อมที่จะรับฟัง อีกทั้งการพูดหรือท่าทางที่แสดงถึงว่าผู้ให้คำปรึกษาได้ติดตามเรื่องราวโดยตลอด เช่น อือ ค่ะ ต่อไปซิคะ หรือใช้การพยักหน้ารับคำพูดเหล่านี้ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกได้ดี

2. เทคนิคการนำ (Leading Technique) เป็นเทคนิคที่เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวถึงความรู้สึกของตน การนำมีหลายลักษณะดังนี้

2.1 การนำโดยทางอ้อม (Indirect Leading) ใช้ในการเริ่มการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตน การนำทางอ้อมนอกจากใช้คำถามแล้ว การหยุดนิ่งสักครู่และการมองอย่างตั้งใจไปยังผู้รับคำปรึกษาก็เป็นการนำทางอ้อมได้ เช่นกัน

2.2 การนำทางตรง (Direct Leading) ใช้ในการกระตุ้นให้มีการขยายความเพิ่มเติมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจความรู้สึกของตนเองให้ลึกซึ้งขึ้นในประเด็นใดโดยเฉพาะ

2.3 การนำเข้าสู่ประเด็น (Focusing) ใช้เมื่อเกิดการสนับสนุนคลุมเคลือในเรื่องที่พูดและใช้เมื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเองในเรื่องนั้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.4 การตั้งคำถาม (Questioning) การตั้งคำถามตรง ๆ จะใช้เมื่อเกิดการสับสนคลุมเครือในเรื่องที่พูด และในเรื่องที่พูด และใช้เมื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาได้จดจ่อหรืออภิปรายในเรื่องนั้น ๆ ต่อไป แต่ในการตั้งคำถามนี้ควรระวังไม่ตั้งคำถามบ่อย ๆ ทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกตนเองมีหน้าที่เพียงรอตอบคำถามเท่านั้น ซึ่งเมื่อไม่มีคำถามก็จะเป็นผลให้การให้คำปรึกษานั้นหยุดชะงักได้

3. เทคนิคการสะท้อน (Reflecting Technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองมากที่สุด การสะท้อนมี 2 ลักษณะ

3.1 การสะท้อนด้านความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความรู้สึกที่คลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสามารถในการฟังและคิดตามไปด้วยคำพูดเช่นนั้นของผู้รับคำปรึกษาเกิดจากความรู้สึกอย่างไร แล้วสะท้อนออกมา

3.2 การสะท้อนด้านเนื้อหา (Reflecting content) เป็นการสะท้อนเนื้อหาเนื่องจากผู้รับคำปรึกษามีปัญหา ไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวปะติดปะต่อกันได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะสะท้อนความคิดหรือความรู้สึกโดยใช้ข้อความกะทัดรัด และเป็นคำพูดของตนเอง

4. เทคนิคการสรุป (Summarization Technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้รวบรวมประเด็นที่พูดถึงมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความคิดของตนเอง อีกทั้งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาได้ติดตามฟังอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังช่วยให้การให้คำปรึกษาในแต่ละช่วงมีการยุติลงอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้น การสรุปจึงควรใช้ในโอกาสที่เริ่มให้คำปรึกษาครั้งต่อไปเป็นการสรุปประเด็นที่พูดในครั้งก่อนที่มีการพูดหลายประเด็นซับซ้อน เมื่อมีการพูดถึงประเด็นสำคัญและเมื่อใกล้ยุติการให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งและสิ่งที่สำคัญในการสรุป คือ ไม่นำความคิดของผู้ให้คำปรึกษาเพิ่มเข้าไปในการสรุปนั้น (ศิริบูรณ์ สายโกสุม. 2528 ; 161-163 ; พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2527 : 17 ; พรรณราย ทรัพยะประภา. 2527 : 248)

5. เทคนิคการทำให้เกิดความมั่นใจ (Reassuring Technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นรู้สึกตนเองมีคุณค่าสามารถในการแก้ไขปัญหาและวางแผนแก้ไขต่อไปได้โดยผู้ให้คำปรึกษาแสดงการยอมรับให้ความมั่นใจ ทั้งนี้ต้องตรงกับความเป็นจริง และไม่ควรใช้บ่อยเกินไป เพราะจะทำให้รู้สึกหมดคุณค่าและอาจเป็นเหตุให้ผู้รับคำปรึกษาไม่พอใจด้วย เพราะจะมีความรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เข้าใจตน และเมื่อมีการให้ความมั่นใจให้กำลังใจแล้วมักมีความสงสารจนอาจปราศจากความจริงใจต่อไป ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อการให้คำปรึกษา

6. เทคนิคในการพูดแบบเผชิญหน้ากัน (Confronting Technique) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับผู้รับคำปรึกษา หรือชี้ให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักหรือยอมรับในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เผชิญกับความรู้สึกของตนเอง เข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในที่สุด

เทคนิคการให้คำปรึกษาที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญต่อการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะสำรวจตนเอง ปัญหาของตนและเปิดรับประสบการณ์ใหม่อย่างกว้างขวางขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองของเขา

4.1.6 ประโยชน์ของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาก่อให้เกิดประโยชน์หลายต่อหลายประการต่อผู้รับคำปรึกษา ดังนี้

1. ช่วยให้เกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย เพราะการให้คำปรึกษาทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับความมั่นใจและกำลังใจจากผู้ให้คำปรึกษา จึงช่วยให้เผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ช่วยลดความวิตกกังวล เพราะการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกหรือเมื่อผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจออก ทำให้ผู้รับคำปรึกษาคลายความอึดอัดได้

3. เข้าใจและมองเห็นแนวทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัว เพราะเมื่อผู้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลลดลงทำให้การรับรู้ข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น จึงเป็นผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี

จากวิธีการให้คำปรึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าวิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับปัญหาที่กำลังเผชิญในขณะนั้น เป็นกระบวนการที่เน้นความเป็นตนเองของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและเข้าใจผู้รับคำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระภาพในการที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดและทำสิ่งต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกาามีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด บุคคลจะเป็นตัวของตัวเองและเลือกตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนั้นจึงขอเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังต่อไปนี้

4.2 ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ตลอดทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา

วัชรี ทรัพย์มี (2533 : 85) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยมีการพบประกันเป็นส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถที่จะวางแผนโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมิใช่เฉพาะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 409) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยให้การปรึกษาที่เป็นส่วนตัว แก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

กิปสัน และมิทเชล (Gibson and Mitchell. 1986 : 32) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือแบบบุคคลต่อบุคคล เน้นที่การพัฒนาส่วนบุคคลการปรับตัว สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ และเลือกตัดสินใจในสิ่งที่ตนต้องการด้วยตนเอง กระบวนการของการให้คำปรึกษา เน้นที่ตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง และต้องการบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว มีสัมพันธภาพที่ดี จริงใจ การพยายามเข้าใจถึงความรู้สึก ตลอดจนยอมรับในตัวผู้รับบริการ

จากการอ้างอิงจากผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษา กับผู้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคล ด้วยบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อช่วยกันทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง ปัญหาที่เกิดขึ้น ตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เผชิญได้อย่างถูกต้อง รวมถึงช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีทักษะในการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเอง วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลนั้นเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับปัญหาที่กำลังเผชิญในขณะนั้น เป็นกระบวนการที่เน้นความเป็นตนเองของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและเข้าใจผู้รับคำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีอิสระภาพในการที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดและทำสิ่งต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด บุคคลจะเป็นตัวของตัวเองและเลือกตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.1 ข้อดีของการให้คำปรึกษารายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 411) ได้กล่าวว่า ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง ด้วยความละเอียดครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอ

2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงเป็นผู้ที่ควรได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่

3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาแนวทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วยิ่งขึ้น

4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็น และความรู้สึกหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา

5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวล ถึงความไม่พร้อมด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

4.2.2 ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529 : 412) ได้กล่าวว่า ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาซึ่งอยู่ในวัยรุ่น โดยทั่วไปมีความเชื่อว่าปัญหาที่ตนประสบนั้นเพื่อนรุ่นเดียวกันจะเข้าใจ และหาทางออกได้ดีกว่าผู้ใหญ่ โดยธรรมชาติวัยรุ่นไม่ต้องการแสดงตนเองอย่างเปิดเผยว่า ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองให้ผู้ใหญ่ได้รู้ เพราะเกรงจะเสียสถานภาพที่ตนจะถูกมองว่าเป็นเด็ก

2. ผู้รับคำปรึกษาเสียโอกาสอันดี ที่จะเสริมสร้างทักษะทางมนุษยสัมพันธ์และการปรับตัวต่าง ๆ กับคนอื่น ๆ ที่เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

3. ผู้รับคำปรึกษาอาจจะเกิดความเคยชินที่จะไว้วางใจ และต้องการพึ่งพาความช่วยเหลือเฉพาะจากผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น

4. ผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา และบุคลากรซึ่งมีจำกัด ดังนั้นจึงอาจไม่ได้รับบริการโดยทั่วถึงกัน

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

สุวรรณา นาควิบูลย์วงศ์ (2536 : 48-49) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรรณิการ์ กาญจนานุกูล (2540 : 76) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์รายบุคคลที่มีต่อการปรับตัวทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเกสตัลท์ มีการปรับตัวทางอารมณ์ดีขึ้นกว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับข้อสนเทศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาภรณ์ ชัยศิริ (2540 : 95) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษายึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล เพื่อลดความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลตำรวจ พบว่าสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์มีความเครียดลดลงทั้ง 3 ด้าน คือ ความเครียด เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการและเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ลดลงหลังจากที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.4 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาแบบตรง ๆ โดยมุ่งไปที่ปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ และมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Counselor Centered Approach) ผู้นำวิธีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง ได้แก่ วิลเลียมสัน (Williamson) และแพทเทอร์สัน (Petterson) ซึ่งมีความคิดว่าบุคคลจะแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รู้จักตนเอง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2527 : 208)

4.4.1 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

การให้คำปรึกษาแบบนำทาง ได้ระบุเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ไว้ดังนี้ (วัชรี ทรัพย์มี. 2533:144)

1. แม้มนุษย์จะมีสติปัญญาและเหตุผลตลอดจนมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้ แต่การที่มนุษย์จะพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่นั้นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

2. มนุษย์มีความแตกต่างกันทั้งด้านลักษณะต่าง ๆ (Trait) เป็นต้นว่า ความสามารถ ความถนัด ความสนใจ สติปัญญา และองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม (Factor) ก็ต่างกัน เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว ถิ่นที่อยู่อาศัย ลำดับในการเกิด เป็นต้น

