

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การสนับสนุนส่งเสริมความหวังที่พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ที่เป็โรจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. โรจิตเภท
2. แนวคิดความหวัง และการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง
 - 2.1 โครงสร้างของความหวัง
 - 2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความหวัง
 - 2.3 ความหวังของผู้ที่เป็นโรจิตเภท
 - 2.4 การสนับสนุนส่งเสริมความหวัง
3. การสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรจิตเภท

โรจิตเภท

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder Fourth Edition) ได้ให้ความหมายของโรจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง

สาเหตุของการเกิดโรจิตเภทมีหลายองค์ประกอบร่วมกัน ปัจจัยสำคัญที่เชื่อกันในปัจจุบันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรจิตเภทมีสองปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นจากภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง ได้แก่ (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542)

- 1.1 พันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของโรจิตเภท พบว่า ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดา มารดา พี่น้อง และบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้สูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วย ร้อยละ 50 ในขณะที่คู่แฝดซึ่งเกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ด้วยร้อยละ 8 – 12

1.2 ความผิดปกติของชีวเคมีทางสมอง พบว่า

1.2.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท มีสมมติฐานที่เชื่อว่า สารโดปามีน (dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งมีการศึกษามาสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาต้านอาการโรคจิตเป็นตัวยับยั้งการทำงานของโดปามีน (dopamine blocker) สามารถทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น (พันธุศักดิ์ วราอัศวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536)

1.2.2 ความผิดปกติจากพัฒนาการของสมองมีความผิดปกติ โดยเกิดรอยโรค (lesion) ขึ้นก่อนเกิดโรค และรอยโรคดังกล่าวไม่ได้เป็นรุนแรงขึ้น ผลการศึกษาสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่โดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์ (computer thermography scan) พบว่า ช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricle) และช่องที่ 3 (third ventricle) มีขนาดเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 10 - 15 และเนื้อสมองมีขนาดลดลง ร้อยละ 10 - 35 อย่างไรก็ตาม ความผิดปกตินี้ไม่พบในผู้ป่วยบางราย (Warner & Girolamo, 1995)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมในครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพ จากทฤษฎีสัมพันธภาพของซัลลิแวน(Sullivan) พบว่า การยอมรับและไม่ยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ การได้รับการยอมรับจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง แต่ถ้าเด็กถูกปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับบ่อยครั้งจะสะสมประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง เกิดความหวาดวิตก มองโลกในแง่ร้าย หวาดระแวง มองเห็นแต่ส่วนบกพร่องของคนอื่น ไม่สามารถยอมรับผู้อื่นได้ ซึ่งการที่บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ จะทำให้บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการทั้งทางสรีรวิทยา และทางจิตสังคม เกิดความผิดปกติทางจิตใจตามมา นอกจากนี้มารดาที่มีการควบคุมลูกมากเกินไป ไม่เปิดโอกาสให้ลูกได้แสดงความรู้สึกของตน หรือเลือกตัดสินใจ ทำให้เด็กโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกพึ่งพา (Johnson, 1986)

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไปของบุคคลสำคัญในครอบครัว (high expressed emotional) มีผู้ทำการศึกษาถึงภูมิหลังครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ในวัยเด็กผู้ป่วยมีครอบครัวที่ผู้ปกครอง หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเจ้าอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีหน้าตาที่ไม่เป็นมิตร มีการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป มีผลทำให้เด็กขาดความมั่นคงทางจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539)

2.3 การสื่อสารที่บกพร่องในครอบครัว หรือการสื่อสารแบบสองนัย (double bind communication) การสื่อสารชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันในเวลาเดียวกัน แต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งอาจจะไม่ใช่คำพูดเป็น

ท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ซึ่งผู้รับสารเช่นนี้ มักจะเป็นเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกกลัว วิตกกังวล ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Burgess, 1989)

ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ (American Psychiatric Association, 1994) ประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก และอาการแสดงทางลบ

1) **อาการแสดงทางบวก (positive symptoms)** ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ผิดปกติทั้งในด้านการทำหน้าที่ การรับรู้ ความคิด การติดต่อสื่อสาร และการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วยอาการสำคัญได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ และพฤติกรรมผิดปกติ มักพบในระยะอาการกำเริบ

2) **อาการแสดงทางลบ (negative symptoms)** ผู้ป่วยจะไม่แสดงพฤติกรรมปกติที่เคยทำ หรือแสดงพฤติกรรมที่เคยทำน้อยกว่าปกติ เป็นอาการที่แสดงถึงการขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี ประกอบด้วยอาการสำคัญได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง อารมณ์ที่อหังหรือราบเรียบ สีหน้าเฉยเมย ไม่ยินดียินร้ายกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีแรงจูงใจน้อย รู้สึกว่าชีวิตไม่มีจุดหมาย และไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มักพบอาการเหล่านี้ในระยะก่อนหรือหลังอาการกำเริบ และจะไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกลุ่มอาการแสดงทางบวก ซึ่งอาการแสดงดังกล่าวบางอาการเป็นอาการแสดงออกเมื่อบุคคลรู้สึกหมดหวัง ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ มีแรงจูงใจน้อย ชีวิตไม่มีจุดหมาย และไม่สามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นต้น (Stephenson, 1991 cited in Miller, 1983; อุบล นิวัติชัย, 2528; สนาม บินชัย, 2543)

ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน และทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต และหน้าที่การทำงาน (American Psychiatric Association, 1994) โดยจะเริ่มปรากฏอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2536) อุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15 - 25 ปี ในเพศชาย ส่วนในเพศหญิงพบช่วงอายุ 25 - 35 ปี และประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอายุระหว่าง 15 - 55 ปี (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994)

สำหรับการดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

1. **ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงาน ญาติสังเกตเห็นว่าเกียจคร้านกว่าเดิมไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมัก

เห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิต โดยส่วนใหญ่ มักเป็นกลุ่มอาการแสดงทางบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้อยคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ หรือเสื่อมลงมากกว่า โดยอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง ซึ่งหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะท้อแท้สิ้นหวังร่วมด้วย ก็จะทำให้ความทนต่อความกดดันด้านจิตใจลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบได้ง่าย แต่หากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความหวังก็จะรู้สึกหลุดพ้นจากความรู้สึกถูกกดดัน สามารถเผชิญกับปัญหาได้ (Miller, 1992) และมีการวางแผนในการดูแลตนเองต่อไป (McGee, 1984)

แนวคิดความหวัง และการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง

โครงสร้างของความหวัง

ความหวัง เป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรม เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดอยู่ภายในจิตใจของบุคคล เรื่องของความหวังเป็นที่รู้จักและมีการศึกษาค้นคว้าในฐานะที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและในผู้ที่เจ็บป่วย โดยมีผู้ให้ความหมายและกล่าวถึงลักษณะโครงสร้างของความหวังไว้แตกต่างกัน ดังนี้

สตอทแลนด์ (Stotland, 1969) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นความคาดหมายที่มีเป้าหมายที่เชื่อถือได้มากกว่าศูนย์ ความหวังในลักษณะนี้เปรียบเสมือนโอกาสของความเป็นไปได้ อันเป็นผลมาจากการคาดหมายของบุคคล ดังนั้น โครงสร้างของความหวังจึงมี 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมาย และการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมายดังกล่าว

เบค และคณะ (Beck et al., 1984) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมาย ชีวิตของเขา ก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน

ชีวิตได้ บุคคลที่ขาดความหวังจะมองไม่เห็นหนทางว่าชีวิตข้างหน้าจะเปลี่ยนแปลงไปได้หรือดีขึ้นอย่างไร ไม่มีหนทางแก้ไขปัญหา หรือแม้แต่จะหาทางออกจากความลำบากที่กำลังเผชิญอยู่ ความหวังตามแนวคิดของเบคและคณะ จึงมีลักษณะดังนี้

1. ความหวังในแง่มนเน้นอนาคต บุคคลที่มีความหวังจึงมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจจะพอใจหรือค้นหาความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือความรื่นรมย์ในชีวิตปัจจุบัน การกระทำของบุคคลนั้นจึงเป็นการใช้ปัจจุบันให้เป็นวิถีทางที่จะสร้างอนาคต เขาจึงพยายามทำให้ดีที่สุดในปัจจุบันโดยไม่ทอดทิ้ง

2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่นที่มีความคาดหวังในความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระยะที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีไม่เพียงพอหรือลดลงไป

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนยังมีทางเลือกอยู่ การที่คนเรายังพอมีทางเลือกอยู่บ้างในสถานการณ์ที่ลำบาก เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เป็นอิสระในตนเอง ถึงแม้ว่าทางเลือกนั้นจะไม่ใช่วิถีทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้โดยตรงก็ตาม แต่บุคคลนั้นก็ยังใช้ความเป็นอิสระในการเลือกและตัดสินใจเพื่อตนเอง ด้วยความเป็นจริงดังกล่าว ทำให้บุคคลมีความรู้สึกในความเป็นตัวตนในการควบคุมชีวิตของตนเอง

4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา แต่ความปรารถนาแตกต่างจากความหวังในเรื่องของพื้นฐานความเป็นไปได้ที่จะบรรลุในสิ่งที่ตนปรารถนา ความปรารถนามีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับความหวังในสิ่งอัศจรรย์ (magic hope) บุคคลที่มีความหวังในสิ่งอัศจรรย์จะตระหนักว่าสิ่งที่ตนปรารถนามักจะไม่บรรลุผลสำเร็จ แต่การได้นึกฝันถึงสิ่งที่ปรารถนาก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจ ความหวังจะทำให้บุคคลมีการวางแผนที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม โดยคิดวิธีการหรือหนทางไปสู่เป้าหมาย แต่ความปรารถนาจะไม่ทำให้บุคคลมีการวางแผนไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม และความหวังจะมีความเป็นไปได้ในการบรรลุผลสำเร็จมากกว่าความปรารถนา

5. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ และความเพียรพยายาม บุคคลที่มีความหวังจะมีความไว้วางใจว่า บุคคลอื่น ๆ จะมีความสามารถและจะให้ความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ และมีความเพียรพยายามซึ่งเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างไม่ทอดทิ้งเพื่อบรรเทาปัญหา โดยช่วยเหลือด้วยความทุกข์ ไม่สบายใจหรือเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ความเพียรพยายามทำให้บุคคลเผชิญปัญหาที่ยุ่งยากโดยไม่สูญเสียกำลังใจ ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลานานเพียงใด และจะไม่ยอมละทิ้งไปง่าย ๆ ดังนั้น บุคคลที่มีความเพียรพยายามจึงมีความตั้งใจจริงในการกระทำ

6. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า ความหวังทำให้บุคคลยืนกรานต่อเป้าหมายของตนเอง ถึงแม้ว่าเป้าหมายนั้นจะมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่ บุคคลที่มีความกล้าจะมีความกล้า

อยู่บ้าง แต่สามารถมองข้ามความกลัวไปเพื่อแสวงหาความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งในแต่ละคนขึ้นอยู่กับโอกาส และความพยายามในการที่จะควบคุมความกลัวให้ได้ แม้ว่าบุคคลจะไม่พบกับความสำเร็จแต่เขาก็จะรู้สึกพึงพอใจที่ตนไม่ได้ปฏิเสธหรือวิ่งหนีปัญหา โดยความกลัวทำให้เขาพยายามเผชิญกับปัญหา เพื่อที่จะหาหนทางจัดการกับปัญหาให้ได้ดีที่สุด ถ้าคนเราปราศจากความกลัว ความหวังก็เป็นเพียงความปรารถนาเท่านั้น

คูฟอลท์ และท็อกซิโอ (Dufault and Martocchio, 1985) กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัต เป็นความเชื่อมั่นในความคาดหวังต่อความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความหวังประกอบด้วย ความคิด ความรู้สึก และการกระทำหลาย ๆ อย่างประกอบกันอย่างซับซ้อน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา คูฟอลท์ และท็อกซิโอได้กล่าวถึงโครงสร้างของความหวังโดยแบ่งขอบเขตของความหวังไว้เป็น 2 ส่วน คือ

1. ความหวังเฉพาะเจาะจง (Particularized Hope) เป็นความหวังที่มีเป้าหมายที่ดี มีคุณค่า มีลักษณะเป็นนามธรรมสูง ได้แก่ ความหวังในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะทำให้สถานการณ์ในปัจจุบันดีขึ้นหรือหวังในสิ่งที่ตนยังไม่ได้รับ แต่เชื่อว่าในอนาคตจะได้รับและหวังในสิ่งที่มีคุณค่ากับตนเองในขณะนี้ และอยากจะทำให้ได้รับต่อไปในอนาคตด้วย ตลอดจนไม่อยากพบเหตุการณ์ที่ตนเองไม่ชอบ ความหวังเหล่านี้บุคคลสามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญก่อน หลัง และบอกได้ว่า ความหวังในด้านใดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต ความหวังเหล่านี้จะเก็บสะสมไว้เพื่อใช้ป็นสิ่งกระตุ้นและจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการเผชิญกับอุปสรรคหรือดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายตามที่หวังไว้

2. ความหวังทั่วไป (Generalized Hope) หรือความหวังอย่างกว้าง ๆ เป็นความรู้สึกถึงผลดีในอนาคต มีความสัมพันธ์และคล้ายคลึงกันมากกับความหวังเฉพาะเจาะจง แต่แตกต่างกันที่ระดับความเป็นนามธรรม ความหวังทั่วไปจะมีลักษณะของความเป็นนามธรรมน้อยกว่าความหวังเฉพาะเจาะจง เป็นความหวังที่ยังไม่พัฒนาไปจนถึงที่สุดแต่จะเป็นตัวป้องกันการเกิดความสิ้นหวังเมื่อประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะเจาะจง และยังเป็นตัวช่วยให้เกิดแรงจูงใจในชีวิต ความหวังทั่วไปจึงเปรียบเสมือนร่มเงาที่สัมผัสไม่ได้ แต่ใช้ป้องกันบุคคลที่หมดความหวังให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ คูฟอลท์ และท็อกซิโอ ยังได้แบ่งขอบเขตของความหวังทั้งสองส่วนออกเป็นมิติต่าง ๆ 6 มิติด้วยกัน คือ มิติด้านจิตใจ สติปัญญา พฤติกรรม ความผูกพัน เวลา และสถานการณ์แวดล้อม

เฮิร์ท (Herth, 1992) กล่าวว่า ความหวัง คือ ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล เฮิร์ทได้แบ่งองค์ประกอบของความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality)

and future) ประกอบด้วย มิติด้านสติปัญญาและเวลา เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกละเอียดถึงสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต

1. ด้านความพร้อมและความคาดหวังทางบวก (inner positive readiness and expectancy) ประกอบด้วย มิติด้านอารมณ์และพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ

2. ด้านความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (inner connectedness with self and others) ประกอบด้วย มิติด้านความผูกพันและบริบทของความผูกพันและเป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

มิลเลอร์ (Miller, 1992) ให้ความหมายของความหวังว่า เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่พัฒนาขึ้น หรือพ้นจากความรู้สึกถูกกดดัน ซึ่งการคาดหมายดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม ความหวังเป็นการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคล ความสามารถในการเผชิญปัญหา การมีภาวะสุขภาพจิตดี มีจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิต หรือความรู้สึกถึง " ความเป็นไปได้ " ในทางที่ดี

อีริกสัน (Erickson, 1978 อ้างถึงใน กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) กล่าวว่า ความหวังมีพื้นฐานมาจากความเชื่อมั่น ไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ณ เวลาหนึ่ง ๆ ความหวังเกิดจากความรู้และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในยามที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือเมื่อรู้สึกเป็นทุกข์ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ขาดความหวังจะรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตของเขานั้นยุ่งยาก ไม่มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา เกิดความรู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายที่จะเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ เป็นความรู้สึกยอมแพ้ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียกว่า "ปมพ่าย" หรือ "ปมหน่ายชีวิต" (Giving-up - Given-up Complex) (ลออ หุตางกูร, 2522 ; Dubree & Vogelpohl, 1980 อ้างถึงใน กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536)

สรุปได้ว่า ความหวัง เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถส่วนบุคคล ความสามารถในการเผชิญปัญหา มีจุดมุ่งหมาย และมีความหมายในชีวิต เป็นการคาดหมายสิ่งที่ดี ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งการคาดหมายดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งรูปธรรมหรือนามธรรม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความหวัง

เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหวังลดลง คือ ความตื่นตระหนกและความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายปรากฏขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน เป็นสิ่งที่ทำให้ความหวังลดลง แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย คือ

1. การถูกแบ่งแยก หรือการถูกทอดทิ้ง การถูกแบ่งแยกหรือถูกทอดทิ้งอาจเป็นการถูกแบ่งแยกหรือทอดทิ้งทั้งทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ เช่น การถูกทอดทิ้งจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัว หรือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การถูกทอดทิ้งจะทำให้รู้สึกหมดหวัง รู้สึกไม่ได้รับการยอมรับ รู้สึกห่างเหิน การถูกทอดทิ้งทางอารมณ์จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังมากกว่าการถูกทอดทิ้งทางร่างกาย
2. การไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ ความเจ็บป่วยหรือความไม่สบายไม่ใช่อุปสรรคของความหวัง แต่ความเจ็บป่วยและความไม่สบายที่ยาวนานและต่อเนื่อง ความทุกข์ทรมานที่ท่วมท้น ความอ่อนล้า และการขาดพลังงานต่างหากที่ครอบงำกระบวนการความหวังและทำให้ความหวังลดลง
3. การลดคุณค่าความเป็นบุคคล คือ การไม่ได้รับการดูแล หรือการได้รับการดูแลแบบไม่ใช้บุคคล ได้รับการดูแลแบบวัตถุสิ่งของ การพูดเหมือนกับพูดกับคนที่ตายไปแล้ว จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีความหวังและขาดกำลังใจ

ชไนเดอร์ (Snyder, 1994) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคลไว้หลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถทางปัญญา เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคาม และการรับรู้ความสามารถ หรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์เลวร้ายหรือคุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแนวทางสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดความหวังของโนวอทนี (Nowotny, 1989) ที่กล่าวว่า ความหวังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถที่จะควบคุมและมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน
2. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง
3. ภาวะสุขภาพกาย ชไนเดอร์มองว่า สุขภาพกายเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการไปสู่

เป้าหมายอื่น ๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพกายแข็งแรง สมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการ ปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้นั้นด้วย

4. ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของบุคคลอื่น หรือความสามารถ เอาชนะอุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ โดยเฉพาะประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุ เป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

แลนด์น และคณะ (Landeen, et al., 1996) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยใดที่มีผลต่อ ความหวังของทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 121 คน ซึ่งทำงานในโรงพยาบาล และในชุมชน (Community – based Programs) ผลการ วิจัยพบว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความหวังของทีมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัย ได้แก่

1) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยกระทำบางสิ่งบางอย่างจนประสบความสำเร็จ เป็น สิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความหวังอย่างมากในทีมที่ให้การดูแล ในที่นี้ทีมสุขภาพจะทำหน้าที่เป็นผู้ ช่วยเหลือ โดยเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย และคอยอำนวยความสะดวก จนกว่าผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายที่ กำหนดไว้ ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่า การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ในระยะสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วย ประสบความสำเร็จได้โดยง่าย ซึ่งในขั้นตอนนี้บุคลากรทีมสุขภาพก็ต้องคอยให้ความช่วยเหลือด้วย เช่นกัน

2) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทักษะคิดของเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อ ระดับความหวังของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในแง่ลบและแง่บวก เพราะความหวังของเพื่อนร่วมงาน จะสามารถแพร่กระจาย (contagious) ไปยังคนอื่น ๆ ได้ด้วย กลวิธีที่จะคงไว้ซึ่งความหวังในทีม สุขภาพ ได้แก่ การได้รับกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน ความอบอุ่นในกลุ่ม และการมีกิจกรรมในทีมที่ สนุกสนาน

3) สิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากการทำงาน ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่มีผลต่อระดับ ความหวัง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวที่มีความหวัง และบุคคล อื่นที่มีมุมมองที่ดีในการดำเนินชีวิต

ความหวังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหวังเป็นพลังที่คลอใจให้บุคคลมีพลังกำลังใจ มีความอดทน พยายามที่จะปรับสภาพ ต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่ความมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ถ้าสูญเสียซึ่งความหวัง บุคคลก็จะรู้สึกท้อถอยขาดกำลังใจ ไม่มีจิตใจที่จะคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้ง ๆ ที่บางครั้ง บางเรื่องไม่ร้ายแรง (อุบล นิวัติชัย, 2528) การที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้

หายขาดได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับความบกพร่องของตนเอง โดยผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์และคุณค่าในตัวเอง รู้สึกว่าไม่สามารถทำอะไรได้หมดเรี่ยวแรง ไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ความตั้งใจเสียไป ไม่มีแรงจูงใจ รู้สึกหมดหวัง และหมดอนาคต การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่น การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว เป็นต้น ส่งผลต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยคิดว่าต้องพึ่งพาทำให้ไม่มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนมี ศักยภาพด้อยลง ในด้านการดูแลตนเองแม้ว่าผู้ป่วยจะทำได้เองทุกเรื่องแต่จะด้อยลงในแง่คุณภาพ เป็นเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เชษฐาธิ พงศ์อนุตริ, 2531; ศิริพร ทองบ่อ และคณะ, 2542; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson, 1998) กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความรู้สึกอ่อนแอ คิดว่าตนไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ ขาดอิสรภาพในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ประกอบกับการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง และมักถูกตั้งคณามองว่าไร้ความสามารถ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะท้อแท้ และหมดหวัง ซึ่งบุคคลที่หมดหวังจะมีสภาพจิตใจที่เสียระบบ มีแต่ความทุกข์ ความเจ็บปวด ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตัวเอง ชีวิตหมดความหมาย ถ้าสภาพร่างกายอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือทางจิต (อุบล นิวัติชัย, 2528) จากผลการศึกษาของฟรีดแมน (Friedman, 2002) พบว่า ร้อยละ 20 – 40 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 – 15 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะกระทำสำเร็จ ซึ่งสาเหตุด้านจิตสังคมที่ก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายดังกล่าว ได้แก่ ภาวะสิ้นหวัง และซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของสนาม บินชัย (2543) ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10 ของ

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกระทำสำเร็จ ซึ่งการฆ่าตัวตายดังกล่าวมักจะถูกกระตุ้นโดยความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องการจะหนีจากภาวะทางจิตที่เป็นอยู่

แม้ว่าในประเทศไทยจะไม่มีข้อมูลการศึกษาชัดเจนที่จะสนับสนุนภาวะหมดหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่อาการหมดหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็สามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการดำเนินของโรคและการรักษา ได้แก่ อาการแสดงของโรค เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง อารมณ์ท้อหรือราบเรียบ สีหน้าเฉยเมย ไม่ยินดียินร้ายกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งคนส่วนมากในสังคมไม่ยอมรับ ผลข้างเคียงของยาและการรักษา เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ดังกล่าวซ้ำหลายครั้ง เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มาก ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความเบื่อหน่าย และหมดหวัง ซึ่งเมื่อบุคคลหมดหวัง จะพบว่ามีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองลดลง (Miller, 1985) ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาการ

หมดหวังอาจสังเกตได้จากการแสดงออกในด้านต่าง ๆ เช่น การไม่ดูแลตนเอง ไม่รวมมือในการรับประทานและไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังแต่ผลการศึกษาของมาโลน (Malone, 1990) ก็พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และจากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2542) พบว่า ญาติกล่าวถึงผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องแบบแผนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่า ถ้าอาการสงบส่วนใหญ่สามารถทํากิจวัตรประจำวันได้เอง และช่วยทํางานบ้านบางอย่าง หลังจากนั้นจะไปทํางานตามความสามารถของตน เช่น รับจ้างต่าง ๆ เป็นต้น แสดงว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนก็ยังคงเป็นผู้ที่มีความหวังอยู่ เพราะเมื่อบุคคลมีความหวังจะมีพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามสิ่งที่คาดหวังไว้ ได้แก่ พยายามปฏิบัติตน พักผ่อน และออกกำลังกายตามคำแนะนำ รวมทั้งเริ่มวางแผนในการดูแลตนเอง (McGee, 1984) ในที่นี้สิ่งที่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การผ่อนคลายความเครียด การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หากปราศจากความหวังก็จะไม่มีกำลังใจที่จะทำ ดังนั้น ความหวังจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งพบว่ามีการศึกษาเรื่องนี้ในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

การสนับสนุนส่งเสริมความหวัง

วิธีการพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความความหวังนั้นมีจำนวนมากมาย และหลากหลาย (Miller, 1992) จากการค้นคว้าของผู้วิจัยพบว่า การสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ป่วย

ฝ่ายกาย มีดังนี้

มิลเลอร์ (1992) ได้แบ่งวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังออกเป็น 7 หมวด ประกอบด้วย

1. มิติด้านความสัมพันธ์ เป็นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ความใกล้ชิดสนิทสนม และผูกพันรักใคร่ การร่วมใจและแบ่งปันซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนในสังคม และการมีสัมพันธภาพต่อกัน มีกลวิธีจำเพาะ ได้แก่ สร้างอุดมการณ์เกี่ยวกับความหวัง และพัฒนาความตระหนักของบุคคลในเรื่องบทบาทที่มีผลต่อระดับความหวังในการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นเป็นที่รัก เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่น

2. ส่งเสริมการควบคุมตัวเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ดูแลและควบคุมตัวเอง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อระดับความหวัง เพราะการรับรู้ว่าคุณสามารถจะนำไปสู่การสิ้นหวัง

3. การใช้กรอบแนวคิดระหว่างบุคคลในการพัฒนาชีวิตโดยการใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความตั้งใจ มีการพิจารณาอย่างระมัดระวัง มุ่งเน้นการรอดพ้นจากความทุกข์ยาก ยอมรับในความสามารถที่แท้จริงของผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยค้นหาความสามารถในการเผชิญปัญหา

4. การเพิ่มแนวทางในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีหลายแนวทางในการเผชิญปัญหาจะช่วยลดอาการด้านลบและความวิตกกังวล

5. การเฝ้าสังเกต เป็นการค้นหาข้อมูลความจริง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความหวังให้เหมาะสม

6. การสร้างและปรับปรุงเป้าหมาย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำกิจกรรมบางอย่าง

7. ส่งเสริมความเชื่อด้านจิตวิญญาณให้กลับคืนมาอีกครั้ง โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพราะความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญของความหวัง

คูฟอลท์และมาท็อคซิโอ (Dufault & Matocchio, 1985) ได้เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมความหวังให้แก่ผู้ป่วย โดยยึดหลักความพร่องของความหวังในมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. มิติด้านจิตใจ พยาบาลจะต้องเป็นผู้รับฟัง และเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว หรือความสงสัยของผู้ป่วย การเรียนรู้ถึงสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเป็นอย่างมาก

2. มิติด้านสติปัญญา พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการพูดปด และให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยถ้าข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมาไม่ถูกต้อง

3. มิติด้านพฤติกรรม พยาบาลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถปรับพฤติกรรม

การพึ่งพาผู้อื่นให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่คอยหวังพึ่งผู้อื่นมากเกินไป หรือคือยังไม่ยอมรับ

การช่วยเหลือจากใครเลย คอยให้กำลังใจเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นและลดระดับความสิ้นหวังลง

4. มิติด้านความผูกพัน พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหวัง และบอกแหล่งที่จะเป็นความหวังใหม่ให้ผู้ป่วย จัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยรับทราบว่า ยังมีคนที่รัก ห่วงใยที่จะคอยดูแลเขาอยู่และเห็นว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่ง โดยไม่คำนึงถึงปัญหาทางสุขภาพของเขา

5. มิติด้านเวลา ต้องคอยชี้แนะให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำเร็จในอดีตของเขา และคอยสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับความหวังของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทั้งความหวังในอดีต ปัจจุบันและความหวังที่ต่อเนื่องไปถึงอนาคตรวมทั้งการยอมรับของเขา

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดทบทวนถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไป

สตอทแลนด์ (Stotland, 1969) กล่าวว่า การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังนั้น กระทำได้ 2 ทาง คือ

1. จัดให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อพูดคุยอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและสามารถพูดคุยถึงปัญหาความต้องการของเขาได้ทุกเรื่อง ซึ่งตรงกับแนวคิดของโซเก็นและคาร์สัน (Soeken & Carson, 1987) ที่ว่า ความหวังเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตนเอง และสิ่งแวดล้อม
2. จัดประสบการณ์ หรือเน้นให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำเร็จของเขา อันจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่แข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความหวังของบุคคล มีดังนี้ (อุบล นิวัติชัย, 2528)

1. ประเมินสภาพความหวังของผู้ป่วย โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ที่มีความหวังกับผู้ที่หมดหวัง เมื่อสามารถสรุปได้ว่าบุคคลอยู่ในภาวะที่ค่อนข้างไปในทางสิ้นหวังก็หาทางช่วยเหลือต่อไป

ซึ่งโดยทั่ว ๆ ไป ผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ บุคคลที่ถูกคุมขังทรมานอยู่ในคุกเป็นเวลานาน ๆ พวกเชลยสงคราม ผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลนานๆ ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยฉับพลัน และครอบครัวของบุคคลเหล่านั้น

2. หาสาเหตุของความสิ้นหวัง นอกจากจะพิจารณาที่องค์ประกอบในโครงสร้างของความหวังโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ยังอาจพิจารณาถึงกระบวนการที่ทำให้คนคงความหวังหรือหมดหวังประกอบไปด้วย

3. ปฏิบัติการพยาบาล หลังจากประเมินสภาพบุคคล และวิเคราะห์เหตุที่ทำให้เกิดการสิ้นหวังได้แล้ว ก็ปฏิบัติการช่วยเหลือตามข้อบกพร่อง

วิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยฝ่ายกายทั้งหมดที่กล่าวมา ยังไม่พบว่ามี การนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยทางจิต และจากการศึกษาค้นคว้าของผู้วิจัยเองก็ไม่พบว่ามี การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยทางจิตในประเทศไทย แต่พบว่ามี การศึกษาของต่างประเทศ คือ การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ของ เคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) ซึ่งเมื่อพิจารณาหลักการของการสนับสนุน ส่งเสริมความหวังของเคิร์กแพทริกกับหลักการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยฝ่ายกายแล้ว ส่วนมากมีความคล้ายคลึงกัน เช่น การเน้นในเรื่องของสัมพันธภาพ และประสบการณ์การ ประสบความสำเร็จ

การสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การส่งเสริมให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีความหวังและเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งจึงเป็นบทบาท ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่และฟื้นฟูสุขภาพได้ในที่สุด (Kirkpatrick et al., 1995) แม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ มิได้หมายความว่า ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ ขณะมีอาการสงบผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเราสามารถช่วยฟื้นฟู สมรรถภาพได้ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) รวมทั้งในเรื่องการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการที่บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบเอกสารหรืองานวิจัยที่เป็นหลักฐานว่า พยาบาลวิชาชีพที่ ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทยได้ให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทหรือไม่ และกระทำโดยวิธีใด ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ และน่าสนใจ มาก ทั้งนี้เพราะพยาบาลอยู่ในภาวะที่จะส่งเสริมหรือทำให้ความหวังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง (Starck, 1993 cited in Kirkpatrick et al., 1995) เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับระดับความหวัง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Hinds, 1988) และการส่งเสริมความหวังเป็น เสมือนกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดทางจิต (Frank, 1968) การส่งเสริมความหวังจึง ถูกจัดให้เป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของการพยาบาล (Watson, 1979) ดังนั้น จึงควรกระตุ้นให้พยาบาล กำหนดบทบาทของตนเองในการส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพราะสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง (Kirkpatrick et al., 1995)

จากการค้นคว้าของผู้วิจัย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภทเพียงเรื่องเดียว คือ การศึกษาเชิงคุณภาพของเคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภท (Hope -Instilling Strategies for Clients with Schizophrenia) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในอาสาสมัครซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 15 คน พบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภท 5 วิธี ได้แก่

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ (building relationships)
- 2) การช่วยให้ประสบความสำเร็จ (facilitating success)
- 3) การติดต่อหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ (connecting to successful role models)
- 4) การจัดการกับการเจ็บป่วย (managing the illness)
- 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน (educating clients and the community)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้วิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่ได้จากการศึกษาของเคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) เป็นหลักในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า เป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมในการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภท เพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากผู้ทำให้การดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทโดยตรง และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปรับใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภทในประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยเพื่ออธิบายรายละเอียดของแต่ละวิธี ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (building relationships) สัมพันธภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้เกิดความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภท การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจและความเชื่อมั่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีผลต่อการสนับสนุนส่งเสริมความหวัง (Kirkpatrick, et al., 1995) เคิร์กแพทริก และคณะ ยังศึกษาพบว่า การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับผู้ที่เป็โรคจิตเภทโดยการที่บุคคลเหล่านี้อยู่เป็นเพื่อน คอยให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และปลอบใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทใช้ในการกระตุ้นหรือคงไว้ซึ่งความหวัง (Kirkpatrick, et al., 2001) ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีดังนี้

1.1 สร้างความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกันกับผู้ป่วย เช่น พูดคุยทักทายด้วยภาษาสุภาพและเหมาะสม สีนัยยิ้มแย้มแจ่มใส ทำทางแสดงออกถึงความเป็มิตรและจริงใจ ใช้นมือและสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสมขณะสนทนาด้วย เป็นต้น

1.2 แสดงออกถึงการยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น ให้เกียรติแก่ผู้ป่วย โดยการใช้สรรพนามที่เหมาะสม การบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งที่จะมีการให้การพยาบาลใด ๆ กับผู้ป่วย เป็นต้น

1.3 อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ปลอบใจ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในภาวะวิกฤต เช่น หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พยาบาลควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ชักถามความรู้สึก ให้กำลังใจ และสังเกตอาการจนเข้าสู่ภาวะปกติ เป็นต้น

1.4 พยาบาลควรควบคุมอารมณ์ของตนเอง และพยายามทำความเข้าใจขณะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่ควรแสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงกิริยาโต้ตอบขณะผู้ป่วยอะละโยววาย หรือก้าวร้าว เป็นต้น

1.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ แสดงออกถึงความเข้าใจในความคิดของผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบและต้องการพูดคุยกับพยาบาล หรือเมื่อพยาบาลพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการทำจิตบำบัดรายบุคคล

1.6 ให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยพูดคุยเกี่ยวกับความหวัง ซึ่งเป็นการคาดหมายสิ่งที่ดีขึ้น และมีความเป็นไปได้บนพื้นฐานของความเป็นจริง เช่น บอกกับผู้ป่วยว่า หากรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแล้วจะทำให้อาการดีขึ้น และไม่กลับเป็นซ้ำ เป็นต้น

1.7 ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเอง โดยการกล่าวถึงชื่อบุคคลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการเน้นย้ำถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลเหล่านั้น เช่น ผู้ป่วยกับญาติที่มาเยี่ยมยังเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันอยู่ หากหายเป็นปกติแล้วก็กลับไปอยู่ที่บ้านด้วยกันได้ เป็นต้น

1.8 ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความหวังโดยตระหนักในคุณค่าของตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่และทำงานบางอย่างได้ โดยยกตัวอย่างอาชีพของผู้ป่วยหรือผลงานที่ ผู้ป่วยได้ทำในกิจกรรมที่จัดให้ และมองการเจ็บป่วยเป็นเพียงปัญหาหนึ่งของบุคคล (McCloskey & Bulechek, 2000) ซึ่งสามารถลดปัญหา หรือควบคุมปัญหาได้ หากติดต่อกับทีมผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามขั้นตอนของการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นอาการของตนที่ดีขึ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอดทนและมีความพยายามต่อไป

2. ช่วยให้อะสบความสำเร็จ (facilitating success) การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ ได้รับความสำเร็จเป็นวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังอย่างหนึ่ง การกำหนดเป้าหมายและการ ดำเนินการจนบรรลุเป้าหมายเป็นองค์ประกอบสำคัญของกลวิธีนี้ (Kirkpatrick, et al., 1995) ประสบการณ์การประสบความสำเร็จเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใช้ในการกระตุ้นหรือ

คงไว้ซึ่งความหวัง ซึ่งขั้นตอนในการประสบความสำเร็จประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของความหวัง การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่บ่อนทำลายตนเอง และการประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงาน (Kirkpatrick, et al., 2001) โดยพยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้

2.1 สร้าง และปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยให้ตรงตามความคาดหวัง เช่น คาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ก็ตั้งเป้าหมายว่า ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ และแต่งตัวได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

2.2 กำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริงในระยะเวลาสั้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จได้โดยง่าย เช่น ร่างกายผู้ป่วยสะอาด แต่งกายเรียบร้อยขึ้น หรือผู้ป่วยมีผลงานจากการทำงานจักสาน สิ่งประดิษฐ์ วาดภาพ หรือทำอาหารอย่างง่าย ๆ เป็นต้น

2.3 กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของความหวัง เพื่อให้เห็นแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติ เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด แต่งกายเรียบร้อย หรือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ปลาน้ำเต้าได้จำนวน 1 ชิ้น เป็นต้น

2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ในชีวิตประจำวัน หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อตนเอง (Kirkpatrick, et al., 2001) เช่น ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะฝึกทำความสะอาดร่างกาย และใส่เสื้อผ้า หรือ ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อมีพฤติกรรมซ้ำๆทำ เป็นต้น

2.5 ชี้แนะให้ผู้ผู้ป่วยได้ทบทวนหรือนึกถึงเรื่องราวในอดีตตามความเหมาะสม พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีตก็จะเป็นการให้ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้นได้ (McCloskey & Bulechek, 2000) เช่น กล่าวชมผลการเรียน หรือความสำเร็จในหน้าที่การงานที่ผ่านมาของผู้ป่วย เป็นต้น

ทั้งนี้ พยาบาลควรดูแลให้คำแนะนำในแต่ละขั้นตอนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ล้มเหลวด้านอาชีพและการศึกษา เมื่อได้รับความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภูมิใจในผลงานของตนเอง และมีการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองมากขึ้น เนื่องจากมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น (Kirkpatrick, et al., 1995)

3. การติดต่อหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ (connecting to successful role models) ทักษะนี้เกี่ยวกับความหวังของบุคคลใดก็ได้ซึ่งมีผลต่อความหวังของบุคคลทั้งในแง่บวกและลบ เพราะความหวังสามารถแผ่ถึงอีกบุคคลได้ (Landeem, et al., 1996) การมีโอกาสดูแลเปลี่ยนประสบการณ์ความหวังกับบุคคลอื่น เช่น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่

มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะช่วยส่งเสริมระดับความหวังของผู้ป่วยได้ (Dufault & Martocchio, 1985) เพราะความหวังของบุคคลจะคงอยู่ เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดกำลังใจจากประสบการณ์ชีวิตของผู้อื่น ทำให้เกิดการคืนสนใจสนใจสนใจสภาพการณ์ของตน (อุบล นิวัติชัย, 2528) สอดคล้องกับแนวคิดการเสนอตัวของเบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวว่า การเสนอตัวแบบนั้น เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเราปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เบนดูราได้กล่าวได้ว่า ตัวแบบนั้นมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) และช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ทว่าไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มออกมากขึ้น ดังนั้น ผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งตามแนวทางในการเลือกตัวแบบนั้นมีหลักการอย่างกว้าง ๆ คือ ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต มีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต มีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น และเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงจะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

ดังนั้น ในการติดต่อสื่อสารหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็โรคจิตเภทพยาบาลจึงควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 จัดให้ผู้ป่วยได้พบปะหรือเข้ากลุ่มกับผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งประสบความสำเร็จบางเรื่องในชีวิต

3.2 ให้ตัวแบบนี้เล่าประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จของตน แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยพยาบาลเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกทุกเรื่องราวที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นกลวิธีที่จะเพิ่มสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ๆ ที่เคยตกอยู่ในสถานการณ์ลักษณะเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความรู้สึกโดดเดี่ยวลง และเกิดความหวังขึ้น (Kirkpatrick, et al., 1995)

4. การจัดการกับการเจ็บป่วย (managing the illness) การได้รับการรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้และรู้สึกมีความหวังมากขึ้น (Kirkpatrick, et al., 2001) การรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของตนเองได้ และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใช้ในการกระตุ้นหรือคงไว้ซึ่งความหวัง (Kirkpatrick, et al., 2001) ดังนั้น พยาบาลจึงควรช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องดังต่อไปนี้

4.1 การลดและบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคและการรักษา เช่น การลดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา การสังเกตอาการหลังจากได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และให้การพยาบาลที่เหมาะสม

4.2 ให้การรักษาเบื้องต้น เช่น การให้จิตบำบัด

4.3 ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา เช่น การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และการให้ยาตามแพทย์สั่ง

4.4 ช่วยผู้ป่วยให้มองเห็นอาการของตนเองที่ดีขึ้นเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอดทนและพยายามต่อไป เช่น กล่าวชื่นชม หรือให้รางวัลแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา เชื่อว่าอาการของตนเองสามารถมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและดูแลเบาบางลงได้ และมีความหวังมากขึ้น

5. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน (educating clients and the community) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับผู้ที่เป็โรคจิตเภทและสมาชิกในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการดูแลและควบคุมตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจซึ่งจะส่งผลต่อระดับความหวัง เพราะการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมอาการของตนเองได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิต ดังนั้น ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยสามารถปฏิบัติได้ 4 ลักษณะ คือ (สนาม บินชัย, 2543)

5.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ภายหลังจากได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกในการแก้ปัญหาจิตสังคมด้วยกระบวนการพยาบาล การให้ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพูดคุย ซึ่งทำไปพร้อม ๆ กับการสร้างสัมพันธภาพ หรืออาจจะจัดให้ตามโอกาส ตามปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า

5.2 สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม โดยการใช้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน หรือใช้อุปกรณ์การบรรยายประกอบ

5.3 สุขภาพจิตศึกษาแบบมวลชน โดยการใช้เสียงตามสายเป็นสื่อกลางร่วมกับการกระจายข่าวสารอื่น ๆ

5.4 สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว จะทำได้โดยเมื่อญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตดูปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและญาติว่ามีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีปัญหาพยาบาลต้องแสดง

บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาของทั้งสองฝ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญอีกประการ คือ การทำครอบครัวบำบัดแบบ ประคับประคอง ซึ่งอาจทำกลุ่มหรือเป็นรายครอบครัวขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว

นอกจากนี้พยาบาลยังอาจให้ความรู้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว โดยการให้คู่มือ ทัศน หรือการแจกเอกสารเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยา เพราะการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภท นอกจากเพื่อควบคุมอาการแสดงด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ปัญหาส่วนใหญ่ คือ การขาดยา (Crane, Kirby & Kooperman, 1996)

พยาบาลอาจส่งต่อผู้ป่วยแก่พยาบาลจิตเวชชุมชนที่รับผิดชอบชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อให้ความรู้ทางเสียงตามสาย จัดนิทรรศการ หรือแจกเอกสาร และควรเพิ่มความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค การรักษา และการบริหารจัดการทางการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท เกิดความเข้าใจและยอมรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากขึ้น เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความหวังมากขึ้นซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยตามมา เมื่อผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขตามอัตภาพ ผู้ป่วยก็จะมีอาการหวังมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การส่งเสริมความหวังเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญทางการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดทางจิต ดังนั้น การสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และปรับตัวได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยจากวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังของเคิร์กแพทริก และคณะ (Kirkpatrick et al., 1995) เพื่อประเมินบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยแบ่งวิธีการสนับสนุนส่งเสริมความหวังในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 5 วิธี ด้วยกัน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยให้ประสบความสำเร็จ การติดต่อหรือสร้างสัมพันธภาพกับตัวแบบที่เคยประสบความสำเร็จ การจัดการกับการเจ็บป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน