

บทที่ 2

ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้แบ่งหัวข้อประกอบการศึกษาดังนี้

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิต
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิต
 - 2.1 ความหมายของสุขภาวะจิต
 - 2.2 ความสำคัญของสุขภาวะจิต
 - 2.3 งานสุขภาวะจิตในประเทศไทย
 - 2.4 งานสุขภาวะจิตในต่างประเทศ
 - 2.5 องค์ประกอบของสุขภาวะจิต
 - 2.6 ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาวะจิตดี
 - 2.7 ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาวะจิตไม่ดี
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา
 - 3.1 หลักการในการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา
 - 3.2 ขอบข่ายของงานบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
 - 3.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา
 - 3.4 คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิต
 - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิตในประเทศไทย
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะจิตในต่างประเทศ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเทศไทย
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในต่างประเทศ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ทฤษฎีสุขภาพจิตตามหลักจิตวิทยาพลวัต

จำลอง ดิษยวุฒิ (2522 : 41 - 43) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสุขภาพจิตตามหลักจิตวิทยาพลวัตโดยสรุปว่า พฤติกรรมของมนุษย์ทุกคนต้องมีเป้าประสงค์ (Goal) มนุษย์มีแรงขับ (Drive) ซึ่งผลักดันให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจ (Motives) ที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตัวเองวางไว้ เมื่อใดก็ตามที่มนุษย์ไม่สามารถไปสู่จุดมุ่งหมายหรือเป้าประสงค์ที่ตัวเองวางไว้ได้ มนุษย์ก็จะเกิดความคับข้องใจ (Frustration) เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความแปรปรวนทางจิตใจก็เกิดขึ้นตามมา คือความวิตกกังวล ความกดดันทางใจ (Psychological Stress) หรือความตึงเครียด แหล่งกำเนิดของความคับข้องใจอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ในลักษณะที่เป็นอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางหรือจากภายในตัวบุคคล ในลักษณะที่เป็นความบกพร่อง เช่น รูปร่างหน้าตาไม่สวย สติปัญญาไม่ดี ร่างกายพิการ เป็นต้น ในบางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งของแรงจูงใจ (Conflict of Motives) ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่สบายใจหรือความวิตกกังวลอันมีผลต่อสุขภาพจิต ความขัดแย้งแบ่งออกได้เป็น 4 แบบ คือ

1. ความขัดแย้งแบบเข้าหา (Approach-Approach Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีเป้าประสงค์ที่พอใจทั้งสองอย่าง แต่ต้องตัดสินใจเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งเข้าทำนองรักพี่เสียดายน้อง
2. ความขัดแย้งแบบหลีกเลี่ยง-หลีกเลี่ยง (Avoidance-Avoidance Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีเป้าประสงค์ที่ไม่พอใจทั้ง 2 อย่าง แต่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง เข้าทำนองหนีเสือปะจระเข้
3. ความขัดแย้งแบบเข้าหา-หลีกเลี่ยง (Approach-Avoidance Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับเป้าประสงค์ซึ่งมีลักษณะที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย
4. ความขัดแย้งแบบเข้าหา-หลีกเลี่ยง ซ้อน (Double Approach-Avoidance Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับการเลือกระหว่างเป้าประสงค์สองอย่าง ซึ่งแต่ละอย่างก็มีส่วนที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในขณะเดียวกัน เข้าทำนองกลืนไม่เข้าคายไม่ออก

ตามทฤษฎีสุขภาพจิตตามหลักจิตวิทยาพลวัตนี้ สรุปได้ว่าคนที่มีความสุขจิตไม่ดีนั้นคือคนที่เกิดความคับข้องใจและคนที่เกิดความขัดแย้งในใจ (Conflict) นั้นเอง

นายแพทย์ปราโมทย์ เชาวศิลป์ (2526 : 105 - 115) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีสุขภาพจิตตามแนวทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud) โดยสรุปได้ว่า โรคจิตเวชเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานอย่างผิดปกติในการพัฒนาของ (Psychic Apparatus) โดยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งและอาการที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยแล้วแต่การทำงานอย่างผิดปกตินี้มากหรือน้อย

ถ้ามองดูในแง่ของแรงผลักดันของจิตใจ (Drive) พบว่าแรงผลักดันของจิตใจ ต้องถูกควบคุมไว้ตามสมควร แต่ไม่ใช่มากเกินไป ถ้าแรงผลักดันถูกควบคุมน้อยเกินไปจะทำให้บุคคลนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถอยู่ในสังคมของคนปกติได้ เพราะจะทำอะไรเอาแต่ใจตนเองโดยไม่คิดถึงผู้อื่น และถ้าแรงผลักดันนี้ถูกควบคุมมากเกินไปก็จะเกิดผลเสียหายได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ถ้าแรงขับทางเพศ (Sexual Drive) ถูกควบคุมอย่างเข้มงวดกวดขันและเร็วเกินไปคือเด็กยังเล็กเกินไป จะทำให้บุคคลผู้นั้นเสียความสามารถที่จะมีความสุขทางเพศตามที่สมควรเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว ถ้าแรงผลักดันทางจิตใจในการก้าวร้าว (Aggressive Drive) ถูกควบคุมมากเกินไปจะทำให้บุคคลผู้นั้นเป็นคนขี้ขลาดไม่เป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าแข่งขันกับผู้อื่น (ซึ่งในชีวิตประจำวันของผู้ใหญ่นั้นย่อมจะต้องมีการแข่งขันกันเป็นธรรมดา) นอกจากนี้ Aggressive Drive ที่ถูกควบคุมอย่างเข้มงวดกวดขันนี้ ย่อมไม่มีการแสดงออกกับบุคคลภายนอกหรือมีทางระบายออกน้อยเกินไป ก็จะกลับหันมาทำร้ายตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Self - Destruction

ในขณะที่ Superego กำลังพัฒนานั้น ถ้ามีความผิดปกติในการเลี้ยงดูเอาใจใส่ เช่น ขาดความรัก ความอบอุ่นหรือถูกตามใจมากเกินไป หรืออบรมสั่งสอนไม่คงเส้นคงวา เป็นต้น ก็ย่อมจะทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลผู้นั้นได้ ผลก็คือจะได้ Superego ที่รุนแรงเกรี้ยวกราดหยาบกระด้างจนเกินไป หรืออ่อนแอเกินไปหรือมีทั้งสองอย่างปนกันคือไม่คงเส้นคงวา สม่่าเสมอ

ฟรอยด์ กล่าวว่า การที่คนเราเป็นโรคประสาทนั้นผู้ป่วยได้รับประโยชน์สองประการ คือประโยชน์ทางตรงและประโยชน์ทางอ้อม ซึ่งเราจะได้อธิบายเรื่องที่ฟรอยด์กล่าวถึงต่อไปนี้ ฟรอยด์ให้ความเห็นว่าประโยชน์ทางตรง นั้น คือการที่ความปรารถนาของ Id ได้รับการตอบสนองเป็นบางส่วน โดยที่ Ego ไม่ถือว่าเป็นสภาวะอันตราย ซึ่งถ้าความปรารถนาที่โผล่ขึ้นมา โดยไม่มีการแปรรูปหรือตัดแปลง แล้วบุคคลผู้นั้นย่อมจะเกิดความรู้สึกผิด และวิตกกังวลอย่างรุนแรง เพราะเป็นสิ่งที่ ไม่อาจยอมรับได้ ฟรอยด์มีความคิดเห็นว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในอาการของโรคประสาทนั้น ซึ่งน้อยกว่าความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นเมื่อความปรารถนาของ Id จะโผล่ขึ้นมาในระดับที่รู้สึกตัว โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง การที่ Ego ยอมให้ความปรารถนา ของ Id ออกมาในลักษณะ "ประนีประนอม" คืออาการของโรคประสาทนั้นเป็นการระบาย หรือลดความกดดันของพลังงานความปรารถนาดังกล่าวไปในตัวแล้วยังหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญหน้าสภาวะอันตรายอีกด้วย ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการแสดงความฝันที่มีเนื้อหาเปิดเผย (Manifest Dream)

ถ้าจะมองในแง่ของ Id จะเห็นได้ว่าอาการของโรคประสาทนั้นคือ การทดแทน การตอบสนองของความปรารถนาที่ถูกเก็บกดเอาไว้ ถ้ามองในแง่ของ Ego การยอมให้เกิดอาการของโรคประสาทเป็นการแปรรูปหรือเปลี่ยนแปลง โดยไม่ทำให้เกิดสภาวะอันตรายและ ทรมาณน้อยกว่า ที่จะให้ความปรารถนาดังกล่าว โผล่ขึ้นมาโดยตรง

ประโยชน์ทางอ้อม หมายถึง การที่ Ego เรียนรู้ว่าอาการของโรคประสาทที่เกิดขึ้นนั้น มีผลประโยชน์บางอย่างเกิดขึ้นมาพร้อมด้วย และ Ego ได้ถือเอาผลประโยชน์นั้น ตอบสนองความต้องการของตนยกตัวอย่างเช่น ทหารชายคนหนึ่งต้องรบกับผู้ก่อการร้าย เบ็ดเตล็ด เมื่อเกิดอาการของโรคประสาทขึ้น ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ออนตัวกลับมาสู่แนวหลัง ซึ่งได้รับการดูแลอย่างดี และไม่ต้องเสี่ยงอันตรายจากการรบผู้ป่วยจึงไม่ย่อหย่อนหายจากโรคหรือผู้ป่วยบางคนก่อนหน้าที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง พอเริ่มป่วยทุกคนก็หันมาเอาใจใส่ ซึ่งเป็นผลประโยชน์จากการเจ็บป่วยด้วยเหมือนกัน

ตามทฤษฎีของวิชาจิตวิเคราะห์นั้นถือว่า ประโยชน์ทางตรง มีความสำคัญมากกว่า ประโยชน์ทางอ้อม แต่ในแง่ของการรักษานั้น Secondary Gain มีความสำคัญไม่น้อยเลย และผู้ป่วยหลายรายที่รักษาไม่ได้ผลก็เพราะ Secondary Gain เป็นอุปสรรคสำคัญ

ทฤษฎีสภาพจิตแนวความคิดกลุ่มพฤติกรรมนิยม

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2523 : 44 - 49) ได้กล่าวถึงสภาพจิตตามแนวความคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยม โดยสรุปได้ว่า ผู้นำทฤษฎีพฤติกรรมนิยมที่เด่นชัดคือ โจเซฟ โวลเป (Joseph Wolpe) ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์นั้นล้วนเกิดมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมแทบทั้งสิ้น สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์นั้นมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดบุคลิกภาพของแต่ละคน ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และนิสัยต่าง ๆ ต่างก็เกิดขึ้นมาจากการเรียนรู้บุคลิกภาพของคนจึงเปรียบเสมือนเป็นปูนเป็นดิน สภาพแวดล้อมเปรียบเสมือนตัวพิมพ์ ตัวหล่อหลอม คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมักเกิดจากการเรียนรู้ที่ขัดแย้งกันระหว่างการเรียนรู้ในอดีตกับปัจจุบัน และการเรียนรู้อย่างผิด ๆ อันก่อให้เกิดเป็นเงื่อนไขทางอารมณ์ ความรู้สึกที่ถูกกำหนดขึ้นจากการไปเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ สถานที่ วัตถุสิ่งของ สิ่งมีชีวิต หรืออะไรก็ตาม ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้งหมดของมนุษย์ ได้สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจอยู่ภายใน กลายเป็นบ่วงทุกข์ติดตัวเป็นนิสัยขึ้นได้ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 บ่วงทุกข์หรือวัฏจักรของความตึงเครียดที่ก่อให้เกิดสภาวะไม่ปกติของสุขภาพจิตตามแนวความคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยม

ทฤษฎีสภาพจิตตามแนวคิดของ คาร์ล แรมซัม โรเจอร์ส (Carl Ramsom Rogers) :

1902

อาภา จันทรสกุล (2528 : 70 - 76) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสภาพจิตตามแนวคิดของโรเจอร์สโดยสรุปว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อสนองความต้องการ (needs) ที่เกิดขึ้นภายใน

และเป็นเพราะว่ามนุษย์มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง แต่ละบุคคลต้องการพัฒนาไปให้เต็มศักยภาพและต้องการมีอิสระจากการควบคุมของสภาพแวดล้อมภายนอก บุคคลแสดงพฤติกรรม โดยการนำเอาประสบการณ์เดิมบางอย่างมา เป็นสัญลักษณ์ในจิตสำนึก (Symbolized in the Consciousness) โดยปฏิเสธหรือเพิกเฉยกับประสบการณ์เดิมบางอย่าง พฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลอยู่ใต้อิทธิพลของประสบการณ์เฉพาะตัว เขามากกว่าข้อเท็จจริง ตัวอย่างเช่น หญิงหม้ายไม่กล้าแต่งงานใหม่ ทั้งที่มีคนตีมาชอบพอมากมาย เพราะเคยมีประสบการณ์ชีวิตที่ขมขื่นมาก่อน เป็นต้น

การที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายหรือความสำคัญกับประสบการณ์เดิมบางอย่างในการแสดงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ดังนั้น บุคคลที่สามารถรับรู้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ความหมายประสบการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด จะเป็นผู้ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ

และถ้าบุคคลมองตนเองตามที่ เป็นจริง มีความแตกต่างกันมากหรือมีข้อขัดแย้งกันมาก บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลก่อปัญหาให้แก่ตัวเองและผู้อื่น ในรายที่มีความแตกต่างกันรุนแรง เขาอาจจะเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตได้ โรเจอร์สอธิบายว่า ประสบการณ์ทำจิตบำบัดทำให้เขาสามารถยืนยันได้ว่า คนที่มีปัญหาทางจิตใจและบุคลิกภาพคือคนที่มีข้อขัดแย้งระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนที่มองเห็นอย่างรุนแรง ทำให้เขามีปัญหาทางอารมณ์จิตใจและบุคลิกภาพ

นอกจากนี้แล้ว บุคคลที่มองเห็นตนเองตรงกับตนตามความเป็นจริงมักมองเห็นตนตามอุดมคติที่ค่อนข้างเป็นไปได้ ทำให้การดำเนินชีวิตของเขาเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมาย กระตือรือร้นและสนใจหวังอยู่เสมอ เขาจึงมีความพอใจในตนเองอยู่มาก ซึ่งมักนำไปสู่ความพอใจในตนเองอยู่มากและมักนำไปสู่ความพอใจในบุคคลอื่นอีกด้วย ส่วนบุคคลซึ่งสร้างภาพตนตามอุดมคติห่างไกลตนตามที่ เป็นจริงมักประสบความผิดหวังในตนเอง และผู้อื่นเรื่อยไป ทำให้มองเห็นตนเองและผู้อื่นในแง่ลบ มีเพื่อนน้อย คบหาสมาคมกับใคร ๆ ยาก บุคคลประเภทนี้มักมีข้อสับสนในตนเอง และกับผู้อื่นเป็นนิจ

ความวิตกกังวล (Anxiety) โรเจอร์สเชื่อว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความคลาดเคลื่อน (Incongruence) ระหว่างอัตตา (Self) กับประสบการณ์ (Experience) และ

จะทำให้บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีสภาพจิตแปรปรวน กล่าวคือ บุคคลปฏิเสธความต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเองตามความเป็นจริง และพยายามบิดเบือน ประสบการณ์ไปตามเมโนภาพที่ตนเองอยากจะเป็น บุคคลจึงมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมมีการกระทำที่ไม่สมเหตุสมผลกับภาวะความเป็นจริง ความตึงเครียดจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรู้สึกตึงเครียดไม่สามารถปรับตัวได้ ความวิตกกังวลก็จะตามมา

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต

ในปัจจุบันความหมายของสุขภาพจิตได้มีการนำเสนอออกเป็น 2 แนวความคิดคือ หนึ่งเป็นการมองจากผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ โดยจะมองว่าสุขภาพจิตนั้นเป็นเรื่องของ "การปราศจากโรคทางจิต" (Absence of mental disease) แนวคิดที่สองเป็นการมองของนักจิตวิทยาหรือผู้ที่ทำหน้าที่สอน หรือนักจิตวิเคราะห์ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมองสุขภาพจิตในแง่บวก (Positive terms) คือเป็นบุคลิกลักษณะทางจิตวิทยาที่แน่นอน (Presence of certain psychological characteristics)

แม้ว่าคำจำกัดความของสุขภาพจิตจะมี 2 แนวความคิดดังกล่าว แต่จากคำจำกัดความที่บุคคลต่าง ๆ ให้ความนิยามนั้นส่วนใหญ่จะมองสุขภาพจิตในด้านของ "บุคลิกลักษณะทางจิตวิทยาที่แน่นอน" เป็นการมองในด้านบวกตามแนวคิดที่สอง มากกว่าจะมองในลักษณะแนวความคิดที่หนึ่งคือ "การปราศจากโรคทางจิต" ดังตัวอย่างคำจำกัดความต่าง ๆ ต่อไปนี้เช่น

เบอร์นาร์ด (Burnard, 1970 : 12 - 13) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตพอสรุปได้ว่า สุขภาพจิตนั้นหมายถึง ความสามารถและประสิทธิภาพในการปรับตัวให้เข้ากับตนเองและโลกกว้าง มีความสุขใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม กล่าวที่จะเผชิญกับความเป็นจริงในชีวิต อีกทั้งยังสามารถควบคุมตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด ๆ

อบรม สีนภิบาล (2521 : 24 - 25) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพจิตสรุปได้ว่า หมายถึง การปรับตัวให้เป็นผู้เหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อประโยชน์อย่างยั่งยืน ความพอใจ ความรื่นรมย์ ความประพฤติอันสังคมยอมรับ และความสามารถที่จะเผชิญและยอมรับความเป็นจริงแห่งชีวิต

จรินทร์ ชานีรัตน์ (2523 : 269) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตพอสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขของบุคคลที่เป็นผลจากการที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม มีสภาพจิตใจที่มั่นคง ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่หวาดระแวง มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีสมรรถภาพในการทำงาน สามารถจะอยู่กับตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

ศาสตราจารย์นายแพทย์เฟน แสงสิงแก้ว (กมลรัตน์ หล้าสว่าง. 2524 : 1 - 2) ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกและนำความเจริญมาให้แก่วงการจิตเวชมากมาย ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตไว้ดังนี้ "สุขภาพจิตคือสภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพ และผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยมีความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้" ต่อมาภายหลังท่านได้ให้คำจำกัดความใหม่อีกว่า "สุขภาพจิตคือสภาวะชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ"

องค์การอนามัยโลก หรือที่เรียกว่า World Health Organization : WHO (รัตน ดั่งชลทิพย์. 2530 : 29) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า สุขภาพจิตไว้ดังนี้ "สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจซึ่งปราศจากอาการของโรคจิต โรคประสาท หรือลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ทางจิตใจและความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ"

คำจำกัดความของสุขภาพจิตที่มีผู้ให้คำนิยามต่าง ๆ กันไปเหล่านี้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ (มหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงสาธารณสุข. 2523 : 11) ได้สรุปว่า

1. ไม่สามารถให้คำนิยามให้ถูกต้องได้
2. สุขภาพจิตมีส่วนสำคัญ 3 ประการ คือ
 - 2.1 มีความสุข
 - 2.2 การดำเนินชีวิต
 - 2.3 การป่วยไข้

และจากคำจำกัดความของสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้นนี้จะสังเกตเห็นได้ว่า มักจะเป็นไปในแนวทางที่เป็นกำหนัดขอบเขตและลักษณะของสภาพจิตใจที่ดีไว้ หรือมักมีความหมายในทางที่บ่งบอกลักษณะของผู้ที่มีสภาพจิตใจที่ดีว่าควรเป็นอย่างไรในคำจำกัดความนั้น ๆ เสมอ เช่น คำจำกัดความของนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ที่ว่า "สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ" ศัพท์คำว่า "สุขภาพจิต" จึงควรมีการใช้ในลักษณะของคำที่มีความหมายในทางที่ดี เช่น "สุขภาพจิตของนักเรียน" ก็ควรจะหมายความถึงสภาพจิตใจที่ดีของผู้ศึกษาเล่าเรียน แต่ในทางปฏิบัติแล้ว ส่วนใหญ่มักจะใช้ศัพท์คำนี้ไปในความหมายของ "สภาพจิตใจ" ซึ่งเป็นลักษณะกลาง ๆ มากกว่าจะหมายถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อจะใช้ในทางที่ดี สำหรับภาษาอังกฤษก็อาจใช้ศัพท์คำว่า "Mentally healthy" หรือ "Positive mental health" ดังเช่นที่ จาโฮดา (Jahoda, 1963 : 1068) ใช้เมื่อต้องการอธิบายลักษณะของสภาพจิตใจที่ดี ส่วนในภาษาไทยจะมีคำว่า "ดี" "สมบูรณ์" เป็นต้น มาต่อท้ายคำว่า "สุขภาพจิต" อีกที่หนึ่งเป็น "สุขภาพจิตดี" "สุขภาพจิตสมบูรณ์" และถ้าจะใช้ไปในความหมายไม่ดีก็จะใช้คำว่า "Mental ill health" หรือ "Mental illness" ดังมีปรากฏอยู่ในข้อเขียนของ จาโฮดา (Jahoda, 1963 : 1078) สำหรับภาษาไทยมักจะใช้คำว่า "สุขภาพจิตไม่ดี" "สุขภาพจิตเสื่อมโทรม" หรือ "มีปัญหาสุขภาพจิต" แทน

การใช้ศัพท์คำว่าสุขภาพจิต ในลักษณะที่มีความหมายกลาง ๆ ไม่ใช่เป็นความหมายที่ดีหรือเลวนี้พบว่า มีการใช้มาก จะเห็นได้จากหนังสือ การพูดหรือการบรรยายต่าง ๆ เสมอ เช่น ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ ภาคสุวรรณ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้อธิบายลักษณะของสุขภาพจิตไว้ในการอภิปรายหมู่เรื่อง "สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพจิต ปัญหาปัจจุบัน" (รัตนา ตั้งชลทิพย์, 2530 : 31) ว่า สุขภาพจิต

ดีพร้อม - ในโลกนี้เชื่อหาไม่ได้ นอกจากพระอรหันต์

ดี - พบเรา ๆ ที่มีความสุขในครอบครัว ในการทำงานไม่เจ็บป่วยอาจมีความสุข
วิตกกังวลอยู่บ้าง แต่สามารถบิดเป่าไปได้ดี

สุขภาพจิตเสื่อมโทรมมาก (โรคจิต โรคประสาทบางประเภท)

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตอาจหมายถึง สภาพจิตใจที่ดี ซึ่งมีลักษณะต่าง ๆ มากมายแตกต่างกันไป ตามคำจำกัดความของผู้ให้คำนิยามแต่ละคนหรืออาจหมายถึง สภาพจิตใจที่มีลักษณะกลาง ๆ โดยจะมีสภาวะเป็นอย่างไรก็ได้ คือจะดีก็ได้หรือไม่ดีก็ได้ ตามลักษณะของคำที่มาอธิบายเพิ่มเติม

สำหรับความหมายของสุขภาพจิตในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นความหมายตามแบบที่นิยมใช้ในทางปฏิบัติคือ เป็น "สภาพของจิตใจ" และเป็นสภาพของจิตใจในสภาวะที่มีปัญหาความไม่สบายใจและแสดงอาการของโรคทางจิต 9 กลุ่มอาการ อาการของโรคทางจิตทั้ง 9 กลุ่มอาการนี้ ได้มาจากการวัดของแบบทดสอบ SCL - 90 ซึ่งเป็นแบบทดสอบวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเบื้องต้นที่มักพบในผู้มาขอรับบริการทางจิตเวช ลักษณะและรายละเอียดสภาวะสุขภาพจิตทั้ง 9 กลุ่มอาการ ได้กล่าวไว้แล้วในคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสำคัญของสุขภาพจิต

อบรม สันติบาล (2521 : 26) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของสุขภาพจิตที่มีต่อชีวิตประจำวัน ไว้ดังนี้ สุขภาพจิตดี ช่วยทำให้บุคคลมีความรับผิดชอบในการงานที่ตนทำทั้งทางด้านส่วนตัวและทางด้านสังคม มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักใช้ความสามารถของตน มีทัศนคติต่อสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นคนที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานและการประกอบอาชีพ และพยายามแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ที่ตนประสบให้เป็น ไปอย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้องที่สุดในสายตาของตนเอง และสังคม

ความสำคัญของสุขภาพจิตต่อเด็ก ในสถานการศึกษารวมทั้งการเรียนการสอนคือ ในสถานการณการเรียนการสอน ถ้าเด็กนักเรียนมีสุขภาพจิตดี เด็กก็มีความสุข มีความสนใจ มีความสนุกสนานในการเล่าเรียนและอยู่ร่วมกันเพื่อนฝูง ได้ดี

ความสำคัญของสุขภาพจิตต่อครู นักสังคมสงเคราะห์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เด็กวัยรุ่นและเพื่อนร่วมงาน คือช่วยให้ความกระตือรือร้นในเรื่องความเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ที่ตนมีความเกี่ยวข้องด้วยและยังจะ เข้าใจบุคลิกภาพของผู้ร่วมงาน ความสัมพันธ์ที่ติดต่อครอบครัว เพื่อนฝูง โรงเรียน และชุมชน

ความสำคัญของสุขภาพจิตต่อผู้ให้คำปรึกษา เนื่องจากการบริการให้คำปรึกษาเป็นงานที่ให้บริการทางด้านการแก้ปัญหาเกี่ยวกับปัญหาชีวิตส่วนตัวและสังคม ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา ปัญหาเกี่ยวกับการงานและอาชีพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว ได้พ้นจากสภาพที่ไม่ต้องการและสามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างเต็มที่ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าไปช่วยเหลือด้วยวิธีการตามหลักวิชาและเต็มความสามารถของตนเอง การเข้าไปช่วยเหลือของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพจิตที่ค่อนข้างมาก เนื่องจากเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดที่มีต่อสภาพปัญหาของผู้มาขอรับคำปรึกษาซึ่งล้วนแต่เป็นลักษณะของความเจ็บป่วยทางอารมณ์และความรู้สึกอย่างรุนแรงของผู้อื่นเสมอ ถ้าผู้ให้คำปรึกษามีสุขภาพจิตดีก็เปรียบเสมือนกับการมีภูมิคุ้มกันจากอาการของโรคจิต โรคประสาทได้ ขณะเดียวกันถ้าผู้ให้คำปรึกษามีสุขภาพจิตไม่ดี หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ย่อมมีผลกระทบต่อกระบวนการให้คำปรึกษาทำให้การให้คำปรึกษาขาดความต่อเนื่อง หรือประสบความล้มเหลวได้ในที่สุด

งานสุขภาพจิตในประเทศไทย

โสภณ ชูพิกุลชัย (2514 : 47 - 49) ได้เขียนถึงสุขภาพจิตในประเทศไทยพอสรุปได้ดังนี้

งานสุขภาพจิตของประเทศไทยนั้นสังคมอยู่ในกองพยาบาล โรคจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเริ่มตั้งในปี พ.ศ. 2484 งานสุขภาพจิตในประเทศไทยเริ่มจากการรักษาคนไข้ในโรงพยาบาลก่อน แล้วก้าวออกสู่ประชาชนนอกโรงพยาบาลในภายหลัง งานสุขภาพจิตเป็นงานที่ประกอบด้วย

1. การดูแลรักษาในโรงพยาบาล โรคจิตและโรงพยาบาลเฉพาะบางประเภท เช่น โรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลปัญญาอ่อน โรงพยาบาลยาเสพติด ฯลฯ
2. รักษาคนไข้ นอกที่ไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา
3. รักษาโรคจิตในโรงพยาบาลทั่วไป
4. การดูแลในสถานพักฟื้น ชุมชน หน่วยอุตสาหกรรมบำบัด
5. คลินิกสุขภาพจิตเฉพาะที่และหน่วยสุขภาพจิตเคลื่อนที่สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ที่เริ่มป่วย เพื่อป้องกันโรคจิต โรคประสาท
6. การส่งเสริมสุขภาพจิตด้านการให้การศึกษาและบริการ

งานสุขภาพจิตคือการทำงานกับประชาชนในรูปของคลินิกหรือศูนย์สุขภาพจิต หรือในรูปของการศึกษิต่าง ๆ หลังจากประเทศต่าง ๆ ได้ร่วมกันจัดตั้งสหพันธ์สุขภาพจิตขึ้น ที่กรุงลอนดอน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2441 งานสุขภาพจิตก็ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง

พ.ศ. 2495 นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้รับแต่งตั้งเป็นผู้แทนประเทศไทยเข้าร่วมประชุมสัมมนาสุขภาพจิตที่เมืองซีเชสเตอร์ ในประเทศอังกฤษ และในปีนั้นแคนาดาได้ส่งนายแพทย์มาเป็นที่ปรึกษาระยะเวลาสามเดือน และได้เสนอแนะให้มีคลินิกสุขภาพจิตขึ้น เพื่อตรวจรักษาโรคและเพื่อเป็นศูนย์ของการศึกษาสุขภาพจิตทั่วไป

พ.ศ. 2496 ตั้งคลินิกสุขภาพจิตขึ้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และขยายบริการที่สถานสงเคราะห์แม่และเด็กสาทร เมื่อ พ.ศ. 2500