3. ลักษณะหลายประการของบุคคล เช่น ความสามารถและความสนใจไม่ได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์

4. ทฤษฎีนี้เชื่อว่าปัญหาทางอารมณ์ โดยเฉพาะความวิตกกังวลมีพื้นฐานมาจากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหา ทฤษฎีนี้ไม่ค่อยเน้นอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา แต่เน้นกระบวนการการตัดสินใจ โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ความวิตกกังวลด้านอารมณ์จะหายไปเองเพราะปัญหาทางอารมณ์เกิดจากความไม่แน่ใจ การตัดสินใจไม่ได้ และการขาดข้อมูลถ้าสามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความแน่ใจเขาจะแก้ปัญหาหรือวางโครงการในอนาคตของเขาได้ โดยมีข้อมูลอย่างเพียงพอปัญหาด้านอารมณ์จะหมดไป

4.4.2 หลักการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

ชุดินันท์ แจ่มจรัส (2530 : 29) กล่าวถึง หลักการให้คำปรึกษาแบบนำทางดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องหาข้อมูล เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาของผู้รับคำปรึกษา โดยในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องตั้งสมมุติฐานของปัญหา จากนั้นจึงวินิจฉัยแล้วให้ความช่วยเหลือตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

2. ผู้ให้คำปรึกษาควรเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ควรมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะต่าง ๆ กัน

3. ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ที่มีสถานะเหนือผู้รับคำปรึกษาอาจเป็นด้านคุณวุฒิ วัยวุฒิ

ประสบการณ์ ทั้งนี้เพราะบุคคลที่มีปัญหามาขอรับคำปรึกษา มักเป็นผู้ขาดความรู้และข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษาที่มีสถานะเหนือเขาดังกล่าวเพื่อช่วยให้เขาว่าเข้าใจและยอมรับตนเองจนสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

4. ในการให้คำปรึกษาแบบนี้ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะในบางครั้งเมื่อผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือไปแล้วอาจจะวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ทั้งนี้เพราะขาดข้อมูลบางอย่าง ดังนั้นการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถแก้ไขปรับปรุงในการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดผลที่ดีที่สุดแก่ผู้รับคำปรึกษา

5. การพิจารณาบุคลิกลักษณะของบุคคล นับว่าเป็นส่วนที่สำคัญในการให้คำปรึกษา เพราะการให้คำปรึกษาแบบนำทางจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับคำปรึกษาเพื่อประกอบการพิจารณาสาเหตุของปัญหา

4.4.3 จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

วัชรี ทรัพย์มี (2533 : 142) กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทาง ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเรียนรู้ โดยช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักและตระหนักในลักษณะและองค์ประกอบสิ่งแวดล้อมของตนเอง รู้จักแสวงหาข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้ผ่านกระบวนการตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่มีระบบ และกระบวนการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา หรือการวางโครงการในอนาคตนั้นควรดำเนินการอย่างไรจึงจะเป็นการคิดวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีพัฒนาการที่จะจัดระบบชีวิตของตนเองได้ (Self Managed Development) จากการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะได้รู้จักวิธีที่จะทำความรู้จักตนเอง รู้จักวิธีตั้งจุมุ่งหมายในชีวิต

3.เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่า สิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวเองและสิ่งแวดล้อมนั้นเปลี่ยนแปลงไป เพื่อจะได้ไม่ยึดมั่นถือมั่นและสามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างยืดหยุ่น ตลอดจนช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่เต็มด้วยความขัดแย้งได้อย่างมีความสุขและสามารถรักษาเสรีภาพของตนเองได้ ผู้ให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาคิดวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนปราศจากอคติ

4.4.4 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2529 : 95-96) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบนำทาง ดังนี้

1. ขั้นแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา
2. พยายามค้นหาว่าผู้ที่มาพบผู้ให้คำปรึกษานั้นมีปัญหาอะไร
3. พิจารณาข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏในปัญหา
4. รวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการให้ความช่วยเหลือ
5. วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มา
6. วินิจฉัยความยุ่งยากหรือปัญหา
7. พยายามหาวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้
8. ให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาตามวิธีการที่ได้ตั้งเอาไว้

นอกจากนี้ Bellack. (1964 : 10) ได้กล่าวถึงขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบนำทางไว้ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างการผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนความรู้สึก การใช้คำถามปลายเปิด การทำให้เกิดความกระจ่าง การให้กำลังใจ การแนะนำ การอธิบาย การสรุปความ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการจำแนกข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับคำปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2.2 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการผสมผสานข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2.3 การวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นการพิจารณาไตร่ตรองสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ของผู้รับคำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2.4 การทำนาย (Prognosis) เป็นการคาดการณ์อย่างมีหลักเกณฑ์ว่า จากสภาพปัญหาของผู้รับคำปรึกษาในปัจจุบัน ผู้ให้คำปรึกษาจะให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาของเขาอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2.5 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และลดความวิตกกังวลในระหว่างการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทำให้เกิดความกระจ่าง การให้กำลังใจ การใช้คำถามปลายเปิด การใช้คำถามปลายปิด การให้คำแนะนำโดยตรง โดยผู้ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ แสดงความคิดเห็น ชี้แนะ และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับคำปรึกษา นอกจากนี้ยังใช้การอธิบาย โดยผู้ให้คำปรึกษา

จะอธิบายรายละเอียดและชี้แจงเหตุผลให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2.6 การติดตามผล (Follow - up) ภายหลังการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งผู้ให้คำปรึกษาต้องติดตามผลการให้คำปรึกษาว่า หลังจากผู้รับคำปรึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วความเศร้าโศกของมารดาลดลงมากน้อยเพียงใด

ขั้นที่ 3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาสรุปประเด็นสำคัญและผลของการให้คำปรึกษา รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาให้ผู้รับคำปรึกษาทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.4.5 เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบนำทางที่สำคัญ มีดังนี้

1. การแนะนำโดยตรง ใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาต้องการคำแนะนำโดยตรงหรือเมื่อรู้ว่าความคิดของผู้รับคำรปรึกษาเป็นความคิดที่ผิดแน่ ๆ อันจะนำไปสู่ความล้มเหลว

2. การชักจูง ใช้การชักจูงเมื่อผู้ให้คำปรึกษาแน่ใจว่า ผู้รับคำปรึกษามีความสามารถอย่างนั้นในตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาหาเหตุผลและคำพูดมาชักจูงให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำหรือให้เขายอมรับความจริงตามผลของข้อมูล

3. การอธิบาย ใช้วิธีนี้เมื่อต้องการอธิบายเป็นขั้นตอนว่า ควรเป็นอย่างไร โดยนำเอาข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับคำปรึกษามาอธิบายให้เขาฟัง แล้วให้เขาตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดสำหรับเขา การอธิบายเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ได้ผลมากที่สุด

4.4.6 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบนำทาง

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบนำทางมีดังนี้ (วัชรี ทรัพย์มี. 2533 : 146-147)

1. รับฟังอย่างตั้งใจ

2. สนทนากับผู้รับคำปรึกษาถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึง

3. ให้ข้อเสนอแนะโดยทั่ว ๆ ไป และเฉพาะเจาะจงแก่ผู้รับคำปรึกษา

4. ผู้ให้คำปรึกษาอาจตั้งคำถามเพื่อทำให้เข้าใจผู้รับคำปรึกษามากยิ่งขึ้น และเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจตนเอง

5. ผู้ให้คำปรึกษาจะให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษา หรือช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดพิจารณา

2. ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้เวลาส่วนใหญ่ ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ให้ผู้รับคำ

3. ปรึกษารับฟัง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมจะได้หาแนวทางแก้ไขตรงประเด็น

7. ผู้ให้คำปรึกษาควรชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงวิธีตัดสินใจว่า เป็นกระบวนการ

ขั้นตอนหนึ่งไม่ย้อนกลับมีแต่จะก้าวไปข้างหน้า ซึ่งการตัดสินใจนั้นต้องมีการทบทวนประเมินหลายครั้งก่อนถึงการตัดสินใจครั้งสุดท้าย

8. ผู้ให้คำปรึกษา อาจให้ข้อเสนอแนะบางประการแก่ผู้รับปรึกษา เช่น ถ้าเห็นผู้รับคำปรึกษายังไม่ควรตัดสินใจขณะนี้ เขาอาจเสนอแนะให้ผู้รับคำปรึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมกระตุ้นให้พิจารณาสิ่งต่าง ๆ ก่อนการตัดสินใจขั้นสุดท้าย

9. ในกระบวนการให้คำปรึกษา นอกจากผู้ให้คำปรึกษาจะติดต่อสนทนากับผู้รับคำปรึกษาเขาอาจจะติดต่อสนทนากับผู้อื่น เพื่อหาข้อมูลให้แม่นตรงหรือช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบนำทาง

เทรกซ์เลอร์ และคาสท์ (Trexler and Karst. 1972 : 60-67) ศึกษาเปรียบเทียบการให้คำปรึกษากับการผ่อนคลายความเครียด เพื่อลดความวิตกกังวลในการพูดในที่สาธารณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 33 คน ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาจำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียด จำนวน 10 คน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ จำนวน 12 คน ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาสามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มควบคุม แต่เมื่อนำกลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มควบคุมนำมาให้คำปรึกษาพบว่า กลุ่มทั้ง 2 สามารถลดความวิตกกังวลในการพูดที่สาธารณะได้

นิภา เลิศลือชาชัย (2533 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาเลขานุการปีที่ 4 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา ผลการทดลองปรากฏว่า ระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับให้คำปรึกษาต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

เกศสุรางค์ พงศ์บำรุงเนตร (2538 : 50) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบนำทางเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบนำทางมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ามารดาที่ได้รับข้อสนเทศอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 30 คนจำนวนทั้งหมดมารดาที่สูญเสียบุตรทั้งหมด 42 คนที่เข้ารับการรักษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ภาควิชาสูตินรีเวช หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ขึ้นไปจำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากร และมารดาที่สูญเสียบุตรได้เซ็นอนุญาตให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยตามเงื่อนไขของโรงพยาบาล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ

   1.1 แบบสอบถามความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร

   1.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

2.1 แบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร มีลำดับขั้นตอนในการสร้างดังนี้

2.1.1ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งงานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามความเศร้าโศกให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายในการวิจัย

2.1.2 สร้างแบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะออกโดยแต่ละข้อมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก

2.1.3 ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face validity) ของแบบสอบถาม โดยนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน คือ ผศ.ดร.นันทนา วงษ์อินทร์ รศ. วีณา บัลลังก์โพธิ์ อาจารย์เจอดใจ บัวหมื่นไวย อาจารย์เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์ ตรวจสอบทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถาม และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

2.1.4 หาค่าอำนาจจำแนก (Item - total Correlation) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วจำนวน 20 ข้อไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษาจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ต่อจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ .01 ถึง .05 จำนวน 20 ข้อมาใช้ในการทดลอง

2.1.5 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่คัดเลือกและผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วในข้อ 1.4 จำนวน 20 ข้อ มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.9272

ตัวอย่างแบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามความเศร้าโศก
โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วกาเครื่องหมายถูก / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงในปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวมากน้อยเพียงใด

มาก	หมายถึง	สอดคล้องกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	สอดคล้องกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านบ้าง แต่ไม่มากนัก
น้อย	หมายถึง	สอดคล้องกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านน้อย

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ มีเรื่องต้องคิดเกี่ยวกับการแท้งบุตร			
2.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจ เกี่ยวกับการต้องเข้ารับการขูดมดลูก			
3.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ ที่จะดำเนินชีวิตเพราะต้องสูญเสียบุตรในครั้งนี้			
4.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีความหวัง เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในอนาคต			
5.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลว่าจะตั้งครรภ์ได้อีกหรือไม่			
6.ข้าพเจ้ารู้สึกดนเองไม่มีคุณค่า เพราะไม่สามารถรักษาลูกไว้ได้			
7.ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิ ไม่อยากสนใจอะไร			
8.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีใครสนใจข้าพเจ้า นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการขูดมดลูก			
9.ข้าพเจ้ารู้สึกสะเทือนใจกับการที่จะต้องยับยั้งการตั้งครรภ์ครั้งนี้			
10.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เห็นความสำคัญของข้าพเจ้าอีกต่อไป เพราะข้าพเจ้าไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้			

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก ให้คะแนน 3 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

คะแนนของแบบสอบถามทั้งหมดจะมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 20 คะแนน ซึ่งเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ของแบบสอบถามชุดนี้มีคะแนน เท่ากับ 40 คะแนน

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย

1.1 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบนำทาง ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.2 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ รองศาสตราจารย์วีณา บัลลังก์โพธิ์ อาจารย์เจอดใจ บัวหมื่นไวย อาจารย์เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์ ตรวจพิจารณาความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีดำเนินการ แล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับมารดาที่สูญเสียบุตรจากการทำแท้งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของโปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำมาใช้ในการทดลอง

1.5 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยใช้เวลาทดลองทั้งหมด 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 1 คน คนละ 4 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 30 - 45 นาที ตั้งแต่วันที่ 1 - 29 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547

การดำเนินการทดลอง

ในการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลนั้น ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused Brief therapy) ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาโดยใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อหาทางแก้ปัญหาโดยตรง เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตรลดความเศร้าโศกลงได้ในระยะเวลาอันสั้น โดยดำเนินการให้คำปรึกษาผู้ป่วยใน ตึกสูติกรรม 3 ภาควิชาสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

แบบแผนการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One Group Pretest - Posttest Design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2531 : 65) มีแบบแผนการทดลอง ดังนี้

ตาราง 2 แบบแผนการทดลองแบบ One Group Pretest - Posttest Design

ทดสอบก่อนการให้คำปรึกษา	ทดลอง	ทดสอบหลังการให้คำปรึกษา
T_1	X	T_2

T_1 คือ การทดสอบก่อนการให้คำปรึกษา

T_2 คือ การทดสอบหลังการให้คำปรึกษา

X คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบนำทาง

จากนั้นทำการศึกษาโดยการใช้วิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทางร่วมกับการดัดแปลงเอาวิธีการให้คำปรึกษาโดยมุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused brief therapy) ซึ่งเป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาซึ่งใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อหาทางแก้ปัญหาโดยตรง เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่แท้งบุตรลดความเศร้าโศกลงได้ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งจะทำแบบสอบถามความเศร้าโศกที่ตึกผู้ป่วยในตึกสูติกรรม 3 ภาควิชาสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยต้องมีคะแนนมากกว่า 50% ของคะแนนทั้งหมดขึ้นไป จึงจะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อผู้ป่วยเซนต์อนุญาติยินยอมร่วมมือในการค้นคว้าวิจัยแล้วก็จะดำเนินการให้คำปรึกษาโดยมีการนัดพบกับผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ที่ตึกผู้ป่วยสูติกรรม 3 ในระหว่างรอพักเพื่อจะทำการขูดมดลูกตามตารางห้องผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น ในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการทักทายและสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกับผู้ป่วย โดยการให้การแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการมาสนทนาและขออนุญาติให้ผู้ป่วยเซนต์ยินยอมในการให้ความร่วมมือกับการค้นคว้าวิจัย อธิบายถึงจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ต้องประเมินสภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก สนทนาเรื่องเกี่ยวกับความเศร้าโศก ความรู้สึกความคิดเห็นที่มีต่อเรื่องการแท้งบุตรของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการสนทนาครั้งนี้จะได้ข้อมูลทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและได้เข้าใจในตัวตนของผู้รับคำปรึกษา ประกอบกับให้ทำแบบทดสอบก่อนให้คำปรึกษา (Pre - test)

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 ที่ตึกผู้ป่วยสูติกรรม 3 ในระยะรอขูดมดลูกซึ่งทางห้องผ่าตัดจะมารับผู้ป่วยที่ตึกเพื่อไปทำการขูดมดลูกภายใต้การดมยาสลบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายก่อนที่จะเข้ารับการขูดมดลูกเพราะการขูดมดลูกภายใต้ยาสลบเป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึก และทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกลัว ผู้รับคำปรึกษาควรที่จะได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนไปรับการขูดมดลูกที่ห้องผ่าตัดสูติ - นรีเวช โดยการสนทนาจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่สบายใจตามสภาวะการที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ในขณะนั้นเพื่อให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด ร่วมกับการสอดแทรกวิธีการแก้ปัญหามุ่งเน้นคำตอบ Solution-focused brife therapy โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยคิดเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหารวมถึงให้ความสนใจกับความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหามากกว่าสนใจว่าทำไมจึงเกิดปัญหาหรือปัญหามีลักษณะอย่างไร ตามมุมมองของการบำบัดที่มุ่งคำตอบนั้นจะพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเปิดโลกทัศน์ใหม่ ๆ ให้มีความคิดสร้างสรรค์และหาวิธีการใหม่ ๆ ที่ท้าทายและสร้างความคาดหวังในการเปลี่ยนแปลง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เน้นอนาคตโดยช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจุดหมาย (focus) และมองสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทางที่สร้างสรรค์ไม่หมกหมุ่นอยู่กับตัวปัญหาอาจนำมาประยุกต์ใช้ได้ในสภาวะต่าง ๆ เน้นการแก้ปัญหามิใช่ตัวปัญหา เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความคาดหวัง

แนวคิดสำคัญของการบำบัดที่มุ่งคำตอบ คือ จุดสำคัญของการเปลี่ยนแปลงเพียงทีละเล็กทีละน้อยเท่านั้น ถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยนี้จะสามารถเพิ่มเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น และการมองโลกในแง่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่อง

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 ที่ดึกผู้ป่วยสูติกรรม 3 ภายหลังการขูดมดลูก และผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่พร้อมที่จะสนทนา เป็นระยะที่จะให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ถึงสภาวะของตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการให้คำปรึกษาจะนำแนวทางการให้คำปรึกษาแบบนำทางมาใช้เพื่อให้สอดคล้องความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับการสอดแทรกวิธีการให้คำปรึกษาทฤษฎีมุ่งเน้นคำตอบ Solution-focused Brief therapy โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยคิดเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาต่อจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 ที่ดึกสูติกรรม 3 เป็นระยะก่อนที่ผู้จะกลับบ้านเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้เผชิญปัญหาตามภาวะที่เป็นจริงแล้ว ซึ่งผู้ป่วยได้รับการเตรียมให้สามารถเผชิญกับความจริงและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางในการปรับตัวให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่ร้อมทั้งทำแบบสอบถามความเศร้าโศกหลังการให้คำปรึกษาหลังจากการให้คำปรึกษาสิ้นสุดลง

ตาราง 3 วัน เดือน ปี ที่ดำเนินการทดลองให้คำปรึกษามารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของตั้งครรภ์ ครรภ์แรก

มารดาคนที่	วัน เดือน ปี ที่ให้คำปรึกษา			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 3
1	2 ก.พ. 47 เวลา 17.00-17.30 น.	3 ก.พ. 47 เวลา 7.10- 7.30 น.	3 ก.พ.47 เวลา 17.30-18.00 น.	4 ก.พ.47 เวลา 7.30 - 8.00 น.
2	9 ก.พ. 47 เวลา 16.30 -17.00 น.	10 ก .พ . 47 เวลา 6.45-7.15	10 ก.พ.47 เวลา 18.00-18.45	11 ก.พ.47 เวลา 7.20-7.45 น.
3	11 ก.พ.47 เวลา 17.30-18.00	12 ก.พ.47 เวลา 7.15- 7.35	12 ก.พ.47เวลา 18.30-19.00 น.	13 ก.พ.47เวลา 7.30-7.50 น.
4	11 ก.พ. 47เวลา 18.15-18.50	12 ก.พ.47 เวลา 6.30-7.00	12 ก.พ.47 เวลา 17.30-18.00 น.	ติดตามผลทางโทรศัพท์
5	17 ก.พ.47 เวลา 17.30-18.00 น.	18 ก.พ.47 เวลา 7.30-8.00 น.	18 ก.พ.47เวลา 18.00-18.30 น.	19 ก.พ.47เวลา 7.40-8.15 น.
6	24 ก.พ.47เวลา 17.00-17.30 น.	25 ก.พ.47เวลา 7.20-8.00 น.	25 ก.พ.47 เวลา 18.00-18.45 น.	26 ก.พ.47 เวลา 7.30-8.00 น.
7	26 ก.พ.47 เวลา 18.00 -18.45 น.	27 ก.พ.47 เวลา 7.25-8.00 น.	27 ก.พ.47 เวลา 18.15-19.00 น.	28 ก.พ.47 เวลา 7.20-7.45 น

มารดาคนที่	วัน เดือน ปี ที่ให้คำปรึกษา			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 3
8	1 มี.ค. 47 เวลา 17.45-18.30 น.	2 มี.ค. 47 เวลา 7.20-8.10 น.	2 มี.ค. 47 เวลา 18.00-18.30 น.	ติดตามผลทางโทรศัพท์.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ t - test แบบไม่อิสระต่อกัน (t-Dependent) แบบทิศทางเดียว (One - tailed test) มีดังนี้

เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกรวมก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 การค่าหาเฉลี่ย (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538)

$$\overline{X} = \frac{\Sigma x}{N}$$

เมื่อ $\overline{X}$ แทนค่าเฉลี่ย

Σx แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทนจำนวนข้อมูล

1.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. แทนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

N แทนจำนวนคนในแหล่งข้อมูล

2.สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพแบบสอบถามความเศร้าโศก

2.1 การหาอำนาจจำแนกรายข้อ โดยวิธี Item - total Correlation โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson Product Moment)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531)

$$rxy = \frac{N\Sigma xy - \Sigma x\Sigma y}{\sqrt{[N\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][N\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

เมื่อ r แทนค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด

N แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

Σx แทนผลรวมของคะแนนรายข้อของแต่ละคน

Σy แทนผลรวมของคะแนนรวมทุกข้อของแต่ละคน

2.2 การหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 170)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\Sigma Si^2}{St^2}\right]$$

เมื่อ α แทนค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทนจำนวนข้อของเครื่องมือ

Si^2 แทนคะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ

St^2 แทนคะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือนั้นทั้งฉบับ

3.สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1เปรียบเทียบความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t -test แบบไม่อิสระต่อกัน (t -Dependent) แบบทิศทางเดียว (One - tailed test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

เมื่อ t แทนค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

D แทนความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่

n แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4
การวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ มาใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยคะแนน
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Σx	แทน	คะแนนรวม
D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนกับหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล
ΣD	แทน	ผลรวมความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนกับหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล
D^2	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนกับหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล ยกกำลังสอง
ΣD^2	แทน	ผลรวมความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนกับหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t-test for dependent samples
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้ คือ

เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล ข้อมูลแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล (n=8)

คนที่	คะแนนความเศร้าโศกรวม		D	D^2	t
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
1	51	35	16	256	
2	50	35	15	225	
3	50	33	17	289	
4	55	36	19	291	
5	52	35	17	289	12.0059**
6	46	34	12	144	
7	45	35	10	100	
8	53	38	15	22	
รวม	402	281	$\Sigma D = 121$	$\Sigma D^2 = 1919$	12.0059**
$\overline{X}$	50.25	35.13			
S.D.	3.37	1.46			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก มีคะแนนความเศร้าโศกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษาแบบนำทางสามารถทำให้ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกลดลง

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อเปรียบเทียบความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกลดลงภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 30 คนจำนวนทั้งหมดมารดาที่สูญเสียบุตรทั้งหมด 42 คนที่เข้ารับการรักษา

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ที่มีคะแนนความเศร้าโศกตั้งแต่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ขึ้นไป มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ภาควิชาสูตินรีเวช หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 - วันที่ 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ขึ้นไปจำนวน 8 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากร และมารดาที่สูญเสียบุตรได้เซ็นอนุญาตให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัยตามเงื่อนไขของโรงพยาบาล

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

3.2ตัวแปรตาม คือ ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองในภาคที่ 2 ปีการศึกษา 2546 ดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ให้ในการศึกษาวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 อย่างคือ

1.แบบประเมินความเศร้าโศก

2.โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำคะแนนความเศร้าโศกที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเป็นคะแนนก่อนทดลอง

2.ดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ตามรายละเอียดดังนี้ คือ ให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลตามที่กำหนดไว้คือ 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน ครั้งละ 30-45 นาที ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 10 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547

3.หลังการทดลอง ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และให้มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่เป็นกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความเศร้าโศกซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลองอีกครั้งหนึ่ง และเก็บผลการตอบแบบประเมินความเศร้าโศกดังกล่าวไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง

4.หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และข้อ 3 ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 คะแนนเฉลี่ย

1.2 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเศร้าโศกเป็นรายข้อ ใช้สถิติ Item - total Correlation (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเศร้าโศก โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2531 : 170-171)

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศก ของมารดาที่สูญเสียบุตร ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t - test for dependent samples.

สรุปผลการศึกษาวิจัย

ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกมีคะแนนความเศร้าโศกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลสามารถทำให้ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกลดลง

อภิปรายผลการศึกษาวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกในระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 50.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.37 และภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ครรภ์แรกลดลง เท่ากับ 35.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.46 แสดงว่าการให้คำปรึกษาแบบนำทางสามารถทำให้ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกในโรงพยาบาลรามาธิบดี อภิปรายผลพบว่า

ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความเศร้าโศกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นการที่จะช่วยให้มารดาที่สูญเสียบุตรได้มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย เกิดความไว้วางใจ และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี อีกทั้งการให้คำปรึกษายังเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึก ความเศร้าโศกที่มีอยู่ในขณะนั้น และยอมรับความสูญเสียตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งตรงกับแนวคิดในการช่วยเหลือผู้เศร้าโศกของลินเดแมนน์ ที่ได้ให้แนวคิดไว้ว่า ในการช่วยเหลือผู้เศร้าโศกนั้นต้องทำให้ผู้เศร้าโศกยอมรับความจริง ยอมรับความเจ็บปวดของการสูญเสีย ช่วยให้ยอมรับและ

แสดงออกถึงความรู้สึกต่อการสูญเสีย และช่วยให้ได้ระบายโดยพูดถึงความรู้สึกของการสูญเสียและความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของโรเซนบาม (Barry : 1984 ; citing Rosenbaum. 1981) ที่ได้ทำการศึกษา ผลกระทบของการไม่หายจากความเศร้าโศกของผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นม่ายภายหลังการสูญเสียคู่ครองที่พบว่า การเปิดโอกาสให้มีการระบายความรู้สึกต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะในผู้สูญเสียที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน จะช่วยให้ผู้สูญเสียปรับตัวได้มากกว่าการไม่ได้ระบายความรู้สึกและสอดคล้องกับ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2541 : บทคัดย่อ) ที่กล่าวว่า เป้าหมายการช่วยเหลือผู้เศร้าโศกจะบรรลุได้ ครอบครัวจะต้องมีการพูดคุยกันเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับความรู้สึกต่อผู้ตาย และผลกระทบต่อการสูญเสีย เช่นเดียวกับมารดาที่สูญเสียบุตรเป็นการสูญเสียบุคคลที่รัก ที่มีความผูกผันหรือมีความสำคัญทำให้มีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียรุนแรง ทำให้เกิดความเจ็บปวด สูญเสียการควบคุมและต้องการพึ่งพาผู้อื่น หมดหวัง ละอายหรือรู้สึกผิดอย่างแรง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะช่วยให้มารดาที่สูญเสียบุตรที่มีปัญหาความเศร้าโศก เนื่องจากอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถมองปัญหาของตนเองได้ทุกแง่ทุกมุมหรือขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงมักต้องการความช่วยเหลือจากใครสักคนที่เข้าใจ เช่นเดียวกับที่ ศิริวรรณ พิริยคุณธร (2544 : บทคัดย่อ) กล่าวว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่มีปัญหาทางอารมณ์จึงมักจะต้องการความช่วยเหลือ จากบุคคลที่เข้าใจ มีความอบอุ่น ไม่ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ อันจะทำให้เกิดความไว้วางใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีมีส่วนร่วมในการให้การปรึกษา ทำให้เข้าสู่กระบวนการรับรู้ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจตนเอง ค้นพบความหมายและในที่สุดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายได้ ซึ่งชูดิน (Tshudin. 1997 : บทคัดย่อ) เชื่อว่า กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากใครสักคนที่เป็นกลาง (ไม่เกี่ยวข้องกัน) และเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝน พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมารดาที่สูญเสียบุตรมากที่สุด การให้การดูแลช่วยเหลือมารดาที่สูญเสียและเศร้าโศกซึ่งพบได้บ่อย จะต้องช่วยเหลือให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมพยาบาลจำเป็นจะต้องให้ความสนใจและฝึกทักษะในการให้คำปรึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่ามารดาที่สูญเสียบุตร ต้องการความช่วยเหลือทั้งทาง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และต้องการความรู้ ความช่วยเหลือ ในการปรับตัวเพื่อให้สามารถผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้สอดคล้องกับสแวนสัน-คอฟฟ์แมน (Swanson-Kauffman. 1986 : 37 - 46) ศึกษาความต้องการการดูแลของมารดาที่แท้งเอง พบว่า มารดามีความต้องการดูแล 5 ด้าน คือ ด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อ คือ ต้องการการดูแลที่ช่วยให้มารดาคงไว้ซึ่งความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะผ่านพ้นภาวะการสูญเสียบุตรได้ด้วยดี และจะสามารถให้กำเนิดบุตรตามปกติได้ ด้านการอยู่เฝ้าดูแล คือต้องการการดูแลที่ให้เวลากับมารดา และเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึก ด้านการปฏิบัติช่วยเหลือ คือ ต้องการการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญมาให้การพยาบาล ด้านการมีความรู้ คือ ต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแท้ง และการดูแลรักษาที่จะได้รับ ด้านการสนับสนุนส่งเสริม คือ ต้องการดูแลตนเองได้ด้วยพลังความสามารถที่มีอยู่

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลในเพื่อช่วยให้มารดาที่สูญเสียบุตรได้ทราบถึงเหตุผลของหัตถการแต่ละอย่าง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถเผชิญกับภาวะสูญเสีย และความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ซึ่งกับที่ แมดเดน (Madden. 1994 : 85-104) ศึกษาพบว่า มารดาที่แท้งเองมีความรู้สึกหลายอย่าง คือ รู้สึกเศร้าเสียใจ คับข้องใจ ผิดหวังและโกรธ นอกจากนี้ยังรู้สึกอิจฉาสตรีที่มีครรภ์โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน และมักจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์อื่น ๆ หรือสตรีที่เพิ่งคลอดบุตร ตลอดจนมีความรู้สึกกลัวที่จะได้รับการตำหนิติเตียนจริง ๆ รู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกโกรธและตำหนิบุคคลที่ให้การดูแล มีความสงสัยเกี่ยวกับคำแนะนำ และการปฏิบัติที่ตนได้รับ จากการศึกษาของแมดเดนทำให้เห็นถึงความจำเป็นของการนำการให้คำปรึกษาไปช่วยเหลือแก่มารดาที่สูญเสียบุตรเป็นอย่างยิ่ง และยังสอดคล้องกับ กันยรักษ์ เงยเจริญ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง พบว่า มารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองมีความเศร้าโศกโดยรวมในระดับค่อนข้างมาก มีความต้องการการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง และพบว่ามารดามีความต้องการการดูแลในระดับมาก คือ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการยกย่องให้เกียรติในความเป็นบุคคล และด้านความสุขสบายและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่า ความเศร้าโศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.การให้คำปรึกษาแบบนำทาง เป็นการให้คำปรึกษาที่มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถคลายความวิตกกังวลในเรื่องอื่น ๆ ไปได้อีกด้วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องประเมินให้แม่นยำว่าผู้รับคำปรึกษาต้องการข้อมูลด้านใดเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับปรึกษาให้มากที่สุด

2. การให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักนำทฤษฎีในการให้คำปรึกษาต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพของปัญหาของผู้รับคำปรึกษา จึงจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้บรรลุความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การทำวิจัยในมนุษย์ (Human Subject) เป็นสิ่งที่ต้องพึงระวังอย่างยิ่งในเรื่องของสิทธิ์ส่วนบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องมีการขออนุญาตอย่างถูกต้อง และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย

4. ควรมีการติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับคำปรึกษากลับบ้านไปแล้วด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมารดาที่สูญเสียบุตรในการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกกับมารดาที่สูญเสียบุตรในครรภ์ที่สองแต่ยังไม่มีบุตร เนื่องจากครรภ์แรกก็สูญเสียบุตรเช่นกัน เพื่อ

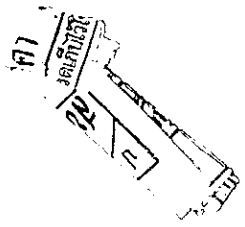
เปรียบเทียบว่าความเศร้าโศกอยู่ในระดับใด และต้องการความช่วยเหลือด้านการให้คำปรึกษามากน้อยเพียงใด

2. ควรมีการนำทฤษฎีการให้คำปรึกษาอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการลดความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรมาทดลองให้คำปรึกษา

3. การให้คำปรึกษาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเป็นส่วนตัว ควรจะจัดให้มีห้องหรือบริเวณที่ค่อนข้างเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน

4. การให้คำปรึกษา ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสีย จำเป็นต้องอาศัยระยะในการยอมรับ และปรับตัวต่อภาวะการสูญเสีย ควรจะจัดให้มีจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับคำปรึกษาแต่ละราย

บรรณนานุกรม



บรรณานุกรม

กรรณิการ์ กาญจนานุกูล. (2540). *ผลการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลที่มีต่อการปรับตัวทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กรรณิการ์ สุขุดุงคะ. (2540). *คู่มือจิตวิทยาคลีนิค*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : เมดิคัลเดีย.

กันยรักษ์ เงยเจริญ. (2541). *การศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เกศสุรางค์ พงศ์บำรุงเนตร. (2538). *ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทางเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กำแหง จาตุรจินดา. (2529). *สูติศาสตร์รามาธิบดี*. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

คมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2531). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา กรุงเทพฯ : คณะศึกศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). *การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จีน แบรี่. (2537). *คู่มือการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2529). *เอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่1-7. กรุงเทพ.* นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

จำเนียร ช่วงโชติ และนวลศิริ เปาโรหิตย์. (2522). *เทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3.* กรุงเทพฯ : เดอะเบสกราฟฟิค.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งจำกัด.

ชุตินันท์ แจ่มจรัส. (2530). *การให้คำปรึกษาเชิงปฏิบัติการ*. ฉะเชิงเทรา : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูฉะเชิงเทรา.

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2528, มีนาคม). "การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เศร้าโศก". *วารสารคลินิก. 8(1).* : หน้า 24.

นงคราญ ผาสุก. (2528). หลักการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : ทีสุพรการพิมพ์.

นันทิยา เอกธิคมกิจ. (2542). *การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงในสถานฝึกอบรมเด็กและเยาวชน บ้านปราณี กรุงเทพฯ.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นิภา เลิศลือชาชัย. (2533). *ผลการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักศึกษาเลขานุการ.* วิทยานิพนธ์ ค.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

เบญจวรรณ แก้วเวชวงค์. (2526). *ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลมารดาและเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ วินิต พัวประดิษฐ์ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล. (2540). *สูติศาสตร์ รามาธิบดี 2.* กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

ประภาศิริ เบญจศิริลักษณ์. (2545). *ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความเศร้าโศกของหญิงที่แท้งบุตร.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (มารดาและทารก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา.* กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2527). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษา.* กรุงเทพฯ : พิทักษ์อักษร.

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.* วิทยานิพนธ์ พย.ด. (การพยาบาลมารดาและทารก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พรนภา วุฒิเสถกฤต. (2540). *ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร่องในการดูแลตนเองและการแท้งบุตร.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พรรณพิศ วาณิชยการ. (2529). *การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม.* กรุงเทพฯ : กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ.

พรรณราย ทรัพยประภา. (2526). "การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก เพื่อลดความขัดแย้ง ". *แนะแนว.* กรุงเทพมหานคร.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร และคณะ. (2533). *จิตเวช เล่ม 1*. เชียงใหม่ : เชียงใหม่ธนบรรณการพิมพ์.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่ : ซายน์ซีรีส์จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2539). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ : ช่วยพิมพ์.

เมธินินทร์ ภิณญชน. (2539). *เอกสารคำสอนวิชาแนะแนว* : การฝึกปฏิบัติการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

รุ้งนภา ผาณิตรัตน์. (2534). *ผลของกลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบองค์รวมต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคลที่สูเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

เรียม ศรีทอง. (2538). *เอกสารคำสอน เทคนิคการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพ : ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ 4 สุวีริยาสาส์น.

วัชรี ทรัพย์มี. (2533). *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.

สมพล พงศ์ไทย และวินิต พัวประดิษฐ์. (2530). "การทำแท้งในไทย " ใน *สูติศาสตร์รามาธิบดี*. กำแหง จาตุรจินดา และคณะ บรรณาธิการ . กรุงเทพฯ : เมดิคัลมีเดีย.

สมภพ เรืองตระกูล. (2533). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์ .

สมหมาย ถุงสุวรรณ. (2524). " การคลอดก่อนกำหนด ". ใน *ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวช* . สมหมาย ถุงสุวรรณ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช.

สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม. ยุวัน อนุมานราชธน. อัสนี สุวัตถี. (2525). *โรคและภาวะผิดปกติทางสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยาศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนิศา สุขตระกูล. (2544). *ศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (มารดาและทารก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุทธิพร เจณณวาสิน. (2543,มีนาคม). Grife (ONLINE) ที่มา : *http: // www. mahidol . ac . th / mahidol /ra/ rapc/grief.thm.*

สุวรรณา นาควิบูลย์วงศ์. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กรุงเทพฯ.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนะ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2535). *การวางแผนครอบครัว ประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด* กรุงเทพฯ : ข้าวฟ่าง.

สุวิมล พนาวัฒนกุล. (2534). *อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

โสปิยา ศรีวรรณบูรณ์. (2526). *ภาวะการมีบุตรยาก.* โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2544). *การพยาบาลผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก.* โครงการตำราประกอบการสอน คณะแพทยศาสตร์. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรุณี สุวรรณธาร. (2543). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสีย การมองเห็น.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อาภรณ์ ชัยศิริ. (2540). *ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบนำทางเพื่อลดความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์* . ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อุบล นิวัติชัย. (2528). *เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวชหน่วยที่ 10 – 15.* นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.* กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้าการพิมพ์ พริ้นติ้ง จำกัด.

เอื้อมพร กฤษณะพันธ์. (2529). *การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติด้านการคุมกำเนิด และการทำแท้งของหญิงอาชีพพิเศษ 2 กลุ่มในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา : 2528.* วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2530). *แนวความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและการพยาบาล.* วารสารพยาบาล ศาสตร์ 5 (2) กรุงเทพฯ.

Benoliel,J.Q. (1985). Loss and Terminal Illness. *Nursing Clinics of North America.*

Bower, F. L. (1980). *Nursing and the Concept of Loss.* New York : A Wiley Medical Publication.

Bowlby. (1980). *Loss and Sadness and Depression.* Harmanodsworth : Penquin Books.

Carpenito, L.J. (1992). *Nursing Diagnosis* : Application to Clinical Practice. Philadelphia : J.B.Lippincott Company.

Carlson,C.E. (1970). *Behavioral Concepts & Nursing Intervention*. Philadelphia : J.B. Lippincott.

Carter,F.M. (1976). *Psychological Nursing*. New York : Macmillan.

Chistecsen, B. & Kockrow, E. (1995). *Foundations of Nursing*. St.Louis : Mosby.

Ellis, J.R. & Nowlis,E.A. (1994). *Nursing : A Human Needs Approach*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Erica Brown. (1999). *Loss Change and Grief*. And Educational Perspective. London : Britisth Library Cataloging in Publication Data.

Frankl, Victor E. (1967). *Psychotherapy and Existentialism*. New York: Washington Square Press,Inc.

Gibson,R. and M H. Mitchell. (1986). *Introduction to Counseling and Guidance*. New York : Macmillan Publishing Company.

Gilbert,F.S., & Harmon,J.S. (1993). *Manual of Pregnancy & Delivery*. St. Louis : Mosby.

Gorman,L.M., & Sultan, D. (1989). *Psychosocial Nursing Handbook of Thenonpsychiatric nurse.London* : William. And Wilkins.

Jacobs, S. (1993). *Pathological Grief : Maladaptation to Loss*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

Joffrion,L.P., & Douglas,D. (1994). Grief Resolution : Facilitating Self-Transcendence in the Bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*.

Kasterbaum,R.J. (1998). *Death,Society and Human Experience*. Boston : Allyn and Bacon.

Kay,J. (1983). Pregnancy Loss and the Grief Process.In J.R. Woods & J.L. Esposito (Eds.), Pregnancy Loss : *Medical Therapeutics and Practical Considerations*. Baltimre : Williams & Wilkins.

Kellner,K.R. & Lake,M.F. (1993). Grief Counseling,In R.A.Knuppel & J.E. Druller Eds, *High-risk Pregnancy : A Team Approach. Philadelphia* : W.B. Saunders.

Kirkey-Best,E. (1981). *Grief in Response to Prenatal Loss* : An Argument for the Earliest maternal Attachment. Unpublished Doctoral Dissertation,University of Florida.

Kozier, B.,Erb,G. & Bufafino,P.M.(1989).*Imtroduction to nursing.*New Jersey : Prentice Hall Health.

LaRoche,C,. Lalinec-Michaud,M.,Engelsmann,F.,Fuller,N.,Copp,M.,McQuade-Soldatos, L.,& Azima,R. (1984). Grief reaction to perinatal death : A Follow-up Study. *Canadian Journal of Psychiatry.*

Madden,M.E. (1994). The variety of Emotional Reactions to Miscarriage. *Women Health.*

Martocchio,B.C. (1985). Grief and Bereavement. *Nursing Clinics of North Anerica.*

Neugebauer,et al. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks After Miscarriage. *American Journal of Public Health.*

Parks, C.K. (1972). Bereavement : *Studies of Grief in Adult life.* New York : International.

