

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย
สัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต
ของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

2.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

2.1.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Counseling
Theory or Non-Directive Counseling Theory)

2.1.3 หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

2.1.4 จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

2.1.5 ขั้นตอนในกระบวนการให้คำปรึกษา

2.1.6 เทคนิคการให้คำปรึกษา

2.1.7 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2.2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

2.2.2 บรรทัดฐานที่ใช้ประเมินค่าของสุขภาพจิต

2.2.3 ความสำคัญของสุขภาพจิต

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

2.2.5 ผลกระทบเมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต

2.2.6 การปรับตัวเมื่อเกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต

2.3 ผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

2.3.1 ความหมายของสัลยกรรมกระดูกและข้อ

2.3.2 ความหมายของอุบัติเหตุจากการจราจร

2.3.3 ผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

2.3.4 หลักและขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ด้านผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก

2.4.2 ด้านการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

2.1.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการอบรม กับผู้รับคำปรึกษา ซึ่งต้องการความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น ปรับปรุงทักษะ การตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้ตนเองพัฒนาขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเข้าใจความรู้สึก ให้เกียรติ ให้ความอบอุ่น ความเข้าใจต่อผู้รับคำปรึกษา และส่งเสริมให้เขาได้แสดงออกด้วย (วัชร ทรัพย์มี, 2533)

นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ผ่อนคลายอารมณ์ เกี่ยวกับปัญหา สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและเข้าใจสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจน มากขึ้น โดยการจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้บุคคลได้ปรับตัวและพัฒนาศักยภาพไปในทางที่ตนเองปรารถนา (จิน แบร์, 2537)

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือมีความกดดันบางประการเกิดขึ้นในใจ เช่น ความวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ เศร้า หม่นหมอง ความหวาดกลัว (โสริช โพธิ์แก้ว, 2529 อ้างถึงใน อนิมภรณ์ นิลกาญจน์, 2533)

การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับจิตใจของมนุษย์ให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการให้คำปรึกษา กระบวนการดังกล่าวจะเอื้ออำนวยให้ ผู้รับคำปรึกษากพัฒนาทางด้านจิตใจ ทำให้เข้าใจตนเองและชีวิตดีขึ้นเกิดการปรับตัวมีความสามารถในการตัดสินใจ เพิ่มทักษะทางสังคม และลดปัญหาของอารมณ์ มุ่งให้บุคคลมีสุขภาพจิตและมีชีวิตที่มีความสุข (Fretz, 1982 อ้างถึงใน อนิมภรณ์ นิลกาญจน์, 2533)

ดังนั้น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล จึงเป็นกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาที่มีความไม่สบายใจ มีปัญหาหรือความกดดันได้ผ่อนคลายอารมณ์ สามารถเข้าใจตนเอง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อการปรับตัวและพัฒนาศักยภาพเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

2.1.2 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Counseling Theory or Non-Directive Counseling Theory)

Carl R. Rogers เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ว่าเป็นภาวะที่ตัวตนที่แท้จริง (Real Self) มีความสอดคล้อง (Congruence) กับตัวตนในอุดมคติ (Ideal Self) ดังนั้นบุคคลที่มีการตระหนักรู้ที่ชัดเจนต่อตนเอง มีการปรับตัว มีวุฒิภาวะเปิดกว้างที่จะรับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความสอดคล้องไว้วางใจในอินทรีย์ของตนเอง และบุคคลอื่น จึงเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ (Patterson, 1980)

ธรรมชาติของมนุษย์ตามแนวคิดของ Rogers เชื่อว่า โดยพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์แล้ว มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองได้ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นที่เชื่อถือ และให้ความไว้วางใจได้ พุคจริง ทำจริง มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อให้เป็นคนโดยสมบูรณ์ (Full Functioning) และพร้อมที่จะดำเนินชีวิต ร่วมกันในอันที่จะสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ แต่การที่มนุษย์ปฏิบัติตนไม่เหมาะสมไม่ควร นั้น เป็นเพราะเขามีปัญหา และจำเป็นต้องป้องกันตนเองให้อู่อุดซึ่งแท้จริงแล้วมนุษย์ปรับตนเองให้เข้ากับสังคมมากกว่า

(พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2527)

ลักษณะสำคัญของมนุษย์ตามความคิดของ Rogers มีดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2533)

1. มนุษย์มีความสามารถและมีคุณค่า ผู้ให้คำปรึกษาพึงสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นของตัวเอง ตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง พึ่งตนเองได้

2. มนุษย์มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเอง กระบวนการให้คำปรึกษาจึงมีจุดมุ่งหมายในการจัดสภาพการณ์ที่เหมาะสม ให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ ฉะนั้นทฤษฎีนี้จึงเน้นการจัดสภาพการณ์ต่าง ๆ

3. โดยพื้นฐานแล้วมนุษย์เป็นคนดี และน่าเชื่อถือ Rogers เชื่อว่าผู้ให้คำปรึกษา สามารถช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดัดการใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเอง จะทำให้เขาเปิดรับประสบการณ์ เพิ่มเติม พิจารณาตนเองใหม่ และสามารถพัฒนาตนเองให้เป็นคนดี และน่าเชื่อถือต่อไป

4. มนุษย์จะมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ฉะนั้นการที่จะเข้าใจบุคคลต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่ง การรับรู้ของเขาเป็น

อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทศนคติและค่านิยมของ ผู้รับคำปรึกษาไม่ใช่ความคิดของผู้ให้คำปรึกษาเองแต่ดัดใจ

5. นุษย์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และการยอมรับจากผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษา พึงมีทัศนคติที่ดี และยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข

2.1.3 หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางมีหลักการสำคัญ

(วัชร ทรัพย์มี, 2533) ดังนี้คือ

1. การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าแกนสำคัญของบุคลิกภาพคือ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง (Self Concept) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลสังเกตปฏิกิริยาที่ผู้อื่นมีต่อตน และเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ อันก่อให้เกิดการรับรู้ว่า ตนเป็นคนดีหรือไม่ มีความสามารถมากน้อยเพียงใด บุคคลที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่กระทำ จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อตนเอง (Positive Self Concept) ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลทำสิ่งใดผิดหรือประสบความล้มเหลวจะเกิดความรู้สึกด้อย มีความรู้สึกนึกคิดในแง่ลบ คิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง (Negative Self Concept)

2. สาเหตุแห่งปัญหาหรือความทุกข์ ทฤษฎีนี้มีหลักว่าปัญหาเกิดจากอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลอันเนื่องมาจากความไม่สอดคล้อง ระหว่างความรู้สึกต่อตนเองกับสิ่งที่ประสบ จึงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการคุกคามด้านจิตใจ (Threat) ก่อให้เกิดความกังวลใจ (Anxiety) ว่าตนไม่ได้มีคุณค่าเท่าที่ได้คาดคิดไว้ เมื่อความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ประสบ ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ จะใช้กลวิธีป้องกันจิตใจตนเองเพื่อรักษาสภาพจิตใจว่าตนยังมีค่ายังมีความสามารถ

3. บุคคลที่ปรับตัวได้ดี คือ บุคคลที่ไม่บิดเบือนประสบการณ์ ยอมรับความจริง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ ไม่จำเป็นต้องหยุดชะงักอยู่กับที่หรือจะต้องไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องตระหนักถึงช่องว่างระหว่างประสบการณ์กับความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง

4. การที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไม่รู้สึกว่าถูกคุกคาม และเลิขณกลวิธีป้องกันจิตใจตนเอง ก็คือ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) กับผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาไม่เคร่งเครียด คลายจากความรู้สึกคุกคามด้านจิตใจ ได้พิจารณาตนเองและสภาพการณ์ต่าง ๆ อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง

2.1.4 จุดประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) (วัชร ทรัพย์มี, 2533) มีดังนี้

1. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความจริง พิจารณาตนเองและสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ปราศจากความรู้สึกว่า ได้รับการคุกคามด้านจิตใจ
2. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดรับประสบการณ์ โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม ในชีวิตมนุษย์จะมีประสบการณ์โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลควรยืดหยุ่นเปิดรับประสบการณ์เพื่อจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมโดยไม่บิดเบือนเกิดเป็นความคิดริเริ่มขึ้นได้
3. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ลดความรู้สึกกลัว ท้อถอยและมีกำลังใจต่อชีวิตใหม่ และพร้อมที่จะเลือกดำเนินการกับชีวิตของตนเอง
4. เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และพยายามพัฒนาตนเอง
5. ให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถปฏิบัติการกิจในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านส่วนตัว การเรียนและการทำงาน

2.1.5 ขั้นตอนในกระบวนการให้คำปรึกษา

Rogers (1942 อ้างถึงใน อภา จันทรสกุล, 2535) ได้เสนอขั้นตอน ในการให้คำปรึกษาไว้ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวควรดำเนินไปอย่างครบถ้วน ดังนี้

1. บุคคล 2 คนมาติดต่อกันด้วยการพบและสนทนา
2. ผู้มาขอรับคำปรึกษาได้รับการชี้แจงให้เข้าใจถึงสถานการณ์ในการให้คำปรึกษา
3. ผู้ให้คำปรึกษาสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่
4. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่และเข้าใจความรู้สึกทางด้านลบของผู้รับคำปรึกษา
5. เมื่อผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความรู้สึกทางด้านลบออกมาจนหมดแล้ว แรงขับของความรู้สึกทางด้านบวกจะตามมา ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการปรับตัวที่ดี
6. ผู้ให้คำปรึกษายอมรับ เอาใจใส่ และเข้าใจความรู้สึกทางด้านบวกของ ผู้รับคำปรึกษาเช่นเดียวกับที่เคยยอมรับและเข้าใจความรู้สึกทางด้านลบ
7. การหยั่งเห็น (Insight) การเข้าใจตนเองและการยอมรับตนเองเป็นส่วนสำคัญต่อไปของกระบวนการทั้งหมด
8. การประสมประสานไปกับขั้นตอนของการหยั่งเห็น คือ ขบวนการทำให้เกิด ความกระจ่าง (Clarification) เพื่อให้ผู้มารับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกได้

9. พฤติกรรมทางค่านิยมเริ่มปรากฏเป็นขั้นตอนที่มีนัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
10. การยังเห็นพัฒนาต่อไปอย่างลึกซึ้ง ผู้มารับคำปรึกษาเข้าใจตนเองได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เนื่องจากผู้มารับคำปรึกษากลับเผชิญและพิจารณาถึงการกระทำของตนเองมากขึ้น
11. ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรมทางค่านิยมเพิ่มมากขึ้น กลัวต่อการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ น้อยลง มีความเชื่อมั่นที่จะนำตนเองเพิ่มขึ้น
12. ผู้มารับคำปรึกษามีความรู้สึกต้องการความช่วยเหลือน้อยลง ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ถึงความต้องการของผู้มารับคำปรึกษา และสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา

2.1.6 เทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เป็นปรัชญาและทัศนคติของนักจิตวิทยาให้คำปรึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิคที่ใช้ ฉะนั้นเทคนิคที่นำมาใช้จึงเป็นไปเพื่อการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา เช่น ทักษะการฟัง (Listening Skill) และทักษะการตอบสนอง (Response Skill) ซึ่งเทคนิค เหล่านี้เป็นการแสดงออก การยอมรับ ความเข้าใจและความเชื่อถือ ทำให้ผู้มาปรึกษาทราบว่า นักจิตวิทยายอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของเขา มีความเข้าใจในความคิดความรู้สึกของเขา เปิดโอกาสให้เขาได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง ยอมรับตนเองอย่างแท้จริง จึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการปรึกษาขึ้น ซึ่งเป็นเทคนิคเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา โดยมีเทคนิคที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (ควงใจ กสานติกุล และคณะ, 2530)

1. การฟัง เป็นภาวะที่บุคคล "เปิดใจ" ของตนเองให้กว้างที่สุด ที่จะรับการส่งสารจากอีกบุคคลหนึ่งได้อย่างดีถ้วน การฟังจึงต้องอาศัยความอดทน และสมาธิเป็นอย่างมาก ทักษะการฟังประกอบด้วย การใส่ใจ การเงียบ การทวนซ้ำ การสะท้อนเนื้อหา การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ

2. การตอบสนอง เป็นการสื่อให้ทราบถึงความเข้าใจที่ผู้ให้คำปรึกษา มีความเข้าใจปัญหาของเขา อันจะนำไปสู่การสัมผัสแห่งจิตใจที่เป็นลักษณะความผูกพันซึ่งกันและกัน และการเลือกเวลาที่เหมาะสมในการตอบสนองด้วย คือการสร้างความสัมพันธ์เพื่อป้องกันปฏิกิริยาไม่เห็นด้วย ปฏิเสธ คัดค้าน หรือการหยุดรับการปรึกษา ทักษะการสนองตอบประกอบด้วย การถาม การให้ กำลังใจ การเผชิญหน้า การแปลความ การให้ข้อมูล การแนะนำ

2.1.7 ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา (จีน แบร์, 2537)

1. การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ ผู้ให้คำปรึกษาจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา โดยอาศัยเทคนิคและทักษะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้รับคำปรึกษาในขณะเดียวกันก็จะทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงในการบริการเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการ เนื้อหา บทบาทของทั้งสองฝ่ายพฤติกรรม เวลา และการรักษาความลับ ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แจงหากผู้รับคำปรึกษาไม่ให้ความร่วมมือในกระบวนการให้คำปรึกษา

2. การสำรวจปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยและ กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาใช้ศักยภาพของคนที่มีอยู่ เพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง

3. เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะส่งผลให้ผู้รับคำปรึกษากเกิดความกระจำ ในปัญหาของตนอย่างแท้จริง และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ปัญหา

4. การวางแผนการแก้ปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาไม่รับแรงและคว้นตัดสินใจ จัดการปัญหาของผู้รับคำปรึกษาเสียเองทั้งหมด แต่จะคอยให้กำลังใจผู้รับคำปรึกษาในการวางแผน การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อน หากผู้รับคำปรึกษาหมดหนทางและคิดไม่ออก ผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเสนอแนะ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นในข้อเสนอแนะนั้น ๆ เพื่อให้เขาพิจารณาความเหมาะสมและเป็นการแก้ไขปัญหาคิดที่สุดของตนเอง ทั้งนี้ในขั้นตอนนี้ปัญหาที่จะแก้ไขได้นั้นต้องมาจากวิธีการปฏิบัติ ซึ่งผู้รับคำปรึกษาเห็นว่ามีความประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง มิใช่เป็นเรื่องที่ต้องบังคับให้ปฏิบัติ

5. ยุติกระบวนการ ผู้ให้คำปรึกษา ควรให้สัญญาแก่ผู้รับคำปรึกษาได้รู้ตัวก่อนหมดเวลาของการปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พบกันและสนทนาครั้งนี้ หากผู้รับคำปรึกษา สรุปยังไม่ครบ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาเพิ่มให้ครบพร้อมกันนี้ควรให้กำลังใจในการปฏิบัติแก้ปัญหา ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อไปพบกับผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ จะต้องทำความเข้าใจกับผู้รับคำปรึกษาอย่างชัดเจน แต่ถ้าไม่มีการส่งต่อ ผู้ให้คำปรึกษาจะเปิด โอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าสามารถพบได้ในครั้งต่อไป และนัดหมายวัน เวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจระหว่างการศึกษา และ ก่อนจากกันชวนสนทนาเล็กน้อยในเรื่องทั่ว ๆ ไปและกล่าวอำลา

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2.2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO อ้างถึงใน วีระ ไชยศรีสุข, 2533) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตคือ ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขอย่างสุขสบาย รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้โดยไม่มีความขัดแย้ง ปราศจากอาการของโรคประสาท โรคจิต และรวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2522) จิตแพทย์ผู้มีชื่อเสียงของประเทศไทย กล่าวว่า สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

Glasser (1960) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ได้ให้ความเห็นไว้ว่าเรื่องของสุขภาพจิต นั้นมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า "การปรับตัว" กล่าวคือ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ของคนได้สำเร็จ โดยไม่ไปขัดกับความต้องการของคนอื่น และโดยที่ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์จำนวนก็ได้เป็น 2 ประการคือ

1. ความต้องการที่จะรักและต้องการที่จะเป็นที่รักของคนอื่น
2. ความต้องการที่จะเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีค่าทั้งต่อตนเองและคนอื่น ดังนั้น คนที่ปรับตัวได้คือคนที่ประพฤติปฏิบัติไปในทางที่จะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีค่า ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การปรับตัวนั้นเป็นสภาวะการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งจะมีอยู่ตลอดชีวิตและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งลักษณะของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีในด้านการปรับตัวเองได้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับ ตนเอง เช่น การรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ขอมรับตนเอง และรับรู้อย่างถูกต้อง รู้สึกลดเวลาว่ารู้สึกอย่างไร มุ่งหวังอะไร ทำไม่จึงเป็นเช่นนั้น รู้ความสามารถ รู้ขอบเขตและศักยภาพของตน ตระหนักดีว่ามีจุดอ่อน จุดบกพร่องในเรื่องใด สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสุขในชีวิต และผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่สามารถปรับตัวเองได้ และมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือมีสุขภาพจิตเสื่อมคือ ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวเองได้ หรือปรับตัวในแนวทางที่ผิด หรือเป็นโรคจิต โรคประสาท เป็นต้น (ธัญญา นุปผเวส และคณะ, 2534)

สุภา มาลาฤต ณ อุรุยา ได้กล่าวว่า สุขภาพจิตคือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงานประสมประสานกับสภาพแวดล้อม ทำให้คนรู้สึกรับรู้ในอารมณ์เกิดความรู้สึก ตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยา

ได้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีความคิดเพื่อตัดสินใจได้ดีเฉพาะใจขึ้นอยู่กับสมรรถภาพความคิดของบุคคลนั้น (กองสุขภาพจิต, 2530)

ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่มีความมั่นคงในอารมณ์หรือที่เรียกว่ามีวุฒิภาวะทางอารมณ์เป็นผู้ที่มีอารมณ์หนักแน่น ไม่อ่อนไหวง่าย เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่รุนแรงก็ควบคุมอารมณ์ไว้ได้ จะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้าบ้างก็เปลี่ยนไปไม่มากนัก สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว และสามารถจัดอารมณ์ค้าง ไม่ให้เกิดขึ้นได้ (สุโขทัยธรรมาราช, 2531)

Stanton (1988) ได้กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง

1. ผู้ที่มีทางเลือกหลาย ๆ ทางที่แตกต่างกัน นอกเหนือจากทางเดิมคือ เมื่อกระทำสิ่งใดแล้วไม่สำเร็จก็สามารถหาวิธีทางเลือกอื่น ทำได้โดยไม่ต้องมีความคับข้องใจ หรือเมื่อเราต้องสูญเสียสิ่งที่ชอบที่ปรารถนาไป ก็สามารถหาทางเลือกอื่นเข้ามาทดแทนสิ่งนั้น ๆ ได้
2. เป็นผู้ที่ยอมรับประเมินตนเองรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ สามารถยอมรับ และเคารพในสิทธิของผู้อื่น
3. เป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองโดยใช้สิ่งที่ตนเองมีอยู่
4. สามารถปรับตัวได้เป็นอย่างดีเมื่อต้องเผชิญกับความเครียด และไม่ยึดอยู่กับวิธีการแก้ปัญหาวิธีใดวิธีหนึ่งแบบตายตัว

Jahoda ได้ให้ความหมายผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า คือ ผู้ที่ประพฤติปฏิบัติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และค่อนข้างจะไม่มี ความขัดแย้งของบุคลิกภาพ ทั้ง 3 ส่วนอันได้แก่ Id Ego Superego ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องมีองค์ประกอบคือ (อ้างถึงใน สุวนิชย์ เกื้อวงศ์แก้ว, 2527)

1. มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ต่อสังคมที่อยู่
2. เป็นตัวของตัวเอง มีวินัยในตนเอง พึ่งพาตนเองได้
3. มีความต้านทานต่อภาวะเครียดได้ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังที่เหตุการณ์คับขันผ่านไป
4. รับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเป็นจริง
5. ใช้ความรู้ความสามารถบำเพ็ญประโยชน์แก่ชุมชน หรือสังคมที่ตนอยู่

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าวพอสรุปได้ว่า สุขภาพจิต เป็นสภาวะสมดุลของความรู้สึกนึกคิดอารมณ์และพฤติกรรมปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่นและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นและสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.2 บรรทัดฐานที่ใช้ประเมินค่าของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของแต่ละคนจะเป็นอย่างไร อยู่ในระดับปกติหรือไม่ มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่ สามารถที่จะประเมินได้โดยการพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้ (วีระ ไชยศรีสุข, 2533)

1. ความต้องการ ความต้องการเกิดมาพร้อมกับการมีชีวิต ความต้องการของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปแล้วแต่สภาพแวดล้อมที่เขาประสบ เช่น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวย จะมีความต้องการเงินน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน เมื่อบุคคลมีความต้องการแล้วได้รับการตอบสนอง จะทำให้สุขภาพจิตดีและเป็นสุข แต่ถ้าบุคคลมีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. เป้าหมายของชีวิต บุคคลมีความคาดหวังและตั้งเป้าหมายให้แก่ชีวิตของตน ทำให้มีกำลังใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ บางคนมีความคาดหวังว่าจะประกอบอาชีพอย่างใด ถ้าเป้าหมายนี้เป็นจริง เขาจะมีความสุข แต่ถ้าเป้าหมายไม่เป็นจริง เขาจะผิดหวังและเป็นทุกข์ ทำให้มีความยากลำบาก ในการปรับตัวเข้ากับสังคมได้

3. การรู้จักตนเองและยอมรับตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่รู้จักตนเอง รู้ความสามารถ รู้ความต้องการ รู้ความเข้าใจ รู้บุคลิกภาพ รู้เป้าหมายและยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง มีความหวัง และรู้จักวิธีแก้ไขปรับปรุงตนเอง มีความเชื่อและศรัทธาอย่างมีเหตุผล มีความอดทน แข็งแกร่งต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เมื่อรู้ข้อผิดพลาดต่าง ๆ ต้องรู้จักปรับปรุงแก้ไขตนเอง

4. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกายตามปกติ ทำให้บุคคลมีการพัฒนาการทางจิตควบคู่กันไปอย่างสมดุล แต่ถ้าการเจริญเติบโตและการพัฒนาของร่างกายผิดปกติไป เช่น อ้วนเกินไป หรือผอมเกินไป ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมได้ ดังนั้นเมื่อต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตต้องส่งเสริมสุขภาพกายไปพร้อมกันด้วย

5. ความรัก ความรักมีอิทธิพลต่อการแสดงออกที่ดีต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่น ความรักเป็นข้อผูกมัดในด้านความพอใจซึ่งกันและกัน ความรักทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความเสียสละ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเมตตา กรุณา ทำให้บุคคลมีคุณค่าและเจริญขึ้น ทำให้สามารถอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข

6. การยอมรับความจริง ความจริงต่าง ๆ ในโลกทำให้บุคคลรู้สึกเป็นสุขหรือทุกข์ได้ เช่น การพลัดพรากจากกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งความตายเป็นทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ ผู้ที่ยอมรับความจริง สามารถยอมรับความผิดหวัง และการสูญเสียได้โดยไม่ดีโทศโทษ มีความกล้าหาญที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ต่าง ๆ และยอมรับผลที่เกิดขึ้นอย่างหน้าชื่นตาบาน

7. การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมของบุคคลแทบจะทุกพฤติกรรมจะได้รับอิทธิพลจากอารมณ์ นอกจากนั้นอารมณ์ยังมีผลต่อร่างกายตนเอง โดยเฉพาะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น โกรธ เกลียดกลัว ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบย่อยอาหารทำงานผิดปกติ เกิดโรคกระเพาะอาหารพิการ เมื่อสุขภาพกายเสื่อมก็ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมด้วย ดังนั้นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถรักษาและควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติให้ได้มากที่สุด

8. ความสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสุข ลักษณะของคนที่มีความสุข ได้แก่ การชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น หน้าตาอึมเิบ เบิกบานยิ้มแย้ม แจ่มใส ประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม สามารถดำเนินชีวิตไปกับผู้อื่นได้ดี

2.2.3 ความสำคัญของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของทุกคน เพราะพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีสุขภาพดี พฤติกรรมต่าง ๆ ของเขาจะเป็นระบบและพร้อมจะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ สามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไม่ท้อแท้หมดหวัง หรือหมดกำลังใจ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ถ้าบุคคลมีสุขภาพจิตไม่ดี ส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัวก็จะไม่ดีตามลำดับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและถ้าหากสุขภาพจิตเสื่อมอย่างรุนแรงอาจจะเป็นภัยแก่สังคมได้ด้วย เช่น อาจก่อการทะเลาะวิวาท การมีอารมณ์ฟุ้งฟ่าน โดยไม่มีสาเหตุและอาจก่ออาชญากรรมต่าง ๆ ขึ้นได้ นับว่าเป็นการสูญเสียทางสังคมอย่างรุนแรง (สุชา จันทน์เอม, 2527) ซึ่งถ้าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความไม่สบายใจมากขึ้น จนกลายเป็นความทุกข์และความวิตกกังวล ถ้ารุนแรงมากขึ้นก็จะกลายเป็นพวกที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ก่อให้เกิดโรคจิต โรคประสาทตามมาในที่สุด (อุษา ชูชาติ, 2534) จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการส่งเสริม ป้องกัน สนับสนุน ให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อเป็นการพัฒนาตนเอง สังคม และประเทศชาติ ต่อไป

สุขภาพจิตของบุคคลจะดีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้น ไม่มีบุคคลใดที่จะมีภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์โดยแท้ หรือมีสุขภาพจิตที่ดีได้ตลอดเวลาอาจมีช่วงเวลาที่บุคคลประสบกับภาวะความเครียดในชีวิต ที่ทำให้การปรับตัวเป็นไปอย่างลำบาก แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีอยู่แล้วก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (สุวนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527) แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นแนวคิดใดก็ตาม จะพบว่าสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ถ้าบุคคลปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียด และแสดงออกโดยความแปรปรวนของจิตใจ แต่อาการเหล่านี้จะอยู่

เพียงชั่วคราว เมื่อความเครียดหมดไปบุคคลปรับตัวได้ อาการเหล่านี้ก็จะหายไป เพราะโดยทั่วไปแล้ว ความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ความเครียดที่มีมาก ๆ และเป็นระยะเวลานานเท่านั้นที่ถือว่าเป็นอันตรายต่อการปรับตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

การเกิดปัญหาสุขภาพจิตนั้นมักได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน ศักยภาพความเครียดมีมากกว่าสมัยก่อน สาเหตุของความเครียดนี้เกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดความกดดัน ทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและภายนอกบุคคล

ลออ หุตางกูร (2529) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด มีดังต่อไปนี้

1. สาเหตุเฉพาะอย่าง (Specific stress agent) อาจเกิดจากจุลินทรีย์ เคมี ฟิสิกส์ แมคแคนิคและสาเหตุจากการขาดปัจจัยจำเป็นทางชีวะ และการเสียสมดุลเฉพาะอย่างภายในอินทรีย์ เช่น การขาดน้ำ ขาดออกซิเจน ขาดสารอาหารบางอย่าง การตกเลือด เป็นต้น

2. สาเหตุที่ไม่มีตัวคนเฉพาะ (Non-specific stress agent) อาจได้แก่ มูลเหตุที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เครียดกับงาน การทำงานหนัก ความกดดันจากสังคม ความจน การเปลี่ยนบทบาทของชีวิต เช่น จากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ วัยชรา ความล้มเหลวทางมนุษย์สัมพันธ์หรือการทำงาน การสูญเสียต่าง ๆ หรือความคับข้องใจจากการไม่สามารถอนุเคราะห์ให้แก่ความต้องการของตนเอง นับแต่ความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น ความอิ่ม ความสามารถเคลื่อนไหว ความสบาย ความปลอดภัย ไปจนถึงความต้องการขั้นสูงขั้นของบุคคล

นงคราญ ผาสุข (2528) ได้สรุปไว้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสัมพันธ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต มี 3 อย่าง คือ

1. ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่วัยหนึ่งย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน และวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น

2. ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological stress) สาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ที่มีผลทำให้เกิดความเครียดได้ มีดังนี้

1) กายภาพทางร่างกาย

2) สรีระทางร่างกาย

3) องค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ค่อม ไร้ท้อ เชื้อโรคสารพิษต่าง ๆ

3. ความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (Environmental stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียด มีหลายอย่าง เช่น

- 1) อิทธิพลของระเบียบประเพณี และวัฒนธรรม
- 2) อิทธิพลของลักษณะครอบครัว
- 3) สภาพของโรงเรียน
- 4) ภาวะทางเศรษฐกิจ
- 5) ความไม่สมหวังในอาชีพ
- 6) ภาวะทางสงคราม

สวณีย์ เกียรติแก้ว (2527) ได้จำแนก สาเหตุของความเครียด ไว้ดังนี้

1. สาเหตุจากภายนอก และระหว่างตัวบุคคล

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราที่สัมผัสได้ด้วยประสาททั้งห้า เป็นต้นว่า สภาพความร้อน-หนาวของอากาศ แสงสว่างจ้า หรือมืดจนเกินไป อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่น มีควันพิษ เสียงที่ดังมากทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน จะรู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ และอารมณ์เสียได้ง่าย นั่นเป็นเพราะเรากำลังอยู่ในอารมณ์เครียด ซึ่งเป็นความเครียดเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทางกายภาพที่จะต้องเผชิญอยู่ทุกวัน นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ขาดการรักษาโรค เป็นสาเหตุของความเครียดได้ สภาพต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

2) สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว ทะเลาะเบาะแว้ง ได้เถียงกัน การอิจฉาริษยา การแก่งแย่งแข่งขัน การขาดเพื่อนอยู่โดดเดี่ยว ทำให้เกิดความเครียด

3) สภาพการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ เรามักเข้าใจกันว่าความเครียดทางอารมณ์มักเกิดจากเหตุการณ์ที่เลวร้าย แต่ความเป็นจริงแล้วเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่ง การเข้าทำงานใหม่ก็เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดทางอารมณ์ได้เช่นกัน เพราะเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัว การปรับตัวย่อมก่อให้เกิดความเครียด

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล

1) โครงสร้างของร่างกาย และสภาวะทางสรีรวิทยา ร่างกายที่เจริญเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อย ทำให้การแก้ปัญหาไม่ฉันทัดต่อ สภาวะความเครียดไม่ได้

2) ระดับพัฒนาการ ร่างกายที่มีพัฒนาการไม่ปกติเนื่องจากรับประทานอาหารไม่พอทำให้เติบโตช้า เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดีระดับพัฒนาการที่ไม่ดี ทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็ก ๆ แปลเหตุการณ์แบบเด็ก ๆ และแก้ปัญหาแบบเด็ก ๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดตามมาหรือเด็กที่อยู่กับความเครียด เนื่องจากพ่อแม่เจ็บป่วยหรือตาย มักมีพัฒนาการคิดอ่านช้า กลายเป็นเด็กมีปัญหาทางพฤติกรรม

3) การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียดกังวล ตื่นเต้น ถือว่าทำให้เกิดความเครียด การที่มีอารมณ์เหล่านี้ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ไม่เหมือนกัน

Beck (1992) ได้กล่าวว่า สาเหตุของความเครียดนั้นเกิดจากการประสบกับเหตุการณ์ ที่รุนแรง เช่น การถูกข่มขืน การถูกปล้นจี้ การเป็นเหยื่อตึกสงคราม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย ผู้ประสบกับเหตุการณ์ จะรู้สึกซึมเศร้า ฝันร้าย เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น ๆ

อาจกล่าวได้ว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หรือจากสิ่งแวดล้อม หรือจากสาเหตุทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความอดทนต่อความตึงเครียดได้ คือความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่ออยู่กับสิ่งต่าง ๆ เมื่อตนเองตกอยู่ในภavnั้น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นต้นเหตุแห่งความเครียดนั่นเอง

2.2.5 ผลกระทบเมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต

Hopping (1980) กล่าวถึง ผลของความเครียดว่าสามารถอธิบายในด้านร่างกาย อารมณ์ สภาวะสุขภาพ พฤติกรรม และการทำงานของบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย ต่อภาวะเครียด ได้แก่

1) ระบบหมุนเวียนโลหิต และหัวใจ เช่น มีความดันโลหิตสูง และมีปริมาณของ ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เลือดมีการแข็งตัวเร็ว หัวใจมีการสูบฉีดโลหิตเร็ว และแรงขึ้น อาจทำให้ เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อย ได้แก่ การเกิดโรคกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบการย่อยอาหาร ไม่ดี ท้องอืด ท้องเดิน ท้องผูก เป็นต้น

3) ระบบหายใจ ทำให้เกิดการถ่ายเทอากาศเข้าปอดมากเกินไป (Hyperventilation) เกิดอาการหอบ

4) ระบบกล้ามเนื้อ ทำให้มีการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone) เพิ่มขึ้น มีอาการสั่น (Tremor) เกิดโรคข้ออักเสบชนิดรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)

5) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีการปัสสาวะบ่อย เนื่องจากการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะปัสสาวะ

6) ระบบผิวหนัง ทำให้เกิดลมพิษเรื้อรัง เริ่ม เรื้อนกว้าง คัน ทำให้เหงื่อออกมาก

(Hopping, 1980)

2. ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่มีต่อความเครียด ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมด้อยหลัง แยกตัวเอง เนื้อหาไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวนเสมอ ๆ หรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ

2) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทางไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้ โดยไม่มี เหตุผล บ่น อารมณ์หงุดหงิด ไม่อดทน

3) สูญเสียระดับความรู้ สติ ความจำ สมาธิ ความสนใจ อาจพบว่า มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย

4) มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น เห็นภาพหลอน การรับรู้ของประสาทสัมผัสผิดปกติ

5) ขบวนการทางความคิดถูกรบกวน มีความคิดสับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ดี กลัวหรือ สงสัยโดยไม่มีเหตุผล

6) สูญเสียความสนใจ ไม่มีความสนใจที่จะพูดคุย ถูกเบนความสนใจไปยังสิ่งแวดล้อม เช่น ไวต่อเสียงรบกวน (Hypersensitive to Noise)

7) มีความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือการสื่อสาร เช่น พูดซ้ำซากในเรื่องเดิมพูดเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับปัจจุบัน และมีแบบแผนการพูด คลอจนการออกเสียงผิดไป

8) ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น มีพฤติกรรมเพื่อฝัน การกล่าวโทษผู้อื่น การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง

9) มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง (Self Image) เช่น แยกตัว ทำตัวเป็นเด็กเล็ก ๆ Stanton (1988) ได้แบ่งอาการที่แสดงให้รู้ว่ามีอาการเครียดเกิดขึ้น ออกเป็น 3 ด้าน คือ

(1) ทางด้านจิตใจ ผู้ที่มีความเครียดจะมีความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่ามีความเครียดเกิดขึ้น มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ การคิด การตัดสินใจ

(2) ทางด้านร่างกาย ผู้ที่มีความเครียดจะหมกมุ่นอยู่กับปัญหา ไม่สามารถที่จะผ่อนคลายได้จะมีอาการทางกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ไม่สบายในท้อง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ และถ้าไม่สามารถกำจัดความเครียดได้ก็จะก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มีแผลในกระเพาะอาหาร

(3) ทางด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีเครียดจะสูบบุหรี่ คืมเหง้า ใช้น้ำระงับประสาทเพิ่มมากขึ้น แยกตัวจากเพื่อนฝูง หน้าน้ำว้าวซึมวอด กัดเล็บ กำหมัด ใช้สารเสพติด

2.2.6 การปรับตัวเมื่อเกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต

สธิง อภิบาลกุล (2525) ได้ให้ความเห็นว่าบุคคลปรับตัวต่อความเครียดได้ 3 ลักษณะ

1. การปรับตัวทางด้านร่างกาย เพื่อรักษาสุขภาพชีวภาพ การล้มเหลวจากการปรับตัวด้านนี้ มีผลต่อพยาธิสภาพของร่างกาย

2. การปรับตัวด้านจิตใจ เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับกระบวนการทางจิต และกลไกทางบุคลิกภาพ เพื่อหาความสมดุลระหว่างแรงผลักดันของความต้องการกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะดำเนินไปโดยที่รู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้

3. การปรับตัวทางสังคม เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาคุณภาพท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม หรือวัฒนธรรมที่พัฒนาขึ้นมา เป็นองค์ประกอบของตนเองที่ไม่สอดคล้องกับสังคม เพื่อขจัดความขัดแย้ง

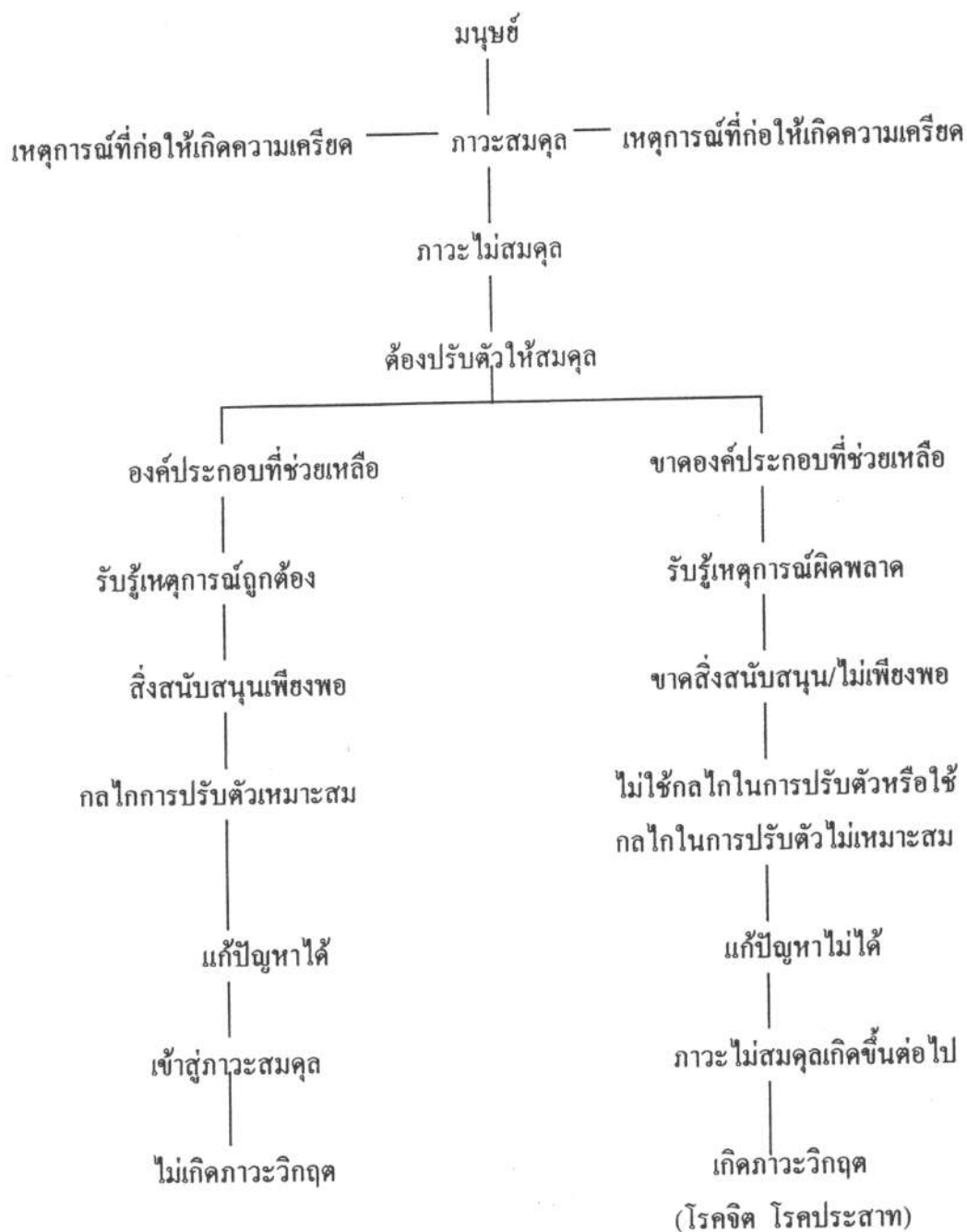
การปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุล เพื่อลดความเครียดลงนั้น Aguilera และ Messick (1982) อ้างถึงใน บุญวดี เพชรรัตน์, 2535) ได้กล่าวว่า เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ร่างกายต้องการองค์ประกอบบางอย่างเพื่อช่วยควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุลดังนี้

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ การรับรู้ต่อเหตุการณ์อย่างถูกต้องตรงตามความจริง จะสามารถช่วยลดความเครียดได้ ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ต่อเหตุการณ์ผิดพลาด ก็ยังคงมีความเครียดอยู่ต่อไป

2. การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ญาติ หรือเพื่อนจะช่วยลดความเครียดให้น้อยลง เพราะไม่รู้สึกรำคาญว้าวุ่นมากนัก

3. กลไกในการปรับตัว การดำรงชีวิตประจำวัน ช่วยให้ได้เรียนรู้วิธีการในการต้องเผชิญกับความเครียด กลไกนี้จะพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา

บุญวดี เพชรรัตน์ (2532) กล่าวถึงผลของการปรับตัว เมื่อเกิดภาวะเครียดว่าอาจจำแนกออกได้ 2 ประการ คือ การปรับตัวได้สำเร็จ บุคคลสามารถรักษาสมดุลทางจิตได้โดยอาจจัดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด หรือใช้กระบวนการเอาชนะปัญหาได้สำเร็จ หรือยอมรับสถานการณ์นั้น และการปรับตัวไม่สำเร็จ บุคคลไม่สามารถใช้กระบวนการเอาชนะปัญหาต่าง ๆ จัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ อาจเกิดความยุ่งยากใจต่าง ๆ เช่น วิตกกังวลเพิ่มขึ้น โกรธ เศร้าโศก หรือเจ็บป่วยทางจิตประสาท ซึ่ง สามารถแสดงองค์ประกอบที่จะนำบุคคลไปสู่ภาวะปกติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความเครียดกับการเกิดภาวะสมดุลและไม่สมดุล

Aguilera and Messick(1982 อ้างถึงในบุญวดี เพชรรัตน์, 2532)

พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด ที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้น มีวิธีต่าง ๆ มากมาย ซึ่งได้มีผู้นำเอาวิธีการต่าง ๆ มารวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่หลายรูปแบบด้วยกัน Lazarus (1976), Jacobson และ McGrath (1988) ได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญภาวะ เครียดออกเป็น 2 รูปแบบด้วยกัน คือ

1. วิธีการเผชิญภาวะเครียดโดยการควบคุมอารมณ์ หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์ (Affective-Oriented Methods) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามที่จะจัดการอารมณ์ และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยมีได้มุ่งแก้ไขที่ปัญหาหรือสาเหตุ Lazarus เรียกวิธีการนี้ว่า การบรรเทา (Palliative) ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลนั้นได้นำเอากลไกป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism) มาใช้ด้วย อย่างไรก็ตามวิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้ก็ถือว่าเป็นรูปแบบที่บุคคลต้องใช้กระบวนการทางความคิดเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก วิธีการต่าง ๆ ในรูปแบบของการควบคุมอารมณ์หรือแก้ไขความรู้สึกที่เป็นทุกข์นี้ได้แก่ การปฏิเสธ (Denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การฝันกลางวัน หรือเพ้อฝัน (Fantasy or Daydream) การแยกตนเอง (Self-Isolation) การโยนความผิดให้ผู้อื่น (Projection) การระบายความโกรธไปสู่ผู้อื่น (Displacement) รวมทั้งการผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย เหล่านี้เป็นต้น

2. วิธีการเผชิญภาวะเครียดโดยการแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem Oriented Methods) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขปัญหา หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้น การแก้ไขปัญหานี้อาจจะเป็นการจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ไขที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นลักษณะของการเปลี่ยนแปลง (Change) เพื่อให้สถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นดีขึ้น ใช้กลวิธีการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Analyzed Problem) การเผชิญกับปัญหาอย่างท้าทาย (Confrontation - Appovement) การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Acceptance of Reality) รวมทั้งการนำเอาประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผลในอดีตมารวมแก้ไขปัญหา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้นแตกต่างกันมากมาย ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละคนจะนำวิธีใดไปใช้ในการตอบโต้กับความเครียด โดยจะผันแปรตามปัญหา และวิธีการประเมินปัญหาของบุคคล ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา



2.3 ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

2.3.1 ความหมายของศัลยกรรมกระดูกและข้อ

คำว่า ออร์โธปีดิกส์ (Orthopaedics) เป็นคำศัพท์ที่มาจากภาษากรีกจากคำว่า Ortho แปลว่า ตรง มาสนธิกับคำ Pais แปลว่า เด็ก หมายถึง ความพิการในคนหนุ่มสาว ซึ่งรับมาตั้งแต่เด็ก ๆ คำนี้ได้ใช้แพร่หลายมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีความหมายรวมไม่ใช่โรคที่พบ เฉพาะในเด็กเท่านั้น แต่เป็นสาขาวิชาหนึ่งของศัลยศาสตร์ที่รักษาโรคของข้อและกระดูกสันหลัง ตลอดจนแก้ไขการ विकฤรูป (Deformity) ของกระดูกและข้อ แพทย์ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวเรียกว่า แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (Orthopaedist) ซึ่งในปัจจุบันวิชาการทางด้านศัลยศาสตร์กระดูกและข้อได้ขยายขอบเขตออกไปกว้างขวางมากได้แบ่งกลุ่มโรคต่าง ๆ เช่น กระดูกหักและข้อเคลื่อน (Trauma) โรคกระดูกในเด็ก (Pediatric Orthopaedics) หรือแบ่งตามกายวิภาค เช่น กระดูกสันหลัง (Spine) กระดูกมือ (Hand) ข้อเข่า (Knee) กระดูกสะโพก (Hip) กระดูกเท้า (Foot)

กระดูกเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดพิเศษ (Specialized Connective Tissue) เนื่องจากการตกแต่งของเนื้อเยื่อเคลือบใน Intercellular Matrix ทำให้เป็นเนื้อเยื่อที่แข็งแรงมากสามารถเป็นโครงสร้างของร่างกายให้คงสภาพรูปร่างไว้ได้ และป้องกันอวัยวะที่สำคัญจากภยันตราย นอกจากนั้นกระดูกยังถือว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายด้วย เนื่องจากกระดูกมีการสร้างและทำลายอยู่ทุกขณะอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้การควบคุมของปัจจัยหลายประการ เพื่อให้เกิดความสมดุลของเนื้อเยื่อที่สำคัญสำหรับร่างกายและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานได้ตามปกติ ดังนั้นกระดูกเป็นเนื้อเยื่อที่มีหน้าที่เป็นทั้งด้านกายวิภาค และสรีรภาค คือ

1. เป็นโครงสร้างเพื่อให้ร่างกายคงสภาพรูปร่างไว้ได้
2. เป็นแกนหรือคานสำหรับกล้ามเนื้อ และเอ็นกล้ามเนื้อใช้ในการเคลื่อนไหว
3. ห่อหุ้มและป้องกันอวัยวะภายในที่สำคัญ
4. ประกอบด้วยเนื้อเยื่อสำหรับสร้างเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด
5. เป็นที่เก็บสะสมเกลือแร่ เช่น แคลเซียม (Calcium) ฟอสฟอรัส (Phosphorus) แมกนีเซียม (Magnesium) (สมชัย ปรีชาสุข และคณะ, 2538)

เมื่อกระดูกได้รับการบาดเจ็บ ความสามารถในการซ่อมแซมการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในมนุษย์จะแตกต่างกันตามอายุ เช่นในเด็กเล็กมีความสามารถในการซ่อมแซม การบาดเจ็บได้ดี และรวดเร็วกว่าในผู้ใหญ่ กระดูกเมื่อได้รับบาดเจ็บ เช่น แตกร้าวหรือหักโดยธรรมชาติ ร่างกายจะพยายามซ่อมแซมกระดูกส่วนที่ได้รับบาดเจ็บให้สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติเร็วที่สุด ดังนั้นโดยทั่วไปแล้วกระดูกที่มีการแตกหักจะสามารถคิดได้เอง เนื่องจากการซ่อมแซมตัวเองตาม

ธรรมชาติ ยกเว้น กระดูกหักในบางแห่งของร่างกาย ซึ่งคิดยาก เช่น กระดูกของข้อสะโพก เป็นต้น ดังนั้นการรักษาการบาดเจ็บของกระดูก แพทย์จึงต้องพยายามทำให้กระดูกที่ได้รับบาดเจ็บสามารถกลับไปทำงานตามปกติให้เร็วที่สุด และมีอาการแทรกซ้อนน้อยที่สุด (สมชัย ปรีชาสุขและคณะ, 2538)

การซ่อมแซมการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายจะมีกระบวนการที่สำคัญอยู่ 3 กระบวนการ คือ ระยะเวลาอักเสบ (Inflammatory Stage) ระยะซ่อมแซมเนื้อเยื่อ (Reparative Stage) และระยะปรับแต่งรูป (Remodelling Stage) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการซ่อมแซมการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับ การบาดเจ็บ ความรุนแรง และระยะเวลาของการบาดเจ็บ ชนิดของเนื้อเยื่อ อายุของผู้ป่วย สภาพความสมบูรณ์ของโภชนาการ และภาวะโรคเดิมของผู้ป่วย จะทำให้การซ่อมแซมการบาดเจ็บช้าลงได้ด้วย การซ่อมแซมกระดูกหักจะสิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อกระดูกที่หักนั้นติดและแข็งแรงเท่ากับกระดูกก่อนที่จะหักแต่มีความลำบากที่จะบอกเวลาสิ้นสุดที่แน่นอน ไม่ว่าจากการตรวจทางคลินิกหรือการตรวจภาพถ่ายรังสี ซึ่งอาจเกิดกระดูกติดช้า (Delayed Union) โดยใช้เวลามากกว่าปกติที่ควรจะเป็น แต่ยังมีกระบวนการซ่อมแซมกระดูกดำเนินอยู่ กระดูกไม่ติด (Non Union) การซ่อมแซมกระดูกหัก ประสบความล้มเหลว กระดูกยังไม่ติดในเวลาอันสมควรและกระบวนการซ่อมแซมกระดูกยุติแล้ว ซึ่งธรรมชาติมีกลไกในการซ่อมแซมกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บดีที่สุดอยู่แล้ว ดังนั้นการเข้าไปขัดจังหวะของธรรมชาติในการซ่อมแซมตัวเองไม่ว่าด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม อาจทำให้เกิดผลเสียได้ โดยเฉพาะการผ่าตัด เพราะการรักษากระดูกหักโดยทั่วไประยะเวลาของการซ่อมแซมกระดูกหักจะไม่สามารถบอกแน่นอนนัก เนื่องจากมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษาควรเข้าใจถึงกระบวนการซ่อมแซมกระดูก เพื่อใช้ประกอบการรักษาให้ได้ผลที่ดีที่สุด (สมชัย ปรีชาสุข และคณะ, 2538)

2.3.2 ความหมายของอุบัติเหตุจากการจราจร

อุบัติเหตุ (Accident) คือ อุบัติการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดหมายมาก่อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บและตาย และสูญเสียทรัพย์สินโดยที่เราไม่ต้องการ สำหรับอุบัติเหตุจากการจราจร (Traffic Accident) ได้แก่ อุบัติเหตุจากการจราจรทางบก (บนท้องถนน ทางรถไฟ เป็นต้น) อุบัติเหตุจากการจราจรทางน้ำ และอุบัติเหตุจากการจราจรทางอากาศ (วิจิตร บุญชะโศก, 2536)

2.3.3 ผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยสัลยกรรมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสิ่งผิดปกติ ตัดหรือทำลายเนื้อเยื่อต่าง ๆ แก้ไขความพิการ ซ่อมแซมและรักษาบาดแผลต่าง ๆ อาจต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษทั้งการตรวจวินิจฉัย และการรักษาทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจสามารถกลับบ้านได้ภายหลังผ่าตัด

หรือจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งอาจใช้เวลารักษาเป็นเวลานานหรือต้องทำผ่าตัดหลายครั้ง ผู้ป่วยบางคนอาจต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ การทำผ่าตัดบางครั้งเป็นขั้นตอนของการวินิจฉัยโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

การทำผ่าตัดบางครั้งต้องเสียอวัยวะบางส่วน ทำให้พิการ หรือก่อให้เกิดแผลเป็นน่าเกลียดหรือทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ดังนั้น ผู้ป่วยศัลยกรรมจึงมีปัญหาทางจิต-สังคมมาก นับแต่การอยู่โรงพยาบาล ซึ่งต้องแวดล้อมด้วยคนแปลกหน้า ความไม่เข้าใจในในภาษาที่แพทย์และพยาบาลสนทนากัน ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ขาดอิสระ ต้องถูกควบคุมโดยคนอื่น มีความกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด การต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่หลังผ่าตัด การต้องใช้อุปกรณ์เครื่องใช้พิเศษต่าง ๆ ติดตัว การผ่าตัดก่อให้เกิดความกลัวต่าง ๆ เช่น กลัวสลบแล้วไม่ฟื้น กลัวเจ็บ กลัวไม่หายจากโรค กลัวพิการ การอยู่โรงพยาบาลต้องถูกแยกออกจากครอบครัวญาติมิตร ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาครอบครัวและสังคม เช่น กลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา ขาดรายได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

1. ความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึงการหยุดการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการจำกัดกิจกรรมของร่างกายมีสาเหตุจากภาวะร่างกายของบุคคล หรือจากสิ่งแวดล้อม (Hammer and Kenan, 1980)

พรณวดี ดันติสิรินทร์และคณะ (2536) ได้กล่าวถึงการจำกัดการเคลื่อนไหวว่า หมายถึง ภาวะที่มีการเคลื่อนไหวน้อยลงหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย การจำกัดการเคลื่อนไหวอาจเกิดขึ้นเฉพาะทางด้านร่างกาย (Physiological immobilization) หรือเฉพาะทางด้านจิตสังคม (Psychosocial immobilization) หรืออาจเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคมควบคู่กัน

โดยปกติมนุษย์จะมีการเคลื่อนไหว การขยับตัวประมาณ 400 ครั้ง ใน 8 ชั่วโมง (ช่วงกลางคืน) ซึ่งจะเป็นช่วงของการนอนหลับ และในระหว่างการนอนหลับนั้น ถ้ามีการเคลื่อนไหวต่ำลงกว่า 25 ครั้ง จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดทับของน้ำหนักตัวกดลงบนเนื้อเยื่อ เกิดการถูกทำลายและเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ผลของการจำกัดการเคลื่อนไหว ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดบวม กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรงเล็กน้อย ท้องผูก เป็นต้น

การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านจิตสังคม โดยมากมักจะเกิดกับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเรื้อรัง และมักจะเกิดควบคู่กันกับการจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวทาง

ด้านจิตสังคม มักจะมีอาการซึม โศกเศร้า หมดหวัง เบื่อหน่าย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดน้อยลง มักจะคิดเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเอง

2. สาเหตุของการจำกัดการเคลื่อนไหว แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย หรือจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งได้แก่

- (1) อัมพาต (Paralysis)
- (2) โรคของหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease)
- (3) ภาวะการเจ็บปวดอย่างรุนแรง (Severe pain)
- (4) ภาวะที่มีความบกพร่องของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หรือระบบประสาท (Musculoskeletal or nervous system)
- (5) ภาวะที่มีการติดเชื้อ (Infectious process)
- (6) ภาวะซึมเศร้า (Depression)

2) การจำกัดการเคลื่อนไหวจากแนวการรักษา ได้แก่

- (1) การจำกัดกิจกรรม ให้นอนบนเตียง (Bed rest)
- (2) การดึงถ่วงด้วยน้ำหนัก (Traction)
- (3) หลังผ่าตัด (Post-operation)

3) การจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาวะ หรือแบบแผนในการดำเนินชีวิตของบุคคล ได้แก่

- (1) บุคลิกภาพ (Personality)
- (2) แบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-style)
- (3) วัย : โดยเฉพาะวัยสูงอายุ (Old age)

3. ระดับการจำกัดการเคลื่อนไหว (Degree of immobility) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) การจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนไหวได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยประเภทนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย นั่นคือ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2) การจำกัดการเคลื่อนไหวเพียงบางส่วน หรือเพียงชั่วคราวชั่วคราว ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกหัก ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนที่กระดูกหักโดยการเข้าเฝือก ผู้ป่วยที่คาท่อระบายทางทรวงอก ผู้ป่วยที่ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ฯลฯ ผู้ป่วยประเภทนี้จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเฉพาะที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นร่างกายส่วนอื่น ๆ สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

3) การจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน ได้แก่ การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีไข้สูง ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหืดหอบ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรม ผู้ป่วยประเภทดังกล่าวถึงแม้ว่าร่างกายจะสามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ตามปกติ แต่ต้องถูกลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวลงเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนนั้น พยาบาลจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุที่จำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

4. ผลกระทบของการจำกัดการเคลื่อนไหวต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Physiologic Responses to Immobility) ร่างกายเมื่อมีการจำกัดการเคลื่อนไหวแม้เพียงแค่ 1-2 วัน ก็ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายได้ และภาวะแทรกซ้อนนี้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย

- 1) วัย สูงอายุ
- 2) พยาธิสภาพของโรค
- 3) ภาวะการขาดสารอาหาร
- 4) ทำนอนของผู้ป่วย
- 5) ระยะเวลาที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว
- 6) น้ำหนักตัว หรือน้ำหนักของอวัยวะส่วนที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว
- 7) ระดับความรู้และการศึกษาของผู้ป่วย

เมื่อมีองค์ประกอบเหล่านี้ จะส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
- 2) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3) ผลต่อระบบทางเดินหายใจ
- 4) ผลต่อระบบการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย
- 5) ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 6) ผลต่อระบบทางเดินอาหารและการขับถ่ายอุจจาระ
- 7) ผลต่อระบบผิวหนังและประสาทสัมผัส

2.3.5 หลักและขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก

หลักและขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน หรือมีคำย่อว่า ซึ่ง มีคำสอนว่า มีการรักษา 4 ขั้นตอน คือ 4 R ได้แก่ (ประจวบ บินขจิตต์, 2531)

1) การวินิจฉัย (Recognition) ต้องวินิจฉัยให้ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงความรุนแรงของกระดูกหักนั้น ด้วย เพื่อวางแผนการรักษาได้ง่ายและไปได้ด้วยดี

2) การจัดเข้าที่ (Reduction) คือ การจัดกระดูกให้เข้าที่ มี 2 วิธีคือ

(1) Close Reduction คือ การจัดกระดูกให้เข้าที่โดยไม่ต้องผ่าตัดบริเวณกระดูก

(2) Open Reduction คือ การผ่าตัดบริเวณกระดูกแล้วจัดเข้าที่

3) การจำกัดการเคลื่อนไหว (Retention or Immobilization) คือการให้กระดูกที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ ไม่มีการเคลื่อนหลุดอีกและการซ่อมแซมของกระดูกหักจะเป็นไปตามขั้นตอนด้วยดีจนกว่าเนื้อเยื่อระยะแรกที่จะเจริญเป็นเนื้อกระดูกมาเชื่อมตรงกระดูกหัก (Callus) จะเกิดแล้วแข็งแรงเพียงพอ การเกิดการเชื่อมกันของกระดูก (Union) อาจเป็นสัปดาห์เป็นเดือนหรือเป็นปี การจำกัดการเคลื่อนไหวมี 2 วิธีคือ

(1) การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอก (External Immobilization) เช่น เพื่อกดปุ่มหรือเพื่อกดตาม ทำการดึงกระดูกด้วยเครื่องดึง (Traction) หรือใช้วิธียึดตรึงกระดูกภายนอก (External Fixation) ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะการยึดติดของข้อต่อ

(2) การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน (Internal Immobilization) โดยการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่แล้วใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน เช่น การผ่าตัดใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูก (Nail, Screw, Plate) เพื่อรักษากระดูกหักของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง และมีความมั่นคงดี สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

(3) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูส่วนที่กระดูกหักเป็นวิธีการที่สำคัญมาก ต้องรู้จักวิธีการทำกายภาพบำบัดให้ถูกต้องร่วมด้วย มิฉะนั้นการผ่าตัดจะไม่ประสบความสำเร็จ

สำหรับผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก เมื่ออาการหลังผ่าตัดทุเลาพ้นระยะอันตรายแล้ว ผู้ป่วยจะ ต้องมีการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาพปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายที่ดี แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณกระดูกจนกว่ากระดูกจะติดกันดี ซึ่งต้องใช้เวลา 2-3 เดือน (Wilson, 1976)

การลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีประโยชน์ในการรักษาโรคกระดูกและข้อต่าง ๆ แต่การที่กระดูกและข้อไม่ได้เคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวรได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528) ซึ่งปัญหาการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบนี้คือ

- 1) อ่อนเพลีย
- 2) ปวดศีรษะ
- 3) กล้ามเนื้อลีบและตึงแข็ง
- 4) กระดูกผุ

ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนาน ๆ จะรู้สึกเชื่องซึม เจ็บเหงา และเศร้าซึม การที่ผู้ป่วยถูกแยกออกจากกิจวัตรประจำวันที่เคยกระทำหรือจากหน้าที่การงาน ผู้ป่วยบางคนจะมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับบ้าน ครอบครัว การประกอบอาชีพและการงาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2528)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ด้านผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ผู้วิจัยได้รวบรวมและขอเสนอผลงานวิจัยด้านผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ดังนี้

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 70 ราย ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาประเภทแก้ไขตามปัญหาใช้บ่อยกว่าประเภทแก้ไขความรู้สึกทุกข์ และใช้วิธีการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยน้อยที่สุด การประเมินปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกต่อการบาดเจ็บ ผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้ง วิตกกังวลและกลัว เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาและเกิดบ่อยมาก ในระยะ 1-2 วันแรก ที่อยู่ในโรงพยาบาลและได้สรุปว่า อุบัติเหตุที่ได้รับมีผลกระทบต่อการเสียสภาวะสมดุลของจิตใจ

มารีสา ไกรฤกษ์ (2528) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความตึงเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและได้รับการดัดงอหน้าแข้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ กระดูกขาหักจากอุบัติเหตุและได้รับการดัดงอหน้าแข้งจนถึงการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีความเครียดโดยรวม ความเครียดด้านการเจ็บป่วยด้านการจำกัดการเคลื่อนไหว ด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม หลังให้การพยาบาลน้อยกว่าก่อนให้การพยาบาล

อารีรัตน์ ขำอยู่ (2533) ได้ทำการวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ระยะพักฟื้น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเคยได้รับความรู้และคำแนะนำจาก

แพทย์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.3 พยาบาลเพียงร้อยละ 8.7 ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองระดับปานกลาง แต่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองระดับสูงและผู้ป่วยที่มีอายุและระดับในการศึกษาค้างกันจะมีความรู้ในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ขวัญดา ไผ่หยกงาม (2533) ศึกษาเรื่อง ผลของการสอนอย่างมีแบบแผน และการใช้คู่มือเรียนรู้ด้วยตัวเองต่ออัตรานอนทศน์เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้และการปฏิบัติตน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาพลักษณ์ ความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยมีญาติใกล้ชิดเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน กับผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกที่ใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกขาหักและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จัดกระดูกให้เข้าที่ และใส่โลหะยึดไว้ภายใน ซึ่งเลือกโดยการจับคู่ตามเกณฑ์ที่กำหนด 19 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ บันทึกการสอน คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง และแบบสัมภาษณ์ ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ดีขึ้น และการสอนทำให้มีความรู้ดีกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง

แก้วสามสี ตาเจริญ (2535) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลผู้ป่วยสัลยกรรมที่ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย มีกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม แยกเป็นกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 จับคู่กันกลุ่มละ 15 ราย โดยให้การทดลองคือ กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูล ขั้นตอน วิธีการปฏิบัติการผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ได้ข้อมูลขั้นตอนวิธีปฏิบัติร่วมกับความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล โดยมีเครื่องมือวัดระดับความวิตกกังวล และแบบสังเกตภาวะความวิตกกังวล ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลง และหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

Gerber (1985) ได้ศึกษาการสูญเสียการควบคุมโดยการสร้างและทดสอบแบบจำลองทฤษฎีการยอมรับ การควบคุมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการควบคุมนี้หมายถึงอิสระการเลือกปกติ หรืออิทธิพลที่มีต่อวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ภายใน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกเพศชาย อายุระหว่าง 18 - 29 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการยอมรับการควบคุมลดลงในภาวะวิตกกังวล และมีความพึงพอใจน้อยเมื่อถูกควบคุม

2.4.2 ด้านการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ผู้วิจัยได้รวบรวมและขอเสนอผลงานวิจัยด้านการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ดังนี้

วาสนา แฉล้มเขตร (2525 อ้างถึงใน รัชณี วีระสุขสวัสดิ์, 2535) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรอกเจอร์สต่อการลดปัญหาทางอารมณ์ ของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรวิทยาศาสตร์ชั้นปีที่ 3

ที่ได้คะแนนจากแบบประเมินปัญหาทางอารมณ์ ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป จำนวน 16 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษา กลุ่มละ 8 คน โดยการให้คำปรึกษารายบุคคล คนละ 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อสนเทศเกี่ยวกับการปรับตัวทางอารมณ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัญหาทางอารมณ์ของนักศึกษาหลังจากได้รับคำปรึกษา มีระดับลดลงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์ (2533) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวทฤษฎีการปรึกษาแบบศูนย์กลางของรอร์เจอร์ส ต่อการลดอารมณ์เศร้าของผู้ติดเชื้อโรอินในระยะถอนพิษยาโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรอินที่ได้รับการรักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยใน เพศชาย ในระยะถอนพิษยา โรงพยาบาลธัญญรักษ์ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2532 โดยคัดเลือกจากผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและมีคะแนนจากแบบประเมินอารมณ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมาสุ่มเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 8 ราย กลุ่มควบคุม 16 ราย กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษารายละ 6 ครั้ง อย่างต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า หลังได้รับการปรึกษาแล้วสามารถลดอารมณ์เศร้าได้มากกว่าก่อนได้รับการปรึกษา

อัญริยา ปานศิริ (2535) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกามโรคชายที่ได้รับการรักษาที่หน่วยกามโรคบ้านโป่ง และศูนย์กามโรคเขต 4 จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 91 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 35-40 นาที พบว่า ผู้ป่วยกามโรคชายมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อการใช้อย่างอนามัยเพื่อป้องกันโรค การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

Padfield (1976) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อผู้มีอารมณ์เศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มีอารมณ์เศร้า ได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลแบบความรู้สึกร่วม และการยอมรับกับวิธีรักษาความรู้สึกเศร้า โดยให้ผู้รับคำปรึกษากำหนดกิจกรรม และเวลาในการปรับปรุงตนเอง 2 สัปดาห์ มีการประเมินตนเองทุกวัน ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลทั้งสองวิธีสามารถลดอารมณ์เศร้าลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Watson P.G. (1983) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อฟื้นฟูสุขภาพพระยะสั้น หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดทำช่องเปิดเอาลำไส้ออกจากหน้าท้องต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทัศนคติ โดยเฉพาะด้านการรู้สึกรู้ค่าแห่งตน และความสามารถดูแลตนเองในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 4 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยเฉพาะด้านการรู้สึกรู้ค่าแห่งตนทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสามารถดูแลตนเองในระยะ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คี้นกว่าระยะเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Perry S.W.; et al. (1994) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อผู้ติดเชื้อ HIV ในการแพร่เชื้อกับคู่นอน มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการเปิดเผยตนเองของผู้ติดเชื้อ HIV หลังการให้คำปรึกษา เป็นการให้คำปรึกษาร่วมกับการตรวจหาเชื้อ HIV โดยจัดการให้คำปรึกษาเมื่อแรกรับ, 3 เดือน, 6 เดือน และทุก 6 เดือน หลังจากตรวจพบเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 129 คน ปัจจัยสำคัญต่อการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่าง ชาย-ชาย (104 คน) ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (19 คน) หรือมีสัมพันธ์ต่างเพศ (6 คน) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 29 ไม่ได้รับเชื้อจากคู่นอนปัจจุบัน และ ร้อยละ 30 ติดเชื้อจากอดีตคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการไม่แพร่เชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเมื่อเวลาผ่านไปหลายเดือน ประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการแพร่เชื้อสู่คู่นอนปัจจุบันอีก

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีปัญหาสุขภาพจิต และการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล สามารถช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์ และพัฒนาการรับรู้รวมทั้งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานของการวิจัยว่าผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีคะแนนระดับภาวะสุขภาพจิตลดลง