

บทที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์จิราพร รักการ

วัตถุประสงค์ หลังจบบทเรียนนี้ นักศึกษาสามารถ

1. บอกแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ และระบุแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้
2. บอกแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีจิตสังคม และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และระบุแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้
3. บอกแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม และระบุแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้
4. บอกแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และทฤษฎีปัญญานิยม และระบุแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้
5. บอกแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์ (เพ็พพลาว รอย โอเรม) และระบุแนวทางการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

หัวข้อที่สอน

- 3.1 ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model)
- 3.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีจิตสังคม และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
 - 3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)
 - 3.2.2 ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial theory)
 - 3.2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory)
- 3.3 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic theory)
 - 3.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)
 - 3.3.2 ทฤษฎีการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส (Client-centered theory)
 - 3.3.3 ทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existentialist)
- 3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory) และทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)
 - 3.4.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ (Pavlov's classical conditioning theory)

3.4.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของวัตสัน (Watson's classical conditioning theory)

3.4.3 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Operant conditioning theory)

3.4.4 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปัญญาสังคม (Social cognitive learning theory)

3.4.5 ทฤษฎีการบำบัดแบบเน้นเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational-emotive behavior therapy: RET)

3.4.6 ทฤษฎีทางปัญญาของเบค (Beck's cognitive theory)

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาล (ทฤษฎีของเพ็พพลาว รอย และโอเรม)

3.5.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว (Peplau's interpersonal theory)

3.5.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory)

3.5.3 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)

บทที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์จิราพร รักการ

บทนำ

แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการนำทฤษฎีที่ได้ศึกษาค้นคว้าทางด้านจิตเวชศาสตร์ มนุษยศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศาสตร์สาขาอื่นๆ มาอธิบายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความผิดปกติของพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน จึงจำเป็นต้องมีหลายๆ ทฤษฎีที่ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

3.1 ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model)

ทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model) กำเนิดขึ้นปลายศตวรรษที่ 18 (ประมาณ ค.ศ. 1900) โดยอดอล์ฟ ไมเออร์ (Adolf Meyer: 1866-1950) ซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชว่ามีสาเหตุมาจากร่างกายและจิตใจ และอธิบายว่าบุคคลเป็นหน่วยรวมขององค์ประกอบด้านชีวภาพ และจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลมาจากการมีพยาธิสภาพทางด้านชีวภาพและความล้มเหลวของการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม (ภัสรา ศิริรินทร์ภาณ, 2556) ต่อมาในปี ค.ศ. 1950 ได้มีการค้นพบยา chlorpromazine (CPZ) สำหรับใช้รักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช การค้นพบนี้ นับเป็นความท้าทายด้านจิตเวชศาสตร์บำบัด ภายหลังมีการค้นพบยารักษาอาการทางจิตอื่นๆ ที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิต อาการคุ้มคลั่ง อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล รูปแบบชีวภาพทางการแพทย์จึงมุ่งเน้นไปที่ระบบประสาท สารเคมีในสมอง ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรม เพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายที่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการรับรู้ (Halter, 2014)

3.1.1 แนวคิดหลักของทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์

แนวคิดหลักของทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Wilson, 1996 อ้างถึงใน ศุภกิจ เจริญสุข, 2557) มีดังนี้

- 1) บุคคลมีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์และจิตใจ คือ ผู้ที่เจ็บป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกายโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง
- 2) สาเหตุการเจ็บป่วย เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง โดยเฉพาะ limbic system และ synapse ในระบบประสาทส่วนกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ

เจ็บป่วยประกอบด้วย สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่มีมากหรือน้อยเกินไป การเปลี่ยนแปลงของจังหวะการทำงานของชีวภาพของร่างกาย เช่น วงรอบการหลับ-ตื่น (Sleep-wake cycle) และปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors)

3) ความเจ็บป่วยจะมีลักษณะของโรคและมีอาการแสดงที่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยและจำแนกโรคได้

4) โรคทางจิตเวชมีการดำเนินโรคที่แน่นอนและสามารถพยากรณ์โรคได้

5) โรคทางจิตเวชสามารถรักษาได้โดยการรักษาแบบฝายกาย เช่น การรักษาด้วยยา

6) แนวความคิดที่ว่าโรคจิตมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีวภาพ ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งลดเจตคติของสังคมที่ว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตมาจากบุคลิกภาพที่อ่อนแอของบุคคลหรือจากการผิดศีลธรรมของบุคคล

3.1.2 สาเหตุของความผิดปกติทางจิต

1) พันธุกรรม (Genetic)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความชุกของการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช มีความสัมพันธ์กับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) (ภัสรา ศิริรินทร์ภาณ, 2556) ตัวอย่างเช่น โรคจิตเภท ในบุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดเพียงร้อยละ 1 ขณะที่ในฝาแฝดทั้งฝาแฝดเทียมและฝาแฝดแท้ มีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 40 และ 65 ตามลำดับ (Cardno & Gottesman, 2000 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) สำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว ในฝาแฝดมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 80 ในเครือญาติมีโอกาสเกิดได้ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 10 ในขณะที่บุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดโรคเพียงร้อยละ 1.2 (Craddock, O'Dovovan & Owen, 2009 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557)

2) สารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

สารสื่อประสาทในสมองที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิต แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ภัสรา ศิริรินทร์ภาณ, 2556; Varchol & Raynor, 2009 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

2.1) Monoamines สารสื่อประสาทสำคัญ คือ dopamine มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการประสานงานของกล้ามเนื้อ และด้านอารมณ์ norepinephrine มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติของบุคคล และ serotonin โดย dopamine และ norepinephrine ที่มีมากเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท (Schizophrenia) และแมเนีย (Mania) แต่หากมีน้อยเกินไปจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) และภาวะซึมเศร้า

(Depression) ขณะที่ serotonin ที่มากเกินไปจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล แต่หากมีน้อยเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า

2.2) Amino acid สารสื่อประสาทสำคัญ คือ GABA (Gamma-aminobutyric acid) ซึ่งทำหน้าที่ลดความตื่นตัว ลดความวิตกกังวล หากพบว่ามีสารนี้น้อยจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทและเมเนีย

2.3) Neuropeptide สารสื่อประสาทสำคัญ คือ somatostatin neurotensin และ substance P ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความเจ็บปวด

2.4) Cholinergics สารสื่อประสาทสำคัญ คือ acetylcholine มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การจำ การควบคุมอารมณ์ การนอนหลับ และการตื่นตัว หากมีน้อยเกินไปจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า และหากมีมากเกินไปจะมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) และความผิดปกติของความจำ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (Townsend, 2009 อ้างถึงใน ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ, 2556)

3) ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมอง (Structure and functional of brain)

3.1) Cerebrum เป็นสมองส่วนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ทำหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการรู้สึกตัว การคิด การเคลื่อนไหว และการเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 ส่วน (ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ, 2556; Videbeck, 2014) ดังนี้

3.1.1) Frontal lobe ทำหน้าที่ควบคุมระบบการทำงานของความคิด การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความจำ การแสดงออกทางอารมณ์ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้จะสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) โรคสมองเสื่อม (Dementia) และการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ท้อ การย้ำทำ และการตัดสินใจเสีย เป็นต้น

3.1.2) Temporal lobe เป็นศูนย์กลางของรับรู้การได้กลิ่นและการได้ยิน รวมทั้งความจำ และการแสดงออกทางอารมณ์ หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการ เช่น หูแว่ว ความสนใจลดลง และหมกมุ่นเรื่องเพศมากขึ้น เป็นต้น

3.1.3) Parietal lobe เกี่ยวข้องกับการแปรผลการรับรู้ การสัมผัส รวมทั้งการอธิบายถึงสิ่งต่างๆ รอบตัว การคิดอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการ เช่น อนามัยส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงไป คิดคำนวณตัวเลขช้า และสมาธิไม่ดี เป็นต้น

3.1.4) Occipital lobe เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาและการมองเห็น หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการ เช่น การเห็นภาพหลอน

3.2) Brainstem ประกอบด้วย midbrain, pons และ medulla oblongata หากมีความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจพบอาการมือสั่นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3.3) Cerebellum เป็นศูนย์กลางในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว และการทรงตัว รับข้อมูลจากส่วนของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ ข้อต่อ อวัยวะ และส่วนประกอบอื่นๆ ของระบบประสาทส่วนกลาง การยับยั้ง dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในบริเวณนี้เกี่ยวข้องกับอาการของโรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม

3.4) Limbic system ประกอบด้วย thalamus, hypothalamus, hippocampus และ amygdala โดย thalamus จะควบคุมการกระทำ ความรู้สึก และอารมณ์ hypothalamus จะเกี่ยวข้องกับการทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล เช่น อุณหภูมิของร่างกาย ควบคุมความอยากอาหาร การทำงานของต่อมไร้ท่อ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ส่วน hippocampus และ amygdala ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสภาวะทางอารมณ์และความจำ หากมีความผิดปกติของสมองระบบนี้อาจเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต เช่น การสูญเสียความจำ ร่วมกับการเกิดโรคสมองเสื่อม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และการแสดงพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในผู้ป่วยโรคจิตเภทและแมเนีย เป็นต้น

4) พัฒนาการของเซลล์ประสาท (Neural development)

ความผิดปกติของโครงสร้างสมองอาจมาจากการพัฒนาโครงสร้างระบบประสาทขณะอยู่ในครรภ์ โดยเฉพาะช่วง 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างที่มารดาตั้งครรภ์หรือมารดาเสพสารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดภาวะทารกติดแอลกอฮอล์ (Fetal alcohol syndrome) และนำไปสู่การมีภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) ได้ (ภัสรา ศิริรินทร์ภาณ, 2556)

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลจะให้การดูแลทางด้านร่างกายแก่ผู้ป่วยจิตเวช เช่น ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามการนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ และการขับถ่าย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (Halter, 2014) แต่การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นพยาบาลจะต้องประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลโดยบูรณาการทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีอื่นๆ เพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด (ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557)

3.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีจิตสังคม และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud: 1856-1939) นักประสาทวิทยาชาวออสเตรีย ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดย ฟรอยด์มีความเชื่อว่าระดับจิตใจของมนุษย์มีความแตกต่างกันในแต่ละชั้น เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ พฤติกรรมและประสบการณ์ในภาวะจิตสำนึกเป็นเพียงส่วนที่เล็กน้อยส่วนหนึ่งของจิตใจเท่านั้น การแสดงออกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นแรงกระตุ้นโดยตรงจากจิตใต้สำนึก ความขัดแย้ง แรงจูงใจ รวมไปถึงความคับข้องใจ ซึ่งการศึกษาระบบจิตใต้สำนึกนั้นไม่สามารถศึกษาได้โดยตรง แต่สามารถเข้าใจได้โดยการวิเคราะห์จากการแสดงออกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะจิตสำนึก ฟรอยด์ได้ศึกษาและกำหนดแนวคิดของทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย ระดับของจิตใจ (Level of mind) โครงสร้างของจิตใจ (Structure of mind) สัญชาตญาณ (Instinct) กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) และพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Psychosexual development) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1.1 ระดับของจิตใจ (Level of mind)

ภาพเปรียบเทียบเกี่ยวกับจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่รู้จักกันดีเป็นภาพภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg) (ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) ซึ่งฟรอยด์เปรียบเทียบจิตของคนเป็นเหมือนก้อนน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในน้ำ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับจิตสำนึก (Conscious level) เป็นระดับของจิตใจที่มนุษย์รู้สึกตัว และตระหนักในตนเอง มีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ตนรับรู้ พฤติกรรมที่แสดงออกอยู่ภายใต้การควบคุมด้วยสติปัญญา ความรู้ และการพิจารณาให้เหมาะสมกับสิ่งที่ถูกต้องและสังคมยอมรับ

2) ระดับจิตใต้สำนึก (Subconscious/Preconscious level) เป็นระดับของจิตใจที่อยู่ในระดับกึ่งรับรู้ และไม่รับรู้ อยู่ในระดับลึกต่ำกว่าจิตสำนึก ต้องใช้เวลาและเหตุการณ์ช่วยกระตุ้นให้เกิดการระลึกได้ จิตใจในส่วนนี้จะช่วยจัดข้อมูลที่ไม่จำเป็นออกไปจากความรู้สึกของบุคคลและเก็บไว้แต่ส่วนที่มีความหมายต่อตนเอง จิตใจในส่วนนี้ดำเนินการอยู่ตลอดเวลาในชีวิต

3) ระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious level) เป็นระดับของจิตใจที่อยู่ในส่วนลึกไม่สามารถจะนึกได้ในระดับจิตสำนึกธรรมดา บุคคลมักจะเก็บประสบการณ์ที่ไม่ดีและเลวร้ายในชีวิตที่ผ่านมาของตนไว้ในจิตไร้สำนึกโดยไม่รู้ตัว และจะแสดงออกในบางโอกาสซึ่งเจ้าตัวไม่ได้ควบคุมและไม่รู้สึกตัว

3.2.1.2 โครงสร้างของจิตใจ (Structure of mind)

ฟรอยด์ แบ่งโครงสร้างของจิตใจออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

- 1) Id เป็นแรงผลักดันของจิตใจที่ติดตัวทุกคนมาแต่กำเนิด เป็นแรงขับตามสัญชาตญาณ เป็นการแสวงหาความสุขโดยยึดความพึงพอใจเป็นหลัก (Pleasure principles) เรียกว่าเป็น “กระบวนการคิดแบบปฐมภูมิ” (Primary thinking process) ซึ่งไม่ได้กลั่นกรองหรือขัดเกลาให้เหมาะสม เป็นความต้องการเบื้องต้นและกระทำเพื่อสนองความต้องการของตนเองเท่านั้น
- 2) Ego เป็นส่วนของจิตใจที่ดำเนินการโดยอาศัยเหตุและผล เพื่อตอบสนองสิ่งที่ตนปรารถนา ตามหลักแห่งความเป็นจริง (Reality principle) การทำงานของจิตใจส่วนนี้อยู่ในระดับจิตสำนึก มีการพิจารณากลั่นกรองเพื่อตอบสนองความต้องการตามแรงขับของ Id ให้อยู่ในขอบเขตของความเหมาะสม เรียกว่าเป็น “กระบวนการคิดแบบทุติยภูมิ” (Secondary thinking process)
- 3) Superego เป็นส่วนของจิตใจที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับมโนธรรม (Conscience) คือ ความรู้สึกผิดชอบชั่วดีที่มีอยู่ในจิตใจของบุคคล เกิดจากการอบรมสั่งสอนของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู

3.2.1.3 สัญชาตญาณ (Instinct)

ฟรอยด์เชื่อว่าแรงผลักดันทางด้านบุคลิกภาพมาจากพลังงาน 2 ประเภท คือ พลังงานทางร่างกาย (Physiological energy) และพลังงานทางจิต (Psychic energy) ซึ่งพลังงานทางจิตอยู่ภายใต้จิตไร้สำนึก และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในคน ตัวเชื่อมระหว่างพลังงานทางกายและพลังงานทางจิต ได้แก่ สัญชาตญาณ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- 1) สัญชาตญาณทางเพศ (Sexual of life instinct: Libido) ทำหน้าที่ผลักดันให้มนุษย์แสวงหาความพอใจตามที่ตนเองต้องการ ส่วนที่สำคัญที่สุด คือ แรงขับทางเพศ ซึ่งมีมาตั้งแต่แรกเกิด ในร่างกายมีอวัยวะต่างๆ ที่ไวต่อการสัมผัสซึ่งจะทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ ได้แก่ บริเวณปาก ทวารหนัก และอวัยวะเพศ
- 2) สัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว (Aggressive of instinct: Mortido) ทำหน้าที่ผลักดันให้มนุษย์แข่งขันกัน ชิงดีชิงเด่น เอาชนะ มีลักษณะพลังงานในทางทำลาย

3.2.1.4 กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism)

กลไกการป้องกันทางจิต เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตไร้สำนึกที่บุคคลใช้เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเผชิญปัญหา หรือขจัดความไม่สบายใจ ความทุกข์ใจ อันมีสาเหตุมาจากความกลัว ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ หรือความขัดแย้งที่ตนแก้ไขไม่ได้ หากบุคคลใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมจนติดเป็นนิสัย จะมีแนวโน้มเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ กลไกทางจิตที่พบบ่อย (ศุกรใจ เจริญสุข, 2557; Videbeck, 2014) มีดังนี้

1) การชดเชย (Compensation) เป็นการกระทำเพื่อลบล้างจุดบกพร่อง จุดอ่อน หรือปมด้อยของตน โดยการสร้างจุดเด่นทางอื่น ตัวอย่างเช่น คนที่เรียนไม่เก่งหันไปเอาดีทางด้านดนตรี

2) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นพฤติกรรม (Conversion) เป็นการเปลี่ยนความขัดแย้งในจิตใจเกิดเป็นอาการทางกาย ตัวอย่างเช่น เดินไม่ได้เพราะขาอ่อนแรงหลังจากถูกบังคับให้แต่งงาน

3) การปฏิเสธ (Denial) เป็นการปฏิเสธที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างซึ่งเป็นความจริงโดยการเพิกเฉย เพราะการยอมรับความจริงทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ตัวอย่างเช่น ไม่ยอมรับผลการตรวจจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งจึงไปพบแพทย์ที่อื่นเพื่อให้ตรวจรักษาใหม่

4) การแทนที่ (Displacement) เป็นการถ่ายเทอารมณ์ที่มีต่อบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นหรือวัตถุสิ่งของอื่น โดยที่บุคคลหรือวัตถุสิ่งของนั้นไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นอารมณ์แต่อย่างใด ตัวอย่างเช่น หลังจากถูกมารดาคุ้งใจโกรธมากจึงหันไปขว้างแจกันของมารดาแตกกระจาย

5) การโทษตัวเอง (Introjection) เป็นการตำหนิ กล่าวโทษตนเอง ตัวอย่างเช่น เพราะตนเองดูแลน้องไม่ดีจึงทำให้น้องถูกรถชน

6) การโทษผู้อื่น (Projection) เป็นการโยนอารมณ์ ความรู้สึกที่รับไม่ได้ของคนเราภายในจิตใจไว้สำนึกไปยังอีกคนหนึ่งหรือเป็นการโยนความผิดให้ผู้อื่น ตัวอย่างเช่น นักเรียนสอบตกบอกว่าครูสอนไม่ดี

7) การแยกตัว (Isolation) เป็นการไม่ตอบสนองต่อการกระทำที่นำความคับข้องใจมาให้ จะแยกตัวออกจากสภาพการณ์นั้น ตัวอย่างเช่น เด็กคิดว่าพ่อแม่ไม่รักจึงขังตัวอยู่ในห้องคนเดียว

8) การถดถอย (Regression) เป็นการแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมกลับไปสู่ในระดับพัฒนาการของจิตใจและอารมณ์ในระดับต้นๆ เกิดขึ้นเมื่อประสบภาวะความไม่มั่นคงทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น เด็กที่แม่มีน้องใหม่กลับมาจะมีพฤติกรรมปัสสาวะรดที่นอน

9) การเก็บกด (Repression) เป็นการเก็บกดอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดจากระดับจิตสำนึกไปสู่ระดับจิตไร้สำนึก เพื่อให้ลืมเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ ตัวอย่างเช่น เคยถูกน้ำชายข่มขืนในวัยเด็กแล้วจำไม่ได้ว่าทำไมตนเองจึงเกลียดน้ำชาย

10) การเก็บกด (ระดับจิตสำนึก) (Suppression) เป็นการลืบบางสิ่งบางอย่างโดยเจตนา มีลักษณะคล้ายกับ repression แต่เป็นกระบวนการขจัดความรู้สึกดังกล่าวออกไปจากความคิด และเกิดขึ้นโดยผู้กระทำมีความรู้ตัวและตั้งใจ ในขณะที่ repression นั้นไม่รู้ตัว ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบอกพยาบาลว่ายังไม่พร้อมที่จะพูดเรื่องการทะเลาะกับสามี

11) การลบล้างความรู้สึกผิด (Undoing) เป็นการกระทำในสิ่งที่ดีเพื่อลบล้างความรู้สึกผิดที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ตัวอย่างเช่น ผิดนัดกับเพื่อนจึงพาเพื่อนไปเลี้ยงข้าว

12) การอ้างเหตุผล (Rationalization) เป็นการหาเหตุผลที่สังคมยอมรับมาอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของตน เป็นการหาเหตุผลเข้าข้างตัวเองหรือเป็นการแก้ตัว

12.1) แบบองุ่นเปรี้ยว (Sour grape) เป็นการให้เหตุผลว่าสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วไม่ได้มันเป็นสิ่งไม่ดี ตัวอย่างเช่น อยากรียนแพทย์แต่สอบไม่ติดเลยบอกว่าอาชีพแพทย์ไม่ดีเรียนแล้วเครียด

12.2) แบบมะนาวหวาน (Sweet lemon) เป็นการหาเหตุผลมาสนับสนุนเมื่อตนเองต้องการสิ่งใดแล้วไม่สามารถหามาได้ โดยบอกว่าสิ่งที่ตนเองประสบหรือการกระทำของตนเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในแล้ว ตัวอย่างเช่น มีบ้านหลังเล็ก บอกว่าดีเพราะดูแลทำความสะอาดง่าย

13) การหาทางทดแทน (Sublimation) เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกหรือแรงผลักดันที่ไม่ดี ที่สังคมไม่ยอมรับ ไปเป็นวิธีการที่สังคมยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความกดดันทางจิตใจไปในทางสร้างสรรค์ ตัวอย่างเช่น คนก้าวร้าวผันตัวเองไปเป็นนักมวย

14) การกระทำตรงข้ามกับความรู้สึก (Reaction formation) เป็นการที่บุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกตรงข้ามกับความคิดความรู้สึกที่แท้จริงของตน ตัวอย่างเช่น บอกเพื่อนร่วมงานว่าหัวหน้าเป็นคนดีทั้งที่ในใจเกลียดหัวหน้านามาก

15) การเลียนแบบ (Identification) เป็นการรับเอาความคิด ทัศนคติ ค่านิยม ลักษณะประจำตัวของบุคคลสำคัญในชีวิตหรือบุคคลที่นิยมชมชอบมาเก็บและจดจำไว้จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของตนเอง ตัวอย่างเช่น เด็กบอกพยาบาลว่า “โตขึ้นจะเป็นพยาบาลเหมือนพี่” หรือ การเลียนแบบครู การเลียนแบบดารา เป็นต้น

3.2.1.5 พัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Psychosexual development)

ฟรอยด์ แบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 5 ระยะ (Halter & Carson, 2010 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

1) ระยะเวลาปาก (Oral stage) อายุ 0-1 ปี เป็นช่วงที่เด็กจะมีความสุขอยู่กับการใช้ปากในการดูดไม่ว่าจะเป็นการดูดนมมารดา ดูดนิ้ว การกัด การเคี้ยว หรือนำสิ่งต่างๆ เข้าปาก หากมารดาเลี้ยงดูโดยให้ความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม เด็กก็จะไว้วางใจมารดาและโลกภายนอกต่อไปในอนาคต แต่ถ้าหากมารดาไม่ตอบสนองต่อเด็กเวลาที่เด็กต้องการ เช่น หิว หรือ ขับถ่าย เด็กจะติดอยู่ที่ขั้นพัฒนาการนี้ โดยจะเป็นคนที่พึ่งพาผู้อื่น ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่นตลอดเวลา หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะปาก (Oral fixation) จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น พุดมาก ช่างนินทา ก้าวร้าว กินจุบจิบ สูบบุหรี่ ฤษุน้ำลาย เคี้ยวหมากฝรั่ง และกัดเล็บ เป็นต้น

2) ระยะเวลาทวารหนัก (Anal stage) อายุ 1-3 ปี เด็กเริ่มเรียนรู้ถึงแรงกดดันที่ต้องการจะขับถ่ายและเริ่มมีความสามารถที่จะควบคุมการขับถ่ายได้ หากบิดามารดามีการฝึกการขับถ่ายของเด็กได้อย่างเหมาะสม ไม่เข้มงวดเกินไป จะทำให้เด็กโตขึ้นเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ถ้าหากบิดามารดาเข้มงวดในการฝึกการขับถ่ายมาก จะทำให้เด็กโตขึ้นเป็นคนเจ้า

ระเบียบ รักความสะอาดมากเกินไป ย้ำคิดย้ำทำ หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะทวารหนัก (Anal fixation) จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น เจ้าระเบียบ ตรงต่อเวลา ขาดความยืดหยุ่น วิตกกังวล กลัวความผิดพลาด จนอาจกลายเป็นโรคย้ำคิดย้ำทำหรือกลายเป็นคนไร้ระเบียบในชีวิต เป็นต้น

3) ระยะพัฒนาการทางเพศ (Phallic stage) อายุ 3-6 ปี ในช่วงนี้เด็กจะให้ความสนใจทางด้านเพศมาก และเป็นระยะสำคัญที่เกิดปม oedipal complex ในเด็กผู้ชาย และ electra complex ในเด็กผู้หญิง โดยเด็กจะสนใจบิดามารดาเพศตรงข้าม เกิดการเลียนแบบทางเพศจากบิดาหรือมารดา เด็กชายรู้สึกผูกพันกับมารดาจึงพร้อมเลียนแบบอย่างบิดา เด็กหญิงรู้สึกผูกพันกับบิดาจึงพร้อมเลียนแบบอย่างมารดา เด็กที่ติดอยู่ที่ระยะนี้จะมีจินตนาการเกี่ยวกับการรักบิดามารดาเพศตรงข้ามและเป็นปรปักษ์กับบิดามารดาเพศเดียวกัน มีการแข่งขันกับบิดามารดาเพศเดียวกันเพื่อแย่งความสนใจจากบิดามารดาเพศตรงข้าม ทำให้ไม่สามารถเลียนแบบค่านิยม มโนธรรมได้ กลายเป็นคนไม่มีคุณธรรมจริยธรรม มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หากมีการหยุดชะงักของระยะพัฒนาการทางเพศ (Phallic fixation) อาจทำให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม หรือมีความผิดปกติในการสร้างอัตลักษณ์ทางเพศ เป็นต้น

4) ระยะแฝง (Latency stage) อายุ 6-12 ปี เป็นช่วงที่เด็กจะพัฒนาความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เป็นเพื่อนเพศเดียวกัน ถ้าหากในระยะนี้เด็กถูกบังคับให้อยู่ในระเบียบกฎเกณฑ์จากครอบครัวหรือจากโรงเรียนที่เข้มงวดมากเกินไปจะทำให้เกิดพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ เคร่งครัดเกินไป และไม่ยืดหยุ่นได้ หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะนี้ จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะทางสังคมและเกิดปมด้อย

5) ระยะวัยเจริญพันธุ์ (Genital stage) อายุ 12 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางด้านเพศ ระดับฮอร์โมนที่สูงขึ้นทำให้แรงขับทางเพศกลับมาสูงขึ้นอีก มีการพัฒนาความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ เป็นระยะที่เด็กเริ่มต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเป็นตัวของตัวเอง และมีการปรับเปลี่ยนตนเองให้เป็นที่ยอมรับจากสังคม หากมีการหยุดชะงักของพัฒนาการระยะนี้ จะเกี่ยวข้องกับการไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ลึกซึ้งที่พอใจกับผู้อื่นได้

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสามารถนำแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์มาใช้ในการพยาบาล โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีความหมาย มีเป้าประสงค์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับระดับจิตสำนึก จิตใต้สำนึก และจิตไร้สำนึก ซึ่งจะช่วยอธิบายถึงกลไกของพฤติกรรมมนุษย์ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลสามารถแยกแยะสาเหตุของปัญหาทางจิตของผู้ป่วยได้ การวิเคราะห์เกี่ยวกับกลไกการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นแนวทางในการช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ความเข้าใจพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยยังเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการของบุตร

3.2.2 ทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial theory)

อีริก เอช อีริกสัน (Erik H. Erikson: 1902-1982) ได้อธิบายถึงพัฒนาการทางจิตใจโดยยอมรับพัฒนาการทางจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ แต่เน้นความสำคัญของปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นต่อพัฒนาการทางจิตใจ โดยเชื่อว่าบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการแก้ไขข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล โดยแบ่งพัฒนาการของบุคลิกภาพ เป็น 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Trust vs Mistrust) อายุ 0-18 เดือน การเลี้ยงดูที่มารดาสามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่น การให้นมและอาหารในเวลาที่ได้รู้สึกรู้สึกหิว และสามารถตอบสนองความต้องการทางจิตใจด้วยความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจและสามารถแก้ไข internal crisis ในระยะแรกนี้ได้ และเด็กจะมีการพัฒนา basic trust คือ ความรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งสามารถพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานของพัฒนาการทางจิตใจและบุคลิกภาพในระยะต่อไป

2) ความเป็นตัวของตัวเองหรือความละอายและสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs Shame and Doubt) อายุ 18 เดือน-3 ปี เป็นระยะที่เด็กสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวต่างๆ รวมทั้งการขับถ่ายได้ดีและเริ่มต้องการความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) แต่ในขณะเดียวกันบิดามารดาเริ่มต้องการฝึกหรือควบคุมพฤติกรรมบางอย่าง การควบคุมอย่างเข้มงวดหรือเร็วเกินไปจะเกิดผลเสียต่อการพัฒนา internal control ของเด็กเอง หากบิดามารดาไม่สามารถควบคุมให้เด็กควบคุมตนเองได้ จะมีผลเสีย ต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของเด็ก การควบคุมอย่างเหมาะสมช่วยให้เด็กพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้โดยไม่เกิดความละอายหรือไม่แน่ใจในตนเอง (Shame and Doubt)

3) ความคิดริเริ่มหรือความรู้สึกผิด (Initiative vs Guilt) อายุ 3-6 ปี เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ ภาษา ความคิด และปัญญา มีความอยากรู้อยากเห็นและมีความคิดริเริ่มในเรื่องต่างๆ หากบิดามารดาสนับสนุนโดยควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เด็กจะสามารถแก้ไข internal crisis นี้ได้ และมีความคิดริเริ่มในทางที่เหมาะสม (Initiative) มีความรับผิดชอบสามารถควบคุมตนเองและมีมโนธรรม ส่วนเด็กที่พ่อแม่คอยปกป้อง ห้ามปราม หรือควบคุมมากเกินไปจะมีมโนธรรมที่เข้มงวดมากจนเกิดความรู้สึกผิด (Guilt) ในเรื่องต่างๆ ได้ง่าย

4) ความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs Inferiority) อายุ 6-12 ปี เป็นวัยที่เด็กเข้าสู่สังคมนอกครอบครัว ทั้งกับเพื่อน ครูที่โรงเรียน และบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้น มีความสนใจและความสุขในการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่างๆ หากบิดามารดาและครูสนับสนุนกระตุ้นให้เด็กรู้จักทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยยอมรับและให้อภัยเมื่อเด็กผิดพลาด เด็กจะมีการพัฒนาความวิริยะอุตสาหะ (Industry) รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและนับถือตนเอง (Self-esteem) ส่วนเด็กที่ได้รับการดูแลในทางตรงข้ามจะมีความรู้สึกมีปมด้อย (Inferiority) รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีคุณค่า

5) การรู้เอกลักษณ์ของตนเองหรือสับสนในบทบาท (Identity vs Role Confusion) อายุ 12-20 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก ที่สำคัญในขณะนี้ คือ การพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม ประสบการณ์จากพัฒนาการ ประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อน ครูอาจารย์ บิดามารดา และบุคคลทั่วไป การมีบุคคลที่ยึดเป็นแบบอย่างจะช่วยให้วัยรุ่นแก้ไข identity crisis และมีการพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ที่มั่นคงได้ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลว จะเกิดความสับสนในบทบาทและความสำคัญของตนเองในสังคม (Role confusion) ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม และอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศหรือเกเรอันธพาล

6) ความผูกพันใกล้ชิดหรือการแยกตัว (Intimacy vs Isolation) อายุ 20-40 ปี เป็นระยะที่บุคคลมีการพัฒนาอัตลักษณ์ที่มั่นคงและพร้อมสำหรับการทำงานและการมีความรักอย่างมีความสุข มีความต้องการความสัมพันธ์ที่สนิทสนมกับบุคคลอื่น (Intimacy) โดยรู้จักการประนีประนอม เสียสละความสุขส่วนตัวบางอย่าง การไว้ใจซึ่งกันและกัน และสามารถมีความสุขทางเพศกับคู่ครองได้ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลว บุคคลจะแยกตัวจากสังคม (Isolation) ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างและไม่สามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ หมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

7) การคิดถึงส่วนรวมหรือการคำนึงถึงแต่ตนเอง (Generativity vs Stagnation) อายุ 40-60 ปี เป็นระยะที่บุคคลต้องการทำประโยชน์ต่อสังคมและคนรุ่นต่อไป ด้วยการชี้แนะ สอน ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ หากพัฒนาการในระยะนี้ล้มเหลวบุคคลจะเกิดความรู้สึกเหน้อยล่า (Stagnation) กลายเป็นคนที่ทำอะไรตามใจตัวเองและยึดความพอใจของตนเองเป็นหลัก

8) ความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) อายุ 60 ปีขึ้นไป บุคคลที่สามารถแก้ไข internal crisis ในพัฒนาการทุกระยะที่ผ่านมาได้อย่างสมบูรณ์จะเข้าใจความหมายและคุณค่าของตนเอง ยอมรับและรู้สึกพึงพอใจชีวิตทุกด้านของตนเอง (Integrity) สามารถละวางความยึดมั่นถือมั่นในเรื่องต่างๆ สามารถเผชิญสิ่งคุกคาม รวมทั้งความตายได้อย่างมั่นคง บุคคลที่ไม่สามารถพัฒนา ego integrity ได้ จะรู้สึกสิ้นหวัง (Despair) เนื่องจากผิดหวังกับชีวิตที่ผ่านมาโดยไม่มีโอกาสแก้ไขแล้วและมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร้คุณค่า

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ในแต่ละขั้นพัฒนาการของอีริคสัน บุคคลจะต้องพบกับปัญหาความขัดแย้งเฉพาะซึ่งต้องได้รับการแก้ไขก่อนที่จะพัฒนาสู่ขั้นต่อไป ถ้าบุคคลสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้สำเร็จก็จะเกิดความรู้สึกที่ดีเหลืออยู่ก่อนที่จะก้าวสู่พัฒนาการขั้นต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ บุคคลก็จะมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ทำให้เกิดภาวะจิตผิดปกติที่ส่งผลต่อการพัฒนาในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล ทฤษฎีจิตสังคมของอีริคสันเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมวงจรชีวิตของมนุษย์เกี่ยวข้องกับโครงสร้างจิตใจและสังคม ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการ ทำให้ง่ายต่อการวิเคราะห์และเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดย

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของบุคลิกภาพของบุคคลในแต่ละช่วงวัย ให้ความรู้แก่บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูในการตอบสนองความต้องการทางสังคมให้แก่บุคคลอย่างเหมาะสม

3.2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory)

แฮร์รี สแตค ซัลลิแวน (Harry Stack Sullivan: 1892-1949) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน พัฒนาทฤษฎีโดยเริ่มต้นจากแนวคิดของ فروยด์ แต่ซัลลิแวนมีความคับข้องใจเกี่ยวกับการจัดการในสิ่งที่มองเห็นและกระบวนการทางจิตใจภายในตัวบุคคล จึงหันมาสนใจกระบวนการระหว่างบุคคล (Interpersonal process) โดยให้นิยามคำว่าบุคลิกภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Halter, 2014) ซัลลิแวนมีความเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสำคัญกว่าสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ บุคคลที่มีสุขภาพดี จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (McGuinness, 2001 อ้างถึงใน ศุภรใจ เจริญสุข, 2557)

3.2.3.1 แนวคิดหลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลผ่านการมีสัมพันธภาพ และเป็นการลดความวิตกกังวล โดยซัลลิแวนกล่าวว่า ความรู้สึกวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเจ็บปวดจากความรู้สึกที่ไม่ได้รับความมั่นคง ปลอดภัย และความพึงพอใจทางสรีรวิทยา (Halter, 2014) ซึ่งแสดงออกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

- 1) ความวิตกกังวลที่เริ่มมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดจากความวิตกกังวลของมารดาถ่ายทอดไปสู่บุตร
- 2) ความวิตกกังวลสามารถอธิบายและสังเกตได้ บุคคลที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล สามารถบอกได้ว่าเขารู้สึกอย่างไรและแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างไร
- 3) บุคคลพยายามที่จะดิ้นรนเพื่อขจัดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นคงให้กับตนเอง ตัวอย่างเช่น เด็กพยายามเรียนรู้เพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลที่เกิดจากการถูกลงโทษ และแสวงหาความมั่นคงโดยการยินยอมกระทำตามความปรารถนาของบิดามารดา

3.2.3.2 ลักษณะของทฤษฎี

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวนมีความเชื่อว่าบุคคลถูกกระตุ้นเพื่อไปสู่เป้าหมาย 2 ประการ คือ

- 1) เป้าหมายเพื่อไปสู่ความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งเน้นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว การนอนหลับพักผ่อน และความต้องการทางเพศ
- 2) เป้าหมายเพื่อไปสู่ความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการเพื่อความเป็นอย่างมีความสุข ต้องการการยอมรับในสังคม ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความต้องการทั้ง 2 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์กัน ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอทั้ง 2 ด้าน บุคคลก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล เป็นการส่งเสริมความมั่นคงของตนเองซึ่งในที่สุดจะหล่อหลอมเป็นระบบแห่งตน (Self-system)

3.2.3.3 ระบบแห่งตน (Self-system)

ระบบแห่งตนตามแนวคิดของ ซัลลิแวน คือ ภาพของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายในขวบปีแรก เป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการและหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวล รวมทั้งสร้างความมั่นคงปลอดภัยได้ โดยถูกสร้างมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กซึ่งสะท้อนให้เห็นวิธีการที่บุคคลได้เรียนรู้ในการติดต่อกับบุคคลอื่นที่มีนัยสำคัญ ระบบแห่งตนพัฒนาในกระบวนการของการค้นหาความพึงพอใจทางร่างกาย ความต้องการทางด้านร่างกาย และความปลอดภัย ซึ่งระบบแห่งตนตามแนวคิดของซัลลิแวน มีดังนี้

1) ฉันทดี (Good me) เป็นการมองภาพตนเองว่าเป็นคนดี ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับความพึงพอใจ การยอมรับจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและการยอมรับจากมารดาที่แสดงความอ่อนโยนให้ความรักและมีความใกล้ชิดกับทารก

2) ฉันทเลว (Bad me) เป็นการมองภาพตนเองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนเลว ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น มารดาปฏิเสธการให้ความรัก ความอบอุ่น ทอดทิ้ง หรือทำที่ต่างๆ ที่แสดงต่อเด็ก มีผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลและมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

3) ไม่ใช่ฉัน (Not me) เป็นการปฏิเสธตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลสูง เป็นเพราะปฏิสัมพันธ์ของมารดากับทารกนั้น เกิดเป็นครั้งเป็นคราว เช่น บางครั้งก็ห้าม บางครั้งก็กอดรัด บางครั้งก็ไล่ ทำให้เด็กเกิดความกลัวและความเครียดอย่างรุนแรง ทำให้บุคคลปฏิเสธพฤติกรรมของตนเองเนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมหรือยอมรับการกระทำของตนเองไม่ได้ด้วยการใช้กลไกการป้องกันทางจิต เช่น เก็บกด การโทษผู้อื่น

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน เป็นรากฐานสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาล การบำบัดผู้ป่วยจึงควรทำโดยให้ความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการให้ความเคารพนับถือผู้ป่วย ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และมีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) พยาบาลต้องพยายามทำความเข้าใจปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย และยังใช้เป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในการที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความไว้วางใจ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตในลักษณะบรรยากาศของการยอมรับจะเป็นโอกาสในการฝึกทักษะและพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Halter, 2014)

3.3 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Humanistic theory)

ทฤษฎีมนุษยนิยมนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถ มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองไปในทางที่ดี มีความรักตนเอง มีการเจริญเติบโต มีความต้องการพื้นฐานที่ต้องการการตอบสนอง มีความรับผิดชอบและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มนุษย์จะควบคุมตนเองและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้ มีดังนี้

3.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)

อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow: 1908-1970) บิดาแห่งจิตวิทยากลุ่มมนุษยนิยม (Halter, 2014) ได้อธิบายว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานตามลำดับขั้น เมื่อบุคคลไม่ได้รับการสนองตอบตามความต้องการพื้นฐานที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดการเสียสมดุลของจิตใจขึ้น แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา มาสโลว์แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 6 ชั้น ดังนี้

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น ถ้าความต้องการขั้นนี้ได้รับการตอบสนอง มนุษย์ก็จะแสวงหาความต้องการในขั้นที่ 2 แต่ถ้าประสบความล้มเหลวก็จะไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น

2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นแรกแล้ว มนุษย์ก็จะพัฒนาไปสู่ความต้องการความปลอดภัย การคุ้มครองจากความกลัวและความวิตกกังวล

3) ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs) เมื่อมนุษย์รู้สึกที่ตนเองปลอดภัยก็จะต้องการความรักและความเป็นเจ้าของเพื่อจัดความรู้สึก โดดเดี่ยว โดยมาสโลว์ให้ความสำคัญกับการมีครอบครัว มีบ้าน และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

4) ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem needs) เมื่อมนุษย์ได้รับการตอบสนองเรื่องความรักความเป็นเจ้าของแล้ว มนุษย์ก็จะต้องการการยอมรับยกย่องในสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนี้จะเกิดเป็นปมด้อยและมีความรู้สึกไร้ค่า

5) ความต้องการเป็นตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) เป็นความต้องการที่จะเป็นในทุกๆ อย่างที่เขาจะสามารถเป็นได้ เป็นความต้องการของบุคคลในการที่จะเลือกเส้นทางที่จะเติมเต็มชีวิต และสร้างความผาสุกภายในจิตใจ

6) ความต้องการตื่นรู้ในตนเอง (Self-transcendence) เป็นความต้องการการตื่นรู้ทางจิตวิญญาณ บุคคลที่มีความตื่นรู้ในตนเองจะมีประสบการณ์ในลักษณะสูงสุดคืนสู่สามัญ มีความเป็นธรรมชาติ อยู่กับสภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Being) มองโลกอย่างเป็นองค์รวมมากกว่าองค์รวมของภาวะสุขภาพ (Maslow, 1969 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557)

3.3.2 ทฤษฎีการเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส (Client-centered theory)

นักทฤษฎีที่สำคัญ คือ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl Rogers: 1902-1987) เขาเชื่อว่ามนุษย์จะใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในขณะนั้นปรับเปลี่ยนตนเองจากภาวะที่สุขภาพจิตไม่ดีไปสู่ภาวะสุขภาพจิตดี บุคคลมีความผิดปกติทางพฤติกรรม เนื่องจากการมีอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ไม่เหมาะสม การบำบัดโดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered-Therapy) มุ่งเน้นที่ความสามารถของผู้ใช้บริการที่มีอยู่ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยใช้หลักการพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้

1) ความสอดคล้องกลมกลืน (Congruence) มนุษย์จะมีการพัฒนาไปสู่ความเป็นตนเองอย่างแท้จริงได้ต้องอยู่ในสภาวะของความสอดคล้องกลมกลืน ซึ่งต้องอาศัยความจริงใจ (Genuine) และความเป็นจริง (Authentic) ผู้บำบัดต้องแสดงความจริงใจต่อผู้ใช้บริการโดยการเปิดโอกาสให้เขาได้มีประสบการณ์ตามความเป็นจริงของเขา

2) การยอมรับทางบวกโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) บุคคลจะเติบโตและมีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ต้องมีคุณค่าอย่างที่เขาเป็น ผู้บำบัดต้องยอมรับในตัวผู้ใช้บริการอย่างที่เขาเป็นอยู่

3) ความเข้าใจในความรู้สึก (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เข้าใจในสิ่งที่อ่อนไหวได้ถูกต้อง เข้าใจประสบการณ์และความรู้สึกในปัจจุบัน (Here and now)

3.3.3 ทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existentialist)

ทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม กล่าวถึงมนุษย์ในแง่ของความเป็นเอกัตบุคคล มนุษย์เป็นผู้มีสำนึกในตนเองตลอดเวลา แม้กระทั่งวาระสุดท้ายที่ทุกคนต้องประสบ คือ ความตาย ทฤษฎีนี้ไม่เชื่อและไม่ยอมรับว่าบุคคลเป็นผลถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือสิ่งแวดล้อม แต่มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้กำหนดโชคชะตาของตนเอง นั่นคือมนุษย์มีอิสระที่จะเลือกทางเดินชีวิตและมีความรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง ความเชื่อของทฤษฎี สรุปได้ดังนี้

1) มนุษย์มีอิสระที่จะพัฒนาศักยภาพของตนให้ถึงขีดสูงสุด

2) การตระหนักต่อความจริงของชีวิตจะเป็นการเพิ่มและส่งเสริมศักยภาพสำหรับการเปลี่ยนแปลง

3) มนุษย์เป็นผู้แก้ไขปัญหาของตน เป็นผู้กำหนดว่าจะกระทำหรือไม่กระทำการใด หากมนุษย์รับรู้ว่าคุณภาพในการที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมหรือรับรู้ว่าการกระทำของตนเองอยู่บนความคาดหวังของผู้อื่นแล้ว ย่อมส่งผลให้จิตใจเสียสมดุลได้ นอกจากนี้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้ยังเชื่อว่าบุคคลที่ขาดความตระหนักในตนเองนั้น จะรู้สึกเปล่าเปลี่ยว ขาดกำลังใจและเศร้า อันจะส่งผลให้บุคคลละเลยโอกาสที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสามารถนำแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยมมาใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการทำความเข้าใจกับมนุษย์ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะตน มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง พยาบาลที่มีความเข้าใจในผู้ใช้บริการ ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ใช้บริการโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ตำหนิ จะสามารถรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถให้บริการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการนั้น เน้นที่ศักยภาพของผู้ใช้บริการ เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คอยสนับสนุน และให้กำลังใจ (ศุภกิจ เจริญสุข, 2557) นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถนำแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยมมาใช้ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การบำบัดทางจิต และการฟื้นฟูสภาพจิต ตามบริบทของผู้ใช้บริการ เช่น ในกลุ่มผู้ใช้บริการที่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย พยาบาลนำความเข้าใจมนุษย์ ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ ความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ และการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาทางจิตพยาบาลสามารถนำหลักการบำบัดโดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มาใช้ในการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่บุคคลและครอบครัวได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการด้วยความจริงใจ (Genuine) เข้าใจในความรู้สึกของผู้ใช้บริการ (Empathy) และยอมรับผู้ใช้บริการอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard)

3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory) และทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

3.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม เชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างเกิดขึ้นโดยการเรียนรู้และสามารถสังเกตได้ พฤติกรรมแต่ละชนิดเป็นผลรวมของการเรียนรู้ที่เป็นอิสระหลายอย่าง และแรงเสริม (Reinforcement) ช่วยทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นได้ ตัวอย่างทฤษฎีกลุ่มนี้ มีดังนี้

3.4.1.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของพาฟลอฟ (Pavlov's classical conditioning theory)

อีเวน พาฟลอฟ (Ivan Pavlov: 1849-1936) นักสรีรวิทยาชาวรัสเซีย เชื่อว่าการเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตเกิดจากการวางเงื่อนไข (Conditioning) คือ การตอบสนองหรือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนั้นๆ ต้องมีเงื่อนไขหรือมีการสร้างสถานการณ์ให้เกิดขึ้น เช่น สุนัขได้ยินเสียงกระดิ่ง แล้วน้ำลายไหล เป็นต้น โดยเสียงกระดิ่งคือสิ่งเร้าที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไข ซึ่งเรียกว่า “สิ่งเร้าที่วางเงื่อนไข” (Conditioned stimulus) และปฏิกิริยาการเกิดน้ำลายไหลของสุนัข เรียกว่า “การตอบสนองที่ถูกวางเงื่อนไข” (Conditioned response) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการเรียนรู้จากการวางเงื่อนไข

พาฟลอฟได้อธิบายเรื่องราวการวางเงื่อนไขในแง่ของสิ่งเร้า (Stimulus-S) และการตอบสนอง (Response-R) ว่าร่างกายมีการเชื่อมโยงสิ่งเร้าบางอย่างกับการตอบสนองบางอย่างมาตั้งแต่แรกเกิด แล้วพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเติบโตขึ้นตามธรรมชาติ โดยสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เรียกว่า สิ่งเร้าที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (Unconditioned stimulus: UCS) หมายถึง สิ่งเร้าที่มีอยู่ในธรรมชาติ และเมื่อนำมาใช้คู่กับสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขแล้วทำให้เกิดการเรียนรู้หรือตอบสนองจากการวางเงื่อนไขได้ และการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เรียกว่า การตอบสนองที่ไม่ได้วางเงื่อนไข (Unconditioned response: UCR) หมายถึง การตอบสนองตามธรรมชาติที่ไม่ต้องมีการบังคับ เช่น การเคาะเอ็นที่สะบ้าหัวเข่าแล้วทำให้เกิดการกระตุกขึ้นนั้น เป็นปฏิกิริยาสะท้อนโดยธรรมชาติ (Reflex)

จากการทดลองของพาฟลอฟ สามารถสรุปเป็นทฤษฎีการเรียนรู้และกฎการเรียนรู้ได้ดังนี้

- 1) พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์เกิดจากการวางเงื่อนไขที่ตอบสนองต่อความต้องการทางธรรมชาติ
- 2) พฤติกรรมการตอบสนองของมนุษย์สามารถเกิดขึ้นได้จากสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขกับสิ่งเร้าตามธรรมชาติ จะหยุดลงเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามธรรมชาติ และจะกลับปรากฏขึ้นได้อีกโดยไม่ต้องใช้สิ่งเร้าตามธรรมชาติ
- 3) มนุษย์มีแนวโน้มที่จะจำแนกลักษณะของสิ่งเร้าให้แตกต่างกันและเลือกตอบสนองได้ถูกต้อง

3.4.1.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกของวัตสัน (Watson's classical conditioning theory)

จอห์น บี วัตสัน (John B. Watson: 1878-1958) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้นำเอาทฤษฎีของพาฟลอฟมาเป็นหลักสำคัญในการอธิบายเรื่องการเรียนรู้ ผลงานของวัตสันได้รับความนิยมนำหลายจนได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาของจิตวิทยาพฤติกรรมนิยม” ทฤษฎีของเขามีลักษณะในการอธิบายเรื่องการเกิดอารมณ์จากการวางเงื่อนไข (Conditioned emotion)

วัตสัน ได้ทำการทดลองโดยให้เด็กคนหนึ่งเล่นกับหนูขาว และขณะที่เด็กกำลังจะจับหนูขาว ก็ทำเสียงดังจนเด็กตกใจร้องไห้ หลังจากนั้นเด็กจะกลัวและร้องไห้เมื่อเห็นหนูขาว ต่อมาทดลองให้นำหนูขาวมาให้เด็กดู โดยมารดาจะกอดเด็กไว้ จากนั้นเด็กก็จะค่อยๆ หายกลัวหนูขาว

จากการทดลองดังกล่าว สรุปเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ได้ดังนี้

- 1) พฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมให้เกิดขึ้นได้ โดยการควบคุมสิ่งเร้าที่วางเงื่อนไขให้สัมพันธ์กับสิ่งเร้าตามธรรมชาติ และการเรียนรู้จะคงทนถาวรหากมีการให้สิ่งเร้าที่สัมพันธ์กันนั้นควบคู่กันไปอย่างสม่ำเสมอ

2) เมื่อทำให้เกิดพฤติกรรมใดๆ ได้ ก็สามารถลดพฤติกรรมนั้นให้หายไป
ได้

3.4.1.3 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Operant conditioning theory)

บี.เอฟ. สกินเนอร์ (B.F. Skinner: 1904-1999) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลถูกควบคุมด้วยการให้รางวัลและการถูกทำโทษ (Operant conditioning) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นแรงเสริมโดยใช้สิ่งเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) และสิ่งเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) ทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงและหมดลงไปในที่สุด

สกินเนอร์ ได้ทำการทดลองกับหนูในกล่องทดลองที่ประกอบด้วยอาหารหลอดไฟ และคันโยกที่เชื่อมต่อกับที่ใส่อาหาร เมื่อหนูหิวจะวิ่งวนไปเรื่อยๆ และไปเหยียบถูกคันโยก ไฟจะสว่างพร้อมมีอาหารตกลงมา ทำให้หนูเกิดการเรียนรู้ว่าการเหยียบคันโยกจะได้รับอาหาร ครั้นต่อไปเมื่อหนูหิวก็จะตรงไปเหยียบคันโยกทันที ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวถือว่าหนูตัวนี้เกิดการเรียนรู้แบบลงมือกระทำเอง

จากการทดลองดังกล่าว สรุปเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ได้ดังนี้

- 1) การกระทำใดๆ ถ้าได้รับการเสริมแรงจะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีก ส่วนการกระทำที่ไม่มีการเสริมแรง แนวโน้มความถี่ของการกระทำนั้นจะลดลงและหายไปไปในที่สุด
- 2) การเสริมแรงที่แปรเปลี่ยนทำให้การตอบสนองคงทนกว่าการเสริมแรงที่ตายตัว
- 3) การลงโทษทำให้เรียนรู้ได้เร็วและลืมเร็ว
- 4) การให้แรงเสริมหรือให้รางวัลเมื่อกระทำพฤติกรรมที่ต้องการสามารถช่วยปรับหรือปลูกฝังนิสัยที่ต้องการได้

3.4.1.4 ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปัญญาสังคม (Social cognitive learning theory)

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura: 1925-Present) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เป็นผู้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปัญญาสังคม (Social cognitive learning theory) ขึ้น โดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ของบุคคลเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น (Observational learning) หรือการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลสังเกตการกระทำของผู้อื่นแล้วพยายามเลียนแบบพฤติกรรมนั้น อีกส่วนหนึ่งคือบุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง (Direct experience) ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์ การเรียนรู้บทบาท และพฤติกรรมตามต้นแบบในสังคม (Bandura, 1989)

แบนดูรา ได้ทำการทดลองเพื่อศึกษาว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่หรือไม่ โดยแบ่งเด็กเป็นสองกลุ่ม ให้แยกไปเล่นคนละห้อง โดยแต่ละห้องจะมีผู้ใหญ่หนึ่งคนมาเล่นกับของเล่น เช่น ค้อน กับ ตึกต๋ายางเป่าลม ห้องแรกจะเล่นแบบรุนแรง เช่น ชกต๋อย เอาค้อนทุบตึกต๋ายาง ส่งเสียงก้าวร้าวกับตึกต๋ายาง ส่วนห้องที่สองผู้ใหญ่จะเล่นแบบธรรมดาๆ หลังจากนั้นให้ผู้ใหญ่ออกไปจากห้อง แล้วสังเกตพฤติกรรมของเด็ก พบว่า เด็กในห้องที่ผู้ใหญ่แสดงความก้าวร้าวให้เห็นจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเด็กอีกห้องหนึ่ง

จากแนวคิดนี้เชื่อว่ากระบวนการเรียนรู้ที่มาจากตัวแบบโดยการสังเกตสามารถนำไปสู่แบบแผนความคิดพฤติกรรมที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1) กระบวนการให้ความสนใจ (Attention process) ความสนใจของบุคคลที่มีต่อตัวแบบจะนำไปสู่พฤติกรรมที่จะเลือกกระทำตามตัวแบบหรือพฤติกรรมที่ต่างไปจากตัวแบบ ซึ่งความสนใจของบุคคลจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและสภาพแวดล้อม

2) กระบวนการจดจำ (Retention process) บุคคลจะมีการจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบใน 2 ลักษณะ คือ ภาพในใจ (Imaginary) และคำพูด (Verbal) ซึ่งทำให้บุคคลจดจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ง่ายขึ้น

3) กระบวนการแสดงออก (Motor reproduction process) บุคคลสามารถแสดงออกจากการให้ความสนใจและการจดจำตัวแบบ เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาแล้วได้รับการตอบสนองที่เป็นที่พึงพอใจก็จะดำเนินพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่หากบุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาแล้วแต่ไม่ได้รับการตอบสนองที่น่าพอใจก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation process) ในการเรียนรู้จากตัวแบบ บุคคลมีความคาดหวังที่จะได้รับความพึงพอใจ ซึ่งความคาดหวังนี้ทำให้บุคคลเลือกที่จะกระทำตามพฤติกรรมของตัวแบบต่อไป โดยบุคคลจะเลือกแสดงออกในพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบแล้วได้รับผลตอบสนองเป็นที่น่าพึงพอใจเท่านั้น

แบนดูรา กล่าวถึงทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปัญญาซึ่งปัญญาสังคมว่าเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสภาพแวดล้อม แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) ตัวแบบจากชีวิตจริง (Live model) หมายถึง ตัวแบบที่เราเผชิญในชีวิตจริง เช่น บิดา มารดา ญาติ พี่ น้อง ครู และเพื่อน เป็นต้น

2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) หมายถึง ตัวแบบที่เราเห็นผ่านสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

3) ตัวแบบในรูปคำสอน (Verbal description or instruction) หมายถึงการพูดหรือการบอกทางวาจา หรือเป็นคำสอนในภาษาเขียน

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสามารถนำหลักการของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ไม่ว่าจะเป็นการใช้การเสริมแรงชนิดต่างๆ (รางวัล คำชมเชย) หรือการลงโทษ เรียกว่า พฤติกรรมบำบัด โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) เป็นการให้สิ่งเร้าที่สร้างความพึงพอใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) เป็นการลดสิ่งเร้าที่ไม่สร้างความพึงพอใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การลงโทษทางบวก (Positive punishment) เป็นการให้สิ่งเร้าที่ไม่สร้างความพึงพอใจ เพื่อหยุดหรือลดพฤติกรรมบางอย่าง และการลงโทษทางลบ (Negative punishment) เป็นการนำสิ่งเร้าที่สร้างความพึงพอใจออกไปเพื่อหยุดหรือลดพฤติกรรมบางอย่าง นอกจากนี้การรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดสามารถนำมาใช้ในกับผู้ป่วยติดยา กลุ่มผู้ป่วยติดเหล้า หรือกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าจะต้องประพฤติหรือปฏิบัติวิธีการใดจึงจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งการเป็นแบบอย่าง (Modeling) ซึ่งเป็นการที่ผู้บำบัดหาแบบอย่างพฤติกรรมที่พึงประสงค์และให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเลียนแบบ

3.4.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

ทฤษฎีปัญญานิยมให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการกระทำของมนุษย์ ทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้ มีดังนี้

3.4.2.1 ทฤษฎีการบำบัดแบบเน้นเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational-emotive behavior therapy: RET)

อัลเบิร์ต แอลลิส (Albert Ellis: 1913-2007) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เป็นผู้ก่อตั้งทฤษฎีการบำบัดแบบเน้นเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีเป้าหมายการบำบัดเพื่อขจัดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล โดยให้บุคคลตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องของตน แอลลิส อธิบายกระบวนการเกิดความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลในรูปแบบ A-B-C โดย A หมายถึง เหตุที่เป็นตัวกระตุ้น (Activating event) B หมายถึง ความเชื่อ (Belief) และ C (Consequences) หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดตามมา ตัวอย่างเช่น เพื่อนเดินผ่านฉันไปโดยไม่สนใจฉัน (A) ฉันเชื่อว่าเพื่อนไม่สนใจฉันเพราะฉันเป็นคนไร้ค่า (B) ฉันจึงรู้สึกเศร้า (C) (ศุกรใจ เจริญสุข, 2557)

ทฤษฎีการบำบัดแบบเน้นเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม สอนให้บุคคลหยุดการตำหนิตนเองและยอมรับตนเองอย่างที่เป็นตนเองซึ่งมีข้อบกพร่อง ไม่สมบูรณ์แบบ แยกปัญหาจากความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้หลัก A-B-C จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่า A หรือเหตุการณ์ ไม่ได้ทำให้เกิด C หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดตามมา แต่เป็น B หรือความเชื่อที่เป็นต้นเหตุของ C ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงเป็นการจัดการกระทำที่ B หรือความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (ศุกรใจ เจริญสุข, 2557)

3.4.2.2 ทฤษฎีทางปัญญาของเบค (Beck's cognitive theory)

แอรอน เบค (Aron Beck: 1921-Present) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีทางปัญญา และการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive-behavioral Therapy: CBT) โดยเริ่มต้นศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยมีความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการแปลความหมายของสิ่งต่างๆ ไปในทางลบ ทฤษฎีทางปัญญาจำแนกปัญญาออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

- 1) เหตุการณ์ทางปัญญา (Cognitive event) แสดงออกเป็นความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thought)
- 2) กระบวนการทางปัญญา (Cognitive process) ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะเป็นกระบวนการข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือน (Distorted information processing)
- 3) โครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structure) ได้แก่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Irrational belief)

ทฤษฎีทางปัญญาของเบคจะมุ่งตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน ความเชื่อที่ผิดพลาดและจุดบอดของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ การแก้ไขปัญหามุ่งที่การตรวจสอบความเป็นจริงโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดที่ผิดพลาด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการมองตนเองและมองโลกตามความเป็นจริงมากขึ้น (Beck, 2005 อ้างถึงใน ศุกรใจ เจริญสุข, 2557)

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญานิยมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ช่วยให้มีการแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวล ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักมีความคิดต่อตนเองทางลบ พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความเป็นจริงโดยสะท้อนพฤติกรรมทางบวกที่เป็นอยู่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยพูดถึงแต่จุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเองให้พยาบาลฟัง ภายหลังการรับฟัง พยาบาลอาจกล่าวว่า “เรามาร่วมกันดูสิว่าคุณมีจุดแข็งและข้อดีอะไรบ้าง” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า พยาบาลสามารถใช้ข้อความที่ส่งเสริมความคิดทางบวก ในการกระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยจมอยู่กับความคิดทางลบ ตัวอย่างเช่น “เราทุกคนต่างเคยทำผิดพลาดด้วยกันทั้งนั้น” เพื่อลดความคิดโทษตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบหรือความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชสามารถทำได้ทั้งรูปแบบของการบำบัดรายบุคคล โดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดหรือการบำบัดรายกลุ่มโดยใช้รูปแบบการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) หรือการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive-behavioral therapy) (ศุกรใจ เจริญสุข, 2557)

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาล (ทฤษฎีของเพ็พพลาว รอย และโอเรม)

3.5.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพ็พพลาว (Peplau's interpersonal theory)

ฮิลการ์ด เพ็พพลาว (Hildegard Peplau: 1909-1999) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นมารดาของการพยาบาลจิตเวชยุคใหม่ (Mother of modern psychiatric nursing) ซึ่งได้นำแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซิลลิแวนมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยได้พัฒนาเป็นแนวคิดของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด (Therapeutic nurse-patient relationship) (Videbeck, 2014) ลักษณะเป็นแบบ one-to-one relationship พยาบาลจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วย นับเป็นทฤษฎีที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและเป็นหลักการพื้นฐานของการพยาบาลจิตเวชมาจนถึงปัจจุบัน

เพ็พพลาว กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบทบาทเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Peplau, 1952 อ้างถึงใน ศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) ดังนี้

1) บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger role) เป็นบทบาทที่พยาบาลและผู้ป่วยพบกันครั้งแรกซึ่งเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น

2) บทบาทแหล่งสนับสนุน (Role of the resource person) เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย

3) บทบาทผู้สอน (Teaching role) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่นๆ โดยให้คำแนะนำและอบรมความรู้แก่ผู้ป่วย

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสภาพการณ์ในปัจจุบัน ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

5) บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate role) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้

6) บทบาทผู้นำ (Leadership role) เป็นบทบาทที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตามเป้าหมายของการบำบัด

7) บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค (Technical expert role) เป็นบทบาทที่พยาบาลให้การดูแลด้านร่างกายผู้ป่วยและการใช้เครื่องมือต่างๆ

เพ็พพลาว ได้เสนอโมเดลหลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Peplau, 1952 cited in Videbeck, 2014) ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นระบบตัวตนซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์อย่างมีแบบแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ แต่หากกระบวนการ

ผสมผสานนี้ไม่ประสบความสำเร็จก็อาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามหาหนทางให้ตนเองสมหวังซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการเป็นหน้าที่หลักที่พยาบาลต้องรับผิดชอบและดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บริการบรรลุเป้าหมายของการมีภาวะสุขภาพที่ดี

สุขภาพ (Health) เป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคลไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อความเครียดในบุคคลลดลงและถ่ายทอดออกมาเป็นพลังในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลเพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่สองคน โดยพยาบาลใช้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาลและบำบัดทางจิตเวช ที่เรียกว่า therapeutic nurse-patient relationship ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) **ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะเกิดปัญหา และต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้ทำความเข้าใจกับปัญหา และตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

2) **ระยะระบุปัญหา (Identification phase)** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือให้ความช่วยเหลือเขาได้ สามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และเริ่มรู้สึกว่าจะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกของตน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นได้

3) **ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)** เป็นระยะของการให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้การยอมรับ ห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ตัดสินหรือใช้อารมณ์กับผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดีขึ้น ค้นพบความสามารถของตนเองเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด

4) **ระยะสรุปผล (Resolution phase)** เป็นระยะสุดท้ายของการพยาบาลที่ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งบางครั้งการยุติสัมพันธภาพอาจทำได้ยากเนื่องจากความต้องการพึ่งพาเพราะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมักมีความต่อเนื่อง ถ้าการยุติสัมพันธภาพสำเร็จลงด้วยดี ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล แสดงว่าผู้ป่วยเกิดการพัฒนาและเป็นความสำเร็จของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทุกกระยะด้วย

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ค้นหา และทำความเข้าใจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องรู้จักตนเองและเข้าใจพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย ความเข้าใจ การยอมรับ ทศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนการแก้ไขปัญหา สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นกลไกในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ยอมรับตนเอง และสามารถตั้งศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้วิธีการแก้ปัญหา

3.5.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation theory)

ซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) เริ่มสร้างทฤษฎีการปรับตัว ในปี ค.ศ. 1964 รอยมีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม โดยจะปรับตัวได้ดีหรือมีปัญหาการปรับตัว ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มีผลกระทบและระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล โดยมีโน้ตทัศน์หลักของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) มีดังนี้

บุคคล (Person) เป็นสิ่งมีชีวิตที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสังคม (Biopsychosocial) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นระบบการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนอง และเกิดกระบวนการควบคุมให้มีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน (Roy, 1984) ดังนี้

1) การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้านนี้จะสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ด้าน คือ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน รวมถึงการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย

2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อนำไปสู่ความมั่นคงทางจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ รวมไปถึงความเชื่อ และค่านิยม

3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) บุคคลมีตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง บุคคลจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บทบาทของบุคคลมี 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นวัยรุ่น และบทบาทการเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับงานตามระดับพัฒนาการ เช่น บทบาทการเป็นบิดามารดา บทบาทการเป็นสามีภรรยา และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู และบทบาทการเป็นนักศึกษา เป็นต้น

3.3) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม และบทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependent mode) บุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล บุคคลที่สามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence) ได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีความสมดุลระหว่างการพึ่งตนเอง (Independence) การพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งตนเอง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก มีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล รอยเรียกสิ่งแวดล้อมนี้ว่าเป็น “สิ่งเร้า” (Stimuli) ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลหรือมาจากภายในตัวบุคคล และอาจจะเป็นสิ่งเร้าทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายๆอย่างรวมกัน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Roy, 1984) ดังนี้

1) สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่หรือเป็นสิ่งที่มียิทธิพลและกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการปรับตัวมากที่สุด เช่น การผ่าตัดเต้านม การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือความเจ็บปวด เป็นต้น

2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่นๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล เช่น คุณลักษณะทางพันธุกรรม เพศ อายุ ระยะเวลาต่างๆ ของพัฒนาการ สถานภาพสมรส บทบาทในสังคม การสูบบุหรี่ ความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

3) สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล เป็นสิ่งที่แอบแฝงอยู่ภายในและนอกตัวบุคคล เช่น ค่านิยม ทัศนคติ อุปนิสัย หรือประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของบุคคลที่มีความมั่นคงและสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การมีสุขภาพดีจึงหมายถึงการที่บุคคลปรับตัวได้ดี ส่วนการเจ็บป่วยเกิดจากการปรับตัวไม่ดี การที่บุคคลจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัว รอยได้แบ่งระดับความสามารถในการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ (Roy & Andrews, 1999) ดังนี้

1) ระดับปกติ (Integrated level) เป็นภาวะที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายทำงานเป็นองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม

2) ระดับชดเชย (Compensatory level) เป็นภาวะที่กระบวนการชีวิตถูกรบกวนทำให้กลไกการควบคุมและการรับรู้ของระบบบุคคลถูกกระตุ้นให้ทำงานเพื่อจัดการกับสิ่งเร้า

3) ระดับบกพร่อง (Compromised level) เป็นภาวะที่กระบวนการปรับตัวระดับปกติและระดับชดเชยทำงานไม่เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งเร้าได้ ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา

การพยาบาล (Nursing) เป็นการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลตามแนวคิดของรอยมุงส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้เหมาะสมตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Roy, 1984) สรุปได้ดังนี้

1) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of patient behavior) เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน

2) การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (Assessment of influencing factors) เป็นการประเมินเพื่อสืบค้นสาเหตุของพฤติกรรมที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว

3) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้ข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง

4) การวางแผนการพยาบาล (Nursing plan) เป็นการกำหนดเป้าหมายในการพยาบาล (Goal setting) ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังจากดำเนินการพยาบาลไปแล้ว ในทฤษฎีของรอยมุง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม เป้าหมายควรเป็นเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริงภายหลังที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นลง

5) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยเน้นการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและสถานการณ์ของผู้ป่วย

6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการสรุปและวิเคราะห์ประสิทธิผลของสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว โดยสังเกตจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาลและสรุปผล

3.5.3 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ริเริ่มโดย โดโรธี อี โอเรม (Dorothea E. Orem: 1914-2007) โดยบุคคลต้องดำรงไว้และควบคุมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางครั้งบุคคลอาจจะกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น การดูแลตนเองมีเป้าหมาย และเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในการสร้างความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำงานที่ต่างๆ และการพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) มีดังนี้

บุคคล (Person) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานการทำงานที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคม โอเรมเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ถ้าบุคคลไม่สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองได้จะต้องมีผู้อื่นเรียนรู้และกระทำทดแทน

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นลักษณะทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคมวัฒนธรรม บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพ ความผาสุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคมที่เป็นความต่อเนื่องกันโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ บุคคลที่มีสุขภาพดีจะมีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ และมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

การพยาบาล (Nursing) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง กระบวนการพยาบาลจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ โดยโอเรมได้เสนอทฤษฎีย่อยไว้ 3 ทฤษฎี (Orem, 1991) ดังนี้

1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

1.1) การดูแลตนเอง (Self-care: SC) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites)

1.2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) เป็นความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ โดยมีความแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

1.3) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD)

1.3.1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนในทุกๆ ช่วงชีวิต เป็นกระบวนการของชีวิต

เพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล ในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การมีเวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาการในสังคม

1.3.2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites: DSCR) เป็นความต้องการที่นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาการของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในบางช่วง เช่น การตั้งครรภ์ และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

1.3.3) ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย มีความพิการ หรือความผิดปกติในโครงสร้างการทำงานที่ของร่างกาย

2) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) เป็นการกำหนดว่าเมื่อใดบุคคลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้ ถ้าเป็นความพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงว่าบุคคลนั้นไม่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เลย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มี 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

2.2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

2.3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นการกำหนดรูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยบุคคลให้สามารถเรียนรู้ ฝึกฝน ในการดูแลสุขภาพด้วยความสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง โดยประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพร่องในการดูแลตนเอง ว่ามีความพร่องในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด ได้แก่ พร่องทั้งหมด พร่องบางส่วน หรือพร่องเล็กน้อย เพื่อที่จะให้การพยาบาลทดแทนได้อย่างเหมาะสม แบ่งออกได้ดังนี้

3.1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้ป่วย โดยการชดเชยให้ทั้งหมดเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3.2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย เป็นการชดเชยให้บางส่วน โดยให้การพยาบาลเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ เช่น การช่วยผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และการร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น

3.3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นการให้การศึกษา การสอน และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลต้องประเมินความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองและสามารถแยกแยะความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อที่จะสามารถกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงและสนองตอบกับความต้องการของผู้ป่วย โดยการให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สอน ให้กำลังใจ และการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความต้องการได้ รวมทั้งสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ใช้ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิตดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาทางจิตได้ แต่หากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือและชดเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

สรุป

การที่พยาบาลจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพจิตหรือให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้อย่างครอบคลุมและครบถ้วนได้นั้น พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งเห็นได้ว่าไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล สาเหตุของพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลได้อย่างสมบูรณ์ การช่วยเหลือบุคคลจึงเป็นการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลได้รู้จักบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลให้ชัดเจน เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินสภาพปัญหา วางแผนให้การช่วยเหลือ ปฏิบัติการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (หน้า 90-113). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ. (2556). แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตเวช (Basic Concepts and Theories Related to Psychiatric Nursing) ใน วิชา เจียบนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวช* (หน้า 33-68). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชา เจียบนา. (2556). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (7th ed). St. Louis, MS: Elsevier Saunders.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Roy, C. (1984). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. (2nd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*. (2nd ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Videbeck, S. L. (2014). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (6th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.