พ.ศ. 2502 ได้มีการจัดตั้งสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย โดยมีแพทย์หญิงสุภา มาลากุล ดร. อัมพร มีสุข และนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว เป็นผู้จดทะเบียน องค์การอนามัยโลก ได้ตกลงให้ทุกประเทศแสดงความรู้และกิจกรรมในวันอนามัยโลกเป็นประจำทุกปี ในปีนี้ประเทศไทยเราแสดงเรื่องสุขภาพจิตในประเทศไทย มีการพิมพ์เอกสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตออกเผยแพร่แก่ประชาชน มีการประกวดโปสเตอร์คำขวัญต่าง ๆ และการอภิปรายปัญหา

พ.ศ. 2507 สมาคมสุขภาพจิตและสมาคมจิตแพทย์ได้จัด "สัปดาห์แห่งสุขภาพจิต" ขึ้น โดยตลอดสัปดาห์เป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั้งโดยสื่อมวลชนและอื่น ๆ พร้อมทั้งมีนิทรรศการต่าง ๆ ทางสุขภาพจิต

พ.ศ. 2508 ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการประชุมใหญ่ประจำปีของสหพันธ์สุขภาพจิตโลก มีผู้แทนสุขภาพจิตกว่า 300 คน จาก 21 ประเทศเข้าร่วมประชุมที่กรุงเทพฯ ในการนี้สมาคมสุขภาพจิต สมาคมจิตแพทย์ และสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทยเป็นเจ้าของเรื่อง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการสุขภาพจิตมากขึ้น ต่อมาสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยได้เข้ามาอยู่ในพระบรมราชูปถัมภ์ และเข้าร่วมเป็นภาคีสหพันธ์สุขภาพจิตแห่งโลก

เนื่องจากวิชาการสุขภาพจิตเป็นวิชาที่ควรแก่การสนใจและศึกษา ดังนั้นในระยะหลังวิชาการสุขภาพจิตได้รับการบรรจุให้ทำการสอนในแทบทุกแขนงของหลักสูตรก่อนปริญญาและหลังปริญญาของทุกสถานศึกษา

งานสุขภาพจิตในต่างประเทศ

คิสเกอร์ (ยนต์ คุ้มจิต. 2520 : 9 - 11 ; อ้างอิงมาจาก Kisker. 1964 : 52 - 53) ได้กล่าวถึงงานสุขภาพจิตในต่างประเทศ พอสรุปได้ว่า เริ่มจากแคฟเฟอร์ด ดับบลิว เบียร์ส (Clifford W. Beers) ซึ่งเป็นชาวอเมริกัน หลังจากจบปริญญาตรีและออกไปประกอบอาชีพเกิดมีอารมณ์แปรปรวนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทำให้ได้สังเกตถึงวิธีการรักษาคคนไข้ด้วยวิธีการทารุณต่าง ๆ รวมทั้งไม่ได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล เขาได้เขียนจดหมายถึงสถาบันหลายแห่งรวมทั้งประธานาธิบดีของสหรัฐในสมัยนั้นด้วยแต่ก็ไร้ผลจึงบันทึกสิ่งที่พบเห็นในโรงพยาบาลต่าง ๆ ไว้มากมายเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ 5 ปี จึงพิมพ์หนังสือขึ้นมาเมื่อปี ค.ศ. 1908 หนังสือชื่อ "จิตที่พบในตัวเอง" (A Mind that Found Itself) ในหนังสือเล่มนี้ได้เปิดเผยความชั่วร้ายในโรงพยาบาลโรคจิตต่าง ๆ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงไว้ด้วย เมื่อหนังสือของเบียร์สออกเผยแพร่แล้วต่อมาได้มีการจัดตั้งสมาคมสุขภาพจิตขึ้นที่รัฐคอนเนคติกัต (Connecticut Society for Mental Hygiene) เบียร์สได้รับเลือกเป็นเลขานุการของสมาคมนี้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1909 มีการจัดตั้งสมาคมสุขภาพจิตขึ้นที่กรุงนิวยอร์ก และเบียร์สก็ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเลขานุการของสมาคมนี้เป็นเวลา 30 ปี

ในปี ค.ศ. 1950 สมาคมที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตหลาย ๆ สมาคมได้รวมตัวกันและเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น "สมาคมสุขภาพจิตแห่งชาติ" (Nation Association for Mental Health) อย่างเป็นทางการ โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงาน 3 ประการคือ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน
2. การพยายามหาทางป้องกันความผิดปกติทางจิตและประสาทที่อาจจะเกิดขึ้น
3. การปรับปรุงวิธีดูแลรักษาความผิดปกติทางจิตและความบกพร่องทางสมองและสติปัญญา

สติปัญญา

ในปี ค.ศ. 1931 มีการประชุมกลุ่มประเทศที่สนใจในเรื่องสุขภาพจิตขึ้นที่กรุงวอชิงตันทำให้เกิดสมาคมสุขภาพจิตนานาชาติขึ้น (International Committee on Mental Hygiene)

ในปี ค.ศ. 1948 สหประชาชาติได้ร่วมกับสหพันธ์สุขภาพจิตแห่งโลก (World Education for Mental Health) ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่กรุงลอนดอน ทำให้งานสุขภาพจิตมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น มีสมาชิกประกอบด้วยคนหลายอาชีพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักมนุษยวิทยา นักการศึกษา นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

ในปี ค.ศ. 1960 สหพันธ์สุขภาพจิตโลกได้ขยายกิจการอย่างกว้างขวาง มีสมาคมต่าง ๆ ถึง 123 สมาคมจากประเทศต่าง ๆ 43 ประเทศ ต่อมาสหพันธ์สุขภาพจิตได้เข้าร่วมองค์การต่าง ๆ ในสหประชาชาติอย่างใกล้ชิด เช่น

1. องค์การศึกษาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization)
2. องค์การกองทุนสำหรับเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund)
3. องค์การแรงงานนานาชาติ (International Labor Organization)
4. องค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกนี้ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการปรับปรุงและส่งเสริมงานของสุขภาพจิต ได้แก่ มวลชนทั่วโลก ทำการศึกษาและค้นคว้าวิจัยในปัญหาสุขภาพ มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากประเทศต่าง ๆ 35 ประเทศ จำนวน 70 คน

องค์ประกอบของสุขภาพจิต

องค์ประกอบของสุขภาพจิตนั้นประกอบด้วยพื้นฐานหลายประการด้วยกัน บุหงา วชิระศักดิ์มงคล (2523 : 15) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่สำคัญมี 3 ประการ ดังนี้

1. ระบบชีวภาพ (Biological System) จะเกี่ยวข้องกับ
 - 1.1 พันธุกรรม ความบกพร่องทางเขาวนปัญญา
 - 1.2 ความพิการ ไม่สมประกอบ
 - 1.3 อุบัติเหตุ
 - 1.4 พิษจากเชื้อโรคและจากสารเคมี

- 1.5 การเปลี่ยนวัย
- 1.6 สุขภาพกายทั่วไป ขนาด (เล็ก, ใหญ่) น้ำหนัก
- 1.7 โภชนาการ

2. ระบบจิตใจ (Psychological System) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ

- 2.1 บุคลิกภาพบกพร่อง หนีสังคม เก็บตัว ขาดทักษะสังคม ปรับตัวยาก ยึดหยุ่น

น้อย มีข้อจำกัดมาก

- 2.2 ดุลยภาพทางอารมณ์
- 2.3 สุขนิสัยด้านต่าง ๆ การทำงาน งานอดิเรก การพักผ่อน
- 2.4 การบริการทางจิต
- 2.5 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 2.6 การเตรียมพร้อมเพื่อการช่วยตนเอง

3. ระบบทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio Cultural System) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ

- 3.1 สภาพครอบครัวไม่เหมาะสม แยกแยก วิวาท
- 3.2 ค่านิยม
- 3.3 การโยกย้าย บ้าน งาน การพลัดพราก
- 3.4 สาธารณภัย
- 3.5 การเมือง สังคม เศรษฐกิจ
- 3.6 สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์
- 3.7 กลุ่มเพื่อนที่ไม่เหมาะสม

กรมการแพทย์ (2525 : 16) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพจิตไว้ 3 ด้าน

สรุปได้ดังนี้

1. สภาพทางกาย (Physical Stress) ได้แก่ พันธุกรรม อนามัย การได้รับสิ่งที่เป็นพิษ โภชนาการ โรคภัยไข้เจ็บ ความพิการ เป็นต้น
2. พื้นฐานบุคลิกภาพเดิม (Personality Defect) ซึ่งอยู่ได้อิทธิพลของประสบการณ์จากสัมพันธภาพภายในครอบครัว ความต้องการพื้นฐาน การได้รับการตอบสนองและการปรับตัว ประสบการณ์ที่ได้จากสังคม ความสะเทือนใจที่ได้มาแต่เด็ก

3. เหตุกระตุ้น (Mental Stress) ภาวะกดดันทางจิตใจซึ่งมักมาจากการเงิน การงาน ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม การใช้ชีวิตด้านเพศ

จากแนวคิดดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบของสุขภาพจิตที่สำคัญมี 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านร่างกาย
2. องค์ประกอบทางด้านจิตใจ
3. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (สิ่งแวดล้อม)

ฉะนั้น การพิจารณาาระดับสุขภาพจิตของบุคคลก็น่าจะพิจารณาได้จากความสมบูรณ์ของ องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านดังกล่าว

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ได้มีนักจิตวิทยาและนักสุขภาพจิตหลายท่าน ได้อธิบายถึงลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตไว้มากมายหลายทัศนะ ซึ่งผู้วิจัยสามารถรวบรวมคำอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดี ได้ดังนี้
บุหงา วชิระศักดิ์มงคล (2523 : 13 - 14) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ ดังนี้

1. ด้านสติปัญญา ความคิดความเข้าใจ ผู้มีสุขภาพจิตดีจะหมายถึง ผู้มีการรับรู้ตรงตามความเป็นจริง ใช้สติปัญญาในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาด้วยความแม่นยำ เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรง โดยการเผชิญปัญหา
2. ด้านอารมณ์ ผู้มีสุขภาพจิตดีไม่ใช่ปราศจากความคับข้องใจหรือขัดแย้งใจ แต่เป็นผู้สามารถเผชิญความตึงเครียด และความกดดันต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี มีความขัดแย้งในใจน้อย เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ สามารถรักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ รับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และที่เกิดขึ้นอย่างช่วยไม่ได้ มีการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ไม่เก็บกด
3. ด้านสังคม ผู้มีสุขภาพจิตดีคือผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีทักษะทางสังคม ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือเรียวร้อง ฟุ้งฟุ้งทำให้คนอื่นรู้สึกเป็นภาระ สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ปรับตัวเข้ากับสังคมจนไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

4. ด้านการงาน ผู้มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกว่าอาชีพที่ตรงตามความสามารถ ความถนัด และความสนใจ ทำงานมีประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้จะสนองความคิดเพราะเศรษฐกิจแล้ว ยังช่วยให้บุคคลรู้จักและค้นพบตัวเอง สอนความคิดการหาวิธียอมรับจากสังคม เป็นต้น

5. ด้านความรัก ผู้มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสามารถที่จะรักได้อย่างแท้จริง รักในมนุษยชาติ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เชื่อถือไว้วางใจ ใกล้ชิดสนิทสนม พึงพอใจเมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข มีความรักระหว่างเพศ รู้จักยอมรับตัวเองเท่ากับรักผู้อื่นได้

6. ด้านตน มีความเข้าใจตนเอง รู้จักตน ยอมรับตนเองว่าเราเป็นใคร ต้องการอะไร ยอมรับข้อบกพร่อง ภาคภูมิใจส่วนตัวของตน เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ยอมรับประสบการณ์ต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

7. ด้านเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม ถ้าบุคคลใดก็ตามสามารถพัฒนาทั้ง 6 ด้านที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นไปอย่างราบรื่น ก็จะส่งผลให้การพัฒนาด้านที่ 7 เผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ผลดียิ่งขึ้น

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเรียน ที่มีสุขภาพจิตดี รัตนา ตั้งชลทิพย์ (2530 : 32 - 35) ได้รวบรวมไว้มีดังนี้

1. บุคลิกลักษณะของเด็กที่เริ่มเข้าโรงเรียน (ตั้งแต่ 6 ขวบขึ้นไป)
 - 1.1 มีความสนใจ ใคร่รู้ ใคร่เห็น ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาเป็นอย่างมาก
 - 1.2 มีความตั้งใจสนใจอย่างจริงจังต่อกิจกรรมต่าง ๆ และจะทำด้วยตนเอง
 - 1.3 มีความรับผิดชอบที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ เป็นผลสำเร็จ
 - 1.4 ไม่มีลักษณะของความหวาดกลัวหรือเหนียวอายจนเกินไป เช่น ไม่ควรกลัวสัตว์ พายุ ความมืด
 - 1.5 พอใจที่จะได้ร่วมวงสนทนา โดยเฉพาะ เรื่องที่มีความซับซ้อน
 - 1.6 ส่วนใหญ่แล้วจะมีที่ทำเต็ม ไปด้วยความสุขและร่าเริง
 - 1.7 มีความมั่นใจในตัวเอง
 - 1.8 มีความมั่นใจในตัวเอง
 - 1.9 ข้อความและสำนวนที่พูดมีลักษณะ เป็นผู้ใหญ่

FD
740.7
.75
0175 ลิ
7536

๗
155.6
ศ 173 ล

- 9 พ.ศ. 2535
3640072



มหาวิทยาลัยนเรศวร

1.10 เรียนรู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสมบัติส่วนตัวของตนเอง พร้อมทั้งรู้จักเก็บ

ให้เป็นที่เป็นทาง

1.11 มีความสุขสนุกสนานที่ได้เล่น

1.12 มีท่าทีที่เป็นมิตรกับผู้อื่น

1.13 ไม่แสดงความหวาดกลัวจนเกิน ไปต่อเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่คุ้นเคย

1.14 มีความสามารถที่จะใช้เวลาอยู่ตามลำพัง ได้ โดยที่ไม่ต้องวิ่งหาผู้ใหญ่เป็น

เพื่อนเล่น

1.15 มีความตั้งใจที่จะแบ่งปันของของตนเอง ให้กับเพื่อนบ้าง

1.16 มีความสนใจที่จะช่วยให้บุคคลอื่นมีความสุขและตั้งใจที่จะช่วยเขา

1.17 แสดงความนับถือต่อผู้ใหญ่

1.18 มีความสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เช่น อุปนิสัยของการกินนอน

และการขับถ่าย การรักษาความสะอาด เป็นต้น

1.19 การเคลื่อนไหวทางร่างกายมีความผสมผสานกันดี เช่น ในกาวิ่ง เดิน วิ่ง

หยิบจับวัตถุ

2. บุคลิกลักษณะของเด็กที่อยู่ในประถม 3 - 4 - 5 นอกจากจะมีคุณลักษณะดังกล่าว

มาข้างต้นแล้ว ยังมีสิ่งต่อไปนี้เพิ่มอีก

2.1 มีความอดทนต่อขั้นตอนงานที่มีความยากลำบาก

2.2 รับประทานอาหารให้สำเร็จลุล่วงไปอย่างรวดเร็ว โดยไม่อืดออด

2.3 อยู่ในระยะที่เรารู้ว่าไม่ควรถอยหนีต่อหน้าที่ซึ่งตนไม่เห็นด้วย

2.4 มีความสนุกสนานต่อกิจกรรมและงานของโรงเรียน

2.5 สามารถเผชิญต่อความผิดหวังอย่างกล้าหาญ

2.6 สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ที่พุ่งมาอย่างแรง ไม่ว่าจะเป็ความโกรธ

หรือความกลัว

2.7 แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ที่อ่อนแอกว่าและอายุน้อยกว่า

2.8 แสดงความเมตตา กรุณาต่อสัตว์

2.9 เพื่อฟังกฎเกณฑ์ของกลุ่ม มีความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มและช่วยในการวางแผน

2.10 รู้จักที่จะรอให้ถึงวาระของตน

2.11 พยายามเอาชนะอุปสรรคและความยากลำบากด้วยตัวเอง โดยที่ไม่ขอความช่วยเหลือจากครู

2.12 หลีกเลียงจากการทะเลาะเบาะแว้ง

2.13 หลีกเลียงจากการขัดแย้งกับผู้อื่น โดยไม่จำเป็น

2.14 เมื่อพบสิ่งที่น่ากลัว จะคืนให้แก่เจ้าของ

2.15 ไม่ถือสิทธิ์ในสมบัติของผู้อื่น

3. บุคลิกที่เป็นลักษณะของเด็กในชั้นประถม 6 - ม.1 นอกจากจะมีคุณสมบัติดังกล่าวมาแล้ว ยังมีสิ่งต่อไปนี้เพิ่มอีก

3.1 เนื่องจากมีความสนใจอยากรู้ อยากเห็น ในโลกที่อยู่รอบตัวจึงพยายามที่จะค้นคว้า โดยการทดลองหรือสังเกตเพื่อจะตอบสนองความต้องการดังกล่าว

3.2 มีความสนใจเป็นพิเศษในเพื่อนหรือกีฬา หรืองานอดิเรก หรือในทุก ๆ สิ่งที่กำลังมาทั้งหมด

3.3 เผชิญหน้ากับความยากลำบาก โดยไม่บ่น

3.4 มีความคิดริเริ่มในการทำงานและการเล่น

3.5 เพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่ทั้งที่บ้านและทางโรงเรียน

3.6 สามารถเฉลี่ยความสนุกสนานและสิ่งของตนแก่ผู้อื่น

3.7 เคารพในสิทธิและสมบัติของผู้อื่น

3.8 ร่วมมือกับผู้อื่น ในการเล่นและการทำงาน

3.9 เพิ่มความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น โดยการที่พยายามแก้ไขปัญหามาอย่างด้วยตนเอง

3.10 ให้ความสนใจในการปรับตัวในสังคมและชนประเพณี เช่น รู้จักใช้ภาษาที่พูดที่เหมาะสม รู้จักฟังผู้อื่นพูดบ้าง โดยที่ไม่ผูกขาด การสนทนาแต่ผู้เดียวหรือพูดขัดคอผู้อื่น ในขณะที่ เขายังพูดไม่จบ

3.11 เอาชนะความอาย ความขัดเขินในเมื่อมีคนแปลกหน้า หรือต้องตกอยู่ใน
 แวดวงที่ผิดไปกว่าเดิม

4. บุคลิกลักษณะของเด็กชั้น ม.2, 3, 4 - 5 นอกจากคุณลักษณะดังกล่าว ยังมีสิ่ง
 พวกนี้เพิ่มมาอีก

- 4.1 การทำงานมีความอดทนตั้งใจ สามารถทำให้สำเร็จลุล่วงไป
- 4.2 มีความซื่อสัตย์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น
- 4.3 ขัดเกลาอุปนิสัยให้สงบ เยือกเย็น และร่าเริงทัน
- 4.4 พยายามที่จะ ไม่ให้ความอายนั้นมาทำให้ตนเองขาดโอกาสที่จะมีสัมพันธภาพ
- 4.5 เสริมสร้างอารมณ์ขัน
- 4.6 ไม่สนใจจะผูกใจจำในความรู้สึกที่ไม่ดี อิจฉา หรือสงสัย
- 4.7 จัดตัวเองให้มีสุนทรีย์ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย
- 4.8 หลีกเลียงต่อการที่จะมีนิสัยร่าเริง และต้นตอ
- 4.9 มีความเข้าใจในด้านอารมณ์มากขึ้น เช่น รู้ว่าอารมณ์ขันใดที่แสดงถึง
 สุขภาพจิตและเข้าใจถึงแง่ดีของการควบคุมอารมณ์
- 4.10 มีความเข้าใจถึงความรับผิดชอบต่อตนเอง
- 4.11 รู้วิธีการศึกษา เช่น รู้ว่าตนจะแสวงหาสิ่งที่ตนสงสัยจากหนังสือ และ
 เอกสารต่าง ๆ
- 4.12 สำนึกในความรับผิดชอบต่อตนเองที่มีต่อเพื่อน ครอบครัวและชุมชน

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี

การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดีจะทำให้ เข้าใจถึงลักษณะบุคลิกภาพ
 ของผู้มีสุขภาพจิต ได้ดียิ่งขึ้น จึงมีนักจิตวิทยาและนักการศึกษา ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะผู้
 ที่มีสุขภาพจิต ไม่ดีนั้น ไว้แตกต่างกันตามแต่เกณฑ์ที่แตกต่างกันออกไป มีรายละเอียดดังนี้

สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม (2518 : 134 - 135) สุรางค์ จันทน์เอม
 (2527 : 16) และกำธร จ่างทอง (2528 : 74) ได้กล่าวไว้คล้ายคลึงกันในเรื่องพฤติกรรม
 ของคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไว้ โดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมดังจะกล่าวต่อไปนี้ เป็นพฤติกรรมผิดปกติ
 ที่มีต่อกิริยาท่าทางที่ผิดแปลกไปจากมาตรฐานที่สังคมยอมรับ ซึ่งแบ่งแยกออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. ความผิดปกติทางด้านความประพฤติ เช่น แสดงกิริยามารยาทไม่เรียบร้อย ชอบทะเลาะวิวาท ทำลายสิ่งของ เล่นการพนัน ดิตยาเสพติด และอื่น ๆ

2. ความผิดปกติทางด้านประสาทอย่างอ่อน เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว ซื่อจก้า พุดเพื่อเจ้อ ตัดสินใจอะไรเองไม่ได้ มีความหวาดกลัว นอนละเมอ ดิตคนใดคนหนึ่งเป็นพิเศษ อาการกระตุกส่วนในส่วนหนึ่งของร่างกาย และอื่น ๆ

3. ความผิดปกติทางด้านนิสัย ได้แก่ พวกกินอยู่มาก นอนหลับยาก กัดเล็บ ดูดนิ้วมือ ปัสสาวะรดที่นอน และอื่น ๆ

4. การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย เช่น ผู้ใหญ่ที่แสดงกิริยาคล้ายเด็ก ใน การพูดจา การแต่งกาย และอื่น ๆ

สุจิต สุวรรณชีพ (2527 : 12) ได้อธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นลักษณะความเสื่อมทางสุขภาพจิตเบื้องต้นไว้สรุปความได้ว่า พฤติกรรมที่ผิดปกติมีหลายแบบ คือ เป็นคนชอบระแวง ซื่อจก้า ไม่ค่อยไว้วางใจใครง่าย ๆ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เก็บตัวหรือแยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เจ้าระเบียบเกินสมควร ไม่นั่นใจในตนเอง อารมณ์อ่อนไหว เรียกร้องความสนใจ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความเป็นผู้นำ ขาดความรับผิดชอบและต่อต้านสังคม ต้องพึ่งผู้อื่น อยู่ใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและสังคม

พ่องพรม เกิดพิทักษ์ (2530 : 107 - 124) ได้อธิบายถึงลักษณะอาการและสาเหตุของการเกิดความผิดปกติทางจิตโดยสรุปได้ดังนี้

1. โรคจิต (Psychosis) เป็นความวิปลาสหรือความผิดปกติทางจิตที่มีความรุนแรงมาก ผู้ที่เป็นโรคจิตหรือมีความวิปลาสทางจิตจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

ลักษณะที่สำคัญของผู้ที่เป็นโรคจิตหรือจิตวิปลาส จะมีความวิปลาสทางด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ ด้านความคิด ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านความจำ และเชาวน์ปัญญา ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหว ด้านบุคลิกภาพ ด้านท่าทางการแสดงออก ด้านความสามารถในการที่จะเผชิญต่อสิ่งต่าง ๆ บกพร่องหรือสูญเสีย และสูญเสียความสามารถที่จะเผชิญกับความ เป็นจริง บุคคลที่มีความวิปลาสทางจิตจะมีอาการต่อไปนี้

1.1 ความไม่ประสมประสานของบุคลิกภาพ บุคคลนั้นจะไม่สามารถเผชิญต่อความเป็นจริง ไม่สามารถที่จะเผชิญหรือพจญต่อเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับโลกแห่งความเป็นจริง

1.2 ความหลงผิด หมายถึง ความเชื่อที่ผิด ๆ ที่ติดอยู่กับที่ ไม่สามารถทำให้บุคคลนั้นเข้าใจโดยอาศัยความจริงต่าง ๆ ได้ และเขาจะใช้ความเชื่อที่ผิด ๆ นี้ปกป้องตนเอง และปกป้องตนเอง ในลักษณะที่ตรงข้ามกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.3 ภาพหลอนหรืออาการประสาทหลอน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับ ตา หู ตลอดทั้งอวัยวะสัมผัสต่าง ๆ บกพร่อง

1.4 อารมณ์แปรปรวน หมายถึง ความไม่คงที่ ไม่แน่นอนของอารมณ์ไม่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพการณ์

1.5 ความวิปลาสทางการเคลื่อนไหว ท่าทางที่แสดงออก ตลอดทั้งการพูดที่ผิดปกติ

สาเหตุของโรคที่เป็น โรคจิตหรือจิตวิปลาส

สาเหตุจากความวิปลาสหรือความผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากความผิดปกติหรือความพิการทางสมอง หรืออาจจะเป็นผลมาจากการ ได้รับสารพิษหรือสิ่งเสพติดต่าง ๆ หรืออาจจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากความแปรปรวนของกระบวนการเผาผลาญในร่างกาย (Metabolic Processes) ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนหรือมีผลต่อการทำงานของสมอง

สาเหตุจากความวิปลาสหรือความผิดปกติของหน้าที่ของจิตใจ ซึ่งจะเกิดจากความวิปลาสขององค์ประกอบทางอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ แต่ในบางครั้งอาจจะปรากฏว่า เกิดจากการประสมประสานระหว่างองค์ประกอบทางร่างกาย จิตใจและสังคม แต่เป็นไปอย่างปกติ

2. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

คำว่า Schizophrenia หมายถึง การแตกแยกระหว่างความคิดและอารมณ์ และการสูญเสียการติดต่อกับความจริง ความวิปลาสที่เกิดขึ้นนี้จะเกิดขึ้นประมาณ 1 ใน 100 คน และมักจะปรากฏว่า เป็นความวิปลาสทางจิตที่หนักมากที่สุด

ในระยะแรก ๆ ของการเป็นโรคจิตชนิดนี้ ผู้ที่เป็นจะมีสติและรู้ตัวดี แต่เนื่องจากโรคจิตชนิดนี้มักจะเรื้อรัง ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิมและจะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพที่เห็นได้ชัด แต่มักจะไม่ปรากฏโรคทางกาย

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภท

- 2.1 หลีกหนีความจริงและไม่สนใจบุคคลและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว
- 2.2 มีอารมณ์หวั่นไหวง่าย และโดยมากการตอบโต้ทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 2.3 กระบวนการต่าง ๆ ของความคิดยุ่งยั้งสับสนอลหม่าน
- 2.4 มีอาการหลงและประสาทหลอน เช่น หลงว่ามีสิ่งที่มีอิทธิพลมาบังคับหลงว่ามีคนมาคอยประหารหรือประหาร และ/หรือมีอาการประสาทหลอนทางโสตประสาท เช่น ได้ยินเสียงใครมากระซิบหรือพูดด้วย เป็นต้น
- 2.5 ลักษณะนิสัยส่วนตัวเสื่อมลงหรือเลวลง และจะปรากฏว่ามีสิ่งแปลก ๆ เกิดขึ้น เช่น แสดงท่าทางและการเคลื่อนไหวแปลก ๆ มีการพูดคำพูดแปลก ๆ และผิดปกติ
- 2.6 อาการของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งทวีความรุนแรงมากขึ้นบางรายถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่สามารถทราบได้แน่นอน แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่างร่วมกัน สำหรับสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสังคมที่แวดล้อม ความวิปลาสทางบุคลิกภาพ ซึ่งบุคคลนั้นอาจจะมีแต่ตั้งเดิมก่อนที่จะเป็นโรคจิตเภท และ/หรือเป็นผลจากกรรมพันธุ์ และ/หรือสิ่งแวดล้อม

ชนิดของโรคจิตเภท ในที่นี้จะเสนอเฉพาะโรคจิตเภทชนิดที่พบเสมอ ๆ และที่ควรจะทราบเท่านั้น

ชนิดธรรมดา (Simple Type) ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทชนิดธรรมดาคือขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอก พยายามปกป้องตนเอง ไม่ต้องการจะเผชิญปัญหาใด ๆ ที่เกิดขึ้น

ชนิดเฮบเรฟรินิก (Hebephrenic) ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทชนิดนี้คือมีความวิปลาสของอารมณ์และรูปแบบของความคิดเป็นอย่างมาก ความคิดไม่ติดต่อกันสัมพันธ์กัน ทำให้พูดจาไม่รู้เรื่องและไม่ต่อเนื่อง จะแสดงพฤติกรรมที่โง่ ๆ ออกมาตลอดทั้งมีอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาการเหล่านี้จะพัฒนามาจากพยายามหนีสภาพความเป็นจริง

ชนิดคะโทนิค (Catatonic) ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทชนิดนี้คือ มีความวิปลาสของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการเคลื่อนไหว

ชนิดหวาดระแวง (Paranoid) ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตชนิดนี้คือ มีอาการหลงผิดอย่างรุนแรง อาการหลงผิดนี้จะเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา ไม่แน่นอน มีอาการประสาทหลอนอย่างรุนแรงร่วมด้วย สาเหตุส่วนใหญ่มักจะมาจากบุคคลที่มีความคิด ใฝ่สูงและตั้งอุดมคติไว้สูงเกินไปจนไม่สามารถจะบรรลุสิ่งที่ปรารถนาได้

ชนิดรุนแรง (Acute Type) ลักษณะที่สำคัญของผู้ที่เป็นโรคจิตชนิดนี้เริ่มเดิมจะเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมค่อนข้างปกติ แต่ภายหลังจากอยู่ในสภาพความตึงเครียดทางอารมณ์ประมาณ 10 สัปดาห์ ก็ปรากฏว่ามีอาการของโรคจิตเภทอย่างรุนแรง และจากการศึกษาของแพทย์พบว่า อาการที่สำคัญที่ปรากฏคือ อาการงมงาย วกวน อารมณ์ยุ่งเหยิง ตื่นตระหนก มีอาการหลง ประสาทหลอน และกลัว นอกจากนี้ จะปรากฏว่ามีความคิดแตกแยก สับสนและฝันร้ายบ่อยครั้ง บางครั้งก็จะมีอาการตกใจกลัวอย่างสุดขีด (Panic) และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ตลอดทั้งไม่เข้าใจว่ามีอะไร หรือสิ่งใดเกิดขึ้นแก่ตนเอง

3. อารมณ์วิปลาส (Major Affective Disorder) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความวิปลาสของอารมณ์เป็นลักษณะสำคัญ อารมณ์วิปลาสนั้นอาจเป็นอารมณ์เศร้า (Depressive) หรืออารมณ์รื่นเริงสนุกสนานผิดธรรมดา (Euphoria) ร่วมกับความวิปลาสทางการเคลื่อนไหว และความคิดอารมณ์วิปลาสที่พบบ่อยครั้งนี้ จะพบในโรคซึมเศร้า (Depressive illness) โรคคลั่ง (Mania) และโรคเศร้าในวัยต่อมา (Involutional Melancholia)

โรคซึมเศร้า (Depressive illness)

ลักษณะที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า มีความทุกข์ใจ กังวล หงุดหงิด ซลาด น้ำหนักลด เบื่ออาหาร มีความหวนหวน หวาดกลัว วิตกกังวล ขาดความสนใจตนเอง หมกอาลัยตายอยากในชีวิต ความคิด และการเคลื่อนไหวเชื่องช้า มีความรู้สึกผิด

สาเหตุของโรคซึมเศร้า อาจมีสาเหตุทางกรรมพันธุ์ โรคทางกายหรือโรคทางประสาทบางชนิด หรือผลิตรกระทบจากสภาพแวดล้อม ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน

4. ภาวะระแวง (Paranoid States)

ลักษณะที่สำคัญของภาวะระแวง ภาวะระแวง เป็นโรคจิตที่อาการหวาดระแวง และอาการหลงผิดมีความรุนแรงมาก ส่วนมากผู้ที่ เป็นโรคชนิดนี้ ไม่มีอาการประสาทหลอน แต่มี อาการที่แสดงออกถึงความหวาดระแวง สงสัย และขาดความไว้วางใจบุคคลอื่น มีความคิด หลอกตนเองว่าจะมีคนมาทำร้าย หรือจะเกิดความรู้สึกว่า สิ่งของตนคิดหรือพูด หรือเล่าให้ บุคคลอื่นฟังนั้น บุคคลเหล่านั้นมักจะ ไม่เห็นด้วย และมักจะ ไป เข้าข้างบุคคลที่เป็นฝ่ายที่ตนว่าผิด

ส่วนอาการหลงของบุคคลที่เป็น โรคจิตชนิดนี้ จะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ โดยปกติจะเริ่มต้นจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น เรื่องทางการเงิน งาน พวกที่มีอาการภาวะ ระแวงมักจะพัฒนาจากอาการหลงเป็นใหญ่ มีความคิดฟุ้งซ่าน เต็มไปด้วยความคิดที่แปลก ๆ อยากรจะเป็นบุคคลที่สำคัญในสังคมและทำประโยชน์ให้สังคม

สาเหตุของภาวะระแวง อาจมีสาเหตุมาจากบุคลิกภาพเดิมของผู้ที่เป็น โรคจิต ชนิดนี้เอง ลักษณะของบุคลิกภาพที่นำไปสู่ภาวะระแวง ได้แก่ การมีระดับความปรารถนาความ ทะเยอทะยานสูงยิ่ง มีอารมณ์อ่อนไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์อย่างยิ่ง กระทบที่จะได้รับการยกย่อง และสรรเสริญ และมุ่งหวังที่จะเป็นที่รู้จักของบุคคลทั่วไป มีทัศนคติที่ไม่พอใจคนอื่น ๆ และมักจะ ปลีกตัว ไปอยู่ โดดเดี่ยว ยึดมั่นถือมั่น ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ไม่มีอารมณ์ขันเลย

5. โรคประสาทกังวล (Anxiety Neurosis)

เป็นโรคประสาทที่พบบ่อยที่สุด มีความวิปลาสและความรุนแรงน้อยกว่าโรคประสาท ชนิดอื่น และเท่าที่ปรากฏจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

ลักษณะที่สำคัญของโรคประสาทกังวล ลักษณะเด่นที่สำคัญของ โรคประสาทกังวลคือ ความวิตกกังวล (Anxiety) โรคประสาทกังวลนี้ โดยมากจะเริ่มต้นมาจากความไม่พอใจ การเพิกเฉยหรือประสพความยุ่งยาก ความไม่สบายใจต่าง ๆ ในชีวิตความหวาดหวั่นง่าย การชอบ ครุ่นคิดว่าตนหนีไม่พ้นต่อ ผลที่เกิดขึ้นก็มักจะทำให้บุคคลนั้น ๆ มีความวิตกกังวลและมักจะตั้งอกทน ทุกข์ทรมานกับความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล นั้น อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น อาจรวมถึงการสั่นระริกของหัวใจ การหอบอึดอัด หายใจ ไม่ออก นอนไม่หลับ ความอยากรับประทานอาหารก็หมดไป บางครั้งก็ทำให้ระบบการย่อยอาหาร

ตลอดทั้งระบบซับซ้อนติดต่อกันไป หากมีอาการรุนแรงยิ่งขึ้น และต้องประสบกับความวิตกกังวลนี้ ๑ เป็นเวลานาน บางรายอาจมีอาการชักกระตุก แขนจะอ่อนเปลี้ย ตาพร่า และอื่น ๆ นอกจากนั้นความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น ยังมีผลกระทบต่อสภาพทางจิต เช่น ขาดสมาธิ หงุดหงิด ทุ่มเดี่ยวง่าย ตกใจง่าย โวยวาย หรือมีอาการอื่น ๆ ฯลฯ

สาเหตุของโรคประสาทกังวล อาจจะเป็นเพราะบุคลิกภาพของผู้ที่เป็นโรคนี้ แต่ความวิตกกังวลยาวนานเกิดขึ้น โรคไม่มีสาเหตุ หรืออาจจะมีสาเหตุแต่ไม่สมเหตุสมผล หรือ ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ

6. โรคประสาทกลัว เป็นโรคประสาทที่มีความวิปลาสทางอารมณ์และความคิด ผู้ที่เป็นโรคประสาทชนิดนี้ จะมีความกลัวที่รุนแรง กลัวอย่างต่อเนื่อง และไม่สมเหตุสมผล อีกทั้งกลัวเกินกว่าเหตุ เกิดความกลัวบางสิ่งบางอย่างที่โดยแท้จริงแล้วไม่ปรากฏว่าสิ่งนั้น ๆ มีอันตรายต่อบุคคลนั้นเลย

ลักษณะที่สำคัญของโรคประสาทกลัว คือ ความกลัวที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงนั้นเกินกว่าเหตุ และไม่สมเหตุสมผล บางรายจะตรึงติดอยู่กับความกลัวเฉพาะเรื่อง

สาเหตุของโรคประสาทกลัว ได้แก่

1. อาจจะเป็นผลจากการถูกวางเงื่อนไขในการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวนั้น ๆ มาตั้งแต่วัยเด็ก
2. อาจจะเป็นผลจากประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง
3. ถูกปล่อย ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในขณะที่เกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ก่อให้เกิดความกลัวนั้น ๆ

7. โรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive Neurosis) โรคประสาทที่มีความวิปลาสทางความคิดและการกระทำ เมื่อความคิดที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ความวิตกกังวลและ/หรือความกลัวก็จะเกิดตามมา ทำให้ต้องย้ำคิด ย้ำทำอะไรบางอย่าง เพื่อลดความวิตกกังวลและ/หรือความกลัวนั้น ๆ

ลักษณะที่สำคัญของโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ ได้แก่ มีความวิปลาสทางความคิด หรือความติดันั้น ๆ ไม่มีเหตุผล ทำให้ต้องย้ำคิดหรือคิดอะไรซ้ำ ๆ (Obsession) และมีความวิปลาสทางการกระทำหรือการกระทำที่ไม่มีเหตุผล ทำให้ต้องย้ำทำหรือทำอะไรซ้ำ ๆ (Compulsion) นอกจากนี้ ทั้งการย้ำคิดและย้ำทำ อาจเกิดขึ้นโดยไม่สอดคล้องกัน อาจจะมีเฉพาะย้ำคิดหรือย้ำทำเพียงประการเดียว แต่โดยมากแล้วทั้งย้ำคิดและย้ำทำจะเกิดขึ้นด้วยกัน แต่มีการตอบสนองในคนละรูปแบบ

สาเหตุของโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ ได้แก่

1. มีความขัดแย้งในใจและไม่สามารถจะตัดสินใจได้ว่า จะคิดหรือจะทำอะไร อย่างไร ขณะเดียวกันก็มีความวิตกกังวลมาก ทำให้คิดซ้ำ ๆ หรือทำซ้ำ ๆ วนเวียนอยู่เช่นเดิม ตลอดเวลา

2. ได้รับความกดดันสูง ต้องตกอยู่ภายใต้ระเบียบที่เคร่งครัด และเปลี่ยนแปลงได้

3. มีความเชื่ออย่างฝังใจ ประกอบกับมีความวิตกกังวลในเรื่องนั้น ๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ตลอดเวลา

4. มีความเป็นเจ้าระเบียบ ปฏิบัติตาม กฎ ระเบียบอย่างเคร่งครัด ไม่รู้จักยืดหยุ่น และเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบได้แล้ว จะมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยอย่างรุนแรง เกิดขึ้น อีกทั้งจะเกิดทั้งความขัดแย้งในใจและความวิตกกังวล ทำให้เกิดพฤติกรรมการคิดซ้ำ ๆ อันนำไปสู่การทำซ้ำ ๆ

5. สนใจ ความสำเร็จ และเคร่งครัดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตมากเกินไป

8. โรคประสาทซึมเศร้า (Depressive Neurosis) เป็นโรคประสาทที่มีความซึมและความเศร้า มีความกลัดกลุ้มอย่างผิดธรรมดา มักจะมองโลกในแง่ร้าย เห็นว่าตนเองไม่มีค่า หมดหวังในชีวิต ชอบคิดมาก และหากอาการรุนแรงมากถึงที่สุดก็จะมีอาการพยายามฆ่าตัวตาย

ลักษณะที่สำคัญของโรคประสาทซึมเศร้า ได้แก่ มีอาการซึมและเศร้าใจคอยห่มหู่ เศร้าหมอง ท้อแท้ใจ หงุดหงิด เบื่ออาหาร เครียด วิตกกังวล ความหมกมุ่นและการเคลื่อนไหว เชื่องช้าลง บางรายเกิดความเบื่อหน่ายจนไม่ต้องการจะทำอะไรเลย

สาเหตุของโรคประสาทซึมเศร้า สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ การสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียบุคคลที่ตนต้องพึ่งพาอาศัย สูญเสียอำนาจ เกียรติยศ หรือเงินทองจนสิ้นเนื้อประดาตัว หรือล้มละลาย หรือเกิดอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรือสอบตก ฯลฯ

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเรียนที่มีสุขภาพจิตไม่ดี รัตนา ตั้งชลทิพย์ (2530 : 35 - 36) ได้รวบรวมไว้ได้ดังนี้ อาการเริ่มแรก que แสดงถึงการมีปัญหาสุขภาพจิตของเด็ควัยเรียน อาการระยะเริ่มแรก que แสดงถึงการมีปัญหาที่แยกออกเป็น 2 ด้าน ที่สำคัญคือ

1. ปัญหาด้านการเรียน
2. ปัญหาด้านความประพฤติ

1. ปัญหาด้านการเรียน หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมทางสุขภาพจิตของนักเรียนแล้วไปมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง ทั้ง ๆ ที่มิได้มีความบกพร่องของร่างกายและเชาวน์ปัญญา และจากการศึกษาประวัติการเรียนในอดีต ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนมักอยู่ในเกณฑ์ดีหรือปานกลาง

อาการต่าง ๆ ที่สื่อให้เห็นว่าเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สรุปได้ดังนี้

- 1.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลงกว่าเดิมและลดลงมากขึ้น ๆ เรื่อยมา
- 1.2 มักขาดเรียนหรือไปโรงเรียนสายบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ โดยไม่สมเหตุสมผล หรือไม่มีเหตุผลเพียงพอ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ ฯลฯ
- 1.3 ในขณะที่เรียนหนังสือ ชอบนั่งใจลอยมองออกไปนอกห้องหรือนั่งจ้องกระดานดำ โดยไม่รู้ในบทเรียนที่ครูสอน เมื่อเรียกถามตอบไม่ตรงคำถาม หรือนิ่งเงียบไม่ยอมตอบ หรือไม่มีสมาธิในการเรียน
- 1.4 ชอบแสดงอาการเบื่อหน่ายในการเรียน เช่น บ่นไม่ชอบครูที่สอน บ่นไม่ชอบวิชาที่เรียน บ่นไม่ชอบเพื่อนในห้อง เป็นต้น
- 1.5 มักผลิตส่งการบ้าน หรือไม่ทำการบ้าน โดยไม่มีเหตุผลหรือทำงานช้าส่งงานช้ากว่ากำหนดอยู่เสมอทั้ง ๆ ที่ประวัติในอดีตว่ามีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัญหาด้านความประพฤติ หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมของสุขภาพจิตของนักเรียนแล้วไปแสดงออกทางพฤติกรรม อาจเริ่มจากสังเกตเห็นได้ยากเพราะแสดงออกน้อยมากในรายที่เก็บความรู้สึกได้ดี หรือในรายที่เริ่มมีปัญหา จนถึงขั้นสังเกตเห็นได้ชัดเจน

อาการต่าง ๆ ที่แสดงสรุปได้ดังนี้

2.1 มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น อารมณ์ฉุนเฉียวบ่อยครั้ง หรือหน้าตาหงอยเหงา เศร้าซึมอยู่เป็นนิจ สีหน้ามีความทุกข์อยู่เสมอ ไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่เหมาะสมกับระดับอายุเดียวกัน ซึ่งกำลังสดชื่น ร่าเริง

2.2 ชอบก่อกวนความสงบ แสดงอาการเรียกร้องความสนใจตลอดเวลา ชอบพาลหาเรื่องทะเลาะกับคนอื่น มีความอิจฉาริษยา เกลียดซึ่งคนอื่น เห็นคนอื่นเป็นศัตรูไปหมด มองโลกในแง่ร้าย มีความระแวงว่าครูและเพื่อน ๆ ไม่ชอบตน คอยแต่จะให้ร้ายแก่ตนเสมอ

2.3 ชอบพูดปดหรือคุยโอ้อวดอ้างคุยโม้

2.4 ชอบลักขโมยสิ่ง ๆ ที่ฐานะไม่ขัดสน เช่น ลูกเศรษฐีแต่ขโมยปากกาเพื่อน เต็มกระเป๋าเก็บไว้เฉย ๆ เป็นต้น

2.5 เข้ากับเพื่อนไม่ค่อยได้ เพราะไม่ยอมเข้ากับเพื่อนหรือเพราะเพื่อนไม่ชอบที่ชอบไปรังแกเขาเสมอ ๆ ชอบหลบหน้าคนอื่น แยกตนเองออกจากเพื่อน แสดงให้เห็นว่าชอบทำงาน และเล่นตามลำพังคนเดียว มากกว่าทำงานกลุ่ม

2.6 หนีโรงเรียน ขาดความรับผิดชอบในการเรียนและการทำงาน

2.7 แสดงความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

2.8 แสดงอารมณ์โกรธมากเกินควรต่อคำตำหนิ หรือคำวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่น โดยไม่พิจารณาถึงเหตุผล เป็นการ ไม่ยอมรับตนเอง

2.9 พยายามแข่งดีแข่งเด่นเอาชนะคนอื่นมากเกินไป แม้ว่าบางอย่างเกินความสามารถและเกินแก่วิสัยที่จะทำได้ เช่น เรียนให้ได้ที่ 1 เท่ากับคนที่มีชั่วโมงสูงกว่าตน

2.10 ชอบคบหาสมาคมกับบุคคลที่ด้อยกว่าหรืออายุน้อยกว่า เพื่อจะได้เป็นผู้นำ สร้างปมเด่นลบปมด้อย และทำให้เป็นที่ยอมรับแก่บุคคลอื่นได้ เพราะเด็กขมอ้อนแอกกว่าและสู้ไม่ได้อยู่แล้ว

นอกจากอาการดังกล่าวนี้แล้ว เด็กนักเรียนอาจมีอาการต่าง ๆ ที่แสดงถึงปัญหาด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์ อาทิ การดูเศร้า การกีดเลื้อบ การพูดติดอ่าง ฯลฯ ปัญหาทางบุคลิกภาพ อาทิ การติดยาเสพติด การเป็นอาชญากร (อาจเริ่มจากขโมยเล็กขโมยน้อย) ฯลฯ หรืออาจแสดงลักษณะความผิดปกติทางจิตด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้าน ทั้งนี้ย่อมแตกต่างกันตามประสบการณ์ที่เขาได้มาจากการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม

อันที่จริงพฤติกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น อาจพบได้ในนักเรียนหรือบุคคลธรรมดา แต่เขาเหล่านั้นจะแสดงอาการเพียงชั่วคราว เมื่อมีปัญหาหรือมีความตึงเครียดทางอารมณ์มาก ๆ และจะหายไปโดยเร็ว แต่เด็กที่มีสุขภาพจิตเสื่อมหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิตจะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น และบ่อยครั้งเกินไป และเมื่อเกิดอาการเหล่านี้แล้วจะเป็นอยู่ในระยะเวลาค่อนข้างนานเกินไป อาจเป็นวันหรือสัปดาห์หรือเป็นเดือน ๆ

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การศึกษาลักษณะของผู้มีสุขภาพจิต ไม่ได้จะช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อผู้อยู่ใกล้ชิดเสมอ แต่ก็มึหนทางปรับปรุง ส่งเสริมบำรุงรักษาหรือเยียวยาให้หาย กลับกลายเป็นบุคคลผู้มีสุขภาพจิตดีขึ้นได้

มูลี (พลศรี บุญเส็นนท์. 2533 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Mouly. 1965 : 433) ได้อธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดีไว้ในแง่ของการปรับตัวไม่ดี โดยสรุปได้ว่า พฤติกรรมของการปรับตัวไม่ดี ได้แก่ กิริยาโง่งมวาง กระวนกระวาย ใจลอย หลงลืม กังวล อารมณ์หวั่นไหว ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ การปฏิบัติหน้าที่ภายในร่างกายไม่เป็นปกติ เป็นต้น

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาได้รับการพิจารณาว่าเป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพในการให้ความช่วยเหลืออย่างหนึ่ง ซึ่งมีจุดประสงค์สำคัญของการให้คำปรึกษา 5 บริการ (วิชรี ทรัพย์มี. 2521 : 42) คือ

1. เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. เพื่อปรับปรุงความสามารถของผู้รับบริการในการสร้าง และรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

3. เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการในการแก้ปัญหา
4. เพื่อส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจ
5. เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่

หลักในการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

วันเพ็ญ เสมอวงศ์ และวิญญู พูลศรี (2525 : 122 - 123) ได้กล่าวถึง หลักในการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ไว้สรุปได้ดังนี้

1. กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เป็นกระบวนการที่ผู้รับบริการเต็มใจจะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยขอความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษา
2. ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเฉพาะ
3. การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมยิ่งขึ้นจะได้ปรับปรุงตนเอง และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่
4. ผู้ให้คำปรึกษาตระหนักว่าผู้รับบริการมีสิทธิและความสามารถที่จะตัดสินใจหรือแก้ปัญหาด้วยตนเอง ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะไม่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้รับบริการ
5. ผู้ให้คำปรึกษายึดหลักว่า ผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกันทางด้านความสามารถ ความถนัด ความสนใจ ตลอดจนความแตกต่างทางฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

ขอบข่ายของงานบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

เว็ยม ศรีทอง (2530 : 49) ได้กล่าวถึงขอบข่ายของงานบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไว้ดังนี้

1. เกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว และสังคม
2. เกี่ยวกับการศึกษา
3. เกี่ยวกับงานและอาชีพ

บทบาทผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

เรียม ศรีทอง (2530 : 49) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ไว้ดังนี้ "ผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยามีบทบาทเป็นผู้ให้บริการช่วยเหลือ โดยร่วมมือ เสนอแนะให้ข้อมูลประสานงาน ให้บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ได้ใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ด้วยความสามารถของตนเอง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่แสวงหาแนวทางที่จะเลื้ออำนาจ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในตัวผู้มาขอรับบริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ"

คุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

วัชร ทรัพย์มี (2521 : 42 - 48) ได้รวบรวมคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้นมาขอรับบริการ มีลักษณะดังนี้คือ

1. มีความเป็นมิตร
2. เป็นที่น่าไว้วางใจ
3. รักษาความลับได้
4. มีความเข้าใจตนเองและบุคคลอื่น
5. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
6. ปรับตัวและพัฒนาตนเองได้ดี
7. ให้เกียรติบุคคลอื่นว่ามีคุณค่า และคิดว่าบุคคลอื่นสามารถพึ่งตนเองได้
8. ความเป็นตัวของตัวเอง
9. ศรัทธาในตัวเอง
10. ใจแข็ง ยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น
11. ทนต่อความขัดแย้งต่าง ๆ ได้

12. เป็นคนที่มีชีวิตชีวา
13. มีความมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
14. มีความจริงใจ
15. มีความสนใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว
16. มีความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผลและมีระบบ
17. มีความรับผิดชอบ
18. มีเมตตา
19. มีความสุขุม และมีความมั่นคงทางจิตใจ
20. ตระหนักในค่านิยมของตนเอง และเข้าใจค่านิยมของบุคคลอื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ในประเทศไทย

เนื่องจากมหาวิทยาลัยนเรศวร เพิ่งจะเริ่มเปิดสอนระดับปริญญาโทภาคปกติและภาคพิเศษ วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ไม่ผ่านมานี้เอง จึงยังไม่มีผู้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว ผู้วิจัยใคร่ขอนำผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตต่าง ๆ มาเป็นพื้นฐานประกอบการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้

กวี สุวรรณกิจ และอัจฉรา จันไกรผล (2520 : 23) ได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษาเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่านักศึกษาเพศชาย

ละเอียต ชูประจักษ์ (2521 : 9 - 16) ได้ศึกษาแบบทดสอบ SCL - 90 ในคนไข้โรคประสาท โดยมีจุดมุ่งหมายของการศึกษาคั้งนี้เพื่อหามาตรฐานของแบบทดสอบนี้ ในคนไข้ปกติ เพื่อเปรียบเทียบกับคนไข้โรคจิต เพื่อนำมาตรฐานที่ได้มาใช้เปรียบเทียบ และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการรักษา เนื่องจาก SCL - 90

คลุ่มกลุ่มอาการต่าง ๆ ของคนไข้โรคประสาทไว้เกือบหมด ความแตกต่างในกลุ่มอาการต่าง ๆ (dimensions) น่าจะเป็นแนวทางในการรักษาได้ เพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา และใช้ในวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการรักษา

กลุ่มที่เลือกมาศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนปกติ จำนวน 525 คน เป็นชาย 232 คน หญิง 193 คน อายุอยู่ในระหว่าง 15 - 57 อายุเฉลี่ย 22 ปี ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มของนักเรียนพยาบาล โรงพยาบาลเป็นเกล้า นักเรียนนายเรือ นักเรียนจำอากาศ นักเรียนโรงเรียนสารพัดช่าง และบุคคลอื่น ซึ่งลุ่มเอามาจากคนปกติที่รวบรวมไว้ 2) กลุ่มคนไข้ คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท ทั้งหมดเป็นคนไข้นอกมีจำนวน 66 คน เป็นชาย 26 คน หญิง 40 คน มีอายุระหว่าง 15 - 67 มีอายุเฉลี่ย 33.29 อาการสำคัญที่มาพบแพทย์อยู่ในกลุ่มอาการต่อไปนี้คือ ปวดศีรษะ คิดช้าซาก นอนไม่หลับ วิตกกังวล หงุดหงิด เศร้า คิดมาก ใจสั่นกลัว ตกใจง่าย เห็นอโยหอบ ซ้ำตามตัว

วิธีทดสอบ

ทดสอบเป็นกลุ่มในคนปกติ และทำแบบรายบุคคลในกลุ่มคนไข้ ผู้ถูกทดสอบได้รับแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งคำแนะนำในการทดสอบ ผู้รวบรวมข้อมูล จะอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำว่าเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา วิจัย ซึ่งต้องการให้ผู้ถูกทดสอบร่วมมือในการตอบคำถามเหล่านั้น และขอทราบ เพศ อายุ ศาสนาและระดับการศึกษา ในกลุ่มคนไข้ได้รับความร่วมมือจากจิตแพทย์ ส่งคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท

หลังจากที่ได้ข้อมูลทั้งหมดมาแล้ว

ขั้นแรก รวมคะแนน แล้วหารด้วยจำนวนรวมในแต่ละกลุ่มอาการจะได้เป็นคะแนนดิบ

ขั้นที่สอง นำคะแนนดิบของกลุ่มคนปกติ หาค่า เฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณหาค่าที่ (T-score) เพื่อนำทุกกลุ่มอาการมาทำเป็นรูปเกี่ยวกับขนาดกลุ่มอาการ (dimensional profile) มาตรฐานของคนปกติ

ขั้นที่สาม หาค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในคนไข้โรคประสาท แล้วนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐานที่ได้จากกลุ่มคนปกติ และหาค่า P

ผลการศึกษา

(dimensional profile) รูปเกี่ยวกับขนาดกลุ่มอาการที่เป็นมาตรฐานนี้ ได้จากกลุ่มคนปกติ เมื่อเขียนเป็นเส้นจากคะแนนดิบ (plot raw score) ของคนปกติ (Subject) แต่ละคนลงไปจะทำให้ทราบถึงระดับความทุกข์ในแต่ละกลุ่มอาการและทราบคะแนนที่ (T-score) ด้วย คะแนนที่ (T-score) นี้จะทำให้ทราบว่าผู้ตอบได้คะแนนอยู่ในช่วงไหน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐานของคนปกติ (T-score) ที่ 50 จะเท่ากับ - ค่าเฉลี่ย (X) ของกลุ่มคนปกติ ส่วนระดับการกระจายของช่วงคะแนนนั้นขึ้นอยู่กับค่า S.D. ของแต่ละ dimension ส่วนใหญ่แล้วคนปกติมักจะคะแนนหนาแน่นอยู่ในช่วงระหว่างช่วงคะแนนที่ (T-score) ที่ 60 คะแนนที่ได้ต่ำหรือสูงกว่านี้ถือว่าเป็นคะแนนที่ต่างไปจากคนปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างคนปกติและคนไข้โรคประสาททุก ๆ กลุ่มอาการ ในคนไข้โรคประสาทจะสูงกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (ค่า P ที่ .01) เมื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงระดับความเครียดในคนปกติกับคนไข้โรคประสาท พบว่า ระดับความเครียดสูงกว่าคนปกติอย่างเห็นได้ชัดทุก ๆ กลุ่มอาการ และเป็นที่น่าสังเกตว่า คนไข้โรคประสาทมักจะ ได้คะแนนสูงในทุกกลุ่มอาการ หากพิจารณาข้อมูลเป็นราย ๆ พบว่า แต่ละคนป่วยครอบคลุมไปหลาย ๆ อาการ ส่วนในคนปกติด้วยกันจะเห็นได้ว่าคะแนนที่ได้เกาะกลุ่มกันแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

หทัยทิพย์ ศวรสูกา (2525 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของครูแนะแนว โรงเรียนมัธยมศึกษา กับเพศ ระดับอายุ ความสมัครใจ ประสบการณ์ คุณวุฒิ สภาพสมรส และขนาดของโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างคือครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน การวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. บุคลิกภาพด้านความเก็บกดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับระดับอายุ สภาพสมรส และขนาดของโรงเรียน
2. บุคลิกภาพด้านความอ่อนน้อมยอมตาม มีความสัมพันธ์กับสภาพสมรส
3. บุคลิกภาพด้านความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความสมัครใจ คุณวุฒิ และขนาดของโรงเรียน
4. บุคลิกภาพด้านความเก็บกดทางอารมณ์ของครูแนะแนว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบตามตัวแปร อายุ ความสมัครใจ และสภาพสมรส

5. บุคลิกภาพด้านความอ่อนน้อมยอมตามของครูแนะแนว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบตามตัวแปรคุณวุฒิและสภาพสมรส

6. บุคลิกภาพด้านความวิตกกังวลของครูแนะแนว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบตามตัวแปรประสบการณ์ คุณวุฒิ และขนาดของโรงเรียน

เปรมปรีดิ์ เชื้อมทอง (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษารเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน โดยจัดเปรียบเทียบตามตัวแปร สถานศึกษา เพศ และอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นจากสถานสงเคราะห์ เด็กชายบ้านปากเกร็ด ชาย 57 คน สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี หญิง 57 คน โรงเรียนวชิรธรรมสาธิต ชาย 102 คน หญิง 99 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 315 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL - 90 สถิติที่ใช้คือ t-test

ผลการวิจัยพบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน เด็กวัยรุ่นชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวโดยไม่มีเหตุ และหวาดระแวง เด็กวัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตดีกว่าเด็กวัยรุ่นตอนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านความรู้สึกป่วยทางกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านย้ำคิดย้ำทำ นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2530 : 1 - 24) ศึกษาเรื่องปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 66 คน เป็นชาย 17 คน หญิง 49 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดบุคลิกภาพ MPI หรือ The Maudsley Personality Inventory ฉบับภาษาไทย ที่แปลและปรับปรุงโดย สมทรง สุวรรณเลิศ และคนอื่น ๆ และแบบวัดสุขภาพจิต SCL - 90 หรือ Symptom Checklist - 90 ฉบับภาษาไทย ที่แปลและปรับปรุงโดย ละเอียต ชูประยูร และคนอื่น ๆ นักจิตวิทยาแห่งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 66 คน มีอายุตั้งแต่ 12 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 26 ปี ร้อยละ 72.24 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 95.45 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 71.21 ของผู้ป่วยมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 51.52 มีอาชีพทำไร่ทำนา ร้อยละ 66.67 สมาชิกในครอบครัวชอบทะเลาะเบาะแว้งกัน ร้อยละ 27.27 ผู้ป่วยมีประวัติญาติพี่น้องเคยป่วยเป็นโรคจิต และร้อยละ 15.15 มีประวัติญาติพี่น้องเคยพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ร้อยละ 15.15 พยายามฆ่าตัวตาย เพราะความหลงผิดหรืออาการทางประสาทหลอน และร้อยละ 3.03 พยายามฆ่าตัวตายเพราะเลียนแบบญาติพี่น้องที่เคยฆ่าตัวตายสำหรับปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ้มใจจนนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายคือ ปัญหาความรักการเงิน ครอบครัว การป่วยกาย การงาน การป่วยจิต สิ่งเสพติด ปัญหาทางเพศ การเรียนและการคบเพื่อน ตามลำดับ ร้อยละ 95.45 มีพฤติกรรมและจิตใจแปรปรวนก่อนกระทำการพยายามฆ่าตัวตาย อาการดังกล่าวได้แก่ ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย รู้สึกว่าตนเองสิ้นหวังไร้ค่า เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว อ่อนเพลีย กังวลเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง วิงเวียน ใจสั่น แขนหน้าอกนอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองมีความผิดติดตัว ความนึกคิดและการกระทำเชิงซ้ำ เบื่ออาหาร ความรู้สึกทางเพศลดลง และน้ำหนักลด ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 54.18 เคยมีอาการทางประสาทในวัยเด็กมาก่อน ได้แก่ ปัสสาวะรดที่นอน กัดเล็บ ตูดนิ้วมือ โขกศีรษะ เขย่า ตัวติดผ้าห่ม ผ้าอ้อม พุดติดอ่าง ตามลำดับ และจากแบบวัดสุขภาพจิต SCL - 90 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 78.78 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีอาการเด่นชัดที่สุดในกลุ่มอาการของอารมณ์ซึมเศร้า กลุ่มอาการผิดปกติของร่างกาย กลุ่มอาการกลัว โดยไม่มีเหตุผล กลุ่มความคิดซ้อนระวาง กลุ่มอาการทางจิต กลุ่มอาการย้ำติดย้ำทำ กลุ่มอาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น กลุ่มความคิด อารมณ์หรือการกระทำที่มีลักษณะก้าวร้าว รุนแรง และกลุ่มอาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่าง ๆ ตามลำดับ

รัตนา ตั้งชลทิพย์ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องผลของการฝึกสมาธิแบบชาวพุทธต่อสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติในพุทธศาสนา ที่มีต่อสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ตัวอย่างประชากรที่ใช้เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2529 อายุระหว่าง 14 - 16 ปี จำนวน 37 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่มีการฝึกอานาปานสติสมาธิมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนวันที่มีการฝึกสมาธิทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ฝึกสมาธิใด ๆ เลยตลอดช่วงที่ทำการศึกษารั้งนี้ ก่อนทำการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการทดสอบสภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบทดสอบ SCL - 90 ต่อจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิเป็นเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองฝึกสมาธิแล้ว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการทดสอบสภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบทดสอบเดิมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พบว่า ก่อนทำการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม มีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ไม่มีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ภายหลังจากการฝึกสมาธิ กลุ่มทดลองมีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่าก่อนทำการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ส่วนกลุ่มควบคุมมีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่าก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 ด้าน คือ ความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย

พลศรี บุญเส็นท์ (2533 : บทคัดย่อ) วิจัยสุขภาพจิตครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 5 พบว่า

1. ครูที่สอนในโรงเรียนทุกขนาดต่างก็มีสุขภาพจิตดีเหมือนกัน
2. ครูเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตดีเหมือนกัน
3. ครูที่มีวุฒิต่างกันต่างก็มีสุขภาพจิตดีเหมือนกัน
4. ครูที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันต่างก็มีสุขภาพจิตดีเหมือนกัน
5. ครูที่มีอายุราชการต่างกันต่างก็มีสุขภาพจิตดีเหมือนกัน

ประพฤทธิ์ เขียรสิทธิ์พร (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงสุขภาพจิตของนักศึกษา การศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประเภททางไกลจังหวัดสุโขทัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา และเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนักศึกษาการศึกษานอกโรงเรียน สายสามัญศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดสุโขทัย จำนวน 326 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม SCL - 90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าเฉลี่ย (Standard deviation) การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

การวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. นักศึกษามีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว ความหวาดระแวงและด้านโรคจิต
2. นักศึกษาชายมีสุขภาพจิตดีกว่านักศึกษานหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน
3. นักศึกษาที่มีอายุต่างกันมีสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน
4. นักศึกษาที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ระหว่างกลุ่มแต่งงานกับกลุ่มหม้ายหย่าร้างมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ในด้านวิตกกังวลและก้าวร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. นักศึกษามีรายได้ต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท กับที่มีรายได้ 2,000 - 3,000 บาท มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ในด้านก้าวร้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักศึกษามีรายได้ต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท กับกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาท มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ในด้านความรู้สึกผิดของร่างกาย ย้ำคิดย้ำทำ และด้านซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นักศึกษามีรายได้ต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ 2,000 - 3,000 บาท กับกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาท มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ในด้านย้ำคิดย้ำทำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยในประเทศไทยจะเห็นได้ว่า มีผู้ให้ความสนใจด้านสุขภาพจิต มีการศึกษาค้นคว้าถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบด้านสุขภาพร่างกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ฐานะ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการทำงานและรายได้อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในต่างประเทศ

แคพลัน และ โอเดีย (Kaplan and O'dea. 1953 : 351 - 354) ได้ศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพจิตของครูและนักเรียนนั้น แยกความสำคัญของปัญหาได้ดังนี้

1. ภาวะการทำงานของครูมากเกินไป (64%)
2. จำนวนนักเรียนในชั้นมากเกินไป (61%)
3. อาคารเรียนไม่พอเพียง (50%)
4. งานต่าง ๆ รวมกับการสอน (49%)
5. ความล้มเหลวในการที่จะรายงานความสามารถของนักเรียนได้พอเพียง (48%)
6. ขาดความร่วมมือระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียน (44%)
7. ครูทำหน้าที่งานเลขานุการ (42%)
8. เครื่องอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์การสอนไม่พอ (40%)
9. โรงเรียนไม่สามารถจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความแตกต่างระหว่างบุคคล (39%)
10. โรงเรียนขาดงบประมาณที่จะทำงานให้มีประสิทธิภาพ (37%)

แคนเนอร์ และคนอื่น ๆ (Kanner and others. 1957 : 167) ได้ศึกษาพบว่า มีเด็กประมาณ 30% ที่รักษาในโรงพยาบาล โรคจิตมาจากครอบครัวที่ขาดพ่อแม่หรือขาดฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและพบว่า เด็ก 330 คน เป็นเด็กที่มาจากสภาพบ้านแตก การพลัดพรากจากครอบครัวอย่างกะทันหัน เช่น การตายจาก การเจ็บป่วย ถูกแยกจากบิดามารดา ปัญหาการหย่าร้างของบิดามารดา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดากับเด็กด้วย การขาดบิดามารดา มีใช้เด็กจะได้รับความทุกข์อย่างเต็มเท่านั้น แต่ยิ่งขาดสายใยแห่งความเคารพยำเกรงต่อบิดามารดา (Parental Authority) ด้วยซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบัน และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความเป็นระเบียบของสังคมเสื่อมทรามลงไป

มันโร (Monro. 1966 : 433 - 457) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปร้อยละ 19.5 ขาดบิดามารดา หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก่อนอายุ 16 ปี และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยอารมณ์เศร้ากับคนปกติ พบว่า พวกที่มีอารมณ์เศร้าสูญเสียบิดา หรือมารดาก่อนอายุ 16 ปี มากกว่าคนปกติ

คอลเลอร์ และคาสโตเนส (Koller and Castonso, 1970 : 371) ได้ศึกษาผู้ต้องขังสองพวกคือ พวกที่ทำผิดอุกฉกรรจ์และทำผิดหูโทษพบว่า การขาดบิดา ทำให้เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

โกลด์เบิร์ก (สุชาติ พหลภาคย์. 2527 : 164 ; อ้างอิงมาจาก Goldberg. 1981) รายงานว่า ผู้ใหญ่วัยตอนต้นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะป่วยทางจิตเวช เป็นโรคอารมณ์เศร้า มีร่างกายไม่สมบูรณ์ มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยเปิดเผย

จอห์นสัน, อีริสัน และเฮ็คคิน (Johnson, Ellison and Heikkinen. 1989 : 110 - 114) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตของคนไข้ของศูนย์ให้คำปรึกษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการให้ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับชนิดและความรุนแรงของอาการทางจิตของคนไข้ของศูนย์ให้คำปรึกษาจากจำนวนนักศึกษา 1,928 คน ที่ศูนย์ให้คำปรึกษาให้การปรึกษาในช่วงระยะเวลา 1 ปี มีนักศึกษาจำนวน 1,589 (82.4 %) ได้ทำแบบทดสอบ Symptom Check List - 90 - Revised (SCL-90 R) ในครั้งแรกที่พวกเขาติดต่อกับศูนย์ ให้คำปรึกษาสตรี (n=1,004) พบว่า มีอาการทางโรคจิตรุนแรงเท่านักศึกษาชาย (n=585) เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์วัยรุ่นซึ่งชี้ให้เห็นถึงการมีความเป็นโรคจิตน้อยกว่าเกณฑ์ผู้ใหญ่แล้วอย่างน้อยหนึ่งในสี่ของคนไข้ทั้งหมด ได้มีคะแนนที่ชี้ให้เห็นว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตในหมู่คนไข้ที่มาขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัว (n=500) ที่เป็นหญิง และ 236 คนที่เป็นชาย มีจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามที่มีเครื่องหมายบ่งบอกว่าป่วยเป็นโรคจิต ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการปรึกษารักษาในการเข้าแทรกแซงวิกฤติการและการบริการการให้คำปรึกษาทางด้านจิตแพทย์ของผู้ให้คำปรึกษาในระดับมหาวิทยาลัย

ผลการวิจัยพบว่า MANOVA ได้ชี้ให้เห็นว่าคะแนน SCL-90-R สำหรับคนไข้ชายและคนไข้หญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $F(9,1579) = 11.06$ $p < .01$ ดังที่แสดงไว้ในตาราง 1 คนไข้หญิงทำคะแนนได้สูงกว่าคนไข้ชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ใน 5 มาตรฐานวัดจากทั้งหมด 9 มาตรฐานวัด (อาการความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย ความรู้สึกไวเกี่ยวกับการติดต่อระหว่างบุคคล ความหดหู่ใจหรือซึมเศร้า ความวิตกกังวลและหวาดระแวง) จากผลนี้คนไข้หญิงยังทำคะแนนได้สูงกว่าคนไข้ชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ในมาตรฐานวัดสรุปไว้ 3 มาตรฐานวัด (GST, PST และ PSDI) ดังที่แสดงออกมาให้เห็นจากการวิเคราะห์ ANOVA ของข้อมูล

ไวท์ และฟรานโซนิ (White and Franzoni. 1990 : 258 - 267) ได้ทำการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์หลายมิติเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นนักศึกษาบัณฑิตศึกษาที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรม โดยมีจุดมุ่งหมายในการศึกษาเพื่อพิจารณาถึงระดับสุขภาพจิตของผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษาในระดับปริญญาโทจากแง่มุมด้านสุขภาพจิตหลายมิติ โดยได้นิยามคำว่าสุขภาพจิตว่าเป็น "สภาวะของจิตที่มีลักษณะความสุขสมบูรณ์ทางด้านอารมณ์ปราศจากความวิตกกังวลและอาการของความที่ทำอะไรไม่ได้และสมรรถภาพในการที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ และสามารถจัดการกับความเครียดและความเรียกร้องปฏิกิริยาของชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า สมมุติฐานที่ว่าผู้ให้คำปรึกษาที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมไม่มี

ระดับของความเป็นโรคจิตโรคประสาทสูงกว่าหรือระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าประชากร โดยทั่วไปนั้นไม่ได้รับการสนับสนุนจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ของ Hotelling T^2 ($T^2 = 883.24$, $df=10$, $p<.001$) ซึ่งให้เห็นว่าอย่างน้อยในตัวแปรตัวหนึ่งผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษาในฐานะที่เป็นกลุ่มที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าระดับสุขภาพจิตของกลุ่มประชากร โดยทั่วไป (มีกลุ่ม Hypochondriasis ต่ำกว่ากลุ่มประชากร) เพื่อที่จะพิจารณาว่าตัวแปรตัวไหนที่กลุ่มผู้ให้คำปรึกษาที่กำลังอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมแตกต่างไปจากกลุ่มประชากร โดยทั่วไป ได้มีการคำนวณหาค่าการทดสอบ t ของตัวแปรแต่ละตัว ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่ม และผลของการทดสอบ t แสดงไว้ในตาราง 1 ซึ่งจะพบว่าผู้ให้คำปรึกษาที่กำลังอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมมีระดับของการเป็นโรคจิตโรคประสาทสูงกว่ากลุ่มประชากรใน 6 มาตรฐานวัดจากจำนวน 7 มาตรฐานวัด MMPI มีเพียงมาตรฐานวัด Hypochondriasis Scale (มาตรฐานวัดความวิตกกังวล) ที่ H_0 ของสมมติฐานที่เกี่ยวกับระดับความสนใจทางด้านสังคม จุดควบคุมภายนอกและทรัพยากรที่จะนำมาจัดการควบคุมต่าง ๆ ไม่ได้รับการปฏิเสธ (มาตรฐานวัดที่พบว่ากลุ่มผู้ให้คำปรึกษาที่กำลังอยู่ในระหว่างการอบรมมีระดับของการเป็นโรคจิตโรคประสาทสูงกว่ากลุ่มประชากรใน 6 มาตรฐานวัด คือ Depression, Hysteria, Psychopathic Deviate, Paranoia, Psychasthenia และ Schizophrenia)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเทศไทย

ธารา จาตุประยูร (2516) ได้ทำวิจัยเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังระหว่างครูและนักเรียนโรงเรียนมัธยมแบบประสมในภาคเหนือที่มีต่อลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาและการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของนักเรียนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง" กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยครูและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2516 จากโรงเรียนในโครงการมัธยมแบบประสม 3 แห่ง ในส่วนภูมิภาค ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และได้ผลการวิจัยตอนหนึ่งเกี่ยวกับความคาดหวังที่ตรงกันของนักเรียนและครูที่มีผลต่อผู้ให้คำปรึกษาดังนี้คือ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เป็นกันเอง เข้ากับคนทั่วไปได้ มีความสามารถในการพูด มีจิตใจสุขุม มั่นคง เยือกเย็น มีความสนใจกว้างขวาง ทันต่อเหตุการณ์ มีอารมณ์ขัน ร่าเริง มีความคิดริเริ่ม เฉลียวฉลาด และมีความสุภาพ

ศักดิ์สิทธิ์ ชัดดียาสุวรรณ (2518) ได้ทำการสำรวจ "ลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาที่พึงประสงค์ของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมแบบประสม ประเภทสหศึกษา ในภาคกลางของประเทศไทย" ผลการวิจัยปรากฏว่า นักเรียนต้องการผู้ให้คำปรึกษาที่มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1. เป็นคนที่นักเรียนเข้าพบได้ง่าย
2. เป็นคนที่รับฟัง ช่วยให้นักเรียนรู้จักคิด ตัดสินใจ และให้นักเรียนแก้ปัญหาด้วยตนเอง

3. เป็นเพศหญิง
4. เป็นผู้ที่แต่งกายเรียบร้อยอยู่เสมอ
5. เป็นผู้ที่มึเหตุผล มีความรอบรู้ ฉลาด ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. รักษาความลับได้
7. เป็นผู้ใหญ่อายุเกิน 30 ปี

วัชรีย์ ทริภย์มี (2521 : 42 - 48) ได้ทำการสำรวจ "บุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่พึงปรารถนาจากการจัดลำดับของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย" ผลการวิจัยปรากฏว่าบุคลิกภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่พึงปรารถนา โดยการจัดลำดับของนักเรียนจากมากไปหาน้อยเป็นดังนี้คือ

- อันดับที่ 1 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
- อันดับที่ 2 มีเหตุผลและมีความรอบรู้
- อันดับที่ 3 ใจกว้าง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- อันดับที่ 4 มีความจริงใจ
- อันดับที่ 5 มีเมตตา ชอบช่วยเหลือผู้อื่น
- อันดับที่ 6 มีความเชื่อมั่นในตนเอง
- อันดับที่ 7 รักษาความลับได้
- อันดับที่ 8 มีความสุขุม
- อันดับที่ 9 หมั่นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ

กุสุมา สายสนธิ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษา "ลักษณะของบุคคลที่เด็กวัยรุ่นต้องการจะปรึกษา" โดยได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2522 ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะของบุคคลที่วัยรุ่นต้องการปรึกษาเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นลักษณะที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก ได้แก่ ลักษณะท่าทาง คุณธรรม ความประพฤติ และลักษณะที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจ

สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย (2534 : 40 - 42) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความแตกต่างระหว่างทัศนคติ ความรู้และพฤติกรรมของผู้ให้คำปรึกษา ตามความคาดหวังของ

อาจารย์ผู้สอนด้านแนะแนวในระดับปริญญาโทและมหาบัณฑิต ทางด้านการแนะแนว โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เพื่อศึกษาถึงความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาในด้านทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรมว่า แตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาอย่างไร ผลการการศึกษาวิจัยเรื่องนี้จะใช้เป็นข้อมูลในการเสนอเป็นแนวทางประกอบการพิจารณาการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน สำหรับหลักสูตรมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งสิ้น 22 คน และจากมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาที่กำลังปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมส่วนกลาง กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนมัธยมสาธิตสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 31 คน วิชิตำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามขึ้น โดยการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษา และมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาที่กำลังปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาอยู่ถึงความคาดหวังต่อคุณลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาที่จบปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาออกมาว่าควรจะมีทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรม ต่อการให้คำปรึกษาอย่างไร แล้วนำเอาความคาดหวังที่ได้นั้น มาสร้างแบบสอบถามและนำแบบสอบถามที่ได้นี้กลับไปให้กลุ่มอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาและกลุ่มมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาคอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วยคุณลักษณะด้านทัศนคติ 32 ข้อ ความรู้ 22 ข้อ พฤติกรรม 27 ข้อ รวมทั้งสิ้น 81 ข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาในด้านทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรม ว่าแตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาอย่างไร เปรียบเทียบความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาในด้านทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรมว่าแตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาโดยใช้ ครุสคัล วอลลิส (Kruskal Wallis H test) สรุปผลของการวิจัยพบว่า

1. ความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษา ในด้านทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษา ไม่แตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่พิจารณาในรายละเอียดพบว่า คุณลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ

- 1.1 ผู้ให้คำปรึกษามีทัศนคติที่ต่อเนื่อง เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความจริงใจ มองเห็นคุณค่ายอมรับความเป็นมนุษย์ เข้าใจถึงอารมณ์ตลอดจนความต้องการของผู้มารับคำปรึกษา
- 1.2 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีทัศนคติที่มองโลกในแง่ดี มีความสุขในการทำงาน
- 1.3 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีทัศนคติที่พยายามทำงานเป็นทีม โดยขอความร่วมมือจากครู วิทยากร ผู้ปกครอง ฯลฯ ไม่จำเป็นต้องทำงานลำพังเพียงคนเดียว

2. ความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษา ไม่แตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่พิจารณาในรายละเอียดพบว่า คุณลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ

- 2.1 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้ในทฤษฎี เทคนิค ขั้นตอนและขบวนการให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี
- 2.2 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาชีพและแหล่งตลาดแรงงาน
- 2.3 ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้ที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาการให้คำปรึกษาออกมาเป็นภาคปฏิบัติได้

3. ความคาดหวังของอาจารย์ผู้สอนระดับปริญญาโททางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษา ในด้านพฤติกรรมของผู้แนะแนว ไม่แตกต่างกับความคาดหวังของมหาบัณฑิตทางด้านการแนะแนวและการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่พิจารณาในรายละเอียดพบว่า คุณลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ

- 3.1 ผู้ให้คำปรึกษาควร เป็นคนที่กว้างขวางในชุมชนพอสมควร
- 3.2 ผู้ให้คำปรึกษาควร เป็นคนที่พิจารณาให้คำปรึกษาโดยถือว่า การให้คำปรึกษาเป็นขบวนการที่ขึ้นอยู่กับเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม
- 3.3 ผู้ให้คำปรึกษาควร เป็นผู้ที่สามารถร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้มาขอรับคำปรึกษาได้ไวและถูกต้อง ตลอดจนสามารถสื่อความรู้สึกดังกล่าวกลับ ไปให้ผู้รับคำปรึกษาทราบได้

จากงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในประเทศไทย ที่ผู้วิจัย ได้ยกมาประกอบการศึกษาในครั้งนี้ พอสรุปได้ว่า เป็นการศึกษาลักษณะของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่ง ลักษณะที่พึงปรารถนาของผู้ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาจะต้องมีความเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่ใช้ชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ (Fully Functioning Person) มีการดำเนินชีวิตที่เป็นจริง ตามแนว ทฤษฎีของคาลอาร์โรเจอร์ (Carl R. Roger) นั้นเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาในต่างประเทศ

ชมิทธ์ และสตรอง (Schmidt and Strong, 1970) ได้ศึกษาลักษณะของผู้ให้คำ ปรึกษาที่เชี่ยวชาญและไม่เชี่ยวชาญพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่เชี่ยวชาญมีลักษณะดังนี้คือ มีความยืด หยุ่น มีความเป็นมิตร สนใจผู้รับบริการ เชื่อมั่นในตนเอง ไม่ทะนงตน คล่องแคล่ว มีชีวิตชีวา มีความสามารถในการให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา ส่วนผู้ให้คำปรึกษาที่ไม่ เชี่ยวชาญมีลักษณะเครียด เงอแงะ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง

เดลล์ (Dell, 1973) ได้ทำการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการชอบผู้ให้คำปรึกษาที่เข้าใจ ผู้รับบริการมากกว่าชอบผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้สูง

ชอเบิล (Schauble, 1974) ได้สอบถามนักศึกษาซึ่งประสบความสำเร็จและไม่ ประสบความสำเร็จจากการรับบริการให้คำปรึกษาของเขามีลักษณะเช่นใด ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้คือ นักศึกษาที่ประสบความสำเร็จจากการรับบริการเป็นผู้ที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้ที่มีความ เข้าใจและการยอมรับเขา และมีความจริงจังในระดับสูงกว่าผู้ให้คำปรึกษาของผู้รับบริการที่ ไม่ประสบความสำเร็จจากการให้คำปรึกษา

ทินส์ลีย์ และแฮร์ริส (Tinsley and Harris, 1976) ศึกษาได้ผลว่า ผู้รับ บริการต้องการผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์ มีความจริงจัง เชี่ยวชาญ เชื่อถือได้และพบว่า มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่นำไปขอรับบริการให้คำปรึกษาแต่ไม่ไป เพราะเขาไม่ศรัทธาว่าผู้ให้ คำปรึกษาจะช่วยเขาได้เท่าที่ควร

คอเรย์ (Corey, 1977) ได้ศึกษาลักษณะผู้ให้คำปรึกษาที่ผู้รับบริการศรัทธาพบว่า เป็นบุคคลที่มีลักษณะดังนี้คือ

1. มีความเป็นตัวของตัวเองและศรัทธาในตัวเอง
2. ใจกว้าง ยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น
3. ทนต่อความขัดแย้งต่าง ๆ ได้
4. รู้จักตนเองและยอมรับความผิดพลาดของตนเอง
5. เข้าใจผู้รับบริการ
6. เป็นคนมีชีวิตชีวา
7. มีความมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
8. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ

ดิช (Deutsch, 1985) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสียหายของความเสียหายของผู้ให้คำปรึกษาพบว่า บางส่วนขึ้นอยู่กับลักษณะของงานและบางส่วนเป็นพฤติกรรมของผู้ให้คำปรึกษาเอง ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำงานอยู่กับความเจ็บป่วยทางอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น ทำให้เขาพบความเหนื่อยยากและใช้เวลานาน ซึ่งทั้งสองประการนี้ถือว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานให้คำปรึกษา อันอาจทำให้เขาขาดความน่าเชื่อถือและทำงานไม่สำเร็จ

วิกกินส์ และกิลเลอร์ (Wiggins and Giler, 1984) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่มีความมั่นใจในตัวเองสูง จะช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจมากกว่าผู้ให้คำปรึกษาที่มีความมั่นใจในตนเองต่ำ

ฟอวัต ฮาอินส์ และดาวิส (Fouad, Hains and Davis, 1990 : 268 - 275) ทั้งสามท่านเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยคอนเนตทิคัต ได้ศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลต่าง ๆ ที่นักเขียนแสดงความต้องการการให้คำปรึกษาในระดับปริญญาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษา นักเขียนจำนวนทั้งหมด 106 คน ที่กำลังเขียนการให้คำปรึกษา จาก 3 โปรแกรมการฝึกของวิชาเอกในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทางภาคตะวันออกเฉียง เป็นชาย 28% หญิง 72% จากนักเขียนทั้งหมด มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี คิดเป็น 38% มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็น 25% อายุระหว่าง 40 - 49 ปี คิดเป็น 31% และอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 6% ส่วนใหญ่เป็นสาวผิวขาว (98%) ชาวผิวดำ 3% และเป็นคนเอเชีย 2%

ผลการศึกษาพบว่า 66% ของจำนวนนักเรียนเชื่อว่า การให้คำปรึกษาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในหลักสูตรการเรียน แม้ว่า 65% ได้ศึกษาการให้คำปรึกษามาก่อนเข้าเรียน แต่ถึงกระนั้นก็มีเพียง 85% ที่พอใจหรือพอใจมากกับการเรียนการให้คำปรึกษา และประมาณ 56% ระบุว่า พวกเขาจะอภิปรายกันก่อนจนกว่าจะได้ผลสรุปสุดท้ายก่อนที่จะเข้าร่วมการให้คำปรึกษา แต่นักเรียนอีก 44% มีความต้องการที่จะได้รับการให้คำปรึกษาโดยทันที นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้พบว่า ผู้เรียนวิชาการให้คำปรึกษามากกว่า 60% เชื่อว่าการให้คำปรึกษาตนเองเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของการเรียนโปรแกรมนี้ และ 50% รายงานว่า พวกเขาได้ศึกษาการให้คำปรึกษามาก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมนี้วิธีหนึ่งที่โปรแกรมการฝึกนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับทราบเข้าใจและระมัดระวังเรื่องความวิตกกังวลของตน ได้ดีขึ้น

จากผลการศึกษาของนักจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา จะเห็นได้ว่า งานการให้คำปรึกษาเป็นงานที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ให้คำปรึกษา ถ้าผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตไม่ดีหรือเกิดมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่แล้ว ก็จะมีผลกระทบต่อกระบวนการให้คำปรึกษาทำให้การให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จได้ ขณะเดียวกันถ้าผู้ให้คำปรึกษามีสุขภาพจิตดี จะช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษา เกิดความเชื่อถือศรัทธา มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อกระบวนการให้คำปรึกษาดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น