

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพจิต
2. ความเครียด : ลักษณะบ่งชี้ภาวะสุขภาพจิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบตัว ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม กระแสค่านิยม ความเชื่อ และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และวิธีการจัดการปัญหาต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2545) จากการที่สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา เมื่อปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูง มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2545)

สุขภาพจิต มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์มากและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของทุกคน ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมสามารถจัดระเบียบชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ในชีวิตได้ดี เพราะรู้จักและยอมรับความจริงของชีวิต รู้จักควบคุมตนเอง รู้จักใช้สติปัญญาและอารมณ์อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ดี ผู้มีสุขภาพจิตดีจึงมีโอกาสพบความสำเร็จได้มาก

ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนควรให้ความสนใจ ที่ผ่านมามีคำกล่าว จิตถูกมองว่าเป็นนามธรรม จึงทำให้มีนักวิชาการนำแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นแนวคิดแบบองค์รวม ไม่แยกการดูแลสุขภาพจิตด้านสุขภาพจิตออกมาอย่างเด่นชัด ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต จึงหมายถึง กิจกรรมใดๆ

ที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย เพื่อช่วยให้ตนเองมีความสุข มีความรู้สึกพึงพอใจในการดำรงชีวิตประจำวัน หรืออยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิตดี

ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต

การทำความเข้าใจความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ให้ชัดเจนก่อนที่จะศึกษาแง่มุมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้สามารถมองเห็นภาพรวมและทำความเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตก็จะสามารถทำได้เหมาะสม มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ไว้ดังนี้
 ฝน แสงสิงแก้ว (2521) ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพึงพอใจ

American Psychiatric Association (1994) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง การประสบความสำเร็จในเรื่องงาน ความสัมพันธ์ รวมทั้ง มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาที่เป็นความขัดแย้งระหว่างสัญชาตญาณ กับความถูกต้อง และการอยู่ในโลกของความเป็นจริง

World Health Organization (1999) ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นภาวะของความผาสุกทางอารมณ์และสังคม ในการที่บุคคลตระหนักถึงความสามารถด้านต่างๆ ของตน ได้แก่ ความสามารถในการเผชิญกับความเครียดในชีวิต และยังคงสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยเหลือชุมชนได้

อัมพร โอตระกูล (2538) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวปรับความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่อยู่ร่วมกัน และเข้ากับสังคมที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองด้วย

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง สภาพความสมบูรณ์และความผาสุก ทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคล และเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นในชีวิต สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ชีวิตกับคืนสู่สภาพปกติได้

บรรทัดฐานสุขภาพจิต (Norm of Mental Health)

บรรทัดฐานสุขภาพจิต คือ เกณฑ์กลางของลักษณะบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ถ้าต้องการทราบสภาพทางจิตของแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร อาจประเมินได้โดยพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้ (วีระ ไชยศรีสุข, 2533)

1. ความต้องการ สิ่งเกิดขึ้นมาพร้อมกับการมีชีวิต ความต้องการของแต่ละบุคคลย่อมจะแตกต่างกันไป แล้วแต่สภาพแวดล้อมที่เขาประสบ เช่น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวย จะมีความต้องการทางการเงินน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน เมื่อบุคคลมีความต้องการแล้วได้รับการตอบสนองจะทำให้สุขภาพจิตดีและเป็นสุข แต่ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพจิต
2. เป้าหมายของชีวิต บุคคลมีความหวัง และตั้งเป้าหมายให้แก่ชีวิตตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เช่น บางคนมีความคาดหวังว่าจะประกอบอาชีพราชการ ถ้าเป้าหมายนี้เป็นจริงเขาก็จะเป็นสุข แต่ถ้าไม่เป็นจริงเขาก็จะผิดหวังและเป็นทุกข์ ทำให้มีความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสังคม
3. การรู้จักและยอมรับตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะรู้จักตนเองรู้ความสามารถ รู้ถึงความต้องการ รู้ความสนใจ รู้บุคลิกภาพ รู้ปมเด่นปมด้อย และยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง มีความหวัง และรู้จักวิธีปรับปรุงแก้ไขตนเอง มีความเชื่อและศรัทธาอย่างมีเหตุผล มีความอดทน แข็งแกร่งต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รู้จักปรับปรุงแก้ไขตนเอง
4. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย จะเป็นตามปกติทำให้บุคคลมีการพัฒนาทางจิตควบคู่กัน ไปอย่างมีสมดุล แต่ถ้าการเจริญเติบโตและการพัฒนาการผิดปกติไป เช่น อ้วนมากหรือผอมมากเกินไปอาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้ ดังนั้นเมื่อต้องการส่งเสริมสุขภาพจิต ก็ต้องส่งเสริมสุขภาพร่างกายด้วย
5. การมีความรัก เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกที่ดีต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น ความรักเป็นข้อผูกมัดในด้านความพอใจซึ่งกันและกัน ความรักทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ มีความเสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมตตากรุณา ทำให้บุคคลมีคุณค่าและมีความเจริญขึ้น อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
6. การยอมรับความจริง ความจริงต่างๆในโลกทำให้บุคคลเป็นสุขหรือเป็นทุกข์ได้ เช่น การพลัดพรากจากกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตายเป็นทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ ผู้ที่ยอมรับความจริงจะสามารถยอมรับความผิดหวังและการสูญเสียได้โดยไม่ตีโพยตีพาย มีความกล้าที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ และยอมรับผลที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ

7. การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของบุคคลแทบทุกพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากอารมณ์ และอารมณ์ยังมีผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น โกรธ เกลียด กลัว ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การย่อยอาหารทำงานผิดปกติ เกิดเป็นโรคกระเพาะอาหาร เมื่อสุขภาพกายเสื่อมสุขภาพจิตก็เสื่อมลงได้ด้วย ดังนั้นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสามารถในการรักษาและควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติให้ได้มากที่สุด หรือควบคุม ตระหนักรู้ตนเอง และสามารถเข้าใจคนอื่น หรือเรียกว่ามีทักษะทางสังคมนั่นเอง

8. การมีความสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีย่อมมีความสุข ลักษณะของผู้มีความสุขคือ มีความเป็นปกติ ได้แก่ ชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น ยิ้มแย้มแจ่มใส เบิกบาน หน้าตาอึมเฉิบ ประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม สามารถดำเนินชีวิตไปกับผู้อื่นได้ดี และยังรู้เท่าทันโลก

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่าน ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ ดังนี้

ขนิษฐา วิเศษสาร (2540) ได้อธิบาย ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้เป็นข้อๆ ดังนี้

1. มีสุขภาพกายดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บทางร่างกาย
2. มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง เป็นผู้ที่ยอมรับตนเอง เคารพตนเองและผู้อื่น และมีปรัชญาชีวิต
3. มีมีบุคลิกภาพเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถอดทนต่อแรงกดดันต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอก
4. สามารถเผชิญกับความจริง ยอมรับและแก้ปัญหาต่างๆ โดยไม่หลีกเลี่ยง
5. มีอารมณ์มั่นคง ไม่แปรปรวนง่าย
6. มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน มีความกระตือรือร้นไม่มีความเบื่อหน่าย ไม่มีความท้อแท้ ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความพึงพอใจ
7. เป็นผู้รู้จักหาประโยชน์จากประสบการณ์ต่างๆ รู้จักแสวงหาความรู้หรือพัฒนา ปรับปรุงความสามารถของตน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง
8. มีความยืดหยุ่น ยืดหลักทางสายกลาง เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต
9. มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

Johnson (1997) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ว่า ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. ความเป็นตัวของตัวเอง มีความรู้สึกลึกลับ พยายามค้นหาค่านิยมของตนในการดำเนินชีวิต และมีความสมดุลในการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น

2. มีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงขีดความสามารถสูงสุด ตามความเป็นจริงของตน
3. สามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตได้
4. เห็นคุณค่าในตนเอง รู้จักและเข้าใจ ถึงความสามารถ พรสวรรค์ และข้อจำกัดของตน
5. สามารถจัดการและเอาชนะสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. สามารถแยกแยะ โลกแห่งความเป็นจริงและ โลกแห่งจินตนาการได้ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงของตนได้
7. สามารถรับมือกับความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความยืดหยุ่น ไม่ลงโทษตนเองเมื่อประสบความล้มเหลว

กรมสุขภาพจิต (2542) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เกี่ยวกับตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะพึงพอใจในการกระทำของตน ที่พิจารณาว่าดีแล้ว ถูกต้องแล้ว เข้าใจตนเองดี แก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองได้ ตลอดจนสามารถควบคุมอารมณ์ได้
2. เกี่ยวกับบุคคลอื่น ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ให้ความนับถือและมีความรักต่อผู้อื่นอย่างจริงใจ มีความไว้วางใจผู้อื่น และทำประโยชน์ให้แก่หมู่คณะ จนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ
3. เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิต ผู้ที่สุขภาพจิตดี ย่อมแก้ปัญหาของตนเองได้ มีความมุ่งหมายในชีวิต มีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตน และรู้จักใช้ความสามารถของตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม
4. มีความเยือกเย็นและความมั่นคงทางอารมณ์ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ สามารถอดทน อดกลั้นต่อความผิดหวังได้ สามารถควบคุมอารมณ์ที่แปรปรวนได้ ระวังอารมณ์ที่พลุ่งพล่านได้ด้วยตนเอง รู้จักผ่อนสั้นผ่อนยาว มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอารมณ์ขัน
5. รู้จักรักผู้อื่นและทำตนให้ผู้อื่นรักได้ พึงพอใจกับการเสียสละเพื่อส่วนรวม มีความเมตตาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความเชื่อที่สมเหตุผล รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ร่วมมือกันทำงาน และแสดงความคิดเห็น รู้จักช่วยเหลือผู้อื่น ทำประโยชน์แก่สังคมได้ รู้จักให้และรับได้อย่างเหมาะสม จริงใจกับคนอื่นและจริงใจต่อกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่ม
6. ยอมรับตนเองได้ มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจเอกลักษณ์ ความสามารถและสมรรถภาพต่างๆ ของตน รับผิดชอบการกระทำ การตัดสินใจของตน และตัดสินใจปัญหาได้ด้วยตนเอง มองโลกในแง่ดี ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ รับรู้ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง มีเป้าหมายชีวิต

7. มีสถานะที่ไม่ยึดติดกับความเป็นตัวตน (Self Transcending) มีอิสระ ผ่อนคลาย รู้จักให้ รู้จักพอ รู้จักปล่อยวาง ไม่เห็นแก่ตัว เห็นทุกอย่างเป็นเรื่องธรรมดา มีปัญญาเป็นตัวกำหนด ไม่เป็นทุกข์ สิ้นน้ำอิมเอิบ

จากแนวคิด ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ของนักวิชาการ ดังที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น มีลักษณะสำคัญคือ เป็นผู้ที่รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง สำนึกในคุณค่าและมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถเผชิญกับภาวะเครียด และสภาพอารมณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับความเป็นจริงได้ สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้พัฒนาตนเองอยู่เสมอ และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลได้

ความหมายของคำว่า ปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น มีลักษณะสำคัญดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงมีลักษณะเป็นผู้ที่ไม่รู้จักตนเองอย่างแท้จริง ไม่ยอมรับในตนเอง ไม่สามารถเผชิญกับความเครียดและสภาพอารมณ์ต่างๆ ได้ ปรับตัวไม่ได้รวมทั้งไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีปัญหาในทุกด้านที่กล่าวมา เพียงมีปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหากกระทบความรู้สึกปกติสุข ก็จัดว่าเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตแล้ว

The Mental Health Foundation (2004) ให้คำจำกัดความ คำว่า ปัญหาสุขภาพจิต ว่ามีความหมายครอบคลุม ตั้งแต่ ความกังวล ความโศกเศร้า ที่บุคคลประสบในการดำรงชีวิต รวมถึงความสิ้นหวัง การฆ่าตัวตาย แม้กระทั่งการหมดความรู้สึกที่อยากอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

ปัญหาสุขภาพจิต จะกลายเป็นปัญหาใหญ่ เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นไม่ให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือเมื่อพฤติกรรมของบุคคล เริ่มเป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วงในสายตาของคนรอบข้าง และเมื่อมีปัญหาหรือมีความทุกข์เกิดขึ้น ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ทุกข์และบุคคลรอบข้างด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อความทุกข์ใจเกิดขึ้น โดยธรรมชาติแล้วถ้าบุคคลนั้นเป็นคนที่มึระดับสติปัญญาปกติ บุคคลจะพยายามจัดการความทุกข์นั้น เพื่อให้ชีวิตกลับสู่ความปกติสุขเหมือนเดิม

ประเภทของปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตในทางจิตเวช แบ่ง เป็น 3 ประเภท (The Mental Health Foundation, 2004) ได้แก่

1. ปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะสมอง เช่น อาการเพ้อคลั่ง หรือการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่องไป เช่น การถูกตีที่ศีรษะ สมองได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้คนป่วยเพ้อเจ้อ

2. ปัญหาที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท ไม่ว่าจะเป็นโรคประสาท เช่น มีอาการวิตกกังวลสูง ความรู้สึกซึมเศร้าขั้นรุนแรง หรือโรคจิต ซึ่งทำให้บุคคลไม่รับรู้โลกตามความเป็นจริง มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. ปัญหาสุขภาพจิตที่แบ่งประเภทอาการตาม International Classification Diseases (ICD-10) อาการความผิดปกติทางจิตถูกรวบรวมไว้ อย่างครบถ้วน ซึ่งแบ่งออกเป็น 11 กลุ่มอาการฉบับปัจจุบันที่ใช้อยู่ เป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 รวบรวมปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในบทที่ 5 (F) จัดพิมพ์โดย World Health Organization (1997) กลุ่มอาการปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 11 กลุ่ม ได้แก่

- 3.1 ความผิดปกติทางจิตเนื่องจากอวัยวะบกพร่อง เช่น โรคอัลไซเมอร์
- 3.2 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้สารเสพติด ชนิดต่างๆ
- 3.3 โรคจิตเภท และอาการประสาทหลอน เช่น โรคหวาดระแวง
- 3.4 ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า
- 3.5 โรคเครียดและโรคทางกายที่เกิดจากจิตใจ เช่น โรควิตกกังวล
- 3.6 ความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น ความผิดปกติในการกิน นอนไม่หลับ
- 3.7 ความผิดปกติทางพฤติกรรมในผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ
- 3.8 ภาวะปัญญาอ่อน เช่น ไร้ความสามารถในการเรียนรู้
- 3.9 ความผิดปกติทางพัฒนาการ เช่น ออทิสติก
- 3.10 อารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ในเด็กและวัยรุ่น เช่น โรคไฮเปอร์แอคทีฟ
- 3.11 ความผิดปกติทางจิตอื่นๆ

แหล่งที่มาของปัญหาสุขภาพจิต (Benjamin, 2001)

1. ความคับข้องใจ (Frustration)
2. ความขัดแย้ง (Conflict)
3. ความกดดัน (Pressure)

4. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Life Events)
5. สภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental Conditions)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

1. ประสบการณ์ต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ถ้าหากบุคคลเคยมีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ย่อมจะสามารถปรับตัวได้ แต่ถ้ายังไม่เคยประสบเหตุการณ์อย่างที่เป็นปัญหานั้น จะเกิดความเครียด ความวิตกกังวลมากกว่า
2. พัฒนาการทางอารมณ์ ผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาก จะมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดีกว่าผู้ที่ประสบการณ์ในชีวิตไม่มาก ซึ่งจะเกิดความคับข้องใจได้ง่ายกว่า
3. ความสามารถในการทำนายผล หรือการควบคุมสถานการณ์ เมื่อเกิดสภาวะปัญหาขึ้น หากบุคคลสามารถคาดเดาผลลัพธ์หรือประเมินได้ว่า ตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะทำให้เกิดความเครียด หรือเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้น้อยกว่าการไม่รู้อนาคต
4. การสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่การสนับสนุนทางสังคมน้อย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีความมั่นคงทางใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีพลังใจในการฝ่าฟันปัญหาอุปสรรค
5. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ความคิดหรือทัศนคติต่อปัญหานั้นๆ

ลักษณะของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มักมีลักษณะทั่วไป คือ ไม่พอใจตนเอง หดหู่อย่างหาสาเหตุไม่ได้ ควบคุมตนเองไม่ได้ เป็นทาสอารมณ์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดสมาธิในการทำงาน อารมณ์ไม่คงเส้นคงวา มองโลกในแง่ร้าย กลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น ไร้มารยาท หยาบคาย ชอบทะเลาะวิวาท ทำลายสิ่งของ ดิฉยาเสพติด เป็นต้น มีความจำเสื่อม มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่ได้ เช่น ปวดศีรษะ เป็นลมชัก เป็นต้น หรือเอาใจใส่ต่อสุขภาพมากเกินไป ชอบใช้กลไกป้องกันตนเอง (Defense mechanism) อย่างพร่ำเพรื่อ ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะแสดงพฤติกรรม ที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ จนสามารถสังเกตได้ชัดเจน (ปริญสุทธิ์ โรงสะอาด, 2546)

นอกจากนี้ สมศักดิ์ ภู่วิภาดาพรรณ (2539) อธิบายถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

1. มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย
2. มีความประพฤติน่าไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากความกดดันทางใจ ได้แก่

2.1 มีความแปรปรวนทางความประพฤติ เช่น ก้าวร้าวเกรง ทำลายสิ่งของ ลักขโมย ฝ่าฝืนระเบียบวินัย

2.2 มีความแปรปรวนทางประสาท เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ร้องไห้เก่ง หวาดกลัว ตัดสินใจไม่ได้ มีอาการกระตุกตามที่แตกต่างกัน ของใบหน้า

2.3 มีความแปรปรวนทางนิสัย เช่น กินยาก อยู่ยาก นอนละเมอ กัดเล็บ

3. มีอาการป่วยทางร่างกายอย่างหาสาเหตุไม่ได้ ซึ่งเกิดมาจากความกดดันทางอารมณ์ เช่น ปวดศีรษะ สะอึก เป็นลมอย่างไม่มีสาเหตุ

4. มีอาการหลบหลีกสังคม หงอยเหงา เสรีซึม วิตกกังวล

5. ขี้ทำ ทำอะไร จดๆ จ้องๆ อ้อยอิ่ง เผลอเผลอ หวาดหวั่น

6. มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น นั่งยิ้มคนเดียว หัวเราะเรื่องเศร้า บางทีสุภาพ บางทีก้าวร้าว

7. กลัวสิ่งที่ไม่ควรกลัว เช่น อดน้ำลายไม่กล้ากลืน เพราะกลัวเป็นพิษ

8. ชอบนึกฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง

การมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพราะปรับตัวไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต ทนกับความคับข้องใจ หรือความขัดแย้งไม่ได้ มักไม่ยอมรับความจริง พยายามแยกตนเองออกจากผู้อื่น และไม่กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้

การแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ปัญหาทางสุขภาพจิต อาจนำไปสู่ความผิดปกติอย่างรุนแรงในภายหลัง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจจะเป็นโรคประสาท โรคจิตได้

การประเมินตัดสินว่าบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ มีข้อพิจารณา 3 ประการ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1. รู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress)

2. กระทบกระเทือนหรือรบกวนผู้อื่น (Disturb)

3. มีผลกระทบ สร้างความเสียหาย หรือพิกลพิการ (Disability)

1. รู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress)

เป็นบุคคลที่ความรู้สึกกุ่มใจ ไม่มีความสุข คิดมาก ฟุ้งซ่าน ไม่สบายใจ รู้สึกว่าถูกรบกวนจิตใจอย่างมาก บางคนมีอาการแสดงออกทางร่างกายโดยมีสาเหตุจากความทุกข์ในจิตใจ ซึ่งอาการเหล่านั้น จะเกิดขึ้นอย่างจริงจัง (intensity) และคงอยู่นาน (persistent) ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานไม่หายสักที ไม่ใช่เป็นอาการเพียงชั่วคราว และมีความทรมานทางจิตใจอย่างมาก บุคคลที่เป็นทุกข์นั้น

มักจะรู้ตัวที่ว่าตัวเอง (insight) มีปัญหาสุขภาพจิต เกิดความผิดปกติขึ้นในจิตใจ แต่ก็ไม่สามารถที่จะบังคับใจให้หยุดคิด หยุดกังวล หยุดกลัวได้ หลายคนจึงเริ่มหาที่ปรึกษา หรือเริ่มเข้ารับการรักษา ซึ่งในสังคมแบบไทยๆ ผู้คนมักจะหันไปพึ่งพระ ไปนั่งสมาธิทำบุญทำทาน หรือไปปรึกษาปรับทุกข์กับหมอดู คนทรงเจ้า ซึ่งก็อาจช่วยได้ในระดับหนึ่ง

ความไม่สบายใจนี้ถ้าเป็นไม่มาก อาจไม่เป็นที่สังเกตแก่คนอื่น แต่ถ้าไม่สบายใจอย่างมาก บุคคลรอบข้างจะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติได้ เช่น มีอาการวิตกกังวล ตื่นตระหนก เครียด ซึมเศร้า อาการเหล่านี้มักเป็น กลุ่มโรคประสาท ได้แก่ โรควิตกกังวล หวั่นกลัว เครียด ขวัญผวา หลังเหตุการณ์รุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ บางคนมีอาการตื่นตระหนก (panic) จนแทบควบคุมสติไม่อยู่ หรือโรคประสาทที่มีอาการทางกาย โดยมีสาเหตุจากจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้า มีอารมณ์หดหู่ ท้อแท้ หมกมุ่นตายอยาก เป็นต้น คนรอบข้างมักไม่เข้าใจ และมองผู้ป่วยเหล่านี้ว่า ประสาทอ่อน มีจิตใจเปราะบาง อ่อนแอ หรือแกล้งทำอ่อนแอ ไม่อดทน หรือคิดว่าแกล้งป่วย เรียกร้องความสนใจเป็นที่น่ารำคาญ บางคนคิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ไม่ยอมรับว่ามีความเครียด ความกังวล ไปตระเวนพบหมอเฉพาะทางหลายๆ สาขา เพื่อรับการตรวจด้วยเครื่องมือราคาแพง เพียงเพื่อที่จะพิสูจน์ให้ได้ว่าตนเองเป็นโรคหัวใจบ้าง โรคกระเพาะบ้าง โรคกล้ามเนื้ออักเสบบ้าง ทำให้ต้องใช้จ่ายกับค่ารักษามากมาย แต่อาการไม่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตครอบครัวเสียหาย เพราะเกิดความเบื่อหน่าย รำคาญขึ้นกับบุคคลที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคที่ทำไมอย่างใดอาการก็ไม่ดีขึ้น

2. กระทบกระเทือนหรือรบกวนผู้อื่น (Disturb)

พฤติกรรมหรือความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ในกรณีเช่นนี้ผู้ป่วยมักไม่รู้สึกละอายใจ ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาหรือเจ็บป่วย ไม่รับรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จนสร้างความรำคาญเดือดร้อนแก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือรู้ตัวแต่ควบคุมพฤติกรรมของตนไม่ได้ สร้างความไม่สงบสุขแก่คนรอบข้าง ตัวอย่างเช่น คนที่เคยมีนิสัยเรียบร้อย พุดจาสุภาพ กลายเป็นคนอารมณ์รุนแรง ใจร้อน ullen เฉียว เอาแต่ใจตนเอง เช่น คนที่เปิดโทรทัศน์ เปิดเพลงเสียงดังรบกวนเพื่อนบ้าน บางคนกลายเป็นคนพุดจาหยาบคาย คำทอບุพการี บางรายมีอาการหวาดระแวง คิดว่าเพื่อนบ้านกลั่นแกล้งคอยจับผิดคนอื่น เอะอะอาละวาด บางรายเป็นโรคคลั่งคารา หลงเสน่ห์ (erotomania) คนเด่นคนดังมีหลายรายเมาสุราอาละวาด เมายาบ้าแล้วคลุ้มคลั่ง ซึ่งความจริงแล้วอาการดังที่กล่าวมา เป็นอาการของโรคจิตโรคประสาท ถ้าหันไปพึ่งยากล่อมประสาทชนิดต่างๆ ด้วยความขาดสติ หรือด้วยความไม่รู้ จะทำให้เกิดอาการรุนแรง ถ้าเป็นในต่างประเทศคนเหล่านี้จะถูกตำรวจจับส่งโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ แต่ในประเทศไทย คนเหล่านี้จะถูกจับ ถูกซ้อม ถูกอบรม หรือส่งเข้าคุมขังเพื่อคัดค้านาน โดยไม่ได้แก้ไขหรือรักษาที่สาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

คนที่จัดอยู่ในประเภทโรควิกลจริต (psychoses) มีอาการประสาทหลอน ที่พบได้บ่อยคือ อาการหูแว่ว นอกจากนี้มักมีอาการหลงผิด คิดว่าตนเองมีอิทธิฤทธิ์ เป็นศาสดา เป็นผู้ทรงอำนาจ เป็นคนมีชื่อเสียง บางรายคิดระแวงว่าสามีหรือภรรยาอกใจ เกิดความหึงหวงมาก จนสร้างปัญหา และก่ออันตรายต่อสมาชิกครอบครัวดังที่เป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ นอกจากนี้ยังมีอาการหลงผิด อีกหลายรูปแบบ ที่น่าอันตรายคือ ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนเองป่วย จึงไม่ยอมรับการตรวจรักษา สร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลรอบข้าง ความผิดปกติกลุ่มนี้ได้แก่ โรควิกจริต ประเภทต่างๆ เช่น โรควิกจริตเภท (Schizophrenia) โรควิกจริตชนิดหลงผิด (Delusion disorders) กลุ่มที่มีบุคลิกภาพเบี่ยงเบนหรือบกพร่อง พวกนี้จะมีนิสัยที่เป็นแบบแผน (สันดาน) ที่ปฏิบัติมานานจนเป็นเรื่องธรรมดาของเจ้าตัว ซึ่งตนเองไม่รู้สึกรู้สีก่อเดือดร้อน แต่คนรอบข้างต้องทนอยู่ร่วมด้วยอย่างอึดอัดใจ ไม่มีความสุข จนป่วยประสาทเครียดตามไปด้วย

บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกกระทบกระเทือน โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเมื่อนานวันเข้าผู้ดูแลก็จะป่วยไปด้วย เพราะต้องอยู่กับภาวะความเครียด ความกดดันที่ต้องให้การดูแลรับผิดชอบกับอาการป่วยที่ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ บางครั้งบุคคลภายนอกอาจไม่ทราบความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่แสดงออกกับบุคคลอื่น แต่จะแสดงออกกับผู้ดูแลเท่านั้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ป่วยแฝง ที่เหมือนระเบิดเวลา จนวันใดวันหนึ่งที่หมดความอดทน ผู้ดูแลผู้ป่วย กลายเป็นผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกคน

3. มีผลกระทบ สร้างความเสียหาย หรือพิกลพิการ (Disability)

มีผลกระทบที่ก่อความเสียหายแก่ตัวผู้ป่วยเอง ข้อนี้สำคัญมาก เพราะเป็นประเด็นที่จะตัดสินใจว่ามีปัญหาสุขภาพจิตแล้วหรือยังไม่ถึงขั้นว่ามีปัญหา หลังจากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อที่ผ่านมา ในสองข้อดังกล่าว ถือว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือสุขภาพจิตไม่ดี ดังนั้นถ้าบุคลิกหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกจากจะเป็นทุกข์ และส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวแล้ว ถ้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลต่อประสิทธิภาพของตัวผู้ป่วยเองในด้านต่างๆ เช่น ผลการเรียนตกต่ำลง ทำงานไม่ได้ เข้าสังคมไม่ได้ บางคนที่เคยมีนิสัยร่าเริง ช่างพูด กระตือรือร้น ว่องไว คล่องแคล่ว กลายเป็นคนที่ เงื้อย ซึมเศร้า หวาดกลัว ไม่กล้าพูด ไม่ยอมพบคนอื่น เพราะรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ กลัวถูกดูถูก กลัวถูกรังเกียจ ไม่ยอมออกจากบ้านไปพบผู้คน ไม่ไปเรียน อยากลาออกจากมหาวิทยาลัย อยากลาออกจากงาน บางคนระแวงว่ามีคนวางยาพิษ บางคนมีความต้องการทางเพศสูงจนควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยบางคนมีอาการซึมเศร้าจนพยายามฆ่าตัวตาย

บุคคลเหล่านี้ ถือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตอย่างชัดเจน จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช ซึ่งต้องใช้ทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดควบคู่ไปด้วย ระยะเวลาในการรักษาไม่สามารถบอกได้ว่าอาการแบบนั้นๆ จะใช้เวลารักษายาวนานเพียงใด ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ

การเจ็บป่วยทางจิตใจดังที่ได้กล่าวมา เป็นสิ่งที่แก้ไขและป้องกันได้หากไม่ปล่อยให้ความซับซ้อน ยาวนานของอาการมากจนเกินจะบำบัดรักษาได้ทัน

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต

จากสถานการณ์ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ในปัจจุบัน ทำให้ประชาชนมีความเครียดสูง มีการฆ่าตัวตาย มีการฆ่าผู้อื่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาเรื่องเพศ มีความวิตกกังวลและมีอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มขึ้นมาก ทั้งจำนวนและความรุนแรง องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2020 หรือ พ.ศ. 2563 ปัญหาสุขภาพจิต จะเป็นปัญหาอันดับ 1 ของโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า

ประชากรโลก 450 ล้านคน มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งโรคประสาท โรคจิตและปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจิต กลายเป็นปัญหาพื้นฐานของทุกประเทศ เนื่องจาก ประชากรประสบภาวะทุกข์ยาก มีสังคมที่ซับซ้อน มีคนพิการมากขึ้น คุณภาพชีวิตตกต่ำ ในแต่ละปี หนึ่งในสี่ของประชากรทั่วโลก จะต้องเข้ารับการบริการทางด้านสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นโรคจิต โรคประสาท หรือความผิดปกติทางพฤติกรรม ซึ่งส่วนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอาการเหล่านี้ (World Health Organization, 2004)

ในปี พ.ศ. 2542 เป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ของประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับ 20 โรคที่เป็นภาระทางสังคมและครอบครัว อันดับหนึ่งในเพศชาย คือ การติดสารเสพติด ส่วนในเพศหญิง คือ โรคซึมเศร้า มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงขึ้น

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย มีสถานการณ์และแนวโน้มที่น่าสนใจ โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) สังคมไทยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา แต่เนื่องจากระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศไทยยังเป็นข้อมูลการเกิดการตายเป็นหลัก และข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตยังมีค่อนข้างจำกัด เพราะการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะบางพื้นที่ และในกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มเท่านั้น

(กรมสุขภาพจิต, 2545) ข้อมูลที่จะนำเสนอ เป็นข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต เท่าที่มีอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มปัญหา ได้แก่

1. ปัญหาการฆ่าตัวตาย
2. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ได้แก่ โรคจิต โรคปัญญาอ่อน โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล กล
อาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาการใช้สารเสพติด
3. ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น
4. ปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง

ปัญหาการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทย ในปี พ.ศ. 2530 คือ 5.4 คนต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2541 มีอัตรา 11.7 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545 มีอัตรา 7.8 คนต่อประชากรแสนคน โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน แนวโน้มการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 – 2545 มีอัตราเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ แต่หลังจากนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อศึกษาถึงสาเหตุการฆ่าตัวตาย พบว่ามีลักษณะคล้ายกับรายงานสาเหตุของการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ คือเกิดจาก โรคซึมเศร้า และปัญหาพิษสุราเรื้อรัง แต่การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีลักษณะเฉพาะเพิ่มขึ้นคือ พบการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในสัดส่วนที่สูงถึงหนึ่งในสามของการฆ่าตัวตายทั้งหมด

ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

การสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน เมื่อ ปี พ.ศ. 2541 พบว่า มีอัตราร้อยละ 0.4 ของประชากรทั้งหมด ส่วนความชุกของภาวะปัญญาอ่อน อยู่ที่ร้อยละ 1 – 2 แต่ปัจจุบันปัญหาโรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยในชุมชน มีอัตรา ร้อยละ 3.4 ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง รักษายาก นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 9.5 ของประชากรไทย เป็นโรควิตกกังวล และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนปัญหาการดื่มสุราและการใช้สารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และพบว่าผู้ที่ดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีปัญหาความเครียดและซึมเศร้าร่วมด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กก่อนวัยเรียนได้แก่ ปัญหาการกิน เช่น กินยาก กินนาน อมข้าว ไม่กิน ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ขี้อาย กลัว โกรธ ปัญหาพฤติกรรม เช่น เอะอะ อาละวาด งอแง เมื่อถูกขัดใจ ปัญหาการอยู่ไม่นิ่ง ซนมาก ปัญหาที่มีความก้าวร้าว ทั้งคำพูด อารมณ์ และการกระทำ

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กประถมศึกษา ได้แก่ ปัญหาความวิตกกังวลมากจนเกินเหตุ ปัญหา กลัวบางอย่างที่เฉพาะเจาะจง ปัญหาภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว และปัญหา ขาดสมาธิ ปัญหาการยึดติดสิ่งของหรือกิจกรรมบางอย่างจนผิดปกติ

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า และวิตกกังวล ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ยังมีปัญหาคิดฆ่าตัวตาย และปัญหาการมั่วสุม และใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ

ปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง

จากการสำรวจปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง โดยการสัมภาษณ์ ผู้หญิง อายุ 15 - 49 ปี ใน พื้นที่ 2 จังหวัด ภาคกลาง พบว่า ร้อยละ 27.5 ของผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ตอบว่าเคยประสบปัญหา ความรุนแรงทางร่างกายจากคู่ของตนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ร้อยละ 10.6 ประสบปัญหาความ รุนแรงดังกล่าวในช่วง 1 ปี ที่ผ่านไป ประมาณ ร้อยละ 4 ที่ถูกทำร้ายร่างกายในขณะที่ตั้งครรภ์ ผู้หญิง ที่ประสบปัญหาความรุนแรง มีอัตราการคิดและพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่มีปัญหาความ รุนแรง (พิมพ์วรรณ บุญมงคล, 2541 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2545)

ความเครียด : ลักษณะบ่งชี้ภาวะสุขภาพจิต

ความหมายของความเครียด

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยไม่ เฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้องหรือสิ่งคุกคามใด ซึ่งข้อเรียกร้องดังกล่าว มีทั้งก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือความสุข ก็ได้

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมาย ความเครียด ว่าเป็นสิ่งที่เกิดจากการประเมิน ค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือมากกว่าที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก

คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2541) ให้นิยามความเครียดว่า แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. ความเครียดในรูปแบบของสิ่งเร้า ความเครียด จึงหมายถึงเหตุการณ์ หรือตัวการที่ก่อให้เกิดความเครียด
2. ความเครียดในรูปแบบของการตอบสนอง ความเครียด จึงเป็นการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม
3. ความเครียดในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ความเครียดจึงเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้า โดยบุคคลรับรู้ และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบที่ไม่สามารถรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพในตนเองมีน้อยกว่าความรุนแรงของสิ่งเร้า

สมชาย จักรพันธุ์ (2547) ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจ ที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งไม่ได้จำเพาะเจาะจงว่าเป็นปฏิกริยาส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจจะเป็นการตอบสนองของร่างกายบางส่วน เช่น หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก หรือเป็นความรู้สึกกระวนกระวาย และสิ่งที่มากระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความเครียดก็แตกต่างกันไปในแต่ละคน

ระดับความเครียด

ความเครียด จะมีผลต่อบุคคล ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ตามปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ความเครียดแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (Frain and Valiga, 1979 อ้างใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2539)

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ (day to day stress)

เป็นความเครียดระดับต่ำ บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัย ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตเป็นความเครียดที่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าจะมีโอกาสเกิดขึ้น

ระดับที่ 2 ความเครียดที่มากกว่าความเครียดในชีวิตประจำวันตามปกติ (mild stress)

ความเครียดในระดับนี้เกิดจากมีสิ่งคุกคาม แต่เป็นช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งบุคคลมักจะปรับตัวได้สำเร็จ โดยความเครียดจะหมดไปในช่วงเวลา นับเป็นชั่วโมงเท่านั้น เช่น การไปสัมภาษณ์งาน

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress)

บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคาม เนื่องจากประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความเครียดระดับนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัด เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนเพื่อพยายามลดความเครียด มีอาการแสดงออกทางคำพูด ท่าทาง เกิดความยุ่งยากขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจาก เหตุการณ์ที่คุกคามจะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมง เป็นวัน เช่น การเข้ารับการรักษา การรอในขณะขึ้นศาล

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress)

ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว และแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น การขาดงาน การไม่สนใจดูแลครอบครัว การไม่สนใจตนเอง

ผลของความเครียด

ความเครียดทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพมาศ ตาปัญญา, 2540)

ผลกระทบทางร่างกาย

มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการง่วงงับสน นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ระบบไหลเวียนโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง มีการสร้างสารที่ทำให้เลือดแข็งตัว และมีเม็ดเลือดแดงเพิ่มจำนวนทำให้เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น ระบบการหายใจ มีอัตราการหายใจถี่ และเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้นจึงอาจเกิดภาวะขาดน้ำได้ ภูมิคุ้มกันลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน กล้ามเนื้ออาจมีอาการสั่น กระตุก เมื่อยล้า ตึงตัว ทำให้ปวดศีรษะ ผิวหนังซีดเซี้ยน มีเหงื่อออกมาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ขับถ่ายปัสสาวะลดลง หรือบางคนมีอาการท้องผูกได้ง่าย

ผลกระทบทางจิตใจ

การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาจมีภาพหลอน การรับรู้ทางประสาทสัมผัสผิดปกติ มีอาการสับสนทางความคิด ตัดสินใจไม่ได้ กลัวหรือสงสัยโดยไม่มีเหตุผล ความจำ ความสนใจ สมาธิเสียไป อาจมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย พฤติกรรมมีปัญหา เช่น อารมณ์แปรปรวน แยกตัว ถอยหนี ไม่ให้ความร่วมมือ แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ หงุดหงิดโดยไม่มีเหตุผล ไม่อดทน ใช้กลไกป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปฏิเสธ โทษผู้อื่น ฝันกลางวัน เกิดความรู้สึกผิดปกติ เช่น รู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า ตัดสินใจไม่เหมาะสม

โรคทางกายที่เป็นผลมาจากภาวะทางจิตใจ

ภาวะทางจิตใจทำให้เกิดโรคทางกายที่พบได้บ่อยนั้น การเกิดโรคมักมีสาเหตุมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมน โรคทางกายที่มีสาเหตุจากใจที่พบบ่อย (ปราโมทย์ สุตคณิษฐ์, 2547) ได้แก่

1. ปวดศีรษะ

เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากสาเหตุของการอาการปวดศีรษะมีมาก แต่จากผลการตรวจร่างกายแล้วพบสาเหตุจากทางร่างกายโดยตรงมีไม่บ่อย ซึ่งทำให้แพทย์และผู้ป่วยไม่สบายใจ เชื่อกันว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอารมณ์และความเครียด เช่น ภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า เป็นตัวนำให้เกิดอาการขึ้น อย่างไรก็ตาม อาการปวดศีรษะนี้ นอกจากจะเป็นการแสดงออกของอารมณ์ภายในแล้ว ยังอาจมาจากความเชื่อแบบหลงผิด (delusion) หรือ เป็นการสื่อสารให้บุคคลรอบตัวให้ความสนใจกับผู้ป่วยมากขึ้น ชนิดของโรคปวดศีรษะที่สัมพันธ์กับจิตใจ ได้แก่

1.1 ไมเกรน มีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย กว่าสองในสามของผู้ป่วย และมักพบในผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพยายามควบคุมทุกอย่างในชีวิตให้ดี มีระเบียบ ไม่แสดงความโกรธ แต่ไม่พบว่าจะมีเหตุการณ์ใดที่เจาะจงให้เกิดอาการนี้ อาศัยการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ และใช้จิตบำบัดเพื่อแก้ไขบุคลิกดังกล่าวในระยะยาว

1.2 ปวดศีรษะจากความตึงเครียด (Tension headache) ส่วนมากมีอาการในช่วงบ่าย หรือเย็นหลังการทำงานที่ทำให้เครียด หรือบางรายก็มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว โรคทางจิตเวชเกือบทุกโรคทำให้เกิดอาการนี้ได้ โดยเฉพาะกับผู้ที่จริงจังและแข่งขัน ควรค้นหาว่ามีโรคทางจิตเวชด้วยหรือไม่ โดยถามถึงอาการร่วมอื่นๆ อาจให้ยาคลายกังวลในระยะยาว นอกจากนี้ การฝึกผ่อนคลาย การทำจิตบำบัดจะช่วยป้องกันการเป็นซ้ำได้

2. โรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน

มีข้อสังเกตมานานแล้วว่า เมื่อบุคคลมีความเครียดจะเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายด้วยโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อหรือโรคภูมิแพ้ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ ในเรื่องนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น การศึกษาการทำงานของเม็ดเลือดขาว ซึ่งขึ้นอยู่กับสื่อประสาทและฮอร์โมนหลายชนิด หรือโรคที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันบางอย่าง รวมทั้งผู้ป่วยเอดส์ ที่อาการรุนแรงมากขึ้นตามระดับของความเครียด และยังมีผู้พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่ได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจจะฟื้นตัวได้ดียิ่งขึ้น

3. ปวดหลัง

เช่นเดียวกับอาการปวดศีรษะ คือกว่าร้อยละ 95 ของผู้ที่มีอาการปวดหลังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ชัดเจนทางร่างกายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีอาการปวดหลังจำนวนไม่น้อยมีความกังวลหรือมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย การรักษาจึงอาจให้ยารักษาภาวะกังวลหรือซึมเศร้า ที่เป็นอยู่ ร่วมกับยาแก้ปวด รวมทั้งการให้คำแนะนำ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. โรคไขข้ออักเสบรูมาตอยด์

มีผู้สนใจศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคนี้ พบว่ามักมีบุคลิกภาพเป็นคนที่เสียสละ ทำตนให้ลำบาก อดทนอดกลั้น และต้องพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุด โดยไม่แสดงความรู้สึก และมีบางรายพบว่า อาการกำเริบตามระดับความเครียดทางจิตใจ ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสดีกอาการซึมเศร้าอันเป็นผลมาจากความพิการจากโรคได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

5. โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดอาการได้เสมอ เมื่อผู้ป่วยเครียดหรือโกรธมาก ผู้ที่ป่วยโรคนี้มักมีบุคลิกภาพที่แข่งขัน รุนแรง ทะเยอทะยาย ไขว่คว้า แต่อารมณ์ฉุนเฉียว โดยจะพบระดับโปรตีนในเลือดสูง คลอเลสเตอรอล หรือ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงด้วย

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยโรคนี้มักมีท่าที่เป็นมิตร เชื้อพึง ยอมตามกฎเคร่งครัด เก็บงำความโกรธไว้ไม่แสดงออก ร่วมกับมีประวัติครอบครัวว่ามีอาการป่วยของโรคนี้ การรักษาทั้งสองโรค ได้แก่ การทำจิตบำบัดเพื่อเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ปรับแนวคิดมุ่งหวัง ให้รู้จักผ่อนคลาย ทำเทคนิคคลายเครียดอย่างมีหลักการ ร่วมกับการใช้ยาควบคุมโรคโดยตรง

6. โรคระบบทางเดินอาหาร โรคแผลในกระเพาะอาหารและอาการท้องอืด

อาการของโรคนี้สัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรควิตกกังวลเรื้อรัง โดยเฉพาะแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าแผลในลำไส้เล็ก มีผลการศึกษาดูว่า ความวิตกกังวลทำให้มีการเคลื่อนไหวบีบตัวของกระเพาะผิดปกติ ร่วมกับรายงานที่ว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์เครียดที่รุนแรง เช่น คนที่มีการสูญเสียคนใกล้ชิด จะมีอาการท้องอืดมากกว่าคนทั่วไป การรักษาด้วยยารักษาโรคกระเพาะเท่านั้นจึงอาจไม่เพียงพอในการรักษา หรือป้องกันในระยะยาว การฝึกผ่อนคลาย การแก้ปัญหา และการทำจิตบำบัดร่วมไปด้วย จะทำให้ผู้ป่วยปลอดจากอาการดังกล่าว ได้นานกว่าการรักษาโดยการกินยารักษาโรคกระเพาะเพียงอย่างเดียว

7. กลุ่มอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย (Irritable bowel syndrome)

มักมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย ปวดท้อง จุกเสียด เพราะมีลมในระบบทางเดินอาหารมากอย่างเรื้อรัง โดยไม่สัมพันธ์กับชนิดของมื้ออาหาร การติดเชื้อ หรือการใช้ยา ในประเทศอเมริกาพบว่า ผู้ที่ไปพบแพทย์มากกว่าร้อยละ 50 มีอาการนี้ และกว่าร้อยละ 32 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการนี้เช่นกัน ผลการทดสอบด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยา พบว่า ผู้ป่วยมีความกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง โทษตนเอง และอาจบอกอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นอีก คล้ายโรคความผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางร่างกาย (กลุ่ม somatization disorder) เมื่อมีความเครียดผู้ป่วยจะมีอาการมาก คนรอบข้างจะให้ความสนใจผู้ป่วยมากขึ้นด้วย การรักษาจึงต้องอาศัยหลายวิธี ทั้งการให้ยาเพื่อช่วย

รักษาอาการท้องผูกและอาการท้องเสีย การควบคุมชนิดของอาหาร การฝึกผ่อนคลาย ทำจิตบำบัด ให้ยาต้านเศร้า กลุ่ม tricyclic ร่วมกับการเปลี่ยนการสนองต่อการเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ป่วยด้วย

8. โรกระบบทางเดินหายใจ

ที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉินของหลายโรงพยาบาล คือ อาการของโรกระบบทางเดินหายใจชนิดหนึ่ง (hyperventilation syndrome) ที่มีอาการคล้ายหอบหืด โดยผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายหอบหืด หายใจหอบเร็ว หัวใจเต้นแรง แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มือเท้าชา เกร็ง บางรายจะมีนิ้วมือจิบร่วมด้วย ซึ่งโรคหอบหืดนั้นแม้ว่าจะมีการพิสูจน์แล้วว่าอาการของโรคเกิดจากระบบภูมิคุ้มกัน แต่มีการพบข้อสังเกตว่าผู้ป่วยมักมีลักษณะเก็บความโกรธ ไม่สามารถแสดงความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นได้ และอารมณ์ดังกล่าวถูกส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติและระบบภูมิคุ้มกันจนเกิดอาการ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเป็นประจำ การมองหาปัจจัยทางจิตใจและแก้ไขนอกเหนือไปจากการให้ยาขยายหลอดลม อาจช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตใจกับการเกิดมะเร็งนั้น ยังไม่อาจสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นเหตุและผลต่อกันอย่างชัดเจน เพราะมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น อาหาร อากาศ พันธุกรรม การใช้ชีวิต การได้รับสารพิษต่างๆ ตลอดจนภาวะภูมิคุ้มกันของบุคคลนั้นๆ อย่างไรก็ตามพบว่า สภาพจิตใจมีผลต่อการดำเนินโรคของโรคมะเร็งอยู่ไม่น้อย

จะเห็นได้ว่าโรคทางกายที่มีผลจากจิตใจดังกล่าว แม้จะมีพยาธิสภาพหรือพยาธิสรีระที่เกิดขึ้นกับร่างกายจริง แต่การใช้ยารักษาอาการทางกายโดยไม่สนใจสภาพจิตใจ จะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาต่ำลง ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงการรักษาทางด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการปัญหา

ความหมายของพฤติกรรมจัดการปัญหา

มีผู้ศึกษา และให้ความหมายของ พฤติกรรมจัดการปัญหา ไว้หลายท่าน ดังนี้

Pearlin & Schooler (1978) กล่าวว่า พฤติกรรมจัดการปัญหา เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิต เพื่อปกป้อง หลีกหนี หรือควบคุมอารมณ์ทุกข์โศก (distress)

Hymovich & Hagopian (1992) กล่าวว่าพฤติกรรมการจัดการปัญหา คือกระบวนการทางปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นความเครียด หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจจะทำให้เกิดเป็นความเครียดเพราะเป็นสิ่งที่หนัก หรือมากเกินไปกว่าแหล่งทรัพยากรที่ตนเองมี

Luckmann & Sorensen (1993) กับ Scott, Oberts, & Dropkin (1981) อธิบายไว้ทำนองเดียวกันว่า พฤติกรรมการจัดการปัญหา เป็นวิธีการที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งเน้นไปที่ความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อจัดการกับความเครียดจากสภาพการณ์ในชีวิต เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยมีการประเมินค่า และปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย ที่แสดงออกเพื่อลดความรุนแรงของสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดเครียด และควบคุมการตอบสนองด้านอารมณ์ให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ถ้าผลของการจัดการเป็นไปในทางที่มีความสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้า หรือมีการรบกวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายน้อยที่สุดจะถือว่าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการปัญหา เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความคิดที่จะจัดการความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้ทรัพยากรเกินกว่าปกติ

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการจัดการปัญหา หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าเป็นอันตราย สูญเสีย คุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ทำร้ายกับตน โดยบุคคลได้พยายามใช้วิธีการต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลของจิตใจ โดยใช้พลังความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้ความรุนแรงบรรเทาลง

แนวคิดในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมจัดการปัญหา

ในช่วง 50 กว่าปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการปัญหา โดยมีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดหรือปัญหาต่างกัน นั่นคือ แม้ว่าสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาลักษณะเดียวกัน แต่ทำให้บุคคลใช้วิธีจัดการกับปัญหาไม่เหมือนกัน บางคนอาจหันหน้าเผชิญปัญหา บางคนรู้สึกริเกรง บางคนร้องไห้ หรือบางคนอาจเพิกเฉยไม่สนใจ

Aldwin (1994) สรุปแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการปัญหา ไว้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ

กลุ่มแรก ศึกษาพฤติกรรมจัดการปัญหาโดยยึดบุคคลเป็นหลัก (Person - based approach)

แนวความคิดในกลุ่มนี้ เชื่อว่า ลักษณะบุคลิกภาพเป็นตัวกำหนดขั้นต้นที่จะบอกได้ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดของตนอย่างไร แนวคิดในกลุ่มนี้ได้แก่

1. แนวคิดกลุ่มจิตวิเคราะห์เริ่มแรก (Psychoanalytic traditions)

กลุ่มนี้มุ่งประเด็นที่กลไกการป้องกันทางจิต ซึ่งเป็นกลไกของจิตไร้สำนึก ที่ถือเป็นพื้นฐานของแรงผลักดันที่จะแสดงพฤติกรรม (impulsive behavior) เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้ตนเองว่ากำลังใช้กลไกป้องกันทางจิตอยู่ ทั้งนี้เพื่อปรับความสมดุลของอารมณ์ เช่น การปฏิเสธ การโกรธผู้อื่น การทำตรงข้ามกับความรู้สึกจริง เป็นต้น กลไกการป้องกันทางจิตเหล่านี้ถูกกำหนดโดยโครงสร้างบุคลิกภาพของบุคคลที่พัฒนามาจากประสบการณ์ ความกระทบกระเทือนทางจิตใจที่ได้รับในวัยเด็ก (childhood trauma) ดังนั้นจุดเน้นของแนวคิดกลุ่มนี้จะอยู่ที่พัฒนาการโดยมิได้พิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมในการจัดการปัญหา ผู้ที่ศึกษาแบบกลุ่มแนวคิดนี้ ได้แก่ Freud, Vaillant และ Haan เป็นต้น

2. แนวคิดการจัดการปัญหาตามบุคลิกประจำตัวหรือ อุปนิสัย (Coping as personality traits)

แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคลิกประจำตัว หรืออุปนิสัย เป็นตัวกำหนดวิธีการจัดการปัญหา เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต (Millon, 1982 cited in Alwin, 1994) อุปนิสัยแต่ละแบบจะมีวิธีการจัดการปัญหาที่เฉพาะตามแบบนั้นๆ เช่น อุปนิสัยแบบครุ่นคิด (introversive style) วิธีการจัดการปัญหาจะเป็นกระบวนการทางความคิดเพื่อควบคุมอารมณ์ เช่น ไม่สนใจ ไม่ยอมรับรู้ (ignore) การปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น หรือการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง และเก็บตัวอยู่คนเดียว เป็นต้น ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีอุปนิสัยแบบร่วมมือ (cooperative style) จะมีวิธีการจัดการปัญหา โดยยึดถือหลักตามคำสั่งสอนของศาสนาเพื่อช่วยบรรเทาเหตุการณ์ รับผิดชอบตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย นั่นคือ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมสามารถออกไปพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ให้ความสนใจที่จะหาทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ที่ศึกษาตามแนวคิดกลุ่มนี้ ได้แก่ Lipovoski และ Millon เป็นต้น

3. แนวคิดการจัดการปัญหาตามรูปแบบการรับรู้ (Coping as perceptual styles)

แนวคิดนี้จะมุ่งความสนใจที่บุคคลมีการตอบสนอง หรือการจัดการอย่างไรกับการรับรู้สถานการณ์นั้นมากกว่าที่จะให้ความสนใจว่าบุคคลตอบสนองหรือจัดการอย่างไรกับภาวะทางอารมณ์ ซึ่งมีลักษณะที่ตรงข้ามกับกลุ่มจิตวิเคราะห์ในระยะเริ่มแรก นั่นคือ ได้แบ่งรูปแบบการรับรู้สถานการณ์เป็น 2 ลักษณะ เรียกว่า การเก็บกด- การไวต่อการรับรู้ (repression- sensitization) ผู้ที่เก็บกดเป็นบุคคลที่หลีกเลี่ยงหรือลดเก็บการรับรู้สถานการณ์ไว้ ในขณะที่ผู้ไวต่อการรับรู้เป็นบุคคลที่แสวงหาข้อมูลจากสถานการณ์มากขึ้น (Byrne, 1964 cited in Aldwin, 1994) ซึ่ง Aldwin ได้อธิบายว่า มีการศึกษาและเรียกลักษณะทั้ง 2 แบบนี้ไว้ต่างกัน เช่น ไม่รอบคอบ - รอบคอบ

(nonvigilant - vigilant) (Averill & Rosenn, 1972 cited in Aldwin, 1994) การปฏิเสธ - การเอาใจใส่ (rejection - attention) (Mullen & Suls, 1982 cited in Aldwin, 1994) และที่พบใช้เรียกบ่อยที่สุดคือ การหันหน้าเผชิญ - การหลีกเลี่ยง (approach- avoidance) (Rodth & Cohen, 1986 cited in Aldwin, 1994) ซึ่งโดยปกติบุคคลทั่วไปจะมีลักษณะทั้งสองแบบนี้ สลับไปมาในการรับรู้สถานการณ์ เป็นต้นว่า ในสถานการณ์ที่บุคคลคิดว่าตนมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการได้และไม่รู้สึกว่าจะก่อให้เกิดความยุ่งยาก บุคคลจะรับรู้โดยการหันหน้าเผชิญกับปัญหา แต่ในสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าก่อให้เกิดความยุ่งยากและต้องใช้ศักยภาพอย่างมากบุคคลจะรับรู้โดยการหลีกเลี่ยง

กลุ่มที่สอง ศึกษาการจัดการปัญหาโดยพิจารณาตามสถานการณ์ (Situational determinants of coping)

แนวความคิดกลุ่มนี้มองว่า กลวิธีที่บุคคลใช้เพื่อจัดการปัญหาต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานการณ์นั้น ว่าก่อให้เกิดความเครียดที่ระดับความรุนแรงมากน้อยต่างกันอย่างไรซึ่งจะเป็นตัวนำสู่กระบวนการจัดการปัญหาที่ต่างกันด้วย เช่น วิธีที่บุคคลใช้ในการจัดการปัญหาเมื่อเกิดการตายของกลุ่มสมรส จะมีความแตกต่างกับวิธีจัดการปัญหาที่บุคคลนั้นใช้ในการจัดการต่อความเจ็บป่วยหรือ สถานการณ์อื่นๆ ดังนั้นจุดเน้นของแนวความคิดกลุ่มนี้คือ บุคคลแต่ละคนจะมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยเลือกใช้วิธีการต่างๆ ตามสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นต่างกันขึ้นอยู่กับประเมินว่าสิ่งเร้านั้นก่อให้เกิดอะไรขึ้นกับตน เช่น ก่อให้เกิดอันตราย เกิดการสูญเสีย หรือเป็นการคุกคาม (Mattlin, Wethington, & Kessler, 1990 cited in Aldwin, 1994) นอกจากนี้ Aldwin ได้อ้างถึงการศึกษานี้ของ Folkman & Lazarus (1980) ที่สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยได้ศึกษาระยะยาว มีการติดตามทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี พบว่าโดยทั่วไปในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้ตนได้รับอันตราย หรือเกิดการสูญเสีย เช่น การเจ็บป่วย การตาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ในทางตรงข้าม สถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นเป็นการคุกคาม จะทำให้ตนได้รับอันตรายในอนาคต บุคคลจะเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาโดยมุ่งแก้ปัญหา แนวความคิดกลุ่มนี้มีผู้ที่ศึกษา ได้แก่ Lazarus & Folkman, Billings & Moos, และ Pearlin & Schooler เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า เรื่องการจัดการปัญหานั้นมีการอธิบายไว้หลายทัศนะด้วยกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวความคิดการจัดการปัญหาโดยพิจารณาตามสถานการณ์ ซึ่งเน้นและให้ความสำคัญต่อกระบวนการที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดปัญหาขึ้นในชีวิต

แล้วประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียดและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

Lazarus & Folkman (1984, 1991) เป็นผู้ศึกษาวิธีการจัดการปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้ความหมายของพฤติกรรมจัดการปัญหาไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลต้องใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าปกติ เพื่อใช้จัดการความเครียด ไม่ว่าจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอก เป็นความพยายามในลักษณะที่มุ่งแก้ปัญหาหรือมุ่งปรับอารมณ์

แนวคิดวิธีการจัดการปัญหาของ Lazarus and Folkman

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman มาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจะกล่าวถึงเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะสำคัญของการจัดการปัญหา กระบวนการจัดการปัญหา เป้าหมายและวิธีการจัดการปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการปัญหา และข้อสรุปที่ค้นพบจากการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการปัญหา โดย Lazarus

ลักษณะสำคัญของการจัดการปัญหา (Folkman and Lazarus, 1988)

1. เป็นกระบวนการ (process - oriented) มากกว่าเป็นลักษณะที่ติดตัว (trait - oriented) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการปัญหานั้น เกิดจากสิ่งที่คุณคิดหรือกระทำจริง ไม่ใช่เป็นเพียงสิ่งที่คุณคิดหรือควรกระทำ นอกจากนี้ การจัดการปัญหายังมีลักษณะเป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา และมีความเฉพาะของเหตุการณ์ ดังนั้นเมื่อมีข้อมูลใหม่เข้ามา หรือสถานการณ์เปลี่ยนไป จึงต้องมีการประเมินซ้ำ ดังเช่นการศึกษาของ Folkman & Lazarus (1985) ที่พบว่านักศึกษาประเมินสถานการณ์การสอบในระยะก่อนสอบ ระยะรอผลสอบ และระยะหลังประกาศผลสอบแตกต่างกัน และแต่ละคนมีวิธีการจัดการปัญหาแตกต่างกัน โดยในระยะก่อนสอบ ใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา หลังสอบเสร็จทันทีใช้วิธีหนีปัญหา ส่วนในระยะหลังประกาศผลสอบ ใช้วิธีคิดในสิ่งที่ปรารถนา หาแรงสนับสนุนทางสังคม ดำเนินตนเอง โดยเฉพาะในรายที่ผลสอบไม่ดี

2. มีลักษณะพิเศษ คือมีความแตกต่างระหว่าง การจัดการปัญหา และการปรับตัว เพราะการจัดการปัญหา เป็นการพยายามจัดการที่บุคคลประเมินแล้วว่า ต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ แสดงว่าการจัดการปัญหาใช้กับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทางจิตใจ ส่วนการปรับตัว มีความหมายที่กว้างกว่าการจัดการปัญหา โดยรวมการกระทำที่เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามหรือแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เช่น เมื่อเห็นสัญญาณไฟจราจร ผู้ที่ขับรถเป็น จะไม่กังวลกับการใช้เบรก ใช้คันเร่ง หรือการหยุดรถอย่างกะทันหัน แต่จะรู้โดยอัตโนมัติตามความเคยชิน ดังนั้นการปรับตัวทุกอย่างจึงไม่ใช่การจัดการปัญหา แต่การจัดการปัญหาเป็นส่วนย่อยของ

การปรับตัวและผลลัพธ์ของการจัดการปัญหา คือการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ในสังคม มีขวัญและกำลังใจดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิต และการส่งเสริมภาวะสุขภาพ

3. มีความพยายามในการจัดการ ในกระบวนการจัดการปัญหานั้น วิธีการนั้นเกี่ยวข้องกับ การคิด และพฤติกรรม หมายถึง มีความพยายามทั้งความคิด หรือการกระทำใดๆ ของบุคคลต่อ สถานการณ์ที่เผชิญ โดยไม่คำนึงว่าความคิดและการกระทำนั้นๆ จะเป็นผลดีหรือไม่ หรือเรียกว่าไม่ มืองค์ประกอบ “ดี” หรือ “เลว” เป็นเครื่องตัดสิน

4. การจัดการปัญหา มีความหมายกว้างมากกว่าการควบคุม เพราะปัญหาหลายอย่างของ มนุษย์นั้นไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ความแก่ การสูญเสียอวัยวะ ดังนั้นคำ ว่า การจัดการปัญหาจึงมีความหมายครอบคลุมไปถึง การลด การหลีกเลี่ยง การอดทน รวมทั้งการ ยอมรับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา นอกจากนี้การจัดการปัญหายังมีความหมายครอบคลุมไปถึง ความ พยายามที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วย

กระบวนการจัดการปัญหา

แนวคิดที่รู้จักกันดี คือ แนวคิดปรากฏการณ์ทางปัญญากับความเครียดทางจิตใจ (The cognitive - phenomenological theory of psychological stress) พัฒนาโดย Lazarus & Folkman (1980, 1984, 1991) เป็นแนวคิดที่ศึกษาการจัดการปัญหา โดยพิจารณาตามสถานการณ์ แนวคิดนี้ เน้นที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลา และถือได้ว่าเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ กระบวนการจัดการปัญหาเป็น กระบวนการที่มีลักษณะต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่มีสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเข้ามากระทบ แล้ว บุคคลจะทำการประเมินค่าสิ่งเร้าด้วยปัญญา ว่าสิ่งเร้านั้นมีลักษณะอย่างไรก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่ มากน้อยเพียงใด หลังจากนั้นบุคคลจะพิจารณาทางเลือกว่าควรตอบสนองในรูปแบบใด ซึ่งเรียกว่า การจัดการปัญหา ความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า เรียกว่า วิธี จัดการปัญหา กระบวนการจัดการปัญหาที่สำคัญ คือ การประเมินค่า (appraisal) ซึ่งถือว่าเป็น กระบวนการทางปัญญาในการพิจารณาแยกแยะสถานการณ์ โดยพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหา ที่มากระทบและเลือกวิธีการในการจัดการปัญหา เพื่อลดหรือควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นๆ (Folkman, 1984 ; Forman, 1993) ซึ่งสามารถสะท้อนถึงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล การ ประเมินค่ายังขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลด้วย เช่น ความมุ่งมั่น ความเชื่อ การรับรู้และการคิด เป็น ต้น การประเมินค่าแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (Lazarus & Folkman , 1984, 1991 ; Forman, 1993 ; Aldwin, 1994)

1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมิน สภาพการณ์ของปัญหา เพื่อพิจารณาว่า มีผลกระทบอย่างไรต่อตนเอง มีความสำคัญและความรุนแรงอย่างไร ดังต่อไปนี้

1.1 ประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง จึงไม่แสดงการตอบสนองออกมา เพราะ สภาพการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อตนเอง ทั้งทางบวกและทางลบ จึงไม่ต้องจัดการแก้ปัญหา

1.2 ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับตนเองและเป็นผลทางบวก บุคคลจะแสดงออกด้วยการตอบสนองในทางที่ดี เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นสุข หรือยอมรับที่จะปฏิบัติตาม อารมณ์ หรือความรู้สึกจะเป็นด้านบวก เช่น สดชื่น ร่าเริง หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วจะรู้สึกว่าไม่เป็นปัญหา จึงไม่ต้องใช้การจัดการแก้ปัญหา

1.3 ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับตนเองและเป็นปัญหา หรือประเมินว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นกับตน บุคคลจะใช้ความพยายามทั้งความคิดและพฤติกรรมมากกว่าปกติ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยาก ที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสียเพราะเป็นผลทางลบในอนาคต เช่น การบาดเจ็บ การป่วย การหมดความสามารถ การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การสูญเสียความพึงพอใจในตนเอง

1.3.2 เป็นการคุกคาม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนจะได้รับอันตราย จะเกิดการสูญเสีย หรือจะเกิดความยุ่งยากขึ้นในอนาคต บุคคลมักจะแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบ เช่น กลัว วิตกกังวล หรือโกรธ

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย คือการที่บุคคลคาดการณ์ว่าตนเองนั้นจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งจะแสดงอารมณ์ออกมาในทาง กระตือรือร้น ตื่นเต้น มีแรงจูงใจที่จะสู้ หรือเป็นเพียงความยุ่งยากที่เกินความสามารถในการเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ (อูบล นิวัตชัย, 2539)

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งทรัพยากร และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถทำได้ และเลือกวิธีจัดการปัญหา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากประสบการณ์ การใช้วิธีจัดการปัญหาที่ผ่านมา การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นหลังจาก การประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมิน จากครั้งแรกโดยใช้ความรู้ข่าวสารที่ได้จากสิ่งแวดล้อม หรือบุคคล โดยใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือเกิดปัญหาซ้ำ เรียกการประเมินแบบนี้อีกอย่างหนึ่งว่า การประเมินค่าใหม่ เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาว่าความเครียดยังมีอยู่หรือไม่ เมื่อได้ข้อมูลใหม่ ซึ่งอาจถือว่าการเริ่มต้นประเมินแบบปฐมภูมิอีกครั้ง เมื่อบุคคลจัดการปัญหาแล้วยังคงมีความเครียดอยู่มาก ในการประเมินค่านั้นมีข้อจำกัดที่มีผลต่อการประเมิน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคคล เช่น การให้คุณค่า ความเชื่อและ

ความมุ่งมั่น เป็นต้น และข้อจำกัดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม เช่น ความแปลกใหม่ ช่วงเวลาของการเกิดสถานการณ์ และบุพพลังทางสังคม (Lazarus & Folkman ,1984)

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินปัญหา

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินว่าสถานการณ์นั้นเป็นปัญหาหรือไม่ พิจารณาจากปัจจัยเฉพาะหน้า และปัจจัยด้านบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 ; Ignatavicius,1991) ดังนี้

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

- 1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วยที่ร้ายแรง เช่น เป็นมะเร็งหรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมาก ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- 1.2 ความเป็นไปได้ในการทำนายผล เหตุการณ์ที่บุคคลสามารถทำนายผลได้มักจะ เป็นปัญหาที่เครียดน้อยกว่า เหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผล
- 1.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่คลุมเครือ บุคคลมักจะ ประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น
- 1.4 ระยะเวลาของเหตุการณ์ มีผลต่อระดับของความเครียด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น นอกจากนี้เหตุการณ์ที่มีช่วงเวลานาน เช่น การเป็นโรครื้อรัง ทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรงมากกว่า

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- 2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์นั้นๆ มีความสำคัญ หรือมีความหมายต่อบุคคลที่เผชิญมากน้อยเพียงใด ถ้ามีความหมายมาก อาจประเมินว่า เป็นปัญหาที่คุกคามต่อความสุขกายสุขใจอย่างมาก
- 2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ปัญหานั้นจะกลายเป็นเหตุการณ์ที่ทำทลายความสามารถ

เป้าหมายและวิธีการจัดการปัญหา

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งเป้าหมายและวิธีการจัดการปัญหาเป็น 2 ลักษณะ

คือ แบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์

1. การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem – focused coping) เป็นการใช้สติปัญญาเข้ามาแก้ไขปัญหาโดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น มีการวางแผน มีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา มีการแสวงหาข้อมูล มีการปรึกษาปัญหากับคนอื่น เป็นต้น วิธีการจัดการปัญหาได้แก่

1.1 เผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping)

1.2 วางแผนแก้ปัญหา (planful problem solving)

2. การจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion – focused coping) เป็นวิธีจัดการกับอารมณ์แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงที่สถานการณ์ ประกอบด้วย การบรรเทาความเครียด การระบายความเครียด การบรรเทาความเครียด (palliative coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น การมองโลกในแง่ดี การปลง การนอนหลับ การใช้อารมณ์ขัน การสวดมนต์ การปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาให้ การจัดการกับอารมณ์อีกรูปแบบหนึ่งคือ การระบายความเครียด เช่น การระบายกับสิ่งของ การมองโลกในแง่ร้าย การโทษคนอื่น การร้องไห้ การสวด การรับประทานอาหารมากขึ้น วิธีการจัดการปัญหาได้แก่

2.1 ประเมินค่าใหม่ทางบวก (positive reappraisal)

2.2 แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (accepting responsibility)

2.3 ควบคุมตนเอง (self - controlling)

2.4 แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (seeking social support)

2.5 ถอยห่าง (distancing)

2.6 หนี หลีกเลี่ยงปัญหา (escape – avoidance)

ผลของการจัดการปัญหา

สิ่งที่แสดงประสิทธิภาพ หรือความสำเร็จของการจัดการปัญหา จะปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม การปรับตัวใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การทำหน้าที่ในสังคม ถ้าจัดการปัญหาได้สำเร็จ จะสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ
2. ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขทางใจถ้าจัดการปัญหาได้สำเร็จ
3. ภาวะสุขภาพ และอารมณ์ จะไม่ถูกรบกวน ถ้าสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ

Beare & Myers (1994) กล่าวว่า การจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะเดียวกัน ก็ทำให้บุคคลสามารถบรรเทาความเครียดลงได้ ส่วนการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม เป็นการกระทำที่มักเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ แม้จะทำให้ระดับความเครียดลดลงได้บ้าง แต่จะเป็นเพียงชั่วคราว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงปัญหา การกินมากกว่าปกติ การแสดงความก้าวร้าว ดังนั้น บุคคลที่มีสุขภาพดี เป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมจัดการปัญหาที่เหมาะสม

ข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหาตามทัศนะของ Lazarus

Lazarus (1993) สรุปข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการปัญหาไว้ดังนี้

1. การจัดการปัญหาเป็นขบวนการที่ซับซ้อน บุคคลส่วนใหญ่อาจมีวิธีการพื้นฐานในการจัดการปัญหาในทุกๆ สถานการณ์ แต่จะมีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ทั้งนี้เพราะ การจัดการปัญหาของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความจำเพาะของปัญหาและผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังเช่นการศึกษา เกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจ การจัดการปัญหา ภาวะสุขภาพและอาการทางจิตของบุคคล โดย Folkman, Lazarus, Greun & Delongis (1986) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย พบว่า การจัดการปัญหาที่เป็นผลดีกับคนหนึ่ง อาจเป็นผลลบกับคนอื่น ๆ

2. ในการจัดการปัญหาใดๆ นั้น บุคคลมีเป้าหมายทั้งการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ผสมผสานกัน การที่จะใช้การจัดการปัญหาลักษณะใดมากน้อยนั้น ขึ้นกับการประเมินตัดสินใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้หรือไม่ ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้บุคคล จะใช้การมุ่งแก้ปัญหามากกว่า แต่ถ้าเปลี่ยนแปลงไม่ได้บุคคลจะใช้การมุ่งปรับอารมณ์มากกว่า (Folkman & Lazarus, 1980)

3. ถ้าสถานการณ์ หรือแหล่งความเครียดเป็นแหล่งเดียวกัน เพศหญิงและเพศชาย จะมีการจัดการปัญหาที่ไม่ต่างกัน เช่น ถ้าเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับเรื่องงาน จะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการมุ่งปรับอารมณ์ แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพจะใช้วิธีการจัดการปัญหา โดย มุ่งปรับอารมณ์มากกว่า (Folkman & Lazarus, 1980) โดยเพศชายและเพศหญิงประเมินตัดสินใจสถานการณ์หรือปัญหาที่เผชิญแตกต่างกัน ดังที่ Ptacek, Smith & Zanas (1992) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเรื่องเพศ กับการประเมินตัดสินใจ และวิธีการจัดการปัญหาในนักศึกษาจำนวน 152 ราย พบว่า สิ่งที่เพศชายประเมินว่าเป็นความเครียดคือ ปัญหาเรื่องงานและปัญหาเศรษฐกิจ ในขณะที่เพศหญิงประเมินว่าแหล่งความเครียดคือ ปัญหาสุขภาพและ สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อพิจารณาถึง วิธีการจัดการปัญหา ทั้งเพศชายและเพศหญิง ใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด โดยในเหตุการณ์เดียวเพศหญิง จะใช้วิธีการจัดการปัญหาหลายวิธีมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่ว่าจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งท้าทายหรือคุกคาม เพศชายจะใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่า ในขณะที่เพศหญิง จะใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเหตุการณ์ที่ประเมินว่าท้าทายเท่านั้น

4. วิธีการจัดการปัญหาบางวิธี อาจนำมาใช้ได้กับหลายสถานการณ์ ในขณะที่วิธีการจัดการปัญหาบางวิธีใช้ได้เฉพาะเจาะจงกับบางเหตุการณ์เท่านั้น เช่น การคิดฝันในสิ่งที่ปรารถนาใช้ได้กับ

สถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถจัดการแก้ปัญหาได้แล้วเท่านั้น ส่วนวิธีการจัดการปัญหาโดยวิธีการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำมาใช้ได้กับเกือบทุกสถานการณ์

5. การจัดการปัญหา อาจเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนที่ซับซ้อนไปสู่ขั้นตอนที่ซับซ้อนมากหรือไม่ซับซ้อนก็ได้

6. การจัดการปัญหาเป็นตัวกลางที่มีผลต่อภาวะอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ

7. การจัดการปัญหาจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

บุคคลที่จะจัดการปัญหาได้ดีคือ ผู้ที่สามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ และเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (สมจิต หนูเจริญ, 2537) ทรัพยากรที่มีผลต่อการจัดการปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการติดต่อกับสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางวัตถุ โดยทรัพยากรเหล่านี้อาจมีข้อจำกัดได้ ซึ่งข้อจำกัดอาจมาจากพัฒนาการ ประสบการณ์ ความเชื่อ ทศนคติ ของบุคคล ระดับความคุกคามของเหตุการณ์ หรือข้อจำกัดทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม เงื่อนไขเรื่องเวลา

Benjamin (2001) ได้สรุปวิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจิต ไว้ดังนี้

1. จัดการกับแหล่งปัญหา จัดการที่สาเหตุโดยตรง เช่น ชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากมาย เมื่อเลิกกันไปอาจทำให้สบายใจมากขึ้นกว่าอยู่ด้วยกันแล้วมีปัญหาทุกวัน แต่ปัญหาหลายอย่างก็ไม่สามารถจัดการกับแหล่งปัญหาได้ เช่น ปัญหาการเสียชีวิตของกลุ่มสมรส

2. เปลี่ยนวิธีคิดต่อเรื่องนั้นในมุมมองใหม่ เช่น ความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมของสตรี ถ้าหากคิดว่าการผ่าตัดเป็นการเสี่ยงชีวิตมาก เธอควรจะคิดว่าการผ่าตัดเป็นโอกาสที่เธอจะสบายขึ้นกว่าการเป็นมะเร็งแล้วอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

3. บริหารความเครียดที่เกิดขึ้นกับการต้องเผชิญปัญหา เช่น นักธุรกิจวิตกกังวลกับกิจการใหม่ที่เพิ่งตั้งขึ้นและมีความเสี่ยงในธุรกิจสูง เขาอาจจัดการกับปัญหาความเครียดของเขา โดยการออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การพักผ่อนพูดคุยปรึกษากับเพื่อน

Billing & Moos (1981) (อ้างถึงใน Philip & Andrew, 2000) กล่าวถึงการจัดการปัญหาว่าวิธีการจัดการปัญหามี 3 วิธี ได้แก่ การคิดในทางที่ดี การปฏิบัติในทางที่ดี และการหลบจากปัญหา ส่วนจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหาได้แก่ การมุ่งแก้ที่ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์

การจัดการปัญหาเป็นวิธีที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น เพื่อปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลจะมีวิถีทางเพียงอย่างเดียว หรือหลายอย่างในการตอบสนองต่อ

สิ่งที่มากระตุ้นนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหานั้นมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความสนใจ ได้แก่ Goosen & Bush (1979) Miller (1983) , Moos & Billings (1982) Lazarus & Folkman (1984) Scott , Oberst & Dropkin (1986) เป็นต้น โดยเน้นว่าบุคคลจะมีการเผชิญปัญหา เมื่อได้ประเมินแล้วว่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ก่อให้เกิดภาวะเครียดกับตนเอง สถานการณ์ที่แตกต่างจะทำให้บุคคลมีวิธีเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lazarus & Folkman (1980) ได้ศึกษาความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดในคนปกติ อายุ 45 – 64 ปี จำนวน 100 ราย เพื่อหาวิธีการจัดการปัญหาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ศึกษาเป็นเวลา 1 ปี สัมภาษณ์ถึงการเลือกวิธีการจัดการปัญหาในรอบ 7 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้แบบสอบถาม Ways of coping พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 98 มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้แบบใดแบบหนึ่ง ซึ่งการเลือกวิธีการจัดการปัญหาในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับค่าการประเมิน

การศึกษา การจัดการปัญหาในผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 101 คน (Bombardier, D'Amico & Jordan, 1990) พบว่า การจัดการปัญหา แบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวทางจิตสังคมที่ต่ำและยังพบว่าการจัดการปัญหา โดยมุ่งจัดการอารมณ์ แบบการคิดปรารณา การโทษตัวเองและการหลีกเลี่ยง เป็นการจัดการปัญหาที่นำไปสู่การปรับตัวที่ไม่ดีต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาของ สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) เรื่อง วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน 2539 จำนวน 60 คน พบว่าวิธีปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คือการแสวงหาการเกื้อหนุนจากสังคม ซึ่งเป็นการมุ่งปรับอารมณ์ ส่วนวิธีปรับแก้ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้น้อยที่สุด คือการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งเป็นวิธีที่มุ่งแก้ปัญหา

จากการศึกษาของ วรรณทนา สุภสีมานนท์ (2540) เกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เป็นวิธีการมุ่งแก้ปัญหา มากกว่ามุ่งปรับอารมณ์

รายงานผลวิธีจัดการปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 257 ราย ในเกาหลี (Kim, Yeom, Seo, Kim & Yoo, 2002) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง แต่งงานแล้ว และ

เป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งระยะ 3 มีระดับของความเครียดสูงกว่าระยะอื่น และยังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการปัญหา ทั้งที่เน้นการมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งปรับอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในเกาหลี ใช้วิธีการจัดการกับปัญหา แบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา

มาโนช หล่อตระกูล (2545) ศึกษา สาเหตุความเครียด และวิธีแก้ปัญหาของชายและหญิง ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า สาเหตุความเครียดของเพศหญิง คือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสามี ส่วนเพศชายจะเครียดเพราะเกิดความขัดแย้งกับภรรยาหรือญาติและเมื่อเกิดปัญหานั้นเพศหญิงจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ส่วนเพศชายจะเก็บปัญหาไว้กับตนเองและแก้ปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสมเช่น ดื่มสุรา เที่ยวเตร่

พรรณราย เอี่ยมหน่อ (2546) ศึกษาวิถีเผชิญความเครียดของคู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน ระยะวินิจฉัย ระยะหลังการผ่าตัด และระยะพักฟื้น จำนวน 40 ราย ในเดือนมิถุนายน 2545 พบว่าทั้ง 3 ระยะของการดำเนินการตรวจรักษา คู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดย การแสวงหาการเกื้อหนุนจากสังคมมากที่สุด รองลงมาคือการวางแผนแก้ปัญหา

จากการศึกษาของพิมพ์ทอง แจกจันทิก (2544) ที่ศึกษาความเครียดในบทบาท พฤติกรรม การเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของสตรีทำงานนอกบ้าน เขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต