



การให้การปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า
โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
: กรณีศึกษา

โดย

นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เลขทะเบียน	20040415
วันที่	10 ก.ย. 2547
เลขเรียกหนังสือ	รช. พก 171
ก 421 ก	8846

คำนำ

การให้การปรึกษารายบุคคล เป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช โดยเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลที่ต้องให้การดูแลบุคคลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง รายงานการศึกษาเฉพาะกรณีฉบับนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า สาเหตุเนื่องจากภาวะสูญเสียด้านครอบครัว ซึ่งถือเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญ มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและเป็นระบบ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องมีการผสมผสาน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวบรวมข้อมูลสำรวจหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหา มองเห็นเป้าหมายในชีวิต มีแนวทางเผชิญปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากรณีศึกษาฉบับนี้คงจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล บุคลากรผู้ให้การปรึกษา นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้สนใจ สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษาช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่นและครอบครัวได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ดีจากบุคลากรในทีมการรักษาทางจิตเวช ได้แนวคิดทฤษฎีจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำชื่อมาอ้างอิงในเอกสารนี้ และได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

กันยายน 2546

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๖
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
3. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	3
4. วิธีดำเนินการศึกษา	4
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	4
บทที่ 2 เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
1. การให้การปรึกษา	5
2. ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	20
3. ภาวะซึมเศร้าและการรักษา	36
บทที่ 3 กรณีศึกษา	43
1. ข้อมูลทั่วไป	43
2. อาการสำคัญ	43
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	43
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	44
5. ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต	44
6. ประวัติครอบครัว	45
7. การประเมินปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจ/สังคม	45
8. การให้การปรึกษารั้งที่ 1	48
การให้การปรึกษารั้งที่ 2	58
การให้การปรึกษารั้งที่ 3	67
การให้การปรึกษารั้งที่ 4	70
การให้การปรึกษารั้งที่ 5 (ยุติ case)	72

หน้า

บทที่ 4	สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
	1. สรุปผลการศึกษา	77
	2. อภิปรายผล	81
	3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	89
บรรณานุกรม		91

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงตามโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และทางสังคมที่ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ทำให้คนเกิดความเครียด ปรับตัวไม่ทัน ภาวะวิกฤตนี้ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ แผ่ขยายไปสู่ประชาชนแทบทุกกลุ่มอาชีพ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ทำให้เกิดปัญหาสังคมหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาครอบครัว โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุทางคลินิกหลักอันสำคัญในการนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากร (อุมพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชัยกุล, 2539 ; ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540; Kaplan and Sadock, 1995) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาทางจิตเวชสำคัญปัญหาหนึ่ง ที่สะท้อนภาพปัญหาทางสุขภาพตลอดจนปัญหาทางสังคมไทยในปัจจุบันที่มีแนวโน้ม จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในอนาคตข้างหน้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเบี่ยงเบนด้านการคิดและการเรียนรู้และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อย ๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ ถ้าอยู่ในสภาวะปกติ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในทางลบ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมเฉื่อยหนึ่ จนกระทั่งอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตหรือการฆ่าตัวตาย (ถัดดา แสนสีหา, 2536)

จากสถิติผู้มารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2542 - 2544 พบว่า มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าเท่ากับ 99.58, 130.37 และ 94.90 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2544) และจากรายงานการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2545 มีตามลำดับดังนี้ 1,266 ราย, 1,513 ราย และ 2,295 ราย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2545)

จากสถิติที่กล่าวข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญยังสามารถเกิดได้กับคนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกช่วงอายุ ทุกโอกาส พบได้ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิต แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้านั้นมีหลายสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตใจและปัจจัยทางด้านสังคม ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยมีความซับซ้อน และหลากหลาย ปัญหามากขึ้นตามสาเหตุและปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละราย (ดวงใจ กสานติกุล, 2536) และที่สำคัญภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีอัตราการตายสูง เมื่อเทียบกับปัญหาจิตเวชอื่น ๆ ทั้งนี้พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 20 - 30 เท่า และจากการศึกษายังพบว่า ร้อยละ 60 - 70 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติด้วยโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2536) นอกจากนี้ โรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่จะทำให้เสียชีวิต จากการฆ่าตัวตาย หากยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกายที่ร้ายแรงต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน และทำความเข้าใจกับครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 คนเท่านั้น ที่ได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ครอบครัวหรือผู้ป่วยเองไม่ใส่ใจกับอาการป่วยและจากการศึกษาผู้ที่เข้ารับการรักษามีประมาณ ร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการเรื้อรัง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจป่วยยาวนานไปตลอดชีวิต ก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม อย่างมาก (ดวงใจ กสณติกุล, 2536)

การดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยซึมเศร้า นอกจากการรักษาทางกายด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าแล้วยังสามารถให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมได้ด้วยวิธีการให้การปรึกษาอย่างเป็นระบบควบคู่กันไป ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยจิตเวช โดยการช่วยเหลือและประทับประคองให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาค้นหาสาเหตุและความต้องการของตน รวมทั้งวางแผนเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และสามารถดำรงอยู่ได้ตามสภาวะของตน ซึ่งเป็นภาวะสมดุลย์ของตนเองได้

การให้การปรึกษารายบุคคล (Individual Counselling) เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือให้บุคคลสามารถสำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่และเป็นยุทธวิธีสำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อการดูแลบุคคลแบบองค์รวม กล่าวคือ การให้การปรึกษาจะใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญกับโรค ความเจ็บป่วย การรักษาที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้รับบริการจะเกิดความเข้าใจ ยอมรับและสามารถอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยและการรักษานั้นได้ โดยถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาตนให้สามารถดำรงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของตนเองด้วยความผาสุก และมีพลังในการดำเนินชีวิต สามารถกำจัดจุดอ่อนทางอารมณ์ ปรับสมดุลทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพกายที่ดีเผชิญต่ออุปสรรคและความเจ็บป่วยได้อย่างเข้มแข็ง สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข หากพยาบาลสามารถใช้จุดแข็งสำคัญคือการไขเข้าสู่การแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ ก็จะพบต้นตอสำคัญและเข้าใจถึงการให้การพยาบาล และใช้สัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพเข้าไปช่วยเหลือ และดูแลบุคคลแบบองค์รวมได้ภายใต้ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ทั้งงานบริการผู้ป่วยในและในคลินิกให้การปรึกษาและจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน มีความตระหนักในปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นถึงขั้นการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นด้วย จึงเลือกทำการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ มีภาวะซึมเศร้า สาเหตุจากการสูญเสีย ผิดหวังทางด้านครอบครัว คิดว่าตนเองไร้ค่า ขาดความภูมิใจในตนเอง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีความคิดในทางลบ ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่าย มีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย คิดทำร้ายตนเอง โดยการจะรับประทานยานอนหลับเกินขนาด หากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและช่วยเหลือในรูปแบบ

ของการให้การปรึกษา พยาบาลจึงวางแผนให้การช่วยเหลือในรูปแบบของการให้การปรึกษาโดยเลือกใช้การประยุกต์ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory) เนื่องจากปัญหาของกรณีศึกษา เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับอารมณ์ ความรู้สึก เกิดขึ้นและอยู่ในจิตใจมานาน ส่งผลให้มีความกดดันทางอารมณ์สูง มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ถูกสาปแช่งใจมึนงงและจากประสบการณ์ในอดีตที่ถูกคนรักทอดทิ้งมีผู้อื่น บิดาแยกทางกับมารดา หลายปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิตดังกล่าว จุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้มุ่งช่วยเหลือในเรื่องมโนภาพแห่งตน (Self Concept) กับประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษาผสมผสานให้เท่ากัน เพื่อให้สามารถมองเห็นและเข้าใจตนเองชัดเจนขึ้น ยอมรับต่อปัญหาและรับรู้สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต(อาภา จันทรสกุล, 2535 และ 2545) โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพในตนเอง ภาวภูมิใจในตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต มีแนวทางเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ไม่มีความคิดทำร้ายตัวเอง ครอบคลุมเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสาเหตุ ปัญหาความต้องการ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และวางแผนให้การช่วยเหลือในรูปแบบการให้การปรึกษา
2. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต ไม่ทำร้ายตัวเอง ยอมรับและแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้
4. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้า อาการและตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา และให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา
5. เพื่อนำทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้กับการให้การปรึกษาผู้ป่วยรายอื่น

3. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

1. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างเด่นชัด มีความคิดฆ่าตัวตาย หากได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการให้การปรึกษา ก็จะสามารถช่วยผู้ป่วยให้เผชิญปัญหา ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
2. ได้ให้การปรึกษาผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ได้รวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยตนเอง
3. ผู้ป่วยมีปัญหาที่เด่นชัดหลายอย่างที่ต้องช่วยเหลือให้อาการดีขึ้นโดยเร็ว และมีอาการของโรคที่น่าสนใจ เช่น มีความคิดเบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความภาวภูมิใจตนเองต่ำ
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า เป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในโรงพยาบาล ผลของการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในกรณีศึกษารายนี้ สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

4. วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
2. คัดเลือกกรณีศึกษาที่มีอาการซึมเศร้าเด่นชัดและมีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ราย ซึ่งจิตแพทย์รับรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและส่งเข้ารับการปรึกษาที่คลินิกให้การปรึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. รวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาจากใบรายงานที่ O.P.D. card จากผู้ป่วยและญาติ
4. วางแผนให้การช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหาปัญหาสาเหตุ ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีผลจากภาวะซึมเศร้าตามขั้นตอนของกระบวนการให้การปรึกษา
5. กำหนดระยะเวลาการให้การปรึกษา การติดตามผลการให้การปรึกษา รวมทั้งหมด 5 session
6. สรุปและประเมินผลการให้การปรึกษามาตามที่ได้ปฏิบัติ
7. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติ
8. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
9. จัดทำรายงานพิมพ์และเผยแพร่

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

- 5.1 ผู้ป่วยมีความเข้าใจในปัญหา สาเหตุ ความต้องการของตนเอง และสามารถมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
- 5.2 พยาบาลได้มีประสบการณ์และแนวทางในการให้การปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า
- 5.3 ได้พัฒนาตัวเอง สามารถนำแนวทางการให้การปรึกษา ทักษะต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น
- 5.4 เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้การปรึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 5.5 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย
- 5.6 เพื่อนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษามาเผยแพร่ให้ทีมการพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 5.7 ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาสามารถปรับตัวได้เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เขียนได้ศึกษาการให้การปรึกษา ความหมาย ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางรวมทั้งภาวะซึมเศร้า สาเหตุและการรักษา ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลจากบทความ ตำราทางวิชาการ รายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ ซึ่งรวบรวมรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. การให้การปรึกษาและทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. ภาวะซึมเศร้าและการรักษา

1. การให้การปรึกษา

1.1 ความหมายของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา (Counseling) มีที่มาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า “Counselium” หมายถึง “กับ” หรือ “ด้วยกัน” (อาภา จันทรสกุล, 2535) และได้มีผู้ให้ความหมายของการให้การปรึกษา ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2539) ให้ความหมายว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคและขั้นตอนต่าง ๆ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการสำรวจปัญหาของตนเอง รับรู้ เข้าใจ และร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

วัชร ทรัพย์มี (2533) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการปรึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม กับผู้รับบริการซึ่งต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและเข้าใจสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น ได้ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ ทักษะในการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะทำให้อัตนเองพัฒนาขึ้น

นที เกื้อกูลกิจการ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือโดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้เข้าใจปัญหาของตนเองตามสภาพความเป็นจริง สามารถเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย จิตใจ และที่เกี่ยวข้องกับสังคม สิ่งแวดล้อม สามารถแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจเลือกเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งกาย จิต สังคม ภายใต้อาสาแวดล้อมที่เป็นอยู่

อาภา จันทรสกุล (2545) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือโดยผู้ขอรับคำปรึกษาพบปะกับผู้ให้คำปรึกษา ภายใต้อาสาสัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเองสภาพแวดล้อม และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา (2543) ให้ความหมายว่า การให้การปรึกษาเป็นศิลปะแห่งการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ให้คำถาม รู้จัก เข้าใจ ยอมรับและพัฒนาตนเอง เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ เป็นการช่วยเหลือให้มนุษย์สามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษา เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นกระบวนการ โดยเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะ ในการใช้สัมพันธภาพ ทักษะและเทคนิคต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถสำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองในการเลือก ตัดสินใจ และเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง การให้การปรึกษาจึงเปรียบเสมือนเป็นสะพานเชื่อมโยงมนุษย์เข้าหากันและมุ่งช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่กำลังอ่อนแอ สิ้นหวัง ท้อแท้ ให้กลับเข้มแข็ง สามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาที่รุมเร้า ผ่านภาวะวิกฤตต่างๆ ในชีวิต เผชิญกับโรคและความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของการให้การปรึกษาทางสุขภาพ

จากความหมายของการให้การปรึกษาที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความหมายโดยทั่วไป เมื่อเรากล่าวถึงการให้การปรึกษาทางสุขภาพที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องนำไปใช้ มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า

ลิทวีกและคณะ (Litwack et al, 1980) การให้การปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการของสัมพันธภาพที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพดีในหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านอารมณ์ สติปัญญา กายภาพ สังคม และมิติด้านจิตวิญญาณ

นที เกื้อกูลกิจการ (2541) การให้การปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการของสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ (helping relationship) โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้เข้าใจปัญหาของตนตามสภาพความเป็นจริง สามารถเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม สามารถแก้ปัญหาหรือเลือกตัดสินใจ เป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งกาย จิต สังคม ภายใต้อาณัติแวดล้อมที่เป็นอยู่

ดังนั้น การให้การปรึกษาทางสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือให้คนสามารถสำรวจตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับปัญหาการเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ และเป็นยุทธวิธีสำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟู สุขภาพ เพื่อการดูแลบุคคลแบบองค์รวม กล่าวคือ การให้การปรึกษาทางสุขภาพ จะใช้กระบวนการของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตามสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเผชิญกับโรค ความเจ็บป่วย การรักษาที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้รับบริการจะเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยและการรักษานั้นได้

การให้การปรึกษาทางสุขภาพในปัจจุบันเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้กันแพร่หลาย โดยมีเป้าหมายสำคัญเน้นหนักไปที่การส่งเสริมสุขภาพของคนในสังคม ให้สามารถจัดการปัญหา เผชิญปัญหาของตนเองได้ในเบื้องต้น สร้างพลังและความเข้มแข็ง อันส่งผลต่อการดูแลครอบคลุมความเป็นคนทั้งคนในมิติต่างๆ ทั้งในมิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และมิติทางจิตวิญญาณ สนับสนุนให้คนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถบรรลุความต้องการที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของตน (self-actualization)

ความเป็นมาของการให้การปรึกษาและการให้การปรึกษาทางสุขภาพ

นับตั้งแต่ ศตวรรษที่ 19 (1900 - 1920) เป็นต้นมา “การให้การปรึกษา” ได้ปรากฏแนวคิดนี้อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีรากฐานมาจากการแนะแนวอาชีพ โดย แฟรงค์ พาร์สัน (Frank Parson) ค.ศ.1908 (Nugent, 2000) โดยช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานและการเลือกอาชีพ จากนั้นในปี ค.ศ.1920-1940 การให้การปรึกษาแพร่ขยายมาในโรงเรียน และมีการจัดตั้งศูนย์บริการให้การปรึกษามากมาย ต่อมาการให้การปรึกษาแพร่หลายเข้ามาในทุกกลุ่มสังคม และได้มีการขยายวงกว้างออกไปในปี ค.ศ.1960-1980 วิชาชีพการให้การปรึกษามีความเติบโตและเป็นที่ต้องการมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในด้านต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดปัญหาความคับข้องใจ ความกดดันและการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงเป็นผลกระทบตามมา จึงได้มีการเปิดสอน เปิดการอบรมและพัฒนาทักษะการเป็นผู้ให้การปรึกษาในหลายสถาบัน รวมทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ แม้กระทั่งพยาบาลหรือนุเคราะห์ที่ทำงานด้านสุขภาพ ก็มีพบว่าการให้การปรึกษาทางสุขภาพ ก็จะใช้หลักการและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้เพื่อให้สามารถช่วยเหลือคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การให้การปรึกษาทางสุขภาพในประเทศไทย เริ่มเข้ามามีบทบาทนับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี (โรคเอดส์) ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2527 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ โดยมุ่งเน้นไปที่การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตน รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในครอบครัว มีการจัดอบรมวิทยากรให้การปรึกษาโรคเอดส์ นับแต่นั้นมาก็มีการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และพบว่า การให้การปรึกษาได้แพร่หลายเข้ามาในทุกวงการ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านการบริหารจัดการองค์กรและหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น

ความสำคัญของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาเริ่มเข้ามามีบทบาทและมีความสำคัญอย่างมากในการพยาบาลอย่างแยกไม่ออก เพราะเป็นการช่วยเหลืออย่างมีกระบวนการ โดยบูรณาการทั้งศาสตร์และศิลป์เข้ามาใช้ในการดำเนินการ นับเป็นการเริ่มต้นในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเข้าใจตนเอง ยอมรับและนำศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองมาใช้ ส่งผลให้เกิดการป้องกันปัญหาในเบื้องต้นที่จะส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิต ดังนั้น การให้การปรึกษาทางสุขภาพจึงถือว่าเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐในการมุ่งส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทั้งนี้เพราะพยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม อย่างแยกจากกันไม่ได้หรือที่เรียกว่า การดูแลคนทั้งคนแบบองค์รวม (Holistic care)

การให้การปรึกษาเป็นวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยการใช้สะพานแห่งสัมพันธภาพที่เชื่อมให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับในการเปลี่ยนแปลง การให้การปรึกษาจึงเป็นเครื่องมือ

ที่สำคัญประการหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคล สามารถสรุปความสำคัญของการให้การปรึกษา ได้ดังนี้

1. การให้การปรึกษามีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ ทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางที่พึงประสงค์ของผู้รับการปรึกษา และผู้รับการปรึกษาร่วมมือ ด้วยความสมัครใจตลอดจนตระหนักด้วยตนเองว่า พฤติกรรมนั้นๆ เป็นปัญหาต่อสุขภาพของเขาเอง

2. การให้การปรึกษามีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจและวางแผนหรือโครงการในอนาคต ผู้รับการปรึกษาจะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง และใช้ศักยภาพของเขาในการพิจารณาและตัดสินใจในสิ่งที่เหมาะสม

3. การให้การปรึกษามีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับปรุงการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมทั้งสัมพันธ์กับผู้รับการปรึกษา

4. การให้การปรึกษามีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดความขัดแย้งหรือความกดดันในจิตใจของผู้มารับการปรึกษา

การให้การปรึกษามีเป้าหมาย 3 ระดับ ดังนี้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1. เป้าหมายเฉพาะหน้า (immediate goal) คือ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถลดความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือความวิตกกังวลในขณะนั้นได้

2. เป้าหมายระดับกลาง (intermediate goal) คือ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหานั้นๆ ได้ด้วยตนเอง

3. เป้าหมายสูงสุด (ultimate goal) คือ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพในตัวเองได้อย่างเต็มที่ ทำให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามต้องการ

การให้การปรึกษาจึงเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อให้บุคคลเกิดการเข้าใจตนเองด้วยตนเอง ภายใต้ปรัชญาของการให้การปรึกษาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาด้วย กระบวนการช่วยเหลือนั้นจะมีสัมพันธภาพอันดีคอยเอื้อให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการให้การปรึกษาจึงประกอบด้วยผู้ให้การปรึกษา ผู้รับการปรึกษาและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกในการพัฒนาบุคคลและการป้องกันสุขภาพจิตให้มีความมั่นคง โดยการแก้ไขและการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดความไม่สามารถปรับตัวได้ของบุคคล หลักเกณฑ์ที่ผู้ให้การปรึกษาต้องใช้ก็คือ การช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพดีขึ้น

การให้การปรึกษา เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือบุคคลอีกวิธีหนึ่งทางการพยาบาล ที่ทำได้ง่ายและไม่ซับซ้อน รวมทั้งเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพวิธีนี้มีการใช้ต้นทุนต่ำ ผู้ให้การปรึกษานำหน้าที่บำบัดรักษา ได้แก่ ทีมสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ผู้นำชุมชน สามารถให้การช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถเผชิญปัญหาและใช้ศักยภาพหรือพลังที่มีในตนเองได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้น แนวโน้มของระบบสุขภาพ จึงมุ่งมายังวิธีการช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษามากขึ้นและขยายวงกว้างออกไป โดยถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาคนให้สามารถดำรงอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของตนเองด้วยความผาสุก และมีพลังในการดำเนินชีวิตสามารถกำจัดจุดอ่อนทางอารมณ์ ปรับสมดุลทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพกายที่ดี เผชิญต่ออุปสรรคและความเจ็บป่วยได้อย่างเข้มแข็ง สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข หากพยาบาลสามารถใช้คุณงามความดีคอกนี้ในการไขเข้าสู่การแก้ไขปัญหของผู้รับบริการ ก็จะพบกับต้นทุนสำคัญและเข้าถึงการให้การพยาบาลและใช้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเข้าไปช่วยเหลือและดูแลบุคคลแบบองค์รวมได้ ภายใต้ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา

ปรัชญาและจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา (อาภา จันทรสกุล, 2545)

1. การให้การปรึกษาควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับ “ศักดิ์ศรีและความมีค่า” ของแต่ละบุคคล
2. การให้การปรึกษา ควรให้ความสนใจในตัวผู้รับการปรึกษา โดยยึดหลักพัฒนาการทั้งตัวให้เจริญจนสุดความสามารถของคนคนนั้น และช่วยให้แต่ละคนได้นำความสามารถที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมที่แต่ละคนต้องการ
3. การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันซึ่งต้องมีการติดตามผลและเป็นกระบวนการศึกษา
4. การให้การปรึกษาต้องรับผิดชอบต่อสังคมและส่วนบุคคล
5. การให้การปรึกษาต้องยอมรับและเคารพในสิทธิของทุกคน ในการที่จะปฏิเสธหรือยอมรับความช่วยเหลือที่เสนอให้
6. การให้การปรึกษาช่วยคนให้มีการตัดสินใจเลือก วางแผน ตีความหมายและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างชาญฉลาด
7. การให้การปรึกษาควรมุ่งไปที่การช่วยเหลือบุคคลให้ตระหนักในความเป็นตัวเอง และเข้าใจตนเองให้มากที่สุด มิใช่มุ่งที่จะแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
8. การให้การปรึกษาควรจัดขึ้นด้วยความร่วมมือ ไม่ใช่การบังคับ ฉะนั้น จึงเป็นการทำด้วยใจรักและปราศจากข้อขัดแย้งกัน
9. การให้การปรึกษา มีความจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจสภาพทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลให้ลึกซึ้ง และควรเข้าใจบุคคลนั้นๆ ให้ดีก่อน จึงให้ความช่วยเหลือ

10. การให้การปรึกษา ควรเป็นหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานของบุคคลที่มีความรักในการทำงานรวมทั้งจะต้องได้รับการฝึกฝนและเรียนรู้จิตวิทยาการให้การปรึกษา

11. การให้การปรึกษาควรมีการติดตามผล ประเมินผลให้ถูกต้องตามวิชาการเพื่อการปรับปรุงให้การปรึกษามีประสิทธิภาพที่สุดที่พึงเป็นไปได้

จรรยาบรรณของผู้ให้การปรึกษา จรรยาบรรณที่สมาคมจิตวิทยาอเมริกันและสมาคมแนะแนวและงานบุคลากรอเมริกัน (American Personnel and Guidance Association) ถัดขึ้นและกำหนดไว้ให้ยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ (อาภา จันทรสกุล, 2545) ได้แก่

1. ต้องเคารพและรักษาสวัสดิภาพของผู้รับการปรึกษาในทุกสถานการณ์ ไม่กระทำการใดๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับการปรึกษา

2. ต้องรักษาข้อมูลส่วนตัว หรือรายละเอียดทุกชนิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้การปรึกษาไว้เป็นความลับ

3. การนำปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปปรึกษาเพื่อร่วมอาชีพที่มีประสบการณ์สูง เพื่อหาทางช่วยเหลือผู้รับการปรึกษานั้น เป็นสิทธิโดยชอบของผู้ให้การปรึกษา แต่ต้องใช้วิจารณญาณเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเฉพาะตัวของผู้รับการปรึกษา ข้อมูลที่ไม่จำเป็นต้องเปิดเผย เช่น ชื่อ-สกุลที่แท้จริง ชื่อบิดา-มารดา และชื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องปกปิดไว้เป็นความลับ

4. การนำข้อมูลที่ได้จากการให้การปรึกษา เช่นระเบียบบันทึกการให้การปรึกษา ข้อมูลจากแบบทดสอบ เทปบันทึกเสียงการปรึกษา ฯลฯ ไปใช้ทางด้านวิชาการ เช่นนำไปเขียนบทความ นำไปใช้ทางการศึกษาวิจัยหรือนำไปใช้ทางด้านการสอนนั้น จะต้องระวังไม่กล่าวถึง ชื่อ-สกุลของผู้รับการปรึกษาเป็นอันขาด

5. การบันทึกเสียงการให้การปรึกษา การให้ผู้อื่นเข้าร่วมสังเกตการณ์การให้การปรึกษานั้นต้องขึ้นกับความเต็มใจของผู้รับการปรึกษา

6. ต้องเคารพในสิทธิและยอมรับความสามารถของผู้รับการปรึกษาในการเลือกและการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องไม่บังคับให้ผู้รับการปรึกษาปฏิบัติตาม

7. ต้องช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพัฒนาไปได้เต็มศักยภาพ ไม่สร้างสัมพันธภาพที่ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าต้องพึ่งพิงผู้ให้การปรึกษาอยู่ตลอดเวลาจนไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้

8. ชี้แจงให้ผู้รับการปรึกษาทราบ เมื่อพิจารณาเห็นว่าตนเองขาดความสามารถความชำนาญหรือเหตุผลอื่นที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาได้ และติดต่อให้ความสะดวกในการส่งต่อผู้รับการปรึกษาไปรับการปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะกรณีนั้นๆ ซึ่งการส่งต่อนี้ ควรอยู่ภายใต้การยินยอมของผู้รับการปรึกษา และในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาเป็นเด็กนักเรียน ต้องอยู่ภายใต้ความยินยอมของผู้ปกครองด้วย

9. ในกรณีที่ปัญหาของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวข้องกับกระทำความผิดต่อกฎหมาย หรืออาจก่ออันตรายกับบุคคลอื่นได้ ผู้ให้การปรึกษาต้องใช้วิจารณญาณที่เหมาะสมในการแจ้งให้เจ้าหน้าที่บ้านเมืองหรือผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยให้ผลร้ายเกิดกับ ผู้รับการปรึกษาน้อยที่สุด

10. ผู้ให้การปรึกษาต้องปฏิบัติตนให้เหมาะสม อยู่ในขอบข่ายของศีลธรรมจรรยาที่พึงงาม และก่อให้เกิดความศรัทธาต่อผู้รับการปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ให้การปรึกษาในโรงเรียน ควรปฏิบัติตนให้เป็นตัวแบบที่ดีสำหรับนักเรียน

การให้การปรึกษาเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในทางการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช การให้การปรึกษาได้สอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และสามารถกระทำได้ในทุกสถานการณ์ ที่โรงพยาบาล ที่บ้าน ที่โรงเรียน แม้กระทั่งการพูดคุยกันข้างเตียงผู้รับบริการ และอื่นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับบริการสามารถรู้จักและยอมรับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น คลายความทุกข์และเติบโตอย่างเข้มแข็งภายใต้ประสบการณ์การเรียนรู้และข้อจำกัดที่มีของตนเอง ในที่สุดผู้รับบริการก็จะสามารถหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เหมาะสมกับตนเองได้ พบว่า การให้การปรึกษา คือ กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา ยอมรับและแสวงหาหนทางในการจัดการปัญหาด้วยตนเองและการให้การปรึกษาทางสุขภาพ คือ กระบวนการช่วยเหลือให้บุคคลที่ประสบปัญหาสุขภาพ ให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมเป็นการดูแลบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

การเตรียมความพร้อมในการให้การปรึกษา

การเตรียมความพร้อมของผู้ให้การปรึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการให้การปรึกษา เพราะเป็นการแสดงความพร้อมของผู้ให้การปรึกษาในการให้ความช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาแบ่งเป็นการเตรียมการด้านกายภาพและการเตรียมการด้านจิตภาพ

การเตรียมการในการให้การปรึกษาด้านกายภาพ (Physical Environment) แบ่งออกได้เป็น

สถานที่ให้การปรึกษา เป็นสัดส่วน ชัดเจน

- ทำเลที่ตั้งเหมาะสม สะดวกในการเดินทางไป - มา ไม่อึดอัดหรือตั้งอยู่ใกล้ห้องที่มีคนพลุกพล่านเกินไป หรือใกล้ห้องผู้บริหารเกินไป

- มีความเป็นส่วนตัว หรือมีความเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน จะมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกเป็นอิสระในการพูดคุย สามารถระบายอารมณ์และความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ถ้าเป็นห้องที่สามารถเก็บเสียงได้ก็จะดี

- ห้องให้การปรึกษาควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สบาย คือ ไม่อับหรือร้อนอบอ้าวจนเกินไป มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ห้องสะอาด มีแสงสว่างพอเหมาะ อุปกรณ์ต่างๆ ในห้องไม่ว่าจะเป็น โต๊ะ เก้าอี้ สะอาดนั่งสบาย สามารถตกแต่งห้องให้สวยงามได้ตามความเหมาะสม

- ควรมีอุปกรณ์ในห้องให้การปรึกษาไว้ให้พร้อม เพื่อความสะดวกในการให้การปรึกษา เช่น เครื่องบันทึกเสียง ข้อมูลต่าง ๆ เอกสาร หนังสืออ้างอิง แบบสำรวจและแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่จำเป็นต้องใช้ ควรมีตู้เก็บเอกสารเพื่อความเรียบร้อยโดยมีการจัดเก็บอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบ เป็นหมวดหมู่ สามารถหยิบใช้ได้สะดวก สำหรับแฟ้ม ข้อมูลของผู้รับการปรึกษาควรเก็บให้มิดชิดให้พ้นสายตาของผู้มารับการปรึกษา

ห้องให้การปรึกษารายบุคคล

การจัดห้อง ควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- เป็นสัดส่วนเฉพาะ มิดชิด เป็นส่วนตัวและเงียบสงบ
- มีแสงสว่างพอเพียง และมีอากาศถ่ายเท
- สีของห้องควรเป็นโทนสีเรียบๆ โทนอ่อนๆ เช่น สีครีม สีขาว
- มีรูปภาพ ต้นไม้ ตกแต่งบ้างให้ดูกลมกลืน สวยงาม
- สะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย
- ขนาดของห้อง ควรเป็นห้องขนาดเล็กที่ไม่กว้างจนเกินไป ขนาดที่พอเหมาะสมประมาณ

7 - 8 ตารางเมตร

- มีเก้าอี้นั่งสบาย

การจัดที่นั่ง อาจจัดให้มีลักษณะดังต่อไปนี้

- จัดที่นั่งให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษายู่ระยะห่างกันพอสมควร ประมาณ 2 - 3 ฟุต ไม่ใกล้หรือห่างกันเกินไป
- จัดที่นั่งให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษานั่งข้าง ๆ กัน ไม่นั่งเผชิญหน้ากัน ซึ่งเป็นการจัดที่นั่งที่เหมาะสมสำหรับการให้การปรึกษา จะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย เพราะไม่ต้องเผชิญหน้าโดยตรงกับผู้ให้การปรึกษาเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล เพราะผู้รับการปรึกษาไม่รู้สึกรู้สีกว่าถูกจ้องมอง การนั่งแบบนี้สามารถมองเห็นคู่สนทนาได้อย่างชัดเจน
- จัดที่นั่งโดยไม่มีโต๊ะใหญ่ขวางกั้นเลยจะเป็นการดี อาจจะมีโต๊ะเล็ก ๆ วางอยู่เป็นมุม ๆ หนึ่งข้าง ๆ เก้าอี้ของผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ไม่ให้เป็นการขวางหน้ากัน ลักษณะของการจัดที่นั่งแบบนี้ จะทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถสังเกตอาการปฏิกิริยา ภาษาท่าทาง สีหน้า แววตา การเคลื่อนไหวของมือและเท้า รวมทั้งการขยับตัวของผู้รับการปรึกษาได้ดี และผู้รับการปรึกษาไม่รู้ตัวว่ากำลังถูกสังเกต และไม่ทำให้รู้สึกอึดอัดหรือเหมือนถูกคุกคาม

การเตรียมการในการให้การปรึกษาด้านจิตภาพ (Psychological Environment)

เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้การปรึกษาเพื่อให้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ราบรื่นและประสบความสำเร็จ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีการเตรียมตนเอง ดังนี้

1. มีการรู้ตัวตัวเอง (self awareness) ผู้ให้การปรึกษาควรตรวจสอบและประเมินความพร้อมของตนเองก่อนให้การปรึกษา โดยมีการสำรวจตนเอง สำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และทำความเข้าใจตนเองก่อน ให้มีความชัดเจน รู้ตัว รู้สติ รู้อารมณ์ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจในผู้รับบริการและบุคคลอื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาไปสู่การเข้าใจในความเป็นไปและเข้าใจตนเอง (insight) รวมถึงการสามารถเข้าใจคนอื่นด้วย

2. การเตรียมความพร้อมของผู้ให้การปรึกษาก่อนการให้การปรึกษา สามารถทำได้โดยการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิต หมายความว่า ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความพร้อมเสมอในการช่วยเหลือ จึงต้องรักษาร่างกายของตนให้แข็งแรงอยู่เสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วนและพอเหมาะ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความแข็งแรงและร่างกายสดชื่น นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายไม่อ่อนเพลียและขาดสมาธิในการทำงาน นอกจากนี้ยังต้องรักษาสุขภาพจิตของตนเองให้สมบูรณ์ด้วยการฝึกสติ บำบัด ฝึกการผ่อนคลายความเครียด ฝึกสมาธิ ฝึกการหายใจ ทำจิตใจให้ผ่องใสในเวลางาน พยายามหาสิ่งผ่อนคลายเมื่อมีเวลาว่างจากการทำงานประจำวัน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถหากำลังใจและที่ปรึกษาที่ดีในเวลาที่เกิดภาวะจิตใจสับสนหรือตึงเครียด ข้อความระวังคือ เมื่อพบว่าตนเองไม่พร้อมหรือเกิดปัญหาทางกายหรือจิตใจที่ส่งผลต่อการให้การปรึกษาและไม่สามารถทำการช่วยเหลือผู้รับบริการในขณะนี้ได้ ควรงดการให้การปรึกษาไว้ก่อนหรือขอให้คนอื่นให้การปรึกษาแทน

การเตรียมความพร้อมของผู้รับการปรึกษา

เมื่อผู้ให้การปรึกษามีการเตรียมความพร้อมของตนเองแล้ว ทั้งด้านกายภาพและจิตภาพที่จะเอื้อประโยชน์ต่อการให้การปรึกษาให้เป็นไปอย่างราบรื่น เกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดประสิทธิภาพในการให้การปรึกษา ประโยชน์จากการเตรียมการนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการมองเห็นความพร้อมที่จะช่วยเหลือ รับรู้ถึงความตั้งใจจริง ความใส่ใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้การปรึกษามากยิ่งขึ้น การเตรียมการที่รอบคอบจะทำให้ผู้รับการปรึกษา เรียนรู้ที่จะใช้การปรึกษาเป็นหนทางในการทำความเข้าใจตนเอง ทำความเข้าใจปัญหา และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุคลิกภาพ และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เป็นการช่วยเหลือที่ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองเพื่อจะดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

การเตรียมการที่ดีบ่งบอกถึงความพร้อมในการให้การปรึกษา และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้การปรึกษา เพราะเรามักพบว่า มีหลายปัจจัยที่สกัดกั้นไม่ให้นักจิตวิทยาขอรับการปรึกษาหรือแสวงหาความช่วยเหลือ ได้แก่

1. กลัวผู้อื่นจะตำหนิว่าตนเป็นคนมีปัญหา หรือไม่มีความสามารถที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
2. ไม่กล้าเผชิญความจริงบางประการ เช่น การรับรู้ว่ามีปัญหาของตนเองร้ายแรงกว่าที่คิดไว้ เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือต้องขอรับการปรึกษา

3. ไม่ไว้วางใจหรือไม่ศรัทธาผู้ให้การปรึกษา เช่น ไม่แน่ใจว่า ผู้ให้การปรึกษาจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีความกลัวว่าผู้ให้การปรึกษาจะใช้ข้อมูลที่เล่าให้ฟังไปในทางทำลายตัวผู้รับการศึกษาเองหรือกลัวว่าผู้ให้การปรึกษาไม่สนใจไม่ใส่ใจในตนเอง

4. กลัวว่าการมาขอรับการปรึกษาจากผู้ให้การปรึกษาจะเป็นการแสดงว่าเขาไม่สามารถพึ่งตนเองได้

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจจึงมีความจำเป็น เพื่อสร้างให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการให้การปรึกษา ผู้รับการศึกษาเต็มใจ และมั่นใจในการที่จะมาขอรับการปรึกษาด้วยตนเอง ผู้รับการศึกษาสามารถเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนมารับการปรึกษาด้วยการสำรวจตนเองทั้งอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการที่จะจัดปัญหาของตนเอง และพร้อมที่จะเปิดใจ เปิดเผยตนเอง (self disclosure) มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในความช่วยเหลือ การให้การปรึกษาจะราบรื่นและดำเนินไปได้ดีขึ้น กับการร่วมมือและความสมัครใจในการร่วมกันค้นหาปัญหาของตนเอง

ผู้ให้การปรึกษาสามารถสร้างบรรยากาศที่ดีในการเตรียมความพร้อมดังนี้

1. บรรยากาศที่มีการยอมรับนับถือ (Accept) การยอมรับเป็นแนวทางที่สำคัญในการให้การปรึกษา ในอันที่จะสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ให้การปรึกษาต้องแสดงกิริยา ท่าทางคำพูด การกระทำที่สอดคล้องกันและเป็นไปในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้รับการศึกษาารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดกำลังใจในการพัฒนาตนเอง และการยอมรับก็เป็นความต้องการพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการด้วย

2. บรรยากาศที่มีความเชื่อถือไว้วางใจ (Trust) เป็นความรู้สึกปลอดภัย รวมทั้งมีความงอกงามในการรับรู้ตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างความไว้วางใจ ให้เกิดขึ้นให้ได้ และจะต้องมีอารมณ์ที่มั่นคง ไม่หวั่นไหวง่าย มีความสงบเยือกเย็น และมีความสม่ำเสมอ รวมทั้งไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการปรึกษา ซึ่งเป็นจรรยาบรรณของการให้การปรึกษา สิ่งที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การตรงต่อเวลา ต้องแจ้งให้ทราบถ้าติดขัดเป็นการให้เกียรติผู้รับการศึกษา

3. บรรยากาศที่อบอุ่น (Warm) หมายถึงการมีความรัก ความเมตตา ความห่วงใย เอาใจใส่ เป็นมิตร จะเพิ่มความรู้สึกสบายใจ มีความหวังต่อการมารับการปรึกษา ทำให้อยากมาพบกันและอยากมารับการปรึกษาอีก

4. บรรยากาศที่มีอิสระ (Independent) หมายถึง ให้ผู้รับการศึกษาได้มีโอกาสในการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล ให้ความกระจ่าง และช่วยพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเท่านั้น โดยจะไม่พยายามสอน หรืออธิบายและไม่บังคับเกี่ยวข้องให้ผู้รับการศึกษาเป็นไปอย่างที่เขาเองคิด ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้อิสระแก่ผู้รับการศึกษาในการตัดสินใจ

ประโยชน์ของการเตรียมความพร้อมที่ดี

1. ผู้รับการศึกษามีทัศนคติที่ดีและถูกต้องต่อการให้การศึกษา รวมทั้งมีความมั่นคงในการมารับการศึกษา
1. ผู้รับการศึกษาลดความวิตกกังวลและสามารถแก้ไขปัญหา เปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีได้
2. ผู้รับการศึกษจะได้รับส่งเสริมให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
3. เจ้าหน้าที่และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ และเข้าใจความสำคัญของการให้การศึกษา การประสานงานเป็นไปด้วยความราบรื่น
4. ผู้ให้และผู้รับการศึกษามีสุขภาพจิตที่ดีและสัมพันธภาพอันดีต่อกันในการทำงานร่วมกัน
5. การให้การศึกษาประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

บทบาทของพยาบาลในการให้การศึกษา

พยาบาลผู้ให้การศึกษา จะต้องมีความสามารถในการให้การศึกษาและมีทักษะในการสื่อสารการแก้ไขปัญหา ซึ่งการให้การศึกษาจัดเป็นบทบาทที่สำคัญในปัจจุบันของพยาบาลวิชาชีพตามกฎหมาย การให้ศึกษานั้นจะอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีเฉพาะ และผสมผสานอย่างกลมกลืนกับทฤษฎีทางการพยาบาล ทำให้พยาบาลผู้ให้การศึกษาสามารถตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถบอกระดับประสพความสำเร็จในการจัดการปัญหา จัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยมีการให้การศึกษาทางสุขภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งและร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือช่วยเหลือในด้านอื่นๆ รวมทั้งสามารถประเมินผลการให้กิจกรรมการพยาบาลได้ ภายใต้กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลได้ยึดปฏิบัติเสมอมา กล่าวคือพยาบาลผู้ให้การศึกษาจะต้องมี คุณลักษณะเฉพาะ สร้างบทบาทที่ท้าทายในการเป็นผู้ให้การศึกษา

ผู้ให้การศึกษาต้องมีคุณลักษณะภายในตนเอง ดังนี้

มีความเป็นธรรมชาติ (Genuineness) หมายถึง มีลักษณะจริงใจ เปิดเผยมีสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ โดยมีเสแสร้ง “ปากกับใจตรงกัน” สื่อสารตรงไปตรงมาไม่บิดเบือน และมีความกลมกลืน

การร่วมรู้สึก (Empathy) หมายถึง มีความสามารถในการเข้าใจคน ทั้งด้านความคิด ความรู้สึกได้ถูกต้องตรงกัน ให้ความสนใจ ใส่ใจ เข้าใจ และตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ เป็นการเข้าใจผู้รับบริการแล้วสามารถสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบว่า พยาบาลเข้าใจผู้รับบริการว่าอย่างไร

การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive Regard) หมายถึง ควรให้ความนับถือ ยอมรับผู้ป่วยและให้คุณค่า โดยไม่พยายามตัดสินหรือติชอบเขตในความเป็นบุคคลตามมาตรฐานหรือความคาดหวังของสังคม พยาบาลจะแสดงท่าทีที่อบอุ่น เอื้ออาทร และช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ขึ้นกับพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย หรือลักษณะบางประการของผู้ป่วย ไม่ใช้การเอาอกเอาใจ และไม่ใช้การแสดงความเห็นใจของหรือมีอิทธิพลเหนือกว่า

ผู้ให้การศึกษา เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้การศึกษาและเป็นความสำเร็จของกระบวนการศึกษาทั้งหมด การที่จะเป็นผู้ให้การศึกษาที่ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเฉพาะหากเป็นผู้ที่ฝึกฝน ค้นคว้าและหาความรู้อยู่เสมอ จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเป็นผู้ให้การศึกษาที่ดีได้ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้การศึกษาที่ดี ที่ส่งผลทำให้การให้การศึกษาประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (จินแบรี, 2538)

ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ให้การศึกษาที่ดี ที่ส่งผลทำให้การให้การศึกษาประสบความสำเร็จมีดังนี้

- รู้จักและยอมรับตนเอง หรือการตระหนักรู้ตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง ทำให้มอบสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ไม่ตัดสินใจตามความคิดของตนเอง (สุรินทร์ รณเกียรติ, 2538) เชื้อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง

- อุดมคติ ใจเย็น ในบางครั้งอาจจะมีการเผชิญปัญหา อารมณ์ที่รุนแรง ผู้ให้การศึกษาต้องรับฟังและมีความอดทน สามารถควบคุมอารมณ์ต่างๆ ของตนเองได้ (สุพร เกิดสว่าง, 2540)

- สบายใจที่จะอยู่กับผู้อื่น ด้วยการยอมรับ และให้โอกาสทุกคนโดยไม่แบ่งแยก เชื่อในศักยภาพของคนว่าทุกคนอยากเป็นคนดี

- จริงใจ ตั้งใจช่วยเหลือผู้อื่น และสังคม รวมทั้งจริงใจต่อตนเอง

- มีท่าทีเป็นมิตร ยืดหยุ่น เข้าใจคน เข้าใจชีวิตและรู้จักให้อภัย

- มองโลกในแง่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี

- ไวต่อความรู้สึกความต้องการและปฏิกริยาของผู้อื่น เป็นคนช่างสังเกต ฉลาด มีไหวพริบแก้สถานการณ์เฉพาะหน้าได้ มีมุมมองในเรื่องต่างๆ กว้างขวาง

- ใช้คำพูดที่เหมาะสม รู้กาลเทศะ

- รู้จักใช้อารมณ์ขันในจังหวะที่เหมาะสม

- เป็นผู้รับฟังที่ดี เคารพความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น

- ช่วยแก้ปัญหา เป็นการทำให้ผู้มารับการศึกษาเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง

- มีความรับผิดชอบ รักษาสัญญา รักษาความลับและผลประโยชน์ของผู้มารับการศึกษา

- มีความรู้และประสบการณ์ในการให้การศึกษา และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

- มีจรรยาบรรณในการให้การศึกษาและเข้าใจปรัชญาการให้การศึกษา

การเรียนรู้เพียงหลักการ และฝึกทักษะของการให้การศึกษาไม่เพียงพอที่จะทำให้เป็นผู้ให้การศึกษาที่ดีได้ ฉะนั้นผู้ให้การศึกษาที่ดีต้องมีแนวคิด ทักษะที่ดีและคุณสมบัติหลายอย่างของการเป็นผู้ให้การศึกษา ถ้าหากไม่มีอยู่เดิมก็สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ผู้ให้การศึกษาต้องมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตน

เอง ซึ่งการพัฒนาตนเองนั้นต้องเกิดจากความเข้าใจ ความเห็นจริง ประสบการณ์หรือ Self - actualization ของผู้รับการศึกษานั้นเอง (สุพร เกิดสว่าง, 2540)

ความสำเร็จของการให้การปรึกษา จะต้องประกอบด้วยผู้ให้การปรึกษาที่มีคุณสมบัติที่ดีและการใช้ทักษะในการให้การปรึกษาที่เหมาะสม และในการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีนั้นจะต้องคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ (จิน แบรี, 2538)

1. “ผู้ให้การปรึกษาเป็นเพื่อนร่วมทางไม่ใช่ผู้นำทาง” ผู้ให้การปรึกษาจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยสิ่งที่เลือกนั้น ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นเพียงผู้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้พบแนวทางในการตัดสินใจได้ดีขึ้น

2. “ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาแก้ไขปัญหของตนเอง” ปัญหาต่างๆ เป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้รับการปรึกษา หากผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้เขาแก้ปัญหานั้นได้ จะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

3. “ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเห็นคุณค่าในตนเอง” ก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะสามารถค้นหาและแก้ปัญหของตนเองได้นั้น ผู้ให้การปรึกษาอาจต้องส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยการรับฟังอย่างยอมรับและตอบสนองอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแก้ปัญหาได้

4. “จงเป็นผู้ให้โอกาส” ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาค่อยๆ ยอมรับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งยินดีที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนด้วยความสมัครใจ

5. “ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเองและสามารถพึ่งตนเองได้” ระวังระวังในเรื่องของบทบาทของผู้ให้การปรึกษาที่จะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดภาวะพึ่งพิง

คุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การปรึกษา

1. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการให้การปรึกษา
2. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม มีความเป็นมิตร มีความเอื้ออาทร เข้าใจมนุษย์และยืดหยุ่น
3. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้การปรึกษา มีความเชื่อว่า การให้การปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีคุณค่า มีประโยชน์ สามารถช่วยเหลือบุคคลจากความทุกข์ได้ และเป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลดี
4. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีทักษะในการให้การปรึกษา หมั่นฝึกฝน พัฒนาตนเองและเรียนรู้ขยายขอบเขตของบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระ
5. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ โดยต้องรักษาความลับของผู้ป่วยที่มาขอความช่วยเหลือ
6. พยาบาลผู้ให้การปรึกษาต้องมีความพร้อม และเข้าใจตนเอง สามารถใช้ศักยภาพที่มีในตนเองได้

บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลผู้ให้การศึกษา

บทบาท เป็นคุณลักษณะของบุคคลหรือพฤติกรรมที่คาดหวังจากสังคมของแต่ละบุคคลหรือ หมายถึงหน้าที่ และตำแหน่งทางสังคม

บทบาทของพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2540 ให้ความหมาย การประกอบวิชาชีพประการหนึ่งว่า “เป็นการสอนแนะนำ ให้การศึกษา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และเป็นการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล” ซึ่ง บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในการให้การศึกษาทางสุขภาพนั้น พยาบาลจะต้องตระหนักถึงประเด็นที่สำคัญในแง่ของความท้าทายที่จะทำการช่วยเหลือด้วยวิธีการให้การศึกษา ได้แก่

- พยาบาลต้องมี **Self-determination** หมายถึง การวิเคราะห์ตนเอง เพื่อให้สามารถเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง ได้แก่ การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง การวิเคราะห์ความรู้สึกของตนเองต่องาน คน และต่อตนเอง การหาเป้าหมายในชีวิต การสร้างแรงจูงใจของตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง ยอมรับในทางเลือกของชีวิต และมีความหมาย มีความเป็นผู้นำ สามารถจัดการตนเองได้

- พยาบาลต้องมี **Competence** หรือ **efficacy** หมายถึง ความสามารถ สมรรถนะแห่งตน มีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้พยาบาลเป็นผู้ที่ชี้แนะแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีทิศทาง มีความสามารถในการตัดสินใจ และเผชิญการเปลี่ยนแปลงได้ ถึงแม้จะมีหรือไม่มีสิ่งเร้า บุคคลก็จัดการได้อย่างเหมาะสม ถ้าหากสิ่งเร้ามากเกินไป ก็สามารถเบี่ยงเบนจากสถานการณ์บางอย่างเพื่อจัดการอย่างสมเหตุสมผล

หากพยาบาลมีทั้งสองประการรวมกัน กล่าวคือ มีทั้ง **Self – determination** และ **Competence** ก็สามารถแสดงพฤติกรรมเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมมากมาย เพื่อตอบสนองความรู้สึกและตามความสามารถที่มีในตนเอง ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การศึกษาจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและเป็นผู้ช่วยเหลือเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

การสร้างเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการให้การศึกษา นับเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแก่บุคคลรอบครัว โดยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพของตน และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาของตนเองเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อสามารถแก้ปัญหานั้นได้สำเร็จ บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมและสนับสนุนให้ครอบครัว ญาติ และคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ตามความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำรงสุขภาวะของบุคคลและทำหน้าที่อย่างผสมกลมกลืนกันของร่างกาย อารมณ์ กระบวนการรู้คิด สังคม และจิตวิญญาณ ตามการให้การพยาบาลที่ประกอบส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม สามารถใช้การศึกษา

ทางสุขภาพเป็นเครื่องมือในการตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล และใช้การเข้าใจตนเอง ความคาดหวัง ความต้องการอารมณ์ ความชำนาญ และประสบการณ์ของพยาบาลในการพัฒนาสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยให้เข้มแข็ง ให้พยาบาลสามารถเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยและญาติมอบความไว้วางใจ ตลอดจนต้องการพูดคุยและขอความช่วยเหลือพยาบาลก็จะเป็นผู้ป่วยที่สามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักในการให้การปรึกษาจึงประกอบด้วย ความเชื่อในบุคคลที่กล่าวว่า

- บุคคลมีความรับผิดชอบต่อตนเอง
- ความเจ็บป่วยใด ๆ เป็นการสื่อสารจากภายในของบุคคล ไม่ใช่เรื่องผิดปกติหรือเสียหาย
- กระบวนการหายจากความเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจากภายในตัวบุคคลเอง
- การให้ความช่วยเหลือบุคคลจะต้องครอบคลุมทั้งร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้บริบทของบุคคลนั้น และลักษณะของความเป็นปัจเจกบุคคล
- ผู้ให้การช่วยเหลือ พยาบาลที่เป็นผู้ให้การปรึกษา จะเป็นທີ່ปรึกษาที่คอยเอื้ออำนวยและให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือกสำหรับการตัดสินใจ ไม่ใช่ผู้วิเศษที่สามารถแก้ปัญหาทุกปัญหาของบุคคล
- องค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในตัวบุคคล ได้แก่ ความเอื้ออาทรและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข
- ภาวะสุขภาพดีของมนุษย์ มีรากฐานสำคัญมาจากการปฏิบัติที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนเพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความเฉพาะเจาะจงการให้การปรึกษาต้องเลือกเทคนิคให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษา เป็นการใช้กระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลเพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าใจตนเอง สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ตามศักยภาพที่มีในตนเอง ภายใต้การยอมรับในคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการให้การปรึกษาทางสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่ต้องให้การดูแลบุคคลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม เพื่อให้บุคคลนั้น สามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีความสุขตามสภาพการณ์ของตนเอง

รูปแบบของการให้การปรึกษา แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1. การให้การปรึกษารายบุคคล (individual counselling)

เป็นการช่วยเหลือบุคคลด้วยการใช้กระบวนการที่มีการสร้างสัมพันธภาพ และมีการพบปะเป็นส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้เกิดการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีทักษะที่ดีในการแก้ปัญหาอื่น ๆ อีกด้วย ปัญหาที่ปรึกษาจึงมักมีความซับซ้อน ลึกซึ้งและเป็นส่วน

ตัว รวมทั้งการใช้ระยะเวลาในการปรึกษาจะใช้ระยะเวลายาวนานกว่า เน้นความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้ การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา

2. การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (group counselling)

เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลที่มีความต้องการตรงกันที่จะพัฒนาตนเอง หรือแก้ไขปัญา โดย มีการนัดหมายหรือพบปะกันเป็นกลุ่มและมีผู้ให้การปรึกษารวมอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มก็จะได้ใช้กลไกของกลุ่ม ในการระบาย สำรวจความคิดเห็นของตนเอง การให้การปรึกษาแบบกลุ่มก็ยังสามารถช่วยในการประหยัด เวลาอีกด้วย มักจะใช้การปรึกษาแบบกลุ่มในปัญหาที่ไม่ซับซ้อนหรือต้องการความลึกซึ้งมากนัก ควร ระมัดระวังในปัญหาที่เป็นเรื่องความลับ ซึ่งควรมีการตกลงในกลุ่มให้มีข้อตกลงในการรักษาความลับของ สมาชิกด้วยกัน

ประเภทของการให้การปรึกษา อาจแบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ

1. การให้การปรึกษาแบบนำทาง (directive counselling) เป็นการให้การปรึกษาที่ชี้แนะให้ผู้ให้ การปรึกษาเป็นศูนย์กลาง และเน้นหนักในเรื่องการวินิจฉัยปัญหา เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาอย่างลึก ซึ้งก่อนที่จะให้การปรึกษา โดยมีวิธีการตามลำดับคือ การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) การ วินิจฉัย (diagnosis) การพยากรณ์ (prognosis) การให้การปรึกษา (counselling) การติดตามผล (follow up)

2. การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non – directive counselling) เป็นการให้การปรึกษา โดยชี้แนะผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่สร้างบรรยากาศให้ผู้รับการปรึกษาได้ ระบายความรู้สึกอย่างอิสระ เกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเองในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และตัดสินใจเลือกด้วย ตนเอง การให้การปรึกษาแบบนี้ เน้นให้ความสำคัญที่ตัวบุคคล และความรู้สึกในภาวะปัจจุบันมากกว่าที่ตัว ปัญหา สถิติปัญหาหรือเรื่องราวในอดีต

3. การให้การปรึกษาแบบเลือกสรร (elective counselling) ผู้ให้กำเนิดการให้การปรึกษา แบบนี้คือ เฟรดเดอริก ชาร์ล ธอร์ล (Frederick Charles Thorne) เป็นการผสมผสานกันระหว่างการให้การ ปรึกษาแบบนำทางและแบบไม่นำทางตามความเหมาะสมของผู้รับการปรึกษาและลักษณะของปัญหาเพราะ การนำทฤษฎีใดมาใช้เพียงทฤษฎีเดียวจะมีข้อจำกัดมากเกินไป ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาจึงต้องมีความรู้อย่าง กว้างขวาง และรู้จักการนำทฤษฎีมาใช้ตามความเหมาะสม ยึดหยุ่นตามสถานการณ์ในขณะนั้น (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client – Centered Counselling)

ความเป็นมาและผู้นำแนวความคิด

ผู้นำแนวคิด คือ คาร์ล แรนซัม โรเจอร์ส (Carl Ransom Rogers) (Sharf, 1996 และ Nugent, 2000) เป็นผู้คิดค้นวิธีการทำจิตบำบัดแนวใหม่ริเริ่มและพัฒนาทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็น ศูนย์กลางซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีพื้นฐานมาจากจิตวิทยากลุ่มปรากฏการณ์นิยมหรือมนุษย์นิยม (Phenomenological

or Humanistic Approach) และยังได้รับอิทธิพลจากปรัชญาของลัทธิภวนิยม (Existentialism) โรเจอร์สมีทฤษฎีเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ในทางที่ดีและมีแรงจูงใจในทางบวก (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ดังนั้น โรเจอร์สจึงได้ศึกษาโดยเพ่งความสำคัญที่ตัวตนของบุคคลและความเป็นเอกลักษณ์บุคคล สร้างทฤษฎี “Self Theory”

แนวคิดที่สำคัญ มีแนวคิดเกี่ยวกับมนุษย์ว่า โดยธรรมชาติมนุษย์จะไฝ่ดี มีความปรารถนาจะเป็นคนดี โดยสมบูรณ์สามารถพัฒนาตนเองได้ตามศักยภาพ ถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีแรงจูงใจที่จะทำดี พัฒนาและนำตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ตามศักยภาพของตน (Self – actualization) และพฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลมาจากการมองโลกของเขา

ดังนั้น การให้การปรึกษาจึงเน้นที่ตัวผู้รับการปรึกษา และอัตมโนทัศน์ของเขา ทฤษฎีนี้มีชื่อที่เรียกกันโดยทั่วไปหลายชื่อ เช่น การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person – Centered Counselling) การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non – Directive Counselling) การให้การปรึกษาแบบโรเจอร์ส (Rogerian Counselling)

โรเจอร์ส กล่าวถึง โครงสร้างของบุคลิกภาพ ซึ่งประกอบด้วย

- อินทรีย์ (Organism) หรือร่างกาย หรือตัวตน หมายถึง ทั้งหมดของตัวบุคคล ทั้งสรีระ ความคิด ความรู้สึก

- มวลประสบการณ์ (Phenomenal Field or Experiential Field) หมายถึง ประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคลที่ประสบ ทั้งจากสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล

- ตน (Self) ถือว่า ตนเป็นศูนย์กลางของโครงสร้างของบุคลิกภาพ มีการพัฒนามาจากการที่อินทรีย์มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ในแต่ละบุคคลจะมี “ตน” แตกต่างกันไปตามการรับรู้ มนุษย์ทุกคนมีตน 3 แบบ ได้แก่ ตนตามที่ตนมองเห็น หรืออัตมโนทัศน์ (Self – Concept) ตนตามที่เป็นจริง (Real Self) และตนตามอุดมคติ (Ideal Self) (อาภา จันทรสกุล, 2535 และ 2545)

ดังนั้น เป้าหมายของทฤษฎีนี้ ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหาให้กับผู้รับการปรึกษา แต่เป็นการช่วยให้บุคคลรู้จักและยอมรับตนเอง เข้าใจในตนเองตามความเป็นจริง รับผิดชอบตนเองและสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมด้วยเหตุด้วยผลที่ถูกต้อง และเป็นบุคคลที่สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ (Fully Functioning Person) โดยเน้นให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเองที่สำคัญคือการทำให้การดำเนินชีวิตบรรลุความสำเร็จตามศักยภาพแห่งตน (Self – Actualization) เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การใส่ใจ (Attending) การยอมรับ (Acceptance) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) การทำให้กระจ่าง (Charification) การเงียบ (Silence) เป็นต้น

ข้อสังเกต วิธีการนี้เรียนรู้ง่ายไม่ซับซ้อน มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพและความสามารถ มีเหตุผล สามารถพัฒนาตนเองและแก้ปัญหาตนเองได้ การรับรู้ของมนุษย์เป็นพื้นฐานของความรู้และความคิด ความเชื่อมั่นและความซื่อสัตย์เป็นสิ่งสำคัญในการชี้นำแนวทาง สภาพจิตใจของมนุษย์เป็นส่วนที่สอดคล้องกับ อัตมโนทัศน์และตัวตนจริง ๆ ความผิดปกติในการปรับตัวเกิดจากความแตกต่างระหว่างความต้องการและความเป็นจริง ทฤษฎีนี้เน้นที่ปัญหาปัจจุบัน ประสบการณ์ของบุคคลและการแสดงออกของความรู้สึก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีการสำรวจตนเอง สามารถเปิดเผยตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและเพิ่มความมีชีวิตชีวาในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด กล่าวได้ว่าประสิทธิภาพของการปรึกษาอยู่ที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา โดยก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี อบอุ่น จริงใจ ไว้วางใจ และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ดังนั้น จึงมุ่งเน้นการใช้สัมพันธภาพเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เทคนิคพื้นฐานที่ใช้ ในวิธีการนี้ได้แก่ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก และการทำให้กระจ่าง

จะเห็นได้ว่า วิธีการนี้ไม่มีการชี้แนะจากผู้ให้การศึกษา ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้เห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง เทคนิคที่ใช้มีความสำคัญน้อยกว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ประการหนึ่งก็คือ ในบางเรื่องการบำบัดรักษาด้วยการให้การศึกษาต้องการใช้กิจกรรมหรือเทคนิคมากกว่าการฟัง การสะท้อน และทำให้กระจ่างเพียงเท่านั้น และประสิทธิภาพของการช่วยเหลือก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และทักษะเฉพาะตนของผู้ให้ปรึกษามากจนเกินไป

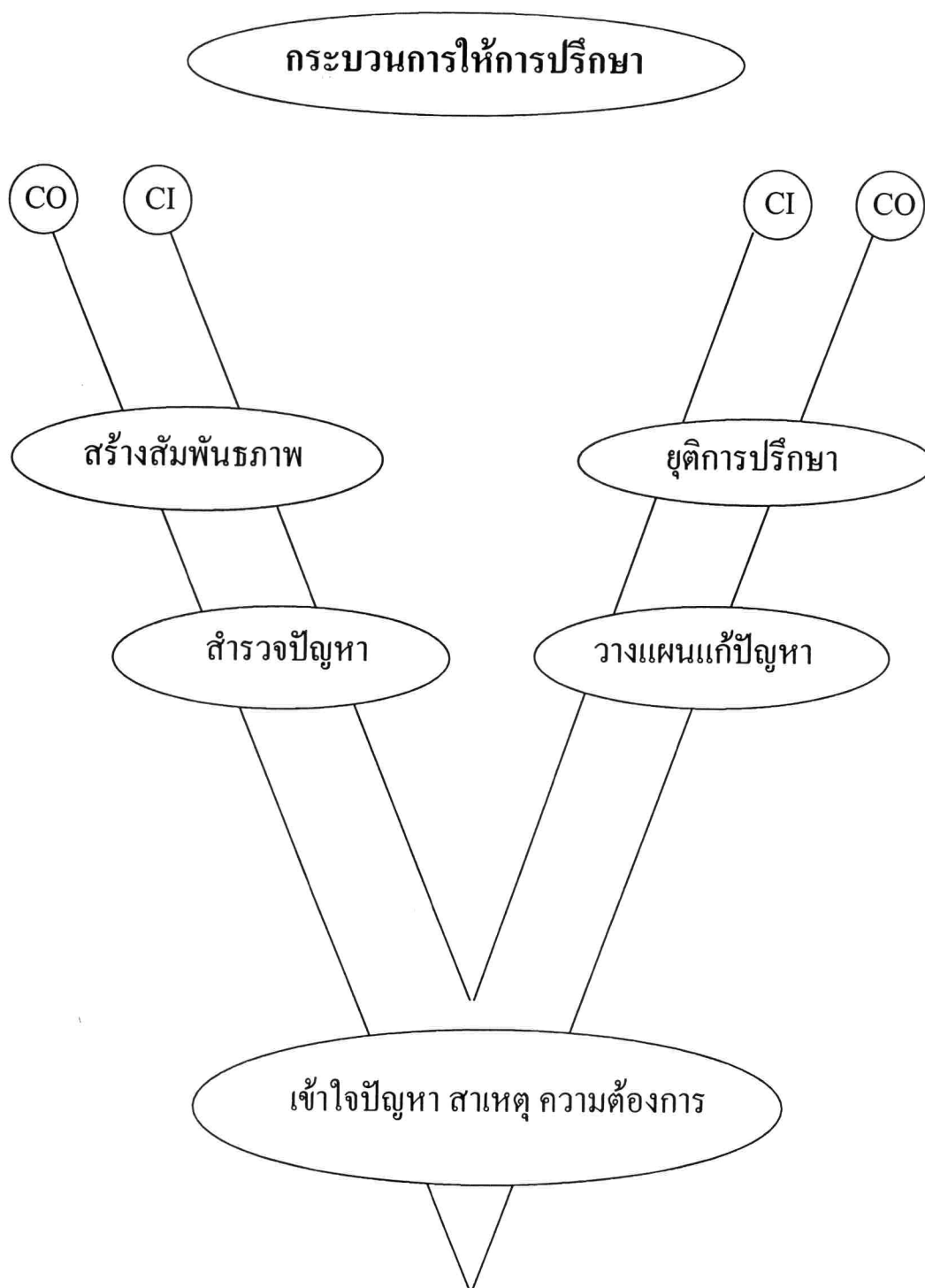
กระบวนการพยาบาลและกระบวนการในการให้การศึกษา

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการทำงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยอย่างมาก เป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างมากว่า “ทำอย่างไรพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่ดูแลให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามองค์ความรู้จะสามารถให้การพยาบาลโดยนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้และสอดคล้องกับลักษณะงานของพยาบาล ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยทั้งคน และผสมผสานความรู้ในสหสาขาวิชา (multidisciplinary approach)” ดังนั้น การทำงานของพยาบาลอย่างเป็นระบบจะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถทำได้ด้วยความมั่นใจ ซึ่งสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหา หรือสามารถปรับตัวได้ตามสภาพปัญหาของเขา โดยจุดมุ่งหมายสำคัญของกระบวนการพยาบาล คือกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการสนองความต้องการการบริการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดให้นานเท่าที่จะทำได้

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวถึง กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเหมือนกันทุกสาขา ซึ่งกระบวนการพยาบาลที่กล่าวถึงนั้น มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล (assessment) ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิต การสังเกต การสัมภาษณ์ ฯลฯ

แผนภาพ กระบวนการในการให้การศึกษา (จิน แบรี่, 2538)

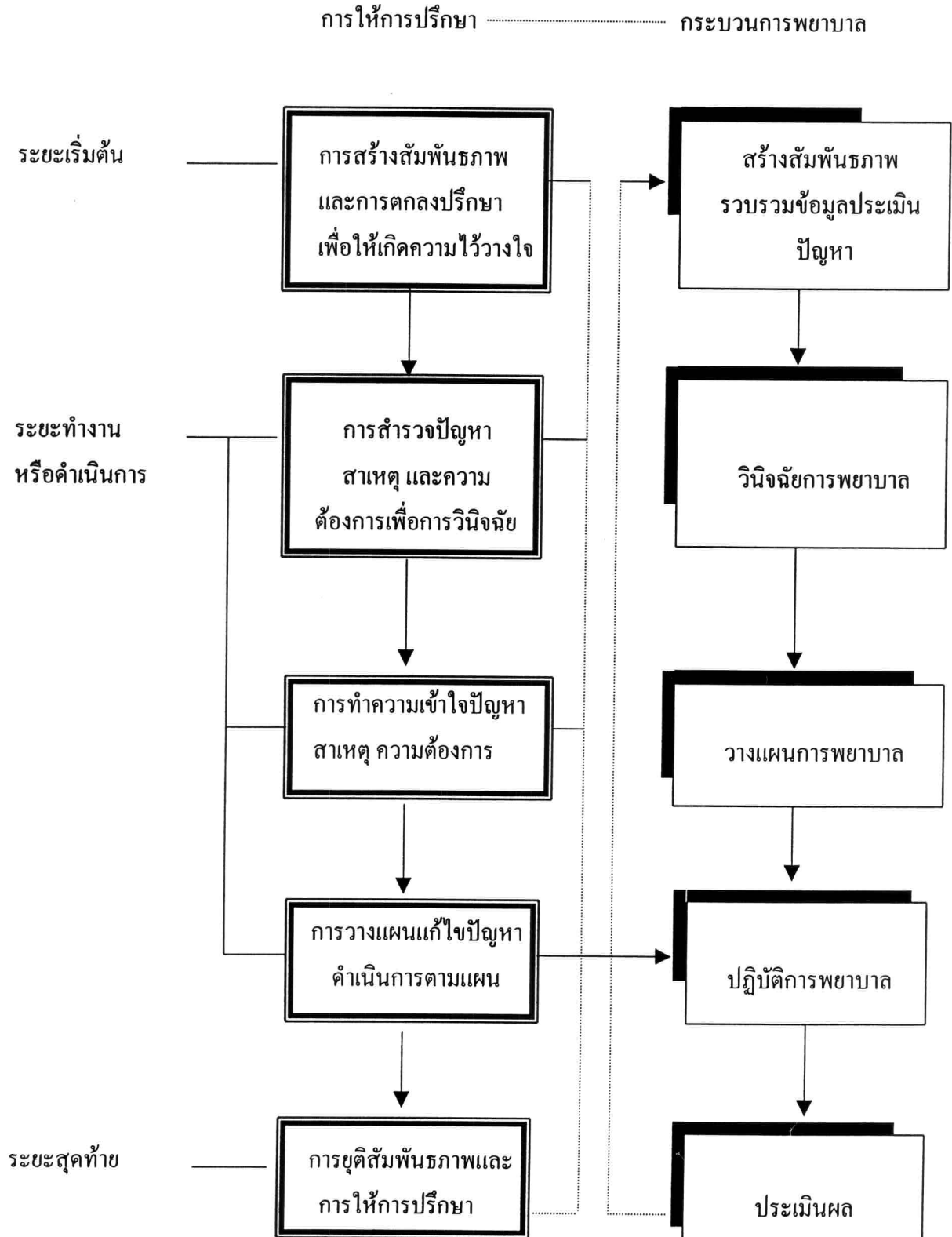


แหล่งที่มา : จิน แบรี่ . คู่มือการฝึกทักษะการศึกษา . 2538

ตาราง แสดงการเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและกระบวนการให้การปรึกษา

Nursing Process	Health Counselling Process
การสร้างสัมพันธภาพ	การให้การปรึกษา
1. การรวบรวมข้อมูล (assessment) - รวบรวมจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกต การสัมภาษณ์ จากเอกสาร ญาติและครอบครัว	1. การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงปรึกษา - เป็นการเริ่มต้นของการช่วยเหลือ โดยสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ตลอดจนทำความเข้าใจตกลงร่วมกันในการปรึกษา กำหนดวัตถุประสงค์ระยะเวลาจำนวนครั้งและข้อตกลงที่จำเป็น
2. การวิเคราะห์หรือการวินิจฉัย (analysis or diagnosis) - วิเคราะห์จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยพื้นฐานจากความเข้าใจมนุษย์ และความต้องการของมนุษย์ หาสาเหตุและทำความเข้าใจปัญหา ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล	2. การสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการ - เป็นการดำเนินการช่วยเหลือ โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัญหา และความต้องการ ในขั้นตอนผู้ป่วยจะได้สำรวจตนเอง ทบทวนความคิดความรู้สึก อารมณ์ ที่เกิดขึ้น
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) - เป็นการนำข้อมูลที่ได้และปัญหามาวางแผน ในการดูแลผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวม	3. การทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ - ผู้รับบริการร่วมกับพยาบาลในการทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการที่แท้จริงของตนเอง เพื่อความชัดเจนในการจัดการปัญหา และในบางครั้งอาจพบว่ามีย่อยปัญหา ให้พิจารณาลำดับความสำคัญและแนวทางในการเลือก
4. นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (intervention) - เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้	4. การวางแผนแก้ปัญหา - เป็นการนำข้อมูลปัญหา สาเหตุ ความต้องการมาพิจารณาและกำหนดแนวทางร่วมกันเพื่อหาทางออกที่เหมาะสม เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและประสบความสำเร็จ โดยใช้ศักยภาพของตนเอง ของผู้รับบริการปรึกษา
5. การประเมินผล (evaluation) - พยาบาลจะประเมินพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย เมื่อได้ปฏิบัติถึงกระบวนการพยาบาลให้แล้วและประเมินการทำงานของตนเองด้วย	5. การยุติการปรึกษา - พยาบาลสรุปแต่ละครั้งที่ปรึกษา และสรุปในภาพรวมทั้งหมดของการช่วยเหลือ เพื่อให้เห็นพัฒนาการในการจัดการปัญหา และสรุปกระบวนการในการให้การปรึกษาทางสุขภาพ และประเมินความรู้สึกต่อการมารับบริการปรึกษา

แผนภาพ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการให้การศึกษาและกระบวนการพยาบาล



กระบวนการในการให้การปรึกษา

สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน (จิน แบรี, 2538) และมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงปรึกษา

เป็นขั้นตอนที่สำคัญและถือเป็น “หัวใจ” ของกระบวนการให้การปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงปรึกษาจะอาศัยเทคนิคและทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการปรึกษาของผู้รับการปรึกษา ในขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้รับการปรึกษาทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา เป้าหมาย กระบวนการ บทบาทของทั้งสองฝ่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการปรึกษา จำนวนครั้งของการปรึกษาและการรักษาความลับ

ในขั้นตอนนี้ ผู้รับการปรึกษาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้การปรึกษา ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่า จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการรวมทั้งมีความพร้อมในด้านจิตใจ ผู้รับการปรึกษาต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง การให้การปรึกษานั้นผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถบังคับผู้รับการปรึกษาให้เข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่สมัครใจที่จะรับความช่วยเหลือได้ ดังนั้น บทบาทของผู้ให้การปรึกษาในขั้นตอนนี้จึงเป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่มาพบ รู้สึกสมัครใจอย่างเต็มที่และเกิดความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการ ผู้ให้การปรึกษาควรจะแสดงความเป็นมิตร ให้ความอบอุ่น ใส่ใจด้วยท่าทางกิริยาและใช้คำพูดที่ทำให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา

ในเวลาเดียวกัน ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตั้งใจอยู่ในบทบาทของตนเอง ด้วยการแสดงความสนใจและใส่ใจต่อความต้องการของผู้รับการปรึกษา และพยายามส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาควรปฏิบัติ คือ (จิน แบรี, 2538) การต้อนรับอย่างจริงใจและอบอุ่น การแสดงท่าทางเป็นมิตร สื่อความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ รับฟังสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาเล่า สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง สังเกตสิ่งที่ผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมที่จะเล่า ยอมรับผู้รับการปรึกษา โดยไม่มีเงื่อนไข และถามคำถามที่เอื้อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเล่าเรื่องของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการ

ขั้นตอนนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะใช้ทักษะเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจ่างในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง ทำให้มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหานั้น ซึ่งขั้นตอนการสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องใช้ทักษะในการเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ในการสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง การใช้เวลาจะขึ้นกับประสบการณ์ บุคลิกภาพ ความชำนาญเฉพาะตัวของผู้ให้การปรึกษา รวมทั้งพื้นฐานความสามารถของผู้รับการปรึกษาเองด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ

เมื่อได้ทำการสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการแล้ว บทบาทของผู้ให้การศึกษาในขั้นตอนนี้คือช่วยให้ผู้รับการศึกษาก่อเกิดความเข้าใจในปัญหา ไม่ได้อยู่ที่การวินิจฉัยปัญหาต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษาหรือวิเคราะห์สติปัญญา บุคลิกภาพและนิสัยของผู้รับการปรึกษา แต่อยู่ที่การเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาใช้ความพยายามในการพิจารณาชีวิตและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในความเป็นจริงแล้ว การที่บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ก็ต้องมีความเข้าใจในสิ่งที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจนก่อน ผู้ให้การศึกษาจึงต้องปฏิบัติตนเหมือนเป็นผู้ร่วมการเดินทางในช่วงระยะหนึ่ง เพื่อให้สามารถพิจารณาและมองประสบการณ์ที่ผ่านมาตลอดจนถึงความรู้ต่าง ๆ ทำให้บุคคลเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นเหตุหรือเป็นผล ดังนั้นผู้ให้การศึกษาไม่ควรรีบให้คำแนะนำหรือแก้ปัญหาแทน ผู้ให้การศึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และสามารถรับรู้ได้ในระดับที่ลึกกว่าที่เขาเล่าออกมา โดยการสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมา บางครั้งผู้รับการปรึกษาอาจจะมองเห็นสิ่งที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรืออาจกำลังสับสน เนื่องจากอยู่ใกล้กับสิ่งที่เป็นปัญหามากเกินไป จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สามารถไว้วางใจ ช่วยสะท้อนถึงความรู้สึกของเขา และอธิบายให้เข้าใจอย่างกระจ่างมากขึ้น ในขั้นตอนนี้ประเด็นสำคัญ ๆ ที่ผู้ให้การศึกษา ควรคำนึงถึงดังนี้

การเล่าหรือระบายสิ่งที่เป็นปัญหา การได้ระบายออกเป็นการบำบัดรักษาอย่างหนึ่ง บางครั้งคนเราก็มีบางสิ่งบางอย่างอยู่ในใจ แต่ถ้าได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้อื่นก็จะได้เห็นแง่มุมต่าง ๆ อย่างชัดเจนขึ้น ผู้รับการปรึกษาเองก็มีความต้องการลึก ๆ ที่จะบอกเล่าถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และต้องการใช้เวลาเพื่อระบายสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในใจ การเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาจะช่วยให้เกิดความคิด ความเข้าใจมากขึ้น การเล่านั้นช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ (insight) ในสิ่งที่เราไม่สามารถเข้าใจได้ จากการคิดวิเคราะห์ โดยลำพัง การเล่าเรื่องของตนเองจะช่วยให้เกิดการทบทวน สำรวจตนเองและค่อย ๆ มองเห็นและเข้าใจถึงปัญหาในระหว่างการให้การปรึกษานั้น

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนแก้ไขปัญหาและการส่งต่อ

การวางแผนการแก้ปัญหาและการส่งต่อ ในขั้นตอนนี้ควรให้ผู้รับการปรึกษาได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาคด้วยตนเองก่อน ผู้ให้การศึกษาจะให้ข้อเสนอแนะเมื่อผู้รับการปรึกษาคิดไม่ออกหรือแก้ปัญหาไม่ได้ และเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นในข้อเสนอแนะนั้น ๆ เพื่อให้เกิดการคิด พิจารณาความเหมาะสมและเลือกทางแก้ไขปัญหาคที่ดีที่สุดด้วยตนเอง

บทบาทของผู้ให้การศึกษา คือการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาในการพิจารณาข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการและทางเลือก โดยช่วยให้ผู้รับการปรึกษากำหนดวิธีการที่ทำให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้ให้การศึกษาอาจจะให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ แต่ต้องมั่นใจว่าการตัดสินใจและวิธีการเลือกวิธีการต่าง ๆ นั้น เป็นทางเลือกผู้รับการปรึกษาเอง ในขั้นตอนนี้มีประเด็นที่ควรคำนึงถึงต่อไปนี้ (จิน แบรี, 2538)

- การหาทางเลือกหลายทาง บ่อยครั้งที่ผู้ให้การปรึกษาอาจจะเสนอทางเลือกที่ผู้รับการปรึกษานึกไม่ถึง เพราะในการแก้ปัญหาอาจจะมีวิธีการมากมายเกินกว่าที่ผู้รับการปรึกษาจะนึกได้ทั้งหมด

- การพิจารณาเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยุ่งยาก และใช้เวลานานพอสมควร ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาได้เริ่มคิดและพิจารณาว่าตนเองมีปฏิกิริยาต่อทางเลือกต่าง ๆ อย่างไรบ้าง ผู้รับการปรึกษาบางคนอาจจะคิดเองได้ แต่บางคนก็อาจจะต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้น

- การคัดเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องระมัดระวังที่จะไม่ทำให้ผู้รับการปรึกษาค้นคว้าตัดสินใจถึงทางเลือกใดไป แต่ถ้าทางเลือกใดพิจารณาแล้วไม่เหมาะสมก็ควรตัดออกไปโดยไม่ต้องเสียเวลาโดยทั่วไปแล้วถ้าทางเลือกมีน้อย ก็อาจทำให้การพิจารณาและการเลือกเป็นไปได้ง่ายขึ้น

- การตัดสินใจ ในระหว่างที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังและสังเกตพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาจะได้เห็นบางสิ่งบางอย่างที่จะทำให้รู้ว่าวิธีการหรือทางเลือกใดที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา อาศัยการสังเกตเหล่านี้และความเข้าใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษา สามารถช่วยให้มีการตัดสินใจที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ แต่ควรคำนึงอยู่เสมอว่า การตัดสินใจควรเป็นเรื่องของผู้รับการปรึกษา ไม่ใช่ผู้ให้การปรึกษา จึงไม่ควรรีบร้อนให้มีการตัดสินใจ ดังนั้น ทักษะต่างๆ ที่ผู้ให้การปรึกษาควรใช้ได้แก่ การให้ข้อมูล การเสนอแนะ การสรุป การให้กำลังใจ

ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้รับการปรึกษาให้พบกับผู้เชี่ยวชาญอื่นที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุผลที่ผู้รับการปรึกษาต้องการพบเอง หรือผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถช่วยเหลือในปัญหานี้ได้ หรือต้องการการช่วยเหลือเพิ่มเติมในเรื่องที่มีผู้ชำนาญด้านนี้โดยเฉพาะ การส่งต่อเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ ไม่ถือว่าเป็นความผิดหรือการไม่มีความสามารถของผู้ให้การปรึกษา ถ้าหากผู้รับการปรึกษาไม่ยินยอมให้มีการส่งต่อ ผู้ให้การปรึกษาก็สามารถเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพบได้ในครั้งต่อไปถ้าต้องการ และมีการนัดหมายเวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจในระหว่างการปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 การยุติการปรึกษา

ในการให้การปรึกษา ซึ่งอาจเป็นการปรึกษาเพียงครั้งเดียว หรือการปรึกษาหลายครั้งอย่างต่อเนื่อง ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและพัฒนาความมั่นใจที่จะเลือกวิธีที่ดีที่สุด ในการตัดสินใจปฏิบัติ เมื่อผู้รับการปรึกษาลงมือปฏิบัติตามวิธีที่ได้ตัดสินใจแล้ว ปัญหาของผู้รับการปรึกษาจะทุเลาลง ทำให้มองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ตัดสินใจยุติการปรึกษาแต่ละครั้งหรือในครั้งสุดท้าย การยุติการปรึกษานั้น จะมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. การให้สัญญาณให้ผู้รับการปรึกษาว่าใกล้หมดเวลาของการปรึกษาแล้ว
2. การให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนการตัดสินใจของตนเอง และสรุปสิ่งที่ได้เข้าใจในระหว่างการปรึกษา เป็นการเสริมแรงให้ผู้รับการปรึกษารับไปปฏิบัติต่อไป บางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจช่วยสรุปให้

3. ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ว่าผู้รับการปรึกษาจะสามารถแก้ไขปัญหาได้เรียบร้อยหรือไม่ก็ตาม หรือบางครั้งอาจใช้เวลาไปหลายชั่วโมง หรือการปรึกษายังไม่ถึงจุดที่จะตัดสินใจแต่ถึงเวลาที่ต้องยุติการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยให้การยุติการปรึกษาเป็นไปด้วยความสบายใจทั้งสองฝ่าย และช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้สึกดีขึ้น การชมเชยผู้รับการปรึกษา เมื่อเขาพยายามสำรวจตัวเองและทำความเข้าใจสิ่งที่ปัญหา จะทำให้เขารู้สึกดี ๆ กับตนเอง

4. พิจารณาวิธีการนำไปปฏิบัติ บางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจเสนอวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานำไปปฏิบัติ ซึ่งควรเสนอสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ควรเสนอสิ่งที่หนักเกินไป

5. การนัดหมายครั้งต่อไป ผู้ให้การปรึกษาควรให้โอกาสแก่ผู้รับการปรึกษาเลือกว่าจะมาพบครั้งต่อไปได้หรือไม่ บางครั้งการพูดคุยกันเพียงครั้งเดียวก็ช่วยแก้ปัญหาได้ บางครั้งอาจจะต้องมีการนัดต่อ ในกรณีนี้จะต้องมีการตกลงกันอย่างชัดเจนถึงวันเวลาที่พบ ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการพบต่อ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เขารู้ว่า ยินดีเสมอที่จะให้ความช่วยเหลือ ถ้าต้องการการปรึกษา

สรุปได้ว่า ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การปรึกษาควรจะให้สัญญาณแก่ผู้รับการปรึกษาให้รู้ตัวก่อนหมดเวลาการปรึกษาและให้โอกาสได้สรุปสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการปรึกษารั้งนี้ รวมทั้งเพิ่มเติมในบางประเด็นที่ขาดหายไป ก่อนยุติการปรึกษาควรสนทนาเล็ก ๆ น้อย ๆ ในเรื่องทั่ว ๆ ไป และกล่าวอำลา

ข้อควรคำนึงถึงในกระบวนการให้การปรึกษา

การติดตามผลการให้การปรึกษา

การติดตามผลการให้การปรึกษานั้น ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้ง ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญต่อการให้การปรึกษา เพราะจะทำให้ผู้ให้การปรึกษาทราบความก้าวหน้าในการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งผลของการจัดการปัญหาของผู้รับการปรึกษา

การติดตามผลการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องสามารถประเมินความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของกระบวนการให้ความช่วยเหลือนี้ได้ และมีประโยชน์ต่อการปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาทักษะในการให้การปรึกษาเกิดการพัฒนาตนเองของผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาในการจัดการปัญหาของตนเองด้วยตนเอง เสริมสร้างความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา ผู้ให้การปรึกษาสามารถติดตามผลการปรึกษาได้ใน 4 ประเด็น คือ

1. การติดตามผลการให้การปรึกษาที่ตัวผู้ให้การปรึกษา ทั้งด้านทักษะการปฏิบัติ ทักษะ และอารมณ์ความรู้สึก เป็นการประเมินตนเองโดยพิจารณาจากการได้รับความร่วมมือจากผู้รับการปรึกษา ระยะเวลาที่ใช้ในการค้นหาปัญหา เวลาในการทำความเข้าใจปัญหา การจัดการปัญหาและการบรรลุวัตถุประสงค์ของการปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้การปรึกษาอาจจะต้องพิจารณาการใช้ทักษะและเทคนิคต่าง ๆ รวมทั้งการดำเนินกระบวนการในการให้การปรึกษาด้วย

2. การติดตามผลการให้การปรึกษาที่ตัวผู้รับการปรึกษา ในด้านทัศนคติ อารมณ์ ความรู้สึก การบรรลุลวัตถุประสงค์ เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา โดยการถามความรู้สึกต่อการปรึกษาและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกระหว่างการปรึกษา ความร่วมมือและยอมรับการปรึกษาและบรรยากาศการปรึกษา รวมทั้งอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาในระหว่างการดำเนินการปรึกษาคด้วย

3. การติดตามผลการให้การปรึกษาที่กระบวนการ พิจารณาลำดับขั้นตอนที่ใช้ในการให้การปรึกษา ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความคืบหน้า

4. การติดตามผลการให้การปรึกษาที่การบรรลุลวัตถุประสงค์ ผู้ให้การปรึกษา จะช่วยเน้นความรู้สึกให้ผู้รับการปรึกษามีความมั่นคงได้จากการนัดหมายที่ห่างออกไป เพื่อการติดตามผลถึงความสำเร็จในการคงอยู่ของเป้าหมาย และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การนัดหมายจะแล้วแต่การตกลงกันระหว่างสองฝ่าย อาจจะห่างออกไปเรื่อยๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการให้ผู้รับการปรึกษามั่นใจมากขึ้นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง แต่ไม่ใช่อะไรอย่างโดดเดี่ยว

การติดตามผลการให้การปรึกษาสามารถกระทำได้ในระยะการสิ้นสุดหรือยุติการปรึกษาหรือกระทำในระหว่างให้การปรึกษาแต่ละครั้ง นอกจากการติดตามผลด้วยการประเมินตนเอง การถามการสังเกตพฤติกรรมแล้ว การทำแบบสอบถามหรือแบบประเมินผลสำหรับผู้รับการปรึกษาตอบ ก็ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการปรึกษาได้ การติดตามผลการปรึกษา โดยเฉพาะกรณีที่มีการนัดหมายหลายครั้งต่อเนื่องกันไป จะทำให้ทราบว่า ปัญหาของผู้รับการปรึกษาได้รับการแก้ไขหรือไม่ แก้ไขมาก – น้อย เพียงใด แก้ไขอย่างไร บางครั้งอาจจะมีประเด็นเพิ่มเติมโดยไม่คาดคิดก็ได้

ทักษะที่ใช้ในการให้การปรึกษา

ทักษะที่ใช้ในการให้การปรึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษาและช่วยให้กระบวนการให้การปรึกษาประสบความสำเร็จได้ การเรียนรู้และรู้จักสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นความจำเป็นที่สำคัญ (สุรินทร์ รณเกียรติ, 2538) ทักษะในการให้นิเทศะนั้นแท้จริงแล้วไม่ได้แตกต่างจากทักษะที่ใช้ใช้ในการสนทนาทั่วไป แต่ต้องนำมาใช้อย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือการปรึกษาบรรลุตามเป้าหมาย ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ช่วยให้สามารถหาทางออกของปัญหาได้ ภาษาที่ใช้จึงควรพิจารณาและให้ความสำคัญทั้งภาษากาย (non – verbal) และภาษาพูด (verbal) ซึ่งผู้ให้การปรึกษาดูต้องสามารถควบคุมการใช้ทั้งภาษากายและภาษาพูดให้เหมาะสม การให้การปรึกษาดูต้องใช้ควบคู่กันไปด้วย

ทักษะในการให้การปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่

1. การใส่ใจ (Attending)
2. การถาม (Question)
3. การฟัง (Listening)

4. การเงียบ (Silence)
5. การสะท้อนความหมายหรือความรู้สึก (Feedback/Reflection meaning and /or feeling)
6. การทวนซ้ำ (Paraphrasing)
7. การสรุปประเมิน (Summarizing Evaluation)

1. การใส่ใจ (Attending)

เป็นพฤติกรรมของผู้ให้การปรึกษาที่แสดงออกด้วยภาษาพูดหรือท่าทางซึ่งบอกลถึงความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือผู้รับการปรึกษา โดยการแสดงความสนใจ การเห็นความสำคัญและการให้เกียรติ เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความอบอุ่นใจและไม่รู้สึกห่างเหิน (จิน แบร์, 2538)

การใส่ใจมี 2 แบบ คือ การใส่ใจด้วยภาษาพูด เช่น การทักทาย การตอบรับ “ค่ะ/ครับ...” น้ำเสียง การสนทนาติดตาม (tracking) ฯลฯ และการใส่ใจด้วยภาษาท่าทาง เช่น สีหน้า การยิ้ม การพยักหน้า การสบตา (eye contact) ท่า นั่ง ท่าที่อบอุ่นเป็นกันเอง ฯลฯ (สุพร เกิดสว่าง, 2540) ซึ่งจะทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่าผู้ให้การปรึกษายอมรับและเข้าใจตนเอง เป็นการช่วยให้การสนทนาในการปรึกษานี้ ดำเนินไปด้วยความราบรื่นและสะดวกขึ้น

2. การถาม (Question)

เป็นทักษะในการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้บอกละความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ที่ต้องการจะปรึกษา เป็นการช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับการปรึกษามากยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้เข้ารับการปรึกษาได้ใช้เวลาคิดคำนึงเข้าใจปัญหาของตนเอง

คำถามแบ่งออกเป็น

1. คำถามปิด เป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายการสอบสวนและการซักถาม
2. คำถามเปิด เป็นคำถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่ปัญหาตามความต้องการของตน การถามลักษณะนี้ผู้ตอบจะพูดอย่างเต็มที่และสะดวกใจ ทำให้ทราบเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย มักใช้คำ “อย่างไร” หรือ “อะไร” (สุพร เกิดสว่าง, 2540)

3. การฟัง (Listening)

เป็นทักษะที่สำคัญในการให้การปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าได้รับการใส่ใจ และการยอมรับ การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถเข้าใจ จับประเด็น และค้นพบปัญหาที่แท้จริงในการช่วยเหลือ ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตั้งใจที่จะรับฟังปัญหา ทำตนเป็นผู้ฟังที่ดี มีท่าทีที่แสดงความสนใจ นั่งในท่าที่มั่นคง และโน้มตัวไปข้างหน้าในจังหวะที่เหมาะสม สะท้อนความใส่ใจด้วยสีหน้า

ท่าทาง รวมทั้งการไม่ฟังเพียงเพื่อได้ฟังเท่านั้น แต่ฟังเพื่อที่จะเข้าใจสิ่งที่เขาพูดออกมาอย่างแท้จริง และมีปฏิกิริยาโต้ตอบในจังหวะที่เหมาะสม เช่น การพยักหน้า ยิ้ม สนับสนุนให้กำลังใจ ที่สำคัญคือ ผู้ให้การปรึกษาอย่าพูดตลอดเวลา เพราะจะทำให้ไม่สามารถฟังได้อย่างชัดเจนในขณะที่กำลังพูด ให้ใส่ใจเฉพาะสิ่งที่เขาพูด โดยใส่ใจคำพูด ความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังพิจารณาอยู่ แล้วสังเกตสีหน้า ท่าทางจะเป็นการช่วยให้เขารู้ว่าเขากำลังคิดและรู้สึกอย่างไรขณะที่พูด รวมทั้งการมองก็เป็นการแสดงว่ากำลังตั้งใจฟัง ผู้ให้การปรึกษาคควรระมัดระวังการขัดแย้งในใจ เพราะจะทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ฟังกับผู้พูดได้

จะเห็นได้ว่า การฟังเป็นสิ่งประเสริฐ การพัฒนาทักษะในการฟังจะทำให้ชีวิตการทำงานและการช่วยเหลือผู้อื่น เป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (จิน แบรี, 2538)

4. การเงียบ (Silence)

เป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษา ที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในการปฏิบัตินั้นจะต้องพิจารณาว่า การเงียบที่เกิดขึ้นเป็นการเงียบทางบวกหรือการเงียบทางลบ

1. การเงียบทางบวก เป็นการเงียบที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความคิด ได้ระบายความรู้สึกมากขึ้น มีเวลาในการรวบรวมและเรียบเรียงความคิด ผู้ให้การปรึกษาก็มีเวลาในการทบทวนและพิจารณาปัญหา
2. การเงียบทางลบ เป็นความเงียบที่แสดงถึงความขลาดอาย ความไม่สบายใจ ความกลัวหรือการต่อต้านการปฏิเสธของผู้รับการปรึกษา โดยทั่วไปแล้วการเงียบในช่วงระยะแรกของการปรึกษา มักจะสะท้อนถึงความไม่สบายใจหรือสับสน ผู้ให้การปรึกษาควรให้การยอมรับและใช้ทักษะการให้กำลังใจ

ข้อควรระวัง ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรเงียบเพราะคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้จะจัดการอย่างไรดี และไม่ควรเงียบจนรู้สึกว่าการปรึกษาอึดอัด การใช้ความเงียบต้องเลือกจังหวะที่เหมาะสมและสังเกตอาการปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษาไปด้วย (จิน แบรี, 2538)

5. การสะท้อนความหมายหรือความรู้สึก(Feedback/Reflection meaning and/or feeling)

การสะท้อนเป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมาไม่ว่าด้วยวาจาหรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูด ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับฟังเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาแท้จริงของตนเอง เนื่องจากว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษานั้น มักเกิดจากความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ เป็นส่วนใหญ่ การสะท้อนจะช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา เนื่องจากรู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเองและทำให้กล้าเปิดเผยตนเองสามารถรับผิดชอบตนเอง มีอิสระในการเลือกสิ่งที่พึงพอใจ ผู้รับการปรึกษาสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

เช่น CL. ".....(เจียบ...กำมือแน่น.....ไม่สบตา....)"

Co. "ระหว่างที่คุยกัน คุณกำมือแน่นตลอดเวลา....ไม่ทราบว่าคุณรู้สึกอย่างไรคะ..."

การสะท้อนความรู้สึกควรจะสะท้อนเฉพาะประเด็นปัญหาที่สำคัญ การสะท้อนความรู้สึกจะเป็นการนำไปสู่ทิศทางในการแก้ปัญหา (สุพร เกิดสว่าง, 2540)

6. การทวนซ้ำ (Paraphrasing)

เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่ง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าในแง่ของภาษาหรือความรู้สึกที่แสดงออกมา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา การทวนซ้ำเป็นวิธีที่จะสื่อถึงความใส่ใจ ความเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาที่มีต่อผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่เข้าใจ เป็นที่ยอมรับ เกิดความอบอุ่นใจ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยตนเองมากขึ้นและพูดต่อไป รวมทั้งเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่

การทวนซ้ำ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด เป็นการทวนซ้ำทุกคำ เช่น

CL. "ฉันรู้สึกกังวลใจ หอมจะให้ผ่าตัดมะรืนนี้"

Co. "คุณรู้สึกกังวลใจ หอมจะให้ผ่าตัดมะรืนนี้"

2. ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้รับการปรึกษาด้วย

CL. "ก็เพราะเรื่องคำรักษานี้ละ....ทำให้กังวลใจ"

Co. "คุณรู้สึกกังวลใจ"

3. ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญเพียงส่วนเดียว

CL. "เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นมานานแล้ว เราไม่เคยได้คุยกันเลย เวลาเจอกันที่บ้าน....ผมกับภรรยาก็ไม่มองหน้ากัน"

Co. "คุณกับภรรยาไม่เคยได้คุยกัน"

4. ทวนซ้ำแบบสรุป

CL. "เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นมานานแล้ว เราไม่เคยได้คุยกันเลย เวลาเจอกันที่บ้าน...ผมกับภรรยาก็ไม่มองหน้ากัน"

Co. "คุณรู้สึกกังวลใจ....เรื่องของ คุณกับภรรยา"

7. การสรุปประเมิน (Sumarizing/Evaluation)

การสรุปประเมิน เป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การปรึกษา หรือเมื่อยุติการให้การปรึกษา โดยใช้คำพูดสั้นๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด ซึ่งจะมีการสรุปทั้งเนื้อหา ความรู้สึกและกระบวนการให้การปรึกษา ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาสมควรที่จะสรุปเนื้อหาและความรู้สึก

สำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมาเพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ก่อนจบการปรึกษาต้องมีการสรุปประเด็นต่างๆ ในการปรึกษา ในกรณีที่การปรึกษาใช้เวลามากกว่าหนึ่งครั้ง ในครั้งสุดท้ายควรจะสรุปสิ่งต่างๆ ทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่ได้พูดออกมา และรู้สึกว่าการปรึกษานี้ได้ผลและมีประโยชน์เนื่องจากการสรุปช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นภาพทั้งหมด (จีน แบรี, 2538)

เช่น Co. " ตั้งแต่ที่คุยกันมานะคะ...คุณรู้สึกกังวลใจ เพราะคุณกับพ่อของคุณไม่เคยได้พูดคุยปรับความเข้าใจกันเลย คุณคิดว่าพ่อไม่เข้าใจคุณ..... "

นอกจากทักษะเบื้องต้นที่กล่าวไว้ในที่นี้การให้การปรึกษายังสามารถใช้ทักษะการให้กำลังใจ (Reassurance/Support) การให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Information giving and advice giving) ในการให้การปรึกษาได้อีกด้วย ซึ่งขึ้นกับสถานการณ์และลักษณะของผู้รับการปรึกษา

การให้กำลังใจ (Reassurance/Support) เป็นการยอมรับและสนับสนุนความคิด ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ประคับประคองให้สามารถค้นหาตนเองและศักยภาพที่มีโดยการให้กำลังใจต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การให้กำลังใจอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการรับรู้ พยักหน้า การยอมรับ การตอบรับ ค่ะ อ้อ ผู้ให้การปรึกษาควรระมัดระวังการให้ความหวังและการให้กำลังใจในสิ่งที่คาดหวังไม่ได้ด้วย

การให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Information giving and advice giving) การให้ข้อมูลเป็นการสื่อสารเพื่อบอกและให้ข้อมูลที่จำเป็นในการเข้าใจปัญหาและประกอบการตัดสินใจ ไม่มีการโน้มน้าวหรือใส่ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ให้การปรึกษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ การปฏิบัติตัว เป็นต้น ข้อมูลที่ให้ควรเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ ถูกต้องและมีความชัดเจน

การให้คำแนะนำ (Suggestion) เป็นการให้ข้อมูลที่มีความคิดเห็นและเป็นสิ่งที่จำเป็นควรปฏิบัติ ซึ่งเหมาะกับการใช้วิธีนี้ในผู้รับการปรึกษาบางคนเพื่อให้มองเห็นทิศทางชัดเจนขึ้น ควรระมัดระวังในการใช้ เพราะอาจเกิดกรณีการฟังฟังและปิดกั้นความคิดอิสระของผู้รับการปรึกษาได้

ทั้งนี้ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การตัดสินใจที่จะกระทำการใดใดหรือเลือกวิธีในการดำเนินชีวิตขึ้นกับผู้รับการปรึกษาเป็นสำคัญ

สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาลและการให้การปรึกษานั้น มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับขั้นตอนต่าง ๆ นามาซึ่งการวางแผนและการปฏิบัติกิจกรรมแล้วมาประเมินผลการช่วยเหลือด้วย การให้การปรึกษาจึงเป็นแนวทางหนึ่งของการพยาบาล ที่มีการใช้ทักษะเบื้องต้นในแต่ละขั้นตอนในกระบวนการให้การปรึกษา รวมทั้งมีข้อควรระวังที่จะไม่ใช้ทักษะนี้ในเวลาเริ่มต้นการปรึกษา การใช้ทักษะเบื้องต้นที่เหมาะสม จะนำไปสู่ให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการให้กระจ่างในปัญหาเข้าใจปัญหาและเข้าใจตนเอง และพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมได้

2. ภาวะซึมเศร้าและการรักษา

2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ความหมาย

ดวงใจ กสานติกุล (2536) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมคออารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

กรมสุขภาพจิต (2538) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ดำเนินตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

เบค (Beck, 1973) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศกใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบต่อตนเอง ชอบตำหนิตนเอง
3. พฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการหลีกเลี่ยงจากสังคมหรืออยากตาย
4. เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป

จากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (retardation) หรือกระวนกระวาย (agitation) ซึ่งความซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะแรกและรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้บุคคลผู้นั้นมีอาการเฉยเมย เฉยชาต่อสิ่งแวดลอม แยกตัวเองออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

พริสท์ (Priest, 1983) ได้ให้ความหมายของความซึมเศร้าว่า หมายถึง สภาพจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคลิกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นาน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดจึงอาจสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาพจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำลายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ รวมถึงมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายร่วมด้วย

ปัจจัยเสี่ยง (ดวงใจ กสานติกุล, 2536)

เพศ	: ผู้หญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าเป็น 2 เท่าของชาย
อายุ	: โรคซึมเศร้ามีอัตราสูงสุดในช่วงอายุ 25 - 45 ปี
ช่วงหลังคลอด	: ผู้หญิงช่วงหลังคลอดมักจะมีอารมณ์ซึมเศร้า ในช่วง 6 เดือน หลังคลอดเรียกว่า "new baby blue" หรือ "Postpartum blue" พบได้บ่อย
เชื้อชาติ	: ทุกเชื้อชาติ
ระดับเศรษฐฐานะ	: พบได้บ่อยในประชากรกลุ่มรายได้ต่ำในผู้ป่วยอายุระหว่าง 18 - 44 ปี
บุคลิกภาพ	: พบผู้ป่วยบุคลิกภาพขี้อายและเลี่ยงการสังคม (avoidant) ร้อยละ 30.4 นิสัยย้ำคิดหมกมุ่น (compulsive) ร้อยละ 18.6 และบุคลิกพึ่งพิง(dependent) ร้อยละ 15.7
ปัญหาชีวิต	: - การสูญเสียหรือการจากพรากเกิดขึ้น - ผู้ที่หย่าร้างมีอัตราป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ยังไม่สมรส ถึง 2.5 เท่า - ผู้หญิงที่ไม่มีสามี, คู่รัก มีโอกาสป่วยมากกว่าหญิงมีคนรัก ถึง 4 เท่า - การตกงาน

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กสานติกุล, 2536) แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์ดิบขั้นพื้นฐาน (primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham ตั้งสมมติฐานว่า ความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและเกลียด (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึ่งพิงทางอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้กับผู้ป่วยด้วย

Freud อธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิด introjection ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการ incorporate เอาบุคคลผู้เป็นที่รัก (แต่

สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความก้าวร้าวอันเกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย จะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกซึมเศร้า

Adolf Meyer อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพชีวิตที่คับแค้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงินหรือปัญหาการงาน เป็นต้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับปมขัดแย้งในจิตใจ

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่าง ๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

2. สาเหตุจากความคิดแง่ลบ (Negative Cognition)

Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่าเกิดจากการมีความนำคิดในเชิงลบมองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น และความคิดบิดเบือนเป็นผลจากการมีประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้าย ผู้ป่วยซึมเศร้ามี Cognitive triad คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ ดังนี้

ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกหมดกำลังใจ

และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหมดทางแก้

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

หรือเกิดจากภาวะขาดแรงเสริม (noncontingent reinforcement) เนื่องจากบุคคลนั้นไม่เคยประสบความสำเร็จใด ๆ เลย ขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุจากความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง Kraepelin เชื่อว่าศูนย์ควบคุมการทำงานในร่างกาย (inner control) ทำงานมากขึ้นในภาวะ mania และทำงานลดลงในภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางชีวภาพอาจจำแนกได้เป็น

4.1 ความไม่สมดุลของสาร biogenic amine ในเซลล์ประสาท (neurons) หรือที่ข้อต่อปลายประสาท (synapses)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค Cushing's หรือผู้ป่วยโรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวภาพ (circadian rhythm) ดังเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ารุนแรง ในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ (diurnal variation of mood) และคลื่นสมองขณะหลับ (sleep EEG) ซึ่งสนับสนุนมากที่สุดว่าโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับชีวภาพหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโปแตสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ ๆ นี้ว่า Biopsychosocial factors ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (predisposing) ปัจจัยเร่ง (precipitating) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (prepetuating) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้นว่าโรคอารมณ์แปรปรวนมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย หลังจากมีการค้นพบยาแก้เศร้าในช่วงปี 1950 ซึ่งก่อนหน้านี้มีการรักษาเพียง 2 วิธีเท่านั้น คือวิธีจิตวิเคราะห์และรักษาด้วยไฟฟ้า

สาเหตุของโรคอารมณ์แปรปรวน

1) ปัจจัยเสริม

- พันธุกรรม
- ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต
 - ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว
- อุบัติภัย
 - ไข้กักตม ชอบคิดแง่ลบ
 - ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง
- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน
 - ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ (ขาดความผูกพัน)
- ปัจจัยทางชีวภาพ

2) ปัจจัยเร่ง

- สภาพชีวิต มีการสูญเสีย
- การเจ็บป่วยทางกาย

3) ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง

- อุบัติภัย
- ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
- ปัจจัยทางชีวภาพ

อาการและอาการแสดง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

อาการที่สำคัญมีดังนี้ คือ

1. มีอารมณ์เศร้า
2. มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย
3. มีความรู้สึกเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ
4. เบื่ออาหาร
5. นอนไม่หลับ
6. อ่อนเพลียไม่มีแรง
7. ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำหรือรู้สึกพ่วงพ่วนกระวนกระวายใจ
8. รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ
9. สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ
10. มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
11. มีความกลัวและวิตกกังวล
12. มีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอและเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มากและคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลย

การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2543)

1. การรักษาทางกาย ประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยยา คือ ยากลุ่มรักษาอาการเศร้า (Antidepressant Drugs) แบ่งเป็น 3 ประเภท

1.1.1 Tricyclic Drugs

1.1.2 Monoamine Oxidase Inhibitors (MOAI)

1.1.3 Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

1.1.1 Tricyclic Antidepressants (ACAs)

ยาพวก Tricyclic Antidepressants โดยทั่วไปใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร ทำให้อาการอาหารมากขึ้น ลดความเหนื่อยล้า รักษาอาการขาดสมาธิและความรู้สึกไร้ค่า ช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นใน 2 - 3 วัน จากนั้นจึงเริ่มการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ ใช้นี้ในผู้ป่วยโรคเศร้าประมาณ 7 - 14 วัน จะเห็นผลประมาณร้อยละ 66 - 70 ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Amitriptyline (Tryptanol), Doxepin (Sinequan), Imipramine (Tofranil), Nortriptyline (Nortrilen), Desipramine (Norpramin)

1.1.2 Monoamine Oxidase Inhibitor (MOAI)

MOAI เป็นยารักษาอาการเศร้าที่ได้ผลมาก ปัจจุบันมักนิยมใช้มากทางจิตเวช ยาตัวนี้ต้องการการเฝ้าผลาญของระบบประสาท neurotransmitters ได้ผลดีมากในการรักษาพวกเศร้าที่เกิดจากความวิตกกังวล ความกลัว หรือผู้ป่วยที่บ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย หรือใช้ยาพวก Tricyclic Drugs ไม่ได้ผล และใช้ในผู้ป่วยภาวะเศร้าจากโรคอารมณ์แปรปรวนแบบ Bipolar

ยาในกลุ่มนี้คือ Isocarboxazid (Marplan), Phenelzine (Nardil), Fencylpropamine (Pamate)

ฤทธิ์ของยา ยานี้ออกฤทธิ์สูงสุดต้องใช้เวลา 2 - 6 สัปดาห์ในการรักษา ประสิทธิภาพของยานี้จะอยู่ใน 3 - 4 สัปดาห์

การใช้ยานี้มากเกินไปจะเกิดอาการกระสับกระส่าย (agitation)

1.1.3 Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI)

บางทีอาจจัดยานี้ไว้ในพวก Bicyclics

ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Fluvoxamine (Faverin), Fluoxetine (Prozac), Paroxetine (Seroxat), Citalopram (Cipram), Sertraline (Zoloft)

1.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) (แพ จันทรสุต, 2539)

การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในโรคซึมเศร้ารุนแรงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่ได้ผลดี คือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความรู้สึกไร้คุณค่า สิ้นหวัง

ข้อบ่งชี้ในการทำ

1. สภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุภายใน (endogenous depression) จะให้ผลดีจากการรักษาด้วยไฟฟ้ามากกว่าสภาวะอื่น ๆ ที่ใช้บ่อยคือโรคจิตทางอารมณ์แบบเศร้า สภาวะนี้จะให้ผลดีกว่า ร้อยละ 80 และได้ผลเมื่อทำประมาณ 5 - 10 ครั้ง
2. โรคจิตทางอารมณ์แบบคลั่ง ที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน
3. โรคจิตเภทแบบ Catatonic และแบบเฉียบพลันที่มีอาการทางอารมณ์เป็นอาการสำคัญ
4. เป็น maintenance Catatonic ในโรคจิตเภทที่เป็นอย่างเรื้อรัง

2. การรักษาทางจิตสังคม

- 2.1 การให้การปรึกษารายบุคคล (Individual Counselling) ดังรายละเอียดหน้า
- 2.2 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counselling) ดังรายละเอียดหน้า
- 2.3 จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) เป็นกระบวนการรักษาชนิดหนึ่ง โดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย โดยมุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจในปัญหาของ

ผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการบำบัดนั้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวลสูง ซึ่งต้องการกำลังใจอย่างมาก พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตัวผู้บำบัด (แพ จันทร์สุข, 2539)

2.4 จิตบำบัดรายกลุ่ม (Group Psychotherapy) หมายถึง รูปแบบการรักษาทางจิตชนิดหนึ่งที่มีคุณค่าต่ออาการบำบัดทางจิตทุกชนิด โดยการนำผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมกัน พุดคุยเกี่ยวกับการไม่สบาย ข้อสงสัยหวาดกลัวและผิดหวัง โดยเน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ การให้และรับฟังความคิดเห็นอย่างเปิดเผยเป็นผลให้เกิดความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (แพ จันทร์สุข, 2539)

2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวและผู้ป่วยมาร่วมกันแก้ปัญหา ข้อขัดแย้ง ภายในครอบครัว ช่วยให้การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัวดีขึ้น ครอบครัวมีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (แพ จันทร์สุข, 2539)

2.6 กิจกรรมบำบัด (Activity groups) การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ โดยการจัดกิจกรรมการบำบัดในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อสร้างความสนุกสนานกระตุ้นความคิด เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อฟื้นฟูทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม เสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่า (แพ จันทร์สุข, 2539)

2.7 การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า (คำหวาน วิสเพญ, 2539)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า

1. ส่งเสริมความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพ
2. ให้โอกาสแสดงออกซึ่งความขมขื่น ทุกข์ทรมาน
3. ยอมรับและให้โอกาสแสดงความเป็นตัวของตัวเอง เพื่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ
4. ช่วยให้เกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การสร้างความหวังใหม่และ

มีประโยชน์ต่อผู้อื่น

5. ช่วยให้มีโอกาสได้ประสบความสำเร็จในการร่วมกิจกรรมเพื่อความภาคภูมิใจในตนเอง
6. ให้โอกาสสำรวจตนเอง เพื่อความเข้าใจตนเอง เป็นตัวของตัวเอง
7. แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ควรจะรับรู้ร่วมกันระหว่างสถาบันบริการและครอบครัวของ

ผู้ป่วย เช่น ในเรื่องเกี่ยวกับการทำงานและประกอบอาชีพ การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดและสถานบริการที่จะช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา เป็นต้น

บทที่ 3

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ได้จากตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประวัติการรักษาใน OPD card

หญิงไทยวัย 47 ปี

สถานภาพสมรส หย่า

เชื้อชาติ ไทย

สัญชาติ ไทย

ศาสนา พุทธ

ฐานะเศรษฐกิจ ปานกลาง

การศึกษา ประกาศนียบัตรการศึกษาชั้นสูง

อาชีพ รับราชการครู

ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มารับการรักษาตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน

ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับยาไปรับประทานเป็นประจำทุกเดือน

การวินิจฉัยโรค Depression

รับไว้เป็นกรณีศึกษา ในวันที่ 20 มีนาคม 2545

2. อาการสำคัญ

มาด้วยอาการซึมเศร้า ปวดศีรษะ เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ เป็นมากก่อนมา 2 เดือน

3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเรื่องคิดมากที่สามีไปยุ่งเกี่ยวกับผู้หญิงอื่น มีเรื่องทะเลาะกันเป็นประจำในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเครียด คิดมาก นอนไม่หลับ เมื่อเกิดเรื่องขึ้น ผู้ป่วยไม่กล้าปรึกษาคนใกล้ชิด สามีของผู้ป่วยมักหาว่าผู้ป่วยคิดไปเอง หึงหวงไม่มีเหตุผล เมื่อเครียดมาก ๆ สามีจึงพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าประสาทวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) โดยให้ยาไปรับประทานที่บ้าน ผู้ป่วยรับยาไปรับประทานเป็นประจำทุกเดือน ช่วงใดที่อาการทุเลา ผู้ป่วยก็จะไม่มารับยาแต่จะซื้อยานอนหลับจากคลินิกรับประทานแทน

6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเรื่องทะเลาะรุนแรงกับสามี เมื่อผู้ป่วยแน่ใจว่าสามีเลี้ยงดูผู้หญิงอื่นและสามียอมรับว่าอยู่ด้วยกันมา 1 ปีแล้ว โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยเป็นคนเอาแต่ใจตัวเอง หึงหวงไม่ให้เกียรติสามี ทนพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ได้ สามีผู้ป่วยจึงขอแยกกันอยู่กับผู้ป่วยไปอยู่กับภรรยาใหม่

โดยไม่ต้องการหย่า ทำให้ผู้ป่วยเสียใจมาก คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ร้องให้ตลอดเวลาเมื่ออยู่คนเดียว มีอาการซึมลงไม่อยากรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิในการทำงาน ผู้ป่วยเคยคิดทำร้ายตัวเอง โดยการจะรับประทานยานอนหลับที่ซื้อมาจากคลินิก แต่ยังหวั่นบุตรชายทั้ง 2 คน กลัวว่าหากตนเองเป็นอะไรไป จะไม่มีคนดูแลบุตร จึงไม่กล้าลงมือทำ ต่อมาผู้ป่วยตัดสินใจขอหย่ากับสามี เนื่องจากทนไม่ได้ที่นาน ๆ ครั้ง สามีจึงจะกลับมาค้างที่บ้าน ประกอบกับผู้ป่วยอับอายเพื่อนที่ทำงาน ในครั้งแรกสามีไม่ยอมหย่าให้ แต่เมื่อพี่ชายของผู้ป่วยเข้ามาช่วยเหลือ สามีผู้ป่วยจึงยอมหย่า โดยบุตรชายทั้ง 2 คน อยู่ในความดูแลของผู้ป่วยและมารดาผู้ป่วย ซึ่งค่าใช้จ่ายในเรื่องการเรียน ค่าเลี้ยงดูบุตร สามีรับผิดชอบส่วนหนึ่ง

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเครียดมาก ปวดศีรษะบ่อย ๆ ทำงานไม่มีสมาธิ เหนื่อย เพลียง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คิดวนเวียนเรื่องที่หย่ากับสามีตลอดเวลา บางครั้งมีโอกาสดพบสามีกับภรรยาใหม่ ทำให้คิดมาก เมื่อกลับมาถึงบ้านจะแอบร้องไห้ในห้องนอนคนเดียว ไม่ให้บุตรชายและมารดาเห็น

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกายและโรคจิตอย่างร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัดและโรคประจำตัวอื่น ๆ ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมีใด ๆ ปฏิเสธอาการชัก

5. ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

- การคลอด มารดาดังครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการสมวัย
- การอบรมเลี้ยงดู บิดาและมารดาผู้ป่วยแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 ขวบ บิดาแต่งงานมีครอบครัวใหม่ มารดาต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูผู้ป่วยและพี่ชายโดยลำพัง มารดาเป็นคนอารมณ์ร้อน บ่นจู้จี้ ไม่ค่อยมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยคิดน้อยใจว่ามารดาไม่ค่อยรักตนเองเนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาในครอบครัว มารดามักจะปรึกษาเฉพาะพี่ชายของผู้ป่วย เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นผู้หญิง ไม่เข้มแข็งพอที่จะดูแลครอบครัวได้ ผู้ป่วยก็รักและเกรงใจพี่ชายเพราะพี่ชายต้องรับผิดชอบทำงานค้าขายช่วยมารดามาตลอด
- การเรียน เรียนจบระดับประกาศนียบัตรการศึกษาชั้นสูง ผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง สอบเข้ารับราชการครู สอนวิชาคหกรรม ในโรงเรียนระดับมัธยมต้น ประจำจังหวัดได้
- อุปนิสัย พุคน้อย เงียบขรึม ไม่กล้าแสดงออก คิดมาก เก็บกด ไม่ชอบสังคมกับคนอื่น เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ มักเก็บปัญหาไว้คนเดียว ไม่ระบายปรึกษาใคร
- การใช้สารเสพติด ปฏิเสธเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ แต่มักจะดื่มกาแฟทุกวันในตอนเช้าวันละ 1 แก้ว และเมื่อมีเรื่องเครียดคิดมากจะดื่มตอนกลางคืนเพิ่มอีก 1 แก้ว
- การสมรส ผู้ป่วยเคยมีคนรัก คบกันตั้งแต่เรียนหนังสือระดับประกาศนียบัตรการศึกษาชั้นสูง ตั้งใจจะแต่งงานใช้ชีวิตร่วมกัน ต่อมาช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับราชการในปีแรก คนรักของผู้ป่วยมีผู้หญิงคนใหม่ อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน และย้ายไปอยู่จังหวัดอื่น ทำให้ผู้ป่วยเสียใจและผิดหวังมาก ไม่คิดจะมีคนรักอีก ต่อมามารดาแนะนำให้รู้จักกับพี่ชาย ซึ่งต่อมาได้แต่งงานกับผู้ป่วย สามีผู้ป่วยมีอาชีพรับเหมาก่อสร้าง

ทั้งมารดาและพี่ชายผู้ป่วยต่างเห็นว่าเหมาะสมกันมาก ผู้ป่วยแต่งงานเมื่ออายุ 24 ปี สามีอายุมากกว่าผู้ป่วย 10 ปี มีบุตรชาย 2 คน อายุ 20 ปี และ 18 ปี ตามลำดับ บุตรชายคนโต เรียนมหาวิทยาลัยเปิด ชั้นปีที่ 3 ที่กรุงเทพฯ จะกลับมาเยี่ยมบ้านเมื่อปีภาคเรียน บุตรชายคนเล็กเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประจำจังหวัด เมื่อแต่งงานแล้วครอบครัวของผู้ป่วยยังอาศัยอยู่กับมารดา โดยสามีผู้ป่วยได้สร้างบ้านหลังใหม่ให้ ในบริเวณเดิมเพื่อเลี้ยงดูมารดา

6. ประวัติครอบครัว

บิดาผู้ป่วยอายุ 67 ปี อาชีพค้าขาย มารดา อายุ 65 ปี หลังจากบิดาแยกทางกับมารดาแล้ว ได้ย้ายไปอยู่จังหวัดทางภาคเหนือ ไม่ติดต่อกับครอบครัวผู้ป่วยอีก ผู้ป่วยมีพี่น้อง 2 คน พี่ชายอายุ 52 ปี อาชีพค้าขาย ปัจจุบันแต่งงาน แยกครอบครัวแล้ว ปู่กับย่าอยู่ใกล้กับบ้านผู้ป่วยและคอยดูแลผู้ป่วยและมารดาเป็นประจำ

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยอบอุ่นเนื่องจากบิดา – มารดาแยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 ขวบ มารดาต้องเลี้ยงดูพี่ชายผู้ป่วยและผู้ป่วย โดยมีอาชีพค้าขาย ไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ลูก ๆ เท่าที่ควร ประกอบกับฐานะทางครอบครัวไม่ดี มารดาผู้ป่วยต้องดิ้นรนจนกระทั่งส่งเสียให้พี่ชายผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และตัวผู้ป่วยเรียนจบระดับประกาศนียบัตรการศึกษาระดับชั้นสูง เมื่อบุตรทั้ง 2 คน เรียนจบมีงานทำแล้ว มารดาผู้ป่วยจึงเลิกค้าขายอยู่บ้านพักผ่อน ประกอบกับอายุที่สูงวัยขึ้น เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในครอบครัว คนที่มีบทบาทในการตัดสินใจมากที่สุด คือ พี่ชายของผู้ป่วย ทำให้มารดาและผู้ป่วยมีความเกรงใจในตัวพี่ชายผู้ป่วยมาก

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยและสามี ในช่วง 10 ปี แรกของการแต่งงาน ราบรื่นดี ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน รายได้เพียงพอทั้งของตัวผู้ป่วยและสามี ต่อมาเมื่อกิจการรับเหมาก่อสร้างของสามีก้าวหน้าดีขึ้น เริ่มมีปัญหาในเรื่องผู้หญิงเข้ามาติดพันสามี เมื่อผู้ป่วยถามสามีจะปฏิเสธทุกครั้งและบอกว่าเป็นลูกค้า ผู้ป่วยเริ่มระแวงไม่ไว้วางใจพฤติกรรมของสามี คอยติดตามดูพฤติกรรมของสามีตลอด โดยไม่ให้สามีทราบ ตอนหลังเมื่อสามีจับได้จึงไม่พอใจ มักบ่นให้ผู้ป่วยว่าคิดมาก คอยหึงหวง หวาดระแวง ไม่ไว้วางใจตนเอง รายได้ของสามีเริ่มลดน้อยลง โดยสามีผู้ป่วยอ้างว่ากิจการไม่ดี ทำให้มีเรื่องขัดแย้งกันตลอดเวลา ผู้ป่วยเองก็ไม่กล้าเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้มารดาและพี่ชายฟัง แม้แต่บุตรชายทั้ง 2 คน ผู้ป่วยก็ปิดบังไม่ให้ทราบเรื่องนี้ เก็บปัญหาไว้คนเดียวตลอด

7. การประเมินปัญหาด้านร่างกาย/จิตใจ/สังคม

7.1 ร่างกาย

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| - ศีรษะและอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย | ปกติ |
| - บาดแผลและการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย | ไม่พบ |
| - ความพิการ | ไม่พบ |

การให้การปรึกษาผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลได้พบผู้ป่วย จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1	วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2545	เวลา 10.00 – 11.20 น.
ครั้งที่ 2	วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2545	เวลา 10.00 – 11.10 น.
ครั้งที่ 3	วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2545	เวลา 10.30 – 11.30 น.
ครั้งที่ 4	วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2545	เวลา 10.30 – 11.30 น.
ครั้งที่ 5	วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2545	เวลา 10.00 – 11.10 น.

การให้การปรึกษาครั้งที่ 1 วันที่ 20 มีนาคม 2545 เวลา 10.00 - 11.20 น.

สถานที่ คลินิกให้การปรึกษา

แพทย์ส่งผู้ป่วยมารับการปรึกษา หลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจและรับยา ครั้งนี้พี่ชายของผู้ป่วยเป็นผู้พามาโรงพยาบาล

บุคลิกภาพทั่วไป

แต่งกายสะอาดเรียบร้อย เหมาะสมกับวัยและสภาพอากาศ สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางเศร้าหมอง ขณะสนทนาบางครั้งน้ำตาซึม พูดเสียงสั่น พูดซ้ำ มือทั้งสองข้างบีบกันแน่น

กระบวนการให้การปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย ลดความอึดอัดเมื่อพบพยาบาลเป็นครั้งแรก เกิดความไว้วางใจ ร่วมมือในการให้การปรึกษา

ขั้นปฏิบัติ : ได้นำทักษะการสร้างสัมพันธภาพมาใช้อย่างนี้

- Greeting พยาบาลกล่าวทักทาย กล่าวต้อนรับ แนะนำตัวเอง เชิญให้ผู้ป่วยนั่ง
- Small talk พยาบาลพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป ยังไม่เข้าสู่ประเด็นปัญหา โดยถามเกี่ยวกับการเดินทางมาโรงพยาบาล ว่า วันนี้มากับใคร เคยมารับบริการที่ห้องนี้หรือไม่รู้สึกอย่างไรที่แพทย์ส่งมารับบริการที่ห้องนี้

• Attending พยาบาลแสดงการใส่ใจ ให้ความสนใจผู้ป่วย โดยแสดงพฤติกรรมใส่ใจ ซึ่งประกอบด้วย SOLER ได้แก่

S = Squarly พยาบาลนั่งแบบมุมฉาก ไม่ประจันหน้ากับผู้ป่วย

O = Open พยาบาลมีท่าทีที่เปิดเผยพร้อมที่จะรับฟังปัญหา ความทุกข์ใจของผู้ป่วย นั่งคุยด้วยท่าที่ไม่ปิดกั้นตนเอง ไม่นั่งกอดอก

L = Lean พยาบาลนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย เป็นการแสดงท่าทีที่ตั้งใจรับฟังการพูดคุยของผู้ป่วย

E = Eye Contact พยาบาลสบตาในขณะที่พูดคุยอย่างเหมาะสม ไม่จ้องหน้ากระทั่งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัด

R = Relax พยาบาลมีท่าทีที่ผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด

- Opening พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย บอกเล่าถึงปัญหาความไม่สบายใจที่มาคลินิกให้การปรึกษาในครั้งนี้

ผลการปฏิบัติ ในช่วงแรก หลังจากพยาบาลกล่าวทักทาย เชิญให้ผู้ปวยนั่ง ผู้ป่วยสวัสดีและนั่งลงนั่งก้มหน้าไม่สบตา พยาบาลสังเกตเห็นผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมอง พูดน้อย ยังไม่ไว้วางใจพยาบาลเท่าที่ควร ไม่กล้าเปิดเผยปัญหา บอกว่า “ไม่สบายใจ มีเรื่องคิดมาก” จากนั้นผู้ป่วยนั่งเงียบ ไม่ยอมพูดต่อ พยาบาลได้แสดงการใส่ใจ สนใจผู้ป่วยและเข้าสู่ขั้นตอนตกลงบริการ

การตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงกระบวนการให้บริการในครั้งนี้ เกิดการเรียนรู้และทำให้การช่วยเหลือสัมฤทธิ์ผล

ขั้นปฏิบัติ พยาบาลทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นในการพูดคุยในวันนี้ และจุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษา โดยเริ่มต้นจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แล้วเชื่อมโยงไปสู่จุดมุ่งหมายของการให้บริการปรึกษา นอกจากนี้ได้ทำการตกลง เรื่องเวลา จำนวนครั้งของการปรึกษา บทบาท การรักษา ความลับ ตลอดจนประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ผลการปฏิบัติ ผู้ป่วยมีท่าทางผ่อนคลายขึ้น เข้าใจสิ่งที่พยาบาลพูดคุย เริ่มยอมรับและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการปรึกษา

2. การสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการในการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ซึ่งจะได้นำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นปฏิบัติ ได้นำทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การถาม การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การเงียบและการสรุปความมาใช้อย่างผสมผสานเป็นขั้นตอนและการเกาะรอย (Tracking) ติดตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

ผลการปฏิบัติ ในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง บอกพยาบาลว่าตนเองมีเรื่องคิดมาก ทำให้นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย เหมือนตัวเองไม่มีค่า พยาบาลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายสิ่งที่ไม่สบายใจออกมาให้มากที่สุด (Ventilate) โดยพยาบาลใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) และแสดงความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วย (Empathy) ยังไม่เร่งให้ผู้ป่วยเปิดเผยปัญหาได้ใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบาย “คุณรู้สึกไม่สบายใจ” เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยน้ำตาซึม มือทั้งสองข้างบีบกันแน่นและพูดว่า “ไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไรก่อน” พยาบาลใช้ทักษะการเงียบ (Silence) และสัมผัสมือ (Touching) เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ของผู้ป่วย ใช้ทักษะการทวนความ (Paraphrasing) เมื่อผู้ป่วยบอกเล่าปัญหาที่เป็นประเด็นสำคัญและตกลงในเรื่องความลับอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการพูดถึงปัญหาของตนเองยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความไว้วางใจมากขึ้น กล้าระบายในสาเหตุที่ทำ

ให้คิดมาก ไม่สบายใจ เมื่อพยาบาลแคะรอย ติดตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วย (Tracking) สรุปปัญหาได้ดังนี้

- **ปัญหานำ (Presenting Problem)** เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอาการทางกายผู้ป่วยมีอาการ ชี้นิ้วชี้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหนื่อยเพลียง่าย ซึ่งเป็นอาการนำมาสู่การขอรับการรักษาในโรงพยาบาล

- **สาเหตุของปัญหา ปัญหาที่แท้จริง (Underlying Problem)** ที่ก่อให้เกิดอาการคือ

1. การหย่าร้างกับสามี ผู้ป่วยยังทำใจให้ยอมรับไม่ได้ เกิดความรู้สึกสูญเสียและปรับตัวไม่ได้ อยาเพื่อนร่วมงานในโรงเรียน มักคิดโทษตนเองว่าตนเป็นคนอาภัพ สามีจึงไปมีผู้หญิงอื่น ทำให้ผู้ป่วย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในชีวิต ขาดที่พึ่ง คิดทำร้ายตนเองโดยการจะรับประทานยานอนหลับเกินขนาด แต่ยัง ไม่กล้าลงมือทำเนื่องจากกลัวไม่มีคนดูแลบุตรชาย หากตนเองเป็นอะไรไป

2. มีปัญหาการสื่อสารกับมารดา ซึ่งหลังจากหย่ากับสามีแล้ว ผู้ป่วยมักจะกลับบ้านต่ำกว่าปกติ โดยที่ผู้ป่วยไปเดินซื้อของคนเดียว หรือบางครั้งไปคุยกับเพื่อนรุ่นพี่ผู้หญิงที่สอนอยู่โรงเรียนเดียวกัน ซึ่ง นับถือเป็นที่สนิทและยังไม่มีครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่อยากกลับบ้าน ไม่อยากพบสิ่งแวดล้อมเดิมที่เคยมีสามีอยู่ด้วย แต่มารดาผู้ป่วยไม่เข้าใจ มักบ่นจู้จี้ กล่าวหาว่าผู้ป่วยชอบผู้ชายอื่น คิดจะแต่งงานใหม่ ไม่สนใจดูแลบุตรชายคนเล็ก ผู้ป่วยเองก็ไม่ได้บอกเหตุผลที่แท้จริงให้มารดาทราบ ทำให้มารดา และผู้ป่วยขาดการพูดคุยให้เข้าใจกัน

- **การประเมินโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**

โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2544)

วัตถุประสงค์ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยทราบอาการ พฤติกรรม ความรู้สึกและระดับอาการซึมเศร้า ของตนเอง รวมทั้งเป็นแนวทางในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนปฏิบัติ ในช่วงการสำรวจปัญหา พยาบาลได้ใช้การประเมินโรคซึมเศร้า โดยการ ใช้ทักษะการถามและการสังเกต และสิ่งที่ผู้ป่วยเปิดเผยปัญหาออกมา พยาบาลไม่ใช้วิธีการถามเป็นรายข้อ เมื่อรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน โรคซึมเศร้าเรียบร้อยแล้ว พยาบาลได้สรุปอาการ พฤติกรรมให้ ผู้ป่วยฟังเพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน

การแปลผล

จากการทำแบบประเมินโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยตอบ **มี** 4 ข้อ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก จึงได้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2544) มีทั้งหมด 4 ข้อ การแปลผลการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยตอบ **มี** 2 ข้อ หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือกำลังเป็นโรคซึมเศร้า (ผลการทำแบบประเมินดังกล่าว หน้า 51 – 53)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ.....นามสกุล.....
- ที่อยู่.....
- เพศ () ชาย (☒) หญิง อายุ 47 ปี
- การศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี
(☒) อื่น ๆ ระบุ ประกาศนียบัตรการศึกษาชั้นสูง
- อาชีพ () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย (☒) รับราชการ
() อื่น ๆ ระบุ.....
- สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () ม่าย (☒) หย่า/ร้าง
- ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า
หย่ากับสามี เนื่องจากสามีนอกใจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ มีความรู้สึกหรือมีอาการเหล่านี้ ซึ่งผิดไปจากปกติหรือไม่
"รู้สึกหดหู่ใจ ไม่มีความสุข เศร้าหมอง เกือบทุกวันหรือเกือบหน่ย ไม่อยากพบปะใครเลย"

ถ้าผู้รับบริการไม่มีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าวแสดงว่าไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า

และไม่ต้องทำการประเมินต่อไป แต่หากผู้รับบริการมีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าว ให้ประเมินโรคซึมเศร้าจากผู้รับบริการ โดยให้ตอบคำถามในแบบประเมินโรคซึมเศร้าให้ครบทุกข้อดังต่อไปนี้

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. น้ำหนักลด	☐	☒
2. นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย	☒	☐
3. วุ่นวายใจ หรือเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร	☒	☐
4. รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	☒	☐
5. รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกไม่มีค่า	☒	☐
6. รู้สึกขาดสมาธิ ตัดสินใจเรื่องง่าย ๆ ไม่ได้	☐	☒
7. มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อย ๆ	☐	☒

การแปลผลการประเมิน

ตอบ มี 1 หรือ 2 ข้อ หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า (ควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย)

ตอบ มี ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก (ควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย)

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. ที่อยู่.....
3. เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี
4. การศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย
 () รับราชการ () อื่น ๆ ระบุ.....
6. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/ร้าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1. สาเหตุที่ฆ่าตัวตาย.....
2. วิธีการ.....ว.ค.ป.....เวลา.....สถานที่.....
3. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย () ไม่มี (✓) มี

ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร ครั้งที่ 1 วิธีการ มีความคิดจะรับประทานยานอนหลับเกินขนาด
ยังไม่ลงมือทำ

ครั้งที่ 2 วิธีการ.....

ครั้งที่ 3 วิธีการ.....

ครั้งที่ 4 วิธีการ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินตามรายการต่อไปนี้

1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้
2. เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรังและอาการแย่ลง
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน
4. สูญเสียอวัยวะ หรือเจ็บป่วยร้ายแรงกะทันหัน

ถ้าผู้รับบริการมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในข้อ 1 - 4 ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป แต่ถ้าไม่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อ

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีเรื่องกดดัน คับแค้นใจ	☒	☐
2. ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง	☒	☐
3. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☒
4. กำลังคิดฆ่าตัวตายหรือกำลังคิดหาวิธีฆ่าตัวตาย	☐	☒

การแปลผลการประเมิน

- ตอบ มี ในข้อ 1 หรือ 2 หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังเป็นโรคซึมเศร้า

ผลของการประเมินหากท่านอยู่ในกลุ่มนี้ ควรได้รับการประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

- ตอบ มี ในข้อ 3 หรือ 4 หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก และควรได้รับการประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

หลังจากทำแบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว พยาบาลได้สืบค้นความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เนื่องจากประวัติผู้ป่วยเคยมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายมาก่อน โดยการรับประทานยานอนหลับเกินขนาด แต่ยังไม่ได้ลงมือทำเนื่องจากเป็นห่วงบุตรชายทั้ง 2 คน และจากการแปลผลแบบประเมินโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือกำลังเป็นโรคซึมเศร้าโดยพยาบาลสืบค้นจากภาวะอารมณ์ คำพูดของผู้ป่วย ตัวอย่างคำถามที่ใช้ที่ไม่จู้จี้ผู้ป่วย ได้แก่ "ขณะนี้คุณยังมีความคิดที่จะทำร้ายตัวเองอีกไหม" "ได้มีแผนใหม่ที่จะทำอย่างไร" "คิดใหม่ที่จะทำเมื่อไร" "ที่บ้านมีปืน มีเชือก หรือของมีคมไหม" "ซัวยามาสะสมไว้ไหม" (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544) หลังจากผู้ป่วยนั่งคิดพิจารณาสักพัก ผู้ป่วยบอกว่า เคยมีความคิดอยากกินยานอนหลับโดยไม่ต้องตื่นมารับรู้อะไรอีก ในช่วงที่ไม่สบายใจเรื่องสามีและคิดว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง แต่เมื่อคิดถึงลูก ทำให้ความคิดทำร้ายตัวเองหยุดไปได้ ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังว่า ในเวลาที่อยู่คนเดียวแล้วคิดอะไรไม่ออกนั้น คิดแต่อยากตาย รู้สึกทรมาร กอดนอนมาก มองไปทางไหนก็ไม่มีทางออกเหมือนชีวิตขาดที่พึ่งแล้ว เมื่อคิดทบทวนถึงลูก กลัวว่าหากตนเองตายไป ลูกจะอยู่อย่างไร หากต้องไปอยู่กับบิดาและแม่เลี้ยง จุดนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดทำร้ายตัวเองอีก และปฏิเสธความคิดที่จะฆ่าตัวตาย พยาบาลได้ใช้ทักษะการให้กำลังใจ(Support) และปลอบใจ สร้างความหวังช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤติต่าง ๆ แต่หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็ง จะช่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้

หลังจากสำรวจปัญหาของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกัน แกะรอย (Tracking) ติดตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและได้ทำความเข้าใจปัญหาตรงกันแล้ว พยาบาลได้สำรวจความต้องการความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาได้ ดังนี้

1 การหย่าร้างกับสามี การปรับตัว การทำใจให้ยอมรับเรื่องสูญเสียนี้ไม่ได้ ยอมรับว่า คิดมากที่สามีไปอยู่กินกับผู้หญิงคนใหม่ จนถึงขั้นเบื้อหน้าย ท้อแท้ ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังถึงประสบการณ์ในอดีตเรื่องคนรักเก่าทิ้งไปมีผู้หญิงอื่น เมื่อแต่งงานแล้ว คาดหวังว่าชีวิตคู่จะต้องสมบูรณ์ มีบุตร มีสามี มีหน้าที่การงานที่มั่นคง ผู้ป่วยบอกว่าตนเองทุ่มเทเพื่อครอบครัวมาตลอด เป็นแม่บ้านที่ดี รับผิดชอบทั้งหน้าที่การงานและงานในบ้าน ดูแลสามีและลูกอย่างเต็มที่ เมื่อเกิดเหตุการณ์แตกร้างขึ้นในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับสามี จนต้องหย่าร้างกัน ประกอบกับผู้ป่วยคิดถึงเรื่องที่กำลังทำร้ายบิดาตั้งแต่เด็ก บิดาทอดทิ้งมารดาผู้ป่วยและพี่ชายไปแต่งงานใหม่ ผู้ป่วยจึงโทษว่าตนเองเป็นคนอาภัพในเรื่องความรัก ไม่สมหวังตามที่คิดอยากจะเป็น ถูกทุกคนที่ตนเองรักทอดทิ้งไปหมด เมื่อเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ๆ คล้ายกับในอดีต จึงทำใจให้ยอมรับไม่ได้ รู้สึกสูญเสีย ขณะนี้มีความต้องการที่จะไม่ให้คิดหมกมุ่น วนเวียน คิดมากกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ไม่รู้จะจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก ตนเองอย่างไร ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือให้ตนมีทางออกที่ดี

2. ปัญหาการสื่อสารกับมารดา ผู้ป่วยต้องการให้มารดาเข้าใจและรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ไม่ต้องการให้บ่นจู้จี้คอยจับผิดเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก ต้องการให้รับฟังเหตุผลที่ผู้ป่วยทำ เช่น ในเรื่อง ที่กลับบ้านช้ากว่าปกติ ไม่ต้องการให้มารดากล่าวโทษผู้ป่วยว่าคิดที่จะมีผู้ชายใหม่

เมื่อพยาบาลได้สำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ได้สรุปปัญหาให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตรงกันกับพยาบาล ผู้ป่วยยอมรับและมีความต้องการ มีแรงจูงใจในการที่จะวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน กับพยาบาลต่อไป

3. การวางแผนแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและได้ระบาย ความรู้สึก กล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงอย่างมีเหตุผล

จากการพูดคุยและสำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการต่อปัญหา ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลเข้าใจ ปัญหาตรงกัน ได้ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลได้ให้ผู้ป่วยเลือกว่าต้องการที่จะแก้ไขปัญหา ไດก่อน ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้ หลังจากผู้ป่วยคิดเรียบไปสัปดาห์ พยาบาลได้ใช้ทักษะเงียบ (Silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พิจารณารวบรวมความคิด ผู้ป่วยก็สามารถบอกความต้องการที่จะแก้ไขปัญหาลำดับแรกก่อนคือเรื่องการปรับตัวทำใจยอมรับเรื่องการหย่า กับสามี เนื่องจากไม่อยากคิดมาก คิดวนเวียน หมกมุ่น ทำให้คิดโทษตนเองว่าเป็นคนโชคร้าย อากัพ เมื่อคิดมาก ๆ จะนอนไม่หลับ ท้อแท้ เบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร

สรุปแนวทางการช่วยเหลือในการให้การปรึกษาครั้งที่ 1

- พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ความรู้สึก ความคับข้องใจ (Ventilate) อย่างเต็มที่ โดยพยาบาลรับฟังอย่างใส่ใจ (Active listening) ยอมรับในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยโดยไม่ มีเงื่อนไข (Unconditional Positive regard) เน้นสัมพันธภาพที่ดีมีท่าทางที่อบอุ่น จริงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย เข้าใจตนเองและไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น

- ทักษะการให้กำลังใจ (Support) พยาบาลเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา (Empathy) สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตนเอง มีกำลังใจที่จะปรับปรุงตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง เข้าใจว่าอะไรคืออุปสรรคที่บั่นทอนจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ได้ค้น หาศักยภาพในตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีบุตรชาย 2 คน ที่ผู้ป่วยรักมากเป็นที่ยึดเหนี่ยวเมื่อเกิดความท้อแท้ คิดทำร้ายตัวเอง เมื่อคิดถึงบุตรชาย จะทำให้ผู้ป่วยหยุดความคิดนั้นได้ มีมารดาที่ผู้ป่วยดูแลด้วยความ กตัญญูและพยาบาลยังได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นว่าผู้ป่วยมีหน้าที่การงานที่มั่นคง เป็นที่ไว้วางใจของผู้ บังคับบัญชาและเป็นที่รักของเพื่อนร่วมงาน

- การปรับความคิด ความคิดเป็นตัวก่อให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ต่าง ๆ ได้ บางทีเหตุการณ์เดียวกันแต่ถ้าคนเราคิดต่างกัน ย่อมก่อให้เกิดทุกข์มากน้อยต่างกัน หากรู้ตัวว่า ชอบคิดให้ตัวเองเกิดความทุกข์ ควรจะหาทางปรับเปลี่ยนแนวความคิดใหม่ เพื่อให้จิตใจเป็นสุข สำหรับ ผู้ป่วยเป็นคนที่เก็บกดความรู้สึก มักคิดโทษตนเองว่าเป็นคนอากัพ โชคร้าย ไม่สมหวังในชีวิตครอบครัว

ทำให้ยอมรับกับเหตุการณ์สูญเสีย แยกทางกับสามีไม่ได้ เก็บเอาสิ่งที่เคยเกิดขึ้นในอดีตทั้งเรื่องบิดาแยกทางกับมารดา เรื่องคนรักนอกใจมีผู้หญิงอื่น มาเปรียบเทียบกับสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ข้ำเติมความรู้สึกของตนเองให้ทุกข์มากขึ้น พยาบาลได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแนะนำการปรับแนวคิดที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เป็นสุขโดย (กรมสุขภาพจิต, 2540)

1. การมองปัญหาในแงุ่มใหม่ ไม่คิดโทษตนเอง เพราะทำให้ความรู้สึกของตนเองแย่ลงและรู้สึกไร้คุณค่า ช่วยให้ผู้ป่วยได้มองตนเองใหม่ ให้เกิดความคิดในเชิงบวก (Positive thinking) ยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัด (Clarification) กับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยยอมรับว่าปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งด้านตัวสามีเอง ตัวผู้ป่วย เมื่อเกิดขึ้นแล้วควรทำใจยอมรับ ไม่คิดลงโทษตนเอง และควรอยู่กับปัจจุบัน (Here and now) ไม่เอาเหตุการณ์ในอดีตมาซ้ำเติมบั่นทอนจิตใจตนเองยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวตนตามสภาพความจริงของตนเอง ที่อาจไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้ และคิดว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นนี้ หากสามารถผ่านพ้นเอาชนะได้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นคนเข้มแข็ง เพื่อจะได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น

2. การมองข้อดี ข้อเด่นของตนเองให้พบเพื่อจะได้รู้สึกชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง พยาบาลได้ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาจุดเด่นของตนเอง คือ การที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การเป็นคนรักลูกและกตัญญูเลี้ยงดูมารดาที่อายุมากแล้วมาโดยตลอด ซึ่งเป็นจุดหนึ่งที่เป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งการปรับแนวคิดในเรื่องการมองคนที่มีความปัญหาหนักกว่า ทุกข์กว่า จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิต สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาค้นพบและเมื่อปัญหาผ่อนคลายลงแล้ว จะช่วยให้มองเห็นเป้าหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้ได้

● ทักษะการให้คำแนะนำ (Suggestion) ในเรื่องการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1. พยาบาลได้ใช้ทักษะการให้คำแนะนำในเรื่องการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือมีความเครียดมากขึ้น โดยประเมินวิธีการเดิมที่ผู้ป่วยเคยใช้ คือ เมื่อทุกข์ใจมาก ๆ ผู้ป่วยจะระบายพูดคุยกับรุ่นพี่ที่สนิทกัน การไปเดินซื้อของคนเดียว แต่ก็ช่วยผ่อนคลายได้ในระดับหนึ่ง พยาบาลได้สนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติในเรื่องของการพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ รวมทั้งพูดคุยกับคนใกล้ชิดได้แก่ มารดาหรือบุตรชาย ซึ่งอาจพูดคุยในเรื่องทั่ว ๆ ไป หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่ออยู่ที่บ้าน และการที่ไม่ได้ระบายความทุกข์ออก ต้องเก็บไว้คนเดียว จะทำให้รู้สึกอึดอัด หากได้พูดให้คนอื่นรับรู้ความทุกข์ ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในจิตใจจะลดน้อยลงได้ และทำให้มองเห็นทางที่จะแก้ไขปัญหาลง่ายขึ้น

2. การหากิจกรรมทำเมื่อมีเวลาว่างจากอาชีพประจำของผู้ป่วย เพื่อเป็นการดึงความคิดเกี่ยวกับความคิดหมกหมุ่นไม่สบายใจออกไปจากตนเอง และช่วยให้หลุดพ้นจากวังวน ความคิดด้วยตนเอง เช่น การทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ หรือออกกำลังกาย ที่ผู้ป่วยชอบและถนัด ซึ่งผู้ป่วยเคยใช้วิธีการเดินออกกำลังกาย และการเดินแอโรบิก โดยเพื่อนรุ่นพี่ที่สนิทกันชวนและแนะนำ ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ประมาณ 1 เดือน ช่วงที่เริ่มคิดมาก กลุ่มใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของสามี หลังจากนั้นก็ได้ทำอีก เนื่องจากไม่มีกำลังใจ ห่อ

แก้ปัญหของตนเอง เมื่อพยาบาลแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย โดยเลือกวิธีการที่ชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง และควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 - 30 นาที อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 10 - 12 สัปดาห์ติดต่อกัน หรือประมาณ 3 เดือน ช่วยรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างดี (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544) หลังจากผู้ป่วยรับฟังแล้วจึงเลือกวิธีการเดินแอโรบิค เพราะผู้ป่วยชอบและมีเพื่อนที่จะได้พูดคุยกัน อีกทั้งผู้ป่วยบอกว่าวิธีนี้ทำให้เหนื่อยเร็วกว่าการเดิน กลางคืนจะได้นอนหลับได้ดีขึ้น คิดว่าจะนำไปปฏิบัติในช่วงเย็นหลังเลิกงาน ซึ่งมีเวลาว่างที่สามารถทำได้และสถานที่ออกกำลังกายเป็นโรงเรียนประจำชุมชนที่มีทีมครูเป็นผู้นำกิจกรรมเดินแอโรบิค อีกทั้งไม่ไกลจากบ้าน ผู้ป่วยสามารถเดินทางไป - มา ได้สะดวก

4. การยุติบริการและนัดติดตามผล

วัตถุประสงค์

- เพื่อตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยและแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติต่อไป
- เพื่อนัดติดตามผล หลังจากผู้ป่วยนำแนวทางแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ

ขั้นปฏิบัติ

พยาบาลใช้ทักษะการสรุปความ (Summarizing) โดยให้ผู้ป่วยสรุปถึงเรื่องที่พูดคุยกันมา ทำให้ชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ ที่คุยกัน เนื่องจากการสรุปช่วยให้เห็นภาพทั้งหมดและเป็นการย้ำประเด็นสำคัญ ๆ ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการคิดของผู้ป่วย หลังจากสิ้นสุดการปรึกษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ได้เมื่อมารับบริการที่คลินิกให้การปรึกษาในครั้งนี้ รวมถึงสิ่งที่จะนำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้าน พยาบาลได้สรุปเพิ่มในส่วนที่ขาดและนัดวันประเมินผลหลังจากผู้ป่วยนำวิธีการวางแผนแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ หลังจากพบกันครั้งนี้อีก 1 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับวันที่พยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกให้การปรึกษาและผู้ป่วยสามารถมาตามนัดได้ พยาบาลสังเกตเห็นผู้ป่วยมีสีหน้า แววตาสดชื่นขึ้น คำพูด น้ำเสียง แสดงความมั่นใจ มีความหวังว่าตนเองจะอาการดีขึ้น ก่อนกลับพยาบาลได้พูดคุยในเรื่องทั่วไป (Small talk) และให้กำลังใจผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งในการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มาพบพยาบาลก่อนวันนัดได้หากมีเรื่องไม่สบายใจ ก่อนยุติ Session นี้ พยาบาลได้ตระหนักถึงการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง จึงได้ขอพบพี่ชายของผู้ป่วยและให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลประเมินจากสีหน้า ท่าทาง พบว่า พี่ชายมีความห่วงใยและเต็มใจร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1. โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย เป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง สามารถรับประทานยาแล้วทุเลาได้เหมือนโรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อรักษาหายแล้วผู้ป่วยจะเป็นปกติเหมือนเดิมก่อนป่วย

2. โรคซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยที่ครอบครัวควรให้ความเห็นใจ เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วย เผื่ออุอาการใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว ดูแลทางด้านจิตใจ ดูแลการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เป็นที่รับฟังระบายเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจและควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

3. ควรเก็บสิ่งต่าง ๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตาย เช่น ปืน สารเคมี เชือก มีด ของมีคม หรืออาวุธอื่น

4. โรคซึมเศร้าสามารถป้องกันได้ถ้าปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักดูระบายเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ สามารถรักษาให้หายด้วยการรับประทานยาแก้ซึมเศร้าร่วมกับการดูแลทางจิตใจจะได้ผลดี

5. ผู้ป่วยและญาติควรสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากรับประทานยาแก้โรคซึมเศร้า คือ อาการง่วงนอน มึนงง ควรระวังเรื่องอุบัติเหตุ การเดินข้ามถนนคนเดียว อาการคอแห้ง ปากแห้ง ขมปาก ท้องผูก ให้ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานผัก ผลไม้หรือจิบน้ำมะนาว หากมีอาการตาพร่ามัวและอาการซึมเศร้าไม่ดีขึ้นหลังรับประทานยา 2 – 4 สัปดาห์ ควรรับพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับยาให้เหมาะสม

6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคม จิตใจ เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หรือสถานเอนกามัยใกล้บ้าน คลินิกให้การปรึกษา คลินิกคลายเครียดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หากผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด

ประเมินผลการให้การปรึกษา ครั้งที่ 1

ในการให้การปรึกษารั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยพบพยาบาลครั้งแรก ยังไม่ไว้วางใจพยาบาลเท่าที่ควร ไม่กล้าเปิดเผยปัญหา หลังจากพยาบาลสร้างสัมพันธภาพโดยเน้นบรรยากาศที่อบอุ่น ท่าทางการแสดงออกที่จริงใจ ใส่ใจ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจ ร่วมมือในการให้การปรึกษามากขึ้น

1. ผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจ สิ่งที่ทำให้คิดมากและเกิดความไม่สบายใจเป็นการช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ในระดับหนึ่ง

2. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ต้องการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับพยาบาล

3. ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ตนเองกำลังประสบอยู่

การให้การปรึกษารั้งที่ 2 วันที่ 27 มีนาคม 2545 เวลา 10.00 - 11.10 น.

สถานที่ คลินิกให้การปรึกษา

พี่ชายเป็นผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ได้มาพบพยาบาลที่คลินิกให้การปรึกษตามนัด พยาบาลให้บริการตามขั้นตอนการให้การปรึกษา

1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยกล้าระบายปัญหาความคับข้องใจที่ยังคงอยู่ และผู้ป่วยเข้าใจในการให้การปรึกษารั้งนี้

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลทักทายผู้ป่วย ถามถึงความรู้สึกช่วงที่อยู่บ้านและตกลงเรื่อง และเวลาที่จะพูดคุยกันในครั้งนี้ สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีท่าทางอึดอัด ขึ้นเคยไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น พยาบาลจึงไม่เน้นเรื่องความลับและบทบาท สีน้าผู้ป่วยยังไม่สดชื่นเท่าที่ควร ยังพูดน้อย พยาบาลได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึกขณะอยู่ที่บ้าน โดยพยาบาลแสดงการใส่ใจ (Attending) และรับฟังด้วยความเต็มใจ (Listening)

2. สํารวจปัญหา สาเหตุและความต้องการในการแก้ไขปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขและติดตามผลการให้การปรึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปจากการพบกันครั้งที่แล้ว คุยเรื่องอะไรกันบ้าง การปฏิบัติในสิ่งที่พูดคุยกันตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นและ สํารวจปัญหาเพิ่มเติมมีเรื่องอะไรที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ต้องการแก้ปัญหายังไง เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขร่วมกัน

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลใช้ทักษะการสรุปความ (Summarizing) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้สรุปสิ่งที่ได้และนำไปปฏิบัติ จากการพบกันครั้งที่ 1 ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นสํารวจปัญหา ผู้ป่วยสามารถสรุปได้ถูกต้องและได้ผลการปฏิบัติดังนี้

ผู้ป่วยบอกว่า หลังจากพูดคุยกับพยาบาลแล้ว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้ทบทวนถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตนเองมีอาการซึมเศร้า คือ ถูกสามีทอดทิ้ง เมื่อได้ระบายความอึดอัดให้พยาบาลรับฟัง รู้สึกสบายใจขึ้น เข้าใจและยอมรับปัญหามากขึ้น

หลังจากได้กำลังใจจากพยาบาล ผู้ป่วยได้มองเห็นคุณค่าในตนเอง สิ่งดี ๆ ที่มีในตัว ผู้ป่วย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจสอนหนังสือ รับผิดชอบงานในหน้าที่ การดูแลมารดา ดูแลบุตรชาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ แต่ในบางครั้งผู้ป่วยยังคิดวนเวียนสิ่งที่เกิดขึ้นในเรื่องสามีไม่ได้ ผู้ป่วยพยายามไม่หมกมุ่น ไม่จมอยู่กับความคิด กับเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจ ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการพูดคุย ระบายความไม่สบายใจกับเพื่อนสนิทคนเดิมเมื่อมีโอกาสดูพบกัน เนื่องจากช่วงนี้เป็นฤดูกาลปิดเทอม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยพักผ่อนอยู่ที่บ้าน พร้อมกับบุตรชายคนเล็กที่ปิดเทอมเช่นกัน แต่ไม่ได้เล่าเรื่องที่ตนไม่สบายใจให้บุตรชายฟัง ส่วนปัญหากับมารดา ยังคงอยู่เช่นเดิม มารดา ยังบ่นว่าให้ผู้ป่วยที่เห็นออกจากบ้านในช่วงเย็น ซึ่งผู้ป่วยได้เริ่มไปออกกำลังกาย โดยไม่ได้บอกรายละเอียดให้มารดาเข้าใจ เพราะคิดว่าพูดไปมารดาก็ไม่รับฟังตนเองเช่นเดิม และน้อยใจว่ามารดาไม่ค่อยรักตนเอง

เรื่องการปรับแนวคิด เมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีเวลาพิจารณาทบทวนถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าตนเองเก็บเอาความคิด ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตและปัจจุบันมารวมกัน ทำให้เป็นทุกข์มากยิ่งขึ้น และความผิดหวังที่เกิดขึ้นจากความต้องการให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขสมบูรณ์ แต่ไม่เป็นตามที่คาดหวัง จึงทำให้เจ็บป่วยในครั้งนี้ ขณะนี้มีความตั้งใจที่จะเอาชนะความรู้สึกเหล่านี้ให้ได้ แต่ต้องใช้เวลาในการที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น ไม่ให้จมอยู่กับความทุกข์หรืออาการซึมเศร้านี้ พยาบาลได้ให้กำลังใจ (Support) และชื่นชมที่ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นและยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามาจากสาเหตุใด

เรื่องการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่ออยู่ที่บ้าน นอกจากการระบายปัญหาให้เพื่อนสนิทรับฟังแล้ว ผู้ป่วยยังเลือกใช้วิธีการออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิค โดยเริ่มปฏิบัติได้ 3 วันแล้ว ผลการปฏิบัติยังรู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง จิตใจยังคิดหมกมุ่น คิดเรื่องหย่ากับสามี แต่กลางคืนสังเกตว่าตนเองหลับได้ช่วงเวลานานขึ้นจากเดิมที่หลับ ๆ ตื่น ๆ รับประทานอาหารได้มากขึ้นกว่าเดิม แต่ยังมีอาการปวดศีรษะ มึนงง ต้องรับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอลทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด

สรุปอาการปัญหาที่ยังคงอยู่ของผู้ป่วย คือ ยังมีอาการเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง จิตใจหมกมุ่น คิดเรื่องหย่ากับสามี ปวดศีรษะ มึนงง ซึ่งจากสิ่งที่ผู้ป่วยบอกนี้พยาบาลได้รวบรวมและประเมินตามแบบประเมินซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย พร้อมสรุปอาการให้ผู้ป่วยฟังเพื่อความเข้าใจตรงกัน การแปลผลแบบประเมิน พบว่า ผู้ป่วยตอบ มี 3 ข้อ หมายถึง ยังมีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก พยาบาลนำผลการประเมินที่ได้เพื่อวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป สืบค้นความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย ดังแบบประเมิน หน้า 61 - 63

แบบประเมินโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ.....นามสกุล.....
- ที่อยู่.....
- เพศ () ชาย () หญิง อายุ 47 ปี
- การศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี
() อื่น ๆ ระบุ
- อาชีพ () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย () รับราชการ
() อื่น ๆ ระบุ.....
- สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () ม่าย () หย่า/ร้าง
- ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า
.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ มีความรู้สึกหรือมีอาการเหล่านี้ ซึ่งผิดไปจากปกติหรือไม่
"รู้สึกหดหู่ใจ ไม่มีความสุข เศร้าหมอง เกือบทุกวันหรือบ่อยหนักรู้สึกไม่อยากพบปะใครเลย"

ถ้าผู้รับบริการไม่มีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าวแสดงว่าไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้า

และไม่ต้องทำการประเมินต่อไป แต่หากผู้รับบริการมีความรู้สึกหรืออาการดังกล่าว ให้ประเมินโรคซึมเศร้าจากผู้รับบริการ โดยให้ตอบคำถามในแบบประเมินโรคซึมเศร้าให้ครบทุกข้อดังต่อไปนี้

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. น้ำหนักลด	☐	☒
2. นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย	☒	☐
3. วุ่นวายใจ หรือเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร	☒	☐
4. รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	☒	☐
5. รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกไม่มีค่า	☐	☒
6. รู้สึกขาดสมาธิ ตัดสินใจเรื่องง่าย ๆ ไม่ได้	☐	☒
7. มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อย ๆ	☐	☒

การแปลผลการประเมิน

ตอบ มี 1 หรือ 2 ข้อ หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า (ควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย)

ตอบ มี ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก (ควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย)

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. ที่อยู่.....
3. เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี
4. การศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ () เกษตรกรรม () รับจ้าง () ค้าขาย
 () รับราชการ () อื่น ๆ ระบุ.....
6. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/ร้าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

1. สาเหตุที่ฆ่าตัวตาย.....
2. วิธีการ.....ว.ค.ป.....เวลา.....สถานที่.....
3. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย () ไม่มี (✓) มี
ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร ครั้งที่ 1 วิธีการ มีความคิดจะรับประทานยานอนหลับเกินขนาด
ยังไม่ลงมือทำ
ครั้งที่ 2 วิธีการ.....
ครั้งที่ 3 วิธีการ.....
ครั้งที่ 4 วิธีการ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินตามรายการต่อไปนี้

1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้
2. เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรังและอาการแย่ลง
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน
4. สูญเสียอวัยวะ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังแรงกดดัน

ถ้าผู้รับบริการมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในข้อ 1 - 4 ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป แต่ถ้าไม่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีเรื่องกดดัน คับแค้นใจ	☐	☒
2. ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง	☒	☐
3. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☒
4. กำลังคิดฆ่าตัวตายหรือกำลังคิดหาวิธีฆ่าตัวตาย	☐	☒

การแปลผลการประเมิน

- ตอบ มี ในข้อ 1 หรือ 2 หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือกำลังเป็นโรคซึมเศร้า

ผลของการประเมินหากท่านอยู่ในกลุ่มนี้ ควรได้รับการประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

- ตอบ มี ในข้อ 3 หรือ 4 หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมาก และควรได้รับการประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

หลังจากสรุปผลตามแบบประเมินให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่ยังคงมีอยู่ในช่วง สัปดาห์นี้ให้ผู้ป่วยทราบแล้ว พยาบาลสังเกตเห็นผู้ป่วยมีท่าทางกังวล ก้มหน้า จึงใช้ทักษะการสะท้อน ความรู้สึก (Reflection of feeling) "ดูท่าทางคุณยังมีเรื่องกังวลใจ ไม่สบายใจนะคะ" เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและระบายปัญหาออกมา ผู้ป่วยยอมรับว่าช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาขณะอยู่บ้าน รู้สึกเครียดในเรื่อง ปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง กังวลว่าปัญหายังคงอยู่ไม่หายไป ถึงแม้จะได้ทำตามทีพุดคุยกับพยาบาลแล้ว พยาบาลรับฟังด้วยความเห็นใจ และปลอบใจผู้ป่วย (Psycho Support) "ดิฉันเข้าใจในเรื่องความไม่สบายใจของคุณ เชื่อว่าถ้าใครพบเรื่องเช่นนี้ก็คงเป็นแบบคุณ แต่เวลาจะช่วยให้เรื่องที่คุณทุกข์ใจนี้ผ่อนคลายลงได้" พร้อมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยทำทั้งด้านความคิด การกระทำที่ผู้ป่วยพยายามอยู่ขณะนี้ให้ปฏิบัติต่อไป และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นว่า ผู้ป่วยเริ่มยอมรับและเข้าใจตนเองมากขึ้น มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี พยาบาลได้สรุปปัญหา (Summarizing) ที่ยังคงเหลืออยู่ เพื่อหาแนวทางวางแผน แก้ไขร่วมกันต่อไป

1. กังวลกลัวว่าปัญหาที่ตนเองคิดมากเรื่องความสูญเสียนี้จะไม่ลดน้อยลง

2. ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและมารดา ทำให้ไม่เข้าใจกัน

เมื่อสำรวจความต้องการต่อปัญหาแล้ว ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะแก้ไขให้ปัญหาหมดไป เนื่องจากปัญหาทั้ง 2 เรื่องนี้ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายที่ยังคงอยู่ คือ ปวดศีรษะ เหนื่อย เพลีย ความคิดหมกมุ่น กังวล นอนไม่หลับในบางคืน

3. การวางแผนแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหายังคงอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยให้มีแนวทางออกที่ดีและเหมาะสม

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลประเมินแล้ว พบว่า ปัญหาทั้ง 2 เรื่องนี้ สามารถวางแผนแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยได้ภายใน Session นี้ ในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อปัญหา กลัวว่าถึงแม้จะปฏิบัติตามทีพุดคุยกันกับพยาบาลจาก Session ที่ 1 แล้ว ปัญหายังคงอยู่ พยาบาลมีแนวทางช่วยเหลือดังนี้

1. ทักษะการให้กำลังใจ (Support) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อไป ทั้งในเรื่องการปรับแนวคิด มองปัญหาทางบวก มองหาข้อดี ข้อเด่นของตนเอง เพื่อเป็นกำลังใจให้ตนเองในการดำเนินชีวิตและที่สำคัญให้ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิตตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วยเอง (Self - Actualization) พยาบาลได้ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อในเรื่องการหากิจกรรมทำยามว่าง ระบายปัญหาให้คนที่ไว้วางใจรับฟังเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิกที่ผู้ป่วยตั้งใจปฏิบัติอยู่ขณะนี้ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป

2. จากการประเมินอาการที่ผู้ป่วยบอก สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ เหนื่อย เพลีย ไม่มีสมาธิ เนื่องจากวิตกกังวลต่อปัญหา พยาบาลจึงให้คำแนะนำ (Suggestion) ในเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) โดยใช้เทปประกอบในการฝึก ใต้ให้ผู้ผู้ป่วยทดลองฝึก การผ่อนคลาย

คลายกล้ามเนื้อซึ่งมีหัวใจสำคัญ อยู่ที่ผู้ปวยรู้สึกเกร็งและผ่อนคลาย รับรู้ได้แต่สิ่งที่ต้องการให้รับรู้ คือ การคลายเมื่อมีความเครียด เป็นเทคนิคที่สามารถกำจัดความเครียดทางใจที่ปรากฏออกมาอยู่ตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ ตลอดจนนอนไม่หลับ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2528)

การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (กรมสุขภาพจิต, 2539) กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกันคือ

1. แขนขวา
2. แขนซ้าย
3. หน้าผาก
4. ตา แก้ม และจมูก
5. ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น
6. คอ
7. ออกหลังและไหล่
8. หน้าท้องและก้น
9. ขาขวา
10. ขาซ้าย

วิธีการฝึกมีดังนี้

- นั่งในท่าที่สบาย
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่ สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อย ๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือและเกร็งแขนทั้งซ้ายและขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผากใช้วิธีเลิควัดให้สูงหรือขมวดคิ้วจนชิดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี๋ ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย
- คอ โดยการก้มหน้าให้ตางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับไปสู่ท่าปกติ
- ออกหลังและไหล่ โดยหายใจเข้าลึก ๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีเขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวา แล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้นครั้งต่อไปเมื่อเครียดและกล้ามเนื้อเกร็งจะได้รู้ตัวและรีบผ่อนคลายโดยเร็วก็จะช่วยได้มาก

หลังจากที่พยาบาลให้ผู้ป่วยทดลองฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่อนคลายตัว รู้สึกสบายขึ้น พยาบาลจึงแนะนำให้ฝึกเป็นประจำทุกวันเมื่ออยู่ที่บ้าน อาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยว่างหรือช่วงก่อนนอนก็ยังดี จะทำให้ร่างกายผ่อนคลายได้ดีในขณะนอนหลับ จึงควรมีเวลาให้กับการฝึกเทคนิคนี้ประมาณ 10 - 20 นาที ในสัปดาห์แรกควรทำทุก ๆ ส่วนของกล้ามเนื้อดังกล่าว ต่อมาอาจปรับเปลี่ยนการฝึกเกร็ง - ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเฉพาะบางส่วนที่ผู้ป่วยเห็นเหมาะสม

แนวทางช่วยเหลือในปัญหาขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและมารดา

สำหรับปัญหาเรื่องการขัดแย้งกับมารดา เกิดจากการขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและมารดา ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะแก้ไขปัญหานี้ ต้องการที่จะให้มารดามาโรงพยาบาลด้วยเพื่อพูดคุยกับพยาบาล แต่มารดาอายุมากแล้ว เดินทางลำบาก พยาบาลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคให้คำแนะนำเรื่องการฝึกการสื่อสารทางบวก (Communication Training) โดยฝึกให้ผู้ป่วยใช้การสื่อสารแบบ I - message ให้ผู้ป่วยบอกถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของตนเองแก่มารดาทราบ รวมทั้งสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องกลับบ้านเร็วกว่าปกติเพื่อให้มารดาเข้าใจและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานสนใจ ดูแลเอาใจใส่ หลังจากรับฟังแล้ว ผู้ป่วยบอกว่าจะทดลองนำไปปฏิบัติแต่ไม่มั่นใจว่าวิธีการนี้จะได้ผลอย่างไร ผู้ป่วยต้องการให้มีบุคคลที่มารดาเกรงใจ เป็นคนช่วยพูดคุยให้เข้าใจยิ่งขึ้น คือ พี่ชายของผู้ป่วยซึ่งมาวันนี้ด้วย ผู้ป่วยจึงขอให้พยาบาลพูดคุยกับพี่ชายเพื่อให้เข้าใจตัวผู้ป่วยและให้พูดคุยกับมารดาให้ด้วย หลังจากพูดคุยกับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจึงได้เชิญพี่ชายของผู้ป่วยมารับฟังในปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ทบทวนจากการพูดคุยกันครั้งแรกถึงแนวทางช่วยเหลือและบทบาทของญาติที่สามารถทำได้ รวมถึงการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าชัดเจน เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย พยาบาลประเมินจากการพูดคุยของพี่ชายผู้ป่วยแล้ว พบว่า พี่ชายมีความรักความห่วงใย ตัวผู้ป่วย เต็มใจที่จะช่วยเหลือในสิ่งที่พยาบาลได้ให้คำแนะนำ รวมทั้งเรื่องที่จะต้องพูดคุยกับมารดาให้เข้าใจในตัวผู้ป่วย

4. การยุติการปรึกษา

วัตถุประสงค์ ทำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในการให้การศึกษาครั้งนี้ และทักษะที่จะนำไปปฏิบัติ

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกันในครั้งนี้ (Summarizing) ผู้ป่วยสามารถสรุปได้และมีความมั่นใจมากขึ้นในการที่จะกลับไปปฏิบัติตามแนวทางต่าง ๆ ที่ได้พูดคุยในครั้งนี้ ทั้งในเรื่องเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่แล้วและเรื่องใหม่ที่ได้รับวันนี้ คือ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการพูดคุยสื่อสาร ทำความเข้าใจกับมารดา พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในประเด็นที่สงสัย ผู้ป่วยไม่มีข้อสงสัยบอกตนเองเข้าใจ จะทดลองนำวิธีการต่าง ๆ ที่ได้จากการพูดคุยในวันนี้ไปปฏิบัติก่อน หากพบปัญหาอุปสรรคจึงจะขอพูดคุยในการพบกันครั้งที่ 3 พยาบาลให้กำลังใจอีกครั้งก่อนนัดหมายการปรึกษาครั้งที่ 3 ในวันที่ 5 เมษายน 2545 ซึ่งตรงกับสัปดาห์ที่พยาบาลออก

ปฏิบัติงานที่คลินิกให้การปรึกษา โดยถามความสนใจของผู้ป่วยด้วย พบว่าผู้ป่วยสะดวกสามารถมาได้ ก่อนกล่าวทวนในครั้งนี้ พยาบาลได้ให้เทปสอนคลายกล้ามเนื้อแก่ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านด้วย

ประเมินผลการให้การปรึกษา ครั้งที่ 2

ในการให้การปรึกษารั้งนี้ดำเนินการได้ราบรื่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษามากขึ้น

1. ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจตนเอง มองเห็นปัญหาของตนเองและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี ร่วมมือในการวางแผน แก้ไขปัญหาตามแนวทางที่พูดคุยกับพยาบาล

การให้การปรึกษาครั้งที่ 3 วันที่ 5 เมษายน 2545 เวลา 10.30 - 11.30 น.

สถานที่ คลินิกให้การปรึกษา

ครั้งนี้พี่ชายของผู้ป่วยเป็นผู้พามาโรงพยาบาล พยาบาลให้การปรึกษตามขั้นตอนดังนี้

กระบวนการให้การปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตัว อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและตกลงเรื่องที่จะพูดคุยในการพบกันครั้งนี้

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลกล่าวทักทายผู้ป่วย (Greeting) พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป (Small talk) ก่อนเข้าสู่ประเด็นเรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยมากขึ้นกว่าเดิมสื่อน้ำเสียงดีขึ้น บอกว่าพี่ชายเป็นผู้ขับรถพาตนเองมาโรงพยาบาล พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าความรู้สึกช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยบอก "สบายใจขึ้นกว่าเดิม" พยาบาลได้ตกลงบริการในเรื่องเวลาและเรื่องที่จะพูดคุยในครั้งนี้ว่าเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตัว ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่ ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการพูดคุย

2. การสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการในการแก้ไขปัญหาและติดตามผลการให้การปรึกษา

วัตถุประสงค์ ทำเพื่อสำรวจว่าปัญหาใดของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข มีปัญหาใหม่เกิดขึ้นอีกหรือไม่ มีความต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่องใดเพิ่มเติม รวมทั้งติดตามผลการปฏิบัติพร้อมปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลให้ผู้ผู้ป่วยสรุป(Summarizing) สิ่งที่ได้พูดคุยและการปฏิบัติจากการพบกันครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยสามารถสรุปได้ จากนั้นพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงผลการปฏิบัติตัว อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมถึงปัญหา ความไม่สบายใจต่าง ๆ ที่ยังคงมีอยู่ (Ventilate) เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

ผู้ป่วยบอกได้ว่า หลังจากทดลองฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านช่วงก่อนนอนทุกวัน และออกกำลังกายเดินแอโรบิคช่วงเย็น ซึ่งในสัปดาห์นี้ผู้ป่วยไปเกือบทุกวัน หยุดเฉพาะวันเสาร์ - อาทิตย์ เพราะบุตรชายคนโตกลับมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยสังเกตว่าตนเองมีอาการดีขึ้น ปวดศีรษะน้อยลงจนเกือบเป็นปกติ อาการเหนื่อย เพลีย ไม่มีแล้ว มีสมาธิมากขึ้น ด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก มีความคิด

หมกมุ่นในเรื่องสามิตคนน้อยลง เริ่มทำใจยอมรับได้แล้ว ผู้ป่วยบอกว่า "ทำไมเราจะต้องมาทุกข์อยู่คนเดียว ยังมีคนอื่นทุกข์กว่าเรามาก เขายังสามารถอยู่ได้" พยาบาลได้สนับสนุน (Supportive) ความคิดของผู้ป่วยที่ยอมรับ เข้าใจปัญหาและเข้าใจตนเองมากขึ้น และกระตุ้นให้มองถึงคนที่มิมีปัญหามากกว่า ทุกข์กว่า เพื่อจะได้ตระหนักว่าปัญหาของผู้ป่วยย่อมสามารถแก้ไขได้ ช่วงสัปดาห์นี้บุตรชายคนโตของผู้ป่วยกลับมาบ้าน ครอบครัวผู้ป่วยและพี่ชายจึงมีโอกาสดำเนินชีวิตที่วัด ผู้ป่วยบอกว่า การได้ทำกิจกรรมร่วมกันทั้งมารดา บุตรชายทั้งสองและผู้ป่วยทำให้รู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความสุขขึ้น "ดิฉันยังโชคดีที่มีลูกชายไม่เกรงทั้ง 2 คน มีแม่ มีพี่ชายคอยดูแล" พยาบาลสนับสนุนและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพของตนเอง จากนั้นพยาบาลใช้ทักษะการถามเปิด (Questioning) ถึงปัญหาการสื่อสารกับมารดาเกี่ยวกับผลการปฏิบัติของผู้ป่วยว่าเกิดผลอย่างไร ผู้ป่วยบอกได้ว่า หลังจากพบกับพยาบาลครั้งที่ 2 เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น เนื่องจากพี่ชายได้พูดคุยกับมารดาให้เข้าใจในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยก็พูดคุยกับมารดามากขึ้น กล้าที่จะพูดเรื่องไม่สบายใจให้มารดาฟังเป็นบางเรื่อง ช่วงหลังมารดาไม่ได้พูดบ่นว่ากล่าวผู้ป่วยอีกเมื่อเห็นผู้ป่วยออกนอกบ้านในช่วงเย็น แต่จะบ่นเรื่องทั่ว ๆ ไป ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่ใส่ใจ เพราะเห็นว่าเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุตามที่พยาบาลให้ข้อมูล ในช่วงวันหยุดเสาร์ - อาทิตย์ หลังจากได้ไปวัดทำบุญ ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น ความคิดหมกมุ่นในเรื่องความทุกข์ของตนเองลดน้อยลง ไม่มีความคิดท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความคิดทำร้ายตนเองอีก ผู้ป่วยเห็นว่าแนวทางที่ได้พูดคุยกับพยาบาลทั้ง 3 ครั้ง ทั้งด้านความคิดและการปฏิบัติ เกิดประโยชน์และมีผลดีต่อผู้ป่วยจริง ถึงแม้ว่าปัญหาต่าง ๆ จะยังไม่หมดไปทีเดียว แต่ผ่อนคลายลงในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีความต้องการที่จะปฏิบัติต่อไป พยาบาลจึงได้ตกลงถึงบทบาทอีกครั้งว่า พยาบาลได้เปิดโอกาสและให้ความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการกับปัญหาด้วยตัวของผู้ป่วยเอง หากเกิดปัญหาขึ้นอีกให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเอง มีแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษามากยิ่งขึ้น เหตุผลที่พยาบาลตกลงในเรื่องบทบาท เพื่อเป็นการเตรียมยุติบริการแบบปิด case เมื่อพบกับผู้ป่วยอีก 2 session เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา ผู้ป่วยพึ่งพาพยาบาล (Dependent) หรือภาวะ Transference ที่ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกทั้งด้านบวกหรือด้านลบต่อพยาบาล

พยาบาลได้แกะรอย (Tracking) ติดตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยต่อ โดยใช้ทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกันใช้ทักษะการถามเปิด (Questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความไม่สบายใจที่ยังคงมีอยู่ ใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยก้มหน้าท่าทางครุ่นคิด "ดูท่าทางคุณยังมีเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจนะคะ" เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณพยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปอย่างราบรื่นตลอดการปรึกษา ผู้ป่วยยอมรับว่า กลัวว่าถ้าตนเองไม่หายจากภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่หรือมีอาการกำเริบอีก จะไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรชาย ดูแลมารดา หรือทำงานได้ตามปกติตามที่ตั้งใจไว้ พยาบาลใช้ทักษะการทวนความ (Paraphrasing) เพื่อต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาทบทวนสิ่งที่บอกออกมาและขยายความต่อ เนื่องจากพยาบาลต้องการให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงเป้าหมายในชีวิต หรือมองเห็นเป้าหมายในชีวิตของตนเอง หลังจากผู้ป่วยนั่งเงียบ พยาบาลใช้ทักษะการเงียบ (Silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยรวบรวมความคิดพิจารณาสิ่งที่จะบอกเล่าต่อ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่า

สิ่งที่ตั้งใจไว้คือ ถึงแม้จะหายขาดจากสามีแล้ว ตนเองก็จะตั้งใจเลี้ยงดูบุตรชาย ส่งเรียนให้จบปริญญาตรี ทั้ง 2 คน จนกระทั่งมีงานทำ ดูแลมารดาซึ่งอายุมากแล้วให้ดีที่สุดเพื่อตอบแทนบุญคุณ และตั้งใจทำงาน สอนหนังสือจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยบอกเล่าแล้ว พยาบาลสรุปปัญหา ให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

1. **วิตกกังวล** หากมีอาการซึมเศร้ากำเริบมากขึ้น จะไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ได้ (การเลี้ยงดูบุตร ดูแลมารดา รับผิดชอบงานในหน้าที่)

2. **ขาดความรู้** ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3. **การวางแผนแก้ไขปัญหา**

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มองเห็นเป้าหมายในชีวิต มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ขั้นปฏิบัติ จากปัญหาที่พบใน session นี้ ผู้ป่วยมีความต้องการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับ พยาบาล พยาบาลได้ใช้ทักษะตามแนวทางการให้การปรึกษาดังนี้

3.1 ทักษะการให้ข้อมูล ในเรื่องโรคซึมเศร้า (Information) หลังจากประเมินความรู้ ความเข้าใจเดิมของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่จำเป็นดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นี้ เมื่อได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลทางด้านจิตใจ ในรูปแบบการให้การปรึกษา ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 2 - 4 สัปดาห์ และควรรับประทานยาต่อไป นาน 4 - 6 เดือน เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบอีก และควรปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้ พุดคุยกันตามสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ปัญหาต่าง ๆ ลดน้อยลงจนกระทั่งหมดไป

3.2 ทักษะการให้กำลังใจ (Support) โดยดึงศักยภาพที่ผู้ป่วยบอกในเรื่องเป้าหมายในชีวิต ที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ส่งบุตรเรียนจนจบปริญญาตรี เลี้ยงดูมารดา ทำงานสอนหนังสือ มาให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุขต่อไป

4. **การยุติบริการ**

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สรุปสิ่งที่ได้จากการพูดคุย ตลอดจนการปรึกษาทั้ง 3 ครั้ง รวมถึงสิ่งที่ยังคงนำไปปฏิบัติต่อไป

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ เมื่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีความเข้าใจในสิ่งที่พยาบาลให้ข้อมูล และถึงเวลาที่ตกลงไว้ พยาบาลจึงยุติบริการ โดยให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องที่พูดคุยกันในครั้งนี้ รวมถึงสิ่งที่นำไปปฏิบัติต่อ จากการพูดคุยกันทั้ง 3 ครั้ง ผู้ป่วยสามารถสรุปได้ถูกต้อง โดยพยาบาลเพิ่มให้ในส่วนที่ไม่ครบ และให้กำลังใจในการปฏิบัติ พร้อมทั้งนัดหมายการพบครั้งที่ 4 ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับยาตามนัดและตรงกับวันที่พยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกให้การปรึกษา

ประเมินผลการให้การปรึกษา ครั้งที่ 3

1. ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิต มองเห็นศักยภาพและคุณค่าในตนเอง มองตนเองทางบวก สามารถบอกถึงเป้าหมายในชีวิตได้

2. ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ร่วมมือในการรักษา

การให้การปรึกษา ครั้งที่ 4 วันที่ 19 เมษายน 2545 เวลา 10.30 - 11.30 น.

ในครั้งนี้นักวิชาการคนโตของผู้ป่วยเป็นผู้พามาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์รับยาตามนัด จากนั้นผู้ป่วยมาพบพยาบาลที่คลินิกให้การปรึกษาตามวัน เวลา ที่นัดหมาย
ประเมินกระบวนการให้การปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติตัว ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
ทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ หลังจากพยาบาลกล่าวทักทายต้อนรับ (Greeting) ชักถามผู้ป่วยถึงการมาโรงพยาบาลว่า ใครเป็นผู้พามา (Small talk) ผู้ป่วยมีท่าทางแจ่มใส สดชื่นกว่าทุกครั้ง "วันนี้ลูกชายพามา เขาเพิ่งปิดเทอมกลับจากกรุงเทพฯ" พยาบาลสังเกตเห็นสีหน้า แววตาของผู้ป่วย (Non - Verbal) ขณะที่พูดมีท่าทางภูมิใจ จึงใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling) "ดูคุณรักและภูมิใจในตัวลูกชายมากนะค่ะ" เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า พยาบาลเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจากคำพูด ท่าทาง และผู้ป่วยจะได้รู้สึกภูมิใจยิ่งขึ้น ผู้ป่วยเล่าว่ารักบุตรชายมากทั้ง 2 คน และบุตรชายก็รักผู้ป่วยมากเช่นกัน พยาบาลจึงสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเองยิ่งขึ้น (Self - esteem) เมื่อสังเกตเห็นผู้ป่วยมีท่าทางผ่อนคลายมากแล้ว พยาบาลจึงตกลงบริการเรื่องเวลา และเนื้อหาที่จะพูดคุยกันในครั้งนี้ว่าเพื่อติดตามความก้าวหน้า และความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความเข้าใจและร่วมมือในการให้การปรึกษา ก่อนเริ่มต้นให้การปรึกษาพยาบาลได้ให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้รับและการปฏิบัติ จากการพูดคุยครั้งที่ 1, 2 และ 3 ผู้ป่วยสามารถบอกได้ พยาบาลเพิ่มให้ในส่วนที่ไม่ครบ

2. การสำรวจปัญหา สาเหตุและความต้องการแก้ไขปัญหาและติดตามผลการให้การปรึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการให้การปรึกษาและสำรวจปัญหาที่ยังคงอยู่

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลสนใจ ใส่ใจ ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าหลังจากปฏิบัติตัวทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ถึงแม้จะไม่ได้ทำทุกวันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุตรชาย มารดา เช่น ไปเดินซื้อของกับบุตรชาย ที่ศูนย์การค้า การดักบาตรพร้อมกับมารดาในตอนเช้า ในช่วงเย็นบางวันครอบครัวพี่ชายก็จะมารับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วย และในเรื่องของความคิดที่ผู้ป่วยพิจารณาปัญหาของตนเอง โดยมองปัญหาทางบวก (Positive thinking) ทำให้เข้าใจปัญหามากยิ่งขึ้น เมื่อได้รับกำลังใจ การดูแลทั้งจากบุคคลในครอบครัวและจากพยาบาล ทำให้มั่นใจว่าการเจ็บป่วยของตนเองจะดีขึ้น สังเกตพบว่าตนเองไม่มีอาการปวดศีรษะหรือเหนื่อย เพลียแล้ว รับประทานยาเฉพาะยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ไม่รับประทานยาแก้ปวดศีรษะพาราเซตามอลแล้ว มีสมาธิมากขึ้น ไม่คิดฟุ้งซ่าน หรือหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง ไม่คิดเบื่อหน่ายท้อแท้ นอนหลับในตอนกลางคืนได้ประมาณวันละ 5 - 6 ชั่วโมง ไม่มีตื่นกลางดึก รับประทานอาหารได้มื้อละ 1 จาน

หลังจากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประเมินความก้าวหน้าของตนเอง พยาบาลได้ส่งเสริมสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติทั้งด้านการกระทำและความคิด และสนับสนุนให้ปฏิบัติต่อไป พยาบาลใช้ทักษะการถามเปิด (Questioning) ถึงเป้าหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยเคยพูด จากการพูดคุยครั้งที่แล้วว่ามีแผนจะทำอย่างไรต่อไปในอนาคต หลังจากผู้ป่วยนั่งเงียบสักพัก พยาบาลใช้ทักษะเงียบ (Silence) เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณารวบรวมความคิด และสามารถบอกได้ว่า ตนเองจะปฏิบัติตัวตามแนวทางที่ได้พูดคุยกัน พยาบาลปรับปรุงตนเองให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และที่สำคัญคือรับประทานยาตามที่แพทย์จัดให้ เมื่อผู้ป่วยพูดถึงตรงนี้ได้เงียบไปและมีท่าทางครุ่นคิด พยาบาลใช้ทักษะการสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) "ดูเหมือนคุณมีเรื่องกังวลใจนะคะ เมื่อพูดถึงเรื่องการรับประทานยา" เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า พยาบาลเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้น และยังช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปด้วยดี ผู้ป่วยมีท่าทางผ่อนคลายขึ้น ยิ้มสบาย พยาบาล และยอมรับว่าวิตกกังวลเรื่องการรับประทานยา กลัวว่าตนเองจะติดยาหากยังคงมีอาการซึมเศร้า และต้องรับประทานนาน ๆ อยาเพื่อนร่วมงานจะคิดว่าตนป่วยทางจิตต้องพึ่งยาจิตเวช พยาบาลใช้การปลอบใจ (Support) และการสัมผัสที่หลังมือ (Touching) "อาการป่วยที่คุณเป็นอยู่ไม่ใช่เรื่องน่าอาย แต่เป็นสิ่งที่ คุณมีความตั้งใจต้องการที่จะดูแลรักษาตัวเอง" หลังจากผู้ป่วยนั่งเงียบสักพัก สังเกตเห็นแววตาสดชื่นขึ้น และพยักหน้ารับสิ่งที่พยาบาลพูด พยาบาลสำรวจปัญหาเพิ่มเติม ผู้ป่วยปฏิเสธปัญหาอื่น ๆ พยาบาลจึงใช้ทักษะการสรุปความ (Summarizing) สรุปปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

ปัญหาคือ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาภาวะซึมเศร้า กลัวการติดยา และอยาเพื่อนร่วมงาน

สาเหตุของปัญหา คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาด้านภาวะซึมเศร้า

3. การวางแผนแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาด้านภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลใช้ทักษะที่เหมาะสมตามสาเหตุของปัญหา ดังนี้

3.1 ทักษะการให้ข้อมูล (Information) หลังจากประเมินความรู้เดิม พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา พยาบาลให้ข้อมูลที่จำเป็นดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

3.1.1 แพทย์จะพิจารณาเลือกชนิดของยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งจะมีฤทธิ์ข้างเคียงไม่มาก ข้อสำคัญคือ ยาแก้ซึมเศร้าไม่มีฤทธิ์เสพติด ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น มึน ง่วง มักเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่กี่วันก็หาย โดยการเลือกยา แพทย์จะพิจารณาจากลักษณะอาการ ความรุนแรง อายุ ระยะเวลาป่วยนานเท่าใด ประกอบอาชีพ ดำรงชีวิตอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไร

นอกจากนี้พยาบาลยังให้ข้อมูลเดิมจากการให้การศึกษาในครั้งที่ 3 เกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องรับประทานยานานเท่าใด และที่สำคัญแพทย์จะดูความเหมาะสมว่า ผู้ป่วยควรหยุดยาได้หรือไม่

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลได้สรุปประเด็นและให้ข้อมูลที่ชัดเจน
จากการประเมินสภาพปัญหาโดยรวมของผู้ป่วย แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งได้
รวบรวมจากการให้การปรึกษาทุก Session ดังนี้

1. ความคิด ความรู้สึก ที่มีต่อตนเองหรือมโนภาพแห่งตนของผู้ป่วย (Self concept) เป็น
ไปในทางบวก โดยผู้ป่วยคิดว่าตนเองทุ่มเทเพื่อครอบครัว รักสามี ดูแลปรนนิบัติเป็นแม่บ้านที่ดี คาดหวัง
ว่าชีวิตครอบครัวต้องสมบูรณ์ แต่เมื่อตนตามที่เป็นจริง (Real self) คือ ถูกสามีนอกใจ หย่าร้าง ผู้ป่วยต้อง
เป็นหม้าย ทำให้รู้สึกสูญเสียที่สามีทอดทิ้ง มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีปัญหาภาวะซึมเศร้าตามมา

พยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักและเข้าใจ
ตนเอง โดยใช้ทักษะการให้กำลังใจ แนะนำการปรับแนวคิด สะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวตนตามสภาพ
ความจริงที่เกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยเอาประสบการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้นในอดีตในเรื่องถูกคนรักนอกใจ บิดาทิ้งมารดา
ไปแต่งงานใหม่ ทำให้ผู้ป่วยระแวงไม่ไว้วางใจผู้ชาย กลัวถูกทอดทิ้ง เมื่อสามีมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ผู้ป่วย
จึงคอยติดตามทำให้มีเรื่องทะเลาะกับสามี และเมื่อถูกสามีนอกใจหย่าร้าง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองเป็นคน
ไร้ค่า อาภัพในเรื่องความรัก คิดลงโทษตนเองตลอดมา

พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่คิดลงโทษตนเอง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น
ขึ้น โดยการมองปัญหาทางบวก (Positive thinking) การมองข้อดี ข้อเด่นของตนเอง โดยอิงศักยภาพที่มี
อยู่ในตัวผู้ป่วยและแก้ไขปัญหโดยเน้นปัจจุบัน (Here and now) ไม่เอาอดีตมาย้ำตนเองให้เจ็บปวดยิ่งขึ้น
เนื่องจากคนเราไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตได้

3. ปัญหาของผู้ป่วยซึมเศรียรายนี้ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการไม่สามารถทำตามที่ต้องการ
คาดหวังหรือปรารถนาไว้ได้ คือ การมีครอบครัวแตกแยกตั้งแต่สมัยเป็นเด็ก จนกระทั่งมีครอบครัวเป็น
ของตนเอง ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยมีความต้องการชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นและมีความสุข

พยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายในชีวิตของตนเอง เพื่อให้มีความมั่นใจใน
ตนเองมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตก้าวไปข้างหน้าได้ตามศักยภาพที่มีในตนเอง (Self Actualization) โดย
ตลอดการให้การปรึกษาทั้ง 5 session พยาบาลเน้นการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่อบอุ่น ช่วยให้
ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับตนเอง พร้อมทั้งจะปรับปรุงตนเองในทางที่ดี

พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมตามแนวทางที่พูดคุยกัน เช่น การออกกำลังกาย การฝึก
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรึกษาคณใกล้เคียง การทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ฯลฯ

2. การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการ
รับประทานยา เช่น มึนงง ง่วงมาก ตาพร่ามัว หากอาการมากขึ้นให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ ไม่ปรับยา
หรือหยุดยาเอง การมาพบแพทย์ตามนัด

3. แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีปริมาณที่เพียงพอและคงเสถียรทุกชนิด

4. แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการระบายความไม่สบายใจ ควรปรึกษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน คือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์หรือสถานีนามัยใกล้บ้าน หรือรับมาพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นหากพยายามแก้ไขด้วยตนเองและปรึกษาคนใกล้ชิดแล้วไม่ดีขึ้น หรือขอรับบริการคลินิกให้การปรึกษา คลินิกคลายเครียดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น หรือใช้บริการทางโทรศัพท์ซึ่งมีบริการตลอด 24 ชั่วโมง ตามหมายเลข 0 4322 7422 ต่อ 3102 ในเวลาราชการ ต่อ 2500 นอกเวลาราชการ

4. การยุติบริการและการนัดประเมินผล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สรุปสิ่งที่ได้จากการพูดคุย ตลอดจนการปรึกษาทั้ง 5 ครั้ง รวมทั้งสิ่งที่จะนำไปปฏิบัติต่อไป ก่อนที่พยาบาลจะยุติการให้การปรึกษาแบบปิด case

ขั้นปฏิบัติและผลการปฏิบัติ พยาบาลให้ผู้ป่วยสรุปเรื่องที่พูดคุยกัน สิ่งที่น่าไปปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยและพยาบาลบอกเหตุผลที่ยุติการให้การปรึกษา โดยไม่ได้นัดหมายผู้ป่วยอีก แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมาพบได้อีกหากมีปัญหา โดยมารับบริการที่คลินิกให้การปรึกษา ในวันเวลาราชการ หรือโทรศัพท์มาปรึกษาตามหมายเลข 0 4322 7422 ต่อ 3102 ในเวลาราชการ หรือต่อ 2500 นอกเวลาราชการ หลังจากรับฟังผู้ป่วยเข้าใจสามารถสรุปได้ถูกต้อง พร้อมจะนำสิ่งที่ได้ไปปฏิบัติต่อไป แต่มีสีหน้าไม่สดชื่นเท่าที่ควร ซึ่งผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นเพราะรู้สึกใจหายที่จะไม่ได้มาพูดคุยกับพยาบาลเช่นนี้อีก ขอมริบว่าสบายใจมากที่มีคนให้คำปรึกษา ช่วยเหลือให้ตนเองมีแนวทางปฏิบัติที่ดี พยาบาลได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทอีกครั้งว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมแล้ว หากพบปัญหาเกิดขึ้นอีก จะมีแนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจ ความมั่นใจ (Reassurance) แก่ผู้ป่วยในสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป และได้ชื่นชมที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยอาศัยศักยภาพในตัวผู้ป่วยเอง หลังพยาบาลกล่าวจบผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น กล่าวขอบคุณพยาบาล ก่อนจะยุติการปรึกษา พยาบาลได้เชิญบุตรชายผู้ป่วยพบในห้อง เนื่องจากพยาบาลตระหนักถึงการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งบุตรชายของผู้ป่วยเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงให้คำแนะนำญาติ ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดี ดังนี้

1. พูดคุยกับบุตรชายทั้ง 2 คน เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดำเนินของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ การรักษา เพื่อความเข้าใจและการยอมรับ เน้นให้ญาติเห็นว่าบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแล

2. แนะนำการสื่อสารทางบวกในครอบครัว คือ การใช้คำพูด กิริยา ท่าทาง ที่ช่วยประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย

3. ญาติต้องให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมา ควรรับฟังปัญหา ไม่ตำหนิผู้ป่วย

2. แนะนำการสื่อสารทางบวกในครอบครัว คือ การใช้คำพูด กิริยา ท่าทาง ที่ช่วย
 ประทับใจประทับใจผู้ป่วย

3. ญาติต้องให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับ
 ข้องใจออกมา ควรรับฟังปัญหา ไม่ตำหนิผู้ป่วย

4. แนะนำอาการเตือนล่วงหน้าของผู้ป่วย เช่น เริ่มไม่นอน เครียด ซึมเศร้า ขาดสมาธิ
 เบื่ออาหาร ซึ่งอาจเกิดอาการกำเริบซ้ำขณะอยู่บ้าน ญาติควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

5. ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง
 และพาผู้ป่วยมารับยาตามนัดทุกครั้งและประเมินผลติดต่อกัน 6 เดือน

6. แนะนำหน่วยงานเครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้านที่สามารถไปรับบริการได้สะดวก
 เช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สถานีอนามัยใกล้บ้าน

พยาบาลพิจารณายุติบริการแบบปิด case เนื่องจาก

1. อาการผู้ป่วยดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง
 ยอมรับและมีแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

2. มองเห็นเป้าหมายในชีวิต ไม่คิดทำร้ายตัวเอง

3. มีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้

ประเมินผลการให้การปรึกษา ครั้งที่ 5

ในการให้การปรึกษารั้งนี้ดำเนินการไปตามกระบวนการเพื่อยุติ case สำเร็จลงด้วยความราบรื่น
 เนื่องจากผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จากการใช้แบบประเมิน พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า
 ลดลง ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง

1. ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองตามศักยภาพที่มีในตนเอง(Self
 Actualization)

3. ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการให้การปรึกษา ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ใน
 ครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการให้การปรึกษาผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสาเหตุ ปัญหาความต้องการ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และวางแผนให้การช่วยเหลือในรูปแบบการให้การปรึกษา
2. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองเห็นเป้าหมายในชีวิต ไม่ทำร้ายตนเอง ยอมรับและแก้ไขปัญหาด้านตนเองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้
4. เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้า อาการและตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาและให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา
5. เพื่อนำทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้กับการให้การปรึกษาผู้ป่วยรายอื่น

กรณีศึกษาเป็นหญิงไทย สถานภาพสมรส หย่า การศึกษาประกาศนียบัตรการศึกษาระดับสูง อาชีพรับราชการครู มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึมเศร้า ปวดศีรษะ เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ เป็นมาก่อนมาโรงพยาบาล 2 เดือน การวินิจฉัยโรค Depression ยาที่ได้รับครั้งนี้

- Zolofit (50) 1 tab oral hs.
- Anpress (0.25) 1 tab oral hs.
- Remeron (30) 1/2 tab oral hs.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า
2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาสรุปผลได้ดังนี้

การให้การปรึกษารั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที

ผู้ป่วยมาด้วยปัญหาน่า คือ ซึมเศร้า ปวดศีรษะ เหนื่อย เผลียง่าย เบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร จากการทำแบบประเมินโรคซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าอย่างมาก จึงได้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือกำลังเป็นโรคซึมเศร้า

พยาบาลได้สืบค้นความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เนื่องจากเคยมีประวัติ มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการ
จะรับประทานยานอนหลับเกินขนาด และจากแบบประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วย
ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ คือ บุตรชายทั้ง 2 คน ที่ผู้ป่วยรักมาก

หลังจากการสำรวจปัญหา พบว่า สาเหตุของปัญหาหรือปัญหาที่แท้จริง คือ

1. การหย่าร้างกับสามี ผู้ป่วยทำใจให้ยอมรับความสูญเสียไม่ได้ คิดมากและคิดลงโทษตนเอง
เอง จึงคิดทำร้ายตนเอง โดยการรับประทานยานอนหลับ แต่ยังห่วงบุตรชายที่ต้องรับผิดชอบดูแล จาก
ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่า ได้เก็บเอาประสบการณ์ในอดีตในเรื่องถูกคนรักทอดทิ้งมีผู้หญิงอื่น บิดา
ทอดทิ้งมารดาผู้ป่วยและพี่ชายไปแต่งงานใหม่ ทำให้ผู้ป่วยคิดลงโทษตนเองว่าอาภัพ ไม่มีคนรักและเมื่อแต่ง
งานผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าชีวิตครอบครัวต้องสมบูรณ์ พยายามทุ่มเทเพื่อครอบครัว ดูแลบุตร และสามี อย่าง
เต็มที่ เมื่อไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยจึงยอมรับไม่ได้กับเหตุการณ์ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. ปัญหาการสื่อสารกับมารดา มารดาพูดบ่นให้ผู้ป่วยบ่อยๆ ในเรื่องผู้ป่วยกลับบ้านค่า
ผู้ป่วยก็ไม่เคยบอกเหตุผลแก่มารดา ทำให้ไม่เข้าใจกัน น้อยใจว่ามารดาไม่รักตนเอง

การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย ใน Session ที่ 1 นี้ ผู้ป่วยมีความต้องการแก้ไขปัญหาลำดับแรกก่อน เนื่องจากรบกวนความรู้สึกของผู้ป่วยมาก โดยมีวิธีการแก้ไขปัญหาดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจอย่างเต็มที่ (Ventilate) โดยพยาบาล
รับฟังอย่างใส่ใจ ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข เน้นสัมพันธภาพที่อบอุ่น จริงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง
และยอมรับต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ทักษะการให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองมีกำลังใจที่จะปรับปรุงตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง
ดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยบอก ในเรื่องการมีบุตรชายที่ผู้ป่วยรักมาก มารดาที่ผู้ป่วยดูแลด้วยความกตัญญู เรื่องความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้เกิดกำลังใจในการเผชิญชีวิตต่อไป

3. การปรับแนวคิด คิดในทางบวก ไม่คิดโทษตนเองในเรื่องสามีหย่า การมองข้อดี ข้อเด่น
ของตนเอง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เสริมสร้างกำลังใจแก่ตนเอง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่กับปัจจุบันไม่
จมอยู่กับอดีต สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มองตนเองได้ตามที่เป็นจริง เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทาง
ที่ดี

4. ทักษะการให้คำแนะนำในเรื่องการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยสนับสนุนวิธีการเดิมที่
ผู้ป่วยเคยใช้ในส่วนที่ถูกต้อง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการอื่นเพิ่มเติมที่มีประโยชน์ ได้แก่ การทำกิจกรรมต่าง ๆ
ร่วมกับบุคคลในครอบครัว เมื่อมีเวลาว่างจากงานประจำ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยชอบและเหมาะสมกับ
สภาพร่างกายโดยผู้ป่วยเลือกการเดินแอโรบิก ซึ่งเป็นวิธีที่เคยปฏิบัติมาก่อน

ก่อนยุติบริการ Session ที่ 1 พยาบาลขอพบพี่ชายของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยด้วย

การให้การศึกษาครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที

จากการติดตามผลการให้การศึกษา หลังจากผู้ป่วยนำแนวทางแก้ไขปัญหาไปปฏิบัติ พบว่า

1. ผู้ป่วยสบายใจขึ้นที่ได้ระบายความคับข้องใจให้พยาบาลรับฟัง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเอง
2. รับรู้ว่าปัญหาเกิดจากสาเหตุใด รวมถึงการเอาประสบการณ์ในอดีตมาร่วมกับปัจจุบัน และความผิดหวังในครอบครัวที่ไม่เป็นตามที่คุณป่วยคาดหวังไว้ ทำให้เจ็บป่วยครั้งนี้ หลังจากผู้ป่วยใช้วิธีการปรับแนวคิด ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองยิ่งขึ้น
3. มองเห็นศักยภาพในตนเอง ทำให้เกิดกำลังใจในการเผชิญปัญหาและต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี
4. มีแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยใช้การระบายปัญหาให้เพื่อนสนิทรับฟัง และเริ่มออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค

ช่วงสัปดาห์นี้ผู้ป่วยเริ่มนอนหลับได้นาน 4 - 5 ชั่วโมง จากเดิมหลับเพียง 1 - 2 ชั่วโมง แล้วตื่นกลางดึกไม่หลับต่ออีก รับประทานอาหารได้ปริมาณมากขึ้น แต่ยังมีอาการเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง จิตใจหมกมุ่นคิดเรื่องการหย่ากับสามี ปวดศีรษะ จากการประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย

สรุปปัญหาที่ยังคงอยู่

1. กังวลกลัวว่าปัญหาที่ตนเองคิดมากเรื่องความสูญเสียจะไม่ลดน้อยลง พยาบาลได้ใช้ทักษะการให้กำลังใจ ส่งเสริมสนับสนุนให้เห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติตัวต่อไปตามแนวทางที่พูดคุยกันและทักษะการให้คำแนะนำ (Suggestion) โดยให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิค การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและมารดา ทำให้ไม่เข้าใจกัน พยาบาลแนะนำทักษะการสื่อสารทางบวก (Communication Training) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีในครอบครัว

การให้การศึกษา ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

การพบกันครั้งนี้ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นกว่าทุกครั้ง หลังจากนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปปฏิบัติที่บ้าน ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค ผู้ป่วยบอกได้ว่า อาการปวดศีรษะน้อยลง ไม่มีอาการเหนื่อย เพลีย แล้ว มีสมาธิมากขึ้น ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดหมกมุ่น เรื่องการหย่าร้างลดน้อยลง เริ่มทำใจยอมรับได้ สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ไปทำบุญที่วัดร่วมกับมารดา บุตรชายทั้ง 2 คน และพี่ชาย ทำให้สบาย

ใจขึ้น ด้านปัญหาการสื่อสารกับมารดา พี่ชายได้ช่วยพูดคุยให้มารดาเข้าใจในตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยเองพูดคุยกับมารดามากขึ้น มีความเข้าใจกันมากขึ้น

ในครั้งนี้อยาบาลได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อการยุติบริการ ซึ่งจะพบกันอีก 2 session ก่อนยุติบริการแบบปิด case เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิง (Dependent) หรือภาวะ Transference ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ พบว่า ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญและเข้าใจจุดมุ่งหมายของการให้การศึกษา รับรู้ว่ามีประโยชน์ เกิดผลดีต่อผู้ป่วยจริง ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิต สามารถบอกความต้องการในอนาคตของตนเองได้

ปัญหาที่พบครั้งนี้ ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า หากกำเริบอีกจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตได้และขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคของภาวะซึมเศร้า อยาบาลได้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล (Information) และให้กำลังใจ (Support)

สรุปการให้การศึกษา ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งนี้ ผู้ป่วยแจ่มใสกว่าทุกครั้ง เนื่องจากบุตรชายคนโตกลับมาบ้านและพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่าบุตรชายเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งของผู้ป่วย จากผลการติดตามการปฏิบัติตัว พบว่า

1. การมองปัญหาทางบวก (Positive thinking) ทำให้เข้าใจปัญหาของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น
2. การปฏิบัติตามที่พูดคุยกัน ได้แก่ การเดินแอโรบิค การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำ

กิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว เช่น ไปเดินซื้อของกับบุตรชาย การตัดบวบร่วมกับมารดาในตอนเช้า

สรุปอาการช่วงสัปดาห์นี้ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการเหนื่อย เพลีย มีสมาธิมากขึ้น ความคิดหม่นหม่นเกี่ยวกับตนเอง พุงช่าน เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีแล้ว นอนหลับได้คืนละ 5 - 6 ชั่วโมง โดยไม่ตื่นกลางดึก รับประทานอาหารได้มื้อละ 1 จาน

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการวางแผนในอนาคตได้ว่า จะดูแลรักษาตนเองให้หายจากการเจ็บป่วย เพื่อทำตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ คือ การส่งบุตรชายเรียนจบปริญญาตรี ทั้ง 2 คน การดูแลมารดา การทำงานสอนนักเรียนด้วยความตั้งใจ

สรุปปัญหาที่พบ ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ทำให้วิตกกังวล กลัวการติดยา และอาจเพื่อนร่วมงานที่ต้องรับประทานยาจิตเวช อยาบาลได้ใช้ทักษะการให้ข้อมูล (Information) และทักษะการให้กำลังใจ (Support)

สรุปการให้การศึกษาครั้งที่ 5 (ยุติบริการแบบปิด case) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที

อยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้การศึกษา ตลอดการพบกันทั้ง 5 ครั้ง ดังนี้

1. ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

2. เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตตามศักยภาพความสามารถที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย มองเห็นเป้าหมายในชีวิต (Self actualization)

3. เข้าใจภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา ต้องการดูแลรักษาตนเองให้หาย

4. มองเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ตำหนิตนเอง ต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี

เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความซึมเศร้าจากก่อนให้การปรึกษา พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง ขณะนี้ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่คิดทำร้ายตนเอง ก่อนยุติบริการ พยาบาลทำความเข้าใจเรื่องบทบาทของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพา (Dependent) ขึ้น ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน และพิจารณายุติบริการแบบปิด case เนื่องจากอาการผู้ป่วยดีขึ้น เข้าใจตนเอง มีแนวทางเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม มองเห็นเป้าหมายในชีวิตและไม่คิดทำร้ายตนเอง

2. อภิปรายผล

จากการให้การปรึกษาใน Session ที่ 1 พบว่า ในช่วงต้นของการให้การปรึกษา ผู้ป่วยยังไม่ไว้วางใจพยาบาลเท่าที่ควร เมื่อพยาบาลแสดงการใส่ใจ สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีจริงใจอบอุ่น ผู้ป่วยเริ่มยอมรับการสนทนาและการปรึกษา มีความไว้วางใจพยาบาลระดับหนึ่ง แต่ยังพูดน้อย ยังไม่พร้อมที่จะเล่าเรื่องราวหรือปัญหาที่มีอยู่ในใจ ซึ่งจากการแสดงออกของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นสอดคล้องกับ จีวีวรรณ สัตยธรรม (2539) ซึ่งกล่าวว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ในระยะเริ่มแรกทั้งสองฝ่ายต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยยังไม่เกิดความคุ้นเคยหรือไว้วางใจพยาบาล และอาจเป็นที่บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยที่มีลักษณะเก็บตัวเงียบ ไม่ค่อยสูงส่งกับใครด้วย เมื่อพยาบาลแสดงท่าทียอมรับ ใส่ใจ สนใจ ที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจและเปิดโอกาสให้ผู้บ่นระบายปัญหาอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีคุณค่าและเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจมากขึ้น การแสดงออกของพยาบาลนี่เองที่จะช่วยให้เกิดบรรยากาศของความเป็นมิตร ความเอื้ออาทรและสะท้อนความเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (Empathy) และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยอีกด้วย

ดังนั้น ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่มีความสำคัญมากที่สุด หากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจได้ จะช่วยให้กระบวนการปรึกษาดำเนินไปอย่างราบรื่น และสามารถดำเนินการในกระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพตลอดการให้การปรึกษา

หลังจากพบว่า ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจพยาบาลมากขึ้นแล้ว พยาบาลจึงได้เข้าสู่ขั้นตอนตกลงบริการ (Structuring) และสำรวจปัญหา ผู้ป่วยได้เปิดเผยถึงสาเหตุของความซึมเศร้าและคิดอยากตายให้พยาบาลรับฟัง รวมทั้งบอกถึงข้อมูลปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน เมื่อพยาบาลรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา และได้สำรวจศักยภาพที่มีในตัวผู้ป่วย พยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีกำลังใจจากลูก และพอใจกับความสำเร็จในหน้า

ที่การทำงาน พยาบาลได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) และให้ผู้ป่วยได้มองตนเองใหม่ให้เกิดความคิดในเชิงบวก (Positive thinking) ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นและหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล โดยเชื่อว่าจะสามารถคลี่คลายปัญหาลง ในระยะนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจตนเองทั้งในด้านการรับรู้และความคาดหวัง ซึ่งเมื่อดำเนินการมาถึงขั้นนี้จะมีผลกลับซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นสัมพันธภาพจึงต้องมีในระดับมาก พยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปรึกษาจะต้องมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและมีศักยภาพที่จะสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และรู้สึกว่าเป็นผู้หนึ่งที่มีความเข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539)

ในการปรึกษาระยะนี้ ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาที่ตนเองสามารถทำได้ เมื่อพยาบาลได้พูดคุยถึงแบบแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543) ซึ่งกล่าวว่า เมื่อสัมพันธภาพดำเนินไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยจะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองออกมา ซึ่งผู้ป่วยอาจเข้าใจหรือไม่เข้าใจในปัญหาของตนเอง พยาบาลต้องพยายามค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง โดยผ่านเทคนิคต่าง ๆ ในการให้การปรึกษา เช่น การใส่ใจ (Attending) การฟัง (Listening) การถาม (Question) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในปัญหา สาเหตุ ความต้องการต่อปัญหาที่แท้จริงของตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยสำรวจตนเอง สำรวจหาปัญหาของตนเอง และให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาของตนเอง ตลอดจนหาแนวทางแก้ไขได้ด้วยตนเอง และในที่สุดพยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ แก้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเองได้ เป็นการเตรียมผู้ป่วยในการปรับตัวสู่ครอบครัว เพื่อนร่วมงานได้อย่างปกติต่อไป

การให้การปรึกษารั้งที่ 2 และ 3 พบว่า ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น สัมพันธภาพดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา เริ่มยอมรับและตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงให้กำลังใจและเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อดีและคุณค่าในชีวิตเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยพยาบาลได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยตั้งใจในการที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี (Self Actualization) (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) พบว่า หลังจาก que ผู้ป่วยได้นำแนวทางแก้ไขปัญหาที่ได้พูดคุยกับพยาบาล แนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมไปปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน แม้ว่าในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่เกิดความมั่นใจ แต่เมื่อพยาบาลให้การยอมรับ สนับสนุนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และยังช่วยประคับประคองให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาตนเอง (Reassurance) (สุรินทร์ รมเกียรติ, 2538) รวมทั้งการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิด ที่ต้องให้ความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ความมั่นใจในการดำเนิน

ชีวิตในครอบครัว สังคม การเผชิญปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นด้วยการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง ตามแนวคิดทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เห็นความสำคัญในการรักษาตนเองให้หายจากความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลได้เตรียมการยุติบริการแบบปิด case ใน Session ที่ 3 นี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิง (Dependent) ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงบทบาท ความรับผิดชอบของตนเองอย่างเต็มที่

การให้การปรึกษารั้งที่ 4 และ 5 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ โดยเกิดขึ้นจากความร่วมมือของพยาบาลและผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมองเห็นเป้าหมายในชีวิต สามารถวางแผนที่จะเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปบ้านและสามารถเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้เอง ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการให้การปรึกษา สามารถบอกถึงสิ่งที่ตนเองได้รับจากการพูดคุย ตลอดจนการพบกันทั้งหมด 5 Session พยาบาลได้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ภาวะซึมเศร้าลดลง ไม่มีอาการปวดศีรษะ เบื่อหน่าย ท้อแท้ มีสมาธิมากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับได้ไม่คิดทำร้ายตนเอง พยาบาลได้ให้ข้อมูลและเตรียมการยุติการปรึกษากับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาเจ็บ ไม่พูด เมื่อสอบถามความรู้สึก ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกใจหายและเศร้าเล็กน้อยที่จะไม่มีใครมาคอยรับฟังปัญหา พยาบาลจึงให้เหตุผลในการยุติการปรึกษา ผู้ป่วยจึงมีท่าทียอมรับและเข้าใจว่าต้องมีการสิ้นสุดการปรึกษา แต่รู้สึกว่าจะต่อไปจะไม่มีใครมาคุยด้วยอีก พยาบาลจะพบว่าในบางครั้งการยุติสัมพันธ์ภาพหรือการปรึกษาอาจทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยยังคงต้องการพึ่งพาในการปรึกษายู่อย่างต่อเนื่อง การแก้ไขปฏิกิริยาต่อการยุติการปรึกษาสามารถทำได้ โดย พยาบาลจะต้องมีการเตรียมยุติสัมพันธ์ภาพ ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการปรึกษา โดยบอกระยะเวลาและการสิ้นสุด จำนวนครั้งการปรึกษา พร้อมทั้งสังเกตอาการปฏิกิริยา การแสดงออกของผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือไม่ พร้อมทั้งจะดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ มีเจตคติต่อตนเองในทางที่ดี ซึ่งถือว่าการให้การปรึกษาสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยมีการพัฒนาไปในทางที่ดีต่อไป

วิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง(Client- Centered Counselling)

ซึ่งผู้นำคนสำคัญของทฤษฎีนี้คือ Carls Rogers โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากจิตวิทยา กลุ่มมนุษยนิยมและปรัชญากลุ่มภวนิยม ที่เชื่อว่า มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า มีแรงจูงใจที่จะทำดี และพัฒนาตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ตามศักยภาพแห่งตน แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการมองตนเองหรืออัตมโนทัศน์ (Self Concept) อารมณ์ ความรู้สึก และสถานการณ์ในปัจจุบันของผู้รับบริการ

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีพื้นฐานจากความเชื่อในมนุษย์ของ Rogers ที่ว่าคนเราเกิดมามีความสามารถอยู่ในตัวเองในการที่จะมุ่งให้เกิด Self actualization (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) ทศนคติของ Rogers เชื่อว่า บุคคลเป็นผู้กำหนดวิถีชีวิตและแก้ปัญหาด้วยตนเอง หากผู้นั้นได้มีโอกาสรับรู้ความจริงเกี่ยวกับตัวเอง บุคคลจะมีแรงจูงใจที่จะผลักดันให้ตนเองไปสู่ Self actualization

ทฤษฎีของ Rogers เน้นความจริงของชีวิตที่ว่า ผู้รับการปรึกษามีความสามารถอยู่ในตนเองที่จะเข้าใจถึงองค์ประกอบของชีวิตอันเป็นสาเหตุที่ทำให้ตนไม่มีความสุข ผู้รับการปรึกษามีความสามารถที่จะนำชีวิตของตนเอง อีกทั้งยังมีความสามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นถ้าผู้ให้การปรึกษามีความเข้าใจและสามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ปลอดภัย และการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไขของผู้ให้การปรึกษา จะเป็นสิ่งที่ทำลายกำแพงที่ขวางกั้น และการใช้กลไกป้องกันตนเองของผู้รับการปรึกษา ทำให้หันกลับมามองตนเอง ยอมรับตนเอง พร้อมทั้งประสานกันให้เป็นระบบ ซึ่งก่อนหน้านี้แน่นอนว่าจะไม่ยอมรับและหลบเลี่ยงการเผชิญความเป็นจริง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2544)

ก. ตัวตนของบุคคล (Self)

ประสบการณ์เฉพาะตนของบุคคลหนึ่งบุคคลใดผสมปนกันเข้าเป็น "ตัวตน" ของบุคคลนั้น ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีตัวตน 3 แบบ ได้แก่ ตนตามที่มองเห็น (Self Concept) ตนตามที่เป็นจริง (Real Self) และตนตามอุดมคติ (Ideal self)

ตนตามที่มองเห็น คือ ภาพของคนที่เห็นตนเองว่าเป็นคนอย่างไร คือใคร มีลักษณะ มีความรู้ ความสามารถเฉพาะตนอย่างไร โดยทั่วไปคนรับรู้มองเห็นตนเองหลายแง่มุม อาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือภาพที่คนอื่นเห็น

ตนตามที่เป็นจริง คือ ลักษณะตัวตนที่เป็นไปตามข้อเท็จจริง บ่อยครั้งที่ตนมองไม่เห็นข้อเท็จจริงของตนเป็นกรณีที่ทำให้รู้สึกเสียใจ เศร้าใจ ฯลฯ

ตนตามอุดมคติ คือ ตัวตนที่อยากมีอยากเป็น แต่ยังไม่มีไม่เป็นในสภาวะปัจจุบัน

บุคคลที่มีปัญหาตามแนวคิด Person Centered หรือ Client Centered จึงเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างของ "ตน" (Self) ทั้ง 3 แบบ กล่าวคือ ยิ่งตนทั้งสามแบบมีความแตกต่างกันมากเท่าไรหรือมีความขัดแย้งกันมาก โดยเฉพาะตนตามที่มองเห็น (Self Concept) กับตนตามที่เป็นจริง (Real self) บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเป็นบุคคลที่ก่อปัญหาให้แก่ตนเองและบุคคลอื่น ในรายที่มีความขัดแย้งหรือความแตกต่างกันของตัวอย่างรุนแรง ก็อาจเกิดภาวะสุขภาพจิตเบี่ยงเบน โรคประสาท และหรืออาจเรื้อรังจนกลายเป็นโรคจิตได้ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า คนที่มีปัญหาทางจิตใจและบุคลิกภาพ คือ คนที่มีความขัดแย้งหรือไม่เข้ากัน ไม่กลมกลืนกันระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนที่มองเห็นอย่างรุนแรง การใช้กลไกทางจิตจึงมีความซับซ้อนและถูกนำมาใช้บ่อยครั้ง และในที่สุดทำให้บุคคลนั้นมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ และบุคลิกภาพเรื้อรังและมีปัญหาความผิดปกติทางจิต

จากกรณีศึกษารายนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกสูญเสียที่สามิทอดทิ้ง ต้องเป็นหม้ายเนื่องจากหย่าร้างกับสามี สามีนอกใจ ผู้ป่วยเข้ากัมมธรรมาไม่ได้ มีปัญหาในครอบครัว คิดว่ามารดาไม่เข้าใจตนเอง คอยจับผิดตลอดเวลา การวิเคราะห์กรณีศึกษาตามตัวตนของบุคคล (Self) ที่ Rogers กล่าวถึง พบว่า ตนตามที่มองเห็น (Self Concept) ของผู้ป่วยรายนี้ คิดว่าตนเองเป็นคนที่ทู่หมัดเพื่อ

ครอบครัว รักสามี และปรนนิบัติดูแลครอบครัว เป็นแม่บ้านแม่เรือนที่สมบูรณ์ ทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และมองว่าตนเองจะต้องมีชีวิตครอบครัวที่สมบูรณ์ แต่ตนตามที่เป็นจริง (Real self) กลับตรงกันข้าม ผู้ป่วยถูกสามีนอกใจ และหย่าร้างกัน กลายเป็นครอบครัวที่ขาดผู้นำครอบครัว ผู้ป่วยต้องเป็นหม้ายรับผิดชอบดูแลบุตรชาย 2 คน ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ใช่ความปรารถนาของผู้ป่วยและตนในอุดมคติ (Ideal Self) ของผู้ป่วยรายนี้ ต้องการมีครอบครัวที่สมบูรณ์และมีความสุข แต่พบว่าในส่วนของ Self Concept กับ Real Self มีความขัดแย้งกันชัดเจนที่สุด

เป้าหมายหลักในการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาโดยอิงทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือการที่พยาบาลผู้ให้การปรึกษายพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยให้มองตนเองตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักและเข้าใจตนเอง โดยใช้ทักษะการให้กำลังใจ (Support) ให้มองเห็นศักยภาพที่มีในตนเอง แนะนำการปรับแนวคิด สะท้อนให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวตนตามสภาพความจริงที่เกิดขึ้น เพื่อคลี่คลายความซับซ้อนในกลไกทางจิตให้แก่ผู้ป่วย จะทำให้สามารถมองเห็นตนในส่วนของตนตามที่เป็นจริง และส่วนของตนตามที่มองเห็นและปรารถนาทั้ง 2 ส่วน คือ Self Concept และ Real Self ทั้งสองแบบนี้ให้ประสานกลมกลืนกันได้ (Congruence) ซึ่งการปรับให้ตนทั้ง 2 ส่วน มีความสอดคล้องกลมกลืนกันนี้ จะเกิดผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและการปรับอารมณ์ รวมถึงการพัฒนาบุคลิกภาพ การสร้างมนุษยสัมพันธ์ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าลดลง ลดการใช้กลไกทางจิต (Defence Mechanism) และพัฒนาไปสู่การเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็ง และพัฒนาบุคลิกภาพไปในทางบวก ตามศักยภาพของตนเอง

ข. จุดรวมของประสบการณ์ (The organism)

โรเจอร์ส (Rogers อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2544) อธิบายว่า บุคลิกภาพของมนุษย์ถูกหล่อหลอมและผลักดันจากประสบการณ์ของบุคคลตั้งแต่แรกเกิดเป็นต้นมา และตลอดไปจนจบชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่า ประสบการณ์ของบุคคลเป็นแกนนำของบุคลิกภาพ

ประสบการณ์เป็นสิ่งที่บุคคลสำนึกรู้เฉพาะตน (Phenomenal field) ผู้อื่นสามารถล่วงรู้และเรียนรู้ถึงประสบการณ์ของคนอื่นได้เฉพาะบางส่วนบางแง่มุมเท่านั้น พฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลอยู่ใต้อิทธิพลของประสบการณ์เฉพาะตัวของเขามากกว่าข้อเท็จจริง และบุคคลโดยทั่วไปก็มีแนวโน้มที่จะทดสอบประสบการณ์เฉพาะตนกับข้อเท็จจริงเสมอ

จากกรณีศึกษารายนี้ พบว่า ผู้ป่วยหวาดระแวงสามีและคอยติดตามพฤติกรรมของสามี กลัวสามีจะไปมีผู้หญิงอื่น ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ ทะเลาะเบาะแว้ง และเกิดระหองระแหงเรื่อยมา สามีเริ่มเบื่อหน่าย ไม่อยากกลับบ้าน และเริ่มมีผู้หญิงคนใหม่ ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้จะเกิดจากการพยายามทดสอบประสบการณ์ของตนกับข้อเท็จจริง กล่าวคือ ในอดีตผู้ป่วยเคยมีคนรักและถูกคนรักนอกใจ ออกหักทำให้เกิดความระแวงไม่ไว้วางใจผู้ชาย จนมาแต่งงานกับสามีทำให้มีพฤติกรรมหึงหวงและคอยจับผิดตลอดเวลา ผู้รับบริการรายนี้ยังมี

ประสบการณ์อยู่ในครอบครัวแตกแยก พ่อไปมีภรรยาใหม่ ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่กับมารดาตั้งแต่อายุได้ 2 ขวบ ผู้ป่วยจึงมีประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับครอบครัวที่ไม่ดี จึงมีบุคลิกภาพที่แสวงหาความรักที่แท้จริง ครอบครัวและต้องการเป็นเจ้าของ ตลอดจนหวาดระแวงกลัวถูกทอดทิ้งและกลัวความไม่ซื่อสัตย์ ทำให้พยายามพุ่งความสนใจในการค้นหาความรักจากคนอื่นๆ และต้องการครอบครอง เป็นเจ้าของอย่างรุนแรง จึงเป็นบุคลิกภาพที่เบื้อหน้า ขี้กลัวกับคนรอบข้าง ตัวผู้ป่วยเองก็เกิดความกังวลสูงไม่เป็นสุข และมีความทุกข์ใจจากการเปลี่ยนแปลงด้วย และเมื่อผิดหวังจากความรักก็จะยังเป็นการย้ำความเจ็บปวดจากประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีต ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองเป็นคนไร้ค่า ขาดความเชื่อมั่นและขาดความภาคภูมิใจในตนเอง

พยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่คิดลงโทษตนเอง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการมองปัญหาทางบวก (Positive thinking) การมองข้อดี ข้อเด่นของตนเอง โดยอิงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยและการแก้ไขปัญหาโดยเน้นปัจจุบัน (Here and now) โดยไม่เก็บเอาสิ่งไม่ดีในอดีตมาทำให้ตนเองเจ็บปวดยิ่งขึ้น เนื่องจากคนเราไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตได้

ก. เป้าหมายในชีวิตของบุคคล (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2544)

Rogers เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีเป้าหมายของชีวิตร่วมกัน คือ มีแนวโน้มที่จะรู้จักตนเองและพอใจในตนเอง โดยดำเนินชีวิตตามศักยภาพของตน ซึ่งบุคคลที่ทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ไม่ได้ ก็อาจเกิดปัญหา ดังนั้นปัญหาของบุคคลจึงเกิดจากการไม่สามารถทำตามปรารถนา ไม่สามารถหลบหลีกหรือมีอุปสรรคกีดขวางการไปถึงเป้าหมายในชีวิตที่จะรู้จักและพอใจตนเอง เช่น การได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ บรรยากาศครอบครัวที่ไม่เป็นมิตร การถูกห้ามหรือกีดขวาง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้เติบโตมาด้วยการหล่อหลอมให้มีบุคลิกภาพที่เกลียดตนเองและผู้อื่น ไม่ยินดีในวัย ฯลฯ ขึ้นกับการถูกขัดขวางว่าจะอยู่ในรูปแบบใด

จากกรณีศึกษารายนี้ พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการเลี้ยงดูมาจากครอบครัวที่แตกแยก บิดา มารดา แยกทางกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 ขวบ ฐานะครอบครัวในขณะนั้นไม่ดีนัก มารดาต้องทำงานมาก ทำให้ผู้ป่วยถูกเลี้ยงดูแบบปล่อยให้อยู่กับบ้านกับพี่ชาย และไม่ได้รับความเอาใจใส่นัก ผู้ป่วยจึงมีความต้องการความรักความเอาใจใส่ และมีความคาดหวัง ความสุข ความสมหวังในชีวิต ต้องการความอบอุ่นและครอบครัวที่เป็นสุข

พยาบาลผู้ให้การปรึกษา สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้ด้วยการให้การปรึกษา ซึ่งโรเจอร์สเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมามีความปรารถนาและความต้องการที่จะรู้จักตนเอง ตระหนักในตนเองและต้องการพึงพอใจตนเอง อยากเป็นคนดี มนุษย์ไม่มีธรรมชาติไฟต์ แต่เป็นเพราะสภาพการณ์แวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยให้บุคคลแสดงธรรมชาติของการไฟต์ บุคคลจึงไม่ได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลอื่น

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหาเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม พยาบาลจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางที่จะพัฒนาปรับปรุงตนเอง

ให้ตรงกับความเป็นจริง (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543) ผู้ป่วยจะเข้าใจตนเองว่า อะไรคืออุปสรรคของความเจริญงอกงามของตน ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงสิ่งที่ทำให้ตนบิดเบือนตนเองหรือรับรู้ตนเอง โดยผิดไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยจะได้ก้าวไปสู่ความเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์เปิดกว้าง มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตและก้าวไปข้างหน้าได้ตามศักยภาพที่มีในตนเอง

ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้เทคนิคเบื้องต้นในการให้การปรึกษาโดยคึงทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person Centered หรือ Client Centered) ได้แก่ การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (Active Listening) การยอมรับทั้งในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติและบุคลิกภาพของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเป็นสำคัญ คุณสมบัติของพยาบาลผู้ให้การปรึกษาคควมีความจริงใจ บุคลิกลักษณะเป็นมิตร อ่อนนุ่ เทคนิคสำคัญที่ใช้ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) การใส่ใจ (Attending) การถาม (Questioning) โดยเน้นถึงความเข้าใจโดยอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน (Being here) พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจในตนเอง พยาบาลจึงต้องแสดงบทบาทอย่างมากในการเปิดโอกาสและให้ความไว้วางใจ ตลอดจนมอบความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยอย่างมากในการตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์กรณีศึกษารายนี้ โดยเชิงทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยผู้นำแนวคิดนี้ คือ Carl R Rogers เป็นแนวคิดที่ใช้ในการให้การปรึกษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน เน้นปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ ในกระบวนการบำบัดรักษาโดยการให้การปรึกษา (Corey, 2001) ซึ่งอาจสรุปแนวทางในการให้การปรึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโดยสามารถทำได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นขั้นแรกของการให้การปรึกษา (Beginning of Counseling) มีการบอกวัตถุประสงค์การตกลงบริการปรึกษาระหว่างพยาบาลผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วย โดยมีข้อตกลงร่วมกัน พยาบาลผู้ให้การปรึกษาสร้างบรรยากาศที่ดี ผ่อนคลาย

ขั้นที่ 2 เป็นขั้นการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา (The therapeutic Relationship) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลผู้ให้การปรึกษาสร้างความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผ่านทักษะและเทคนิคต่าง ๆ

ขั้นที่ 3 เป็นขั้นตอนของการสร้างเป้าหมายร่วมกัน (establishing therapeutic goals) เป็นขั้นตอนที่ทั้งพยาบาลผู้ให้การปรึกษาและผู้ป่วยมีการวางแผนและสร้างเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนเป็นขั้นตอนของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งข้อมูล ปัญหา สาเหตุ และความต้องการ และลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการปรึกษา

จากแนวคิดการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (a person centered perspective) คอเรีย (Corey, 2001) กล่าวว่า การให้การปรึกษาเป็นมากกว่าการให้ความสำคัญหรือมุ่งตรงไปยังการแก้ไข ปัญหาและการให้ข้อมูลเท่านั้น แต่การให้การปรึกษายังเป็นการให้ความช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถทำ ความเข้าใจกับปัญหาต่าง ๆ ของพวกเขาด้วยการสนับสนุนโดยผู้ให้การปรึกษา โดยใช้คุณสมบัติของความ จริงใจ ความเป็นธรรมชาติ การยอมรับ การนับถือในคุณค่าของความเป็นมนุษย์และการยอมรับบุคคลโดย ปราศจากเงื่อนไข ตลอดจนการให้ความเข้าใจในบุคคลอย่างลึกซึ้ง

ข้อดีของการนำการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยมักพบ ว่า วิธีนี้มีข้อดีในแง่ของการที่ไม่มีกำหนดรูปแบบที่เฉพาะของต้นขึ้น จะมีความยืดหยุ่นให้พยาบาลแต่ละคนมี แนวทางและมีเทคนิคของตนเอง แต่จะต้องมีปรัชญาและแนวคิดพื้นฐานเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม Rogertain หรือมนุษยนิยม เป็นกรอบของการปฏิบัติและมีทัศนคติ "เปิดใจและยอมรับ" โดยเชื่อว่า

CL หรือ Client เป็นผู้ที่ปัญหาที่แสวงหาความช่วยเหลืออย่างแท้จริงด้วยตนเอง

Co หรือ Counselor เป็นผู้บำบัดและช่วยเหลือ ซึ่งในแนวคิดนี้ จะไม่แสดงตนว่าเป็นผู้รู้ดีกว่าผู้รับ การปรึกษาหรือผู้ที่มีปัญหา กล่าวคือ Co จะไม่ทำหน้าที่ชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาให้ CI แต่ Co จะให้ CI ได้ เรียนรู้ปัญหาและเข้าใจปัญหาด้วยตนเอง โดยอยู่ภายใต้ปรัชญาความช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาว่า "การ จะเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงจะต้องมาจากผู้ที่มีปัญหา" (สวินีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว, 2527)

เมื่อพยาบาลผู้ให้การปรึกษาเลือกใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการช่วยเหลือผู้ป่วยนี้ พยาบาล ควรจะมีทัศนคติที่เป็นกลางที่เรียกว่า Nonjudgmental attitude เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและบรรยากาศ แห่งการยอมรับ เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดและส่งความรู้สึก ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงออกมาได้ พื้นฐานความเชื่อที่สำคัญสำหรับแนวคิดนี้ได้แก่

1. คนทุกคนมีความสามารถอยู่ในตัวเองและสามารถมีความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาใน ชีวิตได้ รวมทั้งสามารถที่จะเอาชนะหรือปลดปล่อยสาเหตุแห่งความทุกข์ได้

2. พลังความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคล จะเกิดประสิทธิภาพขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลผู้ให้การ ปรึกษาได้สร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่น ยอมรับและมีความเข้าใจกับบุคคลนั้น ๆ

ดังนั้น กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายนี้ โดยอาศัยแนวคิดการให้การปรึกษาแบบผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ที่ทำให้พยาบาลผู้ให้การปรึกษาปรับเปลี่ยนทัศนคติของ ตนให้เป็นกลาง และผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองใหม่ เรียนรู้วิธีการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ใหม่ และ เรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่ ภายใต้การส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดี เป็นมิตร อบอุ่น เอื้ออาทร ไว้วางใจซึ่งกัน และกัน โดยพยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภายใต้บรรยากาศเหล่านี้ ผู้ป่วยสามารถนำ "พลังในตนเอง" หรือศักยภาพที่มีในตนเองออกมาใช้ในการทำความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา สถานการณ์ชีวิต ในที่สุดผู้ป่วยก็สามารถเกิดการปรับตัว เปลี่ยนแปลงในทางที่ดี สามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นและยอมรับ

ปัญหา รวมทั้งเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้ป่วยรายนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้ แต่มีโอกาที่จะกลับเป็นซ้ำได้อีก โอกาสที่ผู้ป่วยจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นได้อีก ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ ความเข้าใจของมารดาและคนใกล้ชิด การให้ความเอาใจใส่เป็นที่ปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเห็นอกเห็นใจ ไม่แสดงการตำหนิตะเยียน การดูแลเรื่องการรับประทานยาตลอดจนการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดจะลด โอกาสการเกิดปัญหาการปรับตัวผิดปกติและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ดังนั้นควรมีการนัดติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน โดยอาจมีการประเมินผลทุก 6 เดือน เพื่อ จะได้ทราบปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางวางแผนแก้ไข ช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2. สำหรับการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซึมเศร้า ที่ตึกผู้ป่วยใน นับได้ว่าเป็นบริการที่จำเป็น อย่างยิ่ง โดยเจ้าหน้าที่ในตึกผู้ป่วยประเมินปัญหาจากผู้ป่วย ร่วมกับการใช้แบบคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า อาจ ใช้วิธีการศึกษาและช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ได้ แต่หากมีความจำเป็นเนื่องจากภาระงานการให้ บริการในตึกผู้ป่วยในมาก มีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการให้บริการ การส่งผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกให้การ ปรึกษาก็เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้

3. แหล่งสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ต้องส่งเสริมให้ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม เพื่อจะได้ช่วย ให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีส่วนรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการเจ็บ ป่วยทางจิตขึ้นในครั้งนี้ โดยพยาบาลให้คำแนะนำญาติให้เห็นอกเห็นใจ คอยเป็นกำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลจะต้องแนะนำแหล่งบริการเมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือ ความคับข้องใจ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน หรือการให้บริการทางโทรศัพท์

4. ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิต ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า จึงได้จัดทำโครงการ การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย อบรมให้แก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข หากคนในพื้นที่มี ความเข้าใจในเรื่องนี้ ก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารายอื่น ๆ ได้ เนื่องจากมีแบบคัดกรองแบบง่าย ๆ และสะดวกใช้ในชุมชน ประเมินตนเองและได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

5. โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ควรส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ของตนรู้จักใช้แหล่ง สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคม เมื่อมีความคับข้องใจ เครียด ควรปรึกษาคนในครอบครัว เพื่อน สนิทที่ไว้ใจได้ หรืออาจเลือกใช้คลินิกให้การปรึกษาจากสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ในวัน เวลา ราชการ หรือบริการทางโทรศัพท์

6. จัดให้มีสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ตามหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้บริการ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน ดังนี้

6.1 จัดบอร์ดให้คำแนะนำ เรื่อง การดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยและญาติ ที่ดึกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและญาติได้รับความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

6.2 จัดทำเอกสารแผ่นพับ คู่มือ เรื่องการดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยและญาติ แจกแก่ผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและผู้สนใจเพื่อนำไปศึกษา

7. จัดให้บริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องการได้รับความช่วยเหลือให้ทันทั่วถึง และยังเป็นการประหยัดค่ารถอีกทางหนึ่งด้วย โดยให้โทรศัพท์มาที่ 0 4322 7422 ต่อ 3102 ในเวลาราชการ หรือต่อ 2500 นอกเวลาราชการ

8. ความรู้ที่ได้ในการศึกษาค้นคว้า เผยแพร่ให้แก่ทีมการพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางในการให้การปรึกษา โดยนำเสนอในรูปแบบของการเสนอความรู้ทางวิชาการภายในตึก หรือเสนอ Case Conference ระหว่างทีมผู้ให้การปรึกษาและพยาบาลจิตเวช

9. นำความรู้ที่ได้รับเผยแพร่แก่นักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ให้ทราบแนวคิด วิธีการให้การปรึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการให้การปรึกษา โดยนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการสอน(Clinical Teaching)

10. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอฝ่ายการพยาบาล เพื่อจัดประชุมสัมมนา จัดอบรมในเรื่องการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

11. นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษามาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การให้การปรึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้าในโครงการอบรมการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในเขต 6 ปีงบประมาณ 2545 ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นผู้ดำเนินการจัดอบรม

พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานประจำภายในหอผู้ป่วยมิได้มีเพียงบทบาทในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย ญาติและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้านี้ให้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรชาย 2 คน และมารดาที่สูงอายุแล้ว โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว กับเพื่อนร่วมงาน และในชุมชนได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันทั่วถึงก็อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ อาทิ มีแนวคิดซึมเศร้ารุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาอย่างมากต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น . แผนการสอนการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย . ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2544.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น . รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2545 . ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2545.
- ลัดดา แสนสีหา . ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมิติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- วัชร ทรัพย์มี . ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2533.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม . เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง . กรุงเทพฯ : เขียวบุ๊คพับลิชเชอร์, 2528.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล . ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ . พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี, 2544.
- สมภพ เรืองตระกูล . ตำราจิตเวชศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542.
- สุพร เกิดสว่าง . การให้การปรึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด, 2540.
- สุรินทร์ รณเกียรติ . ทักษะและกระบวนการให้การปรึกษา . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว . แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช . พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, วัชนี หัตถพนม . คู่มือการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน . ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2544.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย . การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- อาภา จันทรสกุล . ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2535.
- . ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาในสถาบันการศึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 10. มปท. : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ . การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ . กรุงเทพฯ : วี.เจ. พรินติ้ง, 2541.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชัยกุล . ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร . ใน : วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(3), 2539.
- Beck, A.T. . *The Diagnosis and Management of Depression* . Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1973.

- Corey, G . **Case approach to counseling and psychotherapy** . 5th ed . Books/Cole Publishing Company
Adivision of Wadsworth Inc, 2001.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. Mood Disorder. In Comprehensive **Textbook of Psychiatry** . Kaplan, H.I.
(Editor). 6th ed. New York : William & Wilkins, 1995.
- Litwack, L. Janice, M. & Ballou, M.B. **Health counseling**. New York : Appleton-century-crofts, 1980.
- Nugent, Frank A. . **Introduction to the professional of counseling**. 3rd ed . Prentic-Hall Inc, 2000.
- Priest, R . **Anxiety and depression : a practical guide to recovery**. Singapore : P.G. publishing, 1983.
- Sharf, R.S. **Theories of Psychotherapy and counseling : concept and cases**. Pacific Grove : Books/Cole
Publish company, 1996.