

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่ทารกถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้คือ 1) ความผูกพันและการแยกจาก 2) ผลของความเจ็บป่วยของทารกต่อมารดาและครอบครัว 3) ความวิตกกังวล 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวล และ 7) กรอบทฤษฎี

1. ความผูกพันและการแยกจาก

ความผูกพันและความหมาย

นักการศึกษาส่วนใหญ่ใช้คำศัพท์ในความหมายของ "ความผูกพัน" 2 คำคือ "bonding" และ "attachment"

โรเบิร์ตสัน (Robertson 1957, cited in Klaus & Kennell 1982 : 1) ให้ความหมายของคำว่า "bonding" ว่า เป็นปรากฏการณ์ที่ผู้ใหญ่ผูกพันกับทารกที่เขาดูแลในช่วงเดือนแรก ๆ หรือปีแรก ๆ ของชีวิต โดยเป็นผู้ให้ความรัก ความห่วงใยแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งความเข้มข้นของความผูกพัน จะส่งผลถึงปริมาณกิจกรรมที่จะดูแลเด็ก โดยปกติความผูกพันจะมีมากที่สุดในมารดา ลดลงเล็กน้อยในบิดา และลดลงเรื่อย ๆ ในสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

โบว์บี และอินลเวิร์ท (Bowlby 1969; Ainsworth 1969, cited in Sherwen, et al. 1991 : 44) กล่าวถึง "attachment" ในลักษณะความผูกพันที่ทารกมีต่อบิดามารดา ซึ่งความผูกพันนี้จะพัฒนาขึ้นในช่วงปีแรกของชีวิต และจะเกี่ยวพันไปถึงการพัฒนาทางสังคมและการรับรู้ของเด็กในเวลาต่อมา ความผูกพันระหว่างมารดากับทารกเป็นพื้นฐานของความเชื่อถือ ซึ่งในที่สุดจะทำให้ทารกเป็นตัวของตัวเองแยกจากบิดามารดาได้

คลอส และเคนเนล (Klaus & Kennell 1982 : 2) สรุปว่า โดยทั่วไป "bonding" คือการยึดเหนี่ยวบิดามารดากับทารก ในขณะที่ "attachment" หมายถึง การยึดเหนี่ยวในทิศทางตรงกันข้าม คือ จากทารกมายังบิดามารดา แต่ทั้งสองได้ใช้ทั้งสองคำในความหมายของทั้งสองทิศทางนอกจากนี้ในระยะหลัง ๆ ได้มีการนำคำว่า "bonding" และ "attachment" มาใช้ในความผูกพันชนิดอื่นที่มีใช้ความผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก

หรือระหว่างทารกกับบิดามารดาเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากการนำทั้งสองคำมาใช้ในการศึกษาความผูกพันระหว่างคู่สมรส ระหว่างเพื่อน ระหว่างญาติ และระหว่างพี่น้อง (Rickelman, et al. 1994 : 69-84) แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะความผูกพันในความหมายของความผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก และระหว่างทารกกับบิดามารดาเท่านั้น

พัฒนาการความผูกพัน

กระบวนการความผูกพันเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ทารกเป็นตัวอ่อนอยู่ในครรภ์มารดา โดยทั้งคู่เริ่มสร้างสัมพันธภาพความผูกพันกัน (binding-in) ตั้งแต่ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยมีความใกล้ชิดและสื่อสารกันด้วยวิธีพิเศษ การตื่นของทารกในช่วงไตรมาสที่ 2 ทำให้มารดาตระหนักถึงทารกที่ยังไม่เกิด ซึ่งกระตุ้นให้มารดาสนใจและรับรู้ถึงร่างกายของทารกที่อยู่ในร่างกายของตนเอง (Rubin 1984, cited in Stainton, et al. 1992 : 120 ; Sherwen, et al. 1991 : 759) หลังเกิดมารดาและทารกมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและเกี่ยวพันต่อเนื่องมาจากระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเรียกความใกล้ชิดกันอย่างมากนี้ว่า การรวมอารมณ์ (emotional symbiosis) (Sherwen, et al. 1991 : 759)

ความผูกพันของมารดาและทารกเป็นสิ่งจำเป็นในการรอดของทารก ซึ่งสิ่งทำให้เกิดพัฒนาการต่าง ๆ คือ การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา วิธีนี้ทำให้ทารกและมารดามีความใกล้ชิดกันทางด้านร่างกายและมีประสบการณ์ส่วนตัวร่วมกัน ทำให้เกิดความผูกพันที่มีลักษณะถาวรขึ้น รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล (2529 : 152-153) กล่าวว่า การพัฒนาความผูกพันระหว่างมารดาและทารกขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งพฤติกรรมของทารกเองด้วย เซอร์เวน และคณะ (Sherwen, et al. 1991 : 43) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก 2 ประการ คือ 1) ภูมิหลังของบิดามารดา และ 2) การปฏิบัติเพื่อการดูแลทารก ทั้งในช่วงการคลอด ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมของทีมงานสุขภาพที่มารดาได้รับบริการขณะเจ็บครรภ์และคลอด เหตุการณ์ในช่วงหลังคลอดวันแรก และชีวิตแรกเกิด (โดยเฉพาะระยะเวลาการแยกมารดากับทารก) และระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

ระยะไวต่อการสร้างความผูกพัน

คลอส และเคนเนล (Klaus & Kennell 1982 : 38-40) ได้ทำการศึกษางานของแมคบริดด์ (McBryde 1951) กรีนเบิร์ก และคณะ (Greenberg, et al. 1973) แบททีสัน (Bateson 1979) และประสบการณ์ที่พบเอง แล้วสรุปว่า เหตุการณ์ในช่วงชั่วโมงแรก ๆ และวันแรก ๆ ของชีวิตทารกมีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับมารดา ซึ่งเรียกว่า ระยะไวต่อการสร้างความผูกพัน (sensitive period) การให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันโดยเร็วหลังคลอดเป็นสิ่งแรกที่สนับสนุนการทำงานของความรู้สึก (sensory) ฮอร์โมน (hormonal) สรีระ (physiological) ภูมิคุ้มกัน (immunological) และกลไกพฤติกรรม (behavioral mechanism) ซึ่ง

จะผูกพันมารดาไว้กับทารก และการปฏิสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยนกันของมารดาและทารกจะชัดเจนยิ่งยวดทั้งคู่ไว้ด้วยกัน

การปฏิสัมพันธ์และกระบวนการความผูกพันมารดาและทารก

การปฏิสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยนกันของมารดาและทารกที่จะทำให้ความผูกพันพัฒนาไปอย่างรวดเร็วหลังคลอด (Klaus & Kennell 1982 : 70-79 ; Sherwen, et al. 1991 : 759) คือ

การปฏิสัมพันธ์ด้านมารดา โดยการสัมผัส การสบตา เสียงของมารดา การสื่อสารและเคลื่อนไหวตอบสนอง การใช้เวลาแก่ทารก การให้อุ้มกอดกันทางน่านม กลิ่นและความร้อนจากตัวมารดา

การปฏิสัมพันธ์ด้านทารก โดยการสบตา การร้องไห้ การให้ออกซิโตซินขณะดูดนมมารดา (oxytocin) การให้โปรแลคติน (prolactin) กลิ่นของทารก และการสื่อสารเคลื่อนไหวตอบสนอง คลอสและคณะ (Klaus, et al. 1972, อ้างใน รัชตะวรรณ โอฬาริย์กุล 2529 : 153-154) ศึกษาพบว่า เมื่อมารดาได้พบทารกครั้งแรกจะเริ่มสัมผัสทารกโดยใช้ปลายนิ้วสัมผัสใบหน้าและแขนขา บีบนิ้วค้ำกล้ามเนื้อทารกอย่างนุ่มนวล ต่อมาใช้ฝ่ามือสัมผัสลำตัว และอุ้มทารกมากอดแนบชิด ลำตัว พยายามศึกษาร่างกายของทารกโดยการสัมผัสและมอง การตอบสนองของทารก เช่น การประสานสายตา จะส่งเสริมให้เกิดความรัก ความผูกพันต่อกันมากขึ้น ซึ่งกระบวนการสร้างความผูกพันต่อกันระหว่างมารดาและทารกจะมีขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอนคือ 1) ระยะเริ่มต้น (initiation) มารดาและทารกเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน 2) ระยะคาดหวัง (orientation) ต่างฝ่ายต่างมีความ คาดหวังต่อกันในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 3) ระยะสนใจ (acceleration) เป็นระยะที่ทารกมีความสนใจสูงสุด จะส่งเสียง ขยับมือทั้งสองมาข้างหน้า แขนงหน้าขึ้นเปิดตากว้าง และหน้าตาจะสดใสขึ้น 4) ระยะลดความสนใจและผละสายตา (deceleration and turning away) ทารกมีความสนใจ ลดลงและผละสายตาไปจากมารดา

การพัฒนาพฤติกรรมความผูกพันที่ดีจะนำไปสู่ความผูกพันในความรักระหว่างเด็กและบิดามารดา และผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ในเวลาต่อมา ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมและความผูกพันที่ได้มา จะแสดงออกและมีผลตลอดชีวิต (Bowlby 1987 : 39) มนุษย์ทุกวัยจะมีความสุขมากที่สุด มีประสิทธิภาพมากที่สุดถ้าได้รับการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพกับบุคคลพิเศษของเขา (Bowlby 1982, cited in Rickelman, et al. 1994 : 68)

คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennel 1982 : 85) เชื่อว่า สิ่งที่มีบทบาทสำคัญในความผูกพันคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันแรก ๆ หลังคลอดจะมีผลระยะยาว ความวิตกกังวลหวั่นไหวของมารดาเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในวันแรกหลังคลอดจะส่งผลกระทบระยะยาวถึงพัฒนาการของทารก ซึ่งแบททีสัน (Bateson 1979, cited in Klaus & Kennell 1982 : 38-39) ได้ศึกษาพบว่า เหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเหตุการณ์

ปกติเพียงเล็ก ๆ น้อย ๆ ในช่วงวันแรก ๆ หลังคลอดอาจเป็นเหตุให้ความผูกพันหายไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะได้กล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

การแยกจากและความหมาย

นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงการแยกจากไว้ต่าง ๆ กันดังนี้ คือ

โบว์บี (Bowlby 1987 : 78) กล่าวว่า การแยกจากบุคคลที่รักและผูกพันทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า เป็นการกระตุ้นพฤติกรรมความกระวนกระวายและความโกรธทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการแยกจาก

เซอร์วอนสกี และเทดโรว์ (Servonsky & Tedrow 1984 : 428-435) กล่าวว่า การแยกจากบุคคลสำคัญเป็นสาเหตุให้บุคคลปวดร้าวและไม่สบายใจ และได้กล่าวถึงงานการศึกษาของมาร์เลอร์ (Mahler 1979) อีริคสัน (Erikson 1963) อินส์เวิร์ท (Ainsworth 1977) มีด (Mead 1971) อีเซอร์ (Ezor 1980) และสแตนฟอร์ด (Stanford 1977) เพื่ออธิบายถึงความวิตกกังวลจากการแยกจากระหว่างบิดามารดาและบุตรวัยต่าง ๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น และระหว่างเพื่อน ในเหตุการณ์ในบ้าน การไปโรงเรียน และการอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ทั้งสองยังกล่าวว่า ผู้ใหญ่ก็อาจประสบกับความวิตกกังวลจากการแยกนี้ได้เช่นกัน เช่น คู่สามีภรรยาที่ต้องจากกันเพื่อทำธุระบางอย่าง

ทัศนาศา บัญทอง (2535 : 971) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยทางจิตเวชที่จะต้องแยกจากพยาบาล ผู้ให้การดูแลว่า ผู้ป่วยเหล่านี้อาจจะมีพฤติกรรมซึมเศร้า พังพา ถดถอย ปฏิเสธการสิ้นสุด สัมพันธภาพ หรือก้าวร้าวก็ได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การแยกจากที่มีความหมายคือ การแยกจากบุคคลใดก็ตามที่บุคคลรัก ผูกพัน และให้ความสำคัญ ผลกระทบจากการแยกจากนี้จะเกิดขึ้นได้ทุกวัย ทั้งในบุคคลปกติ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและด้านจิตเวช แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการแยกจากระหว่างมารดากับบุตรเท่านั้น

การแยกทารกจากมารดาหลังคลอดทันทีเป็นการขัดต่อธรรมชาติ และกระบวนการความผูกพันมารดาและบุตรดังนี้ คือ

ธรรมชาติของมารดา (Benedek 1970 : 153-162) หรือความเป็นมารดา เป็นรูปแบบการทำงานกันของกระบวนการทางกายภาพ (physiologic process) ที่เกิดจากการทำงานทางชีววิทยาและฮอร์โมน เพื่อปกป้องการเจริญเติบโตของตัวอ่อน และดูแลจนกระทั่งเขาสามารถป้องกันตนเองได้ เพศหญิงมีพฤติกรรมความเป็นมารดาเนื่องจากสาเหตุทางกายภาพ และการแสดงบุคลิกภาพที่พัฒนาจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความเป็นมารดา และทั้งสองสาเหตุนี้ทำให้มารดาไม่สามารถแยกจากบุตรได้ ในแง่กลไกทางจิต ความเป็นมารดา หมายถึง กระบวนการที่ทารกจะเป็นผู้รับ และเปลี่ยนเป็นผู้ให้เมื่อเติบโตขึ้น

นับจากเวลาที่มารดามีความนึกคิดเกี่ยวกับบุตร ตัวอ่อนได้กระตุ้นการรับรู้ถึงความอ่อนโยนของมารดา หลังคลอด ทารกแสดงออกถึงความต้องการมารดาอย่างยิ่ง มารดาจะรู้สึกอึดอัดและสมบูรณ์ที่สุดเมื่ออยู่กับทารก มารดาอายุน้อยหลายรายมักรู้สึกว่างเปล่าเมื่อจากทารกแม้เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด พวกเขาจะกระวนกระวายใจเกี่ยวกับทารก

เคย์ (Kaye 1982 : 227) กล่าวว่า มารดาพยายามฝึกตนเองให้เป็นไปตามตารางความเป็นอยู่ของทารก ซึ่งเป็นกิจกรรมการเลี้ยงดูทารก เพราะเขาไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เพื่อจะปรับจิตใจสำหรับการแยกจากทางด้านร่างกายต่อไป ซึ่งเป็นกระบวนการธรรมชาติในมารดา

กระบวนการความผูกพันและการแยกจาก

กระบวนการความผูกพันและการแยกจากจะเกิดขึ้นตามลำดับ 3 ระยะ (Mahler 1975, cited in Heideman & Crabbe 1992 : 95-96 ; Mahler 1979 , cited in Roy 1984 : 430) คือ

ระยะออติซึม (autism) เกิดขึ้นในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกของชีวิต ทารกไม่แยกความแตกต่างของตนเองจากสิ่งแวดล้อม แต่เรียนรู้ที่จะแยกความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดและความพอใจ

ระยะซิมไบโอติก (symbiotic) เกิดเมื่ออายุประมาณ 1 เดือน ทารกมีความรักบิดามารดา ยังไม่แยกความแตกต่างของตนเองจากสิ่งที่ไม่ใช่ตนเอง

ระยะเกิดกระบวนการเซพาร์ชัน-อินดิวิดูเอชัน (separation - individuation process) เกิดขึ้นทันทีหลังระยะซิมไบโอติก กระบวนการนี้แบ่งได้เป็น 4 ระยะคือ 1) ระยะแยกและรวมความแตกต่าง (differentiation and emergent) ทารกเริ่มเคลื่อนย้ายสำรวจตนเองและสิ่งแวดล้อม อยู่ใกล้มารดาและสนุกกับสิ่งที่สนใจ 2) ระยะปฏิบัติ (practicing) ทารกพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ยอมรับคนแปลกหน้าง่าย ตราบใดที่อยู่ใกล้ มารดา และคนแปลกหน้าไม่เข้าใกล้ 3) ระยะสร้างไมตรี (rapprochement) เด็กจะต่อต้านการแยกจาก เห็นได้ชัดในวัยเดิน เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตของอัตมโนทัศน์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการพึ่งพาอาศัยกันอย่างใกล้ชิด 4) ระยะมีสิ่งที่น่าสนใจถาวร (object constancy) เกิดในช่วง 18-36 เดือน เด็กจะพัฒนาสัญลักษณ์ภายในจิตใจสำหรับบุคคลสำคัญ ซึ่งจะส่งเสริมความสามารถให้เด็กแยกจากโดยปราศจากความกลัวการถูกละทิ้งมากเกินไป

ปัญหาในการแยกจาก

กระบวนการความผูกพันและการแยกจากเป็นกระบวนการเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งผู้ที่ไม่สามารถผ่านกระบวนการนี้ได้มักเกิดกลไกการปกป้อง 4 ประการ (Heideman & Crabbe 1991 : 94-95) ดังนี้คือ 1) แยกตัว (splitting) 2) ปกป้องตนเอง (protective identification) เป็นการแสดงความโกรธผู้อื่น

และปกป้องตนเอง 3) ไม่ชื่นชมผู้อื่น (devaluation) เป็นการวิจารณ์ผู้อื่นเพื่อต่อต้านความรู้สึกไม่เพียงพอของตนเอง 4) ใช้อำนาจทุกอย่าง (omnipotence) เป็นการเพ้อฝันและสำคัญเกินจริง

ผลของการแยกจาก

ผลของการแยกจากเกิดขึ้นได้ 2 ด้าน คือ ด้านมารดา และด้านบุตร

ด้านมารดา คลอสและเคนเนล (Klaus & Kennell 1982 : 134-138) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาของโรเซนแบลตและลีห์แมน (Rosenblatt & Lehrman 1963) และไบรส์ (Brides 1975, 1977) ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยใช้หนูทดลอง ซีเกลและกรีนวาลด์ (Siegel & Greenwald 1978) ศึกษาโดยใช้สัตว์จำพวกหนู พอยดรอน และเลเนลเดร (Poindron & Le Neindre 1979, 1980) ศึกษาในสัตว์จำพวกแกะและแพะ และแซคเกตกับรัฟเพนทอล (Sackett & Ruppental 1974) ได้ศึกษาในลิง แล้วสรุปว่า การแยกทารกหรือสัตว์อายุน้อยจากแม่ในช่วงสร้างความผูกพันสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมแม่ได้ ถ้าการแยกจากเกิดขึ้นหลังคลอดไม่นานจะมีผลกระทบรุนแรงกว่า สัตว์แต่ละชนิดจะมีระยะเวลาที่สามารถทนได้เฉพาะซึ่งแตกต่างกัน ถ้าการแยกจากกินเวลานานกว่าระยะเวลาที่สามารถทนได้ ผลกระทบต่อพฤติกรรมการเป็นแม่ก็รุนแรงจะไม่คืนกลับ

ในมนุษย์นั้นการแยกทารกจากมารดาทันทีเกิดขึ้นในกรณีที่ทารกอยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย และไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ทำให้เกิดการแยกจาก 3 ด้าน (Johnson 1986 : 136-139 ; Whaley & Wong 1987 : 387) คือ

1. การแยกจากทางด้านร่างกาย (physiological separation) ทำให้มารดามีโอกาสเห็น หรือยุ่งเกี่ยวกับทารกน้อยลง
2. การแยกจากเนื่องจากเครื่องมือ (mechanical separation) การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์ของมารดากับทารก ทำให้เกิดภาวะแยกจากแม่ในขณะที่มารดาอุ้มทารกอยู่
3. การแยกจากทางด้านอารมณ์ (emotional separation) เกิดขึ้นเมื่อบิดามารดาก้าว ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกที่เจ็บป่วย

การแยกทารกจากมารดานี้ ทำให้มารดาไม่มีโอกาสได้สำรวจ หรือกอดทารก ซึ่งไม่เพียงทำให้ความผูกพันมารดาและทารกล่าช้าเท่านั้น แต่ยังทำให้มารดารู้สึกชาและมึนงง (Johnson 1986 : 136) และทำลายความสามารถในการเป็นมารดาเป็นอย่างมาก (Whaley & Wong 1987 : 387) ซึ่งมารดาแต่ละคนจะจัดการกับความวิตกกังวลจากการแยกจากต่างกัน (Benedek 1970 : 163) การตอบสนองต่อการแยกจากจะเปลี่ยนไปตามอายุ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ละก้าวตามรูปแบบกระบวนการพฤติกรรมความผูกพัน (Bowlby 1987 : 78)

จะเห็นได้ว่า ผลของการแยกจากด้านมารดานั้นอาจรุนแรงมากจนถึงขั้นทำลายความสามารถในการเป็นมารดา และเปลี่ยนพฤติกรรมการเป็นมารดาได้ ทั้ง ในมนุษย์และสัตว์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะห่างหลังคลอดที่มีการแยกจาก ระยะเวลาของการแยกจาก ระยะเวลาการแยกจากที่มารดาสามารถทนได้ อายุ และการตอบสนองต่อการแยกจากของมารดาแต่ละราย

ด้านบุตร การแยกเด็กเล็กจากมารดาเป็นประสบการณ์ความเครียดของเด็ก เนื่องจากพวกเขา ยังอ่อนแอในระยะ 2-3 ปีแรก (Moore 1964, cited in Bowlby 1987 : 257) ซึ่งโรบิลลาร์ด (Robillard 1994 : 16-17) ได้ทำการศึกษาถึงความวิตกกังวลจากการแยกจากในทารกอายุ 8 เดือนกับมารดา เปรียบเทียบกับ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปว่า ความวิตกกังวลจากการ แยกจากเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีในเด็ก และเด็กที่มีการปรับตัวที่ดีจะมีพัฒนาการด้านอารมณ์ แต่ เซอวิเวน และคณะ (Sherwen, et al. 1991 : 45) กล่าวว่า ทั้ง ความผูกพันและการแยกจากอาจจะช่วย หรือทำลายกระบวนการพัฒนาการ ซึ่งจะเกิดปัญหาขึ้นเมื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือทั้งสองสิ่งมีมากเกินไป

สปิทซ์ (Spitz 1945, cited in Pillitteri 1992 : 1033-1034) ได้ทำการศึกษาผลของการแยกจากมารดาในทารกอายุ 6 เดือน พบผลเสียทางด้านร่างกายและพัฒนาการอย่างมากมาย และเขาได้ติดตามศึกษาจนเด็ก ๆ อายุ 4 ปี แล้วสรุปว่า เด็ก ๆ เหล่านี้มีพัฒนาการช้าผิดปกติ และยังพบว่า เด็กในสถานสงเคราะห์เด็กอนาถาที่ไม่มีมารดา ซึ่งเขาดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้าและอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างดีและเหมาะสม ร้อยละ 37 ได้ถึงแก่กรรม ซึ่งเขาลงความเห็นว่า เด็กถึงแก่กรรมเนื่องจากเป็นโรคขาดมารดา หรือขาดรัก (อัมพลสุอำพัน 2530 : 64-65)

ฟรอยด์ (Freud 1968, cited in Jellinek 1978 : 431) ได้กล่าวถึงภาวะถดถอยในเด็กที่แยกจากมารดาไปอยู่โรงพยาบาลว่า เด็กอายุ 2-4 ปี จะสูญเสียการทำหน้าที่ในการควบคุม ตนเอง เช่นการควบคุม การปัสสาวะ การเคลื่อนไหว ฯลฯ

อิงลิช และเพียร์สัน (English & Pearson 1963 : 217-219) ได้ยกกรณีตัวอย่างเด็กเล็ก ที่พลัดหลงกับบิดามารดา เด็กโตที่ไปพักแรมคืนแรก และเด็กเล็กที่บิดามารดาจะออกไปทำงานหรือเดินทางไกล เด็กเหล่านี้จะมีอาการตกใจ ตัวสั่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก รู้สึกร้อนและหนาวสลับกัน คลื่นไส้และอาจมีอาเจียนร่วมด้วย ปัสสาวะรด ท้องเสีย หลับไปด้วยความ อ่อนเพลีย แต่กระสับกระส่าย ครึ่งหลับครึ่งตื่นและฝันมากแล้วไม่ยอมกินอาหาร ทั้งคู่กล่าวว่า เด็กเหล่านี้ตกใจในโลกที่ไม่คุ้นเคย สิ่งแวดล้อมแปลกไป ซึ่งเป็นความรู้สึกเดียวกับเมื่อเด็กทุกคนถูกแยกจากบุคคลที่ตนรัก

ซิลลอยส์ และคณะ (Siloye, et al. 1993 : 489-494) ได้ศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลจากการแยกจากในวัยต้นอาจนำมาซึ่งความวิตกกังวลในวัยผู้ใหญ่และทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อความวิตกกังวลและความกลัวผิดปกติในวัยหนุ่มสาว

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผลของการแยกจากด้านบุรุษนั้นมีทั้งประโยชน์และโทษ ประโยชน์คือ หากเด็กมีการแยกจากมารดาในช่วงเวลาที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวได้ดี เด็กจะมีพัฒนาการดี แต่หากเด็กมีการแยกจากมารดาไม่ว่าในช่วงเวลาที่อายุน้อยเกินไปหรือช่วงเวลาที่อายุมากขึ้นก็ตาม ถ้าเด็กไม่สามารถปรับตัวได้ การแยกจากนั้นจะส่งผลทำลายพัฒนาการของเด็กได้ตั้งแต่การมีพัฒนาการช้า มีภาวะถดถอย มีอาการทางด้านร่างกายที่แสดงถึงความวิตกกังวล จนอาจถึงแก่กรรมได้ และในรายที่รอดชีวิตอาจส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความกลัวอย่างผิดปกติในวัยหนุ่มสาวได้

2. ผลของความเจ็บป่วยของทารกต่อมารดาและครอบครัว

โคซิเออร์ และ เอิร์บ (Kozier & Erb 1988 : 339) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ ครอบครัวต้องประสบกับความยุ่งยาก เนื่องจากสมาชิกต้องละทิ้งกิจวัตรประจำวัน และใช้พลังงานไปเพื่อการปรับดุลยภาพของครอบครัว ครอบครัวมีความวิตกกังวลเพราะสมาชิกเป็นห่วงผู้ป่วย และการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย

ในบิดา มารดา การรอคอยเป็นเวลานานที่จะได้สัมผัสกับทารก คาดหวังว่าจะได้ใกล้ชิดและให้การดูแลทารกด้วยความทนุถนอม เป็นสิ่งที่บิดา มารดาทุกคนมีความรู้สึก (Lancaster in Korones & Lancaster 1981 : 356) ดังนั้นการที่ทารกคลอดก่อนกำหนด เจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด จึงเป็นการทำลายความคิดฝันเกี่ยวกับทารกที่สมบูรณ์ เป็นการสูญเสียที่เด่นชัดที่สุดชนิดหนึ่งของบิดา มารดา ปัญหาของทารกทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้บิดา มารดา รู้สึกกลัว มีความเครียดระยะยาว และมีความไม่แน่ใจ และหากไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าทารกจะมีภาวะแทรกซ้อน บิดา มารดาจะมีภาวะช็อคอย่างแรง และประสบกับความยุ่งยาก ใช้เวลา และพลังงานปริมาณมหาศาลในการปรับตัว มีความทุกข์ทรมาน และต้องเปลี่ยนแปลงการจัดการในเรื่องแผนการ เป้าหมาย ร่างกาย สังคม และการเงินเป็นอย่างมาก (May & Mahlmeister 1994 : 647)

ความเศร้าโศก เป็นการตอบสนองต่อการสูญเสีย หรือการแยกจากบุคคลสำคัญ ความเศร้าโศกนี้รวมถึงระยะเริ่มแรกของการช็อค ตามด้วยการปฏิเสธ หรือเสียขวัญอย่างรุนแรง (Panic) ซึ่งการปฏิเสธเป็นกลไกการปกป้อง พยายามที่จะถ่วงเวลาของความสูญเสีย จะทำให้ความรู้สึกถูกหักไว้ชั่วคราว เป็นการให้เวลาแก่บุคคลในการจัดสรรแหล่งประโยชน์ภายใน และค้นหาการตอบสนองที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ แต่การแสดงออกของการปฏิเสธจะเป็นไปได้ไม่นาน ในการตอบสนองต่อการสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญ

การแสดงออกทางอารมณ์มักไม่มีขอบเขต แสดงออกโดยมีความวิตกกังวลมาก ตื่นเต้น และหรือมีความคิดหลอน เมื่อการซื้อค และปฏิเสธถูกทดแทนด้วยการตระหนักในความเป็นจริง มักเกิดความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรง รู้สึกผิด ละอาย ร่วมกับหมดหวัง จะร้องไห้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอน ไม่สนใจในกิจวัตรประจำวัน และมีอาการที่สัมพันธ์กับความเครียดและความเจ็บปวด ถ้าไม่แสดงความรู้สึกเหล่านี้ออกมาอย่างเปิดเผย บุคคลจะมีความซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งมักเป็นสัญญาณว่า ต้องการการแสดงออกถึงการกลั่นความกลัวและวิตกกังวลโดยการพูดจา การเผชิญปัญหาที่ปกติ บิดา มารดาที่เศร้าโศกจะต้องแสดงออกถึงความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด และผิดหวัง และในที่สุดบิดา มารดาที่มีความเศร้าโศกก็จะเข้าสู่ระยะยอมรับ (Acceptance) และฟื้นตัว (Recovery) ความชอกช้ำจากการสูญเสียจะค่อยๆผ่านพ้นไป และความสงบจะถูกสร้างขึ้นมาอีก ระยะความเศร้าโศกนี้ เป็นระยะที่บิดา มารดาต้องให้ความพยายามอย่างมาก โดยเฉพาะบิดา มารดาที่ทารกมีความวิตกกังวลอย่างมาก หรือไม่รอดชีวิต แม้ว่าความเศร้าโศกจะเป็นความปวดร้าว แต่ก็จำเป็นต้องดำเนินไปอย่างสมบูรณ์ ความล้มเหลวต่อความเศร้าโศกจะมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าระยะยาว และมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตประสาทและพยาธิสภาพอื่นๆ (Lancaster, cited in Korones & Lancaster 1981 : 356-357)

สแตนตันน์ แมคเนลล์ และฮาร์วีย์ (Stainton, McNeil & Harvey 1992 : 116) ได้ทำการศึกษาปรากฏการณ์ระยะยาวในกลุ่มมารดาที่มีภาวะเสี่ยงก่อน หรือหลังคลอด พบว่า มารดากลุ่มนี้มีความรู้สึกไม่แน่ใจในการที่จะเป็นมารดาของทารก ความหวังในบทบาทมารดาถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกของการควบคุม การมีส่วนร่วม และความเชื่อมั่นในตนเองเสียไป และถ้าไม่แน่ใจว่าทารกจะมีชีวิตรอด บิดา มารดาอาจยึดอัดที่จะมีสัมพันธ์ภาพกับทารก อื่นๆ (Lancaster, cited in Korones & Lancaster 1981 : 356)

ปัจจัยที่ตัดสินผลของความเจ็บป่วยของสมาชิกต่อครอบครัว

ปัจจัยที่ตัดสินผลของความเจ็บป่วยของสมาชิกต่อครอบครัวมีดังนี้ (Kozier & Erb 1988 : 339 คือ

1. ลักษณะของความเจ็บป่วย ซึ่งมีตั้งแต่เจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงคุกคามชีวิต
2. ระยะของความเจ็บป่วย ซึ่งมีตั้งแต่ระยะสั้นจนถึงระยะยาว
3. ผลที่คงอยู่จากการเจ็บป่วย ซึ่งมีตั้งแต่เป็นปกติ จนถึงมีความพิการตลอดไป
4. ความหมาย และความสำคัญของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว
5. ผลกระทบทางการเงินของความเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ และความสามารถของผู้ป่วยที่จะสามารถกลับไปทำงานได้
6. ผลของความเจ็บป่วยต่อหน้าที่ครอบครัวในอนาคต เช่น อาจคงรูปแบบเดิมไว้ หรือสร้างรูปแบบครอบครัวขึ้นใหม่ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด และความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับทักษะการเผชิญ

ปัญหาของบุคคล ครอบครัวที่มีทักษะการสื่อสารที่จะสามารถวางแผนการในอนาคต และปรับตัวโดยมีความยืดหยุ่นในแผนการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยของทารกส่งผลกระทบต่อครอบครัวของทารกทั้งระบบ บิดามารดา ประสบกับความวิตกกังวล เศร้าโศก ดำเนินชีวิตด้วยความยุ่งยาก ไม่แน่ใจในตนเอง และบทบาทของตน ไม่กล้าสร้างสัมพันธภาพกับทารก และบิดามารดาเหล่านี้ยังมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตประสาทด้วย ความรุนแรงของผลกระทบของความเจ็บป่วยของสมาชิกต่อครอบครัวขึ้นอยู่กับความรุนแรง ระยะเวลา ผลที่คงอยู่จากการเจ็บป่วย ความหมายและความสำคัญของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว ผลกระทบทางการเงินและหน้าที่ครอบครัวในอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการกับความเครียด และความเจ็บป่วยของบุคคลด้วย

3. ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลและความหมาย

ได้มีการให้คำจำกัดความของความวิตกกังวล (Anxiety) ในหลายแง่มุม โดยนักการศึกษาหลายท่าน เช่น

เพอร์เลย์ (Perley, in Roy 1984 : 353) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความเจ็บปวดไม่สบายใจ อันเนื่องมาจากอันตรายที่ใกล้เข้ามา หรือการคุกคามที่คาดการณ์ล่วงหน้า

แรมโบ (Rambo 1984 : 80,82) กล่าวว่า ความวิตกกังวลคือ ปฏิกริยาที่บุคคลมีต่ออันตราย หรือการคุกคามที่มีอยู่จริง หรือในความคิดที่นำไปสู่ความเครียดของจิตใจ กลัว หรือหวาดหวั่น และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ และเป็นสิ่งที่เกิดจากความเครียด เป็นการเผชิญปัญหาในด้านอัตมโนทัศน์ของบุคคล

โคซิเออร์ และ เอิร์บ (Kozier & Erb 1988 : 485) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นปฏิกริยาโดยปกติต่อความเครียด เป็นภาวะไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัว สิ้นหวัง หรือรู้สึกหม่นหมองต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งที่จะเกิดหรือคาดว่าจะเกิด ซึ่งจะคุกคามตนเอง หรือสัมพันธภาพที่มีความหมายต่อตน ความวิตกกังวล เกิดได้ในระดับจิตสำนึก ได้จิตสำนึกหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้

โดยสรุปความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะไม่สบายใจที่เกิดขึ้นโดยบุคคลรู้สึกตัว หรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ เกิดเนื่องจากปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดที่มีสาเหตุจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นที่จะเป็นอันตราย หรือคุกคามบุคคล หรือสัมพันธภาพที่มีความหมายของบุคคล

สาเหตุของความวิตกกังวล

แรมโบ (Rambo 1984 : 83) กล่าวว่า ตั้งแต่บุคคลเป็นทารกจนเติบโต และพัฒนาความรู้สึก เขาเห็นตนเองในความหมายของผู้ที่ได้รับในสิ่งที่ต้องการ มีประโยชน์ และสามารถสืบเชื้อสาย สื่อสารกับผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งในสังคม สร้างสัมพันธภาพที่มีความหมาย และประสบความสำเร็จในเป้าหมายของตน ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่มีท่าทีจะคุกคามภาพลักษณ์ของการเป็นบุคคลที่มีความสามารถที่สามารถควบคุม และจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของตนเองได้ของเขา

สิ่งเร้าใดที่สร้างความวิตกกังวลในบุคคลหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องเป็นสาเหตุให้มีการตอบสนองอย่างเดียวกัน หรือปริมาณเท่ากันของความวิตกกังวลในอีกบุคคลหนึ่ง ไม่ว่าสิ่งเร้านั้นจะถูกรับรู้ว่าเป็นการคุกคามหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความผูกพันที่แต่ละบุคคลมีกับสิ่งนั้น บุคคลต้องมีความสามารถด้านจิตใจ และมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเพียงพอที่จะสร้างแนวคิดของ "อันตราย" ของ "ตน" (Self) ทารกและเด็กเล็กๆก็อยู่ภายใต้ความเครียดหลายชนิด แต่พวกเขาอาจไม่มีประสบการณ์ความวิตกกังวล จนกระทั่งโตพอที่จะตระหนักว่าบางสิ่งเป็นการคุกคาม และมีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ขึ้นต้น

เพอร์เลย์ (Perley, cited in Roy 1984 : 354) กล่าวว่า สิ่งใดก็ตามที่คุกคามความมั่นคงแห่งตน (Self-Cosistency) เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล เนื่องจากความมั่นคงแห่งตน คือการสืบเนื่องของ "ตน" นั่นคือความสัมพันธ์ระหว่าง "ตน" ที่เป็น "ฉัน" ในวันนี้ และ "ตน" ที่เป็น "ฉัน" ในวันพรุ่งนี้ นอกจากนี้ความไม่รู้สถานการณ์ที่ขัดแย้ง สับสน หรือเครียดที่คุกคามความปลอดภัยทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล (Rambo 1988 : 486-487) เช่น การเจ็บป่วยด้านร่างกายและอารมณ์ ความล้มเหลว การถูกปฏิเสธ การสูญเสียทางการเงิน การล้มเหลวที่จะทำสิ่งใดตามวัน เวลาที่กำหนด การค้นพบความลับ และความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นต้น

ระดับความวิตกกังวล

โคซีย์เออร์ และเอิร์บ (Kozier & Erb 1988 : 486) จัดระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับคือ

วิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) มีภาวะเรื้อรังเล็กน้อย ส่งเสริมการเรียนรู้ และสร้างความสามารถ บุคคลที่มีสุขภาพดีส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเล็กน้อย อาจเป็นความรู้สึกกระวนกระวายที่ทำให้บุคคลแสวงหาข้อมูล หรือตั้งคำถามทันที

วิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) มีภาวะเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น บุคคลแสดงความรู้สึกของความเครียด วิตกกังวล หรือหวั่นไหว ความสามารถในการรับรู้ต่ำ เน้นความสนใจที่แง่มุมเดียวของสถานการณ์ ปกติบุคคลจะมีอาการกล้ำเนื้อตึง การหายใจและชีพจรเพิ่มขึ้น

วิตกกังวลรุนแรง (severe anxiety) บุคคลจะใช้พลังงานส่วนใหญ่ไปกับความวิตกกังวลระดับนี้ ต้องการการดูแลรักษา เนื่องจากการรับรู้จะลดลง บุคคลไม่สามารถสนใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆคืออะไร สนใจ แต่เฉพาะรายละเอียดของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการเรียนรู้เสียไป จะทำตามคำสั่งง่ายๆเท่านั้น มีสัญญาณทางกายเพิ่มขึ้น เช่น ชีต ผิวและมีขึ้นเหงื่อ หายใจเร็ว และมีอาการเกร็ง

วิตกกังวลที่สุด (panic) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะใช้พลังงานมากจนเกินไป ระดับการตกใจของความวิตกกังวลนี้เป็นสาเหตุให้บุคคลสูญเสียการควบคุม การรับรู้ต่อเหตุการณ์อาจบิดเบือนไป ความสามารถในการเรียนรู้ขาดหายไป เนื่องจากมีความจดจ่อ และความกลัว อาจมีอาการทางร่างกายถึงพูดไม่ออก และไม่เคลื่อนไหว ความวิตกกังวลในระดับนี้พบได้น้อยกว่าระดับอื่นๆ

ภาวะทางจิตที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล

เพอร์เลย์ (Perley 1984, cited in Kozier & Erb 1988 : 497) ได้แยกภาวะทางจิตที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล 3 ประเภทคือ

ความรู้สึกหมดหนทาง (Sense of Helplessness) เช่น บุคคลที่เส้นเลือดในสมองแตก และไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดั้งเดิม

ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Sense of Isolation) เช่น บุคคลที่เชื่อว่า ไม่มีใครเข้าใจว่าคนที่เจ็บป่วยจริงๆมีความรู้สึกอย่างไร หรือวัยรุ่นที่กลัวการปฏิเสธเนื่องจากการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้สึกไม่ปลอดภัย (Sense of Insecurity) เช่น บุคคลที่ต้องผ่าตัดและพิจารณา รู้สึกว่าตนไม่มีความน่าสนใจทางเพศอีกต่อไปต่อคู่ของตน หรือผู้ที่กังวลเกี่ยวกับรายได้ หรือการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล

พฤติกรรมความวิตกกังวลมี 2 ชนิด (Perley 1984 : 355-362) คือ การตอบสนองภายใน (internal responses) และการตอบสนองภายนอก (External responses)

1. การตอบสนองภายใน (internal responses) พฤติกรรมความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองต่อการคุกคาม "ตน" แต่ก่อนที่การตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะปรากฏความรุนแรง ระบบประสาทจะถูกกระตุ้นโดยอัตโนมัติ มีผลให้เกิดการตอบสนองด้านร่างกายส่วนหนึ่ง ซึ่งผลโดยรวมของการถูกกระตุ้นนี้ก็คือ เพื่อเตรียมร่างกายให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินโดยการต่อสู้ หรือหนี หน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายจะถูกเลือกให้ทำงานเพื่อให้บุคคลตอบสนองต่อการคุกคามที่รับรู้ด้วยพลังมหาดาล และมีพฤติกรรมทางจิตใจอย่างเต็มที่ ปฏิกริยาในร่างกายในการตอบสนองต่อความวิตกกังวลคือ

1.1 สมอกรับรู้การคุกคาม และสื่อสารไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ และส่งต่อไปยังสมอกรส่วน
ขดรีนอล (Adrenal Medulla)

1.2 สมอกรส่วนขดรีนอลหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) มีผลให้เกิดการหายใจลึก อัตรา
เต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเร่งกลไกการใช้
น้ำตาลในกระแสเลือด (Glycogenolysis) และห้ามอินซูลิน (Insulin) จากตับอ่อน

1.3 สมอกรส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) มีอิทธิพลโดยกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary
glands) ซึ่งมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic Hormone) และ
ลดการหลั่งโกนาโดโทรปินส์ (Gonadotropins)

1.4 ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary glands) หลั่งฮอร์โมนอดรีโนคอร์ติโคโทรปิกเพิ่มขึ้น กระตุ้น
สมอกรส่วนขดรีนอล (Adrenal Cortex) ให้ผลิตคอร์ติซอล (Cortisol) เร่งการผลิตน้ำตาล (Glucose)
กลับมา

1.5 โลกิตถูกแบ่งออกจากระบบที่สำคัญน้อยกว่า เช่น ระบบการย่อย ไปเลี้ยงระบบที่สำคัญ
มากกว่า เช่น สมอกร กระจกและกล้ามเนื้อ

1.6 การหดเกร็งของตับอ่อน และปล่อยสารหล่อเลี้ยงเม็ดเลือดแดง

1.7 เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ผิวซีดเย็น เหงื่อออก ริมฝีปากแห้ง ม่านตาขยาย ความ
อยากอาหารลดลง การขับถ่ายเพิ่มขึ้น และกระบวนการคิดได้รับการส่งเสริม เป็นผลให้ความสามารถ
ในการสังเกตเพิ่มขึ้นโดยเน้นจุดสนใจและการเรียนรู้

2. การตอบสนองภายนอก (External Responses)

ดังได้กล่าวแล้วว่า พฤติกรรมความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองการคุกคามต่อ "ตน" (Self) ในที่สุด
บุคคลจะแสดงชนิดของพฤติกรรมในการพยายามที่จะเผชิญกับการคุกคาม พฤติกรรมที่บุคคลแสดงนั้น
บุคคลอาจเลือกแสดงหนึ่งหรือสองแนวทางคือ

บุคคลอาจตอบสนองต่อการคุกคามโดยการเผชิญตามปกติ คือ การปรับตัวได้ดี หรือไม่ประสิทธิภาพ
ในการปรับตัว (Adaptive or Ineffectively)

บุคคลอาจตอบสนองต่อการคุกคามโดยการถอนตัวจากสถานการณ์ที่รบกวน โดยเคลื่อนย้ายตนเอง
(Removing Oneself) ด้านร่างกาย หรือจิตใจ

การตอบสนองด้านอัตมโนทัศน์

พฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวลอาจมีทั้งการตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม แต่เนื่องจาก
การศึกษาค้นคว้านี้เน้นศึกษาในเรื่องอัตมโนทัศน์ของผู้ที่มีความวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงขอเสนอการตอบสนองด้าน
อัตมโนทัศน์ของผู้ที่มีความวิตกกังวลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Perley in Roy 1984 : 359-361) ดังนี้

1. อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self)

1.1 ความรู้สึกด้านร่างกาย (Body Sensation) มีปัญหาทางเพศ ขาดความสามารถ หรือมีความสามารถในการปฏิบัติให้ถึงความพอใจสูงสุดทางเพศน้อย ซึ่งมักมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกวิตกกังวล ทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางเพศอย่างไม่เต็มที่ หรือไม่พอใจ อาจมีการหลั่งเร็วในเพศชาย ซาเย็นและเจ็บป่วยขณะมีเพศสัมพันธ์ในเพศหญิง

1.2 รังเกียจร่างกายตนเอง (Disgust with Body) บุคคลที่มีภาวะเครียดอาจแสดงความรู้สึกเกียจในรูปลักษณะ หรือการทำหน้าที่ของร่างกายของตน เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่เพื่อขับถ่ายทางหน้าท้อง

2. อึดมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self)

2.1 โกรธ (Anger) ความโกรธเป็นกลไกในการเผชิญกับความเครียด เนื่องจากความวิตกกังวล บุคคลบางคนอาจใช้วิธีนี้โดยตรง เช่น ฉุนโกรธและไม่อยากเห็นเธออีก หรือบางคนอาจใช้ความโกรธเพื่อซ่อนเร้นความรู้สึกโดยอ้อม เพราะกลัวถูกบังคับให้แสดงความรู้สึก ซึ่งความโกรธไม่ใช่วิธีที่ไม่ดีเสมอไป หากมีความโกรธระดับเล็กน้อยจะกระตุ้นให้บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า

2.2 ปฏิเสธ (Denial) บุคคลที่กระวนกระวายในการเผชิญกับสิ่งเร้าของความเครียดบางคนจะใช้วิธีการหนี จนกระทั่งระดับความวิตกกังวลลดลงถึงจุดที่สามารถอยู่ได้กับความจริง บุคคลจึงถอนตัวออกจากความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ บางครั้งการปฏิเสธก็สามารถทำให้รอดจากสิ่งเร้าได้

2.3 แสร้งยินดี (Pseudo-Cheerfulness) บุคคลที่หัวเราะ และทำตลกขณะสนทนาถึงความเครียด อาจเนื่องจากบุคคลนั้นใช้วิธีการปฏิเสธเป็นกลไกการเผชิญสิ่งเร้า ในกรณีนี้บุคคลอาจพยายามปกปิดความรู้สึกปวดร้าวที่แท้จริงของสถานการณ์

2.4 ใช้เหตุผล (Intellectualism) บุคคลพยายามที่จะเผชิญกับความเครียดโดยย้ายอารมณ์ ความเจ็บปวดจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยพูดคุยถึงความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น แต่เมื่อถามถึงความรู้สึกและปัญหาในขณะนั้นผู้ป่วยอาจไม่สะดวกใจและพยายามเปลี่ยนหัวข้อสนทนา

2.5 ร้องไห้ (Crying) การร้องไห้มักสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ยกเว้นการร้องไห้ด้วยความสุข ปกติเป็นเครื่องแสดงถึงภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ หรือความทุกข์โศกของบุคคล การตอบสนองโดยวิธีร้องไห้จะมีผลดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่บุคคลใช้โดยลำดับของการร้องไห้ในการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Response) พฤติกรรมร้องไห้จะช่วยกำจัดความสับสนที่สัมพันธ์กับสิ่งเร้า ความเครียด ดังนั้นจะทำให้บุคคลดำเนินการสร้างพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ส่วนการร้องไห้ที่ไม่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะนิ่ง และไม่สามารรถแก้ปัญหาความเครียดได้

2.6 รู้สึกผิด (Guilt) เป็นสิ่งไม่ปกติในการตอบสนองความวิตกกังวลสำหรับบุคคลที่รู้สึกว่าเป็นสาเหตุของความไม่สมหวังและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

2.7 ความกดดัน (Depression) เป็นความรู้สึกรุนแรงของความโกรธ เศร้า หรือห่อเหี่ยว ซึ่งมักมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลของมารดาที่ทารกเจ็บป่วย

โทมัส อริซเมนดี ไดแอน และ อัฟฟอนโซ (Thomas, Arizmendi, Dyanne & Affonso 1987) ได้รายงานผลการศึกษาเหตุการณ์ความเครียดที่สัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด ว่า สิ่งเร้าความเครียดที่รุนแรงที่สุดและพบบ่อยที่สุดทั้งในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดคือ ส่วนที่เกี่ยวกับความผาสุกของทารก เมอร์เซอร์ (Mercer 1977, cited in Gennaro 1988 : 82) เชื่อว่า มารดาของทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาของทารกที่คลอดครบกำหนด เพราะมีการปรับตัวต่อทารกยากกว่าเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะวิกฤติ ซึ่งทั้งบิดา และมารดาจะมีความยากลำบากในการดำเนินพัฒนาการการมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว ซึ่งตรงกับ แคปแพลน และ เมสัน (Kaplan & Mason 1960, cited in Gennaro 1988 : 82) ที่อธิบายว่า การเกิดก่อนกำหนดของทารกเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่รุนแรงของมารดา โดยทั้งสองท่านได้อ้างว่ามีการศึกษาที่สนับสนุนความคิดนี้รายงานว่า บิดา มารดาของทารกที่อยู่ในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด (NICU) มีระดับความวิตกกังวลสูง และประสบกับความยุ่งยากทางอารมณ์ เป็นเหตุให้มีการใช้ยาแก้ลมประสาทเพิ่มขึ้น จนถึงต้องอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ซอย (Choi 1973, cited in Gennaro 1988 : 82) และ เจนนาโร (Gennaro 1988 : 82-85) ศึกษาพบว่า มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด มีระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงกว่ามารดาของทารกที่คลอดครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ และมารดาของทารกที่เจ็บป่วยมากมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาของทารกที่มีคามเจ็บป่วยน้อยกว่า (Blumberg 1980, cited in Gennaro 1988 : 82) สอดคล้องกับการศึกษาของเจฟฟ์โคเอท ฮัมเฟร และ แอลลอยด์ (Jeffcoate, Humphrey & Lloyd 1979, cited in Gennaro 1988 : 82) ที่พบว่า บิดา มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลสูงกว่าบิดา มารดา ของทารกคลอดครบกำหนดเมื่ออายุ 1 ปี

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยของทารกเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของบิดา ซึ่งความวิตกกังวลของบิดา มารดาจะรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ถึงระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุตรด้วย

4. การสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันในหลายแง่มุมตามการศึกษาของแต่ละท่าน เช่น

คอบบ (Cobb 1976 in Kenneth 1989 : 114 ใน จริยวัฒน์ คมพัยค์ 2531 : 97) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมตามกติกาของเครือข่ายนั้นๆ

คาน และแอนโทนุชชี (Kahn & Antonucci 1981 cited in Brown 1986 : 4-5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการประสานสัมพันธ์กันในเรื่องใดสิ่งหนึ่ง หรือมากกว่าของการแสดงออกที่ส่งผลในทางบวกของบุคคลต่อผู้อื่น เห็นพ้องหรือรับรองพฤติกรรม รับรู้หรือแสดงออกถึงการมองบุคคลอื่น แสดงสัญญาณ การช่วยเหลือหรือให้สิ่งของแก่ผู้อื่น

ธอย (Thoits อ้างใน จริยวัฒน์ คมพัยค์ 2531 : 97) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ปิลิสุก (Pilisuk อ้างใน จริยวัฒน์ คมพัยค์ 2531 : 97) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มด้วย นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถปกป้องบุคคลจากภาวะวิกฤติและการคุกคามของความเจ็บป่วย ลดการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

บราวน์ (Brown อ้างใน จริยวัฒน์ คมพัยค์ 2531 : 98) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยหลายมิติ ที่สำคัญคือ ต้องประกอบด้วยแหล่งสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุน และจำนวนครั้งของการสนับสนุน และบราวน์ มีความเห็นสอดคล้องกับฮิปบาร์ด (Hippard) และนอร์เบค (Norbeck) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีศักยภาพในการลดตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ป้องกันการเกิดโรค และเพิ่มการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลทุกคน

มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคม

มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมได้พัฒนามาจากพื้นฐานทฤษฎีทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ (Tilden อ้างใน จริยวัฒน์ คมพัยค์ 2531 : 98-99)

แมคคอลลิสเตอร์ และฟิชเชอร์ (McCollister & Fischer 1978) ได้นำทฤษฎี "การแลกเปลี่ยนของสังคม" มาเป็นพื้นฐาน โดยพิจารณาถึงกระบวนการพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลสองคนที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติของบุคคลหนึ่งจะเกิดผลลัพธ์ต่ออีกบุคคลหนึ่ง

มิทเชลล์ (Mitchell 1979) ได้พัฒนามโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมจากทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ โดยเน้นสัมพันธภาพของสังคมว่า ประกอบด้วยเนื้อหา ทิศทาง ระยะเวลา ความหนาแน่น และความถี่ ซึ่ง "เนื้อหา" หมายถึง ลักษณะของสัมพันธภาพ "ระยะเวลา" หมายถึง ระยะเวลาที่สัมพันธภาพนั้นมีอยู่ "ความหนาแน่น" หมายถึง ความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพ "ความถี่" หมายถึง จำนวนครั้งและความถี่ห่างของสัมพันธภาพ

คาห์น และแอนโทนิucci (Kahn & Antonucci 1980) ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ และทฤษฎีบทบาท เป็นพื้นฐานของมโนทัศน์ โดยเน้นที่สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และได้อธิบายถึงการแลกเปลี่ยนบทบาทที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตของบุคคล

แมคเอลวิน โฮห์น และอายริส (MacElveen, Hoehn & Eyres 1982) ได้พัฒนาทฤษฎีความเครียด พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด และการปรับตัวจากลาซารัส โดยเน้นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดได้ดี

อิสเรล (Isreal) และ แมคเอลวิน (MacElveen) (อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 99) กล่าวถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับทฤษฎีเครือข่ายสังคม โดยเน้นว่า เครือข่ายสังคมมีองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ ลักษณะทางโครงสร้าง ลักษณะทางปฏิสัมพันธ์ และลักษณะทางหน้าที่ "ลักษณะทางโครงสร้าง" คือ จำนวนสมาชิกที่แสดงถึงขนาดของเครือข่าย "ลักษณะทางปฏิสัมพันธ์" คือ ชนิดของความสัมพันธ์ในเครือข่าย ความเหนียวแน่น และความมั่นคงระหว่างสมาชิก "ลักษณะทางหน้าที่" คือ ชนิดของการสนับสนุน จึงอาจกล่าวได้ว่า มโนทัศน์ของการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากโครงสร้างสัมพันธภาพและบทบาทหน้าที่ของกลุ่มในสังคมนั้นเอง

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

โดยทั่วไปกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 99-100) คือ

- 1) กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
- 2) กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆในระบบของการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบ คือ
 - 2.1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว และญาติพี่น้อง
 - 2.2) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน
 - 2.3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ
 - 2.4) ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ
 - 2.5) ระบบกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ

บราวน์ และ แมคเอลวิน มีความเห็นสอดคล้องกันว่า "ครอบครัว" เป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆจะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล และนอร์เบค (Norbeck) ได้เสนอให้ใช้การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง

ในทำนองเดียวกัน เคนเนท (Kenneth in Grills, Highley, Roberts & Martinson 1989) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และสรุปว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีประโยชน์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ และ ทิลเดน ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่าง (House 1981 cited in Brown 1986 : 5, Tilden 1985, Isrel & Brown 1986 อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 100) คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านกรยกย่อง ให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย จริงใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และรับฟัง

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับผู้ร่วมสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำ ทิศทาง ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านการเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss 1967, 1974 cited in Weiner 1987 อ้างใน ศิริวรรณ มั่นสุข 2539 : 24) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้านคือ

1. ความผูกพันใกล้ชิดซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง
2. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล ความห่วงใยซึ่งกันและกัน
3. การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือผู้อื่น
4. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตัวเอง
5. การรับรู้ถึงความเชื่อถือ ไว้วางใจบุคคลอื่น ทำให้บุคคลแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
6. การได้รับคำชี้แนะจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้รับความดูแลเอาใจใส่

ระดับการสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 101) แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ และการดำเนินวิถีชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างลุ่มลึก เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาดจำนวนและความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุนได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

มีการศึกษาจำนวนมากยืนยันว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และการตาย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 96) ทั้งนี้แหล่งประโยชน์ของการสนับสนุนที่แตกต่างกันมีประโยชน์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (Kenneth in Gilliss, Highley, Roberts & Martinson 1989 : 121) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางกันผลของความเครียด เมื่อชนิดของการสนับสนุนจับคู่เหมาะสมกับความต้องการที่เกิดจากความเครียดของบุคคลขณะนั้นเท่านั้น (Cohen & McKay 1984 cited in Cohen & Syme 1985 : 13) ทั้งนี้ เฮนตินน และนอร์เบค (Hentinen & Norbeck) มีความเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอยู่ตลอดเวลาในกระบวนการพยาบาล และเสนอแนะให้ใช้การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้ง เพนเดอร์ (Pender) ได้เน้นว่า พยาบาลจะต้องรับผิดชอบต่อการช่วยให้ผู้รับบริการทุกคนคงได้ และส่งเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงเครือข่ายสังคมของเขา เนื่องจากเครือข่ายนี้จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 : 101)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจะมีประสิทธิภาพในแง่ส่งเสริมสุขภาพเมื่อชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเหมาะสมกับความต้องการของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ

5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงและให้ความหมายของคำว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ตามแนวคิดหรือประเด็นที่แต่ละท่านศึกษา เช่น สจิวต์ และซันดีน (Stuart & Sundeen 1987 : 399) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเองของบุคคล โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมของเขาว่าตรงกับ ตนเองในอุดมคติหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ความดีของความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คูเปอร์สมิท (Coopersmith 1967 : 4-5) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกับการประเมินสิ่งที่บุคคลกระทำ การรักษานับรวมนิยมของบุคคล เป็นการแสดงออกถึง ทักษะคติที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และบ่งชี้ถึงความเชื่อของบุคคล ซึ่งจะมีผลถึงความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและความมีคุณค่า

เจมส์ (James 1980, cited in Coopersmith 1967 : 29, 62) กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในความหมายของการพิจารณาความเพียงพอของตนเองของบุคคลในลักษณะที่เป็นบุคคลที่มีคุณค่า ไม่ใช่คิดว่าตนเองเหนือผู้อื่น ซึ่งเขียนเป็นสูตรได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับความสำเร็จหารด้วยการกระทำ

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 30) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็คือทัศนคติในทางบวกหรือลบต่อตนเอง

รูบิน (Rubin 1967, cited in Beare & Myer 1994 : 406) กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลที่จะทำให้ตนเองทำหน้าที่เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตน ซึ่งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จะต้องควบคุม ถ้าสูญเสียหรือเบี่ยงเบนจะทำให้บุคคลสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองโดยกรม

แอนดรูส์ (Andrews 1991 : 271-272) ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการรับรู้ความมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์

แม็คฟาลแลนด์ และโทมัส (McFarland & Thomas 1991 : 410) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นผลของกระบวนการประเมินตนเองด้วยส่วนประกอบของการรับรู้ถึงการยอมรับความรัก และความพอใจของผู้ใกล้ชิด ผลของการประเมินมีอิทธิพลต่อพัฒนาการอัตมโนทัศน์ของเด็กและผู้ใหญ่ ส่วนประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรวมถึงความคาดหวังของสังคมและการรับรู้ความสามารถของบุคคล

ทัศนาศา บุญทอง (2535 : 926) กล่าวถึงการประเมินตนเองในด้านความรู้สึกมีคุณค่าว่า เป็นการประเมินถึงความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งประเมินได้จากการเปรียบเทียบความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในปัจจุบันกับคุณค่าที่ตนปรารถนา

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นผลของการประเมิน ดัดสิน หรือ รับรู้ความมีคุณค่าของตนเองของบุคคล โดยยึดถือความคาดหวังของสังคมและตนเองเป็นเกณฑ์ ซึ่งบ่งถึงทัศนคติและความเชื่อของบุคคล ทั้งนี้ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่จำเป็นต้องรู้สึกว่าตนเองเหนือผู้อื่น

ที่มาและพัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากแหล่งกำเนิด 2 แหล่ง คือ ตนเองและผู้อื่น เป็นการทำหน้าที่ของการเป็นที่รักและการได้รับการยอมรับของบุคคลอื่นในเบื้องต้น จุดกำเนิดของความรู้สึกนี้สามารถสืบได้จากวัยเด็ก ซึ่งจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับการยกย่อง และความนับถือ (Stuart & Sundeen 1987 : 399)

คูเปอร์สมิท (Coopersmith 1967 : 20-23) กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในฐานะที่เป็นแนวคิดเกี่ยวกับ "ตน" (self) ของบุคคล ซึ่งจะพัฒนาขึ้นในช่วงขวบปีแรก ๆ ของชีวิต โดยเด็กจะพัฒนาแนวคิดที่เป็นส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของเขา ปฏิกริยาที่ผู้อื่นมีต่อเขาและเป้าหมายที่เขาได้รับก็จะมีจุดอ้างอิงอยู่ แต่เนื่องจากเด็กมีประสบการณ์น้อยและความคิดรวบยอดจำกัด เขามีเป้าหมายสูงและสนใจร่างกายเฉพาะส่วน เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น เขาก็จะมีความคิดรวบยอดที่เป็นเป้าหมายที่จะอ้างอิงเมื่อพิจารณาการกระทำของตนเอง และปฏิกริยาที่ผู้อื่นมีต่อเขามากขึ้น รอบรู้การแก้ปัญหาพัฒนาการและมีความสามารถในการจัดการกับประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็จะมีทางเลือกว่า ประสบการณ์ใดจะเป็นสิ่งอ้างอิงของตน (self-referring) "ตน" (self) คือ เป้าหมายที่บุคคลต้องการให้ตนเองเป็น ซึ่งความคิดเกี่ยวกับ "ตน" นี้ เป็นความคิดที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่มักมีความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในตนเอง นอกจากนี้แนวคิดเกี่ยวกับ "ตน" มีหลายมิติ ซึ่งมิติที่ต่างกันจะมีผลต่อความหลากหลายของประสบการณ์ คุณลักษณะประจำตัว กระบวนการความคิดรวบยอดและทัศนคติที่บุคคลมีสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของบุคคล

คุณค่าตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นพร้อมอายุ (Stuart & Sundeen 1987 : 399) แต่จะถูกทำลายด้วยอุบัติเหตุและวิกฤตการณ์ในระดับวันต่อวัน และการสะท้อนถึงระดับคุณค่าของบุคคลในปัจจุบันจะกลายเป็นปัจจัยสิ่งเร้าร่วม หรือสิ่งเร้าแฝงในการพัฒนาระดับความมีคุณค่าใหม่ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับทุกแง่มุมของอัตมโนทัศน์ทุกด้าน (Beare & Myer 1994 : 406 ; Drieveer 1984 : 395, 398)

ความสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนประกอบของทุกความรู้สึก และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล บุคคลทุกคนต้องการเห็นตนเองมีคุณค่าในความคิดของตน ซึ่งความรู้สึกนี้ทำให้มนุษย์แสวงหาและจัดการกับสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลเห็นตนมีคุณค่าต่ำ เขามักจะรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมในทางลบและคุกคาม ความสามารถที่จะรับรู้สิ่งเร้าและการจัดการกับมันจะถูกขัดขวาง ดังนั้นเขาจะมีความบกพร่องในความสามารถที่จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นถ้าเขามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงและมีความรู้สึกปลอดภัย (Driever 1984 : 395) บุคคลเหล่านี้จะมีความสุขมากกว่าและมีประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของสิ่งแวดล้อมมากกว่า (Coopersmith 1967 :19)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่แทรกอยู่ในทุกส่วนประกอบของอัตมโนทัศน์ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ภายในมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Andrews 1991 : 271-272) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพการพึ่งพาอาศัยกัน (Tedrow 1991 : 396)

ความรู้สึก "ไม่มีค่า" เป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยทางบุคลิกภาพ (Horney 1950; From 1947, cited in Rosenberg 1989 : 22) บุคคลที่มีความสงสัยในความสามารถไม่เพียงพอของตน ไม่สามารถจะให้หรือรับความรักได้ กล่าวว่าคุณสมบัติจะเปิดเผยความไม่เพียงพอของตน และเป็นเหตุให้ตนถูกปฏิเสธ ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงความใกล้ชิด (Roger & Dymons 1954, cited in Coopersmith 1967 : 3) โรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 19-20) ได้ศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความซึมเศร้า (depression) ในกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญ และกองทัพสหรัฐอเมริกาได้ศึกษากลุ่มทหารของกองทัพในระบะสงครามโลกครั้งที่ 2 พบว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (Rosenberg 1989 : 22-24)

สจิวตและซันดีน (Stuart & Sundeen 1987 : 408-411) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัญหาหลักของหลาย ๆ คน แสดงออกโดยมีความรู้สึกวิตกกังวล และประเมินตนเองในทางลบ ซึ่งจะสัมพันธ์กับความรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ หมดหวัง ตกใจ ไม่มั่นคง บอบบาง ไร้ความสามารถ ไม่มีค่าและไม่เพียงพอ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนี้บ่งชี้ถึงการปฏิเสธและเกลียด ตัวเอง ซึ่งอาจรู้สึกหรือไม่รู้สึกรู้ตัว และอาจแสดงออกในทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คือ กล่าวโทษตนเอง และ/หรือผู้อื่น ผลงานน้อยลง ทำลายผู้อื่น มีความรู้สึกที่ตนสำคัญเกินจริง รู้สึกไม่เพียงพอ เคืองหรือโกรธเกินจริง (ไม่ระงับ) มีความรู้สึกในทางลบเกี่ยวกับร่างกาย มองชีวิตในแง่ร้าย บ่นถึงความเจ็บป่วย ปฏิเสธความสามารถของตนเอง ดูถูกตนเอง แยกตัว ใช้ชีวิตต่าง ๆ ในทางที่ผิด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พบ

ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Adams, et al. 1994) และเป็นตัวทำนายความพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปลายได้ (Lewinsohn, et al. 1983)

ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึง เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ และการพึ่งพาอาศัยกันของบุคคล ผู้ที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถปรับตัวได้ดี และมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งจะมีความยากลำบากในการปรับตัว ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ในผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ กันของนักการศึกษาหลาย ๆ ท่านพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีดังนี้

- ปัจจัยด้านบิดา-มารดา เช่น ระดับการศึกษาและอาชีพของบิดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื้อชาติของมารดา การมีประวัติซึมเศร้าของมารดา มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของเด็ก (Goodman, et al. 1994 : 1265 ; Lavender 1988 ; McFarland & Thomas 1991 : 410 ; Rosenberg 1989 : 32-39)
- ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูด้วยความรัก ยอมรับ ลักษณะการปกครองและการลงโทษ ความอบอุ่นร่วมกับการฝึกวินัยให้เด็ก บิดามารดามีความคาดหวังในตัวเด็ก ความ สนใจในตัวเด็ก ความใกล้ชิดและความสัมพันธ์กับเด็กมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็ก (Baumrind 1968; Coopersmith 1967, cited in Hamachek 1971 : 165-166 ; Coopersmith 1967 : 181 ; Field, et al. 1995 : 133 ; Lavender 1988 ; Rosenberg 1989 : 52, 127-146)
- ลำดับการเกิด เพศและจำนวนพี่น้อง โรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 108-126) ได้ทำการศึกษาพบว่า ลำดับการเกิด เพศของเด็ก เพศของพี่น้องและจำนวนพี่น้องมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็ก
- ปัญหาครอบครัว จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 85-105) พบว่า ปัญหาของครอบครัวของเด็ก เช่น บิดา-มารดาหย่าหรือแยกกัน บิดา-มารดาแต่งงานใหม่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็ก
- ปัจจัยด้านสังคม เช่น การอาศัยอยู่ในกลุ่มเพื่อนบ้านที่มีความเชื่อหรือนับถือศาสนาต่างกัน ระดับชนชั้นต่างกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการมีความหวัง มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Foote, et al. 1990 ; McLoyd, et al. 1994 : 562 ; Rosenberg 1989 : 53-69)

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีหลายระดับ คือ ระดับสูงมาก ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต่ำ ระดับต่ำมาก ซึ่งโรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 25-31) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (high self-esteem) และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ไว้ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีความหมาย 2 อย่างคือ 1) บุคคลคิดว่าเขา "ดีมาก" คือ บุคคลอาจพิจารณาว่า เขาเหนือกว่าคนส่วนมาก แต่รู้สึกไม่เพียงพอในความหมายของมาตรฐานที่เขาตั้งไว้สำหรับตนเอง และ 2) บุคคลคิดว่าเขา "ดีพอ" คือ บุคคลรู้สึกว่า เขาเป็นบุคคลที่มีค่า ยอมรับตนเองอย่างที่เขาเป็น ไม่คิดว่าตนเองเหนือกว่าผู้อื่น เป็นบุคคลที่รู้ว่าตนเองเป็นอย่างไร ทราบข้อดี ข้อบกพร่องและยอมรับได้โดยปราศจากความเสียใจ ตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเองและมีความคาดหวังว่าจะเติบโตและดีขึ้น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หมายถึง การปฏิเสธตนเอง ไม่ชอบ ดูถูกตนเอง ไม่ยอมรับในสิ่งที่ตนเองคิดเห็น ไม่สามารถยอมรับภาพของตนในจินตนาการได้ ปรารถนาจะให้ภาพนั้นเป็นอย่างอื่น

ในทางการแพทย์ บัค (Buck 1991 : 323-324) เชื่อว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นการปรับตัวที่มีปัญหา ซึ่งคุนส์-คอนเนล (Kunes-Connell 1985, cited in Roy & Andrews 1991 : 323-324) แนะนำให้ใช้ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองถูกรบกวน (self-esteem disturbance)

ลักษณะของผู้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่าง ๆ

จากการศึกษาของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1989 : 25-31) และคำกล่าวของบัค (Buck 1984 : 273-274) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่างกันจะมีลักษณะต่างกันดังนี้

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมาก (egophils) จะสามารถอยู่ในกฎเกณฑ์ได้ถ้าจำเป็น มีความหนักแน่น ยุติธรรม ชอบการแข่งขัน เข้ม งด อ่อน น้อม และนับถือผู้อื่น

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (high self-esteem) จะมีส่วนร่วมในสังคมอย่าง แข็งขัน มีความสมดุลระหว่างการมีส่วนร่วมกับการรับฟัง อยากรแสดงความคิดเห็น สามารถรับฟังคำวิจารณ์ได้โดยไม่ปกป้องหรือเสียใจ มีความมั่นใจว่าความพยายามของเขาจะประสบความสำเร็จ สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จในการทำงานและสังคม มีความคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดีจากผู้อื่นและไม่มีความยุ่งยากเกี่ยวกับจิตประสาทบ่อยนัก

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง (moderate self-esteem) จะยินยอมปฏิบัติตามการยอมรับของสังคม กระตือรือร้นที่จะทำให้สังคมดีขึ้น ไม่แน่ใจในความสามารถและคุณค่าของตนเอง

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) เห็นได้จากไม่มีความกล้า และขี้อาย ความรู้สึกแยกตัวและไม่มีค่า มีความยุ่งยากลำบากอย่างมากในการแสดงออก หรือ ปกป้องตนเอง ความรู้สึกหือแท้ ไม่มีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งใด กลัวผู้อื่นจะโกรธกลัวการเปิดเผยตัวเอง มักรับฟังโดยไม่มีส่วนร่วม

ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมาก (egophobes) จะขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ มักคิดว่าคำวิจารณ์ของผู้อื่นถูก ในการมีสัมพันธภาพเขามักคิดว่าถูกคุกคาม รู้สึกเคอะเขิน และมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแสดงออกหลายอย่าง เช่น อาจต่อสู้อย่างได้เปรียบ ยินกราน หรือเคอะเขิน หลีกเลียงล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ มักรู้สึกว่าผู้อื่นคิดเกี่ยวกับตนไม่ดี เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่ไม่น่านิยม ไม่มี ความสำคัญ มักเก็บตัว ถูกชักนํ้าง่าย ยอมแพ้ง่าย บางครั้งแสดงให้เห็นในทางปิดบังตนเอง เช่น ตลกแสดงเหมือนมีความสุข ไม่พูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอด

ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอดซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาพบดังนี้

โสภิต สุวรรณเวลา (2535 : ๖-๖) ได้ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ริกส์ (Riggs 1988) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ เมอร์เซอร์ และเฟอร์เคติช (Mercer & Ferketich 1994 : 38) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาสามารถทำนายความสามารถในการเลี้ยงดูทารกของมารดาได้ทั้งในกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงต่ำ ราโมนา และ แซนดร้า (Ramona & Sandra 1994 : 38) ได้ทำการศึกษาในทำนองเดียวกัน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความชำนาญในการเลี้ยงดูทารก เป็นตัวทำนายความสามารถในการเป็นมารดาทั้งในมารดาหลังคลอดกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของมารดาและพัฒนาการของทารก

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ทั้งสามชนิดในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันน้อย และผลของการศึกษามีความขัดแย้งกันบ้างคือ แอนเดอร์สัน (Anderson 1995 : 547) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต แต่ความวิตกกังวล ไม่มีผล

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เคนเดล และ เดวิด (Kendel & David 1982 : <http://anxiety.Cmhc.com/psyhelp/ohapb/ohapbd.html>) และ คาโรล (Carol E. : http://www.Ncpamd.com/Postpartum_Depression.html) ศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าในวัยรุ่น และมารดาหลังคลอด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดได้ ซึ่งแตกต่างจากการสรุปของเจอร์ดินเจอร์ไฟรเบิร์ก และ ฟอนเตน (Jerdinger G., Froberg D. & Fontaine P. : <http://www.gentlebirth.org/archives/sclspst.html>) ที่ว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดในระยะเจ็บครรภ์และคลอด จะมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อย ต่อมา จอร์แดน และ ดีลูตี (Jordan & Deluty 1998 : 41) ได้ทำการศึกษาดูแปรเหล่านี้ในกลุ่มตัวอย่างหญิงรักร่วมเพศ พบว่าหญิงที่เปิดเผยว่าตนรักร่วมเพศมากจะมีความวิตกกังวลลดลงมากขึ้น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และรับรู้ระดับของการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้มีบทความที่ชี้แนะให้พยาบาลดูแลครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยโดยการให้คำปรึกษาแนะนำ เนื่องจากสรุปจากทฤษฎีบททฤษฎีการได้ว่า ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับผลของการตั้งครรภ์ในมารดาที่มีรายได้น้อย (Perreault & Goulet 1995 : 53)

ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาของหญิงหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด และการสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งกันและกัน แต่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล 2540)

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เมื่อพิจารณาจากทฤษฎีการปรับตัวของรอยแล้วอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การแยกทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอด เป็นสิ่งผิดกระบวนการทางธรรมชาติ เป็นสิ่งเร้าตรง เมื่อเกิดขึ้นร่วมกับสิ่งเร้ารวมคือ การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาในขณะนั้น จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลของมารดา ซึ่งอาจทำให้มารดามีปัญหาในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่ทารก ถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา เพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวทางในการศึกษา ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินความวิตกกังวล และหาแนวทางในการให้บริการมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแยกจากทารกได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป

7. กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย

แอนดรูส์ และรอย (Andrews & Roy 1986) ได้อธิบายทฤษฎีการปรับตัวของรอยว่า ทฤษฎีนี้ประกอบไปด้วย 4 แนวคิดหลัก คือ บุคคล (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) ภาวะสุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ซึ่งทั้ง 4 แนวคิดหลักนี้มีความสัมพันธ์กันดังนี้คือ

บุคคล เป็นระบบที่มีการปรับตัว (adaptive system) ซึ่งประกอบด้วย สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุมการปรับตัว สิ่งนำออก และกลไกการป้อนกลับ ทำงานประสานกันเป็นเอกภาพ และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา (Andrews & Roy 1986:17-23)

สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งนำเข้า ถือเป็นสิ่งกระตุ้นการปรับตัว เรียกว่า สิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายนอกหรือสิ่งเร้าภายในก็ได้ ประกอบด้วยสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) คือ สิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญทันทีทันใด สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่นๆในสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลกับวิธีที่บุคคลจะจัดการกับสิ่งเร้าตรง และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) คือ สิ่งเร้าที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก แต่ไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ หรือเห็นได้ไม่ชัดเจนว่ามีผล สิ่งเร้าทั้งสามชนิดนี้กระตุ้นการตอบสนอง และก่อให้เกิดระดับการปรับตัว (adaptive level) ซึ่งเปรียบได้กับขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ถ้าสิ่งเร้าตกอยู่ภายในขอบเขตนี้จะทำให้บุคคลปรับตัวได้ดี แต่ถ้าสิ่งเร้าตกอยู่นอกขอบเขตนี้บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้ (Andrews & Roy 1986:27-34)

สิ่งนำเข้า หรือสิ่งเร้าทั้งสามชนิดผ่านเข้าสู่กระบวนการควบคุมการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วยกลไกการควบคุม (regulator) ซึ่งเป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ชาติ เป็นการทำงานร่วมกันโดยผ่านกระบวนการทางประสาทสารเคมี และต่อมไร้ท่อ ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านร่างกาย และกลไกการรับรู้ (cognator) เป็นการตอบสนองโดยผ่านกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจ และกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม กลไกทั้งสองชนิดนี้จะมีความสัมพันธ์ควบคุมกันเสมอ (Andrews & Roy 1986:27-41)

ผลของการทำงานของกลไกทั้งสองและระดับการปรับตัวของบุคคลจะสังเกตได้จากการตอบสนองของบุคคล ซึ่งมีการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ยึดมั่นในทัศนคติ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยกัน พฤติกรรมของบุคคลคือผลของระบบ หรือสิ่งนำออก ซึ่งผลนี้อาจจะเป็นการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มีประสิทธิภาพในการปรับตัวก็ได้ โดยประสิทธิภาพนี้มีความหมายตามนัยของเป้าหมายของระบบ คือ การอยู่รอด เติบโต สืบพันธุ์ และเพิ่มพูนประสบการณ์ นั่นคือการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพหมายถึง การปรับตัวที่ส่งเสริมความเป็นเอกภาพของบุคคล และการตอบสนองนี้ไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

หรือไม่ก็ตาม ก็เข้าสู่กลไกการป้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้า เข้าสู่ระบบเพื่อให้บุคคลนำไปใช้ในการเผชิญกับ
 สิ่งเร้าอีก (Andrews & Roy 1986:41-45)

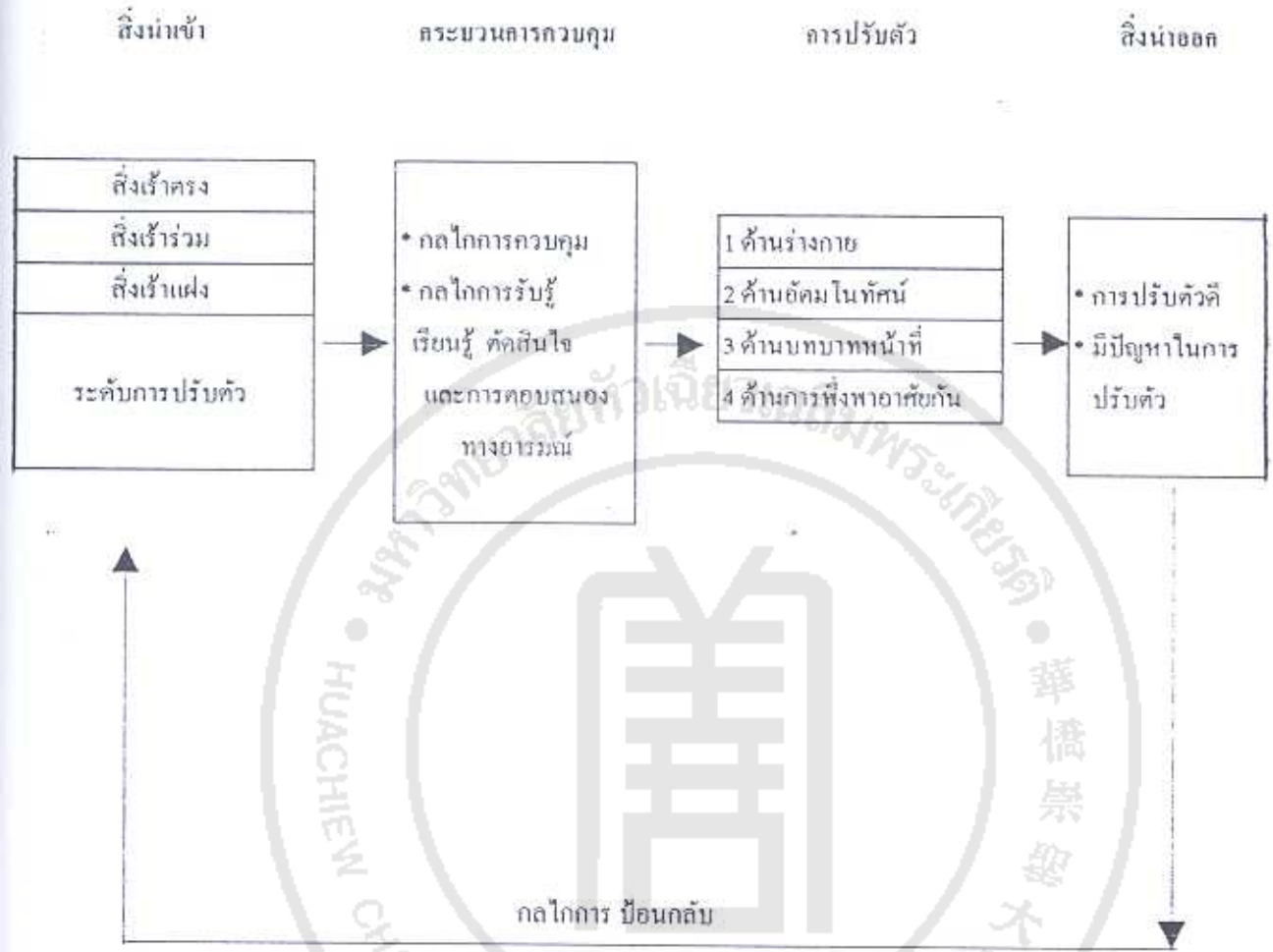
ภาวะสุขภาพ ในความหมายของรอยหมายถึง การที่ระบบบุคคลมีการปรับตัวได้ดีเพื่อส่งเสริมความ
 มั่นคง และบูรณภาพ (Andrews & Roy 1986:50-51)

การพยาบาล เป็นการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย
 อึดในทัศนคติ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาวาอาศัยกัน ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และมี
 ชีวิตในวาระสุดท้ายที่สงบ ซึ่งการให้การพยาบาลสามารถทำได้ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 ปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าตรงให้
 ตกอยู่ภายในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย หรือวิธีที่ 2 ขยายขอบเขตความสามารถในการ
 ปรับตัวของผู้ป่วยให้กว้างขึ้น โดยปรับเปลี่ยนสิ่งเร้ารวม หรือสิ่งเร้าแฝง ในกรณีที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนสิ่งเร้า
 ตรงได้ (Andrews & Roy 1986:51,91)

รอยได้สรุประบบการปรับตัวของบุคคลโดยแสดงความสัมพันธ์ของสิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม
 การปรับตัว สิ่งนำออก และกลไกการป้อนกลับไว้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 : บุคคลเป็นระบบที่มีการปรับตัว (ที่มา : Roy 1984: 30)



เนื่องจากความวิตกกังวลที่จะทำการศึกษาต่อไปนี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของบุคคล ผู้วิจัยจึงขอเสนอการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เพิ่มเติมดังนี้

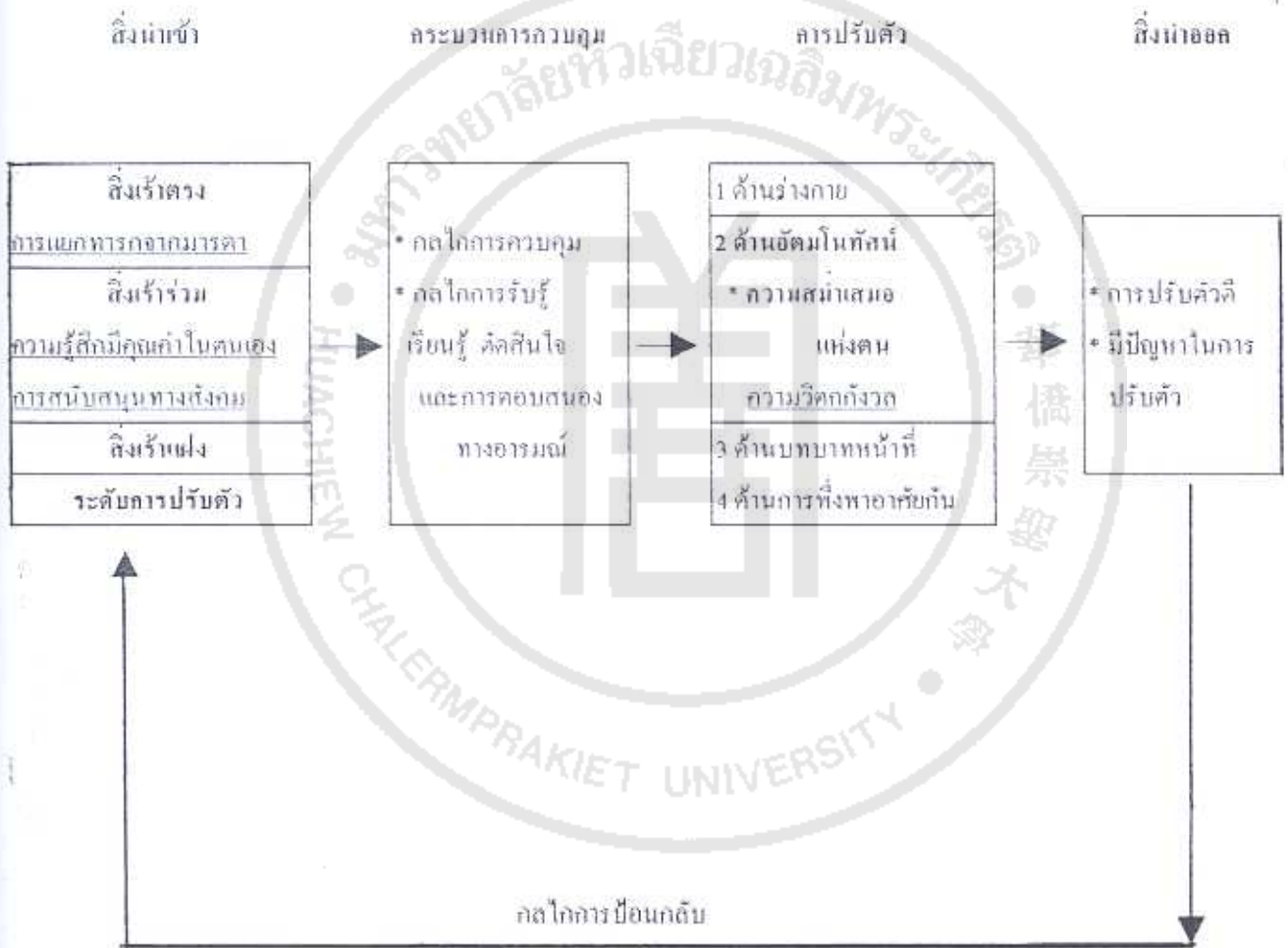
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เป็น 1 ใน 3 ของการปรับตัวด้านจิตสังคมในทฤษฎีการปรับตัวของรอยแอนดรูส์ และรอย (Andrews & Roy 1986:124-125) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) ประกอบด้วย 1.1) ความรู้สึกทางกาย (body sensation) เช่น ความรู้สึกไม่สบาย รู้สึกสบายดี ฯลฯ 1.2) จินตนาการทางด้านร่างกาย (body image) คือสิ่งที่บุคคลคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างตนเอง เช่น รู้สึกอ้วนไป ฯลฯ 2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self) ประกอบด้วย 2.1) ความสม่ำเสมอแห่งตน (self-consistency) เป็นความสม่ำเสมอ หรือความมั่นคง ปลอดภัยแห่งตน 2.2) ปณิธานแห่งตน (self-ideal) คือ ความคิดที่บุคคลอยากจะเป็น หรืออยากจะทำเหมือน เช่น อยาก

จะเป็นพยาบาล ฯลฯ 2.3) ศีลธรรม-จรรยา-ความเชื่อแห่งตน (moral-ethical-spiritual self) เป็นระบบความเชื่อและการประเมินว่าตนเองเป็นใครของบุคคล เช่น เชื่อว่าการกระทำบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เชื่อว่าพระเจ้าจะคุ้มครอง ฯลฯ ส่วนประกอบต่างๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลตั้งคำถามว่า "ฉันคือใคร" คำตอบที่ได้จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเอกภาพ หรือความมั่นคงด้านจิตใจ ทั้งนี้สิ่งใดก็ตามที่คุกคามความมั่นคงแห่งตน (self-consistency) ก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล (Anxiety) ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกี่ยวเนื่องกับความมั่นคงของบุคคล (Zewen 1984:354) และสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลคุกคาม "ตน" (self) นี้มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจที่โดดเด่น 3 ประการ คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว หรือความรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองของความวิตกกังวลที่มีผลต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย อັตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยกัน (Zewen 1984:356-362)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการศึกษาคั้งนี้ สิ่งเร้าตรง หรือสิ่งที่บุคคลเผชิญทันทีทันใด คือ การแยกทหารกไปเพื่อการดูแลรักษา สิ่งเร้าร่วม หรือปัจจัยอื่นๆ ในสถานการณ์นั้น คือ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่มารดามีอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้าเหล่านี้เมื่อเข้าสู่ระบบบุคคลของมารดา ก็จะผ่านเข้าสู่กลไกควบคุมการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วย กลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจ และกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ ทำงานประสานสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดการปรับตัวด้านอັตมโนทัศน์ ในส่วนของความล้มระมาเสมอ หรือความมั่นคงแห่งตน ได้แก่ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่ทหารถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา ดังแผนภูมิที่ 2 และแสดงความสัมพันธ์ของกรอบทฤษฎีตัวแปรที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 2 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย กับตัวแปรที่ศึกษา (ดัดแปลงจาก : Roy 1984 :30)



แผนภูมิที่ 3 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย คิวแปร์ที่ศึกษา และ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ดัดแปลงจาก : Fowcett & Tulman 1990:722-723)



การศึกษาค้นคว้านี้มุ่งศึกษาถึงการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านความมั่นคงแห่งตน คือ ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่ทารกถูกแยกไปเพื่อการดูแลรักษา ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งเร้าร่วม ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 : แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

