

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาการปรับตัวในการทำงานของพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยอาศัยความคิดเห็นของพยาบาลจิตเวช เป็นพื้นฐานในการศึกษา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเอกสารด้านทฤษฎี แนวความคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
2. ทฤษฎีการปรับตัว
3. ทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรม
4. ทฤษฎีการพยาบาลจิตเวช
5. ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 5.1 คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวช
 - 5.2 คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช
 - 5.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช
6. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
7. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
 - 7.1 ประวัติ
 - 7.2 หน้าที่ความรับผิดชอบ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

มนุษย์ทุกคนต้องการการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่จากสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มนุษย์ต้องต่อสู้กับเหตุการณ์ และปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ มนุษย์ที่สามารถมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ได้คือผู้ที่สามารถปรับตัวและสามารถแก้ปัญหาได้ ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มนุษย์ต้องทนกับความกดดันและความตึงเครียด ซึ่งปัญหาบางอย่างสามารถแก้ได้อย่างง่ายดาย แต่ปัญหาบางอย่างต้องใช้เวลาและความอดทน มนุษย์จำต้องมีกระบวนการ แนวทาง พฤติกรรมเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านั้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางที่มนุษย์ใช้ในขณะที่ยพบกับความกดดัน ความตึงเครียด ความคับข้องใจ นั่นคือ "การปรับตัว"

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ ดังนี้

อาร์คอฟ (Arkoff. 1968 : 4) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า หมายถึง การปะทะสังสรรค์ (Interaction) ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่แต่ละบุคคลพยายามที่จะบรรลุความต้องการและไปถึงเป้าหมายของตน ในขณะที่เดียวกันบุคคลอยู่ภายใต้ความกดดันจากสภาพแวดล้อม เพื่อให้มีพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง การปรับตัวนำไปสู่การทำงานที่ประสานสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

อิงลิช และอิงลิช (English and English. 1958 : 14-15) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า การปรับตัวเป็นภาวะของความสัมพันธ์ที่กลมกลืนกันของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะได้รับความพึงพอใจในการตอบสนอง ทั้งทางร่างกายและทางสังคม การที่บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีย่อมแสดงถึงภาวะปกติของคนส่วนใหญ่ ในทางตรงกันข้ามถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้หรือปรับได้ไม่ดีไม่สามารถปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ได้ บุคคลนั้นจะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยปราศจากความสุข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมส่วนมากมักจะเป็นผลมาจากการปรับตัวไม่ดี

มอสโควิทซ์ และออร์เกิล (Moskowitz and Orgel. 1969 : 305) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า หมายถึง การปรับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเปลี่ยนแปลงนั้น ขึ้นอยู่กับโอกาส ความต้องการ และข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อมด้วย

กราชา และเคอเชนบัม (Grasha and Kirschenbum. 1980 : 5) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า หมายถึง ความสามารถของคนเราที่จะจัดการกับปัญหาและความต้องการของสภาพแวดล้อมให้บรรลุผล

ลาซารัส (Lazarus. 1984 : 18) ได้สรุปความหมายของการปรับตัวว่า การปรับตัวประกอบด้วยกระบวนการหรือวิธีการทั้งหลายทางจิต ซึ่งมนุษย์ใช้ในการเผชิญข้อเรียกร้อง หรือแรงผลักดันภายนอกและภายใน

นิภา นิธยานน (2530 : 24) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการวิธีต่างๆ ที่คนเราใช้ในการปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองในสภาพแวดล้อม ซึ่งบางครั้งส่งเสริม บางครั้งขัดขวางการปรับตัว หรือบางครั้งสร้างความทุกข์ทรมานแก่เรา กระบวนการปรับตัวนี้เกิดจากความจริงข้อที่ว่ามนุษย์มีความต้องการสิ่งที่จำเป็นแก่ชีวิต (Need) มากมาย ซึ่งเป็นผลจากแรงผลักดันภายในและภายนอกตัวมนุษย์ และเราอาจใช้วิธีการแบบต่างๆ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความต้องการเหล่านั้น ในสภาวะแวดล้อมที่ปกติธรรมดาหรือมีอุปสรรคขัดขวาง มากน้อยแตกต่างกันไป

สุรางค์ จันท์เอม (2527) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายปลายทางในสิ่งแวดล้อมของตน มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการปรับตัวด้วยกันทั้งสิ้น แต่ละคนจะมีแนวทางในการปรับตัวแตกต่างกันออกไป เพื่อตอบสนองความต้องการของตน นอกจากจะตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ยังตอบสนอง

ความต้องการทางสังคมอีกด้วย การช่วยให้ทำงานร่วมกับผู้อื่นด้วยความราบรื่น ในด้านอารมณ์ก็เช่นกัน เมื่อมนุษย์ได้รับในสิ่งที่ตนต้องการแล้วความตึงเครียดต่างๆ ก็ผ่อนคลาย ลงไป

กันยา สุวรรณแสง (2533 : 524) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นการปรับใจให้อยู่ในสังคมได้ในสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีความสุข

ดังได้กล่าวแล้วว่า พยาบาลจิตเวชจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และนอกจากนั้นยังจะต้องพบปะกับญาติของผู้ที่มีความผิดปกติเหล่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการปรับตัวอย่างดี จึงจะสามารถยืนหยัดและทำงานต่อไปได้ โดยโกลแมนและแฮมเมอร์ (Goleman and Hammer. 1974 : 69) กล่าวว่า การปรับตัวที่ดีนั้น ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. ในด้านการรับรู้และสติปัญญา การปรับตัวที่ดีหมายถึง ประสิทธิภาพในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ โดยอาศัยความสามารถในการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสามารถที่จะแยกแยะสิ่งสำคัญออกจากสิ่งที่ไม่สำคัญ การปรับตัวที่ดีนั้นสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ตามความเป็นจริง โดยเปิดรับประสบการณ์และการรับรู้โดยปราศจากการบิดเบือน
2. ทางด้านส่วนบุคคลจะต้องมีการยอมรับตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
3. ในด้านสังคม บุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะมีความไวในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น จะคล้อยตามสังคม โดยที่พฤติกรรมนั้นจะต้องอยู่บนรากฐานของเหตุผลและความถูกต้อง
4. ในด้านอารมณ์ ผู้ปรับตัวดีจะมีความสุข มีความชื่นชมกับชีวิต มีความแจ่มใสเบิกบาน มีความคิดสร้างสรรค์
5. บุคคลที่มีการปรับตัวดีจะมีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

ดังนั้น การที่พยาบาลจิตเวชจะปรับตัวได้ดีนั้น พยาบาลจะต้องมีการเข้าใจและยอมรับตนเอง เข้าใจสังคมอย่างต่อแท้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปรับอารมณ์ของตนเองให้เป็นสุข โดยพยาบาลจะต้องมีการผสมผสานความรู้ ความสามารถส่วนตัวในการควบคุมสภาพแวดล้อม การวางแผนทางและมีความต้องการและความพยายามที่จะไปให้ถึงจุดหมายที่ดีในชีวิต

กล่าวโดยสรุป ในการทำงานของพยาบาลจิตเวชให้เกิดประสิทธิภาพนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องเกิดความพึงพอใจ ทำงานอย่างมีความสุข เห็นความสำคัญและเกิดความผูกพันกับองค์กร รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และการที่พยาบาลจะรู้สึกเช่นนั้นได้ พยาบาลจะต้องมีทักษะและอุดมการณ์ต่อวิชาชีพและผู้ป่วย จะต้องมีการปรับตัวที่ดี มีแนวทางการดำเนินชีวิต มีความพร้อมในด้านความรู้ ความสามารถในงานที่ทำ สามารถยอมรับ แก้ไข และเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ทฤษฎีการปรับตัว

ทอร์พ และ ชมุลเลอร์ (Thorpe and Schmuller. 1965 : 10) ได้แบ่งการปรับตัวของบุคคลออกเป็น 2 ลักษณะคือ การปรับตัวด้านส่วนตัว (Personal Adjustment) หมายถึง ความคิดความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง และการปรับตัวด้านสังคม (Social Adjustment) หมายถึง ความคิดความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น และเห็นว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่สามารถทำให้การปรับตัวด้านส่วนตัวและการปรับตัวด้านสังคมอยู่ในลักษณะสมดุลกัน สามารถจำแนกโดยละเอียด ดังนี้

(1) การปรับตัวด้านส่วนตัว (Personal Adjustment) ได้แก่ การที่บุคคลจะปรับตัวเองได้ดีต้องประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้

1) ความเป็นตัวของตัวเอง (Self-Reliance) หมายถึง การที่บุคคลทำอะไรได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งผู้อื่นเป็นอิสระจากผู้อื่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ และรับผิดชอบในกระทำของตนเอง

2) การเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น มีความพอใจและเชื่อมั่นในความสามารถ และความสำเร็จของตนเอง

3) ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเอง (Sense of Personal Freedom) หมายถึง การที่บุคคลพอใจในอิสรภาพ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล ตัดสินใจในการกระทำและวางแผนชีวิตของตนเอง รวมทั้งมีเสรีภาพในการคบเพื่อนและการใช้จ่าย

4) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Feeling of Belonging) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความอบอุ่นในครอบครัว ในหมู่เพื่อนฝูง จึงทำให้มีความภาคภูมิใจในบ้าน โรงเรียน เป็นต้น

5) ความรู้สึกไม่มีแนวโน้มที่จะถอยหนี (Non Withdrawing Tendencies) หมายถึง การที่บุคคลมีลักษณะตรงกันข้ามกับความรู้สึกมีแนวโน้มที่จะถอยหนีซึ่งบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะถอยหนีจะมีความรู้สึกไม่กล้าที่จะเผชิญกับความเป็นจริง มักใช้ความคิดของตนเองสร้างความสุข มักเอาตัวเองเข้าไปแทรกในทุกๆ เรื่อง อ่อนไหว วัหะ และหมกมุ่นกับตนเอง

6) ความรู้สึกไม่มีอาการทางประสาท (Non Nervous Symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีลักษณะตรงกันข้ามกับความรู้สึกมีอาการทางประสาท ซึ่งบุคคลที่มีอาการทางประสาทจะมีความรู้สึกที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและอารมณ์ เช่น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ จิตใจไม่สงบ ผันรำย ตากระตุก เป็นต้น

(2) การปรับตัวด้านสังคม (Social Adjustment) ได้แก่ การที่บุคคลจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี ต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- 1) ปทัสถานทางสังคม (Social Standards) หมายถึง การที่บุคคลมีความเคารพในสิทธิของผู้อื่น เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม บุคคลประเภทนี้จะเข้าใจความถูกต้องของสังคม
- 2) ทักษะทางสังคม (Social Skills) หมายถึง การที่บุคคลปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี ทั้งกับเพื่อนและคนแปลกหน้า เป็นที่ชื่นชอบของผู้อื่น และมีความสนใจปัญหาต่างๆ และสนใจกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร
- 3) แนวโน้มที่จะไม่ต่อต้านสังคม (Social Tendencies) หมายถึง การที่บุคคลมีลักษณะตรงกันข้ามกับความรู้สึกมีแนวโน้มที่จะต่อต้านสังคม ซึ่งบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะต่อต้านสังคมจะชอบทะเลาะวิวาท ดื้อดึง ชอบการทำลาย ไม่ยุติธรรมต่อผู้อื่น
- 4) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relations) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรักการดูแลอย่างดีในครอบครัว มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจในตนเองในความสัมพันธ์กับบุคคลในบ้าน
- 5) ความสัมพันธ์ในองค์กร (Organizational Relations) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าจะมีความสุขในการอยู่ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน รู้จักว่างานเหมาะสมกับความสนใจและวุฒิภาวะของตน
- 6) ความสัมพันธ์กับชุมชน (Community Relations) หมายถึง การที่บุคคลเข้าร่วมกับเพื่อนบ้านได้อย่างมีความสุข มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชุมชนของตนเอง เข้าสมาคมกับคนแปลกหน้าได้มีความพอใจในกฎเกณฑ์และสวัสดิภาพของชุมชน

ฮาเบอร์และรันยอน (Haber and Runyon. 1970 : 28) กล่าวว่า การปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ การปรับตัวทางร่างกายและการปรับตัวทางสังคม ดังนี้

(1) การปรับตัวทางร่างกาย หมายถึง การที่เมื่อร่างกายเกิดความต้องการก็จะขาดความสมดุล จึงทำให้ต้องแสวงหาอาหารหรือปัจจัยต่างๆ มาบำบัดความต้องการ จึงจะทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลอีกต่อไป วิธีการที่แสวงหาอาหารหรือปัจจัยต่างๆ มาสนองความต้องการให้เกิดความสมดุลนั้น คือ การปรับตัวทางร่างกาย

(2) การปรับตัวทางสังคม หมายถึง การเกิดความต้องการการยอมรับ ความรักเกียรตินของตนเอง และการเป็นสมาชิกของสังคม เมื่อบุคคลไม่ได้รับการสนองตอบตามความต้องการ ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อค้นหาวิถีทางที่จะทำให้ได้รับการตอบสนอง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ การปรับตัวทางสังคม

เมื่อบุคคลมีการปรับตัวแล้ว อาจมีผลลัพธ์เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ ผู้ที่ปรับตัวได้ดี หรือมีลักษณะการปรับตัวที่ดี และผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ หรือมีลักษณะการปรับตัวที่ไม่ดี และอาจมีปัญหาลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตต่อไป

เกี่ยวกับตนเองนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความสำนึกที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองตามความเป็นจริง มีความเชื่อมั่น และมองเห็นคุณค่าแห่งตน การปรับตัวต่อภาวะความกดดันต่างๆ จะเป็นไปได้ดีกว่า บุคคลที่มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ น้อยเนื้อต่ำใจ และรู้สึกว่ตนเองไร้ค่า

โรเจอร์ส (Rogers Carles W. 1967 : 108) ผู้นำด้านทฤษฎีว่าด้วยตัวตน และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ได้พิจารณาการปรับตัวในแง่ของการปรับตัวภายในตนเอง โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนเป็นศูนย์กลางของประสบการณ์ต่างๆ รอบตัว ซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่บุคคลได้รับรู้และการมีการปะทะสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการประเมินผลจากการมีการปะทะสัมพันธ์นั้นจะก่อให้เกิดเป็นตัวตน (Self) หรือ "โครงสร้างของตน" ขึ้นมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านต่างๆ เช่น ลักษณะ ความสามารถของตน บทบาทต่างๆ ของตนในการเกี่ยวข้องกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ทศนคติและค่านิยมต่างๆ ของตัวเรา ประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับจึงมีส่วนสำคัญในการกำหนดบุคลิกภาพการปรับตัวของบุคคลให้แตกต่างกัน โดยที่แต่ละคนจะเข้าใจและรู้จักโลกส่วนตัวของเขาได้ดีที่สุด บุคคลที่ปรับตัวได้คือบุคคลที่เป็นตัวของตัวเองเข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริง นำประสบการณ์นั้นมาจัดให้สอดคล้องกับโครงสร้างหรือบุคลิกลักษณะของตนได้อย่างไม่ขัดแย้งหรือบิดเบือน และจะมีการรับรู้และความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก ส่วนบุคคลที่ปรับตัวไม่ได้นั้น จะมีความขัดแย้งระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาใหม่อย่างมาก ทำให้เกิดความตึงเครียด วิตกกังวล สับสน ไม่แน่ใจ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับตนจะเป็นไปในทางลบ

กันยา สุวรรณแสง (2533 : 65) ได้สรุปสาเหตุที่ก่อให้เกิดการปรับตัวเป็น 3 สาเหตุดังนี้

(1) แรงขับและความต้องการ (Drives and Needs) ในชีวิตของบุคคลมีความต้องการเป็นพื้นฐาน เช่น ความต้องการทางกาย (Physical Needs) และความต้องการทางจิต (Psychological Needs) ความต้องการทั้งสองนี้ทำให้เกิดแรงขับ (Drives) เช่น เกิดความหิว (Thirsty) เป็นแรงขับให้มนุษย์ดิ้นรน แสวงหาเพื่อสนองความอยากของตน ถ้าเกิดอุปสรรคมาขัดขวางไม่สามารถสนองความต้องการไม่สามารถหามาบำบัดความอยากได้ ร่างกายก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้คลายจากความกระวนกระวายอันเนื่องมาจากความอยาก พฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อคลายความทรมานทรมานนี้เรียกว่า การปรับตัว

(2) แรงกระตุ้นทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว หรือการที่มีสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนมีปัญหในการปรับตัวให้ทันตามภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ราคาสิ่งของแพงขึ้น แฟชั่น แต่งกาย การเป็นอยู่ การคมนาคม ความเจริญทางวัตถุ ต่างก็กระตุ้นให้มนุษย์วิ่งตามตลอดเวลา ต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม มีปัญหาเดินแถวกันมาให้

แก้ตลอดเวลา ถ้าแก้ได้ก็มีความสุข ถ้าแก้ไม่ได้ก็เกิดความคับข้องใจ กระวนกระวายใจจึงหาทางปรับตัวโดยวิธีการต่างๆ

(3) เจตคติความสนใจ จุดหมายของชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรม

สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้คนเราจำเป็นต้องปรับตัว ได้แก่ ความเครียด (Stress) ความเครียดเกิดขึ้นจากการที่คนเรามีแรงจูงใจหรือมีความต้องการในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วเกิดมีอุปสรรคไม่สามารถได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ ถ้าคนเรามีความเครียดอยู่ในระดับต่ำก็ย่อมจะไม่มีปัญหาในการปรับตัว แต่ถ้าเกิดมีความเครียดอยู่ในระดับสูงเท่าไร ก็จะทำให้เกิดความลำบากในการปรับตัว โอกาสที่คนๆ นั้นจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviant Behavior) หรือพฤติกรรมผิดปกติ (Abnormal Behavior) ก็เป็นไปได้สูง ถ้าคนๆ นั้นไม่สามารถหาทางออกในการปรับตัวได้ และปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความเครียด ได้แก่

(1) ความคับข้องใจ (Frustration) เกิดจากการที่บุคคลพยายามที่จะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ แล้วเกิดอุปสรรคขึ้น ทำให้ไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้

อุปสรรคในสภาพแวดล้อมนั้น หมายถึง อุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งภายในตัวของบุคคลเองหรือภายนอกตัวบุคคล เช่น การจากไปของคนรัก ความว้าเหว่ ความยากจน หรือความรู้สึกผิด เป็นต้น ความคับข้องใจนี้ยากจะแก้ไขได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ความคับข้องใจมักจะเกิดขึ้นจากการที่คนเราประเมินตนเองเมื่อจะต้องกระทำบางอย่างหรือเมื่อเผชิญอุปสรรคบางอย่าง โดยที่ประเมินตนเองไว้ต่ำ ทำให้รู้สึกต่ำต้อย รู้สึกว่าล้มเหลวหรือไร้ซึ่งความสามารถ เป็นต้น

(2) ความขัดแย้ง (Conflicts) ความขัดแย้งเกิดจากการที่คนเรามีแรงจูงใจ หรือมีความต้องการเกิดขึ้น 2 อย่างพร้อมๆ กัน โดยที่แรงจูงใจหรือความต้องการเกิดขึ้น 2 อย่างพร้อมๆ กัน โดยที่แรงจูงใจหรือความต้องการทั้ง 2 อย่างนี้ จะมีลักษณะที่ขัดแย้งกัน การสนองตอบต่อแรงจูงใจหรือความต้องการอันหนึ่งจะก่อให้เกิดความคับข้องใจเมื่อต้องสูญเสียอีกอย่างหนึ่งไป ซึ่งลักษณะของความขัดแย้งนี้มีอยู่ด้วยกัน 3 ลักษณะ คือ

1) ความขัดแย้งแบบรักพี่เสียดายน้อง (Approach-Approach Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการที่จะต้องเลือกเป้าหมายที่ต้องการ ที่ไม่ไปด้วยกันทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกันในขณะที่เป้าหมายทั้งสองนั้นดึงดูดความสนใจพอ ๆ กัน

2) ความขัดแย้งแบบหนีเสือปะจระเข้ (Avoidance-Avoidance Conflict) ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องการจะหลีกเลี่ยงจากสภาพที่ไม่พึงพอใจ 2 สถานการณ์

3) ความขัดแย้งแบบเกลียดตัวกินไข่ (Approach-Avoidance Conflict) เป็นความขัดแย้งที่เกิดจากความต้องการอย่างหนึ่งที่บุคคลต้องการจะได้และต้องการที่จะหลีกเลี่ยงในเวลาเดียวกัน

จากลักษณะของความขัดแย้งดังกล่าว ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ก็จะทำให้เกิดความเครียดขึ้นมาและอาจจะนำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลและความกลัวได้ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในลักษณะของความขัดแย้งในข้อ (2) และ (3) ที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวมากที่สุด

(3) ความกดดัน (Pressures) ความกดดันนั้น นอกจากจะเกิดความคับข้องใจและความขัดแย้งแล้วยังอาจจะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลสร้างแรงกดดันให้กับตนเองอีกด้วย เช่น การที่เราตั้งเป้าหมายไว้สูงมากก็จะต้องใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น เมื่อใช้ความพยายามมากขึ้นความเครียดก็สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทำไปแล้วเกิดไปพบกับอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมหรือจากตัวเองด้วยแล้วโอกาสที่จะทำให้ตัวเองไม่สามารถปรับตัวได้ก็สูงขึ้น การเบี่ยงเบนของพฤติกรรมปกติก็อาจจะเกิดขึ้นได้

มฤษฎี ดนะวัฒนา (2526 : 132-146) กล่าวว่า เมื่อมนุษย์มีความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้งในใจ (Conflicts) และความกดดัน (Pressures) เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จึงไม่สามารถบรรลุถึงความต้องการและไม่สามารถแก้ไขได้ บุคคลจึงต้องปรับตัว ซึ่งมีวิธีปรับตัวให้ชีวิตอยู่รอด กลไกของการรักษาชีวิตให้ปลอดภัย มีความสุขนั้น มี 2 ทาง ดังนี้

(1) การปรับตัวโดยถือเอาปัญหาหรือความจริงเป็นเป้าหมาย (Task-Oriented Reaction) คือการรู้จักใช้ความพยายามของตนที่จะระงับยับยั้ง เปลี่ยนแปลง และเคลื่อนย้ายสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ

(2) กลไกการป้องกันตนเองเมื่อเผชิญความวิตกกังวล โดยทำตนให้ผิดไปจากความเป็นจริง (Defense Mechanisms) ไม่ได้ตัดแปลงหรือเคลื่อนย้ายสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจโดยตรง

การปรับตัวโดยถือเอาปัญหา หรือความจริงเป็นเป้าหมาย (Task-Oriented Reactions) มี 3 วิธี คือ

(1) การต่อสู้และแสดงความก้าวร้าว (Attack and Aggression) เป็นการต่อสู้ทำลายสิ่งขัดขวางความต้องการ และต่อสู้กับสิ่งที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวนี้แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) การก้าวร้าวโดยตรง (Direct Aggression) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลหรือสิ่งของที่เป็นเหตุให้เกิดความคับข้องใจ เช่น ทูตตี ตำรวจ ทำร้าย เป็นต้น

2) การก้าวร้าวทางอ้อม (Displaced Aggression) การที่คนเราไม่สามารถแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวโดยตรงกับต้นเหตุได้ จะหันไปแสดงความก้าวร้าวต่อสิ่งอื่นแทน เช่น โกรธคนๆ หนึ่ง แต่ไม่กล้าไปโต้ตอบ จึงได้ไปโต้ตอบกับคนอื่นที่ไม่ทราบเรื่อง เป็นต้น

(2) การตกใจและถอยหนี (Flight and Withdrawal) หมายถึง การที่บุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์หรืออุปสรรคที่มาขัดขวางความต้องการของตนและก่อให้เกิดความคับข้องใจแล้ว ใช้วิธีที่หลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากสิ่งเหล่านั้น ทำให้ความคับข้องใจหายไป ซึ่งทำได้ดังนี้

1) การแยกตัวเองออกจากสังคม (Isolation) เมื่อบุคคลพบอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ไปถึงสิ่งที่ประสงค์เอาไว้ บุคคลนั้นจะตัดตัวเองออกจากเหตุการณ์นั้นๆ โดยการเก็บตัวอยู่คนเดียว โดดเดี่ยว ซอบเจียบๆ ไม่ติดต่อกับหาสมาคมกับผู้ใด

2) การปฏิเสธ (Negativism) เป็นวิธีการที่ขัดขืน ไม่ยอมทำตามหรือไม่ให้ความร่วมมือตามสังคม หรือตามที่ผู้xor้องแต่จะกระทำในสิ่งที่ตรงกันข้าม ซึ่งเป็นวิธีการเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นอีกวิธีหนึ่ง

3) การฝันกลางวัน (Day Dream) เป็นการสร้างภาพขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการอันอาจจะไม่มีโอกาสได้รับสนองในชีวิตจริง

(3) การประนีประนอมและการทดแทน (Compromise and Substitution) เป็นลักษณะที่บุคคลไม่สามารถสนองความต้องการของตนได้ จึงจำเป็นต้องหาสิ่งอื่นที่ใกล้เคียงกันมาสนองทดแทนเพื่อให้ตนเองอยู่ในลักษณะสมดุล ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมี 3 แบบ คือ

1) การทดแทน (Compensation) ได้แก่ การแสดงออกเพื่อแสวงหาความสำเร็จในด้านอื่นมาทดแทนความผิดหวังหรือปมด้อยในอีกด้านหนึ่ง

2) การทดแทน (Sublimation) เป็นพฤติกรรมในลักษณะที่ประนีประนอมกับสถานการณ์ด้วยการแปลงรูปอารมณ์และพฤติกรรมที่ให้โทษมาสู่พฤติกรรมที่ให้โทษมาสู่คุณประโยชน์อันเป็นการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจที่สังคมไม่ยอมรับสู่พฤติกรรมที่สังคมยอมรับ

3) การลอกเลียนแบบนิยม (Identification) หรือปฏิกิริยากลมกลืน (Reaction-Formation) ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมตามคุณสมบัติของคนอื่นซึ่งตนเองอยากจะมีแต่ไม่มีมาอวดอ้างว่ามี แล้วปรุงแต่งกิริยาท่าทางภายนอก รสนิยม เจตคติและค่านิยมให้เหมือนกับคนอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัตินั้นๆ

นอกจากนี้ มนูญ ดนะวัฒนา (2526 : 141-143) ยังได้กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่ปรับตัวได้ดี ไว้ดังนี้

(1) มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-Knowledge) ผู้ที่ปรับตัวได้ดี คือผู้ที่รู้ถึงพลังจิต แรงจูงใจ ความปรารถนา ความทะเยอทะยาน ความรู้สึก ความสามารถ และอารมณ์ต่างๆ ของตนเอง นั่นคือจะต้องเข้าใจทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับตนเองได้หมดทั้งพฤติกรรมและความรู้สึกของตนเอง

(2) ความรู้สึกว่าตนเองมีค่า (Self-Esteem) ประกอบด้วยความรู้สึกต่อตนเองและความสามารถที่จะทำหน้าที่ให้แก่สังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) ความรู้สึกมั่นคงอบอุ่น (Feeling of Security) คนที่ปรับตัวได้ดีจะมีความรู้สึก ว่าตนเองได้รับการยกย่องว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และที่สำคัญที่สุดคือมีอิสระในการแสดงออก ต่อสถานการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน

(4) ความสามารถในการรับและให้ความรัก (Ability of Accept and Give Affection) คือความสามารถที่จะสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้อย่างน่าพอใจบุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะมีความรู้สึก

นึกคิดถึงความต้องการและความรู้สึกของคนอื่นๆ นั่นคือสามารถล่วงรู้ถึงความรู้สึกของคนอื่นๆ และรักษาความสัมพันธ์ที่มีทั้งการให้และการรับไว้ได้

(5) ความพอใจต่อความปรารถนาทางกาย (Satisfaction of Bodily Desires) บุคคลที่ปรับตัวได้ดี จะมีทัศนคติต่อการทำงานของร่างกายของตนเองอย่างสมบูรณ์ ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดวิตกกังวล

(6) ความสามารถที่จะเป็นผู้ผลิตและมีความสุข (Ability to be Productive and Happy) บุคคลใช้ความสามารถต่างๆ ในการทำงานหรือความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี กว้างขวาง และมีความสุขและความกระตือรือร้น

(7) ปราศจากความตึงเครียดและความรู้สึกที่เกินขีด (Absence of Tension and Hypersensitivity) คนที่ปรับตัวไม่ได้จะมีความทุกข์ที่เกิดจากความวิตกกังวล และความตึงเครียดซึ่งมีผลสะท้อนให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา

ในการนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการปรับตัวของทอร์พและชมูลเลอร์ (Thorpe and Schmuller. 1965 : 10) และฮาเบอร์และรันยอน (Haber and Runyon. 1970 : 28) ทั้งหมดมาปรับสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานวิจัย ดังนี้

(1) การปรับตัวด้านส่วนตัว

1) การปรับตัวทางความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปรับจากลักษณะการปรับตัวด้านส่วนตัว 4 ลักษณะ คือ ความเป็นตัวของตัวเอง การเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความรู้สึกเป็นอิสระของตนเอง และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เนื่องจากความหมายของแต่ละลักษณะเป็นนามธรรมเกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกภายในจิตใจ เช่น ความเป็นอิสระจากผู้อื่น มีความเชื่อมั่น รับผิดชอบในการกระทำต่างๆ ของตนเอง เป็นที่ยอมรับ รวมถึงด้านอารมณ์ และการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง เป็นต้น

2) การปรับตัวทางสุขภาพของตนเอง ปรับจากลักษณะการปรับตัวด้านส่วนตัวอีก 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกไม่มีแนวโน้มที่จะถอยหนี และความรู้สึกไม่มีอาการทางประสาท เนื่องจากความหมายของแต่ละลักษณะเป็นรูปธรรมเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่แสดงออกภายนอก เช่น การไม่กล้าเผชิญกับความเป็นจริง มีอาการทางประสาท รู้สึกว่ามีความผิดปกติทางด้านร่างกาย และอารมณ์ เมื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ท้องเสีย เป็นต้น

(2) การปรับตัวด้านสังคม

1) การปรับตัวต่อผู้ป่วย ปรับจากลักษณะการปรับตัวด้านสังคม 2 ลักษณะ คือ ปทัสฐานทางสังคม ที่หมายถึง การเคารพในสิทธิของผู้อื่น การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม และทักษะทางสังคม ที่หมายถึง การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดีทั้งกับเพื่อนและคนแปลกหน้า ในที่นี้ผู้อื่นและคนแปลกหน้าหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช

2) การปรับตัวต่อญาติผู้ป่วย ปรับจากลักษณะการปรับตัวด้านสังคม 2 ลักษณะ คือ ทักษะทางสังคมที่หมายถึง การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดีทั้งกับเพื่อนและคนแปลกหน้า และ ลักษณะแนวโน้มนีจะไม่ต่อต้านสังคม ที่หมายถึง การปรับตัวต่อบุคคลที่ไม่ต่อต้านสังคม (ไม่ชอบทะเลาะวิวาท ไม่ดื้อดึง ไม่ชอบการทำลาย ฯลฯ) ในที่นี้คนแปลกหน้าและบุคคลที่มีลักษณะไม่ต่อต้านสังคม หมายถึง ญาติของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้คอยประสานและทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง

3) การปรับตัวต่อผู้ร่วมงานวิชาชีพเดียวกัน ปรับจากลักษณะการปรับตัวด้านสังคม 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแนวโน้มนีจะไม่ต่อต้านสังคม ที่หมายถึง การปรับตัวต่อบุคคลที่ไม่ต่อต้านสังคม (ไม่ชอบทะเลาะวิวาท ไม่ดื้อดึง ไม่ชอบการทำลาย ฯลฯ) และความสัมพันธ์ในองค์กร ที่หมายถึง การรู้สึกว่ามีความสุขในการอยู่กับเพื่อนร่วมงาน งานมีความเหมาะสมกับความสนใจและวุฒิภาวะของตน ในที่นี้บุคคลที่มีลักษณะไม่ต่อต้านสังคมและเพื่อนร่วมงานคือผู้ร่วมงานวิชาชีพเดียวกันนั่นเอง

สำหรับลักษณะการปรับตัวด้านสังคมที่ไม่ได้นำมาปรับใช้กับการวิจัยนี้ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากผู้วิจัยมิได้ทำการศึกษาการปรับตัวต่อคนในครอบครัว และการเข้าชุมชนของพยาบาลจิตเวช อีกทั้งการวิจัยนี้มีขอบเขตศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวช จึงไม่ได้นำผลการวิจัยไปปรับใช้กับครอบครัวและชุมชน

จากความหมายดังกล่าว การปรับตัวทางความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การปรับตัวทางสุขภาพของตนเอง การปรับตัวต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และผู้ร่วมงานวิชาชีพเดียวกัน จึงเป็นลักษณะการปรับตัวโดยรวม ซึ่งผู้วิจัยนำการปรับตัวด้านส่วนตัว 6 ลักษณะ และการปรับตัวด้านสังคม 6 ลักษณะมาปรับสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทงานวิจัย

ทฤษฎีการวิเคราะห์พฤติกรรม

ฉันทนิช อัครวนนท์ (2545) กล่าวว่า การวิเคราะห์พฤติกรรม TA (Transactional Analysis) เป็นเทคนิควิธีการอย่างหนึ่งที่สามารถช่วยวิเคราะห์และทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ได้ ทั้งยังเป็นเครื่องมือในวิชาชีพที่ช่วยพัฒนาคนให้ค้นพบทางเลือกที่เป็นไปได้โดยไม่ต้องมีที่สิ้นสุด เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป สามารถค้นพบอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาและอารมณ์ ซึ่งเป็นตัวปัญหาของบุคคลในองค์กรหรือในสังคมที่ส่งผลออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม และหาทางขจัดอุปสรรค ซึ่งเป็นตัวปัญหาของบุคลิกภาพ ผู้พบทฤษฎีนี้คือ อีริก เบิร์น (Eric Berne) โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญทางแนวบุคลิกภาพของมนุษย์ ตามความเห็นของนักจิตวิทยา คือ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) แต่ทฤษฎีของเบิร์น เน้นเรื่องตัวตน (บุคลิกภาพ) รวมทั้งของพ่อแม่ผู้ใหญ่เด็ก การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างบุคคลและระหว่างบุคลิกภาพต่างๆ ภายในตัวคน

ในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล การให้คำปรึกษากับกลุ่มการฝึกอบรม และผู้มีอาชีพทางด้านการสอน เช่น ครู ผู้ให้คำปรึกษา จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น ใช้ TA เป็นขอบข่ายทฤษฎีในการดำเนินการทั้งสิ้น สามารถใช้ TA เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ความเจ็บปวดของบุคคลในการดำเนินชีวิต การมีความสุขสนุกสนานกับชีวิต มีความพึงพอใจ มีชีวิตที่มีความหมายหรือขาดจุดหมายได้ ดังนั้นในการปรับตัวของคน บุคคลจะปรับตัวได้ดีในระดับใดขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานทางบุคลิกภาพของแต่ละคน ซึ่งสามารถจะพัฒนาเพื่อให้อยู่ร่วมกับสังคมได้

ทฤษฎีการพยาบาลจิตเวช

จารุวรรณ ต.สกุล (2530) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชต้องทำงานกับคนและเกี่ยวข้องกับ การบริหารคน ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องคน ตั้งแต่โครงสร้างทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ วิญญาณ กระบวนการระหว่างบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมที่คนนั้นๆ อยู่ ตลอดจนมีความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามที่ต้องเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อคุณภาพของจิตใจ อันเป็นเหตุให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด ทฤษฎีที่กล่าวถึงคนและความแปรปรวนของพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมเป็นเพราะความซับซ้อนของมนุษย์นั่นเอง ดังนั้น จึงจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชต้องศึกษาจากหลายๆ ทฤษฎี โดยเลือกจุดเด่นของแต่ละทฤษฎีมาใช้ให้เหมาะสมกับบุคคลแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์และแต่ละสังคม สำหรับทฤษฎีที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 8 ทฤษฎี ดังนี้ (Stuart and Aundcen. 1987)

(1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมายและไม่ได้เกิดขึ้นโดยเหตุบังเอิญ แต่มีจิตใจส่วนหนึ่งดำเนินการสั่งให้เกิดในรูปแบบพฤติกรรมนั้นๆ ความหมายที่แฝงซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมนั้น มีสาเหตุมาจากความเจ็บปวดทางจิตใจ จากประสบการณ์วัยต่างๆ ของชีวิต ซึ่งถูกเก็บกดฝังแน่นไว้ในจิตใจ ส่วนของจิตไร้สำนึก เมื่อมีเหตุมากระทบกระเทือนปรากฏการณ์ความเจ็บปวดทางจิตดังกล่าวจะถูกรบกวน จะหลุดพ้นออกมาในรูปของพฤติกรรมแปลกๆ (Free Association) ซึ่งบางครั้งอาจออกมาในรูปของความฝัน (Dream Analysis) การช่วยเหลือต้องดูว่าอะไรเป็นสาเหตุและทำไมจึงเกิดขึ้น (Interpretation of Dream and Hypnosis)

(2) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าประสบการณ์ด้านมนุษย์สัมพันธ์ในชีวิตนั้นๆ มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ในบุคคลเกิดจากความขัดแย้งในการตอบสนองความต้องการและการปฏิบัติตามระเบียบของสังคม การช่วยเหลือเน้นในเรื่องการแก้ไขสัมพันธภาพโดยอาศัยหลักการที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในด้านสัมพันธภาพอย่างถูกต้องกับผู้รักษาเสียก่อน ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

(3) ทฤษฎีทางสังคม (Social Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า อิทธิพลทางสังคมเกี่ยวกับมาตรฐานและค่านิยมทางสังคมต่อพฤติกรรมมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตใจจึงเกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่สามารถหรือไม่ยอมปฏิบัติตามมาตรฐานของสังคม รวมทั้งปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัวด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก เป็นต้น การช่วยเหลือ การลด หรือสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านจิตใจ ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลทั่วไป หรือให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาโดยผู้รักษาไม่มีการบังคับ

(4) ทฤษฎีปรัชญาชีวิต (Existential Model) ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์ทางด้านปรัชญาประยุกต์ใช้กับสาขาจิตเวช โดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน แนวความคิดนี้จึงเชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา

(5) ทฤษฎีการสื่อความหมาย (Communication Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมแสดงออกของมนุษย์ทุกพฤติกรรมได้สื่อความหมายบางอย่างออกมา พฤติกรรมแปรปรวนจึงมีสาเหตุมาจากขบวนการสื่อสารความหมายที่ไม่ชัดเจนและมีรูปแบบที่บิดเบือนไปจากความจริงปกติทั้งหลาย รวมทั้งการสื่อความหมายและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะเกมส์ การช่วยเหลือเป็นในเรื่องการจัดการกับความยุ่งยาก และปัญหาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสื่อความหมายในลักษณะเกมส์

(6) ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกได้ภายหลังสาเหตุของพฤติกรรมแปรปรวนเป็นผลมาจากการที่บุคคลพยายามกระทำการเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนความสงบสุขทางใจ การช่วยเหลือมุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่สนใจข้อขัดแย้งหรือเรื่องราวในอดีต

(7) ทฤษฎีทางการแพทย์ (Medical Model) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องเฉพาะตัวในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น สังคมหรือสิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือจึงเป็นเรื่องของกระบวนการการรักษาด้วยยาและรักษาทางกาย

(8) ทฤษฎีทางการพยาบาล (The Nursing Model) ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นเรื่องการให้พยาบาลสังคม (Holistic Approach) สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจเกิดจากความเครียด อาจเกิดจากภายในร่างกายเองหรือเกิดจากสภาวะแวดล้อมภายนอก ทั้งเศรษฐกิจและสังคม การช่วยเหลือจึงอาศัยหลักการของกระบวนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นว่าการพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง การพยาบาลจึงเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความ ต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตนั้น มีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ จากการเก็บกดใน

ส่วนของจิตไร้สำนึก การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อิทธิพลทางสังคม ปรัชญาชีวิต การสื่อความหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การคิดปกติของร่างกาย และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า ทฤษฎีจิตเวชศาสตร์นั้นมีจำนวนมากมาย ต่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคนในแง่คิดต่าง ๆ พยาบาลสามารถพิจารณาเลือกและใช้แนวคิดของทฤษฎีเหล่านั้นเป็นกรอบในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้รับบริการรายบุคคล โดยต้องคำนึงถึงนโยบายของสถาบันและทรัพยากรที่มีอยู่ด้วย อาจกล่าวได้ว่าไม่มีสิ่งใดเหมาะสมกับทุกสิ่งทุกอย่างได้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาความเหมาะสมเฉพาะเรื่องเท่านั้น เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดที่ว่าคนประกอบด้วยกายและจิตสังคม ผู้เขียนจึงได้พิจารณาทฤษฎีจิตเวชศาสตร์ที่เน้นในองค์ประกอบดังกล่าว โดยสรุปแนวคิดเป็นกลุ่มทฤษฎี

(1) ทฤษฎีชีววิทยา (Biologic Theory) ระหว่างศตวรรษที่ 19 ถึงปัจจุบัน การรักษาทางจิตเวชศาสตร์เน้นด้านชีววิทยามากขึ้น เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ทำให้มนุษย์สามารถค้นหาคำตอบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตในแง่ของชีววิทยาได้มากขึ้น นำไปสู่แนวโน้มการศึกษาวิจัยและค้นหารักษาแนวใหม่ ซึ่งเน้นด้านการแพทย์เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุจากการทำหน้าที่ของสมอง ชีวเคมี พันธุกรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงและมีผลต่อชีววิทยาของมนุษย์

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่

1) พฤติกรรมปรับตัวที่เบี่ยงเบนเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ความบกพร่องทางพันธุกรรม ความไม่สมดุลทางชีววิทยา หรือมีผลกระทบต่อการทำงานระบบประสาทส่วนกลาง

2) การรักษาความเจ็บป่วยทางจิตจะต้องบำบัดรักษาทางกาย ได้แก่ การให้ยาทางจิตเวช การผ่าตัด การบำบัดรักษาด้วยฮอร์โมน หรือการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

3) การเจ็บป่วยทางจิตไม่แตกต่างกับการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งต้องการการควบคุมหรือรักษาเยียวยาโดยการรักษาหรือผ่าตัดเช่นกัน

4) กระบวนการทางจิตสังคมหรือกระบวนการระหว่างบุคคล ไม่ใช่เป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ได้

การประยุกต์ในการพยาบาล พยาบาลซึ่งต้องปฏิบัติโดยการใช้กรอบแนวคิดด้านชีววิทยาจะต้องสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา สามารถดูแลและให้การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับชีววิทยาได้ เช่น การพยาบาลเมื่อผู้รับบริการต้องรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การให้ยา การรักษาด้วยอินซูลินหรือได้รับการผ่าตัด การพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาที่มีผลต่อสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ข้อมูลทางชีววิทยา ดังนั้นพยาบาลที่ใช้แนวคิดของทฤษฎีชีววิทยาในการพยาบาลผู้รับบริการทางจิตจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับจิตชีววิทยา (Psychobiology) โดยเฉพาะ

เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของสมองส่วนต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดของมนุษย์

(2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud. 1856-1939) จิตแพทย์ชาวเวียนนา เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้เป็นคนแรกได้สะท้อนถึงทัศนะที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสังคมว่า ตามธรรมชาตินั้นมนุษย์มีปัญหายุ่งอยู่แล้วและจากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้มนุษย์ต้องหาแนวทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาให้ดีขึ้น เน้นปัญหาบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะในด้านเพศซึ่งเริ่มต้นจากความสับสนในด้านความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก ประสบการณ์ที่ไม่ดีในการจัดการกับปัญหาตั้งแต่วัยเด็กเป็นผลต่อบุคลิกภาพและสภาพจิตในวัยผู้ใหญ่

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ในแง่จิตของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้แก่

1) พฤติกรรมทุกชนิดมีสาเหตุ สามารถอธิบายและวิเคราะห์จากประสบการณ์ในอดีตได้

2) พฤติกรรมทุกชนิดตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวัยชรา นั้น ได้รับพลังผลักดันจากพลังทางเพศที่เรียกว่า ลิบิโด (Libido) เพื่อลดความกดดันทางจิตใจ โดยมนุษย์จะพยายามแสดงออกเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของตน พลังทางเพศนั้นจะสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแรงขับด้านสรีรวิทยา (Physiological Drive) หรือแรงขับภายใน เช่น ความหิว การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ การพยายามลดแรงขับเหล่านี้ทำให้ความกดดันทางจิตใจลดลง มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจในที่สุดเรียกว่าหลักแห่งความพึงพอใจ (Pleasure Principle)

3) พฤติกรรมของมนุษย์ที่พยายามค้นหาความพึงพอใจ นำไปสู่การคิดสร้างสรรค์หรือกระทำในสิ่งที่สังคมยอมรับ (Sublimation) เรียกว่า หลักของความจริง (Reality Principle)

4) บุคลิกภาพของมนุษย์สามารถอธิบายได้ตามโครงสร้างของบุคลิกภาพ 3 ประการ คือ

4.1 อิด (Id) เป็นโครงสร้างพื้นฐานของบุคลิกภาพ ถือว่าเป็นแรงขับพื้นฐานหรือสัญชาตญาณของมนุษย์ เป็นความพึงพอใจที่รอคอยไม่ได้ กระบวนการความคิดที่เกิดจากกระบวนการทำงานของอิดนั้นจะมีลักษณะไร้เหตุผล สับสน ไม่กลั่นกรอง ซึ่งรูปแบบของการคิดเช่นนี้ถือว่าเป็นกระบวนการพื้นฐาน (Primary Process) มักพบได้บ่อยๆ จากการพูดคุยของผู้ป่วยโรคจิต

4.2 อีโก้ (Ego) เป็นส่วนของบุคลิกภาพที่สัมผัสกับความเป็นจริงมากที่สุด อีโก้จะคอยระงับการตอบสนองของอิดให้ตอบสนองตามกาลเทศะและบุคคลที่เหมาะสม อีโก้จะเปรียบเสมือนฟัลครัม (Fulcrum) ที่คอยปรับให้อิดและซูเปอร์อีโก้อยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลและพยายามตอบสนองด้วยหลักความพึงพอใจ นั่นคือการใช้กลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นกลไกการปรับตัววิธีหนึ่ง

4.3 ซูเปอร์อีโก้ (Super Ego) เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่ประกอบด้วย คุณค่ากฎเกณฑ์ มโนธรรม และความต้องการของสังคมทำหน้าที่ตรงกันข้ามกับอิดโดยสิ้นเชิง ซูเปอร์อีโก้จะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรอบมโนธรรมของครอบครัวและสังคม

5) หน้าที่ของบุคลิกภาพของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 จิตสำนึก (Conscious) ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของมนุษย์ ความคิดและความรู้สึกที่มนุษย์รับรู้ได้โดยทันที

5.2 จิตใต้สำนึก (Preconscious) เป็นเนื้อหาความคิดที่บุคคลต้องใช้เวลา ในการคิดทบทวน แต่ก็สามารถนำสู่จิตสำนึกได้โดยง่าย

5.3 จิตไร้สำนึก (Unconscious) เป็นเนื้อหาความคิดที่ถูกเก็บไว้ โดยเฉพาะ ส่วนของอิด ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สังคมไม่ยอมรับทำให้มนุษย์รู้สึกคับข้องใจที่จะนำไปสู่จิตสำนึกโดยตรงไปตรงมา ความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึกและไม่ได้รับการช่วยเหลือจะผลักดันให้มนุษย์มี ปัญหาสุขภาพจิต วิธีบำบัดรักษาตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์คือการนำความขัดแย้งใน ระดับจิตไร้สำนึกออกมาสู่จิตสำนึกเพื่อการแก้ไขต่อไปเรียกว่า การเชื่อมโยงอิสระ (Free Association)

6) การพัฒนาของบุคลิกภาพแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน เรียกว่าขั้นพัฒนาการทาง เพศ (Psycho-Sexual Development Stage) ได้แก่ ขั้นปาก (Oral Stage) ขั้นทวารหนัก (Anal Stage) ขั้นทางเพศ (Phallic Stage) ขั้นพัก (Latency Stage) และขั้นเพศ (Genital Stage) โดย ให้ความสำคัญของพัฒนาการในช่วง 6 ปีแรกของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงของการก่อร่างของบุคลิกภาพ และมีผลต่อบุคลิกภาพในระยะยาว โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ และลูก จะมี อิทธิพลต่อการวางรากฐานของบุคลิกภาพที่สำคัญ

การประยุกต์ในการพยาบาล แนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์สามารถประยุกต์ใน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้คือ

1) ช่วยให้พยาบาลเข้าใจจิตพยาธิสภาพของผู้รับบริการทางจิตและพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคล ทำให้พยาบาลยอมรับผู้รับบริการทางจิตได้ดีขึ้น

2) ใช้เป็นกรอบในการแปลความหมายของพฤติกรรมในแง่ของกลไกการ เกิดพฤติกรรม

3) สามารถนำเทคนิคการทำจิตวิเคราะห์มาประยุกต์ใช้ในการลดความกดดัน ทางจิต โดยการให้ผู้รับบริการทางจิตพูดระบายความในใจโดยไม่มีเงื่อนไข พยาบาลเป็นผู้รับฟัง เท่านั้น

4) ใช้แนวคิดของการพัฒนาบุคลิกภาพ เป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก

(3) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) อีวาน พาฟลอฟ (Ivan Pavlov. 1936) นักสรีรวิทยาชาวรัสเซีย อธิบายว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ เน้นพฤติกรรมของมนุษย์ที่เป็นรูปธรรม โดยไม่สนใจความคิด ความรู้สึกหรือประสบการณ์ในอดีต โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกได้ การศึกษาทดลองมักกระทำในสัตว์ เช่น ลิง หนู สุนัข เนื่องจากเชื่อว่า มนุษย์ไม่ได้แตกต่างจากสัตว์โลกอื่นๆ ไป เพียงแต่ มนุษย์มีความคิดที่ซับซ้อนและเป็นนามธรรมมากกว่า รวมทั้งมีภาษาพูดที่แตกต่างไปจากสัตว์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลของความซับซ้อนของการทำงานในร่างกายเท่านั้น ดังนั้นผลที่เกิดจากการทดลองในสัตว์จึงสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ได้เช่นเดียวกัน ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์นั้น สรุปได้ว่า บุคลิกภาพคือผลรวมของประสบการณ์ที่ถูกวางเงื่อนไขตั้งแต่อดีต

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ สรุปได้ดังนี้

- 1) สิ่งมีชีวิตมีกลไกควบคุมระดับความคงที่ในตนเอง คือประสาทรับความรู้สึกต่างๆ ตัวควบคุมคือนิวรอนส์ โดยผ่านสมองและประสาทไขสันหลังส่งผลย้อนกลับทางกล้ามเนื้อ อวัยวะและต่อมต่างๆ มนุษย์จึงเปรียบเสมือนเครื่องจักรกลที่มีความซับซ้อน สามารถสะสมสิ่งเร้าได้มากมายและตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นโดยอัตโนมัติได้
- 2) พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้โดยได้รับการเสริมแรงจากสิ่งแวดล้อม หรือเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงสามารถคาดคะเนพฤติกรรมและสามารถสร้างพฤติกรรมใหม่ได้
- 3) พฤติกรรมภายใน เป็นสิ่งที่ไม่มิตัวตน สังเกตได้ ไม่เชื่อว่าจะมีคำอธิบายถึงอัตมโนทัศน์ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกภายในต่าง ๆ จึงให้ความสำคัญเฉพาะพฤติกรรมที่สังเกต อธิบายและจัดบันทึกได้เท่านั้น
- 4) การกำหนดประเภทของโรคทางจิตเวช เป็นเพียงการตีตราทางกฎหมายหรือเป็นระเบียบเท่านั้น ไม่ช่วยในการรักษาได้เลย
- 5) มนุษย์สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้อื่นได้ ไม่ว่าผู้นั้นต้องการให้ควบคุมหรือไม่
- 6) บุคลิกภาพคือแบบแผนที่เกิดขึ้นเป็นประจำระหว่างการกระตุ้นและการตอบสนอง
- 7) พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนต่างๆ เกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้วยวิธีไม่เหมาะสมซ้ำ ๆ เป็นการตอบสนองที่ผิดแปลกไปจากมาตรฐานของสังคม
- 8) การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถกระทำได้โดยการลดการเสริมแรงและการเรียนรู้แบบเก่า โดยทดแทนด้วยการเรียนรู้ใหม่พร้อมกับเสริมแรงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต้องการหรือพฤติกรรมใหม่

การประยุกต์ในการพยาบาล พยาบาลจิตเวชอาจนำแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ในการพยาบาลผู้รับบริการทางจิต โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหาพฤติกรรมการปรับตัวไม่เหมาะสม ดังนี้คือ

1) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้รับบริการเรียนรู้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูความบกพร่องทางร่างกาย การเรียนรู้จากตัวแบบที่เหมาะสม

2) การจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการวางเงื่อนไขและให้รางวัล หรือการเสริมแรงทางบวกและทางลบ เพื่อให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3) ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้รับบริการทางจิตที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมรุนแรง ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวโดยไม่มีเหตุผล นอนไม่หลับโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจำกัดพฤติกรรม การสร้างจินตนาการ การฝึกการกล้าแสดงออก การวางเงื่อนไขทางลบ (Aversion Therapy)

(4) ทฤษฎีวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ (Transactional Analysis) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดจากการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ ลักษณะการติดต่อสื่อสารของมนุษย์ เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถจำแนกมนุษย์ออกจากสัตว์ได้ การเข้าใจความหมายของพฤติกรรมต่างๆ ขึ้นอยู่กับผู้แสดงพฤติกรรม (Actor) และผู้สังเกตพฤติกรรม (Observer) โดยผ่านวิธีการติดต่อสื่อสารและมีปัจจัยทางสังคม เช่น วัฒนธรรม เวลา สภาพสิ่งแวดล้อมเป็นเงื่อนไข นักจิตวิทยาที่ศึกษาและรวบรวมทฤษฎีการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์อย่างจริงจัง คือ อีริก เบิร์น (Eric Berne. 1964 อ้างถึงในบุญวดี เพชรรัตน์. 2539 : 51)

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ อีริก เบิร์น (Eric Berne. 1964 อ้างถึงในบุญวดี เพชรรัตน์. 2539 : 51) เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เป็นผลจากการติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมเบี่ยงเบนเกิดขึ้นเมื่อข่าวสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารไม่ชัดเจน มีความบกพร่องของบุคคลในการสื่อสารข่าวสารส่งถึงผู้รับหลายระดับ ภาษาพูด และภาษาท่าทางขัดแย้งกันทั้งของผู้รับและผู้ส่ง ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารเหล่านี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้

พฤติกรรมพื้นฐานทางสังคมต่างๆ ที่บุคคลใช้ในการจัดการ หรือส่งเสริมความต้องการของบุคคล ได้แก่

1) การถอยหนี (Withdrawal) พฤติกรรมที่บุคคลต้องการอยู่คนเดียว โดยอาจมีผู้อื่นอยู่หรือไม่อยู่ในที่นั้นก็ได้ เพื่อจะได้มีอิสระในการคิดฝันหรือหลีกเลี่ยงความวุ่นวายรอบข้าง

2) การแสดงออกเป็นแบบแผน (Rituals) โดยแสดงออกเป็นแบบแผนตามมารยาททางสังคม เป็นรูปแบบที่เป็นพิธีการ เป็นการกระทำตามหน้าที่ไม่ใช่จากความพึงพอใจของบุคคล

3) การกระทำที่เป็นสัพเพเหระ (Pastimes) เป็นพฤติกรรมที่ไม่มีแก่นสารอะไรมากนักแต่สังคมให้การยอมรับ เช่น การทำงานอดิเรก การพูดคุยในเรื่องทั่วไป

4) การทำกิจกรรม (Activities) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำอาจทำคนเดียวหรือร่วมกับผู้อื่นในการทำกิจกรรมนี้อาจมีการกระทำในเรื่องอื่นๆ ด้วยก็ได้ เช่น การทำงานอดิเรก เป็นต้น



5) การเล่นเกมส (Cooperation) สร้างสถานการณ์เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลบทบาทในการเล่นเกมสของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานและความเคยชิน บุคคลจะเล่นบทบาทซ้ำๆ เสมอ

6) การมีความสนิทสนม (Intimacy) เป็นระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการที่ลึกซึ้งกว่ารูปแบบการจัดการต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว บุคคลจะเปิดเผยและรับรู้ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้เข้าใจกันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

โดยเฉพาะการเล่นเกมส์และการมีคนสนิท อีริค เบิร์น (Eric Berne. 1964 อ้างถึงในบุญวาทิ เพชรรัตน์. 2539 : 51) ได้อธิบายว่า เกมส์เปรียบเสมือนการทำปฏิสัมพันธ์แบบแฝงโดยมีการแข่งขันกันตามธรรมชาติ แต่ได้รับผลทางจิตใจอย่างคุ้มค่า ความรู้สึกต่างๆ จะถูกกระตุ้นให้แสดงออกไปตามกิจกรรมของเกมส์ ทุกคนที่ร่วมในเกมส์จะได้รับผลทางจิตใจลักษณะต่างๆ กัน ส่วนการมีคนสนิทสนมจะช่วยให้บุคคลมีสัมพันธภาพเปิดกว้างขึ้น การดำรงชีวิตในสังคมจึงเปรียบเสมือนการเล่นเกมส์ในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของบุคคล จึงสืบเนื่องจากปัญหาในการเล่นเกมส์นั่นเอง นอกจากนั้นพฤติกรรมของบุคคลยังขึ้นกับความหิว ความอยาก ร้อยอยากเห็น และความสนใจของบุคคลอีกด้วย

การประยุกต์ในการพยาบาล การช่วยเหลือผู้รับบริการโดยการประยุกต์แนวคิดของทฤษฎีการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ อาจกระทำได้โดย

1) ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงสถานภาพที่ตนเองใช้ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบ่อยๆ โดยเฉพาะการปฏิสัมพันธ์แบบขวาง อาจทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตได้จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม

2) วิเคราะห์ถึงบทบาทของผู้รับบริการในเกมส์ โดยช่วยเหลือชี้แนะให้เห็นบทบาทของผู้รับบริการในสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นว่าผู้รับบริการได้รับผลทางจิตใจอย่างไร ผู้อื่นได้รับอย่างไร มีพฤติกรรมหรือทางเลือกอื่นๆ ที่ผู้รับบริการจะกระทำได้หรือไม่ ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลอาจนำบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข ปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการด้วย

(5) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship Theory) นักทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีชื่อเสียงคือ ซัลลิแวน (H.S. Sullivan. 1958) แพทย์ชาวอเมริกัน แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูกตั้งแต่วัยทารก ซึ่งมีอิทธิพลต่อการวางรากฐานของบุคลิกภาพและพยาธิสภาพของจิตใจ ซัลลิแวน (H.S. Sullivan. 1958) ย้ำว่า “มนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ในโลกโดยลำพังได้ ทันทที่เกิดมาในโลกมนุษย์จะต้องเริ่มมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแล้วอย่างน้อย 1 คน คือ แม่ นั่นเอง” การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นไม่ได้หมายถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลจริงๆ เท่านั้น แต่รวมไปถึงความสัมพันธ์กับสิ่งสมมุติซึ่งไม่ได้มีตัวตนจริงๆ ก็ได้ เช่น เด็กๆ จะรู้สึกว่ามีนางฟ้าใจดีมีเมตตาคอยดูแล เป็นต้น

ลักษณะบุคลิกภาพตามแนวคิดของซัลลิแวน (H.S. Sullivan, 1958 อ้างถึงในบุญวาทิ เพชรรัตน์, 2539 : 57) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamism) ซึ่งลักษณะท่าทีที่มนุษย์ปฏิบัติต่อกันและกันจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยขึ้นกับสถานการณ์และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังหมายถึงลักษณะประจำตัวที่บุคคลแสดงออกในการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2) เป็นกระบวนการสร้างภาพของตนเองหรือผู้อื่น (Personification) ประกอบด้วยความรู้สึก หักเหน็ด และมโนภาพเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่นซึ่งมนุษย์สร้างหรือจินตนาการขึ้น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล อาจเป็นภาพในด้านดี คือ "ฉันดี (Good-Me Personification)" หรือภาพ 'ฉันไม่ดี (Bad-Me Personification)' หากบุคคลแสดงความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางลบมากและเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทำให้วิตกกังวลสูงจนทำให้ไม่สามารถยอมรับภาพของตนเองได้ บุคคลจะปฏิเสธภาพของตนเองทันทีว่า 'ไม่ใช่ฉัน (Not-Me Personification)' ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตได้

3) เป็นกระบวนการรู้การเข้าใจ (Cognitive Process) แต่ละช่วงวัยของการพัฒนาการ มนุษย์จะมีลักษณะการคิดที่แตกต่างกันโดยเริ่มจาก 2-3 เดือนแรกของชีวิต ทารกยังแยกไม่ออกระหว่างตนกับโลกภายนอก จนกระทั่งปลายวัยทารก 2-3 ขวบ จะเริ่มรู้จักแยกแยะความแตกต่างระหว่างตนกับผู้อื่น เริ่มต้นพัฒนาทางสังคมโดยให้ความสำคัญกับตนเอง อาจทำในสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านการรู้การเข้าใจจะสมบูรณ์ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย โดยรับรู้ความจริงและพยายามปรับตัวกับความเป็นจริง สามารถคิดอย่างมีเหตุมีผลและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังสนใจเกี่ยวกับพลังงานและการปรับเปลี่ยนพลังงานของมนุษย์ พลังงานเป็นแรงขับที่ถูกผลักดันโดยความต้องการของชีววิทยาและเมื่อมีความวิตกกังวล พลังงานเหล่านี้ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่สังเกตได้เมื่อพลังงานนั้นเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อผ่อนคลายความต้องการทางชีววิทยา หรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการต่างๆ เรียกว่า "การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Security Operations)" อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ไม่ได้มีความหมายในด้านลบทั้งหมด ความวิตกกังวลยังเป็นสื่อของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทำให้มนุษย์มีความเห็นอกเห็นใจกัน สามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ทำให้มนุษย์พัฒนา 'ตน' ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เรียกว่า ระบบต่อต้านความวิตกกังวล (Anti-Anxiety System) (Peplau, 1992)

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ พอสรุปได้ดังนี้

1) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีพื้นฐานจากความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก ตั้งแต่วัยทารก

2) พฤติกรรมใดๆ เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สามารถสังเกต ศึกษา อธิบายทำความเข้าใจและทำให้เปลี่ยนไปในทางลบได้

3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น จะสัมพันธ์กับประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในอดีตเสมอ

4) โครงสร้างของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พิจารณาได้จากรูปแบบกระบวนการและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล

5) พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย เกิดขึ้นเพื่อผ่อนคลายความต้องการด้านชีววิทยาหรือเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

6) ความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อลด ผ่อนคลาย หรือป้องกัน ไม่ให้ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

7) ความวิตกกังวลเป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้มนุษย์เห็นอกเห็นใจ และมีความรู้สึกร่วมกัน

8) "ตน" (Self) ไม่ใช่ปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยา แต่เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ในสังคม ทำให้มนุษย์มีปัญญา พัฒนา หรือปรับเปลี่ยนโดยกระบวนการทางสังคมได้

9) บุคลิกภาพของบุคคลสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การประยุกต์ในการพยาบาล แนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากผู้รับบริการทางจิตส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ จะทำให้พยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจปัญหาและความต้องการที่แท้จริง สามารถให้การช่วยเหลือและประเมินผลได้ (Peplau: 1992) โดยพยาบาลสามารถประยุกต์แนวคิดของทฤษฎีในการพยาบาลได้ ดังนี้คือ

1) ช่วยให้พยาบาลตระหนักในบทบาทของพยาบาล ในการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพกับผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักและเข้าใจปัญหาของตนเอง โดยพิจารณาจากศักยภาพด้านสติปัญญา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3) ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่ในวัยทารก เน้นความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก

(6) ทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existential Theory) นักทฤษฎีที่มีชื่อเสียงในการศึกษาตามแนวทฤษฎีนี้ เช่น เคิร์คการ์ด (S. Kirkegaard, 1960) เมย์ (R. May, 1962) เป็นต้น เชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์ประกอบด้วย 2 ส่วนคู่กัน คือ กายและจิต ร่างกายจะผลิตพลังงานตลอดเวลา หากพลังงานนี้มีมากเกินไปจะเป็นพลังงานส่วนเกินทำให้มนุษย์เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต การแก้ไขจึงทำได้โดยการทำให้มนุษย์มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีคุณค่า การให้และการรับ (Give and Take) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บรรลุถึงเป้าหมายนั้นได้ หากมนุษย์มีอิสระที่จะคิดเลือกกระทำ และรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองโดยเฉพาะในด้านคุณธรรม นั่นคือการให้ความหมายของชีวิตที่ดีที่สุด นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับตน ตนกับผู้อื่น และตนกับโลกที่อาศัยอยู่ เน้นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น (Here and now) ความสัมพันธ์ระหว่างกันจะต้องมีความรู้สึกชื่นชมในความคิดของกันและกัน การพูดและการแสดงออก มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ค้นหาความหมายของตนเองและตั้งใจที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้มนุษย์รู้จักตนเองและมีอิสระในการคิด เลือก และกระทำด้วยตัวเอง (Stuart and Sundeen, 1989)

ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ได้แก่

- 1) มนุษย์มีอิสระที่จะทำอะไรก็ได้ตามความปรารถนาโดยไม่มีใครบังคับ สามารถเลือกและตัดสินใจที่จะกระทำ โดยมีความรับผิดชอบต่อการกระทำนั้น
- 2) การเลือก ตัดสินใจและมีความรับผิดชอบต่อ ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของการรู้จักตนเองในด้านความต้องการ ความรู้สึกกลัว และสัญชาตญาณ โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลที่มีความหมายเป็นตัวกระตุ้น
- 3) "ตน" "ผู้อื่น" และ 'สิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในโลก' เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อมนุษย์ต่างสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หากส่วนใดส่วนหนึ่งแปรปรวนจะทำให้แปรปรวนทั้งระบบ
- 4) พฤติกรรมในวัยผู้ใหญ่ เป็นผลจากพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกถึงวัยเด็ก ความรู้สึกรับผิดชอบต่อตนเอง เริ่มตั้งแต่ 2 ขวบปีแรก โดยได้รับอิทธิพลจากครอบครัว วัฒนธรรมและพันธกรรม การได้รับการยกย่องจากสังคมสิ่งแวดล้อม การมีอิสระในตนเอง เป็นผลจากความสัมพันธ์ของตนกับตน โลกทางชีววิทยาและผู้อื่น ทำให้มนุษย์ผสมผสานความรู้สึกรับผิดชอบต่อความเป็นอิสระไว้ใน "ตน" นำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างของ 'ตน' ที่เข้มแข็ง และการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness)

การประยุกต์ในการพยาบาล ได้แก่

- 1) จากความเชื่อที่ว่า มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ ถ้าสิ่งแวดล้อมและสังคมเอื้ออำนวย ซึ่งผู้รับบริการทางจิตเรื้อรังมักทำให้พยาบาลรู้สึกท้อถอยที่จะช่วยเหลือต่อไป ความเชื่อดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลสามารถปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีเป้าหมาย
- 2) ช่วยให้พยาบาลตระหนักในคุณค่า และความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการมีโอกาสเลือก ตัดสินใจที่จะกระทำโดยพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี

- 3) เน้นการพยาบาล ทั้งด้านกายและจิตของผู้รับบริการซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้
- 4) เน้นการช่วยเหลือผู้รับบริการโดยยึดหลักที่นี้และเตี๋ยวนี
- 5) ส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กโดยเฉพาะในช่วง 2 ขวบปีแรก ให้เริ่มรับผิดชอบ ต่อตนเอง เพื่อวางรากฐานของพฤติกรรมในด้านความสามารถในการเลือก ตัดสินใจ และรับผิดชอบ ต่อการกระทำของตนเองได้

กล่าวได้ว่า แนวคิดของทฤษฎีจิตวิทยาต่างๆ เป็นการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อสนับสนุนเกี่ยวกับความเชื่อของนักทฤษฎีนั้นๆ โดยเป็นคำอธิบายและข้อสรุปที่ได้พิสูจน์แล้วจากการศึกษาค้นคว้า ทดลอง และสังเกต ในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งมีสาเหตุจากความแปรปรวนของกายและจิตสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ฟันฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิต โดยเป้าหมายของการพยาบาลคือ การพยาบาลคนทั้งคน (As a Whole) (Gary and Kavanagh. 1991) เรียกรูปแบบของการพยาบาลแบบนี้ว่า รูปแบบของกายจิตสังคม (The Biopsychosocial Model) พยาบาลจึงต้องเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการในแง่คิดต่างๆ แนวคิดของทฤษฎีจิตเวชศาสตร์ต่างเน้นจุดเด่นเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่แตกต่างกัน การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของทฤษฎีที่สำคัญๆ จึงมีความจำเป็นสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพยาบาลคนทั้งคน

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ความตื่นตัวด้านสุขภาพจิตเริ่มขึ้นในระหว่างปี ค.ศ. 1920 (บุญวดี เพชรรัตน์. 2539 : 33) โดยยังรวมอยู่ในจิตเวชศาสตร์ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทั่วโลกมีความสนใจปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น งานด้านจิตเวชศาสตร์จึง ให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหามากขึ้น จึงเรียกวิชาการสาขานี้ให้เห็นชัดเจนว่า จิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental Health and Psychiatric Nursing) เป็น การพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษา ฟันฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบน และเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้าน จิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้ความเข้าใจ ดังกล่าวในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

เมเรเนสส์และเทลเลอร์ (Mereness and Taylor. 1978 อ้างถึงในบุญวาที เพชรรัตน์. 2539 : 33) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่า เป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้ คือ

(1) รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น

(2) สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

เทรเวลบี (Travelbee. 1973 อ้างถึงในบุญวาที เพชรรัตน์. 2539 : 34) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ยูร์แดง (Urdang. 1983 อ้างถึงในบุญวาที เพชรรัตน์. 2539 : 34) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นสาขาหนึ่งของการพยาบาลที่ให้ความสำคัญในด้านการป้องกัน รักษาความแปรปรวนทางจิตและสิ่งที่เป็นปัญหาตามมาโดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นกรอบในด้านวิชาการ และใช้ตัวเองเป็นศิลปะหรือแสดงถึงการปฏิบัติการพยาบาล

สรุปได้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาตลอดจนศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบหรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและในชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

คุณสมบัติของพยาบาลจิตเวช

ลักษณะงานของการช่วยเหลือผู้รับบริการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วย ทีมสุขภาพจิตและจิตเวช หรือทีมการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์ พยาบาลจิตเวชจึงไม่เพียงแต่ปฏิบัติในขอบเขตงานพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพจิตและจิตเวชและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย พยาบาลที่จะทำหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีคุณสมบัติเฉพาะที่แตกต่างจากพยาบาลทั่วไป ซึ่งบิร์คเฮด (Birckhead. 1989 อ้างถึงในบุญวาที เพชรรัตน์. 2539 : 35) เน้นว่า “พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติตามวิชาชีพ โดยพยาบาลต้องแสดงบทบาทของตนให้ชัดเจน พยาบาลไม่ได้เป็นเครื่องมือของใครแต่จะต้องทำให้ตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคมให้ได้” นอกจากนั้น บิร์คเฮด (Birckhead. 1989 อ้างถึงในบุญวาที เพชรรัตน์. 2539 : 35) ยังได้กล่าวถึงคุณลักษณะที่พยาบาลจิตเวชต้องมี ได้แก่

(1) ความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ทั้งในงานพยาบาลโดยตรง และงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกับบุคลากรอื่นๆ อย่างเต็มที่

(2) ความมีอำนาจในตัวเองที่จะรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยไม่ขึ้นกับการสั่งการของบุคลากรสาขาอื่น ๆ

(3) ความเป็นอิสระในการปฏิบัติและการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ พยายามตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพพยาบาล

(4) ความเป็นที่ยอมรับนับถือทั้งในด้านวิชาความรู้ มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมและมีความชำนาญ ทำให้ปรากฏผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งกายและจิตสังคมอย่างมีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับของสังคมได้

จะเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชจะมีคุณสมบัติดังกล่าวได้ครบถ้วนต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาตนเองเพื่อวิชาชีพอย่างชัดเจน ทั้งในด้านส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ สัมพันธภาพ การบริหารงาน ความเป็นผู้นำ ความคิดสร้างสรรค์ และในด้านพื้นฐานวิชาการ โดยเฉพาะการค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ๆ ในการพยาบาลผู้รับบริการทางจิต โดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทันสมัย

นอกจากด้านคุณลักษณะทั่วไปแล้ว พยาบาลจิตเวชจะต้องมีคุณสมบัติเฉพาะ ซึ่งปาหนันและคณะ (2527) ได้อธิบายไว้พอสรุปได้ดังนี้ คือ

(1) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีทางจิตเวช การพยาบาล จิตวิทยา สังคมวิทยา ปัญหาสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

(2) ยอมรับในพฤติกรรมของผู้รับบริการและหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้น

(3) มีความสม่ำเสมอทั้งในการกระทำและคำพูด

(4) มีความจริงใจ แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลสนใจ เข้าใจและยินดีช่วยเหลืออย่างจริงใจ

(5) ความเป็นอิสระและเชื่อถือในตนเอง

(6) มีความอดทน

(7) เป็นที่ไว้วางใจสำหรับผู้รับบริการ

(8) สนใจผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงในสังคม มีความเห็นอกเห็นใจ

(9) มีภาวะสมดุลของอารมณ์

นอกจากนั้น พยาบาลจิตเวชจะต้องพัฒนาตนเองให้ทันกับความก้าวหน้าทางวิทยาการต่าง ๆ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยพยาบาลจิตเวชจะต้องได้รับการพัฒนาด้านการศึกษาพยาบาลเฉพาะทางในระดับที่สูงขึ้น ระบบการนิเทศงานเพื่อพัฒนาวิชาชีพต้องมีประสิทธิภาพและทันสมัย นอกจากนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งสามารถทำงานเป็นทีมได้เป็นอย่างดี

คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช

การพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในรูปของศิลป์ และวิทยาศาสตร์ โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดจนให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2535) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช เป็นกระบวนการที่พยาบาลให้ความช่วยเหลือบุคคลเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาอัตมโนทัศน์ไปในทางที่ดี ช่วยสร้างสรรค์วิธีการที่ถูกต้องในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและมีบทบาทที่เป็นประโยชน์มากขึ้นในสังคม ความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมาย เพราะหวังที่จะให้แต่ละคนที่มีปัญหาได้ปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมกับตนเองและต่อบุคคลอื่น ดังนั้นการที่ทฤษฎีทางจิตเวช และสภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในแนวความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่จะเอื้อต่อการบำบัด ความสามารถของพยาบาลที่จะให้พยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องตระหนักอยู่เสมอว่าการให้การพยาบาลจะต้องใช้ทักษะของตนเองเป็นเครื่องมือเพื่อการบำบัดและพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงควรจะต้องมีคุณลักษณะดังนี้

(1) ความรู้ ความเข้าใจ พยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้มีความรู้ในทฤษฎีทางจิตเวชทางการพยาบาลจิตเวช สังคมวิทยา ปัญหาสังคม เนื้อหาวิชาเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้อง

(2) การยอมรับ พยาบาลจิตเวชจะต้องพบกับพฤติกรรม อាកารทางจิตในลักษณะต่างๆ และในบางครั้งพฤติกรรมเหล่านั้นไม่เหมาะสม สังคมไม่ยอมรับ หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจก็จะยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเป็นการแสดงออกเพื่อความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นอาการทางจิตใจ ซึ่งควบคุมไม่ได้ พยาบาลต้องเข้าใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้โอกาสปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น

(3) ความสม่ำเสมอ เป็นลักษณะจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชต้องมี เพื่อป้องกันความสับสนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นงคราญ ผาสุก (2535) กล่าวว่า การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความมั่นใจและน่าเชื่อถือ ความไม่เสมอดันเสมอปลายของพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือ การสร้างสัมพันธภาพจะสิ้นสุดลงผลเสียทำให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจผู้อื่น เป็นผลเสียในการรักษา

(4) ความจริงใจ โดยทั่วไปพยาบาลทุกสาขาจะต้องมีความจริงใจต่อผู้ป่วยอยู่แล้วแต่ในสาขาการพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเป็นลักษณะของความจริงใจ เพราะผู้ป่วยทางจิตนั้นมีปัญหาสืบเนื่องมากจากการไม่ได้รับความจริงใจจากบุคคลอื่น ทำให้ประสบการณ์นี้เสียไป ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาไปในแนวทางที่ถูกต้อง โดยพยาบาลต้องเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนมีความสนใจ เข้าใจ และยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจัง

(5) ความเป็นอิสระและความเชื่อถือในตนเอง พยาบาลจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความเป็นอิสระต่อแนวความเชื่อที่ถูกต้องตามหลักการ และได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อนักผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล

(6) ความอดทน จะพบได้บ่อยว่าผู้มีอาการทางจิตใจในบางคนจะมีอาการของการย้ำคิด ย้ำทำ พุดซ้ำๆ ในเรื่องเดียวกัน หรือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำบอกเล่า แม้จะได้รับการบอกหลายครั้งก็ตาม พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความอดทน

(7) ความไว้วางใจ พยาบาลทุกคนจะต้องเป็นผู้ที่ไว้วางใจและลักษณะข้อนี้จะมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากปัญหาใหญ่ของผู้ป่วยคือ การขาดความไว้วางใจในบุคคลอื่น การทำตนให้ผู้ป่วยเชื่อถือเป็นที่ไว้วางใจได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง

(8) ความสนใจผู้อื่นและการเปลี่ยนแปลงในสังคม ซึ่งจะรวมทั้งความเห็นอกเห็นใจ ถือว่าเป็นสิ่งช่วยให้พยาบาลจิตเวชเข้าใจบุคคล และสภาพแวดล้อมที่มีผลสืบเนื่องกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จะทำให้แผนการแนะนำช่วยเหลือเพื่อจุดประสงค์ของการบำบัดสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น

(9) ภาวะความสมดุลของอารมณ์ พยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้ที่มีอารมณ์คงที่ ควบคุมอารมณ์ได้ รู้จักความรู้สึกของตน ที่จำเป็นอย่างยิ่งก็คือสามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้ เมื่อได้รับปฏิกริยาโต้ตอบที่เป็นไปในทางลบจากผู้ป่วย

จากรูวรรณ ด.สกุล (2530) กล่าวว่า งานของพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่สังเกตเห็นได้ยาก เพราะไม่มีเครื่องมือพิเศษ บางครั้งมองไม่เห็นที่กำลังทำงานอยู่ เพราะเป็นงานที่เกี่ยวกับด้านความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่ใช่งานที่ทำตามกิจวัตรประจำวันไม่มีวัตถุประสงค์ให้เห็นชัดเจน ไม่มีขั้นตอนและกฎเกณฑ์ตายตัว แต่เป็นงานที่ต้องใช้การสังเกตทั้งคำพูดและท่าทีที่ไม่ใช่คำพูด รวมทั้งใช้ความสามารถพิเศษในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ เพื่อเป็นที่พึ่งทางใจเพื่อการให้กำลังใจ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนเพื่อการฝึกทักษะของผู้ป่วยในการติดต่อพฤติกรรมของคนเราทั้งปกติและผิดปกติ ร่วมกับทักษะด้านอื่นๆ อีก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช

สำหรับหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค จวีวรรณ สัตยธรรม (2541 : 25) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ (Professional Nurse) มีหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วย คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สนทนากับผู้ป่วยเพื่อการบำบัด เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ให้การรักษาตามแผนการรักษา

บันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย ประสานงานกับบุคลากรในทีมการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางกายและทางจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา เป็นต้น

พยาบาลเทคนิค (Technical Nurse) มีหน้าที่ความรับผิดชอบรองจากพยาบาลวิชาชีพ แต่ปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลชำนาญการ เช่น ประเมิน วิเคราะห์ และวินิจฉัยปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยๆ เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น วางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย ช่วยปฏิบัติการกิจกรรมการรักษา เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ สันทนาการกับผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา เป็นต้น

นอกจากนี้ ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541 : 21) ยังได้กล่าวว่า บทบาท (Role) คือ สิ่งกำหนดการกระทำและความคาดหวัง รวมไปถึงการปรับตัวเพื่อที่หาวิธีการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และจัดบุคคลให้อยู่ในตำแหน่งของเขาในสังคม

หน้าที่หรือการกระทำจะเกิดขึ้นโดยความคาดหวัง ตามบทบาทที่ถูกกำหนดและตามลำดับการศึกษาของบุคคล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยตามลำดับการศึกษา สามารถกำหนดได้เป็น 2 ระดับ คือ

(1) บทบาทหน้าที่ระดับพื้นฐานหรือระดับรอง (Sub Role of Psychiatric Nurse) มีดังนี้

1) เป็นผู้จัดสรรสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา (Creating of a Therapeutic Environment Role) สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล คือ บุคลากรในทีมการพยาบาลทุกคนต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งจะเป็นผลให้ทุกคนมีท่าทีการแสดงออกที่นุ่มนวลมีเมตตากรุณา ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจมีความเชื่อมั่นและรู้สึกอบอุ่น

สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับวัตถุและสภาพความเป็นอยู่ พยาบาลมีหน้าที่จัดสภาพหอผู้ป่วยให้คล้ายบ้าน โดยคำนึงถึงความสะอาดสบาย ความเป็นสัดส่วน ความสวยงาม และสุขอนามัย การจัดสิ่งแวดล้อมเช่นนี้ให้นำผู้ป่วยมาช่วยด้วย เพื่อเป็นการฝึกสุขนิสัยและเป็นการฟื้นฟูบำบัด

2) เป็นเสมือนตัวแทนของแม่ (Mothering Role) หน้าที่ของพยาบาลมีส่วนคล้ายแม่หลายประการ เช่น หน้าที่ในการเลี้ยงดูให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ได้รับอาหารเพียงพอ คอยดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองจนสามารถเป็นตัวของตัวเองได้ คอยดูแลห้ามปรามไม่ให้ผู้ป่วยทะเลาะวิวาทกัน จำกัดขอบเขตพฤติกรรมที่อาจเป็นภัยต่อตนเองและผู้อื่น คอยประคับประคองจิตใจในระยะต้นๆ ให้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ดีต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

3) เป็นตัวแทนสังคม (Socializing Agent Role) พยาบาลมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีการทำงานร่วมกันเป็นผลสำเร็จ จัดกิจกรรมต่างๆ ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งความสามารถกล้าแสดงตัวอย่างเหมาะสมในสังคม ได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกายและเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน กลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถจัดได้ เช่น กลุ่มกายบริหาร กลุ่มนันทนาการ กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มอาชีพะบำบัด กลุ่มทัศนศึกษา

4) เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling Role) มีหน้าที่รับฟังผู้ป่วย ให้คำแนะนำช่วยเหลือตามความเหมาะสม

การรับฟังอาจไม่ต้องให้คำแนะนำก็ได้ เพราะการที่บุคคลได้มีโอกาสพูด โดยมีบุคคลอื่นรับฟัง ทำให้เขาได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล ความเครียด เขาจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกว่าพยาบาลเอาใจใส่ และรู้สึกสบายใจขึ้น

5) พยาบาลเป็นเสมือนครู (Teaching Role) มีหน้าที่สอนภารกิจต่างๆ ในชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยที่ขาดความสนใจตัวเอง พยาบาลบอกกล่าวภารกิจที่ผู้ป่วยกระทำขณะอยู่โรงพยาบาล แนะนำการอยู่ร่วมกันในหอผู้ป่วย สอนการเล่นเกมส์ต่างๆ ตลอดจนงานกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การแนะนำแหล่งการรักษาต่อเนื่องในชุมชน เป็นต้น

6) บทบาททางการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคนิคเฉพาะทางการพยาบาล (Technical Nursing Role) มีหน้าที่ให้การพยาบาลพื้นฐานทุกประเภท ช่วยแพทย์ทำการรักษาทางร่างกาย (Somatic Therapy) รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมและบันทึก เพื่อให้ข้อมูลแก่ทีมการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

(2) บทบาทหน้าที่ระดับสูงหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ (Role of The Clinical Specialist) ผู้ที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความอาวุโส และมีทักษะสูง ซึ่งต้องผ่านการศึกษาหรือการอบรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ระดับหลังปริญญาหรือระดับปริญญาโทขึ้นไป มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1) เป็นที่ปรึกษา (Consultant Role) พยาบาลจิตเวชซึ่งมีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและแนะแนวทางแก่บุคคลที่มีปัญหา หรืออยู่ในภาวะวิกฤติเพื่อลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างรุนแรง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรทางการพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในเรื่องของการพยาบาลทางจิตเวชและสุขภาพจิต

2) เป็นผู้ติดต่อให้ความร่วมมือ (Liaison Nursing Role) หน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การให้ความร่วมมือกับพยาบาลทั่วไป (General Nurse) ให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลทั่วไป โดยการประเมินพฤติกรรมให้การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัวของเขาหรือกลุ่มบุคคล

3) เป็นผู้บำบัดรักษาเบื้องต้น (Primary Therapeutic Role) พยาบาลจิตเวชผู้ชำนาญการเฉพาะทาง มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยและให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นในชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช ในขั้นต้นอาจให้คำปรึกษา ให้จิตบำบัด ประคับประคองให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ให้ยาลดความวิตกกังวล หรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบขณะนำส่งโรงพยาบาลทางจิตเวช

4) เป็นผู้บำบัดรักษา (Therapist Role) มีหน้าที่ ดังนี้

4.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเชิงการรักษา (Therapeutic Nurse-Patient Relationship) โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพและเทคนิคในการติดต่อสื่อสารมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล ผู้ป่วยจะเล่าปัญหาหรือระบายความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ให้พยาบาลฟัง พยาบาลจะใช้ความรู้ประสบการณ์รวมทั้งทักษะในการใช้คำพูดสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิด ได้ตระหนักถึงความเป็นจริง เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หาวิธีแก้ปัญหามาและเผชิญปัญหาในทางที่เหมาะสม พยาบาลอาจให้ข้อเสนอแนะให้ผู้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้จะต้องใช้ระยะเวลา มีขั้นตอนของการปฏิบัติ ระยะเวลาของสัมพันธภาพเชิงการบำบัดรักษาอาจจะใช้ระยะสั้นหรือระยะยาวขึ้นอยู่กับปัญหาและความสามารถในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมในสังคม ปรับตัวได้ของผู้ป่วย

4.2 การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psycho-therapy)

อาจจะทำเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ในการให้การบำบัดเป็นรายบุคคลจะกระทำกับกรณีที่ผู้ป่วยหรือบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลระดับสูง มีความหวาดกลัว หรืออยู่ในภาวะโศกเศร้า เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่อยู่ในภาวะดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการประคับประคองทางจิตใจอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้เกิดเหตุร้ายแก่บุคคลผู้นั้นหรือบุคคลอื่น การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจะกระทำในผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ป่วยทางกายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิตในระยะพักฟื้น การที่บุคคลได้เล่าปัญหาของตนออกมาเป็นการระบายความรู้สึกต่างๆ ที่ท่วมท้นอยู่ในจิตใจ เมื่อบุคคลในกลุ่มได้รับฟังอาจจะช่วยหาทางแก้ปัญหาก็หรือรับรู้ว่ามีปัญหาเหมือนตนหรือมากกว่าตน บุคคลในกลุ่มต่างก็จะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหามากขึ้น

5) เป็นผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitating Role) มีหน้าที่ในการวางแผน จัดกลุ่มการฟื้นฟูบำบัดต่างๆ หรือปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมการรักษาทางจิตเวช โดยเป็นผู้นำกลุ่มหรือผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยให้สนใจสิ่งแวดล้อม แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆ ปฏิบัติตนอยู่ในปกติสถาน (Norm) ของสังคม

6) เป็นผู้ให้ความรู้ (Educator Role) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์อย่างง่าย ๆ แก่บุคลากรทางสาธารณสุข ครู พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ประชาชน เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน เรื่องลมชัก เรื่องปัญญาอ่อน เป็นต้น

7) เป็นผู้เฝ้าตรวจหรือประสานงานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (Clinical Supervision or Coordinator Role) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย เป็นผู้เฝ้าตรวจการปฏิบัติงานของบุคลากรสายการพยาบาล เป็นผู้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในกรณีฉุกเฉิน เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย จัดโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งริเริ่มและสนับสนุนให้มีการวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชด้วย

เทย์เลอร์ (Taylor. 1990 : 86) อธิบายเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลจิตเวช ไว้ 6 ประการดังนี้

(1) บทบาทในการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ในบทบาทนี้พยาบาลนอกจากจะจัดสภาพหอผู้ป่วยให้มีบรรยากาศคล้ายบ้าน มีความร่มรื่น สวยงามเป็นธรรมชาติ มีความสะดวกสบายและปลอดภัยให้กับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งการยอมรับให้เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยด้วย โดยพยาบาลและบุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความซื่อสัตย์ จริงใจ เป็นมิตร และต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็นเสมือนบุคคลคนหนึ่ง

(2) บทบาทในการเป็นตัวแทนทางสังคม พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับตัวเองให้สามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยพยาบาลจะเป็นผู้จัดกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย คอยสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถที่ซ่อนอยู่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ลงได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าที่จะแสดงตัวต่อสังคมเพิ่มขึ้น

(3) บทบาทเป็นที่ปรึกษา บทบาทของการเป็นที่ปรึกษานี้พยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยได้ค้นพบเกี่ยวกับความวิตกกังวลของเขา ช่วยให้ผู้ป่วยหาทางออกได้ด้วยตนเอง พยาบาลจะต้องวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยการฟังอย่างเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาในปัจจุบันของเขา ให้กำลังใจโดยปราศจากการให้ข้อเสนอแนะ ให้ผู้ป่วยค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ยกเว้นในรายที่จำเป็น

(4) บทบาทครู การปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทครู พยาบาลจะต้องเป็นผู้ยอมรับและเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ของสังคม ต้องเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือและแก้ไขพัฒนาพฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านั้นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการจัดประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ (นงคราญ ผาสุก. 2535 : 41) กล่าวว่า การสอนให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เร็วที่สุดและปรับพฤติกรรมของตนได้ พยาบาลมีหน้าที่เป็นเสมือนครูแทรกอยู่ในการรักษาตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการกลับไปเหมือนเด็ก และผู้ป่วยทุกคน มีปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัวทางสังคม เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นได้ เราสอนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมอารมณ์ รู้จักช่วยเหลือตนเอง สิ่งที่พยาบาลส่วนมากก็เกิดกับการเรียนรู้ง่ายๆ คือ อนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การรักษาความสะอาดส่วนตัว และเรื่องการปรับตัวในสังคมให้รู้จักควบคุมอารมณ์ โดยพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยทราบปัญหาของเขาอยู่ตรงไหน แล้วจึงสอนและชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยไปแก้ปัญหาเอง และพยาบาลควรใช้วิธีการสอนที่ดี ได้แก่ การใช้คำพูดโดยอาจสอนเป็นรายบุคคล โดยการจัดกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิต หรือทำให้ดูเป็นตัวอย่างก่อนแจ้งให้ผู้ป่วยไปฝึกหัดเอง และการจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การเล่นเกมส์ต่างๆ นอกจากนั้นสิ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ

1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) หมายถึง ซึ่งผู้ป่วยมีความสามารถแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ ความสามารถ สถิติปัญญา ปัญหา ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออก พยาบาลจึงต้องสอนให้เหมาะสมกับแต่ละคน

2) ลำดับการสอน (Sequence) หมายถึง ลำดับการสอนนั้นต้องสอนจากง่ายไปหายาก และสอนจากใกล้ตัวไปไกลตัว

3) ความร่วมมือในการสอน (Patient Participation) ให้ผู้ป่วยลงมือทำด้วย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์

(5) บทบาทของแม่ พยาบาลจะปฏิบัติหน้าที่คล้ายมารดาปฏิบัติต่อบุตร โดยให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัยหลายลักษณะ เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลายลักษณะ เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า เรียกร้องความสนใจ ถดถอย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ผลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและต้องประคับประคองทางด้านจิตใจ เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด รวมทั้งดูแลทุกข์สุขในหอผู้ป่วย

(6) บทบาทด้านเทคนิคพยาบาล ในบทบาทนี้พยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติงานพยาบาลทั่วไป เช่น การช่วยแพทย์ในการรักษาด้วยวิธีช็อคไฟฟ้า การทำแผล ฉีดยา การให้ยา การสังเกตอาการ การบันทึกรายงาน และการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยก็ควรใช้ความรู้ความชำนาญทางวิชาการ ทั้งสิ้น (จารุวรรณ ด.สกุล. 2530 : 109-112) ได้แบ่งงานในหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชเป็น 3 ส่วนคือ

1) ส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นงานที่มองไม่เห็นและจับต้องไม่ได้ จึงทำให้พยาบาลมักมองข้ามความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งตามความเป็นจริงพยาบาลสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปได้ทุกขั้นตอน ทั้งเป็นการป้องกันปัญหาทางจิตและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตซ้ำอีก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงถือเป็นงานที่สำคัญยิ่งและถือเป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องคำนึงถึง

2) ช่วยดูแลช่วยเหลือและลดอาการทางจิต อันประกอบด้วยบุคลิกลักษณะประจำตัว ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลทั้งที่เป็นปกติและผิดปกติ ร่วมกับทักษะอื่นๆ อีกมากมาย

3) ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3 ด้าน คือ การสร้างสมรรถภาพที่จะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตตามปกติ (Re-Education) การสร้างสมรรถภาพในการควบคุมอารมณ์ จิตใจและความคิดให้ปกติ โดยจัดให้มีการพักผ่อนหย่อนใจ สนุกสนาน รื่นเริง หรือหางานอดิเรกทำ (Re-establishment) และการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยได้มีการสังสรรค์ติดต่อและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Re-socialization) ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ผิดหวังมาก่อน พยาบาลต้องพิสูจน์ให้ผู้ป่วยได้ประจักษ์ว่าคนเราใช้จะผิดหวังตลอดไป โดยเริ่มที่ตัวพยาบาลเอง แล้วขยายวงกว้างไปถึงผู้ร่วมงานและผู้ป่วยคนอื่น ๆ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ละพยาบาลก็จะ

เป็นผู้ช่วยปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมในการทักทาย ได้ตอบ การรักษามารยาททางสังคม การรู้จักเอื้ออารีช่วยเหลือผู้อื่น การสร้างมิตรภาพระหว่างกัน

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวช มิใช่การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองโดยเฉพาะความรู้ด้านต่างๆ ตลอดเวลา เข้าใจตนเองและผู้อื่นมีเหตุผล และมีความสมดุลทางอารมณ์ พร้อมทั้งต้องทำหน้าที่สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม เป็นตัวแทนของสังคม ในการให้การปรึกษา สอน แนะนำผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ และดูแลเอาใจใส่ทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตด้วยการพึ่งตนเอง

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ได้จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Standards of Mental Health and Psychiatric Nursing Practice) ขึ้น เพื่อเสริมสร้างและดำรงรักษาคุณภาพของการพยาบาล และเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นแนวทางในการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการศึกษาพยาบาลในสาขาสุขภาพจิต กระบวนการพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตดังกล่าว ใช้เวลาในการจัดทำระหว่าง พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2536 (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2536)

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลด้านต่างๆ เพื่อแก้ไขพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านการบำบัด แก้ไข ฟื้นฟู และป้องกันการเกิดพฤติกรรมผิดปกติดังกล่าว ประกอบด้วย 22 มาตรฐาน ได้แก่

- (1) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยที่มีการกระทำหรือแสดงออกมากเกินไป อยู่หนึ่งไม่นาน ไม่มีสมาธิ และไม่สนใจอะไรจริงจัง
- (2) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหลบหนี (Abscending) ซึ่งได้แก่ การที่ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พยายามออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต
- (3) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการทางสังคม ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมกับวัย
- (4) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive) ซึ่งได้แก่ อาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยทางจิตที่มีปัญหาในการควบคุมความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางอารมณ์ที่รุนแรง เนื่องจากได้รับความทรมานจากความคิดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ผลักดันให้ผู้ป่วยคิดหรือทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำๆ อย่างมีระเบียบแบบแผน โดยไม่มีเหตุผล ไม่สามารถหยุดคิดหรือหยุดทำได้

(5) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถดถอย (Regressive) ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลใช้วิธีการถอยกลับไปสู่พัฒนาการที่ต่ำกว่าวัยซึ่งเคยใช้ได้ผลมาแล้วในช่วงต้นของชีวิต เพื่อลดความวิตกกังวล ความขัดแย้งหรือคับข้องใจ แล้วทำให้บุคคลนั้นมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในรายที่ไม่สามารถปรับตัวได้ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ถาวรและรุนแรง

(6) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive) ซึ่งได้แก่ การแสดงออกทางด้านคำพูด การกระทำต่อตนเองหรือบุคคลอื่น และ/หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจหรือการปกปิดความกลัว

(7) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลงผิด (Delusion) ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติด้านความคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่ไม่เป็นความจริงฝังแน่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่มีพื้นฐานของความเชื่อทางสังคมหรือวัฒนธรรมรองรับ ความคิดและความเชื่อนั้นยากต่อการแก้ไขเปลี่ยนแปลงด้วยเหตุผลหรือการชี้แจง

(8) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหวาดกลัว (Phobia) ซึ่งได้แก่ ปฏิกริยาการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสิ่งมีชีวิต วัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ในลักษณะของความตื่นตระหนกตกใจ กังวลอย่างรุนแรง ขาดสติและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ปฏิกริยาหรือพฤติกรรมที่แสดงออกไม่สมมูลกับความเข้มของสิ่งเร้า

(9) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแปรสภาพผิด (Illusion) ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของการรับรู้ที่บุคคลตีความหมายหรือแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นผิดจากความเป็นจริง รวมถึงการแปรสภาพผิดทางตา เช่น เห็นเชือกเป็นงู แปรเสียงผิดทางหู เช่น เสียงใบไม้เป็นเสียงเพลง การแปลกลิ่นผิด การแปลการรับรสผิด และการแปลการสัมผัสผิด

(10) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของการรับรู้ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าจากภายนอก อาจสัมพันธ์กับเรื่องราวในอดีตหรือไม่เกี่ยวข้องกันเลยก็ได้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความจริง

(11) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งได้แก่ การแสดงออกถึงความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศด้วยการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในลักษณะที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติและสังคมไม่ยอมรับ

(12) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับยารักษาโรคจิต ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

(13) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง (Withdrawal) ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลหนีจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จนเกิดเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่แยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

(14) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองต่ำ (Low self-esteem) ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกที่บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ความสามารถต่ำ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

(15) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเรียกร้องสูง (Demanding) ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลกระทำการหรือให้ผู้อื่นให้ความสนใจทำกิจกรรมให้ตนหรือช่วยเหลือตนเพื่อตอบสนองความต้องการของตนทันที

(16) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง (Anxiety) ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ว่างุ่น สับสน กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งบอกไม่ได้ชัดเจนและคาดว่าสถานการณ์นั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและพฤติกรรม

(17) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า (Depression) ซึ่งได้แก่ ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำห็นตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลาานาน และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสีย

(18) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลมีความคิดและลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วยหรือเป็นอันตราย ซึ่งถือว่าเป็นการทำลายตนเองโดยตรง

(19) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ (Manipulative Behavior) ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งพยายามให้บุคคลอื่นกระทำตามความต้องการของตน อาจโดยการใช้อำนาจหรืออิทธิพลที่เหนือกว่าควบคุมบังคับให้กระทำตาม หรือโดยหลอกล่อ เรียกร้องให้กระทำเพื่อประโยชน์ของตน

(20) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการพูดได้ (Talkative Behavior) ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของบุคคลที่ไม่สามารถพูดในจังหวะหรือกระแสความเร็วที่เป็นปกติได้ จะพูดตลอดเวลา อาจมีเนื้อหาคำพูดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้บุคคลไม่สามารถยุติการพูดได้ ยกเว้นเวลานอนหลับ

(21) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเรียนช้า (Slow Learner) ซึ่งได้แก่ การที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตหรือเรียนรู้ช้ากว่าบุคคลในวัยเดียวกัน เนื่องจากความบกพร่องด้านสติปัญญา รวมทั้งมีการปรับตัวในการเข้าสังคมช้ากว่าปกติ

(22) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง (Paranoid) ซึ่งได้แก่ อาการผิดปกติทางจิตที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่นชัด ความหลงผิดของผู้ป่วยจะมีเหตุผลเป็นเรื่องเป็นราว อารมณ์และพฤติกรรมจะสอดคล้องกับความหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองถูกปองร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน

จากมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตดังกล่าว ได้กำหนดกิจกรรม ซึ่งเป็นมาตรฐานการพยาบาล คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย การสื่อความหมายกับผู้ป่วยทั้ง Verbal และ Non-Verbal การใช้เทคนิค การสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึกเศร้า หรือความรู้สึกห่อหุ้มออกมา รวมทั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยจัดหอบุคลากรให้มีอากาศถ่ายเทดี มีแสงสว่างเพียงพอ มีการ ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยละเอียด (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข : 2536)

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ที่มา : <http://www.dmhweb.go.th/sranrom/>)

ประวัติ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกใน ส่วนภูมิภาค และเป็นแห่งที่สองที่จัดขึ้นในประเทศไทย ซึ่งตั้งอยู่หมู่ที่ 3 ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะของพื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาลเป็นเนินเตี้ย ๆ บริเวณนี้เรียกตามภาษาพื้นเมืองทางใต้ว่า “ควนท่าข้าม” เป็นที่สงบเงียบร่มรื่นอยู่ห่างจากตลาดท่าข้าม และตัวอำเภอ 1 กิโลเมตรเศษ พื้นที่เป็นป่าโปร่งและป่าละเมาะโดยทั่วไปเป็นที่อาศัยชุกชุมของสัตว์ป่านานาชนิด ร่มรื่นไปด้วยไม้เบญจพรรณ เช่น ต้นขนุน ต้นมะเนียง และที่มีมากที่สุดคือ ต้นขี้เหล็ก จนมีบางคน เรียกควนนี้ว่าควนขี้เหล็ก ต่อมาเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2458 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จประพาสสมณชลบักษิ์ใต้ ได้ทรงใช้สถานที่นี้เป็นพลับพลาประทับแรม และได้ ทรงเห็นว่าเป็นที่ร่มรื่นน่าอยู่จึงพระราชทานนามควนนี้ว่า “สวนสราญรมย์” พ.ศ. 2478 เป็นปีที่ ทางราชการเริ่มวางแผนโครงการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคใต้ ซึ่งขณะนั้นงานสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้ทำพิธีเปิดรับคนไข้ครั้งแรก เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2480 และได้ชื่อขณะนั้นว่าโรงพยาบาลโรคจิตสุราษฎร์ธานี ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อ เป็นโรงพยาบาลโรคจิตภาคใต้ และเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลพุนพิน (ตามชื่ออำเภอ) จนกระทั่ง เมื่อปี พ.ศ. 2497 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อันเป็นมงคลนามเพื่อความเป็นสิริมงคลและความเหมาะสมตามชื่อของสถานที่ดังกล่าว โดยมีนายแพทย์ขจร อันตระการ (พ.ศ. 2480-2483) เป็นผู้อำนวยการคนแรก และนายแพทย์สกันธ์ โสภโณ (พ.ศ. 2483-2509) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนที่ 2 และนับว่าเป็นผู้อำนวยการที่ทำประโยชน์ให้แก่โรงพยาบาลนี้ มากที่สุดและนานที่สุดเป็นเวลาถึง 26 ปี

ปัจจุบันโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีเนื้อที่ 412 ไร่ 2 งาน 87 ตารางวา มีจำนวนผู้ป่วยใน 10,226 ราย และผู้ป่วยที่รับไว้รักษา 3,511 ราย มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 1,300 เตียง อัตรากำลังทั้งหมด จำนวน 707 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ จำนวน 326 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 201 คน ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 177 คน และพนักงานราชการ จำนวน 3 คน ใน

จำนวนข้าราชการ 326 คน แบ่งออกเป็นแพทย์ 7 คน พยาบาลวิชาชีพ 224 คน พยาบาลเทคนิค 42 คน เภสัชกร 5 คน นักสังคมสงเคราะห์ 8 คน นักจิตวิทยา 7 คน และบุคลากรทั่วไป 33 คน (รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2548 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2548)

หน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

- (1) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโรคจิตและระบบประสาท
- (2) ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคจิต และโรกระบบประสาท
- (3) ศึกษา ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีในการให้บริการ ทั้งทางด้านบำบัดรักษาส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านสุขภาพจิต โรคจิต และโรกระบบประสาท
- (4) สนับสนุนส่งเสริมการศึกษาและฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิต จิตเวชศาสตร์ และประสาทวิทยา
- (5) เป็นศูนย์ประสานงานสนับสนุนวิชาการและบริการด้านสุขภาพจิตแก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ
- (6) รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใจเขต 11 และเขต 12 รวม 14 จังหวัดในภาคใต้

นโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- (1) ด้านบริการ
 - 1) การให้บริการประชาชนมุ่งพัฒนาการให้บริการด้านหน้าของโรงพยาบาล ให้มีความสะดวกรวดเร็ว ประทับใจ และมีคุณภาพ
 - 2) เน้นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลรวมทั้งฟื้นฟูผู้ป่วยใน เพื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้ในระยะอันสั้น ให้มีระยะเวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลลดลง
- (2) ด้านวิชาการ

มุ่งส่งเสริมพัฒนา ให้เป็นศูนย์วิชาการ ในเขต 11 เขต 12 และเน้นให้บุคลากรมีศักยภาพเทียบพร้อมด้วยความรู้ สามารถให้บริการไปสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
- (3) ด้านบริหารจัดการ

มุ่งเน้นพัฒนาระบบงานให้สอดคล้องกับระบบการบริหารงานบุคคลให้เกิดความคล่องตัวและเหมาะสมกับเทคโนโลยีในปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

(ที่มา : <http://www.dmhweb.dmh.go.th/sranrom/>)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปรับตัวของบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในตัวเองและภายนอก สิ่งแวดล้อมนี้คือสิ่งเร้า ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เช่น ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม การดำเนินชีวิต ลักษณะครอบครัว เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล ดังงานวิจัยต่อไปนี้

งานวิจัยภายในประเทศ

สีแก้ว ดิษริยะกุล (2541) ได้ทำการวิจัย เรื่อง “อุดมการณ์ แนวทางการดำเนินชีวิตและการปรับตัวของพยาบาลจิตเวช : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา” ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญามีทัศนคติที่ต้องการพยาบาล โดยเห็นว่าเป็นงานที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เป็นวิชาชีพที่สามารถนำความรู้มาใช้กับตัวของพยาบาลเองและครอบครัว ทำให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี รวมทั้งสามารถนำมาใช้ในการปรับตัวและแก้ปัญหาได้ ส่วนอุดมการณ์ของพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญา ส่วนใหญ่ยึดอุดมการณ์ทำงานเพื่อผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุด และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข สำหรับแนวทางการดำเนินชีวิตของพยาบาลจิตเวชที่จบใหม่ทำงานไม่เกิน 2 ปี พบว่า การดำเนินชีวิตมุ่งการทำงานเพื่อสร้างฐานะ หรือใช้จ่ายเพื่อครอบครัว โดยทั้งหมดทำงานนอกเวลากับโรงพยาบาลเอกชน ส่วนพยาบาลที่ทำงานอยู่ในช่วง 2-10 ปี และแต่งงานแล้วจะมีแนวทางในการดำเนินชีวิตแตกต่างจากกลุ่มพยาบาลจบใหม่ โดยไม่ได้ทำงานพิเศษนอกเหนือจากงานประจำ แต่ใช้เวลาที่เหลือกับครอบครัว ส่วนพยาบาลที่ทำงานนานเกิน 10 ปี แนวทางการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะมุ่งแต่งงานในหน้าที่ อุทิศเวลาส่วนใหญ่ให้กับงาน มีเวลาส่วนน้อยที่ดูแลครอบครัว ส่วนการปรับตัวของพยาบาลจิตเวช ผู้ที่จบใหม่ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงานและระบบงาน ส่วนพยาบาลที่ทำงาน 2-10 ปี จะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับผู้บังคับบัญชา ส่วนพยาบาลที่ทำงานเกิน 10 ปี มักจะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับนโยบายที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ธีรเดช ฉายอรุณ (2542) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การศึกษาการปรับตัวในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเข้าใหม่ โดยใช้การสำรวจซ้ำสองช่วงเวลา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปรับตัวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเข้าใหม่สองช่วงเวลา คือ เมื่อปฏิบัติงานครบ 2 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต่างๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว โดยใช้ทฤษฎีของนิโคลสัน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพเข้าใหม่ สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ 19 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 255 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการปรับตัวแบบการทำเหมือนที่เคยปฏิบัติทั้งสองช่วงเวลา 2) การปรับตัวในระยะที่ 1 กับระยะที่ 2 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในระยะที่ 1 ได้แก่ ความ

แปลกใหม่ ความปรารถนาที่จะควบคุม ความปรารถนาที่จะได้รับข้อมูลป้อนกลับ การถ่ายทอดทางสังคมแบบยอมรับลักษณะเดิมกับการถ่ายทอดทางสังคมแบบถอดถอนลักษณะเดิม และการถ่ายทอดทางสังคมตามแบบลำดับขั้นกับการถ่ายทอดทางสังคมไม่เป็นขั้นตอน 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในระยะที่ 2 ได้แก่ ความมีอิสระ ความแปลกใหม่ ความปรารถนาที่จะควบคุม ความปรารถนาที่จะได้รับข้อมูลป้อนกลับ การถ่ายทอดทางสังคมแบบตามลำดับขั้นกับการถ่ายทอดทางสังคมไม่เป็นขั้นตอน และการถ่ายทอดทางสังคมแบบมีตัวแบบกับการถ่ายทอดทางสังคมแบบไม่มีตัวแบบ 5) การปรับตัวในระยะที่ 2 ได้รับอิทธิพลจากการปรับตัวในระยะที่ 1 ทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านข้อกำหนดของบทบาทและชนิดของแรงจูงใจ และ 6) ปฏิสัมพันธ์ของข้อกำหนดของบทบาท ชนิดของแรงจูงใจ ไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทั้งสองช่วงเวลา

พรณี หวลบุตรดา (2542) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การปรับตัวทางสังคมของนักเรียนพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก” ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทางด้านลำดับการเกิด ระดับชั้นปี บุคลิกภาพ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อริญา จอดนอก (2544) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความเครียดและการปรับตัวของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพ มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ และการปรับตัวอยู่ในระดับสูง บุคลากรทางการพยาบาลที่มีเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีความเครียดไม่ต่างกัน บุคลากรทางการพยาบาลที่มีอายุ และสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บุคลากรทางการพยาบาลที่มีเพศ รายได้ ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานต่างกัน มีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน บุคลากรทางการพยาบาลที่มีอายุ สถานภาพสมรส และสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานต่างกัน มีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเครียดของบุคลากรทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิมาลา เจริญชัย (2545) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท” ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับดี ในขณะที่พฤติกรรมการปรับตัวด้านพึงพาอาศัยซึ่งกันและกันอยู่ในระดับปานกลาง

นิภาพร อารีย์ (2548) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การปรับตัวและแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลรามาริบัติ” ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลจบใหม่มีการปรับตัวในการทำงานระดับปานกลาง มีแรงจูงใจในการทำงานระดับสูง พบว่า พยาบาลจบใหม่ที่เคยมีประสบการณ์

จากการฝึกงาน พยาบาลจบใหม่ที่ทำงานในหอผู้ป่วยสามัญ มีการปรับตัวดีกว่าพยาบาลจบใหม่ที่ทำงานในห้องผ่าตัด และพยาบาลจบใหม่ที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ มีแรงจูงใจในการทำงานดีกว่าพยาบาลจบใหม่ที่ทำงานห้องผ่าตัด ไม่พบความแตกต่างของพยาบาลจบใหม่ที่มีภูมิสำเนาเดิมแตกต่างกัน และผลการศึกษายังพบความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวและแรงจูงใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกโดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.65

งานวิจัยต่างประเทศ

ชิริโบก้าและเบเลย์ (Chiriboga and Bailey. 1997) ศึกษาความเครียดและการปรับตัวของพยาบาลในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสิ้นหวัง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยมีระดับความเครียดสูง และมีระดับการปรับตัวต่ำ เนื่องจากขาดแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความเครียดและการปรับตัว

รอยด์และกาเรล (Lloyd and Gartrell. 1983) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินปัญหาความเครียดและการปรับตัวของพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งรัฐเท็กซัส จำนวน 285 คน ประเมินปัญหาโดยใช้แบบสำรวจปัญหาที่สร้างขึ้นเอง โดยบรรจุรายการปัญหาด้านต่างๆ แล้วให้พยาบาลจิตเวชเลือกตอบตามระดับความมากน้อยของปัญหา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลจิตเวชหญิงมีคะแนนรวมของปัญหาความเครียดสูงกว่าพยาบาลจิตเวชชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการวิจัยข้างต้น พบว่า ตัวแปรที่มีผลทำให้การปรับตัวในการทำงานของพยาบาลจิตเวชต่างกัน คือ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน และปัญหาการปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงานมักเกิดกับพยาบาลที่จบใหม่ พยาบาลที่ทำงานมาแล้ว 2-10 ปี จะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับผู้บังคับบัญชา ส่วนพยาบาลที่ทำงานเกิน 10 ปี มักจะมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับนโยบายที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย จะมีการปรับตัวในระดับต่ำ