

ผลการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิด
อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สารนิพนธ์

ของ

นางสาวรักชนก เจริญสุข

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

ตุลาคม 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารก
แรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

ของ

นางสาวรักชนก เจริญสุข

๒๐ ส.ค. ๒๕๕๕

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว

ตุลาคม ๒๕๔๖

รักษนก เจริญสุข. (2546). ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุรักษา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลที่มีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเป็นครั้งแรก ซึ่งเลือกจากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวล มากกว่า 50 เปอร์เซนต์ขึ้นไป ของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 8 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เป็นรายบุคคล โดยถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามความวิตกกังวล โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล คือ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

THE EFFECT OF EXISTENTIAL COUNSELING ON ANXIETY OF MOTHER IN
NEWBORN INTENSIVE CARE UNIT IN KING CHULALONGKORN
MEMORIAL HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
MISS RAKCHANOK CHAROENSUK

Presented in partial fulfillment of the Requirements for the Master of Education
degree in Guidance and Counseling Psychology

At Srinakharinwirot University

october 2003

Rakchanok Charoensuk. (2003). *The effect of Existential Counseling on Anxiety of Mother in Newborn Intensive Care Unit in King Chulalongkorn Memorial Hospital*, Master Project, MA. (Guidance and Counseling Psychology). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University : Advisor Committee : Assistant Professor Dr. Nanta Sooraksa, Assistant Professor Wanpen Phongprayoon.

The purpose of this experimental research was to study the effect of Existential Counseling on Anxiety of Mother in Newborn Intensive Care Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The subjects were Mother in Newborn Intensive Care Unit. Whose anxiety score more than 50 percentile. The instruments were the anxiety test and the existential individual Counseling program. The data were analyzed by T-test dependent.

The result was follows

The anxiety of Mother in Newborn Intensive Care Unit experimental group was significantly lower than before participated in Existential Counseling at .05 level.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สู้รักษา)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร ประเสริฐสุข)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทา สู้รักษา)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร มณีศรีขำ)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์

(อาจารย์ไพศาล อันประเสริฐ)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. คมเพชร จัตรศุภกุล)

วันที่..17.....เดือน..ตุลาคม.....พ.ศ. 2546

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สู้รักษา ประธานควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนให้คำปรึกษาในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่อง เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์และมีคุณประโยชน์มากขึ้น

ขอกราบขอพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาจิตวิทยาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ ตลอดจนให้ประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่ง ในการให้คำปรึกษา

ขอขอบพระคุณบุคลากรหอผู้ป่วยหลังคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในงานวิจัย และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลา

ขอขอบพระคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ จิตวิทยาการแนะแนวทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ห่วงใย และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ชาวห้องคลอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการอำนวยความสะดวกในเรื่องเวลาเรียน และซักถามความเป็นไป ให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบคุณน้องชายทั้งสองคน และญาติ ๆ ที่ ให้กำลังใจและห่วงใย เสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชา พระคุณบิดา มารดา ที่เคารพบูชายิ่ง ที่ก่อเกิดสติปัญญา ให้ความรัก ความห่วงใย และการศึกษาที่ดี เป็นทั้งแรงกายและแรงใจแก่ผู้วิจัย ตลอดจนบูรพคณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาทุกท่าน

รักชนก เจริญสุข

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	2
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ.....	8
ความหมายของความวิตกกังวล.....	8
ประเภทของความวิตกกังวล.....	9
สาเหตุของความวิตกกังวล.....	11
ระดับของความวิตกกังวล.....	12
ผลของความวิตกกังวล.....	14
วิธีลดความวิตกกังวล.....	17
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ.....	19
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ.....	22
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทวิภาค.....	23
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล.....	23
ความหมายของการให้คำปรึกษา.....	23

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2(ต่อ)ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล.....	23
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบทวินิยม.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา.....	29
กระบวนการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมรายบุคคล.....	34
บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	36
ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	38
เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	40
ข้อจำกัดในการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบทวินิยม.....	41
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	43
แหล่งข้อมูล.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	43
วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ.....	44
วิธีดำเนินการทดลอง.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4 การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า.....	53
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปรผล.....	53
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	59
สมมติฐานการศึกษาค้นคว้า.....	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5(ต่อ) ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	60
วิธีดำเนินการทดลอง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	63
อภิปรายผล.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก.....	76
ภาคผนวก ข.....	83
ภาคผนวก ค.....	112
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	117

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1. ตารางแสดงวันและเวลาในการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคล.....	49
2. ตารางแสดงแบบแผนการทดลอง.....	50
3. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล.....	54
4. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจ.....	56
5. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านร่างกาย.....	56
6. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม.....	57
7. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลรวมทุกด้าน.....	57
8. ตารางแสดงการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล.....	84
9. ตารางแสดงค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามความวิตกกังวล.....	113
10. ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวล.....	114
11. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่นำมาใช้ในการหาคุณภาพ ของเครื่องมือ.....	116

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในอดีตเมื่อหลายสิบปีก่อน ขณะที่สังคมไทยยังมีสภาพของสังคมชนบทเป็นส่วนใหญ่คนไทยยังคงค่อนข้างยากจนและขาดการศึกษา ความเชื่อในพุทธศาสนา เรื่องบุญกรรมยังมีอิทธิพลสูง บริการทางสาธารณสุขมีไม่ทั่วถึงและไม่ทันสมัย เด็กเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เกิดในมือของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เกิดโดยการช่วยเหลือของหมอตำแยหรือคนในครอบครัว มักคลอดกันตามบ้านแบบตามมีตามเกิด การตายในระยะปริกำเนิดและระยะแรกเกิดจึงมีสูง แต่ชุมชนก็ยอมรับถือเป็นเรื่องของธรรมชาติและเรื่องของเวรกรรม ชาวบ้านจะชดเชยด้วยการมีลูกมาก ๆ ไว้เผื่อตาย ชาวบ้านยังไม่นับทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดเป็นบุคคล (Person) อย่างเช่นเด็กโต ๆ หรือผู้ใหญ่ ถ้ามีการแท้งหรือการตายเกิดขึ้นก็เพียงจะนำไปฝังโดยไม่มีการทำพิธีศพหรือทำบุญแต่อย่างใด การเจ็บป่วยและการตายของทารกในระยะนั้นจึงไม่มีผลต่อจิตใจไม่สิ้นเปลืองหรือมีค่าใช้จ่ายที่เป็นปัญหาให้เกิดความวิตกกังวลต่อตัวมารดาครอบครัวและสังคมมากนัก (สุวิมล สรรพวิวัฒน์. 2542 : 22)

ในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนไป สังคมเมืองกว้างขึ้น ระบบข้อมูลข่าวสารรวดเร็ว ประชาชนมีความคิดที่ทันสมัยมากขึ้น มีความเชื่อในเรื่องบุญกรรมน้อยลง จากครอบครัวที่อยู่กันแบบครอบครัวใหญ่ ๆ และอบอุ่น พร้อมกันทั้ง ปู่ย่า ตายาย เครือญาติ มาเป็นครอบครัวเล็ก ๆ อยู่กันตามลำพังพ่อแม่ลูก สภาพเศรษฐกิจมีปัญหาขาดรายได้จากการตกงานในยุคของการเปลี่ยนแปลง ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตเกิดความเครียดเรื้อรังเป็นพื้นฐานแก่คนไทยส่วนหนึ่ง ประชาชนส่วนใหญ่จึงมีบุตรน้อยลงมีความคาดหวังมากขึ้นว่าบุตรที่เกิดมาจะต้องอยู่รอดปลอดภัย และมีคุณภาพ (อรดี จันทรวสุ. 2542 : 18)

จากอุบัติการณ์การคลอดในปัจจุบันในประเทศไทย มีทารกเกิดปีละประมาณ 1 ล้านคน อัตราการตายของทารกในระยะปริกำเนิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีประมาณ 6 : 1,000 จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายของทารกแรกเกิดระยะต้นประมาณ 8.1:1,000 ของการเกิดมีชีพ (อรดี จันทรวสุ. 2542 : 20) จะเห็นได้ว่าอัตราการตายของทารกในระยะปริกำเนิดจะลดน้อยลงจากอดีต ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาทางการแพทย์และการบริหารทารกแรกเกิดที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากสาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด ภาวะขาด

อัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากสาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด ภาวะขาดออกซิเจน การติดเชื้อ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะการเกิดก่อนกำหนด ทารกที่อยู่ในภาวะดังกล่าวมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษหลังคลอดในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานวิฤติ (Newborn - Intensive Care Unit หรือ NICU) เพื่อให้ทารกจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมบุคลากรที่มีทักษะความชำนาญมีเครื่องมือในการช่วยชีวิตที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพและเพียงพอ

จากสถิติของ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลไทย ปี 2541 อัตราการคลอดประมาณ 1,2000 คน อัตราของทารกหลังคลอดที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานวิฤติ (NICU) คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของอัตราการคลอดทั้งหมด อัตราการรอดชีวิตของทารกหลังได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานวิฤติคิดเป็นร้อยละ 85.5 ของจำนวนทารกที่เข้ารับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิฤติทั้งหมด ในปี 2543 พบว่า จากข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราการรอดชีวิตของทารกหลังได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิฤติเพิ่มขึ้นโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 (ดำรง เจริญประยูร. 2538 :112)

อย่างไรก็ตามแม้อัตราการรอดชีวิตของทารกที่มีภาวะวิฤติและได้รับการดูแลอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิฤติจะสูงขึ้น แต่การที่ทารกต้องเข้า รักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดเมื่อใด ภาวะวิฤติไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวทารกที่ป่วยเท่านั้น แต่เกิดกับมารดา บิดาหรือครอบครัวของทารกในยามนั้นด้วย เพราะไม่ว่ามารดาจะเป็นบุคคลที่เข้มแข็งมีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคงเพียงใด การที่ทารกแรกเกิดต้องเข้าอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดความเครียดต่อมารดาเป็นอย่างยิ่ง มารดาจะมีความรู้สึกผิดที่ให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติ ไม่สมบูรณ์แข็งแรง เหมือนทารกทั่วไป เช่น เด็กจะมีน้ำหนักน้อย ตัวเล็ก ปอดไม่แข็งแรงพอ ตัวเหลือง หน้าตาไม่น่าดู เหมือนเด็กแก่ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวน้อย และมีการตอบสนองต่ำ มีเปอร์เซ็นต์ของการรอดชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป (ภูเกิต ดันติวิท, 2542 : 38)

ในภาวะดังกล่าวทารกจะต้องถูกแยกจากมารดาหลังคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ มารดาจะมีความรู้สึกวิตกกังวลว่าบุตรจะมีชีวิตรอดหรือไม่ กังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้กับทารกขณะอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานวิฤติ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดและการให้ออกซิเจน รวมทั้งการทำงานของบุคลากรต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีส่วนให้มารดาที่มีทารกที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานวิฤติมีความวิตกกังวล มีความ

เครียด และชักถามเกี่ยวกับสภาวะของทารก เกรงว่าทารกจะเป็นอันตรายรุนแรงหรือเสียชีวิตได้ ความเสียใจ เศร้าใจ ในการที่ไม่ได้ทารกที่สมบูรณ์แข็งแรง ความวิตกกังวลของมารดาที่มีสูงมาก จะเกิดปัญหาต่อการปรับตัวตามมา ในบทบาทของการเป็นมารดาและบทบาทอื่น มารดาที่มีทารกที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ทารกจะต้องแยกจากมารดา และครอบครัว จากการเจ็บป่วยทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงดู อุ้มชูเหมือนมารดาคนอื่นๆ ทำให้ไม่มีโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเหมือนมารดาคนอื่นๆ มีผลทำให้สัมพันธภาพระหว่างทารกกับครอบครัวไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการของทารกต่อไปอีก ทั้งความวิตกกังวลในเรื่องของความยากลำบากในการเดินทางในการดูแลทารกในกรณีที่แพทย์ให้มารดากลับบ้านได้แต่ทารกต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ มารดาอาจจะต้องหยุดงานเพื่อมาเยี่ยมทารกระหว่างนี้ เรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูงมารดาจะต้องวิตกกังวลในการหาทุนทรัพย์เพื่อใช้ในการรักษาทารกในระยะยาว

ความวิตกกังวลเหล่านี้อาจเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่กี่วัน หรืออาจเป็นระยะยาวเป็นเดือน เป็นปี สุดแต่ปัญหาการเจ็บป่วยของทารก มารดาจะมีปฏิกิริยาต่อความวิตกกังวลได้หลายแบบซึ่งเป็นปัญหาต่อบุคลิกภาพและสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ การลดความวิตกกังวลมีหลายวิธี เช่นการฝึกสมาธิ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้ตัวแบบ ให้ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาครอบครัว

จากวิธีการลดความวิตกกังวลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติโดยวิธีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

การให้คำปรึกษานั้นมีหลายทฤษฎี แต่ละทฤษฎีจะมีจุดมุ่งหมายแตกต่างกันไป การเลือกทฤษฎีใดนั้น ควรเลือกทฤษฎีให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาของผู้รับคำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (Existential counseling) มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่กำลังประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต เช่น รู้สึกว่าตนถูกคุกคาม ไม่มีเสรีภาพ ไม่มีอนาคต หลีกเลียงความรับผิดชอบ ดำเนินชีวิตอย่างไร้จุดหมาย สิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่เห็นคุณค่าของการดำรงอยู่ ซึ่งตรงกับปัญหาของมารดาที่วิตกกังวลต่อการที่ทารกแรกเกิดต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

โดยกระบวนการให้คำปรึกษา แบบภวนิยม ได้นำปรัชญาของนักภวนิยม มาเป็นหลักในการทำความเข้าใจปัญหาและบุคลิกภาพของมนุษย์ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงเงื่อนไขต่างๆ ในการดำรงชีวิต เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเกี่ยวกับความหมาย กระตุ้นให้บุคคลที่มี

ความไม่สบายใจได้รับความเข้มแข็งในการที่จะเผชิญกับชีวิต (Srirven Keawkangwan.n.d : 60) เมื่อผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความรับผิดชอบต่อการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของตน รับรู้ว่าชีวิตของตนเป็นสิ่งที่สามารถเลือกได้ และผลที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองเป็นผลจากการเลือกของตัวผู้รับคำปรึกษาเอง (Vondracek and Corneal. 1995 :195) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยมจะสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติได้หรือไม่

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
2. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่ได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยมมีความวิตกกังวลลดลงหลังการได้รับคำปรึกษาแบบภวนิยม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ จะเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้เรียนรู้และนำวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยมไปใช้ในการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติขณะทารกอยู่ในโรงพยาบาล

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ ทารกเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ที่หออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจเป็นครั้งแรก จำนวน 32 คน

2. แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ ทารกเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ณ หออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกที่ต้องอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจเป็นครั้งแรก ซึ่งเลือกจากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 50 เปอร์เซนต์ขึ้นไป โดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจก่อน และทำการเลือกออกมาจำนวน 8 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล

3.2 ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ หมายถึง มารดาที่คลอดทารกทุกอายุครรภ์ ทั้งครรภ์ครบกำหนดและไม่ครบกำหนด ทารกเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันที่หออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกแรกเกิดที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจ ครั้งแรกของมารดา

2. ความวิตกกังวลของมารดา หมายถึง การตอบสนองของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในสถานพินิจ ที่เกิดขึ้น ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลรับรู้ตนได้ไม่กลมกลืน หรือไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ความจำ และการรับรู้ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความ

วิตกกังวลต่อสภาพ -การณ์ (State – Trait Anxiety Inventory From X-1 หรือ State Anxiety) ของสปิลเบอร์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Spielberger and orther.1976) โดยแบ่งความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ออกเป็น 3 ด้านคือ

2.1 ทางด้านจิตใจ หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดจากการที่ทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ ใน 2 ด้าน คือความคิด และความรู้สึก

2.1.2 ด้านความคิด มารดาจะรู้สึกวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจของตน ความเจ็บป่วยของทารก การดูแลทารกต่อไป

2.1.3 ด้านความรู้สึก หมายถึง ความวิตกกังวลในปัจจุบันของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ จะรู้สึกกลัวการสูญเสียทารก รู้สึกผิดที่ตนเองให้กำเนิดทารกที่ไม่มีความสมบูรณ์เหมือนมารดาทั่วไป รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อยากร้องไห้ หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียอำนาจในตนเอง จนเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต

2.2 ทางด้านร่างกาย หมายถึง ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ที่แสดงออกทางระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ปวดหลัง ปวดศีรษะ จากความวิตกกังวล มีความผิดปกติของระบบการย่อยอาหาร ทำให้เกิดการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย หรือมากเกินไป ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย ผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิตการทำงานของหัวใจ โดยมีอาการหัวใจเต้นเบา และเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้เจ็บหน้าอก ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็ม หายใจลึกและหอบหืด คล้ายเป็นลม หน้ามืด หรือหมดสติ

2.3 ด้านพฤติกรรม หมายถึง ความวิตกกังวลที่แสดงออกทางด้านของพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากความวิตกกังวลที่กระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเกิด อาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อยไป หรือรับประทานอาหารมากเกินไป ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมลดลง อารมณ์เสียกับผู้อื่น และแยกตนออกจากสังคม

3. การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม (Existential Counseling)

หมายถึง วิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลรู้จักและเข้าใจในตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง วางแผนจัดการและเลือกดำเนินชีวิตของตนเองอย่างอิสระและมีคุณค่า มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต รับผิดชอบต่อการดำรงชีวิตของตน ยอมรับตนเอง พร้อมทั้งอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น เปิดเผย มีการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้
 - 1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 1.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
 - 1.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบภวนิยม
 - 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล
 - 2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม
 - 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

1.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ออซูเบล (Ausubel. :401) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง แนวโน้มของบุคคลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความกลัว เพราะมีความรู้สึกว่าเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้น ๆ จะทำให้สูญเสียศักดิ์ศรีในตนเองไป

ฮิลการ์ด (Hilgard. 1975 : 346 – 347) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายความกลัวมาก แต่เป็นความกลัวในสิ่งที่ไม่มีตัวตน มองไม่เห็น เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลไม่สบายใจและตึงเครียด

โรเจอร์ส และ เอฟสไตน์ (สุขอรุณ วงษ์ทิม. 2543 : 24 – 25 ; อ้างอิงมาจาก Rogers.1951 ; Epstein. 1972 : 42) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอัดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่คุกคามตน โดยหาสาเหตุไม่ได้ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตน ตามการรับรู้ กับ ประสบการณ์หรือความจริงที่เกิดขึ้น

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberg. 1976 : 177) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็น ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ และจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ มีปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความวิตกกังวลสูง จะมีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวสุดขีด

อาร์คอฟ (Arcoff. 1986 : 110) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น สถานการณ์ที่ถูกระตุ้นโดยการคุกคามความเป็นอยู่ที่ดี

จำลอง ดิษยวณิช (2520 : 44) กล่าวว่า ความวิตกกังวลคือ ความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่น หรือความพรั่นพรึง มีลักษณะคล้ายความกลัวแต่แตกต่างกัน ที่ความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ ส่วนความวิตกกังวลนั้นเกิดจากการมีอันตรายจากภายนอก

พะยอม อิงคตานวัฒน์ (2525 : 24) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ประกอบด้วยความรู้สึกหวั่น หวาดกลัว และวิตกกังวลโดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้า หรือเหตุที่จะทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่น มีลักษณะคล้ายความกลัว แต่ต่างจากความกลัวที่ความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ

1.1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberg.1970 : 487-489) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A- Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบภาวะ (A – State) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้นบุคคล

ที่มีความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบภาวะต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State – Anxiety or A State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลแบ่งตามลักษณะของผู้ที่มีความวิตกกังวล (อุบล นิวัตชัย. 2528 : 113) ได้เป็น 2 ลักษณะ

1. ภาวะวิตกกังวล (State Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์กระตุ้นให้บุคคลไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในภาวะอันตราย พฤติกรรมตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เรียกว่า ภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน และขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นนั้น เรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่าเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. อุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) คือ ความวิตกกังวลระดับหนึ่งของบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคลเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะไม่แสดงพฤติกรรมออกมา แต่จะเป็นตัวเสริมเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นแต่ละครั้งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพเปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่น ๆ ที่ถูกเพาะขึ้นมาจากการฝึกหัดหรืออบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสำคัญ โดยทั่วไปบุคคลจะมีภาวะความวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว

จะเห็นว่าภาวะวิตกกังวลนั้น เป็นความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย เมื่อมีเหตุการณ์กระตุ้นให้บุคคลไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในภาวะอันตราย ส่วนความวิตกกังวลซึ่งเป็นอุปนิสัยวิตกกังวลนั้นเป็นลักษณะที่คงที่ในตัวบุคคล เป็นพื้นฐานทางอารมณ์ของบุคคลนั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

1.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

ลีโอนาร์ด และเรดแลนด์ (Leonard and Redland. 1981 : 81) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ โดยสถานการณ์เกิดขึ้นจากความต่ออัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ ศักดิ์ศรี ความมั่นคงปลอดภัย และบทบาทของตนเอง

ปาหนัน บุญหลง (2528 : 166) แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ใหญ่ ๆ คือ

1. การคุกคามใด ๆ ก็ตามที่คุกคามความปลอดภัยของแต่ละบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลการคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การคุกคามการทำงานของร่างกาย รวมถึงสิ่งที่มีารบกวนต่อความพึงพอใจของความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง

1.2 การคุกคามต่อความเป็นตัวของตัวเอง โดยจะคุกคามต่อจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่นการเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่

2. การสื่อสารถึงกันของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วจะถ่ายทอดไปยังผู้อื่นซึ่งติดต่อสัมพันธ์กันในขณะที่นั้นได้ เช่น จากมารดาไปสู่บุตร จากผู้ป่วยไปสู่พยาบาล เป็นต้น เป็นสาเหตุที่พบได้รับบุคคลที่มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารถึงกันนี้จะไม่รุนแรงเท่ากับสาเหตุการคุกคามความปลอดภัย

สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522 : 122) กล่าวว่า สิ่งที่คุกคามสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดภาวะความวิตกกังวล สิ่งคุกคามนี้จะจริงหรือเป็นเพียงคาดคะเนก็ได้เมื่อมีสิ่งคุกคามเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจและความรู้สึกเครียด ภาวะเหล่านี้จะมีผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลได้

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดจากสถานการณ์ที่คุกคามต่อสมดุลของร่างกายและจิตใจ เมื่อมีสิ่งคุกคามจะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ รู้สึกขัดแย้งในใจซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

1.1.4 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานที่พบได้มากที่สุดในชีวิตคนเรา ให้ทั้งผลดีและผลเสียต่อบุคคล ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของบุคคล

มิทเชลล์ (Mitchell. 1977 : 222-223) และจอห์นสัน (Johnson. 1986 : 267) แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับคือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้สามารถทำให้บุคคลตื่นตัว การรับรู้กว้างขึ้น สามารถเห็น ได้ยิน เข้าใจ และรับรู้รายละเอียดได้มากสามารถกระตุ้นการเรียนรู้และก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในบุคคล

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate Anxiety) เป็นระดับที่บุคคลสนใจต่อความกังวลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด การรับรู้แคบลง เลือกลงในเฉพาะบางส่วนของสถานการณ์ ร่างกายบางส่วนตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัวหายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารหรือปวดศีรษะ เป็นต้น ความสามารถในการรับรู้ลดลงบ้าง

3. ความวิตกกังวลรุนแรง (Severe Anxiety) การรับรู้จะแคบลงอย่างมาก จะจดจำเพียงรายละเอียดเฉพาะจุดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สามารถรวบรวมรายละเอียดไปที่น่าไปสู่สถานการณ์ทั้งหมดได้ บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งร่างกายและอารมณ์เพิ่มขึ้น

4. ความวิตกกังวลหรือความกลัวสุดขีด (Panic) ระดับนี้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก หรืออาจไม่ตรงกับความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ย่าง ๆ ตรงไปตรงมา การเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ความสามารถที่จะสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง ขัดขวางการรับรู้และขาดความคิดอย่างมีเหตุผล

1.1.5 การวัดระดับความวิตกกังวล

เคลลี (kelly. 1980 : 121 –123) กล่าวถึง การวัดการตอบสนองของร่างกายต่อความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา

จากการตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalogram : EEG) การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram : ECG) การวัดการทำงานของกล้ามเนื้อ (Electromyography : EMG) การวัดการหลั่งน้ำลาย การดูการขยายม่านตา (Pupillography) การวัดการหลั่งน้ำย่อย การดูกรด – ด่าง เป็นต้น

2. การวัดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี

เป็นการวัดการตอบสนองของร่างกายต่อความวิตกกังวล พบว่า จะมีไขมันในเลือดสูง กรดแลคติก (Lactic acid) สูง มีโซเดียมแลคเตท (Sodium Lactate) สูง เป็นต้น

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

แสดงออกในลักษณะความแปรปรวนของพฤติกรรม บุคลิกภาพ คำพูด ความคิด ความจำ การติดต่อสื่อสาร การรับรู้ เป็นต้น

การวัดระดับความวิตกกังวลสามารถวัดได้ด้วยวิธีอื่นอีก 4 วิธี (Endler and Edward. 1982 : 41) ดังนี้

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยดูจากอาการที่แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การตึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น

2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามการรายงานตนเอง (Self Report Questionnaire) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยการตอบแบบสอบถามแล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลว่ามีขนาดใด

3. การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายภาพ (Projective Techniques) เช่นแบบวัดของรอร์ชาร์ท (Rorchach)

4. การวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก โดยการสังเกตอาการที่บุคคลแสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาสะท้อนจากอารมณ์ภายในจิตใจแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่าง เช่น อาการกระสับกระส่ายลุกลี้ลุกลน ถอนหายใจ พุดเร็ว หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ร้องไห้ เป็นต้น

สจิวต ชันดีน และทราเวลบี (Stuart and Sundeen. 1983 : 209; Traellbee. 1971; 91) กล่าวถึงการวัดความวิตกกังวลไว้ 3 วิธีดังนี้

1. การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องมือวัดชีพจร ฯลฯ การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบากเนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน

2. การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง (Self – Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ที่นิยมใช้มาก ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล

The State – Trait Anxiety Inventory ของ สปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger. 1972 ; 489 – 491) สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้นำมาใช้หลายท่าน เช่น ศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2527 : 49) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมขาที่เข้ารับการผ่าตัดได้เลื่อน และเลาะ หลอดเลือดขอดในถุงอัมพาต รัชนี้ วีระสุขสวัสดิ์ (2534 : 37) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยโรคหัวใจ สุพรรณิ นาคทอง (2539 : 73) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ ระยะมีอาการ และ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2543 : 111) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย โรคเอดส์

3. สังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการ สังเกตถึงปฏิกิริยาของร่างกาย เช่นการเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงาน ของร่างกายจากการรับรู้ จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็น ปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน เช่น ขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้ เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย เกรแฮม และ คอนเลย์ (Graham and Conley. 1971 : 113 – 122)

ซุง และ คาเวนาร์ (Zung and Cavenar. 1980 : 349) ได้แบ่งแบบประเมินความ วิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. แบบวัดที่ผู้ถูกประเมินตอบคำถามด้วยตนเอง (Self Rating Scale = SR) โดยผู้ถูก ประเมินตอบคำถามตามความรู้สึก หรือ การรับรู้ของตนเอง แบบวัดที่มีชื่อเสียงและนิยมใช้กัน มากคือ Self Rating Anxiety Scale ของซุง (William W. K. Zung) และ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger)

2. แบบวัดชนิดที่ต้องให้ผู้ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมหรือสัมภาษณ์ (Observer Rating Scale = OR) เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมของเกรแฮม และ คอนเลย์ (Graham and Conley)

1.1.5 ผลของความวิตกกังวล

ซุง (Zung. 1971 : 371 – 372) ได้กล่าวถึง ผลของความวิตกกังวลที่มีต่อ ร่างกายและจิตใจ สรุปได้ดังนี้

1. อาการทางกาย อาจเกิด อาการหายใจแรงและเร็ว หายใจตื้น วิงเวียน ศีรษะ เป็นลม ใจเต้นแรง ชีพจรเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หน้าแดง หรือหน้าซีด มือสั่น นอนไม่หลับ หรือท้องเดิน เป็นต้น

2. อาการทางอารมณ์ ได้แก่ ความไม่สบายใจ กังวลใจ หวาดหวั่น กลัวอย่างไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย คาดคิดถึงอันตรายต่าง ๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น จิตใจไม่สงบ หรือ อาจกลัวความตาย

เดฟเฟนเบเชอร์ และ ซูน (Deffenbacher and Suinn. 1982 : 391 –442) สรุปถึงผลของความวิตกกังวลเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ความวิตกกังวลที่มีผลต่อการแสดงออกทางความรู้สึก และทางสรีระ ที่ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด ความหวาดหวั่น ความกลัว ร่วมกับความตื่นตัวของกลไกต่าง ๆ ทางร่างกาย

2. ความวิตกกังวลมีผลต่อการแสดงออกทางความคิด ได้แก่ ทำให้ประสิทธิภาพในการจำลอง ระบบความคิดชะงักงัน คือ คิดแคบ และไม่ยืดหยุ่น ในการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ เกิดความหมกมุ่น หรือย้ำคิด เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลมีผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ปวดคอ ปวดไหล่ มือสั่น ทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลง และเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงแบบต่าง ๆ ตามมาเพื่อนำตนเองออกจากสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ

โกลเบอร์เกอร์ และไบรซันท์ (Goldberger and Brizintz. 1982 : 11-13) กล่าวว่า

ความวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านชีวเคมี (Biochemical) มีผลต่อสมองและต่อมไร้ท่อ ซึ่งควบคุมศูนย์กลางของอารมณ์และระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นจะส่งกระแสไปที่ส่วนกลางของต่อมอดรีนาล (Adrenal Medulla) หลั่งสารอดรีนาลีน (Adrenaline) ที่ทำให้เกิดพลังงานการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อดีขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนเม็ดโลหิตขาวมากที่ทำหน้าที่ต้านทานโรคลดลง ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น และเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น

2. ด้านสรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวล ได้แก่ อาการแสดงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจถี่และเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมากโดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดเฟ้อ ปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะบริเวณคอ ตัวสั่น นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์ มักมีอาการตกใจง่าย โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย หวาดหวั่น สงสัยชอบซักถาม เรียกร้องการพึ่งพิงผู้อื่น ซึมเศร้า เหนื่อยหน่ายท้อแท้ ขาดความสนใจ แยกตัวและร้องไห้

4. ด้านความคิด ความจำและการรับรู้ มีอาการหมกมุ่น ครุ่นคิด การใช้ภาษา ผิดพลาด ติดขัด ลืมง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่แน่ใจ และการรับรู้ผิดพลาด ผลของความวิตกกังวลอาจแสดงออกลักษณะพฤติกรรมเปิดเผย หรือ ซ่อนเร้นก็ได้ขึ้นกับวิธีการที่บุคคลแต่ละคนจะใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลเหล่านั้น

สุวณีย์ ดันติพัฒนานันท์ (2522 : 130) ได้กล่าวถึงผลความวิตกกังวลว่าเมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมการแสดงออกโดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้จำแนกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ

1. พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในออกมาทั้งอย่างเปิดเผยและอย่างซ่อนเร้น เช่น ความหงุดหงิด โมโหง่าย กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร เป็นต้น
3. พฤติกรรมที่เบนความสนใจจากภาวะความวิตกกังวล ไปสู่อาการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ ผู้ป่วยแบบไซโคโซมาติก (Psychosomatic) ทั้งหมด
4. การชะงักงัน อยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีเหตุการณ์ การเก็บกดความรู้สึกจนกลายเป็นความซึมเศร้ามีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ
4. พฤติกรรมที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวลซึ่งทำให้ตนอดอัด ได้แก่ การทำบุญ การพักผ่อนหย่อนใจ

1.1.7 กลไกการปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมนิงเจอร์ (เบญจวรรณ แก้วเวทวงศ์. 2526 : 4 – 25 ; อ้างอิงมาจาก Manninger. 1981) ได้กล่าวถึงกลไกการปรับตัวที่บุคคลใช้ เพื่อขจัดความวิตกกังวลดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย บุคคลพยายามขจัดโดยการร้องไห้ การนอนหลับ การกิน การหา หวีเราะ สบ การออกกำลังกาย ผันกลางวัน และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มจัด ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหาโดยการเหมินเฉย ไม่สบตา ใช้คำพูดซ้ำ ๆ และระมัดระวังไม่ให้คนอื่นล่วงล้ำหรือเข้ามาใกล้ชิดตน

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงกลัวสุดขีด บุคคลต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น กลไกในการแก้ปัญหาที่ใช้ได้แก่

2.1 การแก้ปัญหาตามสภาพความเป็นจริงโดยสติปัญญา เป็นการแก้ปัญหา จัดความขัดแย้งในใจโดยใช้สติปัญญา และการกระทำอย่างมีสติต่อสถานการณ์ที่เผชิญความเป็นจริง

2.2 กลไกการป้องกันตนเอง เป็นการแก้ปัญหาโดยจิตไร้สำนึก เพื่อลดหรือปิดเบี่ยงการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เช่น ใช้วิธีการปฏิเสธ การเก็บกด การพุดกลบ การเลื่อนการหาเหตุผลให้ตนเอง หรือการกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

1.1.8 วิธีการลดความวิตกกังวล

อุบล นิวัติชัย (2528 : 1115) ได้เสนอแนวทางที่สำคัญไว้ 4 ข้อ ดังนี้

1. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหปัจจุบันก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขเฉพาะหน้าหรือปัญหาที่รบกวนในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ให้ความเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนสืบหาสาเหตุและช่วยหาแนวทางแก้ไขต่อไป

2. ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล โดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้ระบายความรู้สึก และความไม่สบายใจต่าง ๆ

2.2 แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และช่วยให้นอนหลับได้ง่ายอีกด้วย

2.3 ใช้วิธีการทำสมาธิ ซึ่งเชื่อว่า จะช่วยให้บุคคลมีความสงบ และลดความวิตกกังวลได้ และยังช่วยให้ร่างกายมีการทำงานที่ดีขึ้น

2.4 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวล จากการศึกษาค้นคว้าของจาคอบสัน พบว่า กล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความวิตกกังวลจะไม่มีและไม่สามารถคงอยู่ได้ ถ้ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายอย่างแท้จริง

2.5 การสัมผัส (Therapeutic Touch) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ทั้งนี้เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาตและการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อช่วยบรรเทาและเข้าใจปัญหาเหล่านั้น

4. การให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อเป็นการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบ เข้าใจ ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีจึงสามารถลดความวิตกกังวลได้

1. การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยา เพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมของตนเองจะได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ หลักสำคัญของวิธีนี้คือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเกิดการยอมรับผู้ให้คำปรึกษา เป็นผลให้กล้าพูดกล้าระบายความวิตกกังวลมากขึ้น (สันต์ หัตถิรัตน์. 2531 ; 67)

จะเห็นได้ว่าแนวทางที่จะให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลของบุคคลมีได้หลายวิธีการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึก และมีโอกาสในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะสาเหตุที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความวิตกกังวลส่วนใหญ่มักจะเกิดจากความไม่รู้ รู้ไม่เพียงพอ หรือรู้ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การรับรู้เหตุการณ์ไม่ถูกต้อง การขาดแหล่งสนับสนุน ขาดการส่งเสริม กำลังใจ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดมาก

ดังนั้น การให้คำปรึกษาจึงน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ในครรภ์ครบกำหนดหรือในการคลอดก่อนกำหนด ทั้งในรายที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติและในรายที่น้ำหนักตัวปกติภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ทารกต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ภาวะจากการหายใจผิดปกติจากการทำงานที่ไม่สมบูรณ์ของปอด ระบบการไหลเวียนโลหิต หรือความผิดปกติทางร่างกาย และความพิการอื่น ๆ

มาร์ติน (Martin . 1997 :1035) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ หมายถึง ทารกเมื่อคลอดมาและพบความผิดปกติ หรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ เช่น ความผิดปกติจากระบบร่างกายของทารกเอง การบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ฯลฯ ซึ่งทารกเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากหน่วยงานที่ให้การดูแลด้วย

1.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

1.2.1 ความหมายของทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

ฟิเชอร์ (Fiser . 1992 :35) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติหมายถึงทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจากการคลอดทั้งจากการความชำนาญ

ริชาร์ด (Richards . 1992 :195) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ หมายถึง ทารกที่มีความผิดปกติทางร่างกายที่รุนแรงมีผลต่อการมีชีวิตอยู่ของทารกซึ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

อรุณ บุญประกอบ (2542 : 43) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ หมายถึง ทารกที่มีความผิดปกติของระบบร่างกายทั้งจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน การคลอด และสาเหตุจากความพิการทางกายของทารกซึ่งผลต่อการทำงานของร่างกายทารกซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลทารกในสภาวะดังกล่าว

ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ (2543 : 16) ได้แบ่งทารกที่อยู่ใน หอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติไว้ดังนี้คือ

1. ทารกที่ไม่มีหนังหน้าท้องไม่ปิด (Omphalocele)
2. ทารกที่มีความผิดปกติในทางเดินอาหาร
3. ทารกที่มีกระบังลมหย่อน
4. ทารกที่มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง
5. ทารกที่มีภาวะการสั่นกระตุกรุนแรง
6. ทารกที่อันตรายจากบาดเจ็บจากการคลอด
7. ภาวะการฉีกขาดของปอด
8. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจรุนแรง
9. การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ
10. ความพิการทางกายรุนแรง
11. การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ

1.2.2 ปัญหาที่พบบ่อยในทารกที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

1. ปัญหาด้านการหายใจ เนื่องจากทารกส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการหายใจ จะมีสาเหตุ จากการที่กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และซี่โครง ยังไม่สมบูรณ์ พบมากในทารกคลอดก่อนกำหนด มีปอดที่ยังเจริญไม่เต็มที่ ศูนย์ควบคุมการหายใจยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ อาจมีอาการหายใจลำบากหรือหยุดหายใจได้ อาจเกิดขึ้นทันทีหลังคลอดหรือหลังจากนั้น ซึ่งจำเป็นต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด
2. ปัญหาด้านระบบประสาท ระบบประสาท ในทารกบางคน ยังเจริญไม่เต็มที่ หรือมีความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้การควบคุมการทำงานของร่างกายผิดปกติ เช่น ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ ทำให้มีภาวะตัวเย็น หรือการควบคุมกลูโคสและกรดไขมันเสียไป ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. ปัญหาด้านระบบการย่อยและการดูดกลืนอาหาร ความผิดปกติของการย่อยและการกลืนอาจทำให้เด็กทารกสำลักง่าย ทำให้เกิดการสำลักน้ำและอาหารเข้าปอดและเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่ปอดขึ้นได้
4. ปัญหาระบบไหลเวียนโลหิต เส้นเลือดของทารกจะขาดความยืดหยุ่น อาจเกิดการเสียเลือดได้ง่าย ความต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำเกิดการติดเชื้อง่ายกว่าปกติ

1.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

การ์ดเนอร์ (Gardner .1993 : 530) พบว่า ระยะที่มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติมีความวิตกกังวลสูงสุด มี 2 ระยะ คือ

1.3.1 ระยะหลังคลอด มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ มักเกิดวิกฤติทางอารมณ์ จากการที่ไม่ได้เตรียมใจในการที่ทารกจะอยู่ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์ ลักษณะของทารกที่อ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องถูกแยกจากมารดาและได้รับการดูแลรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษที่ต่างจากเด็กทั่วไป จากลักษณะของทารก ภาพ และเสียงประกอบของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่รอบ ๆ ทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลว่าจะสูญเสียทารกไป

1.3.2 ระยะใกล้กลับบ้านของทารกที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเนื่องจากทารกแรกเกิดที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเป็นระยะเวลานาน มารดาจึงไม่มีทักษะในการเลี้ยงดูทารก ประกอบกับสภาพทารกที่อาจจะไม่สมบูรณ์เต็มที่เหมือนทารกปกติ

ทั่วไปต้องได้รับการเลี้ยงดูที่พิเศษกว่า ทำให้มารดากังวลว่าตนเองจะไม่สามารถดูแลทารกได้ เมื่อนำทารกกลับบ้าน

สรายุทธ สุภาพรรณชาติ (2542 : 33) พบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ มักคิดว่า ทารกจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษกว่าทารกคนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาทั่วไป

อุรพล บุญประกอบ (2542 : 37) กล่าวว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติมีความวิตกกังวลในเรื่องต่อไปนี้

1. กังวลว่าทารกจะไม่สมบูรณ์แข็งแรง
2. กังวลว่าทารกจะเสียชีวิต
2. กังวลว่าทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกายทารก
4. ตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทารก เพราะทารกต้องใช้อุปกรณ์ที่ต่างจากทารกทั่วไปและต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ดังนั้นจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง
5. วิตกกังวลในการดูแลทารกเมื่อต้องนำทารกกลับบ้าน

ภูเก็ท ตันติวิท (2542 : 45) แบ่งภาวะด้านจิตใจของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 2 – 3 วันแรกหลังคลอด ระยะนี้มารดาต้องเตรียมใจตนเองให้ยอมรับการสูญเสียทารก เพราะทารกไม่แข็งแรง

ระยะที่ 2 มารดาเกิดความรู้สึกสับสนเหลวที่ให้งำเหนิดทารกที่มีลักษณะไม่สมบูรณ์เหมือนทารกปกติ

ระยะที่ 3 เมื่อพบว่าทารกยังมีชีวิตอยู่ มารดาเริ่มสร้างความหวังว่าทารกจะรอดชีวิตและเริ่มเตรียมตัวสร้างสัมพันธภาพกับทารก เริ่มศึกษาหาความรู้ในการดูแลทารก

ระยะที่ 4 ระยะนี้มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติต้องการทราบถึงความแตกต่างของทารก และความต้องการดูแลพิเศษ การเจริญเติบโต ความต้องการของทารก ลักษณะพิเศษเฉพาะของทารก

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นพบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกที่มีร่างกายอ่อนแอ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ

ยังไม่สมบูรณ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อน วิดกกังวลว่าทารกจะเสียชีวิต วิดกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาทารก และวิตกกังวลในการดูแลทารกเมื่อต้องนำทารกกลับบ้าน

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาลักษณะของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ในมารดาในระยะหลังคลอดและระยะที่ทารกใกล้กลับบ้านว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไรในก่อนและหลังการทดลอง

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

บิตเดอร์ คราว และเกรย์ (Bidder, Crowee and Gray. 1974 : 766 – 770) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ พบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะมีความวิตกกังวลหลังคลอดสูงกว่ามารดาทั่วไปที่มีทารกแรกเกิดปกติ และเมื่อนำทารกกลับไปเลี้ยงที่บ้านพบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะมีความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกสูงกว่าการเลี้ยงดูทารกที่คลอดมาปกติ

เจนนาโรม ยอร์ค และบรูทเทน (Gennaro, York and Brooten. 1990 : 97 – 109) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยมาก (น้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,500 กรัม) และมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อย (น้ำหนักอยู่ระหว่าง 1,500 – 2,500 กรัม) ตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 เดือน โดยทำการศึกษามารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยมากจะมีความวิตกกังวลถึง 2 เดือน ส่วนมารดาที่มีน้ำหนักน้อยจะมีความวิตกกังวล 3 – 4 เดือน

ไมล์ ฟรังค์ และ คาลเปอร์ (Mild, Funk and Kasper. 1992 : 261 – 269) ได้ศึกษาถึงความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) ในบิดามารดา 23 คู่ พบว่า มารดาจะมีความเครียดมากกว่าบิดา แต่ระดับความวิตกกังวลของบิดาขณะทารกเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า มารดาที่มีทารกที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤติ จะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีทารกปกติ ความวิตกกังวลของมารดาจะสัมพันธ์กับอาการป่วยของทารก นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะสูงสุดเมื่อหลังคลอดและก่อนที่มารดาต้องนำทารกกลับบ้าน

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบกวนนิยม

2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

2.2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา

โครว์ และโครว์ (Crow and Crow. 1962 : 164) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักและเข้าใจตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้

จำเนียร ช่วงโชติ (2524 : 15 – 16) กล่าวว่า การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยผู้ให้คำปรึกษาได้รับการฝึกฝนโดยเฉพาะ สัมพันธภาพที่มีขึ้นระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาควรเป็นความสัมพันธ์ของความช่วยเหลือ มีความร่วมมือกัน เข้าใจกัน มีความยกย่องนับถือกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง และรับรู้โลกอย่างถูกต้องยิ่งขึ้น จนสามารถนำไปสู่การเลือกและการตัดสินใจอย่างฉลาดนำไปสู่การพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 124) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือ และในกระบวนการช่วยเหลือนี้ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ การช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และได้รับการฝึกฝนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ความรู้สึกตลอดทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางโครงการในอนาคตได้เอง

จากความหมายของการให้คำปรึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการของการขอความช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาซึ่งผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้มีความรู้ความสามารถผ่านการฝึกอบรมในวิชาชีพมาโดยเฉพาะ ตลอดจนมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จัก เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2.2.2 ความหมายของการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 179) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นสัมพันธภาพของการช่วยเหลือส่วนบุคคลระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาโดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหา

เจียร์นีย์ ทรงชัยกุล (2529 : 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการให้การปรึกษาเป็นการส่วนตัวแก่บุคคลเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นสามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสมสามารถวางแผนการชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มขีดความสามารถ

จากความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเฉพาะรายในแต่ละครั้งเพื่อผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

2.3.1 ความเป็นมา

ทัศนา บุญทอง (2525 : 27-28) ได้กล่าวถึงการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม (existential Counseling) ไว้ว่าพัฒนามาจากแนวปรัชญาภวนิยม (Existentialism) นักปรัชญา 2 ท่านที่ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวปรัชญาภวนิยม คือ เซอร์เรน คีร์เคการ์ด (Seren Kierkegaard 1813-1855) และนิทเช่ (Nietzsche) โดยที่คีร์เคการ์ด ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาภวนิยม (Warnock. 1977 : 6,12,22) โดยแนวปรัชญาภวนิยมนั้นได้ถูกนำมาใช้หลังจากที่คีร์เคการ์ดได้เสียชีวิตไปแล้ว 70 กว่าปี และมีการพัฒนาอย่างเด่นชัดในยุโรปหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 (Gazda. 1989 : 352)

ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 บุคคลได้เผชิญกับความเลวร้ายของสงครามที่ทำให้เกิดความแตกแยกของครอบครัว ความรู้สึกสูญเสียและหมดหวัง (Capuzzi and Gross. 1995 : 209) ทั้งจากความเป็นบุคคลที่ถูกทำลายไปพร้อมกับความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองเกิดความรู้สึกว่าตนไม่ได้เป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (Vondracek and Comeal. 1995 : 195)

ในยุคนั้นมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มจิตวิเคราะห์ที่ได้พบกับบุคคลที่มาขอความช่วยเหลือซึ่งมักมาด้วยปัญหาว่า เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Isolation) แปรกแยก (Alienation) ว้าเหว่ (Loneliness) ไร้ความหมายในการใช้ชีวิต ซึ่งนักจิตวิทยาทั้งสองกลุ่มก็ไม่สามารถทำความเข้าใจกับความรู้สึกที่เป็นปัญหาของผู้มาขอความช่วยเหลือเหล่านั้นได้ (นันทิยา - เอกอติคมกิจ. 2542 : 59 – 62 ; อ้างอิงมาจาก Vondaracek and Corneal. 1995 : 195-196)

แต่กระนั้นก็ได้มีนักจิตวิทยาอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวคิดเกี่ยวกับคุณค่าของบุคคลและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงได้เกิดนักจิตวิทยาขึ้นอีกกลุ่ม คือ กลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) แนวปรัชญาภวนิยมได้ถูกพัฒนาโดยกลุ่มของนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม โดยมีการสร้างหลักการเพิ่มในด้านของแนวความคิด ประสบการณ์ของการตระหนักในตนเอง และความรับผิดชอบ (Capuzzi and Gross. 1995 : 210-211) แนวปรัชญาภวนิยมนี้พัฒนาจากความพยายามที่จะช่วยเหลือบุคคลที่ประสบกับปัญหาในการดำเนินชีวิต ที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว แปรกแยก และความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย ซึ่งในระยะแรกนี้นักปรัชญาภวนิยมจะเน้นในเรื่องการทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในประสบการณ์ ในการดำรงชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคลมากกว่าการมุ่งพัฒนาหลักในการบำบัด (Corey. 1986 : 170 ; citing May and -Yalom.1995)

โปรชาคกา (Prochaska. 1979 : 69) ได้กล่าวไว้ว่า การนำแนวปรัชญาภวนิยมเข้าไปใช้ในการกระบวนการบำบัดได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการในปีต่อมาโดยมีจุดเริ่มต้นในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1930 จากงานของนักจิตวิเคราะห์ 2 ท่านคือ ลูควิค บินแวนเกอร์ (Ludwig Binswanger 1881-1966) และ เมดดาร์ บอส (Medard Boss 1963) แนวคิดในการบำบัดของทั้งสองท่านได้รับอิทธิพลจากนักภวนิยมของ ไฮเต็กการ์ด (Heideggard) (Shaffer and Galinsky. 1989 : 82) แวนเกอร์เป็นผู้นำบำบัดคนแรกที่ประยุกต์แนวคิดของนักภวนิยมไปใช้ในการบำบัดของเขา ในเวลาต่อมา บอส ก็เป็นนักจิตวิทยาอีกท่านที่สานต่อแนวความคิดแบบภวนิยมของไฮเต็กการ์ดเข้ากับวิธีการบำบัดของเขา

นอกจากบินแวนเกอร์ และ บอส แล้วยังมีนักจิตวิทยาอีกหลายท่านได้นำแนวปรัชญาภวนิยมไปใช้ในการบำบัดและมีอิทธิพลต่อการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมในเวลาต่อมา (Corey.1986-:171 -172) อาทิเช่น

ในสหรัฐอเมริกา เมย์ (May) เป็นนักภวนิยมที่นำแนวปรัชญาภวนิยมจากยุโรปไปสู่อเมริกา เมย์ได้สร้างระบบบำบัดตามแนวภวนิยมในอเมริกา ซึ่งเขาได้เสนอผลงานของเขาในหนังสือ (Existential : A New Dimention in Psychiatry and Psychology) นอกจากนั้นยังมี

เจมส์ บูกენტอล (James Bugental) ซึ่งเป็นนักบำบัดแนวภวนิยมอีกผู้หนึ่งในอเมริกา ซึ่งมีผลงานที่เป็นที่รู้จักคือ The art of The Psychotherapits .(1987)

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

จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้นพัฒนามาจากแนวคิดทางปรัชญาภวนิยมโดยไม่ได้รวมไว้เป็นทฤษฎีของผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งจากแนวคิดปรัชญาภวนิยมนี้ นักจิตวิทยามนุษยนิยมได้นำไปใช้ในการทำจิตบำบัด ต่อมาความคิดแบบภวนิยมจึงแพร่หลายเข้าสู่การให้คำปรึกษา ซึ่งผู้สร้างทฤษฎีหลายทฤษฎีได้นำแนวคิดภวนิยมไปใช้ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาของตน ถึงแม้ว่านักภวนิยมแต่ละท่านจะมีแนวความคิดและการบำบัดที่แตกต่างกัน ชัดแจ้ง และสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม นักภวนิยมแต่ละท่านก็จะให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีและคุณค่าของมนุษย์ เสรีภาพ การเลือก และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลเท่าเทียมกัน

2.1.2 ธรรมชาติของมนุษย์

นักภวนิยมให้ความสำคัญกับศักยภาพและคุณค่าของมนุษย์ โดยกล่าวว่ามนุษย์ไม่ใช่วัตถุหรือเครื่องจักร หรือผลผลิตของการบวนการใด ๆ มนุษย์แต่ละคนมีลักษณะของตน ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี และมีเกียรติยศ มนุษย์อาจต้องยอมรับอิทธิพลต่าง ๆ ภายนอก หรือ ข้อจำกัดในชีวิต แต่สิ่งเหล่านี้นักภวนิยมเห็นว่าเป็นเพียงข้อจำกัดที่มนุษย์ต้องรับรู้แต่ไม่ใช่สิ่งที่กำหนดความเป็นไปของมนุษย์ (Suiruen Keawkungwal. n.d. : 49-50)

ฟิชเชอร์ และ ฟิชเชอร์ (Corey, 1995 : 178 ; Citting Fischer & Fischer, 1983) กล่าวว่า โดยธรรมชาติมนุษย์ไม่เคยกำหนดชีวิตไว้เพียงแค่ครั้งเดียว เพื่อให้เป็นเช่นนั้นตลอดไปแต่จะสร้างแผนการชีวิตอยู่เสมอ มนุษย์อยู่ในสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง และการประดิษฐ์คิดค้นตลอดเวลา แสวงหาและสร้างสรรค์ความหมายต่อการดำรงชีวิต เพื่อพัฒนาสภาพชีวิต เพื่อพัฒนาสภาพชีวิตตลอดเวลา

ชาร์ต (ทัศนาศาสตร์ บัญชี. 2525 : 27-28 ; อ้างอิงจาก Santer.nd) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีนิยามชาวฝรั่งเศส ได้กล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ว่า องค์ประกอบสำคัญของมนุษย์มี 3 ประการด้วยกัน คือ เสรีภาพ การตัดสินใจ หรือ การเลือก และความรับผิดชอบ โดย ชาร์ต กล่าวว่า

1. เสรีภาพ เป็นธาตุแท้ของมนุษย์ หรือมนุษย์คือเสรีภาพ มนุษย์กับเสรีภาพแยกจากกันไม่ได้ มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความว่างเปล่า ปราศจากพันธนาการใด ๆ มากำหนดมนุษย์ มนุษย์จะเป็นสิ่งที่เขาทำ มนุษย์สามารถตั้งต้นชีวิตได้เอง ไม่มีเกณฑ์ใด ๆ จะตัดสินว่าอะไรคือความดี ความชั่ว อะไรถูก อะไรผิด อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ เพราะสิ่งต่าง ๆ มนุษย์เป็นผู้ให้ความหมายแก่สิ่งเหล่านี้

2. มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเอง และการลงมือการทำจะเป็นจะเริ่มต้นไปสู่พันธะ พันธะ คือการนำตัวเราเข้าไปผูกพันกับสิ่งที่เราเลือก โดยเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้วสำหรับเรา

3. พันธะที่เกิดขึ้นจากเสรีภาพและการเลือกนั้น ก็คือความรับผิดชอบ นั่นคือเสรีภาพที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบ เมื่อมนุษย์มีเสรีภาพเต็มที่ในการเลือก มนุษย์ก็ต้องมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ด้วยในทุกสิ่งที่ได้เลือกกระทำลงไป

เมย์ (Rickey and Therese. 1995 : 74-75 ; citing May 1961) กล่าวถึงลักษณะ 6 ประการที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ ตามแนวคิดของนักทฤษฎีนิยาม ดังนี้

1. มนุษย์ เป็นสิ่งที่มีความหมายสำคัญสำหรับตัวของพวกเขาเอง อากาทางประสาทเป็นวิธีหนึ่งที่บุคคลใช้ป้องกันความสำคัญหรือความคงอยู่ของบุคคล

4. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของตนเองหรือความต้องการที่จะรักษาความสำคัญของพวกเขา และการรักษาความสำคัญของตัวมนุษย์เองจะต้องมีอยู่ตลอดเวลา

3. มนุษย์ ต้องมีความรับผิดชอบในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะนำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอน

4. มนุษย์ มีความสามารถในการที่จะเป็นผู้กระทำหรือเป็นเพียงผู้สังเกต เมื่อมนุษย์จะต้องติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5. มนุษย์ มีลักษณะเฉพาะของการรับรู้ (Self – Consciousness) การรับรู้นี้ หมายถึง การที่รับรู้ถึงอันตรายและการคุกคามจากภายนอก และการที่มีความสามารถในการ รับรู้ได้นี้จะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในฐานะที่เป็นผู้กระทำ

6. มนุษย์ มีลักษณะของความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกว่าจะต้องพยายามต่อต้านสิ่งที่จะมาทำลายความดำรงอยู่ของตน

สำหรับธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทวินิยม แฟรงเคิล (Rickey and Therese. 1995 : 75) ได้กล่าวเพิ่มเติมจากแนวคิดของเมย์ อีก 1 ลักษณะ คือ แรงผลักดันอันดับแรกของมนุษย์ คือ การค้นหาความหมายของบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลจะต้องมีลักษณะเฉพาะตนและแสวงหาความหมายในชีวิต

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 133) กล่าวถึง ธรรมชาติของมนุษย์ ตามแนวทวินิยม ไว้ว่า

1. มนุษย์มีคุณค่า มีเอกลักษณ์ส่วนตัว เป็นภาวะที่มีอยู่ สามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ มนุษย์มีอิสระ มนุษย์จะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขากำหนดด้วยตัวของเขาเอง อีกทั้งสามารถรับรู้และรับผิดชอบต่อความมีอยู่ของตัวเอง
2. มนุษย์มีตัวตนที่คงที่ แต่อยู่ในสภาวะที่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนย้าย และมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา

อาภา จันทรสกุล (2535 : 59) ได้กล่าวถึง ธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวทวินิยม ดังนี้

1. ความมีอยู่ทำให้เกิดสภาวะในชีวิต มนุษย์จะเป็นอย่างไร เกิดจากการเลือกตัดสินใจของตนเอง
2. มนุษย์มีเสรีภาพที่จะเลือกและมีความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการเลือกของตน
3. มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยเผชิญหน้ากับการรับรู้เรื่องความตาย หรือสภาพของการไร้ชีวิต อัตถิภาวะที่แท้จริง (authenticity) เกิดจากความสามารถในการรับรู้ความจริงในชีวิต การับรู้ของชีวิต
4. ความมีอยู่ของบุคคลไม่สามารถแยกออกไปจากการมีอยู่ของบุคคลอื่น ๆ ในสังคมและความมีอยู่ของสรรพสิ่งในโลกได้อย่างเด็ดขาด เช่นเดียวกัน ความมีอยู่ของบุคคลอื่น ๆ และสรรพสิ่งต่าง ๆ ไม่สามารถแยกออกไปจากความมีอยู่ของบุคคลได้
4. การรับรู้ของบุคคลจะเที่ยงตรงมากขึ้น ถ้าจัดความเชื่อเฉพาะตัวที่เกิดขึ้นก่อนการรับรู้ออกไป

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

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

นักทฤษฎีนิยมมองว่า ปัญหาของมนุษย์เกิดจากการที่มนุษย์ไม่สามารถใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่อย่างเต็มที่ ไม่ตระหนักในคุณค่าและการมีอยู่ของตน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ปัญหาเหล่านี้ทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตด้วยความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนิยมจึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงคุณค่าและการมีอยู่ของตนในปัจจุบัน สามารถใช้เสรีภาพและความรับผิดชอบของตนอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้รับคำปรึกษา ได้พัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ของตน ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนิยมนั้น เมย์ (Millon. 1967 : 245 ; citing May. 1960) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบทฤษฎีนิยมไม่มีระบบของการบำบัด และกลุ่มของเทคนิคใหม่ แต่เป็นการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับ การทำความเข้าใจกับการดำรงอยู่และประสบการณ์ของมนุษย์ และเป็น การนำทัศนคติไปสู่การให้คำปรึกษา

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

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

2.1.3.1 ศักยภาพที่จะตระหนักในตนเอง (Capacity for Self Awareness)

นักทฤษฎีนิยมให้ความสำคัญของการตระหนักในตนเอง (Self Awareness) เพราะศักยภาพในการตระหนักในตนเองของมนุษย์ ทำให้มนุษย์มีความแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่น และเมื่อมนุษย์มีความสามารถในการตระหนักในตนเอง มนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อชีวิตตน (Patterson. 1966 : 445)

การตระหนักในตนเอง คือ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดย คอเรีย

(Corey. 1986 : 173) กล่าวว่า การเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเอง หมายถึง การเพิ่ม การรับรู้ในทางเลือกต่าง ๆ แรงจูงใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลของแต่ละบุคคล รวมทั้งเป้าหมายของ บุคคลการเพิ่มศักยภาพในการตระหนักในตนเองนั้น จะทำให้บุคคลสามารถตอบโต้และสร้างทางเลือกได้อย่างอิสระนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างสมบูรณ์ ในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมุ่งให้ ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

1. บุคคลตระหนักว่า เมื่อบุคคลเลือกเพื่อตัวเขาเอง เขาอาจจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และอาจจะเกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงได้
2. บุคคลจะตระหนักว่าหากพวกเขายึดเหนี่ยวในเอกลักษณ์ที่กำหนดจากคนอื่น นั่นคือ บุคคลกำลังพยายามค้นหาการยอมรับและยืนยันการดำรงอยู่ของตนจากคนอื่นหรือสิ่งอื่นแทนที่จะให้เป็นตัวของเขาเอง
3. บุคคลตระหนักว่า การรับรู้และการตัดสินใจในอดีตมีผลให้เกิดความทุกข์ถึงปัจจุบันนี้ ในการให้คำปรึกษา บุคคลจะรับรู้ว่ามีเสรีภาพและสามารถตัดสินใจใหม่ได้
4. บุคคลตระหนักว่า ถึงแม้ว่าเขาจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตของเขาได้ แต่เขาสามารถเปลี่ยนแปลงการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านั้นได้
5. บุคคลจะตระหนักว่า อดีตเป็นบทเรียนที่ดีที่จะให้เขาสามารถนำไปปรับปรุงอนาคตให้ดีขึ้นได้
6. บุคคลตระหนักว่าการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ท้อแท้ ล้มหวังจะทำให้ขาดโอกาสประสบความสำเร็จ
7. บุคคลจะตระหนัก และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเอง ทั้ง ๆ ที่มีข้อจำกัด
7. บุคคลจะตระหนักว่าปัจจุบันนี้เขาล้มเหลวเพราะเขาหมกมุ่นอยู่กับอดีต และวางแผน ในอนาคต หรือพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ที่มากเกินไปในเวลาเดียวกัน

จะเห็นว่าทัศนคตินี้ของนักภวนิยมมองว่าบุคคลมีความสามารถที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นบุคคลจึงสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนต้องการภายใต้เงื่อนไขที่มีอยู่ การช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการตระหนักในตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถในการรับรู้ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น และนำไปสู่การเห็นคุณค่าของตนและการกระทำของตน และลดความวิตกกังวลในสิ่งต่าง ๆ ลงได้

2.1.3.2 เสรีภาพและความรับผิดชอบ (Freedom and Responsibility)

นักทฤษฎี ให้ความสำคัญกับเสรีภาพของมนุษย์ในการเลือกกระทำ

แฟรงเคิล (Frankl, 1978 : 60) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าบุคคลจะไม่มีอิสรภาพอย่างสมบูรณ์จากเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ผูกมัด ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรรมพันธุ์ หรือแรงขับตามสัญชาตญาณ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจจัดขอบเขตเสรีภาพของบุคคล แต่ไม่สามารถลดศักยภาพความเป็นมนุษย์ลงไปได้ แฟรงเคิล ยังเชื่อว่า บุคคลยังมีเสรีภาพในการเลือก โดยกล่าวว่า เงื่อนไขต่าง ๆ ไม่ได้กำหนดเรา แต่เราจะเป็นผู้กำหนดเองว่าจะยอมรับหรือต่อสู้กับเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านั้น

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

ดังนั้นการเจริญชีวิตตามความเป็นจริง หมายถึง การรู้จักประเมินคุณค่าของตนเองตามความเป็นจริงในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตของตน

โปรชาร์ตกา (Prochaska – 1979 : 72) กล่าวว่า ทางเลือกที่ดีที่สุดในแนวความคิดของนักทฤษฎีไม่จำเป็นจะต้องเลือกจากสิ่งที่ให้แรงเสริมสูงสุดและลงโทษน้อยที่สุดแต่การควรเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ในแนวความคิดของนักทฤษฎี คือ การเลือกที่เป็นตามแบบของตนเองอย่างแท้จริง เพราะเป็นการดำรงชีวิตที่บุคคลตัดสินใจที่จะมองโลกตามที่เป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงหรือปิดบังตนเองจากสิ่งแวดล้อมนำสู่การเปิดเผยตนต่อธรรมชาติ ต่อบุคคลอื่น และต่อตนเอง

แฟรงเคิล (Corey 1995 : 180 Citing Frankl, 1978) ได้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างอิสรภาพ และความรับผิดชอบ ไว้ว่า อิสรภาพถูกจำกัดเพราะเราไม่เป็นอิสระจากเงื่อนไขต่าง ๆ แต่อิสรภาพของเราเกิดจากการต่อสู้กับข้อจำกัด และในที่สุดเงื่อนไขเหล่านี้ก็จะอยู่ภายใต้การตัดสินใจของเรา แสดงว่าเรากำหนดตัดสินใจด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีเสรีภาพในการเลือก แต่การตัดสินใจนั้นจะต้องดำรงคุณค่า และมีความเหมาะสม บุคคลจะต้องตระหนักต่อความรับผิดชอบของตนโดยเสรีภาพและความรับผิดชอบจะต้องมีขึ้นพร้อม ๆ กัน ดังนั้นในการให้คำปรึกษาจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะตัดสินใจและยอมรับผลที่เกิดขึ้นกับตนจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ลงได้

2.1.3.3 การค้นพบเอกลักษณ์ของตนและการสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)

ในการสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่นนั้น นักทฤษฎีเห็นว่าบุคคลจะต้องรู้จักตนเองและให้ความสำคัญกับตนเองเท่า ๆ กับให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การที่บุคคลจะรู้จักตนเองนั้น บุคคลจะต้องค้นหาและสร้างเอกลักษณ์เฉพาะตนขึ้น ซึ่งกระบวนการในการค้นหานี้ไม่ได้เกิดขึ้นได้เอง บุคคลจะให้ใช้ความกล้าที่จะเป็น คือ การที่บุคคลกล้าที่จะดำรงชีวิตจากความคิดและความรู้สึกภายในตนเอง หากบุคคลมีความกล้าที่จะเป็น จะทำให้บุคคลสามารถอยู่เพียงลำพังได้ บุคคลจะต้องเรียนรู้การอยู่ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ว่าเขาจะอยู่อย่างไร นักทฤษฎีเชื่อว่า ก่อนที่จะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่าและมั่นคงกับบุคคลอื่นได้นั้น บุคคลจะต้องเรียนรู้ที่จะรู้จักตนเอง และสามารถมีชีวิตอยู่ด้วยตนเองได้ (Corey. 1996 : 175-176 ; citing Tillich.1952)

2.1.3.4 การค้นหาความหมาย (Search for Meaning)

แฟรงเคิล เน้นว่า โลกมนุษย์ คือโลกของความหมาย แรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์ไม่ใช่ต้องการความพอใจ หรือต้องการพลังอำนาจแต่เป็นการต้องการต้องการความหมาย เป็นการแสดงให้เห็นถึงความเป็นมนุษย์อย่างที่สุด มนุษย์พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ ตราบเท่าที่มนุษย์จะมองเห็นความหมายในสิ่งนั้น (Sriruen Kaewkangwal. nd : 54 ; citing Frankl. 1955, 1961)

ฉะนั้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นักทฤษฎีจะมองเห็นความสวยงาม โอกาสและทางเลือก (Ivery.1987 : 269) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความรู้สึกที่ตนไร้ความหมาย มักถามตนเองว่า อะไรคือความหมายของชีวิต ฉันสามารถทำอะไรที่แตกต่างไปจากนี้ อะไรคือจุดประสงค์ของการดิ้นรน (Capuzzi and Gross. 1995 : 217) แฟรงเคิล (Corey, 1995 : 182-183 ; Citing Frankl. 1978) ยืนยันว่าหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาไม่ใช่อยู่ที่การบอกผู้รับบริการว่าความหมายในชีวิตของเขาควรเป็นอย่างไร แต่เป็นการชี้ให้เห็นว่าผู้รับบริการสามารถพบความหมายได้แม้ในยามทุกข์ยากลำบาก ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนความทุกข์ทรมาน เปลี่ยนแปลงโคกนาฏกรรมชีวิตในด้านลบให้เป็นความสำเร็จได้ โดยอาศัยความอดทนและการยืนหยัดต่อสู้ สร้างกำลังใจ กระตือรือร้นในการดำรงชีวิต คิดและมองสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแง่บวก

2.1.3.4 ความวิตกกังวลเป็นเสมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living)

ความวิตกกังวลย่อมเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของนักทฤษฎีนิยม ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal of Existential Anxiety) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิต หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องตัดสินใจโดยไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่รู้ผลลัพธ์ที่แน่นอน (Shaffer and Galinsky, 1989 : 92) ความวิตกกังวลตามปกติ (Normal Anxiety) ที่ไม่มากจนเกินไป จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลที่มีมากจนเกินไปจะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่าย (Vondracek and Comeal, 1995 : 202) ความวิตกกังวลที่ไม่ปกติ คือการตอบสนองอย่างไม่เต็มใจต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ (Inauthentic Response to Being) และก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจได้ (Psychopathology) (Prochaska, 1979 : 76)

เมย์ (Corey, 1995 : 244 ; citing May, 1981) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่อิทธิพลต่อความเจริญงอกงามของมนุษย์ และเห็นว่าบุคคลมากมายมีความคิดสร้างสรรค์แต่มักถูกปิดกั้นด้วยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นจะรู้สึกถึงความคิดสร้างสรรค์ของตนเอง

ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ค้นหาในสิ่งที่ตนยังไม่รู้เพราะการที่บุคคลได้ทำในสิ่งที่ตนคาดการณ์ผลได้ จะทำให้ความวิตกกังวลของบุคคลนั้นลดลง

จะเห็นได้ว่าในทัศนะของนักทฤษฎีนิยม ความวิตกกังวลหรือความรู้สึกผิดเป็นความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการดำรงชีวิต และไม่ใช่ความรู้สึกที่ต้องหลีกเลี่ยงแต่บุคคลต้องใช้เสรีภาพที่ตนมีอยู่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าของตนเอง จะทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้

ในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นแนวทางในการเลือกชัดเจนขึ้น สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกได้ เพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับว่าการตัดสินใจในสิ่งที่ยังไม่เห็นผล ผู้รับคำปรึกษาย่อมเกิดความวิตกกังวลได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะให้กำลังใจให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความวิตกกังวลของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ตนต้องการ พร้อมทั้งผู้ให้คำปรึกษาจะให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่กับเวลาปัจจุบันอย่างเต็มที่ เพราะอดีตไม่สามารถแก้ไขได้ และอนาคตที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการก็จะเป็นผลจากการกระทำของผู้รับคำปรึกษาในขณะนี้

2.1.3.5 การตระหนักถึงความตายและไร้ความหมาย (Awreness of Death and Nonbeing)

คูเบิล และ รอส (Capuzzi and Gross. 1995 : 213) กล่าวว่า การเผชิญกับความตายด้วยการวิเคราะห์พิจารณาจะนำมาสู่การมีชีวิต บุคคลต้องยอมรับว่า ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลตระหนักถึงความตายอย่างแท้จริง จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันของเขาอย่างเข้มแข็งและมีกำลังใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้โดยตัดสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความสำคัญออกไป การปฏิเสธความตายเป็นการแสดงว่าบุคคลนั้นรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองเพียงเล็กน้อย ดำเนินชีวิตอย่างว่างเปล่า ไม่มีจุดหมายในชีวิต

ไฮดีการ์ดและยาลอม (Corey. 1995 : 246 ; citing Heideggard. 1962, Yalom.1980) กล่าวว่า นักภวนิยมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมายและจุดหมายในชีวิต เนื่องจาก การดำเนินชีวิตนั้นย่อมมีจุดสิ้นสุด แต่ถ้าบุคคลยืนยันที่จะดำรงชีวิตและพยายามที่จะให้ชีวิตในปัจจุบันให้เต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ บุคคลนั้นก็จะไม่สนใจต่อวันสิ้นสุดของชีวิต

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะเน้นให้ผู้รับคำปรึกษาคำนึงถึงการดำรงชีวิตอย่างเต็มที่มากกว่าที่จะมีชีวิตเพียงผ่านไปวัน ๆ เท่านั้น ดังนั้นการมีชีวิตอยู่ตามแนวความคิดของนักภวนิยมไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่า บุคคลนั้นจะดำรงชีวิตได้ยาวนานเพียงไร แต่ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นสามารถกำหนดคุณภาพและความหมายให้กับชีวิตของพวกเขาได้มากน้อยเพียงใด นั่นคือกระบวนการการให้คำปรึกษาที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักว่าพวกเขาจะต้องตั้งใจทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ โดยตระหนักว่าเวลาในปัจจุบันนี้เท่านั้นที่เป็นเวลาที่สำคัญที่ตนจะทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง

2.1.4 กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

จุดหมาย

คันทิงแฮม และปีเตอร์ (Cunningham and Peter, 1973 : 71)

ได้สรุปเป้าหมายของการบำบัดช่วยเหลือแบบภวนิยม ดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในสภาวะของตนเอง
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจและกระจ่างชัดในตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความรู้สึกอิสระในการดำรงชีวิต
4. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับปรุงสัมพันธภาพกับผู้อื่น
5. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาพัฒนาความรับผิดชอบต่อตนเอง

6. เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความหมายในชีวิต

เกลดดิ้ง (Rickey and Therese.1995 : 76 ; citing Gladding. 1988)

กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา เน้นที่การช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้มีความรับผิดชอบ
สำหรับตัวเอง และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาและพัฒนาความหมายในชีวิตได้ โดยจุดมุ่งหมาย
นั้นแบ่งได้เป็น 2 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าถึงเสรีภาพในการเลือก (Freedom of
Choice) ของเขา รับรู้ถึงการเลือกทั้งในสิ่งที่ต้องการและการเลือกในสิ่งที่ไม่ต้องการ รวมทั้งรับรู้
ถึงสิ่งที่เป็นการจำกัดเสรีภาพทางความคิดของเขา เช่น การยึดมั่นในการได้รับการยอมรับจาก
บุคคลหนึ่ง ๆ ในขั้นนี้ ผู้รับคำปรึกษาจะได้ตระหนักถึงเสรีภาพในการเลือกของพวกเขา และต้อง
ยอมรับผลที่เกิดจากการเลือกของเขา

ชั้นที่ 2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสร้างความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาตัดสินใจ โดยให้
พิจารณาถึงผลการเลือกของเขาว่าจะส่งผลต่อการดำรงอยู่ของเขาอย่างไร

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543 : 116) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา
เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาให้เกิดสภาพการรู้จักตนเอง เข้าใจศักยภาพของตนเอง และ
ทราบวิธีการจัดอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการเพิ่มพูนศักยภาพภายในตนเอง เพื่อให้ใช้ศักยภาพ
ของตนเองและในกาเลือกหาความหมายของชีวิตให้เหมาะสมกับตนเองอย่างมีอิสระ เสรีภาพ
และจะรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง

นันทิกา แยมสรวล (2523 : 114) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมช่วยให้บุคคล
มีชีวิตอยู่อย่างแท้จริง โดย

1. ให้ผู้รับคำปรึกษาอยู่อย่างมีความรู้สึกสำนึกตัวอย่างเต็มที่ในเวลาปัจจุบัน
6. ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือกที่จะมีชีวิตอยู่อย่างไรในปัจจุบัน
7. ให้ผู้รับคำปรึกษารับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้เลือกและสามารถเผชิญกับความวิตก
กังวลในการเลือกเพื่อตนเอง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529 : 134) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายในการบำบัดเพื่อให้ผู้รับ
คำปรึกษาสามารถรู้สำนึกภาวะชีวิตของเขาให้ได้อย่างสมบูรณ์ และ รู้สำนึกว่าภาวะชีวิตของเขา
เป็นจริง

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 81) ได้กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบภวนิยม มีจุดมุ่งหมาย
ดังต่อไปนี้ คือ

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจโลกหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเต็มที่

2. ผู้รับบริการรู้สึกว่าเขาไม่มีเสรีภาพ ชีวิตของเขาไม่ได้ขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ หรือ ความต้องการของผู้อื่นโดยสิ้นเชิง และช่วยให้ตระหนักในขอบเขตเสรีภาพของตนเองว่าเขาไม่มีเสรีภาพอยู่ภายในขอบเขตมากนักน้อยเพียงใด

3. กระตุ้นให้ผู้รับบริการแสวงหาความหมายในชีวิต โดยเน้นว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย แม้ขณะนั้นจะอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ก็ตาม คือช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาอนาคตในลักษณะมีความหวัง ไม่ใช่ติดค้างอยู่กับอดีต ให้มีความเชื่อว่าเราสามารถพัฒนาตนเองไปสู่อนาคตที่เขาเป็นผู้กำหนดขึ้นได้

4. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในทางเลือกของตน ตระหนักในแรงจูงใจ องค์กรประกอบที่มีอิทธิพลต่อเขา และจุดประสงค์ในชีวิต เพื่อเขาจะได้เลือกทางดำเนินชีวิตได้

5. เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้เสรีภาพในการตัดสินใจ ไม่เห็นความรับผิดชอบในการตัดสินใจและสนับสนุนให้ผู้รับบริการเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่หวังให้ผู้อื่นตัดสินใจให้และเมื่อตัดสินใจแล้วให้มุ่งมั่นในการกระทำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้วนั้น

6. ช่วยให้ผู้รับบริการทนได้ต่อความวิตกกังวลที่จะต้องเลือกตัดสินใจ หรือเลือกแนวชีวิตของตน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องอิงผู้อื่น ซึ่งความวิตกกังวลนั้นอาจจะมีอยู่ในระยะสั้นต่อจากนั้นจะค่อย ๆ หดไป ยิ่งถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในวิถีชีวิตใหม่ที่ตนได้เลือกแล้วนั้นจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

7. ช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้จักเข้าใจตนเอง สามารถค้นหาแนวทางในการที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ รับรู้ถึงข้อจำกัดเท่า ๆ กับการรับรู้โอกาสของตนตามความเป็นจริง กล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริง แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดและความผิดหวัง ก็ตาม

7.2.3 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

แวน ดิวเซน สมิท (Corey. 1995 : 236 ; citing Van Duezen-Smith. 1988) กล่าวว่า งานพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา คือ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาดำเนินชีวิตไปตามที่ตนต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาจะเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ว่าจะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิตของตนเองเสมอ

บลอคเกอร์ (Blocker. 1987 : 211) กล่าวว่า ถึงแม้การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แต่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษานั้นจะเพิ่มจากการที่เป็นผู้คอยรับฟัง (Passive) สะท้อนความรู้สึก และเป็น

ดังกระจกสะท้อนมาเป็นบทบาทแบบผู้ดำเนินกระบวนการมากขึ้น (Active) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และบางครั้งแสดงการตอบสนองด้วยท่าทางอย่างตรง ๆ (Confrontation) ผู้ให้คำปรึกษาจะเน้นความสำคัญในการสนทนากับผู้รับการบำบัดด้วยความซื่อสัตย์อย่างแท้จริง (Deeply Honest) เท่า ๆ กับการใส่ใจและความเห็นใจ

วัชร ทรัพย์มี (2533 : 83-84) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมพอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาดังเป้าหมายในชีวิตและมุ่งมันที่จะไปสู่เป้าหมาย โดยช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง
2. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจเอกลักษณ์และช่วยให้เอกลักษณ์ของผู้รับคำปรึกษาเด่นชัดขึ้น ซึ่งจะทำให้เข้าใจกรอบความคิดของผู้รับคำปรึกษาและนำไปสู่การเข้าใจตนเองของผู้รับคำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้รับคำปรึกษา
4. ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาแสวงหาความหมายในชีวิต
5. คำปรึกษาไม่เน้นกลวิธีให้บริการปรึกษาวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะวิธีให้ความช่วยเหลืออาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือแม้แต่ในคนเดียวก็ใช้วิธีที่ใช้ในการให้บริการปรึกษาอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา
6. คำปรึกษาจะยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับคำปรึกษาสามารถทนต่อความกระทบกระทั่งในชีวิตได้ดีขึ้น และหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองดีขึ้น

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

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาความหมายในการมีอยู่ของตน
2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล้าเผชิญกับปัญหาและสามารถตัดสินใจเลือกได้
3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ลึกซึ้ง มีคุณค่า และน่าไว้วางใจให้เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการให้คำปรึกษา และดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีอยู่นี้ให้คงอยู่ตลอด การนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษาอย่างเพียงพอ และเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพัฒนา

ตัวของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะเคารพในความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพเชิงบำบัด

7.2.4 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดของนักภวนิยมและการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม พบว่า ระบบและเทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมสามารถยืดหยุ่นไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษา และเน้นประสบการณ์ที่ผู้ให้คำปรึกษาจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของทัศนคติและแนวความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษา โดยแสดงได้ดังนี้

คอเรย์ (Corey. 1986 : 182-190) กล่าวว่า กระบวนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะดำเนินไปบนพื้นฐานของความคิดแบบภวนิยม สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาคือการเคารพ ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษาที่เชื่อในศักยภาพและความสามารถของผู้รับคำปรึกษาในการที่จะเผชิญกับปัญหาและค้นหาทางที่เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับและพบว่าตัวเองสามารถเลือกและรับผิดชอบต่อตัวเองได้ กระบวนการให้คำปรึกษามีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษาจะสำรวจความคิด ความรู้สึกและทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษารับรู้ทั้งในด้านค่านิยม ความเชื่อ และความคิดที่กำหนดการดำเนินชีวิตของผู้รับคำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัจจัยหรือวิธีการดำรงชีวิตของเขาในอดีตที่มีส่วนปิดกั้นโอกาสในปัจจุบันของตัวเอง
2. กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาสำรวจแหล่งช่วยเหลือ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองในปัจจุบัน ผู้รับคำปรึกษาต้องตัดสินใจว่า เขาจะดำรงชีวิตอย่างไร ขณะนี้ตัวเขาเป็นอย่างไร และชีวิตในอนาคตเช่นใด ที่เขาต้องการ ชั่งน้ำหนักระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง และสำรวจผลของการกระทำที่มีต่อตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะนำไปสู่การรับรู้ในมิติใหม่ (New Insight) ปรับโครงสร้างค่านิยมและทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาเอง ซึ่งในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง
3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเองได้ชัดเจนขึ้น และช่วยให้ผู้รับคำปรึกษานำสิ่งที่เขาได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองไปใช้ในชีวิตในที่สุดผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้ว่ามีศักยภาพ และความเข้มแข็งในตนเองที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย

ศรีเรือน แก้วกังวาล (Sriruen Keaw kungwal, 1987. 60-65) ได้กล่าวถึงกระบวนการให้คำปรึกษา ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. พยายามทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษา ตามแบบที่เขาเป็น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะทำความเข้าใจกรอบความคิดแบบภวนิยมของผู้ให้คำปรึกษา

2. ผู้ให้คำปรึกษาจะลดภาวะไม่สมดุลในจิตใจของผู้รับคำปรึกษา โดยกระตุ้นให้เขาได้ใช้เสรีภาพ ทางเลือก ความรับผิดชอบและความรู้สึกของความเป็นบุคคลของตัวเองอย่างเต็มที่ ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา

3. เน้นถึงการรับรู้ของเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) ในการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาจะรับรู้เหตุการณ์ในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วเป็นเสมือนแนวความคิด และบทเรียน ผู้รับคำปรึกษาต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบันด้วยเสรีภาพและการเลือกตัดสินใจที่ดี จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนี้ จะสรุปขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้นในการให้คำปรึกษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการสร้างสัมพันธภาพเป็นจุดเน้นของกระบวนการให้คำปรึกษา ต้องสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาและเข้าใจในตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อกันภายใต้สัมพันธภาพที่มีการยอมรับ ความเข้าใจ อ่อนน้อม ปลอดภัย

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

2.1 ขั้นตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อจะได้เข้าใจตนเอง และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง โดยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ทั้งที่มีข้อจำกัด

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก เป็นขั้นที่สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ด้วยการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านี้

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต เป็นขั้นที่ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองเพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้ในยามทุกข์ยากลำบาก เพื่อให้พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ

2.4 ขั้นกล้าเผชิญความวิตกกังวล เป็นขั้นตอนที่ผู้รับคำปรึกษา ยอมรับความวิตกกังวลและพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

4.5 ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นขั้นที่พิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ที่พอเป็นได้ และเหมาะสมกับตนเองเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และสามารถเลือกแนวทางนั้นได้ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาสามารถทนต่อสิ่งที่กระทบในชีวิตได้ดีขึ้นและหาวิธีการแก้ปัญหา มีโอกาสพบทวนสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาและมีการนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

7.2.5 เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม จะเน้นถึงสัมพันธภาพและคุณภาพของสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษา จะให้ความสำคัญและเน้นถึงความเข้าใจเป็นอันดับแรก ส่วนเทคนิคนั้นเป็นอันดับรองลงมา ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมจะเลือกใช้เทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอื่น ๆ เท่าที่จำเป็น สิ่งสำคัญ คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา มีศรัทธา และเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับคำปรึกษา และเชื่อว่าผู้รับคำปรึกษาสามารถเลือกทางชีวิตของตนเองได้และรับผิดชอบต่อการดำรงชีวิตของตนเอง เพียงแต่ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้คอยกระตุ้นให้สำรวจตรวจสอบให้รู้จักทางเลือก เพิ่มการตระหนักรู้ ให้กำลังใจ แก่ผู้รับคำปรึกษาด้วยความจริงใจ เข้าใจอย่างเห็นอกเห็นใจ แม้ว่าในกรณีบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้เทคนิคการเผชิญหน้า ก็เพื่อต้องการให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักรู้ในเรื่องนั้น ๆ มากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาแบบภวนิยมนั้นส่วนมากจะเลือกใช้เทคนิคบางเทคนิคของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอื่น ๆ โดยคำนึงถึงเรื่องราว สภาพปัญหา และตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ เทคนิคที่นำมาใช้ส่วนมากได้แก่ (Baldwin, 1987 citing Corey, 1996 : 185)

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

ข้อจำกัดของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม

คอเรย์ (Corey. 1996 : 191) กล่าวว่าเนื่องจากในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมผู้รับคำปรึกษาจะต้องเรียนรู้ ตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองด้วยตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้ที่พยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา และสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นการดำเนินชีวิตของตนอย่างชัดเจน ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนโดยตรงเกี่ยวกับปัญหาหรือวิธีในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความรู้สึกภายในตัวผู้รับคำปรึกษาและนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวจึงอาจมีข้อจำกัดสำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเขามีทางเลือกเพียงเล็กน้อย และมีความรู้สึกว่าคุณเขามีพลังภายในนอกจำกัดความสามารถและมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของเขา ซึ่งถึงแม้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกภายในได้แต่อาจรู้สึกว่าคุณมีความหวังเพียงเล็กน้อยและรู้สึกว่าตนไม่มีพลังเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง และอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกหนักใจในการเปลี่ยนแปลง และเกิดความคับข้องใจได้

2.1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมงานวิจัยในต่างประเทศ

ดีไวร์น และคณะ (De-Vries and other. 1997 : 129-137) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยให้คำปรึกษาแบบภวนิยม ในผู้ป่วยที่มีการเติบโตของมะเร็ง 96 คน ซึ่งรักษาด้วยยาตามปกติเป็นเวลาไม่นาน ผลการศึกษาพบว่า จากการประเมินผู้ป่วย 35 คน ก่อนเนื้อที่กำลังเติบโตมีขนาดคงที่ในระหว่างหรือทันทีที่ได้รับการบำบัดโดยในผู้ป่วย 4 คน ก่อนเนื้อที่มีขนาดคงที่ นาน 3 – 9 เดือน และในผู้ป่วย 1 คน ก่อนเนื้อที่มีขนาดคงที่นาน 2 ปี แต่ในด้านการรายงานตนเรื่องความว้าวุ่น ความซึมเศร้า จุดประสงค์ในชีวิต พบว่าก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาไม่แตกต่างกัน

แอ็คเซลเซน-บี และซโจเดน-โป (Axelssen-B, Sjoden-Po. 1998 ; 29-39) ได้ทำการศึกษาคุนภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและคู่ครองขณะให้การรักษาระดับประคองที่บ้านและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว จำนวน 37 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาระดับประคองที่บ้าน ให้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอยู่กับคู่ครองของตนเอง และได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีชีวิตในช่วง 6

สัปดาห์สุดท้าย ซึ่งอยู่ในภาวะที่มีอาการปวดคงที่ตลอดเวลาจะมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ความเข้มแข็งทางร่างกาย คุณภาพชีวิต และความมุ่งหมายในชีวิต อยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งยังพบว่าความวิตกกังวลของคู่ครองมากกว่าผู้ป่วยในเรื่องของการที่ต้องมีชีวิตอยู่โดยขาดคู่ครองมีความวิตกกังวลสูง ละเลยสุขภาพและการแต่งกายของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการค้นหาความหมายในชีวิตให้เข้าใจภาวะการมีอยู่ของตนเองจะทำให้ผู้ป่วยและคู่ครองใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาแห่งการรักษาแบบประคับประคอง

งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม มีผู้สนใจทำการวิจัยไว้น้อยมาก ดังเช่น

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

นันทิยา เอกอธิตมกิจ (2542 : 121) ได้เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิง ช่วงอายุ 13-18 ปี ในสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรางค์กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ประเภท คือ พวกกระทำผิด 1 ครั้ง และพวกกระทำผิดมากกว่า 1 ครั้ง และแต่ละประเภทแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มให้คำปรึกษาแบบภวนิยมรายบุคคลกลุ่มให้คำปรึกษาแบบภวนิยมแบบเป็นกลุ่ม และ กลุ่มควบคุม

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

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบ
กวนนิยมนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดใน
สถานพินิจ โดยมียาลำดับในการดำเนินการวิจัยดังนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรก
เกิดในสถานพินิจ ทารกเข้ารับการรักษาตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ณ หออภิบาลทารกแรกเกิด
ในสถานพินิจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกแรก
เกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสถานพินิจเป็นครั้งแรก ซึ่งเลือกจากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบ
วัดความวิตกกังวลตั้งแต่ 50 เปอร์เซนต์ขึ้นไปโดยผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง
ก่อน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างออกมาจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้ามี่ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารก
แรกเกิดในสถานพินิจ ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของสปีลเบิร์กเกอร์
แปลเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงนิตยา คชภักดี, ดร.มาลี นิสสัยสุข และดร.สายฤดี
วรกิจโกศาธร

แบบสอบถามนี้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีทั้งหมด 35 ข้อ
แต่ละข้อแบ่งความรู้สึกออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบมากที่สุด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1 ศึกษาและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ และการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคีเป็นรายบุคคล

1.2 สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยสร้างให้ข้อคำถามครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม และให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า จำนวน 35 ข้อ

1.3 หาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สุรักษา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาของข้อคำถามและภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

1.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5 นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนก (Item Discrimination) โดยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ที่ปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ จำนวน 32 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดลองได้ มาตรวจให้คะแนนตามที่กำหนดไว้เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ 25 เปอร์เซนต์ กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ โดยใช้

สถิติ T – test แล้วทำการเลือก เฉพาะข้อที่มีค่า t ระหว่าง 1.742 - 8.445 ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 ข้อและนำมาใช้ในการทดลอง

1.6 หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alfa-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ณ หอผู้ป่วยมารดาหลังคลอดตึกกวมินทรราชินี ชั้น 5 และ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 32 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8142

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

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

การแปลความหมายคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าสูงสุด 140 คะแนน ต่ำสุด 35 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก

ลักษณะของสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

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

ตัวอย่างแบบวัดความวิตกกังวล

คำชี้แจง

จากข้อคำถามต่อไปนี้ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด เมื่อท่านเลือกได้แล้วโปรดทำเครื่องหมายถูกลงในช่องด้านขวาของข้อความนั้นในแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้ออย่างอิสระไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ซึ่งกำหนดไว้ 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบแบบทดสอบค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
(0) ข้าพเจ้ารู้สึก แฉะมึน		✓		

จากตัวอย่าง (0) ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เมื่อเลือกได้คำตอบใดก็ไปขีดเครื่องหมายในช่องที่ตรงกับความรู้สึกดังตัวอย่าง

ท่านไม่รู้สึกเลย	ให้เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง (1)
ท่านรู้สึกเล็กน้อย	ให้เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง (2)
ท่านรู้สึกค่อนข้างมาก	ให้เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง (3)
ท่านรู้สึกมากที่สุด	ให้เขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง (4)

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม

ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม

และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย

2.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการวิจัยโดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมมีขั้นตอนการให้คำปรึกษาดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ

ครั้งที่ 2 – 8 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ตามลำดับขั้นตอน การให้คำปรึกษา 13 ขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 2 – 3 ปฏิบัติตามข้อ

1. สำรวจตนเองและสิ่งที่มากระทบ
2. ฝึกการสร้างทางเลือกและการรับผิดชอบ

ครั้งที่ 4 – 5 ปฏิบัติตามข้อ

3. กำหนดปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

4. กำหนดทางเลือกต่าง ๆ

5. วิเคราะห์ผลดี ผลเสียของทางเลือกแต่ละทาง

ครั้งที่ 6 ปฏิบัติตามข้อ

6. ตัดสินใจเลือก
7. สร้างความรับผิดชอบ

8. นำไปปฏิบัติ

9. ทบทวนผลของการปฏิบัติ

10. พิจารณาถึงแหล่งช่วยเหลือภายในและภายนอก

ครั้งที่ 7 – 8 ปฏิบัติตามข้อ

11. พิจารณาเอกลักษณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และสิ่งแวดล้อมของตนที่มีผล

ต่อตนเอง

12. ทบทวนเป้าหมายที่ต้องการ

13. ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 5 ถึงขั้นตอนที่ 11

ครั้งที่ 9 ปัจฉิมนิเทศ

2.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการให้คำปรึกษา 2 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทา สุรักษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมาย ของการให้คำปรึกษา

กับแนวทางการปฏิบัติ เพื่อลดความวิตกกังวล แล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นแบบ ภาวนิยมเป็นรายบุคคลมาปรับปรุงแก้ไข

2.4 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับมารดาที่ ทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติหาข้อบกพร่องของโปรแกรม แล้วนำ มาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำมาใช้ในการทดลอง

2.5 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลผู้วิจัยใช้เวลาทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ โดยให้คำปรึกษา คนละ 9 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2546

ตาราง 1 แสดงวันและเวลาในการจัดการให้คำปรึกษาแบบถาวรเป็นรายบุคคลเพื่อลดความ
วิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

สัปดาห์	เดือน / วัน / วันที่	เวลา			
		09.00-09.50	11.10-12.00	13.10-14.00	14.10-15.00
1	<u>มิถุนายน</u>				
	วันจันทร์ ที่ 23	ครั้งที่ 1 คนที่ 1	ครั้งที่ 1 คนที่ 2	ครั้งที่ 1 คนที่ 3	ครั้งที่ 1 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 25	ครั้งที่ 1 คนที่ 5	ครั้งที่ 1 คนที่ 6	ครั้งที่ 1 คนที่ 7	ครั้งที่ 1 คนที่ 8
2	วันศุกร์ ที่ 27	ครั้งที่ 2 คนที่ 1	ครั้งที่ 2 คนที่ 2	ครั้งที่ 2 คนที่ 3	ครั้งที่ 2 คนที่ 4
	<u>มิถุนายน</u>				
	วันจันทร์ ที่ 30	ครั้งที่ 2 คนที่ 5	ครั้งที่ 2 คนที่ 6	ครั้งที่ 2 คนที่ 7	ครั้งที่ 2 คนที่ 8
3	<u>กรกฎาคม</u>				
	วันพุธ ที่ 2	ครั้งที่ 3 คนที่ 1	ครั้งที่ 3 คนที่ 2	ครั้งที่ 3 คนที่ 3	ครั้งที่ 3 คนที่ 4
	วันศุกร์ ที่ 4	ครั้งที่ 3 คนที่ 5	ครั้งที่ 3 คนที่ 6	ครั้งที่ 3 คนที่ 7	ครั้งที่ 3 คนที่ 8
4	วันจันทร์ ที่ 7	ครั้งที่ 4 คนที่ 1	ครั้งที่ 4 คนที่ 2	ครั้งที่ 4 คนที่ 3	ครั้งที่ 4 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 9	ครั้งที่ 4 คนที่ 5	ครั้งที่ 4 คนที่ 6	ครั้งที่ 4 คนที่ 7	ครั้งที่ 4 คนที่ 8
	วันศุกร์ ที่ 11	ครั้งที่ 5 คนที่ 1	ครั้งที่ 5 คนที่ 2	ครั้งที่ 5 คนที่ 3	ครั้งที่ 5 คนที่ 4
5	วันจันทร์ ที่ 14	ครั้งที่ 5 คนที่ 5	ครั้งที่ 5 คนที่ 6	ครั้งที่ 5 คนที่ 7	ครั้งที่ 5 คนที่ 8
	วันพุธ ที่ 16	ครั้งที่ 6 คนที่ 1	ครั้งที่ 6 คนที่ 2	ครั้งที่ 6 คนที่ 3	ครั้งที่ 6 คนที่ 4
	วันศุกร์ ที่ 18	ครั้งที่ 6 คนที่ 5	ครั้งที่ 6 คนที่ 6	ครั้งที่ 6 คนที่ 7	ครั้งที่ 6 คนที่ 8
6	วันจันทร์ ที่ 21	ครั้งที่ 7 คนที่ 1	ครั้งที่ 7 คนที่ 2	ครั้งที่ 7 คนที่ 3	ครั้งที่ 7 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 23	ครั้งที่ 7 คนที่ 5	ครั้งที่ 7 คนที่ 6	ครั้งที่ 7 คนที่ 7	ครั้งที่ 7 คนที่ 8
	วันศุกร์ ที่ 25	ครั้งที่ 8 คนที่ 1	ครั้งที่ 8 คนที่ 2	ครั้งที่ 8 คนที่ 3	ครั้งที่ 8 คนที่ 4
7	วันจันทร์ ที่ 28	ครั้งที่ 8 คนที่ 5	ครั้งที่ 8 คนที่ 6	ครั้งที่ 8 คนที่ 7	ครั้งที่ 8 คนที่ 8
	วันพุธ ที่ 30	ครั้งที่ 9 คนที่ 1	ครั้งที่ 9 คนที่ 2	ครั้งที่ 9 คนที่ 3	ครั้งที่ 9 คนที่ 4
	<u>สิงหาคม</u>				
8	วันศุกร์ ที่ 1	ครั้งที่ 9 คนที่ 5	ครั้งที่ 9 คนที่ 6	ครั้งที่ 9 คนที่ 7	ครั้งที่ 9 คนที่ 8

แบบแผนการทดลอง

1. แบบแผนการทดลอง การวิจัยนั้นเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัย Randomized control Group Pretest – Posttest Design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 67) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แบบแผนการทดลองแบบ : Randomized control Group Pretest Posttest Design

ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดลองหลัง
T1	x	T2

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแบบแผนการทดลอง

T1 แทนการสอบก่อนการทดลอง (Pre - test)

T2 แทนการสอบหลังการทดลอง (Post – test)

X แทนการทดลองโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบภวนิยม

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดลำดับขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยวัดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาวะวิกฤติทั้งกลุ่มทดลองโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของสปิลเบอร์เกอร์วัดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาวะวิกฤติแล้วเก็บคะแนนความวิตกกังวลไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre - test)

2. การดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล ในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ใช้เวลาในการให้คำปรึกษา คนละ 9 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์

2.2 ขั้นสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยให้มารดาที่มีทารกแรกเกิดได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาวะวิกฤติ จำนวน 7 คน ตอบแบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลอง แล้วเก็บคะแนนความวิตกกังวลใช้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post - test)

2.3 นำคะแนนความวิตกกังวลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pretest) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Posttest)ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (t - dependent sample)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 ค่าเฉลี่ย (ชูศรี วงศ์รัตน์: 2534 : 42)
 - 1.2 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
- 2 สถิติสำหรับวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ
 - 2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามโดยใช้สูตร t – test

$$t = \frac{\bar{X}_h - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_h^2}{n_h} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม
	$\bar{X}_h$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
	$\bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
	S_h^2	แทน	คะแนนแปรปรวนของกลุ่มสูง
	n_h	แทน	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
	n_L	แทน	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนรายข้อ
S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาล
ทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired – Sample T - test

$$t = \frac{D}{\sqrt{\frac{N}{N-1} \left(\frac{D^2}{N} - \frac{(D^2)^2}{N(N-1)} \right)}}$$

ΣD	แทน	ผลรวมของความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของมารดาแต่ละคน
N	แทน	จำนวนมารดา
ΣD^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของมารดาแต่ละคน

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ว่า

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนด สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้แทนความหมายดังต่อไปนี้

N	คือ	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
ΣD	คือ	ผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาของมารดา
ΣD^2	คือ	ผลรวมของกำลังสองของความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาของมารดาแต่ละคน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผลการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลโดยจำแนกเป็นแต่ละด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล โดยแยกเป็นด้านต่าง ๆ แต่ละด้าน โดยใช้ Paired Sample T – test
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลรวมทุกด้านของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล โดยใช้ Paired Sample T – test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลดังแสดงในตาราง

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคล

คนที่	ระยะก่อนทดลอง			
	ด้านจิตใจ	ด้านร่างกาย	ด้านพฤติกรรม	รวม
1	3.20	2.00	2.71	2.64
2	2.80	2.33	2.00	2.38
3	2.76	2.67	2.14	2.52
4	2.92	3.00	2.43	2.78
5	1.84	1.00	2.86	1.90
6	2.68	2.00	2.71	2.46
7	2.68	2.67	2.29	2.54
8	2.68	1.67	2.14	2.16
$\bar{X}$	2.70	2.17	2.41	2.42
S.D.	0.39	0.64	0.32	0.58

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ หลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

คนที่	ระยะหลังทดลอง			
	ด้านจิตใจ	ด้านร่างกาย	ด้านพฤติกรรม	รวม
1	1.96	1.00	2.57	1.84
2	1.88	1.00	2.43	1.77
3	1.92	1.00	2.29	1.74
4	2.20	1.33	2.43	1.99
5	2.92	2.67	2.57	2.72
6	1.80	1.00	2.57	1.79
7	1.92	1.00	2.71	1.88
8	2.04	1.00	2.29	1.78
$\bar{X}$	2.08	1.25	2.08	1.94
S.D.	0.36	0.58	0.15	0.33

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนจากการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่เข้ารับการให้คำปรึกษาทั้ง 8 รายก่อนที่จะได้รับการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ 2.70 ลำดับต่อมาคือคะแนนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม 2.41 และลำดับสุดท้ายคือคะแนนความวิตกกังวลด้านร่างกาย 2.17 และเมื่อดูจากค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของความวิตกกังวลรวมในทุกด้านซึ่งมีค่า 2.42 พบอยู่ในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับคะแนนเดิมของความวิตกกังวล ซึ่งแปลได้ว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

จากตาราง 4 เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลแล้ว พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ คะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจลดลงมาอยู่ที่ 2.08 ตามมาด้วยคะแนนความวิตกกังวลในด้านพฤติกรรมลดลงมาอยู่ที่ 2.08 และคะแนนความวิตกกังวลในด้านร่างกายซึ่งลดลงมาอยู่ที่ระดับ 1.25 เมื่อรวมคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหอ

อภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลง

ตาราง 5 แสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	d	S_d	df	t	p
ก่อนการทดลอง	8	2.70	0.39	0.62	0.71	7	2.456	0.044*
หลังการทดลอง	8	2.08	0.36					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตาราง 5 ความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อทารกแรกเกิดในด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดย มารดาที่มีความวิตกกังวลต่อทารกแรกเกิดในด้านจิตใจหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

ตาราง 6 แสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านร่างกายของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	d	S_d	df	t	p
ก่อนการทดลอง	8	2.17	0.64	0.92	1.11	7	2.338	0.052
หลังการทดลอง	8	1.25	0.58					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตาราง 6 ความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อทารกแรกเกิดในด้านร่างกายก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มารดามีความวิตกกังวลต่อทารกแรกเกิดในด้านร่างกายไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรมของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	d	S_d	df	t	p
ก่อนการทดลอง	8	2.41	0.32	-0.07	0.26	7	-0.764	0.470
หลังการทดลอง	8	2.08	0.15					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตาราง 7 ความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อทารกแรกเกิดในด้านพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ มารดามีความวิตกกังวลต่อทารกแรกเกิดในด้านร่างกายไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 8 แสดงคะแนนความวิตกกังวลรวมทุกด้านของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการเข้ารับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	d	S_d	df	t	p
ก่อนการทดลอง	8	2.42	0.58	0.48	0.54	7	2.525	0.040*
หลังการทดลอง	8	1.94	0.33					

* มีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตาราง 8 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลรวมทุกด้านของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเมื่อเปรียบเทียบก่อนการให้คำปรึกษา และหลังการให้คำปรึกษา ปรากฏว่าหลังการได้รับการให้คำปรึกษาแบบทวนถามเป็นรายบุคคลระดับความวิตกกังวลโดยรวมทุกด้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่าการให้คำปรึกษาแบบทวนถามเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติได้

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
2. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

สมมติฐานการศึกษาค้นคว้า

2. มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยทารกเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันที่หออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกที่ต้องอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเป็นครั้งแรก จำนวน 32 คน

2. แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ทารกเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน ณ หอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคลอดครั้งนี้เป็นการคลอดทารกต้องอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเป็นครั้งแรก ซึ่งเลือกจากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลตั้งแต่ 50 เปอร์เซ็นไทล์ขึ้นไปและทำการเลือกมาจำนวน 8 คน โดยถามความสมัครใจก่อนโดยแหล่งข้อมูลที่เลือกมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือ

แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของสปีลเบอร์กเกอร์

(State – Trait Anxiety Inventory Form X – 1) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1. ศึกษาแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของสปีลเบอร์กเกอร์ (State – Trait Anxiety Inventory Form X – 1

1.2 ศึกษาและรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ และการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

1.3 สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยสร้างให้ข้อความครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม และให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า จำนวน 35 ข้อ

1.4 หาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทา สู้รักษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ พงศ์ประยูร ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านเนื้อหาของข้อคำถาม และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

1.5 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

1.6 นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนก (Item Discrimination) โดยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่ปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ จำนวน 32 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดลองได้มาตรวจให้คะแนนตามที่กำหนดไว้เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ 25 เปอร์เซนต์ กลุ่มสูง กลุ่มต่ำ โดยใช้สถิติ T – test แล้วทำการเลือก เฉพาะข้อที่มีค่า t ระหว่าง 1.742 - 8.445 ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 35 ข้อ และนำมาใช้ในการทดลอง

1.7 หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามจำนวน 35 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ข้อ 1.5 มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alfa – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.8142

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยให้มารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 8 คนตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล จากนั้น คำนวณคะแนนของแต่ละคนแล้วเลือกเฉพาะมารดาที่มีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า 50 เปอร์เซนต์ไต่ขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลองซึ่งมีทั้งหมด 8 คน นำคะแนนของแบบสอบถามความวิตกกังวลนี้เก็บเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre - test)

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลแก่กลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่กำหนด ใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน คนละ 9 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน 2546 ถึง 1 สิงหาคม 2546

3. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล และนำคะแนนที่ได้เก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post - test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยดูจากคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล

3. เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่าง ของความวิตกกังวลโดยใช้สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

จากการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลจะคุกคามต่อสรีระร่างกายและความสมดุลทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ และความรู้สึกตึงเครียด ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความไม่สมดุลทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมตามมา สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวบอกถึงระดับความวิตกกังวลของบุคคลนั้น (สุวณีย์ ดันติพัฒนานันท์, 2522 : 122)

ผลของความวิตกกังวลจะมีผลต่อร่างกาย อาจเกิดอาการหายใจแรงและเร็ว วิงเวียนศีรษะ ชีพจรเต้นเร็ว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องเดิน หน้าแดง หรือซีด มือสั่น ฯลฯ อาการทางด้านจิตใจ ฯลฯ เช่น ความไม่สบายใจ กังวลใจ หวาดหวั่นใจ กังวลอย่างไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย จิตใจไม่สงบ ฯลฯ และด้านพฤติกรรม เช่น ความเจ็บป่วยทางกาย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว เป็นต้น (Deffenbacher and Suinn, 1982 : 391 – 442) การสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวลในการวิจัยครั้งนี้จึงสร้างให้ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม

จากระดับความวิตกกังวลจากแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลพบว่า คะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.84 – 3.20 มีคะแนนคะแนนเฉลี่ยรวม 2.70 ความวิตกกังวลด้านร่างกายเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.67 – 3.00 มีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.17 และในด้านพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.00 – 2.78 และมีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.41 จากคะแนนความวิตกกังวลทั้ง 3 ด้าน คะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงที่สุด ตามมาด้วยคะแนนความวิตกกังวลด้านพฤติกรรม และคะแนนความวิตกกังวลด้านร่างกาย เมื่อรวมคะแนนความวิตกกังวลทั้ง 3 ด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.90 – 2.64 และมีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.42 จัดได้ว่าเป็นคะแนนความวิตกกังวลที่ค่อนข้างสูง ควรที่จะได้รับการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาความวิตกกังวลเฉพาะหน้า อย่างเร่งด่วน ซึ่งอาจทำได้โดยเริ่มจากการแสดงถึงการยอมรับการแสดงออกของมารดา รับฟังความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสระบายความรู้สึก และในภาวะนี้ กระบวนการให้คำปรึกษาจะมีส่วนช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

ซึ่งความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเกิดจากความไม่รู้ รู้ไม่เพียงพอหรือรู้ไม่ถูกต้อง การขาดการส่งเสริม กำลังใจ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เครียดมาก ขาดแหล่งสนับสนุน การให้คำปรึกษาแบบภวนิยม จะช่วยให้มารดาสามารถค้นหาความหมายในชีวิตของตน ตั้งเป้าหมายในชีวิต และรับรู้ในศักยภาพของตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง ซึ่งจะทำให้มารดาไม่เกิดความท้อแท้ เศร้า หรือสิ้นหวัง ตลอดจนการให้คำปรึกษาจะช่วยให้มารดาให้เกิดความกล้าในการเผชิญปัญหา ค้นหาคุณค่าของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกในสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตตนเองและบุตรต่อไปในอนาคต สามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลังการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล พบว่า คะแนนความวิตกกังวลด้านจิตใจเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.80-2.92 มีคะแนนคะแนนเฉลี่ยรวม 2.08 ความวิตกกังวลด้านร่างกายเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00-2.67 มีคะแนนเฉลี่ยรวม 1.25 และในด้านพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.29-2.71 และมีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.08 เมื่อรวมคะแนนความวิตกกังวลทั้ง 3 ด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.74-2.72 และมีคะแนนเฉลี่ยรวม 1.94 จะเห็นว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการให้คำปรึกษาทั้งในแต่ละด้านและในคะแนนรวม

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปรากฏผลดังนี้

การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดสภาพวิกฤติได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดสภาพวิกฤติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติมีความวิตกกังวลมากกว่าปกติ ผลจากการวิเคราะห์จากแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดาก่อนการทดลองปรากฏว่ามารดาทุกคนมีความวิตกกังวลในระดับที่มากกว่า 50 เปอร์เซนต์ไทล์ทั้งสิ้น ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 70 - 90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดสภาพวิกฤติมีความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ การ์ดเนอร์ (Gardner, 1993 : 530) ที่พบว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดสภาพวิกฤติมักเกิดวิกฤติการณ์ทางอารมณ์ ในระยะหลังคลอด และระยะที่ทารกจะสามารถกลับบ้านได้ อันเนื่องจากการที่มารดาไม่ได้เตรียมใจในการที่ทารกจะอยู่ในสภาพที่ไม่สมบูรณ์ สภาพทารกที่อ่อนแอ เกิดภาวะแทรกซ้อน การถูกแยกจากกันของมารดา และการที่ทารกได้รับการดูแลรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป ความวิตกกังวลที่เกรงว่าจะต้องสูญเสียทารกไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ความวิตกกังวลของมารดาที่มี ทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดสภาพวิกฤติ มีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบถึงผลของความวิตกกังวลที่มีต่อมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยจะเห็นได้จากการให้คำปรึกษามารดามักจะแสดงความวิตกกังวลออกมาให้ทราบโดยคำพูด และเรื่องราวต่าง ๆ ที่อยู่ในคำสนทนาในระหว่างการให้คำปรึกษา เช่น

ความวิตกกังวลถึงการที่จะต้องสูญเสียบุตรไป จากประโยคที่ว่า " หนูกลัวว่าเขาจะจากหนูไป " " ไม่รู้ว่าเขาจะอยู่กับหนูได้นานสักแค่ไหน " , " หนูใจคอไม่ดีเลย ก่อนที่จะมาเยี่ยมลูก หนูกลัวว่าวันหนึ่งมาแล้วจะไม่ได้เห็นหน้าเขาอีก " , " หนูมาดูเขาทุกวัน ถึงจะได้แค่เกาะกระຈกดูอยู่ข้างนอกก็ตามหนูกลัวว่าวันไหนไม่มา แล้วเขาจากไปโดยที่หนูไม่อยู่หนูจะรู้สึกผิดและเสียใจมากกว่านี้ " เป็นต้น

จากประโยคข้างต้นจะเห็นได้ชัดว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ จะมีความวิตกกังวลที่จะต้องสูญเสียบุตรไปในระดับค่อนข้างมาก

เนื่องจากสภาวะของทารกในช่วงที่อยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติมีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความไม่มั่นคงด้านจิตใจตามมา

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่มีไม่น้อยไปกว่าความวิตกกังวลต่อความกลัวที่จะสูญเสียทารกไปคือ ความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพของทารก เช่นความพิการต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกจากประโยคที่ว่า " ลูกหนูจะพิการหรือเปล่าก็ไม่รู้ เขาตัวเล็กมาก " , " หมอบอกว่าตอนเกิดเขาขาดออกซิเจน อาจมีผลต่อสมอง

หนูกลัวว่าเขาจะปัญญาอ่อน " และ " เขาตัวเล็กมาก ถ้าหายแล้วเขาจะสมบูรณ์เหมือนเด็กคนอื่นหรือเปล่าก็ไม่รู้ "

ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ อาจแสดงความวิตกกังวลออกมาในรูปของพฤติกรรม เช่นประโยคที่มารดากล่าวว่า " เมื่อคืนนี้ หนูนอนไม่หลับเลยคะ หนูมาเห็นลูกมีสายอะไรก็ไม่รู้อยู่รอบตัวเขา " และความวิตกกังวลทางจิตใจที่แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม เช่น " หนูรู้สึกสะดุ้งตกใจทุกครั้งที่มีเสียงโทรศัพท์ กลัวโรงพยาบาลจะโทรมาบอกว่าลูกเป็นอะไรไป ", " หนูรู้สึกหงุดหงิดที่ไม่ได้ช่วยเหลือนูได้แต่ยืนดูเขาทำอะไรไม่ได้ " ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดอยู่ในสภาพวิกฤติที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่นจากประโยคที่ว่า " หนูคิดแต่เรื่องลูกจนปวดหัวจะระเบิด ", " มีคนบอกว่าหนูอมลงช่วงนี้ คงเป็นเพราะหนูไม่อยากกินอะไร มันกินไม่ลงเลยคะ ยิ่งเห็นสภาพลูกแล้ว "

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลจะมีผลต่อมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติทั้งในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม อันจะส่งผลกระทบต่อตัวมารดาในหลาย ๆ ด้านซึ่งหากมีความวิตกกังวลในระดับสูงและไม่ได้รับการช่วยเหลือจะเกิดผลกระทบตามมามากมายไม่ว่าจะเป็นตัวมารดาเอง ครอบครัว และสังคม ดังนั้นการให้คำปรึกษากับมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล มีวิธีและเทคนิคของการให้คำปรึกษาไม่เจาะจง ดังนั้นผู้ที่จำวิธีการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมไปใช้จึงควรทำความเข้าใจกับทฤษฎีการให้คำปรึกษา หลักของปรัชญาภวนิยม และควรมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติก่อนนำไปใช้
2. การให้คำปรึกษามารดามีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โดยการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลมีความยากลำบากที่จะให้คำปรึกษาตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษามีและนำมาปรึกษาแต่ละครั้งอาจจะไม่ตรงตามโปรแกรม ดังนั้น การให้คำปรึกษาจึงต้องยืดหยุ่นและปรับตามสถานการณ์แต่ยังคงยึดมั่นในหลักการของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลและปรัชญาภวนิยม
4. การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลแก่มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติควรได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้การให้คำปรึกษามีผลดียิ่งขึ้น

4. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคลแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก เพื่อให้เกิดความชำนาญและสามารถให้คำปรึกษาแบบทวิภาคได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกปกติ และมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ศึกษาถึงตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ เช่น ระดับอายุของมารดา ลำดับการเกิดของบุตรเป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาในเรื่องอื่น ๆ เช่น มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
5. ควรมีการศึกษานำการให้คำปรึกษาแบบอื่นมาใช้ในการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- เกศสุรางค์ พงศ์บำรุงเนตร. (2538). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบนำทางเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดใน โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- คมเพชร จัตรศุภกุล. (2529) การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2529) เอกสารการสอนชุดวิชาแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จำเนียร ช่างโชติ; นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2524). เทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2520). จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระสงฆ์การพิมพ์.
- ดำรง เจริญประยูร. (2538) สติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2525) “การพยาบาลตามแนวปรัชญา Existentialism “, ประมวลรายงานการประชุมวิชาการ พยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ม.ท.ท..
- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526) ผลการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นันทิกา แย้มสรวล. (2523) ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะแนว. นครปฐม: แผนกบริการกลาง. สำนักงานอธิการบดี พระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นันทิยา เอกอัครมกิจ. (2542) การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชนหญิงในสถานฝึกอบรมเด็กและเยาวชนหญิง บ้านปราณี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต.. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์. (2526) ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ปราณี เถลิงผล. (2515). *การแนะแนวและให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). *การพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์เชียงใหม่สงวนกิจ.
- ผกา บุญเรือง. (2528). *การแนะแนวเบื้องต้น*. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2529). *การแนะแนวและการให้คำปรึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา*. กรุงเทพฯ ฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- และคณะ. (2544). *ประมวลชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา*. หน่วยที่ 9 – 15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พะยอม อิงคตานุวัฒน์. (2525) *ศัพท์จิตเวช*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ไพศาลการพิมพ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.
- ภูเก็ต ตันตวิท. (2542) *นีโอเนาโตโลจี ฟอร์ เพดิเอตริคเชียน (Neonatology for Pediatricians)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- รัชนี วีระสุขสวัสดิ์. (2534) *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ; อังคณา สายยศ. (2538) *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533) *ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ศิริกาญจน์ เมื่อกเทศ. (2527) *ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดขอดในอุ้งอัมพะ ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สถิต วงศ์สุวรรณค์. (2523). *จิตวิทยาการแนะแนว*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์พีระพัฒนา.
- สรายุธ สุภาพรรณชาติ. (2542). *นีโอเนาตอลแคร์ แคร์ อิน เดอะ เยียร์ 2000 (Neonatal care In The Year 2000)*. กรุงเทพฯ ฯ: ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย.

- สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล. (2532). ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรามารามิบัติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2543). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณี นาคทอง. (2539). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ ตันติพัฒนานันท์. (2522). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวรรณา นาควินุลย์วงศ์. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกของมารดา ที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล สรรพวิวัฒน์. (2542). นีโอนาตอลแคร์ แคร์ อิน เดอะ เยียร์ 2000. (Neonatal Care In The Year 2000. กรุงเทพฯ : ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย.
- สุนันทา อริยกุลนิมิตร. (2542). ประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ในวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุมาลี เอี่ยมสมัย. (2539). ผลการใช้สารชักงูที่มีผลต่อคุณลักษณะของบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก. ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรดี จันทรวสุ. (2542). นีโอนาโตโลจี ฟอร์ เพดิเอตริคเชียน (Neonatology for Pediatricians). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- อรพดี บุญประกอบ. (2542) แคร์ ออฟ เดอะ พาร์เร้นท์ (แฟมมิลี่) ออฟ แอน อินแฟ้นท์ อิน เอ็น ไอ ซี ยู (Care of The Parent (family) of An infant in NICU). กรุงเทพฯ : รวมสาร.

- อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2536). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งมั่นในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์บ้านเกร็ดตระการที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV*.
 วิทยานิพนธ์คุรุศาสตร์บัณฑิต. กรุงเทพฯ ฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี สุวรรณธาร. (2543). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ที่จะสูญเสียการมองเห็น*. ปรินญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อาภา จันทรสกุล. (2535). *ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ: ภาควิชาการศึกษาและแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบล วิริตชัย. (2528). *เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Arcoff, Abc. (1986). *Adjustment and Mental Health*. New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Ausubel, David P. (1968). *Education Psychology*. New: Holl Rinchart.
- Axelssen - B, Sjoden - Po. (1988). *Quality of life of Cancer patients and their Spouses in Palliative home Care*. Palliat - Med. Jan ; 12(1) : 29 - 39.
- Bidder, R.T. E.A. Crown and Q.P. Gray. (1974). *"Mother" Attitudes to Preterm Infant*.
 Archiver of Diseascin Chidhood. 49 : 766-769 ; October.
- Blocker, D.H. (1987). *The Professional Counselor*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Capuzzi, O. and D.R. Gross. (1995) *Counseling and Psychotherapy Theories and Interventions*. Prentic – Hall.
- Corey, G. (1986). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 3rd ed.
 California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Crow, Alice; Crow D. Lester. (1962). *An Introduction to Guidance : Principal and Practice*. New York : American Book Company.
- Cunningham. Lm. and Pete. Hj. (1973) *Counseling Theories*. Columbus OHIO: Charles E Merrill.

- De-Vries, M. J. and Other. (1997). "Study of Psychotherapeutic Intervention in advanced Cancer," *Psycho Oncology*. 6 : 129-137 ; June.
- Deffenbacher, Jerry L. and Richard M. Suinn. (1982) " *The Self – Contract of Anxiety*," Self Management and Practice. New York: Pergamon Press.
- Endler, Norman S. and Jean Edwards. (1982). " *Stress and Personality* ". In Handbook of Stress. New York : The Free Press..
- Epstein, Seyour. (1972). " *The Nature of Anxiety*," *Anxiety Current Trends in Theory and Reserch*. Edited by Charles D. Spielberger, Academic Press. New York. 2 : 291 –337.
- Fiser DH. (1992). *The family in the patient*. In: Fuhrman BP, Zimmerman JJ, (eds). Pediatric critical care. St. Louis : Mosby Year Book Inc. 35-8.
- Frankl, Victor E. (1978). *Psychotherapy and Existentialism*. New York: Washington Square Press, Inc.
- Gardner SL, Merenstein GB, Costells AJ. (1993). *Grief and Perinatal loss*. In : Merenstein GB.
- Gardner SL, (eds). (1993) *Handbook of neonatal intensive Care* .3rd ed. St. Louis CV.Mosby : 530-63.
- Gazda, G.M. (1989). *Group Counseling A Development Approach*. 4th ed Boston: Allyn and Becon.
- Gennaro. S., R. and D. Brooten. (1990). "Anxiety and Depression in Mother of Low Birth Weight and Very Low Birth Weight Infants : Birth Through 5 Month ". *Issues in Comprehensive Pediatrics Nursing*. 13 : 97-109 ; April – June.
- Goldberger, Lee and Brezintz, S. (1982) *Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects*. New York : free Press.
- Graham, L. E. and Conley, E.M. (1971). " *Evaluation of Anxiety and in Adult Surgical Patients* ". *Nursing Research*. 20 : 113 –122 ; Febuary.

- Hilgard, E.R. (1975). *Introduction to Psychology*. New York: Harcoust Brance and Co.
- Ivey, Allen E. and Other. (1987) *Counseling and Psychotherapy : Integrating Skills Theory and Practice* 2nd ed. New Jersey: Prentic - Hall , Inc..
- Johnson, B.S. (1986). *Psychiatric Mental Health Nursing : Adaptation and Growth*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Leonard, Beverly J. and Alice R. Redland. (1981). *Process in Clinical Nursing*. New Jersey: Prentic - Hall , Inc.
- Kelly, Desmond. (1980). *Anxiety and Emotion : Physiological and Basic Treatment*. Illinois: Charles C. Thomas publisher.
- Martin MA. (1977). *Psychosocial aspects of pediatric intensive Care : The parent*. In : Levin DL, Morriss FC. (eds). *Essential of Pediatric intensive Care* 2rd ed. New York : Churchill Living stone. 1035-8.
- Miles, M.S., S.G. Funk and M.A. Kasper .(1992). " *The Stress Response of Mothers and Father of Preterm Infant* ". Research Nursing Health. 15: 261-269 ; August.
- Millon, T. (1967). *Theories of Psychopathology essays and Critiques*, Philladelphia: W.B. Saunders Company.
- Mitchell, P.H. (1977). *Concepts Basic to Nursing*. New York: Mc Graw - Hill Book , Co.
- Prochaska, James O. (1979). *System of Psychotherapy transtheoretical Analysis*. Illinoid : The Dossey - Press Home.
- Richard M.P.M. (1992). *Psychological aspects of neonatal care*. In : Roberton. NRC, (ed). *Textbook of neonatology*. 3rd ed. Edinburgh : Churchill Living stone. 29-42.
- Rickey, L.G. and S.C. Therese. (1990). *Counseling Theory and Practic*. 3rd ed. Boston : Allyn and Bacon.

Roger, C.R. (1951). *Client – Centered Therapy*. Boston : Houghton Mifflin Co.

Shaffer, John and M. David Galinsky. (1989). *Models of Group Therapy*. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.

Suriven Keawkwangwan. (1987). *Therapeutic Approach Buddhism and Existentialism : A Comparison*. Chiangmai: Department of Psychology Chiangmai University, n.d.

Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. (1983). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Vondracek, F.W. and S. Corneal. (1995). *Strategies for Resolving Individual and Family problem*. California : Brook / Cole Publishing Company.

Warnock, Mary. (1977). *Existentialism*. 2nd ed. London : Butler & Tanner Ltd.

Zung, William W.K. (1971) " *Rating Instrument for Anxiety Disorder* ". Psychosomatic. 12 (6) : 371 – 372 ; November – December.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

1. หนังสือขอเชิญผู้เชี่ยวชาญ
2. หนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัย
3. หนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย
4. หนังสือขอส่งโครงการเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรม
5. ใบคำร้องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
6. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทบ 1012/ ๕314

วันที่ 7 ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวรักชนก เจริญสุข นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาแบบ ภาวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (Newborn - intensire care unit หรือ NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทา สุรักษา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ พงษ์ประยูร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามผลของการให้คำปรึกษาแบบภาวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (Newborn - intensire care unit หรือ NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ให้ นางสาวรักชนก เจริญสุข และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นันทา สุรักษา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๙๕๘๑



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๒ ธันวาคม 2545

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรักชนก เจริญสุข นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (Newborn intensive care unit หรือ NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทา สุรักษา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้มารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวรักชนก เจริญสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำสารนิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/3701



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๙ เมษายน 2546

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อการศึกษาวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และโปรแกรม

เนื่องด้วย นางสาวรักชนก เจริญสุข นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "ผลของการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทา สุรักษา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยขอให้มารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) จำนวน 8 คน ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบทวินิยมเป็นรายบุคคล ในระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวรักชนก เจริญสุข ได้เก็บข้อมูลในการทำสารนิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564831-2 มือถือ 06-6283326

ที่ ทบ 1012/ 3665



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๔ เมษายน 2546

เรื่อง ขอส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรม

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิจัยฯ

ตามที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวรักชนก เจริญสุข นิสิตระดับปริญญาโท เข้าเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิด ที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) จำนวน 32 คน โดยวิธีการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล และทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาเห็นควรให้เสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ฯ พิจารณา

บัณฑิตวิทยาลัยจึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตส่งโครงการวิจัย เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณา รับรองการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

โทรสาร. 02-258-4119

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564831-2 มือถือ 06-6283326

ใบคำร้องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
(Application Form for EC)

1. ชื่อโครงการ (ไทย) ผลของการให้คำปรึกษาแบบถ้อยนิมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (Newborn-Intensive Care Unit หรือ NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ชื่อโครงการ (อังกฤษ) The effect of Individual Counseling based on Existential Therapy on The Anxiety Reducing of Mother of Newborns Intensive care unit in King Chulalongkorn Memorial Hospital
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก (ไทย) นางสาวรักชนก เจริญสุข
ชื่อผู้วิจัยหลัก (อังกฤษ) Miss Rakchanok Charoensuk
สถาบันที่สังกัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ชื่อผู้วิจัยร่วม
- ชนิดของโครงการวิจัย ☒ Clinical trial
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
3. วันที่ยื่นเสนอ 23 เมษายน 2546
☒ ยื่นเสนอครั้งแรก
☐ Amendment โดยมีโครงการที่เสนอไปแล้วครั้งแรกเมื่อ.....
☐ ใบแจ้ง Adverse Event หรือความคืบหน้า
4. Study code (ถ้ามี)
5. สถาบันที่ร่วมในการทำวิจัย
☒ เฉพาะที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
☐ Multicenter trial ที่ (สหสถาบัน)
6. ลักษณะของอาสาสมัครในโครงการวิจัย
☒ อาสาสมัครปกติ ☐ ผู้ป่วยโรค
7. จำนวนอาสาสมัคร หรือผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ 32 คน
8. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ทั้งโครงการ 2 เดือน
9. ระยะเวลาที่แต่ละอาสาสมัครจะอยู่ในโครงการ 2 เดือน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวล
ของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU)

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย
และข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยนี้อย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยได้รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ จนข้าพเจ้าพอใจไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลบุตรของข้าพเจ้าและตัว
ข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่
เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าค่อนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะ
กรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย
และหากอันตรายที่เกิดขึ้นกับข้าพเจ้ามิได้เป็นผลจากการวิจัยแล้ว จะถือว่าอันตรายที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการ
คุ้มครอง จึงถือเป็นโมฆะ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ ยินดีให้ข้อมูลความร่วมมือ เพื่อเป็น
ประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ (ผู้ยินยอม) วัน / เดือน / ปี.....
(.....)

ลงชื่อ (พยาน) วัน / เดือน / ปี.....
(.....)

ภาคผนวก ข

1. แบบสอบถามความวิตกกังวล
2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล
3. รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

แบบสอบถามความวิตกกังวล

แบบสอบถามความวิตกกังวลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ของ สปีลเบอร์กอร์ ซึ่งแปลโดย แพทย์หญิงนิตยา ศุภภักดิ์ ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร.สายฤดี วรภิจโนคารธร เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามเพื่อวัดการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม รวมทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ

ตาราง แสดงการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล

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

แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องทางด้านขวาของข้อความซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก ท่านจึงไม่ควรใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบในข้อใดข้อหนึ่งนานจนเกินไป ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้ออย่างอิสระ เลือกเฉพาะคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

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

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับบุตรของข้าพเจ้า				
2.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มั่นใจว่าบุตรจะแข็งแรงแบบเด็กปกติทั่วไป				
3.	ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด ที่ไม่สามารถใกล้ชิดกับบุตรได้				
4.	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้า เมื่อคิดว่าบุตรจะไม่หายเป็นปกติ				
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรในทางที่ดีขึ้น				
6.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่บุตรต้องเจ็บตัวจากการรักษา				

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

ข้อที่	ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้าง มาก	มากที่สุด
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังต่อสิ่งที่เกิดกับบุตร ของข้าพเจ้า				
25.	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อบุตรต้องอยู่ โรงพยาบาลเป็นเวลานาน				
26.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไร้ค่าที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ดูแลบุตรได้				
27.	ข้าพเจ้าปวดศีรษะบ่อยขึ้นในระยะนี้				
28.	ข้าพเจ้ารู้สึกหวาดหวั่น หายใจไม่ทั่วท้อง ทุกครั้ง เมื่อมาเยี่ยมบุตรในแต่ละครั้ง				
29.	ข้าพเจ้ามักมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อยใน ระยะนี้				
30.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อนเต็มที่				
31.	ข้าพเจ้ามีอาการนอนไม่หลับหรือตื่นกลางดึก เสมอ เมื่อคิดถึงเรื่องบุตร				
32.	ข้าพเจ้ามักรู้สึกอารมณ์เสียกับผู้ที่พักด้วย				
33.	ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้ น้อยลง				
34.	ข้าพเจ้าไม่เคยท้อแท้เรื่องบุตรของข้าพเจ้า				
35.	เมื่อแพทย์อนุญาตให้บุตรกลับบ้านได้ข้าพเจ้ามั่นใจ ใจว่าจะสามารถดูแลบุตรได้เป็นอย่างดี				

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมรายบุคคล

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา สร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบและเข้าใจจุดมุ่งหมายวิธีการ บทบาท หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนทั้งสถานที่และโปรแกรมให้คำปรึกษา	1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับ ทักทายผู้รับคำปรึกษา และแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย 2. ผู้ให้คำปรึกษาซักถามและพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติมในเรื่องที่ต้องการทราบเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายมากขึ้น 3. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงถึงจุดมุ่งหมาย บทบาท หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาตลอดจนกำหนดช่วงเวลาจำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษา 4. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ (ต่อ)		5. ให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความวิตกกังวลของตนที่มีต่อการที่ทารกต้องอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติในด้านต่างๆ แสดงความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น 6. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาในครั้งนี้ จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมและนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป การให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2-8 ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกวนนิยมนเป็นรายบุคคลตามขั้นตอนดังนี้ 1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา ขั้นนี้เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ได้รับการยอมรับ โดยแสดงถึงความเอาใจใส่ผู้รับ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
1	การปฐมนิเทศ (ต่อ)		คำปรึกษาให้รู้จักและเข้าใจตนเองทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออก รู้และเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่มากระทบตน มีความสามารถในการวางแผนที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเลือกที่จะดำเนินชีวิตอย่างอิสระ มีคุณค่าของตนเอง และการกระทำได้รับการยอมรับจากคนอื่น มีเป้าหมายในการดำรงชีวิต โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาต่างๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้
2-4	การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก	ตั้งแต่ครั้งที่ 2-8 ผู้ให้คำปรึกษา ได้ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
2-4		2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จัก เข้าใจตนเอง โดยเฉพาะ ศักยภาพของตนเองด้าน ความคิด ความรู้สึก และ การแสดงออก 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษา สามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่ มากระทบกับตนอธิบายเหตุ ผล และคาดการณ์สิ่งที่จะ เกิดขึ้นต่อไปได้ 4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ แนวทางในการลดความวิตก กังวลที่เกี่ยวกับความเจ็บ ป่วยของทารก	2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษาจะ ใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษา ซึ่งยึดหยุ่นตามสถานการณ์ เน้นการรับรู้ในปัจจุบัน โดยมี ขั้นตอนดังนี้ 2.1 ขั้นตระหนักรู้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีการ รับรู้เกี่ยวกับตนเอง หรือสิ่งที่ เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อจะได้เข้าใจ ตนเองและยอมรับข้อ จำกัดของตนเอง โดยรู้สึกถึง คุณค่าของตนเอง 2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็น บวก เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาจะ สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตด้วยการเปลี่ยนแปลงการมอง การรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ เหล่านั้น 2.3 ขั้นแสวงหาความหมายใน ชีวิต เป็นขั้นค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			เพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้ในยามทุกข์ยากลำบาก เพื่อให้พร้อมที่จะเผชิญกับความยากลำบากต่างๆ
5-6	การให้คำปรึกษาแบบ ภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับอุปกรณ์ทาง การแพทย์ที่ใช้กับทารก	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการ แพทย์ 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ ถึงวัตถุประสงค์ของการใช้ เครื่องมือทางการแพทย์กับ ทารก 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ ทราบแนวทางในการลด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ กับทารก	2.4 ชั้นกล้าเผชิญความวิตกกังวล เป็นชั้นที่ผู้รับคำปรึกษายอมรับความวิตกกังวลและพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวลที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 2.5 ชั้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา เป็นชั้นที่พิจารณาว่า ทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ และเหมาะสมกับตนเอง เพื่อ เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ต่างๆ และสามารถเลือกแนว ทางนั้นได้ เพื่อการดำรงชีวิต อย่างมีคุณค่าและมีความ หมาย 3. ชั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นชั้นที่ผู้รับคำปรึกษา สามารถทนต่อสิ่งที่กระทบใน

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
			ชีวิตได้ดีขึ้น และหาวิธีการแก้ปัญหาได้ สรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและนำไปปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม จากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป
7-8	การให้คำปรึกษาแบบ ภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลทารก เมื่อทารกออกจาก โรงพยาบาล	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อ ทารกต้องออกจากโรงพยาบาล 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ แนวทางในการลดความ วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ทารก เมื่อต้องออกจากโรง พยาบาล	
9	ปัจฉิมนิเทศ	1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี 2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา	1. ให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี 2. ให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำ

ครั้งที่	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการ
		แนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล และนำไปปฏิบัติ 3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลภายหลังการให้คำปรึกษา 4. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา	ปรึกษาไปปฏิบัติ 3. ให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารก หลังจากได้รับการให้คำปรึกษา 4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นคุณค่าของตนเอง 5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณผู้รับคำปรึกษาและยุติการให้คำปรึกษา

รายละเอียดโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกึ่งนิยมนรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของ
มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

(Newborn - intensive care unit หรือ NICU)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

รายละเอียดโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบภวนิยมรายบุคคล

ครั้งที่ 1

เรื่อง การปฐมนิเทศ

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา สร้างบรรยากาศในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบและเข้าใจจุดมุ่งหมาย วิธีการ บทบาท หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนทั้งสถานที่และโปรแกรมในการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวต้อนรับ ทักทายผู้รับคำปรึกษา แนะนำตนเองให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก และให้ผู้รับคำปรึกษาแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย
2. ผู้ให้คำปรึกษา ชักถาม และพูดคุยกับผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ชักถามเพิ่มเติมในเรื่องที่ต้องการทราบ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายมากขึ้น
3. ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจงจุดมุ่งหมาย บทบาท หน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ตลอดจนกำหนดช่วงเวลา จำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษา
4. ให้ผู้รับคำปรึกษาได้ชักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง
5. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความวิตกกังวลของตนเองต่อการที่ทารกต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ (NICU) ในด้านต่างๆ แสดงความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น
6. ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาในครั้งนี้

7. ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม และแจ้ง วัน เวลา สถานที่ของการให้คำปรึกษาในครั้งต่อไปให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ

การประเมิน

1. ผู้รับคำปรึกษาแสดงความไว้วางใจแก่ผู้ให้คำปรึกษา โดยกล้าพูดคุย แนะนำตนเอง ชักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา

2. ผู้รับคำปรึกษา เข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล วิธีการให้คำปรึกษา บทบาทหน้าที่ของตน ซึ่งเป็นผู้รับคำปรึกษา และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ได้

3. ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปได้ถึงความวิตกกังวลของตนเองต่อการที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติได้

ครั้งที่ 2

เรื่อง การรู้จักและเข้าใจตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตน

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดารู้จักตนเองและเข้าใจตนเองโดยเฉพาะศักยภาพของตนด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตน
2. เพื่อให้มารดาเข้าใจลักษณะของการกระทำและพฤติกรรมของตน อธิบายเหตุและผลของการกระทำอันเกิดจากความวิตกกังวลนั้นได้ และคาดการณ์ผลซึ่งจะเกิดจากการกระทำนั้นได้
3. เพื่อให้มารดาเข้าใจเหตุการณ์ที่มากระทบกับตนทั้งภายในและภายนอก อธิบายเหตุและผลของเหตุการณ์และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มให้คำปรึกษา

1.1 ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นให้คำปรึกษา โดยการกล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน ทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว โดยให้มารดาสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาในครั้งที่แล้ว

1.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมจากสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้พูดแล้ว

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักและเข้าใจตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนทางด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตน ความต้องการ และปัญหาของตนเองมากที่สุด โดยให้มารดาสำรวจตนเองและสิ่งที่มากระทบตน โดยใช้กิจกรรม ดูกตาไล่ฝน เป็นกิจกรรมนำด้งรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ให้คำปรึกษาแจกลูกโป่งปอง 1 ลูก, เศษผ้าเช็ดหน้า 1 ผืน, ไหมพรม และให้ผู้รับคำปรึกษาทำตุ๊กตาไล่ฝน

2.2 ให้ผู้รับคำปรึกษาคิดว่าตุ๊กตาตัวนี้ชื่ออะไร มีนิสัยอย่างไร และคิดอะไรอยู่ ต้องการอะไร มีความภาคภูมิใจอะไรที่สุดในชีวิต

2.3 ให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงตุ๊กตาของตน ตามหัวข้อดังกล่าวข้างต้น โดยผู้รับคำปรึกษาฟังอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดอย่างเสรี และรู้สึกผ่อนคลาย

2.4 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวเชื่อมโยงให้ผู้รับคำปรึกษานึกถึงตนเอง ว่าถ้าเป็นตัวผู้รับคำปรึกษาเองจะเป็นอย่างไร คล้ายหรือแตกต่างจากตุ๊กตาอย่างไร ให้ผู้รับคำปรึกษาหลับตา 30 วินาที เพื่อนึกถึงตนเอง

2.5 หลังจากผู้รับคำปรึกษาลืมตา ให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงตนเองอย่างเสรีถึงปัญหา หรือแนวทางในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย โดยผู้ให้คำปรึกษาทวนความ สะท้อนความรู้สึกและสรุปจากสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสได้สำรวจ ทบทวนความคิด และความต้องการของตนเอง ทำความกระจ่างกับตนเองให้มากที่สุด นำไปสู่การรู้จักและเข้าใจตนเองและไปถึงเป้าหมายที่ตนต้องการอย่างแท้จริง

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนา ในเรื่องการรู้จักและเข้าใจตนเอง

3.2 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติมโดยเน้นเกี่ยวกับความคิด นิสัย ความต้องการและเป้าหมายของผู้รับคำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

3.3 นัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ประเมินผล

สังเกตจากความร่วมมือ ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น สัมพันธภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษา กับผู้ให้คำปรึกษา และการสรุปของผู้รับคำปรึกษาว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่

หมายเหตุ

กิจกรรมทำตุ๊กตาไล่ฝนที่ใช้ในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้คำปรึกษาดัดแปลงมาจาก "คู่มือกลุ่มจิตบำบัดสำหรับนักสุขภาพจิต" กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (อินทิรา พัวสกุล. 2539 : 62)

ครั้งที่ 3 – 6

เรื่อง การให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนเองด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่มากระทบกับตน อธิบายเหตุผล และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมกับตนเพื่อนำแนวทางนั้นไปใช้ในการลดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของทารกเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายต่อไป

วิธีการดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษาเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว และให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปซ้ำหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
 - 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นภาพชัดเจนขึ้นสามารถนำมาเชื่อมโยงในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ และยังแสดงถึงความเอาใจใส่ยอมรับ และให้ความสำคัญแก่ผู้รับคำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษา ซึ่งยึดหยุ่นตามสถานการณ์เน้นการรับรู้ ปัจจุบัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้

ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงความวิตกกังวลของตนเองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาว่าขณะนี้ตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างไรทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เพื่อจะได้เข้าใจและยอมรับตนเอง

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก

ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ ของตนเอง โดยอธิบายสาเหตุของปัญหา และผลของปัญหาที่มีต่อตัวเอง

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต

ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองความตั้งใจ ความภาคภูมิใจให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาเป้าหมายในชีวิตและเผชิญต่อความวิตกกังวล โดยใช้กิจกรรมกลุ่มแห่งความภาคภูมิใจ มีวิธีการคือให้ผู้รับคำปรึกษาเขียนความภาคภูมิใจของตนเองและใส่กล่องทุกครั้งที่มารับคำปรึกษา โดยจะเปิดดูในวันสุดท้ายของการให้คำปรึกษา

2.4 ขั้นกล้าเผชิญปัญหา

เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความวิตกกังวลของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อการเจ็บป่วยของทารกที่สำคัญๆ ตามลำดับที่ผู้รับคำปรึกษาคิดว่าพร้อมที่จะเผชิญและคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อสร้างความกล้าเผชิญความวิตกกังวลและการยอมรับความวิตกกังวลนั้น

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา

เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้กำหนดปัญหาความวิตกกังวลของตนเองแล้วผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาคิดหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนในการลดความวิตกกังวลนั้นๆ หลายๆ วิธี และเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสม นำไปปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของทารก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและนำไปปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม จากนั้นนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงความวิตกกังวลของตนเองที่มีต่อการเจ็บป่วยของทารกได้ สามารถแสดงความคิดเห็นความรู้สึกอย่างอิสระ
2. ผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา สามารถเข้าใจตนเองรู้จักตนเอง และรับรู้ศักยภาพของตนเองต่อการเผชิญปัญหา
3. ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปปัญหา รวมทั้งหาแนวทางในการแก้ปัญหาความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของทารกด้วยตนเอง

ครั้งที่ 7

เรื่อง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนเองด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจเหตุการณ์ที่มากระทบกับตน อธิบายเหตุผล และ คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงความจำเป็นของการใช้เครื่องมือทางการแพทย์กับทารก
5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก
6. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมกับตนเพื่อนำแนวทางนั้นไปใช้ในการลดความวิตกกังวล เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายต่อไป

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว และให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปซ้ำ หรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นภาพชัดเจนขึ้นสามารถนำมาเชื่อมโยงในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ และยังแสดงถึงความเอาใจใส่ยอมรับ และให้ความสำคัญแก่ผู้รับคำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษา ซึ่งยึดหยุ่นตามสถานการณ์เน้นการรับรู้ปัจจุบัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้

ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก ผู้ให้คำปรึกษาพิจารณาว่าขณะนี้ตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างไรทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เพื่อจะได้เข้าใจและยอมรับตนเอง

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก

ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ ของตนเอง โดยอธิบายสาเหตุของปัญหา และผลของปัญหาที่มีต่อตัวเอง

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต

ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองความตั้งใจ ความภาคภูมิใจให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาเป้าหมายในชีวิตและเผชิญต่อความวิตกกังวล โดยใช้กิจกรรมกล่อ่งแห่งความภาคภูมิใจ มีวิธีการคือให้ผู้รับคำปรึกษาเขียนความภาคภูมิใจของตนเองและใส่กล่อ่งทุกครั้งที่มารับคำปรึกษา โดยจะเปิดดูในวันสุดท้ายของการให้คำปรึกษา

2.4 ขั้นกล้าเผชิญปัญหา

เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกตามลำดับที่ผู้รับคำปรึกษาคิดว่าพร้อมที่จะเผชิญและคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อสร้างความกล้าเผชิญความวิตกกังวลและการยอมรับความวิตกกังวลนั้น

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา

เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้กำหนดปัญหาความวิตกกังวลของตนเองแล้วผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาคิดหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนในการลดความวิตกกังวลนั้นๆ หลายๆ วิธี และเลือกวิธีที่

คิดว่าเหมาะสม นำไปปฏิบัติเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับ
ทารก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและนำไปปฏิบัติ ผู้ให้คำ
ปรึกษาสรุปเพิ่มเติม จากนั้นนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. ผู้รับคำปรึกษาอธิบายถึงความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับ
ทารกได้ สามารถแสดงความคิดเห็นความรู้สึกอย่างอิสระ
2. ผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา สามารถเข้าใจตนเองรู้จักตนเอง
และรับรู้ศักยภาพของตนเองต่อการเผชิญปัญหา
3. ผู้รับคำปรึกษาสามารถสรุปปัญหา รวมทั้งหาแนวทางในการแก้ปัญหาความรู้สึกวิตก
กังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก

ครั้งที่ 8

เรื่อง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาล

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อทารกต้องออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง โดยเฉพาะศักยภาพของตนเองด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกของตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเหตุการณ์ที่มากระทบกับตน อธิบายเหตุผล และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเริ่มต้นให้คำปรึกษา
 - 1.1 ผู้ให้คำปรึกษากล่าวทักทายผู้รับคำปรึกษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี
 - 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาทบทวนเรื่องที่สนทนาในครั้งที่แล้ว และให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปซ้ำ หรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
 - 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นภาพชัดเจนขึ้นสามารถนำมาเชื่อมโยงในการให้คำปรึกษาในครั้งนี้ และยังแสดงถึงความเอาใจใส่ยอมรับ และให้ความสำคัญแก่ผู้รับคำปรึกษา

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษา ซึ่งยึดหยุ่นตามสถานการณ์เน้นการรับรู้ ปัจจุบัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้

ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงความวิตกกังวลของตนเองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ความรู้สึกต่อการที่ต้องนำทารกกลับไปดูแลที่บ้านด้วยตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาว่าขณะนี้ตัวผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างไรทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เพื่อจะได้เข้าใจและยอมรับตนเอง

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก

ให้ผู้รับคำปรึกษาพิจารณาปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดต่างๆ ของตนเอง โดยอธิบายสาเหตุของปัญหา และผลของปัญหาที่มีต่อตัวเอง

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต

ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองความตั้งใจ ทัศนคติให้ผู้ใช้รับคำปรึกษาค้นหาเป้าหมายในชีวิตและเผชิญต่อความวิตกกังวล โดยใช้กิจกรรมกล่อมแห่งความภาคภูมิใจอย่างต่อเนื่อง

2.4 ขั้นกล้าเผชิญปัญหา

เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาพูดถึงความวิตกกังวลของผู้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาล และเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเผชิญและคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อสร้างความกล้าเผชิญความวิตกกังวลและการยอมรับความวิตกกังวลนั้น

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา

เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้กำหนดปัญหาความวิตกกังวลของตนเองแล้วผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาคิดหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนในการลดความวิตกกังวลนั้นๆ หลายๆ วิธี และเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสม นำไปปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาล

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาและนำไปปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเพิ่มเติม จากนั้นนัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

ประเมินผล

1. ผู้รับคำปรึกษาแสดงความสนใจ ให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงความวิตกกังวลของตนเองเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาลในด้านความรู้สึก ความคิดเห็น ข้อข้องใจในด้านต่างๆ อย่างละเอียด
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความก้าวหน้าโดยผู้รับคำปรึกษากล้าเปิดเผยตนเอง และกล้าแสดงความรู้สึกมากขึ้น

ครั้งที่ 9

เรื่อง ปัจฉิมนิเทศ

เวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา แนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลและการนำไปปฏิบัติ
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลภายหลังให้คำปรึกษา
4. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถึงสิ่งที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างเสรี
2. ผู้รับคำปรึกษาสรุปถึงการนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติ
3. ให้ผู้รับคำปรึกษาประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองในด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารก หลังจากได้รับการให้คำปรึกษา
4. ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นคุณค่าของตนเอง
5. ผู้ให้คำปรึกษากล่าวขอบคุณผู้รับคำปรึกษาและยุติการให้คำปรึกษา

ประเมินผล

1. พิจารณาการให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการให้คำปรึกษา การอภิปราย การซักถาม การเข้าใจในสาเหตุของปัญหาของตน การคิด การตัดสินใจ ความรับผิดชอบต่อตนเอง
2. ผู้รับคำปรึกษาให้ความร่วมมือในการประเมินความวิตกกังวลของตนเองภายหลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา

ตาราง 1 แสดงวันและเวลาในการจัดการให้คำปรึกษาแบบทวิภาคเป็นรายบุคคลเพื่อลดความ
วิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

สัปดาห์	เดือน / วัน / วันที่	เวลา			
		09.00-09.50	11.10-12.00	13.10-14.00	14.10-15.00
1	<u>มิถุนายน</u>				
	วันจันทร์ ที่ 23	ครั้งที่ 1 คนที่ 1	ครั้งที่ 1 คนที่ 2	ครั้งที่ 1 คนที่ 3	ครั้งที่ 1 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 25	ครั้งที่ 1 คนที่ 5	ครั้งที่ 1 คนที่ 6	ครั้งที่ 1 คนที่ 7	ครั้งที่ 1 คนที่ 8
	วันศุกร์ ที่ 27	ครั้งที่ 2 คนที่ 1	ครั้งที่ 2 คนที่ 2	ครั้งที่ 2 คนที่ 3	ครั้งที่ 2 คนที่ 4
2	<u>มิถุนายน</u>				
	วันจันทร์ ที่ 30	ครั้งที่ 2 คนที่ 5	ครั้งที่ 2 คนที่ 6	ครั้งที่ 2 คนที่ 7	ครั้งที่ 2 คนที่ 8
	<u>กรกฎาคม</u>				
	วันพุธ ที่ 2	ครั้งที่ 3 คนที่ 1	ครั้งที่ 3 คนที่ 2	ครั้งที่ 3 คนที่ 3	ครั้งที่ 3 คนที่ 4
	วันศุกร์ ที่ 4	ครั้งที่ 3 คนที่ 5	ครั้งที่ 3 คนที่ 6	ครั้งที่ 3 คนที่ 7	ครั้งที่ 3 คนที่ 8
3	วันจันทร์ ที่ 7	ครั้งที่ 4 คนที่ 1	ครั้งที่ 4 คนที่ 2	ครั้งที่ 4 คนที่ 3	ครั้งที่ 4 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 9	ครั้งที่ 4 คนที่ 5	ครั้งที่ 4 คนที่ 6	ครั้งที่ 4 คนที่ 7	ครั้งที่ 4 คนที่ 8
	วันศุกร์ ที่ 11	ครั้งที่ 5 คนที่ 1	ครั้งที่ 5 คนที่ 2	ครั้งที่ 5 คนที่ 3	ครั้งที่ 5 คนที่ 4
4	วันจันทร์ ที่ 14	ครั้งที่ 5 คนที่ 5	ครั้งที่ 5 คนที่ 6	ครั้งที่ 5 คนที่ 7	ครั้งที่ 5 คนที่ 8
	วันพุธ ที่ 16	ครั้งที่ 6 คนที่ 1	ครั้งที่ 6 คนที่ 2	ครั้งที่ 6 คนที่ 3	ครั้งที่ 6 คนที่ 4
	วันศุกร์ ที่ 18	ครั้งที่ 6 คนที่ 5	ครั้งที่ 6 คนที่ 6	ครั้งที่ 6 คนที่ 7	ครั้งที่ 6 คนที่ 8
5	วันจันทร์ ที่ 21	ครั้งที่ 7 คนที่ 1	ครั้งที่ 7 คนที่ 2	ครั้งที่ 7 คนที่ 3	ครั้งที่ 7 คนที่ 4
	วันพุธ ที่ 23	ครั้งที่ 7 คนที่ 5	ครั้งที่ 7 คนที่ 6	ครั้งที่ 7 คนที่ 7	ครั้งที่ 7 คนที่ 8
	วันศุกร์ ที่ 25	ครั้งที่ 8 คนที่ 1	ครั้งที่ 8 คนที่ 2	ครั้งที่ 8 คนที่ 3	ครั้งที่ 8 คนที่ 4
6	วันจันทร์ ที่ 28	ครั้งที่ 8 คนที่ 5	ครั้งที่ 8 คนที่ 6	ครั้งที่ 8 คนที่ 7	ครั้งที่ 8 คนที่ 8
	วันพุธ ที่ 30	ครั้งที่ 9 คนที่ 1	ครั้งที่ 9 คนที่ 2	ครั้งที่ 9 คนที่ 3	ครั้งที่ 9 คนที่ 4
	<u>สิงหาคม</u>				
	วันศุกร์ ที่ 1	ครั้งที่ 9 คนที่ 5	ครั้งที่ 9 คนที่ 6	ครั้งที่ 9 คนที่ 7	ครั้งที่ 9 คนที่ 8

ภาคผนวก ค

1. ตารางแสดงค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามความวิตกกังวล
2. ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นรายข้อและทั้งฉบับของแบบสอบถามความวิตกกังวล
3. ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 9 แสดงค่าความแปรปรวนของคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ
มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

ข้อที่	S^2	ข้อที่	S^2
1	0.41	19	0.58
2	0.40	20	0.23
3	0.77	21	0.31
4	0.61	22	0.52
5	0.26	23	0.64
6	0.38	24	0.80
7	0.38	25	1.01
8	0.32	26	1.08
9	0.65	27	0.47
10	0.60	28	0.85
11	0.27	29	0.57
12	1.51	30	0.54
13	0.47	31	0.56
14	0.27	32	0.39
15	0.82	33	0.67
16	0.65	34	1.32
17	0.84	35	0.77
18	0.73		
$\Sigma S^2 = 21.65$			

ตาราง 10 แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ใน
หออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

ข้อที่	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	Variance
1	32	2.00	4.00	3.0938	.6405	.410
2	32	2.00	4.00	2.7188	.6342	.402
3	32	1.00	4.00	2.4063	.8747	.765
4	32	2.00	4.00	3.0313	.7822	.612
5	32	1.00	2.00	1.5312	.5070	.257
6	32	1.00	4.00	2.4063	.6148	.378
7	32	2.00	4.00	2.5625	.6189	.383
8	32	2.00	4.00	2.4375	.5644	.319
9	32	2.00	4.00	3.2500	.8032	.645
10	32	1.00	4.00	2.7188	.7719	.596
11	32	2.00	4.00	2.2813	.5227	.273
12	32	1.00	4.00	2.3125	1.2297	1.512
13	32	1.00	3.00	2.2812	.6832	.467
14	32	1.00	3.00	1.8438	.5149	.265
15	32	1.00	4.00	2.7813	.9064	.822
16	32	1.00	4.00	2.8437	.8076	.652
17	32	1.00	4.00	2.0000	.9158	.839
18	32	1.00	3.00	1.7188	.8514	.725

ข้อที่	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	Variance
19	32	1.00	4.00	2.5313	.7613	.580
20	32	1.00	3.00	1.3438	.4826	.233
21	32	2.00	4.00	3.6250	.5536	.306
22	32	2.00	4.00	3.0000	.7184	.516
23	32	1.00	4.00	2.4688	.8026	.644
24	32	1.00	4.00	2.1875	.8958	.802
25	32	1.00	4.00	2.3438	1.0035	1.007
26	32	1.00	4.00	2.8250	1.0395	1.081
27	32	2.00	4.00	3.2813	.6832	.467
28	32	1.00	4.00	2.8437	.9197	.846
29	32	1.00	4.00	1.5938	.7560	.572
30	32	1.00	4.00	2.1875	.7378	.544
31	32	2.00	4.00	2.6563	.7453	.555
32	32	2.00	4.00	3.2500	.6222	.387
33	32	2.00	4.00	3.0938	.8175	.668
34	32	1.00	4.00	2.8125	1.1483	1.319
35	32	1.00	4.00	2.5625	.8776	.770
คะแนน	32	70.00	114.00	87.8750	10.1687	103.403
คะแนน 2	32	4900.00	12996.00	7822.1875	1848.7127	3.417738
Valid N	32					

*ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบถามทั้งฉบับ = 0.8142

ตาราง 11 แสดงคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการดูแลใน
หออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ

คนที่	X	X ²	คนที่	X	X ²
1	93	8,649	17	85	7,225
2	107	11,449	18	83	6,889
3	92	8,464	19	75	5,625
4	95	9,025	20	87	7,569
5	87	7,569	21	76	5,776
6	92	8,464	22	89	7,921
7	94	8,836	23	91	8,281
8	109	11,881	24	87	7,569
9	75	5,625	25	92	8,464
10	77	5,929	26	87	7,569
11	70	4,900	27	93	8,649
12	77	5,929	28	95	9,025
13	75	5,625	29	86	7,396
14	77	5,929	30	92	8,464
15	87	7,569	31	93	8,649
16	88	6,400	31	114	12,996

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวรักชนก เจริญสุข
วันเดือนปีเกิด	20 ตุลาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1873 อาคารกุลพิพัฒน์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกสูติกรรม (ห้องคลอด) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2546	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
พ.ศ. 2540	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2536	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนดัดดรุณี จังหวัดฉะเชิงเทรา
พ.ศ. 2529	ประถมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนวัดราษฎร์ศรัทธาธรรม จังหวัดฉะเชิงเทรา