

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ของบุคคล เป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ แต่ก็ก็เป็นสิ่งปกติที่พบในชีวิตของคนทุกคน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมากระตุ้นให้เราคิดวางแผนเพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง และมีส่วนช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจแต่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น มีสาเหตุเพียงเล็กน้อยก็ตื่นกลัว และตอบสนองเกินขอบเขต หรือเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัดมีลักษณะเรื้อรัง ทำให้บุคคลนั้นอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา

มีผู้ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ หลายท่านได้แก่

สปีลเบอเกอร์ (Spielberger, 1966) อธิบายเกี่ยวกับความวิตกกังวลว่า เป็นผลมาจากการคิดประเมิณสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า ทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการคิดประเมิณขึ้นอยู่กับ การรับรู้กระบวนการคิดประเมิณของแต่ละบุคคล ในสถานการณ์หนึ่งบางคนอาจจะประเมิณว่าเป็นอันตรายอย่างรุนแรงสำหรับตนเอง ก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงเท่า ๆ กับที่รู้สึก ซึ่งจะออกมาในลักษณะที่เกินกว่าความเป็นจริงจนรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และสิ้นหวังไปหมด ส่วนอีกคนหนึ่งอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองไม่รุนแรง เนื่องจากเขาประเมิณว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมิได้มีความหมายเป็นอันตรายรุนแรงต่อเขามากนัก

ฟิลลิป มาร์ติน และเมย์เออร์ (Phillips, Martin and Meyers, 1972) เชื่อว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล เขาอธิบายว่าเมื่อบุคคลได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระบบรับรู้ความรู้สึก ซึ่งเป็นกลไกทางสรีรฯ ส่งผ่านไปสู่การรับรู้ โดยที่ประสบการณ์นั้นจะถูกแปรไปเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่าง ๆ และในที่สุดความวิตกกังวลก็จะผสมผสานกัน ระหว่างการสร้างสัญลักษณ์และการให้ความหมาย ซึ่งเกิดจากกระบวนการทางความคิดแสดงออกในเชิงลบ เช่นการถอยหนีและมีแนวโน้มที่จะเกิดกลวิธีป้องกันตนเองในรูปต่าง ๆ

ตาม DSM-III-R ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อตึงเครียดเรื้อรัง, ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นมีเหงื่อออก, เวียนศีรษะ, มีความผิดปกติของกระเพาะ และลำไส้, ปัสสาวะบ่อยและอัตราการเต้นของชีพจรจะสูงขึ้น มีความรู้สึกหวาดกลัว ซึ่งเป็นผลมาจากกังวล หงุดหงิด คิดซ้ำ ๆ คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งร้ายแรง, ตกใจง่าย และมีความระวังระไวมากขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของความวิตกกังวล และได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ คือ

เจริญ สมวงศ์ศิริ (2523) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะของจิตใจมีลักษณะเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ รู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้าย หรืออันตรายเกิดขึ้น โดยบอกสาเหตุไม่ได้ อาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและพฤติกรรม

จำลอง ดิษยวณิช (2522) อธิบายความวิตกกังวลว่า คือ ความไม่สบายใจ กระวนกระวาย ความหวาดหวั่นหรือความพรึ่นพริ้ง ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว แต่มีข้อแตกต่างว่าความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Intrapsychic) เป็นเรื่องสำคัญ อาจจะหมายถึงความกลัวที่กรุ่นอยู่ไม่รู้หาย ซึ่ง

เกิดขึ้นพร้อมกับการคาดหมายถึงการที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต โดยที่ไม่มีสาเหตุมาจากภายนอก บางครั้งอาจมีอันตรายหรือสาเหตุภายนอก แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นไม่สมส่วน (Disproportionate) กับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความกลัวที่แท้จริงนั้นจะต้องมีอันตรายภายนอก (External danger) และเกิดขึ้นสมส่วนกับอันตรายนั้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด พอจะสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีลักษณะเป็น subjective experience ที่คนอื่นไม่อาจล่วงรู้ได้ว่า แท้ที่จริงแล้วผู้ที่ตกอยู่ในภาวะของความวิตกกังวลนั้นมีความรู้สึกอย่างไร แต่อาจคาดคะเนได้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลเป็นเสมือนสัญญาณของจิตใจที่บอกให้รู้ว่าเริ่มมีความไม่สมดุลย์เกิดขึ้นในจิตใจแล้ว ความรู้สึกวิตกกังวลของแต่ละบุคคล และหากความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นมากอาจมีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นด้วย ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ มีความผิดปกติของกระเพาะและลำไส้ ปัสสาวะบ่อยนอนไม่หลับ เป็นต้น

สาเหตุของความวิตกกังวล

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ทฤษฎีความวิตกกังวลมีหลายทฤษฎีได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories), ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior Theories) และทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories)

จากการศึกษาของฟรอยด์ได้ให้ข้อเสนอว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณของ ego ที่แสดงถึงการไม่ยอมรับต่อแรงผลักดันใด ๆ ในระดับจิตสำนึก จึงเกิดการเก็บกดให้เข้าไปอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกแทน ความวิตกกังวลจึงเป็นผลจากการเก็บกดนั้น (นิเชซส์ อดมรัตน์, 2533) แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่บอกกว่า ego ถูกคุกคาม ซึ่งถ้าความวิตกกังวล

เพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับต่ำ ก็จะเกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง จนกลายเป็นความวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (panic attack) (Kaplan and Sadock, 1991) ต่อมาฟรอยด์พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของ ego ต่อแรงขับทางสัญชาตญาณ (instinctual force) ที่มาจาก id ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมก็จะเป็นอันตรายต่อตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการถูกลงโทษจากสังคมภายนอก หรือจากคุณธรรม (superego) ที่มีอยู่ภายในจิตใจของตน ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก ego เอง และทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวให้สัญญาณว่า กำลังเกิดอันตราย และกระตุ้นให้ ego ได้ใช้การเก็บกด หรือกลไกการป้องกันทางจิตอื่น ๆ เพื่อที่จะควบคุมแรงขับและอารมณ์ต่าง ๆ ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงไม่ใช่ผลของการเก็บกด แต่กลายเป็นสาเหตุของการเก็บกด (Kaplan and Sadock, 1989)

สรุปได้ว่าขณะที่ Ego พัฒนาตัวเองเจริญเติบโตขึ้น Ego จะสามารถสร้างความกังวลใจขึ้นมาได้ในเมื่อเห็นว่าอยู่ในภาวะอันตราย ทำให้เกิด Signal Anxiety เมื่อคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดภาวะอันตรายซึ่ง Signal Anxiety นี้เป็นเครื่องมือจัดการควบคุมแรงผลักดันจาก Id ที่เกิดในภาวะอันตราย โดยอาศัย Defense Mechanism ต่าง ๆ (ปราโมทย์ เชาวศิลป์, 2526)

1.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories)

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ หรือ ทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เป็นที่มาของวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวล ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะอย่างที่มากระตุ้น เช่น ในการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก คนที่ไม่เคยแพ้อาหารอะไรเลย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหลังจากได้รับประทานอาหารทะเล ในร้านอาหารที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไป หลังจากนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารทะเลและอาจ generalized ไปเป็นว่า เกิดความไม่ไว้วางใจทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารที่ผู้อื่นทำ อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล คือ การที่บุคคลเรียนรู้การตอบสนองต่อความ

วิตกกังวล โดยเลียนแบบการตอบสนองจากผู้ปกครอง (เป็น social learning theory)

เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มนักทฤษฎีทางพฤติกรรม ได้สนใจแนวคิดทางด้านความนึกคิดและความเข้าใจ (cognitive approach) มากขึ้น ทฤษฎีนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (nonphobic anxiety states) เช่น อาการ panic attack, free-floating หรือ generalized anxiety ว่าเป็นรูปแบบความคิดที่ผิด (faulty), บิดเบือน (distorted), เป็นความคิดในเชิงลบ (negative) หรือไม่สร้างสรรค์ (counterproductive thinking) ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรม หรือ อารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorder) มักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินกว่าความเป็นจริง และประเมินความสามารถของตนในการต่อสู้กับสิ่งที่มาคุกคามนั้น ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วย Generalized anxiety disorder นั้น จะมีความคิดบิดเบือนไป จะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า มาคุกคามต่อความสุขทางร่างกาย หรือ สังคมของตน (Kaplan and Sadock, 1991)

1.3 ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

ทฤษฎีนี้เป็นรูปแบบที่ดี ในการอธิบายการเกิดความวิตกกังวลว่าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า อะไรคือสิ่งกระตุ้นเฉพาะ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เรื่อรัง ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลที่ตระหนักว่า ชีวิตตนไม่มีความหมาย, รู้สึกว่าจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการยอมรับเรื่องความตายที่ทุกคนหนีไม่พ้น ความวิตกกังวลจึงเกิดขึ้น การที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงมีอยู่ เป็นอยู่ (ฉัตรแก้ว, 2535)

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้ศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับ เรื่องประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiology), จิตประสาทเอนโดครินวิทยา

(Psychoneuroendocrinology) และสรีรวิทยาของโรค Panic disorder เป็นจำนวนมาก ขณะที่การศึกษาในเชิงชีววิทยาของโรค Generalized anxiety disorder กลับได้รับความสนใจไม่มากนัก แม้ว่าอาการแสดงทางร่างกายของความวิตกกังวลจะมีความชุกสูง และมีความสำคัญก็ตาม แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกสาเหตุทางประสาทสรีรวิทยา และประสาทเคมีของโรคนี้ได้เลย (Kaplan and Sadock, 1989) แต่พอจะสรุปปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดความวิตกกังวลได้ดังนี้ คือ

2.1 พันธุกรรม (Genetic)

ประมาณ 25% ของญาติสายตรง (first-degree relatives) จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของคู่แฝด ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) พบ 50% และแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twins) พบ 15% (Kaplan and Sadock, 1991)

2.2 การศึกษาในเชิงประสาทกายวิภาคศาสตร์

(Neuroanatomical considerations) (Kaplan and Sadock, 1991)

- Limbic system ระบบประสาทลิมบิกจะรับ input จาก locus ceruleus และ raphe nuclei ซึ่งจะมีส่วนที่เป็นพื้นที่ ที่จะจับกับ benzodiazepine อยู่ค่อนข้างมาก ถ้าเกิดการแยกขาดจากกันของ Limbic system และ Temporal cortex จะเป็นผลให้ระดับความกลัว และความก้าวร้าวลดลง แต่ถ้ามีการกระตุ้นตรงส่วนนี้ จะทำให้เกิดการแสดงออกของ พฤติกรรมหวาดกลัว และ ก้าวร้าว มีการตั้งสมมุติฐานว่า Septohippocampal pathway มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการเกิดความวิตกกังวล โดย ถ้ามีการกระตุ้นการทำงานจะทำให้เกิดความวิตกกังวล (Kaplan and Sadock, 1991)

- Cerebral cortex ส่วนหน้าของ cerebral cortex จะอยู่ติดกับ parahippocampal region, the cingulate gyrus

และ hypothalamus ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการเกิดความวิตกกังวล บริเวณด้านข้างของ cerebral cortex ก็มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเกิดความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ความสัมพันธ์นี้เองเป็นพื้นฐานของความเหมือนกัน ในการแสดงออกของอาการและ เห็นได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าของร่างกายในผู้ป่วยที่เป็น Temporal lobe epilepsy และผู้ป่วย Obsessive compulsive disorder

2.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

พื้นฐานทางด้านประสาทวิทยากับความวิตกกังวลนั้น มักเกิดจากการทดลองในสัตว์ เกี่ยวกับแบบอย่างของพฤติกรรม และ สารที่เป็นตัวกระตุ้นของระบบประสาท ยาคลายกังวล (เช่น benzodiazepines) จะช่วยในการปรับตัวของสัตว์ เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น ขณะที่ยาอื่น ๆ (เช่น amphetamines) จะเป็นตัวทำลายพฤติกรรมตอบสนองของสัตว์ มีสารสื่อประสาท 3 ชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ norepinephrine, aminobutyric acid (GABA) และ Serotonin (Kaplan and Sadock, 1991)

2.4 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous system)

เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น จะทำให้เกิดการทำงานที่มากขึ้นของระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบกล้ามเนื้อ, กระเพาะและลำไส้ และระบบหายใจ สิ่งเหล่านี้เป็นอาการที่แสดงถึง การมีความวิตกกังวล ในตอนต้นของศตวรรษที่ 20 Walter Cannon ได้ทดลองโดยนำแมวไปไว้ที่มีสุนัขเห่าเสียงดังปรากฏว่า เกิดการยับยั้งพฤติกรรม และ การแสดงออกทางสรีรวิทยา ที่แสดงถึงความหวาดกลัว ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายมีการหลั่ง epinephrine

จากทฤษฎีของ James-Lange ได้ตั้งสมมติฐานว่า ความรู้สึกวิตกกังวลของบุคคล เป็นการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รองตัว ปัจจุบันนี้มีแนวคิดที่ว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง จะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการแสดงออกของความวิตกกังวลตามมา ยกเว้นกรณีที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น

Pheochromocytoma ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความวิตกกังวลบางราย โดยเฉพาะรายที่มีความวิตกกังวลชนิดท่วมท้น (Panic disorders) ระบบประสาทอัตโนมัติจะยับยั้งการเพิ่มการทำงานของ ระบบประสาท ซิมพาเทติก ทำให้เกิดการปรับตัวช้าต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำ ๆ และ ตอบสนองอย่างมากต่อการกระตุ้นในระดับปานกลาง (Kaplan and Sadock, 1991)

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1966) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (A-state) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลที่ต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะอย่างเกิดขึ้น หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากกระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ ซึ่งสามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีสติแตก หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นจะมีระดับของความรุนแรงมากน้อยต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลนั้น ๆ เผชิญ Peplau cited in Stuart and Sundeen (1983) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลในระดับอ่อน (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ทั่วไป เช่น ความตึงเครียดจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา มีการรับรู้ที่ว่องไว ความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากปกติมากนักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ฝ่ามือมีเหงื่อออก การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้ อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย เช่น ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ต้องการความสะดวก ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้และเข้าใจ

2. ความตึงเครียดระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ความสนใจน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกายเช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถกระทำได้อ้างอิงจากความพยายาม

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มี ความรุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลงมาก ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงและทำงานได้ไม่เต็ม

ลมรณภาพ เกิดความสับสนบ่อยครั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมีมากขึ้นและมักเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่สังเกตได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ ต่อต้าน ตีนกล้ว ตัวสั่น เกร็ง และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ท้องเดินหรือท้องผูก นอนไม่หลับ ความวิตกกังวลระดับนี้เป็นระดับที่บุคคลต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. ความวิตกกังวลระดับท่วมท้นหรือตื่นกลัวสุดขีด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรง อาจเรียกว่าเป็นความกลัวสุดขีด เนื่องจากพลังงานที่เกิดในตัวบุคคลมีมากที่สุด ทำให้บุคลากรขาดการควบคุมตนเอง สามารถแสดงพฤติกรรมที่ไม่มีในยามปกติ เช่น การกรีดร้อง และวิ่งหนีไปอย่างไร้จุดหมาย หรือตกตะลึงแน่นิ่งหมดสติทันทีทันใด ระดับนี้บุคคลจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองไม่สามารถทำภารกิจเหมือนคนปกติได้

ผลของความวิตกกังวล

Zung (1971) ให้ข้อคิดเห็นว่า การที่จะระบุว่าใครคนใดคนหนึ่งมีความวิตกกังวลหรือไม่และมีในระดับมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นเรื่องที่ยาก แต่ความวิตกกังวลก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความวิตกกังวลมีมากถึงระดับหนึ่ง ก็จะเป็นเหตุให้บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่นได้อย่างเต็มที่ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์เนื่องจากมีอาการทางกายเป็นสาเหตุที่นำมา การให้ความช่วยเหลือจึงต้องรักษาตามอาการที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และขณะเดียวกันก็ค้นหาลักษณะอาการที่บ่งถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วย ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลไว้ดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2522; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527; Kolb, Lief, Portnoy and Wheeler et al edited by Zung, 1971)

1. อาการทางด้านร่างกาย ขณะที่เกิดความวิตกกังวลขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากสมองส่วน Cerebrum กระตุ้น Pituitary gland และ Hypothalamus เป็นผลให้ pituitary gland หลั่งฮอร์โมน ACTH ซึ่งจะไปกระตุ้น Adrenal Cortex ทำให้หลั่ง Cortical hormone ทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น และสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุม Autonomic Nervous System จะส่งกระแสไปตาม Autonomic Nervous System ไปที่ Medulla ของ Adrenal gland ทำให้หลั่ง Epinephrine เป็นผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกร็งเตรียมสู้ (fight) หรือหนี (flight) จึงมักพบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะ Anxiety มีผลกำลังมากมายสามารถทำในสิ่งที่ทำไม่ได้ในภาวะปกติ นอกจากนี้ยังพบอาการในระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วย ดังต่อไปนี้

- ระบบหายใจ จะพบว่ามีอาการหายใจแรงเร็ว และลึก (Hyperventilation syndrome) ทำให้เกิดการสูญเสียก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เกิดการสูญเสียภาวะสมดุลย์ของกรดและด่างในร่างกายเรียกว่าเกิด respiratory alkalosis ผู้ป่วยใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก วิงเวียน หน้ามืด รู้สึกชา หรือเสียวแปลบตามปลายแขนและขา
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบอาการใจเต้นแรงและเร็ว หอบ และรู้สึกเจ็บหน้าอก
- ระบบทางเดินอาหาร พบว่ามีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้-อาเจียน และอาจมีท้องเดินร่วมด้วย
- ระบบขับถ่าย พบว่ามีอาการปัสสาวะบ่อย
- ระบบผิวหนัง พบว่ามีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ
- ระบบประสาทส่วนกลาง จะมีอาการขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ฉุนง่าย หลับ ๆ ตื่น ๆ ฝันร้ายและนอนไม่หลับ

- ระบบกล้ามเนื้อ พบว่ามีอาการกล้ามเนื้อตึง มือเท้าสั่น กระตุก บางครั้งรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รู้สึกล้าและเหนื่อยง่าย เมื่อมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนจะเกิดความเจ็บปวด

2. อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวาดหวั่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปถึงภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน

3. ผลของความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อเกิดภาวะของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะของความวิตกกังวลนั้นเสีย พฤติกรรมการแสดงออก จำแนกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

3.1 Acting-Out Behavior พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดง ความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย (Over behavior) ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ ทำทางกระสับกระส่าย ส่วนพฤติกรรมแบบ ซ่อนเร้น (Covert Behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อน ไว้และแสดงออกในรูปอื่น เช่น พวก Psychotic และ Neurotic Behavior

3.2 Somatizing เป็นการลดความวิตกกังวล โดยการเบน ความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วย Psychosomatic Disorder, Conversion Reaction เป็นต้น

3.3 Freezing to the spot คือการชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลพฤติกรรมแสดงออกได้แก่การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า (depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (regression)

3.4 Using The Anxiety in The Service of Learning มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของ Anxiety และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะ Anxiety หาสาเหตุว่าอะไรทำ

ให้ตนอัดอัด ไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนั้นอีก

การประเมินระดับความวิตกกังวล

เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ซึ่งแต่ละคนมีความรู้สึกแตกต่างกันออกไป ดังนั้นเพื่อที่จะทราบถึงความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล จึงได้มีการประเมินความวิตกกังวลได้ 3 วิธีคือ

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological Measure of Anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของม่านตาและการมีเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะใช้เครื่องมือในการวัด เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (Mechanical Pulse Detective) และเครื่องดูการขยายของม่านตา (Pupillography) เป็นต้น เป็นการลำบากมากในการวัดระดับความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบความรู้สึกของตนแล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้มีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น The State-Trait Anxiety Inventory ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในขณะทำแบบทดสอบ และในสถานการณ์ทั่วไป และ The Self - Rating Scale ของ ซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior Measure of Anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช่คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิริยาสะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลุกี้ ลุกน มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็วหรือร้องไห้ เป็นต้น



หญิงตั้งครรภ์ปกติ

โดยปกติอายุครรภ์ครบกำหนดคือ 280 วัน นับจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้ายหรือนับอายุครรภ์ได้ 40 สัปดาห์หรือประมาณ 9 เดือนปฏิทิน ในทางการแพทย์นิยมแบ่งช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์ออกเป็น 3 ระยะ โดยแบ่งให้แต่ละระยะมีเวลาเท่า ๆ กัน คือประมาณ 13 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนปฏิทิน ดังนั้นการแบ่งอายุครรภ์จึงแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่หนึ่งของการตั้งครรภ์หรือเรียกว่า ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (First trimester) ได้แก่ช่วงอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์ ระยะที่สองของการตั้งครรภ์หรือเรียกว่า ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Second Trimester) ได้แก่ช่วงอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์ และระยะที่สามของการตั้งครรภ์หรือเรียกว่า ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ช่วงอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ (วราวุธ สุมาวงศ์, 2527; Lambert, 1973) ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดภาวะเครียด (Stressor) ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน แต่ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ มากมาย ทั้งนี้เพราะความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งการประเมินนี้ได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรทางด้านสิ่งแวดล้อม และตัวแปรทางด้านลักษณะบุคคล (Lazarus and Averil, 1972)

ความวิตกกังวลกับการตั้งครรภ์

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายใต้งานพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ตามแนวคิดของโบแบคและเจเนเสน (Bobak and Jensen, 1985) สามารถสรุปได้

5 ด้าน ดังนี้

1. ความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

ความคิดที่เรามีต่อร่างกายของเราหรือภาพลักษณ์ (Body image) ค่อย ๆ พัฒนามาจากการรับรู้ ความรู้สึก และทัศนคติที่เราได้พัฒนามาตลอดชีวิตของเรา มีผลมาจากประสบการณ์ในตอนต้นของชีวิต ภาพลักษณ์เป็นส่วนของการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีต่อร่างกายและรูปร่างหน้าตา ซึ่งจะมีส่วนสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างอย่างมาก และอย่างรวดเร็ว การตอบสนองทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อย ๆ เค้นชัดขึ้นเมื่อขนาดของครรภ์เพิ่มขึ้น ในช่วง 3 เดือนแรกอาจมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างเพียงเล็กน้อย แต่ในช่วงอายุครรภ์ 3-6 เดือน ขนาดหน้าท้องจะใหญ่ขึ้น เอวและหน้าอกจะขยายใหญ่ขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เป็นผ้าบริเวณโหนกแก้ม ในบางรายอาจจะมีสีคล้ำบริเวณรอบคอ หรือมีตุ่มดำขึ้นตามหลัง คอ หน้าอก ใต้รักแร้ บริเวณเส้นกลางหน้าท้องมีสีดำ บริเวณลานนมและหัวนมมีสีคล้ำขึ้นและเมื่อหน้าท้องขยายใหญ่ขึ้นจะพบรอยแตกบริเวณหน้าท้องส่วนล่าง (กรรณิการ์ณ กันธรักษา 2527)

หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจจะปฏิเสธรูปร่างของตนเอง มีความรู้สึกอับอายในรูปร่างของตน โดยเฉพาะในหญิงวัยรุ่นอาจจะใส่เสื้อผ้าที่ยังเคยใช้อยู่แม้รูปร่างจะเปลี่ยนไปอย่างมากก็ตามเพื่อให้รู้สึกว่าตนเองยังมีรูปร่างเหมือนเดิม (Moore, 1983) หรือพยายามอดอาหาร รับประทานอาหารให้น้อยลง เพื่อรักษารูปร่างให้คงเดิมไว้ หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจเกิดความรู้สึกว่ารูปร่างที่เปลี่ยนแปลงนี้มีค่าใช้จ่าย

ตนเอง และเกิดความกังวลว่าจะสามารถกลับมีรูปร่างเช่นเดิมได้หรือไม่ (Bobak and Jensen, 1985)

นอกจากนี้ในความไม่สบายทางกายนั้น หญิงตั้งครรภ์บางคนอาจถือว่าเป็นสิ่งที่รบกวน อาจจะบั่นถึงความไม่สุขสบายทางกาย และคิดว่าขณะตั้งครรภ์นี้เป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุด ขาที่ขวมและเจ็บปวด รู้สึกอึดอัด จากความรู้สึทางด้านร่างกาย ซึ่งสามารถรับรู้ได้นั้นกลายเป็นสิ่งที่น่ารำคาญ ความคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จึงกลายเป็นเรื่องของกลุ่มอาการของความไม่สบาย เช่น หน้าอกคัดตึง ถ่ายปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน นอนราบไม่ได้ สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายในขณะตั้งครรภ์น้อย อาการต่าง ๆ ก็อาจจะก่อให้เกิดความไม่สบาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย พร้อมทั้งรู้สึกเสียใจที่ตนเองตั้งครรภ์ เกิดความขัดแย้งระหว่างความไม่สุขสบายกับบทบาทใหม่และความรับผิดชอบ

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ก็คือความวิตกกังวลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะ และการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในขณะตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจจะเกิดความรู้สึกอึดอัดปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น รู้สึกกังวลต่อความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่น่ารำคาญสำหรับตนเอง และกังวลว่าจะสามารถกลับมีรูปร่างเช่นเดิมหรือไม่

2. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับบทบาทใหม่

สำหรับหญิงที่ต้องการบุตร รักเด็ก และมีความปรารถนาจะเป็นมารดา การตั้งครรภ์ และการดูแลบุตร จะถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดในชีวิต หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีแรงจูงใจในการเป็นมารดา ซึ่งจะมีผลไปถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ การปรับตัวในระยะตั้งครรภ์และเลี้ยงบุตร รู้สึกมีความสุขและพอใจที่ตั้งครรภ์ เห็นคุณค่าในตนเองสูง มีความมั่นใจในตนเอง บุตร และสมาชิกในครอบครัว ยินยอม

ความคิดในการแก้ปัญหาความวิตกกังวล และปัญหาต่าง ๆ อย่างเหมาะสม พยายาม กำหนดและค้นหาเป้าหมายเพื่อตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่ไม่ได้คาดหวังไว้ ยอมรับความเสี่ยงและความไม่แน่นอนในอนาคต

ขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์บางคนก็อาจจะไม่เคยคิดว่าการเป็น มารดามีความหมายอย่างไรต่อตนเอง สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นการตั้งครรภ์คือการ เปลี่ยนแปลงจากเป็นหญิงสาวมาเป็นผู้ใหญ่อ่างเต็มตัว การตระหนักถึงภาวะหน้าที่ และความรับผิดชอบในฐานะ "แม่" จะเป็นเรื่องใหญ่ และเพิ่มภาวะเครียดอย่างมากกับหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต (สุปรียา บุญยเกตุ, 2527)

ความรู้สึกเสียใจ (Grief) เป็นกระบวนการทางจิตใจขั้นหนึ่งในการรับบทบาทการเป็นมารดา ในระยะแรกของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์อาจจะเกิด ความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่จะละทิ้งบทบาทเดิมที่เคยกระทำ รู้สึกสูญเสียอิสรภาพ (Moore, 1983) ในขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์อาจจะเกิดความขัดแย้ง (conflict) ภายในตนเองซึ่งได้แก่ การไม่ต้องการตั้งครรภ์หรือต้องการบุตร การเลือกระหว่าง การทำงานต่อไปหรือลาออก ขึ้นตอนต่อมาในการเตรียมตัวเพื่อรับบทบาทมารดา คือ การจินตนาการ และการฝันถึงการเป็นมารดาตนเอง คิดถึงลักษณะของการเป็น มารดาตามที่ตนเองต้องการ คิดถึงการแสดงออกถึงความรู้สึกอบอุ่น ความรักและความ ใกล้ชิดกับบุตร หญิงตั้งครรภ์จะมีการคาดการณ์ถึง การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่บุตรจะ นำมา มีความสงสัยในตนเองว่าจะมีปฏิกริยาอย่างไรเมื่ออิสรภาพของตนถูกกำจัด และจะมีปฏิกริยาอย่างไรต่อเสียงร้อง ภาวะที่สับสนและกิจกรรมในการดูแลและบุตร (Bobak and Jensen, 1985)

กล่าวโดยสรุปก็คือ หญิงตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร ความสามารถของตนเองในกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลบุตร หรือการจัดการเมื่อบุตร ร้องไห้กังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตและความรู้สึกไม่สบายใจจาก

การสูญเสียอิสระ หรือต้องละทิ้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำ เมื่อบุตรเกิดมา

3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

คู่สมรสหรือบิดาของบุตรในครรภ์ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากสามี ในขณะที่ตั้งครรภ์จะมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ และร่างกายน้อยกว่า มีอาการแทรกซ้อนในขณะคลอดและความผิดปกติที่จะเกิดกับบุตรน้อยกว่า รวมทั้งมีการปรับตัวในระยะหลังคลอดได้ดีกว่าด้วย หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการที่สำคัญจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส 2 ประการด้วยกันคือ

1. ต้องการความรู้สึกมั่นคงว่าเป็นที่รักและมีคุณค่าสำหรับสามี หญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญต่อการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในฐานะมารดาในอนาคต และจะคอยสังเกตท่าที ความคิด และความรู้สึก ของสามีที่แสดงถึงการยอมรับในตัวหญิงตั้งครรภ์

ในการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายประการ เช่นขนาดหน้าท้อง เอวที่ขยายใหญ่ขึ้น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจแก่คู่สมรส รู้สึกว่าภรรยาของตนสวยงามขึ้น ในขณะที่เดียวกัน การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างอาจเป็นสิ่งที่น่าอาย หรือนำรังเกียจสำหรับคู่สมรสได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกความมีเสน่ห์ในรูปร่างของตนลดน้อยลงไม่เป็นที่สนใจของสามี จนเกิดความหวาดระแวงในตัวสามีว่าอาจจะไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นในขณะที่ตนเองตั้งครรภ์ และเมื่อขนาดของครรภ์ใหญ่ขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้สะดวก ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ช่วงระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ยังเป็นเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์อย่างมากทั้งในตัวหญิงตั้งครรภ์และสามี คู่สมรสที่ไม่เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์อันรวดเร็วในการตั้งครรภ์ อาจจะทำให้เกิดความสับสนกับสามี เหตุให้เกิดความไม่แน่ใจ คิดว่าไม่สามารถช่วยเหลือหรือปลอบใจภรรยาได้ อาจทำ

ให้สามีแสดงอาการไม่รับรู้และไม่สนใจต่อปัญหาของภรรยา มีผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกว่าสามีไม่รักและไม่เอาใจใส่ตนเองเท่าที่ควร จึงเป็นสาเหตุของความเครียดในขณะตั้งครรภ์ได้ (อริชชาน ชินสุวรรณ, 2527)

2. ต้องการความรู้สึกมั่นคงว่าบุตรเป็นที่ยอมรับสำหรับสามี เนื่องจากต้องการให้บุตรเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และเป็นการเตรียมการสำหรับบุตรที่จะเกิดมาในขณะเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ยังตระหนักถึงความต้องการ และความรู้สึกของสามีที่ต้องการเป็นบุคคลที่ยังมีความสำคัญต่อภรรยาไม่น้อยไปกว่าบุตรซึ่งจะเกิดมา เป็นที่ยอมรับกันว่า สามีบางคนอาจจะรู้สึกอิจฉาในความใกล้ชิดและความรักที่ภรรยามีต่อบุตรที่กำลังจะเกิดมาได้

นอกจากนี้การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างการตั้งครรภ์ ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางกายของหญิงตั้งครรภ์ก็มีอิทธิพลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ เป็นผลกระทบจากด้านร่างกาย อารมณ์และปฏิภริยาระหว่างสามีและภรรยา คู่สมรสหลายคู่มีความวิตกกังวลในเรื่องของเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ บางรายอาจจะมีความคิดว่าบุตรเป็นบุคคลที่สามในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดความผิดปกติทางกายและสมอง ตลอดจน ความพิการต่าง ๆ กับบุตรในครรภ์ มีความกลัวว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศของหญิงตั้งครรภ์ในขณะคลอด

ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้แก่ ความเจ็บปวดในขณะมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกทางเพศที่เปลี่ยนไป และการไร้สมรรถภาพทางเพศ อาจทำให้สามีเกิดความรู้สึกหงุดหงิด สับสนต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลให้เกิดความยุ่งยากใจกับตัวหญิงตั้งครรภ์ได้ และเนื่องจากปัญหาเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและน่าละอาย ไม่ควรนำมากล่าวกับบุคคลอื่น ทำให้คู่สมรสไม่กล้าที่จะเปิดเผยถึงความวิตกกังวลในประเด็นนี้กับผู้เชี่ยวชาญ และไม่สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และความเครียดในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส

(Bobak and Jensen, 1985)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงเป็นความวิตกกังวลต่อท่าทีการยอมรับในการตั้งครรภ์และในบทบาทการเป็นมารดาจากสามี ความวิตกกังวลต่อการยอมรับของสามีในเรื่องการเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะหรือภาพลักษณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรวดเร็ว เช่นอารมณ์ที่หงุดหงิด อ่อนไหวง่ายที่เกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลเอาใจใส่จากสามีในขณะที่ตนเองตั้งครรภ์ ความกังวลต่อเรื่องการยอมรับในตัวบุตรของคู่สมรส ปฏิกริยาของสามีที่มีต่อบุตรที่จะเกิดมาซึ่งบางรายอาจจะเกิดความรู้สึกน้อยใจว่าบุตรเป็นบุคคลที่สามที่มาแย่งความรักของตนเองไป และประการสุดท้ายก็คือความวิตกกังวลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ มีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ตั้งครรภ์จะเป็นสาเหตุของความพิการต่างๆที่จะเกิดกับบุตร กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายซึ่งมีผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงในการมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้สามีเกิดความรำคาญและเบื่อหน่ายจนไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น นอกจากนี้ยังกล่าวว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่น่าพึงพอใจเกิดขึ้นกับอวัยวะเพศในขณะที่มีการคลอดอีกด้วย

4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรในครรภ์

จากงานวิจัยต่าง ๆ จะพบว่าสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในครรภ์จะมีการเริ่มต้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยมีพื้นฐานมาจากสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับมารดา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสซึ่งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การพัฒนาความสัมพันธ์ ในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับบุตรในครรภ์นั้นจะมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้นตลอดการตั้งครรภ์ โดยประการแรกมารดาจะต้องยอมรับความคิดที่ว่าบุตรก็คือส่วนหนึ่งของร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ความคิดของมารดาจะอยู่ที่ตนเอง และการตั้งครรภ์ของตน บุตรในครรภ์จะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือคิด

เพียงว่ามีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับตนเอง

แต่เมื่อถึงระยะไตรมาสที่สอง หญิงตั้งครรภ์จะสามารถแยกความเป็นบุคคลของบุตรออกจากตน ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลดลง มีความตระหนักว่าบุตรเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่ยกออกไป ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในครรภ์ จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอาหารห่วยพร้อมทั้งเกิดความรับผิดชอบในตัวบุคคลที่จะเกิดมา และในที่สุดก็จะสามารถยอมรับว่าบุตรเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งซึ่งมีธรรมชาติและลักษณะเฉพาะตัว โดยจะมีการจินตนาการถึงบุตรในลักษณะที่มีรูปร่างหน้าตา บางครั้งจะมีการสัมผัสที่หน้าท้องหรือเข่าอย่างแผ่วเบาเหมือนกับได้สัมผัสกับบุตรในครรภ์ หรืออาจจะมีการพูดคุยถึงบุตรเกี่ยวกับ ชื่อ เพศ ความหวัง ในตัวบุตร

หญิงตั้งครรภ์จะมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และความสมบูรณ์แข็งแรงของบุตร ในช่วงแรก ๆ ของการตั้งครรภ์นั้นหญิงตั้งครรภ์อาจจะกลัวการแท้ง มีการสังเกตถึงความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย เช่นการมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ต่อมาเมื่อมีการยอมรับความจริงเกี่ยวกับบุตร เช่นรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของบุตร ได้ยินเสียงหัวใจ ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลถึง ความพิการทางด้านร่างกาย และสติปัญญาของบุตร พยายามที่จะพูดหรือสร้างความมั่นใจว่าบุตรยังมีสุขภาพแข็งแรง และท้ายที่สุดก็จะกังวลเกี่ยวกับการตายของบุตรในระยะใกล้คลอดหรือในขณะคลอด

นอกจากความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพความแข็งแรงสมบูรณ์ และความปลอดภัยของบุตรแล้ว หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสยังมีความคิดเกี่ยวกับธรรมชาติ และบุคลิกลักษณะของบุตรในครรภ์ (Nature and characteristic of The child) ซึ่งได้แก่รูปร่างหน้าตา ขนาด สัดส่วน การสื่อสารกับบุตรในครรภ์ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง เพศของบุตร ระบบการตื่นและการนอน ตลอดจนอารมณ์ของบุตร หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสบางคนอาจจะมีการตั้งความหวังเกี่ยวกับธรรมชาติ และ

บุคลิกลักษณะบางอย่างเกี่ยวกับบุตรเอาไว้มากเกินไป (Bobak and Jensen, 1985) การมีความคาดหวังกับทารกในครรภ์มากเกินไป โดยเฉพาะการยึดมั่นกับความเชื่อในสังคม เช่น ความคิดว่าบุตรคนแรกควรเป็นเพศชาย สิ่งนี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลากลัวว่าจะไม่ได้ตามที่หวังไว้ (สุปรียา บุญเกตุ, 2527)

5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

การเตรียมตัวในการคลอด หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเตรียมตัวสำหรับการคลอดโดยการอ่านตำรา คู่มือแพทย์ เข้าชั้นเรียนสำหรับมารดา และพูดคุยกับผู้หญิงที่เคยมีประสบการณ์ในด้านการคลอด ซึ่งอาจจะเป็นมารดา พี่สาว เพื่อน หรืออาจจะเป็นคนที่ไม่เคยคุ้นเคยเลยก็ได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการคลอด การบอกเล่าส่วนใหญ่จะมีการบอกเล่าถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ได้ประสบมาขณะคลอด ผลจากการรับฟังคำบอกเล่าดังกล่าวก็อาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกเกิดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดได้

ความรู้สึกวิตกกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและบุตรระหว่างการคลอด และกลัวว่าจะเกิดความพิการกับตนเองและบุตรในการคลอด กลัวความเจ็บปวดในการคลอด หญิงตั้งครรภ์บางคนจะแสดงถึงความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนระหว่างคลอด การได้รับการดูแลในขณะคลอดตลอดจนการยอมรับในตัวหญิงตั้งครรภ์และการกระทำต่าง ๆ ขณะคลอดจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลขณะคลอด กลัวการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ควบคุมไปกับการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลัวร่างกายของตนเองจะเสียการควบคุมและไม่สามารถที่จะควบคุมตนเองให้ผ่อนคลายหรือควบคุมการหายใจในขณะที่มดลูกหดรัดตัว กังวลในเรื่องขาดการควบคุมอารมณ์ กลัวว่าจะร้องไห้อย่างลืมหืมตา แสดงอาการเอะอะโวยวาย แสดงความโกรธสามีหรือเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด ผลจากความกลัวการควบคุมตนเองในขณะคลอด จะทำให้มีการวางแผนถึงการให้ยาระงับความเจ็บปวดและยาสลบในระหว่างคลอด ซึ่งจะไป

มีส่วนสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของบุตรด้วย ความวิตกกังวล
ประการสุดท้าย คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการไปถึงโรงพยาบาลเมื่อถึงเวลาคลอด
ความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นส่วนใหญ่จะมีสาเหตุเนื่องมาจากการขาด
ความรู้ในเรื่องของร่างกายและกระบวนการคลอดนั่นเอง (Bobak and Jensen,
1985)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
ของชีวิตของสตรี คล้ายกับการเริ่มมีประจำเดือนเมื่อถึงวัยสาวและหมดประจำเดือน
เมื่อสูงอายุ เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทาง
ด้านร่างกาย จิต และสังคม และการตั้งครรภ์ถือเป็นภาวะปกติ ไม่ใช่การเป็นโรค
แต่ถ้าการตั้งครรภ์นั้น เกิดมีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์เองหรือจากโรคภัย
ไข้เจ็บทางอายุรกรรมร่วมด้วย หรือมีเงื่อนไขทางสุขภาพที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์และ
ทารกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือการตายที่อาจกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ดัง
กล่าวมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้น

แต่เดิมมีการนิยามแยกโรคหรือการให้ความหมายว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเสี่ยงนั้น หมายถึง เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการตั้งครรภ์
เรียกว่า โรคพิษแห่งครรภ์ (Toxaemia of Pregnancy) และโรคที่เกิดร่วมกับการ
ตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเกิดก่อนการตั้งครรภ์ หรือเกิดร่วมกับการตั้งครรภ์ก็ได้ เช่น
โรคหัวใจร่วมกับการตั้งครรภ์ โรคโลหิตจางร่วมกับการตั้งครรภ์ เป็นต้น ปัจจุบัน
ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ครอบคลุมความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้ง
ทางร่างกาย จิต และสังคมของหญิงมีครรภ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้มีการดูแล
หญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีหลายคนได้รวบรวมภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น
ทั้งแก่บุตร บิดาของบุตร และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ เข้าไว้ในการตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเสี่ยงด้วย

คุณลักษณะที่เป็นภาวะเสี่ยงตามแนวคิดของเจนเสนและโบแบค (Bobak & Jensen, 1985) มีดังนี้คือ

1. อายุของมารดาและปัจจัยทางการคลอด ได้แก่
 - ก. อายุ 16 ปี หรือต่ำกว่า
 - ข. ครรภ์แรกอายุ 35 ปี หรือมากกว่า
 - ค. ครรภ์หลังอายุ 40 ปี หรือมากกว่า
 - ง. ครรภ์ปัจจุบันห่างจากครรภ์ที่แล้ว 8 ปี หรือมากกว่า
 - จ. คลอดเป็นครั้งที่ 5 หรือมากกว่าขึ้นไป
 - ฉ. ตั้งครรภ์เมื่อบุตรคนสุดท้ายอายุเพียง 3 เดือน หรือน้อยกว่า
2. ตั้งครรภ์โดยไม่แต่งงาน
3. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ โรคไตร่วมกับการตั้งครรภ์ ได้แก่
 - ก. พรีอีคลมเซีย (Pre-eclampsia) ที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาลก่อนคลอด
 - ข. อีคลมเซีย (Eclampsia)
 - ค. โรคไต : กรวยไตอักเสบ และภาวะไตบวมน้ำ เป็นต้น
 - ง. โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (ความดันโลหิต 160/100 มิลลิปรอทหรือมากกว่า)
 - จ. มีความดันโลหิตสูง 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าเมื่อห่างกัน 2 ครั้ง ในช่วง 30 นาที)
4. ภาวะโลหิตจาง หรือมีเลือดออก ได้แก่
 - ก. มีฮีมาโตคริต 30 เปอร์เซ็นต์ หรือต่ำกว่า ในครรภ์ปัจจุบัน
 - ข. มีประวัติเคยมีตกเลือดในการคลอดครั้งก่อน และต้องให้เลือด
 - ค. มีเลือดออกในครรภ์ปัจจุบัน
 - ง. มีภาวะเลือดจาง (มีฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 มิลลิกรัม%) ที่ต้อง

การรักษา

- จ. มีความผิดปกติของเม็ดเลือด
- ฉ. มีประวัติมีเลือดออก หรือเลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ (Clotting disorder)

5. ปัจจัยทางบุตรในครรภ์ ได้แก่

- ก. เคยคลอดก่อนกำหนดมาแล้ว 2 ครั้ง หรือมากกว่า
- ข. เคยแท้งเองมาแล้ว 2 ครั้ง หรือมากกว่า
- ค. เคยมีประวัติบุตรตายคลอด (Stillbirths) มา 1 ครั้ง

หรือมากกว่า

- ง. มีปัญหากลุ่มเลือด Rh หรือ ABC ไม่เข้ากัน
- จ. มีประวัติเคยคลอดบุตรออกมาพิการทางสมอง เช่น ปัญญาอ่อน
- ฉ. มีประวัติคลอดบุตรตัวโต (มากกว่า 9 ปอนด์ขึ้นไป หรือ 4

กิโลกรัมขึ้นไป)

6. อายุของบิดา หรือปัจจัยอื่น ๆ

7. การคลอดที่ยากลำบาก ได้แก่

- ก. เชิงกรานแคบ หรือการไม่ได้สัดส่วนระหว่างเชิงกรานมารดา
- ข. ครรภ์แฝดหรือบุตรในครรภ์มากกว่า 2 คนขึ้นไปในครรภ์ปัจจุบัน
- ค. เคยคลอดบุตรท่าก้น 2 ครั้ง หรือมากกว่า
- ง. เคยผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง หรือเคยใช้คีมช่วยคีบศีรษะ

ตอนคลอด

จ. เคยเจ็บคลอดยาวนาน (มากกว่า 18 ชั่วโมงในครรภ์แรก 12 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง)

ฉ. เคยมีประวัติหนทางคลอดผิดปกติ เช่น มีความผิดปกติของปากมดลูก มีก้อนที่รังไข่หรือท่อรังไข่หรือมีก้อนที่มดลูกและเยื่อบุมดลูกอักเสบ

ข. รูปร่างของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้สัดส่วน คือ สูงเพียง 1.5 เมตร (5 ฟุต) หรือน้อยกว่า

8. มีประวัติเป็นโรคหรือกำลังเป็นโรคดังต่อไปนี้

ก. เบาหวาน หรือเบาหวานตอนระยะตั้งครรภ์

ข. อาเจียนไม่สงบ

ค. โรคของต่อมไทรอยด์

ง. ขาดสารอาหาร หรืออ้วนมากผิดปกติ (น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ 15 เปอร์เซ็นต์ หรือน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ 20 เปอร์เซ็นต์)

9. มีประวัติดังต่อไปนี้

ก. ฝากครรภ์ช้า

ข. ไม่มาฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์เพียงครั้งเดียว หรือมาไม่

สม่ำเสมอ

ค. สถานการณ์ทางบ้านไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ หรือมา

โรงพยาบาลได้

ง. หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติขาดการสนับสนุน หรือการช่วยเหลือจากทางบ้านหรือ จากทางสังคม รวมทั้งภาวะการเป็นหม้าย แยกกันอยู่กับสามี การเป็นลูกบุญธรรม ครอบครัวที่มีปัญหาขัดแย้ง การได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าภาวะเสี่ยง แต่ละอย่างดังกล่าวนั้น ไม่ได้มีความรุนแรงต่อมารดาหรือทารกเท่าเทียมกัน ภาวะเสี่ยงบางอย่างต้องการเพียงเฉพาะการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงก็เพียงพอในการให้การดูแล แต่ภาวะเสี่ยงบางอย่างเช่นมารดาที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้การรักษาด้วยการประเมินภาวะเสี่ยง จึงต้องกระทำตลอดเวลาตั้งแต่สถานการณ์ที่เป็นภาวะเสี่ยงเริ่มเกิดขึ้น อาจจะเป็นตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์หรือในระยะคลอด มารดาที่ถูกระบุว่าอยู่ในภาวะ

เสี่ยงนั้น อาจจะไม่ได้อะไรที่มองตนเองว่าอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ในมารดาวัยรุ่น อาจจะไม่รู้ลึกกว่าตนเองอยู่ในภาวะปกติโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามารดามีเพื่อนตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเช่นกัน แต่มารดาบางคนจะรู้ตัวเองว่าอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น มารดาที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ และสำหรับบางคนอาจจะมีสภาพการบางอย่างเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และถูกระบุว่าเป็นภาวะเสี่ยง ซึ่งบางครั้งอาจจะเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนก็ได้ เมื่อเป็นเช่นนั้น การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจึงมีความหมายแตกต่างกันในมารดาแต่ละคน

อย่างไรก็ดี ปัญหาซึ่งจะมีผลกระทบต่อมารดาอย่างแท้จริงนั้น มักจะเป็นปัญหาเรื่องรังที่เกิขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน หรือโรคหัวใจ ซึ่งการตั้งครรภ์ อาจจะทำให้อาการของโรคเลวลงและจะเพิ่มภาระทางด้านร่างกายแก่มารดาและเพิ่มภาวะเครียดให้แก่ครอบครัวด้วย มารดาและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงเรื้อรัง จึงต้องการการดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และภายหลังคลอด สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันมักจะเกิดในระยะระหว่างตั้งครรภ์หรือระหว่างคลอด ปัญหาเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนโดยไม่ได้คาดหมาย และอาจจะต้องการการดูแล เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกจนถึงแก่ชีวิตทันที มารดาและครอบครัวอาจจะมีเวลาเพียงเล็กน้อยในการเตรียมจิตใจ สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันว่าจะเกิดขึ้น เช่นภาวะรกเกาะต่ำ สายสะดือพันคอต่า เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจะก่อให้เกิดความตกใจแก่มารดาและครอบครัวมากกว่า แต่จะใช้ระยะเวลาในการแก้ปัญหาสั้นกว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง (Joens, 1979)

การประเมินภาวะเสี่ยงเนื่องจากการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายมากกว่าการไม่ได้ตั้งครรภ์ องค์ประกอบที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์จึงสมควรที่จะได้มีการค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ องค์ประกอบดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ

เจริญพันธุ์ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มีผลต่อการตั้งครรภ์

การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์จะช่วยให้สามารถวางแผน ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะระยะไตรมาสที่สาม และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ฉะนั้นการประเมินจะต้องทำให้สมบูรณ์ ครบถ้วนตามแบบประเมิน จึงจะช่วยชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายของมารดาและทารกได้ ซึ่งแบบประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ มีหลายรูปแบบ เช่น ของคูนแลนด์ และคณะ (Coopland, et al, 1977)

พัฒนกิจในมารดาที่มีภาวะเสี่ยง

ภารกิจของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต้องพัฒนาตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์นั้นนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมารดามาก ทั้งนี้เพราะความสำเร็จในการเผชิญกับภารกิจต่าง ๆ ในระยะตั้งครรรภ์นั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพจิตของมารดาเอง ความสำเร็จในการเผชิญต่อภารกิจ แต่ละอย่างนั้นจะช่วยให้มารดาได้เตรียมตัวในการที่จะเผชิญต่อภารกิจอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งถ้ามารดาไม่สามารถเผชิญต่อภารกิจใดภารกิจหนึ่งได้ จะทำให้ครอบครัวประสบกับความทุกข์ไปด้วย และเมื่อมารดาสามารถแก้ไขปัญหาในภารกิจต่าง ๆ สำเร็จไปแล้ว การตั้งครรรภ์ของมารดาก็จะสมบูรณ์ทั้งในเรื่องของการเจริญเติบโตของทารกในครรรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งพัฒนกิจพื้นฐานสำหรับมารดาที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรรภ์มีดังต่อไปนี้ (Moore อ้างใน กนกทิพย์ คุณชนวนิชพงษ์, 2530) คือ

1. การสร้างความมั่นใจและการยอมรับการตั้งครรรภ์ (Confirming and Accepting the Pregnancy)

มารดาที่ไม่ได้มีการวางแผนสำหรับการตั้งครรรภ์ไว้ล่วงหน้า มักจะเริ่มมีพัฒนกิจด้วยการสร้างความมั่นใจ หรือทำให้ตนเองแน่ใจว่าตั้งครรรภ์จริง ซึ่ง

อาจจะเริ่มด้วยการไปตรวจครรภ์ หลังจากนั้น จึงจะมีการยอมรับการตั้งครรภ์เกิดขึ้น การยอมรับการตั้งครรภ์และยอมรับบุตรในที่สุดนั้น มารดาจะต้องเริ่มด้วยการยอมรับว่าตนนั้นตั้งครรภ์จริงและยอมรับว่าบุตรนั้นเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่แยกไปจากมารดา ซึ่งการรับรู้และยอมรับว่าบุตรเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งนั้นมักจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กเริ่มต้นคือภายหลังจากที่ตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ไปแล้ว (Moore, 1983)

สำหรับการยอมรับการตั้งครรภ์ ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงนั้นจะหมายถึงการยอมรับความคิดเกี่ยวกับการที่จะมีบุตรที่สมบูรณ์น้อยกว่าเด็กทั่ว ๆ ไป ซึ่งความคิดนี้สามารถทำร้ายความรู้สึกของมารดาได้ โดยเฉพาะมารดาที่มีความล้มเหลวจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ๆ เช่น มีการแท้งบุตร เด็กตายคลอด หรือบุตรพิการ ก็อาจจะมี ความกังวลว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้อาจจะมีผลเช่นเดียวกันกับครั้งก่อนได้ ดังนั้น ในมารดาที่มีความคิดว่าความสมบูรณ์ของการเป็นเพศหญิงนั้นอยู่ที่การคลอดบุตร มารดาที่มีความล้มเหลวในการตั้งครรภ์เหล่านี้ ก็จะยอมรับการตั้งครรภ์ได้ยาก (Moore, 1983)

มารดาที่ไม่สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ที่เป็นภาวะเสี่ยงอาจจะปฏิเสธความจริงนี้ด้วยการแสดงว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่มีปัญหาใด ๆ ทำให้มีการละเลยในการปฏิบัติตนต่าง ๆ เช่น ในเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร เฉพาะโรค หรือการปฏิบัติตนตามคำแนะนำอื่น ๆ รวมทั้งการเตรียมตัวรับบทบาทของการเป็นมารดาได้และเมื่อไรก็ตามที่มารดาสามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้ มารดาก็พร้อมที่จะดำเนินภารกิจของมารดาในขั้นอื่น ๆ ต่อไป (Moore, 1983)

2. การแสวงหาความปลอดภัย สำหรับมารดาและบุตรในครรภ์

(Seeking Safe Passage)

มารดาที่มีการยอมรับการตั้งครรภ์จะมีการวางแผนเพื่อแสวงหาความปลอดภัยให้กับตนเองและบุตรในครรภ์ มารดาจะให้ความคุ้มครองบุตรในครรภ์

โดยการระมัดระวังตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามคำแนะนำและอาจจะหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่เห็นว่าอาจจะเป็นอันตรายต่อบุตรในครรภ์ (Moore, 1983)

การแสวงหาความปลอดภัยสำหรับบุตรในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงนั้นถือว่าเป็นภารกิจที่สำคัญของมารดาซึ่งอาจจะต้องเกี่ยวข้องกับความยากลำบากต่าง ๆ รวมทั้งการสูญเสียทั้งเงินและเวลาเป็นจำนวนมาก มารดาที่อยู่ในชุมชนเล็ก ๆ อาจจะต้องเดินทางไปยังศูนย์การแพทย์ หรือโรงพยาบาลที่ให้การดูแลโดยเฉพาะ มารดาอาจจะต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสักระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจจะนานเป็นเดือน ซึ่งในช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์นี้ มารดารวมทั้งสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวอาจจะต้องมีการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตใหม่

ความตั้งใจของมารดาในการที่จะอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรอคอยเวลาคลอดที่เหมาะสม การยอมรับการตรวจและการทดสอบต่าง ๆ ตลอดจนการยอมปฏิบัติตามข้อห้ามหรือกฎระเบียบต่าง ๆ นั้น จะเป็นเครื่องยืนยันถึงความต้องการการแสวงหาความปลอดภัยเพื่อบุตรของตนอย่างแท้จริง (Moore, 1983)

3. การยอมรับบุตรโดยบุคคลสำคัญอื่น ๆ (Acceptance of the child by significant others)

เป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาทุกคนที่มีความรู้สึกต้องการให้พ่อของลูก ปู่ย่า ตายาย หรือใคร ๆ ก็ตามที่มีความสำคัญต่อตนเอง ให้การยอมรับบุตรที่อยู่ในครรภ์ของตน บุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อมารดา อาจจะมีพลังที่จะพูดกับมารดาเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ หรือบางครั้งอาจจะยึดมั่นอยู่กับความคิดเกี่ยวกับการเกิดของเด็กมากเกินไป เนื่องจากไม่สามารถจะยอมรับความจริงว่าเด็กอาจจะเสียชีวิตได้

การที่บุตรไม่ได้รับการยอมรับจะเพิ่มความวิตกกังวลให้กับมารดา เนื่องจากมารดาจะมีความคิดว่าตนก็อาจจะไม่ได้รับการยอมรับด้วย ถ้าตนเองไม่

สามารถคลอบคลุมที่สมบูรณ์ได้ แม้ว่าความคิดเหล่านี้อาจจะอยู่ในจิตใจของมารดา อยู่ตลอดเวลา (Moore, 1983)

4. สัมพันธภาพและความผูกพันกับบุตร (Attachment)

นอกจากมารดาจะมีความกลัวว่าบุคคลอื่นจะไม่ยอมรับบุตรของตน ถ้า บุตรที่เกิดนั้นมีความไม่สมประกอบแล้ว มารดาก็อาจจะกลัวการผูกพันกับบุตรในระยะ ตั้งครรภ์ด้วย การประเมิณพฤติกรรม สัมพันธภาพในระยะตั้งครรภ์ จึงเป็นเครื่องมือ ที่สำคัญที่จะใช้ประเมินถึงความกลัวของมารดา และเมื่อสามารถประเมินได้ว่า มารดามีความกลัวจริงก็เป็นการสมควรที่จะช่วยให้มารดาเผชิญกับความรู้สึกนั้น ทั้งนี้ เพราะสัมพันธภาพที่มารดามีต่อบุตรภายหลังคลอดนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการเกิดความ เศร้าโศกในระดับปกติ (Healthy grieving) ของมารดา ถ้ามารดาได้ทราบว่า บุตรของตนกำลังจะต้องเสียชีวิต จากภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น แต่ถ้ามารดาไม่มี สัมพันธภาพกับบุตรในระยะตั้งครรภ์แล้ว มารดาก็อาจจะรู้สึกผิดเมื่อทราบว่าบุตรกำลัง จะเสียชีวิต ซึ่งจะทำให้มารดามีความเศร้าโศกนานกว่าปกติ (Unhealthy grieving) ได้

ดังนั้น สัมพันธภาพของมารดาที่มีต่อบุตรในระยะตั้งครรภ์ จึงมี ความสำคัญต่อกระบวนการของความเศร้าโศกที่เป็นปกติของมารดาในกรณีที่มารดา มีบุตรที่ผิดปกติหรือเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม มารดาที่มีภาวะเสี่ยงก็อาจจะให้กำเนิด บุตรที่มีความสมบูรณ์ตามปกติได้ เช่นเดียวกับมารดาทั่ว ๆ ไป ดังนั้น ถ้ามารดาไม่ สามารถสร้างสัมพันธภาพต่อบุตรในระยะตั้งครรภ์ได้แล้ว ย่อมจะทำให้เกิดผลเสีย ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

5. การยอมเสียสละของมารดา (Giving of Oneself)

โดยทั่วไปแล้ว มารดาที่ตั้งครรภ์จะต้องมีการเรียนรู้ที่จะเสียสละใน

เรื่องต่าง ๆ เพื่อบุตรในครรภ์เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงนั้น การเสียสละของมารดาจะยิ่งต้องมีเพิ่มขึ้นอีกเป็นอย่างมาก มารดาอาจจะต้องยอมเสียสละเวลาในการที่จะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือนอนพักอยู่ในเตียงที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มารดาพอใจหรือเคยปฏิบัติอยู่ก่อน นอกจากนี้มารดาอาจจะต้องใช้จ่ายอย่างมากมาย สำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่เจ็บป่วยด้วย

มารดาที่มีภาวะเสี่ยงมักจะมีความต้องการที่จะได้รับการสนใจและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้าง เช่น สามี ญาติ หรือเพื่อน เพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นพิเศษ ในขณะที่เดียวกันมารดาที่อาจจะปฏิเสธต่อการใช้ความสนใจหรือการแสดงความรักตามประเพณีนิยมเช่นการให้ของใช้สำหรับเด็ก เนื่องจากมารดาจะมีความกลัวว่าตนเองมีความผูกพันกับบุตร (Moore, 1983)

6. การทบทวนเกี่ยวกับพัฒนาการต่าง ๆ (Reworking developmental tasks)

หญิงตั้งครรภ์ จะมีการทบทวนเกี่ยวกับพัฒนาการของตนเองตั้งแต่ในสมัยอดีต โดยเริ่มจากประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพของตนเองกับบิดามารดา โดยเฉพาะกับมารดาซึ่งถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีนักในอดีต เช่น ถ้าหญิงตั้งครรภ์ เคยมีความรู้สึกเกลียดมารดา ก็อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าบุตรของตนเองจะมีความรู้สึกเช่นเดียวกับตนได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ อาจจะมีความรู้สึกกลัวตาย ซึ่งการกลัวความตายนี้ถือได้ว่าเป็นความกลัวที่พบได้ในวัยเด็ก แต่สำหรับหญิงตั้งครรภ์นี้จะเป็นการกลัวความตายเนื่องจากการคลอดบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง อาจมีความกลัวตายนี้มากกว่าปกติเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ร่วมด้วย หญิงตั้งครรภ์จึงต้องการความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลตนในขณะที่ตั้งครรภ์เพื่อที่จะได้สามารถเล่าถึงความนึกคิดต่าง ๆ ที่รบกวนจิตใจของตนอยู่ เพื่อที่จะได้แก้ไขความขัดแย้งที่เคยมีอยู่ให้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสร้าง

สัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุตรต่อไปด้วย (Pillitteri, 1981)

7. การเตรียมตัวสำหรับการเป็นมารดา (Preparing for motherhood)

หญิงตั้งครรภ์ควรจะมีการเตรียมตัวสำหรับการเป็นมารดาให้พร้อมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยจะต้องผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (Pillitteri, 1981) คือ 1) การเลียนแบบหญิงตั้งครรภ์ มักจะใช้เวลาพบปะพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นๆ หรือทำความคุ้นเคยกับหญิงแม่ลูกอ่อน รวมทั้งกับมารดาของตนเอง เพื่อที่จะเลียนแบบกิจกรรมต่าง ๆ ของการเป็นมารดา 2) การแสดงบทบาทการเป็นมารดาหญิงตั้งครรภ์มักจะเสนอตัวเองในการช่วยเหลือญาติหรือเพื่อนเลี้ยงดูเด็กก่อน เพื่อเรียนรู้แนวทางในการเป็นมารดา 3) หญิงตั้งครรภ์มักจะมีการคิดฝันเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่เหมาะสมต่อการเป็นมารดาของทั้งลูกชายหรือลูกสาว 4) หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มสนใจและเรียนรู้ถึงความต้องการการเป็นมารดาของตนและค้นหารูปแบบของการเป็นมารดา จากหมู่เพื่อน และถ้าพบว่าพฤติกรรมของการเป็นมารดาแบบใดที่ไม่เหมาะสมก็จะปฏิเสธการเลียนแบบพฤติกรรมนั้น หญิงตั้งครรภ์จะมีการเลือกรูปแบบของการเป็นมารดาต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะค้นพบรูปแบบของการเป็นมารดาที่เหมาะสมสำหรับตน 5) ก่อนที่หญิงตั้งครรภ์จะสามารถดำเนินบทบาทของการเป็นมารดาได้จะต้องมีการยกเลิกบทบาทในปัจจุบันเสียก่อน ดังนั้น บทบาทใดบทบาทหนึ่งจะต้องมีการยุติลงชั่วคราว ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเบื่อหรือมีความคับข้องใจเกิดขึ้น และภายหลังจากที่สามารถปรับตัวได้แล้วจะมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมที่จะรับบทบาทของการเป็นมารดาต่อไป