Peppers,L.G. & Knapp,R.J. (1980). *Motherhood and Mourning.* New York : Praeger.

Peterson,J. (1993). Pregnancy loss. In A. Stoudemire & B.S.Fogel (Eds). *Psychiatry Care of The Medical Patient.* New York : Oxford University.

Potter, P.A., & Perry. A.G. *Fundamental of Nursing : Concepts Process and Practice.* St. Louis : Mosby Inc.

Risch, H.A, et al. (1988). Risk Factor for Spontaneous Abortion and Its Recurrence. *American Journal of Epidimiology.128 (August)* .

Shortridge,L.M. & Lee,E.J. (1980). *Introduction to Nursing Practice.* New York : McGraw Hill Book Company.

Speck,P.W. (1978). *Loss and Grief in Medicine.* New York: Macmillan.

Swanson-Kauffman,K.M. (1986). Caring in the Instance of Unexpected Early Pregnancy Loss.*Topics in Clinical Nursing.*

Theut,S.K., Pedersen,F.A.,Zaslow,M.J.Cain,R.L.,Rabinovich,B.A., & Morihisa, J.M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement . *American Journal of Psychiatry.*

Toedter,L,J.,Lasker,J.D,. & Algadeff,J.M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and Initial validation. *American Journal of Orthopsyehiatry.*

Tschudin,V. (1982). *Counseling skills for nurse.*London : Bailliere Tindall.

Vaughn S. Millner & Robert B. Hanks. (2002). Induced Abortion : An Ethical Conundrum for Counselors. *Journal of Counseling & Development.* Volume 80.

Wall-Haas,C,L. (1985). Women's Perception of First Trimester Spontaneous : Abortion.*JOGNN.*

Watson,J. (1988). *Human Science & Human Care* : A Theory of Nursing. New York : National Lesgue of Nursing.

Zeanah, C.H. Dailey,J., Rosenblatt,M. & Saller,D.N. (1993). Do Women Grieve after Terminating Pregnancies because of Fetal Anomalies? : A Controlled Investigation. *Obstetrics & Gynecology.*

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม (Item - total Correlation) ค่าเฉลี่ย $\overline{X}$
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกรวม ของมารดาที่สูญเสียบุตรก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t - test for dependent samples (n=8)

เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกรายข้อ ของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t - test for dependent sample (n = 8)

ตารางการหาค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีหาคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item - test Correlation) ของแบบสอบถาม

ตาราง 5 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม (Item - total Correlation) ค่าเฉลี่ย $\overline{X}$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (Item - total Correlation)	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
1	.5230**	2.8667	.3457
2	.3812**	2.9000	.3051
3	.4053**	2.5667	.5040
4	.5733**	2.5667	.5683
5	.4804**	2.8667	.3457
6	.5844**	2.6000	.4983
7	.4229**	2.1667	.5921
8	.0308**	1.8000	.5509
9	.1493**	2.8000	.4068
10	.2850**	1.8667	.6814
11	.4822**	2.7333	.5208
12	.7400**	2.7667	.4302
13	.5618**	2.6000	.5632
14	.2903**	2.9000	.3051
15	.5837**	1.9000	.6618
16	.4602**	2.4667	.5713
17	.3761**	2.2000	.5509
18	.7638**	2.7000	.4661
19	.4082**	2.8000	.4068
20	.7917**	2.2000	.6644

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ α - Coefficient = .9272

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกรวม ของมารดาที่สูญเสียบุตรก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t - test for dependent samples (n=8)

คนที่	คะแนนก่อน	คะแนนหลัง	ผลต่างคะแนน (D)	ผลต่างคะแนนยกกำลังสอง (D^2)	t
1	51	35	16	256	
2	50	35	15	225	
3	50	33	17	289	
4	55	36	19	291	12.0059**
5	52	35	17	289	
6	46	34	12	144	
7	45	35	10	100	
8	53	38	15	225	
รวม	402	281	121	1919	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกรายข้อ ของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล โดยใช้ t - test for dependent sample (n = 8)

แบบสอบถามข้อที่	คะแนนความเศร้าโศกก่อนทดลอง	คะแนนความเศร้าโศกหลังทดลอง	D	D^2	t
1	22	17	5	25	
2	21	14	7	49	
3	18	11	7	49	
4	23	16	7	49	
5	21	16	5	25	
6	20	13	7	49	
7	18	9	9	81	
8	15	8	7	49	
9	24	16	8	64	
10	15	12	7	49	12.0059 **
11	22	16	6	36	
12	23	18	5	25	
13	19	15	4	16	
14	22	22	0	0	
15	14	8	6	36	
16	21	15	6	36	
17	22	10	12	144	
18	24	17	7	49	
19	24	16	8	64	
20	19	12	7	49	
รวม	402	281	121	1919	12.0059 **

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 245-5704, 201-1296 โทรสาร (662) 246-2123

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 245-5704, 201-1296 Fax (662) 246-2123

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ ๐๔๐๖/๒๕๔๖

ชื่อโครงการ	ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่ต้องสูญเสียบุตร ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๗-๔๖-๑๗ ว
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพิมล แสงปัน
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร)

ลงนาม _____
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ)

วันที่รับรอง ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๔๖

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 245-5704, 201-1296 โทรสาร (662) 246-2123

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 245-5704, 201-1296 Fax (662) 246-2123

Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No.0406/2003

Title of Project	The Effect of Individual Directive Counseling on Mother's Grief after First Trimaster Miscarriage at Ramathibodi Hospital Bangkok
Protocol Number	ID 07-46-17
Principal Investigator	Miss.Pimol Saengpun
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects .....
Prof. Krisada Ratana-olarn, M.D., FRCST, FICS.

Signature of Dean .....
Prof. Prakit Vathesatogkit, M.D., ABIM.,FRCP.

Date of Approval July 16, 2003

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 245-5704, 201-1296 โทรสาร (662) 246-2123

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 245-5704, 201-1296 Fax (662) 246-2123

ที่ จวค ๒๗๖๑/๒๕๔๖ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๔๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวพิมล แสงปัน

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่ต้องสูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๗-๔๖-๑๗ ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการฯแล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงร่างการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย(Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ ด้วยทุกครั้ง

" ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี งานบริการวิชาการและวิจัย ชั้น ๕ (ห้อง ๕๑๐) ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๑๕๔๐ ในเวลาราชการ"

๖. ความลับของผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ กฤษฎา รัตนโอฬาร)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ

ผลของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวพิมล แสงปัน

สถานที่วิจัย

ตึกผู้ป่วยในสูติกรรม 3 ชั้น 4 โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวพิมล	แสงปัน	โทรศัพท์ 0-2201-1419 , 0-2201-1429
รศ.นพ.อภิชาติ	จิตเจริญ	โทรศัพท์ 0-2201-1412 , 0-2201-2427
ผศ.นพ.อดิเทพ	เชาว์วิศิษฐ์	โทรศัพท์ 0-2201-2166 , 152-248103

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ศ.ดร.ผ่องพรรณ	เกิดพิทักษ์	ประธานผู้ควบคุมการวิจัย
รศ.วีณา	บัลลังก์โพธิ์	ผู้สนับสนุนการวิจัย
รศ.นพ.อภิชาติ	จิตเจริญ	ผู้สนับสนุนการวิจัย
ผศ.นพ.อดิเทพ	เชาว์วิศิษฐ์	ผู้สนับสนุนการวิจัย
อาจารย์เจอดใจ	บัวหมื่นไวย	ผู้สนับสนุนการวิจัย
อาจารย์เบจมาภรณ์	พูลสวัสดิ์	ผู้สนับสนุนการวิจัย

ความเป็นมาของโครงการ

การสูญเสียบุตรไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุตรจากการแท้งบุตรตามธรรมชาติ หรือการสูญเสียบุตรจากการชักนำให้เกิดการแท้งบุตรเพื่อการรักษาไว้ซึ่งความปลอดภัยของมารดานั้น ย่อมเป็นภาวะที่อาจจะส่งผลกระทบทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้เป็นมารดาที่สูญเสียบุตรเป็นเรื่องธรรมดา ผลกระทบทางด้านจิตใจที่ว่าอาจจะจะก่อให้เกิดความเศร้าโศก ความวิตกกังวล ภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวนั้นเป็นภาวะปกติที่ย่อมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป และบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการปรับตัวต่อภาวะดังกล่าวได้

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยที่สูญเสียบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงการส่งเสริมด้านจิตใจและสังคมควบคู่ไปกับการช่วยเหลือด้านร่างกาย พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สูญเสียบุตรมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร และผ่อนคลายความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการเยี่ยมในครั้งแรกเย็นวันที่มารับการรักษาในตึกสูติกรรม 3 เพื่อรับทราบการแนะนำตนเองของผู้วิจัยและชี้แจงพอสังเขปเกี่ยวกับโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะให้ทำแบบทดสอบความเศร้าโศกก่อนการให้คำปรึกษา

2. เช้าวันก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจะพบและให้คำปริกษาและให้กำลังใจเพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขูดมดลูกภายใต้ยาสลบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัดพอสังเขป และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถาม ระบายความรู้สึกที่มีขณะนั้นพร้อมให้การช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมวิจัยและปัญหาของแต่ละราย

3. เย็นหลังวันที่ทำการขูดมดลูกในห้องผ่าตัดแล้ว ผู้วิจัยจะพบและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายถึงความรู้สึก และสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งร่วมกันวางแนวทางการปรับตัวต่อการสูญเสีย และร่วมกันหาวิธีที่จะทำให้การปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม อาจแนะนำญาติ หรือคู่สมรสเข้ามามีบทบาทในกระบวนการนี้ด้วย (กระบวนการอาจใช้เวลาในการเข้าพบมากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับจำนวนวันของผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในโรงพยาบาล)

4. ก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยจะพบและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเวลากลับบ้าน การดูแลสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป และการวางแผนครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร หรือขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายและเพื่อสรุปการให้คำ

ปรึกษาที่ได้ร่วมกันปฏิบัติการ วางแผนที่จะแก้ไข ปรับตัวต่อภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความเศร้าโศกหลังการให้คำปรึกษา

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นผลประโยชน์โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะทำให้สามารถปรับตัวยอมรับความจริงและสามารถปรับตัวกับสภาพความสูญเสียที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีความหวังและกำลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณค่าในตัวเอง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัย หากมีความจำเป็นที่จะต้องเปิดเผยข้อมูลเพื่อการรักษาอื่น ๆ ผู้ทำโครงการจะขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนเสมอ

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 0-2201-1541 ในเวลาราชการ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลที่มีต่อความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ

ชื่อผู้ทำวิจัย นางสาวพิมล แสงปัน

ชื่อผู้เข้าร่วมทำวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง / นางสาว .....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

ใบแสดงความยินยอมเข้ารับการวิจัย

เรื่อง การให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลในมารดาที่สูญเสียบุตรจากการทำแท้ง โรงพยาบาลรามาธิบดี

แผนก.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาง / นางสาว.....ขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าได้ทราบถึงรายละเอียดและขั้นตอนการให้คำปรึกษา และโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ข้าพเจ้าได้ยินยอมเข้ารับการให้คำปรึกษาแล้ว นอกจากนี้ข้าพเจ้ายังได้ทราบและเข้าใจว่ามีโอกาสที่จะต้องรับการให้คำปรึกษาต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากภายหลังยุติโปรแกรมแล้วยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้

ลงชื่อ.....ผู้รับการให้คำปรึกษา

ลงชื่อ.....พยาน

<u>คำรับรองของผู้วิจัย</u>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้อธิบายขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลและโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาทราบและเข้าใจอย่างถ่องแท้แล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้รับคำปรึกษาเข้ามารับบริการด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าจะรักษาข้อมูลของผู้รับคำปรึกษาไว้เป็นความลับ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรก
ของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก ในโรงพยาบาลรามาธิบบดี

สรุปผลการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล มารดาที่สูญเสียบุตรทั้งหมด 8 ราย

แบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร

<u>คำชี้แจง</u> เมื่อท่านได้อ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว ให้กากบาทเครื่องหมายถูก ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวมากน้อยเพียงใด **ข้าพเจ้ารู้สึกว่า**.....

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจมีเรื่องต้องคิดเกี่ยวกับการแท้งบุตร			
2.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการต้องเข้ารับการขูดมดลูก			
3.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ ที่จะดำเนินชีวิตเพราะต้องสูญเสียบุตรในครั้งนี้			
4.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีความหวังเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในอนาคต			
5.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลว่าจะตั้งครรภ์ได้อีกหรือไม่			
6.ข้าพเจ้ารู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า เพราะไม่สามารถรักษาลูกไว้ได้			
7.ข้าพเจ้าไม่มีสมาธิ ไม่อยากสนใจอะไร			
8.ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มีใครสนใจข้าพเจ้า นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการขูดมดลูก			
9.ข้าพเจ้ารู้สึกสะเทือนใจกับการที่จะต้องยับยั้งการตั้งครรภ์ครั้งนี้			

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย
10.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เห็นความสำคัญของข้าพเจ้าอีกต่อไป เพราะข้าพเจ้าไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้			
11.ข้าพเจ้ารู้สึกคับข้องใจ เกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์ครั้งนี้			
12.ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ เมื่อนึกถึงตนเองที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพ			
13.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถเท่ากับคนอื่น เพราะไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้			
14.ข้าพเจ้ารู้สึกต้องการให้คนอื่นให้กำลังใจ เกี่ยวกับความสูญเสียบุตรครั้งนี้			
15.ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนอยู่คนเดียวในโลก ไม่สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
16.อารมณ์ของข้าพเจ้าค่อนข้างอ่อนไหวง่าย ร้องไห้ง่ายมาก			
17.ข้าพเจ้าเฉื่อยชา ไม่อยากทำกิจวัตรใด ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์			
18.ข้าพเจ้านอนไม่หลับ			
19.ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจที่ต้องสูญเสียบุตรครั้งนี้			
20.ข้าพเจ้าไม่มีความสุขเท่ากับคนอื่นที่มีครอบครัวที่สมบูรณ์			

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล
ของมารดาที่สูญเสียบุตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
- สร้างสัมพันธภาพ - ประเมินระดับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร - ทำ Pre - test	1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยด้วยกัน 2.เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการและขั้นตอนให้คำปรึกษาอย่างคร่าว ๆ 4. เพื่อขออนุญาตในการทำการศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง 2. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล 3. อธิบายความหมายของการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคลตามนิยามศัพท์เฉพาะ 4. ชี้แจงบทบาทและหน้าที่ของผู้วิจัยและของผู้ป่วยในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล 5. ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความเศร้าโศกก่อนให้คำปรึกษาแบบนำทางในครั้งต่อไป 6. ให้ผู้ป่วยเซ็นใบอนุญาตยินยอมในการให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ 7. นัดหมายเวลาและตกลงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ ในการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
- ประเมินความเศร้าโศกของมารดที่สูญเสียบุตร - ดำเนินการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตร - เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนเข้ารับการขูดมดลูก	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลดความเศร้าโศก และยอมรับความสูญเสียตามสภาวะความเป็นจริง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่กำลังเผชิญได้อย่างตรงจุด สามารถเชื่อมโยงความจริง และความผิดหวังต่อการสูญเสียได้ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเศร้าโศกได้ และร่วมกันหาทางแก้ปัญหาให้ถูกต้องและเหมาะสมกับความเป็นจริง	1.ทักทายผู้ป่วย และกล่าวถึงการพบปะครั้งแรกว่าได้พูดคุยกันถึงเรื่องอะไรไปแล้วบ้าง โดยให้ผู้ป่วยสรุปให้ฟังคร่าว ๆ ก่อนเริ่มเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาครั้งนี้ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น ยอมรับความเศร้าโศกและปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงการมีความเข้าใจความรู้สึก (Empathy) เพราะการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยจะเป็นผลให้ค่อย ๆ มีการยอมรับความจริงและความรู้สึกเศร้าโศกทั้งหมด โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ และรับฟังโดยปราศจากการตำหนิ จะส่งเสริมให้มีการรักษาสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และแบ่งปันความรู้สึกต่อกันได้ 3. ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยแยกปัญหาความเศร้าโศกซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด และกระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกอื่น ๆ ที่ซ่อนเร้นให้กระจ่าง แก้ไขความรู้สึกที่ตกค้างอยู่ในจิตใจโดยสะท้อนความรู้สึก หรือการทวนคำพูดเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกของตนเองได้อย่างถูกต้อง จะทำให้การตัดสินใจดีขึ้น โดยจะทำให้วิธีการของกระบวนการแก้ปัญหาดำเนินไปได้เร็วขึ้น เนื่องจากเราทราบว่า ปัญหาคือ ความเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียบุตร ดังนั้นต้องช่วยให้มุ่งไปที่การแก้ปัญหานั้นก่อนอันดับแรกทันที

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 (ต่อ)

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
	4.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจ และร่วมตัดสินใจร่วมมือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การเตรียมตัวงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน การถอดของมีค่า ฟันปลอม ก่อนไปห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และการพักฟื้นหลังการขูดมดลูก	4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางการแก้ปัญหาความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น "คุณจะทำอย่างไรต่อไปกับความรู้สึกนี้" "คุณจะแก้ปัญหาอย่างไร" ถ้ากรณีที่มีแนวทางแก้ปัญหาหลาย ๆ ทาง ให้ผู้วิจัยต้องร่วมกับผู้ป่วยเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมั่นใจในการตัดสินใจของตนเอง จะช่วยสร้างให้มีกำลังใจแก่ผู้ป่วย 5. ผู้วิจัยต้องคอยชมและให้ข้อมูลย้อนกลับถึงพัฒนาการในการลดความเศร้าโศกตลอดเวลาที่ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็น ให้ความร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาจะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่า ความมีศักดิ์ศรีของบุคคล ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต 6. แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้าห้องผ่าตัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายถึงความรู้สึกที่มีต่อการผ่าตัดและให้การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสร้างความมั่นใจ เพิ่มกำลังใจก่อนเข้าห้องผ่าตัด 7. ผู้วิจัยควรจะให้ผู้ป่วยได้สรุปเกี่ยวกับเรื่องที่ได้คุยกันมาทั้งหมด รวมทั้งประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยว่าตรงกันหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วยอธิบายให้ฟังก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ของการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
- ดำเนินการให้คำปรึกษา เพื่อลดความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียบุตรต่อเนื่องจากครั้งที่สอง - การตระหนักรู้ถึงความเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียบุตร - การเผชิญความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ - การส่งเสริมให้เลือกแนวทางแก้ปัญหาที่สาเหตุที่แท้จริงตามแนวทฤษฎี Solution Focus	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการเศร้าโศกปกติ และยอมรับการสูญเสียตามสภาวะความเป็นจริงที่เกิดขึ้น 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่กำลังเผชิญได้อย่างตรงจุด สามารถเชื่อมโยงความจริง และความเศร้าโศกต่อการสูญเสียบุตรได้ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการลดความเศร้าโศกได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาที่ตัวปัญหาจริง ๆ โดยจะทำให้วิธีการของกระบวนการแก้ปัญหาดำเนินไปได้เร็วขึ้น	1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้ป่วยพอควร เริ่มเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา โดยให้ผู้ป่วยอธิบายถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา ผู้ให้คำปรึกษาตั้งใจฟังและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยพูดไม่กระจ่างหรือไม่ครบถ้วนเพื่อเป็นการทบทวน 2. ผู้วิจัยช่วยให้เกิด การยอมรับการสูญเสีย โดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ภายหลังขูดมดลูก และเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยยอมรับโดยใช้ข้อความ "ฉันเสียใจที่ได้ทราบการสูญเสียของคุณ" เนื่องจากเป็นข้อความที่จะสนับสนุนให้เกิดการยอมรับความจริง เข้าใจถูกต้อง และเป็นการกระตุ้นให้เล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าโศก ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจและรับฟังโดยปราศจากการตำหนิ 3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้แยกแยะแนวทางในการแก้ปัญหาความเศร้าโศก ที่เป็นปัญหาสำคัญออกจากปัญหาย่อยอื่น ๆ ตามสาเหตุที่ได้ร่วมกันคิดในขั้นตอนการให้คำปรึกษาครั้งที่แล้ว เพื่อจะได้แก้ปัญหาได้อย่างถูกจุด และแก้ปัญหาที่ตัวปัญหาอย่างแท้จริงตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ (Solution Focus) 4. ส่งเสริมและเตรียมโอกาสให้พบกับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรที่คล้ายกัน และปรับตัวต่อความเศร้าโศกได้สำเร็จ เพราะการได้พูดคุยกับผู้ที่มีปัญหาคล้ายกันเป็นสถานการณ์ที่เข้าใจกันดี ทำให้ลดความรู้สึกแยกตัว ยอมรับความเป็นจริงได้

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 (ต่อ)

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		5. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีความเศร้าโศกได้ค้นหา และเลือกวิธีการแก้ปัญหาความเศร้าโศกที่มีต่อการสูญเสียที่เหมาะสม และส่งเสริมให้สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาจากความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยสนับสนุน ช่วยเหลือให้ข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง และความเป็นไปได้ของวิธีแก้ไขปัญหาโดยจะพิจารณาร่วมกับข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย หลังจากนั้นร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสม 6. ผู้วิจัยสรุปให้ฟังถึงแนวทางการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสรุปเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะติดตามผลการนำวิธีการแก้ปัญหาที่ได้ร่วมกันวางแผนไปปฏิบัติ แล้วนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

หัวเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
-ความสามารถเผชิญความสูญเสียตามความเป็นจริง - การส่งเสริมให้เลือกแนวทางปรับตัว และแก้ปัญหาที่ตัวเหตุที่แท้จริง ตามทฤษฎี Solution Focus - แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการขูดมดลูกที่ถูกต้อง และการมาตรวจตามนัด พร้อมกับให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ - ทำ Post - test - ยุติการให้คำปรึกษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายความเศร้าโศกที่มีต่อการสูญเสียบุตรได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความเศร้าโศกที่มีต่อการสูญเสียได้ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเศร้าโศกลง และดูแลตนเองได้ตามความเหมาะสม	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ทบทวนพัฒนาการการให้คำปรึกษาครั้งที่แล้ว โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ฟังและสรุปเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบ จากนั้นเริ่มกล่าวถึงกระบวนการให้คำปรึกษาครั้งนี้ 2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความเศร้าโศกภายหลังจากที่ได้ดำเนินวิธีการแก้ปัญหาตามที่ได้วางแผนร่วมกันว่ามีผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร โดยผู้ให้คำปรึกษารับฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายให้กระจ่างเพื่อเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเองมากขึ้น รวมทั้งการถามย้อนกลับ การสะท้อนความรู้สึก การทวนประโยค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้หยุดคิดตาม และภาคภูมิใจ และมีกำลังใจในการให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามแนวทางแก้ปัญหาที่ได้วางแผนไว้ หากวิธีการที่วางไว้มีปัญหาก็จะได้ร่วมกันแก้ไขและหาแนวทางอื่นที่เหมาะสมต่อไป 3. แนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการปฏิบัติตัวหลังได้รับการขูดมดลูก ที่ถูกต้อง ทราบและเห็นความสำคัญว่าต้องมาตรวจตามนัดภายหลังจากที่กลับบ้านแล้ว รู้และเข้าใจวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด รู้จักวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม และปฏิบัติตามวิธีการที่แนะนำได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินจากการซักถาม และให้อธิบายให้ฟังก่อนกลับบ้าน 4. ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยสรุปถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นภายหลังการให้คำปรึกษาว่าเป็นอย่างไร พร้อมทั้งผู้วิจัยคอยแนะนำ ให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ และทำ Post - test

สรุปผลการให้คำปรึกษาแบบนำทางเป็นรายบุคคล

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 1

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 33 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องไม่มีตัวอ่อน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัยและให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามถึงเรื่องทั่วๆ ไป และรูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อความสูญเสีย เพื่อประเมินความเศร้าโศก ความรู้สึกต่าง เช่น รู้สึกไร้ค่า ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจและช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงกับภาวะที่กำลังเผชิญอยู่ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความวิตกกังวลกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ซักถามถึงความสุขสบาย การพักฟื้นภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ กระตุ้นให้อธิบายถึงความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียบุตรไปแล้ว ผู้วิจัยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาความเศร้าโศกของผู้ป่วยมากที่สุด แล้วร่วมกันให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับ ปัญหา ความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากมารดาที่สูญเสียบุตรคนอื่นๆ ที่เผชิญความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรเหมือนกันเพื่อให้เกิดกำลังใจในการปรับตัวต่อการสูญเสีย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้เข้ากลุ่มกับผู้ป่วยคนอื่นจากนั้น สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ทักทาย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเศร้าโศกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผ่านกระบวนการความเศร้าโศกที่ปกติได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว คู่สมรสมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและกำลังในการเผชิญความเศร้าโศก ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 2

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 43 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องตัวอ่อนเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป การดมยาสลบที่จะใช้เป็นวิธีการให้ยานอนหลับทางสายน้ำเกลือเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล สังเกตพฤติกรรมและการความร่วมมือ ลักษณะที่แสดงออกทางอารมณ์เพื่อประเมินความเศร้าโศก ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัยและให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ ให้ความมั่นใจถึงความปลอดภัยที่จะได้รับตลอดการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสบายใจจะทำให้สามารถให้ความร่วมมือกับการรักษาพยาบาลและให้ความไว้วางใจกับผู้วิจัยได้ ช่วยให้ได้ระบายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อทราบว่าต้องสูญเสียบุตร โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และให้ความมั่นใจว่าตนเองรู้สึกอย่างไร ต้องการอะไรมากที่สุดตอนนี้ ซึ่งเป็นการชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ถามถึงอาการภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย ความรู้สึกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองภายหลังจากที่ขูดมดลูกเสร็จแล้ว โดยใช้คำถามปลายเปิด และคำถามนำที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ระบายให้มากที่สุด และผู้วิจัยช่วยสะท้อนความรู้สึก ทวนคำพูดเพื่อให้ทั้งฝ่ายเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือแนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย แล้วช่วยกันเลือกแนวทางการเผชิญกับความเศร้าโศกตามที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามความเป็นจริง และให้การช่วยเหลือในเรื่องของแหล่งข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ผู้วิจัยทักทาย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การวางแผนครอบครัวร่วมกับคู่สมรส การให้กำลังใจในเรื่องการตั้งครรภ์ครรภ์ต่อไป รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 3

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 24 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องตัวอ่อนเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค สาเหตุที่ต้องทำแท้ง วิธีการให้ยาสลบเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และส่งต่อให้วิสัญญีแพทย์ให้รายละเอียดเพิ่มเติม ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัยและให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามถึงรูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ อธิบายให้เข้าใจถึงเหตุผลของยาที่มารดาได้รับแล้วเป็นสาเหตุให้ต้องแท้งบุตร และความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการขูดมดลูก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวลลด พร้อมกับกระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ ให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย ส่งเสริมให้คู่สมรสมีส่วนร่วมในการช่วยกันวางแผนเผชิญความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียครั้งนี้ ให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเลือกวิธีเผชิญกับความเศร้าโศกที่เหมาะสมกับความเป็นไปได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ในเรื่องการวางแผนการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์ ครรภ์ต่อไปพอสังเขป พร้อมให้ความมั่นใจ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ผู้วิจัยทักทาย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย อธิบายเพิ่มเติมเปรียบเทียบในเรื่องของการคุมกำเนิดด้วยวิธีการกินยาคุมกำเนิด การ ยาฉีดคุมกำเนิด รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 4

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 41 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการแท้งค้าง

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป การให้ยาสลบทางสายน้ำเกลือเพื่อลดความวิตกกังวล ชี้แจงเรื่องเกี่ยวกับการเก็บชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิสภาพ ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัยและให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามอาการโดยทั่วๆ ไป รูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกผิดที่มีต่อการสูญเสียบุตร และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายถึงความสุขสบาย การพักฟื้นภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และช่วยให้ระบายให้เกิดความสบายใจในเรื่องความรู้สึกผิด ความไม่มีคุณค่าของตนเองต่อการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริงที่กำลังเกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำ ให้กำลังใจ และเน้นความสำคัญของการได้พัฒนาการปรับตัวต่อความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ผู้วิจัยทักทาย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ในเรื่องการวางแผนรักษาในภาวะมีบุตรยาก รวม

ไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 5

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 30 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องไม่มีตัวอ่อน

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัยและให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินระดับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย นอกจากนี้กระตุ้นให้ได้ระบายถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้นจากการขูดมดลูกในห้องผ่าตัด สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายถึงความสุขสบายที่ได้รับจากการรักษาภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ผู้วิจัยทักทาย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 6

หญิงไทย สถานภาพโสด อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องตัวอ่อนเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามถึงรูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายถึงความสุขสบาย การพักฟื้นภายหลังการขูดมดลูก สังเกต และให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการปฏิบัติ การลดอาการปวดท้องน้อย และให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การทานยาตามแพทย์แนะนำ รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 7

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องตัวอ่อนเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามถึงรูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายถึงความสุขสบาย การพักฟื้นภายหลังการขูดมดลูก สังเกต และให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือแนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยาที่เป็นประโยชน์ รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุปยุติการให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษาคนที่ 8

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ ครรภ์แรก แท้งบุตรจากสาเหตุการท้องตัวอ่อนเสียชีวิต

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตนเองของผู้วิจัย โดยทั่วไปผู้วิจัยจะซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกที่มีต่อการมารักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนการเตรียมตัวขูดมดลูกพอสังเขป ชี้แจงเรื่องโครงการวิจัย และให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารประกอบการวิจัย เซ็นอนุญาตเข้าร่วมในโครงการวิจัย ทบทวน สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ซักถามถึงรูปแบบการพักผ่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ กระตุ้นให้ระบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อความสูญเสีย และความวิตกกังวลต่อการขูดมดลูกที่จะต้องเผชิญ โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ชี้แจงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้กำลังใจในการเผชิญกับความเศร้าโศก ความกังวลที่เกิดขึ้น สรุป และนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 3

ผู้วิจัยเริ่มต้นทักทาย ให้ระบายถึงความสุขสบาย การพักฟื้นภายหลังการขูดมดลูก สังเกตและให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามที่ต้องการ ให้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ประเมินความเศร้าโศกของตนเองที่มีต่อการสูญเสีย เพื่อให้สามารถยอมรับความจริงและปรับตัวต่อความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ และให้ผู้ป่วยวางแผนในการเผชิญกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ แนะนำข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สรุป นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

การให้คำปรึกษาครั้งที่ 4

ผู้วิจัยทักทาย ประเมินโดยการสังเกตปฏิกิริยาเศร้าโศกที่มีต่อความสูญเสีย กระตุ้นให้ระบายถึงความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และกล่าวถึงผลของการนำวิธีการเผชิญความเศร้าโศกที่นำไปปฏิบัติ เพื่อประเมินและให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกความต้องการของตนเอง ผู้วิจัยประเมินและให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการปฏิบัติตนภายหลังการขูดมดลูก การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด สรุป ยุติการให้คำปรึกษา

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวพิมล แสงปัน
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 5 สิงหาคม พุทธศักราช 2519
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง พะเยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	หอพักพยาบาล 4 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 พญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ห้องผ่าตัดสูตินรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 พญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พุทธศักราช 2547	กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พุทธศักราช 2542	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 มหาวิทยาลัยมหิดล
พุทธศักราช 2538	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพะเยาพิทยาคม