

บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่สำคัญสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2.1 แนวคิดสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิต

อาจารย์จิราพร รักการ

วัตถุประสงค์ หลังจบบทเรียนนี้ นักศึกษาสามารถ

1. จำแนกลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตได้
2. ระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้
3. บอกวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตได้
4. บอกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยได้
5. บอกกระบวนการให้คำปรึกษา หลักการให้คำปรึกษา และใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

หัวข้อที่สอน

- 2.1.1 ลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต
- 2.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต
- 2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต
- 2.1.4 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความโศกเศร้า ความเสียใจจากการสูญเสีย และความโกรธ
- 2.1.5 การให้การปรึกษาเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิต

บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่สำคัญสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2.1 แนวคิดสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิต

อาจารย์จิราพร รักการ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาโดยเฉพาะปัญหาทางด้านสาธารณสุข คนไทยเป็นโรคที่เกิดจากความเครียดสูงขึ้นมาก บางคนมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจทำให้แก้ปัญหาไม่ได้ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถเผชิญกับความยากลำบากได้ แต่หากปรับตัวได้ไม่ดีก็อาจส่งผลให้สุขภาพจิตเสื่อมถอยลง และนำมาซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตได้ การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงต้องทำในทุกมิติทั้งส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จะสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้

2.1 แนวคิดสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิต

2.1.1 ลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต

2.1.1.1 ลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างดีทั้งสถานการณ์ปกติ และไม่ปกติ และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ (ศรีัญญา จรุงมาก, 2564)

ลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี แบ่งตามด้านต่างๆ ได้ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย มีร่างกายแข็งแรง และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม
- 2) ด้านอารมณ์ มีอารมณ์แจ่มใส และแสดงอารมณ์ได้เหมาะสมสอดคล้องกับ

สถานการณ์

- 3) ด้านสติปัญญาและการรู้คิด มีการทำหน้าที่ทางสติปัญญา และการรู้คิดที่สร้างสรรค์

- 4) ด้านสังคม มีความเคารพนับถือตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนในด้านบวก และตรงตามความเป็นจริง และมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้

- 5) ด้านจิตวิญญาณ มีเป้าหมายที่เป็นไปได้และเหมาะสมในชีวิต เห็นคุณค่าในชีวิตของตนเอง ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า และมีคุณธรรม

2.1.1.2 ลักษณะของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่มีการเจ็บป่วย

ทางจิต

ลักษณะสุขภาพจิตที่ไม่ดี หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตเสื่อม ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล (ศรีธัญญา จริ่งมาก, 2564)

ลักษณะของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต แบ่งตามด้านต่างๆ ได้ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย มีความบกพร่องของร่างกาย และขาดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม
- 2) ด้านอารมณ์ มีปัญหาทางอารมณ์ และการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์
- 3) ด้านสติปัญญาและการรู้คิด มีการทำหน้าที่ทางสติปัญญา และการรู้คิดบกพร่อง
- 4) ด้านสังคม ขาดความเคารพนับถือตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนในด้านลบ และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นบกพร่อง
- 5) ด้านจิตวิญญาณ ขาดเป้าหมายในชีวิต ขาดการพัฒนาตน และมีความทุกข์ในการดำรงชีวิต

2.1.1.3 เปรียบเทียบลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและผู้ที่มีความผิดปกติ

ทางจิต

1) ลักษณะบุคลิกภาพ (Personality characteristics)

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี	ลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
1) ยอมรับตนเอง	1) ไม่ยอมรับตนเอง
2) รักตนเอง	2) ไม่ชอบตนเอง
3) มีเป้าหมาย	3) ขาดทิศทางในการดำเนินชีวิต
4) สามารถที่จะคิดและทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	4) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการที่จะคิดและทำสิ่งต่างๆ
5) สามารถผลิตผลงานได้	5) รับรู้จุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองไม่ตรงตามความเป็นจริง
	6) ขาดการสร้างสรรค์ผลงานหรือทำประโยชน์ในชีวิต
	7) มีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของตนเอง

2) การปรับตัวต่อความเครียด (Adaptations to stress)

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี	ลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
1) สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่	1) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้บ่อยครั้ง
2) ใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	2) ใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี	ลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
1) สามารถที่จะยอมรับบุคคลอื่น	1) ไม่สามารถที่จะยอมรับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของบุคคลอื่น
2) สามารถที่จะรักผู้อื่นได้	2) ไม่สามารถรักผู้อื่นได้
3) สามารถให้การดูแลห่วงใย เอาใจใส่ผู้อื่น	3) ไม่สามารถให้การดูแลห่วงใย เอาใจใส่ผู้อื่น

4) การรับรู้สภาพแวดล้อมและความเป็นจริง (Perception of environment and reality)

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี	ลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต
1) การรับรู้ทางบวก	1) รับรู้สิ่งต่างๆ ในทางลบ
2) อยู่กับความเป็นจริง	2) ความคิดและการรับรู้อาจจะไม่อยู่บนฐานของความเป็นจริง
3) สามารถที่จะค้นหาความหมายในชีวิต	3) ไม่สามารถที่จะค้นหาความหมายในชีวิต

2.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิต มีดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และ วิไลพร ขำวงษ์, 2557)

2.1.2.1 ปัจจัยทางด้านร่างกายหรือด้านชีวภาพ (Biological factors)

ปัจจัยทางด้านร่างกายหรือด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ พันธุกรรม ซึ่งพบว่าความชุกของการเกิดความผิดปกติทางจิต มีความสัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์หรือมารดาเสพยาเสพติด รวมทั้งความบกพร่องทางร่างกาย โดยสภาวะทางกายที่มีผลต่อสังคม และทำให้บุคคลต้องปรับตัวและอาจมีปัญหาตามมา เช่น เด็กที่หน้าตาน่ารัก แข็งแรง มักเป็นที่ชื่นชมของผู้เลี้ยงดูและผู้พบเห็นมากกว่าเด็กที่มีหน้าตาไม่น่ารักหรือพิการ

2.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ปัจจัยทางด้านจิตใจโดยมากมักจะเน้นถึงการอบรมเลี้ยงดูวิธีต่างๆ ภายในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูด้วยวิธีที่ทำให้บุคคลสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวได้ ย่อมมีผลทำให้สร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีด้วย ครอบครัวที่มีความเป็นอยู่อย่างปกติ จะทำให้สมาชิกมีพัฒนาการทางประสบการณ์ดีขึ้นเรื่อยๆ ส่วนครอบครัวที่เข้มงวดมากเกินไปจะทำให้สมาชิกปรับตัวได้ยาก และมีโอกาสป่วยทางจิตได้ง่าย

2.1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factors)

ปัจจัยทางด้านสังคมนับว่ามีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีผลโดยตรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความต้องการต่างๆ ของบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นเหตุให้เกิดความกดดันและความไม่มั่นคงทางจิตใจขึ้นกับประชาชนหมู่่มาก และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ภัยสงครามและภัยธรรมชาติ เป็นปัญหาที่ร้ายแรงซ้ำซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะประชาชนจะขาดอาหาร ที่อยู่อาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ ในเวลาเดียวกันประชาชนจะหวาดกลัวหวาดระแวงตลอดเวลา รวมทั้งมลภาวะสิ่งแวดล้อม เช่น การจราจรติดขัด ความแออัดของที่พักอาศัย สิ่งปฏิกูล อากาศเสียและเป็นพิษ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต 4 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยที่ทำให้อาการยังคงอยู่ และปัจจัยปกป้องจากตัวผู้ป่วย และสิ่งรอบตัวผู้ป่วย อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ หรือปัจจัยด้านสังคมก็ได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ศรีบุญญา จรุงมาก, 2564)

1) **ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors)** หมายถึง ปัจจัยที่มีมาก่อนป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยแฝงอยู่ภายในตัวบุคคลที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต เช่น พันธุกรรม จิตใจ อารมณ์ การเลี้ยงดู บุคลิกภาพ ความคิด และการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น

2) **ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)** หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มีกระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และการดำรงชีวิต เป็นต้น

3) **ปัจจัยที่ทำให้อาการยังคงอยู่ (Perpetuating factors)** หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้นแล้ว คงดำเนินอยู่

4) **ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)** หมายถึง ปัจจัยที่อาจช่วยป้องกันผู้ป่วยจากการป่วยรุนแรง และช่วยให้หายคืนสู่สภาพปกติ

2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วย

ทางจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต มีแนวคิดที่สัมพันธ์กัน แต่แตกต่างกันในด้านเป้าหมาย คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ส่วน การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต มีเป้าหมายเพื่อลดอาการ และความผิดปกติทางจิต อย่างไรก็ตามมักมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและคล้ายคลึงกัน (ศรีบุญญา จริงมาก, 2564)

2.1.3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิต คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศวัยได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อม ครอบครัว สังคม ชุมชน ที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี โดยมีแนวคิดที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนี้ (อรรวรรณ ดวงจันทร์, 2559)

1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มศักยภาพให้คนเรามีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น พึ่งตนเองได้ เป็นการสร้างสุขภาพให้มีร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ และสามารถพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าได้ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa charter for health promotion) โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

- 1.1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.2) การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ การรักษาสิ่งแวดล้อม และการดูแลชุมชนให้หนุนเสริมซึ่งกันและกัน
- 1.3) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน คือ การพัฒนาชุมชนโดยดึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
- 1.4) พัฒนาทักษะบุคคล คือ สร้างเสริมโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะชีวิตในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจเลือกสิ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ
- 1.5) การปรับระบบบริการสุขภาพ คือ บทบาทของทุกภาคส่วนที่จะทำงานร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพให้นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี
- 1.6) การขับเคลื่อนสู่อนาคต คือ สุขภาพ ถูกสร้างโดยประชาชน สุขภาพจะเกิดขึ้นได้ด้วยความสนใจในตนเอง ความใส่ใจต่อผู้อื่น และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

2) แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion)

การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) มีที่มาจากคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” (Health promotion) โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไป สามารถดำเนินการได้ 3 ระดับ ดังนี้

2.1) ระดับบุคคล เป็นการเพิ่มความสามารถด้านการปรับอารมณ์ การสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการเป็นพ่อแม่

2.2) ระดับชุมชน เป็นการเพิ่มและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชน สถานที่ทำงาน ชุมชน สถานเลี้ยงเด็ก และเครือข่าย การให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

2.3) ระดับสังคม เป็นการเพิ่มปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก กระตุ้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2.1.3.2 การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness prevention)

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยงโดยการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในทุกเพศวัยได้อย่างเหมาะสม ในกลุ่มปกติ เช่น การจัดโปรแกรมออกกำลังกายในที่ทำงานเพื่อลดความเครียด และการจัดค่ายป้องกันยาเสพติดสำหรับวัยรุ่น เป็นต้น สำหรับในกลุ่มเสี่ยง เช่น การดูแลทางสังคมจิตใจกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ การคัดกรองและดูแลทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น โดยมีแนวทางในการป้องกันสุขภาพจิต 3 ระดับ ดังนี้ (อรรวรรณ ดวงจันทร์, 2559)

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันระดับต้นก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ เป้าหมายของการป้องกันระดับนี้ คือ ลดอุบัติการณ์ (Incidence) ของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช โดยลดปัจจัยของการเกิดโรค ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) และเพิ่มปัจจัยป้องกันโรค (Protective factors) เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องในวัยเด็ก ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อจิตใจ โดยการป้องกันจะเน้นที่สาเหตุ ตัวอย่างเช่น

1.1) ป้องกันโรคทางร่างกายในแม่และเด็ก เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ การคลอด ป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท การขาดสารอาหาร และการป้องกันสารพิษ

1.2) ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง ตอบสนองความต้องการของเด็กวัยต่างๆ ตามวัย การฝึกระเบียบ วินัย ธิบแก้ไขการเลี้ยงดูเด็กที่อาจก่อให้เกิดปัญหา

1.3) ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ทั้งโครงสร้างของครอบครัวที่ดี มีความสัมพันธ์ดี การสื่อสารชัดเจน ให้กำลังใจ ไม่มีความแตกแยก มีทางออกที่ถูกต้อง นุ่มนวลเมื่อมีความขัดแย้งกัน

1.4) โรงเรียน มีระบบการเรียนที่ดี ครูมีสุขภาพจิตดี ส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างทัศนคติทางบวกต่อการเรียน ค้นหาตนเองได้ว่ามีความชอบ ความถนัด หรือต้องการเรียน และมีอาชีพใดในอนาคต

1.5) การจัดสิ่งแวดล้อมสังคมที่ดี มีแบบอย่างที่ดี ไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม ปราศจากสารเสพติด สิ่งยั่วยุทางเพศ และอบายมุข

1.6) การให้ความรู้แก่ประชาชน การป้องกันโรคทางกาย ส่งเสริมสุขภาพทางกาย การฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้อง การกระตุ้นพัฒนาการตามวัย การส่งเสริมให้ครอบครัวมีคุณภาพมีความรัก ความอบอุ่น ความผูกพัน

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) การป้องกันระดับที่สอง เป็นการป้องกันโรคที่เริ่มเกิดขึ้นแล้วไม่ให้เป็นยาวนาน เป็นการลดความชุกของโรค (Prevalence) โดยการค้นหาผู้ที่เป็นโรคและรีบให้การรักษาโดยเร็ว การป้องกันระดับนี้ ทำได้โดยให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขและชุมชนทุกระดับ เพื่อให้รู้จักปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช และช่วยส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและ/หรือปัญหาทางจิตเวชมารับการบริการโดยเร็ว

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) การป้องกันระดับที่สามนี้ จะเน้นการป้องกันการสูญเสียหน้าที่ (Disability) หรือลดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (Impairment of function) เพื่อให้กลับเข้าสู่สังคมโดยเร็ว การป้องกันระดับนี้ใช้กิจกรรมฟื้นฟู (Rehabilitation)

2.1.4 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย

ปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถพบได้บ่อย มีดังนี้

2.1.4.1 ความเครียด (Stress)

ความหมาย

ความเครียด หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม โดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ และมีต้นเหตุจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง

ระดับของความเครียด

ความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (แพ จันท์สุข และฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2557) ดังนี้

1) ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) จะสิ้นสุดลงในระยะเวลาอันสั้น อาจเพียงวินาทีหรือชั่วโมง เกิดจากสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น การจราจรติดขัด และการพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

2) ความเครียดระดับกลาง (Moderate stress) จะรุนแรงกว่าชนิดแรก อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงจนเป็นวัน เช่น เครียดจากการทำงานหนัก และการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เป็นต้น

3) ความเครียดระดับสูง (Severe stress) จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี สาเหตุความเครียดรุนแรง หรือมีหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือมีสิ่งกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตอย่างมาก

อาการของความเครียด

ผู้ที่มีความเครียด จะแสดงปฏิกิริยาต่างๆ ได้หลายลักษณะ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก หัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงเครียด ความแปรปรวนของระบบฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายถูกกด อาจเกิดความเจ็บป่วยทางกาย เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ ความดันโลหิตสูง หัวใจ มะเร็ง และปวดศีรษะข้างเดียว เป็นต้น

2) ด้านอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป วิตกกังวล เศร้า โกรธ

3) ด้านพฤติกรรม สับสน วุ่นวาย พุดจาผิดปกติ หวาดระแวง การเคลื่อนไหวผิดปกติ

4) ด้านความคิด ความจำ การรับรู้ ความคิดอ่านสับสน คิดวนเวียนเรื่องเดิม ความคิดชะงักอยู่กับที่ สติปัญญาและความสามารถทางด้านสมองลดลง ความจำเสื่อมลง

2.1.4.2 ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ความหมาย

ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกกลัว ความหวาดหวั่น ความรู้สึกไม่แน่นอน หรือหวาดกลัวจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้ ไม่ทราบสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความรู้สึก (Varcarolis, 2020; Shives, 2012)

ระดับของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (แพ จันทร์สุข, 2557)

1) วิตกกังวลระดับ 0 (Euphoria) บุคคลจะไม่มีภาวะวิตกกังวลเลย เป็นระดับที่อารมณ์เป็นสุข ไม่มีทุกข์ อารมณ์ดีตลอดเวลา

2) วิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) บุคคลตื่นตัว มีความไวต่อความรู้สึก การรับรู้ ความจำและสมาธิดี สามารถใช้สายตาดูอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวได้ดี

3) วิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลตื่นตัวขึ้น การรับรู้เริ่มแคบลง สนใจเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง พลังงานที่เกิดขึ้นมีมากกว่าระดับต่ำ อยู่ไม่นิ่ง ลุกลี้ลุกลอน แต่การรับรู้ และการเข้าใจสถานการณ์ยังดีอยู่

4) วิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) การรับรู้แคบลงมาก ความสนใจมุ่งเฉพาะจุดปลีกย่อย กระสับกระส่ายมากขึ้น ลุกลี้ลุกลอนมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

5) วิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic) เป็นความวิตกกังวลขั้นรุนแรงสุด บุคคลอยู่ในภาวะตื่นตระหนก กลัวสุดขีด การรับรู้และการสื่อสารเสียไป ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

อาการของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลสามารถแบ่งตามกลุ่มอาการ (Shives, 2012) ได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย หัวใจเต้นเร็ว หายใจและถี่ขึ้น ซึ้พจรและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีอาการหายใจลำบาก จุกแน่นหน้าอก เหงื่อออกที่ฝ่ามือ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

2) ด้านอารมณ์ กระสับกระส่าย หงุดหงิด โกรธ ซึมเศร้า ร้องไห้ รู้สึกไม่มีสมาธิ

3) ด้านพฤติกรรม เดินไปเดินมา ลุกลี้ลุกลอน นั่งไม่ติดที่ เอามือม้วนเส้นผม รมั้ตระวังตัวมากเป็นพิเศษ

4) ด้านความคิด ความจำ การรับรู้ หลงลืม การตัดสินใจไม่ดี สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีสมาธิ ไม่รับรู้สิ่งกระตุ้นรอบตัว ครุ่นคิด หมกมุ่น มีความคิดและการกระทำซ้ำๆ

2.1.4.3 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมนหดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ ลึ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และอาจทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

อาการของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า แบ่งตามอาการได้ 3 ระดับ ดังนี้

1) อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เบื่อหน่ายเล็กน้อย หดหู่ เศร้าซึม การดำเนินชีวิตยังคงเป็นปกติ สามารถบอกเล่าและระบายความรู้สึกออกมาได้

2) อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ซึม พุดน้อยลง คิดซ้ำ วิตกกังวล การทำงานบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอลง รับประทานอาหารได้น้อย การขับถ่ายและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป เริ่มกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน

3) อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง กังวลสูง นอนไม่หลับ บางคนหงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง (Agitate) ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ หลงผิด ประสาทหลอน และทำร้ายตนเอง

2.1.4.4 ความเศร้าโศก (Grief) ความเสียใจจากการสูญเสีย (Loss)

ความหมาย

ความเศร้าโศก หมายถึง ความรู้สึกเสียใจที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสีย (Loss) หรือรับรู้ว่าคุณเองสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกทั้งทางสรีระและอารมณ์ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2557) ซึ่งความสูญเสีย หมายถึง ภาวะที่บุคคลขาดในสิ่งที่เคยมี เป็นการสูญเสียทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้ (Shives, 2012)

อาการของความเศร้าโศก

ปฏิกิริยาการตอบสนองของความเศร้าโศกเกิดเป็นกระบวนการภายในร่างกายและแสดงออกในรูปความรู้สึกเสียใจ วิตกกังวล รู้สึกผิด ความคิดสับสน หงุดหงิด เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการสูญเสีย จะมีปฏิกิริยาการแสดงออกต่างๆ ในช่วงแรก ซ้อค ตกใจ ปฏิเสธ เออะเอะ โวยวาย ไม่ยอมรับความจริง อาจมีอาการทางกาย ได้แก่ จุกแน่นหน้าอก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนถึงการแยกตัวออกจากสังคม (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2557)

2.1.4.5 ความโกรธ (Anger)

ความหมาย

ความโกรธ เป็นภาวะอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ที่ส่งผลค่อนข้างรุนแรง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่มากระทบ หรือมากระตุ้นอารมณ์ หรือรู้สึกว่ามีสิ่งมาคุกคามต่อเป้าหมาย ความคาดหวัง และความปลอดภัย (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2557; Videbeck, 2017)

อาการของความโกรธ

ผู้ที่มีความโกรธ จะแสดงอาการหรือปฏิกิริยาต่างๆ ดังนี้ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2557)

1) ด้านร่างกาย ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง จมูกแดง ขากรรไกรเป็นสันนูน กำมือแน่น ตัวแข็งเกร็ง น้ำเสียงเปลี่ยนไป ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย ปวดศีรษะ เกิดกรดในกระเพาะอาหาร

2) ด้านอารมณ์ รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเฉย ปฏิเสธความโกรธ หดพลังอำนาจ ไม่เป็นมิตร ดุร้าย

3) ด้านสติปัญญา การรับรู้และกระบวนการนึกคิดเปลี่ยนแปลงไป

4) ด้านสังคม แยกตัวตนเอง หลีกเลี้ยงการเข้าสังคม

2.1.5 การให้การปรึกษาเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิต

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ การบำบัดและการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการป้องกันปัญหา และการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือ สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตในสังคม และเกิดความผาสุกในชีวิต ซึ่งต้องใช้กระบวนการให้การปรึกษา (ตันติมา ด้วงโยธา และสายฝน เอกวารงกูร, 2565)

2.1.5.1 ความหมายของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการสัมพันธภาพของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการปรึกษา จนเกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา สามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษายอมรับ และระบายความทุกข์ออกมา โดยผู้ให้การปรึกษาใช้ความรู้และทักษะการให้ปรึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และทางเลือกร่วมกับผู้รับคำปรึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเอง สภาพปัญหา และสภาพแวดล้อม ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจ จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.1.5.2 หลักการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา เน้นการใช้เทคนิค การใช้สัมพันธภาพ และการใช้ความรู้ความสามารถของผู้ให้การปรึกษา การให้คำปรึกษาจะไม่เน้นการบอก การสอน และการแนะนำ หรือตัดสินใจให้ผู้รับการปรึกษาโดยตรง ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความสามารถในการจัดการกับตนเองและปัญหาของตนเอง แต่หากจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ผู้รับการปรึกษาใช้ศักยภาพของตนเองในการเลือก และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การให้การปรึกษาที่ดีควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจมนุษย์ สัมพันธภาพที่ดี ความจริงใจ ความเห็นใจ ความเข้าใจและยอมรับตนเอง ความเข้าใจและยอมรับผู้อื่น ความเข้าใจสภาพแวดล้อม การตัดสินใจที่เหมาะสม ความเป็นจริง และจรรยาบรรณวิชาชีพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.1.5.3 กระบวนการให้คำปรึกษา

กระบวนการให้การปรึกษา มุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์เชิงบำบัด (Interaction therapeutic) ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้จัก เข้าใจตนเอง สถานการณ์ปัญหา และนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหา กระบวนการให้การปรึกษา

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (จิ้น แบร์, 2549; Kaygusuz, 2012 อ้างถึงใน ต้นติมา ด้วงโยธา และ สายฝน เอกวารงกูร, 2564)

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและข้อตกลงบริการ

สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ปลอดภัย และเชื่อมั่น ผู้ให้การปรึกษาจะมีการตกลงบริการ แจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ระยะเวลา การรักษาความลับ และเริ่มเปิดประเด็นในการให้การปรึกษา

ขั้นที่ 2 สำรวจปัญหา

ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาดึงศักยภาพของตนเองในการสำรวจปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการของตนเอง

ขั้นที่ 3 ทำความเข้าใจกับปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้รับการปรึกษา

ขั้นตอนนี้เน้นเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อนำไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ คือ ผู้รับการปรึกษามองเห็น เข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองในการแก้ไขปัญหา เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

ขั้นที่ 4 วางแผนการแก้ไขปัญหา

ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อให้มีทางเลือกที่หลากหลาย และอาจให้ข้อเสนอแนะเมื่อจำเป็น โดยพิจารณาถึงความต้องการ ความรุนแรง ความเร่งด่วน และความเป็นไปได้

ขั้นที่ 5 ยุติการให้การปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนา และเปิดโอกาสให้มีการซักถาม ผู้ให้การปรึกษาตอบคำถามและเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดหาย ชื่นชม ให้กำลังใจ และนัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

2.1.5.4 เทคนิคการให้การปรึกษา

ตัวอย่างเทคนิคและกลวิธีในการให้การปรึกษา และแนวทางในการนำไปใช้ มีดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

1) การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้คำถามเริ่มต้นการสนทนาด้วยคำถามทั่วๆ ไปก่อน เช่น “สวัสดี” “เชียวค่ะ คุณมีอะไรจะให้ช่วยเหลือ”

2) การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้การปรึกษาควรใช้คำถามลักษณะกลางๆ และเป็นคำถามปลายเปิด จะดีกว่าคำถามปลายปิด เช่น “คุณปวดศีรษะใช่ไหม” จะได้ผลน้อยกว่าการพูดว่า “ลองเล่าให้ฟังถึงอาการของคุณ”

3) การเสนอแนะ (Suggestion) ผู้ให้การปรึกษาจะต้องหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษารู้จักนำตนเอง และจัดการปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ปัญหาให้โดยตรง เช่น

ผู้รับการปรึกษา: “ดิฉันรู้สึกปวดศีรษะมากทุกวัน ควรทำอย่างไรดี”

ผู้ให้การปรึกษา: “คุณเคยคิดจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจดูบ้างหรือไม่” จะดีกว่าพูดว่า “คุณควรไปพบแพทย์ตรวจดูก่อน”

4) การตีความ (Interpretation) ผู้ให้การปรึกษาจะกล่าวบางอย่างที่มีความหมายต่อเนื่องจากที่ผู้รับการปรึกษากล่าวไปแล้ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจได้เร็วขึ้น

ผู้รับการปรึกษา: “ดิฉันรู้สึกปวดศีรษะทุกวัน รู้สึกเครียดจนทำอะไรไม่ได้เลย”

ผู้ให้การปรึกษา: “คุณรู้สึกว่าอาการปวดศีรษะและความเครียดเป็นปัญหาที่ทำให้คุณรู้สึกทุกข์มากใช่ไหม”

5) การเงียบและการฟัง (Silence & Listening) ผู้ให้การปรึกษาใช้วิธีเงียบเพื่อคอยฟังเรื่องราวต่างๆ แสดงถึงความสนใจ การยอมรับ แต่ต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงเงียบนานเกินไป

6) การย้ำเพื่อให้ความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการย้ำและให้กำลังใจผู้รับการปรึกษา เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ

ผู้รับการปรึกษา: “ดิฉันไม่ทราบจะทำอย่างไรดี เขาไม่ยอมพูดกับดิฉัน ควรถามเขาไปเลยดีไหม”

ผู้ให้การปรึกษา: “น่าจะเป็นการดีถ้าคุณรู้สาเหตุของเรื่องนี้ คงทำให้คุณสบายใจขึ้น”

7) การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรม น้ำเสียง สีหน้า ท่าทางในขณะที่สนทนา จะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของผู้รับการปรึกษา สามารถจับประเด็นปัญหาที่แท้จริง และช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษาได้เร็วขึ้น

8) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting of feeling) เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับการปรึกษา และแสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษา: “เขาไม่เคยที่จะฟังที่ฉันอธิบาย และยังมาโทษว่าเป็นความผิดของดิฉัน”

ผู้ให้การปรึกษา: “คุณรู้สึกอึดอัดใจมากที่เขาไม่ฟังเหตุผลของคุณ และเข้าใจคุณผิด”

9) การให้กำลังใจ (Encouragement) มักใช้กับผู้ที่ขาดความมั่นใจว่าจะทำสิ่งต่างๆ ได้ อาจยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เขาเคยทำได้สำเร็จ

ผู้รับการปรึกษา: “ดิฉันไม่มั่นใจว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ได้”

ผู้ให้การปรึกษา: “จากความตั้งใจ และความพยายามของคุณ ดิฉันคิดว่า คุณสามารถผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้”

2.1.5.5 รูปแบบการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1) การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) เป็นกระบวนการปรึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยผู้ที่มีปัญหามาพบผู้ให้การปรึกษาเพื่อช่วยในการจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม การให้คำปรึกษารายบุคคลมักเน้นปัญหาที่ผู้รับการปรึกษาต้องการเป็นส่วนตัว ความลับ มักเป็นปัญหาอารมณ์ และจิตใจ

2) การให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group counseling) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความต้องการตรงกันในการที่พัฒนาตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มาปรึกษากัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่ม โดยนำหลักการของการให้คำปรึกษาและกระบวนการของกลุ่มมาใช้

สรุป

สุขภาพจิตเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลตั้งแต่ภาวะปกติสุขไปจนถึงการเกิดปัญหาทางจิตใจ หรือการเจ็บป่วยทางจิต จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด การทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตจึงต้องพิจารณาการปรับตัวของบุคคลอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถปรับตัวได้ตามสภาพปกติที่บุคคลควรจะปรับตัวอย่างเหมาะสม จะทำให้อุบัติการณ์ที่มีความผิดปกติทางจิตได้ รวมทั้งยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต การมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิต และแนวทางการดูแลช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (บ.ก.). (2557). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม และวิไลพร ขำวงษ์. (2557). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Concept of Mental Health). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (หน้า 67-89). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ต้นติมา ดั่งโยธา และสายฝน เอกวารงกูร. (2565). การให้การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน สายฝน เอกวารงกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (หน้า 97-120). (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- แพ จันทร์สุข. (2557). การดูแลบุคคลที่มีความวิตกกังวล (Caring for Anxiety). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (หน้า 136-146). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- แพ จันทร์สุข และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2557). การดูแลบุคคลที่มีความเครียด (Caring for Stress). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (หน้า 117-135). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2557). การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตสังคม (Caring for Psychosocial Problems). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (หน้า 147-185). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ศรัญญา จริงมาก. (2564). *สุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุตรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2556). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวารงกูร. (บ.ก.). (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

- สายฝน เอกวางกูร และปราณี เชษขุนทด. (2565). การประเมินสภาพและคัดกรองปัญหาทางจิตเวช และสุขภาพจิต. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (หน้า 55-70). (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. (2556). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ดรีเทพ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรธรณ ดวงจันทร์. (2559). (บ.ก.). *มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิชชิง.
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Varcariolis, E. M., Fosbre, C. D., & Chiappetta, L. (2020). *Essentials of Psychiatric-Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care*. (4th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2017). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (7th ed). Philadelphia, PA: Williams & Wilkins.