

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารรายงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกน้ำหนักน้อย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อย
5. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่บุคคลทุกคนคุ้นเคยและรู้จัก เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล (Subjective Experience) ที่คนอื่นไม่อาจจะล่วงรู้ได้ว่าผู้ตกอยู่ในภาวะของความวิตกกังวลมีความรู้สึกเป็นอย่างไร เป็นเสมือนสัญญาณเตือนให้ทราบว่าจะเกิดความไม่สมดุลทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่จะต้องทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์ไว้ ความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดโทษ หรือประโยชน์นั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะที่ประสบอยู่ ความเหมาะสมของสถานการณ์และเวลา (Luckman & Sorensen, 1974, p. 110)

ความหมายของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่นักจิตวิทยาวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต (Robert & Leonard, 1987, p. 26) ถ้าปราศจากความวิตกกังวลบุคคลจะขาดแรงจูงใจ การหยั่งรู้และขาดการเรียนรู้ทางอารมณ์ (Grinker, 1966 cited in Spielberger, 1966, p. 132) ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

โรเจอร์ (Roger, 1951, p. 42) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตนตามการรับรู้กับประสบการณ์ของตนเอง หรือความจริงที่เกิดขึ้น

สจวร์ตและซันดีน (Stuart & Sundeen, 1983) ได้อธิบายถึงรากศัพท์ของความวิตกกังวลว่า ในภาษากรีก “Anxiety” หมายถึง กดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน “Anxious” หมายถึง ความแสบหรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายความวิตกกังวล ที่ครอบคลุมถึงความรู้สึกต่อไปนี้

1. ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน
2. ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น
3. ความรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ไม่สบายใจ
4. ความรู้สึกตื่นกลัว ตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้
5. ความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

เพปพลา (Peplau, 1989, p. 279) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและเป็นพลังรูปหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ สรีรวิทยาและพฤติกรรม

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1966, p. 11) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่ง เกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีหรืออาจเกิดจากการ ทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนอง ความต้องการของ บุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมิน สถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลในระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพใน การปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่น้อยหรือมากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพในการ ทำงานของบุคคลลดลง

แลเดอร์ และมาร์ค (Lader & Marks, 1971, p. 112) กล่าวว่าความวิตกกังวลจะเกิดควบคู่ ไปกับความเครียด หรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตก กังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจจะระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่า เหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

แกรแฮม และคอนลีย์ (Graham & Conley, 1971, p. 114) กล่าวว่าความวิตกกังวล หมายถึงความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือทำนาย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณ อย่างหนึ่งที่เตรียมให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามได้

เท็ดสคัลดี เดชคง (2544, หน้า 112) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็น อารมณ์ชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรม โดยแบ่งเป็นความหมายของความวิตกกังวล

ไว้ 2 แบบ คือ ความคิดคำนึงถึงอนาคตที่ไม่แน่นอนหรือความไม่สบายใจ ซึ่งหาสาเหตุที่เหมาะสมไม่ได้

กวี สุวรรณกิจ (2541, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกกลัวที่อยู่ลึกๆ กังวล อึดอัดใจว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดี น่ากลัวหรืออันตรายเกิดขึ้นกับตน

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2532, หน้า 116) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกิดจากความคิดของคน ที่คิดหรือคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคตที่ยังไม่เกิดขึ้นในแง่ร้าย ๆ หรือคิดในเรื่องของอดีตที่แก้ไขไม่ได้แล้ว

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปความหมายของความวิตกกังวลได้ว่าเป็น ความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด อึดอัด หวั่นวิตก ตื่นกลัว ตกใจ กระสับกระส่ายหรือไม่มั่นใจ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่คิดหรือคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในข้างหน้า หรือกำลังเผชิญอยู่ว่าเหตุการณ์นั้น จะถูกคามสวัสดิภาพของตนเอง โดยเหตุการณ์ที่คาดคะเนนั้นอาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นคิดไปเองก็ได้ ซึ่งสภาพอารมณ์นี้อาจพบได้ทั้งในคนปกติ หรือบุคคลที่ประสบความผิดหวัง กับ ข้อใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ

ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1979, pp. 487-489) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) อาจเรียกชื่ออย่างอื่นได้อีก คือ Anxiety Predisposition หรือ Chronic Anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวล ที่มีต่อสภาพการณ์ โดยเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวต่ำกว่า นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวที่มีอยู่สูงกว่าจะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวต่ำกว่า ความวิตกกังวลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ทุกสถานการณ์จะมีความเข้มข้นระดับต่ำ แต่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) อาจเรียกชื่ออย่างอื่นได้อีก คือ Situational Anxiety หรือ Acute Anxiety มีความหมายคล้าย ๆ กันคือ เป็นความวิตก

กังวลที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้น มีอันตรายมากระตุ้น บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมได้ตอบที่จะสามารถสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้น ความเข้มของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นย่อมขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้าด้วย ความวิตกกังวลประเภทนี้จะมีคามเข้มสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ในช่วงเวลาอันสั้น

ฟรอยด์ (Freud, 1955, p. 132) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความจริงหรือมีต้นเหตุปรากฏ (Real or Objective Anxiety) เป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นจริงภายนอกหรือมีต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลปรากฏให้เห็นได้ เช่น ความวิตกกังวลเนื่องมาจาก การตกงาน การสูญเสียผู้เป็นที่รัก เป็นต้น
2. ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีบ่อเกิดมาจากความผิดปกติภายในจิตใจ บุคคลจะมีอาการหวาดหวั่นพรั่นพรึงอย่างมากมาย ไม่สอดคล้องกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยทั่วๆ ไปเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้ใช้กลไกป้องกันอย่างใดอย่างหนึ่งเข้าไปลดความวิตกกังวล ทำให้มีอาการเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับจริยธรรม (Moral Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากถูก ซุปเปอร์อีโก (Super Ego) ลงโทษ เมื่อบุคคลละเมิดต่อคุณธรรมที่ตนเองมีอยู่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกผิดรู้สึกเป็นบาปเป็นความรู้สึกที่คอยติดตามรบกวนจิตใจอยู่ตลอดเวลา สำหรับในภาวะมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดว่ามีความวิตกกังวลเป็นแบบความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ เนื่องจากทารกน้ำหนักน้อยต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกทารกแรกเกิด มารดาจะต้องเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยของบุตร การแยกจากตั้งแต่แรกเกิด ความกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่มารดาประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต หรืออาจคุกคามต่อสวัสดิภาพของมารดา

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวล เกิดจากสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งคุกคามนี้จะเป็นจริง หรือเป็นเพียงความคาดคะเนก็ได้ ซึ่งมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ คือทำให้รู้สึกหวั่นไหว ไม่มั่นใจ รู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ไม่รู้จะแก้ไขเหตุการณ์นั้นอย่างไร และทำให้ร่างกายมีการตอบสนองเหมือน ๆ กัน ทั้งทางด้านสรีรวิทยา และทางด้านพฤติกรรม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527, หน้า 168)

เพปพลาว (Peplau, 1971 อ้างถึงใน ปาหนัน บุญหลง, 2528, หน้า 168) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. เกิดได้จากการคุกคาม ที่มีความปลอดภัยของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความวิตกกังวล การคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การคุกคามด้านร่างกาย (Physical Integrity) รวมถึงสิ่งที่มีรบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย การคุกคามที่มีต่อการรักษาความสมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพัฒนาการในวัยต่าง ๆ เช่น วัยรุ่น วัยสูงอายุ เป็นต้น

1.2 การคุกคามต่อการเป็นตนเอง (Self Esteem) เป็นการคุกคามที่เกิดจากความ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ความกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม

2. เกิดได้จากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่น ความวิตกกังวลสื่อถึงกันได้เสมอระหว่างบุคคล ผู้มีความวิตกกังวลทำให้ผู้อื่นในสถานการณ์นั้นเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

จากสาเหตุดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ ที่บุคคลถูกคุกคามความปลอดภัย หรือคุกคามต่อความเป็นตนเอง และยังสามารถถ่ายทอดถึงกันได้ การที่มารดาคลอดทารกน้ำหนักน้อยมีผลทำให้มารดาารู้สึกถูกคุกคาม ดันกลั้ว และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนในทางที่ไม่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ของมารดา ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกขัดแย้งกันระหว่างความต้องการที่จะได้รับการรักษาพยาบาล กับความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งอิสรภาพ ความมีศักดิ์ศรี ความปลอดภัย จึงทำให้มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยเกิดความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลแบ่งได้ 4 ระดับ (Stuart & Sundeen, 1983, pp. 208-209) คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นระดับที่จะมีส่วนช่วยให้ความมีสติสัมปชัญญะเพิ่มขึ้น การรับรู้ในอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะเป็นอย่างกว้าง ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ความมีสติสัมปชัญญะยังคงต้องมีอยู่ แต่การรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะแคบลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเพิ่มขึ้น

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ความมีสติสัมปชัญญะและการรับรู้

ต่าง ๆ ลดลง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวเป็นอย่างมาก และขาดการไตร่ตรอง การมองบุคคลหรือ สิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด เกิดจินตนาการที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เกิดความกลัวบุคคล สถานที่หรือสิ่งของ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (Panic) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น และความวิตกกังวลนั้น ไม่ได้ระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง ความรู้สึกดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถทนต่อไปได้ จะเป็นผลทำให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตได้ บุคคลที่ตกอยู่ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีความผิดปกติทั้งทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยสิ้นเชิง ไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมใด ๆ ทั้งสิ้น อาจมีอาการแปลภาพผิด หลงผิดและอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

ปาริชาติ มาลัย (2539, หน้า 13-14 อ้างถึงใน สันีนานู ทิพย์มุสิก, 2546, หน้า 10-11) ได้กล่าวถึง ระดับความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน แม้ว่าจะเกิดจากสิ่งเร้าที่เหมือนกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ของแต่ละบุคคลอีกด้วย โดยทั่วไปแล้ว ระดับความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ซึ่งอาจใช้เครื่องหมายบวก (+) เป็นตัวบอกระดับความวิตกกังวลได้ดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (+) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย สันามการรับรู้จะกว้าง มีสติสัมปชัญญะมากขึ้น ตื่นกลัว กระสับกระส่าย สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและยังควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยความพยายามเพียงเล็กน้อย
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (+2) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง สันามการรับรู้ของประสาททั้ง 5 จะแคบลง ความมีสติสัมปชัญญะจะยังคงมีอยู่ ตื่นตัวมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ความสามารถในการแก้ปัญหาายังคงมีอยู่
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (+3) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง สันามการรับรู้แคบลงมาก ความมีสติสัมปชัญญะลดลงมากเช่นกัน การเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้นโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การบิดมือ ตัวสั่น พูดตะกุกตะกัก กระสับกระส่าย ลูกตุ้ลูกลน เป็นต้น รวมทั้งความสามารถในการแก้ปัญหามีน้อยมาก
4. ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (+4) เป็นความวิตกกังวลที่อยู่ในภาวะตื่นกลัวสุดขีด สันามการรับรู้และสติสัมปชัญญะจะน้อยมากหรือไม่มี จะมีพลังมากที่สุด การควบคุมตนเองมีน้อย ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ จนไม่สามารถขยับแขนขาได้หรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าได้

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลสามารถ

ปรับตัวเพื่อบรรเทาหรือลดความวิตกกังวลที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งในบุคคลที่ไม่สามารถบรรเทาหรือกำจัดความรู้สึกนั้นได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและต้องการความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับความวิตกกังวลระดับสูงหรือสูงสุด จะเป็นตัวขัดขวางความคิด การทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถและสติสัมปชัญญะ นอกจากนี้ความวิตกกังวลระดับสูงหรือสูงสุดจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพ เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคบางอย่าง ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแต่ละครั้งจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นความหมายของเหตุการณ์ บุคลิกภาพของบุคคล และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล มีดังนี้ (สுவินัย ตันติพัฒนานนท์, 2522, หน้า 122)

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
4. เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล
5. บุคคลจะทำการจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียใจดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจขึ้นใหม่

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เกิดผล 2 ประการคือ (สுவินัย ตันติพัฒนานนท์, 2522, หน้า 126-130)

1. ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะหลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอส (ACTH Hormone) ไปกระตุ้นส่วน คอร์เทก (Cortex) ของต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) เกิดการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติคอล (Cortical Hormone) มีผลให้ร่างกายทนทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น
2. ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมหมวกไต ทำให้หลั่งเอพินเนพรีน (Ephinephrine) ซึ่งมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว เกร็ง ต่อมู หรือหนี

จากผลของการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกาย ความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี อีพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และอดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมน (Adreno Cortical Hormone) จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงมีดังนี้ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากร่างกายมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็งตัวตึง

3. ผลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดลงตามระดับที่เพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล

4. ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรง จะมีสมาธิและความจำลดลง จะกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

5. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอาการเศร้า เพราะรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

6. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านการพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าว เอะอะ พุดหรือถามซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม หลบตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะความวิตกกังวล ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นกับระดับความวิตกกังวล และจะเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ หรือนาน ก็ขึ้นอยู่กับสภาพการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่บุคคลนั้นได้รับ

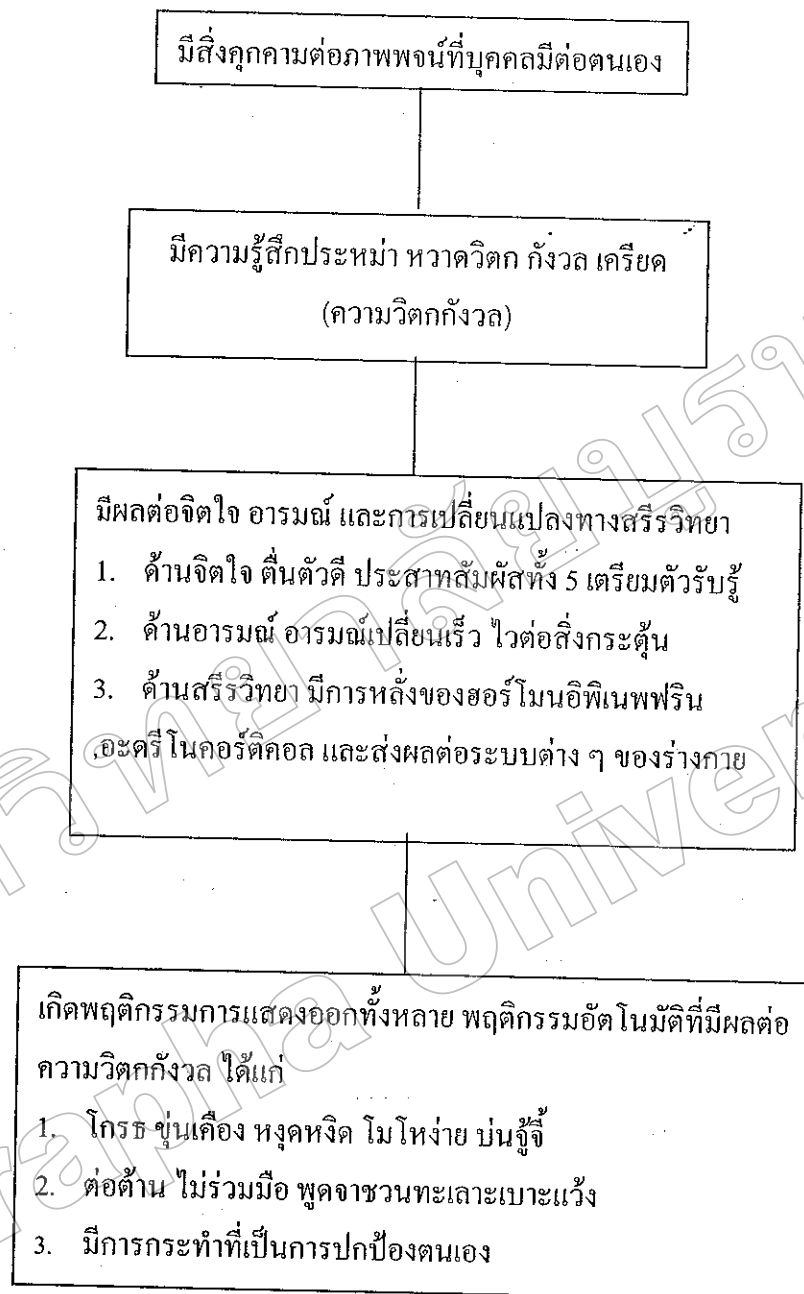
การประเมินระดับความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ซึ่งแต่ละคนมีความรู้สึกแตกต่างกันออกไป ดังนั้นเพื่อที่จะทราบถึงความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล จึงได้มีการประเมินความวิตกกังวลได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) เป็น

การวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของม่านตาและการมีเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะใช้เครื่องมือในการวัด เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นชีพจร (Mechanical Pulse Detective) และเครื่องดูการขยายของม่านตา (Pupillography) เป็นต้น และฮอดส์ (Hodges) กล่าวว่า เป็นการลำบากมากในการวัดระดับความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบความรู้สึกของตนแล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้มีผู้สร้างขึ้นหลายชนิด เช่น The State-Trait Anxiety Inventory ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในขณะที่ทำแบบทดสอบนั้น และในสถานการณ์ทั่วๆ ไปและ The Self-Rating Scale ของ ซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior Measure of Anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาสะท้อนมาจากการมีภายในใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกหลบ มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็วหรือร้องไห้ เป็นต้น



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล และผลของความวิตกกังวล (สุวินัย์ ดันติพัฒนานนท์, 2522, หน้า 123)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

รักชนก เจริญสุข (2546) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การทดลองครั้งนี้เป็นการทดลองทาร์กอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติเป็นครั้งแรก ซึ่งเลือกจากผู้ที่ได้คะแนนจากแบบสอบถามความวิตกกังวลมากกว่า 50 เปอร์เซ็นไทล์ขึ้นไป และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 8 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองในการให้คำปรึกษาแบบภวนิยมเป็นรายบุคคล โดยถามความสมัครใจก่อน ผลปรากฏว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบภวนิยม เป็นรายบุคคล มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้บิดามารดา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อัญชลี ประเสริฐ (2540) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและ/หรือมารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 86 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการพยาบาลบิดาและมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, ดุษฎี มุขสมบัติ (2540) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 3 ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 60 คู่ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ ผลปรากฏว่า มารดาที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พุ่มทอง จิรากุล (2539) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง โดยทำการศึกษาในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่คลอดในวชิรพยาบาล จำนวน 64 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน มารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนเสริมจากการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพียงจิตต์ ชาร์ไพโรสาณท์ (2539) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดของสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้ารับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของทางโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติของทางโรงพยาบาล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประดิษฐา สีนสว่าง (2538) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พานุตรมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หน่วยโลหิตวิทยา ตึกกุมาร 1 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติจากบุคลากรทีมสุขภาพ ผลปรากฏว่าภายหลังได้รับการเข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่ม มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกื้อพันธ์ กลั่นการดี (2538) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิด และได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย 2 ก 2 ข และ 2 ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำมารดาตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ผลปรากฏว่าภายหลังได้รับคำปรึกษาทาง

สุขภาพ มารดาที่มีทารกตัวเหลืองตั้งแต่แรกเกิดมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักนา อันฤดี (2536) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เลือกกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะถูกจัดแบ่งเป็นคู่ ๆ ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้าน อายุมารดา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว อายุเด็กป่วย และโรคของเด็กป่วย กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้คำแนะนำมารดาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มทดลองต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุวรรณ นาควิบูลย์วงศ์ (2536) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวล ในการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่มีบุตรคนแรก โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกที่มีความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไปจำนวน 14 คน แล้วย่นามาสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน ผลปรากฏว่ามารดาที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทางมีความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกลดลงมากกว่ามารดาที่ได้รับข้อเสนออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เคนเนลล์ และเคลาส์ (Kennell & Klaus, 1982, p. 156 อ้างถึงใน พรณพิไล ศรียาภรณ์, 2532, หน้า 7-9) พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกมักมีความวิตกกังวลต่อบทบาทหน้าที่ใหม่ของตนอย่างมาก เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกและจะเพิ่มความวิตกกังวลให้แก่มารดาเนื่องจากมีความกลัวว่าตนเองจะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคนแรกจะเกิดความไม่มั่นใจในบทบาทมารดา ขาดความสุขความสบายใจในการเลี้ยงดูทารก ทำให้มารดาเกิดความท้อแท้ เหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ และเกิดความเครียดขึ้นในที่สุด

แมคเคนซี (Mckenzie, 1982) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจภายหลังคลอดดังนี้ เมื่อมารดาเริ่มเป็นตัวของตัวเองเริ่มฝึกหัดการเลี้ยงดูทารกแต่ก็จะเกิดความวิตกกังวลหรือสับสน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ และระดับฮอร์โมนในร่างกายที่อาจมีผลทำให้เกิดความตึงเครียดและสับสนในบทบาทใหม่ของตน และไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในการเลี้ยงดูทารก

บิดเดอร์ คราว และเกรย์ (Bidder, Crowe, & Gray, 1998) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นของมารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติ พบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะมีความวิตกกังวลหลังคลอดสูงกว่ามารดาทั่วไปที่มีทารกแรกเกิดปกติ และเมื่อนำทารกกลับไปเลี้ยงที่บ้านพบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสภาพวิกฤติจะมีความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกสูงกว่าการเลี้ยงดูทารกที่คลอดมาปกติ

จากงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าการให้คำปรึกษามีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับคำปรึกษาได้ โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลทั้งสิ้น จึงควรให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกน้ำหนักน้อย

กฤษณา เพ็งสา (2538, หน้า 8) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อาจเป็นได้ทั้งทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm) และทารกน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ (Small for Gestational Age: SGA Infant) ต้องแยกว่าทารกนั้นเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดชนิด SGA

ประพุทธ สิริบุญย์ (2525, หน้า 50) กล่าวว่า ทารกน้ำหนักน้อย แบ่งเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่อมีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม (259 วัน) ส่วนใหญ่มักไม่ทราบสาเหตุ มักพบร่วมกับภาวะบางอย่างในมารดา เช่น การตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด การเจ็บป่วยของมารดา เป็นต้น ทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์ หมายถึง ทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ สำหรับอายุครรภ์นั้น ๆ โดยทั่วไปมักใช้ค่าต่ำกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ไทล์

วิไล ราตรีสวัสดิ์, สุนทร สือเผ่าพันธุ์ (2540, หน้า 69) กล่าวว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm Baby)

นฤมล ชีระรังสิกุล (2542, หน้า 2) ได้แบ่งกลุ่มทารกน้ำหนักน้อย โดยแบ่งตามขนาด (น้ำหนักตัว) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ คือ

1. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (Very Very Low Birth Weight (VVLBW) หรือ (Extremely Low Birth Weight (ELBW))
2. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม (Very Low Birth Weight (VLBW))

3. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักระหว่าง 1,501-2,500 กรัม (Moderately Low Birth Weight (MLBW))

4. ทารกแรกเกิดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์และน้ำหนักน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ในกราฟเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Small for Gestational Age (SGA))

5. ทารกแรกเกิดที่เจริญเติบโตในครรภ์ช้ากว่าปกติ บางครั้งอาจเรียกว่า SGA (Intrauterine Growth Retardation (IUGR))

ฟิลลิเทอรี (Pilliteri, 1982, p. 197) แบ่งทารกน้ำหนักน้อยเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ในช่วง 500-1,500 กรัม มักมีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่สูงสุด (Extremely Immature)
2. ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,500-2,000 กรัม จะมีการเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ปานกลาง (Moderate Immature)
3. ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 37-38 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวแรกเกิดใกล้เคียง 2,500 กรัม จะมีการเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่เล็กน้อย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ทารกน้ำหนักน้อย คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm) คือมีอายุครรภ์แรกคลอดระหว่าง 28-36 สัปดาห์ และทารกคลอดครบกำหนด คือ มีอายุครรภ์แรกคลอดระหว่าง 37-42 สัปดาห์ แต่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ คือมีน้ำหนักน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ไทล์ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ

สาเหตุของทารกคลอดน้ำหนักน้อย

วิไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (2540, หน้า 69) กล่าวว่า สาเหตุของการคลอดทารกน้ำหนักน้อย มาจากสาเหตุต่าง ดังนี้

1. สาเหตุจากมารดา ได้แก่
 - 1.1 มารดาอายุน้อย (Teenage Mother), มารดาอายุมาก
 - 1.2 การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ (เช่น ซิฟิลิส, เริม) ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ เป็นต้น
 - 1.3 โรคที่มารดาเป็นอยู่เดิม เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคเลือด
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ
 - 1.5 รูปร่างของมดลูกที่ผิดปกติ หรือมดลูกเล็ก
 - 1.6 ภาวะทุพโภชนาการในมารดา
 - 1.7 ภาวะด้อยโอกาสทางสังคม คือ มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

1.8 พฤติกรรมของมารดา เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การติดยาเสพติด การใช้ยา

1.9 อาชีพของมารดา เช่น โดรนรังสี

2. สาเหตุจากรก ได้แก่

2.1 รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเสื่อม เป็นเนื้องอก รกมีขนาดเล็ก มีน้ำหนักรกหรือพื้นที่

ผิวน้อย

2.2 ครรภ์แฝด

2.3 การติดเชื้อมีของรก

2.4 รกขาดเลือดเรื้อรัง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (Pre-

Eclampsia)

2.5 หลอดเลือดผิดปกติจากการเป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน

3. สาเหตุจากตัวทารก ได้แก่

3.1 การติดเชื้อมีในครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน ซิฟิลิส

3.2 ความผิดปกติของโครโมโซม

3.3 ความพิการแต่กำเนิด

3.4 ความผิดปกติของเอนไซม์ตั้งแต่แรกเกิด

4. อื่น ๆ เช่น พันธุกรรม อยู่ในที่สูงกว่าระดับน้ำทะเลมาก

จากสาเหตุของทารกคลอดน้ำหนักน้อยต่างๆ ได้แก่ สาเหตุจากมารดา รก ตัวทารกและอื่น ๆ ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกของมารดา ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวว่าสาเหตุต่างๆ จะเกิดผลกระทบต่อทารกที่คลอดน้ำหนักน้อย ทำให้ทารกได้รับอันตราย จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่มารดา จะได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลลง

ลักษณะของทารกในครรภ์

นฤมล ชีระรังสิกุล (2542, หน้า 15-21) กล่าวถึงลักษณะของทารกในครรภ์ไว้ดังนี้

ลักษณะของทารกขึ้นอยู่กับอายุในครรภ์ ถ้าอายุครรภ์น้อยทารกจะมีลักษณะของการคลอดก่อนกำหนดชัดเจนกว่าทารกที่มีอายุครรภ์เพิ่มขึ้น ลักษณะที่พบของทารกน้ำหนักน้อย แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ลักษณะของทารกน้ำหนักน้อยที่คลอดก่อนกำหนด

2. ลักษณะของทารกน้ำหนักน้อยที่คลอดครบกำหนด

ลักษณะของทารกน้ำหนักน้อยที่คลอดก่อนกำหนด

1. ศีรษะมีขนาดใหญ่ไม่ได้สัดส่วนกับร่างกาย กระหม่อมใหญ่ รอยต่อกระดูกกะโหลก

ศีรษะและกระหม่อมกว้าง

2. เปลือกตาบวมและนูนออกมา ตามักปิดตลอดเวลา
3. กระดูกกระโหลกศีรษะนูน ไม่แข็งเท่าทารกครบกำหนด
4. ผมออ่อนเส้นเล็กจับกันเป็นปุยขนอ่อนตามตัว โดยเฉพาะที่ไหล่และหน้า
5. ผิวหนังบาง สีแดง มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน มักบวมตามมือและเท้าหรือทั้งตัว เนื่องจากมีโปรตีนในซีรัมต่ำ (หายได้ภายใน 2-3 วัน)

6. มีไขเคลือบตามตัวน้อยและมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย จึงมีผิวเหี่ยวย่น
7. แขนขาขาว เมื่อเทียบกับลำตัว มีกล้ามเนื้อน้อย แขนขาทอดเหยียดตรง ไม่ค่อยงอ มองดูอ่อนแรง

8. เล็บมือเล็บเท้านุ่มกว่าปกติและสั้น
9. ใบหูโค้งเล็กน้อย อ่อน นิ่ม จอพับได้ และกลับคืนช้า
10. กระดูกทรงอกนูน เวลาหายใจจะถูกดึงรั้งให้บุ๋มตรงหน้าอก และตามแนวกระดูก

ลม

11. ท้องป่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง
 12. หัวนมและบริเวณรอบหัวนมเล็กราบ ไม่มีเต้านมคัดตึง เนื่องจากยังไม่ได้รับฮอร์โมนที่ผ่านจากมารดาในระยะเดือนท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์
 13. เส้นสายฝ่าเท้ามีเพียงเส้นเดียวหรือมีเล็กน้อย
 14. อวัยวะเพศยังเจริญ ไม่สมบูรณ์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- ในเพศชาย พบว่า ลูกอัณฑะเคลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะเป็นบางส่วน หรือยังอยู่ที่ขาหนีบ และถุงอัณฑะมีรอยย่นน้อย

ในเพศหญิง พบว่า จะเห็นแคมใหญ่ (Labia Majora) ปิดแคมเล็ก (Labia Minora) ไม่มีให้เห็นแคมเล็กและคลิตอริส (Clitoris) ชัดเจน

ลักษณะของการก้นน้ำหนักร้อยที่คลอดครบกำหนด

ลักษณะเมื่อแรกเกิดที่เห็นเด่นชัด มีดังนี้

1. ไม่มีไขเคลือบตามตัว หรือมีน้อย
2. ตัวผอมเล็ก ผิวซีด แห้งและลอก
3. มักจะพบคราบขี้เทาอยู่ที่สายสะดือ ผิวหนัง และเล็บ
4. น้ำหนักจะน้อยแต่ตัวยาวเท่าทารกคลอดครบกำหนด ขนาดหัวปกติ
5. มักไม่ถ่ายปัสสาวะทันทีใน 1-24 ชั่วโมงแรกเกิด หรือมากกว่านั้น

ลักษณะทั่วไปของการก้นน้ำหนักร้อย มีดังนี้

1. มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย

2. เคลื่อนไหวได้ดีเท่าเด็กครบกำหนดปกติ
3. มีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อสิ่งเร้าได้ดี
4. หิวเก่ง ความสามารถในการดูดกลืนดี
5. สะดือแห้งเร็ว
6. หน้าตาและตัวเขียว
7. รอยต่อระหว่างกะโหลกศีรษะมักจะกว้างกว่าทารกครบกำหนด
8. หลังคลอดจะมีน้ำหนักลดได้มากและโตช้า
9. อาจมีความพิการแต่กำเนิดด้วย
10. สูญเสียความร้อนได้ง่ายและมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัญหาที่พบบ่อยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

เนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอวัยวะที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ที่ทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของระบบและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาและอาการผิดปกติเกิดขึ้น

1. ด้านการเจ็บป่วย เนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอวัยวะที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้ทารกมีความไม่สมบูรณ์ในการทำงานของระบบหรืออวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

ปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจ ในทารกน้ำหนักน้อยนั้นปอดและศูนย์หายใจยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ รวมทั้งการขาดสาร Surfactant จึงทำให้ทารกน้ำหนักน้อยนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น ภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งทารกกลุ่มนี้มักมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังและในระหว่างการคลอด มดลูกจะบีบตัวเป็นระยะ ๆ ทำให้การไหลเวียนของเลือดผ่านรกลดลง ทารกจึงขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2542, หน้า 23)

ปัญหาด้านระบบประสาท ระบบประสาทของทารกน้ำหนักน้อยยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ โดยเฉพาะศูนย์ควบคุมการทำงาน และศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายทำให้ทารกน้ำหนักน้อยไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้ ประกอบกับไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย มีพื้นที่ผิวในการสูญเสียความร้อนมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ทำให้อุณหภูมิในร่างกายค่อนข้างต่ำ ทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำจะมีอันตรายได้สูงกว่าทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายปกติหลายเท่า ทั้งนี้เนื่องจากผลเสียของภาวะตัวเย็น (Hypothermia) จะทำให้มีปัญหาดังกล่าว เช่น การควบคุมกลูโคสและกรดไขมันเสียไปเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย

ปัญหาด้านระบบการย่อยและการดูดกลืนอาหาร ระบบการย่อยอาหารของทารกน้ำหนักน้อยนั้นยังเจริญไม่เต็มที่ กระเพาะอาหารมีขนาดเล็ก น้ำย่อยอาหารมีน้อย ความสามารถในการดูดซึมไขมันต่ำ ทำให้การดูดซึมอาหารไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ทารกมีอาการท้องอืดและอาเจียนได้ง่าย

นอกจากนั้นการดูด การกลืนยังไม่ดี ซึ่งอาจพบว่าทารกน้ำหนักน้อยนั้นจะสำลักได้ง่าย

ปัญหาระบบไหลเวียนโลหิต โลหิตของทารกน้ำหนักน้อยนั้นจะมี Prothrombin ต่ำ และ Factor ที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือดมีน้อย เส้นเลือดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ขาดความยืดหยุ่น ทำให้เปราะง่าย ทารกอาจมีอันตรายจากการเสียเลือดได้ง่าย นอกจากนี้จะมีภาวะช็อคและตัวเหลืองได้ เนื่องจากอายุของเม็ดเลือดแดงสั้น ไชกระดูกทำงานน้อยลง และทารกเจริญเติบโตมากขึ้น

นอกจากนี้ เชลดอน (Sheldon, 1986, p. 144) กล่าวว่า อัตราเสี่ยงของทารกน้ำหนักน้อย จะมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ อัตราเสี่ยงจะสูงขึ้นในทารกที่น้ำหนักตัวและอายุครรภ์ต่ำ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารกน้ำหนักน้อย (กัลยา นาคเพ็ชร, 2530, หน้า 408, กฤษณา เพ็งสา, 2538, หน้า 16-18, ประพุทธ ศิริบุญย์ และ อนันต์ เตชะเวช, 2531, หน้า 416-417)

1. ภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด (Birth Asphyxia)
2. ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome)
3. ภาวะหยุดหายใจ (Apnea)
4. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)
5. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
6. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia)
7. ภาวะตัวเหลือง (Jaundice)
8. ภาวะซีด (Anemia)
9. ภาวะเลือดข้น (Polycythemia)
10. ภาวะเลือดออกในสมอง (Intraventricular Hemorrhage)
11. ภาวะติดเชื้อ (Infection)
12. โรคเรตินาชนิดไม่มีการอักเสบในการคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity)
13. โรคลำไส้เน่าเปื่อย (Necrotizing Enterocolitis)

2. **ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ** อาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้ง การที่ทารกน้ำหนักน้อยนั้นต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกทารกแรกเกิด มีผลทำให้ขัดขวางต่อการ เจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกโดยตรง ทารกน้ำหนักน้อยนั้นมีความผิดปกติทางสมองและ พัฒนาการสูงกว่าทารกน้ำหนักปกติประมาณ 3 เท่า และเป็น 10 เท่า สำหรับทารกน้ำหนักน้อยมาก (สมศักดิ์ สุทัศนวรวิทย์ และกำแหง จาตุรจินดา, 2530, หน้า 79)

ความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความหวังที่จะคลอดบุตรครบกำหนดที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง

ไม่มีผู้ใดที่คาดหวังว่าจะคลอดบุตรก่อนกำหนดหรือบุตรน้ำหนักน้อยแม้ว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์ก็ตาม (ศรีโสภณ แท่งทองคำ, 2533, หน้า 22) ภายหลังการคลอดมารดาอาจจะไม่ได้เห็นหน้าบุตรเลย หรือบางรายก็จะได้มองเห็นบุตรในระยะสั้น ๆ เห็นบุตรที่มีรูปร่างเล็ก ผิวสีคล้ำและมีลักษณะไม่น่าดู ส่วนใหญ่บุตรที่คลอดออกมามักจะถูกแยกจากมารดาเข้ารับการรักษาในแผนกทารกแรกเกิดหรือหน่วยทารกแรกเกิดป่วยหนักทันที (Sick New Born & Neonatal Intensive Care Unit) เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเช่นนี้ มักทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยมักมีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. อาการเจ็บป่วยของบุตร

ลักษณะของทารกน้ำหนักน้อยที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดแก่มารดา มักจะเพิ่มความวิตกกังวลแก่มารดาเป็นอย่างมาก การที่อวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถทำงานได้สมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด (Birth Asphyxia) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (Hypothermia) ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะเหลือง (Jaundice) ภาวะติดเชื้อ (Infection) ภาวะซีด (Anemia) เป็นต้น ทำให้ทารกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทีมสุขภาพและอาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มารดาจึงอาจมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดามักมีความวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในอนาคต

2. การรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับ

มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทารกน้ำหนักน้อยจะแสดงปฏิกิริยาวิตกกังวลหรือกลัวเนื่องจากการรักษาพยาบาลในหน่วยทารกแรกเกิดป่วยหนักหรือแผนกทารกแรกเกิด ซึ่งจะมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลทารกหลายอย่าง มารดาส่วนใหญ่จะแสดงความรู้สึกลัว วิตกกังวล รู้สึกผิดและรู้สึกหมดหวัง ปฏิกริยาเหล่านี้จะมากหรือน้อย อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งในระยะก่อนคลอดและระยะหลังคลอด ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์มารดา การเตรียมตัวก่อนคลอด ขนาดของทารก อาการของทารก ลักษณะของทารกและชนิดของการรักษาที่ทารกได้รับ

3. ชนิดของการรักษาที่ทารกได้รับ

ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกว่ามากน้อยเพียงใด ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาด้านการหายใจลำบาก อุณหภูมิร่างกายต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ และตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิด (กัลยา นาคเพ็ชร์, 2530, หน้า 408) ซึ่งนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและต้องได้รับการแก้ไขด่วน โดยทารกต้องนอนในตู้อบอุ่น (Incubator) ต้องได้รับเครื่องทำความอบอุ่น

(Radiant Warmer) ออกซิเจน สายยางให้อาหารทางปากหรือจมูก สารน้ำทางศีรษะหรือทางสะดือ ไฟส่อง หรือได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น อุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลกลัวทารกจะได้รับความเจ็บปวดหรืออันตรายจากเครื่องมือต่าง ๆ ดังกล่าวได้

4. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในแผนกทารกแรกเกิด

มารดาจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศต่าง ๆ ในแผนก ซึ่งเป็นบรรยากาศที่ไม่คุ้นเคย ทารกต้องได้รับการดูแลทั้งจากเจ้าหน้าที่และเครื่องมือต่าง ๆ ตลอดเวลา อาจเป็นเสียงเครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยเหลือทารก แสงไฟภายในห้องที่ต้องเปิดตลอดเวลา รวมทั้งการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างเร่งด่วนเมื่อทารกมีอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการแก้ไข บรรยากาศเช่นนี้เป็นบรรยากาศที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดาได้มาก ดังนั้นมารดาควรได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในหน่วยทารกแรกเกิดหนักหรือแผนกทารกแรกเกิดจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพก่อนที่จะมาเยี่ยมทารกในครั้งแรก

5. การเลี้ยงดูบุตร

เนื่องจากทารกน้ำหนักน้อยมักต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในแผนกทารกแรกเกิด มารดาและทารกจะต้องถูกแยกจากกัน และหากทารกมีภาวะแทรกซ้อนมาก มารดาจะขาดโอกาสในการได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ทั้งในเรื่องการให้นม การอาบน้ำ การอุ้ม ซึ่งทำให้มารดาไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถดูแลทารกได้เพียงพอเมื่อนำทารกกลับบ้าน และต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพังที่บ้านต่อไป (ศรีนวล โอสเสถียร, 2542, หน้า 132)

บิดเดอร์, คราวน์ และ เกรย์ (Bidder, Crowe, & Gray, 1974, pp. 766-769) พบว่า ระยะที่มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยมีความวิตกกังวลสูงสุด มี 2 ระยะ คือ

1. ระยะหลังคลอด มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยมักเกิดภาวะวิกฤติของอารมณ์จากการคลอดที่ไม่ได้เตรียมจิตใจ ประกอบกับลักษณะของทารกที่อ่อนแอ ตัวเล็ก การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะตัวเหลือง เป็นต้น ทำให้ทารกต้องถูกแยกจากมารดาและได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือพิเศษที่ต่างจากเด็กทั่วไป จากลักษณะของทารก ภาพและเสียงจากอุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่รอบ ๆ ทารกที่อยู่ในหน่วยทารกแรกเกิด ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าจะสูญเสียทารก

2. ระยะใกล้กลับบ้านของทารกน้ำหนักน้อย เนื่องจากทารกน้ำหนักน้อยต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลในหน่วยทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน มารดาจึงไม่มีทักษะในการเลี้ยงดูทารก

ประนอม รอดคำดี (2521) กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวลของมารดา ดังนี้

สาเหตุใหญ่ ๆ ที่สำคัญมี 5 ประการ คือ

1. ความเจ็บป่วยของทารก
2. การสูญเสียบทบาทของการเป็นมารดา
3. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
4. ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว
5. ปัญหาด้านการเงิน

การเจ็บป่วยของทารก มารดามารพบแพทย์ด้วยความคาดหวังที่จะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับทารก อะไรเป็นสาเหตุให้ทารกเจ็บป่วย ต้องการให้ทารกได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เช่น นมดื่ยหรือทานยา อาจมีคำถามอื่นที่ต้องการคำตอบ มารดาอาจคาดการณ์ล่วงหน้าหรือไม่ได้คาดว่าการทารกจะต้องอยู่โรงพยาบาล แต่เมื่อทราบแน่ชัดว่าทารกจะต้องอยู่โรงพยาบาล มารดาส่วนใหญ่ตกใจและแน่ชัดว่าทารกจะต้องมีอาการรุนแรง จึงเกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ เช่น

1. กลัวว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับทารก
2. กลัวว่าทารกจะไม่หายจากการเจ็บป่วยหรืออาจตาย
3. กลัวว่าทารกจะได้รับความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน
4. กลัวความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษา
5. กลัววิธีการต่าง ๆ ในการวินิจฉัย การรักษา
6. กลัวภาวะแทรกซ้อนและผลที่จะเกิดตามมาจากการเจ็บป่วย

เบลคเบอร์น (Blackburn, 1982, p. 1708) กล่าวว่า มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยจะมี ความวิตกกังวลในเรื่องต่อไปนี้

1. สูญเสียทารกในจินตนาการที่สมบูรณ์ แข็งแรง
2. กังวลว่าทารกจะเสียชีวิต
3. กังวลว่าทารกต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย

ทารก

4. วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
5. วิตกกังวลเมื่อต้องนำทารกกลับไปอยู่บ้าน

จะเห็นว่ามารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร การรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในแผนกทารกแรกเกิด รวมทั้งการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อย วิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวว่าทารกจะเสียชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกและวิตกกังวลในการดูแลทารกเพื่อนำทารกกลับบ้าน นอกจากนี้มารดาบางรายยังวิตกกังวลต่อการปรับตัวต่อบทบาทมารดา มารดาที่ขาดระบบคำจุนจาก

ครอบครัวและสังคม ปัญหาสมาชิกอื่นในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่มารดาควรได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นและเป็นศูนย์กลาง เพื่อระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย

บุญกร ผาสุกดี (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและลดความวิตกกังวลในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลปรากฏว่ามารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชวลีกร ด้านยุทธศิลป์ (2541) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล และการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรก่อนกำหนดในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 44 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและมีความคล้ายคลึงของอายุมารดาและน้ำหนักทารกแรกเกิด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เกศสุรวงศ์ พงษ์บำรุงเนตร (2538) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทางเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาล วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 14 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบนำทาง และกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะ ผลปรากฏว่ามารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ามารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับข้อเสนอแนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริรัช ศิริตันดิวัฒน์ (2534) ได้ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลหลังคลอดในแผนกสูติกรรม

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 54 คน เป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย หลังคลอด้ร่วมกับการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด้เท่านั้น ผลการวิจัยพบว่า มารดาทารกคลอด้ก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มารดาทารกคลอด้ก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวต่อการเป็นมารดาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .009

นันทา เลี้ยววิริยะกิจ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรคลอด้ก่อนกำหนดในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมของมารดาที่มีบุตรคลอด้ก่อนกำหนด มี 5 ประการ คือ (1) สมาชิกของกลุ่มมีขนาดประมาณ 5 คน (2) สมาชิกส่วนใหญ่คือกลุ่มญาติ (3) วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกันมากที่สุดคือการพบปะพูดคุย (4) ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันโดยเฉลี่ย 13 ปี (5) ความถี่ในการติดต่อกันโดยเฉลี่ย 96 ครั้งต่อเดือน ความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรคลอด้ก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ในเชิงนิเสธกับขนาดของกลุ่มสังคม วิธีการติดต่อโดยการพบปะพูดคุย ความสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ ความถี่ในการติดต่อ การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ การได้รับการยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับโอกาสในการดูแลรับผิดชอบ การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เจนนาโร (Gennaro, 1988) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยมาก (น้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,500 กรัม) และมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อย (น้ำหนักอยู่ระหว่าง 1,501-2,500 กรัม) ตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 เดือน โดยทำการศึกษามารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อย 35 คน และมารดาที่มีน้ำหนักน้อยมาก 27 คน พบว่า มารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยมากจะมีความวิตกกังวลถึง 3-4 เดือน ส่วนมารดาที่มีทารกน้ำหนักน้อยจะมีความวิตกกังวล 2 เดือน

บรูเทน (Brooten, 1988) ได้ศึกษาความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่มีทารกคลอด้ก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารกก่อนแพทย่อนุญาตให้มารดานำทารกกลับบ้าน และเมื่อมารดานำทารกกลับบ้านแล้ว 9 เดือน พบว่ามารดาที่มีทารกคลอด้ก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลเมื่อแพทย่อนุญาตให้มารดานำทารกกลับบ้านแล้ว 9 เดือน โดยความวิตกกังวลนี้ไม่เกี่ยวข้องกับสถานภาพสมรส การศึกษาของมารดา สถานะทางสังคม และอายุของมารดา

ชอย (Choi, 1973, p. 1 อ้างถึงใน ศิริรัช ศิริตันดิวิวัฒน์, 2534) ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอด้ก่อนกำหนด และมารดาที่มีทารกคลอด้ครบกำหนด

ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีทารกคลอดครบกำหนด และความวิตกกังวลนั้นยังคงเกิดขึ้นได้กับมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด แม้ว่ามารดาในกลุ่มนั้นจะเคยคลอดทารกคลอดครบกำหนดมาก่อน

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยจะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่คลอดน้ำหนักปกติ ความวิตกกังวลของมารดาจะสัมพันธ์กับอาการป่วยของทารก นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยจะสูงสุดเมื่อหลังคลอดและก่อนที่มารดาจะต้องนำทารกกลับบ้าน ความวิตกกังวลนอกจากจะมีผลต่อมารดาแล้ว ยังส่งผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกด้วย ซึ่งเป็นผลต่อความผาสุกของมารดา เพราะฉะนั้นควรมีการช่วยเหลือมารดาให้หายวิตกกังวล ซึ่งวิธีคลายความวิตกกังวลวิธีหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Therapy) ของ Roger (1902-1987) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันที่มีชื่อเสียง ซึ่งค้นพบวิธีการให้คำปรึกษาที่ไม่นำทาง (Non-Directive Techniques) มีผลดีต่อการบำบัดรักษาผู้มาปรึกษา โดยให้ความสำคัญกับการยอมรับผู้มาปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไขและใช้เทคนิคการทำความเข้าใจที่กระจ่าง (Clarification) เป็นหลัก และในช่วงปี ค.ศ. 1950-1961 ได้เปลี่ยนชื่อทฤษฎีเป็น Client-Centered Therapy เพื่อจะแสดงว่ากระบวนการบำบัดของเขามุ่งไปที่ผู้ป่วยที่มารับการบำบัด ไม่ใช่เทคนิคที่ใช้ และกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาของ Rogers ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งในช่วงปี ค.ศ. 1961-1987 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี ค.ศ. 1970 และ ค.ศ. 1980 เขาได้พัฒนาวิธีการที่ใช้ไปสู่ วงการศึกษา วงการอุตสาหกรรม งานกลุ่ม การดำเนินการแก้ไขความขัดแย้งและการแสวงหาสันติภาพในโลก ทฤษฎีของเขาจึงเป็นที่รู้จักในชื่อ Person-Centered Therapy (Rogers, 1980)

สุธีรพันธ์ กรลักษณะ (2518, หน้า 62) ได้เสนอแนวความคิดไว้ว่า ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นทฤษฎีหนึ่งที่น่ามาใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาเกิดปัญหาในความรู้สึก โดยอธิบายไว้ว่าความทุกข์ในระดับของความรู้สึกเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ซึ่งมักจะทำให้มีความกดดันทางอารมณ์สูง แนวทางที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องปฏิบัติก็คือจะต้องพยายามหาทางให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เก็บกดไว้นั้นออกมามากที่สุดเท่าที่จะมากได้และในเวลาเดียวกันผู้ให้คำปรึกษาจะต้องร่วมอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาไปด้วยตลอดเวลา ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับของความรู้สึกอาจได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัยในชีวิตหรือความน้อยเนื้อต่ำใจในตนเองจากประสบการณ์ในอดีตมาบั่นทอนกำลังใจจนทำให้รู้สึก

ท้อแท้ในชีวิต การให้คำปรึกษาแบบนี้จะเน้นผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ โดยเน้นกระบวนการที่จะให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์และความคับข้องใจออกมา โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา คอยช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นปัญหาของตนและสามารถช่วยตนเองได้ง่ายขึ้น

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 18) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างกว้างขวางเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นตัวของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1980, p. 378) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นกระบวนการที่จะให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์และความคับข้องใจออกมาโดยผู้ให้คำปรึกษาคอยช่วยเหลือให้เขาสามารถนำตนเองได้ง่ายขึ้น เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถช่วยตนเองได้ในที่สุด เทคนิคที่นำมาใช้จึงเป็นไปเพื่อการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ซึ่งจะ ได้แก่ การแสดงออกและการสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของเขา การเปิดโอกาสให้เขาได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญ

คอเรีย (Corey, 2005, pp. 167-168) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางว่าเป็นวิธีให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่า มนุษย์มีความสามารถและความรับผิดชอบที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้จะเน้นที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นสำคัญ โดยให้อิสระแก่ผู้รับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้รับฟัง เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกของตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง เพื่อหาทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกคับข้องใจออกมา โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้รับฟังและคอยช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองและมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้

วิวัฒนาการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

โรเจอร์เป็นผู้บุกเบิกและพัฒนาวิธีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งโรเจอร์มีทัศนคติเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ คือ (เจียรนีย์ ทรงชัยกุล, 2533, หน้า 755-756)

1. มนุษย์มีความสามารถ มีเหตุผลและนำตนเองได้ เขาพร้อมที่จะเติบโต งอกงาม หากเขาได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญงอกงาม

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองได้ ถ้าจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญงอกงามให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ ทั้งนี้เพราะ โดยธรรมชาติมนุษย์ต้องการความอยู่รอดและต้องการพัฒนาตนเองให้มีความสะดวกสบายและประสบความสำเร็จ ด้วยเหตุนี้มนุษย์จึงพยายามที่จะพึ่งตนเองและพัฒนาตนเองให้ได้วซึ่งสิ่งที่ปรารถนาในชีวิต

3. มนุษย์เป็นคนดี มีคุณค่าและน่าเชื่อถือ โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์เป็นคนดี สามารถที่จะดำเนินชีวิตด้วยความสุขตามอัธยาศัย มีผลผลิตที่สร้างสรรค์

4. มนุษย์รับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของตน พฤติกรรมและการปรับตัวของมนุษย์นั้น มักจะเป็นไปอย่างสอดคล้องกับการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลซึ่งเกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของตัวเองและการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างไปจากบุคคลอื่นนี้ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ด้วยเหตุนี้ การที่เราจะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลใดนั้น เราจึงควรพยายามทำความเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้หรือโลกทัศน์ของเขาเป็นอย่างไร เจตคติและค่านิยมของเขาเป็นอย่างไร

5. มนุษย์ต้องการการยอมรับและความรักความเอื้ออาทรจากผู้ที่ใกล้ชิด ผู้ที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขาและผู้ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วย

สรุปได้ว่า โรเจอร์ มองมนุษย์ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า สามารถพัฒนาตนเองไปในวิถีทางที่ดีงามหรือทางบวกได้ ถ้าเขาได้รับโอกาสที่ดีนั้น

วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 51-53) กล่าวว่า โรเจอร์ ได้แบ่งลักษณะสำคัญของมนุษย์ไว้ 5 ประการ คือ

1. มนุษย์มีความสามารถมีศักดิ์ศรีและมนุษย์มีความสามารถใช้สติปัญญาของตนเองแก้ปัญหาหรือตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง สามารถเข้าใจเหตุผล มีความตระหนักรู้ในศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน มีความสามารถในการพัฒนาคุณค่าของตนอย่างมีเหตุผลเพื่อให้ดำเนินชีวิตตามอัธยาศัยอย่างมีความสุข

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองตามธรรมชาติ มนุษย์จะพัฒนาตนเองทุก ๆ ด้านอยู่แล้ว โดยไม่ต้องมีใครควบคุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีการพัฒนาขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการเจริญเติบโต การพัฒนาด้านสุขภาพ การปรับตัวและมนุษย์สัมพันธ์ การตระหนักในความเป็นจริงเหล่านี้คือ แนวโน้มในการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ (Self-Actualization Tendency) ซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิด และพร้อมที่จะนำชีวิตของบุคคลไปสู่การมีชีวิตที่งอกงามต่อไปได้

3. โดยพื้นฐานแล้ว มนุษย์เป็นคนดีและน่าเชื่อถือ โรเจอร์เชื่อว่าถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาลดการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตัวเองลง จะทำให้เขาเปิดรับ

ประสบการณ์เพิ่มขึ้น พิจารณาตนเองตามความเป็นจริงและพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นคนดีและน่าเชื่อถือต่อไป

4. มนุษย์จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล Rogers เน้นว่าการกระทำและการปรับตัวของบุคคลตามสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้อง (Congruence) กับอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ของเขา และการพิจารณาสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของเขา (Self-Experience) ซึ่งประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างจากคนอื่น เป็นโลกของเขาเอง (Phenomenal Field or Experiential Field) และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล เช่น พ่อแม่รักเรา เราจะรักบุคคลอื่นในสังคมด้วย ดังนั้นการที่จะเข้าใจบุคคลต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ (Internal Frame of Reference) ของเขาเป็นอย่างไร ต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทศนคติและค่านิยมของผู้มารับคำปรึกษา ไม่ใช่ตีความตามความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษา (External Frame of Reference)

5. มนุษย์ต้องการความรักความเอาใจใส่และการยอมรับจากผู้อื่น ธรรมชาติของทุกคนต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาพึงมีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard)

สรุปได้ว่า โรเจอร์ เชื่อว่าโดยพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ เป็นผู้มีเหตุผลเป็นคนดีมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีเชื่อถือและให้ความไว้วางใจได้ มีความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองและพร้อมที่จะดำเนินชีวิต ในแนวทางสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ ถ้ามีอิสระเพียงพอและอยู่ในสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวย

โครงสร้างของบุคลิกภาพในแนวคิดของการให้คำปรึกษาแบบยี้บุคคลเป็นศูนย์กลาง คัมเพอร์ นัตรศกฤต (2530, หน้า 65-66) กล่าวว่าโครงสร้างบุคลิกภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ อินทรีย์ (Organism) สนามแห่งประสบการณ์ (Phenomenal Field) และตน (Self)

1. อินทรีย์ ในที่นี้หมายถึงบุคคลแต่ละคนและเน้นที่ว่าเป็นส่วนรวมของบุคคลๆนั้น ถ้าขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่น ๆ อินทรีย์ในที่นี้ประกอบด้วยความคิด (Thoughts) พฤติกรรม (Behaviors) และร่างกาย (Physical Being) เมื่อบุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็จะใช้ส่วนประกอบทั้งสามส่วนนี้ แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งเร้านั้น

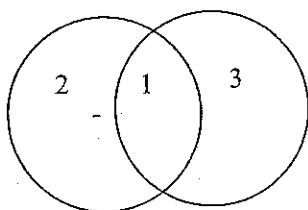
2. สนามแห่งประสบการณ์ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลประสบอยู่ บุคคลอยู่ในโลกแห่งประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีตนเป็นศูนย์กลาง ประสบการณ์ที่กล่าวนี้ไม่ใช่เฉพาะสิ่งที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลนั้น แต่จะรวมถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในตัวบุคคลด้วย เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก็อยู่ในระดับจิตสำนึก บางครั้งก็ไม่ใช่

3. “ตน” พัฒนามาจาก การที่อินทรีย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ตนกำลังพัฒนาขึ้นนี้ตนก็จะพยายามพิจารณาค่านิยมของบุคคลอื่นด้วย ซึ่งอาจจะเป็นการยอมรับหรือบิดเบือนค่านิยมของบุคคลอื่น ประสบการณ์ก็ตามที่สอดคล้องกับความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนก็จะเป็นที่ยอมรับซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี เห็นคุณค่าของตนเองแต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคิดรวบยอดของตน ก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนมีการปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม

เจียรนีย์ ทรวงชัยกุล (2533, หน้า 756) กล่าวว่า โรเจอร์ได้เสนอเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพว่ามีศูนย์กลางอยู่ที่ “ตน” โดยตนนั้นเป็นผลรวมของบุคลิกลักษณะองค์ประกอบและพฤติกรรมที่ประกอบขึ้นเป็นตัวบุคคลและยังได้สนใจเกี่ยวกับตนในอุดมคติ (Ideal Self) ซึ่งหมายถึงตัวเราที่ปรารถนาจะเป็นกับตนที่เป็นจริง (Real Self) โดยกล่าวว่าถ้าบุคคลใดมี “ตน” ในอุดมคติสอดคล้องกับตนที่เป็นจริงจะทำให้บุคคลนั้นยอมรับตนเอง มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมและมีแนวโน้มที่จะพบกับความสำเร็จ มีความสุขในชีวิตปัจจุบัน แต่ถ้ามีช่องว่างระหว่าง “ตน” ที่เป็นจริงกับตนในอุดมคติมาก ๆ ย่อมมีผลให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกขัดแย้ง คับข้องใจ ไม่สามารถยอมรับตนเองตามความเป็นจริงได้ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและอาจไม่พบความสำเร็จความสุขความพึงพอใจในชีวิตได้ดังที่ โรเจอร์ กล่าวว่า สาเหตุพื้นฐานที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้คือ ความไม่สอดคล้องระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองกับประสบการณ์ของตนที่ได้รับสภาพความไม่สอดคล้องนี้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับการคุกคามทางจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการปรับปรุงบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับคำปรึกษาได้รับการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไขและได้รับความเข้าใจอย่างจริงใจจากบุคคลอื่น

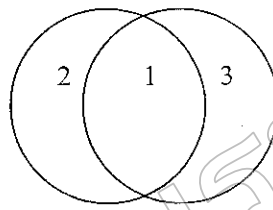
โรเจอร์ (Roger, 1951, p. 523 อ้างถึงใน รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2536, หน้า 15) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความไม่สอดคล้องหรือความไม่กลมกลืนกันระหว่างโครงสร้างของตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับ “ตน” แตกต่างไปจากประสบการณ์จริงที่รับรู้ จึงทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุล เกิดความไม่เป็นสุข วิตกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่าย ผิดหวัง และกลัวว่าบุคคลอื่นจะมองว่าตนเองบกพร่อง ไร้คุณค่า สภาพอันเกิดจากความไม่สอดคล้องกลมกลืนนี้ จะก่อให้เกิดความกดดันต่อบุคคล ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้รับความกดดันทางจิตใจ ดังนั้นเขาจึงต้องหาทางป้องกันตนเอง โดยใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) เพื่อหลบหลีกการคุกคามนั้น ซึ่งอาจทำได้โดยการปฏิเสธการรับรู้ประสบการณ์จริง หรือมีการบิดเบือนเพื่อให้สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง การป้องกันตนเองนี้แม้จะช่วยลดความกังวลใจได้บ้าง แต่โดยแท้จริงแล้วการคุกคามนั้นยังคงมีอยู่ เพียงแต่บุคคลที่มีความวิตกกังวลนั้นป้องกันตนเองด้วยการรับรู้ที่เข้มงวดและตายตัวเป็นการหลอกตัวเองและบิดเบือนความ

จริง ภาวะดังกล่าวจะทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวอันก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ดังภาพประกอบ



ตน ประสบการณ์

แผนภูมิ ก แสดงบุคลิกภาพของ
บุคคลที่มีความ
ตึงเครียดทางอารมณ์
และมีความวิตกกังวล



ตน ประสบการณ์

แผนภูมิ ข แสดงบุคลิกภาพของ
บุคคลที่มีความสมดุล
ทางอารมณ์ เป็นผู้ที่
ปรับตัวได้

ภาพที่ 2 แสดงบุคลิกภาพของบุคคลที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์และผู้ที่มีความสมดุลทางอารมณ์

จากภาพที่ 2 อธิบายได้ดังนี้

ตน หรือโครงสร้างแห่งตน (Self-Structure) แทนด้วยวงกลมทางซ้าย หมายถึงการรับรู้
ของบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองและเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขารวมทั้งค่านิยมด้วย

ประสบการณ์ (Experience) แทนด้วยวงกลมทางขวา หมายถึง การรับรู้และ
ประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

บริเวณที่ 1 เป็นส่วนที่แสดงถึงความสอดคล้องกันระหว่างโครงสร้างของตนกับ
ประสบการณ์ที่รับรู้

บริเวณที่ 2 เป็นส่วนที่แสดงถึงความคิดและค่านิยมที่ได้รับจากผู้อื่น ซึ่งบุคคลรับเสมือน
เป็นของตนเอง

บริเวณที่ 3 เป็นส่วนของประสบการณ์บางอย่างที่ถูกปฏิเสธที่จะรับรู้ เนื่องจาก
ประสบการณ์เหล่านั้น ไม่สอดคล้องกับความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง

แผนภูมิ ก แสดงตัวอย่าง ความไม่สอดคล้องกันระหว่างตนกับประสบการณ์เป็นการรับรู้

ประสบการณ์อย่างบิดเบือน และปฏิเสธการรับรู้ตรงสภาพความเป็นจริง เป็นบุคลิกที่อ่อนแอ ไม่นั่นใจ มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาการปรับตัวไม่ได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล

แผนภูมิ ข จะเห็นได้ว่าบริเวณที่ 1 ขยายออกเนื่องจากความสอดคล้องกันมากขึ้นระหว่างตนเองกับประสบการณ์จริง แผนภูมิ ข จึงเป็นบุคลิกที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลน้อย เพราะบุคคลมีความยืดหยุ่น เปิดใจกว้างรับประสบการณ์ใหม่อย่างตรงต่อความเป็นจริง รู้สึกและเข้าใจในตัวจริงของตนเอง เป็นคนตามที่สามารถเป็นได้

จุไรวรรณ จักขุจินดา (2537, หน้า 65-66) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ เน้นที่ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาแต่เพียงอย่างเดียว ผู้ให้คำปรึกษาจะสะท้อนความรู้สึกเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาจัดระบบความคิดเกี่ยวกับตนเอง งานพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษาคือการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นการให้คำปรึกษา เพื่อจะได้กำจัดการคุกคามทางจิตใจและผู้ให้คำปรึกษาจะทำตัวเหมือนกับกระจกที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตัวเองและเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขาได้ดียิ่งขึ้น

จากเอกสารข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีพื้นฐานของความเชื่อและเห็นคุณค่า เห็นความสามารถของมนุษย์ ปราศจากการคุกคามทางจิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง ถ้าที่จะเปิดเผยอย่างแท้จริง มีความอบอุ่นไว้วางใจกัน สามารถเผชิญกับความกังวลใจและปัญหา มีการยอมรับตนเองและสิ่งที่มาคุกคามตนเองมากขึ้น มีความปรารถนาดีต่อกันที่จะให้และรับข้อมูลย้อนกลับ ทั้งทางด้านลบและบวกด้วยความจริงใจ มารดาที่มีความวิตกกังวลสามารถลดความทุกข์ทางอารมณ์และความรู้สึกของมารดาลง มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย ได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจหรือความขัดแย้งในใจตนออกมา มีการแสดงออกที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง สามารถจัดการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

คมเพชร จัตรสุกกุล (2530, หน้า 64) ได้สรุปข้อตกลงเบื้องต้นของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้

1. บุคคลจะอยู่ในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีตนเองเป็นศูนย์กลาง โลกส่วนตัวนี้จะครอบคลุมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องเป็นไปในระดับจิตสำนึกและ โลกส่วนตัวนี้เจ้าตัวนั้นจะรู้ว่าคืออะไร
2. บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่เคยรับรู้มาก่อนและเคยมีประสบการณ์มา ดังนั้นบุคคลจะถือว่าสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ความจริงของเขา
3. บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่เป็นส่วนร่วม

4. บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามเข้าใจตนเอง รักษาไว้ซึ่งประสบการณ์ และส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ในด้านประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้ตนเองดูแลตนเองได้ สร้างแบบแผนให้กับตนเองได้และมีเสรีภาพแห่งตนเอง ทั้งนี้ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอื่น ๆ

5. การแสดงพฤติกรรมของบุคคลจะเป็นความพยายามโดยมีจุดมุ่งหมายที่บุคคลจะแสดงความต้องการของบุคคลเท่าที่รับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมา

6. อารมณ์จะมีความเกี่ยวข้องและมีส่วนในการเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างมีจุดมุ่งหมาย

7. การเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ดีที่สุดคือ การเข้าใจความรู้สึกที่อยู่ภายในตัวบุคคล

8. เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จะทำให้พัฒนาโครงสร้างแห่งตนขึ้นมา แบบแผนของการรับรู้ที่เป็นระเบียบ อยู่กับร่องรอยและเปลี่ยนแปลงได้เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง รวมทั้งค่านิยมต่าง ๆ จะปรากฏในความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง

9. พฤติกรรมทั้งหลายที่บุคคลแสดงออกมาจะสอดคล้องกับความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง

10. การที่บุคคลปรับตัวไม่ได้ นั่นเพราะ ไม่ยอมรับความรู้สึกที่สำคัญของตนเองและประสบการณ์ภายใน ผลที่ตามมาคือประสบการณ์ที่ไม่เป็นระเบียบเหล่านั้น จะปรากฏในโครงสร้างแห่งตน

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง วัชร ทรัพย์มี (2533, หน้า 42-43) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง คือ

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมได้ สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ไม่บิดเบือนหรือเก็บกดประสบการณ์ของตนเอง ปราศจากความรู้สึกว่าได้รับการคุกคามด้านจิตใจ

2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดรับประสบการณ์ โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม

3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ลดความรู้สึกห่อหุ้มห้อย มีกำลังใจต่อสู้และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง

4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นและพยายามพัฒนาตนเอง

5. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านส่วนตัว การเรียน การทำงาน

6. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้

6.1 ยอมรับความจริง

6.2 เปิดรับประสบการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม

6.3 พยายามพัฒนาตนเอง

6.4 เชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง

อาภา จันทรสกุล (2536, หน้า 96-97) กล่าวว่าจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่ได้อยู่ที่การแก้ปัญหาผู้รับคำปรึกษา แต่เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นพบ รู้จักและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง เข้าใจตนเองและสามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เลือกเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม เป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพ

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง คือ การให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดใจเพื่อยอมรับความเป็นจริง ลดการเก็บกดหรือหลีกเลี่ยงจากข้อเท็จจริงโดยไม่ให้ใช้กลไกป้องกันทางจิต เน้นการจัด ลดความทุกข์ทางอารมณ์และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ให้สามารถนำความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

เซอร์เซอร์ และสโตน (Shertzer & Stone, 1980, p. 217) ได้อธิบายถึงขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไว้ว่า มี 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. มีผู้มาขอรับบริการ
2. มีการชี้แจงให้เข้าใจถึงสภาพการณ์และกระบวนการให้คำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความรู้สึกอย่างอิสระเกี่ยวกับปัญหาของตน ผู้ให้คำปรึกษายอมรับด้วยความเข้าใจและมีความกระจำในความรู้สึกทางลบของผู้รับคำปรึกษา
4. เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกในทางลบออกมาจนเต็มที่แล้ว เขาก็จะมีแรงกระตุ้นที่จะแสดงความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นตามมา
5. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและเข้าใจความรู้สึกทางบวกของผู้รับคำปรึกษา เช่นเดียวกับ การยอมรับและเข้าใจความรู้สึกทางลบที่เขาแสดงออกมา
6. ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการหยั่งรู้ มีความเข้าใจตนเองและยอมรับตนเอง
7. ในกระบวนการเกิดการหยั่งรู้ควรมีการผสมผสาน เน้นให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจำในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้
8. ผู้รับคำปรึกษาจะเริ่มมีพฤติกรรมในทางบวกเกิดขึ้นตามมา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการให้คำปรึกษา

9. เป็นขั้นที่การพัฒนาของการหยั่งรู้จะก้าวไปสู่ความสมบูรณ์ขึ้น ความเข้าใจในตนเองจะถูกต้องตรงกับความเป็นจริง บุคคลจะมองเห็นการกระทำของตนเองอย่างลึกซึ้งขึ้น

10. ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมในทางบวกเพิ่มขึ้น ลดความกลัวในการตัดสินใจ และมีความมั่นใจในการกระทำของตนเองมากขึ้น

11. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้สึกต้องการความช่วยเหลือลดลงและยอมรับว่าสัมพันธ์ภาพในการให้คำปรึกษาสิ้นสุด

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1980, pp. 418-419) แบ่งกระบวนการให้คำปรึกษาแบบยิดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็น 7 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้รับคำปรึกษาไม่เต็มใจเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองจะสื่อสารเฉพาะเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน ยังไม่มีการรับรู้ต่อความรู้สึกหรือปัญหาของตนเองและยังไม่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

ระยะที่ 2 ผู้รับคำปรึกษายังคงพูดถึงเรื่องราวที่ยังไม่ใช่เรื่องราวของตนเอง เริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่างออกมา แต่ยังไม่ยอมรับว่าเป็นความรู้สึกหรือเป็นปัญหาของตนเอง ระยะนี้ผู้รับคำปรึกษาเริ่มสมัครใจที่จะสื่อสารกับผู้ให้คำปรึกษา

ระยะที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองและจะเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ของตนเอง โดยเฉพาะเล่าถึงความรู้สึกและประสบการณ์ในอดีตที่มักเป็นด้านลบ มีการยอมรับตนเองน้อยและยังไม่สามารถแยกความรู้สึกได้ชัดเจนนัก แต่เริ่มมีการรับรู้ถึงความขัดแย้งของประสบการณ์

ระยะที่ 4 ผู้รับคำปรึกษามีการระบายความรู้สึกและประสบการณ์ปัจจุบันมากขึ้นเริ่มแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น ยอมรับความรู้สึกของตนเองและเริ่มรับผิดชอบในปัญหาของตนเองแต่ยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจ กลัวที่จะแสดงออกอยู่บ้าง

ระยะที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกต่างๆออกมาอย่างเสรีแต่ยังสงสัยและกลัวอยู่แต่ยอมรับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองได้มากขึ้น รับรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้นเผชิญปัญหาของตนด้วยความรับผิดชอบ เริ่มเป็นตัวของตัวเอง สามารถแยกแยะความรู้สึกและประสบการณ์ได้

ระยะที่ 6 ผู้รับคำปรึกษามีการยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างเต็มที่โดยไม่มีการปฏิเสธต่อต้าน ภาวะความไม่สอดคล้องระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเป็นการแสดงออกอย่างสอดคล้องกัน การแสดงออกทุกอย่างเป็นไปอย่างเป็นธรรมชาติ

ระยะที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งจะพัฒนาต่อไป สามารถรับรู้ความรู้สึกใหม่ ประสบการณ์ใหม่ ๆ อย่างรวดเร็ว รู้สึกตนเองและรับรู้ประสบการณ์ที่แท้จริง

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2530, หน้า 70-72) กล่าวว่าในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ความรู้ในการให้คำปรึกษาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ขอรับคำปรึกษายอมที่จะเปิดเผยตนเอง รู้จักตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ และแบ่งการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็น 7 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนี้บุคคลจะไม่ค่อยมีการยืดหยุ่น ไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง

ขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มเปิดเผยตนเองมากขึ้น เริ่มพูดถึงเรื่องต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จะยังไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสถานการณ์ในชีวิตของตนเองและยังไม่ยอมรับความรู้สึกของตนเอง อาจพูดถึงเรื่องราวความรู้สึกต่าง ๆ ที่มักเป็นเรื่องอดีต โครงสร้างส่วนบุคคลก็ยังขาดความยืดหยุ่น สำหรับเรื่องความขัดแย้งต่าง ๆ นั้นก็อาจพูดถึงบ้างแต่ยังไม่ยอมรับในสิ่งนั้น

ขั้นที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มพูดถึงตนเองและประสบการณ์ในปัจจุบัน แต่การรับรู้ตนเองมีขอบเขตจำกัด แต่ยังปฏิเสธ ไม่ค่อยกล้าพูดถึงความรู้สึกในเหตุการณ์ปัจจุบัน มักมีความคับข้องใจ ท้อถอยในเรื่องความสามารถที่จะตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 4 ผู้รับคำปรึกษาสามารถยอมรับปัญหาและความรู้สึกต่าง ๆ และความรู้สึกที่รุนแรงในอดีต แต่ไม่พูดถึงเรื่องราวส่วนตัวและความรู้สึกในปัจจุบันเพราะรู้สึกกลัวที่จะยอมรับความรู้สึกของตนเอง จะมีการยอมรับความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาขึ้นบ้าง แต่ยังคงกลัวในเรื่องสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาจะระบายความรู้สึกอย่างเสรีมากขึ้น ในเรื่องปัจจุบันและในอดีต สามารถที่จะยอมรับความรู้สึก ประสบการณ์และโครงสร้างที่แท้จริงมากขึ้น รับผิดชอบต่อปัญหาของตนเอง การสื่อสารภายในและยอมรับความรู้สึกแห่งตนมากขึ้น

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษาสามารถระบายความรู้สึกทั้งหลายที่ติดอยู่ในใจอย่างเสรี จะไม่มองตนเองว่าเป็นผู้ที่ถูกกระทำอย่างที่เคยเป็น แต่เป็นผู้กระทำสิ่งต่าง ๆ ความไม่ลงรอยระหว่างประสบการณ์ของตนก็จะกลายเป็นความกลมกลืนและมีผลทำให้มีความสุขมากขึ้น

ขั้นที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับความรู้สึกและมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกความยึดมั่นในสิ่งต่าง ๆ จะกลายเป็นความยืดหยุ่น ในระยะนี้ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องการรับการให้คำปรึกษาอีกต่อไป

อาภา จันทรสกุล (2536, หน้า 96-98) กล่าวถึงขั้นตอนการให้คำปรึกษาไว้ 12 ประการ ตามที่โรเจอร์สเสนอไว้ดังนี้

1. มีบุคคลขอรับการปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงสถานการณ์ในการให้คำปรึกษา

3. ผู้ให้คำปรึกษานับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวโยงกับปัญหาที่เขากำลังเผชิญอยู่
 4. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่ และเข้าใจความรู้สึกด้านลบของผู้รับคำปรึกษา
 5. เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกด้านลบออกหมดแล้ว แรงขับของความรู้สึกด้านบวกจะตามมาซึ่งเป็นลักษณะการปรับตัวที่ดี
 6. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่ และเข้าใจความรู้สึกด้านบวกของผู้รับคำปรึกษา เช่นเดียวกับที่เคยยอมรับและเข้าใจความรู้สึกด้านลบ
 7. การหยั่งเห็น การเข้าใจ การยอมรับตนเองเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการทั้งหมด
 8. ผลสมผสานไปกับขั้นตอนของการหยั่งเห็น คือ กระบวนการทำให้เกิดความกระจ่าง เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง
 9. พฤติกรรมทางด้านบวกปรากฏเป็นขั้นตอนที่มีนัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
 10. การหยั่งเห็นพัฒนาต่อไปอย่างลึกซึ้ง ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น กล้าเผชิญและพิจารณาการกระทำของตนเองมากขึ้น
 11. ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมทางบวกมากขึ้น กล้าต่อการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ น้อยลงมีความเชื่อมั่นที่จะนำตนเองเพิ่มขึ้น
 12. ผู้รับคำปรึกษามีความรู้ ต้องการความช่วยเหลือลดน้อยลง ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ถึงความต้องการของผู้รับคำปรึกษาและสัมพันธ์ภาพในการให้คำปรึกษาสิ้นสุดในที่สุด
- โรเจอร์ (Roger, 1954, p. 33 อ้างถึงใน ชูชัย สมितिไกร 2527, หน้า 42) โรเจอร์ได้สรุปพื้นฐานของสมมติฐานของการให้คำปรึกษาแบบยิ่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางว่า “ถ้าฉันสามารถจัดรูปแบบของความสัมพันธ์ที่ถูกต้องได้ บุคคลอื่นก็สามารถค้นพบตัวเขาได้ สามารถทำให้เขาเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาตนก็จะเกิดขึ้น” นอกจากนี้เขายังสรุปเงื่อนไข 6 ประการที่มีความสำคัญและพอเพียงที่จะเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพได้คือ
1. ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาพบปะซึ่งกันและกัน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางจิตใจ
 2. ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสถานะที่ไม่สมดุล (State of Incongruence) และด้วยเหตุนี้จึงทำให้เขารู้สึกไม่มั่นคงและเกิดความวิตกกังวล
 3. ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่เกิดความตึงเครียดและวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นไปอย่างแท้จริงและจริงใจ
 4. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างปราศจากเงื่อนไข
 5. ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีประสบการณ์ในการเข้าใจผู้รับคำปรึกษาในกรอบแห่งการรับรู้ของผู้รับคำปรึกษาและพยายามสื่อสารในเรื่องที่เป็นประสบการณ์ของผู้รับคำปรึกษา

6. การให้การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไขและเข้าใจผู้รับคำปรึกษาอย่างจริงจัง เป็นความสำเร็จที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจสภาพของผู้รับคำปรึกษามากยิ่งขึ้น

จากสมมติฐานและเงื่อนไขที่โรเจอร์ได้กล่าวไว้ สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เน้นถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาประสบอยู่ในขณะนั้น และช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงโลกของเขา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีทัศนคติที่จะช่วยเหลืออย่างจริงจัง เคารพ ยอมรับและเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถคลายการป้องกันตนเองและพัฒนาไปสู่บุคคลที่มีประสิทธิภาพ

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบ่งออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้รับคำปรึกษาจะเล่าเฉพาะเรื่องทั่วไป ไม่เต็มใจเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

ขั้นที่ 2 ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยตนเองมากขึ้น เริ่มแสดงความรู้สึกบางอย่างออกมาแต่เรื่องราวที่เล่าส่วนใหญ่ยังไม่ใช่เรื่องราวของตนเอง

ขั้นที่ 3 ผู้รับคำปรึกษาเริ่มแสดงออกอย่างอิสระเกี่ยวกับความรู้สึกและประสบการณ์ในอดีตแต่ไม่พูดเรื่องส่วนตัวและรู้สึกในปัจจุบัน มีการยอมรับตนเองน้อย

ขั้นที่ 4 ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในปัจจุบัน เริ่มแยกแยะความรู้สึกตนเองได้มากขึ้น ยอมรับความรู้สึกของตนเองและเริ่มรับผิดชอบในปัญหาของตนเอง

ขั้นที่ 5 ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกต่าง ๆ อย่างเสรี ยอมรับเกี่ยวกับตนเองเพิ่มมากขึ้น เริ่มเป็นตัวของตัวเอง เข้าใจและมองปัญหาของตนอย่างชัดเจน

ขั้นที่ 6 ผู้รับคำปรึกษายอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างเต็มที่โดยไม่ปฏิเสธหรือต่อต้าน มีการวางแผนทางในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ขั้นที่ 7 ผู้รับคำปรึกษาเป็นตัวของตัวเองอย่างเต็มที่ รู้จักตนเองและรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นจริง สามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะนี้ผู้รับคำปรึกษาจะไม่ต้องการความช่วยเหลืออีกต่อไป

เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ฮาร์ท (Hart, 1970, pp. 106-109) กล่าวถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่หนึ่ง ระยะนี้เน้นเทคนิคต่าง ๆ ที่โรเจอร์ใช้แล้วประสบความสำเร็จ ได้แก่ เทคนิคการฟัง การยอมรับ การทำให้เกิดความกระแ้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีขอบเขตจำกัด ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่เสนอแนะหรือให้แนวคิด ไม่ประเมินค่านิยมของ

ผู้รับคำปรึกษา เคารพในความเป็นตัวของตัวเอง และเสรีภาพของผู้รับคำปรึกษา ไม่ใช่เทคนิคที่ผู้ให้คำปรึกษานำทาง ทัวไป ๆ ไป ได้แก่ การตั้งคำถาม การตีความ การวินิจฉัยเป็นต้น ระยะนี้เรียกว่า ระยะไม่นำทาง

2. ระยะที่สอง ระยะนี้เน้นความสำคัญของเทคนิคการสะท้อนความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อข้อมูลหรือเนื้อหา แต่เน้นความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาที่มีต่อข้อมูลหรือประสบการณ์นั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับเป็นมิตรอย่างอบอุ่น เคารพในเสรีภาพของผู้รับคำปรึกษา และมีบทบาทหน้าที่เสมือนกระจกสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง ระยะนี้เรียกว่า ระยะการสะท้อนกลับ

3. ระยะที่สาม ระยะนี้ไม่เน้นความสำคัญของเทคนิคการให้คำปรึกษาแต่เน้นที่ทัศนคติและค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ระยะนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาไม่มีขอบเขตจำกัด ผู้ให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนทัศนคติ ค่านิยมและประสบการณ์กับผู้รับคำปรึกษา โดยการเปิดเผยความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้ให้คำปรึกษาในจังหวะเวลาที่เหมาะสม ความสำคัญของการให้คำปรึกษาคือ การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกและประสบการณ์ต่าง ๆ ภายใต้อารมณ์ของสัมพันธภาพที่ดีของการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาให้การยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข เข้าใจ ไวต่อความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาและสื่อสารความเข้าใจ การรับรู้นั้นกลับไปให้ผู้รับคำปรึกษาทราบในขณะนี้ ประจักษ์ ความเชื่อ ค่านิยม และบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษามีความสำคัญยิ่ง ระยะนี้เรียกว่า แลกเปลี่ยนประสบการณ์

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1980, p. 420) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบยิ่บุคคลเป็นศูนย์กลางเน้นที่ปรัชญาและเทคนิคของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะแสดงถึงประสิทธิภาพในการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา เทคนิคเหล่านี้จะเป็นการแสดงออกและสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษายอมรับและเคารพในการเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของเขา เปิดโอกาสให้เขาทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองได้ เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้คือ

1. การเริ่มต้นการให้คำปรึกษา (Opening The Interview) ในการเริ่มต้นการให้คำปรึกษาทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาอาจอยู่ในภาวะตื้นตัน ผู้ให้คำปรึกษาควรปรับสถานการณ์ให้ดีขึ้นโดยนึกถึงหลักการปฏิบัติตนที่ดีต่อบุคคลอื่น การเริ่มต้นการให้คำปรึกษาอาจเริ่มโดยการถามในลักษณะที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจ เป็นกันเองและเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้เริ่มต้นปัญหาของเขาได้

2. การตั้งคำถาม (Questioning) คำถามที่ใช้มักเป็นคำถามปลายเปิด โดยมุ่งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้อธิบายเป็นจุดเริ่มต้นในการสำรวจตนเอง และเกิดความเข้าใจตนเองมากกว่าที่จะส่งเสริมความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษา การใช้คำถามปลายเปิดเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกอิสระในการที่จะศึกษาค้นคว้าให้กว้างขวางลึกซึ้ง แล้วแต่ความต้องการ คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความในใจมากที่สุด และช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาให้เกิดความรู้สึกกระจำในปัญหา

3. การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) เทคนิคนี้ส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดและแสดงความรู้สึกต่าง ๆ อย่างเสรี เพราะถ้าผู้ให้คำปรึกษาขัดจังหวะ อาจทำให้ความรู้สึกอยากเล่าหมดไป นอกจากการเงียบแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาต้องตั้งใจเพื่อที่จะเข้าใจในเรื่องที่พูด ประโยชน์ของการเงียบอีกประการหนึ่ง คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใคร่ครวญถึงการโต้ตอบหรือการแก้ไขปัญหาโดยไม่รีบร้อนเกินความจำเป็น

4. การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษารับฟังเรื่องราวที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ฟังโดยไม่แสดงความคิดเห็น ความในใจหรือปฏิกิริยาใด ๆ ของตนเองออกไป การยอมรับแสดงออกโดยพยักหน้าและการใช้คำพูดแสดงการยอมรับ เช่น “ฉันเข้าใจ” “ไม่เป็นไร” เป็นต้น หลักเลียงประโยชน์ที่ทำให้ต้องรับผิดชอบต่อแนวทางให้คำปรึกษาและถือว่าการพูดมากเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของบุคคล

5. การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting of Content) คือการที่ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา โดยพยายามค้นคว้าสิ่งที่มีความหมายและมีความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาแล้วสะท้อนกลับไปให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจแจ่มแจ้ง เกี่ยวกับความรู้สึกของเขา

6. การทำให้เกิดความกระจ่าง (Clarification) เทคนิคนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะพูดให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาของเขาชัดเจนขึ้น โดยปกติแล้ว ผู้รับคำปรึกษาจะสับสน ไม่เข้าใจตนเอง การมองโลกและการรับรู้อาจบิดเบือนไปจากความจริง เทคนิคนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความกระจ่างในตนเอง ควรใช้เมื่อผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ฟังที่ดีมาโดยตลอดและพิจารณาเห็นแล้วว่า ปัญหาได้พูดกันมาเพียงพอแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้เทคนิคนี้บ่อยเกินไป เพราะการเข้าใจตนเองของทุกคนต้องเกิดขึ้นทีละเล็กละน้อย การไปเร่งเร้าจะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกกำลังถูกคุกคามได้ การใช้เทคนิคนี้ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาด้วย เพราะธรรมชาติของผู้รับคำปรึกษาย่อมไม่ชอบฟังความจริงที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองและมักจะมีการต่อต้าน แต่ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้รับคำปรึกษาย่อมยอมรับตนเองได้ง่ายขึ้นและการต่อต้านจะลดน้อยลง

7. การสังเกต (Observation) การที่ผู้ให้คำปรึกษาได้สังเกตพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา ในขณะที่เขาเล่าปัญหาของเขา จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ ผู้รับคำปรึกษามากยิ่งขึ้นทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเองได้ดียิ่งขึ้นด้วย เช่น ผู้รับคำปรึกษามาปรึกษาปัญหาเรื่องการเลือกอาชีพ อาจมีลักษณะอาการตึงเครียด หรือมีท่าทางเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบประสาทจากการสังเกต ผู้ให้คำปรึกษาจะทราบได้ว่า เบื้องหลังที่เขาเล่าให้ฟังนั้น เขามีความตึงเครียดและความกลัวแทรกอยู่ในสิ่งนี้ ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหาของเขาในขณะนี้ คือ ปัญหาทางอารมณ์

8. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เทคนิคนี้เป็นการเรียบเรียงคำพูดใหม่ โดยนำเอาคำพูดของผู้รับคำปรึกษามาตีความหมาย อาจถอดข้อความและจัดคำพูดใหม่ โดยจะเน้นความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษามากกว่าเนื้อหาคำพูด ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตน และสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองออกมาได้โดยปราศจากความวิตกกังวล ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระวังความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาเป็นพิเศษเนื่องจากผู้รับคำปรึกษาส่วนมากยังไม่เข้าใจตนเอง สับสนในเรื่องความรู้สึก ความต้องการและการรับรู้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องพยายามสะท้อนความรู้สึกและอารมณ์ที่ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมากลับคืนไปให้ผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยให้เขาเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2530, หน้า 76) กล่าวว่า ในระยะเริ่มแรกของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น ผู้ให้คำปรึกษามักไม่เป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่ให้คำปรึกษาเพราะพยายามเน้นเรื่องเทคนิคเป็นอย่างมาก ในระยะต่อมาผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทมากขึ้นในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษา รวมทั้งในด้านเจตคติและปรัชญาในการให้คำปรึกษา ดังนั้นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญมากกว่าเทคนิค แต่อย่างไรก็ตาม เทคนิคทั้งหลายที่ใช้กันก็เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมเจตคติและปรัชญาของการให้คำปรึกษา ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกันด้วย

จากเอกสารดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แม้จะให้ความสำคัญต่อบทบาทของผู้ให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิค แต่เทคนิคการให้คำปรึกษาก็คงเป็นสิ่งจำเป็นในกระบวนการให้คำปรึกษา เพราะเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมเจตคติและปรัชญาของการปรึกษา เทคนิคสำคัญที่นำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางได้แก่ การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับทั้งในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข การสังเกต การสะท้อนเนื้อหา การสะท้อนความรู้สึกและการทำให้เกิดความเข้าใจอย่างกระจ่าง การให้คำปรึกษา ตามแนวคิดนี้นั้นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นหลัก มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เปลี่ยนแปลงตนเองทีละน้อย ๆ จากความสัมพันธ์ที่ทั้งสองสร้างขึ้นมาและที่สำคัญ ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสที่จะพูดระบายความรู้สึกที่มี

อยู่ในใจออกมาอย่างเสรี เพื่อจะได้มีโอกาสพิจารณาทำความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองและพัฒนาตนเอง

คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ฮอบบส์ (Hobbs, 1955, p. 208) กล่าวว่าคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ควรมีคุณลักษณะดังนี้ คือ

1. ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาสื่อ ทั้งเนื้อหาและความรู้สึกแล้วสื่อความเข้าใจต่าง ๆ ที่รับรู้กลับไปยังผู้รับคำปรึกษา
2. แปลความหมายสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูด โดยเรียบเรียงสรุปในรูปแบบใหม่แล้วสะท้อนกลับไป เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง
3. แสดงการยอมรับในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดและแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจในตัวเขา
4. ในสถานะที่เหมาะสม ชี้แจงให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา ความคาดหวังต่อการให้คำปรึกษาและขอบเขตของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา
5. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะแก้ไขปัญหา โดยให้กำลังใจ แสดงการยอมรับทั้งการให้คำพูด สันติภาพ ท้าทาย ตลอดจนแววตา
6. ให้ข้อมูลและตอบคำถามในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวิธีการให้คำปรึกษา แต่ควรเว้นการให้ข้อมูลหรือตอบคำถามที่แสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาและไม่กล้าตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา
7. มีส่วนร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างแท้จริง ใฝ่ต่อการรับรู้ความคิด จัดจังหวะบ้างโดยการสะท้อนกลับ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจเรื่องราวและความรู้สึกที่เขาแสดงออกมา

แพทเทอร์สัน (Patterson, 1980, pp. 421-422) กล่าวว่าผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. การยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความชัดเจน ไม่มั่นคง รู้จุดเด่น จุดด้อยของเขา ยอมรับว่าเขาเป็นบุคคลที่มีค่า มีหน้าที่ที่เป็นมิตร ไม่ประเมินหรือตัดสินการกระทำของเขา ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ การยอมรับนี้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องแสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ายอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข
2. มีความสอดคล้องกันของความรู้สึกและการกระทำ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกันของความรู้สึก การแสดงออกทั้งทางคำพูดและการกระทำในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้คำปรึกษาและมีความสม่ำเสมอ ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้จักตนเอง และยอมรับความรู้สึกของ

ตนเองได้ก่อน และมีความตั้งใจจริงที่แสดงออกถึงความรู้สึกและทัศนคติอย่างเหมาะสมและเป็น การแสดงออกด้วยความจริงใจ

3. มีความเข้าใจ ความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นในลักษณะความสามารถ รวม ความรู้สึกและเข้าใจความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถ ตำรวจ เข้าใจความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระและลึกซึ้ง เพื่อพัฒนาตนเองได้

4. ความสามารถสื่อสารลักษณะที่สำคัญของตนเองสู่ผู้รับคำปรึกษา การยอมรับความ สอดคล้องระหว่างความรู้สึกกับการแสดงออกและความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษาอย่างลึกซึ้ง ผู้ให้ คำปรึกษาควรแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นท่าทีหรือการใช้คำพูดจะ ไม่มีความหมาย หากผู้ให้คำปรึกษาไม่สามารถแสดงออกมา

5. การสร้างสัมพันธภาพ ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถสื่อสารคุณลักษณะส่วนตัวของผู้รับ คำปรึกษาได้ สัมพันธภาพในการให้คำปรึกษาจะพัฒนาขึ้น ผู้รับคำปรึกษาจะรู้สึกปลอดภัย มั่นใจ และเป็นอิสระจากภาวะถูกควบคุม รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนให้แสดงและรู้สึกว่าได้ รับประสบการณ์ ที่ดีจากการแสดงออกของผู้ให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ขึ้น

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางควรมี คุณลักษณะยอมรับและเข้าใจผู้รับคำปรึกษา สามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความ มั่นใจและเชื่อมั่นในตัวของผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนความสอดคล้องกันของความรู้สึกและการ กระทำ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่ต้องการตามความเป็นจริงมากที่สุด

บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2530; หน้า 75) กล่าวว่าผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีหน้าที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความเห็นอกเห็นใจอย่างถูกต้อง หน้าที่สำคัญประการหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษา คือ เข้าใจว่าผู้รับคำปรึกษาคิดอะไร รู้สึกอย่างไรและเกิดประสบการณ์อะไรในสิ่งที่เขารับรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมของเขา รับรู้การตัดสินใจยอมรับว่าเป็นผู้มีปัญหา และสื่อสารให้ผู้รับคำปรึกษาว่าผู้ให้ คำปรึกษาเข้าใจผู้รับคำปรึกษา

2. การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข หน้าที่อีกประการหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษาคือการเอาใจ ใส่ต่อผู้รับคำปรึกษา ซึ่งโรเจอร์เรียกว่าการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข นั่นคือยอมรับผู้รับคำปรึกษา ในลักษณะที่เป็นตัวของเขาเอง ให้คุณค่าต่อผู้รับคำปรึกษาในฐานะบุคคลหนึ่งโดยไม่สนใจว่าเขาจะ มีรูปร่างหรือพฤติกรรมแสดงออกอย่างไร การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขขึ้นอยู่กับความเข้าใจ อย่างถูกต้อง ความพยายามเข้าใจผู้รับคำปรึกษา โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา เป็นสิ่ง ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข

3. การที่ผู้ให้คำปรึกษามีความรู้สึกจริงใจและมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองถูกต้องสอดคล้องกับประสบการณ์แห่งตน การจะปฏิบัติหน้าที่ประการที่สามนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ ผลที่ตามมาคือทำให้เขาสามารถได้ตอบและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับคำปรึกษาในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่ง ยอมรับความรู้สึก ความคิดตลอดจนทัศนคติของผู้รับคำปรึกษาในขณะนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจแต่เน้นในสิ่งที่ปรากฏต่อผู้ให้คำปรึกษา

อาภา จันทรสกุล (2536, หน้า 92-93) กล่าวว่าผู้ให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีบทบาทไม่เป็นทั้งนั่งเฉยหรือตามสบาย เพราะการนั่งเฉยอาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาไม่สนใจเขา ส่วนผู้ให้คำปรึกษาที่มีบทบาทตามสบาย อาจทำให้เขารู้สึกว่าเขาไม่มีความสำคัญ ไม่มีคุณค่า บทบาทที่เหมาะสมของผู้ให้คำปรึกษาคือพยายามเข้าใจผู้มารับคำปรึกษารับรู้ความรู้สึกที่เขาสื่อออกมา พยายามเข้าใจถึงโลกทัศน์ภายในของผู้รับคำปรึกษาให้มากที่สุด สามารถเข้าใจและรับรู้ได้ว่า ผู้รับคำปรึกษามีทัศนคติต่อตนเองและโลกภายนอกอย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาใช้ตนเองเป็นเครื่องมือสื่อสารทั้งวาจาและท่าทาง ให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงความเห็นใจที่เขามีต่อผู้รับคำปรึกษา ไม่ใช่บรรทัดฐานและสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างออกไป

คอเรย์ (Corey, 2005, p. 171) กล่าวว่า หากเราสามารถให้รูปแบบของความสัมพันธ์ที่เหมาะสม อีกฝ่ายหนึ่งจะสามารถใช้ความสัมพันธ์นั้น ๆ เพื่อการเติบโตหรือเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพในเชิงบวกที่สำคัญจะเกิดขึ้นเฉพาะในความสัมพันธ์ดังกล่าว สมมติฐานดังกล่าวตั้งขึ้นบนพื้นฐานดังนี้

1. การที่บุคคล 2 คนติดต่อกันทางจิตวิทยา
2. ผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสภาวะปฏิเสธความจริง มีความอ่อนแอและกระวนกระวาย
3. ผู้ให้คำปรึกษายึดมั่นในความเป็นจริงและมีลักษณะเชิงบูรณาการด้านความสัมพันธ์
4. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับผู้รับคำปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข
5. ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจความรู้สึกภายในและมุมมองตลอดจนความพยายามในการสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษา

6. การสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษาต้องมีความเข้าใจและยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเน้นเรื่องสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับคำปรึกษา โดยผู้รับคำปรึกษามีอิสระที่จะระบายความไม่สบายใจออกมาสามารถทำความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะได้ ต้องอาศัยคุณลักษณะสำคัญบางประการของผู้ให้คำปรึกษา คือ การยอมรับอย่าง

ไม่มีเงื่อนไข การเข้าใจผู้รับคำปรึกษาอย่างถูกต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารกับผู้รับคำปรึกษา อีกทั้งมีความสอดคล้องกันระหว่างความรู้สึก การกระทำ และร่วมความรู้สึกในปัญหาของผู้รับคำปรึกษา

โรเจอร์ (Roger, 1962, pp. 185-187) กล่าวว่า ผลจากการให้คำปรึกษาแบบยีนดบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความสมเหตุสมผลมากขึ้น ยอมรับประสบการณ์ได้ดีขึ้น การป้องกันตนเองลดน้อยลง ทำให้การปรับตัวดีขึ้นช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นสิ่งต่าง ๆ อย่างมีจุดหมายและเป็นจริงตามสภาพสรุปได้ดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษามีความสมเหตุสมผลมากขึ้น สามารถเปิดเผยถึงประสบการณ์มากขึ้น
2. ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริงต่อโลกภายนอกและพอใจที่จะแก้ปัญหามากขึ้น
3. ผู้รับคำปรึกษาสามารถปรับตัวทางจิตใจดีขึ้นและมองชีวิตอย่างมีความหมาย ความไม่มั่นคงทางจิตใจลดน้อยลง
4. ผู้รับคำปรึกษาสามารถที่จะตั้งอุดมคติให้เป็นจริงและนำไปสู่ความสำเร็จได้
5. ความตึงเครียดทางร่างกายจะลดลง
6. ผู้รับคำปรึกษาจะยอมรับตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น มีความรู้สึกที่สามารถนำตนเองได้
7. พฤติกรรมจะเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น

โรเจอร์ (Roger, 1962, p. 188) มองว่าถ้าบุคคลได้รับเงื่อนไขที่มีคุณค่า สำหรับความออกมางานนี้จะช่วยพัฒนาให้บุคคลที่มีประสิทธิภาพ บุคคลที่มีประสิทธิภาพในทัศนคติของโรเจอร์ คือ

1. เป็นบุคคลที่พร้อมที่จะเปิดรับประสบการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีการป้องกันตนเองหรือยับยั้งประสบการณ์อื่น ยอมรับการกระตุ้นโดยไม่บิดเบือนปราศจากการเลือกหรือการขัดขวางจากการตระหนักรู้ของตนเอง
2. เป็นบุคคลที่มีชีวิตอย่างเสรี ชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถเข้าร่วมในการมีประสบการณ์โดยปราศจากการควบคุมใด ๆ และไม่คาดการณ์ก่อนล่วงหน้า
3. เป็นบุคคลที่เชื่อมั่นตนเองว่าสามารถประพจน์หรือปฏิบัติได้ มีความไว้วางใจว่าตนเองฉลาด

การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลไว้ดังนี้

ศิริบุรณ์ สายโกสุม (2539, หน้า 195) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ที่มีความเป็นส่วนตัว

และมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคล 2 คน จากความสัมพันธ์ที่ดำเนินไปและความสามารถของ ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยสรรสร้างสภาพการณ์ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงตนเอง สภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งสภาพการณ์อันอาจเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อสามารถใช้คุณลักษณะเฉพาะตน และศักยภาพของตนให้เกิดประโยชน์และความพึงพอใจทั้งต่อตนเองและสังคม ทั้งยังสามารถ เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอันอาจเกิดขึ้นในอนาคต และตอบสนองความพอใจส่วนตน

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่าการให้ คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่แสดงถึงมนุษยสัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลหนึ่ง ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้มาขอรับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคคลที่ได้รับการ ศึกษา มีประสบการณ์ ความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาและทางจิตวิทยา สามารถให้ ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับคำปรึกษา เพื่อให้บุคคลที่มาขอรับคำปรึกษาเข้าใจปัญหา หรือเรื่องราวที่นำมาปรึกษา สามารถใช้พลังปัญญาและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในวิถีทางที่เหมาะสมที่เขาปรารถนา และในที่สุดบุคคลที่มาขอรับ คำปรึกษาจะสามารถป้องกันปัญหา แก้ปัญหา และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุด

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นการให้ คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัวแก่ บุคคล เฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถ เผชิญปัญหาที่ประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสม สามารถ วางโครงการของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็ม ความสามารถ

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เจียรนัย ทรงชัยกุล (2529, หน้า 411) ได้ กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษา โดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการให้คำปรึกษาแต่ละ ครั้ง เขาจึงควรเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่
3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การ วินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา

5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

จากเอกสารข้างต้นที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สรุปหลักการได้ว่ามนุษย์มีคุณค่า มีเหตุผล มีความสามารถที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้เต็มที่ ได้ มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยก็เช่นกัน มักมีความวิตกกังวล กลัวว่าบุตรจะได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการคลอดน้ำหนักน้อย มีอารมณ์แปรปรวนและมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม มีสาเหตุมาจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับ ดังนั้นวิธีการช่วยเหลือคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความอบอุ่นระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยได้ระบายความรู้สึก ให้เขาสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง รู้จักเข้าใจตนเองเป็นอย่างดี สามารถเป็นผู้นำแห่งตนได้ เกิดการตระหนักรู้ในตนเองได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีความยืดหยุ่น เห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ที่จะก้าวไปสู่จุดหมายที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกด้วยตนเองและวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ใบศรี แสบงบาล (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ต่อคุณภาพชีวิตสมรสของสตรีที่มีปัญหาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีปัญหาการสมรส บ้านหนองบัวเงิน ตำบลพังทวย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนอแนะผลการวิจัยพบว่า สตรีที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสมรสสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ ด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส ด้านทัศนคติต่อคู่สมรส และด้านความผูกพันใกล้ชิดกับคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิภา มาตาอะลี (2544) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ที่มีต่อความวิตกกังวลในสตรีแม่บ้านที่ติดเชื้อ HIV ในเขตอำเภอมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีแม่บ้านที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลช่วยเหลือตามปกติ ผลการศึกษพบว่า สตรี

แม่บ้านที่ติดเชื้อ HIV หลังจากการได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียัคบุคคลเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนกานต์ ศรีวงษ์ชัย (2544) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความเจริญส่วนบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ของเด็กนักเรียนที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2543 โรงเรียนแก่งศรีภูมิ อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ให้คำปรึกษา อีกกลุ่มให้ข้อเสนอแนะ กลุ่มละ 10 คน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีโรเจอร์ ภายหลังจากการให้คำปรึกษาแล้วพบว่า มีความเจริญส่วนบุคคลสูงกว่านักเรียนที่ได้รับข้อเสนอแนะ

สิรินาถ สนคุ่น (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยัคบุคคลเป็นศูนย์กลางและการใช้จดหมายบำบัดที่มีต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวิสุทธิรังสี จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีคะแนนเฉลี่ยจากการวัดความเครียดของนักเรียนอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 15 คน สุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ผลการศึกษพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยัคบุคคลเป็นศูนย์กลางและการใช้จดหมายบำบัดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดวงพร หิรัญรัตน์ (2543) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกำพร้าหญิงที่อยู่ในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงสระบุรี จำนวน 16 คน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์มีระยะเวลา 3 วัน 2 คืน รวมทั้งสิ้นประมาณ 20 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า เด็กกำพร้าที่เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์มีความสุขสูงกว่าเด็กกำพร้าที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัทร ลุสวัสดิ (2542) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ 8 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มาลาดี รุ่งเรืองศิริพันธ์ (2542) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวโรเจอร์ที่มีต่อความวิตกกังวลของเด็กหญิงที่ถูกล่วงเกินทางเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กหญิงอายุ

ระหว่าง 12-16 ปี ที่ถูกส่งเกินทางเพศ ในความดูแลของมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน กลุ่มทดลองได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ รายละ 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการวิจัยพบว่าเด็กหญิงที่ถูกส่งเกินทางเพศมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2541) ได้ศึกษาผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราธิราช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยเอดส์ชาย ที่มาเฝ้าผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบาราศนราธิราช จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวของโรเจอร์มีความวิตกกังวลต่ำกว่าญาติผู้ป่วยเอดส์ชายที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม

บัวตัน เขียวอรุณ (2540) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่มีความท้อแท้ในชีวิตสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ขึ้นไป จำนวน 14 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร แล้วสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 7 คน ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความท้อแท้ในการดำเนินชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิ๋ว เขียวถาวร (2539) ได้ศึกษาผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวของโรเจอร์ต่อวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรเป็นธาลัสซีเมียกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พานบุตรซึ่งป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียมารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลองได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวของโรเจอร์เป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรเป็นธาลัสซีเมียที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวของโรเจอร์มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันทนีย์ ตรีทศเดช (2538) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบบกลุ่มและรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลในการเรียนวิชาสถิติ-นรีเวชศาสตร์ของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลในการเรียนวิชาสถิติ-นรีเวชศาสตร์ลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นกลุ่มและรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุไรวรรณ จักขุจินดา (2537) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของสตรีครรภ์แรกในระยะก่อนคลอด โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าสตรีครรภ์แรกในระยะก่อนคลอดมีความเครียดลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พวงเพชร เกษรสมุทร (2536) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ต่อการลดความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไข้สามัญที่ กำลังพักรักษาตัวอยู่ที่ตึกจุฑาธุช ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ภายหลังการเข้ากลุ่ม มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รุ่งอรุณ โตศักดิ์ราเลส (2536) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2535 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนพยาบาลมีความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชลดลงหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สะอาด กันทรวิวัฒน์ (2535) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและเป็นรายบุคคลที่มีต่อความวิตกกังวลด้านการศึกษาค้นคว้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพิษณุโลกพิทยาคม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคล มีความวิตกกังวลในการศึกษาค้นคว้าต่ำกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ธรรณี วีระสุขสวัสดิ์ (2535) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรักษาในโรงพยาบาลโรคทรวงอก 8 คน เป็นผู้ชาย จำนวน 3 คน ผู้หญิง 5 คน อายุระหว่าง 30-55 ปี เข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์เป็นเวลา 8 วัน ติดต่อกันวันละ 2 ชั่วโมง 30 นาที รวมเวลา 20 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะรักษาในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531) ได้ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษา ซึ่งพักรักษาตัวอยู่ที่สถานพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งของสมาคมต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 8 คน เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เป็นเวลาต่อเนื่อง 3 วัน ผลการวิจัยปรากฏว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงในช่วงการรับรังสีรักษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แอนดรู (Andrew, 1971) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางกับวิธีผ่อกลยกล้ำมเนื้อ ที่มีต่อความวิตกกังวลและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองวิธีสามารถลดความวิตกกังวลและทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสูงขึ้น

ไทเลอร์ (Tyler, 1961) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการพัฒนาความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการประมาณค่าพฤติกรรมของตนดีขึ้น

ซีแมน และแรสกิน (Seeman & Raskin, 1953) ศึกษาพบว่าผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งทางด้านการศึกษาและการทำงาน ตลอดจนสามารถช่วยปรับปรุงสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานด้วย

จากงานวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถลดความวิตกกังวลของผู้รับคำปรึกษาได้ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่าง ๆ ตามมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข