

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช



นางสาวจรัสพร กิรติเสวี

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาวาทวิทยา ภาควิชาวาทวิทยาและสื่อสารการแสดง


คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0517-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMMUNICATION STRATEGIES FOR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF
THE MENTALLY ILL PATIENTS.



Miss Jaratpron Kilatisavee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Speech Communication
Department of Speech Communication and Performing Arts
Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974 -17-0517-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช
โดย นางสาวจรัสพร กิรติเสวี
สาขาวิชา วาทยุติญาและสื่อสารการแสดง
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อรรรรณ ปิลันธน์โหวาท

คณะนิตศาศตร์ จุฬาลงกรณัมหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะนิตศาศตร์
(รองศาสตราจารย์จุมพล รอดคำดี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ถิรนนท์ อนวัชศิริวงค์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรรรณ ปิลันธน์โหวาท)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิงสมรัก ชูวานิชวงค์)

สถาบันนิตศาศตร์บริการ
จุฬาลงกรณัมหาวิทยาลัย

จรัสพร กิรติเสวี : กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช (COMMUNICATION STRATEGIES FOR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF THE MENTALLY ILL PATIENTS) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.อรวรรณ ปิณฑน์โอวาท. 261 หน้า ISBN 974-17-0517-4.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลและในครอบครัว โดยผ่านทางกรสนทนาในกลุ่มเพื่อหาจิตสาระ ในความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชต่อครอบครัว สังคม และชีวิตในโรงพยาบาล หลังจากนั้นนำมาประมวลข้อมูลเข้ากับเอกสารต่าง ๆ เพื่อเป็นความรู้และกิจกรรมสำหรับ อบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 6 ท่าน และประเมินผลกิจกรรม และศึกษาการยอมรับของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับใด โดยดูการสื่อสารทางบวกในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยว่าดีขึ้นอย่างไร โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบสหวิทยาการ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ทีมจิตเวชมีกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปรับให้เข้ากันได้กับทั้งอาการของผู้ป่วย อารมณ์ของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน ตามแต่ละสถานการณ์ ทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือ ไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ และปรับตัวได้ดีขึ้น
2. ข้อความในภาพเชิงจินตสาระ (Fantasy Themes) ที่แสดงความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชต่อครอบครัว สังคม และชีวิตในโรงพยาบาล มีแรงบันดาลใจมาจากความต้องการการยอมรับว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่าสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ เพื่อจะได้มีความอบอุ่นในครอบครัว และได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นกำลังใจในการปรับตัว ส่วนการอยู่ในโรงพยาบาล อยากให้ผู้บำบัดพูดคุยมาก ๆ และดูแลเหมือนเป็นญาติคนหนึ่งและต้องการความสบายใจที่มาอยู่ เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นที่พักฟื้นจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชอย่างแท้จริง
3. ญาติยังมีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่ขัดแย้งไม่ดีพอ ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในตัวผู้ป่วยและอาการ โดยปัญหาการสื่อสารที่พบคือการวิพากษ์วิจารณ์ การบ่น การแสดงความไม่ไว้วางใจ การหลีกเลี่ยงการสื่อสารและรวมถึงไม่สามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
4. จากการนำปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาประมวล กับวิธีการที่ทีมจิตเวชใช้ นำมาจัดเป็นกิจกรรมเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า ขณะจัดกิจกรรมสมาชิกให้ความร่วมมือดีในทุกกิจกรรม สามารถแสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องราวแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนะนำกันและกันได้ การประเมินหลังอบรมพบว่าญาติมีความเข้าใจในการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น การติดตามประเมินผลพบว่าญาติสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จากการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้สัมพันธภาพที่เคยบิดเบือนไปจากผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตใจ กลับสู่สัมพันธภาพที่ดีขึ้น ติดต่อสื่อสารกันมากขึ้น เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของกันและกันมากขึ้น และสิ่งค้นพบที่สำคัญคือ ผู้ป่วยต้องการให้ทุกคนสื่อสารกับตนเหมือนเป็นคนธรรมดาไม่ใช่ผู้ผิดปกติหรือผู้ก่อเกิดปัญหา

ภาควิชา	วาทวิทยาและสื่อสารการแสดง	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	วาทวิทยา	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

##4385059528 : MAJOR SPEECH COMMUNICATION
 KEY WORDS : COMMUNICATION STRATEGIES / PSYCHOLOGICAL REHABILITATION / MENTALLY ILL PATIENT / PSYCHIATRIC THEME / INTERPERSONAL COMMUNICATION
 JARATPRON KILATISAVEE :COMMUNICATION STRATEGIES FOR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF THE MENTALLY ILL PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSO.PROF. ORAWAN PIRANTAOWAD, Ph. D. 261 pp. ISBN 974-17-0517-4

This research aimed to study communication strategies for psychological rehabilitation of the mentally ill patients also to observe conversation situations both in hospital and family including studies of the patients themselves through group conversation in order to find fantasy themes about their expectation of their family, the social life in hospital. After that the data were integrated together with data from relevant documents to set up training activities entitled “communication strategies for psychological rehabilitation of the mentally ill patients.” for 6 relatives who took care of each 6 patients. Then the activities were evaluated to find the level of acceptance by observing how the patients and their relatives could use positive communication and the adjustment of the patients. This research collected data using qualitative multiple methodology.

The results showed that :

1. Psychiatric teams used interpersonal communication strategies by adjusting them to the patient’s symptom and to the situation thereby resulting in trust, confidence and good relationship between the team and the patients which helped the patient feel relaxed and better self – adjusted.
2. Fantasy themes of the patients showed expectations that they wanted to be accepted as valuable persons who could contribute to the family. They expected warm relationship in the family, acceptance from the society which encouraged better adjustment. In the hospital, the patients wanted more talk with psychiatric team and needed good treatment to them like relatives. They would like to feel comfortable so that this hospital would really be a place for rehabilitation of the mentally ill patients.
3. The relatives still had problems in managing the conflict. They still did not understand the patients and symptoms. The communication problems found were criticism, complaints and avoidance of communication with patients so they could not terminate misunderstanding mutually.
4. The researcher then summarized the data and set up activities to strengthen the relationship in the family. During the activities the members of the group cooperated well, contributing ideas, sharing experience and giving each other some advice. Evaluation after the training showed that the relatives understood communication for psychological rehabilitation of the mentally ill better. The follow-up evaluation found that the relatives could use the knowledge learned from the training in their daily lives to create good relationship between the patients and their family because of more positive communication and better understanding of each other’s feelings. One important finding was that the patients wanted to be communicated with as normal rather than abnormal and problem-generating people.

Department.....Speech Communication and Performing Arts Student’s signature.....
 Field of study.....Speech Communication..... Advisor’s signature.....
 Academic year.....2001..... Co-advisor’s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้วิจัยในทุก ๆ เรื่อง ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูล เก็บข้อมูล หลาย ๆ ครั้งที่ท้อ แต่โชคดีที่อยู่ใกล้ชิดกับจิตแพทย์มาตลอดการทำวิจัย จึงผ่านพ้นวิกฤติมาได้ และด้วยความช่วยเหลือของบุคคลหลายท่าน ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรุณวรรณ ปิลันธน์โอวาท อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ บอกเลยว่าชีวิตนี้ไม่เสียชาติเกิดที่ได้อาจารย์เป็นที่ปรึกษาและคุณหมอสมาธิ ชูวานิชวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาและให้โอกาสผู้วิจัยได้ทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อสังคมอีกหลายอย่าง และคำพูดที่ทำให้กำลังใจทั้งเรื่องงานและชีวิตของ รองศาสตราจารย์ ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ ตั้งแต่ครั้งแรกในการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร. นงลักษณ์ ศรีธัญญาพร เจริญงาม ที่เป็นจุดเริ่มต้นของความกล้าในการหาข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาวาทยวิทยา และการสื่อสารการแสดงทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ ความเมตตา ห่วงใย และแนะนำช่วยเหลือข้าพเจ้ามาโดยตลอด

คุณพ่อ ที่ให้ความรู้ ให้ความสนับสนุนให้พลังงานขับเคลื่อนในการทำงาน รวมถึงรับส่งลูกสาวคนนี้อย่างดีตลอดเวลา

คุณแม่ ที่คอยกระตุ้นเตือนว่างานใกล้จะส่งแล้ว และอยู่เป็นเพื่อนจนถึงเข้าในบางคืนเป็นเสมือนนาฬิกาปลุกที่ไม่ต้องเปลี่ยนถ่าน

น้องแตงกวา น้องสาวที่น่ารัก ช่วยพิมพ์งานตลอด

ขอบคุณทีมจิตเวชทุกท่านทั้งจิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่ใจดีกับผู้วิจัยเสมอมา และสมาชิกชมรมกัลยาณมิตรญาติผู้ป่วยที่คอยให้คำแนะนำ และสิ่งที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ ขอบคุณมาก ๆ สำหรับญาติและผู้ป่วยทุกท่าน ปรีชา จิโรจน์ รุ่งโรจน์ ปิยะฉัตร นุชนาฏ ทศนีย์ ตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ศิริธัญญา ท่านได้เป็นเพื่อนที่ดี ให้ความร่วมมือ และทุ่มเทให้ข้าพเจ้าในทุกกิจกรรมที่ขอให้ช่วย แม้กระทั่งไปเยี่ยมบ้าน ก็ให้การต้อนรับอย่างดี เสมือนเป็นญาติคนหนึ่ง ขอให้ความทุ่มเทของข้าพเจ้าและความดีที่ท่านทำให้ทุกท่านที่ป่วยทางใจ ได้หายจากความทนทุกข์ที่ได้รับด้วย

สุดท้าย ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ปริญญาโท 2 ปีที่เรียนร่วมกันมาคอยช่วยเหลือเรื่องการเรียน เรื่องวิทยานิพนธ์ คอยติดต่อมากระตุ้น ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในทุก ๆ อย่างจนงานเสร็จลุล่วงไปได้ ขอขอบคุณน้องรหัสทั้งสองที่คอยช่วยเตรียมงานให้ และอำนวยความสะดวกในหลายอย่าง ขอขอบคุณ พี่น้อย พี่แห้ว สำหรับการให้กำลังใจและคำพูดอันงดงาม น้องแอร์ผู้ช่วยในการพิมพ์งานถึงดึกดื่นให้ทุกครั้ง ขอขอบคุณ วุฒิชัย กิตติการอำพล ผู้ช่วยที่รับผิดชอบดีมาก ทำให้งานที่เสร็จทันเวลาส่งทุกครั้ง ขอขอบคุณทุกทุกท่านที่ทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จเป็นรูปเล่ม

จรัสพร กิรติเสวี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
ปัญหาคำถามวิจัย.....	7
ข้อสันนิษฐานงานวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	9
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับทีมจิตบำบัด.....	19
แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.....	24
แนวคิดเรื่องสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด.....	25
แนวคิดเรื่องการแสดงอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย.....	37
แนวคิดเรื่องการอบรมเชิงทักษะแบบมีส่วนร่วมและวิธีการประเมินผล.....	39
ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทสรุป.....	48
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	51
รูปแบบของงานวิจัย.....	51
กลุ่มตัวอย่าง.....	52
วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54

บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	74
ผลการวิจัยปัญหานำวิจัยข้อที่ 1.....	76
ผลการวิจัยปัญหานำวิจัยข้อที่ 2.....	104
ผลการวิจัยปัญหานำวิจัยข้อที่ 3.....	117
ผลการวิจัยปัญหานำวิจัยข้อที่ 4.....	132
บทที่ 5 อภิปรายผลวิจัย สรุป และเสนอแนะ.....	150
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	150
ข้อเสนอแนะ.....	171
รายการอ้างอิง.....	176
ภาคผนวก ก ประวัติผู้ป่วยและวิธีการรักษาในโรงพยาบาล.....	183
ภาคผนวก ข กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยแต่ละอาการ.....	205
ภาคผนวก ค ลักษณะการสื่อสารของญาติที่ควรมีต่อผู้ป่วย.....	254
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	261

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นานนับ 1500 ปี มาแล้วผู้ป่วยจิตเวชถูกรังเกียจ หัวเราะเยาะ เหยียดตี บางคนถูกกักขัง และล่ามโซ่ตรวน หรืออาจถูกทอดทิ้งไม่แยแส เป็นเพราะอคติของสังคมที่มีต่อคนเหล่านั้น “**เป็นคนบ้า**” ตามคำเรียกของสังคม ทุกคนฟังแล้วไม่อยากเข้าใกล้ รู้สึกหวาดกลัว เพราะเป็นผู้ป่วยวิกลจริต ทั้งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด แต่จะเป็นที่น่ากลัวกว่าหากคนในชุมชนไม่รู้การดูแลที่ถูกต้องและวิธีการสื่อสารพูดคุยที่ดีและถูกต้องเป็นเช่นไร จึงล่ามโซ่ กักขัง เพราะความไม่รู้ และ อับอาย

แนวคิดที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีศีลธรรมหรือการรักษา โดยไม่ใช้โซ่ตรวนจองจำ จึงเกิดขึ้นทั่วโลกไม่ว่าจะเป็น ยุโรป อเมริกา สำหรับประเทศไทยนั้น ผู้ปลดโซ่ตรวนครั้งแรกนั้นคือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว การรักษาผู้ป่วยโรคจิตจึงได้รับการพัฒนาเรื่อยมา

การเริ่มต้นปีสหัสวรรษใหม่ปีสุขภาพจิตโลก สองข่าวสะเทือนขวัญในช่วงต้นปี คือ เมื่อต้นเดือน กุมภาพันธ์ อดีตนายแบงค์ก่อคดีฆ่าทั้งครอบครัว โดยการวางยาพิษและยิงซ้ำ จิตแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตซึมเศร้า ประกอบกับความเครียดจากการล้มเหลวในธุรกิจ

ต่อมาในวันที่ 7 เมษายน นายยงยุทธ วชิรพันธุ์ ยิง 2 พี่น้องเคราะห์ร้ายที่ยืนหน้าบ้านด้วยความหวาดระแวง ทั้งสองกรณีได้ถูกจิตแพทย์วินิจฉัยว่าหากเขาได้รับการดูแลเอาใจใส่พูดคุยจากคนใกล้ชิดและการบำบัดรักษาที่ดีพอ เหตุการณ์ทั้ง 2 จะไม่เกิดขึ้น และจากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยทุก 6 เดือน พบว่าขณะนี้คนไทยอยู่ในภาวะพยายามทำใจรับกับภาวะเศรษฐกิจรวมทั้งผลกระทบอันเกิดจากครอบครัว สำหรับบุคคลที่ปรับตัวไม่ได้จะเกิดการซึมเศร้า อาจรุนแรงถึงป่วยเป็นโรคทางจิตและเกิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งคนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทุกปี อัตราเฉลี่ยปีละ 1% ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา โดยปีนี้มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 13 คนต่อแสนคน (นายแพทย์ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ ; 2544)

ดังตัวอย่างที่ยกมา สภาวะต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดในสังคมปัจจุบันเป็นปัญหาใกล้ตัวคนในสังคมไทย เมื่อความตึงเครียดพัฒนามาถึงขั้นวิกฤตจนไม่สามารถเผชิญปัญหา จะทำให้เกิดความคับข้องใจ เมื่อไม่ได้ระบายออก จะเพิ่มความกดดันมากขึ้นเรื่อย ๆ จนนำไปสู่การป่วย

เป็นโรคจิตได้ในที่สุด ดังจะเห็นได้ว่า โรคนี้อาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ ทุกคนล้วนมีโอกาสเป็นและมีโอกาสหายป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต หากมีการดูแลให้โอกาสผู้ป่วยเหล่านั้นจะกลับมาทำประโยชน์ให้ตนเอง ครอบครัว สังคมตามอัตภาพของตนได้ ไม่เป็นภาระครอบครัว และสังคม และหากประชากรของไทยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ย่อมส่งผลต่อความก้าวหน้าของชาติ

มติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก เมื่อปี 2520 ที่ได้มีมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ทุกคนพึงได้รับ โดยไม่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” โดยประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมพัฒนาการสาธารณสุขของตน สู่เป้าหมายหลักทางสังคมคือ “การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” ซึ่งการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยทางกายอันจะก่อประโยชน์ต่อสังคม และประเทศชาติ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และการมีสุขภาพดีนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ไม่เฉพาะทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงสุขภาพจิตที่ดีด้วย

จากการที่องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิต เป็นเพราะแนวโน้มของปัญหานับวันจะเพิ่มความรุนแรงขึ้น โดยมีการคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 หรือ พ.ศ. 2563 **ปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของพลโลก** จากการรายงานสาเหตุการตายและการจัดลำดับภาวะโรค จากการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 10 อันดับแรกพบว่าปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ โรคซึมเศร้า ที่เพิ่มความรุนแรงโดยเลื่อนจากลำดับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นอันดับที่ 2 ในปี 2543 (ข่าวสารกรมสุขภาพจิต ฉบับที่ 3 มีนาคม 2544)

สถิติสำนักงานอนามัยโลกองค์การสหประชาชาติ (WHO) ระบุว่าปัจจุบันมีคนไทยป่วยโรคจิตประมาณ 0.55-1% ของประชากรโลก โดยเฉลี่ยใน 100 คน พบว่ามีผู้ป่วยทางจิต 1 คน สำหรับประเทศไทยหากคิดเทียบตามเปอร์เซ็นต์ของสำนักงานอนามัยโลก จำนวนผู้ป่วยจะเป็นจำนวน 60,000 คน แต่พบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชได้เพิ่มขึ้นจากปี 2542 294,034 คน มาเป็น 297,910 คน ในปี 2543 (ที่มา รง. 401/402 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต) คิดเป็น 2% ของประชากรไทย ซึ่งเกินค่าเฉลี่ย จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิต หรือ ผู้ใช้บริการทางจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หากปล่อยให้ภาวะเช่นนี้ดำเนินต่อไป ประเทศชาติจะต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และยังเป็นภาระสืบเปลืองงบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมาก ดังส่วนหนึ่งของงานวิจัยวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร เรื่อง การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงของชาติ (พหล วงศาโรจน์; 2540) ที่กล่าวว่า “ชาติที่มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรังจนไม่สามารถช่วยพัฒนาประเทศชาติ จะส่งผลให้ความมั่นคงแห่งชาติถูกรบกวนกระทบกระเทือน”

โดยปีนี้ปีแห่งการเริ่มต้นสหัสวรรษใหม่ คือ ปี 2001 หรือ พ.ศ. 2544 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นปีแห่งสุขภาพจิต เพื่อให้ทุกประเทศ ทุกชุมชนหันกลับมาให้ความสนใจ ลดอคติ หยุดการละเลย ทอดทิ้งผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำขวัญวันอนามัยโลกปี 2544 นี้ว่า STOP EXCLUSION : DARE TO CARE หรือคำขวัญของไทยคือ “ผู้ป่วยทางจิต อย่างฉลัดไสควรมีน้ำใจ ห่วงใย เยียวยา” โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นสังคมให้หันมาสนใจปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะ ผู้ที่ป่วยทางจิตให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่มีประเทศใดที่สามารถหลุดพ้นจากผลกระทบที่เกิดจากภาวะผันผวนทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ที่ดำเนินไปทั่วโลกในขณะนี้โดยประมาณมีพลโลกประมาณ 400 ล้านคน ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ หรือระบบประสาทที่เกิดจากปัญหาทาง Psychosocial

ความหมาย STOP EXCLUSION คือให้ลดอคติ ความรังเกียจ หรือกีดกัน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ออกจากชุมชนหรือ สังคม ซึ่งรวมถึงการละเลย คุมขัง หรือพันนาการผู้ป่วยวิธีต่าง ๆ โดยให้คิดว่า ยังมีโอกาสสำหรับเขาเหล่านั้น

ส่วนคำว่า DARE TO CARE หมายถึง ให้ลดความหวาดกลัว การปฏิเสธผู้ที่มี หรือเคยมี ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งอาการเจ็บป่วยทางจิต อาจเกิดได้กับทุกคนดังนั้นต้องพยายามให้ความช่วยเหลือ เมื่อเริ่มมีอาการอย่าปล่อยทิ้งไว้ และต้องกล้าที่จะเผชิญกับความเชื่อที่ผิด ๆ ของครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการให้การดูแลรักษาเขาเหล่านั้น บริการด้านสุขภาพจิต ควรเป็นหนึ่งในบริการพื้นฐานด้านสุขภาพแก่ทุกคน

สาระสำคัญของรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2001

รายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2001 ซึ่งอุทิศให้กับเรื่องสุขภาพจิต โดยกล่าวถึงเรื่องต่อไปนี้เป็น

- สุขภาพจิตเป็นรากฐานส่วนหนึ่งของสุขภาพ
- ความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องสามัญและเป็นสากล
- ความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนพิการ และเป็นเหตุให้ครอบครัวและชุมชนต้องแบกภาระหนัก

- ความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง วินิจฉัยโรคได้ และรักษาให้หายได้ การป้องกัน และการรักษาเป็นไปได้ และปฏิบัติได้ แต่ในปัจจุบันการป้องกันและการรักษาเข้าไม่ถึงประชากร ส่วนใหญ่ของโลก

- มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ทุกประเทศจะต้องพัฒนานโยบายและโครงการขึ้นเพื่อ ดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องสุขภาพจิตและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ

- การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานในการวิจัยโลกในเรื่องสุขภาพจิต ประสาทวิทยา และ สังคมวิทยา จะเปิดหนทางใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้เข้าใจและดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้ดีขึ้น

จากคำกล่าวของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก Dr. Gro Harlem Brundland “ผู้ป่วย จิตเวชเหล่านั้นทนทุกข์ทรมานอยู่อย่างเงียบ ๆ และภายใต้ความทุกข์ทรมานนั้นปราศจากคน เหลือขแล้ว”

จากการเรียบเรียงส่วนหนึ่งของบทสัมภาษณ์ นายแพทย์วินัย วิจารณ์จจา อธิบดีกรม สุขภาพจิตเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2544 ซึ่งมีใจความว่า

“ฝากถึงบุคลากรสาธารณสุขของเราว่าทุกคนทั้งคนรักเชื้ออาทรเขา ยิ่งป่วยทางจิตยิ่งต้องให้ มากขึ้น ทางกายนั้นให้มามากแล้ว แต่การป่วยทางจิตเป็นส่วนที่อยู่ในส่วนลึก ๆ ช่างในมี ผลกระทบต่อสังคม ถ้าใครไม่มีพี่น้องเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็คงไม่รู้เป็นความทุกข์ระทมของครอบครัว การทำให้ผู้ป่วยได้คลายความทุกข์จะมีบุญกุศลมหาศาล ได้รับอานิสงส์น้อยอย่างยิ่ง ความสำเร็จ ทั้งหลายคือ สุขุมมีใจเงิน มีใจตำแหน่ง ไม่ใช่ว่าศตวรรษจะมาถึงใจที่มีความสุขและคุณธรรม เป็นความสุขที่แท้จริง ปีแห่งสุขภาพจิตคือ ปี 2544 แต่งานนี้เป็นสิ่งที่ต้องทำตลอดไป และโอกาสปี สุขภาพจิตโลกจึงเป็นการนำเสนองานได้เด่นชัดยิ่งขึ้น”

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ระบุให้คนเป็นเป้าหมายหลักของ การพัฒนา ดังนั้นการคิดกลยุทธ์กลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาให้ทรัพยากรบุคคล มีทางออกสำหรับโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคจิต ให้กลับมาเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าอีกครั้ง

จึงต้องมองถึงความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายหลักจะพบสถิติดังนี้

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และปรารถนาในวันสุขภาพจิตโลกปี 2544

- ไม่ป่วยกลับซ้ำอีก	ร้อยละ	61.3
- มีงานมีรายได้มั่นคง	“	56.4
- สามารถซักถามแพทย์ได้อย่างละเอียดระหว่างรักษา	“	46.0
- มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น	“	43.2
- ได้รับการยอมรับ และสนับสนุนจากสังคม	“	35.3

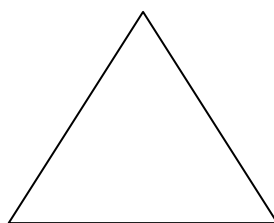
- ไม่ต้องกินยาอีก “ 34.8
- ได้รับการสนับสนุนและเอาใจใส่จากครอบครัวมากขึ้น “ 28.3

จากการสำรวจพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การไม่ป่วยซ้ำอีก

การสื่อสาร เป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยให้การฟื้นฟูผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูจิตใจหรือจิตบำบัดจะเป็นการใช้วิชาการทางการแพทย์ การศึกษา การสังคม และงานอาชีพผสมผสานกันก็ตาม แต่วัตถุประสงค์หลักก็เพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น และพึงตัวเองได้ในที่สุด เพราะว่าไม่จำเป็นวิชาการทางการแพทย์ การศึกษา การสังคม และงานอาชีพก็ต้องอาศัยหลักของการสื่อสารในการที่จะสื่อความหมายสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยทั้งสิ้น

ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษา โดยการใช้การพูดกับคนไข้เป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารเชิงวาทวิทยาที่น่าสนใจ มีการแลกเปลี่ยนข้อความในการรักษาของทีมจิตบำบัดและผู้ป่วย โดยในภาควิชาวาทวิทยาเองได้มีการเน้นในการใช้ตัวเองเป็นสื่อ และทีมจิตบำบัดก็มุ่งใช้ตัวเองเป็นสื่อเช่นกัน ไม่จำเป็นการสร้างสัมพันธภาพการพูดคุยเพื่อค้นหาสาเหตุให้ผู้ป่วยเปิดเผยตน เล่าเรื่องราวปัญหาตลอดจนฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยอาศัยกลยุทธ์ทางการสื่อสารทางการพูดของทีมจิตบำบัด ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในวิชาชีพรวมทั้งนำไปประยุกต์ใช้กับคนหลากหลายกลุ่มไม่ว่าจะบกพร่องทางจิตหรือเผชิญภาวะความสูญเสียซึมเศร้า แม้กระทั่งภาวะความตึงเครียดอันจะเป็นการแผ่ขยายการร่วมมือช่วยเหลือกันในชุมชนต่อไป เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีโอกาสหายและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้โดยดำเนินชีวิตประจำวันไปอย่างปกติ เพราะเพียงแต่ความสงสาร เวทนา ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ แต่ต้องทำในลักษณะปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชเช่นบุคคลทั่วไป ทักทาย เอาใจใส่ผู้ป่วย เรียนรู้วิธีที่จะอยู่กับผู้ป่วยอย่างไร และควรพูดจาดังไรเมื่อผู้ป่วยมีอาการ

นิตยสารองค์การอนามัยโลกมีข้อความว่า “ผู้ป่วยทางจิตจำนวนมากยังคงมีชีวิตหลังกำแพงปิดกั้นด้วยอคติ และความไม่เข้าใจของสังคม” ในปีสุขภาพจิตนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์หลักในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ผู้ใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ป่วยนำไปปรับใช้ด้วยหวังว่าจะเป็นการเปิดกำแพงที่ปิดกั้นถึงผู้ป่วยผู้ทุกข์เหล่านั้นออกมาด้วยการใช้กลยุทธ์การสื่อสารเป็นเครื่องมือ โดยร่วมกันเป็นสามเหลี่ยมแห่งการช่วยเหลือ



ทีมจิตบำบัด

ญาติ

ผู้ป่วย

พัฒนาการสื่อสาร เพื่อเชื่อมโยงระหว่างบุคคลให้เกิดความเข้าใจในอันที่จะร่วมมือกัน ช่วยเหลือ และฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยให้เกิดผลสำเร็จ

จะเห็นได้ว่าบทบาทเหล่านี้เป็นเรื่องของแพทย์หน้าที่ของพยาบาลและทีมจิตบำบัด แต่ชีวิตของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเพียงแค่ช่วงเวลาหนึ่ง สิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งคือ ครอบครัว และชุมชน (นายแพทย์ศักดา กาญจนาวีโรชนกุล; 2544)

จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง **กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช** เพื่อพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพในการรักษา สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงวิชาชีพและนำกลยุทธ์โดยรวมของทีมจิตบำบัดเหล่านั้น มาสรุปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติและชุมชน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา เนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นหนึ่งที่ตั้งกีดในกรมสุขภาพจิตและมีจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชอื่น ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบจากตาราง ดังนี้

จำนวนผู้ป่วยในของงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2540-2543

ตารางที่ 1

หน่วยงาน	ผู้ป่วยใน			
	ปีงบประมาณ			
	2540	2541	2542	2543
โรงพยาบาลสมเด็จพระยา	2,339	3,238	3,465	4,494
ศูนย์สุขภาพจิต	0	0	0	0
โรงพยาบาลนิติจิตเวช	715	821	957	1,071
โรงพยาบาลราชานุกุล	1,347	1,403	1,339	719
โรงพยาบาลศรีธัญญา	8,838	6,933	7,337	7,367

ที่มา : รายงาน สจรจ 2011

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

จากสถิติของโรงพยาบาลศรีรัษฎาปี 2543 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีจำนวน 7,367 ราย และจากการสรุปรายงานประจำปี 2543 พบว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ปี 2543 มีจำนวน 139,230 คน เพิ่มขึ้นจาก ปี 2541 , 2543 คิดเป็นร้อยละ 7.8 , 0.4 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีรัษฎา)

และยังเป็นโรงพยาบาลที่เก่าแก่ ซึ่งในเดือน มิถุนายน 2544 นี้ได้ครบรอบ 60 ปี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีโอกาสฝึกอบรมในโครงการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลจากบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีการฝึกทักษะการช่วยเหลือดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นทีมจิตบำบัด จิตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตลอดจนครอบครัว ญาติ และบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย นำรูปแบบการสื่อสาร ตลอดจนกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พยายามศึกษาวิเคราะห์รวบรวม จากสถานการณ์จริงไปปรับใช้ เพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย อันจะเป็นการรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคทางจิตอย่างยั่งยืน ส่งผลต่อความเข้มแข็งของสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวชและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วยกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคมที่แสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy Themes)
3. เพื่อศึกษาลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาและติดตามประเมินผล การอบรมญาติผู้ป่วยเรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” สำหรับญาติผู้ดูแลนำไปใช้ฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาวิจัย

1. กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวชเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา
2. ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคมที่ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy Themes)เป็นอย่างไร
3. ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

4. การอบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช มีกระบวนการและกิจกรรมอย่างไรบ้าง สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

ข้อสันนิษฐานงานวิจัย

1. ทีมจิตเวชมีกลยุทธการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปรับให้เข้ากันได้กับอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
2. ข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy Themes) ที่แสดงความคาดหวังของผู้ป่วย จะให้ความสำคัญต่อการยอมรับและการแสดงความรัก จากการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคม
3. ญาติยังไม่เข้าใจทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ถูกต้องส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
4. ญาติสามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งศึกษาการสื่อสารทางการพูดของทีมจิตเวชเพื่อรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาถึงข้อความในบทสนทนา เพื่อวิเคราะห์กลยุทธการที่ใช้ โดยเริ่มจากศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม
2. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการสื่อสารของทีมจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะที่ยังสามารถทำการสื่อสารได้
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาใกล้เคียงสภาพการณ์ที่เป็นจริง (Semi - Naturalistic Setting) ที่เกิดขึ้นใน 4 สถานการณ์
 - สถานการณ์ที่ 1 ผู้วิจัย – ผู้ป่วย
 - สถานการณ์ที่ 2 ทีมจิตบำบัด – ผู้ป่วย - ผู้วิจัย
 - สถานการณ์ที่ 3 ผู้วิจัย – ญาติผู้ป่วย
 - สถานการณ์ที่ 4 ญาติผู้ป่วย – ผู้ป่วย - ผู้วิจัย
4. การติดตามประเมินผลวัดจากความรู้ในเรื่องการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยของญาติ โดยดูวิธีการและผลที่เกิดขึ้นภายในสถานการณ์จริง

นิยามศัพท์

1. กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูด หมายถึง วิธีการสื่อสารทางการพูดของนักจิตบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูประสบความสำเร็จได้ด้วยการสื่อสาร เช่นการสื่อสารด้วยคำพูดที่ให้คำปรึกษา สร้างกำลังใจ มีน้ำเสียงแสดงความเป็นมิตร และจริงใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ระบาย คลายความกังวลใจ และมีอาการดีขึ้น
2. ทีมจิตบำบัด หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา และมีความรู้ทางด้านการใช้เครื่องมือทดสอบและการบำบัดทางจิต หมายถึงถึงจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์จิตศาสตร์
3. การฟื้นฟูจิตใจ หมายถึง การพยายามใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อผลที่ดีขึ้นต่อจิตใจของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทุเลาลง และมีกำลังใจดีขึ้น เช่น การทำจิตบำบัด หรือการให้คำปรึกษา
4. ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตการ ได้เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลศรีธัญญาหรือมีความบกพร่องทางจิต พฤติกรรมไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวล้มเหลว
5. ห่อผู้ป่วยแรกรับและวิกฤติ หมายถึง ตึกที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชรับใหม่จากแผนกผู้ป่วยนอก และจิตเวชฉุกเฉินทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการที่มีอายุระหว่าง 13-59 ปี ให้มีอาการสงบภายใน 15 วัน
6. ความคาดหวังของผู้ป่วย หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจผู้ป่วยและมีแนวโน้มว่าต้องการให้เป็นเช่นนั้น ภายใต้ความคาดหวัง จะมีแรงจูงใจอยู่เพื่อให้ทำตามสิ่งที่คาดหวัง
7. ครอบครัว หมายถึง ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลและมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกผู้ป่วย
8. สังคม หมายถึง คนในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่หรือมีความเกี่ยวข้องที่ต้องติดต่อสื่อสารด้วย
9. Fantasy Themes (จินตสภาวะ) หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยที่ถูกถ่ายทอดเป็นข้อความมโนภาพที่มีสีสัน และยอมรับกันในกลุ่ม
10. การสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง ขั้นตอน กระบวนการตลอดจนวิธีการถ่ายทอดสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน เชิงอารมณ์ ความรู้สึกและจิตวิทยาระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟู รักษาโดยผ่านการสนทนา

11. การสื่อสารบำบัด หมายถึง การสื่อสารโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาและทางออกโดยการพูดคุยสนทนาโต้ตอบกัน โดยมีส่วนร่วมทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วย

12. สัมพันธภาพ หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คน โดยผู้บำบัดมีจุดมุ่งหมายในการสร้างความรู้สึกที่ดีเข้าถึงจิตใจเป็นพื้นฐานที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย

13. การบำบัดทางจิต หมายถึง กิจกรรมที่เกิดจากการจากสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยแบบ ระหว่างบุคคล ได้แก่ การทักทาย รับฟังปัญหา ให้คำปรึกษา สนทนา เพื่อปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะก่อให้เกิดความช่วยเหลือประคับประคอง รักษาจิตใจของผู้ป่วย

14. การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอันเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มองเห็นปัญหาของตนเองรู้จักเข้าใจและยอมรับตนเองรวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น จนสามารถแก้ปัญหาและปรับตนไปในทิศทางที่ถูกต้อง

15. การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง ภาษาพูด และภาษาท่าทางที่แสดงออกต่อผู้ป่วยจิตเวชและมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

16. อาการที่ดีขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยพัฒนาการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นปฏิบัติตัวในโลกความเป็นจริงจนสามารถส่งคืนสู่สังคมได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นเชิงอุปมาน (Induction) คือการนำผลสรุปจากส่วนน้อยมาเป็นแนวโน้มเพื่อสรุปส่วนใหญ่ โดยผู้วิจัยสังเกตว่ากลยุทธการพูดลักษณะใดเหมาะกับพฤติกรรมใดของผู้ป่วยในสถานการณ์นั้น นำสิ่งที่เป็นผลที่ได้มาเป็นแนวทางถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้วิจัยได้พยายามรวบรวมกลยุทธการสื่อสาร เพื่อผลในการฟื้นฟูผู้ป่วย และวัดประสิทธิภาพในการสื่อสารทางการพูดของที่มีจิตบำบัดในการรักษา ซึ่งในความเป็นจริงจะมีตัวแปรหลายอย่างประกอบกัน เช่น บุคลิกของผู้ส่งและผู้รับสาร รวมทั้งสภาพแวดล้อมตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ในบริบทแตกต่างกัน จึงไม่สามารถเป็นสูตรตายตัวในการพูดคุย แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้

- ในการวิจัยครั้งนี้จะเน้นศึกษาในส่วนของผู้ส่งสาร (ทีมจิตบำบัด) ผู้รับสาร (ผู้ป่วย) และกลยุทธของสาร ที่เป็นการพูดสนทนาเป็นหลัก จะนำส่วนของอวัจนภาษามาประกอบเพียงเล็กน้อยเป็นส่วนเสริม

ข้อจำกัดทางการวิจัย

ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากทีมจิตบำบัดโดยมีความถี่ไม่เท่ากัน ส่งผลให้การสังเกตในแต่ละครั้งของวิชาชีพไม่เท่ากัน จะสังเกตจากพยาบาลในทีมจิตบำบัดเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์เชิงวิชาชีพ

1. พัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต
2. เป็นงานที่ใช้วิธีอุปมา คือ สรุปลงจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ ซึ่งผลที่วิเคราะห์ได้จะเป็นแนวทางในการนำกลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจให้เป็นรูปธรรมในทางวิชาชีพจิตเวชศาสตร์ พัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย

ประโยชน์เชิงวิชาการ

1. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางนิเทศศาสตร์ ในการประยุกต์กับศาสตร์อื่น เช่น จิตศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
2. งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาศาสตร์ในเชิงวาทวิทยา มีการศึกษาลักษณะการใช้ตนเองเป็นสื่อของศิลปะในการถ่ายทอดและศึกษาตัวสารที่พูดโดยตรง เพื่อประโยชน์ในการขยายความรู้และให้ความสำคัญกับการสื่อสารเชิงการพูดแสดงถึงพลังในการรักษาโรคทางจิตเวช อันจะก่อประโยชน์ของศาสตร์ในเชิงวาทวิทยาของเมืองไทยในภายภาคหน้า
3. เพื่อนำไปสู่การวิจัยในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชทางด้านต่าง ๆ ในอนาคต

ประโยชน์ต่อสังคม

1. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงสามารถนำกรณีศึกษาไปทำนายอาการและผลที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการตรงตามข้อมูลที่ศึกษา พร้อมกับกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อรับมือกับผู้ป่วยอย่างไม่วิตกว่าเป็นปัญหาหนัก
2. เป็นหนึ่งในโครงการที่ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างญาติผู้ดูแล และทีมจิตบำบัดในการฟื้นฟูผู้ป่วย
3. หากนำแนวทางปฏิบัติมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทางจิต โดยการนำกลยุทธ์การสื่อสารมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะฟื้นฟูสุขภาพปกติได้ดีขึ้น รวมทั้งป้องกันการกำเริบของโรคเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในสังคมแบบยั่งยืน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารทางการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช เริ่มจากศึกษาความคิดจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยรวมทั้งลักษณะอาการ จากนั้นศึกษากลยุทธ์ที่ถูกนำมาใช้ในการรักษา และนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์กับศาสตร์ทางวาทะ รวมถึงศึกษาต่อภายหลังนำไปใช้จริงในครอบครัว ซึ่งหากงานวิจัยชิ้นนี้สามารถนำไปใช้จริงได้ ย่อมเป็นโอกาสที่ให้ผู้ป่วยเหล่านั้นกลับมาทำประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมเพื่อประเทศจะได้ทรัพยากรบุคคลอันเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศกลับคืนมา

ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีทั้งศาสตร์ทางด้านวาทวิทยา จิตวิทยา การแพทย์ การพยาบาล การให้คำปรึกษาจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด มารวมกันโดยทั้งหมดมุ่งประเด็นที่การนำเอาการสื่อสารบำบัดเป็นเครื่องมือ ซึ่งกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาจึงประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในฐานะ (ผู้รับสาร)
2. แนวคิดเกี่ยวกับทีมจิตเวชในฐานะ (ผู้ส่งสาร)
3. แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
4. แนวคิดเรื่องสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด
5. แนวคิดเรื่องการแสดงอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย
6. แนวคิดเรื่องการอบรมเชิงทักษะแบบมีส่วนร่วมและวิธีการประเมินผล

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

การที่จะเข้าใจถึงกลยุทธ์การสื่อสารได้นั้นต้องเกิดจากการที่รู้ว่าผู้รับสารคือใคร มีลักษณะอย่างไร ในบริบทงานวิจัยชิ้นนี้ผู้รับสาร คือผู้ที่เป่าหมายแห่งการฟื้นฟูจิตใจ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องกล่าวถึงแนวคิดเรื่องผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันดับแรก ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยจิตเวสดังนี้

ผู้ที่มีอาการทางจิตหรือเรียกว่าผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental illness) เป็นผู้ที่มีปัญหากับสังคม หรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเอง (สมสร เชื้อหิรัญ, 2532)

การจำแนกโรคทางจิตเวชสำหรับบุคคลเป็นที่ถกเถียงกันมากระหว่าง พวกที่เห็นว่าการวินิจฉัยเป็นส่วนหนึ่งในการอธิบายความแปรปรวนทางจิตของบุคคล กับพวกที่มีความเห็นว่าการวินิจฉัยจำแนกโรคเป็นสิ่งที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่เป็นจริง และไร้ประโยชน์ เนื่องจากการวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้คงที่อยู่ตลอดเวลาโดยเฉพาะ Menninger และคณะ ได้ปฏิเสธการวินิจฉัยและการจำแนกโรค โดยมีความคิดเห็นว่า “แทนที่จะเน้นในเรื่องความแตกต่างในแต่ละชนิดของรูปแบบของการเจ็บป่วย เราควรคำนึงถึงรูปแบบของการเจ็บป่วยทั้งหมด ซึ่งยึดเอาคุณภาพของการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน และปริมาณของการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน และปริมาณของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันเป็นสำคัญ” แนวความคิดนี้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาของผู้วิจัย ซึ่งแม้จะจัดผู้ป่วยตามแบบวินิจฉัย ICD10 แต่จะมุ่งศึกษาสังเกตอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งมีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ

ความหมาย

พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ (OBSESSIVE – COMPULSIVE) หมายถึง อาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยทางจิตที่มีปัญหาในการควบคุมความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางอารมณ์ที่รุนแรง เนื่องจากได้รับความทรมานจากความคิดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ผลักดันให้ผู้ป่วยคิดหรือทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำ ๆ อย่างมีระเบียบแบบแผนโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น จนแทบจะไม่สามารถทำงานได้ แม้จะรู้ว่าเป็นความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่มีเหตุผล แต่ไม่สามารถหยุดคิดหรือทำได้

ลักษณะของพฤติกรรม

มีความวิตกกังวลสูง คิดและ/หรือมีการกระทำซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน กระทำอย่างมีระเบียบแบบแผนอย่างเคร่งครัด มีความกลัวอย่างไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยมักจะหมกมุ่นกับความคิดและการกระทำซ้ำ ๆ จนไม่สนใจกิจวัตรประจำวันของตนเอง

2. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถดถอย

ความหมาย

พฤติกรรมถดถอย (REGRESSIVE) หมายถึง การที่บุคคลให้วิธีการถดถอยกลับไปสู่พัฒนาการที่ต่ำกว่าวัยซึ่งเคยใช้ได้ผลมาแล้วในช่วงต้นของชีวิตเพื่อลดความวิตกกังวล ความขัดแย้งหรือคับข้องใจ แล้วทำให้บุคคลนั้นมีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ไม่เหมาะสมกับวัย ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ในรายที่ไม่สามารถปรับตัวได้ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ถาวรและรุนแรง

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยไม่สนใจตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แยกตัว มีความบกพร่องในการสัมพันธภาพกับผู้อื่น เมื่อถามจะตอบคำถามสั้น ๆ ได้เพียง 2-3 ประโยค สีหน้าไม่แจ่มใส มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง อาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล

3. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ความหมาย

พฤติกรรมก้าวร้าว (AGGRESSIVE) หมายถึง การแสดงออกทางด้านการพูด การกระทำ ต่อตนเอง บุคคลอื่นและ/หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เป็นผลมาจากความโกรธ ความคับข้องใจหรือการปกปิดความกลัว

ลักษณะของพฤติกรรม

สีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ เสียงดังขึ้นเรื่อย ๆ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจายาบคาย ตำนานิตีเตียน ชู้ตะคอก ทะเลาะวิวาท ชกต่อยทุบตี กระแทกกระทั้น ทำลายข้าวของ ละเมิดสิทธิของผู้อื่น หรือทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

4. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลงผิด

ความหมาย

พฤติกรรมหลงผิด (DELUSION) หมายถึง ความผิดปกติด้านความคิดหรือความเชื่อของบุคคลที่ไม่เป็นความจริงฝังแน่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่มีพื้นฐานความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรมรองรับ ความคิดและความเชื่อนั้นยากต่อการแก้ไขเปลี่ยนแปลงด้วยเหตุผลหรือการชี้แจง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นรวมถึงความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิด (CONTENT OF THOUGHT) กระแสความคิด (PROGRESSION OF THOUGHT) และรูปแบบของความคิด (FORM OF THOUGHT)

ลักษณะของพฤติกรรม

อาจแสดงออกในรูปแบบคิดว่าตัวเองเป็นใหญ่เป็นโต คิดว่าตนถูกปองร้าย คิดว่าตนเองป่วย คิดเอาเองว่ามีคนหลงรัก หรือคิดว่าตนมีบาปที่ควรถูกลงโทษ

5. ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน

ความหมาย

อาการประสาทหลอน (HALLUCINATION) หมายถึง ความผิดปกติของการรับรู้ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าจากภายนอก อาจสัมพันธ์กับเรื่องราวในอดีตหรือไม่เกี่ยวข้องกันเลยก็ได้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความจริง

ลักษณะของพฤติกรรม

เห็นภาพหลอนหรือมีอาการหูแว่ว ประสาทสัมผัสบิดเบือน

6. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง

ความหมาย

พฤติกรรมแยกตัว (WITHDRAWAL) หมายถึง การที่บุคคลหนีจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวล จนเกิดเป็นแบบพฤติกรรมที่แยกตัวจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง ส่วนใหญ่เป็นความไม่ดีของตนเองหรือคิดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง คิดว่าตนเองมีคุณค่าต่ำ เพื่อฝันหรือฝันกลางวัน มีความผิดปกติในการรับรู้ความจริง อาจจะมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน

ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการอยู่นิ่ง ๆ หรือนอน ไม่เรียกร้องขอสิ่งใด ๆ เพื่อตนเอง ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอาจมีกิริยาท่าทางแปลก ๆ มีความวิตกกังวลสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน

7. ผู้ป่วยที่รู้สึกคุณค่าของตนเองต่ำ

ความหมาย

ความรู้สึกคุณค่าของตนเองต่ำ (LOW SELF-ESTEEM) หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย ความสามารถต่ำ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยมักพูดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ความผิดบาปของตนเอง ซึมเฉยเมย แยกตัวไม่สบตา ไม่มองหน้าขณะพูด ก้มหน้า ไหล่ห่อ ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่เข้าร่วมในกิจกรรม อาจมีพฤติกรรมถดถอย รู้สึกมีปมด้อย ท้อแท้ เบื่อหน่าย และที่รุนแรงที่สุดคือ มีความคิดอยากตาย

8. ผู้ป่วยที่มีการเรียกร้องสูง

ความหมาย

พฤติกรรมการเรียกร้องสูง (DEMANDING) หมายถึง การที่บุคคลกระทำการหรือให้ผู้อื่นให้ความสนใจทำกิจกรรมให้ตนหรือช่วยเหลือตนเพื่อตอบสนองของความต้องการของตนทันที

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยจะหงุดหงิด กังวล คับข้องใจ กระสับกระส่าย ขอความช่วยเหลือบ่อยครั้ง พุดแสดงความไม่พึงพอใจในสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว มีพฤติกรรมไม่สมวัย

9. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง

ความหมาย

ความวิตกกังวล (ANXIETY) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ว่าวุ่น สับสน กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตื่นตระหนกตกใจต่อสถานการณ์หนึ่งซึ่งบอกไม่ได้ชัดเจน และคาดว่าสถานการณ์นั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและพฤติกรรม

ลักษณะของพฤติกรรม

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ โดยทั่วไปแบ่งลักษณะของพฤติกรรมตามระดับของความวิตกกังวลได้ 3 ระดับดังนี้

1. **ความวิตกกังวลระดับปานกลางหรือเล็กน้อย (MILD ANXIETY)** ความวิตกกังวลระดับนี้พบได้ในบุคคลทั่วไป มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้

2. **ความวิตกกังวลระดับสูง (SEVERE ANXIETY)** ความวิตกกังวลระดับนี้มีการเปลี่ยนแปลงในบุคคลจากปกติหลายประการ ได้แก่ ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลงจนทำให้บุคคลหมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง

สมรรถภาพการทำงานลดลงเกิดความสับสนบ่อย มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ก่อเกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและบุคคลรอบข้าง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย พุดจาชวนทะเลาะ ขาดเหตุผล ผู้ซึ่งขี้บ่น มีท่าทางตื่นกลัววุ่นวาย บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้ส่วนมากต้องการความช่วยเหลือ แต่เจ้าตัวเองจะไม่รู้สึกว่าการความช่วยเหลือ

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (PANIC ANXIETY) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุดนี้ จะไม่อาจช่วยเหลือตัวเองได้ พลังงานที่เกิดในตัวมีมากที่สุดจนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแปลกหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งในยามปกติเป็นไปไม่ได้ เช่น ตื่นกลัว ตกใจสุดขีดจนอาจกรี๊ดร้อง วิ่งหนีเตลิดอย่างไร้จุดหมาย หรือ เกิดอาการตกตะลึงแน่นิ่งหมดสติทันทีทันใดหรือพละกำบังอย่างมากมาย บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

10. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า

ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า (DEPRESSION) หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวบรวมความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในบุคคลมีความรุนแรงไม่เท่ากัน อาจแบ่งระดับความซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ

- 1. ระดับอ่อน (MILD DEPRESSION)** อาการซึมเศร้าอย่างอ่อน คือ ภาวะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่มีค่าหรือมีความหมายต่อตน หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะเหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจแต่อาการก็หายได้เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้
- 2. ระดับปานกลาง (MODERATE DEPRESSION)** คือภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้ายกระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติภาระกิจประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้
- 3. ระดับรุนแรง (SEVERE DEPRESSION)** คือ ภาวะของอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทุกอย่างไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถ

ปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเองเนื่องจากอาการหลงผิดประสาทหลอนได้

11. ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ความหมาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (ATTEMPT SUICIDE) หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดและลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วยหรือเป็นอันตราย ซึ่งถือว่าทำลายตนเองโดยตรง

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายระยะหนึ่งจะมีความรู้สึกอ้างว้าง อยากรู้อยากเห็นและอยากตายในเวลาเดียวกัน มีสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นคำพูด เช่น “ฉันไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว อยู่อย่างนี้ทรมาน เป็นภาระผู้อื่นเหลือเกิน” “มีอะไรที่ทำให้ตายแล้วไม่ทรมานบ้างไหม” เป็นต้น การพยายามฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในสภาวะซับซ้อน เช่น มีการสูญเสียอย่างกะทันหัน ว่างงาน เจ็บป่วยเรื้อรังไม่หาย

12. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ

ความหมาย

พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ (MANIPULATIVE BEHAVIOR) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งพยายามให้บุคคลอื่นกระทำตามความต้องการของตนเอง อาจโดยการใช้อำนาจหรืออิทธิพลที่เหนือกว่าควบคุมบังคับให้กระทำตามหรือโดยการหลอกล่อ เรียกร้องให้กระทำเพื่อประโยชน์ของตน

13. ผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง

ความหมาย

ภาวะหวาดระแวง (PARANOID) หมายถึง อาการผิดปกติทางจิตที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่นชัด ความหลงผิดของผู้ป่วยจะมีเหตุผลและเป็นเรื่องราว อารมณ์และพฤติกรรมจะสอดคล้องกับความหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองถูกปองร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน

ลักษณะของพฤติกรรม

ผู้ป่วยจะขาดความไว้วางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ซ้ำส่งสัย ขลาดกลัว ก้าวร้าวทำร้าย ทำลาย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่และกำลังถูกติดตาม ผู้อื่นพูดถึงแต่เรื่องราวของตนเอง ลังเลไม่แน่ใจหรืออาจจะปฏิเสธที่จะรับประทานยา ปฏิเสธที่จะไม่รับประทานอาหาร ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ แยกตัวเองออกจากสังคม อาจคิดฆ่าตัวตาย และมีประสาทหลอนร่วมด้วย

ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมและอาการที่แสดงออกของผู้ป่วยใน 1 โรค อาจประกอบด้วยหลายอาการ วิธีการรักษาลักษณะการพยาบาลและกลยุทธ์การสื่อสารทางการพูด จึงแตกต่างกันไปทั้งนี้ต้องดูที่อาการขณะนั้นเป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่าอาการที่แสดงออกมีความเหมือนและต่างกัน ผู้ป่วยบางคนอาจแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ ข้อ ดังที่กล่าวมา การจัดการกับพฤติกรรมนั้นมีทั้งความคล้ายและความต่างกัน สำหรับแนวคิดเรื่องผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการป่วยและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟู ในแต่ละลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

แนวคิดที่ 2 - แนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่ทำการบำบัด (ทีมจิตเวช) ในฐานะผู้ส่งสาร

จากแนวคิดที่ 1 ได้อธิบายเรื่องผู้ป่วยทางจิตในฐานะผู้รับสาร จากนั้นบุคคลที่สำคัญในการวิจัยอีกกลุ่มคือ ผู้บำบัดคือทีมจิตเวชในฐานะผู้ส่งสาร

ผู้ส่งสาร

ผู้ส่งสาร ก็คือ บุคคลซึ่งเป็นผู้เริ่มต้นสร้างและส่งสารไปยังผู้อื่น ซึ่งก็หมายถึงว่า ผู้ส่งสารก็คือ ผู้เริ่มต้นการสื่อสารนั่นเอง ในการสื่อสารครั้งหนึ่ง ๆ นั้น ผู้ส่งสารจะทำหน้าที่เข้ารหัส (encoding) อันเป็นการแปลสารให้อยู่ในรูปของสัญลักษณ์ที่มนุษย์คิดสร้างขึ้นแทนความคิด ได้แก่ ภาษา และอากัปกริยาท่าทางต่าง ๆ สารที่ถูกเข้ารหัสแล้วนี้จะถูกผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสารโดยผ่านทางติดต่อทางใดทางหนึ่ง

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้ นักทฤษฎีการสื่อสารมักสนใจและศึกษาบุคคลผู้ทำการสื่อสารในลักษณะที่เป็นคู่ของการสื่อสาร (Dyad Communication) ในกรณีงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้ส่งสารในฐานะผู้บำบัดจิต ประเด็นศึกษาจึงอยู่ที่บุคคลิก คุณลักษณะเฉพาะตัวซึ่งจะส่งผลถึงกลยุทธ์ที่ใช้

ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์ ชักถามเรื่องราว สนทนา ปลอดภัย ให้คำปรึกษา ซึ่งในทีมจิตบำบัด คือ ผู้ส่งสาร ในงานวิจัยชิ้นนี้ ประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้

1. **จิตแพทย์** ได้แก่ ผู้ซึ่งสำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตและควรจะได้รับ การฝึกอบรมหลังปริญญา ด้านจิตเวชศาสตร์ หรือเป็นผู้ได้รับวุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์ โดยทั่วไปจิตแพทย์จะเป็นหัวหน้าทีมการรักษา เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้รับบริการมากที่สุด อย่างไรก็ตามหัวหน้าทีมรักษาอาจเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น งานที่เน้นการรักษาจิตแพทย์อาจเป็นหัวหน้าทีมส่วนงานที่เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวชในชุมชนอาจเป็นหัวหน้าทีม ส่วนงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชในชุมชน อาจเป็นหัวหน้าทีม เป็นต้น บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของจิตแพทย์ ได้แก่

1.1 วินิจฉัยทางจิตเวช ให้การรักษาเน้นด้านการใช้ยา การรักษาทางกายอื่น ๆ และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

1.2 เน้นผู้ป่วยในการบำบัดรักษา

2. **นักจิตวิทยาคลินิก** เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์และสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทางจิตเป็นอย่างดี บทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่

2.1 วินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมโดยใช้การทดสอบทางจิตวิทยาต่าง ๆ

2.2 ทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม

3. **นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช** ต้องได้รับปริญญา ด้านสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชระดับใดระดับหนึ่ง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้บริการโดยเฉพาะสภาพสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการอย่างแท้จริง สามารถติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งสามารถค้นหาแหล่งข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี บทบาทหน้าที่ที่สำคัญได้แก่

3.1 ใช้แหล่งช่วยเหลือในชุมชนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากที่สุด

3.2 สัมภาษณ์เพื่อประเมินการให้การช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว รวมทั้งสัมภาษณ์เพื่อการบำบัดรายบุคคล ครอบครัว และกลุ่ม เพื่อวางแผนการจำหน่าย และการส่งต่อผู้รับบริการกลับชุมชน

3.3 จัดการปัญหาต่าง ๆ แทนผู้รับบริการ ในขณะที่ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.4 ติดตามการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัว

3.5 ปรับศักยภาพในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของบุคคลและกลุ่ม เช่น การบำบัดรายบุคคล การทำกลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด เป็นต้น

4. พยาบาลจิตเวช เป็นพยาบาลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาลและมีความมีความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นพิเศษ สามารถประยุกต์ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์เป็นศาสตร์ในการปฏิบัติพยาบาลและใช้ตนเองในการปฏิบัติพยาบาลได้เป็นอย่างดีรวมทั้งจะต้องเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ สามารถติดต่อสื่อสาร และประสานงานกับทีมการรักษา เพื่อการช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่

4.1 การให้พยาบาลคนทั้งคน โดยสามารถประเมินปัญหาและความต้องการรวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการทางจิตใจได้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตและสังคม

4.2 ดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษา

4.3 ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ เน้นการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถช่วยตนเองได้ตามศักยภาพ

4.4 เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ

4.5 เป็นผู้ประสานงานของทีมสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยให้การบำบัดรักษาสมบูรณ์มาที่สุด

ทั้งหมดนี้ก็คือ ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (ผู้สื่อสาร) ซึ่งหมายถึง ทีมจิตบำบัดหรือผู้ให้บริการชีฟส์ (Shives , 1990) ได้อธิบายถึงตัวแปรที่ทำให้การติดต่อสื่อสารประสบผลสำเร็จหรือไม่ โดยกล่าวว่าในด้านตัวบุคคลนั้น ได้แก่ เจตคติต่อบุคคล การรับรู้ตนเองและบุคคลอื่น พื้นฐานทางสังคมต่าง ๆ วัฒนธรรม ชนชั้นทางสังคม การศึกษา จริยธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะพูดคุย ตลอดจนความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนเมอร์เรย์ และฮุล์สคอตเทอร์ (Murray and Huelskoetter , 1991) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ ความรู้และความต้องการของบุคคล ความสนใจ แรงจูงใจและเงื่อนไขต่าง ๆ ทางสังคม รวมทั้งแบบแผนการติดต่อสื่อสาร

ซึ่งบุคคลใช้ในการติดต่อสื่อสารเป็นประจำ โดยเฉพาะพยาบาลทั้งในฐานะผู้รับและส่งข้อมูลข่าวสารกับผู้รับบริการทางจิตควรมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ

1.1 รู้จักตนเอง ผู้ส่งสาร (ผู้บำบัด) ต้องทำความเข้าใจกับความรู้สึก อารมณ์ ความต้องการของตนเอง ความรู้ ความสามารถ ความตั้งใจ การเปิดใจ ตลอดจนจุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดต่าง ๆ ของตนเอง เพื่อการตระหนักรู้และยอมรับตนเอง ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาตนเองในการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดต่อไป โดยอาจวิเคราะห์ตนเองจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้บริการเป็นระยะ ๆ รับฟังข้อคิดเห็นจากผู้ร่วมงานหรือผู้อื่น

1.2 ยอมรับผู้ส่งสาร (ผู้บำบัด) ต้องเข้าใจและยอมรับทั้งตัวผู้รับบริการและปัญหาของผู้รับบริการด้วยความจริงใจ โดยตระหนักถึงท่าทีที่ขัดแย้งต่าง ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงการสัมผัส การแสดงสีหน้า น้ำเสียง คำพูดที่แสดงถึงความขัดแย้ง คับข้องใจต่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

1.3 สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อบำบัด พฤติกรรมทุกชนิดมีความหมาย ต้องถามตัวเองเสมอว่า อะไรคือสิ่งที่ผู้รับบริการพยายามบอก ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาคำพูด หรือไม่ใช่คำพูด การเข้าใจความหมายของสิ่งที่ผู้รับบริการสื่อให้ทราบมีความสำคัญยิ่งต่อการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด

1.4 ไวต่อการรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยการฟังอย่างตั้งใจประสานสายตา ไน้มตัวไปข้างหน้า มีระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเหมาะสม คือ ประมาณ 1.5-4 ฟุต ต้องตั้งใจฟัง จับประเด็นสำคัญและใช้สติปัญญาในการพิจารณาถึงความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ

1.5 สม่่าเสมอทั้งคำพูดและการกระทำ ซึ่งนำไปสู่ความไว้วางใจต่อกัน ทำให้ผู้รับบริการมีความเชื่อถือและสามารถเปิดเผยตนเองในที่สุด

1.6 ตระหนักในภาวะวิตกกังวลของตนเอง ต้องระลึกลอยอยู่เสมอว่า ความวิตกกังวลของตัวเองส่งสาร (ผู้บำบัด) สามารถเชื่อมโยงไปยังผู้รับบริการได้เสมอ นอกจากนั้นความวิตกกังวลของผู้ส่งสาร (ผู้บำบัด) ทำให้ผู้ส่งสาร (ผู้บำบัด) มีสมาธิในการติดต่อสื่อสารน้อยลง

สรุปคุณลักษณะที่ดีของผู้บำบัดจิต หรือ ทีมจิตเวช

1. ต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสารมีศิลปะการพูด โดยเฉพาะกับผู้มีปัญหาทางจิต เพราะพฤติกรรมคำพูดทุกอย่างที่ผู้ป่วยแสดงออกล้วนมีความหมาย ที่ผู้ป่วยพยายามจะบอกผู้บำบัดต้องเข้าใจ มีไหวพริบทั้งการเป็นผู้รับ และผู้ส่งที่ดี เอื้อประโยชน์ต่อการสื่อสารบำบัด

2. เป็นแบบอย่างของพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยลอกเลียนแบบที่ถูกต้อง (Identification) บุคลากรจิตเวชทำตัวอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์และด้านความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง
3. สามารถให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้รับบริการทางจิตและครอบครัวได้
4. มีความสามารถทำงานเป็นทีม เป็นผู้นำและเป็นสมาชิกที่ดีของทีมสุขภาพและจิตเวชได้
5. สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหาพิเศษได้ เช่น ผู้รับบริการในภาวะวิกฤต เป็นต้น
6. มองโลกในแง่ดี อารมณ์ขัน
7. ต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้อื่นมีความจริงใจในการพูด และมีความน่าเชื่อถือ

ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร

อรวรรณ ปีฉัตรนโหวาท (2542) อธิบายว่า ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความสามารถหรือความเป็นผู้ชำนาญ (Competence of Expertness) และ ความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) ปัจจัยทั้ง 2 ประการนี้ ผู้รับสารต้องมองเห็น (Perceive) ว่ามีอยู่ในตัวผู้ส่งสาร ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารนี้ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ส่งสารจะประกาศให้ทุกคนทราบและได้รับการยอมรับ ความน่าเชื่อถือนี้ไม่ได้มีลักษณะโดด ๆ (Single Characteristic) เหมือนอย่างอายุ เพศ แต่ต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับสารมองเห็น รับรู้ และเชื่อ เช่นนั้น ความสามารถหรือความเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจง นอกจากความน่าเชื่อถือของผู้บำบัดที่จะโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยทำการสื่อสารด้วยนั้น ผู้สื่อสารต้องมีวาทีศิลป์และเป็นสิ่งออกมาจากจิตใจในส่วนนี้จะอยู่ที่หลัก 3 ประการในการโน้มน้าวใจ ของ อริสโตเติล

1. **ตัวผู้พูด (Ethos)** คือบุคลิกลักษณะของผู้พูด (Character) เป็นการสร้างบุคลิกลักษณะของผู้พูดที่จะทำให้ผู้ฟังเกิดความเชื่อ ความประทับใจและความศรัทธา สิ่งที่จะช่วยเสริมบุคลิกลักษณะของผู้พูดให้การพูดมีประสิทธิภาพได้นั้น คือ การมีความรู้จริงในเรื่องที่จะพูด การมีทัศนคติที่ดีต่อคนฟัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การเป็นผู้พูดที่แสดงออกถึงความเป็นผู้มีคุณธรรม

2. **อารมณ์ของผู้ฟัง (Pathos)** ผู้บำบัดจะไม่สามารถทำการบำบัดจิตได้หากไม่เข้าใจภาวะจิตใจของผู้รับสาร คือ ผู้ป่วยในขณะนั้นต้องเข้าใจสภาพอารมณ์ ซึ่งผู้บำบัดสามารถสร้างขึ้นเพื่อโน้มน้าวใจผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดต้องรู้ว่าจะใช้จุดมุ่งใจในสารตัวไหน ซึ่งอาจเป็นการจูงใจด้วยความกลัว (Fear Appeals) จูงใจโดยใช้อารมณ์ (Emotional Appeals) จูงใจโดยใช้ความโกรธ (Anger Appeals) จูงใจโดยใช้อารมณ์ขัน (Humorous Appeals) จูงใจโดยใช้รางวัล (Reward as Appeals) จูงใจโดยใช้แรงจูงใจ (Motivation Appeals) การที่จะใช้จูงใจ

เหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บำบัดแต่ละคน รวมถึงความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ความเหมาะสมของสถานการณ์

3. เหตุผลในวาทะ (Logos) ในหลายครั้งผู้บำบัดต้องชี้แจงอธิบายเหตุผลต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย เป็นการแสดงจริงอันประกอบด้วยเหตุผล (Logic) มาเสนอต่อผู้ฟัง (ผู้ป่วย) ซึ่งประกอบด้วยข้อเท็จจริง (Fact) หลักฐาน (Evidence) และเหตุผล (Reasoning)

ผู้วิจัยทำการสรุปหลัก 3 ประการของ อริสโตเติล ที่สอดคล้องกับงานวิจัยอธิบายได้ดังนี้ ผู้ส่งสารในบริบทงานวิจัยคือผู้บำบัด ต้องเป็นผู้ที่น่าเชื่อถือ มีความจริงใจและมีความรู้ในการรักษาพยาบาลจะแสดงออกเป็นบุคลิก (Ethos) ของผู้บำบัด ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ จึงจะสามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หากไม่มี Ethos ผู้ป่วยไม่เชื่อถือการบำบัดจิตก็ไม่ได้ผล และเมื่อพูดต้องดูอารมณ์ผู้ป่วย (Pathos) ธรรมชาติของอาการผู้ป่วยขณะนั้น ผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ไหน ควรพูดลักษณะใดถึงจะเข้ากับจิตใจขณะนั้น สุดท้ายคือ (Logos) หากมีบุคลิกน่าเชื่อถือการชี้แจงเหตุผล มีส่วนสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลต้องทานยา เหล่านี้ หลัก 3 ประการของ อริสโตเติล หากตัวผู้บำบัดเองมีความเข้าใจและนำไปใช้ได้ จะทำให้การโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมบางอย่างได้

แนวคิดที่ 3 แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

มาจากแนวความคิดว่า “บุคลิกภาพของคนเราพัฒนามาจากอิทธิพลของประสบการณ์ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสำคัญในอดีต อาการป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นผลมาจากความล้มเหลวในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล” ดังนั้นหลักการรักษาจึงมุ่งเน้นเรื่องมนุษยสัมพันธ์ เมื่อผู้ป่วยบอกว่าเขามีอาการป่วย งานของผู้รักษา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ปัญหา ได้สนทนาปรับมนุษยสัมพันธ์ที่บิดเบือน รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหาทางแก้ไข

เนื่องจากการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการสื่อสารที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลสองคนในระยะใกล้กัน (Dyad) ทำให้คู่สื่อสารต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากผู้ส่งสารเป็นผู้รับสารอยู่ตลอดเวลา ถ้าคนหนึ่งพูดตลอดและอีกคนหนึ่งฟังตลอด ไม่นานการสื่อสารก็จบลง (Breakdown) และถ้าการสื่อสารของทีมจิตบำบัดไม่สามารถทำให้ดำเนินต่อไปการรักษาก็ล่าช้า ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคลจะราบรื่นหรือยาวนานเพียงใดเป็นความรับผิดชอบของทั้งสองคน

วัตถุประสงค์ของการสื่อสารระหว่างบุคคลจะเป็นการทำความเข้าใจร่วมกัน (Sharing of Meaning) ถึงแม้ว่าบางครั้งวัตถุประสงค์ของการสื่อสารระหว่างบุคคลจะเป็นการแก้ปัญหา หรือ

หาสาเหตุของปัญหาแต่ว่าการสื่อสารที่เกิดขึ้นจะมีความรู้สึก (Feeling) และอารมณ์ (Emotion) เกี่ยวข้องด้วย ข้อมูลข่าวสารที่แลกเปลี่ยนกันในการสื่อสารระหว่างบุคคลมีความสำคัญมากทางจิตวิทยา กระบวนการการแปลความคิดออกมาในรูปของวัจนะและอวัจนภาษาทำให้ผู้ส่งสารคำนึงถึงความรู้สึกและ self-concept ของเขา ซึ่งผู้รับสารจะเป็นผู้เน้นความรู้สึกเช่นนั้น

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker , 1971) กล่าวว่าในการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการติดต่อระหว่างบุคคลต่อบุคคลเพื่อที่จะถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารไม่เข้าใจก็สามารถซักถามเพิ่มเติมจากแหล่งสารได้ทันที ส่วนผู้ส่งสารก็สามารถปรับปรุงแก้ไขสารที่ส่งออกไปให้เข้ากับความต้องการ และความเข้าใจของผู้รับสารได้ในเวลาอันรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ ซึ่งมีผลอย่างยิ่งต่อการรักษา เช่น การหาข้อมูลในตัวผู้ป่วยจิตเวช

ในงานวิจัยชิ้นนี้การสื่อสารระหว่างบุคคลนำมาใช้เป็นกรอบอ้างอิงหลัก ในการวิเคราะห์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย เพราะเป็นการศึกษาการสื่อสารตามแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและญาติกับผู้ป่วย ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ลักษณะการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอันดับแรก ก่อนจะไปดูในเรื่องสัมพันธภาพที่จะนำเสนอต่อไป

แนวคิดที่ 4 แนวคิดเรื่องสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด

การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่จะทำการบำบัดรักษา ซึ่งการที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยให้ได้ก่อน จึงจะเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยได้

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ฮอฟลิง ลีนิงเจอร์ และ เบอร์ก์ (Hofling, Leininger and Bregg 1967 : 31) ให้ความหมายของสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Nurse-Patient Relationship) ว่า หมายถึง การที่บุคคลสองคน บุคคลหนึ่งเป็นบุคลากรทางวิชาชีพ (พยาบาล) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถที่จะช่วยบรรเทาความไม่สบายต่าง ๆ ของผู้อื่น และอีกบุคคลหนึ่ง (ผู้ป่วย) ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการแสวงหาความผ่อนคลายจากสภาพที่เป็นอยู่ ได้มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) กัน โดยพยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ และทักษะทางวิชาชีพให้เป็นประโยชน์สำหรับช่วยให้ร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ดี และช่วยให้เกิดความเข้าใจ ความเกี่ยวข้องและการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันด้วย

ทัศน (2528) อธิบายว่า “สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดยธรรมชาติ คือการบำบัดทุกข์หรือปัญหาผู้รับบริการ ในการพยาบาลจิตเวช สัมพันธภาพเน้นที่จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยพิจารณาจากความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก โดยผู้ให้บริการยังต้องใช้ตนเองเป็นสื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วย สัมพันธภาพในลักษณะเช่นนี้เรียกว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต (Therapeutic nurse-patient Relationship in Psychiatric Care) หรือรู้จักในชื่อ “สัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ (Helping Relationship)”

บุญวดี (2528) ได้สรุปลักษณะกว้าง ๆ ของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังนี้ คือ

1. เป็นการติดต่อสื่อสารชนิดสองทางระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ
2. เป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีการติดต่อเป็นระยะตามขั้นตอน โดยมีหลักการและวัตถุประสงค์ชัดเจน
3. มีความเข้าใจจุดประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพตรงนั้น ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ
4. มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัดรักษา
5. พยาบาลมีเจตคติที่ดี สนใจและต้องการดูแลผู้รับบริการโดยแท้จริง

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลคือ พยาบาลและผู้รับบริการทางจิต โดยพยาบาลต้องนำความรู้ทักษะทางวิชาชีพ ตลอดจนการใช้ตนเองเพื่อเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ลักษณะสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1. มีสายใยสัมพันธ์หรือความเข้ากันได้ (Rapport) สัมพันธภาพเริ่มด้วยความสามารถสร้างสายใยสัมพันธ์ มีความเข้ากันได้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ผู้รับบริการจะรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนั้น บิร์คเฮด (Birckhead, 1989) ได้อธิบายว่าการสร้างความรู้สึกอบอุ่นในขณะที่ติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด พยาบาลควรใช้น้ำเสียง สายตา ท่าทาง การสัมผัสที่นุ่มนวล สุภาพเป็นกันเองแสดงถึงความเมตตา เอื้ออาทร (Caring) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ลดความวิตกกังวลลง

2. มีความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะไม่สามารถเปิดเผยตนเองหรือให้ข้อมูลสำคัญๆ ของตนได้จนกว่าจะเชื่อมั่นในพยาบาล และเชื่อว่าพยาบาลจะมั่นคงในการปฏิบัติ นั้นต่อ ๆ ไป โดยเฉพาะการรักษาความลับหรือข้อมูลที่เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย บางครั้งผู้รับบริการทาง

จิตซึ่งมีประวัติไม่ไว้วางใจใคร ต่อต้าน ขาดความรัก อาจจะคอยสังเกตจับผิดพยาบาล หรือทดสอบพยาบาลว่าตั้งใจที่จะช่วยเหลือ หรือจริงใจอย่างแท้จริงหรือไม่ก็ได้พยาบาลจะต้องรักษาคำพูด และมีความสม่ำเสมอทั้งคำพูดและการกระทำ

3. เอาใจใส่และยอมรับ โดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional Positive and Acceptance) เมอร์เรย์และฮุเอลส์คอกทเทอร์ (Murray and Huelskoetter, 1991) กล่าวว่าหากพยาบาลมีความตั้งใจที่จะให้บรรลุถึงความรู้สึกเหล่านี้ พยาบาลต้องเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย

4. การเข้าใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Empathy) “Empathy” แบริร์รี่ (Barry, 1989) กล่าวว่า การเข้าใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นที่เอื้อประโยชน์ต่อการสร้างสัมพันธภาพ การเข้าใจตามการรับรู้หมายถึง การที่พยาบาล “ยืม” (Borrow) ความรู้สึกของผู้ป่วยมาเท่านั้น เพื่อที่จะทำความเข้าใจและความรู้สึกเหล่านั้น แต่พยาบาลจะตระหนักอยู่เสมอว่าความรู้สึกนั้นเป็นของผู้ป่วย ส่วนเมอร์เรย์และฮุเอลส์คอกทเทอร์ (Murray and Huelskoetter, 1991) อธิบายว่า การเข้าใจตามการรับรู้เป็นความสามารถที่จะเข้าใจโลกส่วนตัวของผู้ป่วย ราวกับว่าพยาบาลได้พบกับสิ่งนั่นเอง ต่างจากการเห็นใจซึ่งหมายถึงการที่พยาบาลสูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง และนำความรู้สึกของผู้บริการไปแทนที่ความรู้สึกของตน

5. มีการติดต่อสื่อสารที่มีจุดประสงค์ (Purposeful Communication) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจะต้องมีจุดประสงค์ การรับฟังข้อมูลข่าวสารทั้งหมดของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ จุดประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพัฒนา ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และจะต้องเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

6. มีการถ่ายโอนความรู้สึก (Transferee) การถ่ายโอนความรู้สึกเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยทดแทนความรู้สึกที่มีต่อผู้ที่มีความหมายสำหรับตนเองไปสู่พยาบาล เสมือนหนึ่งพยาบาลเป็นบุคคลคนนั้น

7. มีการกำหนดหรือตั้งเป้าหมาย (Goal formulation) การตั้งเป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการกำหนดความมุ่งหวังที่พยาบาลต้องการให้มีขึ้นและผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้วย เมื่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก้าวหน้ามากขึ้น ปัญหาและความต้องการต่าง ๆ จะได้นำมาพิจารณาร่วมกัน เช่น เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง ลดความวิตกกังวล

8. การมีอารมณ์ขัน (Humor) การมีอารมณ์ขันมีจุดประสงค์เพื่อลดความกดดันความวิตกกังวลหรือความโกรธและลดความท้อใจในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด บางครั้งทั้งพยาบาลและผู้ป่วยอาจเผชิญกับความตึงเครียด อารมณ์ขันอาจช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดดังกล่าวได้บ้าง อย่างไรก็ตามการใช้อารมณ์ขันในสถานการณ์ต่าง ๆ พยาบาลต้องพิจารณาตามกาลเทศะด้วย การใช้อารมณ์ขันโดยไม่คำนึงถึงกาลเทศะอาจมีผลเสียตามมา เช่น ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกว่าคุณพยาบาลไม่เข้าใจความทุกข์ของตน หรือรู้สึกถูกดูแคลนเห็นความทุกข์ของตนเป็นเรื่องขบขัน

กล่าวโดยสรุปคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะต้องเริ่มด้วยความรู้สึกหรือเจตคติที่ดีของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตและปัญหาทางจิตเวช (Birckhead, 1989 ; Barry, 1989) เนื่องจากความรู้สึกหรือเจตคติเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลกระทำบทบาททางการพยาบาลด้วยตนเอง ไม่ใช้การฝืนใจหรือกระทำเพราะเป็นหน้าที่การงาน ความรู้สึกและเจตคติที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยในทางบวก เป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Birckhead, 1989) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้นบรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ

การเข้าถึงและการสร้างสัมพันธภาพ ในการวิจัยนี้จึงหมายถึง การยินยอมรับการบำบัดโดยรวมมือและเต็มใจซึ่งทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงผู้ป่วย การรับรู้ปัญหาและปรับใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ของวิธีการสื่อสารเพื่อประโยชน์ในการรักษา

การสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด Therapeutic Communication

(Murray and Huelskoetter, 1991) กล่าวว่า การสื่อสารบำบัด ต้องมีวัตถุประสงค์การบำบัดที่ชัดเจน และผู้บำบัดกับผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร

ส่วน บิรัคเฮด (Birckhead, 1989) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นการติดต่อสื่อสารที่เน้นความคิดความรู้สึก พฤติกรรม ความขัดแย้ง และความคับข้องใจของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย โดยมีสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเป็นพื้นฐานในการติดต่อสื่อสาร

องค์ประกอบของกระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนกว่าการติดต่อสื่อสารในสังคมทั่วไป โดยเฉพาะบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดจะต้องมีความเข้าใจลักษณะการดำรงชีวิตของคนทั้งคน (Holistical human being) เป็นพื้นฐาน นอกจากนั้นทั้งสองฝ่ายจะต้องใส่ใจต่อความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ค่านิยม

ความเชื่อ จุดเด่น จุดด้อย ทักษะความสามารถและข้อจำกัดของกันและกัน นั่นคือการเปิดเผยตนเอง เพื่อนำไปสู่กระบวนการบำบัดช่วยเหลือผู้รับบริการเป็นเป้าหมายสำคัญ ดังนั้นองค์ประกอบของกระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัด จึงเน้นทั้งผู้รับและผู้ส่งข่าวสาร ข่าวสาร วิธีการและผลของการติดต่อสื่อสาร

การสนทนากับผู้ป่วยด้วยการสื่อสารบำบัด

การสนทนากับผู้ป่วยด้วยกลยุทธ์การสื่อสารบำบัด การสื่อสารบำบัด (Therapeutic communication) เป็นวิธีการสื่อสารที่ใช้โดยมีวัตถุประสงค์จะช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ปัญหาที่มีทางออกของปัญหาในแนวใหม่ และช่วยเพิ่มพลังความเข้มแข็งทางจิตใจในการต่อสู้กับสถานการณ์ต่างๆ ของชีวิต

โดยปกติการสนทนาของผู้บำบัดต่อผู้ป่วยในทุกประเภทของกิจกรรมการรักษายจะใช้กลยุทธ์การสื่อสารบำบัดทั้งนั้น แต่อาจจะมีควมมากน้อยต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และความสามารถในการใช้เทคนิคประเภทนี้ เนื่องจากสภาพปัญหาส่วนใหญ่ที่เผชิญอยู่นั้นมักจะเกี่ยวข้องกับ ผลสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการสื่อสารของบุคคลเกือบทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารภายใน ตัวบุคคล เช่น การรับรู้ การเข้าใจ การแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และการสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น การพูด และการฟัง การเปิดเผยตนเอง การทำความเข้าใจให้กระจ่าง และตรงกัน การสื่อสารเพื่อความไว้วางใจต่อกัน เป็นต้น ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องรู้เทคนิคการสนทนากับผู้ป่วยในลักษณะการสื่อสารบำบัด ซึ่งมีแนวปฏิบัติบางประการดังนี้

1. สนใจกับเรื่อง que ผู้ป่วยพูดอยู่ตลอดเวลา
2. ระหว่างการพูดคุย สังเกตน้ำเสียง อากัปกริยา ท่าทางของผู้ป่วย ตลอดจนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ เพื่อนำมาประกอบการเข้าใจ
3. โต้ตอบการพูดคุยด้วยความจริงใจในท่าทางที่ให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย
4. นำการสนทนาด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มพูดคุยในสิ่งที่ผู้ป่วยมีจิตกังวลหรืออึดอัดมาก่อน และกระตุ้นให้มีการสนทนาอย่างต่อเนื่อง
5. ใช้ภาษาง่าย ๆ มีความหมายชัดเจนและเลือกใช้คำพูดที่จะทำให้เกิดการเข้าใจตรงกัน

6. การแปลความหมายคำพูด ควรยึดหลักการตรวจสอบกับผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน
7. พยายามใช้คำพูดและท่าทางที่ส่งเสริมกำลังใจ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
8. หลีกเลี่ยง และระมัดระวังคำพูดบางประเภทที่ไม่เหมาะกับการบำบัด เช่น การพูดในเชิงบังคับ การพูดให้ผู้ป่วยจนมุม การพูดที่แสดงถึงการอยากรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป การตั้งคำถามหลายคำถามในเวลาเดียวกัน การเปลี่ยนเรื่องที่กำลังพูดค้างอยู่ เป็นต้น

จะเห็นว่าการสื่อสารบำบัดถือเป็นหัวใจหลักของงานวิจัยชิ้นนี้ เพราะไม่ว่าการสื่อสารจะเกิดขึ้นในลักษณะใด เช่น การสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัด (Interpersonal Therapy) หรือครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ล้วนใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือทั้งสิ้น

การสร้างสารเพื่อการสื่อสารในการบำบัดผู้ป่วย

การสื่อสารเพื่อการบำบัด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยความคิดและความรู้สึกได้โดยรู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม ความคิดและความรู้สึกของตนเอง นำไปสู่การรู้จักตนเอง และพัฒนาตนเองได้ในที่สุด ต้องเรียนรู้กลยุทธการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการทางจิต เพื่อตอบสนองเป้าหมายข้างต้น กลยุทธการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเสมือนเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้รับบริการทางจิต จึงต้องเลือกกลยุทธการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาในขณะสนทนากับผู้รับบริการ

อย่างไรก็ตาม กลยุทธการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดจะมีประสิทธิภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถและทักษะในการใช้เทคนิคการติดต่อสื่อสาร ความเหมาะสมกับกาลเทศะ และบุคคลในขณะนั้น โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก

การสื่อสารเพื่อการทำจิตบำบัดและการให้คำปรึกษา

การสื่อสารบำบัด เป็นการนำเอา การสื่อสาร รวมเข้ากับวิธีการสร้างมนุษย์สัมพันธ์และวิธีการให้คำปรึกษา โดยประยุกต์เอาทฤษฎีต่าง ๆ เช่น การทำจิตบำบัดมาใช้ เพื่อให้การสื่อสารเป็นตัวกลางสำคัญในอันที่จะทำให้ขั้นตอนทุกอย่างบรรลุผล และเป็นเครื่องมือของการบำบัดผู้ป่วย

การสื่อสารบำบัดในงานวิจัยชิ้นนี้เกี่ยวข้องกับการทำจิตบำบัดโดย จิตบำบัด คือ การรักษาชนิดหนึ่ง โดยวิธีทางจิตใจไม่รวมการศึกษาทางกายและทางยาในการรักษาชนิดนี้ ผู้บำบัดจะใช้การพูดกับผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ โดยที่ผู้รักษามีเจตนาที่จะสร้างความสัมพันธ์หรือมนุษย์สัมพันธ์กับผู้ป่วย แนวคิดเรื่องจิตบำบัดนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อรุณ ภาคสุวรรณ (2520:769) ให้ความเห็นว่าจิตบำบัดไม่ใช่ของใหม่ มีผู้ใช้มาหลายพันปีแล้ว ตั้งแต่สมัยพุทธกาล การทำจิตบำบัด คือ การพูดคุย ให้คำปรึกษา ซึ่งแนะแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจให้รู้สึกสบายขึ้น ลดอาการทางจิตที่เป็นอยู่ลง เช่นเดียวกับสมภพ เรื่องตระกูล (2523: 231) กล่าวว่าจิตบำบัด คือ การรักษาความผิดปกติทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย หรือบางครั้งอาจจะใช้การติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดก็ได้ ซึ่งสุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล (2527:67) ให้ความเห็นว่าจิตบำบัดเป็นวิธีการที่ใช้ในการรักษาอาการทางจิตใจ หรือความผิดปกติทางพฤติกรรมให้อยู่ภายใต้การควบคุมได้ โดยอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา สอดคล้องกับวอลเบิร์ก (Wolberg, 1954 : 3) ที่กล่าวไว้ว่า จิตบำบัดเป็นวิธีการช่วยเหลือ ผู้ที่มีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ เพื่อลดอาการที่ผู้ป่วยมีอยู่

หลักการทำจิตบำบัดนั้นผู้วิจัยขอเสนอการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพราะเป็นวิธีส่วนใหญ่ที่ทีมจิตบำบัดใช้ (จำลอง ดิษยาวณิช, 2522) ได้เสนอวิธีบำบัดชนิดนี้ไว้ 2 วิธี คือ

1. การประคับประคองชนิดดัดระดับ (Suppressive Therapy) คือการให้มีอาการเจ็บ อารมณ์ หรือกดระดับประกอบด้วยการจูงใจ (Suggestion) แนะนำให้ผู้ป่วยมีความคิดตรงไปตรงมาเชื่อว่าความไม่สบายใจเหล่านั้นสามารถบรรเทาอาการลงได้ หรือวิธีการชักชวน (Persuasion) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตัวเองให้รู้จักควบคุมวิถีชีวิตอย่างมีเหตุผล วอลเบิร์ก (L.R. Wolberg, 1967) พบว่าผู้ที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำบางรายได้รับผลดีจากวิธีการจูงใจ เพื่อให้มั่นใจว่าเขาจะมีอาการดีขึ้น สุดท้ายคือการปลอบใจ (Reassurance) เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะจัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง

2. การประคับประคองชนิดระบาย (Expressive Therapy) ให้ผู้ป่วยได้แสดงออกโดยใช้คำพูด รู้จักแยกแยะปัญหา การปลดปล่อยอารมณ์ การทำให้เกิดความคุ้นเคยกับอาการ เช่น การ

ระบายอารมณ์ (Ventilation Or Catharsis) ให้สิ่งที่ถูกกดดันถูกแสดงออกอย่างอิสระและเต็มที่ ทั้งเรื่องที่ไม่สบายใจ วิตกกังวล ละอายใจ สำนึกผิด โกรธแค้น อาฆาต ซึมเศร้า เบื่อตัวเอง และทุก ๆ เรื่อง วิธีการนี้จะทำให้ความไม่สบายใจที่เก็บสะสมได้ถูกระบายออก และเมื่อเกิดความเคยชินกับการระบายความคับคองใจที่ปวดร้าวทรมานเหล่านั้นจิตใจจะสงบมากขึ้นเป็นการลดความไวเร็ว (Desensitization) หรือการที่ผู้รักษานำผู้ป่วยเข้าไปในเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ร้ายแรง โดยค่อย ๆ ให้คิดถึงทีละน้อยจนเมื่อถึงจุดสำคัญที่ก่อให้เกิดควทสะเทือนใจผู้ป่วยก็จะระบายอารมณ์ที่รุนแรง (Abreaction) อารมณ์ต่างๆก็จะบรรเทาไปเอง

ในงานวิจัยขึ้นนี้การทำจิตบำบัดในลักษณะที่ทีมจิตบำบัดจะใช้จะอยู่ในรูปการสนทนา แต่ละส่วนจะมีทั้งการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองหรือให้ระบาย ต้องมีคำพูดที่จะนำไปสู่สิ่งเหล่านั้น แนวคิดนี้จึงมาอธิบายว่าการสนทนาลักษณะที่ทำจิตบำบัดเป็นแบบใด กลยุทธ์ที่ใช้มีอะไรบ้าง และต้องสื่อสารอย่างไร เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาเชิงจิตบำบัดหรือเป็นเชิงให้คำปรึกษา โดยส่วนการให้คำปรึกษาจะมีวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่แตกต่างกันอันจะนำเสนอ ดังนี้

หลักการให้การปรึกษา

1. การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน และมีการใช้ทักษะที่เหมาะสม
2. การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้รับการปรึกษา เกิด
 - 2.1 การเข้าใจตนเอง ผู้อื่น ปัญหาและความจริงของชีวิต
 - 2.2 การเรียนรู้ในการตัดสินใจ การเผชิญและจัดการปัญหา การควบคุมตนเอง และอื่นๆ
 - 2.3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เกิดประโยชน์แก่ตนเองและสังคม
3. การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ต้องอยู่กับปัจจุบัน
4. การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ไม่สร้างความหวังผิด ๆ ให้กับผู้รับการปรึกษา

กระบวนการให้การปรึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสนทนาด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายในเรื่องทั่ว ๆ ไป ใช้เวลาสั้น ๆ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสบายใจ ผ่อนคลาย ลดความตื่นเต้น และความอึดอัดใจ กล่าวเปิดเผยปัญหาและยินดีรับความช่วยเหลือ

การตกลงบริการ

การตกลงบริการเป็นการทำความเข้าใจในกระบวนการให้การศึกษาระหว่างผู้ให้กับผู้รับ การศึกษา เพื่อให้รับรู้ตรงกันในเรื่องบทบาท วิธีปฏิบัติและวัตถุประสงค์ ตลอดจนทำให้เกิดความพร้อมที่จะร่วมมือกันในการให้การศึกษ

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจทำความเข้าใจปัญหา

การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษได้สำรวจทบทวนความคิด และความรู้สึกของตนเอง จนสามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองและเกิดความเข้าใจในตนเอง และทำให้ผู้ให้และผู้รับการศึกษเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาตรงกัน

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา

การวางแผนแก้ปัญหาเป็นการช่วยให้ผู้รับการศึกษ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการแก้ปัญหา และสามารถเลือกทางออกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาได้

1. การพิจารณาทางเลือก (Logical Consequence) ในกรณีที่ผู้รับการศึกษต้องตัดสินใจ
2. การให้ข้อมูล เมื่อผู้รับการศึกษไม่รู้และจำเป็นต้องรู้
3. การให้คำแนะนำและเสนอแนวทาง เมื่อผู้รับการศึกษถึงทางตัน
4. การให้กำลังใจ เมื่อผู้รับการศึกษมีปัญหาอารมณ์ ความรู้สึก
5. การสรุปความ เพื่อให้ผู้รับการศึกษเห็นภาพทั้งหมด และชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติและติดตามผล

การปฏิบัติและติดตามผล เพื่อให้ผู้รับการศึกษสามารถดำเนินการตามแผนการที่กำหนด จนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

เนื่องจากการให้กำลังใจ เป็นพลังทางจิตอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ที่ได้รับ สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ และประสบความสำเร็จ ผู้ที่มีกำลังใจดี เหมือนกับว่าได้ทำงานสำเร็จไปแล้วครั้งหนึ่ง ดังนั้นทักษะการให้กำลังใจ จึงเป็นทักษะที่มีความสำคัญทักษะหนึ่ง จึงได้นำรายละเอียด และขั้นตอนมากล่าวให้ทราบดังนี้

ทักษะในการให้กำลังใจ หมายถึง การเสริมความกล้า ความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้การแก้ไขสาเหตุดำเนินต่อไปได้ มักทำเมื่ออารมณ์ ความรู้สึกสงบลงบ้างแล้ว เช่น โกรธ น้อยลง เศร้าโศกน้อยลง มิฉะนั้นการให้กำลังใจจะไม่เกิดผล เนื่องจากผู้รับบริการยังไม่พร้อมที่จะรับการเสริมกำลังใจ ทักษะการให้กำลังใจต้องอิงอยู่บนศักยภาพของผู้รับบริการ ไม่ใช่มาจากผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการปลอบใจแบบสังคมทั่วไป การให้กำลังใจประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การสะท้อนความรู้สึกเป็นขั้นตอน ที่ทำให้ความรู้สึกที่รบกวนผู้รับบริการผ่อนคลายลง ซึ่งจะกระทำเมื่อสังเกตเห็นผู้รับบริการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาอย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็น คำพูดหรือท่าทาง การสะท้อนความรู้สึกอาจทำซ้ำได้หลายครั้งจนกว่าจะแน่ใจว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกผ่อนคลายและสงบลงมาก

2. การสำรวจศักยภาพ เมื่อผู้รับบริการอารมณ์สงบลงบ้างแล้ว ก็สามารถค้นหาศักยภาพ โดยการค้นหาพฤติกรรมที่เป็นไปในทางบวกของผู้รับบริการนั้นว่ามีแรงจูงใจมาอย่างไร โดยใช้ประโยคที่ขัดแย้งว่า “ทั้ง ๆ ที่คุณรู้สึก..... (ลบ)แต่ อะไรทำให้คุณยังมี.....(พฤติกรรมบวก)..... “หรือ” ถึงแม้คุณจะ.....(รู้สึกลบ)เพราะอะไรคุณยังมี.....(พฤติกรรมบวก) “เช่น ทั้ง ๆ ที่คุณรู้สึกน้อยใจว่าเขาไม่สนใจแต่ทำอะไรทำให้คุณตั้งใจดูแลลูกอย่างดี” ผู้รับบริการอาจจะตอบว่า “เพราะลูกไม่ได้มีความผิดและดิฉันก็รักลูก”

3. การให้กำลังใจเป็นการเอาคำตอบจากขั้นตอนที่สอง ซึ่งเป็นการบอกถึงศักยภาพของผู้รับบริการในการแก้ไขปัญหา หรือดำรงพฤติกรรมบวกของเขาไว้ได้มาแสดงความชื่นชม เพื่อให้พฤติกรรมบวกนั้นดำรงอยู่ต่อไปด้วยความภาคภูมิใจและเกิดความมั่นใจว่าผู้รับบริการเองก็มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาด้วย เช่น ถ้าผู้รับบริการตอบว่า “คุณเป็นคนดีรู้จักแยกแยะเหตุผล (เพราะรู้ว่าความผิดไม่ได้อยู่ที่ลูก) และก็เป็นแม่ที่ดีด้วย (ที่รักลูก) ถ้าลูกคุณทราบถึงความคิดของคุณคงจะดีใจที่มีแม่อย่างคุณ”

การชื่นชมทำได้หลายแบบ อาจชื่นชมในฐานะผู้รับรู้แรงจูงใจที่ทำให้ดำรงพฤติกรรมบวก (รู้จักแยกแยะเหตุผล แม่ที่ดี) หรืออาจชื่นชมในฐานะที่บุคคลที่มีความหมายต่อผู้รับบริการ (ถ้าลูกคุณทราบ) หรืออาจทำพร้อมกันทั้งสองวิธีก็ได้

จะเห็นได้ว่าการสนทนาที่เป็นเชิงให้คำปรึกษาจะมีขั้นตอนชัดเจน การฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจะต้องดูว่าเมื่อใดควรทำจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษา ซึ่งทำในครั้งเดียวกัน ลักษณะนี้จะเป็นความรู้ที่ใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนา

การที่ผู้วิจัยเสนอแนวคิดการสื่อสารบำบัดจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาเพื่อให้เห็นภาพรวมถึงการสื่อสารทางการพูดที่ใช้ในแต่ละแนวคิด เพื่อให้เข้าใจจึงขอยกทฤษฎีทางนิเทศศาสตร์มาประกอบเพื่อศึกษากลยุทธ์สื่อสารที่ทีมจิตบำบัดใช้ ซึ่งมีทฤษฎีในการวิเคราะห์ดังนี้

ทฤษฎีทางนิเทศศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย

● ทฤษฎี Communication Accommodation Theory

(Gile & Wiemann, 1987) กล่าวว่าในการสื่อสารนั้นบุคคลมีแนวโน้มว่าจะปรับรูปแบบการสื่อสารให้คล้ายกับคู่สื่อสาร เพื่อให้ได้รับการยอมรับในลักษณะนี้เรียกว่ากลยุทธ์เชิงลู่เข้า (Convergence Strategies) แต่เมื่อใดที่คู่สื่อสารไม่มีอิทธิพลต่อเราหรืออาจเป็นไปได้ว่าเรามีอิทธิพลเหนือกว่าจะปรับเป็นกลยุทธ์เชิงลู่ออก (Divergence Strategies) ในการพูดเชิงลู่เข้านั้นยังมีความต้องการยอมรับ และให้ผู้อื่นพึงพอใจเท่าไร ยังมีแนวโน้มอย่างยิ่งที่จะใช้กลยุทธ์นี้ แต่เมื่อใดก็ตามที่ต้องการให้ผู้อื่นปรับเข้าหาตัวเราอาจเป็นเพราะความเป็นชาตินิยม หรือภูมิใจในตัวเองสูง จะใช้การพูดเชิงลู่ออก ซึ่งวิธีนี้นำมาอธิบายได้ว่า ทำไมผู้ป่วยมักจะพูดเสียงดังข่มขู่ผู้อื่นตลอดเวลา ซึ่งในกรณีนี้การรับมือคือ ใช้กลยุทธ์เชิงลู่ออก ต้องไม่เสียงดังตามผู้ป่วย แล้วเขาจะปรับเข้าหาพฤติกรรมที่ถูกต้องเอง

● ทฤษฎี Compliance-gaining techniques เป็นกลยุทธ์ของการสัญญาว่าจะให้รางวัลหรือลงโทษ การสร้างความรู้สึกทางบวกและลบภายในจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางพฤติกรรมของสกินเนอร์ (B.F. Skinner) ที่เชื่อว่าตัวเสริมแรง (Reinforcing) การให้รางวัลกับพฤติกรรมที่ถูกต้องจะนำไปสู่การเรียนรู้ และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มากขึ้น วิธีนี้ เช่น เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำขออาจพาผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้านหรือ เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยงานบ้านจะได้รับคำชม และกำลังใจขึ้น ผู้ป่วยก็จะทำสิ่งที่ดี นั่นคือ ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ (Learning-theory) นั้นเอง

แนวคิดทางนิเทศศาสตร์อีกอย่างหนึ่งที่จะเสนอท้ายสุดก่อนจะขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือ แนวคิดเรื่องจินตสภาวะ Fantasy Themes

● Fantasy Themes

แบบจำลองโลกคือละคร เพื่อบรรยายภาพรวมของชีวิตผู้ป่วย การดำรงชีวิตในโรงพยาบาล ความคาดหวังต่อชีวิต มนุษย์ไม่สามารถเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ของสังคม

ได้ เว้นแต่เราจะมองมันเป็นเรื่องเล่า (Narrative) ลักษณะการสร้างเหตุการณ์ให้เป็นละคร โดยการสื่อสารให้ดูเหมือนละคร และผลต่อการสื่อสารในลักษณะนี้ มีดังนี้คือ

องค์ประกอบคือ ฉาก (Scene) , ตัวละคร (Characters) ซึ่งเราสามารถแบ่งเป็นฝ่าย ธรรมชาติและผู้ช่วย ซึ่งตรงข้ามกับฝ่ายธรรมชาติและผู้ร้าย เนื้อเรื่อง (Plot) เช่นคนที่อ่อนแอถูกรังแกโดยคนที่แข็งแรงกว่า

Fantasy Themes หมายถึงจินตสภาวะ คือ ความคิดที่ถูกถ่ายทอดเป็นข้อความในภาพ ในงานวิจัยใช้ทฤษฎีนี้เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วย พรรณนาให้เห็นภาพภายในจิตใจ คือ ความคิด ความรู้สึกที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจของพวกเขาและจะถูกขุดค้นขึ้นได้จากการค้นหาแก่นเรื่อง (Theme) ที่เล่าออกมาเป็นเรื่องราวจินตนาการในกลุ่มผู้ป่วยซึ่ง ประกอบด้วยการนำเอา

บทบาท	- Dramatic Personae
เค้าโครงเรื่อง	- Plotline
สถานการณ์	- Scene
แรงบันดาลใจ	- Sanctioning Agent
ความหมายเชิงอุปมา	- Master Analogue

บทบาท Dramatic Personae

เป็นตัวกำหนดคุณลักษณะ Character ที่ทำให้ตัวละครมีชีวิต จินตสภาวะจะวาดตัวเอก (Heroes) ผู้ร้าย (Villains) และตัวประกอบ (Supporting Players) พรรณนาลักษณะให้เห็นภาพ กำหนดแรงจูงใจในการกระทำ (Assign Motives to Their Actions) หรือการแสดงออกทาง พฤติกรรม และกำหนดสถานที่ให้กับตัวละคร (บุคคลที่ถูกนำมากล่าวถึง) จินตสภาวะที่ผู้ส่งสาร แสดงออกมาสะท้อนวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Rhetorical Visions) ทั้งหมดของคุณลักษณะของบุคคล

เค้าโครงเรื่อง (Plot line) คือ ความคิดที่แสดงด้วยพฤติกรรมของบุคคล

สถานที่ (Scene) ให้รายละเอียดเกี่ยวกับบริเวณที่เกิดเหตุการณ์

แรงบันดาลใจ (Sanctioning Agents) เป็นสิ่งที่แสดงวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Rhetorical Visions) ออกมาและเป็นที่ยอมรับได้ บางครั้งแรงบันดาลใจที่พบคือ อิศราภาพ ความสุข ความอบอุ่น

ความหมายเชิงอุปมา (Master Analogue) อธิบายปรากฏการณ์นั้นอาจมีจินตสภาวะเกิดขึ้นได้ หลาย ๆ คำซึ่งในแต่ละวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Rhetorical Vision) นั้นอาจสะท้อนมุ่งเน้นด้านต่าง ๆ

Symbolic Cue

เป็นรหัสเฉพาะ (Code Word) วลี (Phrase) สโลแกน (Slogan) อวัจนภาษา เป็นสัญลักษณ์นำหรือจุดชนวนอารมณ์ สื่อความหมายในการร่วมกันสร้างในภาพในใจ (Shared Fantasies) ของสมาชิกผู้ร่วมสนทนาได้

สำหรับแนวคิด Fantasy Themes ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นแบบคำถามในการให้เล่าเรื่อง และคิดค้นคำแสดงความหมายกันในกลุ่ม เพื่อค้นหาในภาพภายในใจจากมุมมองของผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำคัญ

งานวิจัยชิ้นนี้หากสามารถขุดค้นความคิดที่ถ่ายทอดข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะของผู้ป่วยได้จะสามารถทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึกคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะนำมาใช้เป็นแรงจูงใจในการรักษา และนำวิสัยทัศน์ร่วมกันของผู้ป่วยนั้นมาบอกกับครอบครัว สังคม ชุมชน ให้เกิดความเข้าใจในตัวของผู้ป่วย ซึ่งจะเข้าใจลึกซึ้งกว่า เพียงการใช้แบบสอบถาม

แนวคิดที่ 5 การแสดงอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์

ญาติซึ่งคอยดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องคอยสังเกตอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้น คือ มีความรู้ตัวว่าขณะนั้นเรากำลังรู้สึกอย่างไรเมื่อมีสิ่งต่าง ๆ มากกระทบ การหมั่นคอยสังเกตจะทำให้เรามีความไวในการรู้อารมณ์ตน ขึ้นต่อไปคือ การควบคุมและแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป) ยกตัวอย่างเช่น

- บอกกับสมาชิกในครอบครัวถึงความหนักใจ ท้อแท้ เพื่อขอความช่วยเหลือ
- บอกกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อขอให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง
- บอกความรู้สึกทางบวกกับผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมนั้น ๆ

การรู้อารมณ์ตนเอง ช่วยลดความเครียด

การสังเกตและรู้อารมณ์ของตนเองนั้น ทำให้เราสามารถควบคุมอารมณ์ตน และแสดงออกของอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมแล้ว ยังช่วยให้เราลดและผ่อนคลายความรู้สึกทางลบหรือความเครียดได้อีกด้วย หากญาติไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้จะก่อผลเสียมากมายผลการดำเนินงานวิจัยของบรรวณและคณะ เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้

ผู้ป่วยจิตเภทกำเริบซ้ำ (Brown et al , 1958 ; Brown et al, 1972) ผลการวิจัยงานหนึ่งของเขาพบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นตัวหลักที่ทำให้โรคจิตเภทกำเริบซ้ำก็คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย (Expressed Emotion : EE) โดยเขาพบว่าภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (HighEE) ผู้ป่วยจะมีโอกาสกำเริบภายใน 3 - 9 เดือน (Vaughn & Leff , 1976a)

ในการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้น บรรานและคณะได้ให้คำนิยามตัวแปรไว้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์หมายถึง **ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วย** ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ (Brown et al , 1972 ; Kuipers & Bebbington, 1988)

1. **การวิพากษ์วิจารณ์** (Critical Comments : CCs) หมายถึง การใช้คำพูดที่มีเนื้อหาและน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคือง (Resentment) หรือไม่เห็นชอบ (Disapproval) ต่อพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วย

2. **การแสดงออกในทางบวก** (Positive Remarks : PRs) หมายถึง การแสดงออกถึงความเห็นชอบ (Approval) การยกย่องชมเชย (Praise) และการแสดงความขอบคุณ (Appreciation) ต่อพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วย

3. **การแสดงความไม่เป็นมิตร** (Hostility : H) หมายถึง การตำหนิติเตียน (Generalization of Criticism) และการไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Rejection of the Patient as Person)

4. **การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร** (Warmth : W) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความห่วงใย (Concern) ความเข้าใจ (Empathy) และความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

5. **การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป** (Emotional Overinvolvement : EOI) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความเสียสละ (Self-sacrificing) การเอาใจใส่จดจ่อ (Devoted Behavior) โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป เช่น การที่ญาติเข้าไปจัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกือบทุกเรื่อง จนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใด ๆ ด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดที่จะบอกว่าครอบครัวใดมีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ Critical Comments (CCs) Hostility (H) และ Emotional Overinvolvement (EOI) ซึ่งพบว่าใน 3 องค์ประกอบนี้ CCs เป็นตัวทำนายการกำเริบซ้ำได้ดีที่สุด (Vaughn & Leff , 1976a)

เมื่อการแสดงอารมณ์คือ การแสดงภาษาพูดและภาษาท่าทาง ดังนั้น แนวคิดของ Brown ในข้างต้นนี้จะเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยอธิบายถึงลักษณะการสื่อสารที่ดีและไม่ดี หรือเป็นอุปสรรคต่อการรักษาระหว่างญาติกับผู้ป่วยในบริบทงานวิจัย

แนวคิดที่ 6 แนวคิดเรื่องการอบรมเชิงทักษะแบบมีส่วนร่วมและวิธีการประเมินผล

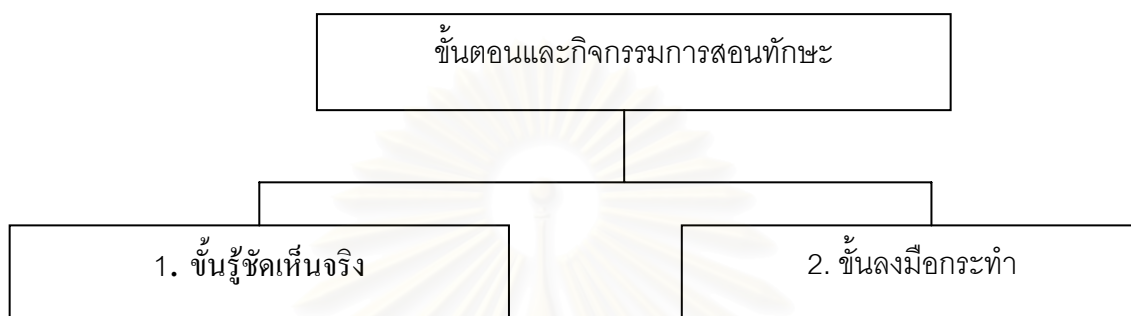
ลักษณะการอบรมเชิงทักษะแบบมีส่วนร่วม

ทักษะการสื่อสารเป็นการสอนที่มุ่งเน้นในด้านทักษะพิสัย ซึ่งต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะ ให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่ายและผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือ ปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง เมื่อดูจากองค์ประกอบทั่วไปทั้ง 4 ประการของการเรียนรู้และมีส่วนร่วม การสอนทักษะจึงควรมีลักษณะเฉพาะดังตารางข้างล่างนี้

องค์ประกอบของ Principal Learning	ลักษณะเฉพาะของการสอนทักษะ
ประสบการณ์	อาศัยเหตุการณ์ที่ตรงกับชีวิตจริงในการเรียนรู้ทักษะ
การสะท้อนความคิดและอภิปราย	ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในการวิเคราะห์ปัญหาหากฎเกณฑ์ หรือวิเคราะห์ขั้นตอนในการฝึกทักษะต่างๆ
การสรุปความคิดรวบยอด	ได้ความคิดรวบยอดหลายขั้นตอน ทั้งจากการฟังบรรยายจากการสังเกต การสาธิต การประเมินผลในกลุ่ม และการประเมินผลรวม
การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกซ้ำๆ โดยการแสดงบทบาทสมมติฐาน การณ์ต่างๆ

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และลักษณะเฉพาะของการสอนทักษะทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ฟังนั้นการสอนทักษะจึงต้องมี 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่มุ่งให้ผู้เรียนรับรู้วาทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญและฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไร
2. ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - บรรยายนำ - ประเมินการฝึก - กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง สาธิต - วิเคราะห์ กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การสาธิต | <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกปฏิบัติ - ประเมินการฝึก |
|--|---|

ในขั้นรู้ชัดเห็นจริง ผู้สอนใช้การบรรยายนำประกอบกับการยกตัวอย่าง และให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายถึง ความสำคัญและวิธีการฝึกทักษะนั้นๆ จากนั้นจะใช้สถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าวหรือใช้การสาธิต ซึ่งอาจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้ การสาธิตจะช่วยให้ผู้เรียนเห็นจริงเป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน จากนั้นให้ผู้เรียนจัดกลุ่มย่อย หรือกลุ่มระดมสมองเพื่อหากฎเกณฑ์โดยกิจกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบ

สำหรับขั้นลงมือกระทำ เป็นการฝึกใช้ทักษะโดยการเข้าบทบาทสมมติ (Role play) หรือการซ้อมบท (rehearsal play) เป็นกิจกรรมหลัก และมีการฝึกซ้อมโดยผลัดกันแสดงบทบาทจนชำนาญ ดังนั้น การฝึกอบรมนี้จะต้องฝึกให้ผู้สอนมีทักษะในการใช้สถานการณ์จำลอง และการสาธิตเพื่อให้ผู้เรียนเห็นจริง ขณะเดียวกันก็มีทักษะในการนำมากฝึกบทบาทสมมติหรือการซ้อมบทและประเมินผลการฝึกได้มีรายละเอียดของกิจกรรมสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอน	องค์ประกอบ PL	กิจกรรม
1. ขั้นรู้ชัด เห็นจริง	ความคิดรวบยอด ประสบการณ์	บรรยายนำ เพื่อให้ข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น ในเวลาสั้นๆ กรณีศึกษา, สถานการณ์จำลอง, หรือสาธิต - กรณีศึกษาเป็นการตั้งโจทย์ให้ผู้เรียนคิดและ แสดง ความคิดเห็น - สถานการณ์จำลองเป็นการตั้งโจทย์เป็นเหตุการณ์ที่มีผู้ แสดง - การสาธิตเป็นการแสดงให้เห็นขั้นตอนปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยอาจแสดงเปรียบเทียบกับปฏิบัติที่ไม่ถูกขั้นตอน การวิเคราะห์ กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง หรือ การ สาธิต
2. ขั้นลงมือ กระทำ	สะท้อนความคิด และอภิปราย ประยุกต์แนวคิด	การฝึกปฏิบัติ โดยการฝึกทักษะเป็นขั้นตอน หรือครบ องค์ประกอบของทักษะนั้น โดยการแสดงบาทสมมติ หรือ การฝึกปฏิบัติ โดยการฝึกทักษะเป็นขั้นตอน หรือครบ องค์ประกอบของทักษะนั้น โดยการแสดงบทบาทสมมติ หรือการฝึกซ้อมบทเพื่อให้เกิดความชำนาญ การประเมินการฝึก โดยให้สมาชิกในกลุ่มฝึกประเมินกันเอง และผู้สอนประเมินอีกครั้งในกลุ่มใหญ่
	ความคิดรวบยอด	

สรุป ขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะ

กิจกรรมที่ใช้ในการสอนทักษะ

ขั้นรู้ชัดเห็นจริง กิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่

1. **การบรรยายนำ** เป็นการนำเข้าสู่บทเรียนให้เกิดความน่าสนใจและให้ข้อมูลหรือ
ความรู้ที่จำเป็น ควรเป็นการใช้เวลาที่สั้นและดึงการมีส่วนร่วมจากผู้เรียน เช่น การตั้งคำถาม หรือ
ยกตัวอย่างที่ใกล้ตัว แล้วให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น

2. **ประสบการณ์การใช้ทักษะ** แบ่งได้เป็น 3 ชนิด

- **กรณีศึกษา** คือ ผู้สอนตั้งเป็นโจทย์ให้ผู้เรียนคิดและแสดงความคิดเห็นว่า จะทำอย่างไรกับการศึกษา

- **สถานการณ์จำลอง** คือ ผู้สอนกำหนดโจทย์เป็นสถานการณ์จำลอง แล้วนำไปแสดง โดยผู้เรียนสมมติตนเองเป็นบุคคลตามโจทย์ และแสดงการสนทนาตอบโต้กับผู้เรียนทั้งห้อง ซึ่งสมมติเป็นคู่สนทนา หรือให้ผู้เรียนจับคู่สนทนากันเองจุดสำคัญของการเรียนรู้อยู่ที่การอภิปราย และสอนประกอบสถานการณ์จำลอง

- **การสาธิต** โดยแสดงบทบาทสมมติ มักให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเป็นคู่สนทนาคนใดคนหนึ่ง หรือเป็นทั้ง 2 คน โดยผู้สอนจะซักซ้อมบทบาทกับผู้เรียนที่ขึ้นมาพร้อมแสดงก่อนหลังจากนั้นผู้สอนจะนำบทบาทสนทนา (Dialog) ขึ้นกระดานหรือแผ่นใส เพื่ออภิปรายและสอนประกอบบทบาทสนทนา

3. **การอภิปรายในกลุ่มเล็ก** เพื่อให้ผู้เรียนวิเคราะห์จากสถานการณ์จำลอง หรือจากการสาธิต เพื่อให้เข้าใจชัดเจนถึงขั้นตอนและวิธีการในแต่ละขั้นตอน

ชั้นลงมือกระทำ กิจกรรมการเรียนการสอน แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

การฝึกปฏิบัติ ทำได้โดย การฝึกบทบาทสมมติและการฝึกซ้อมบทบาท

การฝึกบทบาทสมมติ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการฝึกทักษะ โดยสมมติตัวละครและสถานการณ์ขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนสมมติตัวเองเป็นตัวละครคนตามโจทย์ ดังนั้น ต้องกำหนดโจทย์ให้ชัดเจน คือสถานการณ์บทบาทของตัวละคร 2 ฝ่าย และบทบาทของผู้สังเกตการณ์การฝึกบทบาทสมมติอาจแบ่งกลุ่ม เป็น กลุ่ม 2 คน หรือ กลุ่ม 3 คน

แนวคิดเรื่องการอบรมทักษะแบบมีส่วนร่วมนำมาเป็นแบบในการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลนำมาจัดการอบรมตามลักษณะที่กล่าวข้างต้น

● **แนวคิดเรื่องการประเมินผล**

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

แนวความคิดนี้ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของ 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) บางครั้งเรียกว่า แบบจำลอง KAP เป็นการให้ความรู้แก่ผู้รับสาร เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในที่สุด

แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ (KNOWLEDGE) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยาด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตของตนเองความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ โดยนิยามความรู้ หมายถึง การได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากสื่อต่างๆ ประกอบกัน

การประเมินผลด้านความรู้ หมายถึง การประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้เดิมในเนื้อหาและทักษะในการใช้เนื้อหาความรู้ ตามที่นักวิชาการวางขอบลุ่มและคณะได้แยกการประเมินระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้ คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกมาได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถเขียนข้อความเหล่านั้นได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นได้ด้วยภาพ ให้ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
3. ระดับของการนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาข้อเท็จจริงและความคิดเห็นที่เป็นนามธรรม (Abstract) ไปปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม
4. ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis) สามารถให้ความคิดในรูปของการนำความคิดมาแยกเป็นส่วน เป็นประเภท หรือการนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง
5. ระดับของการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำเอาข้อมูล แนวความคิด มาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ (Creative) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่แตกต่างไปจากเดิม
6. ระดับของการประเมิน (Evaluation) คือ ความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อตั้งเกณฑ์ (Criteria) การรวบรวมผล และวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

สรุปคือ การประเมินผลกิจกรรมว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลอย่างไร สังเกตได้จาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึก และพฤติกรรมว่ามีความสอดคล้องไปในทางเดียวกัน

แนวคิดนี้นำมาวิเคราะห์และประเมินผลกิจกรรมซึ่งอยู่ในงานวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” แล้วทำการอบรมในหัวข้อเดียวกัน ซึ่งผลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ตามแนวคิดการประเมินความรู้ ทักษะ การยอมรับปฏิบัติในกิจกรรมการอบรมดังกล่าวในงานวิจัย

ส่วนที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีบำบัดที่สอดคล้องกับงานวิจัย

วรรณยา พัวพันธ์ (2538) ศึกษาเรื่อง ลักษณะของพยาบาลที่พึงประสงค์

ลักษณะของพยาบาลที่พึงประสงค์ตามความต้องการของวิชาชีพและตามความต้องการของผู้ป่วย ทางด้านพฤติกรรมประกอบด้วย พฤติกรรมที่เปิดเผยได้แก่ พฤติกรรมการพูด พฤติกรรมการฟัง พฤติกรรมการเขียน การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ที่แสดงควมมีเมตตา กรุณา เอาใจใส่จะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและเป็นลักษณะของพยาบาลที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับ อรุณี ม่วงน้อยเจริญ (2522) ที่กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชต้องมีบทบาทเป็นผู้สร้างสรรค์ มีบทบาทเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วยความอบอุ่น ยุติธรรม และมีบทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคในการรักษาผู้ป่วย พยาบาลที่จะปฏิบัติงานในลักษณะดังกล่าวได้ต้องเป็นผู้มีท่าทีอบอุ่นและเป็นมิตร มีความสามารถในการสร้างความประทับใจที่ดีเมื่อแรกพบ มีความสามารถในการสื่อสารได้อย่างกระชับชัดเจน สามารถเสริมแรงทางบวกให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Bauer & Hill, 1986; Murray & Huelskoetter, 1991; Stuart & Sundeen, 1987)

นอกจากนี้การมีอารมณ์ขันเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีสภาพความเครียดสูง อารมณ์ขันเป็นลักษณะหรือการแสดงออกของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ที่สามารถปรับตัวและแก้ไขสถานการณ์ความเครียดให้บรรเทาเบาบางลง ช่วยสร้างความรู้สึกรักใคร่กัน ความรู้สึกสดชื่น มีความหวังทั้งต่อในหน้าที่การทำงานและการดำเนินชีวิต

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะที่ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตเวช ที่เน้นว่า จะต้องเป็นผู้ที่ใส่ใจในปัญหาทางด้านจิตใจของผู้อื่น วัตถุประสงค์การรับรู้สื่อกายยอมรับและให้เกียรติผู้ป่วยเป็นมีความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น มีความยืดหยุ่นและอารมณ์ขัน (Murray & Huelskoetter, 1991 ; Wilson & Kneisl, 1986) ซึ่งการนำเอาอารมณ์ขันไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เวลา และสภาพแต่ละบุคคลได้นั้น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชต้องมีวิธีการที่ทำให้ตนเองเกิดอารมณ์ขัน และเป็นบุคคลที่มีอารมณ์

ขั้นเสียก่อนจึงจะสามารถนำอารมณ์นั้นไปทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและต่อการปฏิบัติการพยาบาลได้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533; Ferguson & Bacote, 1999; Robinson, 1991)

สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง อารมณ์ขันของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ (วัลลภา สว่างแจ้ง , 2542) ซึ่งวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอารมณ์ขันสูงกว่าค่าเฉลี่ย เพราะอารมณ์ขันจะใช้ในการเผชิญความเครียดและเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

และมีงานวิจัยที่น่าสนใจของกิงกาญจน์ เทพกาญจนา ในเรื่องภาษาของแพทย์พบว่า ภาษาแพทย์มีวัจนลีลาแบบปรึกษาหารือ (Consultative Style) และในบางกรณีก็เป็นแบบกันเอง (Casual Style) ตามแนวคิดทฤษฎีของ มาร์ติน โจนส์ (Joos, 1961) ซึ่งภาษาแพทย์จัดได้ว่าเป็นภาษาที่เน้นการเข้าร่วมของผู้พูด (Involvement-focused text type) และแบบวัจนลีลาในการพูด เช่น การละประธาน การกล่าวซ้ำ ส่วนการใช้สรรพนามของแพทย์และคำสุภาพสามารถสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของแพทย์และผู้ป่วยได้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตแพทย์อีกชิ้นหนึ่ง คือ เรื่องเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเวชต่อการแต่งกายและคำทักทายของจิตแพทย์ (จตุพร แสงกุล , พิเชฐ อุดมรัตน์; 2544) สรุปว่า การแต่งกายและคำทักทายของจิตแพทย์มีผลต่อเจตคติของผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ในแง่ของผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ความเห็นใจและความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมให้จิตแพทย์แต่งกายเป็นพิธีการ โดยสวมเสื้อกาวน์สีขาวเพราะเห็นว่าแสดงความเป็นมิตร เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้ พูดคุยได้ง่าย ในส่วนคำทักทายของจิตแพทย์ ผู้ป่วยร้อยละ 74 ต้องการให้จิตแพทย์เรียกว่าคุณแล้วตามด้วยชื่อจริง และนิยมให้จิตแพทย์ใช้สรรพนามแทนตัวเองว่าหมอ (ร้อยละ 90) มากกว่าใช้คำว่าผมหรือดิฉัน ดังนั้นจิตแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการแต่งกายและคำทักทายที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พรทรัพย์ สมิติชูเชียร (2534) ได้วิจัยผลการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวช เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยของ พยุงจิต วรมุณีนิทร์ (2529) เรื่องผลการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษาที่ต่อพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยได้รับการ

พยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จารุวรรณ เอกอรรณย์ผล (2529) ศึกษาการวิเคราะห์ปฏิภยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชผลการวิจัยสรุปคือ

1. พยาบาลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิภยาสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ สถานการณ์ของการมีปฏิภยาสัมพันธ์ที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเป็นผู้เริ่มต้น เป็นสถานการณ์เดียวกันคือการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยและเรื่องทั่ว ๆ ไป

2. เวลาที่ใช้ในสถานการณ์ การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษานั้น ใช้เวลานานที่สุด

3. ส่วนใหญ่ พยาบาลแสดงพฤติกรรมความสนใจผู้ป่วยตามลักษณะงานประจำ พฤติกรรมทางอารมณ์ คือ แบบเอาจริงเอาจัง มีจุดเน้นที่จิตใจ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

4. พยาบาลที่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีจุดเน้นที่จิตใจ ในขณะที่พยาบาลไม่เคยได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่ร่างกาย

5. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีความสัมพันธ์สูง กับพฤติกรรมของพยาบาลด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย

จิตสุภา จรุงจิตต์. (2538) ศึกษา เรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาสำหรับพยาบาล

การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชนั้น ถือว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากที่พยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การรู้ถึงความต้องการพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์, องค์ประกอบในการสร้างสัมพันธ์ภาพ, เทคนิคและทักษะ ไหวพริบ ประกอบกับความสามารถในการนำเทคนิคการติดต่อสื่อสารมาใช้กับผู้ป่วยจึงจะทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชสมบูรณ์

การสร้างสัมพันธ์ภาพยังเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัด โดยการวิจัยของจารุวรรณ ต.สกุล (2535) เรื่อง การให้คำปรึกษาในห้วงเวลาวิกฤติ รายงานการศึกษาในผู้ป่วยคอนเวอร์ชัน พบว่าห้วงเวลาวิกฤติ เป็นช่วงที่บุคคลมีความทุกข์จนเกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือให้บุคคลรู้สึกและยอมรับตนเอง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจนแก้ไขปัญหาได้ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ ผลวิจัยพบว่า ความสนิทสนมคุ้นเคยฉันท์เพื่อนจะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติเป็นไปอย่างสะดวกและรวดเร็วขึ้น เพราะได้รับความ

ศรัทธา เชื่อถือ และวางใจเป็นทุนเดิมทำให้ได้ข้อมูลชัดเจนครบถ้วน และงานวิจัยยังพบว่าความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาอย่างมาก

จากตัวอย่างงานวิจัยเรื่องสัมพันธภาพทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีส่งผลต่อการบำบัดทางจิตต่อผู้ป่วยได้ และพยาบาลจะต้องมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยอีกด้วย

งานวิจัย เรื่อง ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวกับงานวิจัย มีดังนี้

แนวคิดการให้บุคคลตอบสนองสิ่งเร้าทางบวกหรือการปรับตัวที่ดีขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy Adaptation Model (Abdrew & Roy, 1991) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง การที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท อาจเป็นสิ่งเร้าแฝงสำหรับผู้ป่วยที่ส่งผลถึงการปรับตัวของ ผู้ป่วยได้

ความเจ็บป่วยมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยกับสังคม การปรับตัวที่บกพร่องเกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson , 1998) ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นจิตใจ ซึ่งทำให้อาการกำเริบปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (Rose, 1997) ถ้าสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่มีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ให้การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และไม่แสดงท่าทีรังเกียจพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต (Gomez & Gomez, 1991) และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ ต.สกุล (2524) ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 ได้รับการยอมรับนับถือจากครอบครัวลดลงจนไม่มีเลย และจากผลการวิจัยของ รุจิรา จงสกุลและคณะ (2540) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจะมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้ไม่เชื่อประโชยน์ต่อการบำบัดผู้ป่วย

งานวิจัยของ ภูมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) เรื่อง การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ด้านการสื่อสารสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันโดยเน้นที่การสื่อสารโดยใช้การพูด โดยเนื้อหาการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีพอสมควร โดยทั่วไปในครอบครัวของผู้ป่วยมักจะมีการสื่อสารอย่างยากลำบากทำให้เกิดความสับสน

(Wynne&Singen,1963) ซึ่งอุมาพร ตรังสมบัติ (2540) กล่าวว่า การสื่อสารที่ผิดจะทำให้ผู้ป่วยที่เปราะบางอยู่แล้วเกิดความเครียดมากเกินไป และจากการศึกษาของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ที่ศึกษาบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธกับผู้ป่วยจิตเวชปานกลางในด้านการพบปะพูดคุย ให้คำปรึกษา ปลอดภัย ให้กำลังใจมีส่วนร่วมช่วยบรรเทาอาการรุนแรงของผู้ป่วย สองคล้องกับงานวิจัยของ สุรพล ไชยเสนะ (2536)

ในเรื่อง วิธีเผชิญปัญหาและทักษะในการสื่อสาร พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างมีความเข้าใจ รวมทั้งการให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ ของครอบครัวในด้านการสื่อสารอยู่ในระดับที่ดี

บทสรุป

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหานำมาสู่การศึกษาและแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบปัญหานำวิจัยและข้อสันนิษฐาน ดังนี้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของที่มีจิตบำบัดเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่มีจิตบำบัดมีกลยุทธ์ของสารที่ปรับให้เข้ากันได้กับอาการของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

การเลือกแนวคิดทฤษฎีมาใช้เพื่อตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ดังนี้

แนวความคิดเรื่องการสื่อสารระหว่างบุคคล ประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร ทฤษฎีความสำคัญระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่ออาการของผู้ป่วยที่ล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพในสังคมกับบุคคลอื่น ดังนั้นอีกแนวความคิดหนึ่งที่น่าเสนอเพื่อให้เกิดความเข้าใจ คือแนวคิดในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเข้าถึงผู้ป่วยนั่นเอง จากนั้นนำเสนอแนวคิดเรื่องการสื่อสารบำบัด (Therapeutic Communication) การสนทนากับผู้ป่วยด้วยวิธีสื่อสารบำบัดซึ่งจะมีผลต่อการรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตใจเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยการสื่อสารบำบัดจะต้องมี กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการบำบัด จากนั้นนำกลยุทธ์การสื่อสารไปเป็นเครื่องมือ เช่น การสื่อสารบำบัด โดยการให้คำปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด รวมถึงการผนวกทฤษฎีทางนิเทศศาสตร์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์กลยุทธ์สาร

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคมที่ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพ เชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) เป็นอย่างไร

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 2 ข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) ที่แสดงความคาดหวังของผู้ป่วยจะให้ความสำคัญต่อการยอมรับและการแสดงความรัก จากการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคม

การเลือกแนวคิดทฤษฎีใช้เพื่อตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ดังนี้

แนวคิดเรื่อง Fantasy themes เพราะหากสามารถจะค้นหาโนภาพร่วมกัน (Group fantasies) ที่เป็นจินตสภาวะ (fantasy theme) เป็นความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านเป็นภาษาที่มีสีสันแสดงเป็นมโนภาพจะสามารถวิเคราะห์ตัวผู้ป่วยได้ลึกซึ้งและทำให้คนรอบข้างเข้าใจ และปรับพฤติกรรมอันจะส่งผลต่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้ถึงแก่นในจิตใจ

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 ลักษณะการสื่อสารทางการพูดของญาติต่อผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 3 ญาติยังไม่มีทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

การเลือกแนวคิดทฤษฎีมาใช้เพื่อตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 อธิบายได้ดังนี้

ญาติ คือ ผู้ที่รักษาผู้ป่วยได้ดีที่สุด ดังนั้นญาติควรเรียนรู้วิธีการรักษา เรียกการบำบัดนี้ว่า ครอบครัวบำบัดแบบประคับประคอง สิ่งที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องทำควบคู่กันไปทั้งทางกาย จิต สังคม โดยการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยญาติจะช่วยให้ ในส่วนจิตและสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเรื่องการสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย การสื่อสารเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และแนวคิดเรื่องการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อนำมาอธิบายลักษณะการสื่อสารในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 : การอบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการและกิจกรรมอย่างไรบ้าง สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 4 ญาติสามารถนำความรู้จากการอบรม “กลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ไปใช้ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้

การเลือกแนวคิดทฤษฎีมาใช้เพื่อตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 อธิบายได้ดังนี้

การอบรมญาติผู้ป่วยเรื่อง “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ผู้วิจัยนำแนวคิดต่าง ๆ ทั้งในเชิงจิตวิทยา แพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ที่ใช้การสื่อสารบำบัดเป็นเครื่องมือ ตลอดจนการนำกลยุทธ์สารที่ได้จากการสังเกตมาประยุกต์ทำการอบรม ดังนั้นจึงนำแนวคิดเรื่องลักษณะการอบรมเชิงทักษะแบบมีส่วนร่วม และการแนวคิดเรื่องการประเมินผลเพื่อให้ทราบถึงรูปแบบและวิธีการประเมินผลในการตอบปัญหานำวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช งานวิจัยชิ้นนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Methodology) โดยผู้วิจัยอาศัยการเก็บข้อมูลแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยแบ่งหัวข้อระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบของการวิจัย
 2. กลุ่มตัวอย่าง
 3. วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - แบบสัมภาษณ์
 - แบบสังเกต
 5. การวิเคราะห์ข้อมูล
- โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

รูปแบบของการวิจัย

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบสหวิธีการ เนื่องจากเหตุผล 4 ประการดังต่อไปนี้

ประการแรก - เรื่องทางจิตใจในกรณีการบำบัดรักษาต้องมีการเก็บบันทึก เพื่อศึกษาพัฒนาการและการรักษามีความซับซ้อนรายละเอียด ผู้ให้การรักษาจึงยากที่จะตอบข้อมูลในคำถามปลายเปิด

ประการที่ 2 - ผู้วิจัยเน้นในตัวสารของการสนทนา เพื่อนำไปวิเคราะห์กลยุทธ์และมองเห็นผลที่เกิดขึ้นที่จับต้องได้ และนำไปใช้ได้จริง

ประการที่ 3 - ในแต่ละสถานการณ์ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญแก่สภาพแวดล้อมใกล้เคียงธรรมชาติ (Semi - Naturalistic Setting) ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศโรงพยาบาล ตัวผู้ป่วย ผู้บำบัด รวมทั้งญาติผู้ป่วย สังเกต ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ที่เกิดขึ้นทั้งหมดตลอดจนการใช้ภาษา ท่าทาง สัญลักษณ์ พร้อมกิจกรรมต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สถานการณ์ที่ 1 ผู้วิจัย – ผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ 2 ทีมจิตบำบัด – ผู้ป่วย - ผู้วิจัย

สถานการณ์ที่ 3 ผู้วิจัย – ญาติผู้ป่วย

สถานการณ์ที่ 4 ญาติผู้ป่วย – ผู้ป่วย – ผู้วิจัย

ประการที่ 4 - ผู้วิจัยได้เลือกทำรูปแบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่
เป็นจริง โดยจากการ

- ศึกษาจากเอกสาร
- สัมภาษณ์
- สังเกตการณ์
- การอบรมเชิงปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 โดยเลือกจาก

1. ผู้ป่วยชาย 3 คน หญิง 3 คน ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเข้ารับการรักษาอยู่ใน
โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยผู้ป่วยชายทำการเก็บข้อมูลที่ตีพิมพ์ผู้ป่วยแรกรับชายโสด 2 และผู้ป่วย
หญิง ทำการเก็บข้อมูลที่ตีพิมพ์หญิง 6 ซึ่งเป็นตีพิมพ์ผู้ป่วยแรกและวิกฤตทั้งสองตีพิมพ์

2. กลุ่มผู้ป่วยมีอาการแตกต่างกันไปและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- สามารถทำการสื่อสารทางการพูดได้
- ผู้ป่วยยินยอมที่จะให้ทำการศึกษา
- ญาติยินยอมที่จะให้ทำการศึกษาผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ 2

ทีมจิตบำบัดที่รับผิดชอบผู้ป่วยทั้ง 6 คน แบ่งเป็น

- จิตแพทย์ ตามที่รับผิดชอบผู้ป่วยทั้ง 6 คน
- นักจิตวิทยา ตามที่รับผิดชอบผู้ป่วยทั้ง 6 คน
- นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช ตามที่รับผิดชอบผู้ป่วยทั้ง 6 คน
- พยาบาลจิตเวช ตามที่รับผิดชอบผู้ป่วยทั้ง 6 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 3 กลุ่มญาติผู้ป่วย

- ญาติให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย

- ญาติมีความสมัครใจเข้าร่วมการอบรม “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

การดำเนินการวิจัย

การเข้าถึงข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งที่แรกที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา คือ “ชมรมกัลยาณมิตรญาติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา” โดยผู้วิจัยมีโอกาสเป็นสมาชิก และเป็นฝ่ายวิชาการให้กับชมรม ซึ่งจะทำให้ได้ภาพรวมของการศึกษาและหลังจากนั้นได้เข้าไปสังเกตการณ์ในหอผู้ป่วยใน โดยเป็นการสังเกตอย่างไม่เป็นทางการ เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยและจัดเลี้ยงอาหารให้กับผู้ป่วย เนื่องในโอกาสครบรอบ 60 ปี โรงพยาบาลศรีธัญญา ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและทีมจิตบำบัดมากขึ้น หลังจากนั้นได้ทำจดหมายเพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากโรงพยาบาลในการทำวิจัย พร้อมกับเก็บข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ของโรงพยาบาล กรมสุขภาพจิต และอื่น ๆ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. เมื่อทำหนังสือขอไปยังตึกหญิง 6 และตึกชายหอโรค 2 แล้ว จึงขอเป็นอาสาสมัครในการช่วยดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในงานวิเคราะห์ความรู้ และกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช
2. ทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Source) เพื่อหามาตรฐานการพยาบาล เพื่อเป็นกรอบในการวิจัย
3. ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพแบบหลายวิธีการ ประกอบกันคือ (Documentary Research) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) และแบบทดสอบ (Pretest Post – test)

ซึ่งรายละเอียดของวิธีเก็บข้อมูลดังนี้

วิธีเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 1 - ให้พยาบาลประจำตึกแนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ป่วย แพทย์ประจำตึก นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อทราบวิธีการเก็บข้อมูลทำวิจัยและสร้างความคุ้นเคย

- เลือกผู้ป่วย 6 คน ที่สามารถทำการสื่อสารได้ เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยต้องได้รับความยินยอมจากญาติและผู้ป่วยเสียก่อน
- ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์

ขั้นที่ 2

- ทำ Pre-test ญาติผู้ป่วยและสำรวจความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยในเรื่องปัญหาการสื่อสาร โดยรวมและสิ่งที่ญาติต้องการทราบในประเด็นการอบรม
- นำผลการวิเคราะห์ สรุปลักษณะจากการสังเกตและสัมภาษณ์การฟื้นฟูจิตใจของทีมจิตบำบัดในการรักษาผู้ป่วย จากนั้นนำผลที่ได้มาบูรณาการเข้ากับข้อมูลที่ค้นคว้ามา และความรู้ทางนิเทศศาสตร์เชิงวาทวิทยา
- ทำการอบรม “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

ขั้นที่ 3

- ทำ Post-test และติดตามประเมินผลญาติผู้ป่วย
 - นำข้อมูลที่ได้มาตอบคำถามในแต่ละปัญหามาวิจัย
- สำหรับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยในการบันทึกข้อมูลจะมีการขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้ง และผู้วิจัยยังต้องพยายามสังเกตและจดจำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจมีนัยยะสำคัญต่อรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เช่น เมื่อพูดถึงประโยคนี้ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับและแสดงความไม่พอใจทันที หรือคำพูดที่ขัดกับการแสดงออก เป็นต้น

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์
2. แบบสังเกตการณ์
3. แบบแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”
 - แบบทดสอบ Pretest , Post- Test
 - แผนกิจกรรมการอบรม
 - ใบความรู้ (เอกสารประกอบการอบรม)
 - ตัวผู้วิจัยในฐานะผู้ศึกษาทางนิเทศศาสตร์เชิงวาทวิทยานับเป็นหนึ่งในเครื่องมือ

การสื่อ เพื่อถ่ายทอดผลการศึกษากลยุทธ์ต่าง ๆ ให้กับญาติผู้ป่วย

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในส่วนขอแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตการณ์ได้มีการศึกษาในงานวิจัยเชิงนำร่องมาแล้ว และได้นำเครื่องมือไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิในที่มจิตบำบัด ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช และนักจิตวิทยา จากนั้นได้นำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อแก้ไขต่อไป

การทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

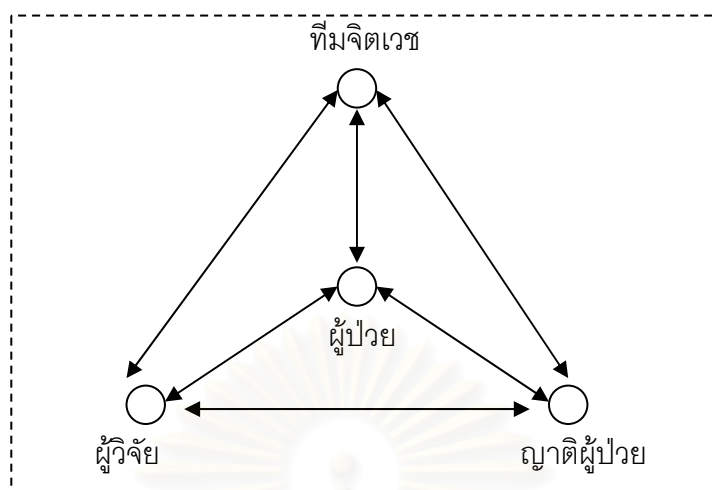
- ในส่วนของแบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยนำร่องทดลองกับผู้ป่วยโรงพยาบาลประสาทวิทยาไท เฉพาะผู้ป่วยนอกในเรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูดของทีมจิตบำบัดในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นการฝึกฝนทักษะการสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยให้ครอบคลุมประเด็น เพื่อหาคำตอบในปัญหานำวิจัยแต่ละข้อ

- ในส่วนของแบบการฝึกอบรม “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ผู้ป่วยได้นำเอกสารจากโรงพยาบาล กรมสุขภาพจิต และรวบรวมจากที่ต่าง ๆ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาอีกครั้ง เพื่อความถูกต้องก่อนทำการอบรมจริง

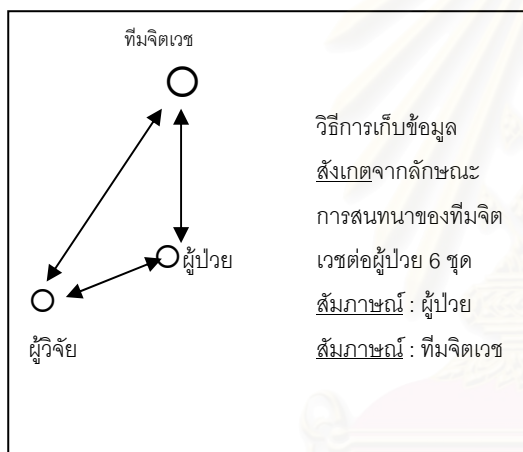
ลักษณะงานวิจัยและระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะเข้าไปทำการศึกษาวิจัยนอกจากตัวผู้ป่วยแล้วยังเป็นลักษณะที่ผู้วิจัยเข้าไปพบแบบ Meeting by two experts คือ

1. ทีมจิตเวช คือ ผู้ที่เชี่ยวชาญและรู้ดีที่สุดในวิชาชีพการรักษา
2. ญาติผู้ป่วย คือ ผู้ที่เชี่ยวชาญและรู้ดีที่สุดในตัวผู้ป่วย
3. ผู้ป่วย เป็นผู้รับสาร
4. ผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมโยง



แผนผังปฏิสัมพันธ์ Interaction ใน 4 สถานการณ์ 18 ชุด

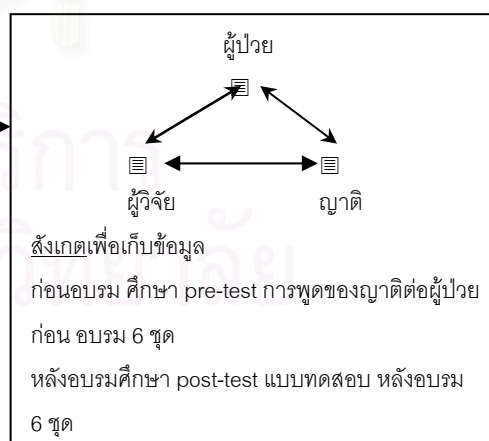


วิธีการเก็บข้อมูล
สังเกตจากลักษณะ
การสนทนาของทีมจิต
เวชต่อผู้ป่วย 6 ชุด
สัมภาษณ์ : ผู้ป่วย
สัมภาษณ์ : ทีมจิตเวช

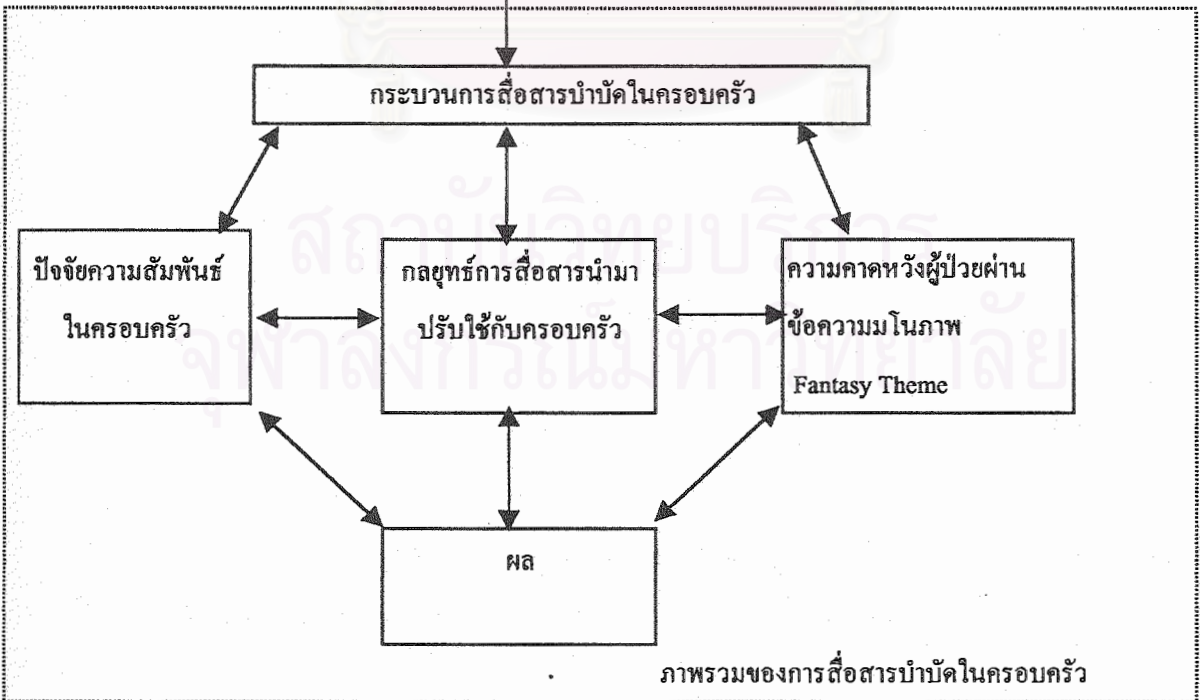
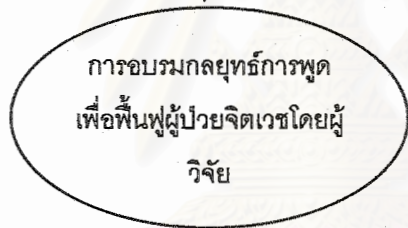
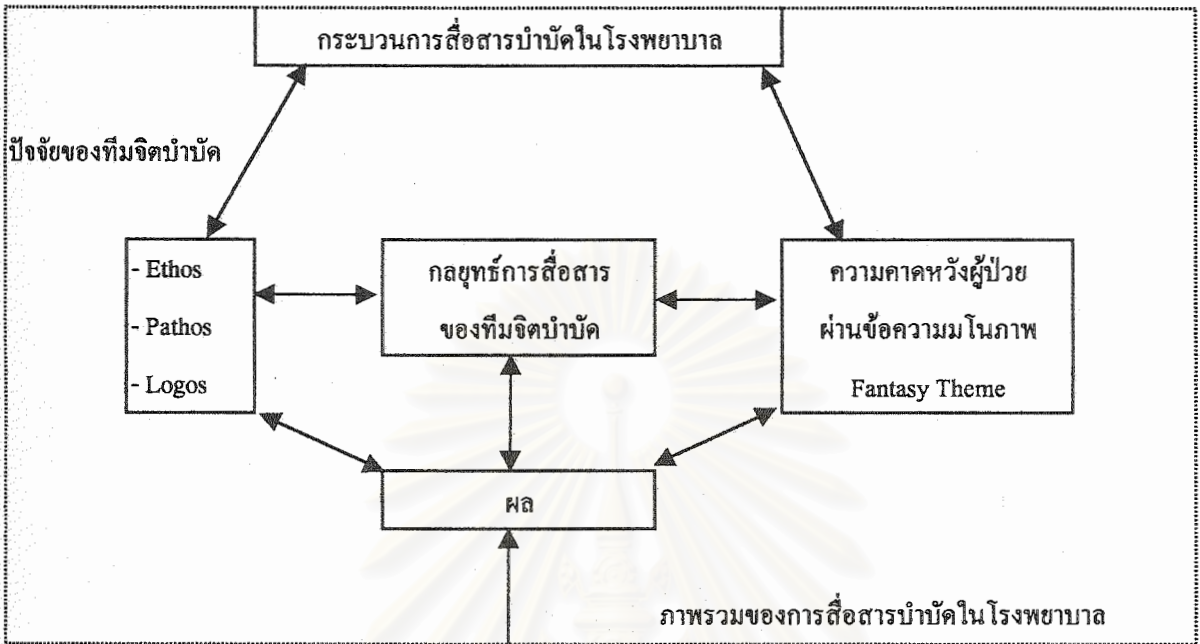
← ลักษณะสถานการณ์ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล Model นี้ตอบปัญหานำวิจัยต่อไปนี้
RQ1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวชเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา
RQ2 ความคาดหวังของผู้ป่วยกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคมที่ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความในภาพ เริงจินตสภาวะ (Fantasy themes) เป็นอย่างไร

ศึกษาสถานการณ์ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

Model นี้ตอบปัญหานำวิจัยดังต่อไปนี้
RQ3 ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไรและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา
RQ4 ผลที่เกิดจากการอบรมญาติผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่



ภาพรวมลักษณะการทำวิจัย และกรอบความคิดในการวิจัย แสดงในแผนภาพ ดังนี้



โดยแบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตดังนี้

แบบสัมภาษณ์เพื่อตอบในแต่ละปัญหานำวิจัย

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตบำบัดเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ : ส่วนที่ 1 สำหรับทีมจิตบำบัด

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ป่วย

ลักษณะการสัมภาษณ์ : In- depth interview

แนวคำถาม 1.1 ช่วยแนะนำตัวและเล่าถึงประสบการณ์ทำงาน และวิธีการทำงานอย่างคร่าวๆ หน่อยค่ะ

1.2 ช่วยอธิบายถึงกระบวนการขั้นตอนในการพูดคุยกับผู้ป่วยหน่อยค่ะ เช่น การเริ่มต้นเป็นอย่างไร จะเริ่มอย่างไร

1.3 ทางนิเทศศาสตร์ภาควิชาจิตวิทยาเน้นตัวเองเป็นสื่อทราบว่าบุคลากรทางจิตเวชใช้ตัวเองเป็นสื่อเช่นกัน ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยท่านมีการใช้ตัวเองเป็นสื่ออย่างไร

1.4 ลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นลักษณะใด เริ่มต้นอย่างไร

1.5 มีวิธีอย่างไรในการรักษาฟื้นฟูที่ช่วยให้ผู้ป่วยพอใจและร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.6 ในกระบวนการสื่อสารระหว่างการคุยกันมีอุปสรรคเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ มีวิธีการกับอุปสรรคที่เกิดในกระบวนการสื่อสารอย่างไร

1.7 กลยุทธ์การพูดเฉพาะตัวที่ท่านใช้เสมอคืออะไร

1.8 ผู้ป่วยแต่ละกรณีมีวิธีการสื่อสารแตกต่างกันหรือไม่ ในส่วนวิธีการพูดคุยภาษาที่ใช้

1.9 มีเหตุผลในการเลือกกลยุทธ์สื่อสารอย่างไร (ตามสถานการณ์ หรือตัวผู้รับสาร)

1.10 โดยส่วนมากใช้กลยุทธ์เทคนิค เช่น ฟัง เจียบ การถาม การกระตุ้น พูดปลอบใจ มีสัดส่วนการใช้และลำดับการใช้อย่างไร

1.11 มีกลยุทธ์ในการพูดเพื่อทำให้ผู้ป่วยเปิดเผยตน และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษาอย่างไร

1.12 กลยุทธ์ เทคนิคการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจทำให้ผู้ป่วยสบายใจเป็นไปในลักษณะไหน ช่วยเล่ารายละเอียด

1.13 ยกตัวอย่างนะคะ ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะเริ่มต้นคุยอย่างไร

1.14 ถ้าท่านเจอผู้ป่วยที่เจ้าสำนวนเล่นคำได้แย่งต่อต้านอาการป่วยตลอดเวลา จะมีวิธีการพูดอย่างไร

1.15 โดยส่วนตัวท่านเองคิดอย่างไรกับการพูดฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย เชื้อพลังของการรักษาโดยการพูดมั๊ยคะ

1.16 ช่วยอธิบายลักษณะวาทศิลป์กับการสนทนาเพื่อบำบัดผู้ป่วยจิตเวช

1.17 วัตถุประสงค์มาอย่างไรคะ ว่าสภาพจิตใจเขาดีขึ้นหรือไม่

1.18 ประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันมั๊ยคะ ส่งผลต่อการรักษาอย่างไร

1.19 มีกรณีการผิดพลาดของสารที่ส่งไปให้ผู้ป่วยมั๊ยคะ เขาแสดงอาการอย่างไร

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับผู้ป่วย

1.20 รู้สึกหรือไม่ว่าเรามาอยู่ที่นี่แล้วดีขึ้น

1.21 สิ่งที่คุณบำบัดพูดกับเรามันทำให้เราสบายใจขึ้น

1.22 เขาพูดคุยกับเราอย่างไรบ้าง ปลอดภัยให้กำลังใจหรือมีวิธีการให้เราหยุดหรือให้ เราทำอะไรบางอย่างมั๊ย แล้วค่อยตามคำพูดเขามั๊ย

1.23 เคยระบายเรื่องราวให้คุณบำบัดเราฟังมั๊ย เรื่องอะไร ละเอียดมั๊ย เขาทำอะไบบ้าง

1.24 คิดมั๊ยว่าเรามาอยู่ที่โรงพยาบาลนี้ การที่ได้เจอได้ยินคำพูดดี ๆ มันเป็นส่วนหนึ่งที่รักษาจิตใจเราได้

จริง ๆ คำพูดแบบไหนที่มีผลในทางบวกกับเรามากที่สุด อยากได้ยินคำพูดลักษณะไหน การปลอดภัย ให้กำลังใจ แนะนำ ฯลฯ

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคมที่ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความ มโนภาพ เชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) เป็นอย่างไร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ : ผู้ป่วยจิตเวช

ลักษณะการสัมภาษณ์ : Focus Group Interview เริ่มจากการคุยเรื่องทั่วไป ให้เล่าถึงอาการป่วย แต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) มาแล้ว

แนวคำถาม 2.1 ถ้าทำละครเรื่อง “บ้านในฝัน” ให้ช่วยกันบรรยายฉาก กำกับตัวละคร เนื้อเรื่อง กว่าจะเป็นบ้านในฝันมีอุปสรรคหรือไม่ มีฝ่ายธรรมะ ธรรม ต่อสู้กันอย่างไร เราจะอยู่ตรงไหนของเรื่องกันบ้าง และถ้าเราเป็นผู้กำกับจะทำอย่างไร ให้เรื่องนี้เป็น “บ้านในฝัน” โดยสมบูรณ์

2.2 แล้วชีวิตจริง เราเป็นไงลองเล่าเรื่องราวแล้วช่วยกันโหวตว่าจะแสดงเรื่องของใคร แล้วมองดูว่าตรงไหนใกล้เคียงกับปัญหาของเราและถ้าเป็นเราจะแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

2.3 พอเราทำบ้านในฝันแล้วลองกลับมาแต่งเรื่องในโรงพยาบาลสิ ลองเล่าชีวิตในโรงพยาบาลแต่ละคนคร่าว ๆ ที่นี้ลองให้ใครเป็นหมอ เป็นพยาบาล เป็นคนป่วย ถ้าเราเป็นหมอเราจะคุยกับเขาอย่างไร (แสดง Ideal person ที่ผู้ป่วยคิดกับที่มจิตบำบัดและชีวิตในโรงพยาบาล)

2.4 ถ้ามีดอกไม้สวย ๆ 1 ดอก จะมอบดอกไม้ชิ้นนี้ให้กับใคร

2.5 ถ้าเป็นนกบินได้จะเลือกบินไปไหน

2.6 ถ้ามีตะเกียงวิเศษ มียักษ์ให้พร 3 ข้อ จะขออะไรบ้าง

2.7 ลองวาดรูปในสิ่งที่เรามองตัวเองว่าเป็นอะไร และคนอื่นมองเราเป็นอะไร

2.8 ช่วยกันคิดคำขวัญในกลุ่มที่อยากบอกให้คนอื่นรู้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ : 1. ญาติผู้ป่วย (จะอยู่ในแบบสอบถามเชิงทดสอบ เช่นเดียวกับปัญหานำวิจัยข้อ 4

2. ผู้ป่วย

ลักษณะการสัมภาษณ์ : In- depth interview

- แนวคำถาม**
- 3.1 คิดว่าเมื่อเราไม่สบายใจสามารถระบายหรือปรึกษา (ญาติ) ผู้ดูแลได้หรือไม่อย่างไร
 - 3.2 เมื่อเรารู้สึกว่าอาการกำเริบหรือรู้สึกว่าจะจิตใจเริ่มไม่ปกติมีการสื่อสารเพื่อบอกญาติหรือญาติเป็นฝ่ายสังเกตอย่างไร
 - 3.3 การให้เวลาของญาติในการดูแลเอาใจใส่เราเป็นอย่างไร
 - 3.4 การพูดคุยของญาติลักษณะใดที่ทำให้เราสบายใจได้มากที่สุด
 - 3.5 ท่านเชื่อว่าการพูดคุยที่ดีและให้กำลังใจจาก (ญาติ) ผู้ดูแลจะช่วยฟื้นฟูจิตใจเราได้หรือไม่อย่างไร

ปัญหำนำวิจัยข้อที่ 4 ผลที่เกิดจากการอบรม กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช ญาติสามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้หรือไม่

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ : ญาติผู้ป่วยจิตเวช

ลักษณะการสัมภาษณ์ : มีแบบสัมภาษณ์ที่รวมอยู่ในแบบสอบถามเชิงทดสอบ (Post-test)

แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในกาสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น	
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
<ol style="list-style-type: none"> 1. อาการทางจิตของผู้ป่วยเกิดจากผู้ป่วยคิดมากไปเอง 2. เมื่อป่วยเป็นโรคจิตแล้วไม่มีทางหายขาด 3. ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้ถ้าได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม 4. ท่านต้องตำหนิ ดูว่าบ่อย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยเกียจคร้าน 5. ผู้ป่วยจิตเวชควรยกเว้นไม่ต้องทำกิจกรรมในบ้าน เพื่อให้ไม่เครียดเกินไป 6. ท่านสามารถพูดให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานบ้านได้ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ 7. เมื่อท่านบอกให้ผู้ป่วยช่วยงานบ้านท่านต้องสั่งซ้ำ ๆ ให้ผู้ป่วยทำ 8. ท่านสามารถพูดคุยเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ 9. การพูดจาดี ๆ กับผู้ป่วยไม่เกิดประโยชน์ เพราะผู้ป่วยจะไม่คอยรับฟัง 10. การพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นเรื่องไม่จำเป็น เพราะผู้ป่วยเป็นโรคจิต พูดจาสื่อสารกันไม่เข้าใจ 11. หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ญาติควรพูดขู่บังคับให้รับประทานยาให้ครบถ้วน เพื่อไม่ให้อาการกำเริบ 12. เมื่อผู้ป่วยมีปากเสียงกับสมาชิกในครอบครัวควรขู่ให้ผู้ป่วยหลบจำ 13. หากผู้ป่วยมีอาการ เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด ท่านควรพูดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อนั้น 14. ถ้าผู้ป่วยเสียงดังใส่ควรเสียงดังกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเงียบ 15. เมื่อผู้ป่วยทำให้ท่านโกรธหรือไม่พอใจท่านควรบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ตรง ๆ โดยไม่ใช่ อารมณ์ 16. เมื่อท่านมีปัญหากับผู้ป่วยควรพยายามหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหานั้น 17. การให้คำปรึกษาเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลไม่ใช่หน้าที่ของญาติเพราะไม่ได้เรียน มา 18. เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือท่าน แม้เพียงเล็กน้อยท่านก็ชมเชยและให้กำลังใจเสมอ เพราะเป็น การบำบัดจิตใจผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง 19. การกล่าวชมเมื่อผู้ป่วยทำดี และการพูดจาทางบวกเสมอเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพ จิตใจดีขึ้น 20. การสื่อสารที่ดีเป็นการสื่อสาร 2 ทาง คือ บวกความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง และรับฟัง ความคิดเห็นของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ 		

การวิเคราะห์คะแนนข้อ 3 6 8 15 18 19 20 (+) ถ้าตอบว่าถูกต้องได้ 1 ไม่ถูกต้องได้ 0

1 2 4 5 7 9 10 11 12 13 14 16 17 (-) ถ้าตอบว่าไม่ถูกต้องได้ 1 ถูกต้องได้ 0

1. "แม้ว่าผมควรบอกหมดเรื่องที่ผมหยุดยามี๊" เมื่อผู้ป่วยคุยเรื่องนี้กับท่าน ประโยคใดต่อไปนี่ที่ควรบอกกับผู้ป่วย
 - ก. ถ้าลูกกลัวหมดคุณ เดี่ยวแม่จะบอกหมดให้
 - ข. ลูกรู้สึกไม่สบายใจ เรื่องที่ต้องบอกหมดเรื่องหยุดยามี๊
 - ค. อะไรนะ ! หยุดยามี๊อีกแล้ว กลับไปเล่นยาม้า ถึงหยุดยามี๊ให้
2. ถ้าต้องการขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย ควรพูดประโยคใดต่อไปนี่
 - ก. แม่อยากให้คุณช่วยล้างจานจ๊ะ
 - ข. ไปเอาจานมาสิจ๊ะ หยิบดี ๆ นะอย่าให้แตกล่ะ
 - ค. อย่าชี้เกียจกันนะลูก มาช่วยแม่ล้างจานเดี๋ยวนี้
3. ข้อใดเป็นการพูดเสริมแรงทางบวก
 - ก. วันนี้ลูกช่วยงานแม่ได้เยอะเลย แล้วแม่นะพาไปเที่ยวนะจ๊ะ
 - ข. ทำงานเสร็จแล้วไปอาบน้ำทานข้าวนะ
 - ค. เห็นมี๊จ๊ะ ลูกคงทำงานได้ดีกว่านี้ถ้าลูกไม่ป่วย เห็นมี๊ ! ป่วยไม่ดีเลย
4. ข้อใดหมายถึงการสื่อสารทางบวก
 - ก. ไม่พูด ยอมเก็บความรู้สึกที่ไม่ดีกับผู้ป่วยไว้ในใจคนเดียว
 - ข. บอกความรู้สึกกับผู้ป่วยไปตรง ๆ
 - ค. ถูกทุกข้อ
5. การสรุปความ จำเป็นต้องพูดเมื่อจบการสนทนาที่สำคัญต่อผู้ป่วยข้อใดเป็นการสรุปความที่เหมาะสม
 - ก. เอ ! เราคุยเรื่องอะไรกันบ้างนะลองทวนซิ มีเรื่องเก็บของกับเรื่องอะไร
 - ข. เข้าใจเรื่องที่คุณพูดไปมี๊วันนี้ เราคุยกันถึงเรื่องการเก็บของเข้าที่ให้เรียบร้อยของคุณ
 - ค. ไหนพูดซิว่าต่อไปนี่ต้องเก็บของให้เรียบร้อย
6. การวิเคราะห์ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่พูด จำเป็นหรือไม่
 - ก. ไม่จำเป็น ญาติรู้จักผู้ป่วยมานานมากแล้ว
 - ข. จำเป็น เพราะการสังเกตอารมณ์มีผลต่อการป้องกันการกำเริบ
 - ค. จำเป็น เพราะผู้ป่วยจิตไม่ปกติ
7. การสนทนากับผู้ป่วยในแต่ละครั้งสิ่งที่จะต้องสังเกตคือ
 - ก. ลักษณะการพูดได้ตอบ
 - ข. สายตา สีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง
 - ค. ถูกทุกข้อ

8. เมื่อผู้ป่วยบอกว่า “โรคอย่างนี้ปลงเถอะรักษาอย่างไรก็ไม่หาย” หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจว่าเขาจะมีอาการดีขึ้น กรณีนี้ ท่านควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไร
- ก. ก็ปลงนะอย่าคิดมาก แม้ก็เห็นลูกเข้าโรงพยาบาล 2 เดือนแล้วก็กลับไปอีก
 - ข. ก็ทานยาตามหมอบอกไปเดี๋ยวก็นายเองลูก
 - ค. แม้ว่าเราควบคุมอาการได้นะ ถ้าเรารู้ตัวเองว่าอารมณ์เป็นไง เริ่มไม่ดีก็บอกแม่แก้ใจได้ให้อาการลดลงได้นะลูก
9. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ การให้ผู้ป่วยระบายออกเป็นการรักษาชนิดหนึ่ง ข้อใดที่ญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยระบายได้ถูกต้อง
- ก. ให้พูดในสิ่งที่กดดันได้ระบายออก เพื่อลดความคับข้องใจ พร้อมทั้งเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ
 - ข. ให้ผู้ป่วยตำว่าคนที่ไม่พอใจเสมอ ๆ เพื่อลดความกดดัน
 - ค. ไม่ควรให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ เพราะจะทำให้ดูก้าวร้าว
10. ข้อใดเป็นการบอกเพื่อเจาะจง แก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
- ก. ทำแบบนี้ไม่ดีเลย มันบาปรู้มั๊ย
 - ข. อย่าตะคอกแม่อีกนะ
 - ค. แม้น้อยใจที่ลูกตะคอกแม่
11. เมื่อพบผู้ป่วยพูดคนเดียว
- ก. ลูกบ่นอะไร เห็นบ่นทั้งวัน
 - ข. ลูกพูดอยู่กับใคร เสียงเป็นอย่างไรจ๊ะ
 - ค. หยุดพูดนะ แม้ไม่เห็นได้ยินเสียงใครคุยด้วยเลย
12. เมื่อผู้ป่วยทำของรกท่านจะเลือกใช้คำพูดข้อใด
- ก. แม้ไม่ค่อยพอใจที่ลูกทำห้องรกอย่างนี้ และแม้ขอให้ลูกเก็บของซะ
 - ข. เอาขยะไปทิ้งเดี๋ยวนี
 - ค. โหโห ! ของเลอะเทอะอย่างนี้ไว้ให้คนอยู่เหวอ
13. ลุง ๆ ผู้ป่วยก็หงุดหงิดท่านจะเลือกพูดข้อใด
- ก. ดูลูกอารมณ์เสีย มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่า
 - ข. อาการกำเริบอีกละซิเนี่ย
 - ค. ไม่ได้ทานยาตอนเช้าไซ้มั๊ย

14. เมื่อท่านกับผู้ป่วยมีความเห็นไม่ตรงกันข้อใดไม่ควรทำ
- ก. บอกพฤติกรรม หรือสิ่งที่ท่านไม่ชอบโดยตรง
 - ข. ถามความรู้สึกของผู้ป่วย
 - ค. แสดงอารมณ์สีหน้าให้รู้สึกที่ไม่พอใจ
15. การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาท่านควรทำอย่างไร
- ก. ตามใจเพราะกลัวขัดใจแล้วอาการจะกำเริบ
 - ข. พุดูให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะจับส่งโรงพยาบาลให้หมอบังคับเอง ผู้ป่วยจะได้ทานยา
 - ค. พุดูสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ทานยา และให้คำแนะนำชักจูงใจให้รับประทานยา
16. เมื่อท่านมีปัญหาส่วนตัวกับผู้ป่วย
- ก. ไม่สนใจปัญหาเดี๋ยวก็จบไปเอง
 - ข. ยอมให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายถูกจะได้ไม่คิดมากไม่ก่ออาการป่วย
 - ค. ปรับความรู้สึกของท่านและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกของตนโดยตรง
17. เมื่อผู้ป่วยแสดงความก้าวร้าวข้อใดไม่ควรทำ
- ก. พุดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่มั่นคงนุ่มนวล
 - ข. ลงโทษให้ผู้ป่วยหลายบ่าจะได้ไม่ทำอีก
 - ค. รอให้อาการสงบซ้กพักแล้วถามความต้องการของผู้ป่วยว่ามีอะไรที่จะช่วยได้มั้ย
18. เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมและแยกตัว ท่านควร
- ก. ปล່อยไว้สักพัก เวลานั้นคงไม่ต้องการใครรบกวน
 - ข. พุดกระตุ้นให้กิจกรรมร่วมกันในครอบครัว
 - ค. พาไปโรงพยาบาลทันที

เนื่องจากข้าพเจ้านิสิตปริญญาโท คณะนิเทศศาสตร์ ภาควิชาวาริชิตวิทยาและสื่อสาร
 การแสดง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย
 จิตเวช” เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาเข้ากับการบำบัดผู้ป่วยทางจิตให้มีประสิทธิผล จึงขอความร่วมมือ
 จากท่านในการตอบแบบสอบถาม เพื่อประโยชน์ทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชและทางวิชาการต่อไป

1. ท่านได้มีการพูดคุยสนทนากับผู้ป่วยหรือไม่ ในลักษณะอย่างไร ?

.....

2. ท่านมีวิธีการพูดอย่างไรเมื่อต้องการให้ผู้ป่วยทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
 หรือในสถานการณ์อื่น ๆ ?

.....

3. ผู้ป่วยเคยระบายหรือเล่าปัญหาต่าง ๆ ให้ท่านฟังบ้างหรือไม่ และท่านให้คำปรึกษาอย่างไร ?

.....

4. เมื่อผู้ป่วยทำอะไรผิดพลาด ท่านจะปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างไร ?

.....

5. ท่านคิดว่าการพูดที่ดีจะช่วยฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้หรือไม่ ?

.....

6. ท่านมีปัญหการสื่อสารกับผู้ป่วยบ้างหรือไม่ และท่านมีวิธีจัดการกับปัญหาอย่างไร ?

.....
.....
.....

7. หากมีโครงการอบรม “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ท่านสนใจหรือไม่และท่านคิดว่าจะร่วมโครงการอบรมหรือไม่ ?

.....
.....
.....

8. สิ่งที่ท่านต้องการทราบเกี่ยวกับการสื่อสารทางการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช คือ

.....
.....
.....

9. ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....
.....
.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยที่ท่านดูแล ให้เลือกความรู้สึกที่พบบ่อยหรือมีมากที่สุด 3 อย่าง และบันทึกตามประเด็นต่อไปนี้

ความรู้สึกที่เกิดบ่อย	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น	พอรู้สึกแล้วพูดอย่างไร
1.....
2.....
3.....

ความคาดหวังของญาติที่มีต่อผู้ป่วย

ฉันอยากให้ผู้ป่วยที่ฉันดูแลอยู่เป็นอย่างไร

- 1.....
.....
- 2.....
.....
- 3.....
.....

1. ในความเป็นจริงผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่เป็นอย่างไร

- 1.1.....
.....
- 1.2.....
.....
- 1.3.....
.....

2. ท่านทำอย่างไรบ้างที่จะทำให้ความหวังที่มีต่อผู้ปวยใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ท่านหวังมากที่สุด

2.1.....

.....

2.2.....

.....

2.3.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ขอแสดงความนับถือ

น.ส.จรัสพร กิริติเสวี

นิสิตปริญญาโท ภาควิชาวาทยวิทยาและสื่อสารการแสดง
คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสังเกตเพื่อตอบในแต่ละปัญหานำวิจัย

สำหรับปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 , 3 , 4 จะใช้แบบสังเกตเดียวกัน

การสื่อสารระหว่างบุคคล ในแบบสังเกตนี้จะตอบ ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 3 โดยจะศึกษา ทั้ง กระบวนการสื่อสาร ระหว่างบุคคลในการ ฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยว่าเป็น อย่างไรและมีผลหรือ อุปสรรคอย่างไรบ้าง	การสนทนาระหว่างผู้ บำบัดและผู้ป่วย		วิเคราะห์บทสนทนา (Content analysis)	
	บท สนทนา	พฤติกรรม ที่ แสดงออก	กล ยุทธ์ที่ ใช้	ผลที่ เกิดขึ้น

ตอบปัญหานำวิจัยข้อที่ 1
กลยุทธ์การสื่อสารระหว่าง
บุคคลของทีมจิตบำบัด
เป็นอย่างไรและผลที่เกิด
กับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจาก
การสนทนา

โดยมีรายละเอียดของการสังเกตดังนี้

**ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 : กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตบำบัดเป็นอย่างไร
และผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา**

- ประเด็นสังเกตที่ 1 :**
- สังเกตตามขั้นตอนการสื่อสารระหว่างบุคคลและกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ
 - ลักษณะที่แสดงออกทางวจนและอวจนภาษา เช่น การสบสายตา สีหน้า ท่าทาง การสัมผัส ระยะห่าง
 - การเริ่มต้น
 - ช่วงเข้าสู่เนื้อหา
 - ช่วงยุติ
 - สังเกตอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสาร
 - ลักษณะการสนทนาของทีมจิตบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช

- ในการคุยกับผู้ป่วย ผู้บำบัดมีการพยายามให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลอย่างไร
 - ผู้บำบัดแสดงความน่าศรัทธาเลื่อมใส (Credibility) Ethos อย่างไร
 - ผู้บำบัดแสดงความเมตตา มีพลังในการชักชวน (Persuasive Power) ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำและสร้างอารมณ์ร่วมให้ผู้ฟัง (Pathos) อย่างไร
 - ผู้บำบัดใช้เหตุผลประกอบการพูด (Logos) อธิบาย ชักชวน แนะนำที่น่าเชื่อถือ มีน้ำหนักอย่างไร
- กลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ผู้บำบัดใช้เช่น การให้กำลังใจเป็นลักษณะไหนสังเกตจากลักษณะการพูดและกลยุทธ์ที่ใช้

- วัจนลีลา (Style) ของผู้บำบัดเป็นลักษณะใด

ประเด็นสังเกตที่ 2 ผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

อวัจนภาษาของผู้ป่วย

- ท่าทาง
- สายตา
- น้ำเสียง
- สีหน้า

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างไรบ้าง

- ควบคุมอารมณ์
- การพูดคุยได้ตอบ
- การยิ้มแย้ม

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 : ความคาดหวังของผู้ป่วยกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคมที่ ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความ มโนภาพ เชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) เป็นอย่างไร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสังเกต : ผู้ป่วยจิตเวช ทั้ง 6 คน

ประเด็นที่สังเกต :

- ในการดำเนินสัมภาษณ์ Focus Group interview มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง
- ผู้ป่วยสนใจหรือไม่
- ให้ความร่วมมือ ในแต่ละคำถาม/กิจกรรม หรือไม่
- การมีส่วนร่วมของแต่ละคนเป็นอย่างไร

- การแสดงออกขณะดำเนินการทำกลุ่ม เช่น สีหน้า การแสดง (Performance) อารมณ์ ความพึงพอใจ สิ่งที่แสดงออกนั้นตรงกับความรู้สึกจริง ๆ ในขณะนั้นหรือไม่

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 : ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไรและผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

- ประเด็นสังเกตที่ 1**
- ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว
 - การแสดงอารมณ์ของญาติกับผู้ป่วย
 - ในการสนทนาญาติพยายามให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นโดยการให้กำลังใจหรือปลอบใจอย่างไร
 - ความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มีต่อญาติ (Ethos)
 - การแสดงความเมตตาและการสร้างอารมณ์ร่วมเพื่อชักจูงให้ผู้ป่วยทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Pathos)
 - การใช้เหตุผลของญาติต่อผู้ป่วย (Logos)

ประเด็นสังเกตที่ 2 ผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

อวัจนภาษาของผู้ป่วย

- ท่าทาง
- สายตา
- น้ำเสียง
- สีหน้า

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างไรบ้าง

- ควบคุมอารมณ์
- การพูดคุยได้ตอบ
- การยิ้มแย้ม

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 : การอบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการและกิจกรรมอย่างไรบ้าง สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู จิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

ประเด็นที่สังเกต :

แยกเป็น 3 ส่วน

1. ก่อนอบรม “กลยุทธการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

- ลักษณะการสนทนาของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร
- การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
- ญาติมีการใช้คำพูดเชิงบวกเพื่อการบำบัดหรือให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างไร

2. ระยะเวลา “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

- ภาพรวมของสถานการณ์ในระยะเวลา
- ญาติให้ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ หรือไม่
- ญาติให้ความร่วมมือในแต่ละกิจกรรมอย่างไร
- ภูมิมีส่วนร่วมของญาติในแต่ละกิจกรรม
- ความพึงพอใจของญาติขณะทำการอบรม

3. ภายหลังจากการอบรม “กลยุทธ์การพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

- การสนทนาของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไร
- ญาติสามารถทำการสื่อสารบำบัดกับผู้ป่วยได้หรือไม่ และใช้เทคนิคอะไรได้บ้าง
- ญาติสามารถพูดในเชิงบวกกับผู้ป่วยได้มากขึ้นหรือไม่
- ญาติสามารถประยุกต์กลยุทธ์การสื่อสารทางการพูด เพื่อจัดการกับพฤติกรรม

ต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ในลักษณะใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำบทสนทนาทั้งหมดมาถอดเทปโดยละเอียด เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ที่ทีมจิตบำบัดใช้ตามบทสนทนาแต่ละประโยค แล้วนำมาจัดทำแฟ้มข้อมูลตามรูปแบบแบ่งเป็นหมู่ตามแต่ละข้อมูล

2. ในกิจกรรมการอบรมจะถ่ายทำวีดิทัศน์เพื่อการวิเคราะห์การร่วมมือและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างตามแต่ละกิจกรรมโดยละเอียด

3. สรุปประเด็นที่ศึกษาวิเคราะห์ตามสาระสำคัญของการวิจัย นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์

4. นำผลที่ได้มาวิเคราะห์เป็นข้อสรุปแต่ละประเด็น รวมกับความรู้ในเชิงนิเทศศาสตร์และการศึกษาเอกสารทางกรมสุขภาพจิตนำมาให้ความรู้กับญาติผู้ป่วยในเรื่อง “กลยุทธ์ในการพูดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” จากนั้นติดตามประเมินผล โดยการประเมินจากความรู้ที่ได้การนำไปใช้และผลที่เกิดขึ้นภายหลังอบรม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะกลยุทธ์ที่ทีมจิตเวชใช้ ลักษณะการสื่อสารและปัญหาของแต่ละครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย รวมทั้งการจัดอบรมและประเมินผลในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยให้แก่ครอบครัว โดยมีแนวคิดเชิงจิตสวาระเป็นจุดเชื่อมโยงความคิด ความหวังของผู้ป่วยไปสู่ครอบครัว ชีวิตในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดทางการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อการบำบัดและวิธีการสร้างสัมพันธภาพ

ทั้งหมดนำไปสู่งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มคือ

1. ทีมจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ดูแลผู้ป่วยตึกหญิง 6 และตึกชายอโศก 2 ทั้ง 12 ท่าน

จิตแพทย์

นพ. พรชัย	พงษ์สงวนสิน
นพ. ไพฑูร	สมุทรวินธุ์
นพ. พิเชิตพงษ์	อริยะวงศ์
นพ. ชัยยศ	จิตติรังสรรค์

นักจิตวิทยา

สุเกษฎร	ชัยยุทธ
กุลนารี	ณ ตะกั่วทุ่ง

พยาบาลจิตเวช

ชมพูนุช	คุ้มสัมพันธ์
อนงค์นุช	ศาโตก
อุไร	ธวัชกิตติวุฒิ
กาญจนา	ปิวจันทร์

นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

สุรีย์	บุญเฉย
ภมริน	เชาวนจินดา

2. กลุ่มญาติผู้ป่วยทั้ง 6 คน

คุณมาลี	- คุณแม่ปรีชา
คุณรำไพ	- คุณแม่รุ่งโรจน์
คุณนก	- พี่สาวจิโรจน์
คุณติ่ม	- คุณแม่ปิยะฉัตร
คุณนีย์	- น้องสาวนุชนาฏ
คุณตุ่ม	- สามีทัศนีย์

3. สำหรับข้อมูลผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้ (ข้อมูลเพิ่มเติมในภาคผนวก ก)

1. ปรีชา ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 53 ปี สถานภาพโสด อาศัยอยู่ในบ้านเช่ากับแม่ที่ตลาดนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง สูบบุหรี่จัดและดื่มกระเทียมแดงวันละ 7-10 ขวด นำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ ทุพโภชนาการ น้ำหนักลด หวุดหวิด ทำพฤติกรรมบางอย่างคล้ายเด็ก

2. รุ่งโรจน์ อายุ 27 ปี สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งมีอาชีพขายส่งมะพร้าวชุดและจำหน่ายปลาสด เคยเป็นนักกีฬาจักรยานเซต หลังจากพ่อแม่ให้เลิกเป็นนักกีฬาจึงมาติดยาบ้า 10 ปี ได้รับการบำบัดจนหายและกลับมาติดยาแก้เมาเรอ นำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการ หูแว่ว แยกตัว ประสาทหลอน หวุดหวิด

3. จิโรจน์ อายุ 32 ปี สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เปิดกิจการโรงพิมพ์ เสพกัญชาขณะศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัย จากนั้นเปลี่ยนมาเสพยาบ้า จนมีอาการกำเริบ หลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า การมาโรงพยาบาลครั้งนี้ จิโรจน์ตั้งใจมารักษาโดยให้พี่สาวพามา

4. ปิยะฉัตร อายุ 30 ปี สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับมารดาและน้องชายที่จังหวัดบุรีรัมย์ มีอาชีพทำสวน เมื่อ 17 ปี ก่อนประสบอุบัติเหตุขณะเดินทางกลับจากสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่กรุงเทพฯ ทำให้ตาซ้ายเสียต้องใส่ตาปลอม ขาทั้งสองข้างไม่สามารถเดินได้เหมือนปกติ มือเขียนหนังสือไม่ได้ ปิยะฉัตรมาโรงพยาบาลครั้งนี้จากอาการ กำเริบ หลงผิด วิดกกังวล โดยแม่และน้องชายเป็นผู้พามารักษาที่โรงพยาบาล

5. นุชนาฏ อายุ 28 ปี สถานภาพแยกกันอยู่กับสามี หลังจากนุชนาฏคลอดลูกไม่ถึงหนึ่งเดือน สามีของนุชนาฏก็หนีจากไป จึงมีหลายครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น กระโดดบันไดและไม่เคยยอมรับประทานอาหาร มีอาการแยกตัวซึมเศร้า วิดกกังวลและพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อนและน้องสาวจึงนำส่งโรงพยาบาล

6. ทัศนีย์ อายุ 40 ปี สถานภาพแต่งงาน ทัศนีย์และสามีเป็นทหาร อาศัยอยู่พลตทหารแถวบางเขน ทัศนีย์เริ่มดื่มยาแดงเหล้าเพื่อแก้อาการแพ้จากการตั้งครรภ์ จากนั้นจึงติดเรื่อยมา

เป็นเวลา 10 ปี จนปัจจุบันทัศนียมีมีอาการมือสั่น ไม่สามารถทำงานได้ เมื่อออกจากงานทัศนียยังไม่สามารถรับสภาพได้ และมีปัญหาเกี่ยวกับสามีเพราะต้องการเงินลงทุน มีปัญหากับเพื่อนบ้านถูกกล่าวหาว่าขโมยของ

โดยผลการวิจัยจะเรียงลำดับ เพื่อตอบแต่ละปัญหานำวิจัยดังนี้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทิมจิตเวชเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคม ที่ถูกแสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy Themes) เป็นอย่างไร

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 ผลที่เกิดจากการอบรมญาติผู้ป่วย เรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทิมจิตเวชเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยจึงขอเสนอผลข้อมูลเป็นส่วน ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาพรวมของการสื่อสารในหอผู้ป่วยแรกรับและวิกฤตและการฟื้นฟูจิตใจ

ส่วนที่ 2 สารที่สร้างความน่าเชื่อถือและอุปสรรคในการสื่อสาร

ส่วนที่ 1 ภาพรวมของการสื่อสารในหอผู้ป่วยแรกรับและวิกฤต และการฟื้นฟูจิตใจ

สภาพแวดล้อมในการฟื้นฟูจิตใจ ผู้ป่วยในตึกแรกรับและวิกฤตนี้เป็นบรรยากาศแท้จริงของการเริ่มรักษา การจากบ้านมาอยู่ที่โรงพยาบาลที่เรียกว่าโรงพยาบาลสำหรับคนบ้า หรือผู้ป่วยทางจิต ย่อมสร้างความรู้สึกกดดันขึ้นในใจของผู้ป่วย กฎระเบียบ เครื่องแบบ และลูกกรงเหล็ก ที่สร้างความรู้สึกเครียดมากขึ้น เชื่อได้เลยว่าเพียงยาที่มีประสิทธิภาพเท่าใด ก็ไม่อาจเยียวยาบุคคลผู้ทุกข์กับโรคทางจิตใจนี้ได้ หากปราศจากการสื่อสารกับบุคคลกลุ่มหนึ่งที่เรียกว่า

“ทีมจิตเวช” การพูดคุยดูแลเอาใจใส่ของพวกเขาเหล่านี้ ฟันฟูจิตใจและความรู้สึกที่ไม่สามารถเผชิญต่อสังคมได้ให้ค่อย ๆ เปลี่ยน จนแข็งแรงและกลับไปเริ่มต้นชีวิตใหม่อีกครั้ง

ภาพที่เห็นในทุก ๆ วันของตึกแรกรับ ผู้ป่วยบางคนถูกจับมัดมา ตำรวจพามา บางคนยินยอม บางคนต่อต้าน ดิ้นรน กรีดร้อง การทำให้เขาเหล่านี้สงบลงเป็นเรื่องที่ยาก บ่อยครั้งที่คนในทีมเกือบถูกผู้ป่วยทำร้าย ถูกล้ำลายใส่หน้า สะบัดรองเท้าโดนศีรษะพยาบาล แต่ไม่เคยมีที่บุคคลในทีมจิตเวชจะแสดงความไม่พอใจออกมา และสิ่งที่แสดงออกเหล่านี้รวมถึงกลยุทธ์การพูดคุยต่าง ๆ การใช้น้ำเสียงสูงๆ มีอะไรให้ช่วยคะ คุณอยากพูดอะไร เดี่ยวทานยาก่อนนะคะแล้วเราค่อยคุยกัน จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พวกเขาสงบอาการลง จนวันที่พวกเขากลายเป็นปกติอีกครั้ง และมองบุคคลผู้เข้ามาใหม่อย่างเข้าใจชีวิตมากขึ้น

“เห็นมั๊ยคะ ตอนคุณเข้ามาใหม่ ๆ คุณก็เป็นแบบนี้ ตอนนี้อย่างไรแล้วใช้มั๊ยว่าทำอย่างนี้ไม่น่ารักเลย เห็นมั๊ยคะญาติเขาพาเรามาเพราะเขารักเรา เขาอยากให้เราหายป่วย คุณเองก็ต้องรักษาตัวเองด้วย พยายามฝึกนิสัยที่ดีทุก ๆ วัน”

พยาบาลคนหนึ่งพูดกับปิยะฉัตรหนึ่งในผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยชิ้นนี้ และเพื่อตอบคำถามที่ต้องการทราบว่า **ทีมจิตเวชมีกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อฟันฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร ?** ผู้วิจัยจึงขอเสนอภาพรวมของการสื่อสารในหอผู้ป่วยแรกรับและวิกฤตเป็นอันดับแรก ในส่วนลักษณะของกระบวนการสื่อสารนั้นจะเริ่มจาก การพูดคุยเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยทำการสำรวจทั้งหอหญิงและหอชาย จุดหนึ่งซึ่งผู้วิจัยพบความแตกต่างคือ ลักษณะการเชื่อมโยงบุคคลใกล้ชิดเป็นสรพนามในการเรียก เช่น ผู้ป่วยหญิงเรียกพยาบาลว่า “แม่”

ซึ่งในหอหญิงจะมีการสื่อสารแบบพี่กับน้อง แม่กับลูก หมอ-ผู้ป่วย ตามความใกล้ชิด แต่ในหอชายจะเป็นพี่กับน้อง หมอกับผู้ป่วยเท่านั้น ไม่พบความผูกพันแบบพ่อกับลูก และในตึกชายนี้ จะมีความเด็ดขาดในการพูดคุยมากกว่า รวมถึงมีวิธีการลงโทษที่เป็นรูปธรรมมากกว่า

ทีมจิตเวชทั้งตึกชายอโศก 2 และหญิง 6 ได้ใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงการสื่อสารที่เหมาะสม และแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การฝึกฝนจากการพูดคุยถึงพฤติกรรมและความคิดนั้น ๆ มาจากวิธีการโน้มน้าวจิตใจ อย่างแรกคือ โน้มน้าวใจให้เกิดการสื่อสารและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้สำนวนหรือคำพูดที่เข้มข้น การใช้ กลยุทธ์การพูดเชิงลู่เข้าหา หรือ ลู่ออกในการสื่อสารวิเคราะห์การเลือกเหตุผลเส้นทางหลัก หรือรองในการตัดสินใจร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามตารางกิจกรรมแต่ละวัน โดยเฉพาะการชวนให้ผู้ป่วยร่วมทำกลุ่มจิตบำบัด ผู้วิจัยพบการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ไม่พบจิตแพทย์ในการทำกลุ่ม จิตบำบัด ลักษณะการทำกลุ่มจิตบำบัดจะเป็นการฝึกการเข้าสังคมให้ผู้ป่วยเรียนรู้

การสร้าง ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การฝึกการเป็นผู้สื่อสารที่ดี รู้จักพูด รู้จักฟัง และคิดตาม การทำกลุ่มจิตบำบัดยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ชีวิตผู้อื่น ช่วยกันให้คำปรึกษาแนะนำ ปลอบใจ ผู้ที่ต้องอยู่ในสภาพเดียวกัน ทำให้เห็นคุณค่ากันและกัน เมื่อการทำกลุ่มจิตบำบัดเสร็จลง ผู้นำกลุ่มจะถามผู้ป่วยแต่ละคนว่า วันนี้ได้อะไร หรือรู้สึกอย่างไร นุชนาฏซึ่งเป็นผู้ป่วยและ(กลุ่มตัวอย่าง) กล่าวว่า “รู้สึกดีมาก ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ มีกำลังใจขึ้นรู้ว่ายังมีคนที่ทุกข์มากกว่าเรา เรื่องเรายังน่าจะกลับไปแก้ไขได้” นอกนั้นก็กิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันล้วนทำเพื่อการฟื้นฟูจิตใจทั้งสิ้น แม้เป็นกิจกรรมเล็ก น้อย ๆ เช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มทำขนม กลุ่มปลูกต้นไม้ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นว่าจะต้องมีการอธิบายโน้มน้าวใจให้เข้าร่วมกลุ่ม โดยการให้ดูตัวอย่างจากผู้ป่วยรายอื่น ประโยชน์การทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยสนใจและเข้าร่วมกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องสังเกตพูดคุยตามความรู้สึก เช่น สนุกหรือไม่ อยากทำหน้าที่อะไร หรือพบปัญหาอะไรในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น วาดรูป ดังเช่นครั้งหนึ่งขณะเข้ากลุ่มวาดรูป ทศนีย์ (ผู้ป่วย) วาดรูปผีเสื้อหลาย ๆ ตัว เต็มกระดาษ ผู้บำบัดเดินเข้ามาและเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อนพูดคุย ถามเรื่องวาดรูป การใช้สี ทำไมถึงใช้สีดำ ผู้ป่วยตอบว่ากำลังมีความทุกข์ และเริ่มระบายเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้บำบัดรับฟัง ดังจะเห็นว่า การสื่อสารบำบัดของทีมจิตเวชในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยทางจิตนั้นเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ เวลา แม้อยู่ในบรรยากาศที่ถูกควบคุมหรือระเบียบที่เข้มงวด แต่ผู้ป่วยก็มีอิสระในการแสดงความคิด ความรู้สึกในขอบเขตที่เหมาะสมได้ สำหรับการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ป่วยจะรู้ว่าทีมจิตเวชจะเป็นผู้ดูแล ผู้คุม เพื่อนและผู้ให้คำปรึกษาหรือเชื่อมโยงความคิด เป็นพี่เป็นแม่ ที่ต้องเคารพเชื่อฟัง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถปรับทุกข์ให้ฟังได้ ทีมจิตเวชต้องเป็นผู้มีความสามารถในการพูดคุยและแสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยความเมตตา และจริงใจมีเทคนิคในการสร้างสัมพันธภาพ และกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการสื่อสาร บนพื้นฐานจริยธรรมของวิชาชีพการช่วยเหลือผู้ทุกข์ใจ เป็นตัวอย่างในการแสดงออกถึงผู้มีสุขภาพจิตที่ดี ให้คำปรึกษา จูงใจ ให้ผู้ป่วยรู้จักเลือกทางที่ถูกต้องสำหรับตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเองได้เป็นจุดหมายสูงสุดของทีมจิตเวช เพื่อให้การฟื้นฟูจิตใจจะได้มีประสิทธิภาพ

หากจะมองถึงการสื่อสารโดยรวมในหอผู้ป่วยจะพบกลยุทธ์การสื่อสารของแต่ละประเภท ทีมจิตบำบัด ซึ่งมีลักษณะเป็นกระบวนการเริ่มจาก สร้างปฏิสัมพันธ์ สำรวจปัญหา หาสาเหตุของปัญหา นำผู้ป่วยเข้าสู่วิถีแก้ไข โดยในทุกขั้นตอนต้องคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี ควบคู่ไปกับจิตบำบัดและการให้คำปรึกษาจนยุติการบำบัดในงานวิจัยนี้ หมายถึง การจำหน่าย (Discharge) ส่งผู้ป่วยกลับบ้านนั่นเอง โดยลักษณะการสื่อสารบำบัดในหอผู้ป่วยแรกรับและวิกฤต พบลักษณะการสื่อสารโดยทั่วไปดังนี้

1. **การสื่อสารเพื่อควบคุมให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกันได้** คือ อธิบายถึงการอยู่ร่วมกันภายในโรงพยาบาลรวมถึงกฎ ระเบียบ ข้อปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกกรณีอยู่ร่วมกันได้ รวมถึงการลงโทษหากฝ่าฝืน การสื่อสารในลักษณะนี้เป็นการอธิบาย แนะนำการปรับตัว

2. **การสื่อสารเพื่อการสนทนา การทำกิจกรรมต่าง ๆ** การโน้มน้าวใจ ใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยใน ที่จัดขึ้น เช่น ตอนเช้าของทุกวันจะมีการเข้ากลุ่มออกกำลังกาย การทำกลุ่มวาดรูป เขียนจดหมาย อ่านหนังสือ ร้องเพลง ทำขนม จิตบำบัด ทีมจิตเวชจะต้องมีกลยุทธ์การเชิญให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมและทำให้ผู้ป่วยสนุกและภูมิใจกับงานที่ทำ โดยทักษะที่ใช้จะพบการโน้มน้าวใจแบบอ้อมประโยชน์ การให้กำลังใจและการให้เพื่อนผู้ป่วยช่วยในการชักชวน

3. **การสื่อสารเพื่อลดการขัดแย้ง** คือ การไม่เข้าใจกันเกิดขึ้นตลอดเวลา อาจมาจากความไม่เข้าใจ เนื้อหาจากตัวสาร (คำพูด) หรือการแปลความหมายของสารผิด ทั้งวันและอวัจนภาษา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ไวต่อความรู้สึกดังนั้นการปรับการสื่อสารให้ตรงกันเสมอนั้น ย่อมมีความจำเป็นอย่างมาก เมื่อเกิดปัญหาต้องใช้กลยุทธ์การทำให้กระจ่าง การสะท้อนความคิดและการทำให้เข้าใจตรงกัน

4. **การสื่อสารเพื่อการพยาบาลและการฟื้นฟูจิตใจ** การสื่อสารเพื่อการพยาบาลจะเป็นการพูดคุย ซักถามอาการสำหรับการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจจะเกิดในทุกบริบทของกิจกรรม ซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับเวลาว่ามากหรือน้อย การสื่อสารชนิดนี้ต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา “Therapeutic communication can take place anywhere” เช่น พยาบาลมานั่งเป็นเพื่อนคุยตอนทานข้าว หรือตอนอาบน้ำเสร็จ การตรวจเรื่องยาบันทึกอาการแพ้ยา และตรวจร่างกาย ตรวจเลือด วัดความดัน ยิ่งวางแผนการตรวจมากเท่าไรยิ่งทำให้ได้คุยกับผู้ป่วยคนนั้นมากขึ้น

กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวชมีความคล้ายคลึงดังที่นำเสนอในเรื่องกระบวนการจะเป็นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพซึ่งจะรายงานผลการศึกษาต่อไป ในส่วนความแตกต่างของการสื่อสารระหว่างบุคคล แยกตามประเด็นที่พบดังนี้

1. ลักษณะงานและการใช้เวลาของคนไข้

ในความเป็นจริงลักษณะงานที่แตกต่างกันไม่มีผลมากนักกับกลยุทธ์การสื่อสาร แต่หน้าที่จะเกี่ยวพันกับการใช้เวลา ซึ่งการใช้เวลาย่อมมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการสื่อสารบำบัด ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยเพราะต้องดูแลตลอด ตั้งแต่ตื่นขึ้นจนกระทั่งนอนหลับ พยาบาลจะคอยดูแล ชักถามอาการและจดบันทึก นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช จะเข้ามาดูแลเรื่องลักษณะความเป็นอยู่และชักถามถึงผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนของผู้ป่วย ลักษณะการพูดคุยจะลงลึกในเรื่องความเป็นอยู่และสภาพสังคม ซึ่งต่างจากนักจิตวิทยาจะคุยเรื่องประเด็นที่ละเอียดเรื่องที่อยู่ภายในจิตใจและนักจิตวิทยา จะเข้ามาทำกลุ่มจิตบำบัด อาทิเคยละ 2 ครั้งในส่วนของจิตแพทย์นั้นจะเป็นผู้ควบคุมดูแลทั้งทีมจิตเวช พยาบาลผู้หนึ่งกล่าวว่า

“มีหน้าที่ประเมินในทุกอย่าง สภาพการรับรู้ ทักษะคิด ต้องเก็บรายละเอียดของคนไข้ทุกคน รูปร่าง ความสะอาด สีมมทองผม สีผิว เพราะฉะนั้นแน่นอนที่สุดว่าพยาบาลจิตเวชคือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การคุยของพยาบาลไม่แตกต่างกับวิชาชีพอื่น แต่แน่นอนเราเอาใจใส่เห็นหน้ากัน บ่อยดูแล อาบน้ำทาแป้ง ทานข้าว ดูทีวีนอน ทำให้คุยกันได้หลายเรื่องมากกว่าอย่างดูทีวี นี่เราสอนเขาไปด้วยได้ ทีมจิตเวชอื่นทำไม่ได้เพราะไม่ได้อยู่ตรงนี้ นอกจากนั้นการคุยที่สำคัญที่เป็นตัวต่อตัวจะเป็นการถามประวัติ ถามอาการ แนะนำการปฏิบัติตัวที่นี่ การทำ Psycho Support และการให้คำปรึกษา”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

หากจะอธิบายความแตกต่างของลักษณะงานของทีมจิตเวชจะพบดังนี้

จากการศึกษาพบว่าในทีมจิตเวชมีการแบ่งหน้าที่กันว่าใครรับผิดชอบ สาระทางกาย ทางจิต และทางสังคม หากพิจารณาจากมุมมองในการรักษาพบว่า สาระทางกาย จะเชื่อในสารเคมีต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคและยาที่ใช้เพื่อการรักษา รวมถึงวิธีการต่าง ๆ เช่น การทำ ECT หรือ ช็อตไฟฟ้า เป็นต้น ส่วนนักจิตวิทยาคลินิก จะดูแลถึงกลไกทางจิตใจการใช้แบบทดสอบต่าง ๆ ตลอดจนการฟื้นฟูทางจิตใจที่ไม่ใช้ยาโดยรวมถึง จิตสำนึก จิตใต้สำนึก จิตไร้สำนึก และทางด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก สำหรับนักสังคมสงเคราะห์จะดูแลที่การดูแลในครอบครัวในชุมชน ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา โดยเรียกรวมว่าชุมชนบำบัด ส่วนพยาบาลจิตเวชเรียกว่าเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีความถี่ในการสื่อสารกับผู้ป่วยในหอมากที่สุด เพราะเป็นผู้เห็นพัฒนาการของผู้ป่วยตลอดจนความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกอีกทั้งต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมในทีมจิตเวช ต้องคอยรายงานจิตแพทย์ ช่วยกับนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ทำกลุ่มจิตบำบัดตลอดจน

ดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้มีความสุขทางใจจากกิจกรรมการพยาบาล และดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง หากเทียบหน้าที่จะพบดังนี้

จิตแพทย์	-	กายบำบัด
นักจิตวิทยา	-	จิตบำบัด
นักสังคมสงเคราะห์	-	ชุมชนบำบัด
พยาบาล	-	กายบำบัด จิตบำบัด

พยาบาล : “เราจะทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ดูแลประเมินข้อมูล ดูแลผู้ป่วยทั้ง 24 ชั่วโมง แต่จริง ๆ ต้องประสานกันถึงจะได้ผล อย่างนักจิตบำบัด เขาพบกันเป็นครั้งคราว พยาบาลจะเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมใกล้ชิด”

(อนงค์นุช ศาโคก, พยาบาล. 10 กันยายน 2544)

จิตแพทย์ : “หน้าที่ของจิตแพทย์ คือ อย่างแรกคนไข้เข้ามาต้องตรวจพยาธิสภาพ คือ สภาพความเจ็บป่วย ตรวจโรคทางกายก่อน เขาเป็นเนื้องอก เป็นไทรอยด์ใหม่ หลังจากนั้นสร้างปฏิสัมพันธ์กับคนไข้ทั้งก่อนและหลังการรักษา”

(พรชัย พงษ์สงวนสิน, จิตแพทย์. 12 ธันวาคม 2544)

นักสังคมสงเคราะห์ : งานสังคมสงเคราะห์จิตเวชเป็นงานที่อยู่ในหน่วยงานทางจิตเวชโดยตรง เราช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน คือ เราช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตตลอดจนครอบครัวและสังคมของเขาโดยใช้วิธีการและกระบวนการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ คือ เป็นการรักษาให้ผู้ป่วยพึ่งพากันและกัน ให้เขาใช้ชีวิตอยู่ได้ในสังคม บางครั้งเราทำควบกับการใช้กิจกรรมบำบัดจะมีประโยชน์มากขึ้น พอผู้บำบัดพูดแสดงความเอื้ออาทรต่อคนหนึ่ง อีกคนจะเลียนแบบ โดยไม่ต้องสอนเราจะนำเทคนิคการสื่อสารในครอบครัวมาใช้ในชุมชนบำบัด ให้เขามีความอบอุ่นค่อย ๆ สื่อขยายกว้างไปในสังคมที่เขาอยู่ ทำไมสังคมที่เขาอยู่ถึงรับเขาไม่ได้ นักสังคมสงเคราะห์จะหาสาเหตุตรงนี้ เราใช้การสื่อสารทางบวกเสมอ เพื่อเสริมให้คนกระทำในสิ่งที่ดีพยายามทำให้เขากลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ก่อนคืนเข้าสู่ชุมชนที่เขาอยู่ให้เขาอยู่ที่นั่นให้ได้แล้วเขาจะรู้ว่า ถ้าเขาเข้าใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมแล้วเขาจะเข้มแข็งเยียวยาตัวเองได้”

(ภมริน เขาวนจินดา, นักสังคมสงเคราะห์. 10 พฤศจิกายน 2544)

นักจิตวิทยา : “เราให้เวลากับผู้ป่วยมาก 45 นาที – 2 ชั่วโมง ข้อมูลของแต่ละคนของเรา ต้องละเอียด ต้องทำแผนภูมิครอบครัว ต้องรู้ให้ลึก แต่ละคนคือใคร ชอบอะไร ไม่ชอบอะไร งานอดิเรกคืออะไร เช็กไล่ขึ้นไป ก็จะทราบสาเหตุการป่วยง่ายได้ เราจะมั่นใจคุยสืบเรื่องราวเขาได้ เพราะข้อมูลเราพร้อมมีการใช้แบบทดสอบทางจิต เช่น ของซาเทียเป็นเอกลักษณ์ของนักจิตวิทยาเลย เราค้นได้หมด จิตสำนึก จิตใต้สำนึก จิตไร้สำนึก คุณสมบัติของนักจิตวิทยา คือ ต้องรอบรู้ กว้างขวาง ไม่ใช่รู้เรื่องตัวเขาอย่างเดียวให้คำปรึกษาเขาในหลายเรื่อง ต้องหาความรู้เสมอ นอกจากด้านอาชีพ เพราะวัน ๆ หนึ่งเราเจอผู้ป่วยหลายอาชีพ”

(สุเกียร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

วิธีการทำงานต่างกัน การวางตัวต่างกันส่งผลให้การรักษาและวิธีการสื่อสารต่างกัน เช่น ตอนหนึ่งของบทสัมภาษณ์ที่มจิตบำบัด กล่าวว่า

“งานหลักคือ ใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วมกับแพทย์ ซึ่งในกรณีคนไข้ในแพทย์จะส่งมา สำหรับการบำบัดระหว่างบุคคลจะเน้นเรื่องการพูดคุยในด้านอารมณ์ ความรู้สึก การใช้เหตุผล โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการแก้ไขปัญหา”

(สุเกียร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“นักสังคม การคุยส่วนใหญ่จะเป็น สัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยทางสังคม ปัญหาสังคม จิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ก่อนที่จะพบจิตแพทย์ เราก็จะให้กำลังใจทั้งตัวผู้ป่วยและต้องให้กำลังใจญาติด้วย ให้ความดูแลเขาอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น ถ้าเขาท้อแท้ต้องให้กำลังใจ แต่บางรายจะไม่ต้องถึงให้คำปรึกษาถึงขั้นลึกซึ้ง จะมุ่งถามเรื่องบัตรสวัสดิการต่าง ๆ เรื่องสังคมที่ต้องกลับไปปรับตัว ที่ต้องคุยด้วยอย่างมากคือ พวกญาติไม่ยอมรับ ใจทย์ของเราคือทำอย่างไรที่เราจะส่งผู้ป่วยรายนี้คืนสู่สังคมได้”

(ภมริน เขาวนจินดา ,นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช. 10 พฤศจิกายน 2544)

“การพูดคุยเพื่อรักษาอาการทางจิต คือ การให้ความเป็นกันเองความอบอุ่นให้เขารู้ว่า เราพร้อมจะช่วยเหลือเขาทุกอย่างร่วมทุกข์ร่วมสุขกับเขา เอื้ออาทรเขาเหมือนเป็นคนในครอบครัวเรา ที่นี้ผู้ป่วยเรียกเราว่า แม่ มาจากความเอื้ออาทร การสอนอย่างมีเทคนิคไม่ดูว่า คุณทำอย่างไรทำไมถูก ไม่ใช่ เราสอนให้เขาใช้ชีวิตที่ถูก พยาบาลทางจิตเวชต่างจากพยาบาลสาขาอื่น คือ นอกจาก

ต้องรู้พยาธิสภาพอาการยังต้องรู้จักการสื่อสารกับคนไข้เฉพาะราย เช่น อย่างผู้ป่วยซึมเศร้าเรารู้ว่ามีวิธีการอย่างไรในการพูดคุย แต่ทั้งนี้ต้องดูตัวบุคคลเป็นหลัก”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาลจิตเวช .7 สิงหาคม 2544)

“การสร้างสัมพันธภาพของนักสังคมสงเคราะห์ คล้ายกับวิธีการให้คำปรึกษา แต่จะไม่ลงลึกถึงรายละเอียด ปัญหา วิธีการของนักสังคมจะคล้ายกัน คือ เริ่มจากแนะนำตัว ทักทาย ถามเป็นงานข่าวหรือยัง ให้เขาไว้วางใจให้รู้สึกที่เราพร้อมจะฟังเขา เรายินดีช่วยเขาไม่ใช่ให้มันพัน ๆ ไปดูแลเมื่อเขากลับบ้านได้แล้ว แจ้งญาติ ถ้าญาติไม่มารับในเวลาที่กำหนด ติดต่อซ้ำ ดูว่าทางโรงพยาบาลส่งกลับให้ได้มีผู้ดูแล เตรียมพร้อม คุยก่อนกลับถ้ายังสับสนพูดทวนก็ยังไม่ให้กลับไม่ได้ คือ การสื่อสารก่อนกลับขั้นสุดท้าย การควบคุมอารมณ์ พูดไม่ทวน ถึงจะกลับได้ดังจะเห็นว่าหน้าที่การงานเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช ต่างกันไปตามตำแหน่งหน้าที่ในทีมจิตเวช”

(ภมรินทร์ เชาวน์จินดา ,นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช. 10 พฤศจิกายน 2544)

2. บุคลิกลักษณะ

ความแตกต่างในบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้กลยุทธ์ บุคลิกนั้นอาจเป็น ลักษณะเฉพาะตัวในการรักษาทำให้ผู้ป่วยพอใจทำให้การรักษามีความต่อเนื่องอีกด้วย...

บุคลิก ความแตกต่างของกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกผู้บำบัดเอง และบุคลิกของผู้ป่วยด้วย โดยยึดที่ความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลักในการเลือกวิธีการสื่อสารบำบัด และวิธีบำบัดในลักษณะต่างๆ เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้อาการ และการรักษาจากแพทย์ และตัวผู้รักษาเองก็มีส่วนสำคัญในการเลือกปฏิบัติการบำบัด ผู้ป่วยทางจิตแบบต่างๆ จากที่กล่าวเรื่องความแตกต่างในด้านวิชาชีพไปแล้ว วิธีการของแต่ละวิชาชีพขึ้นอยู่กับผู้ที่เลือก เช่น นักจิตวิทยาบางคนอาจนัดทางการรักษาอย่างหนึ่ง แต่อีกคนเลือกที่จะทำตรงข้ามเป็นต้น การรักษาของแพทย์ก็เช่นกัน รองลงมาคือ เรื่องประสบการณ์ ระยะเวลาการทำงาน ความคิด ความเชื่อของทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัด เพศ อายุ ภูมิฐานะ ศาสนา มีผลต่อการรักษาทั้งสิ้น ดังนั้นลักษณะที่ผู้บำบัดใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด (Therapeutic use of self) และเทคนิคกลยุทธ์การสื่อสารบำบัดที่ถูกนำมาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการฟื้นฟู จะมีการใช้วิธีบำบัดตามแนวคิดทฤษฎีแบบเลือกสรร (Eclectic Approach) ซึ่งไม่ยึดติดอยู่กับวิธีการใดวิธีการหนึ่ง สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามบุคลิกลักษณะ สภาพปัญหาและตามความเหมาะสมหรือความต้องการของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้บำบัดแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างกันออกไป ซึ่งจะมีตั้งแต่การตรงต่อเวลา สม่ำเสมอ จริงใจ การดูแลความเมตตาและองค์ประกอบต่างๆ ในการทำให้ผู้ป่วยพอใจและเชื่อถือที่ตอบตรงกันเป็นจำนวนมากที่สุดคือ ท่าทางที่ดูเป็นมิตรใจดี การพร้อมช่วยเหลือ และการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยคือ สิ่งที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่ทำให้ผู้ป่วยพอใจ และรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับนอกจากที่กล่าวมาได้ตัดตอนเป็นบทสัมภาษณ์ดังนี้

“ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เจอคนแบบนี้มา 10 ครั้ง เราลองผิดลองถูก อะไรถูกจำ เช่น เออต่อต้านเราคุ่มคลั่งมา พูดว่าเราจะช่วยเขาอย่างไร หัวดีกับเขาไง แล้วเขานั่งลงสงบลง จำไว้ จดไว้ มีการทำเป็น Case แต่ละกรณีทำ Pre-conference, Post-conference หรือบางคนมานี้ต้องอยู่กี่วัน เราไม่โกหกเขา ไม่ทำทนายแต่เราลองให้เขาต่อสู้กับตัวเองดู บอกเลย ญาติจะให้คุณอยู่กับเรา ถ้าคุณสามารถปรับตัวเข้ากับที่นี่ได้แสดงว่าคุณเก่งพอจะอยู่ที่ไหนก็ได้ภายใน 15 วัน เดี่ยวญาติจะมาเยี่ยมคุณบ่อยๆ ที่บอกอันนี้ไม่ได้ให้ความหวังนะ บอกให้รู้ตามเกณฑ์เหมือนคนจะลดความอ้วน เขาก็อยากฟังว่า 1 วัน เห็นผล เขาก็อยากหายเหมือนกัน เขาอยากให้เราช่วยเขา เขาก็จะ โอเค อยู่ก็อยู่ แต่ต้องคุณด้วยคนไหนน่าจะใช้ได้ คนไหนขี้โมโห หรือมาจากฤทธิ์ยาจะยากหน่อยหรือประโยคเดียวกันลองให้คนไม่ถนัดไม่เข้าใจมาพูดจะกลายเป็นทำทนายเป็นกวนโมโหไปเลย”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ ,พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

“การรักษาตามตัวเองจะเป็นคนที่ขี้มก และค่อนข้างเดาใจคนออก เราคิดคำพูดด้วยความจริงใจไปพร้อมๆ กับการรับฟัง และตอบอย่างไม่ลังเล ผู้ป่วยมักจะชอบ”

(สุเกียร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“การใช้คำพูดมาจากการฝึกฝน ช่องแรกก็หลุดบ่อยเหมือนกันที่มักเอามารยาททางสังคมมาใช้ พวก “เดี๋ยวก็สบายใจขึ้น” ที่นี้ไม่ได้ผลก็ลองมาสังเกตดูว่า เออ มันน่าจะ นั่งอย่างนี้ บีบมืออย่างนี้ เวลาเขาเศร้าเสียใจ และพูดว่า “มีเรื่องอะไรอยากเล่าให้ฟังมั้ยะ แล้วเงียบ 5 นาที กระตุ้นต่อ จากนั้นปล่อยให้ระบาย ร้องเถอะคะฉันทิ้งคุณอยู่ ต้องนั่งคุยดีๆ ไม่หลุกหลิก อย่างนี้ได้ผล ก็ทำบ่อยๆ พูดมีจังหวะขึ้น พูดให้ช้าลงด้วยเพราะแต่ก่อนพูดเร็ว

(กาญจนา ปิวจันทร์, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

“เป็นคนพูดเสียงนึ่มอยู่แล้ว คนฟังค่อนข้างสบายใจ แต่ปัญหาคือ พวกต่อต้านมานี้ทำเสียงเข้มแล้วไม่ค่อยฟัง เราเสียงเล็ก ต้องใช้ภาษาท่าทางช่วย โดยส่วนมาก ชอบรับฟังไม่พูดมากกว่าผู้ป่วย พูดไม่ต้องมาก ต้องฟังมากถึงจะรู้ว่าต้องใช้กลยุทธ์การพูดอะไร”

(สุเกียร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“สำหรับนักสังคม เรามีพื้นฐานความแตกต่างของบุคคลเป็นปรัชญาวิชาชีพ ทำอย่างไรให้เขาช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีจิตวิทยาเบื้องต้น และมีทักษะเกี่ยวกับคนและสังคม การสื่อสาร การให้คำปรึกษา การจัดการทางสังคม การพัฒนาชุมชน การเรียนรู้จากจิตแพทย์บ้าง Learning by doing เพราะสมัยก่อนไม่มีเรียน การให้คำปรึกษา ตอนนี้เพิ่งบรรจุเป็นวิชาหลักและโดยส่วนตัวยังเป็นวิทยากรอบรมการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ภายในครอบครัวด้วย จึงค่อนข้างถนัดในการใช้กลยุทธ์การสื่อสารอย่างไร ส่วนสัดส่วนการใช้มากน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของตัวบุคคล”

(ภมริน เขาวนจินดา ,นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช. 10 พฤศจิกายน 2544)

“ความเชื่อทางศาสนาก็เกี่ยว ความชอบก็เกี่ยว อย่างจิโรจน์ ถามหมอบว่า หมอรู้จักคิดปะ เขามั้ย เข้าใจมันมั้ย ชอบมันมั้ย ก็ไม่โกหกเขานะ เราชอบก็บอกพอดีตรงกับเขา เขาเลยดีใจ ที่เรามาปรึกษา พูดกับเรามาก บอกข้อมูลมาก”

(ชัชยศ จิตติรังสรรค์,จิตแพทย์. 10 ตุลาคม 2544)

“ทำงานมานานรู้เท่าทันตนเองมากขึ้น เร็วขึ้น ทำงานแบบนี้ถ้าใจไม่นิ่งพอมันก็เตลิด ประสพการณ์ การให้คำปรึกษา ช่วยได้เยอะ เมื่อก่อนเป็นคนใจร้อนปากไว เดียวนี้ปรับตัวเองได้มากใจเย็นลง ฟังมากขึ้น การฟื้นฟูใจจะได้ผลจริงๆ ต่อเมื่อ สามารถพูดให้ถึงความรู้สึกให้เข้าใจ เนื้อหา ของปัญหาเขา **ไม่ใช่พูดในสิ่งที่เขาอยากฟังหรือเราอยากพูด แต่พูดให้ผู้ป่วยเกิดการกระทำที่ดี ต้องฝึกฝนถึงจะทำได้”**

(ภมริน เขาวนจินดา ,นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช. 10 พฤศจิกายน 2544)

“บุคลิกภาพเป็นอย่างแรกที่ทำให้ผู้ป่วยประทับใจ แน่นนอนว่าคนที่อยู่ในทีมต้องใจดี เมตตา แต่อย่างบางที หมอจะดูดู ดูน่าเกรงขาม คนไข้บางทีอยากเก็บเรื่องสำคัญไว้คุยกับหมอมากกว่า การเป็นคนพูดเป็นก็สำคัญ อย่างจิตแพทย์จะเก่งไม่เก่ง เชื้อมัยคนไข้ไม่ได้ดูการจ่ายยา แต่ดูที่การพูด หมอคนนั้นพูดดี หมอนี้ไม่พูดเลย ไม่ชอบ”

(สุเกตุร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“ดูผู้ป่วยเป็นหลัก คนนี้เหมาะจะใช้กลยุทธ์อย่างไรดูนิสัยเขา ประเมินว่าเขาคาดหวังการรักษาจากเราอย่างไร เป็นเหตุผลในการทราบความคิด, ความตั้งใจ, การแสดงออกว่าสอดคล้องกับคำพูด เขาอยากมามั้ยหรือถูกบังคับมานี้ ค่อยปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำจิตบำบัดของแต่ละคนไม่เหมือนกันอยู่ที่บุคลิกภาพและการพัฒนาของคนแต่ละวัย ในการบำบัดรักษาผู้บำบัดต้องเรียนรู้ผู้ป่วย ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ต้องเรียนรู้ผู้บำบัดด้วย”

(สุรีย์ บุญเฉย, นักจิตวิทยา. 10 พฤศจิกายน 2544)

นอกจากนั้นยังมีผู้บำบัดให้สัมภาษณ์ในปัจจัยอื่นๆ เช่น ความละเอียดอ่อนของปัญหา เช่น การหย่าร้าง การทำแท้ง ต้องศึกษาผู้ป่วยอย่างละเอียด ปัจจัยทางอายุ ความเคารพต่อผู้อื่น บางทีที่พ่อแม่ควบคุมสถานการณ์ไม่ได้จึงเป็นหน้าที่ของผู้บำบัด จะใช้กลยุทธ์ผสมกันมาก มีทั้ง การชู้ การเสริมแรงทางบวกและลบ ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้กับวัยรุ่นก็จะมีแตกต่างกับคนชรา กล่าวโดยสรุปคือ การใช้กลยุทธ์การสื่อสารจะแตกต่างกันไปตามผู้ป่วย ทั้งในด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ปัจจัยทางสังคมศาสตร์ และความเป็นตัวตนของผู้ป่วยแต่ละคน

“ผู้ป่วยบางคนจะพูดอะไรกับเขาตรงๆ ไม่ได้ แต่บางคนต้องพูดตรงๆ ไม้จิ้มไม้เข้าใจ และผู้ป่วยลักษณะต่างกัน ภาษาที่ใช้พูดคุยกับเขาก็ต่างกัน แต่จุดหมายของการรักษาแต่ละรายเหมือนกัน คือ ต้องการเยียวยาทางจิตใจให้เขา”

(ไพฑูริ สมุทรสินธุ์, จิตแพทย์. 16 กุมภาพันธ์ 2545)

นักจิตวิทยาอีกท่านหนึ่งอธิบายถึงบุคลิกคนที่มีผลต่อการรักษาทั้งทางบวกและลบว่า

“เป็นคนทำอะไรไวใจร้อน ทำอะไรเร็วเป็นผู้นำอย่างเปิดเผย ผู้ป่วยบางคนไม่ชอบนี้เป็นข้อเสีย แต่บางทีการตรงไปตรงมาหยิบจับอะไรรวดเร็วตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนกล้าพูด กล้าระบายให้ดิฉันฟัง กล้าเล่าปัญหา พูดตรงๆ ในสิ่งที่ดิฉันสามารถทำให้เขาสบายใจขึ้นได้และทำให้เขาไวใจได้นี้คือ ข้อดี”

(กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง, นักจิตวิทยา. 10 กุมภาพันธ์ 2545)

“ลักษณะเฉพาะตัวส่วนใหญ่ที่ผู้มารับคำปรึกษาพอใจ ส่วนมากเพราะผมมีอารมณ์ขันเป็นกันเอง ไม่เสแสร้ง บางทีผมพูดแบบตลกๆ เขาจะอารมณ์ดี บางทีเขาพร้อมจะคุยกับผม เขามีความทุกข์ ผมก็พยายามทำเรื่องจริงจัง เรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายให้เป็นเรื่องง่ายๆ เป็นเรื่องธรรมดา เป็นเรื่องขำขันไป”

(พรชัย พงษ์สงวนสิน, จิตแพทย์. 12 ธันวาคม 2544)

“จะเป็นไปในการสร้างสัมพันธภาพบางทีมีความรู้สึกว่ามันถูกหล่อหลอมตามวิชาชีพเมื่อก่อนเป็นพยาบาลใหม่ๆ ไม่ยอมคุย ยิ้มอย่างเดียว ตอนนี้อย่างฝึกให้มนุษย์สัมพันธ์ดีขึ้นที่นี้ผู้ป่วยหอนก็มาหามาคุยเรื่อยๆ คุยมากขึ้น ไม่เสียบแล้ว และคิดว่าพยาบาลนะคะในมุมมองของผู้ป่วยคือ ผู้ดูแลเขาไม่มีพิษภัย ไม่ทำร้ายเขา เป็นคนที่ไวใจได้ อย่างในหอผู้ป่วยในมันบังคับให้เขาคุยกับพยาบาล เพราะมีแต่พยาบาลกับผู้ป่วยรายอื่น เขาเลยเลือกคุยกับพยาบาล โดยทั่วไปเราเดินเข้าไปนั่งคุยกับเขาได้เลย เขาคุ่นเคยอยู่แล้ว ไม่ค่อยมีปัญหาเขาจะมาคุยสม่ำเสมอต่อเนื่องอยู่แล้ว พยาบาลที่นี้ใจดีอยู่แล้วคะ”

(กาญจนา ปิวจันทร์,พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

“คิดว่าเสน่ห์ของคนทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นผู้บำบัดหรือกษณะคือ การรับฟัง ฟังเค้าไม่ ต้องชี้แนะแต่เสนอทางเลือกให้ พยายามให้เขาคิดเองได้มากที่สุด แล้วชี้ผลของทางเลือกให้เขารวมทั้งอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ การรักษาความลับ”

(สุรีย์ บุญเฉย, นักสังคมสงเคราะห์. 10 พฤศจิกายน 2544)

จากผลการศึกษาวิจัยจะเห็นว่า ในบางครั้งวิชาชีพเดียวกันอาจมีลักษณะเฉพาะตัวต่างกัน ดังจะเห็นว่านักจิตวิทยาที่ให้สัมภาษณ์ทั้ง 2 ท่าน มีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกันท่านแรก อบอุ่น เป็นมิตรใจดี ท่านที่สองมีบุคลิกภาพความเป็นผู้นำ ใจร้อน ตรงไปตรงมา แต่ก็มีอารมณ์ขันมองโลกในแง่ดี อยู่ที่ความพอใจของผู้ป่วยจึงอยู่ที่ตัวผู้ป่วยตัดสินใจเลือก

และนอกจากนั้นยังสรุปได้ว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ไม่สามารถระบุการสื่อสารการพูดคุยได้ตายตัว ถึงแม้จะมีแนวทางวางไว้ แต่ต้องเอาผู้ป่วย ณ ปัจจุบันเป็นหลักอยู่ที่บุคลิกภาพและการพัฒนาของคนแต่ละวัย โดยมีปัจจัยอื่นๆ อีกด้วยดังการให้สัมภาษณ์ที่นำเสนอไป

3. อาการ ICD 10

สิ่งที่ควรพิจารณาสำคัญอีกส่วนหนึ่ง คือ การรักษาตามแบบวิเคราะหอาการทางจิต (ICD 10) ซึ่งอาการที่แสดงออกของผู้ป่วยแต่ละอาการมีผลต่อลักษณะการสื่อสารเพื่อการรักษาของทีมีจิตบำบัด (ข้อมูลเพิ่มเติม วิธีการรักษาผู้ป่วยตามอาการในภาคผนวก ข) และอธิบายการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละอาการได้จากการให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การรักษาแตกต่างกันตามอาการ เช่น ซึมเศร้า ซึมเฉย แยกตัว ท้อแท้ หมดหวังที่จะพูด คล้าย กัน ส่วนใหญ่ก็ให้กำลังใจ ถ้าก้าวร้าวก็ต้องอีกอย่าง การใช้น้ำเสียงนี้ชัดเลย ก้าวร้าวถ้าจะหยุดเขาได้ น้ำเสียงต้องเฉียบขาด มีความจริงจัง ส่วนพวกเศร้า เขาท้อแท้ เบื่อหน่าย น้ำเสียงเราต้องพร้อมที่จะปลอบประโลมเขา แต่ละอาการจะไม่เหมือนกัน”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

การวินิจฉัยทางอาการตามแบบวินิจฉัยโรค ICD 10 ที่แพทย์ใช้เพื่อระบุอาการเบื้องต้น แต่ในบางครั้งคนๆ หนึ่งอาจมาในหลายอาการ แต่การวินิจฉัยจะเอาอาการนำเป็นหลักและรักษาตามอาการที่แสดงออกในแต่ละวัน ในผู้ป่วยบางรายที่มารักษาซ้ำบางคน พบว่าแต่ละครั้งที่มาป่วยต่างชนิดกัน เมื่อก่อนเป็นอีกอย่าง ตอนนี้เป็นอีกอย่างอยู่ที่อาการที่แสดงออกในขณะนั้น

“การรักษาตามอาการที่วิเคราะห์ด้วย ICD 10. ก็ให้ยาไปตามนั้น รักษาตามอาการนำ

เบื้องต้น แต่โดยส่วนใหญ่มันจะมาเป็น Package คือ ถ้าชิมเคร้ามันก็จะท้อแท้ เบื่ออาหาร จนถึงขั้นอยากตายหรือย่ำคิดย่ำทำ มันบางที่มีระแวง มีเห็นคุณค่าตนเองต่ำ หวาดกลัวก็มีระแวงมีแยกตัว แต่สำคัญคืออาการนำที่แสดงออกที่ต้องรักษาไปตามนั้น”

(พรชัย พงษ์สงวนสิน, จิตแพทย์. 12 ธันวาคม 2544)

“การสื่อสารบำบัด สนทนาบำบัด การพูดคุยประเมินสภาพปัญหาตามอาการเช่น ผู้ป่วยหูแว่ว ภาพหลอนการรับรู้ผิดปกติ เราจะชี้แนะว่าสิ่งที่เขาคิดอยู่ไม่ถูกต้อง แต่ไม่บอกว่าผิด เช่น ถ้าเขาได้ยินเสียงคนมาทำร้าย จะบอกว่า เรานั่งอยู่ที่เดียวกัน แต่เราไม่ได้ยินนะไม่บอกว่าสิ่งนั้นมันผิด บอกความจริงให้เขาทราบหรือเรียกเพื่อนที่เขาไว้ใจมานั่งคุยด้วยแล้วถามเหมือนกัน ยืนยันให้เขาฟัง ตอนแรกเขาอาจไม่เชื่อ ไม่สำคัญ อยู่ที่เขารับมันได้มั้ย พอมีอาการแล้วเตลิดเปิดเปิงหรือไม่นี้เป็นสำคัญ เป็นเรื่องของแต่ละคนแล้วว่าจะแสดงออกได้แค่ไหน วิธีนี้จะช่วยผู้ป่วยยอมบอกกล่าวถึงความเจ็บป่วยในใจ ยอมรับความช่วยเหลือโดยไม่รู้สึกละอายหรือเสียหน้า”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล 17 สิงหาคม 2544)

“ดูว่าถ้าเขาชิมเคร้ามากสิ่งที่ต้องเน้นคือเขามีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายมั๊ย ทำให้เขาเปิดเผยความรู้สึกให้ได้”

(กาญจนา ปิวจันทร์, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

ในกรณีที่ผู้ป่วยชิมเคร้ามากผู้บำบัดจะประเมินถึงแนวโน้มการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น เช่น ถามผู้ป่วยว่า “เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คุณเสียใจ และอับอายมากใช่ไหม” ถ้าผู้ป่วยตอบว่าใช่จะถามต่อว่า “คุณเคยคิดจะทำร้ายตัวเองหรือคนอื่นบ้างไหม” ถ้าผู้ป่วยบอกว่าเคย จะถามต่อถึงวิธีการ ความรุนแรงของวิธีการ ความถี่ที่คิดหรือพยายามทำและขณะเดียวกันผู้บำบัดจะประเมินถึงปัจจัย ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองด้วย เช่น ถามว่า “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าจะไม่ทำร้ายตัวเอง” หรือถามว่า “ถ้าคุณมีอันเป็นไปจริงๆ ใครจะเสียใจบ้าง” หรือ “ถ้าคุณมีอันเป็นไปจริงๆ ลูกคุณจะรู้สึกอย่างไร” หรือ “ถ้าลูกคุณโตไปโรงเรียนได้เพื่อนถามเขาว่าแม่ไปไหนคุณคิดว่าลูกคุณจะรู้สึกอย่างไร”

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะชิมเคร้ามากหรือสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตัวเอง ผู้บำบัดจะเพิ่มความรู้สึกดีในตัวผู้ป่วยจะพูดถึงเรื่อง que ผู้ป่วยประสบความสำเร็จและความสามารถพิเศษคือเรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช่ประเด็นขัดแย้งของเขา

ผู้วิจัยยังได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมว่า ในระหว่างการสนทนา ถ้าผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ ผู้บำบัดจะควบคุมโดยใช้กลยุทธ์ให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเอง โดยผู้บำบัดจะต้องสงบและ

อาจพูดว่า “ขอให้คุณนั่งนิ่งๆ หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ สักครูหนึ่ง” และพูดต่อว่า “ดีมาก หายใจช้าๆ” ถ้าอาการไม่หนัก ก็พูดคุยให้กำลังใจ บางรายต้องลงถึงครอบครัว เช่น การทำครอบครัวบำบัด การให้คำปรึกษาครอบครัว การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนออกโรงพยาบาลโดยนักสังคมจะดูแลผู้ป่วยให้อาการทุเลากลับบ้านได้ จะกลับไปยังไงไม่ให้กำเริบ ทำอย่างไรให้ญาติยอมรับ

4. สถานการณ์

จากการนำเสนอประเด็นของความแตกต่างในการเลือกใช้กลยุทธ์

ผลการวิจัยพบว่านอกจากผู้บำบัดเลือกกลยุทธ์การสื่อสารตามบุคลิกภาพ ตัวผู้รับสาร (ผู้ป่วย) และตัวผู้ส่งสารเอง (ผู้บำบัด) เป็นอันดับต้น ๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วสถานการณ์จะเป็นปัจจัยของการเลือกกลยุทธ์อีกปัจจัยหนึ่ง ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“จะดูปฏิกิริยาของผู้ป่วยและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหลักนะในความคิดของผู้ป่วย เมื่อหมอบถามเขา เขาจะคิด 2 อย่าง 1. คำถามเราคืออะไร 2. ทำไมเราถามเขาอย่างนี้ เขาจะเดาว่าเวลานี้หมอบอกคิดอะไรอยู่เขาพยายามจะอ่านใจเราด้วย นี่แหละเขาเหมือนลองภูมิลองใจ ว่า เอ...เราถามเขาอย่างนี้จะหาคำตอบอะไรจากเขา เขาจะคิดว่านี่แหละคือ วิธีการรักษาเหมือนคำมั่นสัญญาของคนรักษาที่จะให้ผู้ป่วยและช่วยเหลือเขา”

(ไพฑูร สมุทรสินธุ์, จิตแพทย์. 16 กุมภาพันธ์ 2544)

“ใช้ตามสถานการณ์ความเหมาะสมมันจะลื่นไหลไปเอง สถานการณ์เป็นแบบนี้เราจะใช้คำพูดแบบไหนจึงเหมาะสม ถูกจังหวะ ผู้ป่วยบางรายมีหลายอาการในเวลาเดียวกัน เราดูตามสถานการณ์ส่วนใหญ่ทุกกรณีจะมีการให้กำลังใจ เช่นในกรณีโรคคว่ำมาวินิจฉัยจาก ICD 10 ว่าป่วยทางจิตเนื่องจากอุบัติเหตุ แต่จริงๆ เวลาเรารับवर เราดูแลอาการเขาๆ ซึมเศร้าจากที่ร่างกายเขาใช้งานได้ไปเหมือนเดิม เขารู้สึกไร้คุณค่า อย่างนี้แสดงว่าเขารับรู้สภาพความเป็นจริงและปัญหาแล้ว เราก็ช่วยให้กำลังใจเขา ให้เขารู้ว่าทุกปัญหาไม่มีทางแก้ไข”

(ชมพูนุช คุ่มส้ม, พยาบาล. 7 มกราคม 2545)

“จะมองว่าผู้ป่วยมีภาวะเครียดหรือไม่เอาสิ่งที่เราสามารถมองเห็นได้ที่ปัจจุบันเป็นหลัก สิ่งแรกต้องฟังก่อนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหลังจากนั้นจะจับประเด็น มองพฤติกรรมทำไมผู้ป่วยถึงทำสิ่งนั้น แต่ยังไม่ตั้งคำถามทำไม รอให้เขาอธิบายเหตุผลความรู้สึก ความต้องการของเขาขณะนั้นก่อนว่าเขาต้องการอะไร โดยมาก ดิฉันจะใช้อยู่ 3 วิธี คือ Cognitive therapy, Behavior therapy, Reality Therapy โดยทั้งหมดมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud”

(สุเกตุร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“ไม่มีการระบุกลยุทธ์อะไรตายตัวแม้แต่การรักษาของแพทย์ โรคทางจิตมันระบุการรักษาไม่ได้ ไม่เหมือนโรคทางกายอย่างเบาหวาน เจาะเลือดมาก็รู้เลย แล้วรักษาตามขั้นตอน แต่โรคทางจิตเจอครั้งแรกยังมองไม่ออกถ้าไม่แสดงอาการมาก ๆ ดังนั้นเราจึงระบุวิธีการรักษาชัดเจนไม่ได้ เรียกว่าใช้ตามสถานการณ์ดีกว่า”

(ชัยยศ จิตติรังสรรค์, จิตแพทย์. 10 ตุลาคม 2544)

สรุปได้ว่า สถานการณ์คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะหนึ่ง อาการและอารมณ์ของผู้ป่วยที่แสดงออกมาทั้งหมด และรวมถึงสภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้น เช่น สถานการณ์ที่เกิดก่อนผู้ป่วยรับประทานยาและอาหารกับหลังรับประทานยา ก่อนพบญาติ ก่อนทำ ECT (รักษาด้วยไฟฟ้า) หรือภูมิอากาศร้อนจัด ในสถานการณ์หนึ่งที่ถูกวิจัยพบกับตนเอง คือ การนำกีดำร์มาให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเล่นเพื่อหาจินตนิมิตร่วมกันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยในที่ถูกกักตัวอยู่คู้มคั่งอยากออกมาเล่นบ้าง ตะโกนโวยวาย บ้างก็ร้องเสียงดังตามทำนอง ในขณะที่ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการยุติการเล่น แต่พยาบาลใช้ประสบการณ์ในการอธิบาย ในเรื่องเหตุผลที่ผู้วิจัยมาเก็บข้อมูลและสามารถนำผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไปพบข้างนอกได้ และยังอธิบายถึงหน้าที่ ขอบเขต พร้อมทั้งปล่อยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจว่าตนไม่มีญาติมาเยี่ยม ไม่ใช่คนรวยจึงออกไปข้างนอกไม่ได้ พยาบาลยิ้ม และอธิบายว่า ไม่ใช่เรื่องรวย จน บางคนอาจโชคดีที่ญาติจ้างพยาบาลเฝ้าในกรณีพิเศษ แต่แน่นอนว่าทุกคนที่อยู่ในที่นี่พิเศษ ถึงคุณออกไปก็มีคนอยากเล่นอีก 100 กว่าคนก็ตำร์เพียงตัวเดียวคงไม่พอ ถ้าเรานั่งนิ่ง ๆ และดีใจไปกับเขาจะดีกว่าโวยวายมัย ผู้ป่วยจึงสงบลงและผู้วิจัยยังได้รับการอธิบายว่า นี่เป็นวิธีการฝึกฝนก่อนที่ผู้ป่วยจะต้องออกไปเจอเหตุการณ์ที่เขาไม่พอใจภายนอกโรงพยาบาล และอีกประการหนึ่งที่พูดคุยแบบนี้ เพราะผู้ป่วยอยู่ในช่วงหลังรับประทานอาหารเที่ยง ยังไม่อารมณ์เสียมาก ยังคุยรู้เรื่องได้ เป็นต้น จึงนับว่าสถานการณ์มีผลต่อการเลือกใช้กลยุทธ์ โดยประเด็นสำคัญที่พบในการทำสื่อสารบำบัด ผู้บำบัดทุกท่านจะมุ่งประเด็นของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ปัจจุบันเป็นหลัก

สำหรับปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 โดยสรุปแล้วกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวช อาจแยกได้ดังนี้

1. กลยุทธ์เพื่อสร้างความประทับใจ

พบว่ากลยุทธ์ที่ทำให้รับตัวเข้าหาผู้ป่วย และสร้างความประทับใจ คือ

- แสดงท่าที่เป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้ม

- สนนทนาการอย่างเป็นกันเอง
- หาข้อมูลในตัวผู้ป่วยและเปิดประเด็นพูดคุยที่ผู้ป่วยพอใจนำไปสู่การสนทนาที่ดี
- แสดงออกถึงความเข้าใจ เห็นใจ สนใจ และยอมรับ
- มีอารมณ์ขันพอเหมาะให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

“การสร้างความประทับใจต้องมาจาก กาย วาจา ใจ คือ ทั้งท่าทาง คำพูด ต้องไปด้วยกัน เขาเข้ามาปั๊บ แสดงให้เห็นว่าเขาเมตตาเขา เข้าใจเขา ไม่ใช่พูดแต่ฮือ..เห็นใจ แต่สายตาดูเขา ท่าทางห่างเหิน เหมือนกับเราสมัครงาน ทำให้เขาพอใจ การพูดคุยใช้สายตามีผลหมดสื่อให้เขารู้ว่าเราจริงใจและต้องการช่วยเหลือจริง ๆ เวลาเขาเล่าอะไรมากก็ต้องฟังสะท้อนความคิดไม่ใช่ “แล้วไงคะ” เขาก็รู้สึกไม่ดี การมองการยิ้ม ไม่ใช่ยิ้มไปทั่วหรือจ้องตาแป๋ว จะทำให้เขาอึดอัด เขาเข้ามาหาเราปั๊บแวบแรกคือ ต้องให้เขาผ่อนคลายที่สุด คือ กลยุทธ์ของการสร้างความประทับใจ”

(สุเกียร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

บางครั้งผู้วิจัยพบว่าการสร้างความประทับใจด้วยความถึในการสื่อสาร

“เข้าไปคุยกับเขาบ่อย ๆ ทักทายเขาให้เขาพูดสิ่งที่คับข้องใจ โดยไม่ทำสีหน้ารำคาญเบื่อแค่นี้เขาพอใจแล้ว การสร้างความประทับใจ มาจากการสื่อสารที่มีคุณภาพ มาจากความจริงใจ ไม่ใช่ตามมารยาททางสังคมแล้วเขาจะรับรู้ได้ พูดจาให้นุ่มนวลคงเส้นคงวา จินตนาการดูว่าถ้าคุณเองทุกข์ใจ คนแบบไหนที่อยากเจอ”

(กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง, นักจิตวิทยา. 10 กุมภาพันธ์ 2545)

“ต้องมีความจริงใจเป็นอันดับแรกการคุยจะเป็นเรื่องทั่วไป เรื่องดี ไม่ดี ไม่ต้องแสดงปฏิกิริยาว่าเรื่องที่เขาวัดไรสาระน่าเบื่อ ไม่มีประโยชน์ ไม่แสดงปฏิกิริยาต่อต้าน เคารพสิทธิของผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง มีเจตคติซึ่งแสดงออกด้วยท่าที สีหน้า แววตา น้ำเสียงที่เป็นมิตร อย่ามองว่าเขาตกใจประโยชน์ แม้ว่าผู้ป่วยจะพูดไม่รู้เรื่อง ต้องระลึกละลึกเสมอว่ามันเป็นอาการของโรค และ มองเขาทางบวกเสมอคิดว่าเป็นจุดนี้ที่ผู้ป่วยพอใจ”

(สุรีย์ บุญเฉย, นักสังคมสงเคราะห์. 10 พฤศจิกายน 2544)

“การรักษาแบบนี้มันเป็นการรักษาคนทั้งคน ไม่มีเครื่องมีอะไรสำคัญเท่าตัวเอง บุคลิกภาพ น้ำเสียง คำพูด จะสื่อให้เขารู้ว่าเราพร้อมที่จะแก้ปัญหาให้เขา นะ สื่อในที่นี้คือ ตัวเรา การสร้างสัมพันธภาพ การนั่งตั้งใจฟัง แสดงว่าเราสนใจเขาเข้ามาเราสร้างความประทับใจ ยิ้มร่า เริงและต้องปรับเข้าหาผู้ป่วย ถ้าเขาพูดเสียงเบา เราก็ต้องพูดเสียงเบา ถ้าเขาพูดคำหยาบ เราต้องเสียงเท่าเขา จะไปนิ่มนวล เขาจะไม่ค่อยฟัง”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

การใช้ตัวเองเป็นสื่อ พยาบาลท่านหนึ่งบอกว่าจะต่างจากหมอหรือทีมอื่น ๆ คือ จะดูผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ป่วยจะเห็นพยาบาลตลอดต้องเริ่มต้นเป็นแบบที่ดี เป็นแบบอย่าง การพูดคือ เอาความปกติไปให้ผู้ป่วยเห็น ผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้เอง ผู้ป่วย 1 คน อยู่กับพยาบาล 5 คน จะมีกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมตรงนี้ที่พยาบาลเป็นสื่อ

“เรื่องง่าย ๆ ในการพยาบาลจะใช้ตัวเองเป็นสื่อ เพื่อสร้างความประทับใจ เริ่มจากแสดงให้เห็นว่าเราเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีอารมณ์ดี ให้เขาเห็น เข้าใจอารมณ์ตัวเอง เข้าใจความรู้สึกตัวเอง เพราะว่าการแสดงกิริยาอาการต้องตระหนักตัวเองตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วย เช่น ถ้าคนไข้เป็นคนเจ้ากี้เจ้าการคอยบงการคนอื่นตลอด พยาบาลใช้ตัวเองเป็นสื่อในการบำบัด บอกขอบเขตที่ต้องกำหนดว่า เขาบริหารจัดการคนอื่นได้แค่ไหน หรือลักษณะฟังฟังตลอดเวลาเราจะเข้มแข็งให้เขาเห็น แสดงให้เห็นว่าเขาทำอะไรอย่างเราได้บ้าง โดยทั้งหมดต้องพูดกระตุ้นในทางบวกให้กำลังใจเขาด้วย”

(อนงค์นุช ศาโคก, พยาบาล. 10 กันยายน 2544)

2. กลยุทธ์เพื่อสร้างความไว้วางใจ

ความไว้วางใจและความศรัทธาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะมอบให้กับผู้บำบัด ต้องอาศัยระยะเวลา กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลมีผลอย่างยิ่งต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา หากไม่เกิดในทางบวกแล้วการฟื้นฟูจิตใจย่อมไม่ประสบผลสำเร็จ ทุกขั้นตอนของการรักษาต้องบอกให้ผู้ป่วยรู้หากทำให้ผู้ป่วยสงสัยต้องอธิบายถึงแม้หลายครั้งที่คนในทีมจิตเวชต้องอธิบายซ้ำๆ หลายครั้ง เพราะถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจเกิดการระแวง คิดว่าทีมจิตเวชเอาเปรียบ การรักษาจะไม่ได้ผลเลย

ความน่าเชื่อถือและความศรัทธา มาจากความเชื่อในตัวบุคคลที่ผู้บำบัดสามารถสร้างได้ โดยส่วนใหญ่ความเป็นผู้รักษา หมายถึง บุคคลที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่แล้ว จึงปรากฏหลายครั้งที่ผู้ป่วยจะเรียกบุคคลในทีมจิตเวชที่รักษาว่า “หมอ” ทุกคน เพราะหมายถึงความไว้วางใจในวิชาชีพของผู้ช่วยเหลือบุคคล ประเด็นต่อมาคือรูปแบบหมอและพยาบาลจะแต่งเครื่องแบบ ทำให้ผู้ป่วยมีความเคารพและเกรงกลัว เสริมกับ บุคลิกที่ดีก่อนนำไปสู่การเข้าหายอมรับ และเชื่อฟัง หากเป็นพยาบาลจิตเวชจะมีโอกาสพบผู้ป่วยบ่อย โดยดูแลอาการทางกาย เวลานั่งทานข้าว ทั้งหมดเหล่านี้เปิดโอกาสให้สนทนา มีการสื่อสาร 2 ทาง รับรู้ความรู้สึกเกิดความเข้าใจ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ดี ผู้ป่วยกล้าพูดคุย ขอคำปรึกษา แต่สิ่งสำคัญคือต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และหากผู้บำบัดจะหาข้อมูลในตัวผู้ป่วย จะต้องสร้างความไว้วางใจให้ได้ก่อนจะนำไปสู่การเปิดเผยตนซึ่งทำได้คือ

- ยอมรับผู้ป่วย บุคคลเมื่อรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของใครจะเปิดเผยข้อมูลให้กับคนนั้น
- เทียบเคียง (Identify) ตัวเองเข้ากับผู้ป่วย เช่น ผู้บำบัดก็เคยเจอเหตุการณ์คล้ายคุณ
- แสดงความเห็นใจ อย่างจริงใจ
- พูดชัดเจนไม่พูดคลุมเครือ หรือใช้คำถามซ้อนปฏิเสธ
- ใช้ความถี่ในการคุยสร้างความไว้วางใจ
- การสร้างความเชื่อถือศรัทธา
- การให้ความเป็นกันเองแก่ผู้ป่วย

“ให้เขาเชื่อมั่นในการรักษาแน่นอนว่า ต้องสร้างความไว้วางใจ คุยกับเขาทุกวันถึงคุยเวลาไม่มาก ทักทายช่วงเวลาที่เขา เรียกชื่อเขาให้ได้” ยิ่งสื่อสารมากยิ่งคุ้นเคยมาก คุยเคยมากก็ไว้วางใจมาก”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

ในการสร้างความเชื่อถือศรัทธานั้นโดยส่วนใหญ่ ตำแหน่ง หน้าที่ เครื่องแบบ ทำให้ผู้ป่วยกลัวและเคารพผู้บำบัดอยู่แล้ว อีกทั้งผู้บำบัดต้องมีบุคลิกก่อความศรัทธา การพูดคุยก็ทำให้เกิดความเชื่อถือแสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดมาเพื่อช่วยเหลือ และจะช่วยได้อย่างไร สร้างความรู้สึกที่ดีต่อกันนำไปสู่การเข้าหายอมรับ และปฏิบัติตามสิ่งสำคัญคือ ยิ่งสื่อสารมากขึ้น จะยิ่งสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น

ส่วนในเรื่องการสร้างความเป็นกันเองนั้น หากผู้บำบัดให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วยจะทำให้ได้มีโอกาสสนทนากันมากขึ้นเกิดความเข้าใจผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พบลักษณะการสร้างความเป็นกันเองจากการให้สัมภาษณ์ดังนี้

“จะเป็นกลยุทธ์ในการสร้างความเป็นกันเอง คือสิ่งนี้จะแสดงว่าเรามีอัธยาศัยที่ดี ดูน่าเลื่อมใสควบคู่ไปกับอวัจนภาษาที่ใช้น้อยๆ การจับมือผู้ป่วย การยิ้ม และที่ไม่เคยมองข้ามเลย คือการทักทายผู้ป่วยตลอดเมื่อเจอหรือแม้เดินสวนทางที่ห่อผู้ป่วยใน ทักทายเขา แสดงว่าเราจดจำเขาได้ นี่เป็นกลยุทธ์ที่ใช้น้อยเหมือนกัน จะทักทายตลอดวันนี้ผูกโบว์สีสวยด้วย เมื่อวานเห็นทานขนมกับเพื่อนเยอะเลย คงมีความสุขมากเลยนะเนี่ยยิ้มเสีย อย่างนี้เขาจะรู้สึกว่าเขามีคุณค่า”

(กาญจนา ปิวจันทร์, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

3. กลยุทธ์การให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง

การเปิดเผยตัวของผู้บำบัดจะช่วยเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกตนเอง และสิ่งนี้จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจผู้บำบัดมากขึ้น

บุคคลมักเปิดเผยตนให้กับคนที่เปิดเผยต่อเราก่อน คนที่ประทับใจและคนที่คล้ายกัน ดัง ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ดังนี้

“เริ่มแรกเปิดตัวเองให้เขารู้ก่อน เราเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร เช่น ดิฉันเป็นนักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่พูดคุยประวัติผู้ป่วยที่มาที่นี่ เพื่อหาสาเหตุก่อนพบจิตแพทย์ ชักประวัติไปก็ให้กำลังใจไป ให้คำแนะนำไปมีสีหน้าท่าที่เป็นมิตร ยอมรับไม่ว่าเขาจะมาแบบไหนบางคนอาจหงุดหงิดก้าวร้าว ร้องไห้ร้องไห้ให้พุ่มพ่ายต้องรับได้ทุกกรณี เวลาชักประวัติฟังด้วยความเห็นใจไม่ใช่ซัก ๆ เพื่อหาข้อมูลเขียนส่งเท่านั้น ดูว่าเขาพร้อมมั้ยที่จะเปิดเผยข้อมูลตรงนั้น เขาอยากพูดเรื่องอื่น มั้ยไม่ใช่ว่าเขาแต่ประโยชน์ตัวเองคุยให้เสร็จ ๆ ไป บางทีเขาก็ถามเรากลับว่าทำไมต้องถามอย่างนั้นอย่างนี้ เราต้องตอบให้ได้ว่า ถ้าเขาตอบจะเกิดประโยชน์กับเขาอย่างไรบ้าง ต้องตอบคำถามผู้ป่วยไม่ได้ถามอย่างเดียว”

(ภมริน เขาวนจินดา, นักสังคมสงเคราะห์. 10 พฤศจิกายน 2544)

“ไม่ขัดกลางปล้อง ไม่ด่วนตัดสินใจ ต้องมีความอดทน เห็นใจ บางทีเขาพูด พรั่งพู่ ฟังแล้วจับประเด็นอะไรไม่ได้ ก็ต้องฟัง ผู้ป่วยบางคนไว้วางใจพุ่มพ่าย พูดๆ เราไม่ต้องใช้กลยุทธ์หาข้อมูลเลย เขาเป็นคนเปิดเผย พูดมาเองเสร็จ พูดแล้ว ระบายแล้ว เขายังรู้วิธีแก้ด้วย พูดไปแล้วอารมณ์ที่ไม่ดีมันไปแล้ว ก็เกิดปัญญา เกิดความคิด แก้ไขเองได้ เราก็สนับสนุนสิ่งที่ดี แทนไม่ต้องพูดอะไรมากมาย”

(สุเกตุร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“เรื่องบางเรื่องเขาเล่าให้เราฟังไม่หมด ก็สรุปผิด แปลความผิดเขาบอกไม่ใช่อย่างนั้นเลย ก็ขอโทษเขาแล้วเราก็ลองคุยใหม่ ขึ้นคุณช่วยเล่าละเอียด ๆ นะคะ ดิฉันจะได้เข้าใจมากขึ้น ช่วยเล่าเพิ่มเติมในสิ่งที่คุณอยากเล่า ถ้าคุณเล่าน้อยเราอาจสรุปผิด อาจคิดตามที่ดิฉันคิดไม่ใช่ความคิดคุณ กลยุทธ์ง่าย ๆ ค่อย ๆ ตะล่อมพูดกับเขาดี ๆ นุ่มนวล สุขุม ถ้าเขาบอกว่าไม่สามารถบอกได้อย่าคาดคั้น เราก็บอกว่าไม่เป็นไรคะคนเราหลาย ๆ เรื่องก็บอกไม่ได้หรือเองนั้นคุณลองเล่าทีละเรื่อง อะไรที่ทำให้คุณทุกขใจมากที่สุดทีละเรื่อง”

(สุเกตุร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยบางรายพูดทวนปิดบังข้อมูล ก็หมายเหตุให้แพทย์ไปว่าข้อมูลไม่แน่ใจ ไม่คาดคั้นว่าต้องบอกข้อมูลทั้งหมด แต่บอกว่าเพื่อประโยชน์ในการรักษา และชี้ให้เห็นโทษของการปิดบังจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ว่าหมอมจะวินิจฉัยผิดและจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ แต่จะไม่นำเสียงชู้บังคับ

ในส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งในเรื่องการเปิดเผยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยที่มาบางคนเสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย จริยธรรม หรือบางคนป่วยด้วยโรคร้ายแรง ดังนั้นการให้เปิดเผยเรื่องราวในส่วนปัญหาที่ละเอียดอ่อน ทีมจิตเวชจึงต้องระมัดระวังคำพูดเป็นพิเศษ

“ระวังคำถามละเอียดก่อน อย่างเรื่องยาเสพติดเมื่อครู เป็นเรื่องเสี่ยงต่อจริยธรรมกฎหมาย เราต้องค่อย ๆ ตาม หาวิธีเข้าถึง แล้วค่อยค้นหาความจริงจากนั้นแหละ ถึงประสบความสำเร็จในการถาม”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

“ทุกอย่างที่เขาทำ ถูก ผิด เราจะเสริมในสิ่งที่เขาทำดี แต่เมื่อไหร่ที่เราพูดว่าคุณทำผิด จะมีความหมายว่าไม่ดีและเมื่อไม่ดีมันก็ต้องถูกลงโทษ มนุษย์ทุกคนคิดอย่างนี้ คำนี้ผู้บำบัดจึงหลีกเลี่ยงไม่พูดตรง ๆ โดยการทำอย่างจะเป็นกลวิธี ให้เขาเล่าเรื่องได้สะดวกใจ เขาจะเล่าความรู้สึก พฤติกรรมทุกอย่างออกมาโดยไม่ต้องกลัวว่าเราจะวิจารณ์ว่าในทางเสียหาย ให้เขา “กล้า” เล่า “ความจริง” ทุกอย่างโดยไม่ปิดบังจะเป็นผลต่อการรักษาทางจิตใจ”

(ไพฑูร สมุทรสินธุ์, จิตแพทย์. 16 กุมภาพันธ์ 2545)

จะเห็นว่าการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านจิตเวช สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเอง แม้ว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยเล่าอาจเป็นข้อมูลที่เชื่อไม่ได้ ในแง่ข้อเท็จจริงแต่ข้อมูลลักษณะดังกล่าวคือปัญหาและความต้องการทางผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของผู้บำบัดที่ต้องวิเคราะห์ แปลความหมายต่อไป

4. กลยุทธ์การสร้างความสบายใจ

เป็นเรื่องใหญ่อีกหนึ่งเรื่องที่ผู้บำบัดต้องสามารถสร้างบรรยากาศที่ดีให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกดดันลง เมื่อความเครียดลดลงการต่อต้านลดลง การสื่อสารสามารถถ่ายทอดเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ดังนั้น ผู้บำบัดจึงต้องมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยสบายใจได้ ผู้วิจัยพบลักษณะการสื่อสารเพื่อสร้างความสบายใจดังนี้

4.1 การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า

การพูดให้เชื่อว่าตนเองมีคุณค่าสำคัญที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองนั้นมีศักยภาพในการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มารักษานั้นส่วนใหญ่จะมีความนับถือตนเองน้อยและไม่ค่อยเห็นคุณค่าในตนเอง แต่การที่ผู้บำบัดแสดงออกถึงการให้เกียรติ เคารพ ความคิด และความเป็นคนของผู้ป่วยจะเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและภูมิใจในตนเอง โดย

ผู้วิจัยสังเกตว่าจะมีการสร้างความรู้สึกมีคุณค่า และการทำ Psycho support ให้กับผู้ป่วยในทุกๆ กรณี

“วาทศิลป์จำเป็นสำหรับอาชีพพยาบาลจิตเวชมาก การสร้างความสบายใจให้ผู้ป่วย เช่น การพูดคุยส่วนใหญ่สื่อให้เห็นว่าคุณเป็นคนสำคัญนะ คุณมีคุณค่านะ เราจำคุณได้เสมอ เวลาเขาช่วยงานเราเล็กๆ น้อยๆ เช่น เอาจานไปเก็บ แสดงให้เห็นว่าเราเห็นคุณค่าของเขา เป็นการเสริมแรงทางบวก **ถึงแม้เล็กๆ น้อยๆ สังคมภายนอกมองเห็นว่าไม่สำคัญ แต่ผู้ป่วยทางจิตของเราเป็นสิ่งจำเป็นมาก**”

(อนงค์นุช ศาโศก, พยาบาล. 10 กันยายน 2544)

4.2 สร้างความรู้สึกอบอุ่น

แสดงความเป็นมิตร ความห่วงใยในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นห่วงนั้นอย่างจริงใจเป็นการแสดงออกทั้งพูดและการกระทำ สังเกตว่าผู้ป่วยเรียกพยาบาลว่า “แม่” นั้นเนื่องมาจาก ผู้ป่วยรับรู้ความอบอุ่นห่วงใย และหวังดีที่พยาบาลมีให้และสามารถแสดงการเข้าถึงความรู้สึก (empathy) อย่างจริงใจ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ความรู้สึกนี้ได้

“ถ้าเปรียบคำพูดเป็นรสชาติ มันก็มีหลายรสชาติ บางรสชาติก็ไม่น่าฟัง ที่นี้เราเลือกให้ผู้ช่วยฟังแต่สิ่งดีๆ ช่างนอกเราเลือกให้เขาไม่ได้ แต่ที่นี้เลือกได้ คนไข้บางคนบอก เออ มาเนี้ ได้ฟังแต่สิ่งดีๆ คนพูดดีๆ ก็รู้สึกดีขึ้น บางอย่างเขาทำไม่ถูก ถ้าอยู่ในสภาพความจริง เขาต้องโดนตำโน่นว่ มาที่นี้เราบอกเขาดีๆ พูดคุยดีๆ ให้เขารู้สึกอบอุ่นเป็นที่เป็นที่นึ่งต้องดูแล เป็นจุดสำคัญของโรงพยาบาลรักษาโรคทางจิตเลยคะ”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

4.3 การสร้างความคิดเชิงสร้างสรรค์ให้กับผู้ป่วย

“แค่เขามาเนี้ก็กังวลมากแล้ว เขารู้สึกกังวล กลัวคนว่าบ้า ในฐานะผู้ให้การรักษาเราต้องทำให้เขารู้สึกผ่อนคลายหรือเรียกผู้ป่วยในหอที่อาการดีขึ้น ที่เขามองการรักษาคือเป็นด้านบวก มาคุยให้ฟัง ให้ข้อมูล ว่าอยู่ที่นี้จะดีขึ้นไม่ได้เลวร้าย เพราะถ้าเราพูดเขาจะบอกคุณเป็นพยาบาลก็พูดได้ดี ไม่ได้เป็นคนป่วยเองเนี้ หลายครั้งที่เราให้คนป่วยสื่อสารแทนเรา เพราะเราใช้ตัวเค้าเป็นสื่อในการสอนไปในตัว”

(กาญจนา ปิวจันทร์, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

“มาที่นี้เขากลับหมอบ กลัวโรงพยาบาลบ้า กลัวไม่ได้กลับ เราต้องทำให้เขาสบายใจ เขามองเราเขาต้องสบายใจแล้ว การแต่งกาย ผมเผ้า เวลาปรากฏตัวต่อหน้าเขา เนี้เป็นศิลปะ เพราะสิ่งที่

เขาให้เราคือ ใบประกอบโรคศิลปะ แน่แน่นอนว่าเราต้องมีศิลปะในการสื่อสาร และการแสดงออกอยู่แล้ว”

(พรชัย พงษ์สงวนสินธุ์, จิตแพทย์. 12 ธันวาคม 2544)

“สิ่งที่เขาไม่สบายใจคืออะไร มาจากตัวเราหรือเรื่องอื่น ถ้ามาจากตัวเขาเอง หาสาเหตุก่อนเลย ความรู้สึกผิดที่เขาเป็นคืออะไร เราจะรับฟังไม่ตำหนิ ไม่บอกดำหรือขาว ไม่แสดงความคิดเห็นเลย เขาเองไม่สบายใจพออยู่แล้วในเรื่องวิธีการพูดของหมอ แน่แน่นอนหมอดูต้องไม่พูดเรื่องไม่ดี ถ้าถามกลยุทธ์การพูดคงเป็นการพูดในแง่บวก ต้องพูดเชิงสร้างสรรค์ สมมุติว่าหนูเครียดมา หมอจะไม่ถามว่า หนูเอพิกัตัว แต่จะถามว่า มีวิชาไหนที่หนูหนักใจบ้าง คือ ให้พูดทุกๆ เรื่องในสิ่งที่เขาอยากให้เราช่วย โดยอย่าลืมนึกว่าคนทุกคนล้วนอยากให้เรา คนอื่นมองว่าเป็นคนดีทั้งนั้น แพทย์เองก็ต้องเต็มใจรักษา ต้องสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตให้เขาได้”

(ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, จิตแพทย์. 16 กุมภาพันธ์ 2545)

4.4 การให้กำลังใจและให้คำปรึกษา

อีกประเด็นหนึ่งที่พบว่าทีมจิตบำบัดทุกคนต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชทุกกรณีคือ “การให้กำลังใจ” ซึ่งการให้กำลังใจในเชิงสังคมทั่วไป เช่น “เดี๋ยวก็ดีขึ้นเอง” ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจได้จริง การให้กำลังใจในหอวิกฤตและแรกรับ เป็นการบำบัดแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านช่วงวิกฤตไปได้ เช่น การชื่นชมจะช่วยคลายความกังวลและตั้งเครียด เรียกว่า การทำ Supportive Psychotherapy เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ ซึ่งพยาบาลท่านหนึ่งได้ให้แง่คิดว่า

“ทุกคนบนโลกเมื่อไม่สบายใจมีคนมาให้กำลังใจ เราก็รู้สึกดี บางทีอาจมีการเสริมศักยภาพภายในตัวเขาเองจากการยกตัวอย่าง เช่น อาจนำข้อมูลผู้ป่วยรายอื่นมาให้ฟังเป็นแบบอย่าง เช่น เขาล้มเหลวทุกอย่าง ไม่มีที่ไหนยอมรับเขา เมื่อเขามาอยู่ที่นี่ เขาสามารถทำตัวเป็นประโยชน์ มีคุณค่าต่อคนอื่นเขาปรับตัวเองได้ ออกจากที่นี่ไปเขาจะสามารถอยู่ได้ทุกที่บนโลกนี้นำเรื่องผู้ป่วยที่หายแล้วทำงานได้แล้วให้เขาฟัง และเป็นกำลังใจให้เขาสู้ชีวิตอีกครั้งให้เขาคิดเองได้”

(อุไร ธวัชกิตติวุฒิ, พยาบาล. 17 สิงหาคม 2544)

และการให้กำลังใจอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอจึงต้องทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาและสะท้อนให้ว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยเองมีความคิดความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองอย่างไร จึงจบด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจในที่สุด ซึ่งแน่นอนว่าผู้ป่วยจะสบายใจเมื่อปัญหาในจิตใจได้รับการคลี่คลาย ซึ่งวิธีที่จะนำไปสู่การวางแผนแก้ไขคือ การให้

คำปรึกษาที่ให้ความสำคัญกับปัจจุบัน การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและแรกรับจะไม่รื้อฟื้นประเด็นความหลังในอดีตขึ้นมาแก้ แต่จะเน้นที่เรื่องความไม่สบายใจในปัจจุบัน (Here and Now) จาก การสังเกตพบว่า การให้คำปรึกษาจะมีประเด็นดังนี้

1. การให้คำปรึกษาในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลเรื่อง ความเจ็บป่วยและวิธี ขั้นตอนในการรักษาและการดูแลร่างกาย
2. การให้คำปรึกษาในเรื่องความกังวลของผู้ป่วย
3. การให้คำปรึกษาก่อนออกจากโรงพยาบาล เช่น การปฏิบัติในครอบครัว การเลิกยา การทำงาน และการวางแผนชีวิต (บางครั้งจะพบว่ามีการให้คำปรึกษากับครอบครัว ร่วมด้วย)

“มีการทำจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาบ้าง ถ้าผู้ป่วยพอพูดรู้เรื่องไม่หูแว่ว ภาพหลอน จะมีการให้คำอธิบาย ให้คำปรึกษา เช่น เจ็บป่วยเป็นอะไร สาเหตุเกิดจากอะไร อย่าใช้ยา อย่าดื่มเหล้า หรือใช้ชีวิตข้างนอกและคุยกับญาติ บอกญาติอย่าว่าคนป่วย ถ้าจะยุ่งอย่าเกินขอบเขต จะเป็นสาเหตุให้โรคกำเริบ”

(พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์, จิตแพทย์. 21 กุมภาพันธ์ 2545)

“การให้คำปรึกษาบางที่เขาอยากมาแล้วไม่ได้อยากมาฟัง เราใช้ตัวเองเป็นสื่อของ นักจิตวิทยา เราคือ เงามระจกให้เราคิดว่า เราคือสื่ออย่างหนึ่ง ผู้ป่วย คือ ผู้ทุกข์ เขาทุกข์ทางใจ ไม่ใช่ทุกข์ทางกาย เราสะท้อนกลับทางคำพูด อารมณ์ ความรู้สึกของเขา สะท้อนกลับโดยใช้ตัวเอง เป็นสื่ออย่างไรก็ดีทั้งมวล โดยมีหลักวิชาการที่สะท้อนว่าเขาคิดอย่างนั้น อย่างนี้ จริง ๆ แล้วเขา ควรจะเป็นอย่างไรและอารมณ์ความรู้สึกอย่างนี้เป็นอย่างไร ควรจะจัดการอย่างไร ทำปัญหานั้นให้ กระจ่าง Clarify และเห็นว่าเราเข้าใจตรงกันหรือไม่ จากนั้นให้ผู้ป่วยสรุปเป็นเรื่อง ๆ”

“นักจิตวิทยาตามความคิดดิฉันไม่ใช่ผู้สอน ชีวิตเขาถูกสอน ถูกแนะนำมาทั้งชีวิตแล้ว สิ่งที่เราทำคือ เข้าถึงจิตใจแต่ละด้าน และแก้ปัญหา อารมณ์ ความคิด ความหวัง ความรู้สึก ให้ตรงจุด ซึ่งที่มเราจริง ๆ จะมีมากกว่านี้ เรามีสื่ออื่น ภาพวาดดนตรีบำบัดด้วย”

(กุลนารี ณ ตะกั่วทุ่ง, นักจิตวิทยา. 10 กุมภาพันธ์ 2545)

ซึ่งก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้บำบัดจะทำการให้ คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมอีกด้วย โดยประเด็นหลัก 3 อย่าง ที่จิตแพทย์จะ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ 3 ข้อ คือ

1. ให้อธิบายผู้ป่วย ป่วยเป็นอะไร
2. ยาจะต้องรับประทาน เพราะเป็นทางรักษาที่ดีที่สุด
3. การดูแล ปัญหาการดูแลที่เกิดกับญาติมีอะไรบ้าง จะแก้ไขอย่างไร

การให้คำปรึกษาจำเป็นศิลปะของการเสนอข้อมูล ซึ่งเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยเอง โดยไม่มีการชี้นำ และผู้บำบัดเองต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยสรุปคือ จะเป็นการแนะนำเรื่องที่ไม่สบายใจสามารถแก้ไขได้จากนั้นร่วมมือวางแผน แก้ไขและเสริมความมั่นใจให้กำลังใจ ปลอดภัยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการสื่อสารโดยใช้คำพูดนั้น ผู้บำบัดจะต้องสร้างสารที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้วิจัยจะขอเสนอในส่วนที่สองดังนี้

ส่วนที่ 2 สารที่สร้างความน่าเชื่อถือและอุปสรรคในการสื่อสาร

ลักษณะการสื่อสาร Credibility and Acceptance Message สารที่สร้างความเชื่อถือ และการยอมรับที่ผู้บำบัดส่งให้ผู้ป่วย ผู้วิจัยขอสรุปเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ดังนี้

ข้อความที่เป็นวัจนภาษา การพูดที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นได้นั้น ประการแรกที่ทีมจิตเวชทำก่อนที่จะถามเชิงรุกใด ๆ นั้นจะต้องพูดคุยเพื่อสร้างการตระหนักรู้ในความป่วย ให้เกิดแก่ผู้ป่วยเสียก่อน เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตน ย่อมไม่ต้องการรับฟังสิ่งต่าง ๆ ที่ทีมจิตเวชพูดคุยผู้วิจัยยกตัวอย่างคำถามนำของจิตแพทย์ในการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหาคำตอบที่จะยอมรับการรักษาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องชี้นำ เช่น

- ถามตรง ๆ นะ รู้สึกอย่างไรที่มาอยู่โรงพยาบาล (ผู้ป่วยซึ่งอาจไม่พอใจอยู่แล้วได้ระบายความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พอใจออกมา)
- คิดว่าหมอช่วยอะไรได้ (ถามทัศนคติและความเชื่อมั่น ความคาดหวังต่อการรักษา)
- การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ชีวิตคุณเปลี่ยนไปมั๊ย คุณลองนึกดูว่ามีผลต่องาน ต่อครอบครัว หรือคนที่คุณรักหรือไม่
- ถ้าไม่ต้องมาโรงพยาบาลคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ผลต่อตนเองหรือไม่ (ให้ผู้ป่วยสร้างคำตอบขึ้นในใจของตนเอง และสร้างความรู้สึกให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและจำเป็นต่อการรักษาครั้งนี้)
- ถ้ามีผลแล้วคุณต้องร่วมมือรักษาเพื่อให้หายป่วยหรือไม่ ให้ผู้ป่วยตอบประโยคนี้ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

โดยส่วนมากภาษาที่ใช้มีจิตเวชใช้เป็นวัจนลีลาที่เป็นกันเองกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน ใช้คำพูดแสดงการยอมรับในตัวผู้ป่วย เช่น การเรียกชื่อจริง แสดงการรู้จัก จำได้มีการใช้อารมณ์ขัน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกดดัน รวมถึงใช้ความถี่ในการพูดคุย ผู้วิจัยยกตัวอย่างลักษณะการสนทนาแบบพี่น้องของนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยติ๊กหญิงที่ดูเป็นกันเอง มีการแทรกอารมณ์ขัน และสามารถสร้างความอบอุ่น ผู้ป่วยฟังแล้วรับรู้ถึงความหวังดีและห่วงใยได้ ดังนี้

นักสังคมสงเคราะห์ : อยู่บ้านทำอะไร

ผู้ป่วย : ช่วยแม่ทำสวน

นักสังคมสงเคราะห์ : ต้องทำตัวอย่างไรจะ ถึงจะอยู่บ้านได้และไม่กลับมาที่นี้อีก

ผู้ป่วย : ทำตัวดี

นักสังคมสงเคราะห์ : จะดีมั๊ย ต้องเชื่อฟังพ่อแม่ไปนี่

ผู้ป่วย : เชื่อฟัง

นักสังคมสงเคราะห์ : อยากกลับแล้วหรือ เบื่อแล้วหรือ

ผู้ป่วย : ยังไม่เบื่อที่นี่มีอะไรทำเยอะ แต่อยู่บ้านสบายกว่า

แม่บทสนทนาข้างต้นจะคุยกับหญิง อายุ 30 ปี แต่ยังใช้คำว่า “ดี” “เชื่อฟังพ่อแม่” ให้ดูเหมือนสอนแบบคนรู้จักแบบพี่น้อง (ในขณะที่เดียวกันก็แสดง Authority ของผู้บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อฟัง) และยังสามารถใช้ เพื่อขอคำสัญญาจากผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวแบบไม่ดูเหมือนบังคับอีกด้วย อีกตัวอย่างหนึ่งคือ การคุยกับผู้ป่วยที่คิดหนี พยาบาลสวมบทบาทความเป็นแม่ ทั้งท่าทาง โอบตัวผู้ป่วยไว้และน้ำเสียง ดังนี้ “ยังไงก็ได้กลับนะ ขวัญชนกอย่าวิ่งหนีอีกนะลูกนะ ร้วมันสูงเท้าลูกก็เจ็บ..” หรือการพูดเชิงให้คำสัญญา การให้รางวัลและการลงโทษ “ขอดูการปรับตัวกับบุคคลอื่นก่อน ถ้าปรับตัวได้หมอมจะให้กลับ”

ลักษณะคำพูดเชิงบวก

ผู้บำบัดจะไม่ใช้คำพูดที่เป็นพิษต่อผู้ป่วย หรือคำพูดที่ก่อความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยถามเรื่อง “บ้า” ผู้บำบัดจะพูดว่าสมองทำงานไม่ดีแทน หรือ สมองทำงานผิดปกติทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (จิตเภท) หากเป็นโรคอื่น เช่น ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน อันนี้สามารถบอกได้ จากนั้นจึงชี้ว่า ยามีประโยชน์อย่างไร เช่น ยานี้ช่วยปรับให้สมองทำงานดีขึ้น ดูแลตัวเองได้ เมื่อผู้ป่วยหวังจะหายเร็ว ๆ จิตแพทย์จะไม่บอกว่าไม่มีทางหาย และจะไม่โกหก แต่จะบอกว่าต้องกินอีกนาน

● คำถามที่ผู้บำบัดมักพบเสมอ

- ถาม - กินยาทำไม
 ตอบ - กินให้สมองเราดี
 ถาม - กินตลอดชีวิตหรือไม่
 ตอบ - กินอีกนาน (ทั้ง ๆ ที่คำตอบคือตลอดชีวิต)
 ถาม - เมื่อไหร่ได้กลับบ้าน
 ตอบ - เมื่อกินได้ นอนได้ และแจ่มใสขึ้นก่อน
 ถาม - ทำไมต้องกินยาหลายเม็ด
 ตอบ - กินหลายเม็ดจะได้หายไว ๆ

สรุปคือ ต้องตอบตามความเป็นจริง แต่ต้องทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ใช้ภาษาตรงไปตรงมาไม่ซับซ้อน ตอบโดยไม่มีการลังเลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่ได้หลอกลวงหรือเอาเปรียบ เช่นการสนทนาของจิตแพทย์และผู้ป่วย ดังนี้

- จิตแพทย์ : ดีขึ้นแล้วนะกลับไปต้องทำอะไรต่อ
 ผู้ป่วย : กินยาต่อ
 จิตแพทย์ : ที่หมอให้กินยาเพื่ออะไร
 ผู้ป่วย : เพื่อนนอนหลับ
 จิตแพทย์ : นอกจากนั้น
 ผู้ป่วย : กินได้
 จิตแพทย์ : แล้ว ... อะไรอีก กินเพื่อให้สมองเราปกติ ไม่งั้นสมองเราจะรวนแล้วเลิกกินได้มั๊ย
 ผู้ป่วย : ไม่ได้
 จิตแพทย์ : ตกลงกันแล้วนะ

หรือการสร้างบรรยากาศของผู้บำบัดจากการคุยเล่น ๆ ให้สบายใจสู่ประเด็นปัญหา

- จิตแพทย์ : มีอะไรจะให้หมอช่วยมั๊ย
 ผู้ป่วย : สบายดี
 จิตแพทย์ : สบายมานานหรือยัง
 ผู้ป่วย : หงุดหงิดง่ายเป็นบางครั้ง
 จิตแพทย์ : มีอะไรคุยกับหมอมั๊ย

ผู้ป่วย : มี... (เล่าเรื่องราวระบายความในใจ) หนูรู้สึกดีค่ะ มาที่นี่ทำให้ปัญหาเรื่องการหวาดระแวงหมดไปได้ ด้วยความช่วยเหลือของคุณหมอและแม่ (พยาบาล) ค่ะ

และบางครั้งก็พบการพูดคุยกับทีมจิตเวช โดยผู้ป่วยระบายด้วยถ้อยคำที่ไม่สุภาพ เช่น “แฟนหนูหิวกระหิวมา มันหิวจริง ๆ” หมอรับฟังไม่ดูว่าพูดไม่สุภาพ แต่พยักหน้า แสดงการยอมรับและเข้าใจ “เอาจะไปพักก่อนก่อนนะ หมอรับรู้แล้วว่าเป็นยังไง ทำใจให้สบายก่อนนะ”

อวัจนภาษา

ยิ้มแย้มแจ่มใส ใช้แววตาเป็นมิตร จริงใจอ่อนโยนไม่เสแสร้ง การสังเกตพบว่าเมื่อผู้บำบัดจะเข้าไปทำการพูดคุยกับผู้ป่วยจะพาผู้ป่วยไปนั่งจะไม่ยืนคุย เพราะจะให้ความรู้สึกที่ผู้บำบัดไม่ได้เร่งรีบไปไหน เป็นการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ขณะนั่งหันหน้าเข้าหา โน้มตัวไปข้างหน้าสบตาเป็นระยะ พูดแล้วยังไงต่อคะ ดิฉันฟังคุณอยู่ มีการใช้มือประกอบบ้าง นั่งสบาย ท่าทางผ่อนคลาย ดังที่นักจิตบำบัดให้ข้อมูลในเรื่องอวัจนภาษาดังนี้

“ยิ้มให้เขาก่อน เวลาคุยไม่จ้องตาแป๋ว ผู้ป่วยจะติดอัด เมื่อถึงตอนให้กำลังใจอาจตบเบา จับมือ แล้วแต่ความเหมาะสม อวัจนภาษาจึงมีส่วนสำคัญต่อการบำบัดมาก เช่น การเป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพจิตดี พูดชัด ยิ้มแย้มท่าทางจริงใจ เป็นมิตร ไม่เสแสร้ง เพราะผู้ป่วยไวต่อความรู้สึก จะทำเสียงจู้ปากอะไรไม่ได้ เขาจะตีความหมายแง่ลบหมด”

(สุเกตุร ชัยยุทธ, นักจิตวิทยา. 15 ธันวาคม 2544)

“การทำตัวอารมณ์ดียิ้มตลอด ผู้ป่วยดูแล้วเฮอ.. หมอไม่มีปัญหาทางจิตน่าจะฟังพาได้ จะรักษาเขาให้ประทับใจต้องดูแลตัวเองได้ บุคลิกส่วนตัว การพูดการจา การแสดงความห่วงใย จริงใจรวมถึงการดูแลสุขภาพการตนเองให้ดี หวีผมไม่ให้ผมยุ่ง ไม่อ้วนไปผอมไป หน้าตาต้องแจ่มใส ถ้าหมอดูโทรม อมทุกข์ จะไปรักษาใจใครได้ ลักษณะภายนอกจึงสำคัญ”

(พรชัย พงษ์สงวนสินธุ์, จิตแพทย์. 12 ธันวาคม 2544)

โดยการใช้อวัจนภาษาต้องสอดคล้องกับเรื่องที่พูดด้วย ถ้าเรื่องเศร้าน้ำเสียงต้องเย็น พูดไม่เรื้อนนักมีการให้กำลังใจ บีบมือโอบ และตบเบาตามสมควร สำหรับเรื่อง que ผู้บำบัดต้องการกระตุ้นความคิดจะใช้น้ำเสียงให้ผู้ป่วยตื่นตัว เช่น อาจพูดเร็วขึ้น “แล้วยังไงต่อคะ” เป็นต้น

อุปสรรคการสื่อสาร

การรับมือกับปัญหาการสื่อสาร

1. อารมณ์และอาการของผู้ป่วย จากการประเมินอาการทางจิตพบว่า เมื่อผู้ป่วย แสดงความก้าวร้าว หรือ อายาระบายความรู้สึกโกรธ ออกมาเป็นอาการ เช่น ทำลายของ ด่า ถุย น้ำลาย ผู้บำบัดจะรับฟังด้วยท่าทีหนักแน่นไม่หวาดหวั่น ท่าทางต้องเป็นมิตร ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า อารมณ์โกรธของเขา ไม่สามารถทำอันตรายใครได้ แล้วผู้ป่วยฉุกคิดที่ทำไมไม่โกรธ ไม่วิ่งหนี การก้าวร้าวทำให้ใครกลัวไม่สำเร็จ นั่นคือไม่เพิ่มแรงเสริม ให้กับพฤติกรรมที่ไม่ดี จากนั้นค่อย ๆ ถามต้องการอะไร มีอะไรไม่สบายใจ มีอะไรที่พยาบาลจะช่วยให้ พุดคุยเสนอความช่วยเหลือ เช่น ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือพยาบาล เมื่อหงุดหงิดหรืออีกกรณีหนึ่งคือ ผู้ป่วยไม่พร้อมจะพุดคุย รับ ฟังอย่างเหม่อลอย จะไม่มีการบังคับใด ๆ ผู้บำบัดจะรอจนผู้ป่วยพร้อม

2. ภาษาและวัฒนธรรม โดยส่วนมากไม่มีผลเท่าไร เพราะที่มจิตเวชจะถูกฝึกมาอย่าง ดี จิตแพทย์ท่านหนึ่งเล่าว่า ช่วงเรียนจิตเวชต้องเรียน เรื่องศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ของแต่ละ วัฒนธรรม เพื่อให้เข้าใจตัวบุคคล บางทีภาษาคนละภาคกันฟังกันไม่ออกก็ต้องเรียกพยาบาลเรียก คนที่พุดได้มาช่วย

3. ความเข้าใจผิด เช่น การเข้าใจผิดจากคำพุด เช่นการสะท้อนความคิดผิด ต้องมีการ ขออภัยและขอให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลเพิ่ม เพื่อความถูกต้องในการสะท้อนความคิดของผู้ป่วย หรือ เข้าใจผิดทางการกระทำผู้ป่วยจะจดจำได้ทุกคำพุด เพราะเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก เช่น ครั้งหนึ่ง มี ผู้ป่วยหญิงถามพยาบาลว่า “วัน ๆ ไม่เห็นทำอะไรเลยพยาบาลที่เนี่ย” พอดีที่พุดมีสุนัขตัวหนึ่งเดิน เข้ามาพยาบาลจึงพุดเล่นเพื่อให้สนุกสนานว่า “ก็นี่ไงเลี้ยงหมาไปวัน ๆ “ ซึ่งเหตุการณ์ผ่านมาแล้ว ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับมาอีกครั้งพามาเจอพยาบาลคนเดิมก็พุดถามว่า “ไม่เอาไม่ อยู่ที่นี่พยาบาลคนนี้ด่าฉันเป็นหมา” ซึ่งตอนแรกนั้นผู้ป่วยไม่แสดงอาการโกรธตอนที่พุดแต่จดจำ ความไม่พอใจนั้นไว้ตลอด ผู้ที่บำบัดใกล้ชิดจึงต้องระวังคำพุดอย่างมาก หากเข้าใจผิดต้องรีบแก้ไข ในทันที ความเข้าใจผิดอีกกรณีหนึ่งคือ เรื่องการกระทำ แพทย์สัญญาว่าให้กลับได้พุดนี้และได้โทร บอกญาติแล้วตกลงกันแล้ว แต่ญาติไม่มารับก็เข้าใจผิดว่าแพทย์โกหกก็คลุ้มคลั่ง อาละวาด กรณีนี้ ต้องให้เหตุผลข้อมูลความจริงกับผู้ป่วยว่าไม่ได้โกหก และต้องสื่อสารเพื่อจัดการกับอารมณ์โกรธ ของผู้ป่วยให้ได้

4. ปัญหาจากตัวบุคคลากรทางจิตเวช บางครั้งก็พบความไม่พร้อมในตัวผู้บำบัดเองทำให้ต้องหลีกเลี่ยงการสื่อสารหรือการเผชิญหน้าชั่วคราว หรือการต้องการปรับมุมมอง เช่น เรื่องที่จิตแพทย์ท่านหนึ่งเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า “บางครั้งเราก็ตัน เพราะเราเอง เรามองด้านเดียวการรักษาไม่ได้ผล พอหมออีกคนมามองอีกด้านก็ดีขึ้น เราเข้าใจว่าทำอย่างนี้ถูก อาจไม่ถูกสำหรับคนนี้ หมอ 3 คน จะแลกเปลี่ยนกันตลอด สำหรับคนไข้ที่มีปัญหากับเรา ทำร้ายเราต้องพิจารณาว่าโดนเพราะอะไร ถ้าไม่พอใจเราตั้งแต่แรกพบก็ต้องเปลี่ยนหมอ ถ้าไม่พอใจจะฝืนความรู้สึกเขาไม่ได้ และผู้บำบัดต้องมีการฝึกฝนให้มีภาวะอารมณ์ที่คงที่ เพื่อป้องกันปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคคลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย

จากการนำเสนอทั้งสองส่วนคือ ภาพรวมของการสื่อสารในหอผู้ป่วยแรกรับและวิกฤตและสารที่สร้างความน่าเชื่อถือและอุปสรรคในการสื่อสารแล้ว ในปัญหานำวิจัยนี้สรุปได้ว่า การสื่อสารพูดคุยต่าง ๆ ที่มีจิตเวชจะมีการปรับการพูดคุยให้เข้ากับผู้ป่วยในแต่ละกรณี เริ่มแรกเมื่อผู้บำบัดสามารถสร้างความไว้วางใจและค้นหาข้อมูลในตัวผู้ป่วยได้แล้ว ลักษณะการสื่อสารที่เอื้อประโยชน์ต่อการรักษาคือ การทำให้ผู้ป่วยสบายใจโดยการพูดส่วนใหญ่จะเป็นการเสริมสร้างคุณค่าในตัวผู้ป่วย การให้การยอมรับ การให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องด้วยการให้แรงเสริมทางบวก นอกจากนี้ผู้บำบัดมีหน้าที่รับฟังผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยอยากจะทำพูดโดยไม่มีปฏิกิริยาทางลบหากว่าสิ่งที่พูดนั้นไม่หลุดออกจากโลกความเป็นจริง โดยทักษะที่ใช้ในการสื่อสารที่สำคัญคือ การฟัง การถาม การจับสะท้อนความรู้สึกให้เข้าใจตรงกัน หรือทวนซ้ำ สรุปความให้ผู้ป่วยสามารถเรียงประเด็นในใจกลับไปคิดเพื่อปรับพฤติกรรม รวมทั้งมีการเสนอข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการตัดสินใจผู้ป่วย โดยทุกขั้นตอนในการสนทนาต้องให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างเสมอต้นเสมอปลาย

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชกับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครวั และสังคมที่ถูกแสดงออกมาเป็นมโนภาพเชิงจินตสสาระ (Fantasy Themes) เป็นอย่างไร

จากการทำ Focus group interview กลุ่มผู้ป่วยให้แสดงออกมาให้เกิดมโนภาพพร้อมกัน โดยแสดงออกมาเป็นจินตนาการที่มีสีสัน (Dramatizing messages) พบทั้งการเล่นคำ (Pun) ภาพพจน์ (Figure of speech) อุปมา (Analogy) เมื่อพูดถึงที่บ้าน การพูดถึงตัวเองในเรื่อง ทุกคนยกให้เป็นบุคคลที่ดูแลตนเอง หรือตนเองที่ป่วยเป็นช่วงล้มเหลว บุคคลที่มาดูแลมาช่วย

ผู้วิจัยอธิบาย กิจกรรม Focus Group ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อหา Concept และแนวความคิด พบว่าผู้ป่วยเลือกพระเอก เป็นคนดีที่ไม่บ้า (สังเกตว่าผู้ป่วยไม่ใช้ตนเป็นตัวเด่นเลย จากการพูดคุย ทุกคนไม่มั่นใจใจของตนที่ไม่เป็นบุคคลสมบูรณ์แบบ) โดย สถานที่ (Scene) หากเป็นที่บ้าน จะยกคนในครอบครัวที่ดูแลโดยตรง เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา หรือน้องสาว เป็นตัวเอกของเรื่อง

ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเวชมีอาการแตกต่างกัน แต่สิ่งที่มีร่วมกันคือ ความคาดหวังอยากมีครอบครัวที่อบอุ่นเป็น “บ้านในฝัน” เมื่อถามถึงวิธีที่ทําอย่างไรถึงจะมีบ้านในฝันได้ ผู้ป่วยทุกคนจึงคิดจินตสภาวะขึ้นมา โดยพื้นฐานจากปัญหาแต่ละคนดังนี้

รุ่งโรจน์ ได้เล่าเรื่องราวเป็นละคร ซึ่งผู้วิจัยนำมาเรียบเรียงดังนี้

: มีฮีโร่มาช่วย คือ พ่อ ตัวร้ายคือยาเสพติด ทำให้อ่อนแอระดับ ประสาทหลอน ไม่มีใครคบ พ่อทําทุกวิธีทางเพื่อให้ห่างจากยาเสพติด แต่ยาเสพติดชนิดใหม่ ๆ ก็ตามเข้ามาหาชีวิตไม่เคยหยุด ตัวรุ่งโรจน์อ่อนแอ จนมาเจอพระเอกคนที่สองคือ หมอ ให้ยาและคุยด้วยจนดีขึ้น จะกลับไปเป็นคนดีช่วยพ่อ แม่ทำงาน ให้กิจการที่บ้านรุ่งเรือง น้องสาวกลับมาให้ความเคารพรักเหมือนเดิม

เรื่องราวที่รุ่งโรจน์แต่งขึ้นนั้นมีความคล้ายกับของ ปรีชา จิโรจน์ และ ทศนีย์ ดังนี้

ปรีชา คิดว่า ฮีโร่คือ หมอ และแม่ที่ช่วยกันทำให้หาย ตัวร้ายคือ ยาบ้าและกระตังแดง พวกคนที่เอายาบ้ามาให้กินแล้วไม่รู้ทำให้ติดยา เลิกยาบ้าได้แม่ดีใจ มาติดกระตังแดง แม่เสียใจ ถ้าเลิกกระตังแดงเลิกบุหรี่ได้ แม่จะซื้อรถและขอผู้หญิงแต่งงานให้

ส่วนของ **จิโรจน์** ติดกัญชาเพราะลองเล่น ๆ ปรากฏว่าติด จนแฟนขอเลิก ปะชดแฟนโดยการไปกินยาบ้า แล้วติดอย่างหนักจนมีอาการทางจิต ชนชานกลับมาหาพ่อแม่ก็ครั้งก็ไม่เคยโทษ ส่งไปรักษาที่ดี ๆ ตามคลินิกดัง ๆ ทุกครั้ง ๆ นี้แม่ตัดใจพามาที่หอผู้ป่วยใน แบบอยู่หอรวม ด้วยความเป็นคนเคยสบายมาก่อน จึงทำใจไม่ได้ หงุดหงิด จิโรจน์จึงกวนพยาบาลบ้าง แต่หลังจากได้รับการรักษาดูแลจากพยาบาลและรู้จักช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้ว จึงสามารถปรับตัวได้ และต้องการเลิกยาและกลับไปเริ่มต้นชีวิตใหม่อีกครั้ง พ่อ แม่ จึงเป็นพระเอกของเรื่องเพราะให้อภัยมาตลอด พยาบาลก็เป็นผู้ช่วยเหลือคอยเยียวยาให้ดีขึ้น จึงเป็นตัวเอกในเรื่องของเขา

ทัศนีย์ เองรับราชการ และยังมีบทบาทเป็นแม่ของลูกสาวอีกหนึ่งคน ในความเป็นจริง เรื่องราวของเธอไม่น่าเกี่ยวกับยาเสพติด แต่เธอป่วยด้วยโรคแอลกอฮอล์ซึ่งมีอย่างหนัก จนไม่สามารถจะทำงานต่อไปได้ ทัศนีย์ไม่ได้ติดเหล้า จากกรณีเหมือนผู้ป่วย 3 คนแรก แต่มาจากตอนที่ตั้งท้องอยู่ มีอาการแพ้ยา เพื่อนจึงแนะนำให้ทานยาต่อลงเหล้าจนติด สามีที่เป็นทหารด้วยกันก็คอยดูแล คอยให้คำปรึกษาให้กำลังใจให้เลิก เพื่อลูกแต่ก็ไม่สามารถทำได้ จนถูกไล่ออกจากงาน ทัศนีย์ไม่สามารถทำใจได้จึงป่วยทำร้ายตัวเองและคิดตลอดเวลาว่ามีแต่คนนินทา เมื่อมารักษาอยู่โรงพยาบาลจึงมองตัวเองและปัญหาใหม่อีกครั้ง อยากเป็นตัวอย่างที่ดีของลูกให้ลูกได้ดี และอยากปรับตัวใหม่อีกครั้งเพราะได้กำลังใจจากสามีที่ดีต่อเธอไม่เคยเปลี่ยน

เรื่องของ ปิยะฉัตรและนุชนาฏใกล้เคียงกัน มาจากความสูญเสีย แต่เป็นความสูญเสียคนละอย่าง **ปิยะฉัตร** นั้นความสูญเสียจากอุบัติเหตุ ทำให้อาการต้อในการเรียนจบลง ร่างกายที่เคยแข็งแรงต้องพิการ เมื่อถึงวัยที่ต้องเลี้ยงดูแม่ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยลำพังแต่เพียงผู้เดียวก็ไม่สามารถช่วยเหลือแม่ได้ ความเก๋บกดในหลายอย่างและการรู้สึกที่ตนแตกต่างจากคนอื่น จึงพยายามหาสิ่งทดแทน เช่น การต้องการนักจัดรายการวิทยุเป็นคนรัก และอยากได้ของราคาแพงในโทรทัศน์ ซึ่งปิยะฉัตรบอกว่า ตนทำให้แม่เสียใจมามากแล้ว ต่อไปจะเลิกคิดว่าตนด้อยกว่าคนอื่น โดยถ้าแต่งเรื่องจะมีแม่เป็นนางเอก และตัวปิยะฉัตรเองจะคอยดูแลแม่ด้วยกันในบ้านสวนอย่างมีความสุข ส่วนของปิยะฉัตรจะมีสถานะเป็น “ลูกของแม่” ซึ่งแตกต่างจากนุชนาฏที่เพิ่งมีสถานะเป็น “แม่ของลูก” ได้ไม่ถึงเดือนก่อนมาอยู่โรงพยาบาล

นุชนาฏ คิดว่าตนเองเป็นตัวร้าย เป็นคนทำให้ครอบครัวแตกแยก ฟาดฟันจึงลงโทษให้สามีทิ้งตนเองอยู่ต่อไปคงเป็นแม่ที่ดีของลูกไม่ได้ จึงพิพากษาตนเองด้วยการกระโดดบันไดและอีกหลาย ๆ วิธี แต่ไม่สำเร็จ น้องสาวจึงโทรไปปรึกษามารดาให้นำส่งโรงพยาบาลศรีธัญญา นุชนาฏขอเลือกลูกสาวเป็นนางเอก เป็นผู้บริสุทธิ์ และเป็นตัวเชื่อมให้สามีที่เธอรักกลับมาอีกครั้ง มีน้องสาวและมารดาเป็นผู้ช่วยนางเอก และเรื่องก็จบลงอย่างมีความสุขในบ้านหลังเล็ก ๆ ที่ทุกคนอยู่กันพร้อมหน้า..

ตัวอย่างบทสนทนาที่ผู้วิจัยตัดตอนมาจากการทำ Focus group

ปิยะฉัตร : ฉันทยกให้แม่นะ แม่ไม่ใช่คนที่ตีที่สุด แต่เขาเป็นคนให้อภัยฉันได้มากที่สุดบนโลก
จิโรจน์ : เธอทำอะไร

- ปิยะฉัตร : พนน้าลายใส่ สั่งของแพง ๆ ตาม TV. ให้แม่จ่าย
- จิโรจน์ : ไม่แปลกหรอก เรายังวางแผนเอา TV. พ่อไปขาย แต่พ่อก็อภัยได้เหมือนกัน
- นุชนาฏ : ตัวเอกของเรื่อง ไม่ควรดีเกินไปหรือเลวเกินไป
- ทัศนีย์ : ไซ้ ฉันมองคนที่บ้านเลวไปหมด ฉันขอมายูนี้เอง แต่พอเปลี่ยนชุดผู้ปวยปั๊บฉัน
อยากกลับบ้านทันที ไม่มีใครรักเราเท่ากับคนที่บ้านกับผัวจะด่ากันยังไงเขาก็อยากให้
เราสบายใจ (ซึ่ม)
- รุ่งโรจน์ : ฉันผมให้แฟนได้มัย แต่เขาทิ้งผมไปเพราะผมติดยา ผมให้ยาเป็นผู้ร้ายได้มัย ไม่ใช่คน
ได้มัยเป็นยาได้มัย
- จิโรจน์ : ฉันก็ให้ โรคบ้าเป็นผู้ร้ายสิ
- ผู้วิจัย : ถ้าโรคบ้าเป็นผู้ร้ายแล้วใครจะปราบผู้ร้าย
- จิโรจน์ : ก็ให้พวกเรา 6 คน มีคุณตาล (จรัสพร) เป็นหัวหน้าช่วยกันปราบ
- ปิยะฉัตร : ให้พี่หมอลอดหนีเอง (นักอาชีวะบำบัด) กับแม่ด้วยสิ
- ผู้วิจัย : อ้อ...ผู้วิจัยต้องคอยดูพวกคุณเล่นอยู่ข้างนอกนะคะ ฉันเดียวไม่มีใครดู
- จิโรจน์ : อ้อ...เป็นผู้กำกับ
- ผู้วิจัย : ไม่ใช่จะเป็นคนดู
- นุชนาฏ : ทำไมปรีชาไม่ค่อยพูด ปรีชาอยากให้ใครเป็นพระเอก
- ปรีชา : (ยิ้ม) เราอยากให้ แม่ กับ พ่อ แต่พ่อเราเสียแล้ว
- ผู้วิจัย : แล้วในโรงพยาบาลละ
- รุ่งโรจน์ : ให้พยาบาล
- ปิยะฉัตร : ให้แม่ “(พยาบาล)”
- ปรีชา : “ให้พยาบาล เพราะดูแลตลอดทั้งวันทั้งคืนคอยด้วยตลอด”
- ทัศนีย์ : ไซ้ คนอื่น ๆ ไม่ค่อยมานี่ อยู่มา 2 เดือน เจอหมอไม่ถึง 3 ครั้ง
- จิโรจน์ : ไม่ผมให้เพื่อนด้วยกัน เก่งขนาดไหนมานอนรวมอยู่ในกรงเดียวกัน กรงดีปลอดภัยแต่
มันอันตรายตรงเราเอาหัวโขกมันไม่บูนวม ผมพูดเล่นนี่เมื่อเข้าเห็นมัย ไพโรจน์มันเห็น
คนอื่นโดนมัดมันแก้ให้เลยโดนมัดแทนนี่น้ำใจมัน อย่างปรีชาจัดดีมากคอยแบ่งอาหาร
แบ่งขนมเวลาแม่มาเยี่ยม
- รุ่งโรจน์ : เรามีสังคมเยอะ พอคนนึงมีอะไรกินหมด มือต่อไปคนอื่นมีก็จะไม่แบ่งมันเป็นสังคมที่
ต้องเรียนรู้ ได้บุหรี่ยาได้ยาเส้น 2 ตัว จะดูหมดไม่ได้ ต้องดูคนละครึ่งมวน นอกนั้น
แจกเพราะคนอื่นมีจะได้ให้เราไม่อด

- ปรีชา : พี่พยาบาลชอบมาห้าม ต้องหลบได้หน้าต่าง
- จิโรจน์ : เนี่ยเรื่องหอชาย ให้หมอบเป็นพระเอก เพราะหมอบเป็นคนเดียวที่จะอนุญาตให้เรากลับบ้านได้ เป็นคนตัดสินชะตาชีวิตเป็น Hero ส่วนเพื่อนเป็นผู้ช่วยพระเอก คอยปลอบใจให้กำลังใจ ดูชีวิตเขาทำให้เรามีกำลังใจ บางทีคนไม่สบายใจหลายคนมาอยู่ที่เดียวกันทำอะไรเหมือนกัน มันเข้าใจกัน ให้กำลังใจกันได้ดีกว่า มันหาไม่ได้ตามรีลลิตี้ OK. นั้นพักผ่อนกาย แต่นี้พักผ่อนใจ นี่ผมเลยมี ไอเดียเปิดรีลลิตี้คนนอกหักเลยติดทะเลมีคนเข้าใจกันมีเรื่องร้าย ๆ เหมือนกัน มาเล่ามาปลอบใจกัน
- รุ่งโรจน์ : ใช้หมอบของเราดีมาบ่อย พูดดีให้ยาดีให้เรากลับบ้านเร็ว ถ้าหมอบให้อยู่ต่อหมอบก็จะกลายเป็นตัวร้ายทันที
- ปิยะฉัตรและทัศนีย์ : จริง ๆ หมอบก็มาบ่อย แล้วพูดดีมาก ๆ แต่ชอบแม่ (พยาบาล) มากกว่า
- นุชนาฏ : ให้พยาบาลคะ พยาบาลดีมาก
(ทุกคนยกให้แม่ คือ พยาบาลนั่นเอง ส่วนหนึ่งเพราะปัจจัยทางเพศ คือ ความเข้าใจกันของตึกหญิง กับนางพยาบาลจึงคุยกันได้มาก)
- ผู้วิจัย : แล้วอยากให้พยาบาลคุยอะไรกับเรา

ส่วนใหญ่อยากให้พูดคุยด้วยมากกว่านี้ อยากรู้อยากเห็นมาก ๆ หมอบก็อยากคุยให้หมอบอธิบายถึงอาการ อยากรู้อะไรจะเป็นอะไรจะหายอย่างไร หมอบที่ดีคือหมอบที่พูดไม่ใช่หมอบที่ให้อาการอย่างเดียว (รองลงมาที่ผู้ป่วยพูดถึง คือ นักสังคมสงเคราะห์ เพราะพูดคุยช่วยเหลือเรื่องเงินค่ารักษา ความเป็นอยู่ คำแนะนำ ที่ไม่สนิทยเลย คือ นักจิตวิทยา เพราะมาทำกลุ่มไม่ค่อยบ่อย ไม่ค่อยได้คุยตัวต่อตัวนัก ซึ่ง Fantasy themes ข้อนี้ส่งผลต่อกลยุทธ์การสร้างความสัมพันธ์ด้วย คือ ผู้รักษาในอุดมคติของผู้ป่วย ต้องมีความใกล้ชิดมากกว่าความเก่งทางวิชาชีพ ผู้ป่วยเชื่อว่าหากใกล้ชิดมาก รู้จักมาก จะฟื้นฟูจิตใจเขาได้มากเพราะจะเปิดใจมาก) ในส่วนนี้จะไม่ตรงกันฝ่ายชายจะให้หมอบเป็นพระเอก ฝ่ายหญิงให้พยาบาลเป็นเพราะความแตกต่างทางเพศ และประสบการณ์ที่เจอในโรงพยาบาล ทำให้คิดแตกต่างกันไป

- ผู้วิจัย : เอาละ เราพูดถึงชีวิตในโรงพยาบาลแล้ว แล้วที่บ้านเมื่อที่ทุกคนพูดถึงคนในครอบครัว หมายถึง ทุกคนขอให้คนในครอบครัว ผู้ดูแลเป็นตัวเอกใช้รีเปลาจะ
- ผู้ป่วยทั้ง 6 : (ทำท่าคิด) ค่ะ , ครับ
- จิโรจน์ : แล้วให้โรคบ้าเป็นตัวร้ายใช้มั๊ย
- ผู้ป่วยทั้ง 6 : (ทำท่าคิด) พักหน้า

- ปิยะฉัตร : OK. กำลังสนุก เล่าเรื่องต่อ พวกเราก็พยายามทำให้สบายทานยา ก็จะหายไม่เป็น
ภาระต่อ พระเอกนางเอก
- นุชนาฏ : ฉันขอพูดถึงลูกบ้างได้มั้ย ฉันอยากให้ลูกเป็นพระเอก เมื่อกี้ที่พูดถึงแรงบันดาลใจ ฉัน
อยากหาย ไม่อยากให้ลูกรู้ว่าเคยอยู่โรงพยาบาลบ้า ไม่อยากมารักษาอีก
- ทัศนีย์ : ลูกเธอยังเล็ก ลูกพีชที่แพลตทอน คนลือว่าแม่บ้า แม่ซีเหี้ย
- จิโรจน์ : ไม่หรอก เลิกเหล้าแป๊บเดียวก็ได้อยู่ที่ใจ ดูรุ่งโรจน์ซิติตอะไรไม่ติดติดยาแก้เมา
- รุ่งโรจน์ : เราก็คะ เลิกยากก็กลับไปทำงานช่วยเหลือที่บ้านแล้ว จริง ๆ อยากเรียนต่อ ผมเรียน
ได้รีเปล่า
- จิโรจน์ : คนเราเรียนได้เสมอละ จริง ๆ แต่ละคนก็มีเรื่องนะ มีเรื่องของตัวเอง ผมเป็นศิลปิน
วาดภาพ ภาพทุกภาพมีเรื่องเล่าในตัวเอง เหมือนทุกคนที่มีเรื่องเล่าในตัวเอง
- ปิยะฉัตร : ใช่ ถ้าเราไม่เป็นคนที่อยู่ในเรื่องราว เราก็จะไม่เข้าใจ ทุกคนมีปัญหาแต่ขอให้สู้ละ ฉัน
พิการทั้งร่างกายและจิตใจ ฉันยังพยายามสู้เลย
- ทัศนีย์ : ฉันอยากให้เรื่องของปิยะฉัตรได้แสดงให้พวกเราดู (ทุกคนเห็นด้วยมีรุ่งโรจน์ที่อยากดู
เรื่องของจิโรจน์ต่อ แต่จิโรจน์บอกเสพยาจนบ้าอย่าแสดงเลยเล่นยาก)
- จิโรจน์ : ฉันขอแสดงเป็นความไม่สมประกอบทางร่างกาย เบริกซ์ได้มั้ย แล้วเบริกซ์เล่นเป็นคน
ปกติไม่เจ็บป่วย
- ปิยะฉัตร : ฉันทำไม่ได้หรอก ฉันพิการ
- จิโรจน์ : ก็ฉันจะเล่นเป็นไอ้โรคพิการไง เธอเข้าใจมั๊ย เธอเป็นปกติเธออย่าคิดซิว่าเธอเป็นอะไร
- ปิยะฉัตร : (ปิยะฉัตรยิ้ม) ขอบใจจ้ะเราขอเป็นน้องสาวเราแล้วกัน แล้วปริชาล่ะจะ เล่นเป็นอะไร
มี แม่ มีน้อง มีหลานอย่าเป็นพ่อนะเราเกลียดพ่อ
- ปริชา : (ปริชาก็ยิ้มตลอดเวลา) เราเป็นหลาน จ้ะหลานแล้วกัน ฮีฮีฮี
- ปิยะฉัตร : หลานเรา 12 ขวบ แต่ปริชา 50

เพื่อน ๆ หัวเราะแต่ก็ให้ปริชาเป็นเด็กมาขอให้ ปิยะฉัตร (แสดงโดยจิโรจน์) สอนการบ้าน
ให้ โดยรู้ตัวว่าสอนผิด ๆ แต่ไม่อยากให้หลานไม่นับถือ ไม่อยากให้ใครว่าโง่ สุดท้ายทะเลาะกับ
หลาน พี่ชาย (แสดงโดยรุ่งโรจน์) มาห้าม ปิยะฉัตรคอยกำกับว่าใครเป็นไง พี่ชายพูดว่าเป็นภาระ
แม่มาขอให้หยุด (แสดงโดยนุชนาฏ) พูดว่า “ยอม ๆ เขาเถอะเขาไม่ปกติ” ปิยะฉัตร
(แสดงโดยจิโรจน์) โกรธ น้องชาย (แสดงโดยปิยะฉัตร) เข้ามาดูแล็กโดนไล่ ทัศนีย์แสดงเป็น
น้องสะใภ้เข้ามาใกล้หลานออกไปไม่อยากให้ยุ่งด้วย จบด้วย ปิยะฉัตร (แสดงโดยจิโรจน์) นั่งอย่าง
โดดเดี่ยว

(ทุกคนปรบมือ เรื่องจบ)

ผู้วิจัย : เอล่ะมีใครจะพูดอะไรมั้ยะคะ

ทัศนีย์ : ถ้าเราเป็นน้องสะใภ้ก็เข้าใจนะ ห่วงลูกกลัวลูกโดนทำร้าย ปียะฉัตรต้องควบคุมอารมณ์ตัวเอง คนอื่นเขาก็จะเชื่อ จะไว้ใจปียะฉัตร

นุชนาฏ : พี่เข้าใจนะในกรณีที่เป็นแม่เนี่ยะ อาจไม่ตั้งใจพูดประโยค คือ ยอม ๆ เพื่อไม่ให้เรื่องใหญ่และไม่อยากให้อาการแยกลง

ผู้ป่วยพูดกันเสนอความเห็นการปรับตัวร่วมกับการให้กำลังใจกัน ลองสมมติกันเป็นผู้บำบัด เป็นหมอ เป็นนักจิตวิทยา รวมถึงลองแลกเปลี่ยนอาการกัน เช่น จิโรจน์บอกว่าตัวเองซีไว้วาย มาแลกกับรุ่งโรจน์ที่ชอบอยู่คนเดียว (ทั้งสองลองเสพยาเนื่องจากเพื่อนชักจูงเหมือนกัน) มีทัศนีย์และคนอื่น ๆ ลองเป็นหมอ

ผู้วิจัยเล่นเป็นคนป่วยในทุกอาการ ลองให้ทุกคนเป็นหมอปรากฏว่า ผู้ป่วยแต่ละคนสวบบทบาทตามที่มจิตเวชในอุดมคติของตนเอง คือ มีทั้งใช้อารมณ์ขัน การเป็นกันเอง การให้เวลากับผู้ป่วยมาก ๆ โดยกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยเข้าใจอาการของตนมากขึ้นและเข้าใจ ข้อจำกัดในหน้าที่ของทีมจิตเวช เพราะเมื่อมีพยาบาล 1 คน ยังไม่สามารถให้ความสำคัญกับผู้ป่วยพร้อมกันได้ และถ้อยคำที่ผู้ป่วยแนะนำกันในละครสมมตินั้น หมายถึง การรู้ถึงข้อดี ข้อเสีย ของตนเอง และวิธีแก้ไขโดยมองทั้งจากตนเองออกไปสู่คนอื่น และสวบบทบาทเป็นผู้อื่นมองเข้ามายังตนเอง กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ป่วยระบายความซับซ้อนใจและสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง และวิธีการคิดแก้ไขปัญหาตนเอง รวมถึงการรู้ เท่าทันอารมณ์ของตนและผู้อื่นอีกด้วย โดยผู้วิจัยนำกิจกรรมนี้มาอีกครั้งในการอบรมการสื่อสารของญาติในปัญหานำวิจัยข้อที่ 4

ในส่วนต่อของจินตสภาวะ ที่นำมาจากความคิดหลัก (Major concept) พบดังนี้

ความคิดหลัก Major concepts	วิสัยทัศน์ร่วมกัน (Rhetorical Visions) และจินตสภาวะ (Fantasy themes)
คุณลักษณะของตัวเอก (Character) พระเอก ตัวร้าย	<p style="text-align: center;">ที่โรงพยาบาล</p> <p>→ ● แพทย์ , พยาบาล “นางฟ้าชุดขาว” ● เพื่อนผู้ป่วย</p> <p style="text-align: center;">ที่บ้าน</p> <p>● พ่อ แม่ (ผู้ดูแล) → ● โรคบ้า , ยาเสพติด</p>
แกรงบันดาลใจ (Sanctioning agent)	<p style="text-align: center;">วิสัยทัศน์ร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเป็นคนปกติที่สังคมยอมรับ ● การร่วมกันเผชิญชะตากรรมเดียวกัน <p style="text-align: center;">จินตสภาวะ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● อยากหายป่วย ● อยากกลับไปอยู่กับครอบครัว ● อยากมีอิสระ จิตวิญญาณเสรี
คติหลักเชิงสังคม (Social master analogue)	<p style="text-align: center;">วิสัยทัศน์ร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ให้คนบ้า กลับ บ้าน ● ถึงจะบ้าแต่ทำไมไ้ <p style="text-align: center;">จินตสภาวะ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลับตัวเป็นคนดี เลิกยา ทำงานได้ ● มีครอบครัวที่อบอุ่น ● กลายเป็นคนสมบูรณ์แบบทั้งความรู้ ฐานะ การศึกษา อาชีพ ● มีโอกาสช่วยเหลือคนอื่น
สถานที่ (Scene) และความหมายเชิงสังคม (Social)	<p>วิสัยทัศน์ร่วมกัน</p> <p><u>สถานที่(โรงพยาบาล)</u> : โรงพยาบาลแห่งความรัก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีบรรยากาศดี ๆ แห่งการอยู่ร่วมกัน

	<ul style="list-style-type: none"> ● ทุกคนมีน้ำใจเอื้ออาทรกัน ● ไม่มีการทำร้ายร่างกายกัน ● ไม่มีการขง การผูกมัด ● เอาใจใส่เหมือนเป็นญาติพี่น้องกัน ● สนุกสนานกับกิจกรรม แต่ละวันที่ทำให้ลืมความทุกข์ <p>สถานที่ (บ้าน) : บ้านแห่งความอบอุ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทุกคนในครอบครัวยอมรับ ● ให้ความอบอุ่น ● ช่วยเหลืองานที่บ้านได้ ● ไปเที่ยวกับครอบครัว ● มีโอกาสตอบแทนพระคุณพ่อแม่
--	---

ตารางที่ - แสดงจินตสภาวะและวิสัยทัศน์ร่วมกันของข้อความที่มีสีสัน (Dramatizing messages)

● **หากมีดอกไม้หนึ่งดอกจะเลือกดอกอะไรและจะมอบให้กับใคร**

คำถามข้อนี้ใช้ดอกไม้แทนจินตนาการ ความรู้สึกถึงคนที่ตนเองผู้พันและรู้สึกดีมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยเลือกดอกไม้ที่สื่อความหมายดี ๆ เช่น

ปิยะฉัตรและนุชนาฎ เลือกดอกกุหลาบสีขาวยุให้แม่ เพราะแม่มีความรักที่บริสุทธิ์ จิโรจน์เลือกดอกกุหลาบสีแดง พร้อมให้ความหมายว่ามันสวยที่สุด และยังเป็นราชินีของดอกไม้อีกด้วย ปรีชาเลือกดอกมะลิให้แม่ เพราะเป็นดอกไม้ที่ให้สำหรับแม่ในวันแม่ ทศนีย์เลือกดอกทานตะวันให้สามี เพราะสามีเป็นคนที่คอยชี้ทางให้แสงสว่างแก่ตน สูดทำยคือ รุ่งโรจน์เลือกที่จะมอบดอกดาวเรืองให้แม่ เพราะดอกดาวเรืองใกล้เคียงกับความหมายรุ่งโรจน์ ดุมีอนาคต

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเลือกที่จะมอบดอกกุหลาบสีขาวยุไม่มีหนามให้ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลศรัทธาญญาอีก เพื่อให้มีกำลังใจ ให้มีความสุข ไม่รู้สึกเดียวดาย

- **หากเป็นนกะจะเป็นนกะอะไร และบินไปไหน**

เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองและจุดมุ่งหมายในชีวิต

เช่น ปิยะฉัตร เลือก นกฟินิกซ์ เพราะเป็นนกที่สวยงามมีอยู่ในตำนาน เป็นนกที่ไม่มีวันตาย จิโรจน์ เลือกนกสองหัว เพราะจะได้อยู่กับใครก็ได้ใครๆ ก็ยอมรับ รุ่งโรจน์และปรีชา เลือกเป็นนกกระจอก เพราะมีเพื่อนเยอะมากไม่ตกเป็นเป้าสายตาใคร ส่วนนุชนาฏเลือกเป็นนกขมิ้นเหลืองอ่อน บินไปตามหาสามีที่หายไป เพราะไม่รู้ว่าคำนี้เขาจะนอนไหน อยากตามเขากลับมาเป็นครอบครัวเดียวกันอีกครั้ง ทศนีย์เลือกจะเป็นนกหงษ์หยก เพราะมีแต่คนคอยดูแลเป็นสิ่งที่ชีวิตที่มีค่าว่า ทนุณอม เมื่อผู้วิจัยถามจุดมุ่งหมายว่าจะบินไปไหน ผู้ป่วยเลือก 2 ทางคือ บินกลับไปหารังที่อบอุ่นและบินไปสู่อิสรภาพ

- **หากที่ตะเกียงวิเศษมียักษ์อยู่ข้างใน ขอพรได้ 3 ข้อจะขออะไรบ้าง**

คำถามนี้แสดงถึงความหวังความปรารถนาในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งแสดงจินตนาการออกมาดังนี้

ปิยะฉัตร นั้นขอให้ได้เป็นรัฐมนตรีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ขอให้พืชผลราคาดีน้ำไม่ท่วม ขอให้ได้ตอบแทนพระคุณแม่

จิโรจน์ ขอให้ได้เป็นจิตแพทย์ เป็นศิลปินเอกของโลก ขอให้มีคนอยากรู้จัก

นุชนาฏ อยากเป็นคนเข้มแข็ง ไม่อ่อนแอ ไม่คิดมาก และอยากให้ครอบครัวอบอุ่นอยู่กับหน้า **รุ่งโรจน์และปรีชา** คู่ยกกันก่อนจะตอบว่า อยากให้เป็นตัวเองอย่างนี้ มีพร 3 ประการ อยู่กับตัวตลอด อยากหายอาการอยากยา และให้ครอบครัวมีความสุข มีสันติภาพของโลก

ส่วน**ทศนีย์** ต้องการหายป่วยอยากเป็นคนเก่งสมบูรณ์แบบ มีครอบครัวที่อบอุ่น และลูกสาวเป็นเด็กดี

- **วาดรูปสิ่งที่เราคิดว่าเราเป็น และคนอื่นมองเราว่าเป็น...**

ผู้ป่วยร่วมกันวาดรูปภาพลงบนกระดาษ ซึ่งจะมีทั้งเป็นรูปบ้านอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น รายล้อมด้วยต้นไม้สวยงาม มีวัดและพระพุทธรูปสูงเสียดฟ้ามีความอบอุ่นให้หลายชีวิตได้พึ่งพิง มีรูปต้นกล้วยโลมาและปลาเล็กปลาน้อยในตาข่าย และรูปถึงขยะกับตลับแบ่งแต่งหน้า 3 สี (แดง เหลือง น้ำเงิน)

ซึ่งผู้ป่วยอธิบายว่าคนอื่นมองเป็นถึงขยะเพราะไร้ค่า แต่คิดว่าความอบอุ่นและเมตตาที่มีให้คนอื่นจะทำให้คนอื่นมองเห็นความดี และปล่อยพวกเขาจากกรงขังทางสังคม สู่อิสรภาพ และ

มิตรภาพ (แทนภาพปลาโลมา) และให้คนรอบข้างไม่ต้องคาดหวังอีกแล้ว เพราะมีตลับแป้ง แต่งหน้า 3 สี เป็นแม่สีอยู่ มีความสวยงามในตัวเอง

● คิดคำขวัญในกลุ่มของเราที่คิดอยากให้คนภายนอกรู้

ผู้ช่วยร่วมกันคิดคำขวัญของกลุ่ม โดยเริ่มจากการรวบรวมคำที่มีความสุข และคำที่ทำให้ ทุกข์

มีความสุขที่สุดคือ คำว่า “บ้าน”

ทุกข์ที่สุดที่คนอื่นมองว่า “บ้า”

และผู้ช่วยยังเสนอมุมมองว่า เพียงคำว่า “บ้า” เติม “น” เข้าไปพวกเขาจะได้กลับบ้าน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นผู้ช่วยที่อยู่ที่ไหนที่ไม่ใช่บ้านก็มีความสุขทั้งนั้น เพราะผู้ช่วยเองเห็นเพื่อนผู้ช่วยบางคนที่ถูกติ กแล้วไม่ต้องการมารับกลับต้องอยู่ไปอย่างเป็นทุกข์ จึงรวมกันเขียนว่า “ให้คนบ้ากลับบ้าน” ส่วนคำ ขวัญที่สอง เนื่องจากผู้ช่วยบอกว่า คนภายนอกมักจะมองผู้ช่วยทางจิตว่าไม่มีความสามารถเป็น คนไร้ค่าทำอะไรไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่ความจริงได้รับการยืนยันจากหมอ เพียงแต่ควบคุมบางอารมณ์ไม่ได้ แต่ IQ ไม่ได้ลดลง จึงอยากให้คนอื่นเข้าใจว่า “ถึงบ้าแต่ว่าไม่โง่”

ซึ่งผู้ช่วยเสนอว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่เรื่องน่าปิดบัง ผู้นำของบางประเทศก็เคยมีอาการทาง จิตมาก่อน อยากให้สังคมให้โอกาสเพราะพวกเขายังมีความคิดดี ๆ อีก และพูดถึงความรู้สึกให้ ผู้วิจัยฟังว่าจริงๆ แล้วไม่เดือนร้อนกับคำว่า “บ้า” บางที่ยังสนุกที่คนอื่นจะเรียกเล่น ๆ แต่ถ้ามาถู กมากัดกันสิทธิ มารังเกียจ จนทนไม่ได้อยากให้คนทั่วไปเข้าใจว่าทุกคนก็บ้าเหมือนกัน เพียงแต่จะ มากหรือน้อยและยังทิ้งท้ายว่า “อยู่ที่จำนวนถ้าคนบ้าเกินครึ่งหนึ่งของโลก คนปรกตินั้นแหละจะ กลายเป็นคนบ้า เพราะไม่เข้าพวก”

● ชีวิตนี้เป็นอย่างไร ก่อนมากับหลังมาอยู่แตกต่างกันหรือไม่

จากการสนทนากลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกัน ความรู้สึกแรกคือไม่อยากมา แม้ว่าเป็น ผู้ช่วยที่มาครั้งแรก หรือมารับบริการหลายครั้งแล้วก็ตาม เพราะคิดตรงกันว่าเพียงตนเองมีบัตร ผู้ช่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา หรือเดินเข้ามาคนอื่นก็ต้องคิดว่า “บ้า” แล้วพอเข้ามาเจอลูกกรง เจอ คนอยู่รวมกันเยอะๆ ก็อยากกลับทันที ช่วงวันแรกๆ ไม่มีใครทำใจได้ หงุดหงิด สำหรับผู้ช่วยใหม่ เช่นนุชนาฏ เพิ่งคลอดลูกออกมาร่างกายอ่อนแอ ก็รับไม่ค่อยได้ ไม่ยอมรับประทานอาหาร หมอ ให้ช็อตไฟฟ้า (ECT) ก็กลัวมากเพราะดูในทีวีว่าเป็นการลงโทษ แต่เมื่อทำแล้วปรากฏว่าช่วงแรก ปวดหัวอย่างหนัก แต่กลับเริ่มรับประทานอาหารได้ สำหรับคนอื่นรู้สึกที่ไม่มีอิสระไม่เหมาะกับที่นี่

ต่อมาหลังรับการรักษาด้วยยาและได้พูดคุยกับแพทย์ พยาบาลก็สบายใจขึ้นรู้สึกฝัน ๆ บ้างที่ต้องทำอะไรเป็นเวลา ต้องตื่นเช้าออกกำลังกายก็ไม่ชิน ช่วงหลังเริ่มชิน เริ่มสนุกกับกิจกรรม ได้รู้สึกว่าตนมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น และเห็นความเปลี่ยนแปลงของแต่ละคน ได้เห็นคนที่หายได้กลับบ้าน คนคลุ้มคลั่งมาใหม่ ได้นึกย้อนมองตัวเองเริ่มปลงตก และได้แลกเปลี่ยนคุยเล่นกับผู้ป่วยรายอื่น คุยกับพยาบาลกับจิตแพทย์ เป็นอีกประสบการณ์ของชีวิต เช่น “พอมานี่ใหม่ ๆ บางคนมีอาการทำร้ายร่างกาย คนอยู่มาก่อนรู้สึกสงขิกให้ระวัง พอเราอยู่มาก่อนก็สงขิกให้คนที่มาที่หลังบ้าง” จิโรจน์เล่าอย่างอารมณ์ดี “สวนยาเส้น (บุหรี่ยี่) เป็นข้อห้ามแต่บางที่มันไม่ไหวแล้ว แมงก็ใจอ่อน พวกแม่ ๆ นี่จะรู้ดีเขาเคยเห็นเราทรมาน ก็จะเอามาให้ไม่ยอมให้เราลำบาก ก็เรียนรู้ที่จะแบ่งเพื่อน ปลาตัวเดียวกันได้วันเดียว แบ่งเพื่อนกินได้หลายวัน” รุ่งโรจน์ให้ข้อมูลเพิ่ม และพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ฟื้นฟูจิตใจกันและกันได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นผู้ร่วมชะตากรรมเดียวกันสามารถเทียบเคียง (Identify) ตนเองเข้ากับปัญหาของผู้ป่วยรายอื่น โน้มน้าวใจให้เกิดอารมณ์ร่วมในการโน้มน้าวใจ เช่น จิโรจน์เล่าว่า “พวกเราใช้วาทศิลป์เหมือนกัน เช่น ตอนหนึ่งคนที่มันติดยาเหมือนผมมันไม่ยอมกินยาหมอ ผมเลยอาสาพยาบาลช่วยพูดบอก **กินยาบ้าทรมานกว่านี้ แรงกว่านี้อีกก็กินมาได้ กินยาหมอแค่นี้โอดครวญก็ติดมาเหมือน ๆ กัน** เนี่ยยาหมอดีกว่ากินเถอะ ปรากฏว่ามันก็กิน” ซึ่งปิยะฉัตรเองก็มีประสบการณ์คล้ายกันคือ เพื่อนไม่ยอมทานยาจึงบอกว่า “ทานยาก่อนเดี่ยวพยาบาลมีของดีให้ดู เพราะมนุษย์ทุกคนมีความอยากรู้ เขาก็เลยกินยา” และจากการพูดคุยเรื่องชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่รู้สึกละอายมากนักที่คนอื่นมองว่าบ้า แต่จะเป็นเรื่องเสียใจที่สุด ถ้าได้รับการดูถูกและไม่ยอมรับฟังที่จริงได้รับการยืนยันว่าสติปัญญาไม่ได้ลดลง เพียงบางอารมณ์ควบคุมตนเองไม่ได้ อยากรู้ให้สังคมยอมรับคือไม่แคร์กับการที่ถูกรู้ว่าเป็นคนบ้า แต่ขอให้อวดความสามารถก่อน ผู้ป่วยเองมีความรู้สึกสองอย่างคือ อย่างแรกด้านลบกับตนเองคือ ความผิดที่ป่วยความผิดในเรื่องจิตใจ แต่เมื่อพูดถึงจุดเด่นเป็นที่น่าสนใจว่า จุดเด่นของแต่ละคนนั้นตอบได้ดีทีเดียว เช่น ปิยะฉัตรนั้น อยากรู้เปิดร้านกาแฟริมทางก่อนเข้าไร่ตนเองให้คนมาชมสวน จิบกาแฟรองรับปีแห่งการท่องเที่ยวไทย จิโรจน์บอกว่าใช้ศิลปะในการดำเนินชีวิตและช่วยเหลือผู้อื่น ทศนีย์ บอกว่าตนเป็นคนที่มีความรัก อยากรู้ทำการค้าขายคิดว่าจะไปได้ดี และผู้ป่วยยังเสนอทัศนคติของตนเกี่ยวกับการบ้ำว่า ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในหอผู้ป่วยเอง ยังมีการล้อเลียนกันว่าบ้ำมีการให้คะแนนคนนี้บ้ำ 500% คนนี้บ้ำ 50% 10% และอวดกันเล่น ๆ ว่าตนเคยอยู่ที่ไหนมาบ้าง เช่น สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นต้น แต่ไม่มีใครดูถูกกันคำว่าบ้ำจึงไม่สามารถทำให้ใครเจ็บปวดได้ และผู้ป่วยยังเล่าว่าที่นี่มีการสร้างสังคมย่อย ๆ ขึ้นมีหัวหน้า มีคนเด่น คนดัง มีลูกน้อง เช่น จิโรจน์เล่าให้ฟังเรื่อง “ไฟโรจน์” ผู้ป่วยชายตัวเล็กชอบแสดงอำนาจ “ไม่มีวันไหนที่มันไม่ถูกขังเดี่ยว

มันถือเป็นความสำเร็จในชีวิตของมัน” ส่วนเรื่องการกลั่นแกล้งนั้นไม่มี หากมีการทะเลาะกัน พยาบาลจะเรียกมาเจรจาให้เข้าใจกัน บางคนทะเลาะกันจนกลายเป็นเพื่อนรัก ผู้ป่วยทิ้งท้ายว่า ชีวิตในโรงพยาบาล ถ้าสะดวกสบายกว่านี้อีกนิดหนึ่งก็เป็นสังคมในอุดมคติได้เหมือนกัน เพราะที่นี้มีแต่คนจริงใจไม่สวมหน้ากากเข้าหากัน ทุกคนมีดีและไม่ดี ยอมรับธาตุแท้ของกันและกันและช่วยเหลือกันได้

• หากได้เป็นหมอ เป็นพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ในความเป็นจริงได้รับการดูแลอย่างที่ต้องการหรือไม่

ความคิดจึงออกมาในรูป “นางฟ้าชุดขาว” (แพทย์ พยาบาล) เป็นผู้ดูแลรักษาให้หายป่วย ทุกคนพยายามที่จะกลับตัวใหม่ เพื่ออนาคตที่ดีขึ้น หากได้ออกไปแล้วจะขอให้ทุกคนยอมรับเขา รับกลับบ้านอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยร่วมกันคิดและเสนอคำที่เรียกที่มิจิตเวชว่า “นางฟ้าชุดขาว” เพราะเป็นผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยให้ได้กลับตัวใหม่ ให้มีอนาคตอีกครั้ง ผู้ป่วยพูดถึงความดีและความเอาใจใส่ของแพทย์และพยาบาลว่ามีอารมณ์ขัน ยิ้มเสมอ ใจดี พูดเพราะ ปิยะฉัตรกล่าวว่า “จริง ๆ เขาจะให้อาอย่างเดี๋ยวกี้ได้ แต่แม่ (พยาบาล) มาคอยดูแลด้วย มาพุง มาช่วยอาบน้ำ ถักเปียให้ รู้สึกอบอุ่นมาก” ทศนีย์เล่าว่าไม่เคยคิดว่าชีวิตในโรงพยาบาลเป็นอย่างนี้ ตอนนั้นรับไม่ได้กับการที่ผู้ป่วยบางคน ถ่ายอุจระเรียวด แต่พยาบาลไม่เคยรังเกียจและตานั้นยังเคยเห็นความสามารถของพยาบาลอีกอย่างคือ “ผู้ป่วยแรงเยอะมากวิ่งอย่างรวดเร็ว ข้ามกำแพงไปได้ พยาบาลวิ่งตามแต่ข้ามไม่ไหว ก็พยายามปีนกำแพงไปตาม หรือบางครั้งผู้ป่วยเป็นลมชัก พยาบาลก็นั่งอยู่ไกล ๆ ก็วิ่งมาเร็วมากเหมือนคอยมองดู ห่วงใยพวกเรายู่ตลอดเวลา”

โดยสรุปคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี แต่บางครั้งผู้บำบัดไม่มีเวลาผู้ป่วยก็เข้าใจว่าจำนวนผู้ป่วยเยอะกว่าความสามารถที่จะเข้าถึงทุกคนได้เท่ากัน และเมื่อผู้วิจัยถามว่าหากได้เป็นหมอเองนั้นจะทำอย่างไร ผู้ป่วยให้แง่คิดดังนี้

นุชนาฏ “อยากเป็นผู้ให้ความรักกับคนอื่นและคนอื่นก็มอบความรักให้กับเรา ถ้าได้เป็นหมอจะดูแลผู้ป่วยด้วยความรักเหมือนญาติ ซึ่งแม่ (พยาบาล) ก็ดูแลเราอย่างนี้”

ส่วนปิยะฉัตรนั้นเสนอว่า “ต้องเอาใจเขามาใส่ใจเรา เช่น เล่านิทานให้ฟังให้เพลิดเพลิน ตอนเข้าเย็นนั่งสมาธิ เข้าใกล้พุทธศาสนา และคุยกับผู้ป่วยบ่อย ๆ แบบพี่กับน้อง ให้อารมณ์ไม่ห่างไกล”

ส่วนคนอื่น ๆ เห็นตรงกันว่า จะใช้อารมณ์ขันจะเป็นหมอดีให้กำลังใจผู้ป่วยไม่บังคับ ชูเชิญ “ถ้าผู้ป่วยท้อแท้จะพยายามดึงความกดดันให้เขามองตนเองในแง่ดี เพราะตอนที่ร้องไห้อย่าง

หนัก พยาบาลก็ใช้วิธีนี้พูดจนเราดีขึ้น” ทศนีย์กล่าวเสริม สรุปว่าผู้ป่วยมีจินตนาการทางบวกต่อโรงพยาบาล เพราะได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี

จากการสนทนากลุ่มพบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวช กับชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวและสังคมแสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) ได้ให้ความสำคัญกับความอบอุ่นในครอบครัว และการดูแลเอาใจใส่และรักษาจนปกติจากโรงพยาบาล ทำให้สังคมยอมรับ ซึ่งความคิดสร้างสรรค์ของผู้ป่วยที่แสดงจินตสภาวะมีความใกล้เคียงกัน แม้ผู้ป่วยแต่ละคนมีอาการ และสาเหตุของความเจ็บป่วยต่างกัน แต่มีความรู้สึกเผชิญชะตากรรมเดียวกัน และมีความหวังเดียวกันคือ หายป่วย และกลับไปอยู่กับครอบครัวที่อบอุ่นได้รับการยอมรับจากสังคม จากบทสนทนาในภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว สังคม ที่แสดงออกมาจึงมีความเชื่อมโยงกัน มีเหตุผลของเค้าโครงเรื่อง (Plot line) ที่ใกล้เคียงกัน คือ ตัวเอกคือคนที่คอยช่วยเหลือ คือ พ่อ แม่ ญาติ ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยค่อนข้างคิดถึงตัวเองในแง่ลบ เพราะรู้สึกผิดและด้อย เพราะความป่วยและจาก Major concept ทั้งหมดเกี่ยวข้องกับความหมายเชิงอุปมาที่ผู้ป่วยตั้งคำขวัญเฉพาะกลุ่มว่า ให้คน “บ้า” กลับ “บ้าน” และถึงจะ “บ้า” “แต่ทำไมโง่” นั่นสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการการยอมรับ และต้องการกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาอีกประการหนึ่งหลังจากที่ทำการศึกษการสื่อสารเพื่อการบำบัดของทีมนจิตเวชแล้ว คือการสื่อสารในครอบครัวและการฟื้นฟูสัมพันธภาพที่บิดเบือนไปในครอบครัวของผู้ป่วยที่เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดีขึ้นสามารถปรับตัวกับสมาชิกในครอบครัวได้ ตลอดจนศึกษาปัญหาการสื่อสารของแต่ละครอบครัวที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจอีกด้วย

จากผลการศึกษาภาพรวมที่เป็นปัญหาและการแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ศึกษาบรรยากาศ สัมพันธภาพ และกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย โดยรายงานผลการศึกษาตามกรณีผู้ป่วยแต่ละรายดังนี้

รุ่งโรจน์

การเข้าเยี่ยมรุ่งโรจน์ 3 ครั้ง พบว่าครั้งแรก

ช่วยแม่ทำงานได้ เช่น ล้างมะพร้าว ขายของ แม่ต้องกระตุ้นเตือนบ้าง ผู้วิจัยบอกญาติว่า รุ่งโรจน์สามารถเขียนแผนที่และบอกทางแก่ผู้วิจัยได้อย่างถูกต้อง แม่ของผู้ป่วยมีท่าทีประหลาดใจ และไม่เชื่อว่าลูกจะทำได้ เมื่อผู้วิจัยนำลายมือที่ผู้ป่วยวาดแผนที่ให้แม่ผู้ป่วยดูปรากฏว่าคนในครอบครัวพากันชมเชยผู้ป่วย ซึ่งไม่คิดว่าลูกที่มีอาการป่วยทางจิตจะทำได้ ผู้วิจัยอธิบายอาการผู้ป่วย และแนะนำการให้กำลังใจทางบวก สังเกต และบันทึกผล ครั้งแรกพบว่าครอบครัวขาดการยอมรับนับถือหรือให้กำลังใจผู้ป่วย บอกว่าผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลมาหลายครั้งเป็นเรื่องเคยชินของครอบครัว การพูดส่วนใหญ่บอกอยากให้รุ่งโรจน์หายจะหาแฟนให้ เพราะเป็นลูกชายคนเดียว

การพบครั้งที่ 2

รุ่งโรจน์เก็บตัวอย่างมาก มักจะเปิดเพลงฟังดัง ๆ คนเดียวมีอาการต้องการยาอีก พ่อกับแม่ไม่มีเวลาเพราะต้องขายของ ช่วงอาทิตย์ที่แล้วครอบครัวพารุ่งโรจน์ไปเที่ยวทะเล เพื่อให้รุ่งโรจน์พบปะผู้คน ซึ่งผู้ป่วยตอบสนองดี การพูดของแม่มักจะถามเรื่องเสพยาเสมอ ทำนองตำหนิติเตียน ตอนนี้รุ่งโรจน์ไม่ได้ทำงานเพราะตื่นสาย ผู้วิจัยแนะนำให้ทำงานร้านปลากับพี่สาวจะเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ ผู้วิจัยได้พารุ่งโรจน์และญาติไปทานอาหารข้างนอก เพื่อสังเกตพฤติกรรมและการสื่อสาร ผู้วิจัยพาไปทาน KFC ที่ร้านใกล้เคียงพร้อมญาติผู้ป่วย (น้องสาว) ผู้วิจัยเลี้ยงอาหารและนั่งตรงข้ามรุ่งโรจน์ตลอดเวลารับประทานอาหาร รุ่งโรจน์จะฟังวิทยุเสียงดังมาก แต่สามารถคุยกับทุกคนได้ บางครั้งยิ้ม หัวเราะคนเดียว น้องสาวพยายามชวนคุย ได้ตอบได้ คุยเรื่องเพลงมังกรหยกภาคแรก น้องบอกตอนนี้ตนเรียนอยู่มหาวิทยาลัย ที่มีชื่อเสียงไม่กล้าบอกเพื่อนหรือพาพี่ไปเที่ยวแบบวัยรุ่น ยอมรับว่าพี่เคยเป็นคนโปรดของบ้านแต่ตอนนี้ต้องพาส่ง โรงพยาบาลจนชินเร็ว ๆ นี้เขาสนิทกับผู้หญิงคนหนึ่งครอบครัวก็ยอมรับได้ แม่พาไปทะเลกันให้อยู่ที่บ้านด้วยพอมาดูดี ๆ รู้สึกว่าผู้หญิงคนนี้แปลก ๆ นอกจากพูดไม่คิดแล้วยังคุมการพูดไม่ได้ นึกจะพูดกับผู้ชายคนไหนอย่างไร จะจับแขนเขาอย่างไรก็ได้ เมื่อครอบครัวรุ่งโรจน์สืบดูปรากฏความจริงว่าผู้หญิงคนนี้ไม่ค่อยปกติจึงรีบแยกออกจากกัน ผู้วิจัยถามว่าบอกรุ่งโรจน์ก่อนหรือไม่ น้องสาวตอบว่า ช่วงคบกันยอมรับว่าเขามีความสุข แต่เขาป่วยคนเดียวพอแล้ว ครอบครัวจะดูแลเขาตลอดชีวิตไม่ได้ ต้องหาคนมาดูแลมาเป็นเพื่อน เห็นผู้หญิงคนนี้คุยกันดีจริง ๆ ผู้หญิงเขาคุยเก่งทำให้รุ่งโรจน์ไม่เก็บตัวพูดคุยมากขึ้น แต่ รุ่งโรจน์เป็นคนไม่ทันคน และยังป่วยดูแลผู้หญิงคนนี้แรงเกินไปสำหรับเขา เพราะถ้าเขาเสียใจคงรับไม่ได้ นี่เป็นหนักเพราะอกหักจากคราวที่แล้ว น้องสาวให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพื่อนหญิงของรุ่งโรจน์ จากการสังเกตโดยส่วนตัวรุ่งโรจน์สามารถปรับตัวกับสิ่งภายนอกได้ดี จำ

ทางในห้างสรรพสินค้าได้ เมื่อผู้วิจัย (ซึ่งเป็นผู้หญิง) ออกค่าอาหารแล้ว ออกมาจากห้าง ผู้ป่วยยื่นเงินให้พร้อมกับพูดว่า “เป็นผู้หญิงออกให้ผู้ชายไม่ได้หรอก” แสดงการเรียนรู้การปฏิบัติต่อสังคมได้จากความเคยชินและไม่คาดหวัง การที่ครอบครัวบวกกับความเชื่อที่ว่ายังงี้ก็คงต้องกลับไปป่วยอีก ทำให้ขาดการสื่อสารที่ดีต่อกันในครอบครัวและมารดาผู้ป่วยคุยกับผู้วิจัยว่าหากมีอาการจะติดต่อ ผู้วิจัยให้มารับได้หรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยซึมลงอย่างเห็นได้ชัด ผู้วิจัยอธิบายว่าเป็นนิสัยมาศึกษาไม่สามารถทำได้ และนี่ก็คือตัวอย่างจากการสนทนาของรุ่งโรจน์และมารดา

แม่ : ข้าวปลาไม่ยอมทานโทรมอย่างนี้ต้องไปกินยาอีกแน่ ๆ

รุ่งโรจน์ : เปล่า

แม่ : แล้วทำไมไม่ทานข้าว ยาก็ไม่ทานอย่างนี้ต้องกลับไปอยู่โรงพยาบาลอีกให้หมอเขาคูมน่าจะดี

รุ่งโรจน์ : ไม่อยากไป

แม่ : ไม่อยากไปก็ต้องทานข้าว ทานยา เนี่ยไม่ยอมทาน ขอเงินไปซื้อแป๊ปซี่ จริง ๆ แล้วไปซื้อยาแน่ ๆ

รุ่งโรจน์ : ไม่ได้ซื้อ

แม่ : โทหกเดียวให้พี่เขา (ผู้วิจัย) พาไปโรงพยาบาลดีกว่า แม่ดูไม่ได้แล้วเอาไม่ไหว ก็ชอบเปิดดั่ง ๆ ฟังเพลงทั้งวัน ๆ ไม่ยอมทำอะไรบอกให้ไปช่วยพี่เขาชายปลาก็ตื่นไม่เคยทัน

รุ่งโรจน์ : เดี่ยวไป

แม่ : ดีจะได้ไปเจออะไรบ้าง แม่อยากให้เราหยนะไปทำงาน ทำงานถึงได้เงินไม่ทำงานก็ไม่ได้เงิน แล้วหยนะเลิกซะ ดิทยาแล้วผู้หญิงที่ไหนจะมาชอบ ผอมกะหร่องอย่างนี้ ไม่มีใครอยากเอาเป็นแฟนหรอก

การสนทนาจะเป็นแบบบ่นและจับผิด ลักษณะการสื่อสารแสดงความไม่ไว้วางใจ

ปรีชา

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยเป็นผู้นำไปส่งบ้าน ตลอดทางกลับจากโรงพยาบาล ปรีชาเล่าเรื่อง บิดาให้ฟังตลอด เช่น เคยไปเที่ยวที่ไหนกับพ่อมาบ้างชอบไปฟาร์มวัวของพี่สาวที่ราชบุรีสมัยก่อนเที่ยวบ่อย ตอนนี้อยู่กับแม่คนเดียวไม่มีเวลาพาไปไหนเลย พอแม่พาไปห้างซีคอน จะดีใจมากจะซื้อเพลงมาฟัง VCD มาเปิด บอกว่าอยากให้แม่พาไปเหมือนสมัยพ่อยังมีชีวิตอยู่ และผู้ป่วยยังเล่าถึงสมาชิกครอบครัวคนอื่น และน้องสาวที่เสพยาบ้าจนผูกคอตายทำให้แม่ไม่ยอมให้ปรีชา

อยู่คนเดียว คอยดูแลตลอดจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ปรีชาซึ่งอายุ 50 แต่แสดงพฤติกรรมคล้ายเด็ก เช่น ให้แม่เข็ดปากให้เมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ทานอาหารไม่เรียบร้อย นอกจากนี้ในเรื่องความสนิทสนมกับแม่มีมาก เพราะสามารถคุยเล่นและเล่าเรื่องต่าง ๆ เช่น “เมื่อคืนก่อนกลับที่โรงพยาบาลสนุกมากหมอเขาย้ายขึ้นไปชั้นสองเพื่อนเยอะแยะเลย คุยกันทุกคน คุยเล่นกันทุกคน” เมื่อผู้ป่วยมาส่งถึงตลาด ปรีชาไขกระจงรถลงทักทายเพื่อน พบว่าทั้งตลาดรู้จักปรีชาอย่างดี “อ้าว ปรีชากลับบ้านแล้วหรือ” “อือพีหมอมาส่ง” (ช่วงแรกของการเก็บข้อมูล ปรีชาจะเรียกผู้วิจัยว่า พี่ตาล เมื่อสร้างสัมพันธภาพในระยะหนึ่ง ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ชีวิตผู้ป่วยจึงถ่ายโอนความคิดว่าคนที่ปรึกษาได้คือหมอ (Transfer) จึงรวมเรียกผู้วิจัยว่า พี่หมอ ซึ่งคำว่าพี่ไม่ได้เรียกตามอายุ แต่เรียกตามบุคคลที่ฟังฟังได้ให้มีสถานะทางวัยวุฒิเหนือกว่าตนเอง) ผู้วิจัยมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ๆ อวดรูปพ่อให้ดู ปรีชาอยู่บ้านเช่าค่อนข้างแออัดเป็นห้องขนาด 3x5 เมตร มีห้องน้ำ และห้องครัวเล็ก ๆ และหน้าต่างเล็ก ๆ 1 บานที่ปิดไว้ ผู้วิจัยถามว่าทำไมไม่เปิด ปรีชาบอกว่ามีคนชอบมากรีดมุ้งลวด แล้วขโมยของ ผู้วิจัยบอกให้ย้ายของมีค่าให้ห่างจากหน้าต่าง แล้วเปิดหน้าต่างไว้ เพราะไม่มีอากาศหายใจจากนั้น แม่บอกปรีชาไปซื้อน้ำ

- แม่ : ซื้อได้กนะอย่าซื้อกระทิงแดง
- ปรีชา : อือ ย้าหลายครั้งแล้ว อยู่บนรถก็ย้า ย้ามาก ๆ เนี่ยะเลยอยากกินเลย
- แม่ : ถ้ากินแม่ส่งกลับเลยนะ หมอรออยู่แล้ว นีดูซิยังสูบบุหรี่ด้วย แล้วก็หอบหายใจฟืดฟาด
- ปรีชา : มันอูดอู้ มันเหงานะพีหมอม แม่ตื่นตี 4 พาไปขายเนื้อในตลาดกลับมาทำละหมาด แล้วต้องรีบนอน นอนหัววันเลยมันก็นอนไม่หลับ
- แม่ : ที่ไม่หลับเพราะกินกระทิงแดงนะซี
- ปรีชา : ก็มันเหงาก็อูดบุนหรือบ้าง

ผู้วิจัยแนะนำให้พากันออกมาเที่ยวข้างนอกบ้าง แม่รับปาก ปรีชาดีใจมาก แม่ขอซื้อแม่คือต้องลดบุหรืกับกระทิงแดง ปรีชารับปากและแม่ปรีชาบอกกับผู้วิจัยว่าเป็นห่วงเขากลับแม่ตายแล้วใครจะดูแลเขา ผู้วิจัยแนะนำว่าลองให้ผู้ป่วยรับผิดชอบดูแลตนเองบ้าง แม่ทำท่าคิดและบอกว่าจะลองปล่อยให้ปรีชาดูแลร้านขายเนื้อเองบ้าง ส่วนแม่จะคอยดูอยู่ห่าง ๆ ก่อนกลับแม่ของปรีชาให้เนื้ออย่างดีกลับบ้านอีกด้วย

การมาเยี่ยมครั้งที่สอง ผู้วิจัยได้รับการต้อนรับจากชาวบ้านร้านตลาดเป็นอย่างดีมีของฝากมากมาย ชาวบ้านทุกคนเรียกผู้วิจัยว่าหมอ ผู้วิจัยอธิบายว่าไม่ใช่หมอเป็นนักศึกษาปริญญาโท

ทางนิเทศศาสตร์ ปรากฏว่าที่ชาวบ้านเรียกว่าหมอมเพราะผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก แม่ของปรีชาก็บอกว่าเขาไม่ค่อยหายใจพืดฟาด ผู้วิจัยอธิบายว่าเป็นคนบอกให้เปิดหน้าต่างออกเพราะอากาศจะถ่ายเทหายใจจะได้สะดวก และสุขภาพจิตดีขึ้นเป็นหลักโดยทั่วไปไม่ใช่วิชาแพทย์ และที่ปรีชารับประทานยาเองได้ เพราะความตั้งใจรับการรักษาเองและมีแม่เป็นกำลังใจสำคัญ การมาเยี่ยมครั้งนี้ผู้วิจัยพาปรีชาและแม่ไปเที่ยวสวนนก ช้างๆ นิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง ปรีชาสีหน้าสดชื่น แม่ปรีชาก็แจ่มใส ผู้วิจัยตัดตอนจากการสนทนาส่วนหนึ่งดังนี้

- แม่ : ลูกอาการดีขึ้น ดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนกว่าทุกครั้งที้ออกจากโรงพยาบาล เมื่อก่อนทำใจเพราะหมอบอกโรคนี้รักษาไม่ได้ นี่ดีขึ้นมาก แม่อยากให้เลิกไปเลยเลิกกระทิงแดง เลิกบุหรี่ไปเลยจะได้หายได้มัยแล้วแม่จะซื้อรถให้หาผู้หญิงแต่งงานให้
- ปรีชา : แม่จะหาเมียให้หรือ
- แม่ : อือ
- ปรีชา : แล้วเขาจะเอาหรือ
- แม่ : เอาซิถ้าเราเป็นคนดี แม่เองก็ไม่เคยดูเคยว่าเลย ตามใจมาตลอดชีวิต 50 ปีเนี่ยะต่อไปนี่ตามใจแม่บ้างนะเชื่อฟังแม่นะเลิกซะ
- ปรีชา : อือ...แล้วจะเลิกแล้วกัน
- แม่ : ถ้าไม่เลิกก็ไม่รู้ยังงี้แล้วคงต้องส่งไปอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต เพราะเข้าๆ ออกๆ มา 13 ครั้งแล้ว แม่เหนื่อยเหลือเกินที่จะไป ๆ มา ๆ
- ปรีชา : ก็เลิก ๆ แน่ ๆ แล้วพี่หมอมเขาก็ดูออกถ้าไม่เลิก

จากบทสนทนาจะเห็นว่า แม่แสดงความคาดหวังและต้องการสื่อให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดโดยใช้แรงจูงใจต่าง ๆ เช่น จุดจูงใจโดยให้รางวัล ใช้ความกลัวในการจูงใจและใช้การขอร้องอย่างตรงไปตรงมา “แม่ตามใจมา 50 ปี ต่อไปนี้ตามใจแม่บ้าง” เป็นการพูดถึงบุญคุณให้ผู้ป่วยชุกคิด การสื่อสาร ทางบวกและกลยุทธ์ที่ใช้ค่อนข้างเหมาะสมคือ บอกความคิด ความต้องการ ความรู้สึกได้อย่างไม่คลุมเครือ และมีการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ยังคงขาดการยอมรับในตัวผู้ป่วย คือไม่สามารถสะท้อนความคิด ความเข้าใจในความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วยได้มากพอ การพูดจึงเป็นการสื่อสารความคิดฝ่ายเดียว แม้ทั้งคู่จะเป็นแม่ลูกที่สนิทกันมาก แต่ก็ยังไม่สามารถให้คำปรึกษาแก่กันและกันได้ การสื่อสารทางลบพบว่ามี การ บ่น กล่าวหา และตำหนิติเตียน

การเยี่ยมครั้งที่ 3 น้องของปรีชาแต่งงาน ผู้วิจัยมีโอกาสเข้าร่วมพิธีในศาสนาอิสลาม แม่ปรีชาเชิญมาเนื่องจากบอกญาติ ๆ ว่านี่คือหมอที่รักษาหายหลังจากเข้ามา 13 ครั้ง ญาติ ๆ เลย

ฝากลูกมารักษาเกือบทั้งงาน ปรากฏว่าญาติปรีชาที่อยู่แถวพื้นที่ลาดกระบัง หนองจอกติดตาสารเสพติดประเภทยาบ้าจนมีอาการทางจิต ผู้วิจัยจึงทราบว่าคุณภาพแวดล้อมที่ทำให้ยาบ้าเป็นของหาง่าย มีผลต่อการรักษาและหยุดยา ในกรณีของปรีชาหยุดได้มาหลายปีแล้ว แต่ยังคงมีอาการ “สมองขาดยา” คือ หาสิ่งกระตุ้นทดแทนต่อไป ผู้วิจัยอธิบายว่าไม่ใช่หมอบเป็นครั้งที่ 3 และบอกความจริงว่าที่ปรีชาหาย เพราะมีกำลังใจดี มีงานอดิเรกทำ หาเงินเองได้ ทำตัวเองให้มีคุณค่า ใช้เวลาเป็นประโยชน์ทุกวัน และทำให้ร่างกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี ก็หยุดเสพยาต่าง ๆ ได้ ขณะเริ่มงานปรีชาแอบไปสูบบุหรี่ ผู้วิจัยกับญาติ ๆ ปรีชามาพบ ผู้ป่วยทำท่าทางกลัวถูกดู รึบทิ้งบุหรี่ปอกว่านี่มวนที่ 3 แม่ไม่ดูแต่บอกดีแล้วที่ลดลงมาและบอกผู้วิจัยว่าเดี๋ยวนี้เขาสูบน้อยลงจริง ๆ เมื่อก่อนสูบจนเนื้อที่ชายติดกลิ่นบุหรี่ (พูดถึงในข้อดี และบอกความจริงเพื่อเป็นแรงเสริมทางบวก) และผู้วิจัยสังเกตว่าการมาพบครั้งนี้ปรีชาสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างดี และมีความสุขรวมทั้งสามารถทำงานขายเนื้อได้เองเก็บเงินเอง โดยไม่ต้องมีแม่คอยเฝ้าอีกด้วย การมาเยี่ยมของผู้วิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินครั้งสุดท้ายก่อนทำการอบรม

จิโรจน์

จากการเยี่ยมที่บ้าน 3 ครั้ง พบดังนี้

พบว่าช่วงแรก จิโรจน์ยังมีอาการฟุ้งซ่าน หงุดหงิด ก้าวร้าวใส่พี่สาวอยู่เนื่องจากพี่สาวทำตามคำแนะนำของจิตแพทย์ โดยการลดเงินเดือนลง เมื่อพี่สาวพยายามอธิบายถึงความจำเป็น ผู้ป่วยจึงยอมฟังและแสดงความรู้สึกน้อยใจที่พี่สาวไม่ไว้ใจตน จากการพูดคุยบอกว่ารู้สึกสบายใจและมีระเบียบขึ้น มีความสุขที่ได้อยู่กับครอบครัว และพ่อ แม่ไม่ตำหนิอะไร จะเริ่มวาดภาพส่งให้อาเจ็กนำไปใช้ในโรงพิมพ์ และออกแบบปกหนังสือ สำหรับพี่สาวมีความต้องการอยากให้ผู้ป่วยทำงานอย่างอื่นที่เป็นวิชาชีพกว่านี้

ตัวอย่างบทสนทนาของพี่สาวและจิโรจน์

พี่สาว : อยู่บ้านต้องรู้จักดูแลตัวเอง

จิโรจน์ : ดูแลตัวเองได้

พี่สาว : ทานยาละ

จิโรจน์ : ทานเองและจะทานให้ตรงเวลา

พี่สาว : แล้วที่ตอนกลางคืนไม่นอน

จิโรจน์ : ไม่ง่วง

- พี่สาว : ก็ต้องบอกหมดแล้วกลับมาคราวนี้ อยากให้ปกติหน่อยบ้านจะระบายสีที่หลังไม่เป็นไร แต่เอาของนากลับไว้หน้าบ้านมันไม่ถูก รูปในหลวงไม่ควรเอาไว้ตรงรั้ว
- จิโรจน์ : มันเป็นงานศิลปะ “Art for man sake”
- พี่สาว : มันไม่ใช่วิชาชีพ ต่อไปเราต้องทำงานที่หาเลี้ยงตัวเองได้
- จิโรจน์ : วาดภาพก็หาเลี้ยงได้ อาเจ็กก็ให้ 5,000 มันเป็นเงินกงสุลอยู่แล้ว
- พี่สาว : หมอบอกให้พี่จำกัดเงินเดือน เพื่อป้องกันการมีเงินแล้วกลับไปใช้จ่ายอีก เพื่ออยากให้เราหายชะงะที่ยังไงก็น้องพี่เป็นลูกชายคนเดียวของบ้าน ป้า ม้า จะได้ดีใจ
- จิโรจน์ : รู้แล้ว จะทานยา
- พี่สาว : แล้วอย่าเอาเงินไปซื้อยาบ้าอีกนะ
- จิโรจน์ : อ้อ..อ้อม
- พี่สาว : คราวที่แล้วก็พูดแบบนี้ ปกติรักษากันก็เอาเข้าห้องพิเศษ ตอนนี้อยู่ห้องอนาถาจะได้สำนึก
- จิโรจน์ : มันอยู่ที่คน เขาเป็นว่าจะทานยาให้ตรงเวลา แต่ขอทำงาน ART ต่อไป
- การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พบจิโรจน์และบิดา จิโรจน์เล่าว่า
- ตอนนี้เป็นศิลปินขายของอยู่คลองหลอด ขายภาพวาดตัวเองและขายทุกอย่างใครอยากซื้ออะไรซื้อ ชอบที่นั่นมาก พ่อจิโรจน์กล่าวเสริมว่าเพื่อนคนที่ไปยื่นบนอนุสาวรีย์ป่าของลงมาที่ลงขาว โดนตำรวจจับคือเพื่อนของจิโรจน์มารู้จักกันที่คลองหลอด พ่อเลยกลัวไม่อยากให้ไปอีก พ่อจิโรจน์กล่าวว่านี่ก็พอปล่อย ๆ รู้สึกจะมีหัวการค้าด้วยเอาของเก่า ๆ ไปขาย รู้สึกจะมีทีวีพ่อด้วย พ่อเลยเอาตำรวจเอาเข้าคุกเลย แล้วให้พี่สาวเขามาประกันตัวเอง ดัดนิสัยต้องลงโทษกันบ้าง คุณรู้เรื่องก็ดีเชื่อว่าอะไรที่ทำเป็นบ่อย ๆ จะกลายเป็นนิสัยแล้วเที่ยวบอกใครต่อใครว่าบ้านี่มันมีสติพอจะหยิบของแพง ๆ นี่ไม่บ้าแล้ว แต่นิสัยไม่ดีต้องส่งไปดัดนิสัย เขาวาดภาพอยู่ก็ชื่นชมแต่ไม่อยากแสดงออก มันขยันวาดภาพที่บ้าน กลัวทินเนอร์ที่นั่นมันสูบบุหรี่ด้วยจะลามไปวาดวาย ข้างล่างก็เปิดน้ำทิ้งไว้ให้มันท่วมบ้าน เป็น Concept ปาชาชน้ำอะไรนั่นรับได้พอไม่ว่า แต่เนี่ยะเดี๋ยวสิ้นลมหัวแตก สายไฟอีก ไม่ฟังต้องด่าแล้วพูดไม่รู้เรื่อง แล้วเอารูปในหลวงไว้หน้าบ้านตรงแป้นบาทที่เป็นถึงชยะกับโฟมมันไม่สมควร ยิ่งกับการจัดวางมันก็ทะเลาะกันตอนนี้ พ่อใช้ไม้แข็งเลยจะหลุดโลกพอไม่ว่า แต่ต้องเหมาะสมไม่สร้างความเดือดร้อนให้ตนเองและผู้อื่น แค่นี้เองจิโรจน์ที่พ่ออยากให้ทำ จิโรจน์เถียงว่ามันคือการจัดวางซึ่งเขากล่าวว่าการที่เขาเอาไก่ นำปลามาเลี้ยงมันมีความสุขมันลงตัว แต่เพราะพ่อไม่เข้าใจ ซึ่งจิโรจน์กล่าวว่าเขาต่อสายไฟเองอย่างระมัดระวังและบอกว่า เรื่องไฟเขาไม่ใช่คนชู้ คนชู้ทำงาน Art ไม่ได้ (ชี้ให้ดูใบไม้) และถามว่ามีหล่นซักใบมั้ย เพราะเขาตื่นมา

เก็บทุกที 5 “บ้านผมสะอาดเนียบแล้วพ่อจะเอาอะไรอีก” จิโรจน์พูดด้วยน้ำเสียงแสดงความไม่พอใจ

สำหรับกรณีจิโรจน์นี้ญาติมีกลยุทธ์โดยรวมในการสื่อสารที่ดีเช่น แสดงออกถึงความห่วงใย ให้การดูแลระดับประคอง โดยไม่ยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป เมื่อผู้ป่วยเรียกร้องสูง สามารถโอนอ่อนผ่อนตามในบางเรื่องได้ เจรจาต่อรองได้ แต่มีการบ่นการวิพากษ์วิจารณ์ โดยใช้น้ำเสียงแสดงความไม่พอใจในตัวผู้ป่วย อย่างไม่สื่อความหมายให้ตรงประเด็นที่ต้องการให้ผู้ป่วยปรับตัว ไม่บอกว่ายากให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนตรงไหนเป็นการพูดไปเรื่อย ๆ และพบการเปรียบเทียบเช่น ดูลูกชายบ้านโน้นสิ เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว โมโหกลับไม่สามารถพูด สร้างความศรัทธาได้ เพราะน้ำเสียงกลายเป็นถกเถียงผู้ป่วยและต้องแพ้ทุกครั้ง เพราะจิโรจน์ไว้วางเสียงดังกว่า ที่สำคัญคือ บิดาของจิโรจน์มีความชื่นชมในตัวลูกแต่ไม่ค่อยพูดให้กำลังใจ กลายเป็น Negative Reinforcement แทน Positive Reinforcement ซึ่งควรจะมีมาก ๆ เพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย

นุชนาฏ

หลังจากกลับจากโรงพยาบาล นุชนาฏอยู่กับน้องสาวที่ราชบุรีและยังคงทำงานตามเดิม โดยมีน้องสาวคอยดูแลลูกให้ ผู้วิจัยนำของใช้ของเด็กมาเยี่ยม นุชนาฏซึ่งดูเครียด ๆ บ่นว่าเพื่อนที่ทำงานถามทำไมเดินตัวแข็ง พูดเนือย ๆ ตาลอย ๆ กิณยานี้แล้ววงตลอด เธออายุเพื่อนที่ทำงานอายุคนข้างบ้าน น้องสาวนุชนาฏให้กำลังใจว่า อย่าไปสนใจไปกังวลให้ดูแลลูกดีกว่า นุชนาฏถามน้องสาวว่าสามีมาหาลูกหรือไม่

น้องสาว : เขาคงยังเป็นห่วงอยู่ แต่ยังไม่มาได้

นุชนาฏนั่งร้องไห้

นุชนาฏ : ฉันผิดเองเขาอยู่ก็ไม่ดูแลเขา เขาทิ้งไปก็สมควร

น้องสาว : เออ.. คิดมากน่าฉันว่าลูกมันก็เลี้ยงง่ายไม่ค่อยร้อง

นุชนาฏ : แม่บอกให้พาหลานไปเยี่ยมที่บ้านต่างจังหวัด แม่บอกจะพาไปรักษาที่สวนปรง เชียงใหม่

บ้านของนุชนาฏเป็นบ้านไม้ชั้นล่างชายของอำเภอในตัวเมืองใกล้ ๆ ตลาด มีผู้คนผ่านไปมาค่อนข้างมาก และแวะเข้ามาถามบ่อย ๆ ว่านุชนาฏไปไหนมา บ้างก็แวะเข้ามาเล่นกับลูกนุชนาฏหรือพูดคุยขณะซื้อของกับน้องสาว นุชนาฏเองกลับไม่รู้สึกละอายใจพูดคุยกับใคร บ่นเหนื่อยวัน ๆ อยากนอนแต่นอนไม่เคยหลับ

การมาเยี่ยมครั้งที่ 2 นุชนาฏมีอาการดีขึ้น แต่ยังคงกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นและบอกว่ายาทั้งหมดโรงพยาบาลให้ไม่มีให้เบิกในโรงพยาบาลแถวนี้ ทำให้ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลศรีรัษฎาทุกเดือน ผู้วิจัยจึงนัดพบนุชนาฏที่โรงพยาบาลศรีรัษฎา ได้สังเกตการพูดคุยของน้องสาวและนุชนาฏดังนี้

นุชนาฏ : วันนี้เลยต้องหยุดขายของอีกวัน ลูกก็ฝากเขาเลี้ยงไม่รู้เป็นไรบ้างไม่ค่อยได้ดูแลมันเลย

น้องสาว : เรื่องลูกฉันก็ช่วยดูแลให้อยู่แล้วไง พี่ก็ทำงานไป ยาหมอก็จะปรับให้ อย่าหยุด พี่เขาก็บอกไม่ใช่เหรอว่ามันเหมือนยาแก้หวัดกินแล้วง่วงนอน พี่บอกพี่ตี๋ม (หัวหน้าที่ทำงาน) ไม่ได้เหรอ

นุชนาฏ : มันไม่เหมือนนะมันเพี้ยน หัวมันตื้อ ๆ ลิ่นมันแข็ง ๆ และจุกมาก ถ้าจะขอเลิกยาก่อนสักพักนึงจะได้มั๊ยเนี่ยะ

น้องสาว : พยาบาลกำชับอย่างดีว่าห้ามเลิก พี่เขาก็บอกถ้าพี่ดีก็ทำตามใจแล้วกัน ฉันมีปัญญาช่วยแค่นี้ ถ้ามีอะไรก็ส่งอนามัยแล้วกัน เขา (สามี) จะได้สมน้ำหน้าให้ โดนทิ้งแล้วจะเป็นบ้าเลย พี่ทำอย่างนี้ แม่คงสบายใจดีนะทำร้ายตัวเองไม่พอ ยังทำร้ายหลานอีก พี่คุณนะ (บอกผู้วิจัย) วัน ๆ เหนื่อยเพราะอะไร เหนื่อยเพราะโทรตามหามัน (สามี) ที่บ้านเพื่อน คนอย่างนั้นเลิกนะดีแล้วลูกโตขึ้นมารู้อย่างเสียใจ พ่อก็ไม่อยู่ แม่อีกไม่มีทุกวันนี้ที่ตลาดเขาก็ถามฉันว่าพี่ไปไหน

นุชนาฏ : ฉันก็ไม่ได้โทรหาเขาทุกวันหรอก ก็ลองดูอยากให้เขามาตั้งชื่อลูกมารับรู้ มาช่วยเหลือบ้าง อยากให้เขารู้ว่าฉันทุกข์ ฉันเกือบตายเพราะเขา

น้องสาว : แล้วมันได้อะไร

นุชนาฏ : ที่ฉันบอกนี่เพราะร่างกายที่มันเพี้ยน ฉะเฉย ๆ แต่วันนี้ก็เห็นฉันไม่ได้ร้องจะตายเหมือนก่อน

น้องสาว : ก็ดีแล้ว เพราะฉันและคนอื่นก็เหนื่อย พี่น่าจะรักลูกให้มากกว่านี้ ถ้าพี่เป็นมากขึ้นคงบ้าถาวรแน่ ๆ

ปัญหา คือ นุชนาฏกังวลมากในเรื่องคนอื่นจะนินทาและยังคงใช้เวลาส่วนหนึ่ง ตามหาสามีจนไม่มีเวลาดูแลลูก มีอาการตัวแข็งจากยา และยังคงเศร้าในเรื่องที่เกิดขึ้นจนนอนไม่หลับ และคิดจะหยุดยาเอง น้องสาวต้องหาวิธีให้ทานยานายาผสมอาหาร หรือพยายามส่งลูกไปให้อุ้มพาออกไปซื้อของเข้าร้านไม่ค่อยอยากให้อยู่บ้านคนเดียว และน้องสาวยังขอให้นุชนาฏไปเยี่ยมแม่

ที่ต่างจังหวัดเพื่อเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ และคอยให้กำลังใจนุชนาฏตลอดเมื่อออกจากโรงพยาบาล ตามคำแนะนำของแพทย์ ถือว่าน้องสาวนุชนาฏเป็นผู้ดูแลและให้คำปรึกษาที่ค่อนข้างดี แต่มักจะใช้คำพูดที่รุนแรงเพื่อให้นุชนาฏตั้งใจเรื่องสามี แต่บางครั้งนุชนาฏจะรับฟังอย่างไม่สบายใจและเศร้าซึมลงไปอีก

ทัศนีย์

จากการเยี่ยมบ้านทัศนีย์ที่แฟลตทหาร พบว่าทัศนีย์ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนข้างบ้านเท่าไรนัก เนื่องจากเป็นคนที่ค่อนข้างเก็บตัว จากการพูดคุยกับสามีของทัศนีย์พบว่ามีการพูดคุยปรับทุกข์กันบ่อย ๆ โดยสามีเป็นรุ่นพี่คอยให้คำแนะนำก็จะเชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง แต่บางครั้งก็ทะเลาะกันเพราะฤทธิ์แอลกอฮอล์ทำให้ทัศนีย์ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทัศนีย์บ่นอยากไปเยี่ยมแม่ที่ต่างจังหวัด บอกกับผู้ป่วยว่า “พี่สารภาพว่าพี่รู้ว่าพี่เป็นเมีย และแม่ที่ไม่ค่อยดีนักอยู่ที่นี่มันอยู่ในห้องเดียว เวลาทะเลาะอะไรกันลูกก็ได้ยินหมด สงสารลูกกำลังเรียนหนังสือและยังมีพวกปากหอยปากปูคอยใส่ร้ายพี่อีก ถ้าไปชักคนบ้านคงสงบขึ้น” สามีทัศนีย์มีการพูดให้กำลังใจและอธิบายการแก้ปัญหาให้ฟังจากนั้นย้ายลงมาคุยที่ร้านอาหารข้างล่าง ผู้วิจัยนำขนมชั้นมาฝาก ทัศนีย์บอกอยากเก็บไว้ให้ลูกและบอกว่าตนอยากทำขนมขาย เพราะมีความสามารถในการทำขนมและหัดค้าขาย สามีอธิบายว่ายังไม่พร้อม จากการพูดคุยให้คำปรึกษาในครอบครัว ผู้วิจัยตัดตอนมาจากการสนทนาดังนี้

ทัศนีย์ : อยากทำงานเบือแล้ว อยู่บ้านวัน ๆ ไม่ทำอะไร

สามี : เธอก็ไปช่วยปลูกต้นไม้อะไรอย่างพวกแม่บ้านเขา เขาอนุบาลต้นไม้ขายก็บอกเธอแล้ว เธอก็ไม่ไปนั่นนะเขากำลังทำกันอยู่ไปช่วยเขาแยกกระบะก่อนมัย

ทัศนีย์ : (ส่ายหน้า) ก็พวกนั่นนะ พวกนั่นมันปากเสีย พูดมาก พูดหยาบ พูดเสียหาย วัน ๆ นะจับกลุ่มนินทาหัว มันด่าฉัน มันประชดประชันฉัน พี่ก็รู้แล้วมันยังหาว่าฉันไปขโมยของมัน อยากรู้เหมือนกันของมันมีอะไรให้ขโมย ทำให้คืนห้องก็ไม่กล้า

สามี : รู้ว่าเขาไม่ดีตรงไหนก็เก็บไว้ มันย้ายบ้านไม่ได้ เธอไปที่ไหนก็ไปเที่ยวมีปัญหากับเขาไปทั่ว จนฉันเหนื่อยมาก ฉันกลุ่มใจมาก เป็นทหารด้วยกัน เธอก็น่าจะรู้ะบางที่ฉันกลับดึกเธอก็อาละวาดหาไปมีผู้หญิง ก็อยู่เวรนะไม่ได้ไปไหน (หันมาถอนหายใจและพูดให้ผู้วิจัยฟัง) เมื่อบอกให้ปิดประตูเบา ๆ หน่อยแค่นั้นกระแทกบั้ง ๆ สสมควรให้ข้างห้องมันด่ามัยละ

- ทัศนีย์ : ฉันทำอะไรก็ผิดหมดนะ พูดอย่างนี้ลูกมันถึงไม่เคารพฉัน น้องช่วยบอกพวกมันหน่อย (หันมาทางผู้วิจัย) พี่ไม่ได้บ้า ไม่ได้ประสาท พี่ปวดหัว มือสั่น จริง ๆ จะรักษาประสาทที่มันสั่งการไม่ได้เท่านั้น กับจิตใจที่มันถูกคนรังแกค่าเสียหาย
- สามี : ไม่มีใครว่าแยะ หมอเขาก็บอกคิดไปเองทั้งนั้น คิดเองเออเองว่าคนนู้นคนนี้ ไม่รู้จะถ้าทำตัวอะอะโวยวาย ระวังชาวบ้านเขาจะส่งกลับอีกแน่อยู่ไม่กี่เดือน ว่าจะให้อยู่นานหน่อยดีกว่าที่อดเหล้าได้ แล้วเห็นพยาบาลเล่าว่าบอกว่ารีบออกมางานทำบุญพอโกหกทั้งนั้นเลย อะไรไม่รู้แทนที่จะให้หายดีกว่า
- ทัศนีย์ : ฉันเบื่ออยากทำงาน ฉันหวังดี ฉันรักลูกอยากมีเงินให้ลูกช่วยแบ่งเบาภาระ
- สามี : (ถอนหายใจ) เข้าใจนะ แต่เธอต้องปรับปรุงตัว ลูกมันก็โตขึ้นทุกวันเธอเป็นแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ลูกมันก็เป็นสาวแล้วมันคงไม่อยากมาปรึกษาฉันแล้ว เธอทำตัวอย่างนี้มันจะหันหน้าไปคุยกับใคร
- ทัศนีย์ : แล้วเรื่องงานล่ะ อยากเปิดร้านขายของ พี่ก็รู้ฉันขายของเก่งหวักรค้า ถ้าเปิดต้องมีกำไรแน่
- สามี : เรื่องนั้นเอาไว้ก่อนนะ ขอไปดูซักพักต้องปรับ EQ ดีกว่านี้หนักแน่นว่านี่นะ แล้วเราค่อยคุยเรื่องนี้กัน ฉันเองก็ไม่สบายใจนัก เธออยากช่วยทำงานฉันก็ดีใจ แต่ถ้าเธอแย่งเป็นหนักกว่าเดิมมันก็ไม่ดี ช่วงนี้หมอเขาก็คุยกับบอกว่าไม่อยากให้เธอเครียดมาก แม่เธอ น้องเธอ และฉันเองก็เป็นห่วง ความกระตือรือร้นที่ผิดจังหวะมันจะทำลายให้เราแยกกันนะ ไม่ได้ทำให้เราดีขึ้น
- ทัศนีย์ : (ร้องไห้) คงต้องเป็นอย่างนั้นล่ะ แล้วฉันจะปรับตัวละกันคงจะสงบได้มากขึ้น ฉันเองก็เหนื่อยที่จะได้ตอบกับใครแล้ว ต่อไปนี้ฉันหลบเลี้ยงเองดีกว่า

จากบทสนทนาข้างต้นจะเห็นว่าสามีนั้นค่อนข้างจะโน้มน้ำหนักให้คุณทัศนีย์ปรับตัวเข้ากับคนอื่น และมีทัศนคติที่ดีต่อคนอื่น จากการพิจารณาแล้วสามีคุณทัศนีย์พยายามจะ เสนอความเป็นจริงแต่ละกรณีที่คุณทัศนีย์หวาดระแวงและพยายามให้คุณทัศนีย์เข้มแข็งและเผชิญความจริง โดยมีการให้กำลังใจและบอกส่วนดีด้วยการชมเชยอย่างเหมาะสม แต่ยังคงขาดการควบคุมอารมณ์และวิธีการอธิบายเหตุผลยังไม่ค่อยดี เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น เมื่อคุณทัศนีย์ไม่เข้าใจและรู้สึกอารมณ์เสียจะหนีไปจนคุณทัศนีย์หลับแล้วเป็นการยุติปัญหาที่ไม่ถูกต้องนัก สร้างความกดดันที่เพิ่มขึ้นให้คุณทัศนีย์

ปิยะฉัตร

ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมบ้านปิยะฉัตรที่จันทบุรี ปิยะฉัตรพาเที่ยวชมสวนและคุยกับแม่ปิยะฉัตรที่บ้าน แม่ชวนผู้วิจัยคุยที่ม้าหินใต้ต้นไม้มีน้องชายและหลาน ๆ อยู่ด้วย แม่กล่าวชมว่าตั้งแต่กลับจากโรงพยาบาล “เบริกซ์” (ปิยะฉัตร) เป็นระเบียบขึ้นเยอะ ชยัน ช่วยงานบ้านเป็น ช่วยลงแปลงต้นไม้ คนในบ้านกล้าอยู่ใกล้คุยเล่น ไม่ซีโมโหจนเฉียวเหมือนก่อน เลิกสั่งของทางโทรศัพท์ เลิกพูดถึงอดีตที่ผ่านมาไปแล้ว แม่รู้สึกสบายใจ บรรยากาศในครอบครัวดีขึ้น งานบ้านอะไรที่พอจะทำได้ก็ช่วย ไม่ค่อยแอบหนีไปหานักจัดรายการวิทยุที่ต่างจังหวัด ปิยะฉัตรเปิดใจคุยเรื่องเวลามีปัญหาไม่ชอบให้ใครมาพูดว่า “ยอมๆ มันไปเถอะมันพิการ” อยากให้คุยอธิบายเหตุผลกันมากกว่า อยากได้รับการยอมรับนับถือ จากคนในบ้าน จากหลาน ๆ เพราะถึงใครจะสงสารก็ช่วยให้สบายใจขึ้นไม่ได้ ขอเป็นความเข้าใจที่ให้มากกว่า แม่ของปิยะฉัตรเล่าเรื่องย้อนหลังให้ฟังว่า เมื่อก่อนคุยกับเขา เขาชอบว่าแม่โง่ แม่ถูกพ่อทิ้ง ชอบพูดกระแทกแรง ๆ ให้แม่เสียใจ แต่แม่ไม่เคยตอบโต้เขา เขาไม่เหมือนคนอื่นเขา... (ปิยะฉัตรพูดแทรกขึ้นมาทันที) “ก็อย่างนี้ไง เอะอะอะไรก็พิการ ปมด้อยไม่เหมือนคนอื่น บอกแล้วว่าไม่ชอบให้พูด” แม่กล่าวตอบไปว่า “ไม่ได้ว่าปมด้อยเลยเพียงแต่บางทีถูกพูดเกินไป รุนแรงไป ก็ไม่อยากให้ใครเถียง เดี่ยวลูกจะป่วยมากขึ้น” และแม่ปิยะฉัตรเล่าต่อว่าพยายามจะสอน แต่เบริกซ์ไม่เคยเชื่อฟัง เมื่อขู่ว่าจะตกรถถ้าทำไม่ดีกับแม่ เขาก็เถียงว่ารถไม่มีจริง อยู่ตรงไหนไม่เห็นรู้หรือแม่ใช้ให้ทำอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็เถียงและบอกให้แม่ทำเองสิ นอกจากนั้นยังหาเรื่องทะเลาะกับน้องเป็นประจำ รวมทั้งร้ายที่สุดคือ ชอบหนีไปหานักจัดรายการวิทยุที่จังหวัดตราด แอบเขียนจดหมายไปหาตลอด แม่แอบเอามาเผาทิ้งหลายฉบับเขาก็อาละวาด และยังแอบโทรศัพท์ไปหาเขาเดือนหนึ่งหลายบาท ชอบเพื่อฝันว่าเขาจะแต่งงานด้วย แม่ก็สงสารมันนะฟังแล้วน้ำตาไหล ลูกสาวเราคนเดียวก็อยากให้เป็นฝั่งเป็นฝา แต่เขาไม่ได้อะไรเลย ไม่เคยมาหามีแต่ทะเลาะ ๆ ไปหาเขา ถ้ารักถ้าชอบกันจริงแม่จะไม่ว่าเลย นี่ห่วงมากเพราะเขาแอบหนีไปหาไปขึ้นรถเอง แล้วร่างกายอย่างนี้ดูแลตัวเองก็ลำบากกลัวจะตกรถจะไม่สบาย เขาไม่เคยรู้เลยเวลาเขาหายไป หัวใจแม่นี่เจ็บมากทำอะไรไม่ได้คอยแต่เป็นห่วง จะกลับได้มั๊ย อยู่ไหนแล้ว สมัยนี้กับคนดี ๆ ฉลาด ๆ ยังโดนหลอกโดนปล้น นี่ตัวเป็นอย่างนี้แล้วแถมที่นั่นเขมรทั้งนั้นมันน่าเป็นห่วงมั๊ย แม่ทั้งขู่ทั้งห้ามและบอกพวกเขมรดกปล้นมันเหี้ยมนะ ผู้หญิงคนเดียวก็ไม่กลัวได้ไงทั้งพูดแรง ๆ ว่าไปหาเขาทำไม เป็นอย่างนี้เขาไม่เอาหรอก ก็ไม่เชื่อหาว่าแม่ดูถูก มาเกลียดแม่อีกไม่ได้อยากพูดให้เข้าใจ พูดแล้วเจ็บกว่าลูกอีก แต่อยากให้รู้ตัวเอง ให้รักตัวเอง ใครมันจะมารักเราเท่าแม่ เท่าพี่น้อง

นอกจากนั้นปิยะฉัตรยังคุยกับแม่เรื่องอยากเปิดร้านกาแฟเพื่อหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวอีกทาง โดยเรื่องนี้ปิยะฉัตรเคยเล่าให้ผู้วิจัยฟังมาก่อนแล้ว ผู้วิจัยจึงสังเกตการณ์ ในขณะที่ปิยะฉัตรขอคำปรึกษาเรื่องนี้กับแม่ โดยตัวอย่างบทสนทนาที่ยกมา ตอนหนึ่งคือ

ปิยะฉัตร : แม่ หนูอยากเปิดร้านกาแฟเล็ก ๆ ตรงซุ้มติดถนนในซอย หนูคุยกับพี่พยาบาล เขาก็ว่าดีนะแม่

แม่ : ใครจะมาช่วย เฉพาะงานในไร่ก็จะล้นมือแล้ว เดี่ยวเข้าหน้าหนาวก็แล้งมากก็ต้องรีบทำงานมาก ๆ เขาก็ไม่ว่างกันหรอก

ปิยะฉัตร : หนูทำเองได้แม่มันไม่ได้ลำบากมาก

แม่ : เดี่ยวต้องซื้อแก้ว ต้องล้างแก้วล้างจาน ซื้อกาต้มน้ำ ค่ากาแฟ น้ำตาล นม น้ำแข็ง ขนมปัง ลูกทำไม่ไหวหรอก ลูกเดินไหวหรือต้องเดินเอาให้คนซื้ออีก

ปิยะฉัตร : หนูพิการ แต่หนูรู้ตัวนะว่าทำอะไรได้ไม่ได้ หนูอยากช่วยเหลือแม่บ้าง อยากหาเงินช่วยแม่บ้าง

แม่ : แต่แม่เป็นห่วงลูกนะ เอาไว้ลูกหายป่วยก่อนนะ ตอนนี้อย่าไปปวดหัวปวดหูบ่อย ๆ ไว้แข็งแรงกว่านี้ใจเย็นกว่านี้ แล้วแม่จะลองคุยกับพี่ ๆ เขาดูนะ

ปิยะฉัตร : อืม..ก็ได้แต่แม่ลองดูทำเลที่หนูบอกตรงหัวมุมก่อนทางเข้าสวนก่อนนะแม่ หนูว่ามันมีรถเข้าออกบ่อยน่าจะขายดี

ลักษณะการสื่อสารในครอบครัวนี้จริง ๆ แล้วทุกคนพยายามที่จะยอมทุกครั้งที่มีการโต้เถียงกัน หรือการเลี้ยงที่จะสื่อสาร เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย ยกเว้นบางเรื่องที่เป็นเรื่องอันตรายเป็นผู้ป่วย เช่นเรื่องการออกจากบ้านไปเที่ยวตามลำพังสังเกตว่าแม่จะมีการใช้การโน้มน้าวใจแบบ Fear appeal เช่น ทำไม่ดีกับแม่จะตกนรก หรือ จะถูกใจกรมปล้น จะตรกรให้เจ็บกว่าเดิม แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่ยอมรับฟัง บางครั้งมีการพูดโดยใช้ภาษาที่เจ็บปวณารมณ์ เช่น “ดี ไปให้เขาหลอกคิดว่าเป็นแบบนี้เขาจะเอาเธอ” เพื่อหวังเปลี่ยนใจของปิยะฉัตร แต่ยังไม่ได้ผลจากนั้นพบว่ามีการคุยเชิงให้คำปรึกษา และการให้กำลังใจ ให้การชมเชยปิยะฉัตร และมีการให้เหตุผลโดยการอธิบายที่ดีต่อผู้ป่วยและแสดงความห่วงใย เช่น เมื่อปิยะฉัตรจะเปิดร้านกาแฟ แม่ไม่ได้บอกว่ามันไม่ดีเพียงแต่ให้ข้อมูลว่ายังไม่พร้อมไม่มีคนช่วย และแสดงความเป็นห่วงที่แม่มีต่อลูก เช่น พูดว่าแต่แม่เป็นห่วงลูกนะ เอาไว้ลูกหายป่วยก่อนนะ ตอนนี้อย่า...ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีมากกว่าการปฏิเสธ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พบกับผู้ป่วยและครอบครัวทุกเดือน เพราะต้องลงมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล พระปกเกล้าตลอด ในครั้งนี้แม่ผู้ป่วยเล่าว่าเลิกโครงการทำร้านกาแฟแล้ว เพราะยังไม่พร้อม ปิยะฉัตรพอว่างจากทำงานบ้านก็อ่านหนังสือต่าง ๆ และอ่านที่ผู้วิจัยส่งไปให้ เมื่อผู้วิจัยถามว่าอยาก

อ่านอะไรเป็นพิเศษ ปิยะฉัตรบอกว่า อยากอ่านทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวง และยังบอก
 ว่าอยากเรียนปริญญาตรีทางไกล เพราะตอนนี้เดินค่อนข้างไม่มีปัญหาแล้วจะได้เป็นรัฐมนตรีหญิง
 ตามที่ฝันไว้ แม่บอกกับผู้วิจัยว่า เขา (ปิยะฉัตร) เป็นคนขยัน อ่านหนังสือเก่ง ชอบเล่าเรื่องให้หลาน
 ฟัง ชอบดูข่าว แต่ช่วงนี้รู้สึกทะเลาะทะเลาะกัน แม่กลัวจะกลับไปป่วยเหมือนเดิม ซึ่งผู้ป่วยอธิบาย
 ว่า ตัวเองรู้ว่าอะไรเป็นอะไร แต่ขอให้ได้พูดความฝัน ความหวัง อย่างคนอื่นเขาบ้าง รู้ว่าแทบ
 เป็นไปไม่ได้ แต่อยากพูดให้แม่รับฟัง “เพราะหนูเล่าให้คนที่บ้านฟังแล้วมีแต่คนว่าหนูหัวสูง
 หนูเพี้ยนฝันเพื่อง หนูถึงต้องโทรไปหาดีเจ อย่างน้อยเขาก็รับฟังหนูบางทีแค่นั้นก็พอแล้ว”
 แม่ปิยะฉัตรเจียบไปสักครู่หนึ่งแล้วบอกว่า “แม่กลัวหนูจะผิดหวัง เสียใจ รับไม่ได้ถ้ามันไม่เป็นอย่าง
 ที่หวัง เพราะรู้ว่าหนูเป็นคนหัวรุนแรง” ผู้วิจัยแนะนำว่าจริง ๆ แล้วความต้องการของปิยะฉัตรขอ
 เพียงมีคนฟังเขา ยอมรับความคิดและร่วมคิดไปด้วยกัน จะทำให้ปิยะฉัตรรู้สึกดีขึ้น แม่ผู้ป่วย
 ยอมรับและจะนำไปปฏิบัติ การพบกันครั้งที่สาม ปิยะฉัตรได้อ่านเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงที่ผู้วิจัย
 ส่งไปให้แล้ว และยังได้ให้น้องและหลาน ๆ อ่านปิยะฉัตรบอกผู้วิจัยว่า มีประโยชน์มากเป็นบ้าน
 เดียวในละแวกนั้นที่มีแบบเล่มปกหนา เลยมีชาวบ้านมาแวะยืมไปอ่านทำให้ได้คุยได้ แสดงความ
 คิดเห็นไม่ได้นั่งเหงาอยู่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยเล่าเรื่องกิจกรรมอบรมที่จะจัดขึ้นให้ครอบครัวปิยะฉัตร
 ทราบ ซึ่งปิยะฉัตรตั้งใจจะพาหลาน ๆ มาเที่ยวกรุงเทพฯ อยู่พอดี จึงตกลงว่าจะมากันทั้งครอบครัว

โดยสรุปแล้วผู้วิจัยพบ กลยุทธ์การสื่อสารที่ญาติ (ผู้ดูแล) ใช้การฟื้นฟูจิตใจ
 ผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

- ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยทำในสิ่งที่ดี
- ชมเชยเมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือ
- แสดงความห่วงใยผู้ป่วย ถ้ามถึงอาการทางกาย และจิตใจ
- การแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ในบางเรื่อง
- เป็นเพื่อนคอยให้ผู้ป่วยพูดระบายความทุกข์ได้
- บอกความรู้สึกของตนเองให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกได้ เช่น ชักถาม
 อาการข้างเคียงของยา
- สามารถพูดโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้

และจากการประมวลปัญหาการสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชพบดังนี้

- ญาติพูดถึงเรื่องอดีตที่ผู้ป่วยทำผิด
- ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ให้นิ่งได้ เมื่อมีเรื่องถกเถียงกับผู้ป่วย

- การปนโดยไม่ได้ให้คำแนะนำใด ๆ
- การตอกย้ำเรื่องยาเสพติดจนผู้ป่วยเกิดความต้องการ
- การไม่สามารถใช้ (I message)
- เมื่อมีเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาครอบครัวไม่พยายามสื่อสารเพื่อปรับความเข้าใจกัน ทำให้มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน
- หลีกเลี่ยงการสื่อสาร
- เมื่อผู้ป่วยทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องญาติจะไม่ทักท้วง เพราะคิดว่าถ้าพูดจะทำให้ผู้ป่วยแค้น
- การเปรียบเทียบผู้ป่วยกับคนอื่น
- กล่าวหาในสิ่งที่ยังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยทำ
- เข้าไปยุ่งกับชีวิตผู้ป่วยมากเกินไป
- ขาดทักษะการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
- ญาติยังไม่สามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี
- แสดงออกถึงการไม่ยอมรับความคิด ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่อธิบายให้เข้าใจตรงกัน

กลยุทธ์การสื่อสารของทิมจิตเวชที่ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยที่บ้านได้

- การชมเชยผู้ป่วยแม้ทำเรื่องที่ดีให้เพียงเล็กน้อย
- การรับฟังอย่างยอมรับในตัวผู้ป่วย
- การสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน โดยการสะท้อนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก
- การจัดสิ่งแวดล้อมกระตุ้นความสนใจผู้ป่วย และสนทนากับผู้ป่วยมากขึ้น อาจเริ่มจากการใช้คำถามกว้าง ๆ ก่อน
- การใช้ความถี่ในการพูดคุยทุกวัน ให้เห็นว่าการพูดคุยต่อกันเป็นกิจวัตร
- การยกย่องและส่งเสริมคุณค่าในตัวผู้ป่วย
- การสร้างความน่าเชื่อถือ โดยใช้การแสดงออกอย่างผู้เข้าใจผู้ป่วยอย่างจริงใจ
- การเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อน เช่น นั่งดูทีวีด้วย ฟังเพลงเป็นเพื่อนและชวนคุย ชอบเพลงไหนใครร้อง ฯลฯ

- ขอความกระจ่าง เมื่อไม่เข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยพูดหรือไม่แน่ใจว่าเราและผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน รวมถึงถามเพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายความหมายชัดเจนขึ้น เช่น “ที่ลูกพูดนี้อยากให้แม่พาออกไปข้างนอกใช้มั๊ยลูก”
- การทดสอบความรู้สึก (Validation) เมื่อผู้ดูแลเข้าใจว่าได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสบายใจแล้วก็ตรวจสอบว่าความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นดังที่เราคิดหรือไม่ ถ้าไม่ใช่จะได้หาทางช่วยเหลือต่อไป เช่น “ตกลงแม่จัดการเรื่องนี้ให้แล้ว หนูรู้สึกสบายใจขึ้นมั๊ยลูก”

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 การอบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการและกิจกรรมอย่างไรบ้าง สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารณีของผู้ป่วยแต่ละราย และสรุปปัญหาการสื่อสารที่มีส่วนร่วมกันแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารที่ศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ และข้อมูลจากทีมจิตเวชและการ อบรมญาติผู้ป่วยมาประยุกต์เป็นการอบรมญาติผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช

การอบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช

เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นการสื่อสารระดับบุคคลและระดับกลุ่ม โดยทุก ๆ กิจกรรมมุ่งเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และเรียนรู้การสื่อสารที่สร้างสรรค์ โดยผู้เข้ารับการอบรมคือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยมีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อค้นหาจินตสารถร่วมกันมาแล้วและยังประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจจริงและเปิดใจในการใช้วิธีใหม่ๆ ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย และทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดมีความสนใจในการเข้ารับการอบรมกับผู้วิจัย ซึ่งระยะเวลาการทำการอบรมเป็นเวลารวม 3 ชั่วโมงครึ่ง (12:00-15:30 น.) ผู้เข้าอบรม 14 คน วิทยากร 1 คน (ผู้วิจัย) ผู้ช่วยวิจัยและอำนวยความสะดวกการอบรม 3 คน ทำการอบรมในวันที่ 15 มกราคม 2545



- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - บรรยายนำ ละลายพฤติกรรมและปรับทัศนคติ - กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง สาธิต - วิเคราะห์การนำไปใช้ | <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกปฏิบัติ - ประเมินการฝึก |
|--|--|

โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1

12:00 น. ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน

- :
- ละลายพฤติกรรม การสนทนาการให้ทุกคนได้สื่อสารกันด้วยการ “เล่น มี การร้องเพลง นำของมาจับฉลาก เนื่องจากอยู่ในเทศกาลปีใหม่
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง :
- (เปลี่ยนทัศนคติผู้เข้าอบรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลผู้ที่อยู่กับโรคทางจิต)
- 12:00-13:00 น. :
- (ให้ความเชื่อมั่นว่าคนที่ดูแลผู้ป่วยดีที่สุดคือคนในครอบครัว เช่น แม่เป็น ครูคนแรกของลูกได้ตั้งนั้นยอมเป็นจิตแพทย์ของลูกได้เช่นกัน)
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกัน ให้มุมมองใหม่กันและกัน

กิจกรรมที่ 2 : กลยุทธ์การสื่อสาร

- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง:
- การสื่อสารทางบวก การบอกความรู้สึกของตนเองโดยใช้ (I message)
- 13:00-14:00 น. :
- การสื่อสารทางลบ
- ลักษณะกิจกรรม:
- แต่ครอบครัวใช้การสื่อสารทางบวกและทางลบอย่างไร อภิปราย
- การให้ข้อมูลเรื่อง การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

14:00-14:15 น. : พักรับประทานอาหารของว่าง

กิจกรรมที่ 3 : การอ่านอุณหภูมิจิตใจ และจับคู่มือการสื่อสาร

ระยะเวลา 45 นาที ความประทับใจ ความหวังโย การเสนอแนะ ให้ข้อมูลใหม่ ความหวังและความปรารถนา

14:15-15:00 น.

การอ่านอุณหภูมิจิตใจ

ปรับปรุงการสื่อสารและความภาคภูมิใจของครอบครัว พูดได้อย่างตรงไปตรงมา ในบรรยากาศแห่งการยอมรับกันและกัน เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เหมาะสม (Congruent communication) สมาชิกในครอบครัวจะสามารถสำรวจและแสดงความรู้สึก และความปรารถนาของกันและกันได้ เพื่อให้เข้าใจ แบ่งปันความรู้สึกที่ดีต่อกัน หรือร่วมแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจกัน

1. ความประทับใจ

- สามารถแสดงความชื่นชมผู้อื่น
 - บอกความรู้สึกด้านบวก
 - แสดงออกอย่างสร้างสรรค์
 - เพิ่มความไว้วางใจและสนิทสนมกัน
- แม่เคยทำสิ่งใดดี ๆ กับเราบ้าง
 - เราเคยทำสิ่งใดดี ๆ ให้กับแม่บ้าง
 - แม่ชอบหรือไม่ ชอบอะไร

2. ความหวังโย

เมื่อเรามีความหวังโย ทำให้เกิดความกังวล ซ้ำใจ สงสัยบางครั้งความหวังโย แต่สื่อสารไม่ถูกต้องจะกลายเป็น จับผิด ยุ่งุ่นวาย บ่น ทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่สร้างสรรค์ได้ การแสดง ความหวังโยที่ถูกต้องไม่มีทำที่ตำหนิติเตียน การถามคำถามต้อง

- ถามด้วย อะไร อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน และไม่ใช่คำถามซ้อนปฏิเสธ

3. การบ่น ร้องทุกข์ และเสนอแนะ

เป็นการแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งกันและกัน ก่อนที่บุคคลจะบ่นต่อว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง หรือว่าไม่ควรเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ควรจะรู้ และคิดกับทางแห่งการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง การบ่นเป็นการสื่อสารทางลบทันที หากผู้ฟังรู้สึกว่ “ให้สารระน้อยที่สุด แต่ใช้คำพูดเยาะที่ที่สุด” ควรเปลี่ยนการบ่นเป็นการเสนอแนะทางที่ถูกต้อง

ประโยชน์ของการบ่น

- เปิดเผยความรู้สึกโกรธ แต่ต้องแสดงออกมาในทางที่เหมาะสม
- การพูดต้องมีความตระหนักรู้ เป็นการพูดแล้วนำไปสู่การร่วมแก้ปัญหา

4. ข้อมูลใหม่

การให้ข้อมูลใหม่ บอกการตัดสินใจ กิจกรรมที่จะทำการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัว ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะทำให้ต่างคนต่างมองเห็นศักยภาพและคุณค่า ของกันและกัน โดยอย่าคิดว่าเมื่อเรารู้ คนอื่นก็ต้องรู้ อยู่กันมานานไม่จำเป็นต้องพูดก็เข้าใจ จะเป็น สิ่งที่กันขวางความรู้สึกดี ๆ ของสมาชิกในครอบครัว

5. ความหวังและความปรารถนา

การแบ่งปันความหวังและความปรารถนาต่อกันและกัน ให้คำพูดนั้นนำมาสู่แรงผลักดัน ของการกระทำให้สมหวัง เมื่อครอบครัวจะร่วมกันทำให้เป็นจริง ถึงแม้ไม่หวังจะให้ใครตอบสนอง แต่ความหวังก็สร้างพลังงานที่สร้างสรรค์ ร่วมกันได้ ชีวิตในครอบครัวจะสมบูรณ์ขึ้นหากมีการ เกื้อหนุนความหวังและความปรารถนาซึ่งกันและกัน

กิจกรรม

- ในบ้านแต่ละท่านได้มีการพูดแบบนี้ใหม่ลงแล้ว เล่นตามบทให้ ครอบครัวอื่นมาเล่นแทน ให้คนในครอบครัวช่วยกันกำกับว่าคิด ตรงกันหรือไม่ คนอื่นช่วยออกความเห็น

กิจกรรมที่ 4

15:00-15:30 น.

ให้พูดความในใจกับคนในครอบครัวของตน
(ช่วงนี้ผู้วิจัยนำดอกไม้ตามทีผู้ป่วยแสดงจินตสวระในเรื่องบุคคลที่ผูกพัน
ผู้วิจัยนำดอกไม้ทีผู้ป่วยต้องการและให้ผู้ป่วยนำไปให้ญาติ (ผู้ดูแล) และ

บอกกับครอบครัวผู้ป่วยว่า ตลอดเวลาอยู่โรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยคิดอย่างไร และอยากกลับเป็นปกติด้วยแรงบันดาลใจจากครอบครัวที่ตนรักนั่นเอง)

ปิดกิจกรรม ให้บอกความรู้สึกของการอบรมวันนี้ อภิปรายผล

- เหตุการณ์การอบรมผู้วิจัยได้นำเสนอโดยสรุปดังนี้

เริ่มจากการรับประทานอาหารร่วมกัน แนะนำกันและกันอย่างไม่เป็นทางการ จากนั้นทำกิจกรรมร่วมกัน เนื่องจากยังอยู่ในช่วงเทศกาลปีใหม่ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมจับฉลาก ให้ผู้ที่จับได้ของใครเรียกชื่ออีกคน เริ่มการสื่อสารคำว่า “ผมดีใจด้วยนะครับ” “ขอบคุณค่ะ” ในทุก ๆ คนกิจกรรมแรกผ่านไปทุกคนสนุกสนานได้ร้องเพลงคนละครั้งเพลงเกือบทุกคน ใครที่ร้องไม่ได้สมาชิกก็จะช่วยเหลือกัน เป็นการละลายพฤติกรรม ให้ร่วมสนใจกิจกรรมร่วมกันด้วยความสนิทสนม จากนั้นวิทยากร (ผู้วิจัย) บรรยายเรื่อง การเปลี่ยนมุมมองจากผู้ป่วยทางจิตมาเป็น ผู้ที่อยู่กับโรคทางจิต แทนที่จะมากังวลว่าเมื่อไหร่จะหายป่วยมาเป็น ทำอย่างไรให้ชีวิตเขาดำเนินไปได้ แม้ต้องอยู่กับโรคทางจิตให้เขาทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นได้ และประการที่สองคือ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หรือแม้กระทั่งพ่อแม่ ไม่เชื่อว่าตนเองจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูจิตใจและลดการกำเริบของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงยกตัวอย่างว่าแม่เป็นครูคนแรกของลูกได้ ทำไมจะเป็นจิตแพทย์ที่ดีของลูกไม่ได้ เพียงแต่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึกและหันหน้ามาคุยกันได้ จากนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้แต่ละท่านได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเจ็บป่วย ปัญหา และการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความรู้สึก พบว่าผู้เข้าอบรมทุกท่านสามารถเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนให้สมาชิกทราบได้ และมีการพูดคุยแนะนำสิ่งที่เคยปฏิบัติแล้วได้ผลของสมาชิกแต่ละท่าน จากนั้นเป็นการบรรยายเรื่อง กลยุทธ์การสื่อสารและวิธีนำไปใช้ และบ่อนคำถามกลับไปยังแต่ละครอบครัวว่าได้มีการสื่อสารทางบวกและทางลบอย่างไร สถานการณ์ไหนบ้าง พบว่ามีการใช้ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งตรงกับข้อมูลที่เก็บได้ในปัญหาคำวิจัยข้อที่ 3 คือ พบตั้งแต่ การไม่พูด การพูดคลุมเครือ เจ้ากี้เจ้าการ กล่าวหา ประชดประชัน วิพากษ์วิจารณ์ โดยส่วนมากสามารถบอกความรู้สึก ความชอบ แต่ไม่ค่อยแสดงออก ผู้วิจัยจึงทำการฝึกการสื่อสารเพื่อการแสดงความรู้สึก และถามความรู้สึกกัน โดยจับแต่ละครอบครัวแยกกัน โดย

รุ่งโรจน์	คู่กับ	สามีทัศนีย์
ปิยะฉัตร	คู่กับ	มารดารุ่งโรจน์
จิโรจน์	คู่กับ	มารดาปรีชา

ปรีชา	คู่กับ	มารดาปิยฉัตร
ทัศนีย์	คู่กับ	มารดานุชนาฏ
นุชนาฏ	คู่กับ	พี่สาวจิโรจน์
น้องสาวนุชนาฏ	คู่กับ	น้องสาวรุ่งโรจน์

ใช้เวลา 10 นาที แจกกระดาษคู่ละแผ่น พบว่าหลังคุยกันสามารถเขียนความชอบไม่ชอบของตัวเองได้ จากนั้นผู้วิจัยถามคำถามกลับ แล้วใครรู้บ้างว่าคนที่มากับเราวันนี้ พ่อ แม่ เรา พี่น้องเรา ลูกเรา ชอบอะไร อย่างง่ายคือชอบรับประทานอะไร ผู้วิจัยแจกกระดาษคนละ 1 แผ่น ให้เขียนสิ่งที่คนในครอบครัวชอบ และสิ่งที่ตนชอบ ปรากฏว่ามีเพียงครอบครัวปรีชาคนเดียวเท่านั้นที่ตอบตรงกัน แม่ปรีชาเขียนว่าปรีชาชอบกิน มัสมั่นไก่ (ตรงกับคำเฉลยในกระดาษของปรีชา) ส่วนปรีชาก็ตอบลูกว่าแม่ชอบส้มโอ ผู้วิจัยอธิบายถึงการเอาใจใส่กัน แต่เรื่องที่ต้องอยู่ด้วยกันทุกวันคือกินข้าว พูดคุยกันได้ เอาใจใส่และเห็นความสำคัญของกันและกันฝึกการใช้ (I message) เป็นอันจบกิจกรรมที่ 2

หลังจากรับประทานอาหารว่าง คือ กิจกรรมการอ่านอุณหภูมิจิตใจ ซึ่งการแบ่งครอบครัวละหนึ่งหัวข้อตามที่อธิบาย

แสดงความประทับใจ (ครอบครัวจิโรจน์) สามารถพูดในด้านบวก เช่น จิโรจน์ชมว่าพี่สาวเป็นนักบัญชีที่เก่ง พี่สาวบอกว่าจิโรจน์ก็วาดรูปสวย

การแสดงความชื่นชม (ปิยะฉัตร) แม่บอกว่าปิยะฉัตรพยายามช่วยงานบ้าน ปิยะฉัตรบอกแม่ว่าเป็นคนเข้มแข็ง

ความห่วงใย (ปรีชา) แม่เป็นห่วงเรื่องสุขภาพปรีชา ปรีชาเองก็เป็นห่วงสุขภาพแม่

เสนอแนะ (ทัศนีย์) สามีทัศนีย์เสนอแนะว่าให้ทัศนีย์อารมณ์เย็นขึ้น ทัศนีย์เสนอว่าสามีควรเปิดกิจการรองรับอาชีพข้าราชการ

ให้ข้อมูลใหม่ (รุ่งโรจน์) แม่ให้ข้อมูลใหม่เรื่องกิจการที่จะเปิดในตลาดใหม่ รุ่งโรจน์ให้ข้อมูลเรื่องที่ตนช่วยพี่สาวทำธุรกิจขายปลาสดขงาม

สื่อความหวังความปรารถนา (นุชนาฏ) นุชนาฏหวังให้ลูกสาวเป็นคนดี น้องสาวนุชนาฏหวังให้กิจการค้าที่ร้านมีคนเข้าเยอะ ๆ

ผู้วิจัยอธิบายว่าอาจเป็นเรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันจนบางครั้งถูกละเลยไป เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไป จึงต้องมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน ก่อนปิด

กิจกรรม ให้สมาชิกบอกความรู้สึกของการอบรมวันนี้พร้อมอภิปรายผล และกิจกรรมสุดท้ายก่อนจบคือ การให้สมาชิกที่มาอบรม บอกความในใจที่อยากพูดให้ครอบครัวของตนทราบ พบว่าผู้ป่วยทุกคนบอกว่าอยากเป็นที่รักของครอบครัว อยากกลับตัวเป็นคนดี อยากตอบแทนพ่อแม่ อยากขอบคุณที่ดูแล อยากขอโทษที่ทำให้ไม่สบายใจ ช่วงนี้ผู้วิจัยนำดอกไม้ตามผู้ป่วยแสดงจินตสภาวะในเรื่องบุคคลที่ผูกพัน ผู้วิจัยนำดอกไม้ที่ผู้ป่วยต้องการและให้ผู้ป่วยพูดความรู้สึกที่ต้องการบอกกับครอบครัวผู้ป่วยว่า และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนั้นผู้ป่วยคิดกับครอบครัวอย่างไร และสรุปว่าผู้ป่วยอยากกลับเป็นปกติด้วยแรงบันดาลใจจากครอบครัวที่ตนรักนั่นเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะปัญหาของการแสดงออกระหว่างกันและกันและจำนวนครอบครัวที่ประสบเช่นเดียวกัน

เรื่องที่พูด	ลักษณะปัญหา	จำนวนครอบครัวที่มีปัญหา เดียวกัน
1. แม่ชอบจับผิด (ปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วย)	- การที่แม่ชอบจับผิด - ความรู้สึกอึดอัด - การอยากอยู่คนเดียว - การอยากประชด	4
2. ไม่อยากทานยา (ปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วย)	- อารมณ์หงุดหงิดตลอด - คนนอกบ้านมองออกว่าผิดปกติ - ลึนแข็งพูดลำบาก	2
3. ไม่มีเวลา (ปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วย)	- การอยากให้ครอบครัวพาออกไปเที่ยว พาเข้าสังคมบ้าง - ความอยากให้แม่มีเวลาดูแล	3
4. ผู้ป่วยชอบฟังวิทยุเสียงดัง (ปัญหาจากมุมมองของญาติ)	- การสร้างความหวงหูก - ความรำคาญ - ความกลัวประสาทจะเสีย	2
5. ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง (ปัญหาจากมุมมองของญาติ)	- การชอบออกไปข้างนอก - การขอเงินเยอะ	2
6. ผู้ป่วยนั่ง ๆ นอน ๆ ไม่ทำอะไร ตื่นสาย (ปัญหาจากมุมมองของญาติ)	- บางครั้งพ่อแม่ทะเลาะกันเอง อีกคนบอกให้ทำงาน อีกคนบอกให้อยู่เฉย ๆ - ความรู้สึกว่าผู้ป่วยขี้เกียจ ตื่นสาย	1
7. อนาคตของผู้ป่วย (ปัญหาจากมุมมองของญาติ)	- การทำงานในอนาคต - การเรียนหนังสือในอนาคต - การแต่งงานในอนาคต	2
8. สัมพันธภาพภายในครอบครัว (ปัญหาจากมุมมองของญาติ)	- ความเครียดที่ผู้ป่วยชอบทะเลาะกับคนในบ้าน - ความสงสารที่ผู้ป่วยถูกดูหมิ่น	1

เมื่อจบกิจกรรม ผู้วิจัยได้ประมวลผล

จากแบบสอบถามหลังจากการอบรมพบว่า

ประเด็น	ประมวลผล และข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● เนื้อหาของการอบรม ● ประโยชน์ที่ได้รับ ● รูปแบบการอบรม ● บรรยากาศ ● อุปกรณ์ประกอบการอบรม ● ท่านคิดว่าท่านเข้าใจ ● ท่านคิดว่าจะนำไปใช้ ● ท่านรู้สึกสบายใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย 	<p>ทุกคนบอกว่าชอบและมีความสุขกับการอบรมในวันนี้ได้ประโยชน์ในการนำไปใช้ รูปแบบการ อบรม สนุกสนานได้พูดในสิ่งที่กังวล ได้รู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายกัน ดำเนินการรวดเร็ว บรรยากาศเป็นมิตรส่วนอุปกรณ์การอบรมไม่มีผลในการนำเสนอข้อมูลมากนัก ผู้ร่วมกิจกรรมรู้สึกสบายใจและมีกำลังใจมากขึ้น อยากให้ผู้พยาบาลดี ครอบคลุมจะได้อยู่กันอย่างมีความสุข ข้อเสนอแนะ อยากให้เชิญทีมจิตเวชหลาย ๆ ท่านมาให้ข้อมูล เรื่องโรคและการรักษาพยาบาล</p>

ผลการเปรียบเทียบและการประเมินผลของแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ และ เจตคติและทักษะในการสื่อสารของญาติต่อผู้ป่วย

คะแนนอยู่ที่ระดับปานกลาง หมายถึง ญาติมีความเข้าใจปานกลางในการสื่อสารกับผู้ป่วยสำหรับแบบสอบถามทั้งหมด 18 ข้อ ญาติสามารถทำได้สูงสุดที่ 16 และนอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 11 จากกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกกลุ่มญาติที่สนใจผู้ป่วย ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ คะแนนที่ได้ไม่ขึ้นอยู่กับการศึกษา เพราะญาติส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ แต่มีความเข้าใจในการสื่อสารในระดับค่อนข้างดี เนื่องมาจากการเอาใจใส่ และการพบกับทีมจิตเวชซึ่งญาติได้รับคำปรึกษาที่ดี จึงมีความเข้าใจในส่วนนี้ ในส่วนการสำรวจความรู้สึก พบว่าความรู้สึก 3 ประการที่พบบ่อยที่สุด และมีคะแนนเท่ากันคือเป็นห่วง ผิดหวัง กังวล รองลงมาคือ เสียใจ หงุดหงิด โกรธ เหนื่อยหน่าย (14 คะแนน) สำหรับสาเหตุที่เกิดขึ้นบ่อย จากการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

1. เป็นห่วง เพราะอยากให้ผู้ป่วยหายและมีอนาคตที่ดี
2. กลัวว่าจะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย
3. กลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำ

ผลการอบรมกิจกรรมการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการจัดกลุ่ม โดยวิธีการจดบันทึกและเทปบันทึกที่สิ้นสุดการทำกิจกรรม แต่ละกิจกรรมสรุปภาพรวมในการอบรม กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจ ผู้ป่วยจิตเวชได้ผลดังต่อไปนี้

1. บรรยากาศของกลุ่มเป็นกันเอง ส่งเสริมให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และไว้วางใจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
2. ผู้เข้าอบรมมีความสนใจในการทำกิจกรรมทุก ๆ กิจกรรม โดยเฉพาะช่วงอุณหภูมิจิตใจสมาชิกจะตั้งใจแสดง และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเท่า ๆ กัน
3. หัวข้อการบรรยาย โดยใช้แผ่นใสตามแต่ละหัวข้อพร้อมแจกเอกสารนั้น ทำให้ผู้เข้าอบรมตั้งใจฟังมาก ถึงแม้ว่าบางท่านจะอ่านหนังสือไม่ได้
4. ผู้เข้าร่วมอบรมให้ความสนใจและให้กำลังใจ เสนอคำแนะนำสิ่งที่เหมาะสมกระบายความไม่สบายใจ
5. ทั้งผู้ป่วยและญาติ ร่วมแสดงความคิดเห็นและแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา
6. วิทยากร (ผู้วิจัย) พยายามส่งคำถามกระตุ้นการมีส่วนร่วมและแสดงปฏิกิริยาตอบกลับของผู้ป่วย โดยพยายามเชื่อมโยง ความคิด ความผูกพันที่ผู้ป่วยต้องการบอกกับครอบครัวมานานแล้ว และผู้วิจัยพยายามให้พูด เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ในครอบครัวยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องจากผู้วิจัยต้องการคำตอบว่าจริง ๆ แล้วญัตินำความรู้ได้จากครอบครัวไปใช้ได้หรือไม่ และผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญัตินี้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลตามบ้านอีกช่วง รายงานผลการศึกษาดังนี้

ลักษณะการสื่อสาร (ของญาติที่มีต่อผู้ป่วย)	ผลการศึกษา		
	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เท่าเดิม
<ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารทางลบ <ul style="list-style-type: none"> - ไม่พูด - คลุมเครือ - เจ้าก็เจ้าการ - ประชดประชัน - กล่าวหา - วิพากษ์วิจารณ์ ● การสื่อสารทางบวก <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ I message - สามารถบอกความรู้สึกตนเอง - สามารถบอกสิ่งที่ไม่ชอบ - สามารถถามความรู้สึกกันและกัน - สามารถแสดงความชื่นชม เมื่อผู้ป่วยตอบสนอง - การใช้วัจนภาษาที่เหมาะสมในการสื่อความหมาย 	/	/	/

จากการประเมินผลการปรับปรุงปัญหาการสื่อสารในแต่ละครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วย รายงานผลได้ดังนี้

ชื่อผู้ป่วย	ปัญหาการสื่อสารที่สำคัญของญาติ ซึ่งควรปรับปรุง	ผลจากการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟู จิตใจผู้ป่วยจิตเวช”
● รุ่งโรจน์	- มีการจับผิด การพูดเสียดสี แสดง อาการไม่ยอมรับและไม่ไว้วางใจผู้ป่วย	- ลดการสื่อสารทางลบที่เป็นปัญหา และสามารถ ให้คำปรึกษาแสดงความชื่นชมประทับใจ ความ ห่วงใยให้กับรุ่งโรจน์ได้
● จิโรจน์	- วิพากษ์วิจารณ์การกระทำผู้ป่วย ประชดประชัน ไม่ไว้วางใจ	- สามารถใช้การสื่อสารเพื่อความเข้าใจตรงกัน และแนะนำให้คำปรึกษาจิโรจน์ได้
● ปรีชา	การแสดงคำพูดที่ไม่ไว้วางใจ และ การเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป	- สามารถสื่อสารเพื่อรับรู้ความรู้สึกภายในใจของ กันและกันได้ เข้าใจกันมากขึ้น ให้คำปรึกษา กันได้และแม่แสดงการยอมรับปรีชาและให้คุณค่าได้
● นุชนาฏ	- เปรียบเทียบปัญหาของนุชนาฏกับ คนอื่น และไม่สามารถให้คำปรึกษาที่ ถูกต้อง	- รับฟังและเข้าใจอารมณ์และความสูญเสียของ นุชนาฏมากขึ้น ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติได้อย่างไม่ มีการประชดประชัน
● ทศนีย์	- เมื่อเกิดปัญหาจะเลียงโดยการไม่ ทำการสื่อสาร	- สามารถปรับตัวเข้าหากันและใช้การสื่อสาร ทางบวกและบอกความรู้สึกของตนให้กันและกัน ฟังได้
● ปิยะฉัตร	- เมื่อเกิดปัญหาจะเลียงโดยการไม่ ทำการสื่อสาร	- รับฟังปิยะฉัตรมากขึ้น ให้กำลังใจ ให้คุณค่า และการยอมรับความคิด รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อม และพูดคุยกับผู้ป่วยหรือเรื่องที่ปิยะฉัตรต้องการ พูดคุย เชื้อต่อการฟื้นฟูจิตใจปิยะฉัตร

จากการประมวลปัญหาการสื่อสารก่อนและหลังการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟู
จิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ผู้วิจัยนำเหตุการณ์มาอธิบายเพื่อให้เห็นภาพรวมของการสื่อสารในแต่ละ
ครอบครัวที่จัด ว่ามีการใช้การสื่อสารทางบวกมากขึ้น ดังนี้

รุ่งโรจน์

ผู้วิจัยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่ร้านขายปลาสดวางามพบทั้งน้องสาว แม่ และรุ่งโรจน์ กำลังช่วยกันจัดตู้ปลา รุ่งโรจน์บอกว่าตอนนี้รับผิดชอบตนเองได้มากขึ้น ตื่นเช้าขึ้น ช่วยแม่ทำกิจการมะพร้าวขูดส่งและปลาสดวางาม รู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น “แม่พามาทำงานข้าวด้วยทุกมือ ไม่เหมือนก่อน และให้เงินใช้ให้เที่ยวกลับบ้านได้” ครอบครัวเปิดโอกาสให้รุ่งโรจน์ได้มีเพื่อนนอกบ้าน แต่คอยดูอยู่ห่าง ๆ ไม่เจ้ากี้เจ้าการ และไม่กล่าวหาผู้ป่วยเอาเงินไปซื้อยาอีก พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อรุ่งโรจน์ขายปลาให้ลูกค้าได้ และผู้วิจัยสังเกตว่ารุ่งโรจน์สดใสขึ้น อธิบายเรื่องปลาหอมสีให้ผู้วิจัยฟังได้อย่างสนุกสนาน พร้อมทั้งเล่าเรื่องลูกค้าประจำแต่ละคนให้ฟัง และเล่าเรื่องที่บ้านว่าเดี๋ยวนี้ไม่อยู่คนเดียว ฟังวิทยุตั้ง ๆ แล้วเพราะมีอะไรให้ทำมากมาย แม่ของผู้ป่วยสามารถนำความรู้จากการอบรมมาใช้ได้ เช่น เมื่อรุ่งโรจน์ทำอะไรให้ไม่พอใจก็บอกรุ่งโรจน์ตามตรง โดยใช้ (I message) และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมีการสะท้อนความคิด ความรู้สึกว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ อะไรที่ไม่ตรงกันก็อธิบายหรือให้ข้อมูลใหม่ รวมถึงการบอกความประทับใจ เช่น “แม่ดีใจที่รุ่งโรจน์ช่วยงานที่ร้านได้อย่างดี” การเยี่ยมผู้ป่วยสองครั้งหลังการอบรม สรุปได้ว่า ผู้ดูแล (แม่) สามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้สื่อสารกับรุ่งโรจน์ได้ และทำให้รุ่งโรจน์สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ปรีชา

อาการของปรีชาเป็นตัวอย่างที่ผู้วิจัยเห็นพัฒนาการได้ดีที่สุด ปรีชาสามารถดูแลร้านเนื้อทั้งสองร้านเองได้ เมื่อแม่พักผ่อน เป็นคนรับส่งเนื้อดูแลเงินเองได้ ปรีชาสนุกสนานกับการขายของ และได้คุยเล่นกับเพื่อน ๆ ในตลาดทุกวัน และผู้วิจัยยังทราบว่า แม่ออกรถกะบะให้ปรีชา ซึ่งปรีชานำมาอวดผู้วิจัย พร้อมทั้งล้อเลียนโฆษณา “ปลัดมาใหม่ ชับฟอर्डเรนเจอร์” เรียกเสียงหัวเราะจากคนในตลาดที่รู้จักปรีชา ตกเย็นเมื่อร้านปิด แม่จะพาปรีชาไปร้องคาราโอเกะที่ร้านอาหารซึ่งเป็นลูกค้าที่ร้านปรีชาเกือบทุกวัน หรือไม่ก็พาปรีชาไปเที่ยวห้างสรรพสินค้า แม่ปรีชาก็บอกความรู้สึกให้ผู้วิจัยฟังว่า ตอนนี้รู้สึกสบายใจมากที่เขาช่วยเหลือตนเองได้ ทุกวันเขาจะมีอะไรมาเล่าตลอดตอนนี้ไว้ใจเขาแล้วเงินนี้ให้เขาดูแลหมด เขาก็ทำตัวดีเลยซื้อรถให้ แต่จ้างคนมาขับเป็นคนของน้องสาวมาคอยรับส่งเนื้อที่ฟาร์ม จากการสรุปแล้ว ครอบครัวของปรีชาสามารถใช้การสื่อสารทางบวกได้ดี สามารถบอกความประทับใจ ความห่วงใย การให้ข้อมูลและแนะนำให้คำปรึกษากันได้เป็นอย่างดี แม่ปรีชายังขอความเห็นในการตัดสินใจบางเรื่องจากปรีชา ซึ่งทำให้ปรีชาได้แสดงความคิดของตนในฐานะผู้ใหญ่คนหนึ่งได้อย่างเหมาะสมทำให้คนตลาดมองเขาเป็น

ผู้ใหญ่มากขึ้น เช่น ตอนหนึ่ง แม่ของปรีชาถามว่าจะเปิดร้านอาหารเล็ก ๆ แต่ปรีชาบอกว่ายังไม่พร้อม อยากทานร้านอื่นก่อนยังไม่มีคนมาช่วย ขอให้แม่หาเจ้าสาวให้ก่อน จึงอาจกล่าวได้ว่าการสื่อสารที่ดีนั้นทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รู้ความต้องการของกันและกันทำให้ชีวิตของปรีชานั้นมีการปรับตัวที่ดีขึ้น และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้

จิโรจน์

ผู้วิจัยเยี่ยมจิโรจน์ที่บ้าน ครอบครัวยังกำลังนั่งเล่นอยู่ พ่อ แม่ ชวนผู้วิจัยเข้าบ้าน ผู้วิจัยถามอาการโดยทั่วไปดีขึ้น ผู้วิจัยถามการดำเนินชีวิตพ่อแม่ออกให้วาดภาพไป ดูแลไป พ่อถามไฉนวันนี้ คุณทำอะไรบ้าง จิโรจน์วาดรูปโชว์ ขณะนั้นสังเกตการพูดคุย พ่อชมจิโรจน์ว่า “ดีนี่รู้จักทำอะไร” พ่อบอกว่าผู้วิจัยจะมา เก็บของเรียบร้อย และบอกว่าจิโรจน์อยากทำงานศิลปะโชว์ และอีกสักครู่นี้สาวก็จะมาเยี่ยม พาไปทาน MK พ่อบอกว่าจิโรจน์อยากดูหนัง แต่ถ้ามีนวนอน ๆ นี่พ่อจะไม่ให้ไปเขาก็เชื่อ ก็เมื่อก่อนไม่ค่อยมีใครอยากไปด้วย เพราะเขาแต่งตัวแปลก ๆ แล้วชอบพูดเสียงดัง

พ่อ : เห็นบอกว่าไปตะคอกพี่เขย ไหนลองเล่ามาซิ ยังไม่ได้ถามเลยมีอะไรจะบอกพ่อมั๊ย

จิโรจน์ : ก็เจ้มา ผมเข้าไปกอดแฟนเขาแล้วเขาดันผมออก เขาไม่จริงใจจะมาเยี่ยม

พ่อ : (ฟังซักพักแล้วตอบว่าจิโรจน์และอธิบาย) ลูกก็ต้องเข้าใจนะคนไม่สนิทใจเขารู้สึกแปลก เราจะไปกอดเขาไม่ได้

จิโรจน์ : ก็เขาหาว่าผมบ้า

พ่อ : เขาพูดว่าหนูบ้าเหวอ

จิโรจน์ : อ่านสายตา เขาทำร้ายจิตใจผมไม่ชอบ

พ่อ : ต้องเข้มแข็งสิ เราชอบไปลองใจคนนั่นคนนี่พ่อไม่ได้ ดั่งใจก็เสียใจอย่างนี้ก็หาเรื่องเจ็บใจตัวเอง

จิโรจน์ : อือ...จะพยายาม (จิโรจน์พูดยิ้ม ๆ) วาดรูปต่อและต่อไปนี้พ่อแม่ จะยอมรับและพาเขาไปไหนมาไหนมากขึ้น ผู้ป่วยเองก็ปรับตัวเข้าหาพ่อ แม่ และพี่สาวมากขึ้น สามารถบอกความรู้สึกในใจ ความชอบและบอกความประทับใจ ความห่วงใยและแนะนำกันและกันได้ ก่อนกลับจิโรจน์และพ่อ คุยว่าหากเป็นแบบนี้คงไม่ต้องกลับโรงพยาบาลอีก และจิโรจน์เอาไก่แจ้ที่เลี้ยงมาอวดผู้วิจัยและเล่าเรื่องอีกตัวที่ถูกรถชน พ่อจิโรจน์มีสีหน้าเศร้าพ่อปลอบเรื่องไก่ที่โดนรถชนและบอกจะซื้อให้ ถ้าทำตัวดี ๆ จิโรจน์พยักหน้า จากการเยี่ยมจิโรจน์สองครั้ง พบว่ามีการปรับตัวที่ดี

ขึ้นมากกว่าเก่า กินยาเองโดยไม่โยกเยกได้เดียวกับพ่อ แม่ นอกจากนั้นยังไปช่วยพี่สาวทำงานได้ในบางอาทิตย์อีกด้วย

นุชนาฏ

นุชนาฏพาน้องและลูกสาวมารักษาที่โรงพยาบาลศรีรัศมิ์ญา ผู้วิจัยพบและสังเกตว่าสีหน้า นุชนาฏแจ่มใสขึ้น และบอกผู้วิจัยว่าตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล 5 เดือน ตอนนี้เริ่มที่จะทำได้ เข้าใจชีวิตและปรับตัวเข้ากับยาที่ทานได้แล้ว มีน้องสาวและแม่คอยให้กำลังใจรับฟังและเป็นที่ปรึกษาที่ดี ทำให้สบายใจขึ้น ส่วนลูกก็แข็งแรงเลี้ยงไม่ยาก ทำให้ได้ออกไปเปลี่ยนบรรยากาศ ไปพักผ่อนกับแม่ที่ต่างจังหวัดบ้าง ตอนนี้จึงรู้สึกเข้มแข็งขึ้น นุชนาฏนำสิ่งที่อบรมไปใช้กับลูกสาววัย 5 เดือน พุดคุยเล่นนิทานดี ๆ ให้ลูกฟัง และไม่คิดว่ากรณีที่สามีไม่กลับมาคืนดีเป็นปัญหาชีวิตอีกต่อไป นุชนาฏกับน้องสาวปรึกษากันว่าจะไปซื้อของแปลก ๆ ไปขายที่ร้านและอยากได้เสื้อผ้าใส่ทำงานไปขายในตลาด ผู้วิจัยแนะนำให้ไปที่ประตูน้ำก่อนจะไปใน้องสาวนุชนาฏบอกกับผู้วิจัยว่าพี่สาวมีคนชอบมาหาที่ร้านบ่อย ๆ มีผู้ชายเอาของมาให้ แต่นุชนาฏยังไม่พร้อมจะเริ่มต้นกับใครอีก ซึ่งทั้งสองได้คุยกันและนุชนาฏได้บอกความรู้สึกของตนว่ายังเหนื่อยใจอยู่ อยากทำงานและเลี้ยงลูกมากกว่า แต่นี้ก็อบอุ่นแล้วได้อยู่กับลูก น้องสาวก็ยอมรับความคิด เพียงแต่แม่ยังเป็นห่วงกลัวไม่มีใครดูแลตอนแก่ การแสดงออกถึงความเป็นห่วง ทำให้นุชนาฏมีกำลังใจและมีคนคอยรับฟังปัญหาและระบายความทุกข์ได้ จึงมีกำลังใจและพร้อมจะสู้กับชีวิต เพื่อครอบครัวและลูกสาววัย 5 เดือน อีกครั้งหนึ่ง

ทัศนีย์

เนื่องจากบ้านของผู้วิจัยอยู่ใกล้กับบ้านของทัศนีย์จึงเปิดโอกาสให้ ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลในครอบครัวทัศนีย์ถึง 4 ครั้ง โดยผลการสังเกตและสัมภาษณ์ สรุปได้ว่า สามีและลูกสาวให้การยอมรับทัศนีย์มากขึ้น และทัศนีย์เองก็ลดความก้าวร้าวลง เมื่อหงุดหงิดจะเขียนระบาย (ความรู้จากเรื่องการสื่อสารเพื่อการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม) ก็สามารถช่วยบรรเทาไปได้บ้าง อาการมือสั่นเริ่มดีขึ้น และเริ่มปรับตัวเข้ากับเพื่อนบ้านได้มากขึ้น ในครอบครัวได้พูดความในใจต่อกันชมเชยกันและกัน ทัศนีย์แสดงความห่วงใย เมื่อสามีต้องไปปฏิบัติงานต่างจังหวัด สามีแสดงความชื่นชมเมื่อทัศนีย์ร่วมทำงานในชมรมกับแม่บ้านคนอื่นได้ และยังพูดให้กำลังใจโดยใช้ (I message) เช่นสามีทัศนีย์กล่าวว่า “พี่ทุ่มดีใจนะที่เลิกเหล้าได้แล้ว ลูกมันก็ดีใจนะจะได้เริ่มต้นชีวิตใหม่เสียที” ส่วนลูกสาวก็แสดงความห่วงใย และชื่นชมแม่ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึก

ว่าตนเองมีค่าขึ้น ลูกที่ไม่เคยมาถามการบ้านเลยก็เข้ามาถามมาชวนไปเที่ยวกับเพื่อน บอกเพื่อนว่าแม่เป็นทหารมาก่อน แต่ไม่สบายเลยลาออก ซึ่งผู้ปวยบอกคิดอีกทีก็คือเป็นโอกาสของชีวิต จากที่เคยใช้ชีวิตกับพวกทหารด้วยกัน กินเหล้ากันกลายเป็นแม่บ้านเป็นเพื่อนลูกไปเรียนพิเศษ ซึ่งผู้ปวยรู้สึกดีขึ้นอย่างมาก ทุกคนในครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติและให้คำปรึกษากันและกันได้มากขึ้น

ปิยะฉัตร

ผู้วิจัยได้พบกับปิยะฉัตรในกรุงเทพฯ อีก 2 ครั้ง ปิยะฉัตรเดินได้คล่องขึ้นมากและคุยกับผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง เกี่ยวกับการแบ่งที่ดินทำหลาย ๆ อย่างบอกว่าหน่วยงานราชการเผยแพร่ได้ไม่ทั่วถึงเลยไม่ได้ข้อมูลดี ๆ น้องชายเห็นว่าปิยะฉัตรอ่านหนังสือเล่มนี้อย่างละเอียด ดังนั้นชาวบ้านในละแวกนั้นที่สงสัยหรืออ่านหนังสือไม่ออกให้ไปถามปิยะฉัตรที่บ้านได้เลย ซึ่งชาวบ้านที่ไปหาชมว่าปิยะฉัตรอธิบายได้เข้าใจมาก เรื่องนี้ทำให้ปิยะฉัตรรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคมเพิ่มขึ้น เรื่องนี้น้องชายนำมาจากการเปลี่ยนทัศนคติครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้ปวยได้มีโอกาสสื่อสารกับคนรอบข้างมากขึ้นและการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ผลคือปิยะฉัตรสดใสขึ้นกว่าเดิมมากไม่หนีไปหานักจัดรายการวิทยุที่จังหวัดตราดอีก นอกจากนี้ยังมีการปรึกษากันในครอบครัวเรื่องการระดมทุนใช้ไม้ไผ่ในการย่นต้นกล้าที่ลงใหม่เมื่อต้นเดือน ซึ่งน้องชายและแม่เปิดโอกาสให้ปิยะฉัตรช่วยตัดสินใจและปิยะฉัตรยังเล่าให้ฟังว่า แม่พาไปทอดกฐินกับญาติ ๆ ที่สระแก้ว ซึ่งรู้สึกดีมากที่ได้ออกไปไหนมาไหนเหมือนคนอื่นบ้าง ซึ่งเมื่อนึกได้ปิยะฉัตรย้อนถามแม่ว่าทำไมเมื่อก่อนไม่คิดจะพาตนออกไปบ้าง หรือว่าแม่เสียใจที่คนอื่นจะมองว่ามีลูกพิการ แม่ปิยะฉัตรให้เหตุผลว่า เมื่อก่อนปิยะฉัตรจะพูดอะไรมาก ๆ และชอบบอวดอ้าง บางครั้งก็บอกว่าตนเองเป็นผู้พิเศษ แม่จึงกลัวที่จะพาไปพบใคร แต่ตอนนี้ปิยะฉัตรทำตัวดีขึ้นและเข้าใจกันมากขึ้น จึงอยากลองให้ปิยะฉัตรปรับตัวเข้ากับคนอื่นบ้าง และอีกอย่างคือ เมื่อก่อนแม่ไม่เห็นความจำเป็นที่ปิยะฉัตรจะต้องออกไปไหนเพราะอยู่บ้านจะดีที่สุด จะเห็นว่าการสื่อสารที่ดี การพูดคุยกันมากขึ้นและสามารถบอกความรู้สึก และความต้องการของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ทำให้เกิดการเข้าใจกันมากขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็จะสามารถช่วยกันแก้ไขและเป็นທີ່ปรึกษาของกันและกันได้ โดยเฉพาะในกรณีของปิยะฉัตร ซึ่งเมื่อได้รับการไว้วางใจและการยกย่องให้คุณค่าทำให้ปิยะฉัตรแสดงศักยภาพในความคิดและการแสดงออกกับบุคคลรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

จากผลสรุปตามผู้ปวยแต่ละครอบครัวสามารถอธิบายผลจากการประเมินการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ปวยจิตเวช” ในประเด็นต่อไปนี้

● **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม**

การอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ได้ใช้แนวคิดแบบจำลอง (KAP) เพื่อการประเมินผลว่าญาติสามารถนำความรู้สู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และนำไปปฏิบัติได้คือใช้ในชีวิตประจำวันได้

KNOWLEDGE	ATTITUDE	PRACTICE
<ul style="list-style-type: none"> ● ความรู้ในเรื่องธรรมชาติของผู้ป่วย ● การสื่อสารทางบวก และลบ ● การสื่อสารเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย ● คุณหมุมิจิตใจ 	<p>ปรับทัศนคติว่าผู้ป่วยทางจิต เป็นบุคคลที่ต้องการกำลังใจ และความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง</p> <p>มีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารทางบวกต่อผู้ป่วย พฤติกรรมที่ไม่ดีบางอย่าง สามารถใช้การสื่อสารเพื่อแก้ไข การสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น</p>	<p>ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นคนปกติ</p> <p>ใช้การสื่อสารทางบวก และ I message</p> <p>สามารถนำไปปฏิบัติได้</p> <p>สามารถนำไปปฏิบัติได้</p>

ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของญาติ (ผู้ดูแล) หลังการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช”

● **การประเมินผลด้านความรู้**

การเปลี่ยนแปลงความรู้เดิมจากการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช ผลของการทำแบบสอบถามและแบบทดสอบ สรุปได้ว่า ญาติ (ผู้ดูแล) มีความเข้าใจมากขึ้นจากเดิมที่คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 11 ขึ้นเป็น 17 และมีผู้ทำคะแนนได้เต็ม (18คะแนน) ถึง 4 ท่าน จาก 6 ท่าน ผู้วิจัยจึงได้แยกการประเมินระดับความรู้ของญาติได้ 3 ระดับที่ญาติสามารถเข้าใจหลังการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” คือ

1. ระดับระลึกได้ (Recall) จำวิธีและกระบวนการสื่อสารที่ถูกต้องได้รวมทั้งทำแบบทดสอบได้
2. ระดับรวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หลังการอบรมจะมีการให้ทำแบบสอบถามประเมินผลการอบรมในแต่ละหัวข้อบรรยาย ซึ่งญาติสามารถประเมิน

ได้ว่าอย่างไรหน่าจะทำได้หรือสิ่งไหนไม่ได้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งอธิบาย
 ความสำคัญของการสื่อสารที่ดีได้

3. ระดับการนำไปใช้ (Application) ญาติสามารถนำเอาความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

สรุปคือ ญาติผู้ป่วยสามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้ได้ โดยสามารถบอกข้อดีข้อเสียของการสื่อสารในครอบครัวของตนรวมทั้งสามารถบอกได้ว่า การสื่อสารที่อบรมไปต่าง ๆ นำไปใช้ได้จริงในแต่ละบ้านอย่างไรใช้ข้อไหนบ้าง จึงสามารถสรุปได้ว่า ญาติสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปรับใช้ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยที่ญาติดูแลได้



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย สรุป และเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวช และครอบครัวในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษาผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ด้าน Meeting by tow experts คือ ทีมจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคและญาติ (ผู้ดูแล) คือผู้เชี่ยวชาญในตัวผู้ป่วย โดยศึกษาการสื่อสารในโรงพยาบาลระหว่างทีมจิตเวชในรูปแบบที่เป็นการสื่อสารเชิงบำบัดที่มีผลที่ดีในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีรัษฎา และเมื่อผู้ป่วยกลับมาที่บ้านผู้ดูแลซึ่งก็คือญาตินั่นเองที่มีผลโดยตรงในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ขึ้นโดยการประยุกต์การสื่อสารที่เป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจากทีมจิตเวช และการสื่อสารที่เป็นปัญหาและควรปรับปรุงเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูจิตใจที่ครบวงจรและป้องกันการกำเริบที่เกิดจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง

วิธีการศึกษาได้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบสหวิธีการ (Multiple Methodology) ประกอบด้วยการสำรวจด้วยการศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Obsevation) การสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Foues group) มากกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเวชร่วมสนทนาและแสดงออกในแต่ละประเด็น เช่น การสื่อความหมายถึงความคิด ความคาดหวังต่อครอบครัว สังคม และชีวิตในโรงพยาบาล ด้วยภาษาที่มีลีลา (Dramatizing Message) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ

- | | | |
|---------------------|----------|----|
| 1. ทีมจิตเวช | จำนวน 12 | คน |
| 2. กลุ่มผู้ป่วย | จำนวน 6 | คน |
| 3. กลุ่มญาติผู้ป่วย | จำนวน 6 | คน |

โดยผู้วิจัยเริ่มศึกษาจากในโรงพยาบาลศรีรัษฎา ตั้งแต่เดือน เมษายน จนถึง ตุลาคม 2544 รวมทั้งสิ้น 7 เดือน โดยเข้าร่วมสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของทีมจิตเวช เช่น ลักษณะการคุยของจิตแพทย์ การหาข้อมูลของนักสังคมสงเคราะห์ การทดสอบทางจิตและการทำกลุ่มของนักจิตวิทยา และการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล และเป็นสมาชิกและร่วมประชุมกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีรัษฎา “ชมรมกัลยาณมิตรญาติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีรัษฎา”

ทุกวันพุธต้นเดือน เพื่อทราบปัญหาการสื่อสารที่น่าจะเป็นไปได้ในกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาปรับใช้ต่อไป จากนั้นศึกษาตามบ้านผู้ป่วยช่วงที่ 1 ก่อนการอบรมกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช เดือน ตุลาคม ถึงเดือน มกราคม เป็นเวลา 3 เดือน ช่วงที่ 2 หลังการทำการอบรมเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2545 เป็นเวลา 2 เดือน

จากผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อสันนิษฐานทั้ง 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปการวิจัยและอภิปรายผลตามแต่ละปัญหานำวิจัย ดังนี้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 1 กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวชเป็นอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ข้อสันนิษฐานงานวิจัยข้อที่ 1 ทีมจิตเวชมีกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปรับให้เข้ากันได้กับอาการของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

โดยสรุปสอดคล้องกับข้อสันนิษฐาน เนื่องจากทีมจิตบำบัดมีการสื่อสารที่สามารถปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละอาการ จากผลการวิจัยประเด็นแรกผู้วิจัยขออธิบายการสื่อสารทั่วไปในหอผู้ป่วยวิกฤตและแรกรับ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างแรก คือ อธิบายข้อควรปฏิบัติในระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วย จากนั้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องมีการชักจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะการโน้มน้าวใจแบบต่าง ๆ เช่น การใช้แรงจูงใจที่เป็นรางวัล การชื่นชม หรือการให้ผู้ป่วยดูแบบอย่างที่ดีจากผู้ป่วยรายอื่น หากเกิดความไม่เข้าใจต้องทำการลดความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้นทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษาเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างไวต่อความรู้สึก จึงต้องมีการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ประการที่สำคัญที่สุดคือ การสื่อสารเพื่อการพยาบาลและการฟื้นฟูจิตใจ เกิดขึ้นในทุกบริบทของกิจกรรม เช่น การพยาบาลการตรวจวัดความดัน การพูดคุยแบบรายบุคคลเพื่อให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคลที่กล่าวมา มีลักษณะเป็นกระบวนการมีขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนของทีมจิตเวชนั้นไม่แตกต่างกัน แต่ก็มีปัจจัยที่ทำให้การสื่อสารมีความแตกต่างกัน

ประการแรก คือ ลักษณะงานและการใช้เวลากับผู้ป่วย ซึ่งการใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการสื่อสารบำบัด โดยจิตแพทย์จะรับผิดชอบสภาวะทางกาย นักจิตวิทยา รับผิดชอบสภาวะทางจิต นักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบสภาวะทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ พยาบาลเพราะเป็นผู้ดูแลเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ตื่นขึ้นจนถึงเวลาหลับ สำหรับนักสังคมสงเคราะห์เข้ามาดูเรื่องลักษณะความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน ตามสภาพสังคม

ของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย สำหรับนักจิตวิทยาจะคุยเรื่องประเด็นที่อยู่ภายในจิตใจของผู้ป่วย และร่วมมือกับจิตแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาจิตแพทย์จะดูว่ากรณีนี้ต้องพบนักจิตวิทยาหรือไม่ และจะส่งไปให้นักจิตวิทยาทำแบบทดสอบทางจิตแบบต่าง ๆ หรือในกรณีที่ปัญหาหนักและจิตแพทย์ไม่สามารถลงในประเด็นละเอียดก็จะนัดส่งผู้ป่วยให้กับนักจิตวิทยา สำหรับจิตแพทย์เรียกว่าเป็น “หัวหน้าทีม” ในการรักษา เพราะเป็นผู้ตรวจวินิจฉัย การเลือกวิธีการรักษา การให้ยา ตลอดจนดูแลผลการรักษาและการปรับตัวตามรายงานของพยาบาล นักจิตวิทยาและส่งผู้ป่วยกลับเมื่อผู้ป่วยพร้อมและญาติพร้อม โดยประสานข้อมูลกับนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช เพราะฉะนั้นหากสรุปถึงลักษณะงาน ผู้วิจัยจึงขอสรุปว่า การใช้เวลาของพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นอยู่ในระดับที่มากที่สุดที่สุดในทีมจิตเวชอื่น เมื่อมีความถี่ในการสื่อสารพูดคุยมาก ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจึงมีมากและผู้ป่วยจึงให้ความไว้วางใจพยาบาลมาก ซึ่งวิธีการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลให้ลักษณะการสื่อสารแตกต่างกัน เช่น พยาบาลใช้การสื่อสารที่เน้นความอบอุ่นแบบแม่กับลูก พี่กับน้อง สำหรับนักจิตวิทยาและจิตแพทย์จะให้ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพไม่ใช่ลักษณะความสัมพันธ์เชิงสังคม จึงไม่เหมือนพยาบาล สำหรับจิตแพทย์จะตรวจรวมถึงร่างกาย ระบบการทำงาน ความคิด การปรับวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ และความคาดหวังความพึงพอใจของผู้ป่วย การอธิบายโรค อาการ วิธีการรักษาตามขั้นตอน ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อถึงเวลาที่สามารถกลับบ้านได้ ด้วยเหตุผลนี้เองผู้ป่วยจึงมีความเกรงกลัวและเคารพจิตแพทย์อย่างมาก เพราะเป็นบุคคลผู้เดียวในทีมจิตเวชที่มีอำนาจในการส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ประเด็นต่อมาคือเรื่อง บุคลิกลักษณะ กล่าวได้ว่าความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเลือกกลยุทธ์ โดยบุคลิกที่ผู้วิจัยกล่าวถึง หมายรวมถึง บุคลิกของทีมจิตบำบัด (ผู้ดูแล) และบุคลิกของผู้ป่วยด้วย โดยการบำบัดรักษาผู้บำบัดจะยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรักษา (Client center) โดยยึดที่ความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลักในการเลือกวิธีการสื่อสาร และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งการรักษาทางจิตเวชไม่เหมือนการรักษาโรคชนิดอื่น คือ ผู้รักษาต้องใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด คือการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือนั่นเอง (Therapeutic use of self) โดยบุคลิกลักษณะของผู้พูด (Character) คือการสร้างประทับใจ ความศรัทธาของทีมจิตเวชเพื่อรักษาผู้ป่วย เช่น พยาบาลกับจิตแพทย์ สวมเครื่องแบบดูเป็นผู้ชำนาญทางวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (จตุพร แสงกุล, พิเชญ อุดมรัตน์, 2544) สรุปว่าการแต่งกายและคำทักทายของจิตแพทย์มีผลต่อเจตคติของผู้ป่วยในแง่ความรู้ความสามารถเห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบที่จะให้จิตแพทย์ แต่งกายเป็นพิธีการ โดยสวมเสื้อกราวนสีขาวย เพราะแสดงความเป็นมิตร เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้ พูดคุยด้วยง่ายในส่วน of คำทักทาย ผู้ป่วยร้อยละ 74 ต้องการให้จิตแพทย์เรียกคุณด้วยชื่อจริง และนิยมให้จิตแพทย์เรียกตัวเองว่าหมอ ซึ่งการเรียกและสรรพนาม

นามที่กล่าวมาสอดคล้องกับงานวิจัย แต่ในเรื่องการแต่งกายแต่ก็พบว่าบางครั้งแพทย์ไม่ได้สวมเสื้อกราวน์ตรวจในหอผู้ป่วยใน เนื่องจากต้องชี้จักรยานไปตรวจตามตึกต่าง ๆ จึงไม่สะดวกที่จะสวม แต่ผู้ป่วยก็ยังให้ความเคารพนับถือเช่นเดิม ในส่วนปัจจัยในความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร Berlo, Lemert and Mertz, 1966 (อ้างถึงใน อรรถวรณ์ ปีลันธนโอบาท. 2542 : 121-122) สรุปปัจจัย 3 ประการที่ใช้ในการตัดสินใจความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร อธิบายในงานวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่สร้างความอบอุ่น ทีมจิตเวช ต้องใจดีแสดงความอบอุ่น เป็นมิตร สุภาพ ว่าเรื่องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจและสบายใจที่ได้พบเจอ พุดคุย
2. ปัจจัยทางความชำนาญ ทีมจิตเวชต้องมีประสบการณ์การทำงานมีอำนาจหน้าที่ มีความสามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละอาการได้
3. ปัจจัยทางพลวัตหรือความคล่องตัว ทีมจิตเวชต้องคล่องแคล่ว กระตือรือร้นในการรับฟังช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย เป็นฝ่ายรุกเข้าหาเพื่อสร้างสัมพันธภาพและต้องกล้าตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพราะอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยเองและอาจทำร้ายบุคคลอื่นนั้นอาจเกิดขึ้นได้ตลอด จึงอภิปรายได้ว่ามีความสำคัญทั้ง 3 ประการสำหรับทีมจิตเวชในการที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือ

ประการต่อมาคือ อาการ ICD 10 คือการรักษาตามแบบวิเคราะห้ทางจิต ซึ่งอาการป่วยแต่ละอาการมีผลต่อลักษณะการสื่อสาร เพื่อการรักษาของทีมจิตเวชอาจจัดได้เป็นกลุ่มอาการ เช่น ซึมเศร้า แยกตัว ท้อแท้ ฆ่าตัวตาย ต้องให้กำลังใจ และพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ส่วนผู้ป่วยก้าวร้าว ต้องพูดด้วยน้ำเสียงสงบ สุขุม แต่ใช้เสียงดังมากกว่ากลุ่มซึมเศร้า เป็นต้น และการเสนอความจริงให้กับผู้ป่วยประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง มีความคล้ายกับดีด้อย ๆ เสนอความจริงโดยไม่เถียงผู้ป่วย และอาการบางอย่างจำเป็นต้องทำร่วมกับการทำครอบครัวบำบัดด้วย ประเด็นสุดท้ายคือ สถานการณ์ ผลการวิจัยพบว่านอกจากผู้บำบัดเลือกกลยุทธ์การสื่อสารตามบุคลิกภาพ เป็นอันดับต้นตามที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้ว สถานการณ์จะเป็นปัจจัยของการเลือกกลยุทธ์ปัจจัยหนึ่ง ซึ่งทีมจิตเวชจะเลือกใช้ตามความเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคอย่างหนึ่ง แต่แสดงอาการขณะนั้นอีกอย่าง ผู้บำบัดก็ต้องเลือกคำพูดคุยตามสถานการณ์ หรือภาวะความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้น

ทั้งนี้ ปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น ภูมิอากาศ ความหนาแน่นของประชากรผู้ป่วย รวมถึงอารมณ์ของผู้บำบัดในขณะนั้นอีกด้วย ผู้วิจัยพบว่าบางครั้งพยาบาลในตึกไม่สามารถให้การพูดคุยระบายบุคคลกับผู้ป่วยได้ทั่วถึง เนื่องจากได้ทำภาระกิจในวันนั้นมากมายและเหนื่อยอ่อน ถ้ามีผู้ป่วยจะมาขอคำปรึกษาจึงจำเป็นต้องให้เหตุผลเลี่ยงไปก่อนที่จะรีบ ๆ พูดคุย เพราะผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นจริง ๆ แล้วพยาบาลไม่ได้ตั้งใจฟังเลยรีบ ๆ ให้พูดจบ ๆ ไป หรือการพูดคุยในกรณีเช่น พยาบาลนัดทำกลุ่ม พูดคุยปัญหาผู้ป่วย แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรม กรีดร้อง ตะโกน และเขย่าลูกกรง เกิดเสียงดัง จึงไม่สามารถทำการพูดคุยได้ พยาบาลจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การคุยต้องมีสมาธิ จึงสรุปว่าสถานการณ์มีผลต่อการเลือกใช้กลยุทธ์ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะทำการสื่อสารระหว่างบุคคลกับผู้ป่วยจิตเวช

โดยสรุปแล้วกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลของทีมจิตเวช แยกได้ดังนี้

กลยุทธ์เพื่อสร้างความประทับใจ เช่น การแสดงท่าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม เป็นกันเอง แสดงออกถึงการเห็นใจ สนใจและยอมรับ สิ่งที่สร้างความประทับใจอีกประการคือ การสร้างความถี่ในการสื่อสาร การเข้าตรวจพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อย ๆ ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงตัวเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อผู้บำบัดสามารถสร้างความประทับใจเพื่อเข้าถึงใจผู้ป่วยได้แล้ว นั้นหมายความว่าผู้บำบัดสร้างความดึงดูดใจให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคลขึ้นในตัวผู้ป่วย เมื่อสร้างความประทับใจแล้วสิ่งต่อมาที่ต้องสร้างคือ

กลยุทธ์เพื่อสร้างความไว้วางใจ ซึ่งการสร้าง ความไว้วางใจ และความศรัทธาจากผู้ป่วยต้องอาศัยระยะเวลาและการสร้างสัมพันธภาพในเชิงบวก การให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ กับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสงสัยหรือเข้าใจผิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ไม่ไว้วางใจ การรักษาก็จะไม่เกิดผลที่ดี ซึ่งการสร้าง ความไว้วางใจจะทำได้โดยการยอมรับผู้ป่วย การแสดงความเห็นใจอย่างจริงใจ ให้ความคุ้นเคยเป็นกันเองลักษณะ พูดชัดเจนไม่พูดคลุมเครือและนอกจากนั้นยังสามารถแสดงความเข้าใจในความรู้สึกผู้ป่วยจริง ๆ โดยการเทียบเคียง (Identify) ตัวเองเข้ากับผู้ป่วย เป็นต้น

เมื่อสามารถสร้างความไว้วางใจได้แล้วขั้นต่อไปคือ การเข้าถึงข้อมูล คือการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งนำมาสู่ข้อมูลที่จะนำมาช่วยเหลือพวกเขาเหล่านั้นได้ แม้การพูดคุยหรือการกระทำจิตบำบัดของตึกวิกฤตและแรกรับจะไม่ลงลึกถึงจิตใต้สำนึก จิตไร้สำนึก แต่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นเรื่องที่สร้างความไม่สบายใจและมีผลต่อความเจ็บป่วยในขณะนี้ จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยระบายเรื่องราว

เหล่านั้นออกมา กลยุทธ์ที่กล่าวถึงนี้จึงเรียกว่า **กลยุทธ์การนำไปสู่การเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย** สิ่งแรกที่ผู้บำบัดต้องทำเพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเองนั้น คือ ต้องเปิดเผยตัวเองสู่ผู้ป่วย เช่น ผู้บำบัดเป็นใคร มาพูดคุยเพื่ออะไร มีหลายครั้งที่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายถามผู้บำบัดก่อน ซึ่งผู้บำบัดเองต้องตอบโดยไม่ลังเล ผู้ป่วยจะเชื่อมั่นและเปิดเผยข้อมูล โดยผู้บำบัดต้องทำโดยจริงใจไม่เสแสร้ง สำหรับเรื่องราวบางอย่างเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เช่น เรื่องที่ผิดกฎหมายหรือศีลธรรม เช่น ยาเสพติด การทำร้ายร่างกายคนอื่น หรือการติดโรคร้ายแรง ผู้บำบัดต้องค่อย ๆ ถาม โดยอาจเริ่มกระตุ้นจากคำถามปลายเปิดก่อน อาจเริ่มจากการถามความรู้สึก ความคิดที่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล ความจำเป็น ความเต็มใจ และความเชื่อมั่น ตัวอย่างเช่น เมื่อเห็นว่าเชื่อมั่นในการรักษา ก็ต้องให้ข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา เป็นต้น หากผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่จำเป็นต้องรักษา ผู้บำบัดก็ต้องอธิบายความจำเป็น พูดถึงผลเสียต่อตนเอง ต่ออาชีพการงาน และครอบครัว คือสร้างแรงจูงใจ ด้านความกลัว (Fear appeal) ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการจำเป็นต้องรักษา นอกจากนั้นต้องให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่ได้เอาเปรียบพวกเขา แต่เป็นคนที่ฟังเขาได้

เมื่อผู้บำบัดเข้าใจในตัวผู้ป่วย และทราบภูมิหลังของแต่ละคนแล้ว สิ่งสำคัญของการสื่อสารในลำดับต่อไปคือ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยที่มาอยู่รวมกันในหอผู้ป่วยวิกฤติและแรกเริ่มมีความสบายใจมากที่สุด นั่นคือ **“กลยุทธ์การสร้างความสบายใจ”** นั่นเอง หมายถึงการสร้างบรรยากาศที่ดีให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกดดัน ทั้งจากวัจนภาษาและอวัจนภาษาของทีมจิตเวช ซึ่งเมื่อความวิตกกังวลและความกดดันลดลง การสื่อสารที่ดีย่อมสามารถถ่ายเทเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ลักษณะการสื่อสารเพื่อสร้างความสบายใจคือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เช่น การพูดให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองเสริม Ego ที่ดีอยู่แล้วให้ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง จากนั้นสร้างความอบอุ่นคือ แสดงความเป็นมิตรและแสดงออกถึงความห่วงใยในตัวผู้ป่วยทั้งคำพูดและการกระทำประเด็นต่อมาคือ การสนทนาในทุก ๆ เรื่องจะต้องเป็นการสร้างความคิดด้านบวกให้กับผู้ป่วย คือการเลือกคำพูดที่เป็นในเชิงสร้างสรรค์ คัดคำพูดที่มีความหมายที่ดีต่อความรู้สึกผู้ป่วยประเด็นสุดท้ายคือ การให้กำลังใจและการให้คำปรึกษา โดยลักษณะเช่น การชื่นชม ปลอดภัยการร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา เช่น การให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ เมื่อปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลได้คลี่คลายลงและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้เอง ความสบายใจก็จะตามมา ลักษณะการพูดคุยแบบนี้เรียกว่าการทำ Supportive Psychotherapy หรือการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับคนไข้ในตนเอง ในความเป็นจริงบางครั้งพบว่าการลดขั้นตอนบ้าง เพราะบุคลากรในทีมจิตเวชไม่เพียงพอที่จะให้บริการผู้ป่วย เพราะบางครั้งจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอาจสูงถึง 70 คนต่อพยาบาลเพียง 5 คน (1:14) จึงมีเวลาไม่พอในการคุยหรือการลงลึกถึงปัญหา เช่น ในข้อมูลเอกสารบอกว่าการทำจิตบำบัดรายบุคคลใช้

เวลา 45 นาที อาจเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเพียง 10 นาที และอีกกรณีหนึ่งคือ ทีมจิตเวชไม่หมดทั้งทีมที่จะพบผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนในหออาจพบแค่แพทย์และพยาบาลเท่านั้น บางกรณีแพทย์เองไม่มีเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพรายบุคคล เมื่อถึงเวลาตรวจจึงให้พยาบาลช่วยมานั่งอยู่กับผู้ป่วยด้วยคอยช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ

ประการสุดท้าย ระเบียบการใหม่ (หลังรัฐบาลออก 30 บาท รักษาทุกโรค) ส่วนผลกระทบต่อโรงพยาบาล การดูแลเพียง 1 เดือนอาจไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพอย่างเต็มรูปแบบได้ แต่หากมีการเพิ่มบุคลากรและให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่ดีจะมีประโยชน์ต่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก

หากพิจารณาการสร้างที่น่าเชื่อถือของผู้พูดตามแบบของอริสโตเติล จะพบว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่มี Ethos (ความน่าเชื่อถือ) มากที่สุด เพราะเป็นหัวหน้าทีมจิตเวชและยังเป็นผู้เดียวที่อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ผู้ป่วยจะดีใจเมื่อได้พบแพทย์ และรอความหวังว่าเมื่อไรจะให้กลับบ้านเป็นแรงเสริมที่อยากพบหมอ ส่วนพยาบาลจะเป็นบุคคลที่มีความถนัดในการพบผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้รู้พัฒนาการของผู้ป่วยและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ สำหรับ Logos ใช้เมื่อต้องการอธิบายเหตุผลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยฟังโดยผู้บำบัดมักจะใช้วิธีการยกตัวอย่างในการอธิบายมากที่สุด ส่วนปัจจัยทางด้าน Pathos (อารมณ์ของผู้ฟัง) ของผู้บำบัดจะเป็นส่วนที่แสดงความสามารถของผู้บำบัด ซึ่งผู้ป่วยจะเรียนรู้จากตัวผู้บำบัดโดยสังเกตอาศัยเวลา และการพูดคุย ผู้บำบัดต้องเข้าใจสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ใช้อารมณ์สร้างบรรยากาศการสื่อสาร ซึ่งผู้บำบัดสามารถสร้างขึ้น เพื่อโน้มน้าวใจผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอยากตาย ผู้บำบัดอาจจูงใจด้วยความกลัว ความบาป ความเจ็บปวด หรือจุดจูงใจด้านอารมณ์ ความสะเทือนใจของพ่อแม่ การแสดงความเห็นใจ ความห่วงใย (เช่น การที่พยาบาลเรียกแทนตัวเองว่า “แม่”) การสร้างความรู้สึกร่วมกัน ปลอดภัยให้ผู้ป่วยสบายใจ หรือการทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลิน สนุกสนานมีอารมณ์ร่วมในกิจกรรม เพื่อสื่อสารบางสิ่งบางอย่างแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นยังรวมถึงการที่พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย เชื้อประโยชน์ต่อการฟื้นฟูจิตใจอีกด้วย

ผู้วิจัยพบว่าผู้บำบัดทุกคนใช้ลักษณะ Pathos ผ่านทางกลยุทธ์การสื่อสารต่าง ๆ โดยมีการใช้ในผู้บำบัดทุกท่าน แต่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยพบว่ามีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่ใช้หลักเทียบเคียง Identify ของ Kenneth Burke คือ การสร้างอารมณ์ว่าเป็นพวกเดียวกับผู้ป่วยในที่นี้ คือ “แม่ของลูก” หรือ “ภรรยาของสามี” จากการสังเกตจิตแพทย์จะมีขอบเขตของการใกล้ชิดและการพูดคุยกับ

ผู้ป่วย ในบางครั้งจิตแพทย์มาตรวจผู้ซึ่งมีจำนวนมากทำให้เรื่องที่สนทนาต้องใช้เวลาจำกัด จะมุ่งถามเรื่องปฏิกิริยาของยาและถามในเรื่องสุขภาพเท่านั้น ในขณะที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ได้คุยกันได้เห็นใจกัน ผู้วิจัยจึงพบบ่อยครั้งที่ผู้ป่วย (ตีความ 6) ไม่อยากกลับบ้านอยากอยู่ที่นี้ เพราะที่นี้มีแต่คนดีด้วย จนผู้ป่วยออกไปแล้วความคิดถึงกันและกันของพยาบาลและผู้ป่วยยังคงมีอยู่

นอกจากปัจจัยทางกลยุทธ์ต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยยังสังเกตเห็นว่าบรรยากาศรอบ ๆ ตัว เช่น สภาพอากาศ ความหนาแน่นของประชากรผู้ป่วย ลักษณะของหอผู้ป่วย ยังมีผลต่อสภาพจิตของผู้ป่วย และสภาพจิตของผู้บำบัดอีกด้วย ยกตัวอย่างคือ บางครั้งไม่สามารถทำกลุ่มจิตบำบัดได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยเคาะลูกกรงเหล็กและกรีดร้องทำให้บรรยากาศไม่เอื้อแก่การทำกลุ่มจิตบำบัด

จึงนับว่า ปัจจัย Ethos Pathos และ Logos มีผลทั้งสิ้นในการสื่อสารบำบัดให้ผู้ป่วย เชื่อถือทีมจิตเวช โดยสรุป คือ ผู้บำบัดใช้กลยุทธ์หลายรูปแบบผสมผสานกัน บางครั้งโรคเดียวกัน แต่แสดงอาการไม่เหมือนกัน การพูดคุยจึงต้องดูทั้งอาการและอารมณ์ของผู้ป่วย สถานการณ์และตัวผู้รักษาเอง ทั้งนี้กลยุทธ์ต่าง ๆ ต้องดำเนินสอดคล้องกัน คือ ให้ผู้ป่วยสบายใจ อบอุ่น มีความเต็มใจที่จะรักษาต่อ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์และรวบรวมกลยุทธ์ที่น่าเสนอไว้ในบทที่ 4 แล้ว โดยการอภิปรายครั้งนี้จะสรุป คือ การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชนั้น ต้องเริ่มตั้งแต่ การสร้างสัมพันธภาพอย่างมีขั้นตอน สม่ำเสมอและอาศัยระยะเวลา แต่บางครั้งจำนวนผู้ป่วยที่มากทำให้ต้องจำกัดเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยให้เท่า ๆ กัน จึงจำเป็นต้องมีการข้ามขั้นตอนไปบ้าง แต่วิธีการและจุดประสงค์ยังคงเดิม คือ เริ่มจากการทักทายให้ความเป็นกันเองจนผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจผู้บำบัด จากนั้นผู้ป่วยจะบอกเล่าเรื่องราวและผู้บำบัดจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (Counseling) และให้กำลังใจในผู้ป่วยทุก ๆ อาการ บางครั้งผู้บำบัดไม่ต้องใช้เวลามากนักในการสร้างสัมพันธภาพช่วงแรก เพราะผู้ป่วยพร้อมที่จะบอกเล่าข้อมูลและระบายความทุกข์ใจให้ฟังอยู่แล้ว เพียงแต่การฟื้นฟูจิตใจ โดยผู้บำบัดในทีมจิตเวชจะมีขั้นตอนคือ ฟัง จับประเด็น สะท้อนความดังนี้ ผู้ป่วยเองจะเข้าใจในความทุกข์และการหาทางออกของปัญหาที่ละประเด็นอย่างมีความเข้าใจในความรู้สึกของตนเอง ซึ่งแตกต่างกับการพูดคุยปรับทุกข์ทั่วไปที่พูดระบายความในใจและวนกลับมาไม่ได้แก้ปัญหาที่ละจุด ทักษะในกรณีนี้จึงจำเป็นที่ผู้บำบัดต้องใช้ประสบการณ์ในการแปลคำพูดมาเป็นความคิด อารมณ์ และความต้องการของผู้ป่วย และสะท้อนกลับไปในนั้นหมายความว่าเกิดการเข้าใจตรงกัน และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้บำบัดเข้าใจตัวเขา และทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น สิ่งสำคัญที่สุดในการฟื้นฟูจิตใจ คือ ให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและจัดการกับภาระกระทำของตนเองอย่างรู้ตัวและแก้ไขได้ด้วยตนเอง มิใช่ผู้บำบัดคอยชี้แนะแนวทางให้ทุกเรื่อง ในส่วนอุปสรรคการสื่อสารในบริบทของงานวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อ

ฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชอาจเกิดจากตัวผู้ป่วย เช่น อาการของผู้ป่วยขณะนั้นไม่เหมาะที่จะทำการสื่อสารหรืออารมณ์ของผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะทำการสื่อสารระหว่างบุคคลได้ เช่น ผู้ป่วยกำลังอยู่ในอารมณ์โกรธ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ก็ต้องใช้การพูดเพื่อให้ตระหนักรู้และควบคุมตนเอง ผู้บำบัดต้องมีท่าทีสุ่ม เป็นมิตร ค่อย ๆ เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือหรือจนผู้ป่วยพร้อมที่จะพูดคุย

ประเด็นที่สอง คือ ภาษาและวัฒนธรรมในความเป็นจริงที่มิจิตเวชจะถูกฝึกมาอย่างดีในเรื่องการเรียนรู้ความแตกต่างของบุคคล เป็นหน้าที่ของมิจิตเวชที่ต้องทำความเข้าใจ และปรับเข้าหา เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด และหากความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น เมื่อไหร่จะต้องแก้ไขทันที เช่น การเข้าใจผิดจากคำพูด สามารถทำโดยการสะท้อนความคิดการทวนซ้ำ ทำให้เกิดการเข้าใจตรงกัน ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องระวังคำพูดอย่างมากเพราะผู้ป่วยนั้นสามารถจดจำได้อย่างดีหากเกิดความเข้าใจผิด และสัมพันธ์ภาพที่ดีจะเสียไป หรือถ้าอุปสรรคจากความไม่พร้อมของผู้บำบัด ผู้บำบัดเองต้องพยายามทำอารมณ์ให้คงที่ และการพยายามหาข้อมูลในตัวผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อให้เกิดการเข้าถึงผู้ป่วย สอดคล้องกับทฤษฎี URT (Uncertainty Reduction Theory) คือ ยังมีข้อมูลในตัวผู้ป่วยมาก ๆ ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะสื่อสารด้วย เป็นการลดอุปสรรคทางการสื่อสารอีกวิธีหนึ่ง

ในสวนสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องมาจากการมีความรู้ถึงความต้องการพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์ เทคนิค และกลยุทธ์ต่าง ๆ ของมิจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งขั้นตอนต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น ระยะเริ่มต้น จะเป็นการทำความรู้จักกับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผู้บำบัดอีกด้วย โดยระยะนี้ผู้บำบัดต้องอธิบายการเข้ามาสนทนามีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร บุคคลในมิจิตเวชมีใครบ้างและผู้บำบัดเป็นใคร มีหน้าที่อะไร เมื่อกระตุ้นการพูดโดยผู้บำบัดเริ่มก่อนแล้วจึงปล่อยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องของตนบ้าง ระยะที่ 2 คือ ระยะการดำเนินสัมพันธภาพ เป็นการพูดคุยในประเด็นต่าง ๆ อาจเริ่มจากปัญหาความกังวลใจของผู้ป่วย เพื่อร่วมกับผู้บำบัดในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยผู้บำบัดต้องเพิ่มคุณค่าในตัวผู้ป่วย ให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาของตนในปัจจุบันได้ เช่น

นุชนาฏ (ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง) มาโรงพยาบาลด้วยปัญหาของการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากผิดหวังในเรื่องความรัก ผู้บำบัดจะเป็นผู้สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยได้รู้จักการต่อสู้ชีวิต ไม่พุดถึงปัญหาในอดีตให้ผู้ป่วยปรับตัวกับปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกของเขาที่มีต่อบุคคล หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยผู้บำบัดช่วยวิเคราะห์ความรู้สึก และหาทางแก้ไขปัญหาที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดต่อไป โดยเน้นในเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ของผู้ป่วย เมื่อปัญหาได้ถูกวางแผนแก้ไขและการปรับตัวของผู้ป่วยไปได้ด้วยดีแล้ว จะมาถึงช่วงระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพคือ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั่นเอง เป็นการสรุปเรื่องราวทั้งหมดและเน้นย้ำข้อควรปฏิบัติ รวมถึงวิธีปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสังคมหลังออกจากโรงพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงอนาคต ความต้องการ ความหวัง และการปฏิบัติเพื่อให้ความหวังในอนาคตประสบความสำเร็จ การสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการสื่อสารเพื่อการบำบัดจะเห็นว่ารวมเอาการใช้กลยุทธ์ทั้งหมด และการให้คำปรึกษาไว้ด้วยกัน ซึ่งในความเป็นจริงนั้นพบอาจมีการทำข้ามขั้นตอนไปบ้าง เนื่องจากจำนวนทีมจิตเวชไม่พอกับการรักษาแบบรายบุคคลกับผู้ป่วย แต่ทุกคนในทีมจิตเวชให้ความเห็นตรงกันว่า หากมีการรักษาแบบตัวต่อตัวอย่างเต็มที่ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติและแรกรับจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับงานของ จารูวรรณ เอกอรรถผล (2529) ที่ศึกษาวิเคราะห์ปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยสรุปคือ การสร้างสัมพันธภาพนั้นใช้เวลานานที่สุด และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จะมีความสัมพันธ์สูง กับพฤติกรรมของพยาบาลด้านอารมณ์ที่แสดงออกต่อผู้ป่วย และจิตสุภา จรุงจิตต์ (2538) ศึกษาเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาสำหรับพยาบาล พบว่าสัมพันธภาพมีความจำเป็นมากต้องมีความรู้ในด้านพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์ องค์ประกอบในการสร้างสัมพันธภาพ เทคนิคและทักษะ ไหวพริบ ประกอบกับความสามารถในการนำเทคนิค การติดต่อสื่อสารมาใช้กับผู้ป่วยจึงจะทำให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้สมบูรณ์และ จารูวรรณ ต.สกุล (2535) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาในห้วงเวลาวิกฤติ รายงานศึกษาในผู้ป่วยคอนเวอร์ชันพบว่า การให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือให้บุคคลรู้สึกและยอมรับตนเอง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจนแก้ไขปัญหาได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพ

จากตัวอย่างงานวิจัยเรื่องสัมพันธภาพดังกล่าว จะเห็นว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชได้ และผู้บำบัดต้องมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วย

สรุปกลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลที่สำคัญ

- การพูดคุยเพื่อเสริมความมีคุณค่า
- สื่อสารเพื่อแสดงการยอมรับในตัวผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยระบายเรื่องไม่สบายใจ
- จัดให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนกันกับผู้ป่วยรายอื่น (ให้ผู้ป่วยได้มุมมองใหม่กว่าตนเองไม่ได้ทุกซ์ลำพัง)
- สื่อให้ผู้ป่วยยอมรับอาการที่เกิดขึ้น และร่วมมือวางแผนแก้ไขกับทีมจิตเวช

- ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการบำบัด
- ไม่แสดงอารมณ์ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย สื่อสารด้วยความเป็นมิตร และพูดให้กำลังใจเชิงบวก
- ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสประเมินการกระทำของตนทั้งในอดีตและอนาคต
- ให้ความเป็นกันเอง เพื่อผู้ป่วยไว้อย่างสบายใจเปิดเผยเรื่องราว
- ให้คำปรึกษาเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
- ใช้ความถี่ในการพูดคุย เพื่อผลต่อความเชื่อถือและศรัทธา
- การเข้าใจธรรมชาติ ความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศ อายุ ความสนใจ มีผลต่อการโน้มน้าวจิตใจผู้ป่วย ซึ่งทำได้โดยหาข้อมูลในตัวผู้ป่วยมาก ๆ (URT) Uncertainty Reduction Theory
- ใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมตอบสนองด้วยการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยถูกคิด ไม่ใช่คำพูดรุนแรง หรือน้ำเสียงแข็งจนเกินไป

ทั้งหมดนี้ต้องทำความเข้าใจกับ อัจฉริยภาพ เช่นการตอบว่า ยิ้มแย้มทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและการแสดงออกต้องสอดคล้องกับเรื่องที่พูด เช่น เมื่อต้องการกระตุ้นความคิด ต้องพูดเร็วขึ้นเป็นต้น และการพูดคุยส่วนมากจะเป็นการพูดคุยเพื่อกระตุ้นพฤติกรรมให้ตอบสนองต่อความคิด และความรู้สึก ผู้บำบัดบางคนใช้คำพูดเข้มขันแต่ไม่รุนแรง ไม่ใช่คำว่า ผิด/ถูก แต่จะเป็นลักษณะของวจนลีลาที่กระตุ้นอาจออกมาในรูปของคำถามนำ คำถามเชิงรุก หรือภาษาที่มีจุดมุ่งใจทางด้านอารมณ์ขึ้น หรือภาษาที่สร้างความกลัวกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างล่อแหลมต่ออุปสรรค เช่น สิ่งเสพติด นอกจากนั้นยังพบว่าผู้บำบัดให้อุปมาเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นภาพ ยกตัวอย่างให้มองอดีต อนาคต และให้มองปัญหาจากมุมมองคนอื่น และยังพบว่ามีการใช้ วจนกรรม (Speech Act) ในการสร้างวจนผล เช่น การพูดเป็นนัยเพื่อให้ผู้ป่วยกระทำหรือไม่กระทำใด ๆ รวมถึงทฤษฎี (CAT) Communication Accommodation Theory (Gile & Wiemann, 1987) ในการใช้กลยุทธ์เชิงลู่เข้าให้มากกว่าลู่ออก โดยผู้บำบัดจะปรับการสื่อสารให้ไปในทางเดียวกับผู้ป่วยหรือการให้รางวัลและลงโทษสร้างความรู้ทางบวกและทางลบในจิตใจที่เรียกว่าตัวเสริมแรง (Rainforcing) ของ (B.F. skinner) ในทฤษฎี Compliance – gaining techniques ซึ่งกลยุทธ์ทั้งหมดอาจใช้กับผู้ป่วยอาการหนึ่งได้ดี แต่ใช้กับอีกอาการไม่ได้จึงต้องมุ่งเรียนรู้รับสารในฐานะผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่สรุปแล้วกลยุทธ์ที่ใช้ได้ในทุกอาการ คือ สร้างการตระหนักคุณค่าในตัวเอง พูดเสริมแรงด้านบวก การฟังให้ผู้ป่วยระบายในสิ่งที่อยู่ในใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์ (2542) กลยุทธ์การสื่อสารต้องใส่ใจ บำบัดฟื้นฟูกับการมีส่วนร่วมในกิจฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ผลที่ได้คือกลยุทธ์ในการสื่อสารต้องใส่ใจ

สมาชิก เลือกรื่องราวมีประโยชน์มาคุย เป็นผู้สื่อสารและรับฟังที่ดี ใช้กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคล กลยุทธ์การสื่อสารในกลุ่ม กลยุทธ์การสื่อสารชุมชนบำบัด และสอดคล้องกับงานวิจัยของชาคริต สูดสายเนตร (2539) วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการวิจัย คือ การพูดเพื่อผ่อนคลายจะมีกลยุทธ์ที่เด่น คือ ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตระหนักในคุณค่าของตนเอง

ประเด็นที่ผู้วิจัยวิเคราะห์อีกประเด็นหนึ่ง จากผลการศึกษาในการสื่อสารบำบัดเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนที่พิเศษกว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลทั่วไป เนื่องจากการติดต่อสื่อสารที่เน้นความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ความขัดแย้ง และความคับข้องใจของผู้รับบริการ มีการวางแผน จัดการ และให้ความช่วยเหลือ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว และแสดงออกอย่าง เหมาะสม หากเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสื่อสารของทีมจิตเวช กับการสื่อสารระหว่างบุคคลทั่วไปสามารถแยกความแตกต่างดังนี้

● การสื่อสารระหว่างทีมจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วย

ด้านความต้องการ

- ผู้บำบัดต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

ด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์

- มีการคุยเพื่อประเมินผล เพื่อจะลดอาการต่าง ๆ ที่เป็นอยู่

- ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง อยู่ในสังคมตามสภาพ

ความเป็นจริงได้อย่างมีความสุข

- เป็นการร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการของ

ผู้ป่วย ตลอดจนแนวทางแก้ไขร่วมกัน

- ให้คุณค่าในตัวผู้ป่วยมากกว่าในสังคมปกติ

● การสื่อสารของคนทั่วไปในสังคม

ด้านความต้องการ

- ทั้งสองฝ่ายคำนึงถึงความต้องการส่วนตนเป็นส่วนใหญ่

ด้านเป้าหมายและวัตถุประสงค์

- ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ระหว่างคู่สื่อสาร

- ให้คุณค่ากันและกันเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี

<u>ด้านการดำเนินสัมพันธภาพ</u>	<u>ด้านการดำเนินสัมพันธภาพ</u>
- มีการเริ่มต้นและสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง	
- เน้นการให้โดยไม่หวังผลตอบแทน	- มีทั้งการให้และการรับ
- มีการวางแผนจัดการและให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะ	
- ใช้เทคนิควิธีการเฉพาะ เพื่อการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	- ไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้สื่อสาร
- เน้นปัญหาในปัจจุบัน	- ดึงอดีตมาเกี่ยวข้อง

เหตุที่ทำให้การสื่อสารระหว่างบุคคลของผู้ป่วยทางจิต มีความแตกต่างจากการสื่อสารระหว่างบุคคลทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความไวต่อความรู้สึก ขาดกำลังใจ และมักคิดกับตนเองทางด้านลบ สิ่งเหล่านี้จะแสดงออกทางคำพูด และสำหรับอวัจนภาษา ผู้ป่วยจะสนองตอบน้อย เช่น หลีกเลี่ยงการสบตา จากระบบความคิดที่แปรปรวน อาจส่งผลให้การสื่อสารมีการแปลความหมายผิด จึงต้องมีการสะท้อนความหมาย สะท้อนความคิดความรู้สึกในทุกระยะ ซึ่งจะทำให้หน้าที่ของการสื่อสารมีความสมบูรณ์ครบกระบวนการและถูกต้องต่อความหมายที่ต้องการสื่อสาร โดยทุกคำพูดที่กล่าวต้องเป็นการยึดคุณค่าในความเป็นบุคคลคนหนึ่งของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงจะทำให้การฟื้นฟูจิตใจของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 2 ความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคมที่แสดงออกมาเป็นข้อความมโนภาพเชิงจินตสสาร (Fantasy Themes) เป็นอย่างไร

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 2 ข้อความมโนภาพเชิงจินตสสาร (Fantasy Themes) ที่แสดง ความคาดหวังของผู้ป่วยจะให้ความสำคัญต่อการยอมรับ และการแสดงความรักจากการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัว และสังคม

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ข้อความมโนภาพเชิงจินตสสาร (Fantasy Themes) ที่แสดงความรู้สึกในใจของผู้ป่วยแบ่งตาม จาก ได้ 2 แห่ง คือ ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีจินตนาการทางลบที่คิดเกี่ยวกับตนเองร่วมกัน คือ รู้สึกว่าตนเป็นคนก่อปัญหากับครอบครัวทำให้ครอบครัวไม่อบอุ่น สีโรหรือตัวเอกของเรื่องราวในชีวิตแต่ละคนคือ บุคคลที่หวังใยและช่วยเหลือ เช่น พ่อ แม่ จิตแพทย์ พยาบาล โดยตัวร้ายในเรื่องแต่ละคนคือ สาเหตุการป่วยแต่ละคน ความอ่อนแอและปัญหาชีวิตที่ทำให้ต้องมาอยู่ที่นี่ และ

ตอนจบของเรื่องผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนหายเป็นปรกติมีหน้าที่การงานดี อยู่กับครอบครัวที่อบอุ่นช่วยเหลือและตอบแทนพระคุณพ่อแม่ได้ เหมือนคนทั่วไป คนรอบข้างรักใคร่ และเป็นคนที่มีความค่าของสังคม ผู้ป่วยให้ความหมายถึงชีวิตในโรงพยาบาลในเชิงบวก กล่าวคือ เป็นโรงพยาบาลแห่งการพักผ่อนจิตใจที่มีลูกกรงกั้นออกจากคนภายนอก ความเครียดที่เหมือนถูกคุมขังเหมือนเป็นนักโทษทำความผิดจะอยู่เพียงวันแรก ๆ หลังจากนั้นได้รับการเอาใจใส่จากทีมจิตเวชได้มีกิจกรรมทำตลอด ได้รับการยกย่องชมเชยและพูดด้วยดี ๆ ให้คำแนะนำคำปลอบใจที่ดี ในบรรยากาศที่รื่นเริงไม่ร้อนเกินไป ประการที่ 2 จินตนาการเชิงบวกอีกอย่างคือ พบคนที่ต้องทนทุกข์มากกว่า ทำให้หันมามองตัวเองอีกครั้งหนึ่ง ได้แสดงศักยภาพ แสดงความห่วงใยผู้ร่วมชะตากรรมเดียวกันจึงเสนอให้ “โรงพยาบาลแห่งความรัก” ผู้ป่วยตอบคำถามที่ผู้วิจัยถามในเรื่องจินตนาการของผู้ป่วย เช่น มีดอกไม้หนึ่งดอกเลือกดอกอะไร ให้ใคร คือใช้ดอกเป็นสื่อจินตนาการความรู้สึกถึงคนที่ตนเองผูกพันมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะเลือกดอกไม้ที่มีความหมายดี ๆ และสวยงามให้แก่ ผู้ดูแล (พ่อ แม่) เพราะเป็นคนที่ดูแลให้อภัยและไม่ทอดทิ้ง แม้ว่าคนอื่นจะมองว่าผู้ป่วยจิตไม่ปกติ แต่พ่อแม่ไม่เคยกลัว หรือทอดทิ้ง และผู้ป่วยยังอยากมอบดอกไม้ให้ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา อยากให้เขามีความสุขไม่ว่าแห้ว และไม่เหงา คำถามต่อมาคือ ถ้าผู้ป่วยเป็นนกจะเป็นนกอะไร คิดอะไร จะบินไปไหน เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองและจุดมุ่งหมายในชีวิต พบว่านกทุกตัวที่ผู้ป่วยเล่า มีความแตกต่างกัน มีทั้งนกที่มีจริง และเป็นนกที่คิดขึ้นมาเอง ซึ่งในข้อนี้แสดงความต้องการรังอุ่น ๆ คือ ครอบครัวที่มีความสุข ความเข้าใจ บินไปสู่ท้องฟ้า คือ อิสระเสรี นกสวยงามให้คนอื่นชม คือ ต้องการการนับถือจากสังคม จากตัวอย่างแสดงถึงผู้ป่วย เข้าใจและรู้จักตนเอง ได้ระบายความรู้สึก เปรียบเทียบปัญหาและยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น กิจกรรมต่อมาคือ การให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าตนเองมีตะเกียงวิเศษขอพรได้ 3 ข้อ ผู้ป่วยจะขออะไรบ้าง โดยส่วนมากจะตอบให้ตนเองมีอนาคตที่ดี เป็นคนสมบูรณ์แบบ มีครอบครัวที่อบอุ่น และประสบความสำเร็จในชีวิต แสดงถึงความปรารถนา ความพอใจ ไม่พอใจ และความรู้สึกอยากเปลี่ยนแปลงตนเอง ความต้องการในอนาคตและวิธีการที่จะเป็นไปได้ ต่อมาคือต้องการวาดภาพร่วมกัน ภาพจะแสดงสิ่งที่ผู้ป่วยคิดกับตนเองและคิดว่าบุคคลภายนอกมองตน พบว่ามีภาพ วัด บ้าน ถึงชยะ มีด ยาเสพติด ปลาย่ายในตาข่าย สวนดอกไม้ ตลับแป้งที่เป็นแม่สี ตัวอย่างความหมายที่ผู้ป่วยได้อธิบายและแสดงออกเช่น ชยะ คนข้างนอกมองพวกเขาเหมือนชยะทิ้งขว้าง รังเกียจ เพราะจิตใจไม่ปรกติ ผู้ป่วยก็แสดงความเห็นว่า ถ้าปรับตัวได้ ทานยาได้ หายได้ ดีขึ้น คนก็ไม่คิดว่าเราบ้า ไม่ต้อง สังคมก็ยอมรับพวกเขามากขึ้น ในกรงขังของสังคม และในขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความคิดให้กับสังคมได้และการวาดภาพแสดงจินตสภาวะในจิตใจผู้ป่วย และได้ระบายความรู้สึกเหล่านี้ออกมาได้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะเห็นใจกันทำให้สบายใจขึ้น เข้าใจตนเองและผู้อื่นมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น จะ

เห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการยอมรับ และให้ผู้อื่นมองในความหมายที่ดีขึ้นว่าเป็นบุคคลที่ทุกข์อยู่กับโรคทางจิต อย่างที่ได้มีการรณรงค์กันตามแผนการให้ปี 2544 เป็นปีสุขภาพจิตโลก และมีคำขวัญว่า “ผู้ป่วยทางจิต อย่าคิดลัทธิไสยศาสตร์มีน้ำใจห่วงใยเยี่ยวยา” เพื่อให้เปลี่ยนมุมมองในการมองผู้ทุกข์ทางจิต ผู้ป่วยเองก็มีการร่วมคิดคำขวัญ เพื่อบอกกับคนอื่นเป็นคติหลักเชิงสังคมของผู้ป่วยว่า “ให้คนบ้านกลับบ้าน” และ “ถึงจะบ้าแต่ก็ไม่โง่” นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเสนอว่าไม่รู้สึกละอายใจกับคำพูดที่หว่านน้ำแต่เสียใจกับการกระทำมากกว่า เช่น พี่น้อง คนข้างบ้าน ไม่ว่าจะต้อนรับเดินหนี หรือไม่ขายของให้ เป็นต้น และสิ่งที่อยากได้คือ อยากขอโอกาสไม่มีใครอยากบ้า อยากพูดคนเดียว อยากประสาทหลอน ตนยังอยากทำงาน แม้ผลข้างเคียงของยาทำให้วังงซึม เดินตัวแข็ง คนอื่นก็มองว่าซีก็เกียจก็เลิกกินพอเลิกกินก็กลับมาป่วยอีก วนเวียนอยู่อย่างนี้ หากเพียงคนรอบข้างเข้าใจ และหาวิธีอยู่ร่วมกันได้โอกาสที่จะปรับตัวใกล้เคียงปรกติก็มีมาก เพราะผู้ป่วยยังเป็นคนหนึ่งที่ทำประโยชน์เพื่อสังคมได้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลออกมาทั้งหมดแล้ว ข้อมูลที่ได้น่าจะนำไปบอกกับครอบครัว สังคมให้ปรับทัศนคติใหม่ และรู้สึกทางบวกทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และอาการหรือผลข้างเคียงจากยาเป็นกลยุทธ์การสื่อสารจะช่วยฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชอีกทางหนึ่ง

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 3 ลักษณะการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร และผลที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไรจากการสนทนา

ข้อสันนิษฐานที่ 3 ญาติยังไม่เข้าใจทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ถูกต้องส่งผลให้ไม่สามารถจัดการพฤติกรรมบางอย่างที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ในประเด็นการสื่อสารของญาติ (ผู้ดูแล) ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วย จากการที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและสรุปในบทนี้ได้เป็น 2 ประเด็นดังนี้

- เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจญาติมีส่วนช่วยเหลือได้อย่างพอสมควร แต่ยังมีการสื่อสารบางอย่างที่ไม่ประโยชน์ในกรณีฟื้นฟูจิตใจ ครอบครัวทราบดีว่าการที่ผู้ดูแล (ญาติ) และพูดกับผู้ป่วยดี ๆ จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่บางครั้งญาติไม่ทราบว่าควรจะทำหรือแสดงออกอย่างไร และควรควบคุมอารมณ์ตนเองอย่างไร ส่วนใหญ่จะมีการพูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไปและเป็นการคุยเพื่อสังเกตอาการ เช่น เมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจจะมีการแสดงออกเช่น แสดงอาการหงุดหงิด ในกรณีปรีชา เมื่ออยู่ในอากาศร้อนเหงื่อออกจะปวดหัวมีอาการหวิว ๆ อยากรับประทานกระเทียมแดง ไปขอเงินแม่ซื้อแม่ก็ต้องให้เพราะไม่อยากให้หงุดหงิด ส่วนเรื่องไม่สบายใจจะเป็นเรื่องเหงา ซึ่งแม่ก็จะแก้ปัญหาโดยการซื้อ VCD มาให้ผู้ป่วยนั่งดูในห้องซึ่งผู้ป่วยอยากออกไปข้างนอกมากกว่า และเรื่องที่พูดคุย

ปรึกษากันจะเป็นเรื่องร้านขายเนื้อที่อยู่ในตลาด การรับของ และการทำบัญชี เป็นต้น หากเป็นเรื่องเฉพาะ เช่น โดนคนในตลาดลื้อไปเล่าให้แม่ฟัง แม่ก็ปลอบใจ ทำให้สบายใจขึ้น สำหรับจิโรจน์ และรุ่งโรจน์ ทั้งพ่อและแม่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะกลัวจะไปเสพยาอีกกลับเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ และเมื่อได้พูดคุยกันก็ยังไม่ดีขึ้น เพราะผู้ดูแลไม่มีความไว้ใจให้การพูดคุยจึงออกมาในรูปการบ่น และวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย (Brown et al, 1972) ซึ่งผลการวิจัยของเขาพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นตัวหลักที่ทำให้โรคจิตเภทกำเริบ ซ้ำคือการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ (Expressed Emotion : EE) โดยจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High EE) ซึ่งผู้ป่วยจะมีโอกาสกำเริบภายใน 3-9 เดือน (Vaughn & Leff, 1976) เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตรหรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งผู้วิจัยพบว่าญาติที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย แม้จะมีปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วยบ้างแต่ไม่ร้ายแรงมากนัก ยังมีการสื่อสารที่ดีและเป็นจริงเชิงสร้างสรรค์อยู่เช่น การให้คำปรึกษา โดยเป็นเรื่องการทำงาน และการวางแผนชีวิตในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยเองก็ไม่สบายใจกับเรื่องนี้ เมื่อได้พูดออกไปและผู้ดูแลยอมรับ ให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกดีขึ้น ในกรณีของจิโรจน์คือ พี่สาวให้คำปรึกษาเรื่องการใช้เงิน และการคบเพื่อน รวมทั้งให้กำลังใจเรื่องการทำงานศิลปะและเสนอทัศนะให้ลองทำงานอย่างอื่นดู ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเพื่อนที่ดีคอยดูแลคอยให้คำปรึกษา แต่สำหรับรุ่งโรจน์ ทั้งที่อยู่บ้านเดียวกับครอบครัว แต่มักแยกตัวไปอยู่ตามลำพังเสมอ ครอบครัวกลับมองว่าการที่อยู่คนเดียวแล้วไม่ไปไหนไม่เสพยา เป็นเรื่องที่ดีกลัวว่าอยู่คนเดียวจะเสพยา เมื่อมีปัญหารุ่งโรจน์ไม่เคยปรึกษาพ่อแม่ และพ่อแม่ไม่เคยถามรุ่งโรจน์ก่อนตัดสินใจอะไร แม้กระทั่งเรื่องที่เป็นของรุ่งโรจน์เอง เช่น กรณีเอาจักรยานเสือภูเขาไปขาย เพราะไม่อยากให้แข่งกีฬานี้ อีก สำหรับ ปิยะฉัตร ทศนีย์ และนุชนาฏ ซึ่งเป็นผู้หญิงสามารถพูดคุยกับคนในครอบครัว สามารถระบายความทุกข์ใจให้ฟังได้ สำหรับทศนีย์ น้องสาวจะคอยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจคอยให้คำปรึกษา ส่วนทศนีย์ สามีคอยดูแลห่วงใย คอยคุยด้วยตลอด แต่ติดปัญหาที่อารมณ์ฉุนเฉียวของผู้ป่วยทำให้ต้องเลี้ยงที่จะสื่อสารด้วยในหลายครั้ง สำหรับปิยะฉัตรแม่จะเป็นห่วงมากคอยคอยถามไถ่ แต่ปิยะฉัตรมักคิดว่า แม่มองเขาเป็นคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เมื่อแม่ไม่สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ก็ไม่เข้าใจกัน

สรุปคือญาติและผู้ป่วยคิดตรงกันว่า หากเปิดใจพูดคุยในครอบครัวมากขึ้น และบรรยากาศเป็นใจให้สามารถคุยต่อกันดี ๆ จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะไม่มีญาติคนไหนอยากพูดไม่ดีกับผู้ป่วย หรือตี้นมาก็ประชดประชัน แต่ส่วนหนึ่งมาจากความไว้ใจในผู้ป่วยหายไป และญาติเหนื่อยที่ต้องตามแก้ไขจึงมักกักผู้ป่วยไว้ที่บ้านให้เขาอยู่ในสายตา จึงเป็นเรื่องง่ายและ

มั่นใจ แต่ญาติเองก็ไม่สบายใจเพราะรู้ว่าผู้ป่วยอึดอัด และเป็นทุกข์แต่จนใจกลัวจะไปทำสิ่งที่ไม่มีเพื่อนไม่ดี ไปเริ่มต้นรักษากันใหม่อีก ในทัศนะของผู้ป่วยทุกคนพูดตรงกันว่า หากได้ฟังสิ่งที่ดี ๆ พูดเพราะ ๆ ทำให้ยิ้มให้หัวเราะได้ ยอมรับ และเข้าใจในความเป็นบุคคลของแต่ละคน จะทำให้มีกำลังใจและกลับตัวใหม่อีกครั้ง เพราะทุกคนเชื่อว่าไม่มีที่ไหนรักษาดีเท่าที่บ้าน ไม่อย่างนั้นรักษา กลับมาก็เป็นใหม่

จากการสรุปผลข้อมูลจะเห็นว่าหากหมั่นสังเกตผู้ป่วย การพูดคุย และการสนทนาเชิงสร้างสรรค์ เช่น แสดงการยอมรับในตัวผู้ป่วย การให้คำชมเชย ให้แรงเสริมทางบวก จะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยกลับมาเผชิญปัญหาที่เขาต้องอยู่กับโรคทางจิตและความทุกข์จากอาการได้

สิ่งหนึ่งที่นำสังเกตของการสื่อสารในครอบครัวคือ ผู้ป่วยไม่เชื่อญาติ (ผู้ดูแล) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าญาติไม่มีปัจจัยทางวิชาชีพ ในเรื่องปัจจัยความน่าเชื่อถือของผู้สื่อสาร ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากบุคลิกภาพส่วนของญาติเอง นอกจากนี้ผลการสังเกตยังสามารถบอกได้ว่าการเปรียบเทียบอำนาจ (Authority) ในการทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังนั้นที่มิจิตเวชมีมากกว่า หากใช้การสื่อสารในเชิงคำสั่ง ญาติจะไม่สามารถมีผลเดียวกับที่มิจิตบำบัด

หากผู้วิจัยของอธิบาย Ethos (ความน่าเชื่อถือของผู้พูด) ญาติน่าจะใช้เวลาความเมตตาห่วงใย และความผูกพันทางสายเลือด บุญคุณ ญาติสามารถเพิ่ม Ethos ได้โดยจัดการกับอารมณ์ที่ไม่มั่นคงของตนให้เหมาะสมเมื่อต้องการจะสื่อสารกับผู้ป่วย การแสดงท่าทางที่มั่นคง สุขุม แต่ดูอบอุ่น และพร้อมจะช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยเกรงใจ และเชื่อฟังญาติมากขึ้น

การใช้ Logos (การแสดงผลประกอบการพูด) บางครั้งผู้ป่วยต้องการคำอธิบายจากญาติ เช่น เรื่องงาน การลงทุน การใช้ชีวิต หรือข้อห้ามบางประการของผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลและเหตุผลที่ดีตรงตามสภาพความเป็นจริง และไม่ใส่อารมณ์ลงไปในการแสดงผล เช่น ปิยะฉัตร เปิดร้านกาแฟ แต่แม่บอกว่ายังไม่ได้ เพราะอุปกรณ์ไม่พอ และกำลังคนไม่มี แต่จะไม่พูดว่าใคร ๆ เปิดก็เจ๊ง เป็นต้น

การใช้ Pathos (การสร้างอารมณ์ร่วมให้เกิดแก่ผู้ฟัง) ญาติต้องเข้าใจภาวะจิตใจของผู้ป่วย เช่น การจูงใจโดยใช้อารมณ์ เช่น การขอร้อง การอ้างบุญคุณ แสดงความห่วงใย โดยการเข้าใจความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือไม่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การใช้แรงจูงใจโดยใช้ความกลัว (Fear Appeals) หรือจูงใจโดยให้แรงจูงใจ เช่น เมื่อผู้ป่วยช่วยงานบ้านได้ ก็จะได้รับคำชม ผู้ป่วยก็จะมีกำลังใจทำสิ่งที่ดีต่อไป เพราะได้ Positive Reinforcement แรงเสริมบวก ซึ่งการวิจัยปัญหาการสื่อสารในครอบครัวครั้งนี้ พบว่า ญาติ (ผู้ดูแล) สามารถใช้แรงเสริมทางบวกได้ แต่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องได้

ปัญหานำวิจัยข้อที่ 4 การอบรมกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชมีกระบวนการและกิจกรรมอย่างไรบ้าง สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูจิตใจจากญาติผู้ดูแลหรือไม่

ข้อสันนิษฐานการวิจัยข้อที่ 4 ญาติสามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การอบรมญาติผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยนี้ แบ่งเป็น 4 กิจกรรมใช้เวลา 3 ชั่วโมงครั้งมีผู้เข้าอบรม 14 คน วิทยากร 1 คน (ผู้วิจัย) ผู้ช่วยวิจัยและผู้อำนวยความสะดวกตลอดการอบรม 3 คน การอบรมทักษะการสื่อสารแบบสมาชิกมีส่วนร่วม นั้น มีทั้งการบรรยายนำการอภิปรายและยังมีการลองฝึกปฏิบัติอีกด้วย เริ่มจากการรับประทานอาหารร่วมกัน จากกิจกรรมแรกจะเป็นการละลายพฤติกรรมกรรมการสนทนากันให้ทุกคนได้สื่อสารกันด้วยการ “เล่น” มีการร้องเพลงนำของมาจับฉลากเนื่องจากอยู่ในเทศกาลปีใหม่ ฝึกการสื่อสาร ง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การกล่าวคำขอบคุณ จากนั้นเป็นการกล่าวถึงภาพรวมกิจกรรมคร่าว ๆ และสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดกับญาติว่า ญาติเองสามารถเป็นผู้รักษาผู้ป่วยได้ให้คำปรึกษาและฟื้นฟูผู้ป่วย โดยทางจิตใจมีผลมากควบคู่กับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะดีขึ้นแน่นอน จากนั้นเป็นการฝึกการสื่อสารเช่นการทนายใจ การบอกความรู้สึกของตนได้โดยการใช้การสื่อสารทางบวก (I message) และให้อภิปรายว่าแต่ละครอบครัวมีการใช้การสื่อสารทางบวกและทางลบอย่างไรบ้าง จากนั้นให้ข้อมูลบรรยายเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จากนั้นพักรับประทานอาหารว่าง และเป็นการอ่านอุณหภูมิจิตใจเป็นการพูดถึงความประทับใจ ความหวังใจ การเสนอแนะ การให้ข้อมูลใหม่ การสื่อความหวังและปรารถนา จากนั้นให้แต่ละครอบครัวฝึกการสื่อสารตามหัวข้อ กิจกรรมที่ 4 ก่อนจบการอบรมในวันนั้น คือ การให้พูดความในใจกับครอบครัวของตน ซึ่งผู้วิจัยนำดอกไม้ที่จัดเตรียม (Fantasy theme) ผู้ป่วยต้องการมอบให้ครอบครัวมามอบให้แทนบอกความรู้สึกดี ๆ แก่กันและกันทำให้จบด้วยความซาบซึ้งใจ การประเมินกิจกรรมต่าง ๆ นั้นพบว่า บรรยากาศของกลุ่มเป็นกันเองส่งเสริมให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและไว้วางใจในกันและกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้เข้าอบรมมีความสนใจในการทำกิจกรรมทุก ๆ อย่าง และพยายามมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างดีมีการให้กำลังใจและให้คำปรึกษากันในกลุ่มได้

โดยทั้งญาติและผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาของตนจากมุมมองของตนและได้มีโอกาสสนทนาเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันและกันมากขึ้นหากประเมินจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม การอบรม “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช” ได้ใช้แนวคิดแบบจำลอง KAP. (อรรวรรณ ปีลันธนโสภาท. 2542 : 35-36)

ซึ่งพบว่าเมื่อญาติได้รับความรู้ในเรื่องการสื่อสารจะมีทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารที่ดีและสร้างสรรค์ เพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยทางจิต ญาติจึงเลือกที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจากการประเมินผลความรู้ พบว่าญาติสามารถมีความรู้อยู่ในระดับดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) ซึ่งถือการจำเรื่องราวและวิธีการได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) คือ สามารถเอาเนื้อหาอธิบายและอธิบายได้รวบรวมถึงคาดคะเนผลที่จะเกิดจากการกระทำในเรื่องดังกล่าวได้
3. ระดับของการนำไปใช้ (Application) นำเอาสิ่งที่เป็นเนื้อหาบูรณาการไปปฏิบัติใช้จริงในการสนทนาในชีวิตประจำวันได้

เมื่อจบกิจกรรม ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลจากแบบสอบถามพบว่าสมาชิกมีความสุขและสนุกสนานกับกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น พร้อมทั้งบอกว่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้ ญาติรู้สึกสบายใจและมีกำลังใจมากขึ้น และจะนำความรู้ในวันนี้ไปใช้ ผู้วิจัยจึงขอแนะนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสุดท้ายมาสรุป เพื่อให้เห็นว่าครอบครัวมีการสื่อสารทางบวกที่ดีขึ้นดังนี้

รุ่งโรจน์ จิโรจน์ และปรีชา ผู้ป่วยทั้งสามคนมาโรงพยาบาลโดยมีสาเหตุคล้ายกัน คือ มีอาการจากยาเสพติดทำให้ ประสาทหลอน ก้าวร้าว หวาดระแวง แยกตัว หลังจากการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว เมื่อกลับบ้านมีปัญหาเกิดขึ้น เนื่องจากญาติขาดความยอมรับนับถือในตัวผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ ต. สกุล (2524) พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 ได้รับการยอมรับนับถือจากครอบครัวลงจนไม่มีเลย จากนั้นเป็นการสื่อสารเชิงบ่น วิพากษ์วิจารณ์ และแสดงคำพูดที่ไม่ไว้วางใจ สำหรับการสื่อสาร ทางบวกพบว่าครอบครัวของรุ่งโรจน์และปรีชา สามารถแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจกันได้ ในขณะที่จิโรจน์ซึ่งได้รับการตามใจมาตลอด และเป็นความภูมิใจของครอบครัวจากที่เป็นลูกชายคนเดียววันนั้น เมื่อเดินทางพลาดไปครอบครัวจึงยังไม่สามารถทำได้ จากที่เคยพูดชื่นชม ให้กำลังใจก็จะไม่แสดงออก เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะคิดว่าทำผิดอีกก็ครั้งครอบครัวก็รับได้ ทำให้การสื่อสารในครอบครัวจิโรจน์ห่างเหินว่าที่ควรจะเป็น ส่วนครอบครัวของ ปิยะฉัตร ซึ่งอาศัยอยู่กับแม่และครอบครัวของน้องชาย มีการให้ทั้งสองฝ่ายปรับตัวเข้าหากัน

ฝึกการสื่อสารที่ดีให้เป็นกิจวัตร การบอกความรู้สึกของตน การให้คุณค่าและการยอมรับกันและกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่กันและกันได้ เช่นเดียวกับครอบครัวของทัศนีย์และนุชนาฏ ซึ่งแม้ปัญหาแต่ละครอบครัวจะแตกต่างกันไป เช่น ปิยะฉัตร อาศัยกับแม่และครอบครัวของน้องชายมีความเข้าใจผิด และน้อยใจที่ครอบครัวมองตนว่าพิการ ไม่ให้การยอมรับนับถือ เมื่อมีปัญหาจะเลี่ยงการสื่อสารทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน เช่นเดียวกับสามีของทัศนีย์ที่เลี่ยงที่จะทำการสื่อสารด้วยเหตุผลว่าทัศนีย์เป็นคนอารมณ์ร้าย และชอบประชดประชันโดยไม่มีเหตุผล ยิ่งห้าม เหมือนยิ่งยุ จึงเลี่ยงที่จะพูดคุยกัน เพราะคิดว่าเป็นทางออกที่ดี สำหรับนุชนาฏ ในปัญหาชีวิตของนุชนาฏจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและการปลอบใจจากครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลคือน้องสาว พยายามให้นุชนาฏตัดใจจากสามี ซึ่งในความจริงแล้วเป็นเรื่องยากที่จะทำได้ในระยะเวลาอันสั้น จึงจำเป็นต้องให้น้องสาวนุชนาฏแสดงการยอมรับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย โดยไม่แสดงว่าถูกหรือผิด แต่เป็นการรับฟังอย่างเข้าใจให้คำปรึกษาอย่างใจเย็นค่อยเป็นค่อยไปไม่ประชดประชันรวมทั้งพยายามหยาบบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ นุชนาฏ เช่น แม่ และลูกสาว ซึ่งจะนำไปให้นุชนาฏมีกำลังใจดำเนินชีวิตได้ ผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า หากญาติมีการสื่อสารที่ดีและเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วย สามารถถนอมน้ำใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีได้ และขณะเดียวกันญาติก็สามารถสื่อให้ผู้ป่วยรู้ความรู้สึกนึกคิดของตนได้ จึงเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ที่ถูกต้องและเอื้อประโยชน์ในการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชได้จริง

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ที่ศึกษาบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ดีให้คำปรึกษาปลอบโยน ให้กำลังใจจะมีส่วนช่วยบรรเทาอาการรุนแรงของผู้ป่วย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรพล ไชยเสนาะ (2536) ในเรื่องวิธีเผชิญปัญหาและทักษะในการสื่อสารพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับสูง คือ ทักษะการสื่อสาร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างมีความเข้าใจ มีการสื่อสารที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้

หากอภิปรายการอบรมที่ได้ผลดีจริง ๆ แล้วนั้นอาจกล่าวได้ว่าสิ่งที่ทำให้การสื่อสารในครอบครัวดีขึ้น ประการแรกคือ ตัวผู้ป่วยเองที่ได้รับการรักษาฟื้นฟูจิตใจจากทีมจิตเวชในโรงพยาบาลจนอยู่ในสภาพที่ดีสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ และมีการสื่อสารกับญาติที่ได้รับการอบรมเรื่องการสื่อสารก็เป็นส่วนหนึ่ง นอกจากนั้นการดูแลให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอก็มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะปรับการสื่อสารในครอบครัวให้ดีขึ้น และยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อต้องการนำไปใช้ประโยชน์จริง รวมทั้งความคุ้นเคย ไว้วางใจในตัวผู้วิจัย (ผู้อบรม) ด้วย ซึ่งตลอดระยะเวลา 3 เดือน ที่เก็บข้อมูลก่อนการทำ

การอบรมทำให้ผู้วิจัยได้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงของแต่ละบ้าน และปัญหาที่ทุกบ้านมีร่วมกัน หากในทางกลับกันมีผู้อบรมทำการ อบรมหัวข้อเดียวกัน วิธีการเดียวกัน แต่ไม่ศึกษาปัญหาการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละบ้านมาก่อน ย่อมทำให้จัดกลุ่มปัญหาไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยและญาติมาฟังก็จะรู้สึกไม่มีส่วนร่วม เพราะไม่ใช่เรื่องราวของเขา หรือปัญหาของเขาทำให้ไม่เกิดความมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และสำหรับลักษณะการสื่อสารของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ดังที่ผู้วิจัยสรุปแล้วยังมีข้อคิดเห็นว่า โดยปกติลักษณะการพูดเชิงบวกการใช้ I message การวัดอุณหภูมิจิตใจ เป็นวิธีการสื่อสารที่ดีและควรมีในทุก ๆ ครอบครัวไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น เพราะจะทำให้เกิดสัมพันธภาพบรรยากาศที่ดีระหว่างคนในครอบครัวมากขึ้น หากผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้นญาติควรสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการแสดงการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่งมิใช่ในฐานะผู้ป่วยตลอดเวลาเพราะจะเป็นการตราบาปให้แก่ผู้ป่วยให้รู้สึกแตกต่าง บั่นทอนคุณค่าของบุคคลลง ควรสื่อสารกับผู้ป่วยเสมือนบุคคลปกติทั่วไปเหมือนสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพราะผู้ป่วยไม่ได้มีอาการตลอดเวลา (แม้ต้องรับประทานยาตลอด) ก็มีช่วงที่ขึ้นและหายจากความป่วย ทำงานได้ ช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ มีความคิด ความรู้สึก มีเหตุผลของตนที่ต้องการแสดงออก ได้แย้ง เหมือนคนทั่วไป ญาติจึงควรให้ความสำคัญด้านจิตใจของผู้ป่วยในส่วนนี้ และไม่นำอดีตขึ้นมาพูด

นอกจากช่วงเวลา que ผู้ป่วยแสดงอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ใช้วิธีการสื่อสาร เพื่อจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ เมื่อกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลของญาติและผู้ป่วย มีอุปสรรคจากความคิดบิดเบือนไปจากเดิมทำให้การแปลความหมาย นั้นผิดไปหรือผู้ป่วยหมกหมุ่นอยู่กับความคิดตนเอง เช่น ซึมเศร้า หลงผิด ประสาทหลอน มีการสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal Communication) ที่มากจนหลุดจากความเป็นจริง ญาติจะต้องมีวิธีการสื่อสารเพื่อดึงผู้ป่วยมาสู่กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ปกติได้

จากผลการวิจัยที่ผู้วิจัยยกมารวมทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชนั้น สามารถนำไปใช้ เพื่อประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในชีวิตดีขึ้นได้ ทั้งนี้ต้องพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามอาการและสถานการณ์

ข้อจำกัดปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการทำวิจัยทำให้มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย บางเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ไม่ตรงกับเวลาศึกษาของผู้วิจัยทำให้พลาดข้อมูลที่มีประโยชน์บางส่วนไป
2. งานค่อนข้างมีการเปลี่ยนแปลงสูง มีผู้ป่วยอาการแยลง ดีขึ้น และผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานไม่เท่ากัน
3. ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถแทนประชากรผู้ป่วยทั้งหมด เพราะไม่ครอบคลุมปัญหาของทุกคน
4. การสื่อสารในหอผู้ป่วยวิกฤติและแรกรับอาจไม่ใช้การทำจิตบำบัดและให้คำปรึกษาเหมือนหอผู้ป่วยนอก แต่เป็นการมุ่งทำเพื่อระดับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาในปัจจุบันมากกว่า
5. ปัญหาในการเก็บข้อมูล บางครั้งเก็บข้อมูลผู้ป่วยไปแล้วแต่ออาการแยลง ไม่สามารถดำเนินการสื่อสารต่อไปได้ หรือผู้ป่วย กรณีน่าสนใจ แต่ไม่มีญาติสนใจ หรืออยู่ไกลเกินไป เป็นต้น
6. เนื่องจากหอผู้ป่วยชาย ผู้วิจัยสามารถเข้าไปข้างในได้เพียงบางจุด จึงไม่ได้ดูบรรยากาศภายในทั้งหมดได้ จึงดูเพียงการพูดคุยของผู้ป่วยกับทีมจิตเวช จึงเป็นการเก็บข้อมูลภายนอกเท่านั้น
7. ผู้ป่วยและญาติหลายท่านไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจึงสื่อสารด้วยการพูดเป็นหลัก เช่น การอ่านแบบสอบถาม และแบบทดสอบให้ฟัง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. จากผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลในการทำให้ การฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปได้ด้วยดี นั้นมีหลายประการดังนี้
 - 1.1 ผู้นำบัดเอาใจใส่ ดูแล ให้ความถี่ในการสื่อสาร พร้อมทั้งมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันของอาการ นิสัย และอารมณ์ได้ ให้ผู้ป่วยประทับใจและสบายใจว่าไม่ได้ถูกกักขัง หรือถูกบังคับให้ทำสิ่งใด
 - 1.2 การสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสื่อสารเพื่อแสดงความคิดเห็นเป็นสิ่งจำเป็น การพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกแสดงความคิดเห็นความรู้สึกออกมาเป็นภาษาพูดรู้จักใช้ “I message” บอกความต้องการตอบรับหรือปฏิเสธได้ จะเป็นการสร้างความ

เข้าใจร่วมกันกับผู้ป่วย และปรับให้ผู้ป่วยสนใจ สิ่งแวดล้อมและแม่จะอยู่กับ ปัญหาจากโรค แต่ก็สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนในครอบครัวและสังคมได้

2. การที่ผู้วิจัยเป็นบุคคลจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การตีความหมายและวิเคราะห์ กิจกรรมที่เกิดกับผู้ป่วย ผู้วิจัยไม่ได้ใช้หลักเชิงจิตวิทยานักแต่เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก และอธิบายให้ผู้วิจัยฟังเป็นสำคัญ ในส่วน “การเล่น” เป็นการสื่อสารชนิดหนึ่ง เพื่อ ความบันเทิง เพื่อการเข้าถึงและสร้างบรรยากาศความสนุกสนาน ที่นำไปใช้ให้เกิด บรรยากาศการสื่อสารที่ดีได้จริง
3. การปรับตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านสอดคล้องกับแรงบันดาลใจในการเริ่มต้นชีวิต ใหม่อีกครั้ง หากญาติเข้าใจความคิดความคาดหวังของผู้ป่วยมากขึ้น จะทำให้อยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุข
4. เนื่องจากผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มญาติ ต้องให้ความร่วมมือ และพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ข้อมูลการศึกษาจึงมีผลที่ดีออกมา ซึ่งหากมีการ ครอบงำให้ญาติหันมาสนใจดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังย่อมเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะส่งผลดีขึ้น ได้เหมือนกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัยชิ้นนี้

เนื่องจากปีที่ทำการวิจัย (2544) เป็นปีสุขภาพจิตโลก ผู้วิจัยจึงเห็นการพัฒนาเชิงรุกของ กรมสุขภาพจิตในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนทั่วไปในการมองผู้ป่วยทางจิต รวมทั้งให้ความ ช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย แต่ควรให้ข้อมูลเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน เพื่อความเข้าใจด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อให้การศึกษาข้อมูลครั้งต่อไปมีความแม่นยำเที่ยงตรงยิ่งขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่างให้ มากขึ้นและควรทำการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบได้ยิ่งขึ้น
2. ควรพัฒนาการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างของญาติและผู้ป่วยที่เข้ารับ การ อบรมกลยุทธการสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวชกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับ การอบรม โดยใช้การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช และการกลับมารักษาซ้ำเป็นเกณฑ์ใน การวัดผล
3. การศึกษาการสื่อสารของทีมจิตเวช ควรศึกษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานจิตเวช หลายๆ ที่ เพื่อเปรียบเทียบการใช้กลยุทธการสื่อสารให้ลักษณะต่าง ๆ

4. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างให้ดีเสียก่อน เช่น จิตแพทย์ ผู้ศึกษาต้องหาศัพท์เทคนิคที่แพทย์จะคุยกับผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลของอาการแต่ละโรคแต่ละปัญหาให้ดีเสียก่อน เพื่อเตรียมพร้อมในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยควรมีเวลาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสักระยะหนึ่งก่อน และควรวางแผนการวิจัยโดยใช้เวลาศึกษาค่อนข้างนาน เพราะไม่สามารถเห็นพัฒนาการผู้ป่วยเพียง 3 เดือน 6 เดือน ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นพลวัตไม่แน่นอนอาจกลับมารักษาซ้ำได้ในช่วงเวลา 3 เดือน แรกได้
5. การวิจัยในเชิงนี้มีข้อควรระวังคือ การขออนุมัติต่าง ๆ ต้องทำด้วยความเคารพสิทธิ เช่น การขออนุญาตเน้นลายอักษรอย่างละเอียดและชัดเจน สำหรับสถานที่ที่ต้องการศึกษา และการติดต่อกับญาติ และผู้ป่วย ต้องมีลายลักษณ์อักษรแสดงการยินยอมในการเก็บข้อมูลด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย
6. หากผู้ที่ต้องการศึกษาวิจัยไม่ได้จบมาจากสายงานทางวิชาชีพจิตเวชโดยตรงต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อศึกษางานชนิดนี้ เพราะข้อมูลของผู้ป่วยค่อนข้างเป็นเรื่องละเอียดอ่อน อาจมีการเกิดอคติเจอบนในงานวิจัย ซึ่งต้องระมัดระวังเป็นอย่างมากและไม่ควรเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากจนเกินไป เพราะผลงานวิจัยอาจไม่เที่ยงตรง
7. หากต้องการศึกษาเชิง Naturalistic Setting เช่น การเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยต้องมีเวลาให้และปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย ด้วยความจริงใจ และเปิดเผยตนต่อทีมจิตเวชเสียก่อน
8. การหามโนภาพเชิงจินตสภาวะ (Fantasy themes) ในกรณีงานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาความคิดผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ซึ่งถ้าต้องการให้สมบุรณ์จริง ๆ และศึกษาจินตสภาวะของญาติอีกด้วยและควรศึกษาจินตสภาวะของบุคคลอื่นที่คิดกับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งคนภายนอกจะให้ความเห็นว่าน่ากลัว ซึ่งข้อมูลจะสามารถนำมาใช้ปรับทัศนคติของบุคคลอื่นให้มองผู้ป่วยทางจิตในทางที่ดีขึ้น
9. งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาการสื่อสารโดยการพูด เพื่อฟื้นฟูจิตใจในบริบทสังคมไทย ดังนั้นควรมีการศึกษาข้ามวัฒนธรรม เช่น ผู้มีปัญหาทางจิตที่เป็นชาวต่างชาติกับการรักษาโดยจิตแพทย์ไทย เพราะผู้วิจัยพบว่าหลายครั้งที่มีคนต่างชาติมารักษาในเมืองไทย ซึ่งเป็นการศึกษามิติของการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมอีกด้วย

10. ผู้วิจัยพบว่า การสื่อสารระดับกลุ่มในการทำกลุ่มจิตบำบัดมีความน่าสนใจในการทำวิจัยในเรื่องการสื่อสารอย่างมาก เพราะมีการแลกเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์ระหว่างกันทำให้ผู้ป่วยได้รับมุมมองใหม่ในชีวิต
11. ชมรมญาติผู้ป่วยศรีธัญญา หรือ “ชมรมกัลยาณมิตร” เป็นชมรมที่มีความเข้มแข็งมาก เพราะสมาชิกเผชิญปัญหาเดียวกันและจุดมุ่งหมายคล้ายกันคือ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้บรรเทาอาการและฟื้นฟูจิตใจได้มากขึ้น จึงเป็นเรื่องการสื่อสารภายในกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มที่น่าสนใจ
12. จากงานวิจัยชิ้นนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยมีถึง 3 คนที่มาจากการติดยาเสพติดประเภท “ยาบ้า” ซึ่งผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยในตึกวิฤติและแรกรับส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากสารเสพติดทั้งสิ้น จึงเป็นปัญหาที่ควรศึกษาควบคู่กันไป น่าจะเป็นการศึกษาเรื่องบุคคลที่สุขภาพจิตที่เสียไปจากยาเสพติด ปัญหาการสื่อสาร การเจรจาต่อรองเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น รวมถึงการฟื้นฟูจิตใจ เพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยเสียสติจากยาเสพติด ซึ่งเป็นปัญหาของชาติต่อไป

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. รัฐบาลควรเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการส่งเสริมบุคลากรที่มีความสามารถทางจิตวิทยา และการพูดประจำในชุมชนต่าง ๆ กระจายให้มากขึ้น
2. ควรมีการอบรมทักษะการสื่อสารแก่บุคคลตามวิชาชีพ เพราะจากบทสัมภาษณ์ที่น่ากังวลกับผู้ป่วยมีใช้ความสามารถทางวิชาชีพ แต่เป็นความสามารถทางการสื่อสาร ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักถึงเรื่องนี้ให้มีการอบรม เพื่อส่งเสริมวิชาชีพทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือคนในสังคมดียิ่งขึ้น
3. รัฐบาลควรเน้นที่สถานศึกษา ควรจัดให้มีห้องแนะแนวตามแต่ละคณะ เพราะผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษามีจำนวนเพิ่มขึ้น
4. ควรอบรมบุคคลที่สนใจเป็นอาสาสมัครและมีการอบรมการพูดเชิงจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มทางจิตใจด้านต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่เป็นบุคคลรอบตัวหรือแม้แต่ตัวเอง ทั้งนี้หากภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยงาน สถานศึกษา ร่วมกันจะเหมือนกับเป็นการอบรมการปฐมพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงมือแพทย์ คือ ช่วยเหลือทางจิตใจก่อนต้องส่งรักษาจริง ซึ่งนอกจากจะเป็นการแก้ไขแล้วยังเป็นการป้องกันปัญหาร้ายแรงในสังคมอีกด้วย

5. ผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากยาเสพติดมีจำนวนมาก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ถึงอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ รัฐบาลควรให้ความสนใจและแก้ไขอย่างจริงจัง เพราะหากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปติดสารเสพติดอีกก็จะต้องกลับมารักษาซ้ำ และเกิดเป็นโรคเรื้อรังได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ วงศ์ลักษณ์พันธ์. กลยุทธ์การสื่อสารของเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟู กับกรณีมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟื้นฟูของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์. ทฤษฎีการบำบัด. กรุงเทพมหานคร : คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2544.

กฤดา ศิริตันติกกร. วาทวิเคราะห์เชิงจิตสภาวะกรณีการเข้าร่วมโครงการรณรงค์ขยะแห้ง แลกต้นไม้ของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาวิชา วาทวิทยา ภาควิชา วาทวิทยาและการสื่อสารการ แสดง คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2542.

กวี สุวรรณกิจ. โรคจิตวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ เมติ มีเดีย, 2541.

กึ่งกาญจน์ เทพกาญจนา. การใช้ภาษาในการตรวจรักษาโรคของอายุรแพทย์ . รายงานผลการวิจัย. กรุงเทพมหานคร :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ไชศรี มูลสาคร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า , นนทบุรี : กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข 2543.

จตุรพร แสงกลู , พิเชษฐ อุดมรัตน์. ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเวชต่อการแต่งกายและคำทักทายของจิตแพทย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2544.

- จารุวรรณ ต.สกุล. การให้คำปรึกษาในห้วงเวลาวิกฤตรายงานการศึกษาในผู้ป่วยคอนเวอร์ชั่น.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ,2535.
- จารุวรรณ เอกอรรถชัยผล. การวิเคราะห์ปฏิภนความสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย
จิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- จำเนียร ช่างโชติ. เทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยา คณะ
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2521.
- ฉวีวรรณ สุตตะบุตร. การพยาบาลจิตเวชพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์, 2527.
- ชาคริต สุตสายเนตร. วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตาย
ของผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา ภาควิชาประชาสัมพันธ์
คณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- ถนอมศรี อินทนนท์. แผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.
- ทิพาวดี เอมะวรรณนะ. การคาดหวังบทบาทของนักจิตวิทยาในหน่วยงานทางจิตเวช. รายงานวิจัย
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
- นงนุช แทนบุญไพรัช. ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เน้นสัมพันธ์ภาพของพยาบาล
ผู้นิเทศที่มีต่อเวลาที่ใช้และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชของ
พยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
,คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- บัวทอง สว่างไสภาพุฒ. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2524.

บุญศรี ปราภณศักดิ์, ศิริพร จิรวัดน์กุล. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ปราโมทย์ ชาวศิลป์. คู่มือทฤษฎีจิตวิเคราะห์. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชยการพิมพ์, 2526.

พญงจิต วรณินทร. ผลของการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

พรทรัพย์ สมิติชญ์เยียร. ผลของการฝึกทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

พรณราย ทรัพย์ะประภา. เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2525.

พหล วงศาโรจน์. การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงของชาติ. รายงานการวิจัย วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2540.

พันธ์ศักดิ์ วราห์ศวปติ. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

เยาวมาลย์ रिमทะเล. การสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว : ศักยภาพที่นำมาใช้บริการโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

- รจเรข อินทโชติ. ลักษณะบุคลิกภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- ลักขณา ธรรมไพโรจน์. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- วรรณุช สราญรมย์. คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2538.
- วัชรภรณ์ สีอไชยงค์. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- วัลลภา สว่างแจ้ง. อารมณ์ขันของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- เวทินี สุขมาก , อุไรวรรณ ไชครัตน์หิรัญ , เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, ปีที่ 36 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม), 2534.
- ศรีประไพ ลดาวัลย์. ผลของอวัจนพฤติกรรมของนักจิตวิทยาการปรึกษาต่อระดับการรับรู้และการยอมรับนับถือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2496.
- ศิริอร ฤทธิไตรรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

- สมพร บุชราทิจ. จิตเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- สมภาพ เรือนตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2524.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. คู่มือการอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสำหรับญาติและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2541.
- สมศร เชื้อหิรัญ. สนทนากับผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2528.
- สมศร เชื้อหิรัญ. สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2528.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศิริภรณ์, 2542.
- สุพร เกิดสว่าง. การให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์, 2540.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- สุวิมล สมัตตะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

อรวรรณ ปิณฑน์โอวาท. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

อาภา จันทรสกุล. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2535.

ภาษาอังกฤษ

Albert Ellis. How to live with A Neurotic. New York :Universal Publishing and
Distributing Corporation, 1969.

Barnhart, S.A. Introduction to Interpersonal Communication. New York Thomas Y., 1976.

Berlo, DK. The Process of Communication. New York : Holt, Rinehart and Winston,
1960.

Dominic A.I. Building Communication Theory. Illinois : United States of America
Waveband Press, 1997.

Huntsman, AJ. And Binger, JL. Communicating Effectively. New Jersey : Nursing
Resources, 1981.

O'Brien, MJ. Communication and Relationships in Nursing. Missouri : The C.V. Mosby
Com, 1978.

Peplau, H. Interpersonal Relations in Nursing. New York : G.P. Putnum and Sons, 1962.

Ruesch Jurgen. Therapeutic Communication. New York : W.W. Norton & Company,
1973.

Smith, S. Communication in Nursing. Toronto : McGraw-Hill Ryerson Limited, 1986.

Sundeen, S.J. Et.al. Nurse – Client Interaction. St.Louis : The C.V. Mosby Com, 1985.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ประวัติผู้ป่วยและวิธีการรักษาในโรงพยาบาล

จิโรจน์ ป่วยด้วย ICD 10 = F 15

เดิมศึกษาอยู่คณะนิติศาสตร์ ธรรมศาสตร์ เป็นคนฉลาด เรียนดี จบเตรียมอุดมศึกษา เมื่อเรียนถึงปี 3 เริ่มสนใจงานศิลปะ คบเพื่อน ๆ ที่ทำงานศิลปะ นำรูปขายให้ญาติชื่อในราคา 5,000-8,000 บาท จากนั้นเล่นดนตรี เพื่อนนักดนตรีแนะนำให้เสพยา เริ่มจากกัญชา “ไม่คิดว่าจะติดก็มันเป็นแค่ต้นไม้ พืชพรรณมันจะเอาชนะเราได้อย่างไร จากนั้นก็ติดมาถึงยาม้า” จากนั้นมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว และคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ “ผมไปนั่งที่สนามหลวง นั่งสมาธิที่เขารดน้ำสนามหญ้า คิดว่ามีพญานาคมาพ่นน้ำอยู่ข้างหลัง คิดว่าตัวเองรู้แจ้งเห็นจริง ตำรวจมาจับ นั่นแหละประสาทหลอนเหมือนฝันไป พูดแล้วอายไม่น่าไปใช้เลย คนเราปกติดีที่สุด บ้า ๆ หลุด ๆ นี้อายเขาไม่รู้ทำไปได้อย่างไร” ในเรื่องของครอบครัว ปัจจุบันมีพี่สาวดูแล “เคยบอกทางบ้านตอนติดยา เขาพูดคำเดียวแล้วหนีไปกินทำไม ก็ให้หม่าม้ำกับป้ามาเอายาให้ที่โรงพยาบาล” ความเป็นลูกชายคนเดียวของครอบครัวและเป็นลูกคนเล็กครอบครัวเลยได้รับการเอาใจใส่อย่างดี ที่นี้พอเลิกยาคิดว่าหายกลับไปวาดรูปได้เงินจากอาเจ็กเยอะก็เอาเงินไปสูบบุหรี่ เลยถูกส่งมาอยู่ที่นี้เพราะมีอาการหูแว่ว

ข้อมูลของจิโรจน์ จากการพูดคุยเบื้องต้น สอดคล้องกับแบบบันทึกประวัติของผู้ป่วยจากแบบการพยาบาลดังนี้

ผู้ป่วยพูดจาเสียวน แต่ไม่หยาบคาย สนทนากับพยาบาลวันแรก ยิ้ม ๆ ไม่ยอมพูดด้วย บอก “ขี้เกียจพูด” ไม่ตอบคำถามใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่ให้ความร่วมมือใด ๆ ทั้งสิ้น ก่อนลุกขึ้นบอกว่า

จิโรจน์ : ไปเรียนวิชามาเพิ่มชะบ้าง

พยาบาล : วิชาอะไร

จิโรจน์ : ก็วิชาพยาบาลนี่แหละ

การรักษาพยาบาลดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ วันที่ 3 ผู้ป่วยแสดงท่าทางวางโดยยกย่อน ถามชื่อตอบว่าชื่อใกล้จะตายแล้ว เมื่อพยาบาลบอกว่า “วันนี้ต้องให้เจ้าหน้าที่โกนหนวดให้” ผู้ป่วยตอบว่า “หนวดผมเคยมีคนมาซื้อ 5,000 บาท แต่ผมไม่ขาย” พยาบาลจึงต้องอธิบายว่า “คนที่มาซื้อที่นี้ ต้องมีการโกนหนวด ตัดผมให้เป็นระเบียบ” (หลังจากที่ปล่อยให้สงบลง พูดให้เหตุผล) ผู้ป่วยได้ว่า “ถ้าฉันให้ไปโกนหนวด ไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ ด้วย” จากนั้นผู้ป่วยยอมโกนหนวด เมื่อญาติเยี่ยมผู้ป่วยมีน้ำใจนำขนมมาแบ่งเพื่อน ๆ พยาบาลพยายามสื่อสาร โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย

ระบายความในใจ ผู้ป่วยบอกเล่าเรื่องราวและเปิดเผยเรื่องของตนให้พยาบาลฟัง แต่บางครั้งมี หงุดหงิด เช่น ถามพยาบาลว่า “ทำไมถามแต่คำถามเก่า ๆ” พยาบาลก็ต้องอธิบายวิธีการรักษา การถามเพื่อให้สนใจสิ่งแวดล้อม ในการสร้างสัมพันธภาพแต่ละวันในระยະนี้มีการสนทนาด้วย ท่าทางเป็นมิตร แนะนำผู้ป่วยสู่ความเป็นจริง และยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ในวันที่ 30 สิงหาคม พบว่าสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยอีกรายในห้องดูแลที่ให้น้ำเกลือ ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใส พร้อมกับบ่นว่า “อยากช่วยดูแล สงสารเขา” เมื่อผู้ป่วยอยากกลับบ้าน อธิบายให้เข้าใจความจำเป็นในการ รักษาโดยใช้กลยุทธ์การสื่อสาร คือ พูดคุยให้ผู้ป่วยระบาย แนะนำการปฏิบัติให้ขอความช่วยเหลือ ถ้ามีปัญหา จากการเข้ากลุ่มจิตบำบัด พบว่า ต้องการใช้ชีวิตแบบบุคคลทั่วไปคือ ทำงานใช้ ชีวิตประจำวันอยากให้พี่สาวพาเข้าสังคม

ข้อความต่อไปนี้ วิเคราะห์จากการสนทนาระหว่าง จิโรจน์ และ จิตแพทย์ประจำตึกอภิบาล 2

- จิตแพทย์ : ถึงตอนนี้คิดว่าตัวเองเป็นอย่างไรบ้าง
- จิโรจน์ : ไม่สดชื่นแจ่มใส
- จิตแพทย์ : หมายถึงอะไร
- จิโรจน์ : ยังมีอาการทางจิต
- จิตแพทย์ : ลองบอกให้หมอฟังซิ อธิบาย
- จิโรจน์ : ยังไม่สงบ
- จิตแพทย์ : หมายถึงอะไร
- จิโรจน์ : สภาพทางจิตใจ
- จิตแพทย์ : หมายถึงยังมีเสียงหูแว่วอยู่หรือ
- จิโรจน์ : พยับหน้า
- จิตแพทย์ : แสดงว่ายังมีอยู่บ้าง ที่มีเสียงชายหรือหญิง
- จิโรจน์ : มันลอยมา
- จิตแพทย์ : มีสิ่งให้ฆ่าตัวตายมั๊ย
- จิโรจน์ : ไม่มี
- จิตแพทย์ : เจ็บ ... ปลอบยให้ผู้ป่วยเล่าสักพักจึงพูดว่า คิดว่าเสียงที่เกิดขึ้นมาจากอะไร
- จิโรจน์ : ติดยาเสพติด
- จิตแพทย์ : แล้วตอนนี้คิดไง
- จิโรจน์ : นึกย้อนกลับไปตอนนั้นแย่มาก
- จิตแพทย์ : ทบทวนแล้วว่ามันคืออะไร เกิดอะไรขึ้น

- จิโรจน์ : ไข้ยาเสพติด มีผลทางอารมณ์เป็นความละเอียดอ่อนของอารมณ์ แต่จริง ๆ เป็น
ฤทธิ์ยา
- จิตแพทย์ : คือ
- จิโรจน์ : ทางนามธรรมคิดว่าดี แต่รูปธรรมไม่ดี
- จิตแพทย์ : จิโรจน์คิดว่าตัวเองป่วยกี่ปี
- จิโรจน์ : 25 – 32 7 ปี เริ่มใช้ยาตอนอายุ 25 มาตลอดไม่เว้นสักวัน
- จิตแพทย์ : ถึงตอนนี้จะเอาอย่างไรกับชีวิต
- จิโรจน์ : อยากเป็นคนปกติธรรมดา ไม่โอเวอร์
- จิตแพทย์ : คือ....
- จิโรจน์ : ไม่อยากเป็นคนโง่
- จิตแพทย์ : คนโง่คือ
- จิโรจน์ : คนที่คิดไม่เป็น ไม่อยากเป็นคนโง่ คิดไม่เป็นระบบ
- จิตแพทย์ : การคิดไม่เป็นระบบคือ อាកารทางจิต เกี่ยวกับความไม่สมดุลในสมอง
- จิโรจน์ :อยากกลับไปคิดเป็นระบบ เช่น ดูแลว่าต้นมะพร้าวมันจะทำมาหากินอะไร เกิด
ประโยชน์อย่างไร
- จิตแพทย์ : หมอเห็นด้วย แล้วคุณจะทำอย่างไรปกติคนวัยอย่างคุณ 32 เขาทำอะไรบ้าง
- จิโรจน์ : ทำงาน ใช้ชีวิตที่ครบถ้วน ผมเองก็จะวาดรูปขาย
- จิตแพทย์ : แผนอนาคต
- จิโรจน์ : ทำงาน
- จิตแพทย์ : ยาเสพติด
- จิโรจน์ : ไม่อยากเป็นคนป่วยทางจิตที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล มีผลเสียหาย ครอบครัว
เสียใจ ผมไม่ได้ทำงาน ผมว่ามันไม่ดีนะครับ
- จิตแพทย์ : ย้อนกลับไป 7 ปี คุณทำไมไม่คิดอย่างนี้ เกิดอะไรขึ้น ทำไมไม่คิดแบบนี้
- จิโรจน์ : ทำงานศิลปะ ทำงานดนตรี ต้องเสพเขาว่ากัญชาทำให้อารมณ์ละเอียดอ่อน
พอใช้รู้ สึกตัวเอง รู้สึกหูลึกซึ้งฟัง Sound ละเอียดชัดเจนเสียงที่ไม่ได้ยินก็ได้ยิน
ละเอียดกว่าออกมาจากแอมป์ พอมาทราบผลก็เพิ่งรู้ว่าตัวเองป่วย
- จิตแพทย์ : อย่างนั้นถ้าหมอบอกว่าการเปิดโอกาสให้คุณ กลับไปทำงานศิลปะเท่ากับเปิด
โอกาสให้คุณกลับไปใช้ยาหรือเปล่า
- จิโรจน์ : (ทำท่าคิด) อืม...50...50 ครับหมอ

- จิตแพทย์ : หมอจึงไม่แน่ใจว่า คุณจะไม่กลับไปใช้ยาอีก
- จิโรจน์ : ใจผมไม่อยากล้มสลายทางจิตใจ ผมอยากไปใช้ชีวิตเป็นคนปกติ ผมมั่นใจ
- จิตแพทย์ : ในเรื่องการกลับบ้านเดี๋ยวหมอจะคุยอีกที่ คนติดยาเจอสภาพแวดล้อมเดิมห้อง
อุปกรณ์เสพยา มันทำให้เกิดอาการเสียนยาขึ้น ความอยากมันมีพลังมากที่จะ
ทำให้เรากลับไปใช้ยาอีก เหมือนคนเคยติดบุหรี่พอเห็นไฟแช็คก็พาให้อยากสูบ
- จิโรจน์ : แต่ผมพอเห็นอุปกรณ์เสพก็รู้สึกกลัว
- จิตแพทย์ : นั่นเพราะคุณมียาบำบัดแทน หมอหมายถึงที่จะทำให้คุณเลิกเด็ดขาดคือ
- จิโรจน์ : ออกกำลังกาย เข้าหาสังคม ปรึกษาพี่สาว ผมคงแก้ได้มันคงไม่เหมือนรอยสักที่
ลบ ไม่ออก (ถอนหายใจ)
- จิตแพทย์ : รอยสักก็ลบออกนะถ้าคุณจะลบมันจริง ๆ
- จิโรจน์ : นี่ผมตื่นที่สูบไม่ได้กินไม่จั้นคงเลิกยาก
- จิตแพทย์ : คุณเข้าใจผิดว่ากินแรง จริง ๆ ยาบำบัดวิธีเสพที่แรงสุดคือการสูบ เพราะมันถึง
สมองมันจึงรุนแรงที่สุด
- จิโรจน์ : อ้อ..ไอ้โ..ผมเองเพิ่งรู้ไม่เคยรู้เลยคิดว่ากินมันแรงกว่า
- จิตแพทย์ : เอาละหมอยากบอกว่า ถ้าคุณถูกมันดึงกลับไปอย่ารอให้มีอาการ หากพลาด
อย่าโทษตัวเองมาหาหมอก่อน
- จิโรจน์ : ครับ
- จิตแพทย์ : แล้วได้คุยกับพี่สาวว่าไงบ้าง
- จิโรจน์ : เขาอยากมั่นใจและอยากรู้ว่าการรักษาครั้งนี้ดีที่สุด เขาเชื่อหมอ เชื่อพยาบาล
เขาอยากคุยกับหมอมาก
- จิตแพทย์ : คุณยังโชคดีนะที่ทางบ้านสนใจ
- จิโรจน์ : ครับ ผมจะใช้ชีวิตปกติในสังคม ถ้าผมกลับไปใช้ยาอีก ชีวิตคงไม่หลุดพ้น ไม่
สวยงาม
- จิตแพทย์ : หมอก็รู้สึกดีนะที่คุณคิดได้ดีอย่างนี้
- พี่สาว : อยู่ที่บ้านต้องรู้จักดูแลตัวเอง
- จิโรจน์ : ดูแลตัวเองได้
- พี่สาว : ทานยาละ
- จิโรจน์ : ทางเองและจะทานให้ตรงเวลา
- พี่สาว : แล้วที่ตอนกลางคืนไม่นอน

- จิโรจน์ : ไม่ว่าง
- พี่สาว : ก็ต้องบอกหมอ
แล้วกลับมาคราวนี้ อยากให้ปกติหน่อยบ้านจะระบายสีทิ้งหลังไม่เป็นไร แต่เอา
ของนากลับไว้หน้าบ้าน มันไม่ถูกรูปในหลวงไม่ควรเอาไว้ตรงรั้ว
- จิโรจน์ : มันเป็นงานศิลปะ
- พี่สาว : มันไม่ใช่วิชาชีพ ต่อไปเราต้องทำงานที่หาเลี้ยงตัวเองได้
- จิโรจน์ : วาดภาพก็หาเลี้ยงได้ อาเจ็กก็ให้ 5,000 มันเป็นเงินคงสูงอยู่แล้ว
- พี่สาว : หมอบอกให้พี่จำกัดเงินเดือน เพื่อป้องกันการมีเงินแล้วกลับไปใช้จ่ายอีก พี่อยาก
ให้เราหายชะงะที่ยังไงก็น้องพี่เป็นลูกชายคนเดียวของบ้าน ป๊า , ม๊า จะได้ดีใจ
- จิโรจน์ : รู้แล้ว จะทานยา
- พี่สาว : แล้วอย่าเอาเงินไปซื้อยาบ้าอีกนะ
- จิโรจน์ : อ้อ..อ้อม
- พี่สาว : คราวที่แล้วก็พูดแบบนี้ ปกติรักษากันก็เอาเข้าห้องพิเศษ ตอนนี้อยู่ห้อง
อนาถาจะได้สำนึก
- จิโรจน์ : มันอยู่ที่คน เขาไปว่าจะทานยาให้ตรงเวลา แต่ขอทำงาน ART ต่อไป

การรักษาโดยการพูดคุย คือ การให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดจากการมองตนเอง การตระหนักอารมณ์ของตนเอง ให้มองย้อนกลับไปและวิเคราะห์ในมุมมองใหม่ พร้อมทั้งทำให้กระจ่างในแต่ละประเด็นความคิด เช่น เมื่อผู้ป่วยอธิบายความอยากเป็นคนธรรมดา ผู้บำบัดถามว่าบุคคลธรรมดาต้องทำอะไร ผู้ป่วยจะคิดและอธิบายได้ด้วยตนเองรวมถึงการพูดในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น การปรับปรุงตัวในอนาคตและหนทางที่จะไม่กลับไปใช้จ่าย สังเกตว่าผู้บำบัดจะไม่ใช้คำชี้แนะ แต่จะถามเชิงรุกกระตุ้นความคิดของผู้ป่วยและสะท้อนกลับเป็นระยะ ๆ ลักษณะคำพูดจะใช้เป็นเชิงลู่เข้า (Convergence) เช่นคำว่า เลียนยา และสร้างมโนภาพเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยคิดตาม เช่น เมื่อกลับบ้านเจออุปกรณ์สุขภาพทำให้อยากยา เหมือนคนเคยติดบุหรี่หรือเห็นไฟแช็คก็อยากสูบ ลักษณะการพูดครบทั้ง Ethos ในบรรยากาศการเรียกเข้ามาคุยตัวต่อตัวในห้อง Pathos-โน้มน้าวจิตใจผู้ป่วยรายนี้ด้วยการเปรียบเทียบ คำพูดที่ชวนให้คิดตามการใช้ Fear Appeal และ Logos เช่น การอธิบายว่าการสูบบุหรี่จะเข้าถึงสมองเร็วและรุนแรงกว่าการกิน ผู้ป่วยแสดงสีหน้าแปลกใจและยอมรับ “อ้อ...เหอครับผมเพิ่งรู้” และแสดงการยอมรับในตัวผู้รักษา นอกจากนั้นผู้บำบัดยัง แสดงการยอมรับผู้ป่วย เช่น คำว่า..หมอ เข้าใจ...หรือการบอกว่า หากพลาดอย่าโทษตัวเอง..ให้รับมาหาหมอก่อน รวมทั้งการสร้างความรู้สึกมีคุณค่า เช่น คุณโชคดี

มากที่ทางบ้านสนใจ หมอรู้สึกดีนะที่คุณคิดอย่างนี้ สังเกตว่าผู้บำบัด สามารถเข้าถึงจิตใจผู้ป่วยได้ ให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึก และในขณะที่เดียวกันผู้บำบัดก็สามารถแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและการให้กำลังใจและคำปรึกษาที่เป็นรูปธรรม ซึ่งผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ การพูดคุยครั้งนี้จึงมีประสิทธิภาพในระดับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้

รุ่งโรจน์เป็นบุตรชายคนเดียวของครอบครัวที่บ้านทำกิจการขุดมะพร้าวส่งตลาด หลายแหล่งมีรายได้ค่อนข้างดี ความเป็นลูกชายคนเดียวจึงมีพ่อแม่ดูแลตามใจมาตลอด รุ่งโรจน์เคยประสบความสำเร็จจากการเป็นนักกีฬาจักรยานเขต พ่อแม่ของเขารับส่งและสนับสนุนเต็มที่จนวันหนึ่งที่พ่อแม่พบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นร้ายแรงและติดตามจนกลัวที่จะเสียลูกชายคนเดียวไปจึงไม่ให้รุ่งโรจน์ขี่จักรยานแข่งอีก จากนั้นรุ่งโรจน์เริ่มคบเพื่อนในละแวกบ้านหันมาหายาบ้า เป็นแก๊งยาบ้าทำน่านนท์ ตระเวนเที่ยวตามเรือจ้างกับเพื่อน ๆ จากนั้นพ่อแม่ส่งไปบำบัดอยู่หลายที่ จนพบว่าจิตใจเขาสามารถเอาชนะยาบ้าได้ ฤทธิ์ของมันไม่เข้มข้นพอที่จะทำให้เขาติดมันไปตลอดชีวิต หลังจากเขาเลิกยาบ้าได้ไม่นาน วันหนึ่งเขาต้องไปร่วมงานแต่งงานญาติที่ต่างจังหวัด รุ่งโรจน์กินยาแก้เมาแล้วเพิ่มจำนวนขึ้นจากที่ละน้อยเป็นมากขึ้น ๆ “เออ...มันเมาก็มันเคลิ้ม ตอนนี้เคลิ้มคนเดียว ไม่ต้องมีเพื่อนชวนต่างจากครั้งอื่นที่เพื่อนชวน จริง ๆ ก็ไม่อยากติด แมกัโกรธมากเป็นลูกชายคนเดียวแม่เขาเป็นห่วงก็รู้”

จากนั้น หนึ่งอาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการนอนไม่หลับ นิ่งพูดคนเดียว ยิ้มและหัวเราะคนเดียว หนูแว่วได้ยินเสียงมอเตอร์ไซด์ พ่อแม่พามาที่โรงพยาบาลด้วยอารมณ์เคร่งเครียด มีความรู้สึกอยากรับประทานยามาก ๆ ต้องการให้หมอช่วยให้หายเครียด ทีมจิตบำบัดรับทราบเรื่องพยาบาลพูดคุยสังเกตสีหน้า พบว่าช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการซึม และไม่คาดหวังกับการรักษา เนื่องจากเคยผ่านการรักษามาหลายที่ บอกเป็นคนมีเพื่อนน้อย ชอบอยู่คนเดียวคุยกับพยาบาลว่าอยู่บ้านมีหนูแว่วและสารภาพว่ากลับบ้านไม่เคยรับประทานยาโรงพยาบาลเลย ทานแต่ยาแก้เมาวันละ 20 เม็ด ให้เมา ให้หายเหงา ยาบ้าไม่เสพมานานแล้ว จากนั้นสังเกตในหอผู้ป่วยพบว่าสนใจสิ่งแวดล้อมดี เวลาแม่มาเยี่ยมจะขอร้องให้แม่อยู่นาน ๆ

หมอ : รุ่งโรจน์มานอนโรงพยาบาลทำไม

รุ่งโรจน์ : แม่พามา

หมอ : ป่วยเป็นอะไร หลายปีแล้วใช้มัยัครบ รุ่งโรจน์ป่วยเป็นอะไร

รุ่งโรจน์ : พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว

- หมอม : เป็นอย่างนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่
- รุ่งโรจน์ : ติดยาม้า และยาเมารถ
- หมอม : คุณพ่อ คุณแม่ ทำงานอะไร
- รุ่งโรจน์ : ขายส่งมะพร้าวตามตลาดรายได้ดี
- หมอม : แล้วเราจะทำอะไร
- รุ่งโรจน์ : อยู่บ้านเฉย ๆ
- หมอม : มันดียังไงอยู่บ้านเฉย ๆ ช่วยบอกข้อดีข้อเสียของการอยู่บ้านเฉย ๆ สิครับ
- รุ่งโรจน์ : ออกไปเที่ยวไปกินข้าว ไปทำนันทน์
- หมอม : แล้วจะสร้างเนื้อสร้างตัวอย่างไร รุ่งโรจน์โตแล้วจะรับผิดชอบยังไง ถ้าน้องเขามีครอบครัวไปหมดทำไง คิดว่าตัวเองป่วยมั๊ย
- รุ่งโรจน์ : มีส่วน
- หมอม : ป่วยเป็นอะไร
- รุ่งโรจน์ : หัวเราะคนเดียว คุณคนเดียว ได้ยินเสียงมอเตอร์ไซด์
- หมอม : คิดว่าจำเป็นต้องรักษามั๊ย
- รุ่งโรจน์ : จำเป็น
- หมอม : ไหนรูปดูใหม่ชัด ๆ สิรุ่งโรจน์
- รุ่งโรจน์ : จำเป็น
- หมอม : เพราะอะไร
- รุ่งโรจน์ : จะได้หายได้กลับบ้าน
- หมอม : คุณอยากกลับบ้าน แล้วอย่างไรอีก
- รุ่งโรจน์ : อยากหาย แต่ยังไม่รู้
- หมอม : ทำไมถึงติดยาเมารถ
- รุ่งโรจน์ : กินแล้วมันเมาก็ กินทีละ 20 เม็ด
- หมอม : ใช้แทนยาบ้า
- รุ่งโรจน์ : ยาบ้าเลิกมานานแล้ว ๆ ค่อยมากินยาเมารถ พอดีไปงานแต่งงานญาติต่างจังหวัด กินแล้วเออ..มันเมาก็
- หมอม : หมายความว่าคุณเลิกยาบ้าได้แล้ว ถึงมาติดยาแก้เมารถ จริง ๆ มันคือ อาการสมองติดยา คือสิ่งที่คุณหาทดแทนอีกอย่างหนึ่ง(เงียบ)
- รุ่งโรจน์ : ผมอยากกลับบ้าน

- หมอ : ที่แม่เขาส่งคุณมาเพราะคุณพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียวไม่ยอมพูดคุยกับใคร แล้วมาอยู่ที่นี้เป็นไงบ้าง
- รุ่งโรจน์ : คุยกับพยาบาล แต่เครียดมาก
- หมอ : คุณรุ่ง ถ้าหมอจะบอกว่าการปรับตัวเป็นข้อบ่งชี้วันหนึ่งที่หมอจะวินิจฉัยว่าคุณดีขึ้น ผมอยากให้คุณปรับตัว
- รุ่งโรจน์ : เมื่อไหร่ผมจะได้กลับบ้าน ผมอยากกลับบ้าน
- หมอ : คุณทานยามานาน หมอคงไม่ถามว่าคุณจะกลับไปติดอีกมั๊ย จุดประสงค์ของที่นี่ คือ รักษาอาการหูแว่วของคุณและเป็นไปได้หมอต้องการแน่ใจว่าคุณสามารถดูแลตัวเองเรื่องการทานยาได้
- รุ่งโรจน์ : ผมไม่ทานยาเมารถอีกแล้วครับ เลิกแล้ว
- หมอ : อีอึม...ผู้ป่วยก็มักบอกหมออย่างนี้ ใคร ๆ ก็พูดแบบนี้ มันอาจใช้แรงใจ แรงกาย มากหน่อย มันเหมือนกับว่ายทนนั่นนะ เห็นยาแล้วอยากกินชีวิตก็ไม่รุ่งเหมือนชื่อ เพราะสมองจะเสื่อมลงนะ เดี่ยวหมอดูยาให้อีกทีนะตอนนี้ไปพักผ่อนก่อนครับ

ลักษณะการพูดคุยจะเป็นการให้ตระหนักรู้ในตัวเอง กระตุ้นถามให้ตอบจะทำอะไรต่อไป อนาคตคิดว่าจะทำอะไร ผู้ป่วยบอกอยากอยู่บ้านเฉย ๆ จิตแพทย์ลองให้ผู้ป่วยคิดทบทวนเอง เช่น ดียังไง อยู่บ้านเฉย ๆ รวมทั้งการให้เปรียบเทียบอดีต อนาคตให้ตอบตัวเองว่าจำเป็นต้องรักษาหรือไม่ รวมถึงการให้ข้อมูลอาการสมองตื้อ อธิบายการปรับตัวรวมถึงการใช้คำเปรียบเทียบ เช่น “ว่ายทนน้” คือต่อสู้กับตนเองเหนื่อย แต่ดีต่อชีวิตและใช้อารมณ์ขันบ้าง เช่น ถ้ายังไม่เลิกอีกชีวิตก็ไม่รุ่งเหมือนชื่อ

สรุปรายงานการศึกษาผู้ป่วย

ปรีชา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี สถานภาพโสด การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 นับถือ ศาสนาอิสลาม อาชีพ ค้าขาย เริ่มมีอาการทางจิตครั้งแรก เมื่ออายุ 20 ปี เนื่องจากขณะนั้นช่วย กิจการครอบครัวส่งเนื้อขาย คนขับรถซึ่งเป็นลูกจ้างนำยาบ้าผสมไอเล็งค์ให้ดื่มจนติดและไม่ทราบ ว่าเป็นยาเสพติด จนเกิดอาการอยากรับประทานมาก และมีอาการทางจิตที่เกิดจากฤทธิ์ของยา ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันและเข้ารับการรักษาล่าสุดที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในเดือน 30 ส.ค. 44 ถึง 20 ก.ย. 44 ด้วยอาการ พูดคนเดียว หัวเราะคนเดียวไม่ยอมนอน ชู้ทำร้าย แม่ เห็นภาพหลอนมีคนทะเลาะกัน กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย มารดาเป็นคนนำมาส่งโรงพยาบาล

เมื่อผู้วิจัยทำเรื่องขอเยี่ยมผู้ป่วย ในตอนบ่ายของเดือน สิงหาคม หลังผู้ป่วยรับประทาน
อาหารแล้ว และค่อนข้างสงสัยในตัวผู้วิจัย ผู้ป่วยพูดรู้เรื่อง แต่มีท่าทางเป็นมิตร ผู้วิจัยพามาที่นั่งที่
มานั่งหน้าหอผู้ป่วย และให้ดื่มโค้ก ผู้วิจัยแนะนำตัวและถามความสมัครใจในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
งานวิจัย ดวงตาแดงก้ำา พยาบาลอธิบายว่าจากการถอนพิษยาและอาการข้างเคียงของยาที่รักษา

ปรีชาดื่มโค้ก 2 ขวด และดูสดใสขึ้นพร้อมทั้งเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตจนมาอยู่ที่นี่ให้ฟัง
เรื่องที่เล่าจะเริ่มจากสาเหตุการเสพยา กิจการที่บ้าน เรื่องครอบครัว น้องสาวก็ติดยาบ้าจนผูกคอตาย
และเรื่องของพ่อที่เสียไปปรีชาจะเล่ามากเป็นพิเศษ และเล่าซ้ำกันบ่อย ๆ สรรพนามที่ผู้ป่วย
เรียกผู้วิจัยคือ พี่ และผู้วิจัยเรียกชื่อจริงผู้ป่วยทุกครั้ง

จากการสอบถาม สังเกตพยาบาลและแพทย์เกี่ยวกับอาการคุณปรีชา พบว่าครั้งนี้มาจากการ
การใช้สารเสพติดประเภทยากระทัน (กระทิงแดง) เกินขนาดทำให้ไว้วายและไม่นอนการจัดการ
กับอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น คือ ฉีดยาก่อน จากนั้นถามความต้องการ เช่น ครั้งหนึ่ง ปรีชา อยาก
ทานยาแก้ปวด และบอกว่าเป็นไข้ พยาบาลตรวจไม่พบอาการจึงอธิบายว่า ถ้าไม่ปวดไม่ควรกิน
มาก ปรีชามีท่าทีหงุดหงิด พยาบาลจึงเรียกชื่อเต็ม และอธิบายว่า ที่นี่จะทำให้อาการที่คุณป่วยดี
ขึ้น หากมีความประสงค์จะให้ช่วยเหลือขอให้บอก และแนะนำวิธีปฏิบัติตัวในโรงพยาบาล การ
พยาบาลมีการให้ผู้ป่วยพูดระบายออก พบว่าปรีชาระบายความคิดความรู้สึกออกมาได้ เมื่อ
แนะนำตัวเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่าให้ความร่วมมือในส่วนนี้ พยาบาลอธิบาย
ข้อดี ข้อเสียของการกระทำต่าง ๆ ผู้ป่วยรับฟัง (ในช่วงนี้พยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพเสมอ) และ
ซักถามอาการทุกวัน

พยาบาล : ยังได้ยินเสียงนั้นอยู่มั๊ยคะ

ปรีชา : ได้ยิน

พยาบาล : เสียงที่ได้ยินเป็นอย่างไรคะ

ปรีชา : เสียงคนคุยกัน

ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่วเสียงคนคุยกันจับใจความไม่ได้ จากนั้นพูดคุยให้ผู้ป่วยระบายออก
ปรีชาบอกคิดถึงบิดา อยากทำงาน อยากแต่งงาน พยาบาลให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในเรื่องการ
ทำงานและชีวิตรวมทั้งบอกว่ายาจะช่วยได้อย่างไร

ต่อมาปรีชาอาการเริ่มดีขึ้นอาทิตย์ที่สองสีหน้ายังไม่สดชื่นแจ่มใส แต่พูดคุยได้ตอบรู้เรื่องดี
บอกพยาบาลว่าผมทะเลาะกับแม่ ๆ ก็หาว่าพูดคนเดียว พยาบาลรับฟังด้วยความเข้าใจพูด
สะท้อนความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อแม่ และก่อนยุติการสนทนา บอกพยาบาลว่าสบายใจขึ้นไม่โกรธแม่
แล้ว อยากให้แม่รับกลับบ้าน

อาทิตย์สุดท้าย ปรีชาสีหน้าแจ่มใส พูดคุยกับเพื่อนสนุกสนานโดยเพื่อนผู้ป่วยจะล้อปรีชาว่า “บั้ง” เนื่องจากปรีชาเป็นอิสลาม ผู้วิจัยถามเพื่อนผู้ป่วยรู้ได้ไง ผู้ป่วยนอก “ก็เห็นทำละหมาดที่คิดว่า ถ้าปรีชาเป็นพุทธจะทำละหมาดเหวอ ยังมีสมาธิด้วย เพื่อนล้อทุกวันก็ทำละหมาดทุกวัน” ปรีชาเป็นที่รักเป็นห่วงของทีมงานจิตเวชเขาและเพื่อนผู้ป่วย ทุกครั้งที่มิญาตีมาเยี่ยมปรีชาจะแบ่งขนมและอาหารเป็นส่วน ๆ ให้เพื่อน พยาบาล และแบ่งเผื่อผู้วิจัยด้วย

ลักษณะการสื่อสารบำบัดที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นเรื่องที่ปรีชาคุยกับแพทย์ ตัดตอนมาดังนี้

- จิตแพทย์ : เป็นอย่างไรบ้างปรีชา วันนี้
- ปรีชา : ดีครับ อยากกลับบ้าน ช่วยแม่
- จิตแพทย์ : ที่บ้านทำอะไร
- ปรีชา : ขายเนื้อ อยู่ที่ตลาดตรงข้ามนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง
- จิตแพทย์ : กลับไปจะทำอะไร
- ปรีชา : ช่วยแม่ขายของ
- จิตแพทย์ : เห็นแฟ้มประวัติบอกกินกระเทียมแดง 10 ขวดต่อวัน อ่านโฆษณาวีเป่ล่า เขาห้ามดื่มเกินวันละกีขวด (Humorous Apple)
- ปรีชา : 2 ขวด ครับ
- จิตแพทย์ : ก็รู้นี่น้ำ
- ปรีชา : รู้ครับ แต่เวลาแช่เย็นจัด ๆ มันจะอร่อยมาก และผมนำมาปั่นกับน้ำแข็งด้วย บางทีเลยไม่นับว่ากีขวด
- จิตแพทย์ : อ้อ...แล้วรู้มั้ยผลเสียของมันคืออะไร
- ปรีชา : หายใจแรง
- จิตแพทย์ : ที่หายใจแรงเพราะน้ำหนักเกิน คุณอ้วนแล้วจะต้องออกกำลังกาย กินน้อยลง ลดอาหารทอด น้ำอัดลม ทานผลไม้เยอะ ๆ
- ปรีชา : ผมชอบทานผลไม้ทานมะม่วง ฝรั่ง ที่ตลาด วันละหลายลูก
- จิตแพทย์ : ดีมาก (หมอยิ้มและพลิกดูแฟ้มประวัติ) ปรีชาเป็นอิสลามหรือ

- ปรีชา : ครับ เป็นทั้งบ้านและแถวตุตลาตคนก็เป็นอิสลามแถวตุตลาตลาดกระบ้ง
ตรงข้ามนิคมอุตสาหกรรมลาดกระบ้ง
- จิตแพทย์ : รู้เรื่องตึกถล่มมัย เครื่องบินจะบินถล่มตึกเป็นรูเลย ตึกฝั่งเลขที่อเมริกา
(หัวเราะ)
- ปรีชา : ตึกสูงถล่มเหวอครับ ผมไม่รู้เรื่องเลย (หัวเราะ) อยู่แต่ในโรงพยาบาล
- จิตแพทย์ : พวกอิสลามหัวรุนแรงไง ถล่มสหรัฐ บินลาติน คุณรู้จักมัย (หัวเราะ)
- ปรีชา : ไม่รู้จักครับ แต่เขาไม่น่าทำ
- จิตแพทย์ : เอาละ แล้วถ้าหมอให้ออกจากโรงพยาบาลคุณจะทำอะไรต่อ
- ปรีชา : ช่วยแม่ขายเนื้อ
- จิตแพทย์ : แล้วจะลดกระทิงแดงลงมัย
- ปรีชา : ลดครับ มันไม่ดีต่อสุขภาพ
- จิตแพทย์ : จะออกเดือนนี้ หรือเดือนหน้า
- ปรีชา : เดือนนี้ครับ
- จิตแพทย์ : ดีมาก (ยิ้ม) แต่ต้องทานยอต่อนะ เพราะมันจะช่วยให้คุณดีขึ้น เอาละมี
อะไรอยากคุยกับหมอมัย
- ปรีชา : ไม่มีครับ
- จิตแพทย์ : เอาละ กันไปพักผ่อนได้
- ปรีชา : สวัสดีครับ

ลักษณะการพูดคุยเพื่อการฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยรายนี้ สามารถใช้อารมณ์ขันเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ เช่น กระทิงแดงห้ามดื่มเกินวันละ 2 ขวด เพื่อกระตุ้นให้จำคำพูดและเปลี่ยนผู้พูดมาเป็นหมอมัย ซึ่งน่าเชื่อถือกว่าโฆษณา แพทย์จะทดสอบความคิด และสะท้อนความคิด ความรู้สึกการให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติ และทำให้ผู้ป่วยรู้จักคิดได้ด้วยตนเอง และเนื่องจากผู้ป่วยค่อนข้างมีพฤติกรรมถดถอย การพูดให้แสดงความคิดบ่อย ๆ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักคิดอีกทาง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยบำบัดต้องใช้ตัวเองเป็นแบบในการสื่อให้ผู้ป่วยได้ลอกเลียนแบบอย่างที่ดีอีกด้วย

ในกรณีของปรีชาจะเป็นที่เอ็นดูของทีมจิตเวชมาก เพราะว่าง่ายพยายามช่วยเหลือตนเอง และผู้ป่วยรายอื่นห่วงใยให้กำลังใจเพื่อน มีมนุษยสัมพันธ์ดี

หลังทานอาหารผู้วิจัยเข้ามานั่งพูดคุยกับผู้ป่วยถามคำถามกว้าง ๆ ชวนคุยเรื่องความเป็นอยู่ อาหารการกินก่อนแนะนำตัวว่าเป็นผู้วิจัยและพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการเวียนหัวจากการทำ ECT. เห็นหมอบอกว่าจะทำให้ดีขึ้น แต่ยังไม่ค่อยรู้สึกดีเท่าไร บอกว่าขณะนี้ทำงานเป็นลูกจ้างที่เทศบาลเมืองบ้างไปมีหน้าที่สำรวจบ้านทำบัญชี เล่าเรื่องราวให้ผู้วิจัยฟังว่าน้องสาวสามีชอบยู่ให้ทะเลาะกัน ชอบสร้างเรื่องหาว่าคบชู้ม หว่าไม่รักจริงไม่จริงใจ ตัวเราเป็นคนไว้ใจคนใครพูดดีด้วยก็ทำดีตอบ นี่เราต้องเขาไม่รู้ไปฟังอะไรใครมา ไม่พาเราไปหาหมอเลย เราต้องเขาทำให้เราเจ็บปวดแทนที่จะเป็นสุขใจทำให้สุขภาพจิตเราไม่ดี

จากการพูดคุยกับพยาบาลการสังเกต และศึกษารายงานการรักษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตาย โดยการกระโดดบันได หลังจากคลอดลูกเพราะสามีทิ้ง น้องสาวนำส่งโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการเศร้าซึมอย่างหนักปฏิเสธการรักษา ไม่ยอมรับประทานอาหาร แพทย์นำส่งไปทำ ECT. (การรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้า) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร พบว่าทานได้มากขึ้นแต่ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่อย่างมาก บ่นอยากตาย

นี่คือส่วนหนึ่งของบทสนทนาของ นุชนาฏ และพยาบาล

- พยาบาล : สวัสดีค่ะ คุณนุชนาฏ (นั่งลงที่โต๊ะกินข้าวข้าง ๆ ผู้ป่วย) giving recognition แสดงอาการยอมรับผู้ป่วย
- นุชนาฏ : ผู้ป่วยพยักหน้าแล้วยิ้มให้ (แสดงการยอมรับพยาบาล)
- พยาบาล : เมื่อเข้าเข้ากลุ่มบริหารร่างกายเป็นยังไงบ้างคะ (เพื่อสังเกตความรู้สึกของผู้ป่วยว่าสนใจและพอใจเรื่องใด)
- นุชนาฏ : ก็ดีค่ะ แต่ง่วง ยังมีที่ช็อตไฟฟ้าเมื่อวานนี้ หมอบอกว่าจะช็อตอีกแต่ต้องรอดูก่อนว่าทานข้าวได้มั๊ย เลยรับทานข้าวเพราะไม่อยากโดนแล้วมันปวดเหมือนหัวจะระเบิด (พูดแล้วหัวเราะเบาๆ)
- พยาบาล : (ร่วมหัวเราะด้วย พร้อมกับคุยกันต่อไป) คุณปวดหัวบ่อยมั๊ยคะ (Sharing observation)
- นุชนาฏ : ไม่หรอกค่ะ จะปวดเมื่อมีเรื่องคิดมาก กลุ่มใจทุกวันนี้ ปวดหัวทุกวัน (ผู้ป่วยต้องการที่จะระบายเรื่องกลุ่มใจให้พยาบาลฟัง)
- พยาบาล : นุชนาฏมีอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจหรือค่ะ เล่าให้ฟังได้ไหมหากมีอะไรที่พวกเราพอจะช่วยกันได้ Offering Self (ต้องการที่จะให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เป็นปัญหาให้ฟังเป็นการระบายความไม่สบายใจออกมา และทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย

ลักษณะคำพูดสรรพนาม พวกเรา หมายถึง ผู้ป่วยและทีมจิตเวชให้ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน พร้อมจะช่วยแก้ปัญหาไปด้วยกัน)

นุชนาฏ : ปัญหาเรื่อง แฟน เรื่องลูกเป็นห่วงเพิ่งคลอดแท้ ๆ สามีก็มาทิ้งไป (ผู้ป่วยไว้ใจและเห็นว่าเป็นที่ปรึกษาได้)

พยาบาล : ลูกเพิ่งเกิดตอนนี้ถึงเดือนหรือยังคะ (ถามนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดของปัญหาให้ฟังและแสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจ)

นุชนาฏ : ไม่ถึงเดือน แก่นารักไม่องแ่ง แต่ไม่รู้ถ้าพออะไรต้องกำพร้าพ่อแล้วทุกวันก็กล่อมลูกไปร้องให้ไป ข้าวปลาก็ไม่ได้กิน เป็นลมบ่อยยอมรับว่าคิดอย่างนั้น เพราะไม่ทานข้าวเดียวมันก็ตาย ๆ ไปเองไปโดดบันไดมันก็ไม่ตาย (ผู้ป่วยร้องให้ และระบายสิ่งที่ไม่สบายใจให้ฟัง)

พยาบาล : พักหน้ารับทราบ และฟังผู้ป่วยเล่าโดยอยู่ในท่าที่สงบจับมือผู้ป่วยเบา ๆ (รับฟังด้วยความตั้งใจ และสนใจเงียบให้ผู้ผู้ป่วยเล่าต่อ)

นุชนาฏ : น้องสาวเขาดูแลให้อยู่ ครอบงมมากเหมือนกัน ตั้งแต่ลูกเกิดเราก็ไปตามหาสามีตลอดสืบสนไปหมด เจ็บปวดทุกครั้งที่ยายใจ ไม่รู้มันทำให้ความผูกพันระหว่างเรากับลูกลดลงหรือเปล่า ช่วงแรกไม่สนใจเขาเลยนะ ตอนท้องตอนคลอดคิดถึงสามีอย่างเดียวพอคลอดปั๊ปกี้ฝากน้องไว้แล้วไปตามหาแฟน (ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่เก็บกดไว้ภายในใจ) เขาว่าเด็กที่เกิดใหม่ ๆ ต้องการความอบอุ่นมาก ไม่งั้นเด็กจะมีปัญหาซึมเศร้า (ถามข้อมูลและกล่าวเป็นนัยว่ารู้สึกผิด)

พยาบาล : เด็กในทุกขวบวัยต้องการความอบอุ่น สังเกตถ้าเด็กร้องเรอแอมเด็กเงียบ เพราะเขาเรียกร้องให้ความอบอุ่นที่ต้องการ ถ้าปล่อยให้ร้องไปเรื่อย ๆ จะไม่ดีกับเด็ก และเด็กช่วงนี้ต้องการอาหารที่พิเศษคือ นมแม่ตอนนี้ลูกนุชนาฏฟังนะ (การถ่ายโอนบทบาทความห่วงใยในความเป็นแม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น) หนูต้องพยายามรักษาสุขภาพกายและใจให้ดีทุกวันนี้มีอาหารเสริมให้อยู่แล้ว เพื่อให้หนูกลับไปใช้ชีวิตได้เต็มที่อยู่ที่จิตใจจะรักษาเยียวยาเพิ่มอีก เพื่อลูกนะจะหนูต้องเข้มแข็งอดทน เพราะอีกเดี๋ยวหนูต้องรับบทดูแลลูกเองช่วงเดือนหน้าลูกอาจจะโยเยเป็นธรรมชาติของเด็กที่หมอเขาเรียก “โคลิก” ลูกจะปวดท้องงอแง ถ้านุชนาฏยังจิตใจยำแย่อยู่กลัวว่าจะเครียด แต่มีน้องมาช่วยดูแลซึมเศร้า (เป็นการให้ข้อมูลใหม่ การให้กำลังใจและแนะนำการปฏิบัติ)

- นุชนาฏ : ค่ะ แต่มันทำใจไม่ได้ ยังคิดถึงเขาอยู่เวลาอยู่ในบ้านเดินไปตลาดยังรู้สึกยังเห็นเงาเขาตลอดเวลา
- พยาบาล : อาจต้องเปลี่ยนบรรยากาศบ้างนะจ๊ะ เอ...นุชนาฏมีคุณแม่อยู่อีกจังหวัดนี่นา
- นุชนาฏ : อยู่แพร่ค่ะ แม่เคยบอกว่าจะเอาไปรักษาที่สวนปรุงเชียงใหม่ แต่หนูว่ารักษาที่นี่ดีกว่า
- พยาบาล : หนูน่าจะพาลูกกับน้องสาวไปพักผ่อนซะชั่วคราวนะ จนกว่าจะสบายใจขึ้น
- นุชนาฏ : หนูเคยคิดถึงเรื่องนี้เหมือนกัน ความจริงแม่อยากให้ขึ้นไป แต่หนูห่วงงาน
- พยาบาล : แหม ถ้าเป็นดิฉันนะต้องไปแน่ ๆ เพราะจะทำให้ลืมปัญหาได้ เมื่อเปลี่ยนบรรยากาศใหม่สักพักหนึ่ง หนูต้องเข้มแข็งขึ้นแน่ ๆ (แนะวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ และการพูดเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจ)
- นุชนาฏ : ค่ะ แล้วออกจากโรงพยาบาลจะลองเอาใบลาป่วยไปยื่นจะได้พักซักระยะ ขอขอบคุณนะคะหนูสบายใจมากขึ้นทีเดียว
- พยาบาล : มีอะไรทำให้ไม่สบายใจอีกมั๊ย อยากเล่าอะไรอีกมั๊ย (offering self)
- นุชนาฏ : ไม่มีแล้วค่ะ (สีหน้าผู้ป่วยแจ่มใสขึ้นกว่าตอนเริ่มต้นสนทนา)
- พยาบาล : ดีแล้วค่ะที่คุณรู้สึกสบายใจ ดิฉันก็ดีใจ (Accepting) แล้วดิฉันจะมาคุยด้วยบ่อย ๆ ถ้าหนูรู้สึกไม่สบายใจก็สามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือทีมจิตเวชทุกคนได้เสมอนะจ๊ะ เพื่อจะได้สบายใจขึ้น
- นุชนาฏ : ขอขอบคุณค่ะ (ยกมือไหว้)

จากเรื่องที่สนทนาจะเป็นเรื่องของผู้ป่วยกังวล คือเรื่องบุตรของผู้ป่วยและปัญหาเรื่องสามี ผลจากการสนทนา ผู้ป่วยยอมรับในตัวพยาบาลและไว้วางใจพอที่จะนำปัญหามาปรึกษาด้วยสัมพันธภาพระหว่างการรักษาเป็นไปด้วยดี ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นจากการเรียกแทนตัวว่า “ลูก” หรือ “หนู” เพราะรู้สึกว่าฟังฟังได้ ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นและรู้จักพิจารณาคำแนะนำที่พยาบาลให้อย่างสมเหตุผล การดำเนินการสนทนากับผู้ป่วยรายนี้สังเกตว่าจะมีประเด็นที่

- การส่งเสริมให้กำลังใจ
- การให้ระบายออก
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผลที่เป็นจริงในสังคม
- ฝึกให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้มากขึ้น
- มุ่งประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

ปิยะฉัตร หญิงไทยอายุ 30 ปี ศาสนาพุทธ ที่บ้านทำสวนอยู่จันทบุรี เป็นพี่สาวคนโต อยู่กับมารดาและน้องบิดาทิ้งไปตั้งแต่เด็ก ๆ ใช้ชีวิตค่อนข้างลำบาก เมื่อ 17 ปีก่อน (2 พ.ค. 32) ขณะนั่งรถทัวร์กลับบ้านที่จันทบุรี หลังจากไปสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่กรุงเทพฯ รถทัวร์เกิดประสบอุบัติเหตุไม่รู้ตัวต้องนอนห้อง ICU 17 วัน ผลจากอุบัติเหตุครั้งนั้น ทำให้ต้องใส่ตาข่ายปลอม แขนและขาใช้การไม่ได้ดีดังเดิม เขียนหนังสือไม่ได้ทั้งที่ตั้งใจว่าอยากสอบเป็นนักการเมืองในอนาคต การมาโรงพยาบาลครั้งนี้มาจากหลายเดือนที่ผ่านมา มักจะแอบนั่งรถข้ามจังหวัดไปหานักจัดรายการวิทยุที่จังหวัดตราด นอกจากนั้นยังชอบสิ่งของแพง ๆ ตามโทรทัศน์แสดงอาการไออวดว่าตนมีความรู้มาก วางตัวหยิ่งดูถูก แม่และน้องรวมทั้งก้าวร้าวหาว่าแม่โง่ทะเลาะกับน้อง ระวังว่ามีคนประจานจะหนีไปตาย มาโรงพยาบาลวันแรกหงุดหงิด อาละวาด ภูยน้ำลายลงพื้น ด่าแม่ หาว่าแม่ประจานมีลูกพิการ แพทย์ยังไม่ระบุว่ามาจากอาการ F.06 หรือโรคความผิดปกติที่เกี่ยวกับสมอง

หลังจากเป็นผู้ป่วยหอนอน หงุดหงิดจากการโดนจำกัดพฤติกรรม (แรงเสริมทางลบหรือการโดนมีด) พยาบาลเข้ามาอธิบายขั้นตอนการกลับบ้าน และความจำเป็นในการรักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่ยอมรับฟัง 29 สิงหาคม 44 ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน บอกพยาบาลไม่หงุดหงิดไม่อยากเป็นมะเร็งในอารมณ์ หลังทานอาหารเสร็จผู้วิจัยเดินเข้าไปนั่งคุยและอธิบายถึงงานวิจัย ผู้ป่วยสนใจและยินยอมให้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งเล่าเรื่องราวในชีวิตให้ฟังเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเจ็บปวดกับชีวิตมาก ผ่านความสูญเสียมาเยอะ ยอมรับว่าบางครั้งทำใจไม่ได้ ไม่มีใครเข้าใจ รู้ตัวบางครั้งว่าข่มคนอื่นมากไป แต่ไม่อยากจะให้ใครมองว่าอ่อนแอ

จากการพบกันครั้งที่สอง ตรงกับวันเกิดของแม่ปิยะฉัตร ขอโทรหาแม่ บอกแม่ว่าขอโทษผิดไปแล้ว คิดถึงแม่ ๆ เองก็เป็นห่วงอยากไปรับกลับ เพราะรู้ว่าร่างกายไม่ค่อยสะดวก จากนั้นพยาบาลเข้ามาพูดคุยอธิบายขั้นตอนกลับบ้าน พูดคุยแนะนำดูแลตัวเอง จากนั้นได้คุยกับ**นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช** เริ่มคุยจากเรื่องกว้าง ๆ ก่อน เช่น ตอนที่น้ำท่วมหนักที่จันทบุรี เมื่อปีที่แล้วเป็นอย่างไร เสียหายมากหรือไม่ ใครเป็นเสาหลักของครอบครัว ในชุมชนเป็นอย่างไร ครอบครัวเป็นอย่างไร อนาคตจะทำอะไร บอกนักสังคมสงเคราะห์ว่า “ไม่เคยท้อแท้ อดทนเสมอ เข้าใจโลกได้ทะลุปรุโปร่ง ต่อไปนี้จะพยายามมีสติก่อนหยุดคิดเสมอ” บอกว่าตอนนี้อยู่กับน้องชาย หลาน และแม่วัย 52 ปี เป็นห่วงแม่อยากช่วยแม่ วันต่อมาผู้วิจัยทราบว่าเป็นปิยะฉัตร โดนทำร้ายเพราะเดินไม่สะดวก แต่ไม่มีใครเข้าใจคนอื่น พยาบาลชมเชยและบอกให้ผู้ป่วยรายอื่นเอาอย่าง นอกจากนั้น ปิยะฉัตรยังสามารถปลอบใจผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วยได้อีกด้วย ช่วงหลังสามารถปรับตัวได้ดีมาก พยาบาลชมเชยให้จิตแพทย์ฟังและอยากให้ญาติมารับกลับ เนื่องจากอยู่ที่นี้ปิยะ

ฉัตรจะลื่นล้มบ่อย เพราะไม่คล่องตัว จากนี้คือบทสนทนาส่วนหนึ่งในเรื่องครอบครัวที่ปิยะฉัตรคุยกับพยาบาล

ผู้ป่วย : พ่อทิ้งแม่ไป ทั้งครอบครัวทำให้แม่เหนื่อยมาตลอด ไม่สบายใจแทนแม่เครียดก็กุมขมับตลอด ทำให้หนูเข้มแข็งถึงหนูจะเป็นนี้ก็เข้มแข็งรู้สึกโกรธพ่อนะ เขามีส่วนที่ทำให้ชีวิตหนูแย่

พยาบาล : หนูรู้สึกไม่สบายใจและโกรธ (ใช้กลยุทธ์การสะท้อนความรู้สึก)

ผู้ป่วย : พักหน้า เล่าต่อ

ผู้ป่วย : ตอนแม่เลิกกับพ่อพวกเราลำบากมาก

พยาบาล : ค่ะ...แล้วยังไงต่อไปค่ะ (เปิดประเด็นกระตุ้นให้สนทนาต่อเนื่องให้พูดต่อ)

ผู้ป่วย : จริง ๆ สมบัติส่วนหนึ่งเป็นของแม่ กับอาเนี่ยแม่ไม่ยอมให้เขาไปหมดเหลือแต่ที่ทำสวนทำไร่ แม่ไม่เคยทันทันคนเลย ทำให้พวกเราพี่น้องลำบากกันหมด

พยาบาล : หนูกำลังบอกว่า หนูอยากให้แม่ได้เข้มแข็งกว่านี้ จะได้รับสิทธิของตนใช้ใหม่ค่ะ (ใช้กลยุทธ์ทำให้กระจ่าง)

ผู้ป่วย : พักหน้า...ค่ะ...ดู ๆ ไป แม่ก็เหนื่อยมาก แต่แม่ไม่เคยบ่นสักคำ แม่รักหนูมาก รักพวกเรา มาก หนูสงสารแม่ ก้มหน้า.....

พยาบาล : เงียบ (ใช้เทคนิคการเงียบ)

ผู้ป่วย : เงยหน้า (ถอนใจ) บางทีหนูก็ทำความเดือนร้อนหนีไปหาดีใจ ที่จังหวัดตราด หนูเหงาเขียนจดหมายไปหาเขา แม่ก็ห้าม

พยาบาล : คิดว่าแม่มีเหตุผลอะไรหรือเปล่าค่ะ ที่ทำอย่างนั้น (ใช้กลยุทธ์ Exploring) สำรวจความคิด

ผู้ป่วย : เขาคิดว่าหนูพิการ เป็นผู้หญิง ไม่มีใครอยากคบจริง ๆ กลัวจะเสียใจ

พยาบาล : หนูคิดอย่างไรกับตัวเองในเรื่องนี้ค่ะ (การสำรวจความคิด)

ผู้ป่วย : คิดนาน...ที่จริงหนูก็โตแล้ว อย่างที่แม่เคยบอก หนูอายุ 30 ปีแล้ว เพื่อน ๆ เขามีลูกแต่งงานไปหมด ตัวหนูพิการไม่มีงานทำช่วยแม่รดน้ำทำไร่ หนูอยากเป็นอย่างคนอื่นเขา หนูใฝ่หาความรู้ทุกวัน หนูคิดว่าหนูคงดีพอที่จะช่วยแม่ทำงานได้

พยาบาล : ค่ะ คุณตระหนักดีกว่า คุณมีความสามารถที่จะทำงานได้ ถ้าเพียงคุณต้องการ โดยที่คุณไม่ปล่อยให้ความรู้สึกสูญเสียมีไม่เท่าคนอื่นหรือ ท้อถอยคิดไม่ดีกับตัวเองมารบกวนคุณทำให้คุณรุ่มรวยใจ และการใฝ่หาความรู้ของคุณอยู่เสมอ จะทำให้คุณมีความคิดที่ดีและแก้ปัญหาชีวิตได้ (กลยุทธ์พูดเสริมสมรรถภาพ)

(Ability Potential Response) ส่วนปัญหาในครอบครัว หนูคิดว่ามีแนวทางจะจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างไร (คำถามนำ)

- ผู้ปวย : ทำทำคิด ... หนูอยากให้แม่ระวังเรื่องเงินไม่อยากให้โดนหลอก ไม่รู้ว่าแม่จะฟัง หนูมั้ย
- พยาบาล : ค่ะ หนูหมายความว่า หนูอยากให้แม่คุยปรึกษากับหนู เมื่อคุณแม่จะลงทุนต่าง ๆ (การทำให้กระจ่าง)
- ผู้ปวย : พักหน้า...และอีกอย่าง แม่ยังห่วงยังรักพออยู่ตัดไม่ขาด
- พยาบาล : ค่ะ...ยังไงต่อ
- ผู้ปวย : หนูปลง หนูตัดขาดพอ หนูมีแม่คนเดียวก็สบายใจดี
- พยาบาล : ค่ะจากสีหน้าของคุณรู้สึกว่าคุณยังไม่สบายใจ Voicing doubt
- ผู้ปวย : เงียบ
- พยาบาล : เงียบ Using silence
- ผู้ปวย : (ถอนหายใจ) ใคร ๆ ก็อยากมีครบเหมือนคนอื่น หนูเองไม่อยากพิการ อยากรอ่าน เขียนหนังสือรวดเร็ว อยากรมีพ่อแม่พร้อม แต่หนูรู้ว่ามันเป็นไปไม่ได้
- พยาบาล : พักหน้า แต่บ่าให้กำลังใจ
- ผู้ปวย : มันก็เป็นมานาน จริง ๆ หนูน่าจะยอมรับมันได้ ความโชคร้ายมันตามติดหนูมา ตลอด ตั้งแต่แม่เลิกกับพ่อ...และชีวิตที่ผ่านมา...
- พยาบาล : หนูคิดว่าหนูจะทำอย่างไรต่อไปค่ะ
- ผู้ปวย : ช่วยแม่ดูน้อง รดน้ำต้นไม้ ดูแลต้นไม้ช่วยเท่าที่ช่วยได้ อีกอย่างคือ ... เงียบ...หนู อยากรทำอะไรให้แม่สบายใจบ้าง
- พยาบาล : หนูรู้สึกว่าหนูอยากช่วยเหลือแม่และทำให้แม่สบายใจมากขึ้น
- ผู้ปวย : พักหน้า (ค่ะ)
- พยาบาล : เท่าที่ฟังหนูเล่ามา หนูเองมีความคิดมากทีเดียว อยากรให้หนูเข้มแข็งและมองว่า อะไรที่เราสามารถทำได้ สิ่งที่ผ่านมาหนูยอมรับมันและผ่านมันมาได้ จนถึงวันนี้ หนูเก่งมากแล้วทุกคน พยาบาลชื่นชมหนู ความมีน้ำใจที่หนูช่วยเหลือเพื่อน มากกว่าคนอื่นซะอีก เห็นมั๊ยหนูยังช่วยเขาได้ หนูมีความสามารถ คิดดี พุดดี ทำดี ใฝ่หาความรู้และรู้จักตัวเอง ขอให้หนูรู้เท่าทันตัวเองว่าหนูคิดอะไร รู้สึกกับใคร อยากร และจะจัดการอย่างไร หนูจะได้มีชีวิตที่สวองงามนะจ๊ะ
- ผู้ปวย : ยัม...ค่ะ หนูก็ว่าอย่างนั้น หนูมาอยู่ที่นี่ไม่หงุดหงิดเลย ขอขอบคุณมากนะคะ

- พยาบาล : เท่าที่เราพูดกันมาวันนี้ หนูคงสบายใจขึ้นที่ได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านั้น (Vacillating) ถ้ามีอะไรอยากเล่าอยากระบายก็คุยกับพี่หรือพยาบาลคนอื่นได้นะคะ เรายินดีช่วยเหลือ
- ผู้ป่วย : พักหน้า...ขอบคุณค่ะ บางทีหนูก็คุยกับเพื่อน ๆ ก็ดีค่ะ ไม่เหงา..มาที่นี่มีระเบียบขึ้นได้เจอคนเยอะ คนอื่นและให้กำลังใจจาก หมอ พยาบาล เพื่อน ๆ พี่ด้วยค่ะ ขอบคุณค่ะ

ทัศนีย์ ผู้ป่วยหญิง อายุ 40 ปี ป่วยด้วยการวินิจฉัยจาก ICD 10 = F 10.5 อาการที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด วุฒิการศึกษา ป.ว.ช. อาชีพรับราชการ

ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า บ่นเบื่ออยากตาย เพราะชีวิตล้มเหลวทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติและสนทนาพูดคุยกับผู้ป่วย ๆ ไม่แสดงท่าทีสงสัย เพราะคั่นหน้าผู้วิจัยบ่อย ๆ ในหอผู้ป่วยใน ขณะคุยผู้ป่วยมีท่าทางเศร้าซึมและเล่าเรื่องราวให้ผู้วิจัยฟังคือ ไม่สบายใจไม่มีความสุข ญาติฝ่ายสามีคอยตำว่า เพื่อนบ้านในแฟลตทหารก็คอยจับกลุ่มนินทาใส่ร้ายต่าง ๆ นา ๆ สามีก็ไม่ค่อยให้ความช่วยเหลือไม่รู้ว่าจะไปทำไม ในเรื่องสารเสพติดประเภทแอลกอฮอล์นั้น ผู้ป่วยเริ่มจากตอนที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์มีคนแนะนำทานยาอดงเหล้าเพื่อบำรุง จากนั้นจึงติดเรื่อยมาเริ่มหงุดหงิดง่าย อารมณ์รุนแรงมากขึ้น ควบคุมสติไม่ได้ มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ มาจนถึง หนึ่งเดือนก่อนเข้ารับรักษาตัวที่ศรีรัษฎา มีอาการมือสั่นจนไม่สามารถทำงานต่อไปได้ หลังจากออกราชการยิ่งทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าในชีวิต บวกกับมีปัญหาเกี่ยวกับสามีเพราะทัศนีย์ต้องการเงินไปลงทุนกิจการ เพื่อหาเงินใช้จ่ายได้เอง แต่สามีไม่อนุญาต ทัศนีย์จึงประสบโดยการตื่นสุราอย่างหนัก

จากการสังเกต ซักถามพยาบาลและดูรายงานการพยาบาลพบว่า คุณทัศนีย์มีอาการซึมเศร้า บ่นเบื่ออยากตาย ผู้บำบัดพยายามพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและซักถามอาการเมื่อผู้ป่วยค่อย ๆ เปิดใจและระบายถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย พยาบาลนั่งรับฟังอย่างเข้าใจแสดงการยอมรับในตัวผู้ป่วย จากนั้นไม่บอกว่สิ่งที่คุณทัศนีย์คิดเป็นสิ่งที่ผิด แต่จะชี้ให้เห็นโทษของการฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยเล่าอาการหุแว่ว ได้ยินเหมือนมีคนคอยตำ มีคนพูดจาดูถูก ผู้บำบัดรับฟังและแสดงความจริงให้ฟังเมื่อเหมาะสม พร้อมทั้งแนะนำวิธีใช้ชีวิตให้มีความสุข รวมทั้งการที่ผู้บำบัดใช้ตนเองเป็นสื่อเป็นแบบอย่างของบุคคลผู้มีสุขภาพจิตที่ดีให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อการลอกเลียนแบบที่ถูกต้อง การพูดคุยกับทัศนีย์ซึ่งอาการซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย เห็นคุณค่าตัวเองต่ำ ย้ำคิดย้ำทำ และหวาดระแวง ผู้บำบัดจะพยายามให้ผู้ป่วยระบายออกมากๆ ให้พูดถึงความกดดันและพยายามสนับสนุนให้เห็นคุณค่าในตัวเอง และขอคำสัญญาว่าเมื่อรู้สึกว่อยากฆ่าตัวตายขอให้

บอกผู้บำบัด ซึ่งเทคนิคนี้จะทำให้เพิ่มน้ำหนัก ทำให้การยับยั้งการฆ่าตัวตายลง ในช่วงนี้ต้องดูแล ใกล้ชิดระวังการทำร้ายตัวเอง วันที่ 25 ตุลาคม (18.00น.) ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารบ่นเบื่อชีวิต พูดว่า “เบื่ออยากตายไม่ได้อยากอยู่” (ร้องไห้) ซึ่งเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากบ่นเบื่อหน่าย ท้อแท้ การสื่อสารบำบัดในช่วงนี้จะเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง รับฟังให้ผู้ป่วย ระบายความคับข้องใจ กระตุ้นให้รับประทานอาหารเช้าให้เห็นโทษของแอลกอฮอล์ เมื่อผู้ป่วยบอก ความรู้สึกออกมา “น้อยใจมาก ที่สามียังไม่มาเยี่ยม” ผู้บำบัดจะสะท้อนความรู้สึก “คุณน้อยใจที่ สามีไม่มาเยี่ยม” คุณทัศนีย์ร้องไห้ ผู้บำบัดเงียบปล่อยให้ผู้ป่วยระบายออกมา จากนั้นจะจับมือให้ กำลังใจ (ใช้อวัจนภาษาเมื่อผู้ป่วยกำลังร้องไห้อย่างหนัก เป็นการให้กำลังใจและแสดงว่าพร้อมจะ อยู่เป็นเพื่อนและรับฟัง)

จากนั้นอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบความเป็นจริงและจำเป็นของสามีที่ยังไม่มาเยี่ยม เพราะ ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวลกลัวสามีไม่มาเยี่ยม หลังจากสังเกตอาการในระยะหนึ่งซึ่งได้มีการทำ Psycho Support ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอพร้อมดูแลใกล้ชิด และอธิบายแผนการรักษา อธิบาย ขั้นตอนการจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อคุณทัศนีย์มีอาการซึมเศร้าอีก ผู้บำบัดชวนดูโทรทัศน์เบี่ยงเบน ความสนใจ ความวิตกกังวล ไม่แจ่มใส ในขณะที่ผู้บำบัดบอกได้ยินคนมาเรียก ผู้บำบัดอธิบายถึง ความจริง (Present Reality) แนะนำการปฏิบัติ ผู้ป่วยร้องไห้อยากกลับบ้านบอกคิดถึงลูกมาก (ผู้ บำบัดต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด ระวังการหลบหนี เมื่อผู้ป่วยแสดงความต้องการออกจาก โรงพยาบาลมาก ๆ) การใช้เทคนิคการสื่อสารบำบัดกับคุณทัศนีย์ คือต้องเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการ คือ ความสนใจในการดำเนินชีวิต ดังนั้น วิธีการพูดคุยจะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี ความคิดที่เชื่อมั่นในตนเอง และดึงศักยภาพตนเองมาใช้ โดยการสะท้อนความคิดให้ผู้ป่วยทราบ เป็นตอน ๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดได้ด้วยตนเอง โดยสำคัญที่สุดการ Focus ที่ปัญหาใด ปัญหาหนึ่งและต้องเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จากนั้นให้ผู้ป่วยระบายออกและดำเนินขั้นตอน หลังจากที่คุณป่วยไว้ใจและเปิดใจแล้วคือ สรรวจปัญหา ทำความเข้าใจปัญหา (ทำให้ผู้บำบัดเข้าใจ ตรงกับผู้ป่วย โดยการสะท้อนเป็นระยะ ๆ จากนั้นร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนแก้ไขปัญหาโดย มุ่งให้ผู้ป่วยคิดเองได้เป็นสำคัญ การแนะนำเป็นเพียงแนวทางหนึ่งเท่านั้น ผู้วิจัยได้นำการสื่อสาร บำบัดโดยตัดตอนจากส่วนหนึ่งที่พยาบาลได้สนทนากับคุณทัศนีย์ดังนี้

พยาบาลเดินเข้ามาผู้ป่วยไม่ยอมทักท้วง บอกว่าอยากตาย พยาบาลชักชวนให้ทานข้าว ก่อน กินแล้วจะได้มีแรงพุดึงลูกสาวมาหาเมื่อวาน “ลูกสาวน่ารักนะ” (พุดึงลูกให้คิดได้) สามีก็ บอกให้ดูแลดี ๆ เขาจะฝากตังไว้ให้กินเล่น 500 บาท แต่ปรากฏเขาไม่มีเงินพกในกระเป๋าเลย บอก เขาไม่ต้องฝากเยอะ (ผู้ป่วยลาออกจากราชการของเงินสามี่ลงทุน สามี่ไม่ให้บอกไม่มี เงินทำงาน ทหารเงินเดือน 15,000 และรับจ้างอยู่ที่ดิน ไม่มีเงินได้ไงในเมื่อไม่ให้ทำอะไรก็กินเหล้าประทศทุก

วัน ทั้งวัน) “ฉันเลยกินเหล้าประทัด” พยาบาลสะท้อนความคิดโดย “อืม คุณประทัดเขา” (ยังไม่
 ออกความเห็นแสดงความเข้าใจก่อน) “สามีคุณเงินเดือน 15,000 บาท ตอนนี้งานคนเดียว คง
 ค่อนข้างเหนื่อย ค่าครองชีพมันสูงขึ้นพูดจริง ๆ นะคะสภาวะเศรษฐกิจแบบนี้รัดหนักมาก ธุรกิจ
 จำนวนที่ดินอาจยังบอกไม่ได้ว่ามันคงมี สามีคุณจึงไม่ให้คุณลงทุน คงรอโอกาสนะคะ
 ตอนนี้คุณต้องเข้มแข็ง รอวันที่โอกาสมาถึง ถ้าสามีให้คุณลงทุนแต่คุณป่วย.. มันก็เท่ากับตัดโอกาส
 ตัวเอง”

ทัศนีย์ : ฉันรู้สึกไม่มีคุณค่า นี่ทะเลาะกันทุกวัน

พยาบาล : ชีวิตคู่ก็เป็นอย่างนี้แหละ ตัวดิฉันเองก็ทะเลาะกัน

เข้าไปกอดคอผู้ป่วย.. “ทะเลาะกันจะได้เข้าใจกัน ชีวิตจะได้มีสีสันไม่มีใครเขาไม่ทะเลาะ
 กันเลยหรอก ดูซิคุณมีลูกสาวคนเดียวสบายจะตาย นี่ดิฉันมี 3 คนอัยทั้งยุ่งทั้งเหนื่อยอยู่แล้วยัย !
 วุ่นวาย” (identify ตัวเองเข้ากับปัญหาผู้ป่วย)

ทัศนีย์ : (นั่งรับฟังมากขึ้นเริ่มทานข้าวได้)

พยาบาล : ทานก่อนคะจะได้มีแรง ค่อย ๆ ทานวันนี่แกงส้มราดข้าวก็ได้คะจะได้มีแรง ๆ (เสนอ
 ตัวเองอยู่เป็นเพื่อนจนกว่าจะรับประทานอาหารจนหมด)

ทัศนีย์ : ไม่อยากอยู่แล้ว ผู้หญิงไม่มีคุณค่า อายุ 40 แล้วจะไปทำอะไรได้

พยาบาล : ทำได้ซิคะ เราก็อายุเท่า ๆ กัน คุณต้องมีแรงที่จะอยู่ได้ทำให้สบาย คุยกับน้อง
 เขาก็ได้ (แนะนำผู้วิจัย) เขาจะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยด้วย อายุคงเท่า ๆ กับลูกของ
 คุณนึกถึงลูกไว้มาก ๆ คุณมีสามีที่ดี มีลูกที่ดี มีครอบครัวที่เข้าใจแค่นี้ก็ประเสริฐ
 แล้ว

ทัศนีย์ : ผู้หญิงที่ไม่มีค่า ไม่น่าอยู่บนโลกนี้ (ร้องไห้)

พยาบาล : ของทุกอย่างมีคุณค่า โดยเฉพาะคน ๆ มีคุณค่าอยู่ในตัวและคนที่จะพบได้ดีที่สุด
 คือตัวคุณเอง

ทัศนีย์ : ฉันทำอะไรไม่ได้

พยาบาล : หมายความว่า คุณทำอะไรไม่ได้

ทัศนีย์ : ทำงานเอกสารแล้วมือสั่น เลยออกจากราชการ คนที่ทำงานก็ดูถูกหาว่าวุ่นวาย นี่
 อายุ 40 แล้วจะไปทำอะไรได้ จะเริ่มต้นใหม่อะไรได้ก็ทำงานไม่ได้ แล้วติดเหล้า
 อย่างนี้ไม่อยากอยู่แล้ว (ผู้ป่วยร้องไห้ ผู้บำบัดปล่อยให้ผู้ป่วยระบายความในใจ
 โดยการพูดออกมา)

พยาบาล : คุณทัศนีย์คะ คนเราเริ่มต้นใหม่ได้ตลอดชีวิต อายุ 40 50 ก็เริ่มต้นใหม่ได้ จริง ๆ แล้ว 20-30 เป็นช่วงค้นหาตัวเองด้วยซ้ำว่าจริง ๆ ถนัดงาน รักงานอะไรแน่ การออกจากงานครั้งนี้ อาจเป็นการเปิดโอกาสให้คุณทัศนีย์เจองานที่ตัวเองรักและทำมันได้ดีก็ได้ค่ะ

ทัศนีย์ : ไม่เหลืออะไรแล้ว แม่สามีเที่ยวเอาเรื่องไปประจานหมดแล้วฉันอายุเขา

พยาบาล : ตอนนี้คุณต้องพักผ่อน ยังไม่ต้องคิดอะไร เราไปห้ามสิ่งที่ไม่ใช่เราไม่ได้ แต่เราช่วยเหลือตัวเองได้มาก ๆ ตอนนี้นะคะคุณทัศนีย์ คุณต้องดูแลตัวเองมาก ๆ ทานข้าวก่อนนะคะ อย่าเพิ่งร้องไห้อะไรที่ไม่ดีอย่าไปฟัง อย่าพยายามนึกถึงมัน นี่เป็นวิตามิน B ค่ะ มันจะช่วยทำให้คุณคลายเครียดและบำรุงประสาท ทางหลังอาหารแล้วพักผ่อนนะคะ..

ผลจากการคุย ผู้ป่วยทานข้าวจนหมดและทานยาเล็กร้องไห้ สีหน้าดีขึ้น ลักษณะการพูดคุยจะเป็นการให้ระบาย และชี้ให้เห็นคุณค่าของตนเอง ให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตการปรับตัว รวมทั้งให้มุมมองใหม่แก่ผู้ป่วย โดยการสะท้อนคำพูดเป็นความรู้สึกเป็นระยะ ๆ ไม่ว่าจะผู้ป่วยว่าผิดที่เป็นผู้หญิงติดเหล้า เมื่อผู้ป่วยบอกว่าประชดสามี พยาบาลไม่ตำหนิ แต่ใช้วิธีเจียบให้ผู้ป่วยคิดทบทวนและซึ้งน้ำหนักในสิ่งที่ทำลงไปเอง เมื่อพูดถึงเรื่องการลงทุน พยาบาลก็สามารถให้ข้อมูลรวม ๆ ของภาวะเศรษฐกิจ โน้มน้าวใจให้ชะลอไปก่อน พร้อมกับการให้ความหวังและให้กำลังใจ (Identify) ตนเองเข้ากับผู้ป่วยในการเป็นลูกผู้หญิงและแม่ของลูกสาวเหมือนผู้ป่วย เสนอตัวอยู่เป็นเพื่อนจนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้จากที่ไม่แต่จะต้องอะไรเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยแต่ละอาการ

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการบำบัดมีดังต่อไปนี้

1. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ช่วยส่งเสริมความมีคุณค่า ได้แก่

1.1 การรู้จักจำได้ (Giving Recognition) แสดงถึงความสนใจและยอมรับความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ เน้นความมีคุณค่า มีเกียรติของผู้รับบริการ โดยผู้บำบัดสามารถแสดงถึงการรู้จักจำได้ โดยการทักทายเรียกชื่ออย่างถูกต้อง จำเรื่องราวที่ผู้รับบริการบอกเล่า สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการและแสดงถึงความสนใจในสิ่งนั้น ๆ

1.2 การยอมรับ (Accepting) หมายถึง การเข้าใจความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ซึ่งไม่ได้หมายถึงการเห็นด้วย แต่แสดงถึงการที่ผู้บำบัดมองเห็นปัญหาเหมือนที่ผู้รับบริการรับรู้ ผู้บำบัดแสดงถึงการยอมรับในขณะที่ติดต่อสื่อสารได้ทั้งคำพูด พฤติกรรม ท่าทาง น้ำเสียง และสีหน้าที่สอดคล้องกัน โดยไม่หัวเราะเยาะการกระทำ ความคิด คำพูดที่อาจแปลกไปจากปกติ ไม่แสดงท่าทางตกใจ ประหลาดใจ โกรธ ตำหนิ หรือพูดแก้ตัวให้คู่กรณีของผู้รับบริการ พฤติกรรมและคำพูดที่แสดงถึงการยอมรับ เช่น ค่ะ ครับ อืม..การประสานสายตา พยักหน้า หรือพูดว่า “ฉันกำลังฟังคุณอยู่” รวมทั้งการเรียกชื่อของผู้รับบริการ โดยใช้คำนำหน้านามที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ และความเป็นบุคคลของผู้รับบริการด้วย

1.3 การเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ (Offering-Self) เป็นการบำบัดรักษาอย่างหนึ่งที่ปราศจากเงื่อนไข หรือต้องการผลตอบแทน บางครั้งผู้รับบริการอาจไม่พร้อมที่จะติดต่อสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้บำบัด การเสนอตัวเพื่อช่วยเหลืออย่างจริงใจและเสมอต้นเสมอปลาย ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งและมีความสำคัญ ผู้บำบัดอาจเสนอตัวเพื่อช่วยเหลือได้ แม้ในขณะที่ผู้รับบริการมีภาวะแยกตัว โดยอาจนั่งเป็นเพื่อน ช่วยทำธุระบางอย่างให้ การดูแลเรื่องความเป็นอยู่ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

2. กลยุทธ์การสื่อสารที่ช่วยในการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ได้แก่

2.1 การทวนซ้ำ (Restating) เป็นเทคนิคการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนในสิ่งที่ตนเองได้พูดถึงและกระตุ้นให้อธิบายรายละเอียดในสิ่งที่พูดนั้นต่อไป ผู้บำบัดอาจพูดตามที่ผู้รับบริการพูด โดยใช้ระดับเสียงเดียวกับการพูดประโยคคำถาม (Davies and Jonosik, 1991) แต่เมอร์เรย์ และฮุล์สคอกทเทอร์ (Murray and Huelskoetter, 1991) กล่าวว่า การทวนซ้ำเป็นการพูดซ้ำถึงเนื้อหาหลักของคำพูดของผู้รับบริการก็ได้ ซึ่งเฮอส์และลาร์สัน (Hays and Larson, 1963) กล่าวว่า การทวนซ้ำที่เปลี่ยนรูปแบบใหม่ของประโยคซึ่งต่างจากเดิม แม้เนื้อหาจะสัมพันธ์กับเรื่องเดิมก็ตาม อาจเปลี่ยนความสนใจของผู้รับบริการไปได้ จากความคิดเห็นต่าง ๆ กล่าวไว้ว่าการทวนซ้ำอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.1.1 การทวนซ้ำคำพูดของผู้รับบริการโดยไม่เปลี่ยนแปลงอะไรเลย ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ฉันทำอะไรก็ไม่สำเร็จ

ผู้บำบัด : ฉันทำอะไรก็ไม่สำเร็จ

2.1.2 การทวนซ้ำโดยเปลี่ยนแปลงสรรพนามเท่านั้น ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ฉันทำอะไรก็ไม่สำเร็จ

ผู้บำบัด : คุณทำอะไรก็ไม่สำเร็จ

2.1.3 การทวนซ้ำบางตอนผู้บำบัดรู้สึกว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะให้ผู้รับบริการคิดและทบทวนใหม่ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ไม่ว่าฉันจะเรียนหนังสือ ทำงาน มีคูรัก แต่ก็ไม่เคยประสบความสำเร็จเลย

ผู้บำบัด : คุณไม่เคยประสบความสำเร็จ

2.1.4 การทวนซ้ำโดยสรุปคำพูดของผู้รับบริการ ผู้บำบัดอาจใช้ความเห็นของตนเองในการเลือกสรุป แต่ไม่ใช่ข้อคิดเห็นส่วนตัวในการสรุปนั้น ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : เพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันตายในสงคราม เขาคอยการแต่งงานกับฉันจนเดี๋ยวนี้

ผู้บำบัด : คุณกำลังจะแต่งงานกับเขา แต่เขามาตายในสงครามเสียก่อน

2.2 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) กลยุทธ์การสะท้อนความรู้สึก และการทวนซ้ำมีเป้าหมายเดียวกัน แต่กลยุทธ์การสะท้อนความรู้สึกมักใช้กับเนื้อคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกของผู้รับบริการมากกว่าการสะท้อนเนื้อหาธรรมดา (Murray and Huelskoetter, 1991) การสะท้อนความรู้สึกช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนหรือประเมินความรู้สึกของตนเองอีกครั้งหนึ่ง ทำให้อยอมรับตนเองได้ เนื่องจากการสะท้อนความรู้สึกช่วยให้ผู้รับบริการคิดทบทวนความรู้สึกที่คลุมเคลือให้เห็นชัดเจนขึ้นขณะที่การทวนซ้ำ ในส่วนเป็นเพียงการแสดงถึงการยอมรับความคิด การตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยผู้บำบัดไม่ตีความขยายความใด ๆ อย่างไรก็ตาม การสะท้อนความรู้สึก ควรกระทำอย่างนุ่มนวล และคำนึงถึงความพร้อมในการยอมรับของตนเองของผู้รับบริการด้วย ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : คุณคิดว่าผมควรจะบอกหมอดีไหม

ผู้บำบัด : คุณกลัวที่จะบอกหมอ

ผู้รับบริการ : น้องชายผมเขาจ่ายเงินเก่ง และมักรบกวนเรื่องเงินกับผมตลอด

ผู้บำบัด : เรื่องนี้ทำให้คุณไม่พอใจน้องชายคุณ

2.3 การทำความเข้าใจ (Clarification) เมื่อใดที่ผู้รับบริการบอกข้อมูล ข่าวสารซึ่งยังมีความหมายไม่ชัดเจน ผู้บำบัดอาจใช้กลยุทธ์ทำความเข้าใจ เพื่อให้เข้าใจในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการบอกมากขึ้น ผู้บำบัดสามารถทำความเข้าใจทั้งเนื้อหาและความรู้สึกที่ผู้รับบริการเปิดเผย โดยใช้คำถามให้อธิบาย ใช้ตัวอย่าง หรือการเปรียบเทียบ เพื่อเข้าใจสิ่งที่ผู้รับบริการบอกเล่าให้ชัดเจน และผู้รับบริการสามารถรู้เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ผมรู้สึกว่ารุ่นใจสับสนไปหมด ไม่รู้จะเอาอย่างไรดี

ผู้บำบัด : คุณลองยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่คุณรู้สึกอย่างนั้น ซิคะ

ผู้รับบริการ : คุณรู้ไหม ชีวิตผมเหมือนว่าวที่ขาดล้อยท่ามกลางพายุ

ผู้บำบัด : คุณอธิบายความรู้สึกเหมือนว่าวที่ขาดล้อยท่ามกลางพายุ นั้นสิ

คะ

2.4 การตรวจสอบความถูกต้อง (Validatio หรือ Verifying perception) เพ็พพลาว (Peplau, 1952) กล่าวว่า ทั้งผู้บำบัด และผู้รับบริการ ต่างมีแนวคิดในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง แต่ก็สามารถพูดคุยให้เข้าใจกันได้ การตรวจสอบความถูกต้องจะกระทำเมื่อผู้บำบัด คิดว่า อาจมีความเข้าใจไม่ตรงกันกับรับบริการ ตัวอย่างเช่น

- ผู้บำบัด : คุณบอกว่า หลังหยุดดื่มสุราได้ 2 วันก็มีอาการหวาดกลัว โดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อกลัวมาก ๆ ก็เลยกลับไปดื่มอีก
- ผู้บำบัด : คุณรู้สึกสบายใจขึ้นแล้วเมื่อได้พูดคุยกับภรรยาหรือ

2.5 การลำดับเหตุการณ์ (Placing the event in sequence) การจัดลำดับเหตุการณ์ของผู้รับบริการจะช่วยให้ทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการเห็นภาพของเหตุการณ์ชัดเจนขึ้น ทำให้เข้าใจและยอมรับต่อเหตุและผลที่เกิดขึ้นได้ อาจพบเหตุการณ์ที่แสดงถึงปัญหาซ้ำ ๆ ของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการเลือกหาแนวทางการช่วยเหลือได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น

- ผู้บำบัด : เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นก่อนหรือหลังคุณไม่สบายคะ
- ผู้บำบัด : มีอะไรเกิดขึ้นก่อนหน้านี้

2.6 การกระตุ้นให้เปรียบเทียบ (Encouraging comparison) โดยกระตุ้นให้พูดถึงสิ่งที่คล้ายคลึงหรือแตกต่าง ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจเหตุการณ์และสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น

- ผู้บำบัด : คนที่คุณพูดถึงนี้มีลักษณะคล้ายกับคุณพ่อของคุณ หรือไม่
- ผู้บำบัด : คุณเคยมีประสบการณ์ที่คล้าย ๆ กับที่เล่ามานี้หรือไม่
- ผู้บำบัด : คุณคิดว่า น้องสาวของคุณต่างกับคุณอย่างไร

2.7 การพูดเป็นนัย (Verbalizing the implied) ผู้บริการบางรายอาจรู้สึกอึดอัดใจเมื่อต้องพูดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเองโดยตรงไปตรงมา หรือรู้สึกยุ่งยากใจที่จะสรรหาคำพูดที่เหมาะสม การพูดเป็นนัยจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ทำให้เข้าใจตนเองมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

- ผู้รับบริการ : ผมไม่สามารถพูดกับคุณหรือใคร ๆ ได้ มันเสียเวลาเปล่า ๆ
- ผู้บำบัด : เป็นความรู้สึกของคุณหรือเปล่าว่าไม่มีใครเข้าใจคุณ

ผู้รับบริการ : ภรรยาของผมดูแลผมเหมือนแม่และพี่สาวผมเลย
 ผู้บำบัด : คุณรู้สึกฝังใจว่าผู้หญิงวางอำนาจหรือ

2.8 การกระตุ้นให้ประเมินตามความรู้สึก (Encouraging evaluation) การกระตุ้นให้ผู้รับบริการพิจารณาบุคคลหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยใช้ค่านิยมหรือมาตรฐานของตนเองเป็นเกณฑ์ จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากขึ้น ข้อควรระวังในการใช้เทคนิคนี้คือ ความสม่ำเสมอที่จะให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : คุณรู้สึกอย่างไรที่ต้องคอยเอาใจใส่คนชราเหล่านั้น
 ผู้บำบัด : คุณคิดว่าผู้ชายคนนั้นเป็นคนอย่างไร

2.9 การพยายามแปลคำพูดเป็นความรู้สึก (Attempting to Translate into Feeling) ผู้บำบัดควรถามตัวเองเสมอว่า อะไรคือความรู้สึกของผู้รับบริการที่อยู่ในเนื้อหาคำพูดนั้น ผู้บำบัดต้องมีความรู้ และทักษะในการแปลความหมายของเนื้อหาคำพูดอย่างถูกต้อง ความรู้สึกมักอยู่เบื้องหลังหรือซ่อนอยู่ในคำพูดเสมอ (Wolborg, 1962 cited in Hays and Larson, 1963) บางครั้งผู้รับบริการทางจิตไม่สามารถบอกถึงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาได้ ผู้บำบัดจึงต้องช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองในแง่ความรู้สึก เนื่องจากความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้การรับรู้เหตุการณ์บิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ผมตายไปแล้ว
 ผู้บำบัด : คุณกำลังบอกว่าคุณมีชีวิตอย่างไรความหมาย
 ผู้รับบริการ : ฉันเหมือนคนเดินหลงทาง
 ผู้บำบัด : คุณคงเหงาและว้าเหว่

3. กลยุทธ์การสื่อสารที่กระตุ้นให้เปิดเผยตนเอง ได้แก่

3.1 การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) การฟังเป็นเทคนิคการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูด หรือแสดงพฤติกรรม การฟังอย่างตั้งใจของผู้บำบัด แสดงถึงการยอมรับ มองเห็นคุณค่าของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยที่จะระบายความคิด ความรู้สึก ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้บำบัดมีข้อมูลในการประเมินปัญหา และความ

ต้องการของผู้รับบริการแล้ว ยังช่วยให้ผู้รับบริการลดความกดดันทางอารมณ์ด้วย เนื่องจากได้ระบายความทุกข์โดยปราศจากเงื่อนไขจึงอาจเรียกเทคนิคการฟังอย่างตั้งใจว่า การฟังเพื่อการบำบัด (Therapeutic Listening) (Johnson, 1989) การฟังอย่างตั้งใจหมายถึง การสนใจทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้รับบริการสนทนาอย่างจริงจังโดยสนใจทั้งคำพูดและพฤติกรรม ตลอดจนความสอดคล้องของเนื้อหาคำพูดและพฤติกรรม โดยปราศจากการโต้แย้ง วิพากษ์วิจารณ์ ตัดสินหรือมีอคติ บทบาทผู้บำบัดขณะฟังอย่างตั้งใจคือ การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกทั้งสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง เสดดิงตัน (Headingto, 1979 cited in Reakes, 1989) กล่าวว่า การฟังเป็นเทคนิคพื้นฐานของการติดต่อสื่อสารเพื่อการรักษา การฟังจึงต้องการสมาธิ ผู้บำบัดในฐานะผู้ฟังควรปฏิบัติดังนี้ คือ

- 3.1.1 มีวัตถุประสงค์ในการรับฟัง
- 3.1.2 ไม่ตัดสิน หรือคิดวิพากษ์วิจารณ์
- 3.1.3 ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดด้วย
- 3.1.4 หากมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ควรให้ข้อมูลย้อนกลับเท่านั้น
- 3.1.5 ขจัดสิ่งรบกวน

พฤติกรรมของผู้บำบัดที่บ่งชี้ถึงการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่ การประสานสายตา การนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ระยะห่างระหว่างผู้บำบัด และผู้รับบริการที่พอเหมาะ พฤติกรรมที่แสดงถึงการติดตามการสนทนา เช่น พยักหน้า หรือใช้คำพูดที่บ่งบอกว่ารับรู้ เช่น ค่ะ ครับ อืมม เป็นต้น นอกจากนั้นท่าทีที่ผ่านคลายของผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย ลดความเครียดลง

3.2 การถาม (Questioning) การถามเพื่อการรักษานั้น ผู้บำบัดจะต้องระมัดระวังในการตั้งคำถาม ไม่ว่าจะคำถามนั้นจะถามอย่างตรงไปตรงมาหรือไม่ โดยเฉพาะคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิด และการรับรู้ของผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการทางจิตส่วนใหญ่มักมีอาการอ่อนไหว และไวต่อความรู้สึก คำถามที่มีลักษณะ “ทิ่มแทง” รุกเร้า บีบคั้น และใช้ไม่ถูกกาลเทศะอาจทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ เช่น การถามว่า “ทำไม” จะเป็นคำถามลักษณะคาดคั้น รุกเร้า ผู้รับบริการต้องพยายามหาเหตุผลเพื่อตอบคำถามหรืออาจรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ต้องหา หากใช้คำถามลักษณะดังกล่าวบ่อย ๆ อาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการเป็นปัญหาได้ เนื่องจากความรู้สึกไม่ปลอดภัยของ

ผู้รับบริการ จึงควรใช้คำถามโดยใช้คำว่าอย่างไร อะไรแทน (Reakes, 1989) การถามเพื่อการรักษา ควรเป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถระบายหรือเปิดเผยความคิด ความรู้สึกได้ ลักษณะคำถามจึงควรเป็นคำถามปลายเปิด (Openended Question) เช่น “เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร” อย่างไรก็ตาม พยาบาลอาจใช้คำถามปลายปิด (Closed Question) ได้บ้างในกรณี เช่น ในผู้รับบริการภาวะวิกฤตเนื่องจากต้องให้การช่วยเหลือรีบด่วน และไม่ใช้เวลาที่จำเป็นต้องช่วยให้ผู้รับบริการระบายหรือเปิดเผยตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการที่พยายามฆ่าตัวตายโดยกินยานอนหลับ พยาบาลอาจถามว่า “คุณกินยานี้กี่เม็ด” ตอนนี้คุณรู้สึกงง ๆ ไข้ไหม” หรือผู้รับบริการที่มีภาวะแยกตัวมาก ๆ การใช้คำถามปลายเปิดอาจไม่ได้ผลในระยะแรก อาจใช้คำถามปลายปิดได้บ้าง เช่น “คุณอาบน้ำแล้วไข้ไหม” “เมื่อคืนนอนหลับไหม” เป็นต้น การใช้คำถามปลายปิด คำตอบมักสั้น ๆ หรือจำกัดอยู่แล้ว ประกอบกับปัญหาการติดต่อสื่อสารของผู้รับบริการเอง ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะเปิดเผยหรือระบายความคิด ความรู้สึกน้อยลงไปอีก โดยมีคำตอบเพียงสั้น ๆ เช่น คำ ครับ ไข้ ไม่ใช่ หรือคำตอบจำกัดลักษณะอื่น ๆ เช่น เมื่อผู้บำบัดถามว่า “คุณกินยานี้ไปกี่เม็ด” ผู้รับบริการอาจตอบว่า “สิบ” “ไม่ทราบ” ก็ได้

3.3 การสำรวจ (Exploring) เป็นการเจาะลึกเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บางครั้งผู้รับบริการทางจิตมักสนใจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างผิวเผิน การแก้ปัญหาโดยไม่พิจารณาข้อมูลที่เป็นจริงหรือใช้ข้อมูลบางส่วน ทำให้การพิจารณาแก้ไขปัญหาล้มเหลวได้ นอกจากนั้นผู้รับบริการที่บอกเล่าเฉพาะข้อมูลผิวเผิน อาจเป็นการทดสอบว่าผู้บำบัดให้ความสนใจที่จะช่วยเหลืออย่างแท้จริงหรือไม่ หรืออาจเป็นการปกปิดความรู้สึกว่า “ไม่มีอะไรสำคัญเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง” ก็ได้ การสำรวจจะช่วยให้ผู้รับบริการคิดไตร่ตรองประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นปัญหาของตนเองชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้เทคนิคนี้ ผู้บำบัดพึงตระหนักเสมอว่าการสำรวจไม่ใช่การพูดชักใยไว้ว่ากำลังไต่สวนแสดงความอยากรู้อยากเห็น ควรคำนึงถึงเกียรติยศ ศักดิ์ศรี และสิทธิส่วนบุคคลที่ผู้รับบริการจะตอบหรือไม่ตอบก็ได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : งานที่คุณทำเป็นอย่างไรคะ

ผู้บำบัด : ช่วยเล่าเหตุการณ์ตอนที่คุณออกจากบ้านสันนิษฐานคะ

3.4 การกล่าวนำ (General Leads) การกล่าวนำ เป็นเทคนิคการติดต่อสื่อสารที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการเปิดเผยหรือแสดงออกได้ระดับปานกลาง (Davies and Jonosik, 1991) ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดต่อไป โดยอาจใช้ในกรณีที่ผู้รับบริการหยุดชะงักทางความคิด

(Blocking) ขณะที่กำลังสนทนาคิดไม่ออกว่ากำลังพูดถึงอะไร ซึ่งมักพบการพูดลักษณะนี้ในผู้รับบริการโรคจิตเภท จอห์นสัน (Johnson, 1989) เรียกว่า เทคนิคการนำทาง (Directing) ตัวอย่างเช่น

ผู้รับบริการ : ฉันเรียกเขามาที่บ้านนั้น (หยุด).....
 ผู้บำบัด : แล้วยังไงต่อไปคะ เมื่อคุณเรียกเขามาที่บ้านนั้นแล้ว

นอกจากนั้นผู้บำบัดอาจใช้การพูดหรือกล่าวนำขณะกำลังฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณบำบัดกำลังติดตามฟัง หรือให้ความสนใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดต่อไป โดยอาจพูดว่าคะ ครับ อิมม์ เท่านั้น (Davies and Jonosik, 1991) อย่างไรก็ตามการพูดหรือกล่าวนำก็มีข้อจำกัดสำหรับผู้รับบริการที่มีลักษณะการพูดผิดปกติ เช่น การพูดที่มีรายละเอียดในเนื้อหาที่ไม่สำคัญหรือที่เรียกว่า “น้ำท่วมทุ่ง” หรือผู้รับบริการที่ใช้ภาษาแปลกประหลาด และผู้บำบัดก็ไม่เข้าใจ การกล่าวนำอาจทำให้ผู้รับบริการย้ำวิธีการพูดที่ผิดปกติมากยิ่งขึ้น และไม่มีประโยชน์ในการรักษาเลย

3.5 การใช้ความเงียบ (The Use of Silence) เบิร์นสไตน์และเบิร์นสไตน์ (Bernstein and Bernsitein, 1980) กล่าวว่า บุคคลในวิชาชีพสาขาสุขภาพส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการโดยการพูด หากไม่ได้พูดหรือนิ่งเงียบจะรู้สึกว่าได้ช่วยเหลืออะไร จึงมักจะอดทนที่จะใช้ความเงียบเพื่อการรักษาไม่ได้ การใช้ความเงียบเพื่อการรักษาควรกระทำโดยมีเหตุผลและเหมาะสม ความเงียบจะสามารถช่วยให้ผู้บำบัด และผู้รับบริการมีโอกาสรวบรวมความคิด ทบทวนสิ่งที่พูดมาแล้ว และคิดที่จะพูดต่อไป นอกจากนี้หากการสนทนานั้น กระตุ้นให้ผู้รับบริการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น การร้องไห้ การใช้ถ้อยคำรุนแรง การใช้ความเงียบยังแสดงถึงการยอมรับและพร้อมจะรับฟังของผู้บำบัด การใช้ความเงียบจึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูด (Jahnson, 1989) นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ไว้วางใจ รู้สึกไม่สุขสบายหรือเป็นการติดต่อสื่อสารของผู้บำบัดในระยะแรก ๆ การใช้ความเงียบอย่างเหมาะสมจะเป็นการให้โอกาสผู้รับบริการในการคิดทบทวนและตัดสินใจ ไม่รู้ใจว่าจนผู้รับบริการรู้สึกวิตกกังวลมากเกินไป อาจกล่าวได้ว่าความเงียบนั้นเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับบริการตระหนักต่ออารมณ์ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของตน เนื่องจากมีโอกาสเผชิญกับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองโดยมีผู้บำบัดอยู่ใกล้ ๆ ทำให้รู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงความรู้สึกโดยไม่มีใครโต้แย้ง ซึ่งหากผู้รับบริการได้

ระบายนารมณ์ หรือความกดดันทางจิตใจบ้าง จะสามารถมองโลกกว้างขึ้น สามารถคิดถึงอุปสรรค หรือความเจ็บปวดที่อยู่เบื้องหลังและทำให้ตระหนักในตนเองได้ในที่สุด ซึ่งสุดท้ายผู้บำบัดอาจพูด ว่า “คุณรู้สึกอย่างไร” เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาตนเองอีกครั้ง (Shives, 1989)

3.6 การกระตุ้นให้อธิบายสิ่งที่รับรู้ (Encouraging Description of Perception) เป็นการถามเพื่อให้ผู้รับบริการอธิบายความรู้สึกนึกคิดเป็นคำพูดตามที่ผู้บริการรับรู้อย่างอิสระ ผู้ บำบัดจะเข้าใจการรับรู้ของผู้รับบริการในปัจจุบันได้ดีขึ้นจากการที่ผู้รับบริการอธิบายถึงสิ่งที่รับรู้ โดยการนำประสบการณ์ของผู้รับบริการในอดีตมาพิจารณาด้วย ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการ อธิบายสิ่งที่ตนรับรู้ขณะนั้น นอกจากจะช่วยให้ผู้รับบริการได้เปิดเผย และตระหนักรู้ในตนเองแล้ว ยังทำให้ผู้บำบัดคิดถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องในอดีต เพื่อการประเมินปัญหาและความต้องการของ ผู้รับบริการได้อย่างลึกซึ้งอีกด้วย การกระตุ้นให้ผู้รับบริการอธิบายสิ่งที่รับรู้ ต้องกระทำอย่าง ระมัดระวัง โดยเฉพาะอาจทำให้ผู้รับบริการวิตกกังวลกับประสบการณ์ในอดีตที่เกิดจากการรับรู้ บิดเบือนมากเกินไป หากพิจารณาแล้วว่าการกระตุ้นให้ผู้รับบริการอธิบายถึงสิ่งที่รับรู้ในอดีตนั้น ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ไม่ควรกระทำอย่างยิ่ง ตัวอย่างเช่น “เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนคุณตะโกน กับใครที่หน้ามหาวิทยาลัย คนมุงดูกันใหญ่เลย ตอนนั้นคุณเห็นอะไรคะ” ซึ่งคำถามให้อธิบายสิ่ง ที่รับรู้เช่นนี้ อาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกละอาย วิตกกังวลต่ออาการกลับสู่สังคมมากขึ้น การกระตุ้นให้ ผู้รับบริการอธิบายสิ่งที่รับรู้ที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : มีอะไรเกิดขึ้นคะ ดูเหมือนคุณกำลังโกรธ

4. กลยุทธ์การสื่อสารที่ช่วยพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง ได้แก่

4.1 การเน้น (Focusing) อาจเน้นเฉพาะประเด็นหรือเนื้อความสำคัญ เพื่อช่วย ผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะสับสนหรือมีปัญหาการพูดววน พูดมากไม่ได้เนื้อหา ควบคุมตนเองโดย การหยุดคิดถึงประเด็น หรือความรู้สึกที่สำคัญ ๆ หากให้ผู้รับบริการพูดอย่างไร้ขอบเขตมากเกินไป อาจทำให้สับสนมากขึ้น ทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการจับประเด็นของเนื้อหาไม่ได้ ซึ่งควรเน้นเฉพาะ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเท่านั้น ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : คุณพูดเรื่องปัญหาการเลี้ยงดูลูกที่เกิดขึ้น ระหว่างคุณ กับภรรยาให้ละเอียดสักนิด

ผู้บำบัด : ฉันอยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไรเมื่อภรรยาเข้ามาเยี่ยม

4.2 การแปลความหมาย (Interpretation) การแปลความหมายของเนื้อหาคำพูด หรือพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออก โดยการบอกถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับบริการทราบ จะช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในการใช้เทคนิคการแปลความหมายผู้บำบัดต้องพิจารณาทั้งเนื้อหา ความรู้สึกความคิดและพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น

- ผู้บำบัด : คุณอาจรู้สึกลำบากใจที่จะพูดถึงเหตุการณ์วันนั้น (แปลความรู้สึก)
- ผู้บำบัด : คุณคงกระสับกระส่ายมาก เมื่อเราพูดถึงชีวิตการแต่งงานของคุณ (แปลพฤติกรรม)
- ผู้บำบัด : คุณกลัวมันมาก เมื่อคุณเล่าถึงตอนนี้เสียงคุณสั่นและเบาลง (แปลเนื้อหาและพฤติกรรม)

จะเห็นว่า ผู้บำบัดจะต้องนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมศาสตร์มาพิจารณา แปลความหมายลักษณะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาทางสุขภาพจิต และจิตเวชที่จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้ และเข้าใจตนเอง เพื่อแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาตนเองต่อไป

อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดควรใช้เทคนิคการแปลความหมายอย่างระมัดระวัง โดยควรใช้เทคนิคนี้เมื่อผู้รับบริการมีอาการทั่วไปดีขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี และไว้วางใจต่อผู้บำบัดแล้วเท่านั้น เนื่องจากการแปลความหมายจะจำกัดความเป็นอิสระในการคิด และรับรู้ปัญหาของผู้รับบริการได้ ผู้บำบัดไม่ควรแปลความหมายข้อมูลที่ผู้รับบริการสามารถบอกได้เอง นอกจากนั้นการแปลความหมายที่ไม่ถูกต้อง ผู้รับบริการไม่เห็นด้วยกับการแปลความหมายเช่นนั้น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกขัดแย้งกับผู้บำบัดได้

4.3 การเผชิญหน้า (Confrontation) เดวีส์ และจาโนสิค (Davies and Janosik, 1991) กล่าวว่า “การเผชิญหน้าเป็นเทคนิคการติดต่อสื่อสารที่ยากที่สุดเทคนิคหนึ่ง แต่มีความจำเป็นในการ

ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้รับบริการทำความเข้าใจกับพฤติกรรม ความรู้สึก และความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเองอย่างตรงไปตรงมา โดยผู้

บ่าบัดจะชี้ให้เห็นว่ากำลังมีอะไรเกิดขึ้น ชิฟส์ (Shives, 1989) กล่าวว่า “การใช้เทคนิคการเผชิญหน้าของผู้บ่าบัดหมายถึงการขอให้ผู้รับบริการตรวจสอบพฤติกรรมความคิดและความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้รับบริการต่อต้านหรือปกป้องตนเอง เนื่องจากตน (Self) ถูกบกรบวและอาจไม่ยอมรับในขณะนั้น โดยเฉพาะการเผชิญหน้านั้นมีลักษณะทำท่าย ชูเขี้ยวหรือเปิดเผย จะยิ่งกระตุ้นต่ออารมณ์ของผู้รับบริการได้ง่าย” อย่างไรก็ตามการใช้เทคนิคการเผชิญหน้าก็สามารถทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีผู้ห่วงใยเอื้ออาทร มีความสุจริตใจ ห่วงใย และเอื้ออาทรนั้น มักเป็นผู้ใกล้ชิดที่บุคคลนั้น ๆ ใจวางใจหรือผูกพันเท่านั้น จึงเห็นได้ว่าการใช้เทคนิคการเผชิญหน้าอาจส่งผลต่อผู้รับบริการทั้งทางบวกและทางลบ (ดวงมณี, 2530) ดังนั้นผู้บ่าบัดจึงต้องตระหนักถึงวัตถุประสงค์สำคัญของการเผชิญหน้าคือการช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในตนเอง เพื่อการบ่าบัดรักษาจึงไม่ควรตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ไม่ว่าด้วยคำพูด กิริยาท่าทางหรือสลายตา ไม่ประเมินค่า หรือตัดสินว่า ดี-เลว หากผู้รับบริการต่อต้านโต้แย้ง ผู้บ่าบัดควรยอมรับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นไม่ได้แย้งแต่ต้องสม่ำเสมอต่อสิ่งที่ผู้บ่าบัดเคยบอกกับผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองแสดงออกได้ หากผู้บ่าบัดไม่สม่ำเสมอในการใช้กลยุทธ์การเผชิญหน้ากับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้รับบริการอาจรู้สึกสับสนกับสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ไม่มั่นใจในตัวผู้บ่าบัด ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่ใจวางใจวิธีการใช้กลยุทธ์การเผชิญหน้าคือ การอธิบายถึงคำพูด ท่าทาง ความรู้สึก ความคิดของผู้รับบริการที่ผู้บ่าบัดรับรู้ หรือรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา ทั้งนี้ผู้บ่าบัดต้องพิจารณาความเหมาะสมทั้งเวลา สถานที่ ความพร้อมของผู้รับบริการ รวมทั้งความสามารถเป็นแบบอย่างในการเปิดเผยความรู้สึกของผู้บ่าบัดเองด้วย (ดวงมณี, 2530) ตัวอย่างเช่น

ผู้บ่าบัด : ฉันรู้ว่าคุณรู้สึกอย่างไร ฉันเองก็เคยกลัวเมื่อเข้าทำงานใหม่ ๆ

ผู้บ่าบัด : ฉันไม่พอใจที่คุณผิตเวลานัดโดยไม่มีเหตุผลเลย (พยายามเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง เป็นตัวอย่างเกี่ยวกับการตระหนักเกี่ยวกับความรู้สึกของตนในสถานการณ์ต่าง ๆ และแสดงออกอย่างเหมาะสม)

ผู้บ่าบัด : คุณพูดว่าจะลดน้ำหนักให้ได้ แต่ฉันเห็นคุณกินทั้งวัน (อธิบายพฤติกรรมที่พยายามรับรู้ตรงไปตรงมา)

ผู้บำบัด : คุณรู้สึกอย่างไรที่คุณพูดว่าไม่อยากอยู่บ้านคุณแม่ของคุณอีกต่อไป (ให้ผู้รับบริการเผชิญความรู้สึกของตนเองที่ปกปิดด้วยคำพูดเชิงพฤติกรรมคือไม่อยากอยู่บ้าน)

4.4 การเสนอความเป็นจริง (Present Reality) และการให้ข้อสังเกต (Observation Making) เป็นการเผชิญหน้าวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมที่ผู้บำบัดสังเกตเห็น บางครั้งผู้รับบริการทางจิตไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การบอกข้อเท็จจริงจึงช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ในตนเอง และพยายามควบคุมตนเอง ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : ฉันไม่เห็นมีนางฟ้านั่งอยู่เลย (พฤติกรรมการรับรู้)

ผู้บำบัด : คุณกำลังพูดคนเดียวคุณพูดอะไร (พฤติกรรมที่สังเกตได้)

4.5 การสรุป (Summarizing) เป็นการใช้เทคนิคการสะท้อนและการถ่ายทอดความ (Paraphrase) ร่วมกันเพื่อตรวจสอบการรับรู้ระหว่างผู้บำบัด และผู้รับบริการ (Shives, 1989) และทำให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับประเด็นสำคัญในการสนทนา ซึ่งในการสนทนาแต่ละครั้ง อาจมีข้อมูลข่าวสารมากมาย และมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ผู้บำบัดจึงควรใช้เทคนิคการสรุป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญที่กระจัดกระจายให้เป็นประเด็นชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจสิ่งที่ได้สนทนากันอย่างชัดเจน และครอบคลุม กระตุ้นให้ดำเนินเรื่องที่สนทนานั้นต่อไป ตลอดจนนำไปสู่การพิจารณาตนเองเพื่อการแก้ไข ปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองของผู้รับบริการและเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้รับบริการ หลักในการสรุปผู้บำบัดจะต้องรวบรวมทั้งประเด็นเนื้อหาที่สำคัญ ตลอดจนความรู้สึกที่ผู้รับบริการแสดงออกระหว่างการสนทนา และถ่ายทอดกลับไปสู่ผู้รับบริการ เดวีส์ และจอนอสิก (Davies and Jonosik, 1991) กล่าวว่า “การสรุปเป็นการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาทั้งหมดในส่วนที่เป็นใจความสำคัญ ทำให้ผู้รับบริการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาอีกครั้งหนึ่ง การสรุปนั้นต้องไม่เพิ่มเติมความคิดเห็นอื่น ๆ หรือวิพากษ์วิจารณ์ เพราะอาจทำให้ผู้รับบริการสับสน จับประเด็นที่ชัดเจนไม่ได้ วิธีการสรุปอาจให้ผู้รับบริการสรุปทั้งหมดและผู้บำบัดเพิ่มเติมให้ กรณีการสรุปนั้นไม่ควรถ่วงในประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่การเริ่มต้นการสนทนา หรือระหว่างการสนทนามีข้อมูลข่าวสารสำคัญมาก ผู้บำบัดอาจรวบรวมข้อมูลที่กระจัดกระจาย และกระตุ้นให้การสนทนาอยู่ในกรอบมากกว่าการ เน้นประเด็นย่อย ๆ ที่ไม่สำคัญ” ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : เมื่อวานนี้เราคุยกันเรื่องการวางแผนที่จะเลิกดื่มสุรา แต่ปัญหาที่คุณพูดถึงคือ สิ่งแวดล้อมที่คุณอยู่มักชักจูงให้กลับไปดื่มอีก และคุณก็ตัดสินใจว่าคุณต้องเริ่มที่ตัวคุณเอง คุณจะกลับไปคิดเป็นการบ้าน วันนี้เราจะได้พูดคุยกันในเรื่องนี้ต่อไป (เริ่มต้นการสนทนา)

ผู้บำบัด : เราพูดกันมาตั้งเยอะแยะ สรุปได้ว่าปัญหาขณะนี้คือคุณไม่พร้อมจะไปพบเธอ เพราะคุณทำตามสัญญาที่ให้ไว้กับตนเองยังไม่เสร็จ คุณกลัวเธอจะไม่ยอมรับคุณแล้วยังไงต่อไปคะ (กล่าวเพื่อดำเนินเรื่องต่อไป หากพยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจตรงกันแล้ว)

ผู้บำบัด : คุณ ก. ช่วยสรุปดูซิคะว่า วันนี้เราคุยถึงเรื่องอะไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไร (ให้ผู้รับบริการสรุปเพื่อยุติการสนทนา และกระตุ้นให้นำไปสู่การเข้าใจ และรับผิดชอบตนเองต่อไป)

5. กลยุทธ์การสื่อสารที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการควบคุมตนเอง ได้แก่

5.1 การจำกัดพฤติกรรม (Limit Setting) จะใช้เมื่อผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และอาจเป็นอันตราย ทั้งต่อตัวผู้รับบริการและผู้อื่น การจำกัดพฤติกรรมนั้นจะต้องกระทำเพื่อช่วยเหลือเท่านั้น การตัดสินใจว่าจะต้องจำกัดพฤติกรรมหรือไม่นั้น ประการแรกผู้บำบัดจะต้องประเมินว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมนั้นคืออะไร เกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด และเป็นอันตรายหรือทำความเดือดร้อนแก่ผู้รับบริการเอง หรือผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อกำหนดกิจกรรมการจำกัดพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะราย การจำกัดพฤติกรรมไม่ได้หมายถึงการใช้ห้องแยก การผูกมัดหรือใช้ยาควบคุมเท่านั้น การพูดคุยกับผู้รับบริการเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้บำบัดควรกระทำก่อนการจำกัดพฤติกรรมอื่น ๆ การติดต่อสื่อสารเพื่อการจำกัดพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบด้วย การพูดที่สั้น ชัดเจนมีท่าทีสงบและสุภาพ โดยจะต้องทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าการจำกัดพฤติกรรมนั้นไม่ใช่การลงโทษผู้รับบริการที่ถูกจำกัดพฤติกรรมส่วนใหญ่มักกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือพยายามทดสอบผู้บำบัดพยาบาล ดังนั้นการติดต่อสื่อสารเพื่อการจำกัดพฤติกรรมของผู้บำบัด จะต้องมีความสม่ำเสมอในการกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการเรียนรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : การถ่มน้ำลายลงพื้นทำให้คนอื่นนั่งไม่ได้ คุณ ก. ใช้ทิชชูนี่.คะ อย่าถ่มน้ำลายลงพื้นอีก

ผู้บำบัด : ฉันบอกคุณแล้วว่าอย่าถ่มน้ำลายลงพื้นอีก เมื่อคุณทำอีกคุณต้องออกไปจากห้องนี้

ผู้บำบัด : คุณต้องออกไปจากห้องนี้ เพราะฉันเคยบอกคุณแล้ว ถ้าคุณหยุดถ่มน้ำลายไม่ได้

ทั้งนี้หากผู้บำบัดไม่สามารถใช้การพูด เพื่อจำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ อาจต้องใช้ยาหรือวิธีอื่น ๆ ต่อไป อย่างไรก็ตามเมื่อผู้บำบัดพูดเพื่อจำกัดพฤติกรรมขั้นต้นนั้น ผู้บำบัดต้องประเมินสาเหตุของพฤติกรรมด้วยเพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง เช่น ปัญหาการถ่มน้ำลายลงพื้น อาจเกิดจากอาการของโรคหัด และผู้รับบริการไม่มีทิสชูหรือการรับรู้บกพร่อง เป็นต้น

5.2 การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) จะใช้เมื่อผู้รับบริการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการเรียนรู้สิ่งที่ดีที่สังคมยอมรับและกระตุ้นให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม การให้การเสริมแรงอาจกระทำได้โดยการแสดงความสนใจ ชื่นชมหรือแสดงท่าทีบ่งชี้ว่ายอมรับและเห็นด้วย โดยไม่ใช้คำพูดหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงการตัดสิน ประเมินคุณค่าว่า ดี-เลว แต่ควรเป็นการให้ข้อคิดเห็น การเสริมแรงอาจกระทำพร้อมไปกับการให้รางวัลก็ได้ ตัวอย่าง เช่น

ผู้บำบัด : วันนี้คุณทำงานเสร็จตรงเวลาพอดีเลย (การเสริมแรง)

ผู้บำบัด : ถ้าคุณทำงานเสร็จตรงเวลาแบบนี้ คุณจะไปได้รับประทานอาหารก่อน (การเสริมแรงและให้รางวัล)

6. กลยุทธ์การสื่อสารที่เอื้อประโยชน์ต่อการตัดสินใจ

ได้แก่ การให้ข้อมูล (Giving Information) เพ็พพลาว (Peplau, 1952) เน้นว่าบทบาทของผู้บำบัดที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเป็นแหล่งความรู้ให้ผู้รับบริการ โดยผู้บำบัดอาจช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น ถ้าผู้บำบัดไม่แน่ใจ หรือไม่มีความรู้ในสิ่ง que ผู้รับบริการต้องรู้ ก็ไม่ควรให้ข้อมูลที่ผู้บำบัดไม่แน่ใจในความถูกต้อง ควรยอมรับว่าผู้บำบัดไม่ทราบจริง ๆ และพยายามหาข้อมูลดังกล่าว หรืออาจส่งต่อขอความช่วยเหลือไปยังบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ เป็นพิเศษก็ได้ ขอบเขตของการให้ข้อมูลควรมีจำกัดเฉพาะในบทบาทของผู้บำบัด และมีจุดมุ่งหมายเพื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัด และผู้รับบริการเท่านั้น ซึ่งผู้บำบัดสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการได้ตลอดเวลาที่ให้การบำบัด อย่างไรก็ตามการบำบัด

จะต้องตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับสัมพันธภาพเพื่อสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจผิดจากการให้ข้อมูลส่วนตัวของการบำบัดได้

การให้ข้อมูลสามารถกระทำได้เมื่อผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการปฐมนิเทศการรับการรักษาในหอผู้ป่วย การแนะนำตัวเองของผู้บำบัด รวมทั้งเป้าหมายที่เข้ามาพูดคุยกับผู้รับบริการ การให้การรักษายาบาล หากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า เป็นต้น ตัวอย่างเช่น

ผู้บำบัด : ดิฉันจะพาคุณไปตีกาชาชีวบำบัดนะคะ

ผู้บำบัด : ดิฉันชื่อ.....เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนี้ จะทำหน้าที่ช่วยเหลือคุณ รวมทั้งดูแลความเป็นอยู่ ความสุขสบายต่าง ๆ เมื่อคุณอยู่ที่หอผู้ป่วยนี้คะ

สรุปได้ว่า กลยุทธ์การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดแต่ละชนิดมีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาทั้งสิ้น การใช้กลยุทธ์การติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ผู้บำบัดจะมีความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ต่าง ๆ เท่านั้น ผู้บำบัดจะต้องมีศิลปะในการพิจารณาความเหมาะสมกับเนื้อหา กาลเทศะและบุคคล ตลอดจนพื้นฐานทางสังคมอื่น ๆ ของผู้รับบริการเฉพาะรายด้วยเสมอ นั่นคือผู้บำบัดต้องตระหนักถึงการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดตลอดเวลา และสัดส่วนการใช้กลยุทธ์ก็แตกต่างกันไป ในงานวิจัยจะศึกษากลยุทธ์ที่ทีมจิตบำบัดใช้กับผู้ป่วยแต่ละอาการ โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์จากการสนทนาและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสื่อสารของทีมจิตเวชที่มีต่อผู้ป่วยแต่ละอาการ

การเจาะลึกถึงข้อมูลต่อไปนี้เป็นผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวมจากเอกสาร และกรณีศึกษาในหอผู้ป่วย การสังเกตลักษณะการสนทนาของทีมจิตเวชตลอดระยะเวลา 7 เดือน และรวบรวมจากบทสัมภาษณ์ ถึงวิธีการในการพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละอาการ แจกแจงวิธีการได้ตามอาการดังนี้

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ

ปัญหาคือ : ผู้ป่วยมักจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำบ่อย ๆ

กลยุทธ์การสื่อสาร : วิธีการพูดให้ผู้ป่วยหยุดการกระทำและโน้มน้าวใจให้สนใจกิจกรรมอย่างอื่นแทน

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดความทรมานจากความคิดและความกลัวซึ่งผลักดันให้เกิดความคิดและการกระทำซ้ำ ๆ

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● โดยทั่วไปควรสนทนากับผู้ป่วยสม่ำเสมอ - พูดจากับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและให้เวลาผู้ป่วยได้ตอบ - ใช้คำถามปลายเปิด ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและระบายปัญหา - เมื่อผู้ป่วยแสดงความกังวลหรือแสดงอาการซ้ำกันบ่อย ๆ ควรพูดโดยสะท้อนความคิดและการกระทำตามจริงจากนั้นกระตุ้นให้ระบายในสิ่งที่กังวล พร้อมทั้งเสนอความเป็นจริง แนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วย ● วิธีการทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและเปิดเผยตนเอง สร้างควมไว้วางใจแก่ผู้ป่วยโดย - ยอมรับพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วย-- บอกความจริงแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความคิดซ้ำ ๆ หรือการแสดงซ้ำ ๆ เช่น “คุณสนใจล้างมือบ่อยแล้วนะคะ” - หลีกเลี่ยงการโต้แย้งเกี่ยวกับความคิดที่ผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยบอกว่า มือตนยังสกปรกอยู่ต้องล้างให้สะอาด ผู้บำบัดอาจแสดงออกโดยการยอม และพูดให้ผู้ป่วยเช็ดมือแทนการล้างที่บ่อยเกินไป 	<p>ผู้ป่วยรับรู้การกระทำที่เกิดขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยเปิดเผยมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยเปลี่ยนจากล้างมือ เพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลมาสู่พฤติกรรมที่ดีกว่าเดิม ค่อย ๆ ทดแทน</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นโดย <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้รู้จักผู้ป่วยอื่น และได้สนทนากันตามสมควร - ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการบำบัดทางจิตเป็นรายกลุ่มอย่างสม่ำเสมอและให้ความสนใจคอยให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม - สนับสนุนและชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกลุ่มและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ● ให้การบำบัดทางจิตเพื่อเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความคิดซ้ำ ๆ มาสู่กิจกรรม เช่น ผู้บำบัดโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งอื่นมากกว่า โดยผู้บำบัดหาข้อมูลว่าผู้ป่วยน่าจะสนใจกิจกรรมใดแล้วกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม 	<p>ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยค่อย ๆ ลดพฤติกรรมซ้ำ ๆ ลง</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ ผู้ป่วยสามารถปรับตัว แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกโดย <ul style="list-style-type: none"> - รับฟังปัญหาด้วยท่าทีสงบ - ไม่ขัดแย้งหรือตำหนิพฤติกรรมที่แสดงออก <p>ให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าเกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเองจะไม่พูดเน้นถึงอาการที่แสดงซ้ำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่เลิกทำ แต่จะคุยแบบ Exploring คือถามเพื่อให้เกิดความกระจ่างและไตร่ตรองเอง ว่าเหตุใดจึงทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ เช่น ผู้ป่วยหญิงมาเลิกแอลกอฮอล์แล้วแสดงอาการเปิดตู้เย็นซ้ำ</p>	<p>ผู้ป่วยสบายใจและไวใจผู้บำบัดมากขึ้น</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>และดื่มน้ำทีละนิดแต่หลายครั้ง ผู้บำบัดจึงต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการกระหายน้ำ</p> <p>ในขณะเด็กแอลกอฮอล์พร้อมทั้งบอกวิธีปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เบนความสนใจของผู้ป่วยจากตนเองไปสู่การทำสิ่งอื่น เช่น พุดโน้มน้ำวักจูงให้ <ul style="list-style-type: none"> - ทำงานฝีมือสวย ๆ เช่นงานประดิษฐ์หัตถกรรม - ทำสวนครัว ● การพุดชักจูงใจพบดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - หาสิ่งดีผู้ป่วยมาชมและวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยเป็นคนเช่นไรถ้ามีบุคลิกสามารถถูกจูงใจได้ง่ายให้ลองเอาแบบอย่างเพื่อนหรือพยาบาลมาเป็นแบบอย่าง หากเป็นคนมั่นใจตัวเองสูงให้พุดประโยชน์ของกิจกรรมนั้นมาก ๆ <p>กล่าวคำชมเชย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม</p>	<p>ผู้ป่วยสนใจทำสิ่งอื่นมากขึ้น</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถดถอย

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยแสดงออกไม่เหมาะสมกับวัยเนื่องจากมีความคับข้องใจ

กลยุทธ์การสื่อสาร : พุดอย่างไรให้ผู้ป่วยลดความคับข้องใจและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความคับข้องใจลดลง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● โดยทั่วไปสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด <p>แนะนำตัวว่าเป็นใคร จะช่วยเหลืออะไรแก่ผู้ป่วยได้บ้าง ก่อนเริ่มการสนทนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง - สนทนากับผู้ป่วยสม่ำเสมอ 	<p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจและตั้งใจฟังอย่างสงบ - พูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ชัดเจนและให้เวลาผู้ป่วยได้ตอบ ใช้คำถามปลายเปิด ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและระบายปัญหา ● เสนอตัวเข้าช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการสนทนา - การแสดงให้เห็นว่าอยู่เป็นเพื่อน - การเสนอความเป็นจริงให้กับผู้ป่วย 	ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความวิตกกังวลหรือความคับข้องใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - ยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิติเตียน เช่น แสดงอวัจนภาษาโดยการแตะบ่า จับมือ หรือยิ้มให้ - ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม 	ผู้ป่วยมีกำลังที่จะปรับตัว

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับให้ช่วยเหลือโดย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจ รวมทั้งการค้นหาสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้นอนไม่หลับ ใช้คำถามกว้าง ๆ กล่าวถึงสิ่งที่สังเกตได้ในตัวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่อง 	ผู้ป่วยสามารถระบายความในใจ เพื่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยแสดงออกด้วยอาการก้าวร้าวอย่างไม่เหมาะสม

กลยุทธ์การสื่อสาร : การพูดอย่างไรที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัยจากอันตราย

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยแสดงออกทางคำพูด ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เจ็บเฉยผิดปกติ ไม่ยอมพูด (สังเกตจากสายตา ท่าทาง) - โต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน - พูดก้าวร้าว วิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิติเตียน <p>อาจเกิดกับการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยาและ INTOXICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยขณะมีพฤติกรรมก้าวร้าว <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจอย่างมีแบบแผน ระวังระวังและมีท่าทีสงบ - อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร แล้วเรียกชื่อผู้ป่วย (ใช้เสียงดังพอสมควร แต่ไม่ตะโกนเพื่อเรียกสติผู้ป่วย) - เมื่อผู้ป่วยพร้อมจะพูดคุยก็ให้พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจและให้วิจารณ์ได้แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ - ใช้คำถามปลายเปิดถามความรู้สึกหรือความต้องการ - การเสนอตัวเข้าช่วยเหลือในสิ่งที่พอจะทำได้ <p>เจ็บให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องพร้อมสะท้อนความคิด ความรู้สึกเป็นระยะอย่างไม่ขัดคอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพูดจนหมดจะเริ่มมีสติและอาการสงบลงจากนั้นจะเป็นการพูดคุยแนะนำเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม</p>	<p>ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดหรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็นโดย - อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ - ผูกมัดอย่างมีเทคนิค 	<p>การผูกมัดเป็นการเสริมแรงทางลบ คือเป็นการลงโทษให้หยุดพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยได้และรู้ผลเสียของการทำตัวไม่เหมาะสม</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย - กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความต้องการ และระบาย ความคับข้องใจ ความโกรธ โดยผู้บำบัดเป็นผู้รับฟังที่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติแต่ต้องมีขอบเขต พุดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดความก้าวร้าวที่แสดงออกและให้ผู้ผู้ป่วยลองคิดวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมด้วยตนเอง เช่น - เมื่อผู้ป่วยเล่าความรู้สึก ผู้บำบัดกระตุ้นให้พูดต่อ “คะ....แล้วอย่างไรต่อคะ” ยิ้ม พยักหน้า “ดิฉันฟังคุณอยู่” - สะท้อนความรู้สึก “คุณไม่พอใจที่ ..” หาสาเหตุการโกรธหรือไม่พอใจโดยการถามถึงการกระทำไม่ถามถึงตัวบุคคล ● ใช้กลยุทธ์การสนทนาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลหนึ่ง 	<p>ผู้ป่วยสามารถระบายความตึงเครียด กัดดันในใจ และเข้าใจตนเองมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● วิธีการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง โดย <ul style="list-style-type: none"> - แสดงท่าทีสงบ ยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วย - ใช้กลยุทธ์การสนทนา กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธ และไม่พึงพอใจ - ใช้คำถามปลายเปิด ฟังอย่างตั้งใจ การเจียบ และการแสดงออกถึงการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย - ใช้การพูดโดยใช้ความเข้มข้นทางอารมณ์เมื่อผู้ป่วยพูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธหรือไม่พอใจ เช่น “ผมเกลียดมัน ผมอยากเอามันมาอยู่โรงพยาบาลบ้านี้ด้วยกัน เพราะมันทำตัวทุเรศกับผม” ผู้บำบัดอาจกล่าวว่า “คุณรู้สึกว่าเขาทุเรศอย่างไร” (Convergence) คือพูดลักษณะการพูดแบบเดียวกับที่ผู้ป่วยพูด ผู้ป่วยจะระบายออกทางการพูดจนอารมณ์นั้นจางลง - ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความโกรธ ความก้าวร้าวเป็นเรื่องปกติ แต่ต้องมีขอบเขตและการแสดงออกอย่างเหมาะสม โดยอธิบายและยกตัวอย่าง ● จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น กีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มชุมชนบำบัด <p>พูดคุยกับผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้วิธีระบายความโกรธในลักษณะที่เหมาะสมและสังคมยอมรับโดย</p>	<p>ผู้ป่วยระบายความกดดันได้อย่างเหมาะสม</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้กลยุทธ์การสนทนาให้ผู้ป่วยพูดถึงวิธีระบายความโกรธด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวและเปรียบเทียบ เช่น รู้สึกว่าตนเองเหมือนไฟ ผู้บำบัดอาจกล่าวต่อ เช่น ให้ผู้ป่วยบอกวิธีดับไฟ เป็นต้น จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยเล่าว่าเมื่อโกรธทำอะไรบ้าง และรู้สึกอย่างไรกับการกระทำนั้นสะท้อนความคิดผู้ป่วย ● พูดอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว 	<p>ผู้ป่วยพัฒนาความก้าวร้าวไปในทางสร้างสรรค์</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลงผิด

ปัญหา คือ : คิดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงจนไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคม

กลยุทธ์การสื่อสาร : พูดอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความเป็นจริงและยอมรับอาการที่เกิดขึ้น พร้อมปรับตัวเพื่อลดอาการนั้นได้

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสถานการณ์ของความเป็นจริงได้

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเน้นความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด ● แสดงความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดย <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดความรู้สึกและการกระทำที่สื่อความหลงผิดโดยผู้บำบัดไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด ดีหรือเลว ไม่แสดงความคิดเห็นโต้แย้ง คล้อยตามหรือขบขันความคิดของผู้ป่วย - สื่อสารกับผู้ผู้ป่วยด้วยความอดทนและใจเย็น ไม่คุกคามหรือพยายามชี้แจงเหตุผลมาหักล้างให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิด - ไม่ได้แย้งความหลงผิดหรือความคิดพาดพิงว่าร้ายผู้ 	<p>ผู้ป่วยไว้วางใจในตัวผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยเริ่มสนใจกิจกรรมอย่างอื่น</p>

	กิจกรรมการสื่อสารบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>อื่น รับฟังอย่างเข้าใจแล้วสะท้อนความคิดหรือความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพความเป็นจริง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โน้มนำจิตใจผู้ป่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงชีวิตความเป็นอยู่ ครอบครัว งาน ชีวิตส่วนตัวอื่น ๆ แทนการย้ำให้คิดแต่เรื่องที่กำลังหลงผิดอยู่ กรณีนี้ผู้บำบัดอาจต้องเปิดเผยเรื่องของตนบ้างเล็กน้อย เพราะคนเรามีแนวโน้มที่จะเปิดเผยเรื่องราวให้คนที่เปิดเผยให้เราก่อนเป็นการช่วยได้อีกทางหนึ่ง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเอาแต่พูดถึงอาการหลงผิด การพูดคุยอย่างนี้อาจช่วยเบี่ยงเบนความสนใจได้ ● กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและทำงานร่วมกับผู้อื่น - เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง บอกว่าผู้ป่วยเป็นใครอยู่ที่ไหน-ทุกครั้งที่สนทนากับผู้ป่วย - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาพยาบาล - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าเมื่อจะมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมภายในหอผู้ป่วย 	<p>ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น</p> <p>ป่วยเข้าใจและลดความระแวง</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดลดลง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง (PRESENT REALITY) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด โดยบอกความคิด ความรู้สึกของผู้บำบัดต่อความเป็นจริง ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน ● สร้างแบบอย่างให้ผู้ป่วยแต่ต้องกระทำเมื่อผู้ป่วยไวใจและมีสัมพันธภาพอันดีในระยะหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยได้ยิน 	<p>ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยของตน</p> <p>ผู้บำบัดและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>ผู้ป่วยรับรู้สภาพความจริง</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>เสียงนางฟ้า ผู้บำบัดจะเข้าไปนั่งใกล้ ๆ ผู้ป่วยพร้อมกับพูดว่า “ดิฉันนั่งที่เดียวกับคุณและตั้งใจฟังแล้วไม่ได้ยินเสียงนางฟ้าเลย” หรือพาผู้ป่วยอีกคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจมานั่งและอธิบายให้ฟัง คือจะเข้าใจว่าผู้ป่วยเหมือนกัน และนั่งที่เดียวกันเขาก็ยังไม่ได้ยินเหมือนกันกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมที่เหมาะสมกับลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วย โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าตนเองอยู่เหนือผู้อื่นจัดกิจกรรมให้มีความรับผิดชอบร่วมกับผู้อื่น มีบทบาทสำคัญเท่าๆ กัน หลีกเลี่ยงการแข่งขันและระงับการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้วางอำนาจเหนือผู้อื่น ระงับการพูดคุยอย่างสนิทสนมให้ระยะห่างบ้าง ระงับการใช้ถ้อยคำภาษา เช่น การสัมผัส - ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าจัดกิจกรรมง่าย ๆ ที่สามารถทำได้สำเร็จในเวลาไม่นาน และกล่าวชมเชยทันที - ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย อิจฉา ใช้กลุ่มช่วยแก้ปัญหาให้ข้อคิดเห็นแก่ผู้ป่วย <p>ให้การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคลด้วยการใช้สัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยเพื่อการบำบัดโดยแสดงความเห็นใจและช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงในการดำรงชีวิตกับสภาพความเป็นจริง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเผชิญความวิตกกังวลด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งด้วยตนเอง - พยายามผู้สะท้อนความคิดความรู้สึก - ฝึกการไว้วางใจคนรอบข้าง โดยการพูดคุย - ฝึกการพูดคุยถึงความคิด การถูกปองร้ายให้ผู้บรรยาย 	<p>ผู้ป่วยเข้าใจสถานภาพของตนและมีทักษะทางสังคมเพิ่ม</p> <p>ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเพิ่มขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยรู้จักรับฟังคนอื่นมากขึ้นและรู้ว่ายังมีคนห่วงใย และพร้อมช่วยเหลือตน</p> <p>ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญกับความวิตกกังวลได้</p> <p>ผู้ป่วยเรียนรู้การไว้วางใจผู้อื่นและสบายใจมากขึ้น</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<p>อื่นฟัง รับฟังความคิดและรู้จักยอมรับผู้อื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> • พูดคุยร่วมกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ให้ผู้ป่วยพูดระบายออกแล้วค่อย ๆ ถามถึงความรู้สึก 	ผู้ป่วยสบายใจขึ้น

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวในสภาพความเป็นจริง

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการ สาเหตุของการเจ็บป่วยและการปรับตัวในสังคมได้

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสภาพที่เป็นจริงได้

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดย <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อเกิดอาการประสาทหลอน พร้อมทั้งเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อนเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่สบายใจ - สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยขณะเกิดอาการประสาทหลอน โดยผู้บำบัดนั่งเป็นเพื่อนหรืออยู่ใกล้ ๆ พูดคุยแม้ในขณะที่ผู้ป่วยได้ยินเสียงอื่นดังอยู่ เพื่อฝึกว่าแม้อาการเกิดขึ้นจะควบคุมตนเองได้อย่างไรให้อยู่ในสังคมและใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้เช่น “เสียงนั้นยังดังอยู่หรือคะ ไหนคุณลองฟังดิฉันและค่อย ๆ เล่าเรื่องราวของคุณให้ฟังช้า ๆ นะคะ เอาละ เราจะคุยกันเรื่อง” ทำให้รู้ว่าเขาสามารถฝึกการใช้ชีวิตปกติได้ถ้าคุมสติได้การทำเช่นนี้ต้องฝึกฝนเสมอ และแม้ผู้ป่วยคุยรู้เรื่องเพียงเล็กน้อยไม่สามารถดำเนินการ 	<p>ผู้ป่วยผ่อนคลาย</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บำบัด</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
สนทนาต่อ ก็ต้องชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย เช่น “วันนี้คุณได้ยืนเสียงมอเตอร์ไซด์ คุณทราบใช่ไหมคะว่ามันไม่เป็นความจริง เพราะเพื่อนๆ ก็มานั่งอยู่และไม่มีใครได้ยืน แต่คุณเก่งมากเลยนะคะที่ยังสามารถคุยกับดิฉันและสงบสติได้แม้เสียงที่คุณได้ยินยังคงดังอยู่	

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนลดลง

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่ได้แย้ง ขำ หรือเห็นเป็นเรื่องตลก เกี่ยวกับอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยบอก และบอกถึงสภาพความเป็นจริง (PRESENT REALITY) ตามความคิดและความรู้สึกของพยาบาล ● ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์นำ และการเกิดอาการประสาทหลอน 	ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความจริง

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง

ปัญหา คือ : ขาดสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่น

กลยุทธ์การสื่อสาร : การสื่อสารเพื่อฝึกการสร้างสัมพันธภาพโดยใช้การสนทนา

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และเวลาในการสนทนากับผู้ป่วย - ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอโดยเน้น 	ผู้ป่วยสบายใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>การให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย ใส่ใจกับการสื่อความหมายที่ไม่ใช่คำพูด เช่นการสัมผัส สบตา ยิ้ม ให้ผู้ป่วยเสมอ ๆ แสดงความเป็นมิตร และจริงใจ ใช้กลยุทธ์การสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึก</p> <p>- ค่อย ๆ เข้าใกล้ผู้ป่วยสังเกตว่าผู้ป่วยสนใจอะไร และคุยเรื่องนั้น เพื่อให้เป็นประเด็นการสนทนาให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการสร้างสัมพันธภาพ เพราะผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เสนอตัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและนั่งเป็นเพื่อนแม้ว่าผู้ป่วยปฏิเสธที่จะพูดด้วย แยกตัว - เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารพยายามนั่งคุยพร้อมเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อน ชวนคุยเรื่องอาหาร ชอบทานอะไร อาหารอร่อยไหม เพื่อฝึกการสื่อสาร เช่น พูดในสิ่งที่ต้องการ “อยากทานน้ำส้มหรือน้ำเชียวคะ” ช่วงแรกผู้ป่วยอาจยังไม่ค่อยพูด อาจใช้วิธีชี้หรือหยิบเอา จากนั้นสอนให้พูดยาวขึ้นพร้อมฝึกการพูด เพื่อเข้าสังคมกับผู้อื่น 	<p>ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้อื่นอย่างค่อยเป็นค่อยไป</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและรับฟังผู้ป่วยพูดด้วยความสนใจตลอดเวลา ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย รำคาญ ล้อเลียน พยายามกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น หรือพูดต่อเช่น พูดว่าแล้วอย่างไรอีกคะ, ดิฉันกำลังฟังอยู่คะ ฯลฯ ● ไม่ตัดสินคำพูดและผู้ป่วยว่าถูกหรือผิด 	<p>ผู้ป่วยไว้วางใจในผู้บำบัดและเปิดเผยเรื่องราว</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<p>ให้ข้อมูลความเป็นจริง (PRESENT REALITY) เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ กิจกรรมประจำวัน แผนการรักษาของแพทย์ ตลอดไปจนถึงข้อเท็จจริงของผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นการยืนยันให้ผู้ป่วยแน่ใจและรับรู้ความจริง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● นั่งเป็นเพื่อนผู้ป่วยหรือเสนอตัวให้ความช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย ● จัดให้ผู้ป่วยรู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยอาจเริ่มจากคนที่ผู้ป่วยอยู่ใกล้ และไว้ใจ ● ไม่จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมที่สมาชิกมีท่าทางปกปิด เช่น กลุ่มพรายกระซิบ ● จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ ๆ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีเงาที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวหรือรู้สึกไม่ปลอดภัย รวมทั้งไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัว อาจจัดให้มีเสียงกระตุ้นในบางโอกาส เช่น มีเสียงวิทยุ เสียงตามสาย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากความคิดภายในของตนเอง 	<p>ผู้ป่วยสบายใจขึ้น</p> <p>ตัดทุกสิ่งที่จะมากกระทบจิตใจผู้ป่วยให้อាកกรแย่งลง เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจึงรู้สึกดีขึ้นเมื่ออยู่ที่นี้</p> <p>ผู้ป่วยผ่อนคลาย</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงในสังคม

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● เปิดโอกาสเกี่ยวกับสถานที่ กิจกรรมประจำวัน ตลอดจนบอกความจริงว่าเขาเป็นใคร ทำไมจึงมาอยู่ในโรงพยาบาล ● สนทนาในเรื่องที่เป็นจริง เกิดขึ้นจริงภายในหอผู้ป่วย 	<p>ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริง</p> <p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความกดดันทางด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพโดยผ่านกระบวนการสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ● การพูดให้ผู้ป่วยได้คิดลักษณะ Exploring ให้กระจ่างขึ้น <ul style="list-style-type: none"> - คุณคิดว่าคนอื่นไม่อยากคุยกับคุณเพราะอะไร - คุณคิดว่าน่าจะปรับตัวอย่างไร <p>หรือการตั้งข้อสงสัย Voicing Doubt “เป็นไปได้หรือที่ทุกคนไม่ยอมคุยกับคุณมีใครที่พยายามจะคุยกับคุณไหมคะ” เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเรื่องราว</p>	<p>ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดข้อเท็จจริงที่มีเหตุผลมากขึ้น</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้าสังคม

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยให้คำชมเชยด้วยท่าทีและคำพูดเสมอ เมื่อผู้ป่วยกล้าสบตาและแสดงท่าที่เป็นมิตร “วันนี้ดูคุณรุ่งสดใสจัง ไหนมานั่งคุยกับเพื่อน ๆ ตรงนี้สิคะ เพื่อน ๆ กำลังรออยู่เลย” ● ยอมรับคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิหรือไม่แสดงกิริยาเห็นด้วย เมื่อผู้ป่วยพูดผิด พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นของพยาบาลให้ผู้ป่วยฟัง “ที่คุณกล่าวว่าไม่มีใครเข้าใจคุณ ไม่มีใครอยากอยู่ใกล้ ดิฉันอยากให้คุณลองพูดคุยกับเขา ว่าอยากให้เราเข้าใจหรือปฏิบัติตัวอย่างไร เพราะบางทีคนอื่นอาจไม่เข้าใจเมื่อคุณไม่พูด การพูดจะทำให้เข้าใจตรงกันมากกว่า ดีกว่าแยกตัวเองนะคะ” 	<p>ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเข้าสังคม</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองต่ำ

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองต่ำ

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารเพื่อสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักคุณค่าในตัวเอง

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมากขึ้น

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแบบแผนการสร้างสัมพันธภาพ ● แสดงการยอมรับผู้ป่วยโดย <ul style="list-style-type: none"> - เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทักทายอย่างสม่ำเสมอ - ไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ หัวเราะขบขัน ● วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก <ul style="list-style-type: none"> - เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่จริงใจและเป็นมิตร ใช้ถ้อยคำเช่นการจับมือ ตะบ่า ยิ้มอย่างจริงใจ ● เสริมสร้างกำลังใจ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ โดนเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตน สนทนาถึงเรื่องราวชีวิตผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายออก สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยต่อตนเองและผู้อื่น ให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ดีของตนเองรวมทั้งยกเรื่องทีประสบความสำเร็จผู้ป่วยมาพูดเพื่อให้ผู้ป่วยนึกถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมาบ้าง ใช้คำพูดที่ไพเราะสวยงามและจริงใจ <ul style="list-style-type: none"> - การใช้กลยุทธ์การพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบาย เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การกล่าวนั้น การสะท้อนความคิดอย่างมีจังหวะ ● ใช้กลยุทธ์การ Focusing กับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง และใช้ภาษาที่เจืออารมณ์อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองเป็นข้อ ๆ 	<p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>- ถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย เช่น “คุณรู้สึกดีขึ้นอย่างไรคะ” ถามพัฒนาการของผู้ป่วยเองแทนที่จะถามเรื่องปัญหาเกี่ยวกับตนเอง คือให้คิดแต่เรื่องดี ๆ แทน</p> <p>- หากผู้ป่วยใช้คำอุปมาอุปมัยเปรียบเทียบชีวิตให้ผู้บำบัดสะท้อนความคิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันเสียก่อน เช่น</p> <p>1. ผู้ป่วย : ชีวิตฉันทำอะไรก็แย่ ผู้บำบัด : เป็นอย่างไรคะ (ใช้เทคนิคถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน) ผู้ป่วย : เหมือนโคลนตมมันไร้ค่า ผู้บำบัด : โคลนถ้าคุณทำให้มันมีค่ามันก็มีค่านะคะ (กล่าวให้ดูคิด)</p> <p>2. ผู้ป่วย : ผมอยากให้พี่สาวพาออกสังคม แต่ผมคงเลวเกินไป ผู้บำบัด : เลวเกินไปอย่างไรคะ ผู้ป่วย : เหมือนของไร้ค่าที่คนอื่นไม่ต้องการ ผู้บำบัด : แล้วคุณรู้สึกอย่างไรกับของไร้ค่าจะไม่มีข้อดีของมันเลยหรือคะ คุณลองคิดดูให้ดี ๆ ซิคะ ผู้ป่วย : อืม...บางทีมันก็พอจะใช้ได้บ้างนะ ผมคิดว่า</p>	<p>ผู้ป่วยนึกถึงแต่เรื่องดี ๆ ทำให้สุขภาพจิตดี</p> <p>ผู้ป่วยวิเคราะห์เรื่องราว และความรู้สึกได้ด้วยตนเอง</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีการเรียกร้องสูง

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยตั้งข้อแม้อย่างใดหรือหลายอย่างจนไม่สามารถอยู่ในสังคมได้

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารเพื่ออธิบายให้เข้าใจในสภาพความเป็นจริงและการปรับตัวที่เหมาะสม อย่างมีวิธีการแยบยล โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่าถูกแสดงอำนาจแม้ต้องใช้ในบางครั้ง

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการในการตอบสนองที่เหมาะสมตามความต้องการของตน

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกังวลคับข้องใจโดยให้ความสนใจกับการสื่อสารทั้ง Verbal และNON-Verbal ● ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามถึงความคิดและสนทนาอย่างกว้าง ๆ - เมื่อผู้ป่วยเรียกร้องให้บุคคลอื่นทำสิ่งใด ให้สะท้อนความคิดว่าเขาต้องการอะไร รวมถึงพยายามรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น “คนที่นี่ไม่เอาใจใส่คนไข้อาหารก็ไม่อร่อย” “คุณรู้สึกว่าจะเจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่คุณและคุณไม่ชอบอาหารที่นี่ใช่ไหมคะ” <p>จัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการที่เหมาะสมในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และ / หรือ ขอความช่วยเหลือผู้อื่น เช่น เป็นตัวอย่างในการช่วยเหลือตนเองและแนะนำวิธีการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและพอดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงและการปรับตัวที่เหมาะสมด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลมั่นคง - การแสดงตนเป็นแบบอย่างในการช่วยเหลือตนเองหรือหาตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นพร้อมทั้งแสดงคำชมต่อผู้ป่วยที่รู้จักดูแลตัวเองได้เป็นตัวอย่าง 	<p>ผู้ป่วยไว้ใจผู้บำบัดและมั่นใจว่าผู้บำบัดจะช่วยเหลือเขาได้</p> <p>ผู้ป่วยเรียนรู้การแสดงออกที่เหมาะสม</p> <p>ผู้ป่วยเกิดเรียนรู้ทางสังคม</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง

ปัญหา คือ : มีความวิตกกังวลอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนหลุดออกจากความเป็นจริง

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารอย่างใจเย็นให้ผู้ป่วยระบายและลดความวิตกกังวลพร้อมทั้งแนะนำ
การดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับปัญหาในปัจจุบันและจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น
ด้วยตนเองได้

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย <ul style="list-style-type: none"> - สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ด้วยประโยคที่เข้าใจง่ายกะทัดรัด - เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายปัญหาหรือสาเหตุของความวิตกกังวล - การพูดให้ลองคิดทบทวนความกังวลเหล่านั้น โดยการถามลักษณะ here and now คือผู้บำบัดสามารถช่วยเหลือได้ในปัจจุบัน - ลักษณะ Exploring คือถามสำรวจกว้าง ๆ ก่อนที่จะระบุประเด็นหลัก Focusing คือเรื่องที่วิตกกังวลจนถึงจุดที่เข้มข้นที่สุด เพื่อระบายออกจนคลายความกังวลนั้นได้ - แสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา ไม่ตัดสินหรือตำหนิแม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบ - รับฟังและยอมรับความวิตกกังวลเหล่านั้น สะท้อนเนื้อหาที่เล่าเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าตั้งใจฟังอยู่ สะท้อนความคิด ความรู้สึก เพื่อเช็คความเข้าใจ ตรงกัน ในความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วยเอง - กระตุ้นให้เล่าต่อเรื่อย ๆ ให้พูดในสิ่งที่กังวล จับจุดและเปิดประเด็นที่ผู้ป่วยกล่าวไม่จบ ให้เล่าต่อ 	<p>ผู้ป่วยสบายใจขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณบำบัดเข้าใจ</p> <p>ผู้ป่วยได้ระบายความกดดันในใจ</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจโดยผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมด้วยตนเอง - ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ● ให้การบำบัดทางจิตแบบระดับประคองเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เตรียมความพร้อมของผู้บำบัดและผู้ป่วยก่อนบำบัดทางจิต อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการบำบัดทางจิต - อธิบายเกี่ยวกับการรักษา บทบาทหน้าที่ของผู้บำบัดและผู้ป่วย - กระตุ้นผู้ป่วยให้พูดถึงรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติเพื่อนำมาใช้ในการหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย - สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย - กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงผลดี ผลเสียก่อนการตัดสินใจกระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งพยายามให้ผู้ป่วยคิดในทางบวก โดยผู้บำบัดเป็นตัวอย่างของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ยิ้มแย้ม ใช้อารมณ์ขันบ้าง - อธิบายว่าไม่ใช่เรื่องผิดปกติที่เราจะคิดมาก เรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ไม่ควรจะคิดนานมากจนทำลายเรา - แนะนำแนวทางให้ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องชีวิตประจำวัน 	<p>ผู้ป่วยรู้จักคิดและเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง</p> <p>ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้นและลดความวิตกกังวลลงได้</p> <p>ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นและยอมรับความเจ็บป่วยพร้อมให้ความร่วมมือที่จะรักษา</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายลดลง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถามคำถามปลายเปิดเพื่อถามโดยกว้าง ๆ และให้ผู้ป่วยเป็นผู้เล่า ผู้บำบัดรับฟังอย่างตั้งใจสะท้อนความคิดเป็นระยะ ● พุดคุยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยทางกาย - อธิบายว่าการเจ็บป่วยหลายอย่างส่วนมากมีสาเหตุจากจิตใจและอธิบายวิธีการทำใจให้สบาย 	<p>ผู้ป่วยสบายใจขึ้น</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า

ปัญหาคือ : ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจนเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองและวิธีการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม ปรับสภาพจิตใจและการดำเนินชีวิตสู่สภาพความเป็นจริง

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ● ทักทายผู้ป่วยทุกวันพร้อมทั้งเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง ● เสนอตัวให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและนั่งเป็นเพื่อน แม้ว่าผู้ป่วยปฏิเสธที่จะพูดด้วย ● สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย ใส่ใจกับการสื่อ 	<p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<p>ความหมายทั้ง VERBAL และ NON-VERBAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้เทคนิคการสนทนาที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิด ความรู้สึกเศร้า หรือ ความรู้สึกท้อแท้ของตนเองและผู้อื่น - การให้ความเห็นใจ (Emphathy) <p>การพูดต้องช้า ชัดเจน ให้เวลาผู้ป่วยมาก ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่แสดงอาการเบื่อบานรื่นแรงเมื่อคุยกับผู้ป่วย - เงียบเมื่อผู้ป่วยร้องไห้ ปล่อยให้ระบายออกเต็มที่ - ห้ามด่วนสรุป เช่น “รู้สึกว่าคุณแจ่มใสขึ้น” <p>“ใครๆก็ผ่านพ้นมันไปได้” หรือ “ใจเย็น ๆ แล้วทุกอย่างจะดีเอง” เพราะผู้ป่วยจะคิดว่าผู้รักษาไม่เข้าใจความรู้สึกเขาดีพอ</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณบำบัดเข้าใจ</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณดีมีคุณค่า

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ดำเนินสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยเพื่อการบำบัด โดยมุ่งสร้างความไว้วางใจยอมรับผู้ป่วยโดย - เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องและทักทายสม่ำเสมอ - หลีกเลี่ยงคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลบหลู่ศักดิ์ศรี - เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่จริงใจและเป็นมิตร <p>สนับสนุนและชมเชยทันทีที่ผู้ป่วยทำงานได้สำเร็จ</p>	<p>ผู้ป่วยสบายใจขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดสิ่งแวดล้อมให้มีการเปลี่ยนแปลงและกระตุ้นความสนใจ ให้ตื่นตัวเสมอ พยายามชวนคุยเรื่อยๆ ● ในระหว่างการสนทนาต้องชักชวนผู้ป่วยให้สนทนาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือบุคคลรอบตัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ● เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นด้วยกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - การให้กำลังใจในการสนทนา โดยพยายามอธิบายว่าความโศกเศร้าเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และเมื่อเกิดแล้วต้องรู้เท่าทันต่อความรู้สึกตนเอง และต้องมั่นใจว่าต้องผ่านไปให้ได้ - หากอยากระบายให้เรียกผู้บำบัดที่พร้อมจะช่วยเหลือและรับฟังได้เสมอ ● การกล่าวซ้ำที่ประเด็นเดิม (Focusing) ผู้ป่วยเองจะยอมรับความรู้สึกที่แท้จริงและระบายสิ่งที่เก็บกดออกมาทำให้สบายใจขึ้น และเมื่อมีการพูดสิ่งที่คิดซ้ำๆ ภาวะอารมณ์เศร้าจะหมดไปทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง ● อาจใช้คำพูดลักษณะท้าทาย (ให้ผู้ป่วยขบคิด) <ul style="list-style-type: none"> - “จริงหรือที่ทุกอย่างล้มเหลว” - สิ่งนั้นทำลายทั้งชีวิตของคุณแล้วหรือ - คุณว่าอายุมากแล้ว 35 คุณว่าหมดอนาคตแล้วจริงๆหรือ - คุณว่าคุณรักลูกมาก แล้วแม่ที่รักลูกมากทำอย่างนี้หรือคะ <p>การใช้วิธีนี้ต้องระวังน้ำเสียงไม่ให้เป็นการตำหนิ</p>	<p>ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม</p> <p>ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่กดดัน</p> <p>ผู้ป่วยคิดในแง่อื่นเกี่ยวกับตนเองทำให้หยุดความคิดโศกเศร้าลง</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้กลยุทธ์เพิ่มความรุนแรงของปัญหา (Intensity) ใช้ภาษาเข้มข้น เช่น “หากปล่อยให้ความโศกเศร้าทำลายคุณอาจป่วย เร็อรั้งจริง ๆ จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Fear appeal) แต่การใช้ต้องดูอารมณ์ผู้ป่วยก่อนว่าจะรับได้หรือไม่ - ใช้คำถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยเศร้า แทนที่จะถามเกี่ยวกับปัญหาเสนอควรถามการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้น เช่น “มีอะไรดี ๆ ที่อยากเล่าให้ดิฉันฟังบ้าง” ● แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดสอบการสร้างสัมพันธภาพ 	<p>ผู้ป่วยคิดในเชิงสร้างสรรค์และคิดเรื่องดี ๆ</p> <p>ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเองจนถึงฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์การสื่อสาร : พูดให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าถึงอนาคตของการมีชีวิตอยู่

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยหยุดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ประเมินความเสี่ยงและวางแผนการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายทุกครั้ง จากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์แวดล้อม - การสื่อสารอย่างแรกต้องพยายามสังเกตฟังผู้ป่วย และรับข้อมูลมาก ๆ หากผู้ป่วยส่งสาร อาทิ “ฉันคงอยู่อีกไม่นาน” “ชีวิตนี้อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์” - หรือแสดงออกโดย แต่งตัวพิถีพิถันผิดธรรมดา - เปลี่ยนอารมณ์จากเศร้าเป็นร่าเริงฉับพลัน 	<p>ห้ามสนทนารายละเอียดการฆ่าตัวตายซ้ำแล้วซ้ำเล่า แต่ควรสนใจอารมณ์ผู้ป่วย ขณะสนทนาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผู้บำบัดใส่ใจ และยอมรับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ รู้สึกว่าผู้บำบัดสุ่มพองจะฟังฟังได้</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - แจกของให้ผู้อื่น ดังนั้นผู้บำบัดต้องวิเคราะห์สารต่างๆ ที่ผู้ป่วยส่งมา และต้องอ่านอารมณ์ผู้ป่วย เพื่อป้องกันความคิดชั่ววูบที่จะทำร้ายตัวเอง - ใช้ Fear appeal สร้างความกลัวถึงชีวิตกับการฆ่าตัวตายหรือการเพิ่มความรุนแรงของปัญหา (Intensity) กล่าวถึงปัญหาร้ายแรงที่จะตามมาถ้าคุณคิดสั้น - พูดถึงผู้ใกล้ชิดที่มีผลต่อผู้ป่วยคนที่ผู้ป่วยรัก - ขอคำสัญญาทางวาจาโดยตรงให้บอกเมื่อมีความคิดทำร้ายตนเอง 	<p>และทำให้ไวใจเปิดเผยเรื่องราวมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยมีข้อผูกมัดกับผู้บำบัดในการบอกกล่าว โดยไม่รู้ตัวเพราะไม่ใช่คำพูดว่า “ห้ามฆ่าตัวตายนะ” แต่จะขอสัญญาว่าเมื่อรู้สึกอย่างนั้นขอเพียงให้บอกผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจมากขึ้น</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด - กลยุทธ์ที่ใช้ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความเศร้า ความท้อแท้ รวมทั้งให้กำลังใจ อาจยก Ideal person ของผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยพูดถึงความหวังและอนาคตของการมีชีวิตอยู่ต่อ - ลองให้ผู้ป่วยเสนอทางเลือกหลายทางของการมีชีวิตอยู่แทนการฆ่าตัวตาย - ถามกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในตัวเองของผู้ป่วยแทนการกล่าวซ้ำถึงการทำร้ายตัวเอง ● แสดงการยอมรับผู้ป่วยโดย - เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทักทายอย่างสม่ำเสมอ 	<p>ผู้ป่วยได้ระบายความกดดัน ท้อแท้ โศกเศร้า</p> <p>ผู้ป่วยนึกถึงบุคคลในอุดมคติ ทำให้มีความหวังต่ออนาคต</p> <p>ผู้ป่วยรู้จักวิเคราะห์ทางเลือกเองได้ รู้จักคิดถึงข้อดี ข้อเสียของการกระทำ</p> <p>ผู้ป่วยคิดในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่แสดงท่าทีคุกคามตำหนิ หัวเราะขบขัน วิพากษ์วิจารณ์ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก - เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่จริงใจและเป็นมิตร ● เสริมสร้างกำลังใจ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าและความสามารถของตน โดยการพูดถึงปมเด่นและข้อดีของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องดี ๆ ของตนเองและความฝันในอนาคต 	<p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง

ปัญหา คือ : ผู้ป่วยคิดเรื่องที่ไม่เป็นจริง โดยมีเหตุผลของตนเป็นเรื่องราว คิดว่าคนอื่นจะทำไม่ได้

กับตนเองไม่สามารถอยู่ในสังคมได้

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อให้ผู้ป่วยรู้จักไว้วางใจผู้อื่น และเข้าใจตามสภาพความจริง

วัตถุประสงค์ : ทำให้เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด - แนะนำตัวก่อนว่าใคร จะช่วยเหลืออะไรผู้ป่วยได้บ้าง ก่อนที่จะเข้าไปพูดคุย (APPROACH) กับผู้ป่วยครั้งแรก และในครั้งต่อไป ถ้าจำเป็นอาจต้องแนะนำซ้ำอีก - อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ หน้าที่ของสมาชิกในที่ทีมงาน กฎระเบียบ และกิจวัตรต่าง ๆ เครื่องใช้ ตารางกิจกรรมในหอผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาคับข้องใจจะติดต่อกับใครได้บ้าง ต้องอธิบายด้วยคำพูดและท่าทีที่นุ่มนวล - ขณะสนทนาควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของผู้ป่วยที่จะได้รับในการให้ประวัติอย่างละเอียด 	<p>ผู้ป่วยค่อย ๆ ไว้ใจผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยรับรู้ความจริง และสภาพแวดล้อม</p> <p>ผู้ป่วยเปิดเผยตนเองมากขึ้น</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - บอกความจริงในสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและแผนการรักษา - ถ้าผู้ป่วยเดินไปเดินมาเกือบตลอดเวลา ให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และหาโอกาสเข้าไปคุยด้วยทันทีเมื่อเห็นผู้ป่วยพร้อมที่จะพูดคุยด้วย - ถ้าผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ต้องพูดคุยกับผู้ป่วยในบริเวณที่สงบ ไม่มีเสียงหรือสิ่งต่าง ๆ ที่รบกวนความรู้สึกของผู้ป่วย - ตอบคำถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ชัดถ้อยชัดคำ ไม่มีการล้งเล็ใจ - ทุก ๆ สถานการณ์ควรพูดกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยและไม่มีการกระซิบกระซาบ - ให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโดยพูดคุยกับผู้ป่วย 	ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดและภาวะหวาดระแวงลดลง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับยารับประทานว่ารับประทานครั้งละกี่เม็ด วันละกี่ครั้ง ผลดีที่ได้รับจากการรับประทานยา อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการรับประทานยา และแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบเพื่อพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาที่มียาชนิดทดแทนยากินได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความลังเลใจในการรับประทานยาหรือมีแอบซ่อนยา เมื่อผู้ป่วยแสดงท่าทางถึงความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกำลังมีความเครียด เช่น ผุดลุก ผุดนั่ง อยู่ไม่ติดที่ ควรบอกผู้ป่วยถึงพฤติกรรมที่ผู้บำบัดสังเกตเห็นและถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อหาสาเหตุและลดความกังวลหรือความสงสัย 	<p>ผู้ป่วยเข้าใจรับรู้ข้อมูลการรักษา รวมถึงประโยชน์ของการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยรับรู้อาการของตนเอง</p>

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> - สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นครั้งคราว - สัมภาษณ์ความรู้สึกอย่างกว้าง ๆ ถึงภาวะวาดระแวง ● ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการระแวงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยบอก แต่ต้องพยายามบอกถึงสภาพความเป็นจริงในช่วงเวลาอันเหมาะสมและไม่แสดงออกว่าเราเชื่อตามที่ผู้ป่วยพูด เช่น “ดิฉันคิดว่าคุณมีความรู้สึกหรือคิดเช่นนั้น แต่ขณะนี้ดิฉันไม่ได้ยินพวกเขานินทาคุณนะคะ” ● ไม่หัวเราะขำหรือเห็นเป็นเรื่องตลกเกี่ยวกับเรื่องความเชื่อของผู้ป่วย ● ไม่นำเรื่องทางการเมือง ศาสนา หรือเรื่องราวต่างๆ ซึ่งยังเป็นปัญหาและหาข้อยุติไม่ได้มาพูดกับผู้ป่วย (ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ คงต้องใช้วิธีอธิบายอย่างเป็นกลาง ๆ) ● ให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องราวการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวที่ทำงานหรือสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั้งในกลุ่มและรายบุคคลดีกว่าปล่อยให้ผู้ป่วยคิดหมกหมุ่นเรื่องความหวาดระแวง ● ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะได้เบี่ยงเบนไปจากความคิดหลงผิด และได้รับรู้สภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง ● ประคับประคองผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง ถ้าหวาดระแวงมาก ต้องให้เจ้าหน้าที่อยู่เป็นเพื่อน (ถ้าผู้ป่วยไม่หวาดระแวงเจ้าหน้าที่) ● ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จะได้รับความปลอดภัยทุกอย่างและทีมผู้รักษาทุกคนจะช่วยเหลือและป้องกันอันตรายต่างๆ ได้ 	<p>ผู้ป่วยได้คิดเรื่องอื่นแทนการหมกหมุ่นในภาวะหวาดระแวงนั้น</p> <p>ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้นและรู้สึกปลอดภัย</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความคิดหวาดระแวง

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้บำบัดต้องมีความสุข มั่นคงในการเข้าไปพูดกับผู้ป่วยและพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ไม่แสดงท่าทีว่าสงสัยในตัวผู้ป่วย - ระวังอวัจนภาษา เช่น สายตา ระยะห่าง การสัมผัสเพราะผู้ป่วยอาการนี้จะสังเกตเป็นพิเศษ - ถ้าผู้ป่วยมีความเครียด คับข้องใจ ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายออกทางคำพูดหรือทางกาย เช่น กีฬา อาชีพ แต่อยู่ในขอบเขตที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น 	<p>ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยรู้จักใช้กิจกรรมทดแทน และแสดงออกอย่างเหมาะสม</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความเป็นจริงได้อย่างถูกต้องและปรับตัวเข้าสู่สังคมได้

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วยจากอาการโกรธของผู้ป่วยอื่น อันเนื่องมาจากความหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยอธิบายอาการของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอื่นฟัง (อาจต้องพิจารณาความรุนแรงของความหวาดระแวงด้วย ถ้าจำเป็นอาจต้องแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นก่อน) ● เมื่อความหวาดระแวงลดลงเริ่มให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงความแตกต่างของบุคคลากรในทีมจิตเวช โดยจัดเปลี่ยนให้เจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาลสนทนากับผู้ป่วยในระยะสั้น ๆ ● ให้ผู้ป่วยพูดหรือแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาให้มากที่สุดโดยการเล่าให้กลุ่มฟัง เพื่อกลุ่มจะได้ชี้แจงข้อเท็จจริงให้ทราบ ● สร้างทักษะในการเข้าสังคมให้กับผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมในหอผู้ป่วยผู้บำบัดต้องบอก 	<p>ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจแม้มาจากการกระทำของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจะได้มีสุขภาพจิตดีขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยสบายใจขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยได้รับฟังคำแนะนำจากผู้ป่วยอื่น ทำให้รู้ว่ามีคนเข้าใจ</p> <p>ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<p>วัตถุประสงค์ของกิจกรรมนั้นอย่างย่อ ๆ ก่อนนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มชุมชน กลุ่มพยาบาล กลุ่มนันทนาการฯลฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและมีโอกาสร่วมทำกิจกรรมคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ให้กำลังใจ ชมเชยเป็นระยะ ๆ กิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยทำนั้นควรเป็นงานที่เห็นผลสำเร็จชัดเจนและสามารถทำได้หรือเป็นงานที่ผู้ป่วยถนัด <p>ช่วยเสริมสร้างคุณค่าตนเองให้ผู้ผู้ป่วยโดยทำกิจกรรมนั้นให้ดูเป็นตัวอย่าง และเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ โดยให้สอดคล้องกับความสามารถที่แท้จริงของผู้ป่วย</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมีความภาคภูมิใจ และสนใจสิ่งรอบตัวมากขึ้น</p>

ลักษณะอาการผู้ป่วยหวาดกลัว

ปัญหา คือ : ไม่สามารถเผชิญความรู้สึกกลัวได้

กลยุทธ์การสื่อสาร : สื่อสารอย่างไรเพื่อให้เข้าใจและลดความรู้สึกกลัวลงพร้อมทั้งเผชิญได้อย่าง

เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความกลัวอย่างท่วมนั้น

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการกลัว <ul style="list-style-type: none"> - แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวทันที - ดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นเพื่อนเอาใจใส่ แสดงความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก - เสนอตัวเข้าช่วยเหลือ - สังเกตอารมณ์ผู้ป่วย และใช้ภาษาที่เหมาะสม - สะท้อนความกลัวให้ผู้ป่วยรับรู้และเผชิญความกลัว - ให้ผู้ป่วยอธิบายความกลัว กระตุ้นให้พูดถึงความรู้สึก และเข้าใจตนเอง และเข้าใจความกลัว ● ให้ความเอาใจใส่และกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความคิดความรู้สึก โดย <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการบำบัด - อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย อาจใช้การสัมผัสมือ แชน ไหล่ ฯลฯ ตามความเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ● พุดคุยโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความคิดความรู้สึก สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเรื่องต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัว - การรับรู้ความรู้สึกที่แท้จริง - ให้อธิบายพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความกลัวในแต่ละครั้ง 	<p>ลดความกลัวของผู้ป่วยทำให้รู้สึกปลอดภัย</p> <p>ผู้ป่วยยอมรับอาการและเข้าใจตนเอง</p> <p>ผู้ป่วยระบายความกดดันออกมาได้และรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยค่อย ๆ เผชิญความกลัวได้อย่างมีหลักการ</p>

วัตถุประสงค์ : ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัว

	กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ โดย <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ กิจกรรมประจำวันและแผนการรักษาพยาบาล เช่น เวลาจัดกลุ่มกิจกรรม เวลาพักรับประทานอาหาร เวลารับประทานยา เป็นต้น - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเริ่มต้นสัมพันธภาพระยะเวลาของการมีสัมพันธภาพและการสิ้นสุดสัมพันธภาพแบบการรักษา - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาลและวิถีปฏิบัติตนของผู้ป่วยในแต่ละช่วงของการรักษา เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล - ดำเนินสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีนุ่มนวลไม่เคร่งเครียด จริงใจ สม่ำเสมอ ใช้น้ำเสียงนุ่มนวลอบอุ่นเป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส - กระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อความต้องการและระบายความคิด ความรู้สึกโดยเทคนิคการสนทนาต่าง ๆ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - คำถามปลายเปิด - กล่าวนำเพื่อดำเนินการสนทนาต่อ - เมื่อผู้ป่วยพูดถึงความกลัวใช้เทคนิค Focusing ตรงจุดนั้นๆ เช่น กลัวที่มีด มีดอย่างไร ความรู้สึกขณะอยู่ที่มีด เมื่อผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกหิบบระโยคนั้นมาพูดสะท้อนความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยพูดถึงความคิดที่ก่ออาการกลัวต่างๆ เช่น นึกถึงผีหรือสิ่งต่าง ๆ ให้สะท้อนความคิดให้ผู้ป่วยฟังและย่อนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจในความรู้สึกกลัวของผู้ป่วยเอง 	<p>ผู้ป่วยไว้วางใจผู้บำบัด</p> <p>ผู้ป่วยสบายใจมากขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยสามารถสื่อความกลัวนั้นออกมาได้ ตามความรู้สึกที่แท้จริง</p> <p>ผู้ป่วยเข้าใจและพยายามเรียนรู้ความกลัวที่เกิดขึ้น</p>

กิจกรรมการสื่อสารเพื่อการบำบัด	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> ● กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นโดยปฏิบัติดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักผู้ป่วยอื่นและจัดโอกาสให้เกิดการสนทนากัน - สนับสนุนและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในหอผู้ป่วย 	ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ลักษณะการสื่อสารของญาติที่ควรมีต่อผู้ป่วย

เรื่องการสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย

ความสำคัญของการสื่อสาร

ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ALBERT ELLIS, 1969) กล่าวว่า ญาติมีโอกาสที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้มากกว่าจิตแพทย์ซึ่งมีเวลาพบผู้ป่วยเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เท่านั้นนอกจากนี้ญาติย่อมจะมีความรู้สึกผูกพัน และรับรู้ปัญหาผู้ป่วยเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ซึ่งสิ่งนี้เพียงพอที่จะช่วยเหลือพวกเขาได้ และผู้ป่วยเองยังรู้สึกว่าเขาไม่ได้ต่อสู้กับโรคนี้เพียงลำพัง ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง ฯลฯ การดูแลนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาในตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ปัญหาในส่วนของผู้ป่วย ได้แก่ผู้ป่วยไม่ยอมทำงาน ไม่ยอมรับประทานยา มีพฤติกรรมแปลกๆ ไม่สนใจตัวเอง ไม่เชื่อญาติ ฯลฯ ในส่วนของผู้ดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่ วิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เครียดกับการดูแลผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ร่วมกันด้วยความสุข ฯลฯ ภาวะจิตใจภายใต้ความเครียดจากแรงกดดันและปัญหาต่างๆเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดการขัดแย้งได้ง่าย การแก้ไขความขัดแย้งจะแก้ไขได้ขึ้นอยู่กับ การพูดคุยกันหรือเรียกอีกอย่างว่า การสื่อสาร

องค์ประกอบของการสื่อสาร

การพูดคุยหรือการสื่อสารกันนอกจากจะสื่อกันด้วยคำพูดแล้ว ยังต้องอาศัยสิ่งที่ไม่ได้เป็นคำพูดคือส่วนของภาษาท่าทางเช่น

- การสบสายตาส่งจะทำให้พูดกันได้ง่ายขึ้น และ การสบตาส่งช่วยให้ ทั้ง2ฝ่ายระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุยกัน

- สีหน้า เช่น สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส สีหน้าเฉยเมย บึ้งตึง ฯลฯ การสังเกตสีหน้าคู่สนทนาทำให้ทราบความรู้สึกได้ดีกว่าเขากำลังโกรธ กังวล น้อยใจ เสียใจ ฯลฯ ซึ่งจะทำให้เราเลือกที่จะพูดจากับเขาได้อย่างเหมาะสม
- ท่าทาง ท่าทางที่แสดงออกซึ่งการรับฟังและทำให้คู่สนทนาอยากพูดคุยด้วย ได้แก่การผงกศีรษะรับ การโน้มตัวเข้าหา คนที่ใช้อารมณ์จะแสดงอีกลักษณะหนึ่ง เช่น กอดอก ยืนตัวแข็ง เป็นต้น
- การสัมผัส เช่น การจับมือ จับต้นแขน การโอบกอด จะให้ความรู้สึกเข้าใจ อบอุ่นรักใคร่ สนับสนุน ได้เป็นอย่างดี
- ระยะห่างการพูดคุยจะดีขึ้น หากทั้งสองฝ่ายพูดคุยในระยะใกล้ชิด หากพูดคุยโดยอยู่ในระยะห่างเกินไปจะทำให้ต้องใช้เสียงดังและไม่มี การสบตากันลงกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจผิดกันได้ง่าย

การสื่อสารที่ดีจึงต้องใช้องค์ประกอบทางภาษาท่าทางทั้งหมดดังได้กล่าวมาแล้ว เป็นส่วนช่วยด้วยนอกจากนี้ การสื่อสารด้วยคำพูดมิใช่หมายความว่า การพูดกันโดยไม่ใช้คำพูด หรือพูดกันด้วยเหตุผลเท่านั้นแต่จะมีรายละเอียดที่จะได้กล่าวต่อไป

การสื่อสารทางลบ

การสื่อสารทางลบคือการสื่อสารหรือการพูดคุยกันโดยทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกในทางลบ ซึ่ง จะแสดงออกทั้งทางคำพูดและทางภาษาท่าทาง

1. ไม่พูด โดยเก็บความรู้สึกในทางลบไว้ในใจ ไม่เปิดเผยให้ผู้ปวยรู้ เนื่องจากไม่คั่นว่าจะพูดอย่างไร (ขาดทักษะ) หรือกังวลว่าจะทำให้อีกฝ่ายรู้สึกไม่พอใจ หรือหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง นอกจากทำให้ผู้ปวยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแล้ว ตัวญาติเองก็ต้องเก็บกอดความรู้สึกนั้นไว้ อาจเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตทำให้มีความเครียด หรือส่งผลให้มีวิธีการสื่อสารทางลบอื่นๆ
2. คลุมเครือ หมายถึง ข้อความที่พูดแล้วความหมายไม่ชัดเจน เข้าใจได้หลายทาง ทำให้ผู้ฟังรู้สึกหงุดหงิด ไม่ชอบใจ
3. เจ้ากี้เจ้าการ หมายถึง การเข้าไปเป็นธุระให้ผู้ปวยเกินความจำเป็น (เช่น สิ่งนั้นผู้ปวยทำเองได้มิได้ร้องขอให้ช่วย) หรือบอกให้ผู้ปวยทำสิ่งต่างๆ โดยที่ผู้ปวยยังไม่พร้อมเป็นเหตุให้ผู้ปวยอาจรู้สึกรำคาญ

4. ประชดประชัน หมายถึง การใช้ถ้อยคำที่เป็นบวก แต่สื่อความหมายในทางตรงข้าม ยกตัวอย่าง เช่น

“เออ กินเหล้าเข้าไปมากๆ ชะ ฉันทกับลูกจะได้อยู่สบายชะที่”
“ทำไมไม่กลับบ้านตอนเช้าเลยล่ะ”
5. กล่าวหา หมายถึง การพูดถึงเหตุของพฤติกรรม โดยยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ทำให้ผู้ฟัง รู้สึกโกรธ ยกตัวอย่าง เช่น

“นี่แกไปดมกาวมาอีกแล้วชิท่า”
“กลับตีกอย่างนี้ แกไปนอนกับใครมา เดียวก็ห้องไม่มีฟอหรือก”
6. เปรียบเทียบ หมายถึง การพูดพฤติกรรมหรือลักษณะของผู้ป่วยโดยเทียบเคียง (ความเหมือนหรือต่าง) กับผู้อื่น ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจ และลดคุณค่าในตัวเองตัวอย่างเช่น

“ดูอย่างน้องแกชิ มันเรียนจบที่หลังแต่มันก็มีงานทำหาเงินได้”
“แกมันเลวเหมือนพ่อแก”
7. ตำนินิตีเยน หมายถึง การพูดถึงข้อบกพร่อง ว่าร้าย ทำให้ผู้ฟังรู้สึกเสียใจ หรือโกรธ ตัวอย่างเช่น

“ทำงานไม่ได้เรื่อง”
“กวาดบ้านก็ไม่สะอาด ของง่ายๆ แค่นี้ก็ทำไม่เป็น”
“รับประทหายยามัวไปหมด”
8. บ่น หมายถึง การพูดพร่ำหรือกล่าวซ้ำๆ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกรำคาญ ไม่อยากอยู่ใกล้ ตัวอย่างเช่น

“ฉันเหนื่อยกับแกทุกวันๆ ไม่เห็นมีใครมาช่วยฉันบ้าง”
9. คำว่า หมายถึง การใช้คำหยาบคายในการพูดตำหนิ ทำให้ผู้ฟังรู้สึกโกรธตัวอย่างเช่น

“ไอ้ช้เกียดสันหลังยาวไม่ยอมช่วยทำงานทำการ มัวแต่นั่งกินนอนกิน”
“เอ็งมันลูกเนรคุณ ไม่รู้จักบุญคุณพ่อแม่”

การสื่อสารทางบวก

ในขณะที่การสื่อสารทางลบมักจะเน้นที่การพูดถึงความคิด หรือการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ทำไมคุณ คุณไม่เคย ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวกนั้นเป็นการสื่อสารความคิดความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผยชัดเจน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ การพูดเริ่มกับตัวเอง เช่น ฉัน พี่น้อง ฯลฯ

วิธีการสื่อสารทางบวกมีหลักเกณฑ์ดังนี้

การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง (I message) เป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปของผู้พูด

ตัวอย่าง

- แม่เสียใจที่เห็นลูกทะเลาะกัน
- ดิฉันอยากให้คุณกลับบ้านแต่หัวค่ำ
- กระผมอยากเสนอให้ทุกคนมาทำงานเช้ากว่านี้
- กระผมมีความเห็นว่าพวกเรายังไม่ร่วมมือกันเท่าที่ควร
- วันนี้ดิฉันไม่สบายคงจะช่วยให้คุณได้ไม่มากนัก

สถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร ดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดีหรือหงุดหงิด อาจเกิดจากอาการทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นเองไม่เกี่ยวกับญาติ
2. เมื่อความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกไม่ตรงกัน เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมอาบน้ำ แต่ญาติบอกให้อาบน้ำ เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี อาจหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นไปก่อน จนกว่าอารมณ์ของผู้ป่วยจะดีขึ้น บางคนอาจใช้อารมณ์ขันเป็นตัวบรรเทาบรรยากาศให้สงบลงหรืออาจใช้ภาษาท่าทาง เช่น การสัมผัส จับแขน จับมือ เพื่อแสดงความเห็นใจหรือปลอบใจให้ผู้ป่วยสงบลง แต่ทางเลือกที่สำคัญและได้ผลดีอันหนึ่ง คือใช้การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ โดยการสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยที่สังเกตเห็นได้ในขณะนั้น เพื่อแสดงความเห็นใจและให้ผู้ป่วยรู้ว่าเราเข้าใจเขา

การฝึกฝนการสื่อสารในภาวะที่ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี หรือตอบสนองไม่ดีกับสมาชิกหรือมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน มีขั้นตอนดังนี้

1. ต้องฝึกฝนให้เป็นผู้ฟังที่ดี (ไม่รีบโต้แย้งหรือวิพากษ์วิจารณ์ ต่อว่า)
2. สังเกตอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง
3. ระวังการใช้แววตา สีหน้า น้ำเสียง ของตนเองในทางลบต่อผู้ป่วย
4. ทดลองสื่อสารกลับ โดย

- 4.1 กรณีที่ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดีโดยไม่เกี่ยวข้องกับสมาชิก ใช้คำพูดสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยที่ญาติที่สังเกตเห็น เช่น “ดูลูกอารมณ์เสีย มีอะไรไม่สบายใจหรือเปล่า”
- 4.2 กรณีที่เป็นเรื่องขัดกัน ก็พูดให้ชัดขึ้น เช่น “ดูลูกหงุดหงิด (ความรู้สึกที่สังเกตเห็น) ที่แม่บอกให้ลูกรับประทานยา (ปัญหาที่ขัดกัน)
- 4.3 กรณีที่ความคิดเห็นไม่ตรงกัน มีวิธีการสื่อสารดังนี้
1. บอกความรู้สึกของตนเอง
 2. บอกพฤติกรรมหรือสิ่งที่ไม่ชอบ
 3. บอกความต้องการอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา
 4. ถามความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย
 5. แสดงความชื่นชมหรือขอบคุณเมื่อผู้ป่วยตอบสนอง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีการและตัวอย่าง
1. บอกความรู้สึกของตนเอง	- แสดงความรู้สึกอย่างจริงใจแทนการเอาชนะด้วยเหตุผล	-แม่ไม่สบายใจ..... -แม่น้อยใจ.....
2. บอกพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของความรู้สึก	- เพื่อเจาะจงว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ต้องแก้ไข	-.....ที่ลูกไม่รับประทานยา -.....ที่ลูกเตะคอกแม่
3. บอกความต้องการของตัวอย่างเปิดเผย	- สื่อสารสิ่งที่ต้องการอย่างตรงไปตรงมาและชัดเจนเป็นรูปธรรม	-แม่อยากให้ลูกรับประทานยาให้ครบถ้วน -แม่อยากให้ลูกช่วยงานบ้านบ้าง
4. ถามความรู้สึกนึกคิดหรือความเห็นของผู้ป่วย	- แสดงให้เห็นว่าเรากำลังถึงความรู้สึกนึกคิดของเขา	- ลูกคิดว่าอย่างไร - ลูกพอจะช่วยแม่ได้ไหม
5. แสดงความชื่นชมหรือขอบคุณเมื่อเขาตอบสนอง	การแสดงความชื่นชมเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม	- อย่างนี้แม่ก็รู้สึกสบายใจ - ชอบใจมากที่ช่วยแม่

สรุปการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช

สิ่งที่ควรปฏิบัติในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท คือ

1. การพูดสั้นๆ ได้ใจความ เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลีกเลี่ยงการเน้นรายละเอียด หรือสิ่งที่เป็นนามธรรมไม่มีตัวตน ไม่มีรูปแบบในการปฏิบัติ
2. อย่าโต้แย้งกับความคิดที่หลงผิดของผู้ป่วย
3. ไม่ควรวิพากษ์ วิจารณ์ ต่อว่า หรือใช้น้ำเสียงที่ไม่น่าฟัง และทั้งการแสดงอารมณ์ ได้ตอบ
4. ยอมรับ รับผิดชอบในคำพูดของตนเอง และพยายามให้คนอื่นปฏิบัติ เช่นนั้นได้ เหมือนกัน
5. การติดต่อสื่อสารที่ควรเป็น คือ การใช้คำพูด กิริยา ท่าทาง หรือวิธีการที่ช่วยสนับสนุน ประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจรัสพร กิรติเสวี เกิดวันที่ 6 พฤศจิกายน 2522 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี คณะนิเทศศาสตร์ ภาควิชาการโฆษณา วิชาโทประชาสัมพันธ์ จาก มหาวิทยาลัยกรุงเทพในปีการศึกษา 2542 และเข้ารับการศึกษาปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชา วาทยุทธศาสตร์ ภาควิชาวาทยุทธศาสตร์และการสื่อสารการแสดง คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2543 และสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2544



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย