

ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ
ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด

Effect of Health Counseling
on State Anxiety in Pregnant Women Receiving
Prenatal Diagnosis by Amniocentesis



ชไมพร โนนศรีชัย

ภักดิ์นันทนากร
จาก
ผดุงวิทยาภิบาล ม.มหิดล.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

ISBN 974-587-593-7

ทุนอุดหนุนการวิจัยรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พ.ศ. 2536

Copyright by Mahidol University

27691

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ
ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด



ชไมพร โนนคริษฐ์

ผู้วิจัย



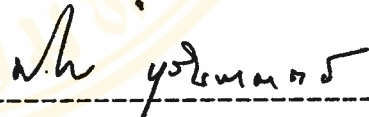
อรพินธ์ เจริญผล, วท.บ., ค.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



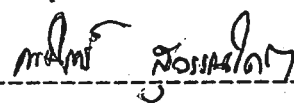
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ประไพ บุรินทร์รามาศย์, วท.บ., วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



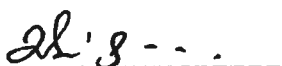
กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ., M.S.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ
ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

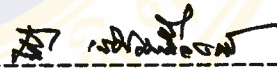
วันที่ 9 เมษายน 2536



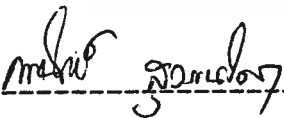
ชไมพร โบนศรีชัย
ผู้วิจัย



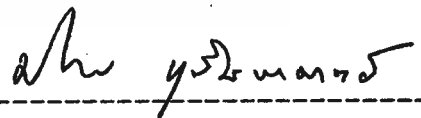
อรณิษฐ์ เจริญผล, วท.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์



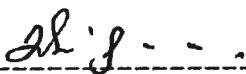
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



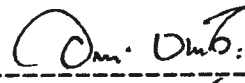
กฤตติการ์ สุวรรณโคต, วท.บ., M.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประไพ บุรินทรามาตย์, วท.บ., วท.ม.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อรณงสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,
F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.
คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางชไมพร โนนศรีชัย

วันเดือน ปีเกิด 8 เมษายน 2501

สถานที่เกิด จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2518-2522

วิทยาศาสตร์บัณฑิต(พยาบาล)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2534-2536

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์)

ทุนวิจัย ทุนอุดหนุนการวิจัยรายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ.2522-ปัจจุบัน : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทบวงมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง : พยาบาล 6

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ อรพันธ์ เจริญผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประไพ บุรินทรามาตย์ รองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์อีกทั้งช่วยแก้ปัญหาตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิจัยและวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฤาชา ที่ได้ให้คำแนะนำในการออกแบบการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูลมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณแพทย์และเจ้าหน้าที่ในหน่วยวินิจฉัยก่อนคลอดตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในตึกสูติกรรม ๓ โรงพยาบาลรามารามิบัติ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทุก ๆ ท่านสำหรับการให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลต่างๆในงานวิจัยนี้

คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่บุคลากร บุรพาจารย์ทั้งหลาย ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทรุ่นที่ 15 ที่ให้กำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณคุณชัชชัย โนนศรีชัย และลูกๆสำหรับความรัก การสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา.

ชไมพร โนนศรีชัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิง
ตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด

ผู้วิจัย ชไมพร โนนศรีชัย

ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อรพินธ์ เจริญผล วท.บ., ค.ม.

มาลี เลิศมาลีวงศ์ วท.บ., M.N.

ประไพ บุรินทร์รามาศย์ วท.บ., วท.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 9 เมษายน พ.ศ. 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ที่โรงพยาบาลรามาศิริ จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คนกลุ่มทดลอง 30 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยจับฉลากเข้ากลุ่มทุก 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ติงสุติกรรม 3 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัย 2 ครั้ง ในวันแรกที่มาติดต่อและหลังการเจาะน้ำคร่ำทันที กลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญในวันแรกที่มาติดต่อและอีก 3 สัปดาห์ต่อมาก่อนพบแพทย์เพื่อฟังผลการตรวจน้ำคร่ำโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เจอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติไคสแควร์ ทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพมีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในวันที่มาฟังผลการตรวจน้ำคร่ำของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงคิดเป็นร้อยละ 96.67 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือเรื่องการเจาะน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.7

จากการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพควรให้คำปรึกษาทางสุขภาพ แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อความพิการของทารกในครรภ์ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและ ให้เกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญต่อผลของการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด



The result showed that : 1) The anxiety before and after received health counseling were statistically significant differences at the level of .01. 2) The anxiety reduction in most of the experimental group was 96.67 percent while 66.67 percent was increased in control group, and the anxiety mean score were statistically significant differences at the level of .01. Both groups have anxiety about the fetal health and amniocentesis procedure at 58.3 and 51.7 percent respectively.

The finding suggested that professional nurses should take health counseling role in pregnant women who have risk to fetal abnormality in order to reduce anxiety and have self confidence to cope with the result of prenatal diagnosis.

สารบัญ

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก-ข

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค-ง

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ข

สารบัญแผนภูมิรูป

ข

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบทฤษฎี

3

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5

สมมติฐานในการวิจัย

6

ขอบเขตการวิจัย

6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6

นิยามตัวแปร

7

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

8

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

8

ความวิตกกังวล

11

ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์

19

ความสัมพันธ์ของการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัย

ก่อนคลอดกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์

22

การให้คำปรึกษา

27

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	46
	ลักษณะของประชากรและการเลือกตัวอย่าง	46
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
	การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	58
	ผลการวิจัย	58
	การอภิปรายผล	59
	ข้อจำกัดของการวิจัย	65
บทที่ 5	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	66
	สรุปการวิจัย	66
	ข้อเสนอแนะ	67
	การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล	67
	การนำไปใช้ด้านหลักสูตรการเรียนการสอน	68
	การทำวิจัยครั้งต่อไป	68
บรรณานุกรม		69
ภาคผนวก		79

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square)	54
2	เปรียบเทียบอายุของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบที (t-test)	55
3	จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่าง	56
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบที (paired t-test)	57
5	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการให้คำปรึกษาเป็นตัวแปรร่วม (N=60)	58
6	จำนวนและร้อยละของข้อบ่งชี้ในการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่าง	97
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังการทดลอง	98

สารบัญแผนภูมิรูป

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ของตัวแปรในการวิจัย	6
2	แสดงกลไกการเกิดความวิตกกังวล	15



บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรถ์เป็นกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ที่แสดงว่าบุคคลเจริญเข้าสู่สภาวะ การตั้งครรถ์เป็นความหวังของคู่สมรสที่พร้อมจะมีบุตร ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรถ์ด้วยดังที่โคลแมนและโคลแมน (Colman & Colman 1971: 113) กล่าวว่าหญิงตั้งครรถ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือรู้สึกสับสนต่อรูปร่างที่เปลี่ยนแปลง เกิดความตึงเครียดระหว่างสัมพันธ์ภาพของสามีภรรยา ซึ่งวินเนย์และเวสต์บร็อค (Viney & Westbrook 1976: 140-150) กล่าวว่า การที่หญิงตั้งครรถ์รู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน การได้รับสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ เมื่อไม่สามารถควบคุมการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการศึกษาของอัฟฟอนโซและเชปทาค (Affonso & Sheptak 1989: 147-166)สรุปว่าหญิงตั้งครรถ์จะวิตกกังวลและมีความคาดหวังมากมาช เช่น การตั้งครรถ์ที่มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์ ต้องการรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ เช่น การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรถ์ เป็นต้น จึงพยายามแสวงหาข้อมูล (Active data seeking) มีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา อากาศทรานอาการและอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนต่างๆ การปรับตัวระยะคลอด มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้โจเกรนและอัดเดนเบิร์ก (Sjogren & Uddenberg 1990: 111-120) ยังกล่าวว่าหญิงตั้งครรถ์มักจะมีวิตกกังวลสูง ในเรื่องความสมบูรณ์และความผิดปกติของทารกในครรถ์ ซึ่งความวิตกกังวลที่สูงนี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความพิการในทารกได้ เช่น ไบฮูมิรูปร่างผิดปกติ ปากแหว่ง เพดานโหว่ เป็นต้น (Ferreina cited in Littlefield 1987: 406-407)

ปัญหาการให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติหรือความพิการนั้น นอกจากเป็นภาระและสร้างความทุกข์ทรมานต่อหญิงตั้งครรถ์และครอบครัวแล้ว ยังเป็นปัญหาระดับชาติแม้แต่องค์การอนามัยโลกก็ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะความผิดปกติและความพิการที่เกิดจากโรคทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นปัญหาต่อการพัฒนาประเทศเนื่องจากค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาล และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่หยาบคุณภาพ แต่ปัญหาความพิการที่เกิดจากโรคทางพันธุกรรมนี้เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ด้วย ความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มสมรสและการที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ในระยะเริ่มต้นก่อนให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติดังกล่าว

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ มีความก้าวหน้ามากในทุกด้านโดยเฉพาะทางสูติกรรม เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงดีจึงเกิดเทคโนโลยีใหม่ๆขึ้นหลายวิธี การวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal Diagnosis) ได้เข้ามามีบทบาทในการค้นหาความผิดปกติของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรพิการ ในอดีตหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีความวิตกกังวลจนกว่าจะคลอดแล้วพบว่าทารกเป็นปกติ ซึ่งจินตนา คีรินาวิน (2527: 287) ได้ชี้ให้เห็นว่าการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจะช่วยลดความวิตกกังวลของพ่อแม่ที่กลัวว่าอาจจะมิลูกพิการ และการที่สามารถลดความวิตกกังวลนั้นลงได้ก็เท่ากับว่าช่วยให้สุขภาพจิตของมารดาในระยะตั้งครรภ์ดีขึ้นทั้งยังช่วยลดความพิการของทารกอันอาจจะเกิดขึ้นได้จากผลกระทบของความวิตกกังวลในมารดาขณะตั้งครรภ์ แม้ว่าการตรวจนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้แต่ความวิตกกังวลอาจเพิ่มขึ้นในช่วงที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำให้รับการตรวจ และรับการตรวจ เนื่องจากขั้นตอนการตรวจบางวิธีค่อนข้างซับซ้อน อาจกลัวความเจ็บปวดขณะรับการตรวจ และใช้เวลาในการรอผลการตรวจช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้มีผู้ทำการศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ดังเช่น เสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ (2532: 133-137) ที่ทำการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการตรวจจากแพทย์ และหลังจากที่ได้รับการตรวจหญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนได้รับการเจาะน้ำคร่ำและหลังทราบผลการตรวจ จึงสรุปได้ว่าระยะรอผลการตรวจเป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูงที่สุด ซึ่งสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972: 489) กล่าวว่าเมื่อมีความวิตกกังวลบุคคลจะพยายามหาทางลดความวิตกกังวลเพื่อปรับสภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งถ้าสามารถทำได้ก็จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ลดความวิตกกังวลต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ สำหรับแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวลนั้น อูบล นีวัตติชัย (2528: 1115) ได้สรุปไว้ดังนี้คือช่วยเหลือปัญหาปัจจุบันที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้าในขณะนั้นก่อน ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยเปิดโอกาสให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่างๆ แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล เช่น ใช้การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากนี้การให้บริการปรึกษาทางจิตวิทยา และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการชี้แนะและประกอบ การตัดสินใจก็เป็นวิธีการที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยนั้น เพ็บบลาว (Pepleu 1952 cited in Banks 1985: 99) กล่าวว่าควรจะครอบคลุมทุกบทบาท คือ เป็นครู เป็นผู้ชำนาญทางเทคนิค เป็นตัวแทน เป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการ พัฒนาไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งส่วนสำคัญก็คือขบวนการให้การดูแลรักษาและการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย แนวคิดนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของบรุนเนอร์และ ซัดดาร์ท (Brunner & Suddarth 1982: 926) ที่กล่าวว่าบทบาทของพยาบาลในการ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น ควรมีกิจกรรมดังนี้ คือสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย พูดคุย กับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สั้นเข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี ให้กำลังใจและให้การสัมผัสตามความเหมาะสม ให้ข้อมูลที่จำเป็นและตรงตามความต้องการ ของผู้ป่วยและเนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้มีโอกาส รับความรู้สึกผู้ป่วยได้ดี (สุนทรียา ภาณุทัต 2531: 5; วรรณวิไล จันทราภา 2531ก: 6) ซึ่ง ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำนั้น พยาบาลสามารถช่วย เอื้ออำนวยให้หญิงตั้งครรภ์อดทน และเผชิญกับความเครียดได้โดยใช้บทบาทการเป็นผู้ให้คำ ปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสม ยิ่ง ในการช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญแก่หญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำ การศึกษา โดยใช้บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญแก่ หญิงตั้งครรภ์ เพื่อสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

กรอบทฤษฎี

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดเป็น สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะปกติ เป็นภาวะเครียดที่กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ และประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามต่อตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งในการ ศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ สไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972: 483-489) ซึ่ง กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งๆ เมื่อมีสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressful stimuli) ต่อบุคคลแล้วจะทำให้เกิดปฏิกิริยาของความวิตกกังวล มีผลต่อกระบวนการ ทางความคิด กระทบต่อจิตใจ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (stress reaction) ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลที่แสดงออกนั้น ประกอบด้วยความวิตกกังวลแฝงที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ซึ่งความวิตกกังวลแฝงเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต ความทรงจำ หรือความคิดที่นำมารวบรวมใหม่ และสภาวะอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) กลายเป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าภายนอกมาเสริมจากสภาวะปกติ เช่น การเจ็บป่วย แต่งาน เปลี่ยนงาน จะเกิดการประหม่นสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้น ถ้าประหม่นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น ซึ่งการจะเกิดมากน้อยเพียงใดขึ้นกับการแสดงออก 3 ด้าน

1. เกิดความวิตกกังวลที่แสดงออกชัดเจนในขณะปัจจุบัน (State anxiety) โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system)
2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
3. มีการใช้กลไกการปรับตัว (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล และกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

สำหรับกรอบแนวคิดในการให้คำปรึกษานั้น ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีของโรเจอร์ส (Rogers 1961) ซึ่งเป็นทฤษฎีของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการให้คำปรึกษาที่คำนึงถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการเพราะความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด เป็นความรู้สึกและอารมณ์จากความเครียดที่มีต่อการตรวจ การที่บุคคลเกิดความวิตกกังวลนั้น ในทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางกล่าวว่า เกิดจากความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองไม่ตรงกับที่ตนเองประสบ (incongruence) ทำให้บุคคลได้รับการคุกคามด้านจิตใจ (threat) คนที่ปรับไม่ได้จะใช้กลไกการป้องกันจิตใจตนเอง (defense mechanism) การให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกถูกคุกคาม และหลีกเลี่ยงกลวิธีป้องกันจิตใจตนเอง (วัชร ทรัพย์มี 2525: 69)

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งในการให้ผู้ช่วยตนเองให้มากที่สุด เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยกระบวนการให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้ช่วยสามารถสำรวจและเข้าใจตนเอง ช่วยให้เผชิญกับความวิตกกังวลที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพ และปรับตัวตามศักยภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้จะได้ระบายความวิตกกังวลจนพบแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

การเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง เพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรพิการ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ว่าเกิดอันตรายและคุกคามต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจะเป็นแหล่งประโยชน์และเป็นแรงสนับสนุนคำจูงในการเผชิญความเครียด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลให้กลับสู่ภาวะสมดุลของจิตใจจึงสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของตัวแปรในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ

สมมติฐานในการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด มีความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา
2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดภายหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา (เมื่อได้ขจัดอิทธิพลของความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการให้คำปรึกษาแล้ว)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญในหญิงตั้งครรภ์ ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดที่ตึกสูติกรรม 3 แผนกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในวันจันทร์-พุธ-พฤหัสบดี-ศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2535 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2536

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการเพิ่มประสบการณ์และนำวิธีการให้คำปรึกษามาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์ในแผนกสูติกรรม เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพดียิ่งขึ้น
3. เป็นการกระตุ้นให้พยาบาลในแผนกสูติกรรม ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม
4. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย เพื่อปรับปรุงการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด
5. เป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในแผนกสูติกรรม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ว่าควรได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

นียมตัวแปร

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึงกระบวนการที่พยาบาลให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด โดยนำทฤษฎีการให้คำปรึกษาของโรเจอร์ส มาประยุกต์ใช้ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ไม่สลายใจออกมาโดยผู้วิจัยรับฟังและสะท้อนให้หญิงตั้งครรภ์ได้สำรวจตนเอง ได้เข้าใจตนเองและให้ข้อมูลรวมทั้งคำแนะนำตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ หมายถึงภาวะอารมณ์ที่ตึงเครียดและหวั่นกลัวชั่วคราวในสถานการณ์ปัจจุบัน ความรุนแรงของความรู้สึกจะแปรเปลี่ยนตลอดเวลาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประเมินได้โดยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เจอร์ (State-Trait Anxiety Inventory Form X-1)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษา ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้อง ขณะรอผลการตรวจเพาะเลี้ยงเพื่อการวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้คือ การวินิจฉัยก่อนคลอด ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ของการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้คำปรึกษาทางสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวินิจฉัยก่อนคลอด

ปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับไซโรโมโซมและความผิดปกติของไซโรโมโซมเพิ่มขึ้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆให้ความสนใจกับความผิดปกติเหล่านี้มากขึ้นโดยเฉพาะโรคทางพันธุกรรมซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลก และนับวันจะมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ในทางสุติกรรมนอกจากจะให้ความสนใจต่อโรคที่มีผลกระทบต่อมารดาในขณะตั้งครรภ์แล้ว การดูแลทารกในครรภ์ก็ขยายออกไปอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับความผิดปกติของทารก เช่น การเจริญเติบโตช้าและความพิการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา การวินิจฉัยก่อนคลอดเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างหนึ่งทางสุติกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติของไซโรโมโซมตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งในปัจจุบันทำการตรวจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อความพิการของทารกในครรภ์ การเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาไซโรโมโซมของทารกในครรภ์นี้เริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดวิธีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นหลายวิธี (Steel & Berg 1982: 385)

วิธีการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีหลายวิธี มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ (จินตนา ศิรินาวิน 2524: 263 ; เสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ 2531: 5; Martin & Reeder 1991: 86-94 และ Thompson, et al. 1991: 411-418)

1. การตรวจหาระดับแอลฟาฟีโตโปรตีน (Alphafetoprotein) ในซีรัมของหญิงตั้งครรภ์ โดยการเจาะเลือดขณะที่มีอายุครรภ์ 13-23 สัปดาห์
2. การส่องกล้องดูทารกและเจาะเลือดทารกในครรภ์ (Fetoscopy and Fetal blood sampling) เมื่ออายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์
3. การตัดเนื้อไขว้เรียน (Chorionic Villus Sampling) เป็นการตรวจหาความผิดปกติเมื่ออายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์
4. การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ซึ่งเป็นคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonogram) การตรวจนี้สามารถบอกอายุครรภ์ ขนาดของทารก และการมีชีวิตของทารก
5. การเจาะน้ำคร่ำในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Amniocentesis) มักจะทำขณะที่มีอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ โดยอาศัยเครื่องอัลตราซาวด์ในการหาตำแหน่งของทารกและบริเวณที่รกเกาะเพื่อหลีกเลี่ยงบริเวณดังกล่าวขณะที่ใช้เข็มปราศจากเชื้อแทงทะลวงผนังท้องและผนังมดลูกลงไปในโพรงมดลูกบริเวณที่มีน้ำคร่ำ (Amniotic cavity) ดูดน้ำคร่ำออกมาจำนวนประมาณ 20 cc. นำเซลล์ที่มีอยู่ในน้ำคร่ำมาทำการเพาะเลี้ยง (Culture) หรือเพื่อการศึกษาทางชีวเคมี ใช้เวลาในการรอผลทางห้องปฏิบัติการ 10-20 วัน ควรเจาะน้ำคร่ำเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 14-16 สัปดาห์ เพื่อให้ถ่วงน้ำคร่ำใหญ่พอที่จะเจาะได้อย่างปลอดภัยและได้เซลล์ในน้ำคร่ำมากพอสำหรับการเพาะเลี้ยง และสามารถจะทำการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงได้อย่างปลอดภัยในกรณีที่พบว่าทารกมีความผิดปกติของโครโมโซมหรือพิการ

การเจาะน้ำคร่ำเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ซึ่งนอกจากจะสามารถตรวจพบความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์มากกว่า 40 ชนิด แล้วยังบอกเพศทารกในครรภ์ได้ด้วย ดังการศึกษาของแครนดอลล์ และคณะ (Crandall, et al. 1986: 237-42) พบว่าจากการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำ 17,255 รายในปี ค.ศ. 1983 ในรัฐแคลิฟอร์เนียพบว่าทารกแรกเกิดมีซีมีโครโมโซมผิดปกติถึง 1,321 ราย

จะเห็นได้ว่าการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีหลายวิธี บางวิธีสามารถทราบผลการตรวจได้ทันที เช่นการตรวจด้วยอัลตราซาวด์แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดเพราะสามารถตรวจได้เฉพาะ

สิ่งที่มองเห็นได้เท่านั้น ส่วนวิธีอื่น ๆ ก็มีความซับซ้อนในการตรวจ และก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกมากกว่าการเจาะน้ำคร่ำ ดังการศึกษาของแจ๊คสัน (Jackson cited in Robinson, et al. 1988: 953-6) ที่กล่าวว่า การตรวจน้ำคร่ำมีโอกาสนจะสูญเสียการตั้งครรภ์ร้อยละ 2.5 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการตรวจด้วยการเจาะเนื้อไขเยื่อหุ้มสมองร้อยละ 4-5

ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำ เป็นวิธีการตรวจที่ปฏิบัติกันแพร่หลาย คิมและคณะ (Kim, et al. 1989: 16-22) ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ในปีค.ศ. 1987-1988 พบว่าใช้วิธีการเจาะน้ำคร่ำถึงร้อยละ 89 และในประเทศไทยขณะนี้การวินิจฉัยก่อนคลอดที่ปฏิบัติกันอยู่ คือการเจาะน้ำคร่ำในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งโรงพยาบาลรามาศิริเป็นหนึ่งในสี่แห่งที่เปิดให้บริการนี้ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์เท่านั้น

ข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

จินตนา ศิรินาวิน (2524: 284) ลินสเตนและเซตเตอร์สตอม (Lindsten & Zetterstorm 1985: 131-6) ทอมสันและคณะ (Thompson, et al. 1991: 412-3) ได้ระบุข้อบ่งชี้ไว้ดังนี้

1. อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะถืออายุของมารดาที่มากกว่า 38 ปี เป็นเกณฑ์ แต่ในต่างประเทศจะถืออายุมากกว่า 35 ปีเป็นเกณฑ์ เหตุผลที่ถือเอาอายุ 38 ปีขึ้นไป เนื่องจากว่าผู้หญิงเหล่านี้มีอัตราเสี่ยงต่อการมีบุตรที่มีโครโมโซมผิดปกติเป็นสองเท่าของประชากรทั่วไป และถ้ามีอายุมากขึ้นอัตราเสี่ยงก็ยิ่งเพิ่มเป็นทวีคูณ นอกจากนี้ อายุของบิดาก็มีความสำคัญเช่นกัน ในอนาคตข้อบ่งชี้อาจรวมไปถึงบิดาที่มีอายุมากด้วย

ปัจจัยเรื่องอายุของหญิงตั้งครรภ์และการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดนั้น ฮูเอเธอร์ (Huether 1983 cited in Crandall, et al. 1986: 237-242) ได้ทำการศึกษาในปีค.ศ. 1970-1980 พบว่าร้อยละ 25 ของโรคปัญญาอ่อนชนิดดาวน์ (Down's Syndrome) เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และร้อยละ 18 เกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 30-34 ปี และต่อมาได้ทำการศึกษาในปีค.ศ. 1981

โดยศึกษาจำนวนเด็กที่คลอดเป็น Down's Syndrome จำนวน 4,700 รายพบว่าร้อยละ 44 เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีและร้อยละ 26 เกิดจากหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีซึ่งแครนดอลล์และคณะได้เสนอแนะว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2000 แล้ว ข้อบ่งชี้สำหรับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำนี้อาจใช้อายุมากกว่า 30 ปีเป็นเกณฑ์

2. เคยมีบุตรที่มีความผิดปกติของโครโมโซมมาแล้วหนึ่งคน เพราะมีอัตราเสี่ยงต่อการมีบุตรผิดปกติอีกคนหนึ่งสูงกว่าประชากรปกติถึง 10 เท่า
3. บิดาหรือมารดาเป็นพาหะของลักษณะโครโมโซมที่ย้ายเปลี่ยน (Balanced carrier of chromosome translocation)
4. มารดาเป็นพาหะ (Carrier) ของโรคที่ถ่ายทอดทางโครโมโซมเพศหญิง (X - linked resessive)
5. บิดาหรือมารดาที่มีความผิดปกติอื่นๆของชุดโครโมโซม (Karyotype)
6. มีประวัติแท้งเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

สำหรับในร.พ.รามาธิบดีมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ (เสาวคนธ์ อัจจิมากรและคณะ 2532: 135)

1. อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี
2. เคยมีบุตรที่มีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น Down's Syndrome
3. มีประวัติครอบครัวที่มีความพิการของอวัยวะ หรือ โครโมโซมผิดปกติ
4. อื่นๆ เช่น มีการติดเชื้อไวรัสที่อาจทำให้เด็กพิการ ซึ่งได้แก่ หัดเยอรมัน

ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

โรเบิร์ต (Robert 1978: 38) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งนักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นเองตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

กราแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley 1971: 113-122) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะเครียดที่เกิดจากความกลัว หรือความไม่สบายใจซึ่งเกิดจากความนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย ไม่สามารถกำหนดได้แน่ชัดว่ามีสาเหตุจากอะไร เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมตัวเพื่อต่อสู้กับสถานการณ์ที่คุกคามนั้น และพฤติกรรมที่แสดงอาจผิดปกติถ้าสิ่งที่มาคุกคามนั้นรุนแรงมาก สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าวจะมีทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย แหล่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากสิ่งเร้าภายใน จะกำหนดแน่นอนไม่ได้ว่ามีสาเหตุจากอะไร แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ และเป็นส่วนหนึ่งของปฏิกิริยาการตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อภาวะเครียดนั้น

เมย์ (May 1950: 51) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดหวั่นเนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อค่านิยมหรือคุณค่าที่บุคคลยึดถือว่าสำคัญและมีความจำเป็นในการดำรงชีวิต

นอกจากนี้ผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ตรงกัน คือ สมคร เขื้อหิรัญ (2518: 67) ไครครอฟท์ (Rycroft 1978: 3) ว่าหมายถึงสภาพตึงเครียด ไม่สบายใจที่มีจุดเริ่มต้นมาจากความกลัวรู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น จึงทำให้กระวนกระวาย หวาดกลัว เป็นตัวการให้คนเรามีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น

ทราเวลบี (Travelbee 1971: 189) อธิบายว่าเมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้วจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้ ซึ่งสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ลูว์นีย์ เกียวกิงแก้ว (2527: 167) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกเตือนเจ้าตัวว่าเริ่มมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจแล้ว จำเป็นที่เจ้าตัวต้องกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ไว้ ความวิตกกังวลจึงมีลักษณะคล้ายความเจ็บปวด (pain) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภัยของร่างกายที่คนอื่นไม่อาจล่วงรู้ได้ว่าเขารู้สึกอย่างไร นอกจากแปลจากสีหน้าและท่าทางของบุคคลนั้น ๆ

สไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972: 483) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล (สิ่งที่มาคุกคาม

นั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากความคิด การทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่นกลัวและตระหนกตกใจ และสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972 cited in Parker 1981: 334) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในเหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามความรุนแรงของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากตาม

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล เป็นลักษณะประจำตัวที่ค่อนข้างแน่นอน มักจะเกิดกับบุคคลจนเป็นนิสัย

สไปล์เบอร์เจอร์ยังได้ชี้ให้เห็นว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นจะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแฝงด้วย กล่าวคือบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง ย่อมมีแนวโน้มของความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงได้ด้วย

โดยสรุปกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจระแวงระวาย หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งๆ อันเนื่องจากระบวนการความคิดขณะมีสิ่งเร้ามากกระตุ้น ซึ่งอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน โดยการประเมินสถานการณ์นั้นๆ ทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ความวิตกกังวลจึงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger 1972: 483) ความวิตกกังวลที่แสดงออกนั้น ประกอบด้วยความวิตกกังวลแฝงที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล (Trait Anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ซึ่งความวิตกกังวลแฝงเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญ

จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน องค์ประกอบเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) กลายเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะของบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าภายนอกมาเสริมเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่นการแต่งงาน การตั้งครรรภ์ การเจ็บป่วย เป็นต้น สิ่งเร้าเหล่านี้จะเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการประเมินว่าสิ่งเร้าที่มากหรือนั้นทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถแสดงออกได้ 3 ด้านคือ

1. เกิดความวิตกกังวลที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนขณะเผชิญ (State anxiety) โดยผ่านศูนย์ควบคุมทางอารมณ์ (Limbic system)
2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเรติคูลาฟอเมชัน (Reticular formation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
3. มีการใช้กลไกการปรับตัว (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วโยงไปสู่การแสดงอีกอย่างหนึ่งได้ เมื่อมีความวิตกกังวลบุคคลจะพยายามหาทางลดความวิตกกังวล เพื่อปรับสภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ใช้กลไกการปรับตัว เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งถ้าสามารถทำได้ดีก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และประสบการณ์นี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลคราวต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ก็จะมีการคิดปรับปรุงวิธีแก้ไขใหม่ ถ้าวิธีใหม่ไม่ประสบผลสำเร็จก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ (Lader & Marks 1971: 154-157; Spielberger 1972: 484-489) ดังแผนภาพที่ 2

ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเผชิญต่อภาวะคุกคาม จะเกิดความเครียดในรูปของความวิตกกังวล จะมีการประเมินเหตุการณ์แตกต่างกัน ทำให้มีความวิตกกังวลในระดับต่างกัน และจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลโดยตรง ซึ่งเพ็พลาว (Peplau 1963 cited in Jimerson 1982 : 440-442) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับตามความรุนแรง ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความเบื่อนอยู่ในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้าง มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) การรับรู้ของบุคคลจะแคบลง และจำกัดอยู่เฉพาะกับสิ่งที่กำลังกระทำอยู่ ความสามารถในการคิดน้อยลง
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความสามารถในการรับรู้จะน้อยลงมาก จะเหลือเพียงจุดสนใจเป็นพิเศษเท่านั้น
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงการรับรู้จะผิดไปจากสภาพความเป็นจริงไม่รับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกไม่สามารถควบคุมตนเอง บุคลิกภาพจะผิดปกติไป มีความผิดปกติทางความคิด ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง การเรียนรู้จะเสียไป

ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเคอร์ก็การ์ด (Kirkegaard 1944 cited in May 1950: 33) กล่าวว่าความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมจะมีการแสดงออกทั้งทางด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม ความวิตกกังวลจะช่วยพัฒนาตนเองให้เข้มแข็งขึ้นบุคคลจะรู้หน้าที่เตือนให้ตนเองรู้ถึงสิ่งที่ต้องกระทำ แต่ความวิตกกังวลระดับที่สูงเกินกว่าปกติจะทำให้เกิดปัญหา ทำให้ไม่สบายใจ ทำงานต่อไม่ได้ หรืออาจทำให้ทุกข์ทรมานมากได้

สาเหตุและปัจจัยของความวิตกกังวล

วัตสัน (Watson 1974: 133) อธิบายว่าสาเหตุของความวิตกกังวลมาจากความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) ภาวะเครียด

(Stress) ความไม่แน่นอน(Uncertainty) ความรู้สึกผิด (Guilt) จากการที่ความปรารถนาหรือแรงขับ (Drive) ไม่ได้รับการตอบสนอง หรือมีสาเหตุจากความรู้สึกว่าไม่จริงก็ได้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละคน แม้จะมาจากสาเหตุเดียวกันก็อาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน และจากการศึกษาของลินน์ (Linn 1980: 1022-1023) ได้อธิบายถึงสาเหตุของความวิตกกังวลว่ามีสาเหตุจาก

1. พันธุกรรม เช่น เชื่อว่าบุคคลที่มีรูปร่างผอมบางและสูงโปร่ง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลในวัยแรกของชีวิต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้
3. อายุ การพัฒนาในแต่ละวัยมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ต่าง ๆ กัน
4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมด้านขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ การเมืองและกฎหมาย ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนคุกคามต่อภาวะจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้
5. การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสรุปได้เป็น 4 ด้านดังนี้ (ลูญีเย่ เกี่ยวกึ่งแก้ว 2527: 173-174; Luckmann & Sorenson 1974: 112-113; Stuart & Sundeen 1983: 212-213 และ Travelbee 1971: 191) คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา เกิดจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ปากแห้ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี มีการขับฮอร์โมนเข้าในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น คือ อีพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (Nor-epinephrine) และแอดคอร์ติคอลคอร์ติคอยด์ฮอร์โมน (Adenocortical Hormone) ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเช่น ผลต่อการควบคุมความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย กระสับกระส่าย โศกเศร้า ร้องไห้ง่าย ผันรำย เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ เช่น หมกมุ่น ครุ่นคิด ลืมง่าย การตัดสินใจไม่ดี ความสนใจลดลง การพูดติดขัด การรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่บุคคลจะรู้สึกแตกต่างกันไป ซึ่งไม่สามารถวัดโดยตรงได้ อาจต้องประเมินในรูปแบบของพฤติกรรม การวัดความวิตกกังวลสรุปได้ 3 วิธีดังนี้ (Stuart & Sundeen 1983: 209; Travelbee 1971: 191)

1. การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย (Mitchell & Loustau 1981: 249) เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดจะต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น ซึ่งการวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบากเนื่องจากระดับของความวิตกกังวล จะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ 2527: 49)

2. การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวล ที่นิยมใช้มากได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972: 489-491) สำหรับประเทศไทยมีผู้นำมาใช้หลายท่านเช่น กัญจนี พันธ์ยะ (2530: 58) นำไปวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมณฑล ลัมทองกุล (2535: 20) นำไปวัดความวิตกกังวลขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behaviour measure of anxiety) เป็นการสังเกตถึงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่งบุคคลอื่นสังเกตได้ เช่น มีอาการไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ร้องไห้ ถอนหายใจ ลุกลุกกลืน ขาดสมาธิ หงุดหงิดนอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมเช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดยเกรแฮมและคอนลีย์ (Graham & Conley 1971: 113-122) ซึ่งนำไปประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยคลั่งกรรม

ความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าจะจะเป็นความหวังของกลุ่มสตรีที่พร้อมจะมีบุตรแต่เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติตามพัฒนาการ (Developmental crisis) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ ภาวลักษณะของตนเอง รวมทั้งสัมพันธ์กับสามีและบุคคลอื่น จะรู้สึกต้องการการนึ่งพาสามี ครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพมากขึ้น (Burton 1983: 96) นอกจากนี้เบอร์ตันยังได้กล่าวว่าในระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ อาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการแพ้ท้องหายไปแล้วและอาการไม่สุขสบายของการตั้งครรภ์ระยะหลังยังไม่เกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มกังวลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. วิตกกังวลเกี่ยวกับทารก (Anxiety about fetus) หญิงตั้งครรภ์จะวิตกกังวลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของทารก ความเป็นปกติของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ความพิการทางด้านร่างกายของทารก เป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติของทารกที่แตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เป็นต้นว่าประวัติครอบครัวที่เคยมีทารกผิดปกติ หรือครรภ์ก่อนเคยคลอดทารกที่พิการ ได้รับฟังเกี่ยวกับความพิการของทารกในครรภ์จากคำบอกเล่าของเพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ

2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด (Child birth anxiety) ความปลอดภัยในการคลอด เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ บางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด ความพิการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่ง

ความวิตกกังวลเหล่านี้ อาจเกิดจากความเชื่อหรือคำบอกเล่าที่ได้รับฟังเกี่ยวกับการคลอด

3. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน (Body image) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีระที่แตกต่างไปจากเดิม จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่ภาพลักษณ์ของตนเปลี่ยนไป รูปร่างไม่สวยเหมือนเดิม

4. วิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่เปลี่ยนไปจากเดิม

ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์จะมากหรือน้อยแตกต่างกันขึ้นกับองค์ประกอบต่างๆ เพราะความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับความรู้และการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งการประเมินนี้ได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรด้านลักษณะบุคคลและตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม (Lazarus, et al. 1972: 242-244)

วิลเลียม (Williams 1983: 292) ได้กล่าวถึงตัวแปรด้านลักษณะบุคคลที่มีผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ไว้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา
2. สัมพันธภาพกับมารดาในขณะเยาว์วัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา จะสามารถเลียนแบบความเป็นหญิงของมารดาได้ดี และจะส่งผลให้มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์
3. การยอมรับสภาพความเป็นหญิงและบทบาทการเป็นมารดา
4. ประสบการณ์การเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดา (Stepping-stone role) เช่น เคยเลี้ยงน้อง เคยเป็นพี่เลี้ยงเด็ก เป็นต้น

สำหรับตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ วิลเลียม (Williams 1983: 293) กล่าวไว้ดังนี้

1. สถานภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม
2. สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ชีวิตการแต่งงาน
3. ขนาดของครอบครัว จำนวนและอายุของบุตรในครอบครัว
4. สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

เอ็อมพร ทองกระจายและคณะ (2529: 41-42) ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรภ์ พบว่าความวิตกกังวลของมารดาจะสูงขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอดตามลำดับ มารดาครรภ์หลังมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สแตนเลย์ และคณะ (Stanley, et al. 1979: 22-26) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และผลของความวิตกกังวลต่อมารดาและทารก พบว่าอายุระดับการศึกษาและความพร้อมในการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นแล้ว นอกจากจะมีผลต่อภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ จะมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมแล้ว ยังมีผลโดยตรงต่อการทำงานของร่างกายด้วย กล่าวคือความวิตกกังวลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยามีผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอีพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และแอดรีโนคอร์ติคอลล (Adrenocortical) มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญสารอาหารต่างๆในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเนื่องจากความวิตกกังวล จึงมีผลต่อร่างกายของหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งทารกในครรภ์ด้วย ดังที่มีผู้ทำการศึกษาผลของความวิตกกังวลหรือความเครียดต่อร่างกายสรุปได้ว่า ถ้ามีความวิตกกังวลหรือเครียดจะกระตุ้นสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมาทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดไหลผ่านมดลูกลดลงตลอดจนมีผลทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นครรภ์เป็นพิษหรือแท้งคุกคามได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์ 2520:434; Asher 1978:18-19; Moore 1981: 60-61 และ Lipworth & Burney 1985: 86-88) ซึ่งลินเวิร์ธและเบอร์เนย์กล่าวว่าการศึกษาที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ข้ออักเสบ ผลในกระเพาะอาหาร ไม่เกรน ความผิดปกติเกี่ยวกับทางเดิน

อาหารและความผิดปกติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สแตนเลย์ และคณะ (Stanley, et al. 1979: 25) ศึกษาพบว่าทารกที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ จะมีผลต่อการคลอดเกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องให้ยาระงับความรู้สึกขณะคลอดและมีผลต่อความแข็งแรงด้านการเคลื่อนไหว (Motor maturity) ของทารกแรกเกิดใน 3 วันแรก สอดคล้องกับแกรนดอน (Crandon 1979: 109-111) ที่ทำการศึกษาภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์สรุปได้ว่า ภาวะเครียดและความวิตกกังวลระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เกิดการคลอดฉับพลัน (Precipitate labour) หรือการคลอดยาวนาน (Prolonged labour) การคลอดที่จำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ ทารกอยู่ในภาวะอันตราย (Fetal distress) และทารกอาจเกิดความพิการแต่กำเนิด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล นอกจากจะมีผลต่อตัวหญิงตั้งครรภ์โดยตรงแล้วยังส่งผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น เกิดอาการแทรกซ้อนและเกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ซึ่งสุขภาพของทารกจะเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวให้ความสนใจและวิตกกังวลมากที่สุดยิ่งกว่าปัญหาใดๆ ดังนั้นการช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อีกด้วย

ความสัมพันธ์ของการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดกับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์

ถึงแม้ว่าการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จะช่วยลดความวิตกกังวลของบิดา มารดา ที่กลัวบุตรจะพิการก็ตาม แต่ได้มีผู้ทำการศึกษานพบว่าความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอผลการตรวจน้ำคร่ำจะสูงขึ้นกว่าก่อนเจาะน้ำคร่ำและหลังทราบผล ดังที่มาร์ทัวร์และคณะ (Marteau, et al. 1989: 7-16) ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์หลังทราบผลการตรวจจะลดลง จากกลุ่มตัวอย่าง 179 คน ที่มารับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยความผิดปกติของประสาทไขสันหลังและ Down's syndrome ของทารกในครรภ์ ในขณะที่ผู้ที่ยังไม่ทราบผลการตรวจยังคงมีความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ (2532: 133-137) ที่ทำการศึกษานพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจน้ำคร่ำจากแพทย์ ก่อนเข้ารับการเจาะน้ำคร่ำร้อยละ 26 มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 3 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง หลังรับการเจาะน้ำคร่ำทันทีวัดความวิตกกังวลซ้ำ พบว่ามีจำนวนและระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นมากคือ ร้อยละ 17 มี

ความวิตกกังวลระดับสูงขณะที่ร้อยละ 21 และร้อยละ 36 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และระดับต่ำตามลำดับ หลังทราบผลการตรวจพบว่าระดับความวิตกกังวลลดลง มีเพียงร้อยละ 5 ที่พบความวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 75 ไม่พบความวิตกกังวล ที่เหลือเป็นความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 3 และระดับต่ำร้อยละ 17

ฟีวาและคณะ (Feva, et al. 1982: 509-513) ทำการศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่รับการตรวจโดยการเจาะน้ำคร่ำ เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์เท่าๆ กัน 3 ระยะที่ไม่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ โดยวัดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ 8-12 สัปดาห์ 16-18 สัปดาห์ และ 20-22 สัปดาห์ ซึ่งในกลุ่มทดลองจะเป็นช่วงเวลาที่ได้รับคำแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ทันทีหลังเจาะน้ำคร่ำ และหลังทราบผลการตรวจตามลำดับ พบว่าในระยะที่ 3 (20-22 สัปดาห์) ความวิตกกังวลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะที่ 2 ในกลุ่มทดลองเป็นระยะหลังเจาะน้ำคร่ำจะมีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความวิตกกังวลในระยะรอนั้น บีสันและโกบัล (Beeson & Golbus 1979: 191-197) สรุปว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงในการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด โดยเฉพาะถ้าเคยให้กำเนิดทารกที่มีความพิการจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าคนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว

ฟิปล์และซันน์ (Phipps & Zinn 1986: 131-142) ได้ศึกษาภาวะทางอารมณ์และการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ของผู้มารับการเจาะน้ำคร่ำ โดยวัดความวิตกกังวล 3 ระยะเหมือนการศึกษาของฟีวาและคณะ (Feva, et al. 1982: 509-513) โดยศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจครรภ์ตามปกติ โดยกลุ่มทดลองวัดครั้งแรกหลังได้รับคำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ (มีอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์) ครั้งที่สองวัดหลังได้รับการเจาะน้ำคร่ำทันที (อายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์) และครั้งที่ 3 วัดหลังทราบผลการตรวจ 1 สัปดาห์ (อายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์) ส่วนในกลุ่มควบคุมวัดความวิตกกังวลเมื่อมาตรวจครรภ์ขณะอายุครรภ์ 3, 4 และ 5 เดือนตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของฟีวาและคณะ คือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำครั้งแรกพบว่ามีความวิตกกังวลระดับหนึ่ง แต่จะสูงมากขึ้นขณะรอนผล และจะลดลงเมื่อทราบผลการตรวจ ขณะที่ในกลุ่มควบคุมเมื่อถึงระยะที่สองซึ่งเป็นระยะที่ตั้งครรภ์ 4 เดือน ความวิตกกังวลลดลง แต่จะมีความวิตกกังวลสูงขึ้นในระยะ 5 เดือนไปจนถึงระยะคลอดและจะมีความวิตกกังวลสูงมากขึ้นในกลุ่มที่มีประวัติการสูญเสียบุตรในครรภ์ก่อน

เทเบอร์และจอห์นสัน (Tabor & Johnson 1987: 443-449) ทำการศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ 2 กลุ่ม คือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 25-34 ปี ซึ่งไม่มีข้อบ่งชี้ของการเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35-40 ปี พบว่าเมื่อเข้ารับการเจาะน้ำคร่ำนั้น ก่อนรับการตรวจมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันแต่ระหว่างการรอผลกลุ่มแรกจะมีความวิตกกังวลหลังการตรวจลดลงเล็กน้อย ขณะที่กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น และหลังทราบผลการตรวจทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลลดลง

โจเกรนและอ็ดเดนเบิร์ก (Sjogren & Uddenberg 1989: 477-487) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลและความเครียดเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำกับกลุ่มที่ตรวจโดยวิธีตัดเนื้อไขว้เรียน พบว่ากลุ่มที่เจาะน้ำคร่ำมีความเครียดและวิตกกังวล 3 ประการคือ 1) ระยะที่รอการตรวจเพื่อจะได้รับการเจาะน้ำคร่ำเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์และต้องรอผลการตรวจอีก 3-5 สัปดาห์ 2) เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของวิธีการตรวจ (Technical procedure) 3) ความผิดปกติของผลการตรวจ จากการศึกษาพบว่า การตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มตรวจด้วยการตัดเนื้อไขว้เรียน นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำจะมีการซึมเศร้าและความตึงเครียดหลังการพบแพทย์ครั้งแรก (ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าควรรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด) และมีความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแท้งมากกว่า

ต่อมาโจเกรนและอ็ดเดนเบิร์ก (Sjogren & Uddenberg 1990 :111-120) ศึกษาความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่รับการวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยวิธีต่างๆ โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 37 ปี 2) กลุ่มที่เคยมีบุตรที่มีความผิดปกติของโครโมโซม 3) กลุ่มที่มีความกังวลจากภาวะจิตใจ จำนวนตัวอย่าง 144 คน พบว่ากลุ่มที่เคยมีบุตรที่มีความผิดปกติของโครโมโซม มีความวิตกกังวลสูงสุดถึงร้อยละ 59 โดยกล่าวว่าทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติ รองลงมาเป็นกลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 37 ปี สำหรับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในระยะรอผลการตรวจพบว่ากลุ่มที่ 2 มีความวิตกกังวลสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 1 ตามลำดับ

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยการเจาะน้ำคร่ำมีระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป แต่ทุกกลุ่มจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นก่อนรับการตรวจ ระหว่างรอผลความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อทราบผลการตรวจความวิตกกังวลจะลดลง ทั้งนี้เพราะการเจาะน้ำคร่ำเป็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะปกติ เป็นภาวะเครียดที่กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้และประเมินสถานการณ์ว่าคุณค่าตนเองรวมทั้งการที่ทราบจากแพทย์ว่าตนเสี่ยงต่อการมีบุตรพิการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เพราะความสมบูรณ์และความเป็นปกติของทารกเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์กังวลมากที่สุด (Clark, et al. 1979: 168 ; Light & Fenster 1974: 48) ซึ่งความวิตกกังวลที่สูงขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์จะมีผลต่อทารกในครรภ์ดังได้กล่าวมาแล้ว

การช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวล

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ เป็นภาวะเครียดจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ จึงเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะที่รอผลการตรวจเพาะเลี้ยงและการตรวจทางชีวเคมี 2-3 สัปดาห์ ซึ่งความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นเป็นความวิตกกังวลที่สามารถลดระดับลงได้ตามที่ อูบล นีวัติชัย (2528: 1115) ได้เสนอแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวลไว้ 4 ข้อคือ

1. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาล่วงหน้าก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อการแก้ไขเฉพาะหน้าหรือรีบด่วนในขณะนั้น ซึ่งอาจทำได้หลายวิธีเช่นให้การยอมรับต่อการแสดงออกของบุคคลยอมรับฟังข้อเรียกร้องให้เห็นใจ พยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของบุคคล ตลอดจนสืบหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหาล่วงหน้าต่อไป

2. ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดย

2.1 เปิดโอกาสให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่างๆ

2.2 แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่นๆ เช่นการออกกำลังกาย

ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ จะมีส่วนส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้นอนหลับได้ง่ายอีกด้วย (Satterley 1979: 11)

2.3 ใช้วิธีการทำสมาธิ ซึ่งเชื่อกันว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสงบสุขและลดความวิตกกังวลได้ (Daley & Greenspun 1973: 59-65)

2.4 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความวิตกกังวล ดั่งการศึกษาของ กัลยาณี มงคลสาร (2529: 60) พบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก

2.5 การสัมผัส (Therapeutic touch) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดั่งการศึกษาของ ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527: ๑) ซึ่งศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยอายุครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมาสันและแพทท (Mason & Pratt 1980: 1001) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาต และกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอัด เพื่อช่วยให้รู้สึกบรรเทาและเข้าใจปัญหานั้น ๆ

3. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะ และประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เป็นการติดต่อสื่อสารเพื่อบุคคลจะได้ประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง และสามารถลดความวิตกกังวลได้ ดั่งการศึกษาของ ฉวี เบาทรวง (2528: 78) พบว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยลดความวิตกกังวลในระยะคลอดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจนี นัณธิยะ (2530: 81) พบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนจะช่วยให้ผู้ป่วยครรภ์แรกผ่าตัดคลอดเด็กทางหน้าท้องมีความวิตกกังวลลดลงได้ดี

4. การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อให้บุคคลเข้าใจความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมของตน มีผลให้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ หลักสำคัญของวิธีนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ เข้าใจและยอมรับตนเองรวมทั้งคนอันมากขึ้น (Corey 1986: 105-107) เป็นผลให้กล้าพูดระบายความวิตกกังวล จนพบแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

จะเห็นได้ว่าการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้ สามารถนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดได้โดยไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และเวลาในการจัดเตรียมมากนัก แต่ยังไม่พบว่ามีผู้ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ รวมทั้งจะช่วยเป็นระบบสนับสนุนคำจูงในการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด

การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

ความหมายของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

อาภา จันทรสกุล (2531: 2) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือโดยผู้รับคำปรึกษาบปะกับผู้ให้คำปรึกษาภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ในสภาพแวดล้อมและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคและวิธีการทางจิตวิทยาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจความรู้สึก ค่านิยมตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง เพื่อนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

อาบักเคิล (Arbuckle 1965 อ้างใน ทองเรือน อมรัชกุล 2524: 8) กล่าวถึงการให้คำปรึกษา ว่าเป็นแนวคิดที่บุคคลสองคนคือผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาได้พูดคุยถึงปัญหาข้อข้องใจ จนกระทั่งผู้รับคำปรึกษาได้ดำเนินการในส่วนของตนเองมาถึงจุดซึ่งสามารถมองเห็นลู่ทาง และตัดสินใจได้ว่าทางเลือกไหนสมเหตุสมผล คือมีการยอมรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ยอมรับสิ่งแวดล้อมตามสภาพความเป็นจริง และสามารถแก้ปัญหาได้ในที่สุด ผลสำคัญที่เกิดขึ้นเมื่อมีความยุ่งยากทางอารมณ์จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถมองเห็นแนวทางกว้างขวางขึ้น จนผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ได้

ฮอปสัน (Hopson 1978: 33) ให้ความหมายว่าการให้คำปรึกษาจะเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้คลายความสับสนทางอารมณ์ จนบุคคลนั้นมองเห็นแนวทางในการดำเนินการให้เกิดผลดีต่อตนเองโดยบุคคลนั้นเป็นผู้ตัดสินใจเองถือเป็นการช่วยเหลือบุคคลนั้นให้ช่วยตัวเองได้

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาที่กล่าวมานั้น หมายถึงการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเน้นการแก้ปัญหาทางด้านจิตใจเท่านั้น แต่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดเกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์ เทคโนโลยีในการดูแลระยะตั้งครรภ์และปัญหาทางด้านจิตใจ จึงเป็นการนำเอาเทคนิคและกระบวนการในการให้คำปรึกษามาประยุกต์ใช้เป็นการให้พยาบาลในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ได้ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านกาย จิตและสังคม เมื่อภาวะสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์

มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพคล้ายคลึงกันดังนี้

กรรณิการ์ สุวรรณโคต(2528: 106) ให้ความหมายว่าการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นบริการทางสุขภาพ ที่ได้พัฒนาขึ้นมาโดยใช้พื้นฐานความรู้ของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการเผชิญความเจ็บป่วย

สุรีย์ จันทโมลี (2527: 32) ได้กล่าวว่าการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้การให้สุขภาพได้ผลถาวร โดยมุ่งให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตัวเอง ตลอดจนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ลิตวอค (Litwack 1980: 19) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพว่า หมายถึงกระบวนการของสัมพันธภาพแห่งความเข้าใจดีต่อกันและกัน ในอันที่จะช่วยผู้รับคำปรึกษาให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยกระบวนการนี้บุคคลจะสามารถเพิ่มพูนศักยภาพแห่งตนในการบ่งชี้ถึงความต้องการของตนได้มากที่สุด และสามารถจะเลือกสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนหรือเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี ภายในภาวะแวดล้อมที่ดำรงอยู่

สจิวต (Stewart 1983 :7) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาผู้ป่วย (Patient counseling) หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคและการรักษาที่

เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เขาเข้าใจและสามารถจัดการกับสภาวะของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรกระทำเพราะ การเกิดความเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวลจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายได้จากปัญหาทางด้านจิตใจ (Psychosomatic illness) บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษานั้น ได้มีผู้กล่าวไว้หลายท่านดังนี้

เพ็ญพลา (Peplau 1952 cited in Banks 1985: 99); เบลเชอร์ และคณะ (Belcher, et al. 1980: 52-53) กล่าวว่าส่วนสำคัญของการให้การดูแลและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยนั้น บทบาทของพยาบาลควรจะครอบคลุมในทุกบทบาทดังนี้คือ เป็นครู เป็นผู้ชำนาญทางเทคนิค เป็นตัวแทน เป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดการพัฒนาไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

โอเร็ม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หุจเจริญกุล 2534: 30-31) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้บุคคลดูแลตนเองนี้ พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ สนับสนุนและให้ความรู้รวมทั้งกระตุ้นและให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง เช่น พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ สนับสนุนทั้งคำพูดกริยาท่าทางเช่น การมอง การสัมผัส ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ผาสุก

การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล และเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมยิ่ง ซึ่งในทางปฏิบัติ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จากลักษณะงานของพยาบาลที่เป็นงานให้บริการช่วยเหลืออยู่เสมอ ทำให้มีโอกาสรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดี ดังนั้นในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควรเอื้ออำนวยต่อการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หวาดกลัว คับข้องใจหรือทุกข์ทรมานทางจิตใจ (สุนทรี ภาณุทัต 2531: 5; วรรณวิไล จันทราภา 2531: 6;

กองการพยาบาล 2532 : 141-142), ซึ่งสอดคล้องกับเบอร์ตัน (Burton 1983: 113-115) ที่ได้เสนอแนะว่าระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจในระยะตั้งครรภ์นั้น พยาบาลในหน่วยสูติกรรมควรให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความรู้ทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ตามแต่ความต้องการช่วยเหลือของแต่ละบุคคล เพื่อสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

กรณีการ สุวรรณโคต(2525: 113-114) และสุรีย์ จันทโมลี(2527: 35) กล่าวถึงเป้าหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพไว้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและเข้าใจตนเอง ตระหนักในความจริง ยอมรับความจริงได้ตรงตามสภาพที่เป็นอยู่ ทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียด คลายความวิตกกังวลลงได้
2. ช่วยให้เห็นหรือเตรียมตัวเผชิญความวิตกกังวล ที่เกิดจากปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ
3. สามารถเลือกดำเนินการหรือตัดสินใจดำเนินการได้ด้วยตนเองในปัญหาที่มีอยู่
4. สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่างๆ ตามศักยภาพที่มีอยู่ได้เต็มที่
5. ทำให้ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพหรือผู้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพได้มีที่ปรึกษาเป็นผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ
6. ช่วยพัฒนาบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เจียรนัย ทรงชัยกุล 2533: 728; วัชรีย์ ทรัพย์มี 2525: 33-34; แบงค์ (Banks 1985: 100) และโคเรย์(Corey 1986: 112-113) กล่าวถึงทฤษฎีการให้คำปรึกษาสรุปได้ดังนี้

การให้คำปรึกษานั้นทฤษฎีการให้คำปรึกษาจะทำให้ผู้ให้คำปรึกษามีความรู้และเข้าใจถึงสาเหตุที่มาของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นเหตุเป็นผลและมีข้อมูลสนับสนุน ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ทราบถึงบทบาทของตน ควรใช้กลวิธีและหลักการใดของพฤติกรรมมนุษย์ในกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งการใช้ทฤษฎีในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานให้คำปรึกษายึดถือเป็นแนวปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีในการให้คำปรึกษามีหลายทฤษฎี มีพื้นฐานมาจากจิตวิทยาสาขาต่างๆซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ทฤษฎีที่เน้นความคิดและเหตุผลของผู้รับบริการ
2. ทฤษฎีที่เน้นอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการ
3. ทฤษฎีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทฤษฎีที่เน้นอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการนั้น มีทฤษฎีการให้คำปรึกษาอยู่หลายทฤษฎี ผู้วิจัยเลือกหนึ่งในทฤษฎีเหล่านั้นคือทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

การให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-centered theory)

โรเจอร์ส (Rogers 1951: 483-523) เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หรือที่รู้จักกันว่าเป็นการให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Nondirective counseling) ซึ่งโรเจอร์สได้กล่าวว่ามีคุณค่า มีความสามารถในการใช้ความคิด สติปัญญาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น และการยอมรับ ให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจเปิดเผยโครงสร้างของตน (Self-structure) ซึ่งเป็นส่วนของประสบการณ์ออกมาให้ผู้ให้คำปรึกษาได้รับรู้ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญปัญหา และเริ่มการเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางเลือกที่ตนต้องการ และพึงพอใจได้โดยปราศจากความรู้สึกคุกคามหรือวิตกกังวล

สำหรับความวิตกกังวลนั้นโรเจอร์สอธิบายว่า เป็นความไม่สอดคล้องหรือไม่กลมกลืนระหว่างความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Incongruence) จึงทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการคุกคามทางจิตใจ (Threat) ทำให้เกิดความวิตกกังวล สับสนไม่แน่ใจจึงใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense mechanism) เพื่อหลีกเลี่ยงจากการคุกคามนั้น โดยจะปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์จริง หรือทำให้การรับรู้บิดเบือนไป

คอมบ์ส (Combs อังโน อันต์ อันตรังลี 2514: 127) ; วัชรีย์ ทรัพย์มี (2525: 46-69) และโคเรย์ Corey (1986 :105) กล่าวสรุปไว้ว่าการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง จะช่วยให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกว่าถูกคุกคามและหลีกเลี่ยงการใช้กลไกป้องกันตนเองได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) กับผู้รับบริการ ให้มีความรู้สึกอบอุ่น เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับ ไม่เคร่งเครียด คลายความรู้สึกถูกคุกคามด้านจิตใจ จะช่วยให้เขาได้รับรู้เกี่ยวกับตนเองในสภาพที่เป็นจริงมากขึ้น ทำให้เขาเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และกล่าวว่าการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะให้ผลดีกับผู้รับบริการที่มีปัญหาทางอารมณ์

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

โรเจอร์ส (Rogers 1961: 375) ระบุถึงจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ

1. เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงเพิ่มขึ้น ลดการบิดเบือนหรือการเก็บกดประสบการณ์ของตน สามารถประเมินตนเองได้ตรงต่อความเป็นจริง
2. เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกหดหู่ท้อถอย มีกำลังใจ และเลือกดำเนินชีวิตตนเอง
3. เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า
4. เพื่อให้ผู้รับบริการเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ให้สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านส่วนตัวและการทำงาน

6. ลดการมีอารมณ์เสียจากความเครียด และสามารถปลดปล่อยความเครียดได้อย่างรวดเร็ว

7. เพื่อให้มีบุคคลที่มีประสิทธิภาพ โดยยอมรับความจริง พิจารณาสິงต่าง ๆ ในหลายแง่มุม พยายามพัฒนาตนเอง และเชื่อมั่นในการตัดสินใจด้วยตนเอง

เงื่อนไขที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนัก และเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงนั้น โรเจอร์ส เชื่อว่าในขบวนการให้คำปรึกษาต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ (Rogers 1967: 71-84; Corey 1986: 107-109; Shertzer & Store 1974: 222) ดังนี้คือ

1. ความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ (Psychological contact) หมายถึง ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ มีความผูกพันทางจิตใจ มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันและเข้าใจซึ่งกันและกันในสภาพเป็นส่วนตัว
2. สภาพของผู้รับบริการ (The state of the client) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะวิตกกังวล เนื่องจากความไม่สอดคล้องหรือไม่กลมกลืนระหว่างตนที่เป็นจริงและตนในความคิดความรู้สึก ทำให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลขึ้น ไม่พอใจในตนเองและผู้อื่น
3. ความจริงใจของผู้ให้คำปรึกษาในการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Congruence or genuineness) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความจริงใจ มีความสามารถ และมีความรู้สึกเป็นธรรมชาติไม่แสลสร้างและมีความสม่ำเสมอ ในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง ในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา
4. การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับความเป็นบุคคลของผู้รับบริการโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ มีความเอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง โดย

ไม่นำเอาประสบการณ์ ทักษะ และค่านิยมของตนมาประเมินผู้รับบริการ การที่ผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้รับบริการ โดยปราศจากเงื่อนไขทั้งความรู้สึกและพฤติกรรมของเขา จะทำให้เขาได้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของเขาอย่างอิสระ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า กล้าที่จะควบคุมดูแลชีวิตตนเองมากขึ้น สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้

5. มีความเข้าใจโดยร่วมรู้สึกอย่างลึกซึ้ง (Empathic understanding) ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเห็นใจ และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการเหมือนกับความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษาเอง นอกจากนี้ยังต้องสื่อสารสิ่งเหล่านี้ให้ผู้รับบริการเห็นได้อย่างชัดเจน การที่มีความรู้สึกและอารมณ์ร่วม (Empathy) นี้จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจกล้าเปิดเผยตนเองและยอมรับตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น

6. การรับรู้ของผู้รับบริการ (The client's perception of the counselor) ผู้ให้คำปรึกษาต้องสื่อความหมาย อาจเป็นภาษาพูด (Verbal communication) หรือภาษาท่าทาง (Non-verbal communication) เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณให้คำปรึกษายอมรับและเข้าใจในตัวเขาอย่างไร

นอกจากนี้หลักสำคัญของวิธีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้คำปรึกษาต้องตระหนักว่า

1. ให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล ไม่ใช่ปัญหาของบุคคล
2. ให้ความสำคัญต่ออารมณ์ ความรู้สึกมากกว่าสติปัญญาของผู้รับบริการ
3. สนใจเฉพาะภาวะปัจจุบันของผู้รับบริการมากกว่าเรื่องราวในอดีต
4. เน้นสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาเพราะจะทำให้เกิดการพัฒนาด้านอารมณ์

กระบวนการของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

กระบวนการปรึกษาตามแนวความคิดของโรเจอร์สนั้น สรุปได้ 7 ขั้นตอน (วัชรินทร์ ทรัพย์มี 2525: 55-56; Patterson 1980: 294-296; Rogers 1961: 132-156) ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 ผู้รับบริการยังไม่เต็มใจที่จะเล่าเรื่องเกี่ยวกับตนเอง จะพูดถึงเรื่อง
ทั่วๆ ไป จะไม่พูดถึงความรู้สึก การรับรู้หรือปัญหาของตนเอง

ขั้นที่ 2 ถ้าผู้รับบริการได้รับการยอมรับอย่างดีจากผู้ให้คำปรึกษาจะเริ่มพูด
ถึงเรื่องราวต่างๆแต่ยังไม่ใช้เรื่องของตนเอง ผู้รับบริการเริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่าง
ออกมาแต่ยังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึก หรือปัญหาของตนเอง ในขั้นนี้ผู้รับบริการจะตั้ง
ใจมารับคำปรึกษา

ขั้นที่ 3 เมื่อผ่านขั้นที่ 2 แล้วผู้รับบริการจะเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับ
ความรู้สึกของตนเองและประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเองในด้านลบ การยอมรับตน
เองค่อนข้างน้อย ยังไม่สามารถแยกแยะความรู้สึกได้ชัดเจนนัก เริ่มรับรู้ถึงความรู้สึก
และความต้องการของตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เป็นจริง

ขั้นที่ 4 การยอมรับและเข้าใจอย่างแท้จริงของผู้ให้คำปรึกษาในขั้นที่ 3 จะ
ช่วยให้ผู้รับบริการกล้าระบายความรู้สึกของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่รู้สึกไม่แน่ใจแล้วและ
ลังเลที่จะแสดงความรู้สึกออกมา ในขั้นนี้ผู้รับบริการจะเริ่มมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้คำปรึกษา
และยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเองที่เป็นจริงมากขึ้นแต่ไม่ใช้ความรู้สึกขณะนั้น

ขั้นที่ 5 ผู้รับบริการแสดงความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ สามารถแยกแยะ
ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น รับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันได้ดี กล้ารับผิดชอบปัญหา
ของตัวเอง แต่ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับตนเอง

ขั้นที่ 6 ผู้รับบริการยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์อย่างเต็มที่ โดยไม่มี
การปฏิเสธหรือต่อต้านเพิ่มความปลอดภัยระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเอง และประสบ
การณ์ที่เป็นจริงโดยปราศจากเงื่อนไขทำให้สิ่งที่คุกคามลดลง การแสดงออกจะเป็นไป
ตามธรรมชาติ

ขั้นที่ 7 ขั้นยุติการปรึกษา ผู้รับบริการจะเป็นตัวของตัวเองเต็มที่ มีความเชื่อ
มั่นในตนเอง ยอมรับความจริงสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่ากระบวนการปรึกษาของโรเจอร์สจะไม่แบ่งขั้นตอนชัดเจน แต่
ได้มีผู้รวบรวมและสรุปขั้นตอนให้คำปรึกษาไว้เป็น 3 ขั้นตอน (สุนิย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว 2527
: 80-83; ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ 2534: 22-23; Banks 1985: 105-106;
Rogers 1961 cited in Belecher, et al. 1985: 105) ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Initial phase)
2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา (Working or maintenance phase)
3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (Closure and termination)

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Initial phase) เป็นการสร้างความคุ้นเคยหรือสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Rapport) ซึ่งบางครั้งกล่าวเป็นขั้นตอนของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นการสร้างให้เกิดความไว้วางใจและการยอมรับนับถือซึ่งต้องกำหนดไว้และตั้งวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาขึ้นไว้

2. ดำเนินการให้คำปรึกษา (Working or maintenance phase) หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในตนเอง (Self understanding) เพิ่มขึ้น เกิดการควบคุมตนเอง (Self regulation) และมองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาของตน ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาทั้งทางตรงและทางอ้อม (Active-passive technique) เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) การตั้งคำถาม (Questioning) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarifying) การแปลความหมาย (Interpreting) การเผชิญความจริง (Confrontation) การทดสอบ (Test) และอื่น ๆ

ในระยะของการดำเนินการให้คำปรึกษานี้เป็นระยะสำคัญของสัมพันธภาพ ผู้รับบริการจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น บอกความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรับฟังอย่างสนใจ เข้าใจและติดตามเรื่องราวให้เข้าใจตรงกับผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาหลายๆ อย่างในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีทักษะในการฟัง มีความสามารถในการใช้เทคนิคต่างๆ ได้เหมาะสม จะดำเนินการในระยะแก้ไขปัญหานี้ได้ดี ไม่ควรใช้การแนะนำหรือสั่งสอนของวิธีการแก้ไข ซึ่งก็ตรงกับความเห็นของโรเจอร์ส (Rogers cited in Corey 1986: 99) ซึ่งกล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางว่าในระยะให้คำปรึกษานั้น ไม่ควรให้ข้อเสนอแนะ แนะนำ ชักชวนโน้มน้าว สั่งสอน ชี้แนวทาง และวินิจฉัยผู้รับบริการ

โคเรย์ (Corey 1986: 111-112) กล่าวว่า ผู้มารับคำปรึกษาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี มีความสามารถที่จะเข้าใจในตนเองและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองได้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาสร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่น มีบรรยากาศแห่งการยอมรับ นอกเหนือจากที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีทัศนคติ มีความรู้และทฤษฎีในการให้คำปรึกษาแล้ว ผู้ให้คำปรึกษายังต้องแสดงให้เห็นและสื่อให้ผู้รับบริการเห็นว่าเขามีความจริงใจ เป็นผู้ให้ความอบอุ่นและยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข และมีความละเอียดรอบคอบ ไวต่อการรับรู้ (Sensitive) ความรู้สึกและการแสดงออกของผู้มารับคำปรึกษาได้ถูกต้องตรงกับที่เขาสื่อออกมาให้เห็น

3. ขึ้นยุติการให้คำปรึกษา เมื่อผู้รับบริการสามารถหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือปรับตัว เข้ากับความจริงแล้วก็ควรยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้มารับคำปรึกษาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะขอยุติก็ได้หรือแล้วแต่ตกลงกัน เกี่ยวกับการยุติการให้คำปรึกษานั้น สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว (2527: 82-83) กล่าวว่า การยุติการให้คำปรึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเข้มแข็งขึ้น เนื่องจากการที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาอีก เขาจะต้องตัดสินใจปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง

สำหรับความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดที่เกิดขึ้นนั้น เป็นภาวะอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยคาดคิดว่าตนเองจะให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเป็นปกติ แต่จากประสบการณ์จริงก็คือ ตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงถึงขั้นที่แพทย์ต้องเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดและจากการที่ไม่อาจทำนายผลการตรวจน้ำคร่ำ ทำให้รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากประสบการณ์ที่เป็นจริงได้ จึงทำให้ความวิตกกังวลยิ่งสูงขึ้น ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือเนื่องจากจะกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผู้วิจัยจึงให้กรอบทฤษฎีของโรเจอร์สมาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เพราะทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส เน้นที่อารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการ

เทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการให้คำปรึกษานั้น โรเจอร์สได้พัฒนาเทคนิคและวิธีการในการให้คำปรึกษา โดยเน้นเทคนิคที่ตัวเองใช้และประสบความสำเร็จ (Rogers 1977: 285-290) สรุปได้ดังนี้

การยอมรับ (Acceptance)

การทำให้กระจ่าง (Clarifying)

การสร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ เคารพในเสรีภาพและความเป็นตัวของตัวเองของผู้รับคำปรึกษา

การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจในตนเอง เกิดการยอมรับตนเองได้ ทำให้มีความสอดคล้องกันระหว่างมโนคติของตนเอง (Self-concept) กับมโนคติของตนเองตามจินตนาการ (Ideal self-concept)

ไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้มารับคำปรึกษา

สื่อความเข้าใจความรู้สึกกลับไปยังผู้มารับคำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้น โรเจอร์สกล่าวว่าไม่ควรนำเอาเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบนำทางต่างๆ ไปมาใช้ เช่นการตั้งคำถาม (Questioning) การตีความ (Interpreting) การศึกษาถึงสาเหตุของปัญหาและการวินิจฉัยตัดสิน (Diagnosis) การทดสอบ (Testing) สิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้นอยู่ที่การเปิดโอกาสให้ผู้มารับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่ต้องการระบาย ภายใต้สภาวะของสัมพันธภาพที่ดีในการให้คำปรึกษา โดยมีบรรยากาศอบอุ่นเป็นมิตร ซึ่งโรเจอร์สจะไม่เน้นที่เทคนิคในการให้คำปรึกษา แต่จะเน้นที่ลักษณะจำเป็นของผู้ให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้ (Corey 1991: 212-214 ; Hobb cited in Shertzer and Stone 1974 : 220-221; Patterson 1986: 398-399)

1. การยอมรับ (Acceptance) โดยการยอมรับในคุณค่าของแต่ละบุคคล (Worth of the individual) ด้วยการยอมรับบุคคลโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional positive regard) โดยปฏิบัติต่อผู้มารับคำปรึกษาในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีความเท่าเทียมกัน แสดงการยอมรับทางสีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียงที่เป็นมิตรและสนทนา ให้ความอบอุ่น สร้างบรรยากาศที่เป็นอิสระ ให้ผู้มารับคำปรึกษาได้มีโอกาสระบายความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ได้อย่างอิสระ ยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างที่เขาเป็นโดยไม่ใช้ประสบการณ์และทัศนคติของตนมาตัดสินผู้มารับคำปรึกษา

2. ความเข้าใจสภาวะและความรู้สึกที่แท้จริง (Empathy) เป็นการแสดงถึงความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาโดยเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic understanding) ซึ่งแสดงออกโดยสนใจในสิ่งที่เขาพูด เข้าใจและตีความได้ถูกต้องสอดคล้องกับที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออก

3. ความจริงใจอย่างแท้จริง (Authenticity or genuineness) เป็นการไม่เสแสร้ง มีความเป็นตัวของตัวเองโดยไม่แสร้งทำ ตระหนักรู้ว่าตนเองคิดหรือรู้สึกอย่างไรก็แสดงออกไปอย่างนั้นทั้งคำพูดและการกระทำ

4. สื่อความได้ชัดเจนตรงประเด็น (Concreteness) การที่ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสื่อความได้ชัดเจนตรงประเด็น จะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจปัญหาและความรู้สึกของตนเองได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง

การให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นปรัชญา และทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิคที่ใช้ ฉะนั้นเทคนิคที่นำมาใช้จึงเป็นไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา เช่น ทักษะการฟัง (Listening skill) และทักษะการสนองตอบ (Responding skill) ซึ่งเทคนิคเหล่านี้เป็นการแสดงออก การยอมรับ ความเข้าใจและความเชื่อถือ ทำให้ผู้รับบริการทราบว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกของเขา เปิดโอกาสให้เขาได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งภายใต้การสร้างสัมพันธภาพตลอดกระบวนการให้คำปรึกษานั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงออกถึงความจริงใจ การยอมรับอย่าง

ปราศจากเงื่อนไขและมีความเข้าใจมีอารมณ์ร่วมรู้สึกกับผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคเบื้องต้นของการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา (Corey 1986: 107-109)

เทคนิคในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ในครั้งนี้ เนื่องจากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์ เทคโนโลยีในการดูแลระยะตั้งครรภ์และปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาที่สำคัญๆ รวมทั้งเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาใช้ร่วมกัน ซึ่งโคเรย์ (Corey 1991: 217-218) กล่าวว่าข้อเด่นของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางคือ เป็นทฤษฎีที่มีเหตุผล และผู้ปฏิบัติการให้คำปรึกษา (Practitioners) มีอิสระที่จะพัฒนารูปแบบของการให้คำปรึกษาเป็นของตนเองแต่ต้องยึดมั่นในเงื่อนไขที่สำคัญของทฤษฎีและเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถค้นพบตนเองตามความเป็นจริงได้ สอดคล้องกับพรพรรณราย ทรัพย์ประภา (2527: 220-230) ที่กล่าวว่าเทคนิคต่างๆที่ใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อให้การให้คำปรึกษาดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับทักษะและความสามารถของผู้ให้คำปรึกษา ที่จะเลือกนำเทคนิคแต่ละชนิดมาใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในขณะที่ให้คำปรึกษา ได้มีผู้กล่าวถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษาไว้หลายท่าน (วัชรวิ ทรัพย์มี 2528: 310-316; พรพรรณราย ทรัพย์ประภา 2527: 220-230; ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ 2534: 31-43; Corey 1986:99-115 ; Litwack 1980 :138-140) สรุปได้ดังนี้

1. เทคนิคเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เป็นการเริ่มการสนทนาด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น มีไมตรี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายเรื่องทั่วๆไป ใช้เวลาเพียงสั้นๆเพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล เป็นการต้อนรับที่ทำให้ผู้มารับคำปรึกษาสามารถเล่าเรื่องราวความไม่สบายใจโดยไม่ลำบากใจ โดยแสดงมารยาทที่เหมาะสม ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเอื้อให้ผู้มารับคำปรึกษาได้เริ่มเล่าถึงปัญหาที่มีอยู่

2. เทคนิคการฟัง (Listening) หัวใจสำคัญของการให้คำปรึกษาก็คือการฟังที่ดี การฟังไม่ได้หมายความว่าแต่เพียงการได้ยินเท่านั้น ผู้ฟังต้องจับใจความให้ได้ครบถ้วน มีความอดทน ฟังอย่างกระตือรือร้น มีการประสานสายตา มีท่าทางบ่งบอกถึงความ

สนใจ ขณะที่รับฟังนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น การสังเกต ผู้ให้คำปรึกษาต้องสังเกตอาการปฏิกิริยา ลักษณะสีหน้าท่าทาง ตลอดจนน้ำเสียงและจะต้องมีความสามารถและไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการแสดงออก รวมทั้งเข้าใจการสื่อความหมายของผู้มารับคำปรึกษาได้เป็นอย่างดี

ทรอทเซอร์ (Trotzer 1977: 80) กล่าวถึงการฟังอย่างกระตือรือร้นว่า จะสามารถสื่อความหมายได้ 4 ประการคือ การยอมรับ (Acceptance) การนับถือ (Respect) การเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic understanding) และการเอาใจใส่ (Caring) ในตัวผู้มารับคำปรึกษา

3. การยอมรับ (Acceptance) โดยผู้ให้คำปรึกษาแสดงท่าทีให้ผู้มารับคำปรึกษาเห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาใส่ใจ เข้าใจและยอมรับเขา โดยการพยักหน้า ตั้งใจฟัง ประสานสายตา แสดงออกทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง โดยไม่ขัดจังหวะการพูดหรือเปลี่ยนเรื่องพูด ซึ่งแพทเทอร์สัน (Patterson 1986: 398) กล่าวว่า การยอมรับนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรยอมรับผู้มารับคำปรึกษาอย่างที่เขาเป็น ในฐานะที่เขาเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีคุณค่า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความขัดแย้งในตัวเอง ความไม่สอดคล้องกันของตัวเอง และไม่ว่าจะเป็นข้อดีหรือข้อเสีย ไม่มีการประเมินตัดสินไม่ว่าในแง่บวกหรือแง่ลบ ซึ่งหมายถึงถึงการยอมรับผู้มารับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional positive regard)

4. เทคนิคการสะท้อน (Reflecting) เป็นทักษะที่แสดงออกด้วยวาจาหรือกิริยาท่าทาง และให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนเป็นภาษาพูดให้ผู้มารับคำปรึกษาทราบว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่เพียงแต่ได้ยินสิ่งที่เขาพูดเท่านั้น ยังเข้าใจสิ่งที่อยู่ภายในใจของเขาด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกที่ซ่อนเร้นอยู่ได้รับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเปรียบเสมือนเขาได้มองเห็นตัวเองในกระจกเงาที่สะท้อนให้เห็นตัวเอง เทคนิคการสะท้อนมี 3 ลักษณะ คือ

4.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting feeling) เป็นการสะท้อนความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา ช่วยแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่แสดงออกมาอย่างคลุมเครือ และช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาได้รู้สึกว่าเป็นความรู้สึกของตน

4.2 การสะท้อนด้านประสบการณ์ (Reflecting experience) เป็นการสะท้อนให้ผู้มารับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงท่าทางและการแสดงออกของคนที่ปรากฏออกมา

4.3 การสะท้อนด้านเนื้อหา (Reflecting content) อาจเป็นการสะท้อนความคิด หรือความรู้สึกโดยใช้ข้อความกระชับรัดและเป็นคำพูดของผู้ให้คำปรึกษา

5. การเงียบ (Silence) ในการให้คำปรึกษานั้น การเงียบเป็นเทคนิคที่จำเป็นเพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาได้รวบรวมเรื่องราว ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ก่อนที่จะบรรยายหรือระบายความคิด ความรู้สึกออกมา ซึ่งจะเป็นโอกาสให้ผู้ให้คำปรึกษาได้สังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้มารับคำปรึกษาไปด้วย

6. เทคนิคการสังเกต (Observing) หมายถึงการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่ผู้มารับคำปรึกษาแสดงออกด้วยกิริยาท่าทางและพฤติกรรมต่างๆที่ไม่ได้เป็นคำพูด ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเลือกทักษะในการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเอื้ออำนวยให้ผู้มารับคำปรึกษาแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองต่อไป

7. การทวนซ้ำ (Restating) เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้มารับคำปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่ง โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงไม่ว่าในแง่ของภาษาหรือความรู้สึกที่แสดงออกมา เพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น เปิดเผยตัวเองมากขึ้นและพูดต่อไปและเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ การทวนซ้ำแบ่งเป็น 4 ประเภท

7.1 ทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้มารับคำปรึกษาพูดเป็นการทวนซ้ำทุกคำพูด

7.2 ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้มารับคำปรึกษาด้วย

7.3 ทวนซ้ำเฉพาะส่วนสำคัญเพียงส่วนเดียว

7.4 ทวนซ้ำแบบสรุป

8. เทคนิคการทำให้กระจ่าง (Clarifying) การทำให้กระจ่างเป็นการทำให้เกิดความชัดเจนในเนื้อหาสาระที่ผู้มารับคำปรึกษาพูดออกมาเมื่อเกิดความคลุมเครือในคำพูด โดยอาจจะขอร้องให้ผู้มารับคำปรึกษาพูดซ้ำอีกครั้งหรือช่วยผู้มารับคำปรึกษาค้นหาคำพูดที่ตรงกับความหมายมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวของเขาชัดเจนยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัญหาของเขา

9. เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) เป็นการดึงเอาความสำคัญของการสนทนาออกมา หรือรวบรวมสิ่งที่พูดกันไปแล้วให้เป็นประโยคเดียว หรือคำพูดที่กระชับขึ้น โดยให้ครอบคลุมถึงเรื่องราวต่างๆ ที่ได้สนทนากันมา โดยทั่วๆ ไป การสรุปมักจะทำก่อนการยุติการสนทนา แต่อาจนำมาใช้เมื่อต้องการมุ่งความสนใจไปยังประเด็นที่สำคัญ หรือต้องการให้เกิดความเข้าใจตรงกันเพื่อให้การให้คำปรึกษาดำเนินต่อไปอย่างตรงเป้าหมาย

10. การแปลความหมาย (Interpreting) เป็นการนำเอาสิ่งที่ผู้มารับคำปรึกษาพูดมาตีความใหม่ และพยายามสื่อความหมายของคำพูดที่ซ่อนเร้นอยู่ให้ผู้มารับคำปรึกษาทราบ หรือกรณีที่ผู้มารับคำปรึกษาใช้คำพูดเป็นนัย ผู้ให้คำปรึกษานำคำพูดนั้นมาถอดออกเป็นคำพูดโดยตรงแล้วสอบถามว่าหมายความว่าความเช่นนี้ใช่หรือไม่

11. การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้คำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภูมิหลังของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจปัญหาและตัวผู้รับคำปรึกษาได้ดียิ่งขึ้น ลักษณะคำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด

12. เทคนิคการให้ข้อมูล (Giving information technique) การให้ข่าวสาร ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้มารับคำปรึกษาโดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้น การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความจริง จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจ มีความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การให้คำปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ โดยเน้นที่กระบวนการเพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับ มีความอบอุ่นเป็นกันเอง ให้กำลังใจ จริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกที่แท้จริงของตน อันจะนำไปสู่การลดความวิตกกังวล

ได้มีผู้นำวิธีการให้คำปรึกษามาทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในหลายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

สุนัตรา กัณหเนตร (2532: ๗) ได้ศึกษาผลของการให้บริการปรึกษากลุ่มต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง กลาง ต่ำ พบว่านักศึกษากลุ่มที่ได้รับบริการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และ พรรณี เมนะเศวต (2535: 92) ได้ศึกษาผลของการให้บริการปรึกษากลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาล ปี 2 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับคำปรึกษากลุ่ม พบว่าความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สำหรับงานวิจัยที่ทำการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ปวยนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล คือ

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531: 47) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา พบว่าหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และรัชนี วีระสุขสวัสดิ์ (2535: 80) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจและรักษาในโรงพยาบาลพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจและรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ได้รับคำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุรีย์ เทพคุณรังษิกุล (2532: 56) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษากลุ่มละ 30 คน พบว่าคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ว่าเสี่ยงต่อการมีบุตรพิการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ความซับซ้อนเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำซึ่งเป็นการตรวจพิเศษแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เมื่อเป็นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะปกติ ไม่ทราบว่าสุขภาพของตนและทารกในครรภ์จะเป็นอย่างไร มีความปลอดภัยจากการตรวจหรือไม่ ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ที่เกิดอันตรายและคุกคามต่อตนเอง เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น การให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการได้และเนื่องจากยังไม่พบรายงานการศึกษาในประเทศไทยว่ามีผู้ใดทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด อันจะเป็นประโยชน์และแนวทางในการให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษาภายหลังได้รับการเจาะน้ำคร่ำจากแพทย์

ลักษณะประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อความพิการ อายุครรภ์ 8-20 สัปดาห์ เมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในหน่วยตรวจครรภ์ให้รับบริการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด จะไปรับการนัดวันที่จะทำการตรวจเจาะน้ำคร่ำที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ตึกสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามธิบดี ทำการศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2535-เดือนกุมภาพันธ์ 2536 จำนวน 60 คนไม่จำกัดอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. ตกลงใจที่จะรับบริการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด
2. เข้าใจภาษาไทย ตอบแบบสอบถามได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการเป็นตัวอย่าง

1. ผ่ากครรภ์พิเศษกับแพทย์
2. ไม่มารับการเจาะน้ำคร่ำ
3. ไม่มาฟังผลการตรวจที่โรงพยาบาลรามธิบดีด้วยตนเอง

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกิดการปนเปื้อนกัน (contaminate) และมีโอกาสพบทั้งแพทย์และผู้ช่วยแพทย์เท่าๆกัน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าวแล้วผู้วิจัยทำ random sampling ด้วยการจับฉลากเพื่อสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุก 2 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัยและได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยวินิจฉัยก่อนคลอดตามปกติ

กลุ่มควบคุม คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัย แต่ได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยวินิจฉัยก่อนคลอดตามปกติ

สถานที่ศึกษา

หน่วยตรวจครรภ์ของแผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดีจะมีการตรวจครรภ์ในวันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-12.00น. ส่วนบริการการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดจะมีขึ้นตอนดังนี้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์แล้วพบว่า มีข้อบ่งชี้ว่าทารกในครรภ์เสี่ยงต่อความพิการ แพทย์จะแนะนำให้รับการตรวจนี้ หลังการตรวจครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะไปรับการนัดวันเจาะน้ำคร่ำที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ตึกสูติกรรม 3 ให้อยู่ในช่วงที่มีอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ การเจาะน้ำคร่ำตรวจจะมีการบริการสัปดาห์ละ 1 วันคือวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00น. ที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ตึกสูติกรรม 3 เช่นกัน การนัดหมายจะให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมาพร้อมกันเวลา 8.00 น. เพื่อรับฟังคำแนะนำทางพันธุศาสตร์เป็นรายกลุ่มจากแพทย์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจรับการตรวจจะได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดจากแพทย์ โดยการเจาะน้ำคร่ำจำนวน 20 cc. นำไปเพาะเลี้ยงและตรวจทางชีวเคมีซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์จึงทราบผล ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงได้รับการนัดให้มาฟังผลในอีก 3 สัปดาห์ถัดไปซึ่งตรงกับวันพฤหัสบดีเช่นกัน

ในหน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด แพทย์ผู้ทำหน้าที่เจาะน้ำคร่ำ (ในระหว่างการศึกษา มี 4 คน) มีการเปลี่ยนหมุนเวียนในการปฏิบัติงานทุก 2 เดือน ผู้ช่วยแพทย์ (ผู้ช่วยพยาบาล) ซึ่งปฏิบัติงานในการติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์ และช่วยแพทย์ในการเจาะน้ำคร่ำมี 2 คน จะสลับกันปฏิบัติหน้าที่ทุก 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือในการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ชำนาญด้านการให้คำปรึกษา

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว จำนวนการตั้งครรภ์ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ประวัติความพิการหรือความผิดปกติซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมในครอบครัวและอื่นๆจากการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม และจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์

3. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เจอร์ (State-Trait Anxiety Inventory form X-1) ซึ่งแปลโดยแพทย์หญิงนิตยา ศษภักดี ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร และดร. มาลี นิสสัยสุข โดยแบบวัดนี้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มี 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับดังนี้

- 1 = ไม่เลย หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
- 2 = มีบ้าง หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
- 3 = ค่อนข้างมาก หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
- 4 = มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกผู้ตอบมากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลความหมาย

คำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ กำหนดคะแนนเรียงลำดับจากไม่เลยถึงมากที่สุด เป็น 1 2 3 4 เช่นข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ ครีดยด ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ

คำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ กำหนดคะแนนเรียงลำดับจากไม่เลยถึงมากที่สุด เป็น 4 3 2 1 เช่นข้าพเจ้ารู้สึกสงบ ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ

การรวมคะแนนมีการกลับคะแนนคำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบก่อน แล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด

การแปลความหมายคะแนน คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญมีทั้งหมด 20-80 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดย สไปล์เบอร์เจอร์และคณะโดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาใน ภาวะต่างๆที่ตึงเครียดเช่นการดูภาพยนตร์ที่ตื่นเต้นน่ากลัว การสอบและในภาวะที่ไม่ตึงเครียด คือช่วงเวลาปกติและขณะฝึกการผ่อนคลาย

แบบวัดฉบับภาษาไทย ชมชื่น สมประเสริฐ (2626: 64) ได้นำไปทดสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือทดสอบและทางด้านภาษาตรวจสอบ

การหาความเที่ยง

สไปล์เบอร์เจอร์และคณะได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่าแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าค่อนข้างต่ำได้เท่ากับ 0.16 - 0.54 เนื่องจากความวิตกกังวลขณะเผชิญจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สถานการณ์ ดังนั้นการตอบแบบวัดแต่ละครั้งจะแตกต่างกัน แบบวัดภาษาไทย ชมชื่น สมประเสริฐ (2526: 64) ได้ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีเดียวกันในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทดสอบห่างกัน 24 วัน พบว่าแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่า 0.27

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้น สไปล์เบอร์เจอร์และคณะนำไปหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.89-0.94 มีผู้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่มดังเช่น กลุ่มผู้ป่วยคลุ้มคลั่งที่รับการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนและผ่าตัดเจาะเส้นเลือดขอด (ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ 2530: 46) ผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมขณะรอผลตรวจชิ้นเนื้อ (เมตตา ลิมทองกุล 2535: 23) ได้หาความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่า 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับหญิงตั้งครรภ์นั้น กัญจณี พันธ์ยะ (2530: 58) วัดในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ค่าความเที่ยง 0.93 และ อุษษา เชื้อหอม (2534: 37) นำไปใช้วัดหญิงครรภ์แรกขณะปากมดลูกเปิดหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.90

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไข้ไปทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.85 ในงานวิจัยนี้จากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดจำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เตรียมสร้างคู่มือในการให้คำปรึกษา โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับคำถามและความวิตกกังวลขณะเผชิญไข้หญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดโดยร่วมฟังการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์จากแพทย์ ที่ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี เป็นรายกลุ่มก่อนการเจาะน้ำคร่ำ สอบถามจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษากับหญิงตั้งครรภ์โดยอัดแถบเสียงไว้จำนวน 20 คน แล้วนำไปขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 สร้างคู่มือในการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์โดยอาศัยหลักการให้คำปรึกษา โดยมีประเด็นในการสนทนาที่เป็นแนวเดียวกันในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กำลังใจ ตลอดจนได้สำรวจความรู้สึกนึกคิดของตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ด้วย

หลังจากสร้างคู่มือในการให้คำปรึกษาแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้ถูกต้องตามเทคนิคของการให้คำปรึกษา เมื่อปรับปรุงเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด โดยอัดแถบเสียงไว้นำไปตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อแนะนำและแก้ไขเพิ่มเติม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการให้คำปรึกษา

2.1 ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

2.2 ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.3 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

ขอหนังสือแนะนำตัวจากนักจิตวิทยาชั้น มหาวิทยาลัยมหิดล ไปยังหัวหน้าภาค วิชาสถิติ-รีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่หญิงตั้งครรภ์มาติดต่อกับหน่วย วินิจฉัยก่อนคลอด ครั้งที่ 2 อีก 3 สัปดาห์ต่อมาหลังจากที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำก่อนพบ แพทย์เมื่อมาฟังผลการตรวจน้ำคร่ำ โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการดังนี้

ผู้วิจัยพบกับหญิงตั้งครรภ์ ในวันแรกที่หญิงตั้งครรภ์มาติดต่อกับหน่วย วินิจฉัยก่อนคลอด โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การศึกษารวมทั้งวิธีการให้ความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยให้ความมั่นใจแก่หญิงตั้งครรภ์ว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ ความเป็นบุคคลและการรักษาความลับจากผู้วิจัย หลังจากที่หญิงตั้งครรภ์ตอบรับยินดีให้ความ ร่วมมือในการศึกษา ได้ขอให้หญิงตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอม ผู้วิจัยเชิญหญิงตั้งครรภ์มายังสถานที่ ที่เตรียมไว้และให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะ เผชิญ หลังตอบแบบสอบถามถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการลุ่มเข้ากลุ่มทดลองผู้วิจัยให้คำปรึกษาทาง สุขภาพในครั้งที่ 1 และให้ข้อมูลตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ต่อมาเมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมารับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำ หลังจากการเจาะ น้ำคร่ำแล้วได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพในครั้งที่ 2 จากผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ในวันนัดฟังผล ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ขอให้หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบวัดความ วิตกกังวลขณะ เผชิญแทนผู้วิจัย เพื่อไม่ให้เกิดอคติและความลำเอียง(blind technique)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS* ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยายแยกกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการทดสอบทีแบบกลุ่ม (grouped t-test)
3. แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบแบบทีคู่ (paired t-test)
5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้ความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (analysis of covariance)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ในการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ที่ตึกสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามารชิบติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจำนวน 60 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ 30 คนและกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ 30 คน ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คณะแนวความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มควบคุม 42 คน ไม่มารับการเจาะน้ำคร่ำ 9 คน แท้งก่อนมารับการเจาะน้ำคร่ำ 1 คน ตัดสินใจไม่รับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำหลังฟังคำแนะนำทางพันธุศาสตร์จากแพทย์ 2 คน คงเหลือ 30 คน และในกลุ่มทดลอง 34 คน ไม่มารับการเจาะน้ำคร่ำ 2 คน ไม่มาฟังผลตามวันนัดเนื่องจากป่วยเป็นไข้หวัด 1 คน แท้งค้างต้องรับการขูดมดลูกก่อนการเจาะน้ำคร่ำ 1 คน คงเหลือ 30 คน รวมเป็นตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าทีแบบกลุ่ม (grouped t-test) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	รวม (N=60คน)		กลุ่มควบคุม (n ₁ =30คน)		กลุ่มทดลอง (n ₂ =30คน)		χ ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	27	45.00	14	46.67	13	43.33	0.47 ^{ns}
มัธยมศึกษา	5	8.33	3	10.00	2	6.67	
อาชีวศึกษา	10	16.67	6	20.00	4	13.33	
ปริญญาตรี	16	26.67	6	20.00	10	33.34	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.33	1	3.33	1	3.33	
อาชีพ							
แม่บ้าน	16	26.67	7	23.33	9	30.0	0.47 ^{ns}
ค้าขาย	13	21.67	8	26.67	5	16.67	
เกษตรกร	1	1.66	1	3.33	-	-	
รับจ้าง	15	25.00	8	26.67	7	23.33	
รับราชการ	15	25.00	6	20.00	9	30.00	
รายได้ (บาท)							
ต่ำกว่า 4,000	3	5.00	2	6.67	1	3.33	0.67 ^{ns}
4,001-8,000	16	26.67	9	30.00	7	23.33	
8,001-12,000	14	23.33	6	20.00	8	26.67	
12,001-16,000	14	23.33	9	30.00	5	16.67	
มากกว่า 16,000	13	21.67	4	13.33	9	30.00	
ลักษณะของครอบครัว							
ครอบครัวเดี่ยว	40	66.67	18	60.00	22	73.33	0.41 ^{ns}
ครอบครัวขยาย	20	33.33	12	40.0	8	26.67	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	รวม(N=60คน)		กลุ่มควบคุม(n=30คน)		กลุ่มทดลอง(n=30คน)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การอยู่ด้วยกันกับสามี							
อยู่ด้วยกันทุกวัน	54	90.00	26	86.66	28	93.34	0.69 ^{ns}
อยู่คนละสถานที่แต่							
พบกันทุกสัปดาห์	3	5.00	2	6.67	1	3.33	
อยู่คนละสถานที่แต่ พบกันทุกเดือน	3	5.00	2	6.67	1	3.33	
ลำดับที่ของการตั้งครรภ์							
ครรภ์แรก	16	26.67	7	23.33	9	30.0	0.77 ^{ns}
ครรภ์หลัง	44	73.33	23	76.67	21	70.0	

^{ns} p>.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอายุของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบแบบ ที

ลักษณะของกลุ่ม	จำนวน	พิสัย	\bar{X}	SD	t
อายุ (ปี)					
กลุ่มควบคุม	30	28-42	37.13	3.56	0.95 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	30	28-42	37.20	3.94	

^{ns} p>.05

ในเรื่องความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองวิตกกังวลขณะเผชิญเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำเป็นส่วนใหญ่และมีกลุ่มควบคุมเพียงกลุ่มเดียวที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่าง

ความวิตกกังวล*	รวม (N=60คน)		กลุ่มควบคุม (n ₁ =30คน)		กลุ่มทดลอง (n ₂ =30คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพของทารกในครรภ์	14	23.3	6	20.0	8	26.7
ภาพลักษณ์และรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงจากการตั้งครรภ์	6	10.0	4	13.3	2	6.7
สุขภาพของทารกในครรภ์	35	58.3	15	50.0	20	66.7
การเจาะน้ำคร่ำ	31	51.7	16	53.3	15	50.0
การคลอด	5	8.3	5	16.7	-	-
ค่าใช้จ่ายของครอบครัว	9	15.0	3	10.0	6	20.0

* หญิงตั้งครรภ์ 1 คนมีมากกว่า 1 ชนิด

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด มีความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มด้วยการทดสอบแบบที่คู่ (paired t-test) พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นั่นคือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษา จึงตอบรับสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบ ที่คู่

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	df	นั้ลัย	\bar{X}	SD	paired-t
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง		26-64	43.57	10.17	0.43 ^{ns}
หลังการทดลอง	29	28-65	43.13	8.89	
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง		29-66	43.17	8.97	5.20 ^{**}
หลังการทดลอง	29	24-49	37.37	6.18	

^{ns} $p > .05$

, ^{**} $p < .01$

สมมติฐานข้อที่ 2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะ
 น้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดภายหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่ม
 ที่ไม่ได้รับคำปรึกษา (เมื่อได้ขจัดอิทธิพลของความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับคำปรึกษาแล้ว)

เมื่อทดสอบอิทธิพลของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการให้คำปรึกษาทาง
 สุขภาพต่อคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการให้คำปรึกษาทางสุขภาพด้วยการวิเคราะห์
 การถดถอย (Regression analysis) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,58} = 68.3$ $p < .01$)
 จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์หลังการให้คำปรึกษา
 ทางสุขภาพด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) โดยใช้
 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นตัวแปรร่วม พบว่า
 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .01 นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ
 ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ซึ่งตอบรับสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ
 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยใช้
 คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการให้คำปรึกษาเป็นตัวแปรร่วม (N=60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SSy'	MSy'	F
ระหว่างกลุ่ม	1	455.26	455.26	19.45**
ภายในกลุ่ม	57	1334.50	23.41	
รวม	58	1789.76		

** $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพซึ่งจัดเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจัดเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดที่ตึกสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาศิริตีกกลุ่มละ 30 คนมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ผู้ที่มารับการตรวจที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี ร้อยละ 75.0 มารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด โดยมีข้อบ่งชี้ว่าเสี่ยงต่อการมีบุตรพิการเนื่องจากอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี ร้อยละ 25.0 มีข้อบ่งชี้จากประวัติการตั้งครรภ์หรือประวัติครอบครัวว่าเคยให้กำเนิดบุตรที่พิการหรือปัญญาอ่อน (ตารางที่ 6 ภาคผนวก ฉ) สาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวลร้อยละ 58.3 เป็นเรื่องสุขภาพของทารกในครรภ์ (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของไลท์และเฟนสเตอร์ (Light & Fenster 1974: 48) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ร้อยละ 87.56 วิตกกังวลเกี่ยวกับความสมบูรณ์และสุขภาพของทารกในครรภ์

จากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าควรรับการเจาะน้ำคร่ำ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำมาก่อนที่จะได้รับทราบจากแพทย์ เมื่อเป็นประสบการณ์ใหม่จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้นดังที่ ไรครอฟท์ (Rycroft 1978: 12) กล่าวว่า ประสบการณ์ใหม่ทั้งหลายที่บุคคลยังไม่เคยพบมาก่อนสามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะประสบการณ์นั้นจะน่าพึงพอใจหรือไม่ ดังนั้นขณะที่มารับการตรวจครรภ์แพทย์แนะนำให้ทราบว่า การตั้งครรภ์ครั้งนี้เสี่ยงต่อการมีบุตรพิการควรรับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำ จึงเกิดความสงสัยขึ้นหลายประการ เช่นจะเจ็บไหม การตรวจจะเป็นอย่างไรมีอันตรายมากน้อยเพียงใด ควรปฏิบัติตัวอย่างไร สอดคล้องกับ วรณวิไล จันทราภา (2528: 860-861) ที่กล่าวว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยบุคคลจะประเมินสถานการณ์แตกต่างกันตามการรับรู้และข้อมูลที่มีอยู่ หรือเป็นการคาดการณไปเองและอาจเกิดความสงสัยขึ้น เช่นป่วยเป็นอะไร มีอันตรายเพียงใด สิ่งเหล่านี้ถ้าขาดการรับรู้หรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ตรงตามความต้องการ ย่อมเป็นผลให้ความต้องการนั้นคงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

การมารับการตรวจครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำเป็นการมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่ง นงคราญ ภาสุม, และคณะ (2524:53-57) กล่าวว่าผู้ที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จากระเบียบวิธีการของโรงพยาบาล จากบุคลากรต่างๆ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ การตรวจของแพทย์ จากการศึกษาที่ไม่มีโอกาสพูดคุยซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ การตรวจที่ใช้เวลารวดเร็วจนผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าจะได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องหรือไม่ จากการศึกษาของ ลัคนา อิมคุนย์ และคณะ (2532:5) พบว่าการตรวจครรภ์ในโรงพยาบาลรามาศิบัติ นั้นแพทย์ใช้เวลาในการตรวจครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยคนละ 7.91 นาที ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีโอกาสพูดคุยซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการตรวจ การเจาะน้ำคร่ำและสุขภาพของทารกในครรภ์ได้ตามความต้องการ เมื่อเกิดการคลุมเครือไม่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพย่อมคุกคามต่อความรู้สึกของผู้ป่วย (กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2527: 423) ความรู้สึกนี้กระตุ้นให้เกิดความต้องการทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของตน ซึ่งถ้าความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองอาจคาดคะเนไปตามประสบการณ์เดิมและโดยมากมักคาดคะเนไปในทางลบและนำไปเชื่อมโยงกับความวิตกกังวลในเรื่องอื่นๆ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่านอกจากความกังวลเรื่องสุขภาพของตนร้อยละ 23.3 แล้วหญิงตั้งครรภ์ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ การเจาะน้ำคร่ำ และค่าใช้จ่ายของครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 58.3 , 51.7 และ 15.0 ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการเจาะน้ำคร่ำสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญ คือการเจาะน้ำคร่ำเป็นการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดที่จะช่วยลดความวิตกกังวลในบิดามารดาที่กลัวว่าบุตรจะพิการ (จินตนา ศิรินาวัน 2524: 287) แต่สุขภาพและความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์เป็นความวิตกกังวลประการสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ สำหรับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำนั้น เสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ (2532: 135) พบว่าหลังให้คำแนะนำทางพันธุศาสตร์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 71 ไม่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 26 มีความวิตกกังวลระดับต่ำ จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (จากเวชระ เบ็ญน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลารอจากวันที่มีนัดวันเจาะน้ำคร่ำ จนถึงวันที่ได้รับคำแนะนำทางพันธุศาสตร์และเจาะน้ำคร่ำในวันเดียวกันนั้นใช้เวลาในการรอ 1-9 สัปดาห์ โดยที่ร้อยละ 61.61 ใช้เวลาในการรอคอย 5-9 สัปดาห์ การที่ใช้เวลาในการรอดด้วยความคลุมเครือไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล (2535: 57) ที่กล่าวว่าขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อนั้นผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยเฉพาะความคลุมเครือเกี่ยวกับ

ภาวะความเจ็บป่วย เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญทำให้เกิดความเครียดมาก นอกจากนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ก่อนที่จะรับการเจาะน้ำคร่ำหญิงตั้งครรภ์และสามีจะได้รับคำปรึกษาทางพันธุศาสตร์จากแพทย์เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 20 คน ซึ่งการให้ความรู้แบบกลุ่มมีข้อดีคือ เมื่อผู้เรียนมีปัญหาคลายคลึงกันมาพบปะกันทำให้ทราบว่าตนไม่ได้ประสบปัญหาต่างๆ เพียงคนเดียวเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น แต่มีข้อจำกัดคือการจัดเป็นกลุ่มมิได้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์ 2532: 395) เพราะบุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถ สติปัญญา ความต้องการ ความสนใจ ร่างกาย อารมณ์และสังคม (นิพนธ์ สุขปรีดี 2519: 92) ซึ่งการให้ความรู้แบบกลุ่มนั้นอาจไม่มีโอกาสสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างใกล้ชิด ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สุขภาพ ผู้รับบริการอาจเกิดความรำลึกขลาดอาย ไม่กล้าที่จะซักถามในสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ ดังนั้นในระยะก่อนถึงวันเจาะน้ำคร่ำ และหลังการเจาะน้ำคร่ำหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจึงยังคงเกิดความเครียด และวิตกกังวลอยู่

จากสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด มีความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพของกลุ่มทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 5) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัยตั้งแต่มาติดต่อครั้งแรกที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด และหลังการเจาะน้ำคร่ำทันที ในกลุ่มนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธ์ภาพ โดยแสดงให้เห็นหญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ว่าผู้วิจัยมีความจริงใจ ยอมรับ เข้าใจร่วมรู้สึก เห็นใจและเอื้ออาทรต่อหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งให้ข้อมูลตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ สืบเกิดได้จากหญิงตั้งครรภ์กล้าพูดคุย ซักถาม ทั้งนี้เพราะการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกล้าซักถามและระบายความรู้สึกต่างๆ (อบล นวัตกรรม 2528: 1115; สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2527: 178-180) นอกจากนี้ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ สะท้อนความคิดความรู้สึกต่างๆ ให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าใจถึงสภาพต่างๆ ของตนเองและมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา และผ่อนคลายความวิตกกังวลที่มีอยู่ ซึ่งการมีโอกาสระบายความรู้สึกอย่างอิสระและจากการสะท้อนความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา

ลดความวิตกกังวล ทำให้มองเห็นวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง (Rogers 1951: 41; Patterson 1986: 396-397) นอกจากนี้ยังได้เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อมูลทางสุขภาพเพิ่มเติม เพราะการให้ข้อมูลก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ ตั้งการศึกษาของ นวี เบาทรวง (2528: 78) พบว่า การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อูชา เขื่อหอม (2534: 55) พบว่า ข้อมูลที่ได้รับจากการเตรียมตัวคลอดทำให้รับรู้สถานการณ์สอดคล้องกับประสบการณ์จริงและช่วยให้ผู้คลอดมีวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์จริงซึ่งช่วยลดความกลัวและความรู้สึกทรมานได้ และสอดคล้องกับไลท์และเฟนสเตอร์ (Light & Fenster 1974: 50) ที่กล่าวว่าบุคลากรในวิชาชีพที่เข้าใจความวิตกกังวลประการต่างๆ ที่หญิงตั้งครรภ์มีขณะตั้งครรภ์ ควรจัดให้ความรู้แบบมาตรฐานครรภ์ (prenatal classes) ให้คำปรึกษา สนับสนุนให้กำลังใจและให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ เพราะนอกจากจะเป็นประโยชน์แล้วยังช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ได้ ทำให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลง คิดเป็นร้อยละ 96.67 (ตารางที่ 7 ภาคผนวก ข) แต่ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพในวันแรกที่มาติดต่อและหลังเจาะน้ำคร่ำทันที มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 66.67 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา (เสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ 2532: 135; Feva, et al. 1982: 513 และ Phipps & Zinn 1986: 142) ซึ่งสรุปได้ว่าระยะที่รอผลการตรวจเป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงที่สุด

จากสมมติฐานข้อที่ 2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดภายหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ (เมื่อได้ขจัดอิทธิพลของความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพแล้ว)

การจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้ควบคุมตัวแปรในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว การอยู่อาศัยร่วมกันของสามีและลำดับที่ของการตั้งครรภ์ให้ใกล้เคียงกัน แต่จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1, 2) อนึ่งจากการวิจัย สิ่งที่ผู้วิจัยคำนึงถึงคือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ อาจมีผลต่อคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทาง

สุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเป็น 43.60 และกลุ่มควบคุม 43.56 เป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้นเพียง 1 คน ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์รู้สึกไม่สบายใจมากเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เนื่องจากมีประสบการณ์จากบุตรคนก่อนซึ่งพิการ ถึงแม้ว่าจะมีการเตรียมพร้อมและมีความตั้งใจต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ก็ตามมีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะรับประทานอาหารแก่น้ำที่ท้อง รวมทั้งระยะเวลาในการรอผลการตรวจเป็นระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าระยะอื่น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ว่าเสี่ยงจากการเคยให้กำเนิดทารกที่มีความพิการ จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าคนที่ไม่มีประวัติดังกล่าว (Beeson & Golbus 1979: 197) จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้นถึงแม้ว่าจะได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัยจนมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองก็ตาม ผลการศึกษาที่สำคัญคือ พบว่าค่าคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มทดลองลดลงเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 (ตารางที่ 7 ภาคผนวก ข) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาเป็นเรื่องการเจาะน้ำคร่ำร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 3) เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลทางพันธุศาสตร์จากแพทย์ และจากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแล้ว ทำให้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจและมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลขณะเผชิญที่มีอยู่ รวมทั้งการที่มีผู้แสดงการยอมรับจริงใจ เห็นใจ เข้าใจร่วมรู้สึก จากสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างการให้คำปรึกษา จะทำให้เขารู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล จนสามารถเข้าใจและมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองได้ (Corey 1991: 214 ; Patterson 1986: 399)

ในกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 7 ภาคผนวก ข) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.53 (ตารางที่ 3) ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Speilberger 1972: 487) เมื่อบุคคล

อยู่ในภาวะไม่สมดุลทางจิตใจ การที่บุคคลมีแรงสนับสนุนคำจูงใจแห่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดต่างๆ ก็เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุลของจิตใจ (Aguilera & Messick 1986:74) ซึ่งโอเร็ม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2534: 30-31) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลว่าควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ผาสุก และสุนทรีย์ ภาณุทัต (2532: 459) ยังกล่าวว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยลงได้ การรับรู้ของเขาจะดีขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67 ดังได้กล่าวมาแล้วซึ่งตรงกับการศึกษาของ เสาวคนธ์ อัจฉิมากรและคณะ (2532: 135) ที่พบว่าระยะรอผลการตรวจน้ำคร่ำนั้น หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลสูงขึ้นกว่าก่อนรับการเจาะน้ำคร่ำ ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่าเดิมนั้น หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับรู้สาเหตุการคุกคามต่อตนเองจะเห็นได้จากหญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลว่าไม่มีความวิตกกังวล ดังนั้นหลังการทดลองค่าคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญจึงไม่เปลี่ยนแปลง

สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทราบผลการตรวจพบว่ามีคามผิดปกติของโพรโมโชมกลุ่มละ 1 คน ทั้ง 2 คน ตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์แต่มีความรู้สึกไม่สบายใจต่อการตัดสินใจครั้งนี้ ดังนั้นถึงแม้ว่าจะสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ติดตามและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 คนต่อไป โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับฟัง ยอมรับ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ รวมทั้งให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาและหลังแท้งตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ ซึ่งสังเกตเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์แสดงความพึงพอใจและขอบคุณที่ผู้วิจัยจริงใจและให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์จนออกจากโรงพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อได้ใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม การที่กลุ่มทดลองมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลง คิดเป็น ร้อยละ 96.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.67 จึงเป็นการยืนยันว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพโดยนำหลักการของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญแก่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่มารับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอดได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

ด้านความตรงภายใน (Internal Validity) ของงานวิจัยครั้งนี้

1. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นจากตัวผู้วิจัยในการอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลการวิจัย อาจทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่าง
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ ทำให้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลของการวิจัยต่อกลุ่มประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทั้งหมด เช่นในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำแต่ฟังผลการเจาะโดยส่งผลให้ทางไปรษณีย์
3. การที่ตัดตัวอย่างจำนวนหนึ่งออกจากการศึกษา เนื่องจากสาเหตุใดก็ตามย่อมมีผลกระทบต่อความตรงภายในในการศึกษาครั้งนี้

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สไปล์เบอร์เจอร์ ในการวิจัยครั้งนี้หาความเที่ยงของเครื่องมือจากจำนวนตัวอย่าง 60 คน ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ 0.91

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ซึ่งทราบในครรภ์เสี่ยงต่อความพิการ ที่มารับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ตึกสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามารามธิบดี ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2535-18 กุมภาพันธ์ 2336 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือไม่จำกัดอายุ อาชีพ การศึกษา อายุครรภ์ 8-20 สัปดาห์ ตกลงใจที่จะรับบริการเจาะน้ำคร่ำ เข้าใจภาษาไทย ตอบแบบสอบถามได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษาคือ ฝากครรภ์พิเศษ กับแพทย์ ไม่มารับการเจาะน้ำคร่ำและไม่มาฟังผลการตรวจด้วยตนเอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน โดยมีการสุ่มจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทุก 2 สัปดาห์ แบ่งเป็นสัปดาห์ละกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพจากผู้วิจัย ในวันแรกที่มาติดต่อและหลังการเจาะน้ำคร่ำทันที

ผู้วิจัยกระทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ตึกสูติกรรม 3 ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในวันแรกที่หญิงตั้งครรภ์มาติดต่อที่หน่วยวินิจฉัยก่อนคลอด ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และอีก 3 สัปดาห์ต่อมาเมื่อมาฟังผลการตรวจน้ำคร่ำ ผู้ช่วยวิจัยขอให้หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนพบแพทย์เพื่อฟังผลการตรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาทางสุขภาพด้วยการทดสอบแบบทีคู่ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงคิดเป็นร้อยละ 96.67 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67 ความวิตกกังวลขณะเผชิญที่พบมากที่สุดจากการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ คือวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ และเรื่องการเจาะน้ำคร่ำ ในหญิงตั้งครรภ์คนเดียวกันจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญได้มากกว่าหนึ่งเรื่อง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

การนำไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่หรือมีโอกาสนพบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ควรแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลขณะเผชิญลงได้ รวมทั้งยอมรับวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่แสดงออก และประเมินการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์เพื่อช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. จัดให้มีการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับเทคนิคการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เพื่อให้มีทักษะและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพของแผนกสูติกรรม ที่หน่วยตรวจครรภ์และตึกสูติกรรม 3 เพื่อให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน หลังได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าเสี่ยงต่อการมีบุตรพิการและหลังเจาะน้ำคร่ำทันที และให้มีบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพได้ทุกเวลา เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาต้องการขอรับคำปรึกษา

การนำไปใช้ด้านการศึกษา

1. ควรจัดหลักสูตรให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และผลของความวิตกกังวล การประเมินและการเผชิญความเครียดของบุคคล ให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของความวิตกกังวล และผลของความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
2. ควรจัดให้มีการเรียนการสอน เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่นักศึกษา รวมทั้งบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ว่าควรได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จะทำให้นักศึกษาเข้าใจในบทบาทและเห็นความสำคัญของการพยาบาลต่อการตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรพิการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ เพราะผลจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมบางรายมีความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยต่างๆที่อยู่แวดล้อมตัวหญิงตั้งครรภ์ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและมารดา
2. ควรทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรพิการที่ปฏิเสธการเจาะน้ำคร่ำ ถึงปัจจัยและเหตุผลรวมทั้งประเมินการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธจะรับการตรวจ และศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ
3. ควรทำการศึกษาที่หน่วยฝากครรภ์หลังจากที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อประเมินความรู้และความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
4. ควรใช้เวลาในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์หลายๆ ครั้ง และให้เวลาแก่หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งมากกว่าเดิม



บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย. สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย, 2532.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. "การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ" ใน เอกสารประกอบการประชุม
สัมมนาวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพ.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2528: 113-4.
- กัญจณี พันธ์ยะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อ
การเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่านมาตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2530.
- กัลยาณี มงคลสาร. ผลของการฝึกการผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมภายในผู้ป่วยที่มี
อาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2529.
- จินตนา ยูนินันต์. "การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียน
การสอนสุขภาพอนามัย. สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิ
ราช นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- จินตนา ศิรินาวินและชนิกา ตูจินดา. เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2524.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. "จิตวิทยาพื้นฐานในการให้บริการปรึกษา" ใน เอกสารการสอนวิชา
จิตวิทยาและสังคมวิทยาพื้นฐานเพื่อการแนะแนว. สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, 2533: 725-778.
- จวี เบาทรวง. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัส
ต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2526.

- ชชนวนทอง ชนสุภาณูจน์และคณะ. คู่มือให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์. กรุงเทพมหานคร: หจก.นิวไวเต็กการพิมพ์, 2534.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยา กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.
- ทองเรียน อมรัชกุล. เทคนิคเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2524: 8.
- นงคราญ ผาสุข, ลักขณา ธรรมไพโรจน์ และเพียรดี เปี่ยมมงคล. องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาศิบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524: 53-57.
- นัยนา รัตนภาคทิพย์. ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- นิพนธ์ สุปรีดี. นวัตกรรมการศึกษา. พระนคร: โรงพิมพ์พิมพ์เนค, 2519.
- พรพรรณราย ทวีทรัพย์ประภา. เทคนิคการสัมภาษณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์พระนคร, 2527.
- พรณี เมนะเศวต. ผลการให้บริการปรึกษากลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 โรงเรียนพยาบาลรามาศิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2535.
- ยุวดี ฤชาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์จำกัด, 2532.
- รัชนิ วีระสุขสวัสดิ์. ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจและรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ลัดดา อิมคุนย์, กนกวรรณ ตั้งวุฒิกรและจารุณี พักผลงาม. รายงานผลการศึกษาระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ใช้เมื่อมารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาศิบัติ. 2532. (อัดสำเนา).

- วรรณวิไล จันทราภา. "พฤติกรรมกรรมการปรับตัวและการพยาบาล". ใน เอกสารการสอนชุดกรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์, 2528. หน้า 860-1
-
- . แนวคิดในการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาล, 2531 ก. (อัดสำเนา)
- วัชรีย์ ทรรศน์มี. ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- ศิริกาญจน์ เผือกเทศ. ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเจาะเลือดขอดในถุงอัมพาตซึ่งได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์คัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์. ผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. สมจิต หนูเจริญกุล; บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิศิษฐ์ จำกัด, 2534.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2518: 67.
-
- . หลักเบื้องต้นในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย 2524: 22.
-
- . สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย 2528 : 22-23.
- สุนทรีย์ ภาณุทัต. แนวทางการดำเนินงานบริการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล, 2532 (อัดสำเนา).
- สุนัตรา กัณเฑธร. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาปริญญาตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2532.

- สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาศิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุรีย์ จันทโมลี. "การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ" ใน วิธีการทางสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ดวงกมล, 2527.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์สมปอง, 2527.
- เสาวคนธ์ อัจจิมากรและคณะ. "วินิจฉัยทารกก่อนคลอด" จดหมายเหตุทางการแพทย์ 71(มีนาคม 2531): 5.
- _____ . "ความรู้ ทักษะการยอมรับ การตรวจน้ำคร่ำเพื่อหาความผิดปกติของทารกในครรภ์" วารสารสูติรีเวช 1(มิถุนายน 2532): 133-137.
- อนันต์ อนันตรังสี. หลักการแนะแนว. แผนกมัธยมศึกษา วิทยาลัยวิชาการศึกษาบางแสน 2514.
- อาภา จันทรสกุล. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2529.
- อุบล นวัตกรรม. "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล" ในเอกสารการสอนชุดวิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. หน้า 1111-1115. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์, 2528.
- อุษา เชื้อหอม. ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยาคาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เอื้อมพร ทองกระจายและคณะ. การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของมารดาในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด. งานวิจัยภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ และคัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Aguilera, D. and Messick, J. Crisis Intervention. 4th ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1986.
- Affonso, D. and Sheptak, S. "Maternal cognitive themes during pregnancy." Maternal-Child nursing Journal 2(1989): 147-166.
- Arbunkle, D. Counseling philosophy theory and practice. Boston: Allyn and Bacon Inc. , 1985.

- Ascher, B. "Maternal anxiety in pregnancy and fetal homeostasis." Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing. 7(1978): 18-21.
- Banks, L. "Counseling." Nursing Intervention Treatment of Nursing Diagnosis. pp.99-112. Edited by Bluechek, G.M. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1985.
- Beeson, D. and Golbus, M. "Anxiety engendered by Amniocentesis." Birth Defects. 15(1979) : 191-197.
- Belcher, J. ; Fish, B. and Louis, J. "Hildegard E. Peplau." Nursing Theories. 2nd ed. Philadelphia : Prentice Hall International Inc. , 1980.
- Brunner, L. and Suddarth, D. The Lippincott Manual of Nursing Practice. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1982.
- Burton, N. "Emotional changes during pregnancy." Handbook of Maternal-Newborn Nursing. pp. 95-117. Edited by K. Buckley. Connecticut: Flescher Publishing Co, 1983.
- Clark, A., Affonso, D. and Harris, T. Child - Bearing A Nursing Perspective. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1979.
- Coleman, A. and Coleman, L. Pregnancy Psychological Experience. New York: Seubury Press, Inc. , 1971.
- Corey, G. "Person-centered theory." Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 3rd ed. California: Brooks Cole Publishing Company , 1986.
- . "Person-centered theory." Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 4th ed. California: Brooks Cole Publishing Company , 1991.
- Crandall, B.; Lebherz, T. and Tabsh, K. " Maternal age and amniocentesis should this be lowered to 30 years?" Prenatal Diagnosis. 6(1986) : 237-242.

- Crandon, A. "Maternal anxiety and obstetric complications." Journal of Psychosomatic Research. 23 (1979) : 109-111.
- Daley, T. and Greenspun, E. "Stress Management through Hypnosis." Topic in Clinical Nursing. 10(1973):59-65.
- Eisenberg, D. and Daaney, S. The Counseling Process. Chicago: Rand McNally, 1972.
- Feva, G., Grandi, S., Michelacci, L. et al. "Psychological reaction to amniocentesis: a controlled study." American Journal Obstetrics Gynecology. 143 (1982) : 509-513.
- Graham, L. and Conley, E. "Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients." Nursing Research. 20(1971): 113-122.
- Hopson, B. "Counseling : a case for demystifying and deprofessionalising." Nursing Times. 12(January 1978):32-36.
- Jimerson, S. "Anxiety." Comprehensive Psychiatric Nursing. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1982.
- Kim, S., Kim, I., Kim, C. et al. "The effect of genetic counseling on performance of prenatal cytogenetic diagnosis." Yonsei Medical Journal. 30 (1989) : 16-22.
- Lader, M. and Marks, I. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton, 1971.
- Lazarus, R., Richard, S. and Averill, J. "Emotional and Cognition : With Special Reference to Anxiety." In Anxiety, Current Trends in Theory and Research. Vol 2 pp. 241-283. Edited by Charles D. Spielberger. New York: Academic Press, 1972.
- Light, H. and Fenster, C. "Maternal concerns during pregnancy." American Journal Obstetrics Gynecology. 118(January 1974). : 45-60.
- Lindsten, J. and Zetterstorm, R. "Diagnosis of genetic disorder of fetus." Prenatal Diagnosis. 5 (June 1985) : 131-136.

- Linn, L. "Clinical manifestations of psychiatric disorder." Comprehensive Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Baltimore: William and Wilkins Company, 1980.
- Litterfield, V. "Emotional considerations for pregnant family." Maternity Nursing Today. pp. 406-407. 2nd ed. Edited by J.P. Classen. New York: Mc Graw Hill Book Company, 1987.
- Litwack, L. "The Counseling Relationship." Health Counseling. New York: Appleton-Century Crofts, 1980.
- Luckmann, J. and Sorenson, K. Medical Surgical Nursing : a Psychophysiological Approach. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1974.
- Marteau, T., Johnston, M., Shaw, R. et al. "The impact of prenatal screening diagnosis testing upon the cognitions." Journal of Psychosomatic Research. 33 (January 1989) : 7-16.
- Martin, L. and Reeder, J. "Prenatal Diagnosis." Maternal Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991.
- Mason, A. and Pratt, J. "Touch." Nursing Times. 76 (June 1980) : 999-1001.
- May, R. The Meaning of Anxiety. New York: The Ronald Press Company, 1950.
- Mitchell, P. and Loustau, A. Concepts Basic of Nursing. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1981.
- Moore, M. Newborn Family and Nurse. 2nd ed. Philadelphia: W.S. Saunders, 1981.
- Patterson, C. Theories of Counseling and Psychotherapy. 3rd ed. New York : Harper and Row Publishers, 1980.
- _____. "Client-centered therapy: Rogers." Theories of Counseling and Psychotherapy. 4th ed. New York: Harper and Row Publisher, 1986.
- Phipps, S. and Zinn, A. " Psychological Response to Amniocentesis." American Journal of Medical Genetics. 25(1986): 131-142.

- Rogers, C.D. Client-Centered Therapy. New York: Houghton Mifflin Company, 1951.
- _____. On Becoming A Person : A Therapist View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin Co , 1961.
- _____. " The condition of change from a client-centered viewpoint." Counseling and Psychotherapy. New York: Holt Rine-Hart and Winston ,1977.
- Richardson, P. " Women's perception of their important dynamic relationship during pregnancy." Maternal Child Nursing Journal. 10 (Fall 1981); 159-175.
- Robert, S. Behavioral Concept and Nursing throughout the Life Span. New Jersey: Prentice-Hall, 1978.
- Robinson, G., Hibbard, B. and Laurence, K. " Anxiety reduction after chorionic villus sampling and genetic amniocentesis." American Journal Obstetrics Gynecology. 159 (October 1988): 953-6.
- Rycroft, C. Anxiety and Neurosis. London.: Allen-Lane The Perguin Press, 1978.
- Satterley, D. " Stress and health : a survey of self regulation Modalities." Topic in Clinical Nursing. 1 (1979):11-14.
- Shertzer, B. and Stone, S.C. Foundation of Counseling. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Company, 1974.
- Sjogren, B. and Uddenberg. " Prenatal diagnosis and psychological distress : Amniocentesis or chorionic villus biopsy?." Prenatal Diagnosis. 9 (1989) : 477-487.
- _____. " Prenatal diagnosis for psychological reason." Prenatal Diagnosis. 10 (1990) : 111-120.
- Spielberger, C., Gorsuch, G. and Lushene, R. State - Trait Manual. California: Consulting Psychologists Press, 1972.

- Spielberger, C. "Conceptual and methodology issue in anxiety research." in Anxiety Current Trends in Theory and Research. Vol 2. New York : Academy Press , 1972.
- Spielberger, C. and Diaz-Guerrero, R. Cross - Cultural Anxiety. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1976: 3-10.
- Stanley,K., Soule,B. and Copans, S. " Dimention of prenatal anxiety and their influence outcome." American Journal Obstetrics Gynecology. 135 (Septenber 1979) : 22-26.
- Steel, M. and Berg, W. Chromosome analysis of human amniotic fluid cells. London : Lancet, 1966.
- Stuart, G. and Sundeen, S. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. St. Louis : The C.V.Mosby Company, 1983.
- Stewart, W. Counseling in Nursing : a Problem-Solving Approach. New York : Harper & Row Publishing, 1983.
- Tabor, A. and Johnson, M. "Psychological impact of amniocentesis on low-risk women." Prenatal Diagnosis. 7(1987): 443-449.
- Travellbee, J. Interpersonal Aspects of Nursing. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Co, 1971.
- Thompson, M. McInnes, R. and Willard, F. "Prenatal diagnosis." Genetics in Medicine. 5th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1991.
- Trotzer, J. The Counselor and the Group , Integration Training and Practice. California : Brooks Cole Publishing, 1977.
- Vinney,L. and Westbrook,M. "Cognitive anxiety:a method of content analysis for verval sample. Journal of Personality Assessment. 40 (1976) : 140-150.
- Watson, J. "The treatment of anxiety." Nursing Mirror. 9 (1974): 133.
- Williams, J. Psychology Of Women. New York:W.W. Nurton Co., 1983.



ภาคผนวก ก.

การนิทกษลัทธิของผูปรวยที่เขารับการวิจัย

สวัสดีคะ ดิฉันชื่อชไมพร โนนศรีชัยเป็นพยาบาล ขณะนี้กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สนใจที่จะศึกษาถึงผลของการให้การพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงวิธีการพยาบาลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยจะขอความร่วมมือจากคุณ.....

ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวลที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลเท่านั้น

ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะมาพบคุณ.....

เมื่อคุณมารับการตรวจ และมาพบแพทย์เพื่อฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่ว่าจะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณ.....ยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิที่จะขอเลิกเมื่อไรก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่คุณ.....ได้รับอยู่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และเขียนเครื่องหมาย ลงใน ()
หน้าข้อความที่ตรงกับท่าน

1. ชื่อ.....นามสกุล.....H.N.....

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษาปีที่ 1-6

() มัธยมศึกษาปีที่ 1-6

() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ อนุปริญญา

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

4. อาชีพ

() แม่บ้าน

() อาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว

() ทำไร่ ทำนา ทำสวน

() รับจ้าง บริษัท

() ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ

() อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() น้อยกว่า 4,000 บาท

() 4,000 - 8,000 บาท

() 8,001 - 12,000 บาท

() 12,001 - 16,000 บาท

() มากกว่า 16,000 บาท

6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่รวมกัน.....คน

ได้แก่.....

(เขียนเป็นสถานภาพทางสังคม เช่น สามัญ ลูก น้อง พี่ พ่อ แม่ หลาน)

7. การอยู่ด้วยกันกับสามี

- () อยู่ด้วยกันทุกวัน
- () อยู่คนละสถานที่แต่พบกันทุกสัปดาห์
- () อยู่คนละสถานที่แต่พบกันทุกเดือน

8. ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่_____ บุตรคนที่_____

9. ท่านมีความพร้อมหรือตั้งใจตั้งครรภ์นี้หรือไม่

- () มี
- () ไม่มี

10. ขณะนี้ท่านมีความวิตกกังวลหรือไม่

- () มี
- () ไม่มี

ถ้ามีจาก

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () สุขภาพของท่านขณะตั้งครรภ์
- () ภาพลักษณ์และรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงจากการตั้งครรภ์
- () สุขภาพของทารกในครรภ์
- () การเจาะน้ำคร่ำ
- () การคลอด
- () ค่าใช้จ่ายของครอบครัว

11. ประวัติการตั้งครรภ์ของท่านเคยมี

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () แท้งเองมากกว่า 3 ครั้ง
- () เด็กตายในครรภ์
- () เด็กขม่น้ำ
- () ไขว้หวัดอ่อน
- () มีความพิการของอวัยวะต่าง ๆ
- () ไม่มีประวัติดังกล่าวนี้

12. ประวัติในครอบครัวเคยมี

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () แท้งเองมากกว่า 3 ครั้ง
- () เด็กตายในครรภ์
- () เด็กขม่น้ำ
- () ไขว้หวัดอ่อน
- () มีความพิการของอวัยวะต่าง ๆ
- () ไม่มีประวัติดังกล่าวนี้

ภาคผนวก ค.

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มี เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้าง มาก	มีมากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
.				
.				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
.				
.				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

ภาคผนวก ง

คู่มือในการให้การปรึกษาขั้นตอนในการให้การปรึกษา

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองและเกิดการผ่อนคลายตลอดจนเกิดความไว้วางใจและการยอมรับจากหญิงตั้งครรภ์ จะใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคย 2-3 นาที

หลังจากนั้นผู้วิจัย

- : แนะนำตนเอง
- : ยืนยันกับหญิงตั้งครรภ์ว่าข้อมูลทุกอย่างของหญิงตั้งครรภ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่เผยแพร่กับบุคคลอื่นก่อนได้รับอนุญาต
- : ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงขั้นตอนในการให้คำปรึกษา
- : แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงระยะเวลาในการให้คำปรึกษา

2. ดำเนินการให้คำปรึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคของโรเจอร์สซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และเทคนิคอื่นๆที่จำเป็นมาประยุกต์ใช้เนื่องจากเป็นการให้การปรึกษาทางสุขภาพ รวมทั้งการฟัง การสังเกตและเทคนิคการติดต่อสื่อสารทั้งทางด้านการพูดและภาษาท่าทางมาใช้ แสดงความตั้งใจ สนใจรับฟังเรื่องราวของหญิงตั้งครรภ์ด้วยความจริงใจทั้งคำพูดและการแสดงออก ยอมรับความเป็นบุคคลของหญิงตั้งครรภ์โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ มีความเอื้ออาทรห่วงใยต่อหญิงตั้งครรภ์อย่างแท้จริง โดยไม่นำเอาประสบการณ์ ทศนคติและค่านิยมของผู้วิจัยมาประเมิน และผู้วิจัยต้องมีความเห็นใจและเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เหมือนกับเป็นความรู้สึกของผู้วิจัยเอง ต้องสื่อสารสิ่งต่างๆให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ชัดเจน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความอบอุ่นใจ กล้าเปิดเผยตนเองและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง

3. วัตถุประสงค์การให้คำปรึกษา

ผู้วิจัยสรุปเรื่องที่สนทนากัน เกี่ยวกับปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลและแนวทางในการลดความวิตกกังวล

เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามเพิ่มเติมเท่าที่ต้องการ

ประเมินความรู้สึกและผลการให้คำปรึกษาว่าการสนทนากันทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอย่างไร

เสนอตนเองว่าผู้วิจัยยินดีให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์หากต้องการ โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถติดต่อมาถึงผู้วิจัยทางโทรศัพท์ หรือถ้าสะดวกที่จะมาพบผู้วิจัยเพื่อพูดคุยปรึกษากันนอกจากวันนัดสามารถมาพบผู้วิจัยได้ใน วันจันทร์ - พุธ - พฤหัสบดี - ศุกร์ เวลา 8.00-12.00น.

เทคนิคที่ใช้ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในการวิจัย

1. การเริ่มต้นการให้คำปรึกษา แสดงมารยาทที่เหมาะสมต่อหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย เกิดการผ่อนคลายและเป็นกันเอง ใช้เวลาในการสร้างความคุ้นเคย 2-3 นาที

1.1 การพูดต้อนรับ : " สวัสดีค่ะ เชิญนั่งค่ะ "

1.2 การแสดงท่าทีของผู้วิจัย ยิ้มต้อนรับ เชื้อเชิญ ท่าที่เป็นมิตร

1.3 สนทนาเรื่องทั่วไป : " วันนี้รอตรวจนานไหมคะ "

หรือ: " เคยมาที่ตึกนี้มาก่อนไหมคะ "

2. เทคนิคการฟัง ฟังอย่างสนใจ กระตือรือร้น จับใจความให้ได้ครบถ้วน มีความอดทน มีท่าทางบ่งบอกถึงความสนใจ ประสานสายตา แสดงให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณวิจัย กำลังฟังอย่างตั้งใจ

3. การยอมรับ แสดงให้หญิงตั้งครรภ์เห็นว่าผู้วิจัยใส่ใจ เข้าใจและยอมรับ โดยพยักหน้า ฟังอย่างตั้งใจ ประสานสายตา แสดงออกทั้งคำพูดเช่น " ค่ะ " และแสดงกิริยาท่าทางเช่น กิริยาการเคลื่อนไหว โน้มตัวเข้าหาหญิงตั้งครรภ์เล็กน้อย ให้การสัมผัสตามความเหมาะสม ไม่ขัดจังหวะการพูดหรือเปลี่ยนเรื่องพูด แสดงความสนใจ เห็นความสำคัญ และให้เกียรติหญิงตั้งครรภ์

4. การสะท้อนความรู้สึก

4.1 พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งลักษณะคำพูด น้ำเสียง และหาจังหวะที่จะสะท้อนความรู้สึก

4.2 หากำพูดที่ตรงกับความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด เพื่อสามารถสื่อได้อย่างชัดเจน โดยใช้ภาษาง่ายๆ

4.3 ไม่ใช่คำว่า "รู้สึก" บ่อยครั้ง เปลี่ยนลักษณะคำพูดให้เหมาะสม

5. การเจียบ ไข เพื่อให้โอกาสหรือเวลากับหญิงตั้งครรภ์เพื่อสำรวจความรู้สึก เชื่อมโยงประเด็นต่างๆ และประติดประต่อสิ่งที่จะพูดให้ผู้วิจัยฟัง

6. การสังเกต สังเกตเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นที่ไม่ใช่คำพูด เช่น กิริยาท่าทาง สีหน้า สายตา น้ำเสียงหรือพฤติกรรมอื่นๆ และให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) โดยแปลงพฤติกรรมเหล่านั้นเป็นคำพูดให้กับหญิงตั้งครรภ์ตามความเหมาะสม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น

7. การทวนซ้ำ โดย

7.1 ทวนซ้ำเฉพาะสาระสำคัญของหญิงตั้งครรภ์สื่อออกมา หลีกเลี่ยงการเพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้วิจัยเอง

7.2 ขณะหญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก อาจแทรกคำพูดที่เป็นการสรุปสั้นๆ ถึงสิ่งที่รับรู้

7.3 ไม่ควรทวนซ้ำอย่างเดียว ควรใช้การทวนซ้ำแบบต่างๆ สลับกับการสนทนา

8. การทำให้เกิดความกระจ่าง เมื่อเกิดความคลุมเครือในคำพูดของหญิงตั้งครรภ์ อาจขอร้องให้หญิงตั้งครรภ์พูดซ้ำอีกครั้ง หรือช่วยค้นหาคำพูดที่ตรงกับความหมายที่หญิงตั้งครรภ์พูดให้มากที่สุดหรือขอให้หญิงตั้งครรภ์ให้พูดให้ชัดเจนมากขึ้น

9. การสรุปความ ถ้าหญิงตั้งครรภ์พูดยาวควรสรุปเนื้อหาและความรู้สึกสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์แสดงออกมา มีการสรุปความหรือประเด็นต่างๆ ก่อนยุติการให้คำปรึกษา เมื่อเริ่มการให้คำปรึกษาครั้งใหม่ นำเนื้อหาที่สรุปครั้งก่อนมาเป็นการเริ่มต้นการสนทนา

10. การแปลความหมาย เป็นการนำเอาสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์พุดมาตีความใหม่ และพยายามสื่อความหมายของคำพูดที่ซ่อนเร้นอยู่ให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ เป็นทักษะที่ค่อนข้างยาก ต้องมีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์และความสามารถในการมองพฤติกรรมได้ชัดเจน ควรใช้หลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้เล่าถึงปัญหาไประยะหนึ่งแล้ว ให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์เล่าถึงความรู้สึกต่อการแปลความหมายนั้น

11. การตั้งคำถาม ใช้เพื่อให้โอกาสแก่หญิงตั้งครรภ์บอกถึงความรู้สึกหรือเรื่องราวต่างๆ ใช้คำถามปลายเปิดเมื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ ควรใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าเพราะการที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีโอกาสพุดถึงความคิด ความรู้สึกและสิ่งที่เป็นปัญหาตามความต้องการของตน ไม่ควรใช้คำว่า "ทำไม" เพราะจะทำให้กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ เพราะอาจทำให้รู้สึกว่าการทำผิดอยู่

12. การให้ข้อมูล เป็นการให้รายละเอียดต่างๆ ที่จำเป็นแก่หญิงตั้งครรภ์อันจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจข้อเท็จจริงโดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ในการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทางเลือกปฏิบัติมากขึ้น การให้ข้อมูลนั้นเพียงแต่บอกข้อมูลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจ การให้ข้อมูลควรให้ชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน ใช้ภาษาง่ายๆ หลังให้ข้อมูลควรตรวจสอบว่าหญิงตั้งครรภ์เข้าใจถูกต้องหรือไม่โดยการทวนซ้ำ

ประเด็นในการสนทนาระยะให้คำปรึกษา

ประเด็นในการสนทนาครั้งที่ 1

1. ความคิดที่มีต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น เพศ สภาพของทารกในครรภ์
2. ความคาดหวังของบุคคลอื่นต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น ความคาดหวังของสามี
3. ความพร้อมหรือความตั้งใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้
4. ความรู้สึกที่มีต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้
5. ความรู้สึกที่มีต่อการเจาะน้ำคร่ำ
6. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำอย่างไร
7. ปัญหาที่มีอยู่ขณะสนทนากัน ตามเนื้อหาและประเด็นที่หญิงตั้งครรภ์ระบายหรือพูดถึง
8. วิธีการแก้ปัญหาเมื่อไม่สบายใจหรือวิตกกังวลเพื่อที่จะผ่อนคลายความวิตกกังวลที่มีอยู่

ประเด็นในการสนทนาครั้งที่ 2

1. ความรู้สึกหลังการเจาะน้ำคร่ำ
2. ความคาดหวังต่อผลการตรวจ
3. ปัญหาต่างๆหรือข้อสงสัยหลังรับการเจาะน้ำคร่ำ
4. แนวทางในการแก้ปัญหาหากตรวจพบว่าทารกเสี่ยงต่อความพิการ
5. ขณะรอผลการตรวจจะผ่อนคลายความไม่สบายใจในระยะเวลา 3 สัปดาห์นี้
อย่างไร
6. ข้อมูลหรือความรู้ความเข้าใจต่างๆที่ต้องการเพิ่มเติม

ตัวอย่างการใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

(ตัดตอนมาเป็นบางส่วนจากกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาทางสุขภาพ)

การเริ่มต้นการให้คำปรึกษาและการสร้างสัมพันธภาพ

- ผู้วิจัย : " สวัสดีค่ะ " " เชิญนั่งค่ะ "
- : " วันนี้มารอตรวจนานไหมคะ "
- : " การพูดคุยครั้งนี้ เนื่องจากคุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้เจาะน้ำคร่ำ
ตรวจ ไม่ทราบว่า คุณมีข้อสงสัยหรือมีอะไรจะซักถามไหมคะ "

เทคนิคการฟัง การยอมรับ การเจียบ การสังเกต

- หญิงตั้งครรภ์ : " ลูกคนที่ 2 นีการ คลอดแล้วถึงรู้ว่านึการ.. เขามีเนื้องอกที่สันหลัง
ทับเส้นประสาท น่าสงสารมาก ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ เข้าๆ
ออกๆ โรงพยาบาลเป็นประจำ "
- ผู้วิจัย : สบตาหญิงตั้งครรภ์ พยักหน้า ตั้งใจฟัง (การฟัง การยอมรับ)
- หญิงตั้งครรภ์ : " ครั้งสุดท้ายเขาเป็นปอดบวม อากาศไม่ดี ไล่เครื่องช่วยหายใจอยู่
เดือนกว่าๆ ... สุดท้ายต้องเอาเครื่องออก พอกลับบ้านอยู่ได้
หนึ่งวันก็ตาย.. " (ตาแดงๆกระพริบตาถี่ๆ) " ดิฉันไม่รู้จะพูดยังไงดี "
.....(หยุดคิด)
- ผู้วิจัย : "....." (การเจียบ)
- ผู้วิจัย : "คุณทราบไหมว่า คุณถอนใจ 5 ครั้งแล้ว" (การสังเกต และการให้ข้อมูลป้อนกลับ)

เทคนิคการทวนซ้ำ

หญิงตั้งครรภ์ : "ท้องก่อนๆ ไม่ได้ฝากท้องที่นี่ คือท้องนี้อยากมั่นใจว่าลูกแข็งแรงก็เลย
ยอมลำบากมาฝากท้องไกลถึงนี่"

ผู้วิจัย : "อยากมั่นใจว่าลูกแข็งแรงเลยยอมลำบากมาถึงที่นี่ "

เทคนิคการแปลความหมาย

หญิงตั้งครรภ์ : " โดนอาโกวว่า นอออกจากห้องตรวจเขาถามว่าเป็นไงบ้าง ก็เล่าให้
เขาฟังว่า หมอบอกว่ายังไม่รู้ว่าเป็นอย่างไรต้องรอดูผลแล้วเดือนหน้า
ให้มาตรวจใหม่ ยังไม่ทันเล่ารายละเอียดเลย เขาก็ว่าเราเลี้ยงตั้ง
ล้นเลย..."

ผู้วิจัย : พยักหน้า รับฟังอย่างตั้งใจ

หญิงตั้งครรภ์ : " ว่า ว่าเราเริ่ม บอกอย่ามีลูกก็ไม่เชื่อ... เมื่อเข้าตอนที่เข้าห้องประชุม
ก็พูดกับหมอว่า เราเริ่มห้ามก็ไม่ฟัง พูดอะไรไม่ให้กำลังใจเลยคอยแต่จะ
ว่าตลอด อยู่บ้านก็ว่า มาที่นี่ก็ว่า "

ผู้วิจัย : " อาโกวไม่เห็นด้วย ที่คุณอยากมีลูก "

เทคนิคการตั้งคำถาม

หญิงตั้งครรภ์ : " ก็หมอเขาบอกว่าถ้าผลออกมาผิดปกติ เราต้องตัดสินใจเองว่าจะเอา
หรือไม่เอาไว้ "

ผู้วิจัย : " เรื่องนี้คุณคิดอย่างไรคะ "

เทคนิคการทำให้กระจ่าง

หญิงตั้งครรภ์ : " ไม่กล้ามีลูกอีก ใครๆ ก็พูดว่าไม่ให้มีอีก "

ผู้วิจัย : " ใครๆ ที่คุณพูดคงหมายถึงญาติฝ่ายสามี "

เทคนิคการให้ข้อมูล

- หญิงตั้งครรภ์ : " แล้วนี้จะเจาะเมื่อไร "
- ผู้วิจัย : " จะเจาะน้ำคร่ำเมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ค่ะ "
- หญิงตั้งครรภ์ : " เจาะแล้วจะรู้ผลเลยไหม "
- ผู้วิจัย : " ยังกะ ใช้เวลา 3 อาทิตย์จึงจะทราบผล เพราะต้องนำน้ำคร่ำที่เจาะได้ไปตรวจทางห้องทดลอง "

เทคนิคการสรุป

- ผู้วิจัย : " เท่าที่คุยกันวันนี้มี 2 เรื่องคือ เรื่องการเจาะน้ำคร่ำกับเรื่องทำหมันหลังคลอด สำหรับการเจาะน้ำคร่ำนั้นคุณเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นในการทำแล้ว ส่วนเรื่องการทำหมันเราก็ได้พูดคุยถึงเรื่องค่าใช้จ่ายและได้ตอบข้อสงสัยบางประการแล้ว "

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง 2 ราย

รายที่ 1 หญิงไทยคู่อายุ 40 ปี ตั้งครรภ์ 14 สัปดาห์ มีบุตรมาแล้ว 3 คน คนแรกเพศชาย อายุ 14 ปี คนที่สองเพศหญิงอายุ 12 ปี คนที่สามเพศชายอายุ 9 ปี ปกติดีทุกคน การศึกษา ป. 4 อาชีพค้าขาย แพทย์แนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเนื่องจากอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี (จากเวชระเบียนและคำบอกเล่าของหญิงตั้งครรภ์)

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำความรู้จัก แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว ใน 2-3 นาทีแรก ที่แจ้งจุดประสงค์ของการสนทนาและข้อตกลงต่างๆ เช่น ระยะเวลาที่จะสนทนากัน ตลอดจนถึงจรรยาบรรณของผู้วิจัย เริ่มเข้าประเด็นการสนทนาโดยให้หญิงตั้งครรภ์ได้บอกเล่าถึงประสบการณ์หรือสิ่งที่แพทย์ได้แนะนำให้เจาะน้ำคร่ำ หญิงตั้งครรภ์ได้เริ่มพูดถึงการตั้งครรภ์ครั้งนี้ว่าเกิดจากการคุมกำเนิดผิดพลาด คิดมากเนื่องจากมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องประกอบอาชีพขายส้มตำเพื่อหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว เพราะสามีมีอาชีพเป็นนักร้องขาดความปลอดภัย รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย วิตกกังวลว่าถ้าอายุครรภ์มากขึ้นจะไม่สามารถรับผิดชอบภาระต่างๆได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าสำหรับครอบครัว ไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนและทารกในครรภ์เนื่องจากอายุมากกลัวลูกจะพิการ ซึ่งจะทำให้เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกต่างๆ แสดงการยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจและใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้สำรวจตนเอง และรับรู้ปัญหาในสภาพความเป็นจริงขณะนั้นและพยายามหาทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หลังจากที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการเจาะน้ำคร่ำจากผู้วิจัย ผู้วิจัยได้สนทนากับหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นเวลาประมาณ 40 นาที

สรุป การพบกันครั้งแรกหญิงตั้งครรภ์เริ่มไว้วางใจและเริ่มเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว และวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะพิการ เริ่มสำรวจพิจารณาและตัดสินใจได้ด้วยตนเองในเรื่องการประกอบอาชีพและงานบ้าน โดยจะแบ่งให้ลูกช่วยรับผิดชอบ และรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองต่อการมีบุตรพิการควรรับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำ

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ทักทายและทบทวนสิ่งที่ได้พูดคุยกันในครั้งที่ 1 ประเมินถึง การรับรู้ในครั้งนั้นซึ่งหญิงตั้งครรภ์ยอมรับว่า ตนเองมีปัจจัยเสี่ยงจำเป็นจะต้องได้รับการเจาะ น้ำคร่ำแต่ก็ยังมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย เกี่ยวกับการคลอดและการทำหมัน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องการจะทำหมันหลังคลอดและอีก ประการหนึ่งกลัวว่าจะทำงานไม่ได้ กลัวเจ็บ กลัวเป็นโรคประสาท นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ ยังได้ระบายความไม่สบายใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลัวว่าจะมี ผลต่อสุขภาพของตนและทารกในครรภ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและความรู้ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับการทำหมัน การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์และรับฟังปัญหาต่างๆ สนับสนุน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์โทรศัพท์หรือมาปรึกษาด้วยตนเองหากมีปัญหาอีกซึ่ง หญิงตั้งครรภ์ก็พอใจมากที่มีคนเข้าใจและรับฟังปัญหาต่างๆ ใช้เวลาในการสนทนา 30 นาที

สรุป การพบกันครั้งที่ 2 สัมภาษณ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้วิจัยดีขึ้น หญิงตั้ง ครรภ์มีความไว้วางใจมาก กล้าซักถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีซึ่งไม่เคยซักถามใคร มาก่อน รับรู้ว่าการทำหมันไม่ได้มีอาการข้างเคียงและค่าใช้จ่ายมากอย่างที่ตนคิด

รายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปีตั้งครรภ์ครั้งแรกหลังสมรส 2 เดือน อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ อาชีพรับราชการครู ภูมิลำเนาจังหวัดเพชรบุรี แพทย์จากราชบุรีสั่งให้มารับการเจาะน้ำคร่ำ เนื่องจากอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี (จากเวชระเบียนใบส่งต่อ และคำบอกเล่า ของหญิงตั้งครรภ์)

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศให้เป็นกันเอง และเป็นส่วนตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย การสนทนา ระยะ เวลาที่จะสนทนากัน รวมทั้งจรรยาบรรณของผู้วิจัย เริ่มเข้าสู่ประเด็นการสนทนาโดยให้ หญิงตั้งครรภ์บอกเล่าถึงประสบการณ์ของการตั้งครรภ์ในครั้งนี้และที่แพทย์แนะนำให้เจาะน้ำ คร่ำ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้บอกเล่าถึงความวิตกกังวลที่มีต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ว่า กลัวว่า ทารกในครรภ์จะพิการเนื่องจากฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันแล้วไม่ได้คุมกำเนิด เมื่อทราบว่า ถ้าตั้งครรภ์ภายใน 3 เดือนแรกที่ฉีดวัคซีนอาจทำให้เด็กพิการได้ เคยพยายามทำให้เกิด การแท้งขึ้นเองโดยออกกำลังกายที่รุนแรงหลายๆอย่างแต่ก็ไม่แท้ง ซึ่งผลจากการกระทำ ครั้งนั้นทำให้ไม่สบายใจมีความรู้สึกผิดมาตลอด ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของทารกใน ครรภ์ จึงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายแพงมาก จึง

ตัดสินใจไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์อนามัยแม่และเด็กที่จังหวัดราชบุรี ทราบจากแพทย์ว่า การที่มีอายุมากขณะตั้งครรภ์อาจมีความผิดปกติของโครโมโซมได้ ทำให้ไม่สบายใจคิดมากนอนไม่หลับ คิดแต่จะทำไมตนเองจึงโชคร้ายกว่าคนอื่น ๆ ตั้งครรภ์ก็มีแต่เรื่องทำให้ไม่สบายใจ รู้สึกผิดหวังต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้มาก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์แสดงถึงความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆอย่างอิสระ โดยรับฟังอย่างสนใจ แสดงความจริงใจ ยอมรับเห็นใจและเข้าใจสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์พูดถึง ใช้เวลาในการสนทนาเป็นเวลา 40 นาที โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สำรวจและเข้าใจประเด็นปัญหาของตนเองตามความเป็นจริงและพยายามช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาและคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันและการเจาะน้ำคร่ำตามที่หญิงตั้งครรภ์ซักถาม

สรุป การพบกันครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์เริ่มมีความไว้วางใจและเปิดเผยตนเอง เนื่องจากไม่เคยระบายและปรึกษากับใคร รับรู้และยอมรับว่า ตนเสี่ยงต่อการมีบุตรพิการทั้งจากการฉีดวัคซีนและอายุมากขณะตั้งครรภ์ ตัดสินใจว่าจะรับการตรวจด้วยการเจาะน้ำคร่ำ

ครั้งที่ 2 หญิงตั้งครรภ์โทรศัพท์ทางไกลมาปรึกษา นอกถึงความไม่มั่นใจในความปลอดภัยเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ เนื่องจากมีเพื่อนบ้านเล่าให้ฟังว่า เจาะน้ำคร่ำแล้วทำให้แท้งเพราะน้ำคร่ำจะรั่วออกหมด ดังนั้นสามีจึงไม่ต้องการให้มารับการตรวจ ผู้วิจัยได้รับฟังประเด็นปัญหาต่างๆของหญิงตั้งครรภ์ต่อการเจาะน้ำคร่ำและความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ต่อผลข้างเคียงที่รับรู้มา ได้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นความจริงเพื่อประกอบการตัดสินใจพร้อมกับได้เสนอแนะให้หญิงตั้งครรภ์ และมารับฟังคำแนะนำทางพันธุศาสตร์จากแพทย์โดยตรง เพื่อประกอบการตัดสินใจอีกครั้งหนึ่ง (ใช้เวลาในการพูดคุยทางโทรศัพท์ 10 นาที) .

ครั้งที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ได้มาขอพบผู้วิจัยด้วยตนเอง หลังจากทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนถึงการพูดคุยกันในครั้งก่อนๆ ประเมินการรับรู้ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ยอมรับว่าตนเสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรพิการ แต่ยังมีวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่ได้รับฟังจากแพทย์ว่า อาจทำให้แท้งได้ถึงแม้ว่าโอกาสการเกิดจะน้อยมากก็ตาม เพราะการรับการตรวจครั้งนี้เป็นการตัดสินใจของตนเองฝ่ายเดียวเพราะสามีติดราชการสำคัญจึงไม่ได้มาฟังคำปรึกษาทางพันธุศาสตร์จากแพทย์ เกรงว่าจะถูกตำหนิจากสามีหากเกิดการแท้ง เนื่องจากสามีต้องการบุตรคนนี้มากเพราะเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์

อายุมากแล้ว หากทั้งโอกาสที่จะมีบุตรใหม่จะยากขึ้น เมื่อฟังคำแนะนำจากแพทย์ก็ยอมรับการเจาะน้ำคร่ำได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความเชื่อมั่นว่า การตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์นั้นถูกต้องแล้ว ได้เปิดโอกาสและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เปิดเผยความรู้สึกและความคิดอย่างอิสระ โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างสนใจ แสดงความจริงใจ เห็นใจ เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องความวิตกกังวลต่อผลข้างเคียงและการเจาะน้ำคร่ำว่า ถ้าใครประสบกับสถานการณ์เช่นนี้ก็คงมีความรู้สึกเช่นเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ได้พิจารณาถึงสาเหตุความวิตกกังวลครั้งนั้นพบว่า ตนเองลำบากใจที่จะบอกเรื่องนี้กับสามีและญาติ ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์จึงร่วมกันหาแนวทางที่จะสื่อสารให้สามีและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการตรวจครั้งนี้ และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนต่อการตั้งครรภ์และปัญหาทางสุขภาพตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์โทรศัพท์หรือมาปรึกษาด้วยตนเองหากมีปัญหาอีก ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ได้แสดงความพึงพอใจโดยกล่าวคำขอบคุณและชมเชยโรงพยาบาลที่มีบริการด้านนี้ (ใช้เวลาในการสนทนา 45 นาที)

สรุป การสนทนาในครั้งที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้นมาก หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจและเปิดเผยตนเองมากขึ้นกว่า 2 ครั้งที่ผ่านมา มองเห็นแนวทางในการคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง รวมทั้งขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัยในการหาเอกสารเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อนำไปสื่อสารให้สามีและญาติเข้าใจ

ภาคผนวก จ.

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อบ่งชี้ในการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของข้อบ่งชี้	รวม (N=60คน)		กลุ่มควบคุม ($n_1=30$ คน)		กลุ่มทดลอง ($n_2=30$ คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุมากกว่า 35 ปี	45	75.00	23	76.67	22	73.34
คลอดบุตรที่พิการ หรือปัญญาอ่อน	15	25.00	7	23.33	8	26.66
ประวัติการตั้งครรภ์	8	13.33	4	13.33	4	13.33
ประวัติในครอบครัว	7	11.67	3	10.00	4	13.33

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภัยหลังการทดลอง

การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลดลง	9	30.0	29	96.67
เท่าเดิม	1	3.33	—	—
เพิ่มขึ้น	20	66.67	1	3.33
รวม	30	100	30	100

