

คู่มือ
การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต

โดย

นางวัชณี หัตถพนม

กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-296-358-4

คู่มือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต

โดย นางวัชนี หัตถพนม

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
วัชนี หัตถพนม.

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต. -- ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชนครินทร์, 2548.

105 หน้า.

1. จิตบำบัด. I. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. II. ชื่อเรื่อง.

616.891

ISBN 974-296-358-4

พิมพ์ครั้งที่ 1 7 กรกฎาคม 2548

จำนวน 250 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมจันต์
95 ถนนรัตนรมย์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

คำนำ

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต เป็นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสำคัญ โดยพยาบาลจิตเวชใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด มักใช้ควบคู่กับการสื่อสารเพื่อการบำบัด ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้การสื่อสารเพื่อการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งเกิดผลในทางการบำบัด จึงเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อการบำบัดนั่นเอง ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการค้นหาข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาล ตลอดจนการบำบัดทางจิตและประเมินผลความก้าวหน้าของอาการหรือปัญหาของผู้ป่วยในช่วงของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล หรือนักศึกษาที่สนใจต้องการค้นคว้าหาความรู้เพื่อฝึกทักษะ ประสิทธิภาพในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้เขียนได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช (เฉพาะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด) ประมาณ 22 ปีมานี้ ผนวกกับองค์ความรู้ทางวิชาการจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง กลายมาเป็นเอกสารฉบับนี้ โดยหวังว่าทั้งความรู้และตัวอย่างที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริงของผู้เขียน จะช่วยให้เกิดแนวคิดและภาพของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการพยาบาลผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลหรือนักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ในการไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย หากเกิดปัญหาที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ ซึ่งผู้เขียนได้ถ่ายทอดแนวทางแก้ไขปัญหามาจากประสบการณ์ตรงเอาไว้ เอกสารฉบับนี้แบ่งออกเป็น 3 บทดังนี้

บทที่ 1 สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต จะมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายความหมาย จุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประเภทของสัมพันธภาพและความแตกต่าง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

บทที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัด ในบทนี้จะกล่าวถึงความหมาย ประเภทของการสื่อสาร เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ปัญหาและแนวทางแก้ไข

บทที่ 3 ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นตัวอย่างทั้งการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตั้งแต่ต้นจนจบ ใน 1 ครั้ง จำนวน 2 ตัวอย่าง และตัวอย่างการสื่อสารเพื่อการบำบัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการกินยา ตลอดจนบทสรุปในเรื่องนี้

เอกสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดนกุล และรศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า เป็นกำลังใจและแรงบันดาลใจที่สำคัญ ทำให้ผู้เขียนสามารถจัดทำเอกสารฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์เป็นรูปเล่ม จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

วัชนี หัตถพนม

7 กรกฎาคม 2548

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต	1
ความหมาย	2
จุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	3
ประเภทของสัมพันธภาพ	3
ความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	4
ทฤษฎีสัมพันธภาพกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	4
ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	8
คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	17
ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	18
บทที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัด	21
ความหมายของการสื่อสาร	21
การจำแนกประเภทของการสื่อสาร	21
ความหมายของการสื่อสารเพื่อการบำบัด	23
เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด	23
ปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัด	34
ปัญหาการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแนวทางแก้ไข	41
บทที่ 3 ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	65
ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในผู้ป่วย 2 ราย	65
ตัวอย่างการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแตกต่างกัน	95
สรุป	101
บรรณานุกรม	105

บทที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย และกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ปัจจุบันแนวคิดทางการพยาบาลมีจุดเน้นเรื่องคุณภาพของการพยาบาล โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic) ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง จากการเป็นผู้รับความช่วยเหลือหรือปฏิบัติตามคำสั่งพยาบาล มาเป็นการร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (May, 1995 : 84) การที่พยาบาลจะเข้าใจในความเป็นมาของบุคคลทั้งคนต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย จุดเน้นของการพยาบาลจิตเวชจึงอยู่ที่การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะไว้วางใจพยาบาลเพียงใด ก็ต้องอาศัยทักษะ ความรู้ ความสามารถของพยาบาลที่จะต้องบูรณาการความรู้ทั้งการเข้าใจ ขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพ เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด บทบาททั้งของตนเองและผู้ป่วยในขณะสร้างสัมพันธภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเอื้ออำนวยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสัมฤทธิ์ผล สัมพันธภาพในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยส่งเสริมให้ฟื้นฟูสภาพจากโรคเร็วขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังช่วยให้พยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง ในการประสานงานการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Aldrige, 1994 : 722-728)

ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช หัวใจสำคัญคือการใช้ตนเองเป็นสื่อในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยนั้น ได้มีการกล่าวถึงวิธีการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในตำราทางการพยาบาลต่างๆ มากมาย แต่ผู้นำทางการพยาบาลในด้านการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเป็นที่รู้จักกันดีในวงการพยาบาล คือ Hildegard E. Peplau เป็นพยาบาลผู้ซึ่งให้แนวคิดที่สำคัญ ในการปฏิบัติการพยาบาลได้เขียนคำราชื่อ Interpersonal relations in nursing โดยเน้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการนำหลักการสื่อสาร การสนทนา และการสร้างสัมพันธภาพ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการพยาบาลในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือจิตเวช เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากมีความบกพร่องในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ดังนั้น การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในรูปแบบของการบำบัด จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรสนใจและให้ความสำคัญสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช การบำบัดรักษาด้วยยา หรือวิธีการอื่นๆ เพียงส่วนเดียว คงไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ดังนั้น การบำบัดทางจิตจึงเป็นส่วนร่วมที่สำคัญในการบำบัด ซึ่งเป็นจุดเชื่อมโยงของการบำบัดรักษาทุกประเภท ทั้งในรูปแบบของการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปสู่กระบวนการพยาบาล ในการวางแผนปฏิบัติตามแผนและประเมินผลการพยาบาลอีกด้วย การบำบัดทางจิตจึงมักเกี่ยวข้องกับการสนทนาและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543 : 30)

การสนทนา การปฏิสัมพันธ์ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คำทั้ง 3 คำ มีความหมายใกล้เคียงกัน การสนทนาหรือการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นการพบปะกันของคน 2 คน มีการสื่อสารทั้งคำพูดและกริยาท่าทาง โดยดำเนินการตามขอบเขตของวิชาชีพ การสนทนาเป็นไปเพื่อการบำบัด ส่วนสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แก้ไขปัญหาและสิ้นสุดบริการ โดยพยาบาลจิตเวชช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง ลดความวิตกกังวล สามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ในการที่พยาบาลจิตเวชจะทราบปัญหาต่างๆ

ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และนำศักยภาพของผู้ป่วยมาแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสมนั้น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสื่อสารสิ่งที่อยู่ภายในออกมา จึงเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จึงเป็นรูปแบบของการสร้างสัมพันธภาพที่พยาบาลจิตเวชใช้ ทั้งในด้านการประเมินปัญหาและบำบัดรักษาผู้ป่วย (Dennison, 1995 : 228)

ในฐานะที่ผู้เขียนเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 จนถึงปัจจุบัน และตระหนักถึงความสำคัญว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมาก จึงได้จัดทำเอกสารฉบับนี้ โดยบูรณาการทั้งความรู้เชิงทฤษฎี และประสบการณ์การปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานแก่พยาบาล หรือนักศึกษาที่ต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชสืบไป

ความหมาย

ความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมาย ดังนี้

จวีวรรณ สัตยธรรม (2541 : 153) ให้ความหมายว่า เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือบุคคลสองคนได้มีการติดต่อเกี่ยวข้องกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งระยะเวลาของการติดต่อเกี่ยวข้องนี้ พยาบาลมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยแก้ปัญหา และช่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วยด้วยความรู้ความสามารถของพยาบาล โดยทั่วๆ ไป เป้าหมายของสัมพันธภาพจะมุ่งสู่การเติบโตของงาม (growth) ของผู้ป่วย

อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543 : 30) ให้ความหมายว่า คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ขอรับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุดการบำบัด โดยผู้บำบัดใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวช และบุคลิกภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ขอรับการบำบัดมีความเข้าใจตนเอง หรือมีความวิตกกังวลลดลงจนสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเต็มที่

ทัศนา บุญทอง และจารุวรรณ ต.สกุล (2544 : 217) ได้ให้ความหมายว่า เป็นสัมพันธภาพเน้นที่วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการทางอารมณ์และวุฒิภาวะ โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ที่พยาบาลจิตเวชเป็นผู้วางแผนและจัดให้ โดยพิจารณาจากความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก ทั้งผู้ให้บริการยังต้องใช้ตนเองเป็นสื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการอีกด้วย

Munden และคณะ (2002 : 61) ให้ความหมายว่า คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ (health professional) ที่มีความหมาย โดยเน้นจุดสนใจที่ปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น

Stuart (2002 : 15) ให้ความหมายว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา คือ การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ และการเข้าใจอารมณ์อย่างถูกต้องร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ของพยาบาลและผู้ป่วย ด้วยการยอมรับ นับถือซึ่งกันและกัน และเข้าใจพฤติกรรมที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรม สัมพันธภาพของพยาบาลนี้ จะใช้ตนเองและเทคนิคทางคลินิกให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และนำไปสู่การเข้าใจตนเอง (insight) และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (behavioral change)

สรุป สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุดการบำบัด โดยพยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวช และใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้น นำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

จุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 : 153 ; Munden, et al, 2002 : 61)

จุดมุ่งหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คือการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความรู้สึก และความคิด ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย (intervention) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการรู้จักตนเอง (insight) และการควบคุมตนเอง (self - control) ดังนี้ คือ

1. ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เพิ่มการยอมรับและนับถือตนเองให้มากขึ้น
2. เข้าใจและยอมรับในเอกลักษณ์แห่งตน ปรับปรุงตนเองให้มีความผสมผสานในความคิด ความรู้สึก และการกระทำ
3. พัฒนาความสามารถในการเป็นตัวของตัวเอง ฟังพินิจผู้อื่นตามสมควร สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับความรักจากผู้อื่นได้
4. พัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนให้สำเร็จได้ ในขอบเขตของความเป็นจริงในชีวิตและสังคม

ประเภทของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) สัมพันธภาพทางสังคม และ 2) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1. สัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) ส่วนใหญ่เป็นสัมพันธภาพระดับผิวเผิน (Superficial) และสามารถพัฒนาจากผิวเผินไปถึงลึกซึ้งได้ แต่พบได้น้อยในความสัมพันธ์ทั่วไป สัมพันธภาพทางสังคมที่ลึกซึ้งพบได้ในความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนสนิท ญาติและบุคคลในครอบครัว เป็นต้น สัมพันธภาพทางสังคมโดยทั่วไป มีลักษณะดังนี้

- 1.1 มีลักษณะการเปิดเผยตนเองน้อย
- 1.2 การพูดคุยกันเป็นเรื่องทั่วไป
- 1.3 ไม่รู้จักกันดีพอ
- 1.4 ไม่ค่อยมีการแสดงความเห็นร่วมกันในเรื่อง เป้าหมาย ความคิด และความต้องการส่วนตัว

2. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เป็นสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งในสังคม มีลักษณะดังนี้

- 2.1 มีปฏิสัมพันธ์กันใกล้ชิด
- 2.2 มีการยอมรับซึ่งกันและกัน
- 2.3 มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- 2.4 มีการเปิดเผยความรู้สึก ความคิด และความต้องการซึ่งกันและกันตามสมควร
- 2.5 มีความรู้สึก อบอุ่น ปลอดภัย
- 2.6 มีความตระหนักของการต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน

ลักษณะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในระดับลึก จะพัฒนาจากระดับผิวเผินในระยะแรกและเข้าสู่ระดับลึกซึ่งและเป็นไปตามจุดประสงค์โดยมีขั้นตอนต่างๆ แตกต่างไปจากสัมพันธภาพทางสังคมแม้ว่าเมื่อถึงระดับลึกซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกันในบางประการ เช่น มีปฏิสัมพันธ์กันใกล้ชิด มีการยอมรับซึ่งกันและกัน แต่การแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นไปในอีกลักษณะหนึ่งคือ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ระบายความคิดและความรู้สึกกับพยาบาล ส่วนพยาบาลจะร่วมแสดงความรู้สึกเพียงบางส่วนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ในทางสร้างสรรค์เท่านั้น พยาบาลจะไม่เปิดเผยตนเองกับผู้ป่วยจนเกินความจำเป็น หากจะกระทำเฉพาะส่วนที่จะเป็นประโยชน์ทางการบำบัดเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนี้ พยาบาลจะไม่เกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยกันระหว่างตนเองและผู้ป่วยด้วย (ทัศนา บุญทอง, จารุวรรณ ต.สกุล, 2544 : 218)

ความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ คือ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วย สำหรับความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีดังนี้ (Munden, et al, 2002 : 62)

สัมพันธภาพทางสังคม

(Social relationship)

1. มีจุดสนใจอยู่ที่การแลกเปลี่ยนและมีส่วนร่วมในการสนทนาร่วมกัน
2. ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจร่วมกัน
3. ไม่มีการจำกัดในเรื่องเวลาสนทนา
4. ไม่มีข้อตกลงร่วมกัน
5. ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบพฤติกรรมหรือการได้มาซึ่งความรู้เฉพาะทางเป็นพื้นฐาน

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

(Therapeutic relationship)

1. เน้นที่ตัวผู้ป่วยและพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสารให้พยาบาลทราบ
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด
3. จำกัดในเรื่องเวลาที่แน่นอน
4. เกี่ยวข้องกับข้อตกลงระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
5. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและมีการตรวจสอบทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ครอบคลุมองค์ความรู้จากทฤษฎีอย่างละเอียดลึกซึ้ง

ทฤษฎีสัมพันธภาพกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พยาบาลได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพมาใช้ในการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีของ Harry Stack Sullivan ในด้านความคิดการรู้จักตนเอง โดยพยายามแยกแยะความเข้มแข็งหรือพลังในด้านดีของบุคคล (good me) เน้นให้ผู้ป่วยหาจุดดีในตนเองและใช้ความเข้มแข็งที่มีในตนเอง พยายามควบคุมจุดด้อย หรือจุดที่ตนเองสับสน เช่น การมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี (bad me) ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ตนเองในการไม่ได้รับการยอมรับ หรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นผลให้บุคคลเกิดภาวะวิตกกังวลสูง เชื่อว่าบุคคลที่ได้รับ bad me จะมีอาการทางประสาทในขณะเดียวกัน บุคคลที่ปฏิเสธตนเองว่าไม่ใช่ตัวฉัน (not me) เป็นผลมาจากการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความวิตกกังวลจากสภาพการณ์ที่สับสน จับต้นชนปลายไม่ถูก การที่บุคคลอยู่ในครอบครัวที่ไม่ได้รับความรักใคร่ดูแล เอาใจใส่ ทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ ประหวั่นพรั่นพรั้ง วิตกกังวล เชื่อว่าบุคคลที่ได้รับ not me จะเกิดอาการทางจิต การพัฒนาความสามารถเพื่อควบคุมจุดอ่อนหรือจุดด้อยของตนเองดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (ทัศนา บุญทอง, ยาใจ สิริหมงคล, 2544 : 66-67)

ทฤษฎีสัมพันธภาพมีประโยชน์ต่อการพยาบาลจิตเวชเป็นอย่างมาก เพราะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งนอกจากจะใช้ในการพยาบาลจิตเวชแล้ว ยังใช้ได้ในการพยาบาลทุกสาขา โดยพยาบาลมุ่งเน้นสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน จุดมุ่งหมายของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ คือ มุ่งสำรวจแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะที่สนทนากับพยาบาล ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในแต่ละครั้งจะเป็นเหมือนการจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในอดีต ทำให้พยาบาลมองเห็นความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความคับข้องใจ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เหมือนกับสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการสร้างสัมพันธภาพในปัจจุบัน และช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองจะเป็นจุดดี การแก้ไขและพัฒนาสัมพันธภาพในปัจจุบันให้แก่ผู้ป่วย จะช่วยให้สัมพันธภาพในอดีตที่เคยล้มเหลว สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะจัดการความวิตกกังวลของตนเอง และคำนึงถึงความต้องการของผู้อื่นด้วย

ทฤษฎีสัมพันธภาพของ Hildegard E. Peplau ซึ่งเป็นพยาบาลคนแรกที่เขียนหนังสือ ชื่อ สัมพันธภาพทางการพยาบาลเมื่อปี ค.ศ. 1952 ซึ่งถือว่าเป็นกรอบแนวคิดแรกของการพยาบาลจิตเวชในด้านการสร้างสัมพันธภาพ

แนวคิดของทฤษฎี Peplau (1952) อธิบายว่า การพยาบาลหมายถึง การบำบัดรักษาที่มีความสำคัญเป็นกระบวนการของการสร้างสัมพันธภาพ มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการ เน้นส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ มุ่งให้บุคคลมีผลผลิตเป็นของตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติสุข

Peplau (1962) ได้อธิบายกรอบแนวคิดในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ แบ่งเป็นขั้นเริ่มต้น (Orientation phase) ขั้นระบุปัญหา (Identification phase) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) ระยะสรุปผล (Resolution phase) ในแต่ละระยะ พยาบาลมีบทบาทเป็นทั้งคนแปลกหน้า สำหรับผู้ป่วย (Stranger) ในขณะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ เป็นครู (Teacher) ผู้ชี้แนะ และสอนการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ให้ข้อมูล (Resource) และผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) กับผู้ป่วย เป็นผู้นำ (Leader) ให้กับผู้ป่วยและเป็นผู้ทดแทน (Surrogate) ของบุคคลในอดีตที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพ Peplau มีความเชื่อเช่นเดียวกับ Sullivan ว่าวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะก่อให้เกิดการยอมรับตนเอง และสามารถนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ใน 4 ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาล ในแต่ละขั้นตอน Peplau อธิบายว่า ขั้นตอนของการพัฒนาสร้างสัมพันธภาพอาจซ้ำซ้อนอยู่ร่วมกัน หรือบางทีอาจจะอยู่เพียงขั้นตอนเดียว หรืออาจจะไม่เรียงไปตามขั้นตอนดังกล่าว สำหรับบทบาทของพยาบาลและผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ มีดังนี้ (Forchuk, 1989 : 30-32)

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)

1.1 บทบาทของผู้ป่วย

1.1.1 รอคอยความช่วยเหลือ

1.1.2 ต้องการได้รับความรู้

1.1.3 ซักถามปัญหา

1.1.4 ทดสอบความเป็นจริง

1.1.5 แสดงการรับรู้ และแสดงความคิดเห็น ตามความคาดหวังที่มีต่อพยาบาล ตามประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับ

1.2 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

- 1.2.1 ตอบสนองโดยให้ความช่วยเหลือ
- 1.2.2 ให้ความเวลาในการพบผู้ป่วย อธิบายถึงบทบาทของพยาบาล
- 1.2.3 รวบรวมข้อมูล
- 1.2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยอธิบายถึงปัญหา
- 1.2.5 ช่วยหาแหล่งของการช่วยเหลืออื่นๆ
- 1.2.6 ให้ระบายความรู้สึก ลดความกดดัน และความวิตกกังวล

2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase)

2.1 บทบาทของผู้ป่วย

- 2.1.1 เปิดเผยตนเองและอธิบายปัญหา
- 2.1.2 เริ่มรับรู้ เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ
- 2.1.3 เริ่มตอบสนองต่อการได้รับความช่วยเหลือ
- 2.1.4 ยอมรับ พยาบาลว่าเป็นบุคคลคนหนึ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือตนเอง
- 2.1.5 สำรวจความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- 2.1.6 ระบุได้ถึง การพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งตนเอง และการพึ่งพาระหว่างบุคคลอื่นๆ ในการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล
- 2.1.7 มีความตั้งใจในการเล่าถึงประเด็นสำคัญที่จะพูด
- 2.1.8 มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกลักษณะโดยทั่วไป
- 2.1.9 ต้องการเข้าร่วมสนทนากับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เข้าใจในคำพูดและปฏิกิริยาของพยาบาล

2.2 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

- 2.2.1 พยายามแยกตัวเองออกจากปัญหาของผู้ป่วย
- 2.2.2 พยายามตั้งใจรับฟังปัญหา
- 2.2.3 ทำให้ผู้ป่วยทดสอบพยาบาลน้อยลง ไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น
- 2.2.4 ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่มีเงื่อนไข
- 2.2.5 ช่วยให้ผู้ป่วยอธิบาย ความต้องการและความรู้สึกของตนเอง
- 2.2.6 ประเมินความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย
- 2.2.7 ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ
- 2.2.8 แสดงประสบการณ์ที่คล้ายกัน ลดความรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือความรู้สึกไร้ความสามารถของผู้ป่วย
- 2.2.9 ลดความรู้สึกวิตกกังวลของตัวเอง
- 2.2.10 ให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมที่สำคัญของตนเอง
- 2.2.11 ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองของพฤติกรรมตนเอง
- 2.2.12 ใช้คำพูดที่เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกต่อการกระทำ

3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase)

3.1 บทบาทของผู้ป่วย

- 3.1.1 ใช้การสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นประโยชน์
- 3.1.2 มีจุดประสงค์ในการแก้ปัญหของตนเองในรูปแบบใหม่
- 3.1.3 เริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รวดเร็วขึ้น เช่น จากการต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นการพึ่งพาตนเอง
- 3.1.4 เริ่มสำรวจตนเองในแง่ดีมีประโยชน์
- 3.1.5 เริ่มสำรวจความเป็นจริงของชีวิตที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- 3.1.6 เริ่มพัฒนาการควบคุมตนเอง
- 3.1.7 เริ่มพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไข้ปัญหา
- 3.1.8 แสดงการเปลี่ยนแปลงของการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร (เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีการแสดงออกที่ยืดหยุ่นมากขึ้นในการแก้ปัญหา)

3.2 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

- 3.2.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลต่อไป
- 3.2.2 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสนองความต้องการของตนเอง
- 3.2.3 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง
- 3.2.4 เริ่มการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย
- 3.2.5 ลดความวิตกกังวลทั้งของผู้ป่วยและของตนเอง
- 3.2.6 ระบุปัจจัยในการแก้ปัญหาในแง่บวก
- 3.2.7 ช่วยผู้ผู้ป่วยให้ได้รับการสนองความต้องการทั้งหมด
- 3.2.8 ช่วยเหลือ ส่งเสริมผู้ผู้ป่วยให้มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม

4. ระยะสรุปผล (Resolution phase)

4.1 บทบาทของผู้ป่วย

- 4.1.1 ล้มเลิกความต้องการเดิม
- 4.1.2 ตั้งจุดมุ่งหมายของชีวิตใหม่ ในทางสร้างสรรค์
- 4.1.3 เริ่มเป็นตัวของตัวเอง และช่วยเหลือคนอื่นๆ
- 4.1.4 เริ่มแก้ไข้ปัญหาของตนเอง
- 4.1.5 เริ่มเปลี่ยนแปลงการสื่อสารของตนเอง
- 4.1.6 เริ่มเปลี่ยนแปลงในตนเองมากขึ้น
- 4.1.7 ผสมผสานการมองปัญหาที่ทำให้ตนเองเจ็บป่วย
- 4.1.8 แสดงความสามารถในการเป็นตัวของตัวเอง อยู่ได้โดยการพึ่งพาตนเอง
- 4.1.9 สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการคนอื่นๆ อย่างเหมาะสม
- 4.1.10 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี
- 4.1.11 สร้างจุดมุ่งหมายร่วมกับครอบครัว

4.2 บทบาทของพยาบาลจิตเวช

- 4.2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- 4.2.2 ช่วยให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี
- 4.2.3 ช่วยสร้างจุดมุ่งหมายของชีวิต
- 4.2.4 ให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง
- 4.2.5 แนะนำแนวทางและหาแหล่งช่วยเหลือในสังคม
- 4.2.6 แนะนำวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง
- 4.2.7 สิ้นสุดระยะของการสร้างสัมพันธภาพ

จากขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพและบทบาทของพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า บทบาทสำคัญของพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างบุคคลให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งและมั่นคง ทั้งในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ร่วมกับครอบครัวในการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและคนในครอบครัว ฉะนั้นพยาบาลจิตเวชต้องมีความเข้าใจตนเอง มีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลาทั้งนี้เพื่อให้ตนเองเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจระบบความเป็นตนเองของผู้ป่วย

ในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่ง Peplau แบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยความเป็นจริงสามารถสรุปเป็น 3 ระยะ คือ

- 1) ระยะเริ่มต้น (Orientation phase)
- 2) ระยะทำงาน (Working phase) ซึ่งประกอบด้วย ระยะระบุปัญหา (Identification) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation)
- 3) ระยะสรุปผล (Resolution phase)

นอกจากนี้ Peplau ยังมีจุดเน้นที่สำคัญว่า สัมพันธภาพของบุคคลก่อให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้น พยาบาลต้องเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวล ระดับความวิตกกังวล ผลต่อการรับรู้ของบุคคล และการตอบสนองของพยาบาลที่มีต่อความวิตกกังวลในแต่ละระดับเพื่อปรับปรุงและพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความสามารถของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ตามความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยถือว่าเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยสามารถใช้เป็นตัวเชื่อมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยทั่วๆ ไปมี 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะทำงาน หรือแก้ไขปัญหา และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ แต่อย่างไรก็ตามก่อนที่จะพยาบาลจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้าน ระยะนี้จึงเรียกได้ว่าเป็นขั้นเตรียมการดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการหรือระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ (Preinteraction phase) เป็นระยะที่เกิดขึ้นก่อนการพบปะกับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการเตรียมการ ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ตนเองในด้านความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย พยาบาลต้องสำรวจตนเองว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วย เช่นความรู้สึกกลัว อคติ หรือความเชื่อ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต สิ่งเหล่านี้ค่อนข้างมีปัญหาในพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเป็นครั้งแรก หรืออาจเกิดขึ้นได้ในพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นเวลานาน เพราะผู้ที่ให้การพยาบาลเป็นเวลานานอาจเกิดอคติกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากประสบการณ์ที่เคยช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดความรู้สึกกลัว หรือไม่ชอบผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายความรู้สึกอคติ อาจรุนแรงมากขึ้น เมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การวิเคราะห์ตนเองของพยาบาล จะช่วยให้ทราบจุดอ่อนของตนเอง และอาจหาทางแก้ไขโดยปรึกษาและขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ และฝึกการควบคุมตนเอง ไม่ให้แสดงอารมณ์ดังกล่าวออกมาในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้กระทบต่อสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาลและผู้ป่วยได้ การทราบจุดอ่อนของตนเองและหาแนวทางแก้ไข ไม่ใช่จุดบกพร่องของพยาบาลแต่อย่างใด แต่เป็นการบ่งชี้ว่าพยาบาลได้ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เป็นการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย และนับได้ว่าเป็นพยาบาลที่หมั่นตรวจสอบตนเองและพัฒนาตนเองอยู่เสมอ เพื่อส่งผลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อผู้ป่วย

1.2 การเตรียมการในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพโดยเฉพาะทฤษฎีของ Peplau ที่เน้นการพัฒนาสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับผู้อื่นที่เป็นอยู่ แก้ไข ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ใหม่ๆ ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพัฒนาสัมพันธภาพนั้นๆ นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง ระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวพยาบาลต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ก่อนที่จะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย บางครั้งในการศึกษาด้วยตนเองของพยาบาลอาจเกิดปัญหาว่า ไม่สามารถประยุกต์องค์ความรู้ให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมได้ การปรึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ จะช่วยให้พยาบาลที่ต้องทำหน้าที่ในเรื่องนี้สามารถปฏิบัติงานกับผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ

1.3 การศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ขั้นตอนนี้อาจเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมแตกต่างกัน การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจ ผู้ป่วยดียิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักรู้ในตนเองหรือระมัดระวังผู้ป่วยมากกว่าปกติในผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการทางเพศสูง การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเหล่านี้ พยาบาลอาจต้องมีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ ศึกษาอาการของผู้ป่วยในแต่ละเวร ก่อนมีปฏิสัมพันธ์และประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลหรือไม่ ผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหวาดระแวง และก้าวร้าว การนั่งในระยะห่างจากผู้ป่วย อย่างน้อย 1 ช่วงแขนจะช่วยให้หลบเลี่ยงได้ทันเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมหวาดระแวงจะทำร้ายหรือผู้ป่วยที่มีประวัติว่าชอบจับนมผู้หญิงทุกคนที่เข้าใกล้ โดยมีประวัติว่ามีพฤติกรรมนี้ก่อนมาโรงพยาบาลหลายครั้ง จนถูกตำรวจจับเพราะมีคดีอาญา ฉะนั้นการศึกษาประวัติของผู้ป่วยก่อนมีปฏิสัมพันธ์ นอกจากจะช่วยให้พยาบาลได้ดูแลตนเองในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ให้ปลอดภัยแล้ว ยังเป็นการวางแผนในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ทำหน้าที่ในการวางตัวของพยาบาล ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยดังตัวอย่างข้างต้น พยาบาลต้องไม่แสดงออกมากเกินไป จนดูเหมือนว่าพยาบาลกลัว หรือรังเกียจผู้ป่วย เพราะจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตนเอง

1.4 การวางแผนในการพบกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย งานสำคัญประการสุดท้ายในระยะเตรียมการ คือ การวางแผนสำหรับการพบกันครั้งแรก โดยพยาบาลจะเป็นผู้ทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วยว่า การพบกันเพื่อสนทนาครั้งแรกจะพบกันที่ไหน อย่างไร

2. ระยะแรกของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือระยะเริ่มต้น (Orientation phase) เป็นระยะที่พยาบาลพบกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เพื่อทำความรู้จักและศึกษาซึ่งกันและกัน พยาบาลศึกษาผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ ในขณะที่ผู้ป่วยก็จะศึกษาพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ไว้วางใจ และเชื่อใจว่าพยาบาลจะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และมีความจริงใจในการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

ในระยะแรกของสัมพันธภาพ พยาบาลและผู้ป่วยอาจมีการสนทนากัน 2-3 ครั้ง หรืออาจใช้เวลานานออกไปอีก ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathology) ของผู้ป่วย ความสลับซับซ้อนของปัญหา ประสบการณ์ของพยาบาลและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการแยกแยะ 2 ประสบการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะมีปฏิสัมพันธ์ คือ

การถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วยสู่ผู้บำบัด (Transference) และการถ่ายทอดความรู้สึกของผู้บำบัดสู่ผู้ป่วย (Countertransference)

การถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วยสู่ผู้บำบัด (Transference) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยถ่ายทอดความรู้สึกกับข้อใจที่ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึกไปสู่พยาบาลหรือผู้บำบัดออกมาในรูปแบบพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมามักจะสัมพันธ์กับความรู้สึกและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับในวัยเด็กถึงแม้ว่าปรากฏการณ์การถ่ายทอดความรู้สึกจะเกิดขึ้นทุกครั้งที่การสร้างสัมพันธภาพ แต่การถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วยจะรุนแรงมากขึ้นในสัมพันธภาพแบบวางอำนาจ (relationships with authority) ฉะนั้นกระบวนการถ่ายทอดความรู้สึกจะเกิดขึ้นรวดเร็วมากต่อบุคคลที่มีอำนาจ ดังนั้น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ จึงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดการถ่ายทอดความรู้สึกได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาเหล่านี้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้จริง รูปแบบทั่วไปของการถ่ายทอดความรู้สึก ประกอบด้วย ความต้องการความรัก ความเคารพ และการมอบความศรัทธา หรือการถ่ายทอดความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาในรูปแบบของความไม่เป็นมิตร ความอิจฉาริษยา การแข่งขัน การร้องขอสิทธิพิเศษของผู้ป่วยที่พยาบาลมีสัมพันธภาพด้วย เช่น อาหาร บุหรี่ น้ำ เวลาในการพบปะกับพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิมเป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนของปรากฏการณ์การถ่ายทอดความรู้สึก ในประสบการณ์ของผู้เขียนเคยพบกับการถ่ายทอดความรู้สึกของผู้ป่วยคือ รู้สึกรักและชอบผู้เขียน เพราะมีบุคลิกลักษณะและรูปร่างหน้าตาคล้ายกับภรรยาที่แยกทางกันไป จึงถ่ายทอดความรู้สึกนี้มาที่ผู้เขียน และพยายามใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไม่พูดถึงปัญหาอาการทางจิตของตนเอง แต่จะพยายามถ่ายทอดความรู้สึกรักใคร่ออกมาทางคำพูดและภาษาท่าทาง ผู้เขียนได้เน้นย้ำถึงบทบาทหน้าที่ของผู้เขียนที่มีต่อผู้ป่วยทุกคน โดยไม่ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ และบอกถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยคิด รู้สึก และมีพฤติกรรมเช่นนั้นให้ผู้ป่วยทราบ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการบำบัด รักษาในเวลาต่อมา

การถ่ายทอดความรู้สึกของผู้บำบัดสู่ผู้ป่วย (Countertransference) คือ ปรากฏการณ์ที่พยาบาลถ่ายทอดความรู้สึกที่พยาบาลเคยมีประสบการณ์มาจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อพยาบาลไปยังผู้ป่วย พยาบาลมีความรู้สึกอาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบต่อผู้ป่วยก็ได้ ความรู้สึกนี้จะป็นสัญลักษณ์ของกระบวนการถ่ายทอดความรู้สึกของพยาบาลสู่ผู้ป่วย สัญลักษณ์ที่แสดงออกในอีกรูปแบบหนึ่งคือพยาบาลมีความยุ่งยากในการเข้าใจปัญหาผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับปัญหาของพยาบาลเอง ตัวอย่างอื่นๆ ในการถ่ายทอดความรู้สึกของผู้บำบัดสู่ผู้ป่วยก็คือ

เมื่อพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องในการแสดงอำนาจกับผู้ป่วยหรือการโต้เถียงกับผู้ป่วย รู้สึกเกรงหรือเกลียดผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยมีบุคลิก ทัศนคติทาง เหมือนบุคคลที่พยาบาลเคยมีประสบการณ์เหล่านี้

การแก้ไขปัญหานี้ในเรื่องนี้ สามารถกระทำได้โดยการนิเทศงานจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า เปิดโอกาสให้พยาบาลได้เปิดเผยตนเองในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และให้พยาบาลเพิ่มความตระหนักในบทบาทของผู้บำบัด เพิ่มทักษะทางคลินิก เพื่อพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานแก่พยาบาล และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ ฉะนั้นการสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ ในช่วง 2-3 ครั้งแรกที่มีการพบปะกับผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพจึงต้องอาศัย การเปิดเผย ชื่อสัตย์ ตรงต่อเวลา การเข้าใจความรู้สึกต่อผู้ป่วย และความรู้สึกที่เป็นทางบวกในการเสนอความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจหรือปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย

ในช่วงระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพ ประเด็นสำคัญ 4 ประการที่จะกล่าวถึง คือ

- 2.1 ขอบเขตของการสร้างสัมพันธภาพ
- 2.2 การกำหนดการพบปะกันอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นการ
- 2.3 การรักษาความลับ
- 2.4 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ

2.1 ขอบเขตของการสร้างสัมพันธภาพ (The parameters of relationship) ผู้ป่วยต้องรู้ว่าพยาบาลเป็นใคร มีบทบาทอย่างไร วัตถุประสงค์ในการสนทนาเป็นอย่างไร ตัวอย่างเช่น นักศึกษาอาจให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

นักศึกษา : “สวัสดีค่ะคุณสมชาย ดิฉันชื่อ วาสนา.....เป็นนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัย.....ดิฉันมาฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวช และจะมาอยู่ประจำที่ฝึก.....เป็นเวลา 15 วัน หรือ 3 สัปดาห์ ดิฉันจะมาคุยกับคุณสมชายทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี ถ้าคุณยังอยู่ที่นี้ ไม่กลับบ้านเสียก่อน เราจะใช้เวลาในการพูดคุยถึงเรื่องปัญหาหรือความไม่สบายใจของคุณขณะที่อยู่โรงพยาบาล”

2.2 การกำหนดการพบปะกันอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นการ (The formal or informal contact)
ในการกำหนดการพบปะกันจะเป็นความร่วมมือและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเนื่องจากการพบปะกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยร่วมมือกับพยาบาลในการแก้ปัญหา ไม่ใช่เป็นการที่พยาบาลต้องแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยทุกอย่างโดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม การกำหนดการพบปะกัน อาจเป็นการพูดคุยถึง สถานที่ วัน เวลาและระยะเวลาที่พยาบาลจะมาพบผู้ป่วย

ในช่วงระยะเริ่มต้นผู้ป่วยอาจเริ่มที่จะระบายความคิดและความรู้สึกซึ่งให้เห็นปัญหาและอภิปรายถึงเป้าหมาย ดังนั้น การวางเป้าหมายและการยอมรับในเป้าหมายนั้น จึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ซึ่งถ้าสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปทำหน้าที่ตามระดับเดิม หรืออย่างน้อยก็ให้ใกล้เคียงกับความสามารถในการทำหน้าที่ในระดับเดิมของผู้ป่วยในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น

นักศึกษา : “คุณสมชายคะ เราจะมาพูดคุยกันเวลา 10.00 น. ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี ที่ม้าหินอ่อน บริเวณหน้าตึก.....เป็นระยะเวลา 45 นาที ตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 28 มกราคม 2548 เราจะใช้เวลาทั้งหมดในการพูดคุยถึงความรู้สึก เหนงา โดดเดี่ยว และความรู้สึกไม่พอใจที่มีต่อกรรยาคุณ และเราจะช่วยกันสำรวจถึงสิ่งที่ช่วยให้ความรู้สึกคุณดีขึ้น”

2.3 การรักษาความลับ (Confidentiality) ในการพูดคุยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิในการรับรู้ว่ามีใครบ้างที่จะรู้ข้อมูลที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟัง เช่น พยาบาลหัวหน้าตึก ผู้นิเทศงานทางการพยาบาล อาจารย์ของนักศึกษา แพทย์ เจ้าหน้าที่หรือนักศึกษาในกลุ่มประชุมปรึกษา นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องรู้ว่า ข้อมูลเหล่านี้จะไม่นำไปบอกหรือเล่าให้แก่ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในทีมผู้รักษาของผู้ป่วยทราบ ยกเว้นในสถานการณ์ที่รุนแรงซึ่งจะกระทำโดยแพทย์ โดยอาศัยสิทธิตามกฎหมาย (Legal guidelines) พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปกปิดเรื่องราวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และต้องไม่ก้าวล่วงในสิทธิของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

นักศึกษา : “คุณสมชายคะ ดิฉันขออนุญาตบอกเรื่องราวของคุณให้อาจารย์ของดิฉันทราบ เพื่ออภิปรายหาแนวทางในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาของคุณ หรือบางครั้งอาจมีการประชุมปรึกษาหารือถึงแนวทางการรักษาและช่วยเหลือคุณกับทีมเจ้าหน้าที่ของตึกนี้ อย่างไรก็ตามดิฉันจะไม่เล่าเรื่องนี้ให้กับภรรยาคุณ หรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวคุณ โดยไม่ได้รับอนุญาตจากคุณก่อน”

2.4 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination) การสิ้นสุดสัมพันธภาพควรเริ่มเตรียมการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจมีการกล่าวถึงเป็นระยะๆ ในระยะทำงาน (Working phase) ด้วย ลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพจึงมีการจำกัดขอบเขตว่าจะต้องมีการสิ้นสุดเมื่อไร เช่น พยาบาลจะพบปะกับผู้ป่วย 10 ครั้ง วันที่ต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพจึงต้องมีความชัดเจนตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น แต่ในบางสถานการณ์สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก็เป็นแบบเปิด ไม่ทราบวันสิ้นสุดสัมพันธภาพ เช่น พยาบาลประจำการที่ต้องให้การสื่อสารเพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้งให้อยู่โรงพยาบาลตลอดไป การกำหนดการสิ้นสุดสัมพันธภาพจึงไม่สามารถกำหนดได้ แต่อาจกำหนดอีกครั้งได้เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นมาก และญาตินัดหมายวันที่มารับกลับบ้านอย่างแน่นอน แต่สำหรับนักศึกษาแล้วการสิ้นสุดสัมพันธภาพจะสามารถกำหนดวันได้แน่นอนด้วยระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงาน ตัวอย่างเช่น

นักศึกษา : “คุณสมชายคะ ตามที่ดิฉันเคยตกลงไว้แล้วตั้งแต่ตอนต้นว่า การสนทนาของเราครั้งสุดท้ายจะเป็นวันที่ 28 มกราคม 2548 เราก็จะเหลือการสนทนาอีก 3 ครั้ง หลังจากวันนี้”

โดยสรุปแล้ว ในระยะแรกหรือระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพ ประเด็นสำคัญ 4 ประการที่เป็นภาระหน้าที่ที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติแล้ว สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในระยะนี้คือ ผู้ป่วยอาจจะทดสอบพยาบาลว่ามีความจริงใจและสนใจผู้ป่วยแค่ไหน จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจ และได้เรียนรู้ถึงความจริงใจ ความตั้งใจช่วยเหลือ ความสม่ำเสมอ การรักษาวลิตที่นัดหมายกับผู้ป่วยโดยมาตามนัดทุกครั้ง รับฟังปัญหาผู้ป่วยด้วยความตั้งใจไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย ไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเห็น ไม่ตัดสินพฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยว่าถูกหรือผิด แต่พยายามหาสาเหตุของพฤติกรรมนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวพยาบาล ความไว้วางใจจึงจะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะพัฒนาสัมพันธภาพในระยะต่อไป ฉะนั้นพยาบาลไม่ควรพูดเท็จกับผู้ป่วย และเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

3. ระยะทำงานของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยหรือระยะแก้ไขปัญห (Working phase) สิ่งที่ต้องกระทำในระยะทำงานของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมี ดังนี้

- 3.1 เพื่อทบทวนซึ่งสัมพันธภาพ
- 3.2 เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม
- 3.3 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเอง
- 3.4 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3.5 เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน และ
- 3.6 ประเมินปัญหาและเป้าหมาย และค้นหาสิ่งที่หลงเหลืออยู่เมื่อจำเป็น

ในระหว่างการทำงานพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาปัญหาในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัญหานี้เรียกว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่หรือการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ผิดปกติจากเดิมไป (dysfunctional) บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยพยายามแก้ปัญหา โดยใช้วิธีแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมทางครอบครัวที่ยุ่งเหยิง และมีการบกพร่องในการทำหน้าที่ ถึงแม้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านั้นจะได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยในวัยเด็ก แต่เมื่อเติบโตขึ้นเข้าสู่วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่อาจจะใช้ไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในด้านพฤติกรรมหรือความคิดมากขึ้น

พยาบาลสามารถร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาแรงจูงใจ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังที่อยู่ในจิตใจได้สำนึกหรือหาสาเหตุของความเครียด ความไม่สบายใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในใจบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ผู้ป่วยอาจเคยใช้กลไกทางจิตหลายชนิดเพื่อต่อต้านความวิตกกังวล และถ่ายทอดความรู้สึกไปยังพยาบาล ดังนั้นในระหว่างการทำงาน ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์รุนแรงเกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล โกรธ เกลียดตัวเอง ความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ อาจเกิดขึ้นในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย อาจมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความโกรธอย่างไม่เหมาะสม การแยกตัวเอง เจ้ากี้เจ้าการ การปฏิเสธ และพฤติกรรมอื่นๆ ในช่วงนี้อาจเกิดการถ่ายทอดความรู้สึกอย่างรุนแรงเกิดขึ้นได้ ซึ่งปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย อาจกระตุ้นให้เกิดการถ่ายทอดความรู้สึกของพยาบาลสู่ผู้ป่วย (Countertransference) ฉะนั้นพยาบาลต้องตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกส่วนตัว และปฏิกิริยาของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาสัมพันธภาพในระหว่างการทำงานจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ คับข้องใจ ขัดแย้งออกมาในสถานที่ที่ปลอดภัย เหมาะสม รวมทั้งเป็นการค้นหาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่ที่ได้ผลดีกว่าเดิม

พยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทางด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ โดยไม่ตำหนิผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยในการทดลองใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ดีกว่า ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ อย่างอิสระ และมีบทบาทมากขึ้นในการแก้ปัญหา การเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่มองตนเอง (self-concept) และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (self-esteem) อาจเกิดขึ้นได้ในระยะนี้

โดยสรุปแล้ว การทำงานในระยะนี้เป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยทางจิต พยาบาลจะได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสนทนา มาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์หรือรายงานการส่งเวรทั้งเวรเช้า บ่าย ดึก ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหา อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ รวมทั้งมีการประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ซึ่งอยู่ในระยะทำงานนี้ด้วย

ปัญหาที่พยาบาลอาจพบในระยะนี้ คือ การมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และวินิจฉัยปัญหาจริงๆ ไม่ได้ การขจัดปัญหาดังกล่าวให้หมดไป คือ การเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสนทนาควรให้ผู้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มต้นสนทนาก่อน เพื่อว่าผู้ป่วยมีเรื่องอะไรกังวลอยู่ในใจ หน้าที่สำคัญในระยะนี้ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การซักถามหรือการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก หรือความในใจออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การให้กำลังใจ และหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อควรคำนึงในช่วงที่ผู้ป่วยมีการแสดงอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องขณะสนทนากับพยาบาล พยาบาลไม่ควรให้คำแนะนำใดๆ ในช่วงนี้ เพราะผู้ป่วยอารมณ์ยังไม่สงบ การให้คำแนะนำใดๆ จึงไม่ได้ผล ผู้ป่วยไม่รับฟัง แต่สามารถกระทำได้เมื่อผู้ป่วยอารมณ์สงบลง และพร้อมที่จะรับฟังมากขึ้น โดยสังเกตได้จากสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงที่ดูสงบลง และผู้ป่วยขอความเห็นจากพยาบาลว่า “จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้อย่างไรดี”

ฉะนั้น สิ่งสำคัญประการหนึ่งของระยะนี้ คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักแก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยพยาบาลจะเป็นผู้แนะแนวทางที่เหมาะสม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันคิดค้น เพื่อหาแนวทางหรือเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาแบบใหม่ด้วยตนเอง ตลอดจนพิจารณาผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นตามมาถ้าแก้ไขปัญหาวัยวิธีนั้นๆ รวมทั้งให้ผู้ป่วยทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาใหม่ถ้ามีโอกาส สิ่งสำคัญคือการพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase) เมื่อผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการสิ้นสุด โดยความเป็นจริงแล้ว พยาบาลควรพูดถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพตั้งแต่ครั้งแรกของการสนทนา และในระยะทำงานอาจกล่าวถึงเมื่อเหมาะสมเป็นบางครั้ง

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ในการสนทนากับผู้ป่วยนั้น มีระยะเริ่มต้นและระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ แต่ในการสิ้นสุดสัมพันธภาพอาจดำเนินการไม่ได้ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เนื่องจากต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะยุติสัมพันธภาพได้หรือไม่ ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วย มีดังนี้ (Stuart, 2002 : 24)

1. อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยลดลงเมื่อพูดถึงปัญหา
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น
3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้น และมีเอกลักษณ์ของตนเองที่เข้มแข็งกว่าเดิม
4. ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น
5. ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ทางการรักษาตามที่วางแผนไว้
6. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงสัมพันธภาพของการบำบัดรักษาของพยาบาล และผู้ป่วยไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญกว่า

นอกจากนี้ อีกเหตุผลหนึ่งในการสิ้นสุดสัมพันธภาพคือ นักศึกษาสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน การสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะสุดท้ายของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

เหตุผลสำคัญที่นักศึกษามีการสิ้นสุดสัมพันธภาพ คือ

1. การสิ้นสุดเป็นระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ถ้าไม่มีระยะนี้ สัมพันธภาพไม่สามารถสมบูรณ์ได้
2. ความรู้สึกที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ป่วยและนักศึกษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่มี ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการรู้สึกเสียใจและสูญเสียเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ เมื่อใครบางคนที่เคยดูแลเอาใจใส่พวกเขากำลังจะจากไป
3. ผู้ป่วยซึ่งเป็นคู่ในการสร้างสัมพันธภาพ มีสิทธิที่จะเห็นความต้องการและความรู้สึกของพยาบาลที่ได้ใช้เวลาร่วมกัน และกำลังจะแยกจากกัน
4. การสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ว่าเขาเป็นบุคคลสำคัญอย่างน้อยที่สุดต่อคนหนึ่งคน
5. การมีประสบการณ์สิ้นสุดสัมพันธภาพร่วมกันกับผู้ป่วย พยาบาลแสดงให้เห็นถึงการเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย

การสิ้นสุดสัมพันธภาพทำให้เกิดความรู้สึกรุนแรงทั้งผู้ป่วยและพยาบาล การสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียทั้งสองฝ่าย ถึงแม้ว่าความรุนแรงของการสิ้นสุดสัมพันธภาพอาจแตกต่างกันในแต่ละคน ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้ง หรือความรู้สึกอ้างว้าง ความรู้สึกที่ถูกปฏิเสธ หรือไม่ต้องการจากคนอื่นที่เคยประสบในอดีต ความรู้สึกเหล่านี้ อาจทำให้เกิดขึ้นอีกใหม่ได้ ในกระบวนการสิ้นสุด

สัมพันธภาพ กระบวนการสิ้นสุดสัมพันธภาพสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกซึ่งบางครั้งอาจเป็นการระบายความรู้สึกครั้งแรกของเขาก็ได้

เป็นเรื่องธรรมดาที่จะพบพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ที่ต่อต้านความรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากการแยกจากกัน หรือการสูญเสีย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจหลีกเลี่ยงที่จะพบพยาบาลและไม่ต้องการที่จะยุติสัมพันธภาพหรือผู้ป่วยอาจแสดงความไม่เป็นมิตรและพุดจาประชดประชัน ซึ่งเป็นวิธีการในการแสดงออกของความโกรธและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการแยกจากกันที่ผ่านมา บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะปฏิเสธการสิ้นสุดสัมพันธภาพ การถดถอย (Regression) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เห็นได้ของผู้ป่วยในการพึ่งพาพยาบาล หรือการมีอาการป่วยมากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องร่วมกันกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการตระหนักในตนเองเกี่ยวกับความรู้สึก และปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยกำลังประสบในการแยกจากกัน ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ พยาบาลอาจพูดว่า “การจากกันเป็นสิ่งที่ยากสำหรับคนเรา แต่การจากกันเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เล่าให้ฉันฟังได้ไหมว่าการแยกจากกันของคุณในอดีตเป็นอย่างไร” ถ้าผู้ป่วยเริ่มที่จะถ่ายทอดความโกรธ โดยการถอนตัวหรือแสดงความโกรธต่อพยาบาล พยาบาลอาจพูดว่า “คนเราทุกคนมีความโกรธ เมื่อต้องจากกัน บางครั้งอาจโกรธให้กับคนที่กำลังจะจากไป พอจะบอกได้ไหมว่าคุณรู้สึกอย่างไรที่ฉันกำลังจะจากไป” พยาบาลจำเป็นต้องบอกถึงเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องจากกัน ให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ามีความจำเป็นต้องไปฝึกปฏิบัติงานเพื่อหาประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงานอื่นๆ ร่วมกับอาจารย์พิเศษ แต่ไม่ใช่เหตุผลเพราะนักศึกษาารู้สึกเบื่อหรือทอด้ผู้ป่วยแต่อย่างใด

การตอบสนองต่างๆ ไป ที่นักศึกษาอาจประสบกับตนเอง คือ ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ซึ่งอาจแสดงออกโดยการให้เบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่แก่ผู้ป่วย มีการส่งจดหมายถึงกัน นักศึกษาจำเป็นต้องเข้าใจว่าการกระทำเช่นนั้นอาจเกิดจากความรู้สึกผิดหรือการถ่ายทอดความรู้สึกของความรับผิดชอบที่ไม่ถูกต้องของนักศึกษา ไม่ใช่เป็นความห่วงใยต่อผู้ป่วย โดยแท้จริงแล้วส่วนหนึ่งของกระบวนการสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นการค้นหาการวางแผนในอนาคตของผู้ป่วยถึงแหล่งที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ เช่น ในกรณีที่พยาบาลต้องย้ายตึก หรือนักศึกษาต้องสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน ผู้ป่วยก็สามารถขอความช่วยเหลือกับพยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานในตึกนั้นๆ ต่อได้ แต่ถ้าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน แหล่งที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือ ได้แก่ญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจในชุมชนเพื่อเป็นที่ปรึกษาเมื่อเวลาผู้ป่วยมีปัญหา นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เช่น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้บ้านของผู้ป่วย ก็เป็นผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านได้

การป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ อาจกระทำโดยบอกผู้ป่วยให้รู้ว่าจะมีการยุติและสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยบอกผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มติดต่อในวันแรกว่าสัมพันธภาพจะใช้เวลานานเท่าใด เช่น “ฉันจะพบคุณเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในแต่ละสัปดาห์จะพบคุณทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง” และต่อมาเมื่อจวนจะถึงระยะเวลาที่กำหนดไว้ พยาบาลจะต้องเตือนผู้ป่วยเป็นระยะๆ ว่า เหลือเวลาอีกประมาณกี่สัปดาห์จะยุติสัมพันธภาพ หรือพยาบาลอาจจะกระทำได้ โดยการลดจำนวนครั้งที่พบปะผู้ป่วยให้น้อยลง ไม่เข้าร่วมพบปะกับผู้ป่วยในบางโอกาส หรืออาจเปลี่ยนสถานที่ในการพบปะกัน ทั้งนี้ พยาบาลจะต้องบอกเหตุผลที่ตัวเองต้องกระทำด้วยว่ามีเหตุผลอะไร และที่กระทำลงไปนั้นไม่ใช่เป็นการทอดทิ้งผู้ป่วย แต่จะเป็นผลดีกับผู้ป่วยในการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้รักษาอื่นๆ เช่น พยาบาลที่ฝึกผู้ป่วยนอกกรณีที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยนอก หรือพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลอื่นๆ กรณีที่ผู้ป่วยขอใบส่งต่อ (Refer) เพื่อไปรับยาโรงพยาบาลใกล้บ้าน อย่างไรก็ตามหากพยาบาลประสบปัญหาในการ

สิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและได้ดำเนินการแก้ไขตามรายละเอียดข้างต้นแล้ว แต่ยังคงมีปัญหาเช่นเดิม การประชุมปรึกษา (Case conference) กับทีมการพยาบาล เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือร่วมกัน ก็จะเป็นการแก้ปัญหาได้อย่างดีอีกวิธีหนึ่ง

ผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดยผู้ป่วยต้องการมีสัมพันธภาพต่อไปกับนักศึกษาแบบเชิงสังคม (Social relationship) ถึงแม้ว่านักศึกษาจะยุติการฝึกปฏิบัติงานแล้ว ก็ขอติดตามนักศึกษาไปที่หอพักและสถานศึกษาของนักศึกษา และคิดว่านักศึกษามีจิตผูกพันกับตน ในกรณีนี้ นักศึกษาไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองได้ ผู้เขียนในฐานะหัวหน้าตึก (ตำแหน่งขณะนั้น) จึงได้ขอพบผู้ป่วยร่วมกับอาจารย์ที่ควบคุมการฝึกปฏิบัติงานและนักศึกษาโดยให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อนักศึกษาและเหตุผลที่ต้องการมีสัมพันธภาพเชิงสังคมต่อไป จากนั้นให้นักศึกษาพยาบาลกล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย และความรู้สึกของนักศึกษาที่มีต่อผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัด โดยผู้เขียนและอาจารย์ได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย และชี้ให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุผลที่แท้จริงในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลทุกคน จะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทุกคนที่อยู่รักษาภายในโรงพยาบาล เป็นการทำตามหน้าที่ที่มีได้เกิดจากการมีใจรักใคร่ผูกพันเชิงวิชาชีพแต่อย่างใด ซึ่งหากนักศึกษาสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงานก็ยังคงมีพยาบาลภายในตึกผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีประสบการณ์การสูญเสียก่อนมีอาการกำเริบซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เนื่องจากถูกแฟนสาวทอดทิ้ง เมื่อนักศึกษาพยาบาลเข้าไป approach ผู้ป่วยๆ จึงเกิด Transference ความรู้สึกดังกล่าวมาสู่พยาบาล และคิดว่านักศึกษาจะทดแทนความรักที่ขาดหายของตนเองได้ หลังจากมีการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยๆ ยอมรับและให้ความร่วมมือในการสิ้นสุดสัมพันธภาพด้วยดี โดยสรุปภาระงานของพยาบาลในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังตาราง (Stuart, 2002 : 24)

ระยะ (Phase)	ภาระงาน (Task)
1. ก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ (Preinteraction)	- ค้นหาความรู้สึกของเรา จินตนาการและความกลัว - วิเคราะห์ความเข้มแข็งเชิงวิชาชีพ และข้อจำกัดของเรา - รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้ - วางแผนในการพบผู้ป่วยเป็นครั้งแรก
2. เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introductory or orientation)	- ได้ข้อสรุปว่าทำไมผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือ - สร้างความไว้วางใจ การยอมรับ และการสื่อสารอย่างเปิดเผย - ทำข้อตกลงร่วมกัน - ค้นหาความคิด ความรู้สึกและการกระทำของผู้ป่วย - ระบุนิยามของผู้ป่วย - กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
3. การทำงานร่วมกัน (Working)	- ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด - ส่งเสริมการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยในด้านการรู้จักตนเอง (insight) และการใช้กลไกการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

ระยะ (Phase)	ภาระงาน (Task)
4. สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination)	- พิจารณาพฤติกรรมที่ต่อต้านของผู้ป่วย - ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงของการจากกัน - ทบทวนความก้าวหน้าของการบำบัดและการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ - ค้นหาความรู้สึกซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการปฏิเสธ การสูญเสีย ความรู้สึกเศร้าใจ ความโกรธ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะต้องอาศัยทักษะความสามารถของพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะ ดังนี้

1. **การยอมรับ (Acceptance)** หมายถึง การยอมรับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีสิทธิเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ดังนั้น การสนทนากับผู้ป่วย ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี และยินดีรับฟังความไม่สบายใจของผู้ป่วยอย่างจริงใจ และเต็มใจ

2. **การไม่ตัดสิน (Nonjudgemental)** คือ การที่พยาบาลไม่นำแนวคิด ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ หรือประสบการณ์เดิมของตนเองไปประเมินและตัดสินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยว่า ดี เลว ผิด หรือถูก เพราะหากพยาบาลเริ่มตัดสินผู้ป่วยว่าเป็นคนไม่ดี คำพูดและท่าทางการแสดงออก (Verbal and Non-verbal) จะแสดงออกมาให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ เป็นการปิดกั้นการเปิดเผยตนเองให้พยาบาลได้เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง และทำให้ผู้ป่วยไม่พูดหรือแสดงออกความรู้สึกใดๆ ให้พยาบาลทราบในที่สุด เพราะคิดว่าพยาบาลคงไม่เข้าใจตนเอง ถ้าพยาบาลพัฒนาคุณสมบัติข้อนี้ได้ จะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ดำเนินไปด้วยการเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย ยึดปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มากกว่าการคอยจับผิด หรือตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย

3. **มีความรู้จริง (Knowledgeable)** มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์พื้นฐานในฐานะผู้เชี่ยวชาญหรือรู้จริงในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ถึงแม้ว่าจะเป็นผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่กับผู้ป่วยก็สามารถฝึกฝนทักษะได้ โดยการพัฒนาตนเองในการผสมผสานเทคนิคต่างๆ ในการปฏิบัติจริง และการประเมินตนเองกับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์กว่า และขอข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงตนเองในครั้งต่อไปจนเกิดความชำนาญ

4. **มีความมั่นคง (Secure)** หมายถึง มีความมั่นคงในอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่รุนแรง เมื่อเล่าเหตุการณ์ที่ขัดแย้งในใจ หรือความไม่พอใจออกมา

5. **มีความไวต่อความรู้สึก (Sensitivity)** รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ไว ไม่รู้สึกห้วนใจ ตกใจต่อความรู้สึกนั้นๆ แต่สามารถจับความรู้สึกของผู้ป่วย สะท้อนออกมาเป็นคำพูดให้ผู้ป่วยได้รับรู้ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเปิดเผยตัวเองมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ปัญหาได้รับการช่วยเหลือ แก้ไขอย่างตรงประเด็น นอกจากนี้ต้องเข้าใจและเห็นความสำคัญของความแตกต่างของค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่มีผลต่อการแสดงออกทางความรู้สึก และการกระทำของผู้ป่วย เพื่อสามารถใช้ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันไปในการแสดงออกด้านความรู้สึกอย่างเหมาะสม

6. **เข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy)** มองเห็นและเข้าใจโลกตามความเป็นจริงของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความรู้สึกและการกระทำของผู้ป่วยที่แสดงออกต่อเหตุการณ์นั้นๆ อย่างมีสติ ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น แต่จะต่างจากการมีอารมณ์ร่วมหรืออารมณ์สอดคล้องกับผู้ป่วย (Sympathy) การมีอารมณ์ร่วมเช่นเดียวกับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลเกิดอคติกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ เพราะมีความรู้สึกเช่นเดียว หรือเป็นพวกเดียวกับผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงได้ ตัวอย่างในเรื่องนี้ เช่น ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและอารมณ์โกรธที่มีต่อพ่อเลี้ยง และพยาบาลก็มีความรู้สึกร่วมด้วย เพราะพยาบาลก็มีพ่อเลี้ยงและไม่ชอบพ่อเลี้ยงเช่นกัน

7. **มีเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือ (Positive)** แสดงออกถึงท่าทีที่มีความอบอุ่น จริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ ต้องการช่วยเหลืออย่างจริงใจ ให้ความนับถือและให้ความรักต่อผู้ป่วย ทั้งยังสามารถชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสม

8. **ความคงเส้นคงวา (Consistent)** พยาบาลต้องมีความคงเส้นคงวาในเจตคติ การกระทำและแนวทางในการสนทนาหรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การที่พยาบาลปฏิบัติเช่นนี้ต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ เชื่อมมั่นในตัวพยาบาล ย่อมเกิดความไว้วางใจเกิดขึ้น กล้าเปิดเผยตัวเอง และยอมรับฟังความคิดเห็นของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่เขาไว้วางใจ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ประสบผลสำเร็จ นอกจากพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในคุณลักษณะของพยาบาลและเข้าใจในการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดแล้ว พยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังนี้

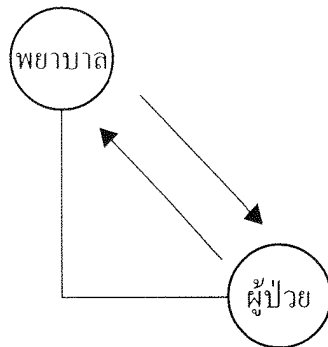
1. **สถานที่ (Place)** สถานที่ที่ใช้พบปะผู้ป่วยควรมีความเป็นส่วนตัว (Privacy) ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกใจในการสนทนากับพยาบาลหรือเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ ช่วยให้พยาบาลสามารถใช้สมาธิในการฟังและสังเกตได้โดยสะดวก แต่ก็ไม่ควรเป็นห้องที่อยู่ในที่ลับตาคน เพราะอาจเกิดอันตรายต่อพยาบาลได้ สถานที่ที่ใช้กันมาก คือ ห้องทำงานของพยาบาลหรือห้องทำกลุ่ม ม้าหินอ่อนได้ต้นไม้หน้าบริเวณตึก แต่ต้องไม่มีผู้ป่วยเดินไปมาพลุกพล่าน

2. สภาพแวดล้อม (Environment)

การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สภาพแวดล้อมควรมีความสุขสบายและปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เสียงที่ดังเกินไปหรืออุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทำให้ขาดสมาธิในการสนทนาได้ บรรยากาศที่ขาดความเป็นส่วนตัว อาจทำให้เกิดความสับสน ตึงเครียด และความรู้สึกไม่สุขสบายได้ การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในการสื่อสารจะรบกวนการสื่อสารระหว่างบุคคลได้ ดังนั้นพยาบาลต้องควบคุมสภาพแวดล้อมเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Potter and Perry, 2005 : 429)

3. **ท่านั่ง (Seating)** ท่านั่งก็มีความสำคัญต่อการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพราะต้องใช้เวลาครั้งละ 30-60 นาที ดังนั้น ท่านั่งทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยควรมีความสุขสบายพอสมควร สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมแสดงออกทั้งคำพูดและภาษาท่าทางของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ท่านั่งที่ผ่อนคลาย รู้สึกเป็นกันเอง มีผู้สนับสนุนว่าควรเป็นท่านั่งที่เอียงกันเล็กน้อย ในลักษณะเป็นมุมฉากซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายหันหน้าเข้าหากัน ท่านั่งเป็นท่าที่พยาบาลและผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด เพราะไม่ต้องประจันหน้ากันโดยตรง ขณะเดียวกันก็สามารถมองเห็นคู่สนทนาของ

คนได้อย่างชัดเจน โดยไม่ต้องเอียงคอ พยาบาลสามารถสังเกตเห็นอาการปฏิกิริยา แววตา การแสดงออกของสีหน้า การเคลื่อนไหวของมือและเท้า การขยับตัวได้ดี โดยผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณพยาบาลเป็นคนที่แนะนำให้ใช้ในการพบปะเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ป่วย (สวณีย์ เกียรติแก้ว, 2545 : 111) ดังภาพ



ยังมีท่านั่งอีกท่าหนึ่งที่บุคลากรทางจิตเวชต่างๆ ไปใช้กันบ่อยๆ คือ ท่านั่งโต๊ะทำงาน โดยผู้ป่วยนั่งด้านหน้า ท่านี้อาจเป็นท่าที่ทั้งสองฝ่ายรู้สึกสบายใจ เพราะมีโต๊ะเป็นเกราะกำบังและสามารถรักษาระยะห่างระหว่างคู่สนทนาได้เป็นอย่างดี แต่ท่านั่งแบบนี้จะมีปัญหา คือ ผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัด เนื่องจากค่อนข้างเป็นทางการ และถ้าหากบนโต๊ะของพยาบาลมีหนังสือหรืองานที่พยาบาลทำค้างอยู่ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกรงใจไม่กล้าสนทนา เพราะเป็นการรบกวนเวลาการทำงาน of พยาบาล นอกจากนี้ การสังเกตอวัจนภาษาของผู้ป่วย อาจทำได้ยาก เพราะมีโต๊ะขวางกั้น และปิดบังท่าทางการแสดงออกเสียหมด หรือหากในการสนทนาพยาบาลมีความจำเป็นต้องสัมผัสมือผู้ป่วย เพื่อแสดงความเห็นใจ เข้าใจและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ใจอย่างมาก ก็จะทำให้ยาก เพราะมีโต๊ะขวางกั้นเช่นกัน ฉะนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้ แต่หากมีความจำเป็นต้องใช้เนื่องจากไม่มีสถานที่อาจเลื่อนเก้าอี้ของพยาบาลออกมาจากหลังโต๊ะทำงาน และจัดท่านั่งให้อยู่ในท่านั่งดังภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

4. ระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Space) ระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยก็มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหรือเป็นกันเองได้ จากการศึกษาระยะห่างของสัมพันธภาพระดับบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Potter and Perry, 2005 : 430)

- 1) ระยะห่างของคนที่รักใคร่สนิทสนม (Intimate space) อยู่ในระยะตั้งแต่ 18 นิ้วขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะที่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่แสดงถึงความรู้สึก การรับรู้ที่กระตุ้นซึ่งกันและกัน
- 2) ระยะห่างส่วนตัว (Personal space) อยู่ในระยะตั้งแต่ 18 นิ้ว ถึง 4 ฟุต ซึ่งใช้เพื่อสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด และการสามารถสัมผัสได้ การสบตาจะทำได้ดีกว่าระยะที่ 1
- 3) ระยะห่างในการปรึกษาทางสังคม (Social-consultative space) ตั้งแต่ 9-12 ฟุต เป็นช่วงระยะห่างระหว่างบุคคลทางสังคม และมีการฟังฟังน้อย การพูดจะต้องใช้เสียงดังมาก
- 4) ระยะห่างทางสาธารณะ (Public space) มีระยะห่างตั้งแต่ 12 ฟุต หรือมากกว่า ใช้เมื่อต้องการพูดคุยกับสาธารณชน

การจะใช้ระยะห่างในการจัดท่านั่ง เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลที่มีคุณค่าแก่พยาบาล และอีกทั้งพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วย พร้อมทั้งให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ในการปฏิบัติจริง การใช้ระยะห่างส่วนตัว (Personal space) ซึ่งเป็นระยะห่างที่สามารถเห็นการแสดงออกทางพฤติกรรมและการสื่อสารทาง non-verbal ได้มากที่สุด

บทที่ 2

การสื่อสารเพื่อการบำบัด

ความหมายของการสื่อสาร

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการสื่อสาร และประเภทของการสื่อสาร เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อออกมาให้พยาบาลทราบ สำหรับความหมายของการสื่อสารมีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมาย ดังนี้

การสื่อสาร คือ กระบวนการถ่ายทอดสารสนเทศและความคิด ตลอดจนเจตคติเพื่อความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งกับผู้รับ (ไชยยศ เรืองสุวรรณ, 2533 : 4)

การสื่อสาร คือ กระบวนการแลกเปลี่ยนและร่วมกันรับรู้เรื่องราว ข่าวสารต่างๆ โดยมีความเข้าใจร่วมกันต่อสัญลักษณ์ที่แสดงเรื่องข่าวสารนั้นๆ (บุญศรี ปรานณศักดิ์, 2534 : 4)

การสื่อสาร (Communication) คือ การแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และทัศนคติซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน หรือระหว่างกลุ่มบุคคล ซึ่งต้องอาศัยการรับรู้ของผู้รับข่าวสาร การแปลข่าวสารโดยอาศัยประสบการณ์ และการส่งตอบกลับของผู้รับข่าวสาร (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 : 143)

การสื่อสาร หมายถึง การกระทำในการส่งข้อมูลข่าวสารสู่ผู้อื่น ทั้งที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ การสื่อสารอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การใช้คำพูด หรือไม่ใช้คำพูด (Skidmor : 1992 : 249)

การสื่อสาร (Communication) คือ กลไกที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ มีผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างผู้สื่อสารและคนอื่นๆ ที่รับข่าวสาร บางครั้งมีการให้ความหมายของการสื่อสารว่าเป็นการส่งต่อข้อมูลหรือความหมายที่ต้องการจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ความหมายที่ต้องการสื่อสารไม่สามารถส่งต่อไปได้เลย ถ้าไม่มีการตกลงร่วมกัน เพราะความหมายที่ต้องการสื่อสาร เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับข่าวสารซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง (Wilson, Kneisl, 1996 : 110)

การสื่อสาร (Communication) คือ กระบวนการซึ่งประชาชนส่งต่อข้อมูลด้านความคิด และความรู้สึกสู่บุคคลอื่น (Munden, et al, 2002 : 61)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การสื่อสารหมายถึง การแลกเปลี่ยนข่าวสาร ทั้งด้านความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ทัศนคติซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป กลไกการสื่อสารมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งข่าวสารและผู้รับ

การจำแนกประเภทของการสื่อสาร

ในการจำแนกประเภทของการสื่อสารโดยใช้ภาษาเป็นเกณฑ์ สามารถแบ่งประเภทการสื่อสารออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (บุญศรี ปรานณศักดิ์, ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2531 : 37-39 ; Potter and Perry, 2005 : 429-431)

1. การสื่อสารเชิงวจนะ (Verbal communication) หมายถึง การที่คนเราสื่อสารกันโดยอาศัยถ้อยคำภาษา อาจจะอยู่ในรูปของภาษาพูดหรือภาษาเขียนก็ได้ ภาษาที่แสดงออกเป็นถ้อยคำนี้ เราเรียกว่า วจนภาษา ส่วนเนื้อหาสาระที่แสดงออกโดยถ้อยคำเรียกว่า วจนสาร

2. การสื่อสารเชิงอวจนะ (Non-verbal communication) หมายถึง การที่คนสื่อสารกันโดยสารที่ส่งออกไปนั้น ไม่ต้องใช้ถ้อยคำภาษา แต่ใช้อากัปกิริยา สีหน้าท่าทาง หรือสัญลักษณ์ อื่นๆ แทน ภาษาที่แสดงออกโดยไม่ใช้ถ้อยคำ เรียกว่า อวจนภาษา ส่วนเนื้อหาสาระที่แสดงออกโดยภาษานี้เรียกว่า อวจนสาร เมื่อแบ่งการสื่อสารทั้งเชิง

วจนภาษา และอวจนภาษา Stuart (2002 : 25) กล่าวว่า ร้อยละ 7 ของการสื่อสารเท่านั้นที่ใช้การพูด ร้อยละ 38.0 เป็นการสื่อสารได้ทางน้ำเสียงและท่าทาง อีกร้อยละ 55.0 ได้จากการแสดงสีหน้า จากผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการติดต่อสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารทั้ง 2 แบบ และบูรณาการมาใช้ในการสนทนา และสังเกตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารอวจนภาษาจำแนกออกได้เป็นหลายประเภท ในที่นี้จะนำเสนอ 7 ประเภท ได้แก่

1. อากัรภาษา หมายถึง อวจนภาษาที่อยู่ในรูปของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น สั่นศีรษะ โบกมือห้าม เดินกระแทกเท้า กำหมัด บีบมือ โยกตัวบ่อยๆ เปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ ฯลฯ
2. นัยนภาษา คือ การส่งภาษาโดยใช้แววตา ลักษณะดวงตาและลักษณะการมอง การใช้แววตา เช่น ทำตาหวานขึ้น ตาขุ่น ตาเศร้า ฯลฯ การใช้ลักษณะดวงตา เช่น การหรี่ตา การเบิกตาโพลง การหลับตา การใช้ลักษณะการมอง เช่น สบตาจ้องเขม็ง ซายตามอง หลบสายตา เป็นต้น
3. สัมผัสภาษา คือ การส่งภาษาโดยการสัมผัส ซึ่งจะมีชนิดของการสัมผัส เช่น การสะกิด การจับ โอบ กอด ทูบตี ผลักไส นอกจากนี้ ความนุ่มนวลหรือรุนแรงในการสัมผัสก็จะเป็นส่วนเสริมความหมายของภาษาสัมผัสให้ชัดเจนขึ้นด้วย
4. ปริภาษา หมายถึง การแสดงความหมาย โดยอาศัยสิ่งที่เปล่งออกมากับภาษาที่ใช้ถ้อยคำ เช่น น้ำเสียง การเน้นเสียง ความดังค่อย ความเร็วของเสียง การใช้เสียงที่ไม่สม่ำเสมอ ตะกุกตะกัก เป็นการบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้พูดได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ การเรียบก็เป็นการบอกความรู้สึกหรือการสื่อสารอีกอย่างหนึ่ง
5. เทศภาษา คือ ความหมายของภาษาที่แสดงออกโดยอาศัยการใช้การจัดระยะใกล้ไกล การจัดสถานที่ เช่น การยืนใกล้ชิดบอกความสนิทสนม หรือไว้ว่างใจ การจัดสถานที่พบปะที่เหมาะสม ไม่มีคนรบกวนขณะพูดคุย บอกถึงการให้ความสำคัญของผู้ที่เราจะพูดด้วย การจัดระยะห่างในการพูดคุยมากๆ บอกถึงความรังเกียจ ไม่ไว้ว่างใจ ไม่ให้ความสำคัญ เป็นต้น
6. กาลภาษา หมายถึง การแสดงความหมายออกไปโดยอาศัยการให้เวลาหรือใช้เวลาร่วมกัน หรือการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเวลา เช่นการยอมให้พบในเวลาวิกาล แสดงว่าไว้ใจ การให้เวลาที่จะติดต่อสื่อสารกัน แสดงว่ามีความเอาใจใส่ให้ความสำคัญ การให้เวลาพบพูดคุยกันทุกๆ วันในเวลาเดียวกัน แสดงถึงความสนใจ ไว้ว่างใจ เป็นมิตรและให้ความสำคัญ เป็นต้น
7. วัตถุภาษา หมายถึง ภาษาที่แสดงออกโดยการใช้คุณลักษณะต่างๆ ของวัตถุ เช่น ชนิด ขนาด สี สัน ความสะอาด ความประณีต เช่นเครื่องแบบบอกอาชีพ ถ้าเป็นพยาบาลแต่งชุดสีขาว สวมหมวกพยาบาล ถ้าเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้จะแต่งชุดสีเหลือง

การสื่อสาร ทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา เป็นการสื่อสารโดยการส่งผ่านทั้งโดยการพูดคุย การใช้ภาษาเขียน การใช้อากัปริยา สีหน้าท่าทางหรือสัญลักษณ์อื่นๆ แทน ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับพยาบาล ซึ่งต้องตระหนักรู้ในการสื่อสาร ทั้ง 2 แบบ ของทั้งตนเองและผู้ป่วยที่แสดงออก การสื่อสารอวจนภาษามักจะปิดบังหรือบิดเบือนความจริงได้ยาก ซึ่งต่างจากภาษาพูดหรือวจนภาษา ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจบอกพยาบาลว่า “ไม่มีปัญหาอะไร ไม่เคยเครียดหรือทุกข์ใจกับเรื่องสามีนอกใจ” แต่อวจนภาษาอาจแสดงออกโดย เสียงสั่นเครือ น้ำตาลอเอว ก้มหน้า ฉะนั้น การสื่อสารด้วยอวจนภาษา จึงเป็นการตรวจสอบการพูดและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกัน หากมีการขัดแย้งกันในภาษาพูดและท่าทางพยาบาลต้องสังเกตเห็นได้และใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดค้นหาปัญหาและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ความหมายของการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ก่อนทำความเข้าใจเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด พยาบาลจิตเวชควรทำความเข้าใจความหมายของการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อน เพราะมีความหมายแตกต่างจากการสื่อสารโดยทั่วไป ดังนี้

การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) เป็นวิธีการที่ใช้ในบริการทางจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กระบวนการสื่อสารเป็นเครื่องมือช่วยคลี่คลายปัญหา ความไม่สบายใจจากสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งของผู้ป่วย โดยมีวิธีการให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในปัญหา การหาทางออกหรือการแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ช่วยเพิ่มพลังความเข้มแข็งในตัวผู้ป่วย การสื่อสารเพื่อการบำบัด จึงแตกต่างจากการสื่อสารในทางสังคม โดยต้องมีวัตถุประสงค์ชัดเจน มีการวางแผน และมีเทคนิคการสื่อสารเป็นไปในลักษณะของการบำบัด (ทัศนา บุญทอง และ จารุวรรณ ต. สกุล, 2544 : 195)

การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ (Health professional) ที่มีความหมาย โดยเน้นจุดสนใจที่ปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น (Munden, et al, 2002 ; 61) การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

การสื่อสารเพื่อการบำบัด หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดช่วยเหลือ การสื่อสารด้วยคำพูด และพฤติกรรมทั้งหมด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การสื่อสารจึงมีความสำคัญต่อสัมพันธภาพของพยาบาล และผู้ป่วยด้วยเหตุผล ดังนี้

1. เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. ความหมายของการแสดงออกทางการสื่อสารจากบุคคลหนึ่ง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้รับข่าวสาร ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จในการพยาบาลผู้ป่วย (Potter and Perry, 2005 : 425)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือบำบัดผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยเน้นจุดสนใจที่ปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในปัญหา การหาทางออกหรือการแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหานำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จ การสื่อสารเพื่อการบำบัด จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจึงค่อนข้างทำได้ยากกว่าบุคคลทั่วไป ฉะนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นอย่างดี จึงจะสามารถค้นหาปัญหาหรือผลกระทบต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เทคนิคที่จะกล่าวต่อไปนี้ ผู้เขียนจะเน้นเทคนิคเฉพาะที่ใช้บ่อยๆ เท่านั้น ส่วนเทคนิคใดที่ไม่ค่อยได้ใช้ แต่อาจมีในตำราอื่นๆ ผู้เขียนอาจไม่ได้กล่าวถึง ถ้าผู้อ่านสนใจสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ นอกจากนี้การจะเลือกใช้เทคนิคใดในช่วงของการสนทนากับผู้ป่วยก็ขึ้นอยู่กับเหตุผลหรือหลักการของพยาบาลแต่ละท่านว่าใช้เทคนิคนั้นๆ ด้วยเหตุผลอะไร และเพื่อต้องการข้อมูลอะไรจากผู้ป่วย ทั้งนี้ผลสรุปของการสื่อสารเพื่อการบำบัดก็เพื่อทราบปัญหา สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ใจ และนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ รวมทั้งประเมินผลการให้การพยาบาลด้วย เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสามารถจำแนกออกเป็น 5 หมวด ซึ่งผู้เขียนได้นำแนวคิดที่ได้จากเอกสารทางวิชาการร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียน ดังนี้ (อาโพรพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543 ; ทัศนา บุญทอง,

จารุวรรณ ด.สกุล, 2544; ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, 2544 ; Perko and Kreigh, 1988 ; Rawlins and Heacock , 1993 ; Carson and Arnold , 1996 ; Stuart and Laraia, 1998 ; Boyd, 2002)

1. เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า
2. เทคนิคในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไป
3. เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกและความนึกคิด
4. เทคนิคการส่งเสริมให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน
5. เทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ไตร่ตรองเรื่องราวของผู้ป่วยใหม่

1. เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า คนทุกคนที่อยู่ในสังคมต้องการความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม เป็นที่รัก และยอมรับของสังคม การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ยังเป็นที่ต้องการของคนอื่นในสังคม เป็นการช่วยบำบัดรักษาทางหนึ่ง เทคนิคที่ควรใช้ ได้แก่

1.1 การแสดงการระลึกได้ จำได้ (Giving recognition) คือการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย เห็นความสำคัญของผู้ป่วย เช่น การเรียกชื่ออย่างถูกต้อง หรือการที่พยาบาลจดจำสิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการเคยปฏิบัติตัวอย่างใดในกิจวัตรประจำวัน การใช้เทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1.1.1 พยาบาลจดจำสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้
- 1.1.2 พยาบาลเห็นความสำคัญในตัวผู้ป่วย
- 1.1.3 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย
- 1.1.4 ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ได้รับความรัก เอาใจใส่ดูแลจากพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆ ในสังคม

ตัวอย่างเช่น

- “สวัสดีค่ะ คุณสมศรี”
- “ฉันสังเกตว่าคุณเปลี่ยนทรงผมใหม่”
- “ทุกวันนี้คุณเคยใส่แว่นตา”
- “ฉันจำได้ว่า你不ชอบรับประทานเนื้อ”
- “คุณเคยอ่านหนังสือก่อนนอนทุกคืน แต่คืนนี้คุณไม่อ่าน”

1.2 การเสนอตัวเองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย (Offering self) อาจจะช่วยการอยู่เป็นเพื่อน รับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีเรื่องทุกข์ใจ ติดตามเรื่องราวเพื่อนำมาบอกเล่าให้ผู้ป่วยเข้าใจ แก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลใจ ตามขอบเขตของพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือได้ การใช้เทคนิคนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจว่ามีคนเข้าใจและรับฟังความทุกข์ของตนเอง
- 1.2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการแก้ปัญหาเพียงลำพัง
- 1.2.3 ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจและมีคุณค่าในตนเองเมื่อมีคนเอาใจใส่คอยช่วยเหลือ

ตัวอย่างเช่น

- “ดิฉันยินดีนั่งเป็นเพื่อนคุณ”
- “ดิฉันสนใจในความสุขสบายของคุณ มีอะไรที่ดิฉันพอจะช่วยคุณได้ ดิฉันก็ยินดีช่วย”
- “ดิฉันเต็มใจฟังเรื่องราวต่างๆ ที่คุณทุกข์ใจ กังวลใจ”
- “ดิฉันจะโทรศัพท์บอกนักสังคมสงเคราะห์ให้ว่าคุณอยากพบเขาวันพรุ่งนี้”

2. เทคนิคในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไป เป็นเทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นฝ่ายนำในการสนทนา ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ริเริ่มการสนทนาหรือให้การสนทนาดำเนินได้ต่อไปเรื่อยๆ รวมทั้งค้นหาสาเหตุว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยกังวล หรือครุ่นคิดในเรื่องใด เทคนิคเหล่านี้เป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเต็มใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เทคนิคที่ใช้ได้แก่

2.1 การใช้คำพูดกว้างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกหัวข้อในการสนทนา (Using broad opening statement) ทำให้ผู้ป่วยสามารถระบายความคิดหรือความรู้สึกของเขาออกมา โดยพยาบาลรับฟังโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย การใช้เทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

2.1.1 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึกตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระในการเลือกเรื่องสนทนา โดยไม่ถูกตีกรอบความคิดจากพยาบาล

2.1.3 เพื่อแสดงออกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลพร้อมและเต็มใจรับฟังผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น

“คุณกำลังคิดเรื่องอะไรอยู่”

“คุณจะเริ่มค้นเล่าเรื่องอะไรดี”

“มีเรื่องอะไรที่ทำให้คุณกังวลใจ”

“เล่าอะไรก็ได้ค่ะตามใจคุณ”

“ดูเหมือนมีอะไรบางอย่างที่คุณอยากจะพูด”

“คุณอยากพูดเรื่องอะไรบ้างวันนี้”

ปัญหาที่พบจากการใช้เทคนิคนี้ คือ พยาบาลมักได้คำตอบที่ไม่ค่อยพอใจนัก คำตอบที่ได้จะเป็นเรื่องทั่วไปไปเป็นส่วนใหญ่ เช่น “ผมอยากกลับบ้าน” “ผมไม่มีอะไรจะพูด” “ผมพูดไม่เก่งแล้วแต่คุณหมอ” “คุยเรื่องอะไรก็ได้แล้วแต่คุณหมอ” บางครั้งก็ใช้วิธีเงียบ ดังนั้น เพื่อเป็นการกระตุ้นการสนทนาที่ได้ผล จึงควรใช้การสื่อสารร่วมกับการสังเกตสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดต่อไป ตัวอย่างเช่น “วันนี้คุณไม่แจ่มใส มีอะไรบกวนจิตใจคุณหรือเปล่า” “สีหน้าคุณดูอึดอัด มีอะไรที่ทำให้คุณเป็นอย่างนี้”

2.2 การใช้คำพูดที่เป็นการนำผู้ป่วยพูดต่อ (Using general leads) เป็นการใช้คำพูดนำสอดแทรกขณะร่วมสนทนา เพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจในเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังพูด และต้องการให้เรื่องดำเนินต่อไป หรือใช้ในกรณีผู้ป่วยกำลังพูด และต้องการให้เรื่องดำเนินต่อไป หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยพูดค้าง หรือหยุดชะงักไป คิดไม่ออก เทคนิคนี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเล่าต่อจนจบ การใช้เทคนิคนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

2.2.1 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้สนทนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจ เอาใจใส่และต้องการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างจริงจัง

2.2.3 พัฒนาทักษะการกล้าแสดงออกในการสนทนาของผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น

“ต่อไปซิคะ”

“แล้วยังไงต่อไปล่ะคะ”

“เป็นอย่างนั้นหรือ”

“เล่าต่อไปซิคะ ฉันกำลังสนใจอยู่”

2.3 การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วยหรือการทวนคำพูดของผู้ป่วย (Restating) ในการสนทนากับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยอาจพูดโดยไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดที่แท้จริงได้ การทวนคำพูดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับมาสนใจฟังอย่าง ถี่ถ้วนอีกครั้ง หรือเพื่อทำความเข้าใจบางจุดของคำพูดที่พูดคลุมเครือให้แจ่มชัดขึ้น การทวนคำพูดของผู้ป่วยอาจ ทวนทั้งประโยค หรือเลือกทวนคำพูดเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของคำพูดที่สำคัญก็ได้ (Selective restating) การใช้เทคนิคนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

2.3.1 ช่วยให้การสนทนาคำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และเกาะติดในประเด็นเดิม

2.3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้สนทนา เพิ่มเติมรายละเอียดในประเด็นเดิม

2.3.3 ช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิดเห็น หรือคำพูดที่คลุมเครือได้กระจ่างชัดมากขึ้น สามารถใช้

เทคนิคการสื่อสารต่อไปได้สอดคล้องกับเนื้อหาการสนทนา

ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย : “ฉันนอนไม่หลับ ฉันตื่นตลอดทั้งคืน”

พยาบาล : “คุณตื่นตลอดทั้งคืน”

ผู้ป่วย : “ทุกคนเฉยเมยกับฉัน”

พยาบาล : “ทุกคนเฉยเมยกับคุณ”

ผู้ป่วย : “ผมนอนไม่หลับทั้งคืน มีแต่คนคอยกวนผม คอยขโมยสร้อยที่ผมใส่ ผมไม่อยาก อยู่โรงพยาบาล”

พยาบาล : “คุณไม่อยากอยู่โรงพยาบาล”

3. เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความนึกคิด ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ มักจะเก็บความรู้สึกที่ ไม่ได้ไว้ในใจ เช่น ความขัดแย้งในใจ ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความผิดหวังล้มเหลว ความรู้สึกผิด วิตกกังวล และความ รู้สึกไร้คุณค่า สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีปัญหาทางสุขภาพจิต ทำให้เกิดความเครียด เพราะความรู้สึก ดังกล่าวจะรบกวนจิตใจผู้ป่วยตลอดเวลา การได้ระบายออกจะทำให้ผ่อนคลายความเครียดลงบ้าง ดังนั้น ในการ สนทนากับผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึก และความคิดต่างๆ ที่อยู่ในจิตใจของผู้ป่วย เป็นสำคัญ พร้อมกันนั้นพยาบาลก็ต้องเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยระบายออกมา ดังเทคนิคต่อไปนี้

3.1 ยอมรับในตัวผู้ป่วยและสิ่งที่ผู้ป่วยพูด (Accepting) การเข้าใจความหมายแสดงออกทางพฤติกรรม ทำที่การยอมรับจะต้องไม่ขัดกับคำพูดของพยาบาล เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจ ไม่ไว้วางใจ การยอมรับอาจทำได้ทั้ง การสื่อสารที่เป็นวาจา คำพูด หรือการสนทนาโดยตรง (verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช่วาจา หรือ ใช้ภาษาท่าทาง (non-verbal communication) เช่น พยักหน้าเพื่อเป็นการบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย แต่ไม่ใช่การตัดสินหรือเห็นด้วยกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเสมอไป พยาบาลจะต้องไม่ตำหนิ คำพูด ความรู้สึก และ การกระทำที่ผู้ป่วยบอกเล่าให้ทราบ มิฉะนั้นจะเป็นการขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยเปิดเผยความรู้สึกและความนึกคิดของ ตนเองออกมา วัตถุประสงค์สำคัญของเทคนิคนี้ เพื่อแสดงการยอมรับผู้ป่วย โดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเล่านั้น พยาบาลจะไม่เห็นด้วยก็ตามเพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและระบายความรู้สึกออกมาได้อย่างเต็มที่ ช่วยให้พยาบาลหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย : “คุณคิดดูซิว่า คนที่สูญเสียพ่อไป จะเสียใจขนาดไหน” (พูดพร้อมกับร้องไห้)

พยาบาล : พยักหน้ารับพร้อมทั้งสัมผัสบริเวณไหล่ผู้ป่วย

ผู้ป่วย : “ที่นี่ไม่มีใครอยากพูดกับผม ไม่สนใจผมทั้งๆ ที่ผมมีเรื่องอยากพูดมากมาย”

พยาบาล : “ดิฉันกำลังฟังคุณพูดค่ะ” หรือ “ดิฉันกำลังติดตามว่าคุณพูดอะไร”

ผู้ป่วย : “คุณคงเบื่อกับที่จะมาคุยกับผม เพราะผมมีแต่เรื่องทุกข์ใจมาเล่าให้คุณได้ทุกวัน บางวันก็แสดงอารมณ์โกรธใส่คุณ แสดงกริยาไม่ดีกับคุณ หนีคุณไปทั้งๆ ที่ ยังพูดไม่จบ”

พยาบาล : “ดิฉันเข้าใจค่ะ ว่าคุณมีเรื่องไม่สบายใจหลายเรื่อง ดิฉันยินดีฟังคุณพูดค่ะ”
(พูดพร้อมพยักหน้ายิ้มรับ และสัมผัสที่ต้นแขน)

คำอื่นๆ ที่อาจใช้ได้ เช่น ค่ะ ครับ อืม อ้อ

3.2 การบอกถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นในตัวผู้ป่วย (Sharing observation) ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเป็น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมาต่อการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ วิธีนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ ไม่พูดมาก การมีพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น กัดเล็บมือของตนเอง กัดริมฝีปาก สูบบุหรี่จนต่อมวน ผู้ป่วย บางคนอาจมีอาการหูแว่ว อ้าปากคล้ายจะตอบแต่ไม่มีเสียงพูดออกมา การใช้เทคนิคนี้โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

3.2.1 สื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นพฤติกรรม การแสดงออกจากตัวผู้ป่วย ขณะสนทนา

3.2.2 ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนความคิด ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

3.2.3 ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความขัดแย้ง ความคับข้องใจที่อยู่ภายในออกมา

3.2.4 ผู้ป่วยได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างเช่น

“วันนี้หน้าตาคุณไม่ค่อยสดชื่นเลย”

“ฉันสังเกตว่าคุณกัดริมฝีปากบ่อยๆ ”

“ดูเหมือนว่าเมื่อคุณพูดถึงคุณพ่อคุณจะหงุดหงิด”

“ดูคุณตัวสั่นเมื่อพูดถึงสามี”

“วันนี้ดูคุณค่อนข้างเครียดนะค่ะ”

3.3 การสะท้อนความคิด ความรู้สึก (Reflecting) เป็นการสะท้อนคำพูดของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การให้ ผู้ป่วยแสดงความคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองและคิดหาวิธีที่จะสื่อความหมายออก มาให้พยาบาลได้เข้าใจชัดเจน เทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์

3.3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในคำพูดที่สื่อสารให้พยาบาลได้ยิน

3.3.2 เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่พยาบาลได้ยินนั้น พยาบาลเข้าใจตรงกันกับสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องการสื่อสาร ช่วยให้ผู้ป่วยไตร่ตรองคำพูดของตนเองอีกครั้ง

3.3.3 เพื่อแสดงว่าพยาบาลเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยและสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตนเองมากยิ่งขึ้น

3.3.4 เพื่อลดอคติของพยาบาลในการพิจารณาความหมายของข้อมูลที่ผู้ป่วยสื่อสาร

ตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วย : “.....” “คุณคิดว่าฉันควรเล่าเรื่องนี้ให้หมอฟังหรือไม่”

พยาบาล : “คุณคิดว่าคุณควรบอกหมอหรือไม่” หรือ

“คุณกังวลกับเรื่องที่เกิดขึ้น”

ตัวอย่างที่ 2

- ผู้ป่วย : “พี่ชายฉันนำเงินไปใช้จนหมด แล้วยังจะมาขอฉันอีก”
พยาบาล : “คุณรู้สึกไม่พอใจที่พี่ชายมาขอเงินคุณอีก”
ผู้ป่วย : “ฉันสิ้นสุดโครงการทำงานล่วงเวลามาเป็นอาทิตย์แล้ว ทุกคนในครอบครัวคิดว่า เป็นสิ่งที่ดีสำหรับฉันๆ จะได้ไม่เหนื่อย”
(พูดพร้อมกับยิ้ม)
พยาบาล : “คุณรู้สึกยินดีที่เลิกโครงการนี้”

จากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น การสะท้อนความคิด ความรู้สึกแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ การสะท้อนเนื้อหาความคิด (Reflecting content) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting feeling) สำหรับตัวอย่างที่ 1 เป็นการสะท้อนความคิดของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองอีกครั้ง ตัวอย่างที่ 2 เป็นการสะท้อนความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความรู้สึกของตนเองที่อาจยังไม่ชัดเจน ซ่อนเร้น ให้กระจ่างชัด เป็นการแสดงว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย หรือเหมือนนั่งอยู่ในใจของผู้ป่วยนั่นเอง จะช่วยให้พัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ดียิ่งขึ้น

3.4 การใช้ความเงียบ (Using silence) หมายถึง การสื่อสารโดยปราศจากการใช้คำพูด (Communication without verbalization) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 3.4.1 แสดงความสนใจ ยอมรับ และเข้าใจผู้ป่วย
- 3.4.2 เพื่อติดตามเรื่องราวของผู้ป่วย
- 3.4.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสดำเนินการพิจารณาความคิด ความรู้สึกของตนเอง
- 3.4.4 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน และแสดงความรู้สึกที่แท้จริงกับพยาบาล
- 3.4.5 เพื่อเน้นในจุดที่มีความสำคัญ
- 3.4.6 เพื่อเปิดโอกาสในการนำผู้ป่วยสู่ความคิดหรือความรู้สึกใหม่
- 3.4.7 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกรุนแรง อัดอั้นหรือไม่สบายใจออกมา

ตัวอย่าง

- ผู้ป่วย : “แม่ของฉันบอกฉันว่าไม่ต้องการให้ฉันกลับไปบ้านอีกตลอดไปฉันรู้สึกแย่มากเลย”
พยาบาล : (ใช้ความเงียบ)
ผู้ป่วย : “ทำให้ฉันต้องออกมาอยู่โรงพยาบาลตลอด ใครๆ ก็ต้องการมีบ้าน และอยู่บ้านของตนเอง” (ผู้ป่วยร้องไห้)
พยาบาล : (ใช้ความเงียบ)
ผู้ป่วย : “ฉันได้แต่หวังว่าสักวันแม่คงใจอ่อนและอนุญาตให้ฉันกลับไปบ้าน ฉันรู้สึกกลัวฉันไม่รู้ว่าจะไปอยู่ที่ไหน ถ้าฉันไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้”
พยาบาล : (ยังคงใช้ความเงียบ)

4. เทคนิคการส่งเสริมให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน ในการสนทนากับบุคคลทั่วไป เรามักพบว่า ความล้มเหลวของการสื่อสารอย่างหนึ่ง คือ ผู้ฟังและผู้พูดสื่อสารโดยเข้าใจไม่ตรงกันบ่อยๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาหลายๆ อย่าง เช่น มีความหวาดระแวง ความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจบุคคลรอบข้าง เป็นต้น พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะในการสื่อสารให้ชัดเจน และฝึกหัดให้

ผู้ป่วยรู้จักสื่อสารให้ชัดเจนอีกด้วย รวมทั้งมีการประเมินผลด้วยการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร นอกจากนี้ เทคนิคนี้จะเป็นการสื่อสารให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลสนใจ เอาใจใส่เรื่องราวของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจในเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารตรงกันหรือไม่ เทคนิคที่ใช้ คือ

4.1 การขอความกระจ่าง (Clarifying) หมายถึง การค้นหาความหมายของเนื้อหาในการสื่อสาร เพื่อให้พยาบาลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง การสนทนากับผู้ป่วยนั้น บางครั้งผู้ป่วยอาจพูดถึงเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เขาประสบมาในอดีต แต่อาจจะหยิบยกเอาส่วนใดส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่เขาประทับใจหรือเสียใจขึ้นมาพูด แต่ไม่ได้รายละเอียดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทำให้พยาบาลไม่เข้าใจ ในลักษณะนี้พยาบาลจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้กระจ่างชัด โดยมีวัตถุประสงค์

- 4.1.1 เพื่อส่งเสริมความเข้าใจร่วมกัน
- 4.1.2 เพื่อหาความหมายของคำพูดหรือประโยคที่ผู้ป่วยสื่อสารออกมา
- 4.1.3 เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนา
- 4.1.4 เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 4.1.5 เพื่อลดการบิดเบือนหรือเข้าใจไม่ถูกต้องในการสนทนา

ตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “ฉันต้องกลับบ้านเสาร์ อาทิตย์”
พยาบาล : “คุณหมายความว่าอย่างไรคะ”
ผู้ป่วย : “ผู้ป่วยที่นี้รู้ความลับของฉัน”
พยาบาล : “ความลับที่คุณพูดหมายถึงอะไร”

นอกจากตัวอย่างข้างต้นแล้ว อาจใช้คำพูดดังตัวอย่างต่อไปนี้

“คุณช่วยอธิบายความหมายของคำว่า.....หน่อยสิคะ”
“คุณหมายความว่าอย่างไรคะเมื่อตอนที่คุณพูดว่าเชิงที่ต้องอยู่โรงพยาบาล”
“ที่คุณพูดถึงเขา คุณหมายถึงใครคะ”
“ที่คุณบอกว่า โลกหน้าของคุณต้องดีกว่าวันนี้แน่ๆ หมายถึงอะไรคะ”
“ดิฉันไม่แน่ใจว่า ดิฉันเข้าใจในสิ่งที่คุณพูดว่า.....”
“คุณกำลังบอกดิฉันว่า (ทบทวนประโยค) อย่างนี้ใช่ไหมคะ”
“จุดสำคัญของเรื่องที่คุณพูดมา คืออะไร”

4.2 การตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน (Validating) เป็นการยืนยัน ความเข้าใจของพยาบาลและผู้ป่วยให้เข้าใจตรงกัน โดยมีวัตถุประสงค์

- 4.2.1 เพื่อประเมินความถูกต้องของเนื้อหาที่ผู้ป่วยสื่อสารให้พยาบาลทราบ
- 4.2.2 เพื่อลดการตั้งสมมติฐานของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย
- 4.2.3 เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของพยาบาล
- 4.2.4 เพื่อนำไปสู่การเข้าใจตรงกัน เป็นการพัฒนาความสัมพันธ์และสร้างพื้นฐานของความร่วมมือซึ่งกันและกัน

ตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “แม่ชอบตะโกนใส่ฉันและคนอื่นๆ ในบ้านเสมอ ฉันโกรธมาก
ทนไม่ได้ เลยหนีออกจากบ้าน”

พยาบาล : “มันคงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้ใจเย็นในขณะที่มีคนมาตะโกนด่าคุณ”

หรือพยาบาลอาจใช้คำพูดที่คาดคะเนว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลน้อยลง หลังจากได้เล่าเรื่องกับแค้นใจต่างๆ ออกมา โดยใช้คำถามว่า “คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่อง.....ออกมา” นอกจากนี้ อาจใช้คำพูดเพื่อตรวจสอบในเรื่องอื่นๆ ว่า “ฉันเข้าใจว่า.....ตรงกับที่คุณต้องการอธิบายสักครู่นี้”

4.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Informing or Giving information) เป็นการให้ความรู้และข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และจำเป็นต้องทราบตามความเป็นจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 4.3.1 แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน
- 4.3.2 เพื่อส่งเสริมความเข้าใจซึ่งกันและกัน
- 4.3.3 ให้ความเป็นจริงที่ชัดเจน
- 4.3.4 สร้างความไว้วางใจ
- 4.3.5 สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการนำความรู้และข้อเท็จจริงสู่การปฏิบัติ

ตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “เมื่อไรที่ผมจะได้พบทันตแพทย์”

พยาบาล : “คุณจะได้พบทันตแพทย์ เวลา 13.00 น. วันนี้”

ผู้ป่วย : “สิ่งที่เราคุยกันวันนี้ คุณจะนำไปบอกใครบ้าง”

พยาบาล : “อันดับแรกมีดิฉันที่ทราบข้อมูลทั้งหมด ส่วนจะนำไปบอกคนอื่นก็คงมีแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือคุณ เพื่อปรับการรักษา ตามที่คุณต้องการและช่วยประสานงานให้ญาติมาเยี่ยม”

4.4 การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย (Present reality) คือ การบอกหรือเสนอข้อความ หรือเหตุการณ์ที่เป็นความจริง มักจะพบในกรณีที่ผู้ป่วยแปลผลของความจริงผิดไป พยาบาลต้องชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความจริง และตัดสินใจในข้อมูลที่ได้รับด้วยตนเอง ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือแปลภาพผิด การใช้เทคนิคนี้โดยมีวัตถุประสงค์

- 4.4.1 เพื่อดึงผู้ป่วยสู่เหตุการณ์เป็นจริงในปัจจุบัน โดยไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์
- 4.4.2 เพื่อลดอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือแปลภาพผิด
- 4.4.3 ช่วยให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเข้าใจตรงกัน

ตัวอย่างเช่น

“ฉันไม่เห็นใครเลยอยู่ในห้องนี้”

“นั่นเป็นเสียงสตาร์ทรถยนต์”

“คุณแม่ของคุณไม่ได้อยู่ที่นี้ ดิฉันเป็นพยาบาลค่ะ”

“ในห้องนี้ไม่มีใครเลยนอกจากคุณและดิฉันเท่านั้นค่ะ”

“เมื่อคืนนี้ไม่มีใครมาหาคุณเลย และในห้องก็มีเพียงคุณและเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเท่านั้น”

5. เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่ รวมทั้งส่งเสริมความเข้าใจในการปรับตัวของผู้ป่วย ในการสนทนากับผู้ป่วยบางครั้ง พบว่า เรื่องที่เขาเล่าหน้านั้นน่าสงสัย ไม่น่าเกิดขึ้น หรือไม่น่าเป็นไปได้ พยาบาลมีความสงสัยในข้อมูลเหล่านั้น พยาบาลอาจใช้เทคนิคนี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิด ไตร่ตรองและพิจารณา คำพูดของเขาเสียใหม่ นอกจากนี้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการปรับตัวต่อ

การดำเนินชีวิตครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม เทคนิคในหมวดนี้จึงมีเทคนิคที่สำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยร่วมด้วย ประกอบด้วยเทคนิคต่อไปนี้

5.1 การค้นหาข้อมูล (Exploring) เป็นการค้นหาข้อมูลที่จะลึกลงไปในบางประเด็น ซึ่งครอบคลุม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย และผู้ป่วยกล่าวถึงไม่ชัดเจนหรือกล่าวอย่างผิวเผิน หรือกล่าวกว้าง เพื่อทดสอบว่าพยาบาล มีความสนใจต่อเรื่องราวของเขามากน้อยเพียงใด เมื่อสัมพันธ์ภาพอยู่ในระยะต้น หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจคิดว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ใช่สิ่งสำคัญ จึงไม่ได้เล่ารายละเอียดให้พยาบาลฟัง พยาบาลจึงใช้เทคนิคนี้กระตุ้นเพื่อ ค้นหาข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมเทคนิคนี้ จึงมีวัตถุประสงค์

- 5.1.1 เพิ่มการรับรู้ตนเอง (self-perception)
- 5.1.2 เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย
- 5.1.3 เพื่อค้นหาข้อมูลจากปัญหาที่ผิวเผิน ผู้ข้อมูลเชิงลึก ซ้ำซ้อน และหาความหมายที่ซ่อนเร้นของข้อมูลจากการสื่อสารของผู้ป่วย
- 5.1.4 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง และบรรยายเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง

- ผู้ป่วย : “ฉันรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการไปจากบ้านครั้งนี้ แต่ก็รู้สึกไม่มากหรอก”
- พยาบาล : “อะไรที่ทำให้ไม่สบายใจ”
- ผู้ป่วย : “ฉันได้อินพอกเขาพูดว่า ถ้าฉันไปจากบ้าน ฉันต้องมีปัญหามาก เพราะฉันไม่เคยอยู่กับใครนอกจากพ่อแม่”
- พยาบาล : “ช่วยบอกรายละเอียดปัญหาที่จะเกิดขึ้น”
- ผู้ป่วย : “ฉันรู้สึกไม่สบายใจ เพราะฉันต้องแต่งงานและต้องไปอยู่กับคนอื่น” เป็นผู้ชายที่ฉันไม่คุ้นเคยกันมาก่อน ผู้ใหญ่หมาให้ บอกว่าฉันควรแต่งงานมีคู่ครองได้แล้ว ทำให้ฉันไม่สบายใจ”

นอกจากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจใช้คำพูดดังตัวอย่างต่อไปนี้

- “กรุณาช่วยเล่ารายละเอียดในเรื่องนี้เพิ่มเติมมากกว่านี้”
- “เพื่อนๆ ทำเช่นนั้นกับคุณ เพื่อเหตุผลอะไร”
- “งานที่คุณทำเป็นงานประเภทไหน”
- “กรุณาบอกเรื่อง....ให้มากกว่านี้”

5.2 การมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ (Focusing) เป็นการมุ่งเน้นจุดสนใจ โดยเฉพาะความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ไปอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์

- 5.2.1 เพื่อดึงความสนใจของผู้ป่วยให้สื่อสารในข้อมูลที่มีความสำคัญ
- 5.2.2 เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยแยกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญออกจากข้อมูลอื่นๆ
- 5.2.3 เพื่อร่างเป้าหมายของการสื่อสารที่วางไว้
- 5.2.4 เพื่อขัดขวางการสื่อสารที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ หรือการสื่อสารหลายเรื่องให้อยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว
- 5.2.5 เพื่อขัดขวางและป้องกันการเปลี่ยนเรื่องราวในการสนทนาที่เร็วเกินไป

ตัวอย่าง

- ผู้ป่วย : “ฉันคงอยู่บ้านไม่ได้ ฉันต้องไปทำงานต่างจังหวัด เพื่อหารายได้ให้พ่อแม่ จะได้มีกิน มีใช้ และเอาเงินไปเลี้ยงน้องส่งให้น้องเรียน 4-5 ปีมานี้ฉันทำงานหนัก แต่พอฉันกลับไปบ้านก็ไม่มีใครเข้าใจฉัน เห็นใจฉันซักคน”
- พยาบาล : “ที่คุณบอกว่าไม่มีใครเข้าใจคุณ เห็นใจคุณสักคน คิดฉันว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เราน่าจะพูดคุยรายละเอียดในเรื่องนี้”
- ผู้ป่วย : “ตอนฉันไปทำงาน คนที่ทำงานก็มองฉันเหมือนฉันเป็นตัวตก พ่อแม่พี่น้องยังบอกไม่ให้ฉันทำอย่างนั้นอีก ฉันไม่รู้จะทำยังไงดี”
- พยาบาล : “เรื่องทำงานน่าสนใจ ขอให้คุณเล่ารายละเอียดมากกว่านี้”

5.3 การตั้งข้อสงสัย (Voicing doubt) หรือแสดงความสงสัยในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เป็นการตั้งข้อสังเกตในกรณีที่พยาบาลเห็นว่าไม่น่าเป็นไปได้ การใช้เทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 5.3.1 ให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจข้อมูลที่บอกเล่าให้พยาบาลทราบใหม่อีกครั้ง
- 5.3.2 ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนข้อมูลตามความเป็นจริง ตลอดจนกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์
- 5.3.3 ผู้ป่วยมีโอกาสพัฒนาตนเองในการมองเหตุการณ์ บุคคลที่เกี่ยวข้องในทางที่ดี หรือในแง่มุมใหม่

ตัวอย่างเช่น

- “เป็นไปได้หรือที่ทุกคนจะรุมเกลียดคุณคนเดียว”
- “จริงหรือ”
- “เป็นไปได้หรือคะ”
- “ถึงอย่างนั้นเชียวหรือ”
- “เป็นเรื่องที่ไม่น่าเชื่อ”
- “นั่นเป็นสิ่งที่ผิดปกติไม่ใช่หรือ”

การใช้เทคนิคนี้ต้องระมัดระวังให้มาก และอย่าใช้บ่อย ถ้าใช้บ่อยเกินความจำเป็น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลไม่เชื่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยโกรธและถอนตัวจากพยาบาล นอกจากนี้ การใช้น้ำเสียงและท่าทางการพูดของพยาบาลในขณะที่ใช้เทคนิคนี้ต้องดูเป็นมิตร นุ่มนวลและดูจริงใจ อาจช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกว่ายพยาบาลไม่เข้าใจ ไม่เชื่อถือในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าลงได้บ้าง

5.4 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองประเมินผล (Encouraging evaluation) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง ถึงเนื้อหาในการสื่อสารที่สำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์

- 5.4.1 เพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของอาการ พฤติกรรมผู้ป่วย
- 5.4.2 เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในความแตกต่างและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 5.4.3 เพื่อเป็นการสะท้อนกลับความชัดเจน และความเข้าใจของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย
- 5.4.4 เพื่อเปรียบเทียบ และฝึกการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกและยอมรับว่าตนเองสามารถดีขึ้นจากเดิมได้

ตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “ฉันรู้สึกว่าคุณดีขึ้นกว่าเดิม”
พยาบาล : “อะไรบ้างที่คุณรู้สึกว่าคุณดีขึ้น”
ผู้ป่วย : “ลูกและพี่ชายของฉัน เข้าใจฉันมากขึ้น ฉันเลยไม่เครียด ทำให้อาการของฉันดีขึ้นด้วย”
พยาบาล : “อาการอะไรบ้างที่คุณว่าดีขึ้น”
ผู้ป่วย : “ฉันนอนหลับได้ดีขึ้น ไม่หงุดหงิด โมโหง่าย ไม่รู้สึกแย่....”

นอกจากนี้ อาจใช้คำพูดดังต่อไปนี้

“วิธีการอะไรที่ช่วยให้คุณไม่สบายใจของคุณดีขึ้น”
“เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้คุณรู้สึกอย่างไร”
“คุณลองประเมินตนเองสิว่าในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาการของคุณเป็นอย่างไรบ้าง”
.....“ใน 1 ชั่วโมงที่คุณเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด วันนี้คุณได้ซื้อคิอะไรบ้าง”
“วิธีนี้ทำให้คุณไม่สบายใจหรือ”
“คุณมีความรู้สึกอย่างไรในเรื่อง.....”

5.5 การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างประสบการณ์ทางอารมณ์ (Encouraging formulation of a plan of action) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้าว่าถ้าเกิดเหตุการณ์อย่างที่คุณเคยประสบ ผู้ป่วยมีแผนการแก้ไข ปัญหาไว้อย่างไร เทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการวางแผนที่ดีต่อการปรับตัวในอนาคตและช่วยให้พยาบาลเข้าใจในการปรับตัวของผู้ป่วย และร่วมวางแผนให้การสนับสนุนการปรับตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป ตัวอย่างเช่น

“ในครั้งต่อไป ถ้ามีปัญหาเช่นนี้อีก คุณจะมียุทธวิธีอะไรในการแก้ปัญหา”
“คุณจะทำอย่างไร จึงจะแสดงความโกรธได้อย่างเหมาะสม และไม่เป็นอันตรายต่อใคร”
“ทุกครั้งที่คุณมีปัญหา คุณใช้วิธีการเดิมซ้ำ เพื่อหนีปัญหา ถ้ากลับบ้านครั้งนี้ พบปัญหาเดิมๆ อีก คุณจะใช้วิธีการอะไรในการแก้ปัญหา”

5.6 การสรุปความ (Summarizing) เป็นการสรุปเนื้อหาในการสื่อสารของพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจ และได้ยินในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังทั้งหมด อาจใช้เมื่อผู้ป่วยและพยาบาล สนทนากันหลายเรื่อง และพยาบาล ต้องการสรุปเนื้อหาสั้นๆ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของพยาบาล หรือใช้เมื่อก่อนสิ้นสุดการสนทนาในแต่ละครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์

- 5.6.1 เพื่อสรุปเนื้อหาจุดที่มีความสำคัญ
- 5.6.2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา ได้รับและเข้าใจในเนื้อหาใหม่ที่เกี่ยวข้องกัน
- 5.6.3 เพื่อธำรงรักษาจุดสำคัญของการสนทนา
- 5.6.4 เตรียมการพัฒนาเพื่อวางแผนสู่การปฏิบัติ
- 5.6.5 นำไปสู่การอภิปรายในประเด็นสรุปที่ยังไม่ชัดเจน

ตัวอย่าง

พยาบาล : “ในช่วง 1 ชั่วโมงที่ผ่านมาคุณและดิฉันคุยกันถึงเรื่อง.....”

นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคนี้ในโอกาส การเริ่มสนทนาในครั้งต่อไป เป็นการสรุปความในการสนทนาในครั้งที่ผ่านมา

ตัวอย่าง

พยาบาล : “ในครั้งที่แล้ว เราคุยกันถึงเรื่องความรู้สึกไม่สบายใจของคุณในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล.....”

ปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต พบว่า มีปัญหาของการสื่อสาร ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ หรือล้มเหลว อาจเกิดจากสาเหตุสำคัญหลายๆ ประการ บางครั้งพยาบาลอาจใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะเกิดขึ้นโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตามหรือพยาบาลเอา ประสบการณ์เดิมของตนเองที่เคยปฏิบัติแล้วได้ผลดีนำไปแนะนำผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด ต้องหยุดชะงักลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่พอใจพยาบาล หรือคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจตนเองจึงไม่อยากสนทนากับพยาบาลต่อไป สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัด อาจแบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

1. การใช้เทคนิคการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมการบำบัด (Non-therapeutic techniques of communication)

มีเทคนิคหลายเทคนิคที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นเทคนิคในการสื่อสารที่ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วยเพราะอาจทำให้เกิดอุปสรรคต่อการสนทนาได้ เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่สามารถช่วยเหลือ ไม่เข้าใจถึงปัญหาหรือความทุกข์ใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เทคนิคต่างๆ เหล่านี้ได้แก่

1.1 การให้กำลังใจที่ไม่เหมาะสม (Using reassuring cliches) คือ การให้กำลังใจที่คนส่วนมากใช้กันด้วยความเคยชิน เนื่องจากพยาบาลไม่ทราบว่าจะใช้คำพูดอะไรดี จึงใช้การให้กำลังใจด้วยวิธีนี้ เป็นการลดความวิตกกังวลของพยาบาลมากกว่าการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และถ้ามักพูดนี้แสดงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ผู้ป่วยกังวลเกินกว่าเหตุ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาเล็กน้อย ก็จะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ทุกอย่างคงจะดีขึ้นเอง”

“อย่ากังวลใจไปเลย”

“คุณทำดีที่สุดแล้ว”

“อย่าคิดมาก”

“ใจเย็นๆ ไม่มีใครโชคร้ายตลอดหรอก ทุกอย่างจะเรียบร้อยไปเอง”

“อย่าคิดมากไปเลย ไม่มีประโยชน์หรอกค่ะ”

1.2 การให้คำแนะนำ (Giving advice) คือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เป็นการบอกวิธีการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย โดยการยึดยึดความคิดเห็นและค่านิยมส่วนตัวของพยาบาลให้กับผู้ป่วย โดยที่พยาบาลเองไม่ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของผู้ป่วย พยาบาลอาจทราบสถานการณ์หรือเหตุการณ์บางส่วนที่ผู้ป่วยบอกกล่าวเท่านั้น เหตุการณ์บางอย่างผู้ป่วยเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่อาจบอกกล่าวแก่ใครได้ ถ้าหากว่าผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับวิธีแก้ปัญหที่พยาบาลเสนอให้ เขาอาจจะโกรธและเกิดความรู้สึกว่า พยาบาลไม่เข้าใจเขา แต่ถ้าผู้ป่วยยอมรับในวิธีการที่พยาบาลเสนอให้ ก็เท่ากับพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งในความเป็นจริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม ต้องพึ่งพาตนเองในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ตัวอย่าง

“คุณควรจะทำ.....”

“ทำไมคุณทำอย่างนี้ละ.....ทำไมคุณไม่ทำ.....”

วิธีการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ก็คือ พยาบาลควรจะค้นหาว่า ผู้ป่วยรู้สึกเช่นไรต่อปัญหาของเขา และคิดจะแก้ไขปัญหายังไร ถ้าวิธีการของผู้ป่วยไม่เหมาะสม พยาบาลอาจใช้วิธีการชักถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดถึงผลกระทบที่ตามมา ได้พิจารณาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ด้วยตัวของเขาเอง

ความแตกต่างของการให้ข้อมูล (informing) และการให้คำแนะนำ คือ การให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มข้อมูลให้ผู้ป่วยได้นำไปคิดพิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมต่อไป ต่างจากการให้คำแนะนำ เป็นการจำกัดความคิดของผู้ป่วย และแนะนำแนวทางที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ

1.3 การเห็นด้วยกับความคิดหรือการกระทำของผู้ป่วย (Giving approval) โดยที่ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน เป็นการคล้อยตามและยอมรับความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผลของการกระทำเช่นนี้อาจมีได้ 2 ทาง คือ ผู้ป่วยอาจพยายามสร้างความพึงพอใจให้กับพยาบาล โดยกระทำหรือปฏิบัติตามสิ่งที่พยาบาลคิดว่าถูกต้อง หรืออีกทางหนึ่งผู้ป่วยมีความคิดเห็นแตกต่างจากความคิดเห็นของพยาบาลก็จะไม่กล้าพูดต่อไป เพราะอาจจะขัดกับพยาบาลได้ จึงหยุดการสนทนาเสีย หรือถ้าต้องสนทนาต่อไปผู้ป่วยจะเปลี่ยนเรื่องการสนทนา อาจเกิดความเจ็บเกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังคิดหวัข้อการสนทนาใหม่

ตัวอย่าง

“ฉันยินดีด้วย”

“ดีละ ควรทำเช่นนั้น”

“คุณทำถูกต้องแล้ว”

“นั่นเป็นความคิดที่ถูกต้องทีเดียว”

“นั่นเป็นสิ่งที่ดีมากเลย”

1.4 การแสดงการไม่ยอมรับ (Expressing disapproval) การแสดงการไม่ยอมรับหรือไม่เห็นด้วยกับความคิด และการกระทำของผู้ป่วย เป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลใช้มาตรฐานของตนเองไปตัดสินการกระทำ และความรู้สึกของผู้ป่วย วิธีการเช่นนี้อาจเกิดผล ดังนี้

1.4.1 ผู้ป่วยไม่พอใจหรือโกรธได้

1.4.2 ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลดศักดิ์ศรีและสถานะของตนเอง

1.4.3 ผู้ป่วยรู้สึกว่าศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองถูกทำลาย

1.4.4 ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับและไม่ได้รับการเข้าใจจากพยาบาล

ตัวอย่างเช่น

“คุณไม่ควรทำอย่างนั้น”

“คุณควรเลิกกังวลได้แล้ว”

“คุณควรเลิกคิดถึงเรื่องการกลับบ้านได้แล้ว เพราะมันไม่ช่วยให้คุณดีขึ้นเลย”

“ฉันคิดว่าคุณควรทำตัวเสียใหม่ มิฉะนั้นแล้วคุณไม่ได้กลับบ้านแน่ๆ”

“การแกล้งคนอื่น เป็นสิ่งไม่ดี เป็นพฤติกรรมของพวกอันธพาล คุณไม่ควรทำเช่นนั้นอีก”

“นั่นเป็นสิ่งที่แย่มาก”

“ฉันคิดว่าคุณควรทำตัวให้ดีกว่านี้”

1.5 การเห็นด้วยกับผู้ป่วย (Agreeing) การกล่าวรับ แสดงการเห็นด้วยกับผู้ป่วย เป็นการจำกัดไม่ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิดภายหลังที่ผู้ป่วยได้พูดไปแล้ว เป็นการยืนยันในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดว่าถูกต้อง โดยไม่ได้คำนึงถึงสิ่งที่ควรจะเป็น หรือความคิด ความหลงผิดของผู้พูด ดังตัวอย่าง เช่น

“ฉันเห็นด้วย”

“นั่นเป็นสิ่งที่ถูกต้องที่สุดสำหรับคุณ”

1.6 การไม่เห็นด้วยกับผู้ป่วย (Disagreeing) การกล่าวแย้งผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยพูดจบ จะทำให้ผู้ป่วยโกรธ เพราะเข้าใจว่าพยาบาลไม่สนใจ ไม่พิจารณาอย่างถ้วนถี่ว่าผู้ป่วยต้องการบอกกล่าวอะไรให้พยาบาลทราบ เป็นการแสดงให้เห็นว่า พยาบาลไร้สมรรถภาพในการฟังอย่างตั้งใจ พยาบาลที่ขาดทักษะในการฟังไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ การกล่าวแย้งผู้ป่วยนอกจากทำให้ผู้ป่วยโกรธแล้ว ผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองอาจจะไม่แน่ใจในตนเองมากยิ่งขึ้น อาจไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นอีกต่อไป หรือในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ก็จะยึดมั่นในความคิดของตนเอง ทำให้คัดค้านพยาบาล ตัวอย่างเช่น

“คุณเข้าใจผิดค่ะ”

“ไม่จริงหรอกค่ะ”

“ไม่ใช่อย่างนั้นแน่นอนค่ะ”

1.7 การกล่าวแก้ตัว (Defending) เป็นการพูดเพื่อปกป้องบุคคลหรือสถาบันที่พยาบาลหรือผู้ป่วยเกี่ยวข้อง อยู่ให้พ้นข้อกล่าวหา ตัวอย่างเช่น

“โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลที่ดีแห่งหนึ่ง”

“พยาบาลที่นี่ไม่โกหกคุณหรอก”

“คุณหมอ...เป็นจิตแพทย์ที่เก่งมากค่ะ”

“ดิฉันมั่นใจว่าคุณหมอต้องรักษาคุณหายแน่ๆ ค่ะ”

“คุณ...เป็นพยาบาลที่มีความสามารถมากเป็นไปไม่ได้ที่เขาจะไม่ดูแลคุณ”

การพูดเช่นนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลไม่เคารพสิทธิและความคิดเห็นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับสนทนาต่อไป เพราะไม่สามารถที่จะเสนอความคิดเห็นของตนเองได้ และยังเกิดความรู้สึกว่าพยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกของเขา

1.8 การขอคำอธิบาย (Requesting an explanation) การให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลของความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการใช้คำถามว่า “ทำไม” (Why) ซึ่งการใช้คำถามแบบนี้มักทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกสอบสวน เพราะทำความผิด อาจกระทบกระเทือนความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยได้ การใช้คำถามลักษณะนี้ มักจะนำไปสู่การใช้เหตุผลต่างๆ ซึ่งเหตุผลนั้นจะมีบางส่วนที่ไม่เป็นจริงได้ หรืออาจเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย การขอให้ผู้ป่วยอธิบายความคิด ความรู้สึกการกระทำของเขาอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจโดยไม่จำเป็น เพราะบางครั้งผู้ป่วยก็ไม่ทราบว่าทำไมเขาจึงทำในสิ่งที่เขาทำไป และเขาอาจบอกไม่ได้เช่นกันว่า ทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น ตัวอย่างเช่น “ทำไมคุณถึงรู้สึกเช่นนั้น” “ทำไมคุณถึงได้ฉุนเฉียวมากขนาดนี้” “ทำไมคุณทำอย่างนั้น” “ทำไมคุณคิดอย่างนั้น” “ทำไมคุณไม่ทำงานอาชีพอื่นที่ดีกว่านี้ล่ะ”

1.9 การพูดท้าทาย (Challenging) บางครั้งพยาบาลต้องการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าคำพูดของผู้ป่วยไม่เป็นความจริง (unrealistic idea or perception) แต่ลักษณะคำพูดของพยาบาลแทนที่จะเป็นการชี้แจงความเป็นจริง (present reality) กลับใช้คำพูดที่ท้าทาย โดยพยายามที่จะพิสูจน์ให้เห็นว่า ความคิดดังกล่าวเป็นไปไม่ได้ ตัวอย่างเช่น

“คุณมีหลักฐานอะไรที่คุณบอกว่าคุณคือพระพุทธเจ้า”

“ถ้าคุณรู้สึกว่ามีผมแล้วนี่เขาเรียกว่าอะไร”

“คุณบอกว่าคุณคือพ่อขุนรามคำแหงตัวจริง ไหนลองเล่าเหตุการณ์ในอดีตสมัยนั้นให้ฟังหน่อยซิ”

ลักษณะคำพูดดังกล่าวข้างต้นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยยืนยันในความคิดของเขา และจะพยายามหาสิ่งมาสนับสนุนความเชื่อ หรือความคิดหลงผิดนั้น จึงเป็นการยากที่จะดึงผู้ป่วยให้กลับมามีอยู่ในโลกของความเป็นจริง จึงไม่ควรนำมาใช้อย่างยิ่ง

1.10 การตอบคำถามแบบตรงไปตรงมา (Giving literal responses) เป็นการได้ตอบคำถามของผู้ป่วยโดยไม่พิจารณาเนื้อหาและความหมาย ทั้งๆ ที่บางครั้งผู้ป่วยอาจอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ทราบว่าจะอธิบายความรู้สึกหรือความวิตกกังวลที่ซ่อนอยู่ลึกๆ อยู่ในจิตใจได้อย่างไร ผู้ป่วยอาจใช้คำพูดที่สื่อความหมายบางอย่างออกมา โดยคิดว่าผู้อื่นเข้าใจในความหมายที่ตนเองสื่อออกมา ทั้งๆ ที่ความคิดนั้นค่อนข้างแปลกและไม่เหมาะสม ในขณะที่พยายามตีความหมายลักษณะคำพูดเช่นนี้ว่าเป็นแนวความคิดแบบหลงผิด (delusion idea) หรือเป็นคำพูดที่ไม่มี ความหมาย ซึ่งอาจไม่ใช่ว่าผู้ป่วยคิดเสมอไป การได้ตอบของพยาบาลจึงเป็นการส่งเสริมความคิดหลงผิดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “พวกเขากำลังจ้องมองฉันทางทีวี”

พยาบาล : “ทีวีช่องไหนละ”

ผู้ป่วย : “ฉันเป็นเหมือนจิ้งจอกที่เปลี่ยนสีไปมาได้”

พยาบาล : “ตอนนี้คุณเป็นจิ้งจอกสีอะไร”

1.11 การปฏิเสธ (Using denial) เป็นการปฏิเสธผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา โดยใช้คำพูดวิพากษ์วิจารณ์ ลักษณะน้ำเสียงและการแสดงสีหน้าที่แสดงถึงการปฏิเสธ ในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าไม่มีความหมายหรือไม่ควร จะเกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือ พยาบาลไม่สามารถที่จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยขาดความไว้วางใจการที่พยาบาลปฏิเสธก็เท่ากับปิดการสนทนารวมทั้งหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา และแนวทางแก้ไขร่วมกัน ดังตัวอย่าง

ผู้ป่วย : “ฉันไม่มีอะไรเลย”

พยาบาล : “ทุกๆ คนก็ไม่มีอะไรกันทั้งนั้น”

ผู้ป่วย : “ฉันกำลังจะตาย”

พยาบาล : “คุณยังไม่ตายหรือก็ยังหายใจอยู่”

ผู้ป่วย : “ฉันเกิดมาไม่มีญาติพี่น้อง พ่อ แม่เหมือนคนอื่น”

พยาบาล : “ทุกคนเกิดมาก็ต้องมีพ่อ แม่ ทั้งนั้น”

1.12 การเปลี่ยนหัวข้อการสนทนา (Introducing an unrelated topic) เป็นการสนทนาไม่ต่อเนื่อง อาจเปลี่ยนประเด็นหรือสนทนาเรื่องใหม่ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับที่สนทนากันในตอนแรก เมื่อพยาบาลเปลี่ยนหัวข้อสนทนาก็เหมือนกับการเปลี่ยนทิศทางการสนทนาทำให้ไม่ทราบรายละเอียดในประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา และการต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วย : “ฉันอยากตาย”

พยาบาล : “อาทิตย์นี้มีคนมาเยี่ยมคุณบ้างไหม”

1.13 การใช้คำพูดที่ข่มความรู้สึกของผู้ป่วย (Belittling feeling expressed) การใช้เทคนิคนี้ในการสนทนา ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดถึงความรู้สึกของเขาต่อไป เพราะคิดว่าเรื่องนั้นไม่น่าสนใจ และพยาบาลไม่เห็นใจหรือเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง หรือเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ไม่ควรจะนำมาใส่ใจเลย ตัวอย่างเช่น

- ผู้ป่วย : “ฉันไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร ฉันอยากตาย”
พยาบาล : “ทุกคนมีความรู้สึกเศร้าใจได้ ฉันก็เคยมีความรู้สึกแบบนี้เป็นบางครั้ง”
ผู้ป่วย : “ผมคิดถึงบ้าน อยากกลับบ้าน ผมคิดถึงลูก”
พยาบาล : “ใครที่ต้องจากบ้านนานๆ อย่างคุณ เขาก็คิดเช่นเดียวกับคุณเหมือนกัน”
ผู้ป่วย : “คนที่ป่วยเป็นโรคจิต เมื่อกลับไปบ้านแล้ว สังคมมักรังเกียจ ถ้ามีคนรู้จะไม่คบกับหนู”
พยาบาล : “ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ ก็มักประสบกับความรู้สึกอย่างที่คุณคิดเสมอ อย่าคิดมากเกินไป”
ผู้ป่วย : “ผมไม่ชอบที่เจ้าหน้าที่คอยบังคับผม”
พยาบาล : “ใช่ ใครๆ ก็ไม่ชอบเช่นเดียวกับคุณ”

1.14 การพูดซ้ำๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย (Making stereotyped responses) หรือการพูดที่เป็นแบบแผนเดียวกัน หรือการใช้เทคนิคเดิมซ้ำๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย หงุดหงิด หรือคิดว่าพยาบาลไม่มีความสามารถในการสนทนาเพื่อการช่วยเหลือ และไม่สนใจในปัญหาของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

- ผู้ป่วย : “ผมไม่สบายเป็นอะไร”
พยาบาล : “คุณคิดว่าคุณเป็นอะไรล่ะ”
ผู้ป่วย : “ผมควรจะทำอย่างไรดี”
พยาบาล : “คุณคิดว่าคุณควรจะทำอย่างไรล่ะคะ”
ผู้ป่วย : “ผมอยากกลับบ้าน”
พยาบาล : “คุณคิดว่าคุณกลับบ้านได้หรือยังล่ะคะ รักษาตัวของคุณให้ดีนะ เชื้อฟุ้งหมอมและมีส่วนร่วมในกิจกรรม คุณจะได้กลับบ้านเร็วๆ”

1.15 การใช้คำถามหลายๆ คำถามในประโยคเดียวกัน (Multiple question) อาจทำให้ผู้ป่วยจำคำถามไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถามที่พยาบาลต้องการคำตอบทั้งหมด หรือลำบากใจในการตอบคำถาม ตัวอย่างเช่น

- “เมื่อคืนคุณนอนหลับดีไหม อาหารเช้าร่อยไหม แล้วคุณรับประทานอาหารเช้ากับอะไร”
“คุณยังมีอาการหูแว่วอีกหรือเปล่า คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อมีอาการหูแว่ว เคยคิดทำร้ายใครไหม”

1.16 การปฏิเสธหรือยับยั้งความคิดเห็นที่ผู้ป่วยจะสนทนา (Rejecting) ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่อไป และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ไม่ไว้วางใจพยาบาลและไม่มั่นใจในตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับพยาบาลอีกต่อไป ตัวอย่างเช่น

- “ดิฉันไม่อนุญาตให้คุณซักถามเรื่องนี้อีก”
“ฉันไม่ต้องการได้ยินเรื่องเกี่ยวกับ.....”
“ฉันไม่อนุญาตให้คุณแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องการกลับบ้านอีก”

2. การดำเนินวิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัดไม่เหมาะสม

การดำเนินวิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัดไม่เหมาะสม มีดังต่อไปนี้

2.1 ความล้มเหลวในการฟัง (Failure to listening) ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยไม่สนใจที่จะฟังซึ่งกันและกัน พยาบาลจะต้องพยายามตั้งใจฟังผู้ป่วยพูด และต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟังในสิ่งที่พยาบาลพูดด้วย ผู้ป่วยอาจมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้ไม่สนใจฟังพยาบาลพูด พยาบาลต้องลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และพยายามให้ผู้ป่วยรับฟังในสิ่งที่พยาบาลสื่อสารออกไป

การฟังนับได้ว่าเป็นศิลปะชนิดหนึ่ง คนทั่วไปมักชอบพูดมากกว่าการฟัง พยาบาลก็เป็นมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นๆ ในเรื่องการฟัง ฉะนั้น จึงมีความจำเป็นต้องฝึกฝนการฟังอย่างตั้งใจ และจับประเด็นปัญหาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถแก้ไขปัญหาคำและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2.2 ความล้มเหลวในการแปลความหมายเนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยเล่า (Failure to interpret a message connectedly) พยาบาลอาจมีความเคยชินกับการฟังและเรียบสรุปตีความหมาย รวมทั้งนำคำนิยามมาตรฐานของพยาบาลมาตีความหมายว่าผู้ป่วยทำถูกต้อง หรือไม่ถูกต้อง การใช้เทคนิค การทวนซ้ำ สรุปความ หรือการขอความหมายในคำพูดที่พยาบาลไม่เข้าใจ ตลอดจนการสังเกตกริยา ท่าทาง (non-verbal communication) ประกอบการตีความหมาย จะช่วยให้เข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าได้อย่างถูกต้อง ถ้าหากพยาบาลเข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าอย่างผิดๆ ผู้ป่วยอาจคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจในปัญหาและความทุกข์ใจของเขา ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและถอนตัวจากไป

2.3 พยาบาลไม่สนใจในปัญหาของผู้ป่วย โดยการเปลี่ยนเรื่องพูดบ่อยๆ (Failure to remain on the topic under discussion) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลไม่ได้สนใจปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง เพราะการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย การจะสรุปว่าสิ่งใดคือปัญหาของผู้ป่วยยิ่งยากกว่าสิ่งอื่นๆ บ่อยครั้งที่พยาบาลลืมหินบาทของตนเองไป ไม่ได้สนใจเรื่องราวที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แต่ไปสนใจในเรื่องอื่นที่ผู้ป่วยเล่า เช่น พยาบาลสนใจวิธีการปลูกต้นกุหลาบที่เป็นอาชีพของผู้ป่วยมากกว่าความรู้สึกทุกข์ใจที่เกิดจากการสูญเสีย

2.4 พยาบาลพูดมากเกินไป (Talking too much) พยาบาลบางคนมักจะเคยชินกับการช่างพูด ช่างสอน ช่างแนะนำ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ เพราะคำนิยาม มาตรฐานและความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและพยาบาลไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ การที่พยาบาลพูดมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสพูดถึงปัญหาของเขา หรือผู้ป่วยอาจจะกระตุ้นให้พยาบาลพูดเกี่ยวกับตัวพยาบาลเองจะได้ไม่ต้องพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

2.5 พยาบาลพูดน้อยเกินไป (Talking too little) พยาบาลบางคนพูดน้อยเกินไป คอยรับฟังผู้ป่วยพูดฝ่ายเดียว โดยไม่ได้ตอบและซักถาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลอาจไม่สนใจปัญหาของเขา

2.6 การหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย (Failure to focus on the ill person problem) อาจจะเนื่องมาจากพยาบาลอึดอัดใจที่จะพูดถึงปัญหาของผู้ป่วย เพราะไม่มั่นใจว่าจะช่วยแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้หรือไม่ หรือขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น จึงหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหา ทำให้ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข

2.7 การให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างผิดๆ (Ineffective reassurance) เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างผิดๆ ด้วยการใช้คำพูดตามความเคยชินที่ใช้กันอยู่ทั่วไป เช่น การบอกผู้ป่วยที่กำลังมีทุกข์ว่า ทุกอย่างจะดีขึ้นเอง ซึ่งเป็นการให้กำลังใจที่ผิดๆ แก่ผู้ป่วย

2.8 การพูดในสิ่งที่คิดว่าผู้ป่วยควรจะทำ แต่แท้จริงแล้วผู้ป่วยทำไม่ได้ (Pep talk) เช่น บอกผู้ป่วยติดยาเสพติดว่า เขาควรจะเลิกถ้าไม่อยากเป็นคนติดยาเสพติดต่อไป หรือหลอกล่อให้ผู้ป่วยพูดถึงโทษของการสูบบุหรี่ และให้ผู้ป่วยสรุปว่าผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ทั้งๆที่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วย ผู้ป่วยก็จะไม่นำไปปฏิบัติยังคงสูบบุหรี่เช่นเดิม เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะปฏิบัติและไม่ได้เกิดจากความคิดของผู้ป่วยเอง

2.9 การใช้เทคนิคที่ซ้ำๆ บ่อยเกินไป (Failure to adapt communication technique) ทำให้ผู้ป่วยรำคาญและไม่พอใจได้

2.10 การตอบสนองตามแต่เฉพาะสิ่งหรือสถานการณ์ที่เห็นจริงเท่านั้น (Making only literal response) พยาบาลจะขาดการสนใจในเรื่องความรู้สึกภายในของผู้ป่วย มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดถึงความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของตนเองออกมาได้โดยตรง แต่จะใช้สัญลักษณ์หรือการแสดงออกเป็นนัยๆ หรือการพูดในลักษณะที่มีความหมายซ่อนเร้น ซึ่งพยาบาลต้องใช้การสังเกต และความละเอียดอ่อนอย่างลึกซึ้งในการคิด และทำความเข้าใจ จึงจะทราบถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ เพราะพยาบาลบางคนจะมองหรือรับรู้เฉพาะพฤติกรรมที่แสดงออกมามากกว่านอกเท่านั้น แต่ละเลยสิ่งที่ซ่อนเร้นภายในไปเสีย ซึ่งเป็นการบ่งบอกให้เห็นว่า พยาบาลไม่เข้าใจผู้ป่วยเลย เช่น

ผู้ป่วย : “พรุ่งนี้ฉันก็สบายแล้ว (เป็นคำพูดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า)”

พยาบาล : “ดีใจด้วยนะที่คุณจะสบายแล้ว”

ผู้ป่วย : “ขอบคุณคุณหมอมากที่ช่วยเหลือฉันทุกอย่างเมื่อเจ็บป่วย ถ้าชาติหน้ามีจริง ฉันขอตอบแทนหมอชาติหน้านะคะ”

พยาบาล : “ไม่ต้องตอบแทนหรอกค่ะ เป็นหน้าที่ของฉันอยู่แล้วที่ต้องคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทุกคน”

2.11 การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีธุรกิจการงานมาก (The Appearance of being too busy) จนไม่มีเวลานั่งฟังผู้ป่วยพูดได้นานๆ เช่น ในขณะที่สนทนากัน พยาบาลมองนาฬิกาบ่อยๆ หรือแสดงความวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เร่งเร้าให้ผู้ป่วยพูดเร็วๆ พูดตัดบท หรือนั่งทำงานอื่นๆ ไปด้วย ขณะสนทนากับผู้ป่วย พฤติกรรมดังกล่าวจะจำกัดการสนทนา ทำให้พยาบาลไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง จะเป็นการสนทนาในรูปแบบผิวเผิน เพราะผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลไม่สนใจปัญหาของตนเอง

สรุป

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นพื้นฐานของการพยาบาลทุกสาขา เพราะไม่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยทางกาย ก็ย่อมมีปัญหาทางจิตใจตามมาเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย การต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้พยาบาลจะสำรวจปัญหาได้หรือไม่ และวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ดีเพียงใดก็ต้องใช้เทคนิคต่างๆ ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้งสิ้น แต่พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคทางกายส่วนมากมักไม่มีเวลาในการสนทนากับผู้ป่วยมากนัก เนื่องจากต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก แต่มีเจ้าหน้าที่ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจำนวนน้อย การพยาบาลผู้ป่วยโรคทางกายโดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมามีด้วย จึงถูกละเลยไป การสื่อสารเพื่อการบำบัดจึงมีผู้นำมาใช้ไม่แพร่หลายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางกาย แต่ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช หรือในโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว มีการนำการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งที่ต้องฝึกฝนทักษะให้เกิดความชำนาญ ต้องใช้เวลาและอาศัยผู้มีประสบการณ์ช่วยประเมินผลการสนทนากับผู้ป่วย จึงจะเกิดการพัฒนาค้นเองในการผสมผสานเทคนิคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และบรรลุตามวัตถุประสงค์ในการสนทนากับผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

ปัญหาการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแนวทางแก้ไข

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นรูปแบบของการสื่อสารที่พยาบาลจิตเวชใช้ ทั้งในการประเมินปัญหาการบำบัดผู้ป่วย (Dennison, 1995 : 228) รวมทั้งประเมินผลการบำบัดรักษาอีกด้วย เนื่องจากการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการทำงานที่ละเอียดอ่อนในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรม การที่พยาบาลจะเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยได้นั้น จำเป็นต้องเข้าใจความคิด และอารมณ์ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน การสังเกตจากภายนอกเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดการเข้าใจผู้ป่วยอย่างชัดเจน การสื่อสารเพื่อการบำบัดจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อันจะช่วยส่งเสริมให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ แต่ในความเป็นจริงการสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นเรื่องที่พยาบาลต้องเรียนรู้และฝึกฝนทักษะให้เกิดความชำนาญ จึงจะสามารถค้นหาปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในการสื่อสารเพื่อการบำบัดในทางปฏิบัติแล้ว บ่อยครั้งที่ผู้ปฏิบัติมักเกิดปัญหาในการนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ เนื่องจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดประสบการณ์ ขาดความมั่นใจในการนำเทคนิคไปใช้ โดยเฉพาะกับผู้เริ่มฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นครั้งแรก เช่น นักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ ทั้งที่เคยฝึกอบรมการพยาบาลจิตเวชมาก่อนหรือยังไม่เคยฝึกอบรม ปัญหาและแนวทางแก้ไขต่อไปนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการสื่อสารเพื่อการบำบัดในทางปฏิบัติ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ได้จากการตรวจรายงานของนักศึกษาพยาบาล ดังรายละเอียด

1. ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการสื่อสารเพื่อการบำบัดในทางปฏิบัติ ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด พยาบาลจะพบปัญหาอุปสรรคหลายประการ ซึ่งปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่จะนำเสนอต่อไปนี้ ได้ประยุกต์มาจากทัศนาบุญทอง และจารุวรรณ ต. สกุล (2544) ซึ่งได้รวบรวมเอาไว้ ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียนในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยมานานกว่า 20 ปี จึงได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมจากเดิมบ้าง และได้เสนอปัญหาอุปสรรคที่ผู้เขียนเคยประสบด้วยตนเอง หรือจากการเป็นที่ปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยที่ผู้เขียนเป็นหัวหน้าตึกในขณะนั้น ทั้งนี้อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และมีแนวทางแก้ไข ดังต่อไปนี้

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ด้านผู้ป่วย	
1. ผู้ป่วยไม่มาตามนัด	1.1 ตามหาผู้ป่วย 1.2 สอบถามถึงเหตุผลที่ไม่มาตามนัด 1.3 นัดหมายใหม่ อาจต้องจัดเวลา และสถานที่ใหม่ 1.4 เตือนผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด หรือเวลานัดหมาย 1.5 หากผู้ป่วยอ่านหนังสือได้ จดวัน เวลา นัดให้ผู้ป่วยในใบนัด

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
2. ผู้ป่วยมาพบตามนัด แต่มาช้าเป็นประจำ	2.1 พิจารณาว่าผู้ป่วยรู้จักเวลาหรือไม่ (ผู้ป่วยที่มีอาการมากบางรายอาจไม่รู้จักเวลาและสถานที่) 2.2 ค่อยเตือนกับผู้ป่วยเรื่องเวลานัดที่เคยตกลงไว้ว่าเริ่มเวลาทำไต่ และเลิกเวลาทำไต่ 2.3 พยายามไปให้ตรงเวลาและรอผู้ป่วย ณ สถานที่นัดอย่างสงบ 2.4 พูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องเหตุผลที่มาพบช้ากว่าเวลานัด 2.5 บอกถึงระยะเวลาในการพบกับผู้ป่วยที่เหลืออยู่ 2.6 จบการสนทนาตามเวลาที่กำหนดไว้
3. ผู้ป่วยขอให้การสนทนาจบเร็วๆ กว่าเวลาที่กำหนดไว้ หรือขอเปลี่ยนกำหนดการนัด	3.1 สำรวจความต้องการที่ขอเช่นนั้น 3.2 บอกรายละเอียดใหม่ ถึงเรื่องเวลา กำหนดการนัดหมาย ตามที่ตกลงกันไว้ในการพบครั้งแรก 3.3 นัดหมายใหม่ตามความเหมาะสมของทั้งสองฝ่าย
4. ผู้ป่วยลุกออกไปจากการสนทนาอย่างกะทันหัน	4.1 ถามว่า “คุณกำลังจะไปไหน” 4.2 หากเหตุผลและความจำเป็น เป็นสิ่งที่สามารถรอได้ ขอร้องให้ผู้ป่วยอยู่สนทนาต่อ 4.3 และหากผู้ป่วยยืนยันจะออกไป พยายามบอกผู้ป่วยว่า “ดิฉันจะนั่งรอคุณอยู่ที่นี้จนกระทั่งเวลา” (ตามกำหนดของเวลานัดในครั้งนั้น) 4.4 พยายามนั่งรอในห้องนั้นอย่างสงบ เพื่อรอการกลับมาของผู้ป่วย โดยไม่ออกไปจากที่นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ไปทำกิจกรรมอื่นๆ แทน
5. เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้ป่วยมาตามนัด แต่พยายามปิดประตูห้อง (ใส่กลอนด้วย) ทุกบานในห้อง โดยให้เหตุผลกับพยาบาลว่า “จะได้ไม่มีใครมารบกวนขณะคุยกับพยาบาล”	5.1 ตั้งสติด้วยท่าทางที่สงบ (โดยเฉพาะกรณีพยาบาลเป็นผู้หญิงและผู้ป่วยเป็นผู้ชาย) 5.2 ถามเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการปิดประตูในกรณีที่ผู้ป่วยไม่บอก หรือบอกไม่ชัดเจน 5.3 บอกผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ อย่าแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลกำลังตำหนิการกระทำของเขา เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีเจตนาอย่างอื่นแอบแฝงจริงๆ เช่น “การที่คุณปิดประตูห้องหมดทุกบาน อาจทำให้ผู้ป่วยอื่นที่ต้องการการช่วยเหลือจากดิฉันในกรณีเร่งด่วนไม่สามารถติดต่อกับดิฉันได้ เพราะดิฉันต้องดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ในตึกนี้ด้วย”

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	5.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยยังยืนยันที่จะปิดห้องเช่นเดิม อาจถามความรู้สึกจากผู้ป่วยว่า “ถ้าคุณเป็นผู้ป่วยคนอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือจากคณิน แต่ไม่สามารถเข้ามาพบกับคณินได้ เพราะห้องถูกปิด คุณจะรู้สึกอย่างไร” 5.5 ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าขณะสนทนาจะไม่มีใครรบกวน ถ้าไม่มีความจำเป็น (เป็นประสบการณ์ตรงของผู้เขียน ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยให้ความร่วมมือตามที่พยาบาลแนะนำ)
6. สนทนาได้ดีตลอด แต่หยุดชะงัก และเงียบนานผิดปกติบางช่วง	6.1 พยาบาลต้องไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป 6.2 วิเคราะห์หาสาเหตุที่เกิดขึ้น และมีอะไรมาเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงนั้น เช่น มีเจ้าหน้าที่นักศึกษา หรือผู้ป่วยอื่น เดินเข้ามาในห้องนั้น ทำให้การสนทนาหยุดชะงัก ขอให้ผู้ที่เข้ามาในห้องออกข้างนอกก่อน เพื่อผู้ป่วยจะได้สนทนาต่อไป หรือผู้ป่วยกำลังพูดถึงประเด็นสำคัญในเรื่องหนึ่งเรื่องใด แล้วหยุดชะงัก ให้จับประเด็นนั้นมาค้นหาสาเหตุต่อไป 6.3 ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความลับที่ผู้ป่วยไม่อยากจะรู้ พยาบาลยืนยันว่าจะรักษาความลับของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นอีกครั้ง
7. ผู้ป่วยร้องไห้ พรั่งพรู	7.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ความรู้สึก โดยใช้การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting of feeling) 7.2 สัมผัสมือผู้ป่วยเป็นการให้กำลังใจ และถ่ายทอดความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7.3 ปลอบใจ และให้กำลังใจ 7.4 อย่าให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ใดๆ ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีอารมณ์ความรู้สึกรุนแรงควรให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกจนอารมณ์ผู้ป่วยสงบลง 7.5 อารมณ์ผู้ป่วยสงบและดีขึ้น สังเกตได้จากการร้องไห้ลดลง ท่าทางดูสงบมากขึ้น อาจมีคำถามเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาล
8. ผู้ป่วยก้าวร้าว ไม่พอใจในชั่วโมงการสนทนา อาจพูดจาก้าวร้าว ตบโต๊ะ ฯลฯ	อาจเกิดขึ้นได้โดยมีสาเหตุต่างๆ ดังนี้ ญาติไม่มาเยี่ยมตามกำหนดนัด อาการกำเริบ มีเรื่องไม่พึงพอใจเพื่อนผู้ป่วย

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	ด้วยกันเป็นต้น เมื่อถึงกำหนดเวลาสนทนา พยาบาลควรทราบอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยล่วงหน้า โดยการศึกษาจากประวัติ หรือถ้าไม่ทราบล่วงหน้า มีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้ 8.1 มีสติ ตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) ขณะสนทนากับผู้ป่วยประเภทนี้ แต่อย่าแสดงท่าทางหวาดกลัวผู้ป่วย 8.2 ให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ความรู้สึกไม่พอใจที่อยู่ในขอบเขต 8.3 รักษาระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลอย่างน้อย 1 ช่วงแขน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้าย 8.4 หากผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายผู้อื่น และข้าวของพุดจาด้วยคำพูดสั้นๆ ถึงผลที่จะตามมาจากการกระทำนั้นๆ 8.5 ถ้าอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยสงบ สามารถสนทนาต่อไปจนยุติตามเวลาที่กำหนด 8.6 สังเกตถ้าผู้ป่วยอารมณ์ไม่สงบแต่กลับรุนแรงมากขึ้น ไม่ฟังเหตุผล ยุติการสนทนาและอาจต้องฉีดยา PRN และจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยรวมทั้งบอกถึงวัตถุประสงค์ที่พยาบาลต้องกระทำเช่นนั้นให้ผู้ป่วยทราบ
9. ผู้ป่วยซักถามเรื่องส่วนตัวของพยาบาล	9.1 ตอบคำถามสั้นๆ เฉพาะข้อมูลทั่วไปที่เป็นจริง 9.2 สอบถามเหตุผลของการซักถาม 9.3 เน้นเรื่องการสนทนาเข้าสู่หัวข้อที่กำลังสนทนา
10. ผู้ป่วยขอให้พยาบาลนำข้อมูลที่พยาบาลบันทึกนำไปให้แพทย์ประจำตัวหรือนำไปให้เจ้าหน้าที่คนอื่นๆ	10.1 อภิปรายร่วมกับผู้ป่วย เพื่อสำรวจเหตุผลในการกระทำเช่นนั้น 10.2 สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยอธิบายหรือพุดกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ (ที่ผู้ป่วยอ้างถึง) ด้วยตัวผู้ป่วยเอง 10.3 เสนอตัวที่จะไปเป็นเพื่อนหากผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจว่าจะไปพุดคุยด้วยตัวเองได้ รวมทั้งให้การสนับสนุนในการที่จะให้ผู้ผู้ป่วยได้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นด้วย
11. ผู้ป่วยขอให้พยาบาลนำจดหมายที่ผู้ป่วยเขียนส่งให้ญาติที่อยู่ทางบ้านขณะสนทนา	11.1 ในกรณีผู้สนทนาเป็นพยาบาลขออนุญาตเปิดอ่านจดหมายว่ามีเนื้อหาเหมาะสมหรือไม่ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง และหากเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการตาม

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	ญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน แนะนำว่าทางโรงพยาบาล มีบริการเขียนจดหมายตามญาติให้และพยาบาลยินดี ส่งจดหมายไปให้ญาติ (ในกรณีผู้ป่วยอาการดี)
	11.2 ในกรณีเนื้อหาในจดหมายไม่เหมาะสมที่จะส่งให้ ญาติ พยาบาลบอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ สามารถส่งให้ผู้ป่วยได้เพราะเหตุใด
	11.3 ในกรณีผู้สนทนาเป็นนักศึกษาพยาบาล บอก ผู้ป่วยว่าขอแนะนำจดหมายของผู้ป่วยปรึกษากับ พยาบาลประจำตึกก่อนว่าสามารถส่งให้ได้หรือไม่
12. ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ยอมให้พยาบาลจดบันทึกข้อมูล การสนทนา	12.1 พยาบาลฟังการปฏิเสธอย่างสงบ 12.2 อธิบายความจำเป็นของการจดบันทึกและเหตุผล ที่ต้องการ 12.3 ค่อยๆ เรื่องการเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ข้อมูลจะมีผู้รับทราบเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ตัวผู้ป่วยเท่านั้น 12.4 อธิบายถึงประโยชน์ของการบันทึก เพื่อเป็น แนวทางในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 12.5 หากหลังจากอธิบายและสนทนาร่วมกับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังไม่ยินยอมให้บันทึก พยาบาลต้องจด การบันทึก แต่ให้รับสรุปการสนทนาทันที เมื่อยุติ การสนทนาแต่ละครั้ง
13. ผู้ป่วยต้องการอ่านข้อความที่บันทึก	อนุญาตให้อ่านได้ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะรับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับตนเอง
14. ผู้ป่วยตั้งคำถามว่าจะมีใครอ่านบันทึกที่พยาบาล บันทึกเกี่ยวกับตนเองบ้าง	14.1 อธิบายให้ชัดเจนว่า จะมีใครบ้างที่จะอ่านข้อมูลเหล่านี้ ให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าข้อมูลเหล่านี้จะมีผู้รับทราบบ้างก็ จะเป็นบุคคลในทีมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาลโดยตรงเท่านั้น และเป็นความลับสำหรับ บุคคลอื่นๆ 14.2 อภิปรายเรื่องข้อตกลงที่ได้เคยสนทนากันมาก่อน
15. ผู้ป่วยเรียกชื่อพยาบาลโดยเรียกชื่อเฉยๆ (ไม่มีสรรพนามนำหน้า เช่น คุณ...หรือเรียกชื่อเล่นของ พยาบาลตามเพื่อนร่วมงานในสถานบริการ)	15.1 อภิปรายกับผู้ป่วยเรื่องความแตกต่างระหว่าง ความสัมพันธ์ทางสังคมกับความสัมพันธ์เพื่อ การบำบัด

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	15.2 ไม่ตอบโต้ผู้ป่วยให้นั่งและสงบ 15.3 อภิปรายเหตุผลกับผู้ป่วยในการกระทำเช่นนั้น 15.4 สนทนา อภิปรายถึงเรื่องวิธีปฏิบัติซึ่งใช้กันโดยทั่วไปในหน่วยงานหรือสถานบริการ ซึ่งผู้ป่วยเข้ามารักษานี้
16. ผู้ป่วยไม่ต้องการพูดคุย	16.1 นั่งเงียบๆ ด้วยความสงบ 16.2 มองสบตาผู้ป่วยด้วยความใส่ใจและมีท่าทีที่เป็นมิตร 16.3 สังเกตกิริยา ท่าทางหรือการสื่อความหมายที่ไม่ใช้วาจาจากผู้ป่วย 16.4 ใช้คำถามปลายเปิดที่เปิดช่องให้ผู้ป่วยได้ตอบ อาจพูดขึ้นเป็นระยะๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตอบอะไรออกมา เช่น “คุณกำลังคิดอะไรอยู่” “ดูเหมือนคุณกำลังใช้ความคิด” 16.5 นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคการเสนอความช่วยเหลือเช่น “ดิฉันจะนั่งเป็นเพื่อนคุณจนกว่าคุณพร้อมที่จะเล่าเรื่องไม่สบายใจให้ดิฉันฟัง” “ดิฉันยินดีรับฟังเรื่องราวที่ทำให้คุณต้องคิดมากหรือไม่สบายใจ” กล่าวซ้ำเรื่องเวลาที่เหลืออยู่ตามการนัดหมายที่ได้ “กำหนดไว้ เช่น “เวลาของเราเหลืออีก 15 นาทีนะคะ”
17. ผู้ป่วยกล่าวว่า “ฉันไม่มีอะไรจะพูด” หรือ “ฉันไม่รู้”	17.1 ลองตั้งคำถามใหม่ หากประเมินตนเองพบว่าพยาบาลถามคำถามที่ไม่เหมาะสมออกไป 17.2 อาจเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการทดสอบความอดทน ความตั้งใจจริงของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย พยาบาลจึงควรนั่งฟังอย่างสงบรอดูทำที่ผู้ป่วยด้วยความอดทน 17.3 ลองประเมินความรู้สึกของพยาบาล เมื่อได้ฟังคำพูดในลักษณะนี้จากผู้ป่วยหากมีความรู้สึกที่มีอคติหรือเริ่มเบื่อบ่อยๆ ให้ปรับความรู้สึกของตนเอง เพราะบางครั้งผลของความรู้สึกดังกล่าวอาจแสดงออกมาทางกิริยาท่าทางของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลไม่สนใจหรือ ตั้งใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยจริงๆ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	17.4 ให้องค์ผู้ป่วยในแง่ดี 17.5 สืบค้นปัญหาของผู้ป่วยต่อไป 17.6 เปลี่ยนวิธีเริ่มต้นการสนทนาใหม่
18. ผู้ป่วยบอกพยาบาลไม่ให้เข้าใกล้ หรืออาจพูดว่า “อย่ามาวุ่นกับฉัน”	18.1 ให้ฟังอย่างสงบ 18.2 ประเมินระดับความไม่เป็นมิตร (hostility) ของผู้ป่วย 18.3 พิจารณาจากข้อมูลที่เหมาะสมที่ได้และปฏิบัติตามที่เหมาะสม อาจกระทำได้ ดังนี้ 1. ไปจากผู้ป่วย โดยสัญญาแก่ผู้ป่วยว่าจะมาพบใหม่ 2. รออยู่กับผู้ป่วยโดยสังเกตและสืบค้นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีอยู่ และให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและเหตุผลที่มีความรู้สึกนั้นๆ 18.4 กรณีมีความไม่เป็นมิตรมาก และอาจทำร้ายผู้อื่น และทรัพย์สินได้ อาจพิจารณาให้ยา PRN หรือจำกัดพฤติกรรม
19. ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อพยาบาล เช่นเกิดความรู้สึกรัก ชอบ หรือเกลียดพยาบาล	19.1 สืบค้นเหตุผลที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อพยาบาล เช่น รักพยาบาลเพราะพยาบาลมีบุคลิกคล้ายมารดาที่เสียชีวิตไป หรือเกลียดพยาบาลที่พยาบาลมีหน้าตาคล้ายคนที่เคยแย่งสามีหรือคนรักของผู้ป่วย 19.2 อธิบายเหตุผลความเป็นจริงให้แก่ผู้ป่วยทราบ 19.3 อดทน ใจเย็นต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจต้องใช้เวลา 19.4 เน้นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ 19.5 ย้ำวัตถุประสงค์ของการสนทนาเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้แก่ปัญหาตามสถานการณ์ที่เป็นจริง 19.6 ปรีกษาพยาบาลหัวหน้าตึก ผู้ตรวจการหรือพยาบาลอาวุโส 19.7 หากปัญหาต่างๆ ยังไม่คลี่คลาย อาจต้อง Refer case ให้พยาบาลคนอื่น
20. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเสียใจ โกรธ พึงพิงพยาบาล อาจมีความรู้สึกถูกทอดทิ้ง ปฏิเสธการสิ้นสุดสัมพันธภาพ	20.1 บอกวัตถุประสงค์ในการสนทนา ระยะเวลาในการพบกันและสิ้นสุดสัมพันธภาพให้ชัดเจนตั้งแต่พบกันครั้งแรก 20.2 เตรียมตัวซ้ำอีกก่อนการสิ้นสุดสัมพันธภาพ 20.3 ลดจำนวนครั้งในการสร้างสัมพันธภาพให้น้อยลง 20.4 เปลี่ยนสถานที่ในการสนทนา

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	20.5 สืบค้นเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการสิ้นสุดสัมพันธภาพ 20.6 บอกเหตุผลของพยาบาลที่ต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพว่าไม่ใช่การทอดทิ้งผู้ป่วย แต่จะเป็นผลดีกับผู้ป่วยในการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่อื่น เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการได้กลับไปบ้าน
ด้านพยาบาล	
1. พยาบาลเป็นฝ่ายมาช้ากว่าเวลานัดหมาย หรือต้องขอเปลี่ยนเวลานัดหมาย	1.1 ให้แจ้งผู้ป่วยโดยตรง หรือผ่านทีมบุคลากรทางการพยาบาลที่จะส่งข่าวให้ผู้ป่วยทราบ 1.2 ขอโทษและให้เหตุผลความจำเป็นที่ต้องขอเลื่อน 1.3 นัดหมายใหม่ให้เหมาะสม
2. พยาบาลใหม่เรียกผู้ป่วยโดยเรียกชื่อเฉยๆ (ไม่มีสรรพนามนำหน้า เช่นคุณ....หรือนาย....)	2.1 อภิปรายกับพยาบาลเรื่องความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพทางสังคมกับสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2.2 อธิบายถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติในสถานบริการ และขอควรปฏิบัติตามที่ได้ปฏิบัติกันมา 2.3 อภิปรายเหตุผลที่กระทำเช่นนั้น 2.4 อภิปรายผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่า และการยอมรับนับถือต่อผู้ป่วย
3. ระยะเวลาของการสนทนาจะจกกลางคัน เพราะผู้ป่วยอื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นเข้ามาโดยไม่ทราบล่วงหน้า หรือมีความจำเป็นต้องการขอพบ	3.1 บอกกับผู้ที่เข้ามากลางคันว่ากำลังอยู่ในระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้รอสักครู่ บอกเวลาประมาณในการสนทนาเสร็จให้ทราบ 3.2 หากมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยอื่นทะเลาะวิวาทกัน หรือผู้ป่วยรายอื่นอยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการความช่วยเหลือ บอกเหตุผลความจำเป็นให้ผู้ป่วยที่กำลังสนทนาทราบ และขอให้ผู้ป่วยรอสักครู่ และจะกลับมาสนทนาเช่นเดิม
4. คำถามของพยาบาลไปกระทบกับเหตุการณ์หรือบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจหรือหงุดหงิด	4.1 ไม่เป็นไร ไม่ต้องตกใจ แสดงว่าคำถามจะต้องไปกระทบความรู้สึกบางอย่างของผู้ป่วย และน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ปัญหา 4.2 อย่าเปลี่ยนเรื่อง ให้มุ่งการสนทนาที่ประเด็นดังกล่าวนี้ 4.3 ยกประเด็นขึ้นมาให้ชัดเจนอีกครั้ง 4.4 ช่วยผู้ป่วยให้ระลึกถึงประเด็นว่าอาจเป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเอง

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
5. พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะสนทนาคำพูดซ้ำๆ (เพราะคิดอะไรไม่ออก ไม่รู้จะตอบอย่างไร ไม่รู้จะใช้เทคนิคอะไรต่อไป)	4.5 พยายามแยกแยะปัญหาจากข้อมูลให้ละเอียด ฟังระวังอย่าให้เป็นเรื่องออกนอกทาง หรือระวังอย่ารบกวนเกินไปถ้าหากผู้ป่วยยังไม่พร้อมให้ค่อยๆ คุยไปเรื่อยๆ และบันทึกประเด็นสำคัญเหล่านี้ไว้ เพื่อจะได้สืบค้นต่อไปเรื่อยๆ ในครั้งต่อไป 5.1 ต้องขอชมเชยที่มีความตระหนักรู้ในตนเองอย่าเพิ่งหมดกำลังใจ พยายามต่อไป โดย 5.2 ศึกษาเทคนิคต่างๆ ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด 5.3 ลองฝึกทักษะการนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้กับผู้ป่วยบ่อยๆ 5.4 เสนอแนะกับการถูกปฏิเสธจากผู้ป่วย 5.5 เสนอแนะกับการที่ผู้ป่วยอาจโกรธพยาบาล 5.6 เสนอแนะกับการที่ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธไม่ยอมพบพยาบาล 5.7 ให้ทบทวนข้อมูลจากการสนทนาที่ได้จดบันทึกไว้ และวิเคราะห์โดยละเอียด เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาต่อไป (1.) การสื่อสารที่ซ้ำๆ นั่นคือ เทคนิคอะไร (2.) ค้นหาประเด็นที่เรามองข้าม (3.) ลองค้นหาวิธีสื่อสารใหม่จากการบันทึก (4.) พยายามใหม่ในการสนทนากับผู้ป่วยในการนัดหมายครั้งต่อไป 5.8 ฝึกให้ตนเองเป็นคนไวต่อการสื่อสารที่ผิดพลาด และเรียนรู้ที่จะพยายามใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น 5.9 ปรึกษาหัวหน้าตึก ผู้ตรวจการ พยาบาลอาวุโสกว่า หรือบุคลากรในทีมสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์
6. พยาบาลรู้สึกเบื่อหน่าย ผู้ป่วยที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมหรือแนวคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา	6.1 พยาบาลต้องมีความอดทน ใจเย็นในการสนทนา ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความเชื่อหลงผิดหรือการเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย 6.2 สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองว่ามีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดหรือไม่ 6.3 ปรับแนวคิดและอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยให้เป็นเชิงบวก

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
7. วิตกกังวลในการต้องดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากพยาบาลเกรงว่า จะให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยลงมือฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง	6.4 อภิปรายถึงเหตุผลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและพฤติกรรม
	6.5 แก่ความคิด ความเชื่อ หรือหลงผิดโดยการกระตุ้นซ้ำๆ หรืออาจเป็นการ Present reality
	6.6 ประเมินผลของการให้การพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง หรืออาจปรับแนวทางในการสนทนา
	6.7 ปรีกษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญกว่า
	7.1 ศึกษาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแนวคิดฆ่าตัวตาย
	7.2 อย่างลัวที่จะถามหรือประเมินแนวคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ทั้งในด้านกริยา ทำทาง การแสดงออก และคำพูดของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และเหตุผลที่ต้องกระทำเช่นนั้น
	7.3 ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยในอดีต และสิ่งเหนี่ยวรั้งจิตใจ เพื่อนำมาช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย
8. ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแต่ละครั้ง พยาบาลรู้สึก หดหู่ใจ จิตใจไม่เบิกบาน	7.4 ให้ผู้ป่วยพิจารณาผลกระทบที่จะตามมาทั้งทางบวก และทางลบจากผลของการทำร้ายตนเอง
	7.5 วางแผนให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนกับทีมการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง
	7.6 สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ควรมีการปรึกษาหารือในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ กับพยาบาลผู้มีประสบการณ์เพื่อจะได้ลดความเครียด และวิตกกังวล
	8.1 อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในชีวิตที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยเล่ารายละเอียดปัญหาที่เกิดขึ้นให้พยาบาลฟัง พยาบาลอาจมีความรู้สึกร่วมหรืออารมณ์สอดคล้องกับผู้ป่วย (Sympathy) แนวทางแก้ไข คือ พยาบาลต้องมีสติและตระหนักรู้ในตนเองว่า ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากเกิดอารมณ์ร่วมจะไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้
	8.2 ประเมินตนเองหลังสนทนาทุกครั้ง

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	8.3 ปรับสภาพอารมณ์ตนเอง โดยการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับพยาบาลผู้มีประสบการณ์ 8.4 ผ่อนคลายความเครียดโดยการอ่านหนังสือบันเทิงในช่วงพักนอน หรือฝึกคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น Muscle relaxation การฝึกหายใจ การจินตนาการ การทำสมาธิ 8.5 ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและเตือนสติตนเองก่อนสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งต่อไป
9. พยาบาลให้สิ่งของฝากต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	9.1 เป็นปัญหาที่พบได้ในนักศึกษาพยาบาลซึ่งต้องการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการสนทนา ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่ควรให้ของฝากแก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นสินจ้าง รางวัล 9.2 หากผู้ป่วยขอให้พยาบาลช่วยซื้อของให้ สามารถบอกผู้ป่วยได้ว่าจะแจ้งให้ทางคณบดีทราบ และขอเบิกเงินฝากของผู้ป่วยเพื่อไปซื้อมาให้ได้หรือแจ้งทางคณบดีให้จัดการในเรื่องที่ผู้ป่วยร้องขอ ซึ่งไม่ขัดต่อกฎระเบียบ 9.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีเงิน แต่อยากได้สิ่งของบางประการ ให้ปรึกษาหัวหน้าคณบดีเพื่อพิจารณาตามความเหมาะสม

2. ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ได้จากการตรวจรายงานของนักศึกษาพยาบาล จากประสบการณ์การตรวจรายงานของนักศึกษาพยาบาลหลายสถาบันที่มาฝึกปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า นักศึกษามีปัญหาและข้อบกพร่องในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งความผิดพลาดดังกล่าวอาจเกิดจากเป็นการฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดในครั้งแรก ยังขาดประสบการณ์ หรือยังขาดความรู้ความเข้าใจในเทคนิคต่างๆ อย่างแท้จริง สิ่งเหล่านี้สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยการฝึกปฏิบัติหลายๆ ครั้ง และเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดให้พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ได้ช่วยวิพากษ์ วิวิจารณ์ และแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความผิดพลาดของการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่อไปนี้ ได้นำมาจาก ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ และอำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2539) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องความผิดพลาดในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ร่วมกับประสบการณ์ในการตรวจรายงานนักศึกษาพยาบาลในเรื่องนี้ของผู้เขียนนานประมาณ 20 ปีกว่า ซึ่งได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งยกตัวอย่างให้เห็นอย่างชัดเจนโดยเพิ่มเติมจากการศึกษาวิจัยเดิมอีกหลายข้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาในการนำไปปรับปรุงการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ปัญหาและแนวทางแก้ไขต่อไปนี้จะมีการยกตัวอย่าง ซึ่งใช้สัญลักษณ์ดังนี้

Pt = Patient ผู้ป่วย

N = Nurse พยาบาล

ปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ได้จากการตรวจรายงานของนักศึกษาพยาบาล

2.1 การให้คำแนะนำหรือการให้ข้อมูลในจังหวะที่ไม่เหมาะสม เมื่อพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา หรือขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องภาวะสุขภาพ ฯลฯ พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล มักรีบเสนอแนวทางการปฏิบัติ หรือให้ความรู้ทันที

ตัวอย่าง

Pt : “ผมไม่อยากกินยา”

N : “คิดว่าคุณควรกินยาเพราะยาจะช่วยให้อาการทางจิตของคุณดีขึ้น คุณจะได้อาการสงบกลับบ้านได้ตามกำหนด”

แนวทางแก้ไข

การให้คำแนะนำหรือการให้ข้อมูลในจังหวะที่เหมาะสม คือ การที่พยาบาลให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเมื่อพยาบาลทราบถึงเหตุผลความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ที่ผู้ป่วยมีต่อการแสดงออกของการกระทำนั้นๆ เสียก่อนโดยใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ค้นหาปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจพอสรุปขั้นตอนง่ายๆ ดังนี้

2.1.1 ประเมินความคิด ความเชื่อ ความรู้เดิม ความรู้สึก หรือเหตุผลที่มีต่อการกระทำนั้นๆ

2.1.2 ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูล

2.1.3 ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันกับสิ่งที่พยาบาลได้สื่อสารไว้ในข้อ 2.1.2 หรือไม่

ตัวอย่าง

Pt : “ผมไม่อยากกินยา”

N : “มีอะไรที่ทำให้คุณไม่อยากรับประทานยา พอดีบอกรายละเอียดได้ไหมคะ”

Pt : “ผมกินยาที่ไร ง่วงนอนมาก อยากนอนทั้งวัน จนไม่ได้ทำอะไร เห็นเพื่อนเข้ากลุ่มอยากเข้ากับเขา เข้ากลุ่มไปก็เอาแต่นั่งหลับ”

N : “คุณมีอาการอย่างนี้มานานเท่าไรคะ”

Pt : “ประมาณอาทิตย์กว่า ก็เกือบ 8 วัน แล้ว” (ขณะพูดนั่งบนนิ้วของตนเองไปด้วย)

N : “การนอนหลับของคุณในเวลากลางคืนเป็นอย่างไรบ้าง”

Pt : “ก็หลับได้ดีไม่มีปัญหาครับ มีปัญหาแต่ตอนกลางวันที่หลับมาก ง่วงเหงาห่มเหง”

N : “อาการง่วงนอนในเวลากลางวันของคุณเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรกที่คุณมาอยู่โรงพยาบาลกับวันนี้คุณคิดว่าแตกต่างกันอย่างไร”

Pt : “ถ้าเปรียบเทียบแล้วผมว่าง่วงนอนลดลงบ้าง แต่ผมอยากไม่ให้ง่วงนอนในกลางวันเลย เห็นเพื่อนเข้ากลุ่มก็อยากเข้า แต่ก็ทำไม่ได้ง่วงนอนทุกที ถ้าขอลดยาจะได้ไหม หรือไปกินยาตอนก่อนนอนมากกว่าเดิมก็ได้ แต่ลดยากลางวันลง”

N : “จากที่คุณประเมินตนเองก็พบว่าอาการง่วงนอนดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรกๆ โดยปกติอาการง่วงนอนนี้เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่รักษาคุณ ซึ่งร่างกายจะปรับตัวได้และอาการง่วงลดลงจนใกล้เคียงปกติ ประมาณ 2 อาทิตย์ขึ้นไปหลังจากรับประทานยา แต่ถ้าผ่านไป 2 อาทิตย์แล้วอาการไม่ดีขึ้น ดิฉันจะรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาปรับ

หรือลดयाต่อไป แต่ถ้าคุณยังต้องการปรับยาให้ไปกินตอนก่อนนอนมากขึ้นเพื่อกลางวันจะได้ไม่ง่วงมากดิฉันจะปรึกษาพยาบาลหัวหน้าคึกอีกครั้งนะคะ จากที่เราคุยกันเรื่องที่คุณไม่ยอมรับประทานยา ถึงตอนนี้คุณเข้าใจว่าอย่างไร”

Pt : บอกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้ข้อมูลของพยาบาล (เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกับสิ่งที่พยาบาลสื่อสารให้ไปหรือไม่)

2.2 ไม่สรุปเมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้ง สิ่งที่พยาบาลมักหลงลืมในการสนทนาแต่ละครั้งคือการไม่สรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการสนทนาในแต่ละครั้ง ส่วนมากมักยุติการสนทนาด้วยคำพูดที่ว่า

ตัวอย่างที่ 1 N : “วันนี้ก็หมดเวลาตามที่ตกลงแล้วก็ขอยุติการพูดคุยกันเพียงเท่านี้พบกันใหม่พรุ่งนี้เวลา 13.00 น. ที่นี่นะคะ”

ตัวอย่างที่ 2 N : “วันนี้ใกล้เวลารับประทานอาหารเที่ยงแล้ว ดิฉันขอจบการพูดคุยในวันนี้เพียงเท่านี้พบกันใหม่ วันที่...เวลา...สถานที่...”

ในความเป็นจริงแล้วการสรุปความในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแต่ละครั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรวบรวมความคิด ความรู้สึก ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และแนวทางในการแก้ไขปัญหารวมทั้งการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของทั้งพยาบาล และผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ในเนื้อหาสาระที่สนทนากัน จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าการสรุปการสนทนา โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้สรุป จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวน รวบรวมความคิดว่าในเวลาที่ผ่านมาผู้ป่วยได้สนทนาเรื่องอะไรบ้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ของการสนทนาว่าสามารถช่วยตนเองได้จริง แต่หากมีเนื้อหาสาระใดที่เข้าใจไม่ตรงกันหรือขาดหายไป พยาบาลสามารถเพิ่มเติมได้ อย่างไรก็ตามอาจมีข้อจำกัดบางประการเกิดขึ้นถ้าใช้วิธีการนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจทำไม่ได้เนื่องจากยังมีอาการทางจิตค่อนข้างมาก หรือไม่พูด พยาบาลอาจเป็นคนสรุปให้ผู้ป่วยฟังด้วยประเด็นสำคัญสั้นๆ ก็ได้

2.3 การใช้คำถามที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

2.3.1 การใช้คำถามหลายคำถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบ (Multiple question) เป็นการใช้คำถามหลายคำถามใน 1 ประโยค ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้นคือผู้ป่วยรู้สึกสับสนไม่ทราบว่า จะตอบคำถามใดก่อน ทำให้วิตกกังวลเนื่องจากไม่สามารถจำคำถามได้ครบตามที่ผู้บำบัดถาม เดนนิสัน (Dennison, 1995 : 228) กล่าวในทำนองเดียวกันว่าการที่ผู้ป่วยพยายามจำสิ่งต่างๆ ที่พยาบาลพูดทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจและเกิดความวิตกกังวล ผลของการใช้คำถามแบบนี้อาจทำให้ผู้ป่วยตอบคำถามไม่ครบตามที่ผู้บำบัดได้ถามไป ตัวอย่างเช่น

N : “คุณพอจะบอกได้ไหมคะว่าเมื่อวานนี้ใครมาเยี่ยมคุณบ้าง คุณรู้สึกอย่างไรที่มีญาติมาเยี่ยม แล้วญาติบอกว่าจะมารับคุณกลับบ้านเมื่อไร คุณต้องหยุดพักการเรียนในปีนี้อีกไหม”

N : “คุณมาโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการอะไร ขาดยาหรือเปล่า ได้กลับไปดื่มเหล้าอีกไหม”

แนวทางแก้ไข ควรใช้คำถาม ถามผู้ป่วยทีละคำถาม ในกรณีที่ผู้ป่วยเงียบ ไม่ตอบคำถาม พยาบาลต้องใช้เทคนิคการเจียบอดทนและตั้งใจรอฟังคำตอบ ซึ่งเป็นการแสดงความใส่ใจ ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มสนทนาประโยคต่อไป

2.3.2 การใช้คำถาม “ทำไม” บ่อยๆ การใช้คำถาม ทำไม กับผู้ป่วย อาจเกิดเนื่องจากพยาบาลมีความเคยชินกับการใช้คำถามแบบนี้ในการสื่อสารกับผู้ร่วมงาน เพื่อนฝูงและเครือญาติในสังคม เมื่อต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย ผลของการใช้คำถามทำไม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ไม่ใช่การบำบัดรักษา ถ้าใช้เพียงครั้งหนึ่งหรือสองครั้งอาจไม่มีผลกระทบมากนัก แต่ถ้าพยาบาลใช้คำถาม ทำไม บ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด

เหมือนถูกกรรไกร คัดกัน สอบสวนให้ตอบถึงเหตุผลที่คิดหรือกระทำในเรื่องนั้นๆ อาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีปัญหาได้ ผู้เขียนเคยสนทนากับผู้ป่วยซึ่งเคยมีประสบการณ์ถูกกล่าวหาในคดีลักทรัพย์ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ถูกตำรวจซักถามโดยใช้คำถามทำไมบ่อยมาก จนรู้สึกอึดอัดใจ เหมือนถูกด้อนให้จนมุม รู้สึกเบื่อมากจึงรับสารภาพเพื่อจะได้ไม่ต้องถูกถามหรือถูกคัดค้านอีก ฉะนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดไม่ใช่ว่าการบีบคั้นให้ผู้ป่วยพูดหรือสื่อสาร แต่เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและพยาบาลให้โอกาสผู้ป่วยเมื่อพร้อมที่จะพูดหรือเล่าให้พยาบาลฟัง

แนวทางแก้ไข พยาบาลจะทราบว่าตนเองใช้คำถาม ทำไม บ่อยหรือไม่ โดยการขออนุญาตผู้ป่วยเขียนขณะสนทนา หรือเมื่อสิ้นสุดการสนทนาแล้วพยาบาลรีบบันทึกทันที ก็จะทราบว่าตนเองใช้คำถามนี้บ่อยแค่ไหน และครั้งต่อไปพยายามปรับปรุงตนเอง เตือนตนเองให้ใช้คำถามนี้น้อยลง

การเปลี่ยนคำถามทำไม เป็นคำถามอื่นๆ ที่มีความหมายใกล้เคียงกันเช่น “มีอะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณแม่ไม่รักคุณ” หรือ “เพราะอะไรคุณจึงคิดว่าแม่ไม่รักคุณ” นอกจากนี้การใช้เทคนิคอื่นมาช่วยเช่น การทวนคำพูดของผู้ป่วย (Restating) ก็สามารถใช้แทนกันได้ เช่น

Pt : “แม่ผมไม่เคยรักผมเลย”

N : “คุณบอกว่าแม่ไม่เคยรักคุณเลย”

หลังจากใช้เทคนิคการทวนความแล้ว พยาบาลควรใช้เทคนิคเงียบ (Silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยคิดทบทวนเรื่องราวถึงเหตุผลที่ทำให้ตนเองมีความคิดอย่างนั้น

2.3.3 การใช้คำถามเชิงตำหนิ บ่อยครั้งที่พยาบาลใช้คำถามเชิงตำหนิโดยไม่รู้ตัว พยาบาลควรพยายามสำรวจตนเองและปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ เพราะการใช้คำถามแบบนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ไม่ดี ตัวอย่างการใช้คำถามเชิงตำหนิ เช่น

Pt : “เวลาผมโกรธแม่ทุกครั้ง ผมรู้ว่าถ้าทำอะไรกับแม่ เช่นทุบตีแม่ก็เป็นบาปกับตัวผม ผมจะกลายเป็นลูกทมิฬ ผมก็เลยทำลายข้าวของทุกครั้งแทน”

N : “คุณคิดว่านี้คือวิธีการแก้ปัญหาที่ดีหรือคะ” หรืออาจใช้คำพูดว่า

N : “การทำลายข้าวของของคุณเป็นการแก้ปัญหาที่ดีแล้วหรือคะ”

ลักษณะคำถามดังกล่าวเป็นการแฝงการตำหนิการกระทำของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเผชิญหน้ากับพยาบาลเพราะคิดว่าตนเองถูกตัดสินว่าใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลอาจหยุดชะงักลงได้

แนวทางแก้ไข พยาบาลไม่ควรใช้คำถามเชิงตำหนิ แต่ถ้าหากเผลอใช้กับผู้ป่วยด้วยความเคยชิน และพบว่าผู้ป่วยเงียบไป ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกไม่พอใจคำถามที่ได้รับ พยาบาลควรใช้เทคนิคเงียบสักครู่ ต่อจากนั้นใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย (Reflecting feeling) เช่น

N : “คุณคงไม่พอใจในคำถามที่ดิฉันถามเมื่อสักครู่นี้”

การรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งในด้านความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเหล่านี้ออกมาเพื่อช่วยให้อารมณ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อไป

2.3.4 การใช้คำถามนำ เป็นการใช้คำถามนำให้ผู้ผู้ป่วยคิดตามที่ตนเองสงสัยว่าอาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง ทั้งในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกหรือเหตุผลในการ

กระทำนั้นๆ แต่ต้องคอยตอบคำถามที่พยาบาลถามนำตลอดเวลา ซึ่งบางครั้งพยาบาลอาจใช้ประสบการณ์เดิม หรือ ค่านิยม ความเชื่อตามวัฒนธรรมของตนเองใช้คำถามนำตลอด ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

Pt : “ที่ผ่านมามีอาการปวดตามข้อที่หมดสติตลอด แต่บางครั้งยาหมอก็ไม่ได้มาเอายา เลยทำให้ผมขาดยา อาการก็กำเริบขึ้นมาอีก”

N : “คุณไม่มีเงินมารับยาใช่ไหม”

(เป็นการใช้คำถามนำตามความคิดของพยาบาล ตามประสบการณ์เดิมที่เคยพบในผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่ได้บอกปัญหาดังกล่าว)

Pt : “ไม่ใช่หรอกครับ ตอนที่ผมมารับยารั้งสุดท้าย ผมรับยาไป 2 เดือน เผอิญเพื่อนผมชวน ไปทำงานที่กรุงเทพ ผมเลยไปกับเพื่อนๆ ก็ทำงานได้ดีไม่มีอาการ ผมก็กินยามาตลอด”

N : “พอหายหมดคุณก็เลยไม่ทราบว่าจะไปรับยาที่ไหน เพราะไม่เคยสอบถามเรื่องนี้กับ ทางโรงพยาบาลมาก่อน”(เป็นการใช้คำถามนำ)

Pt : “ก็ไม่ใช่หรอกครับ ก่อนผมจะไปทำงานกรุงเทพฯ ผมบอกให้แม่มารับยาแทนผมก่อนยา ผมหมดสัก 1 - 2 อาทิตย์และบอกความจำเป็นกับหมอด้วย แล้วให้แม่ฝากยากับเพื่อนผม ไปให้ผม แต่เพื่อนผมเขาทำยาผมหายระหว่างเดินทาง ผมเลยขาดยา และคิดว่าคงไม่เป็น อะไรเพราะไม่มีอาการผิดปกติทำงานได้ดี และคิดว่าอีก 1 เดือนก็จะกลับบ้านจะได้มา ขอยาหมอใหม่ ก็พอดีมีอาการกำเริบญาติเลยไปรับผมกลับมารักษาที่โรงพยาบาลนี้อีก”

แนวทางแก้ไข หลีกเลี่ยงการใช้คำถามนำเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายพยาบาลไม่เข้าใจปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทำให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดใช้เวลานานขึ้น แต่เป็นเวลาที่เสียไปกับการตอบ คำถามที่พยาบาลคิดว่าน่าจะเกิดกับผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยที่ค่อนข้างพูดน้อย ก็จะไม่มีอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น พยาบาลก็จะสรุปว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาตามที่ตนเองเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำตาม ปัญหาเหล่านั้น

วิธีการแก้ไขอาจใช้เทคนิคอื่นๆ มาช่วย เช่น การใช้คำพูดที่เป็นการนำให้ผู้พูดต่อ (Using general leads) “แล้วยังไงต่อไปละคะ” หรือ การทวนคำพูดของผู้ป่วย (Restating) โดยทวนคำพูดเฉพาะจุดที่เป็น สาระสำคัญซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้พูดได้เล่าต่อไป ร่วมกับการใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล (Exploring) ตัวอย่าง

N : “ยาหมอดูเหมือนไม่ได้มาเอายา อาการก็กำเริบขึ้นมาอีก” (Restating)

N : “คุณบอกว่าคุณกินยามาตลอด แต่พบว่าที่คุณมาครั้งนี้เพราะคุณขาดยา กรุณาช่วยเล่า รายละเอียดที่เกี่ยวข้องว่าเป็นอย่างไรด้วยค่ะ” (Exploring)

อย่างไรก็ตามเทคนิคที่นำเสนอมาเป็นแนวทางในการแก้ไข อาจยืดหยุ่น หรือไม่จำเป็นต้องเป็นเทคนิคที่ผู้เขียน ยกตัวอย่างให้ฟังเท่านั้น อาจใช้เทคนิคอื่นได้มากกว่านี้ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว ขึ้นอยู่กับการนำไปประยุกต์ใช้ของ พยาบาลแต่ละคน

2.4 การใช้ชั่วโมงของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจิตวัตถุประสงค์ ในการตรวจรายงาน การบันทึกการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่านักศึกษาหลายคนมักใช้ชั่วโมงนี้ในการตรวจสภาพจิตและซัก ประวัติผู้ป่วย ซึ่งในทัศนะของผู้เขียนมีความคิดเห็นว่า ชั่วโมงนี้น่าจะเป็นการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทั้งทางกาย จิตใจและสังคม และให้การช่วยเหลือจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยตัวเอง โดยเน้นปัญหาที่เกิดขึ้นแบบ Here and now

แนวทางแก้ไข จัดช่วงเวลาโดยเฉพาะในการตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและชักประวัติผู้ป่วย

2.5 การแจ้งวัตถุประสงค์ของการสนทนาไม่ชัดเจน เป็นการแจ้งวัตถุประสงค์ของการสนทนาที่กว้างเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

N : “ดิฉันจะมาพูดคุยรับฟังเรื่องราวต่างๆ ที่คุณอยากพูดอยากเล่าให้ดิฉันฟัง”

N : “ดิฉันสนใจในการเจ็บป่วยของคุณ ยินดีรับฟังเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการเล่าให้ดิฉันฟัง”

แนวทางแก้ไข พยาบาลแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการสนทนา รวมทั้งบทบาทของพยาบาลและผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในข้อสงสัยเกี่ยวกับการสนทนาได้ ตั้งแต่เริ่มสร้างสัมพันธภาพในครั้งแรก ตัวอย่างเช่น

N : “ดิฉันมาพูดคุยกับคุณในวันนี้เพื่อช่วยหาสาเหตุที่ทำให้คุณเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งความไม่สบายใจของคุณ อยากให้คุณเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด เพื่อที่คุณจะได้หาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวของคุณเอง ไม่ทราบว่า คุณมีความคิดเห็นอย่างไรคะ”

2.6 การสนทนาในลักษณะเชิงสังคม ในการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลบางครั้งพบว่าการสนทนาเชิงสังคมซึ่งไม่ใช่ในลักษณะของการบำบัด หรือบางครั้งผู้ป่วยสอบถามเรื่องส่วนตัวของพยาบาล เพราะต้องการมีสัมพันธภาพเชิงสังคมกับพยาบาล ในที่นี้ขอเสนอแนะทางแก้ไขทั้งสองประเด็น คือ

2.6.1 ผู้ป่วยสอบถามเรื่องส่วนตัวของพยาบาล ให้ปฏิบัติดังนี้

2.6.1.1 ตอบคำถามอย่างสั้นๆ เฉพาะที่เป็นความจริงและเรื่องทั่วไป

2.6.1.2 สนทนากับผู้ป่วยถึงเหตุผลหรือความต้องการข้อมูลส่วนตัวของพยาบาล

2.6.1.3 เปลี่ยนเรื่องสนทนาเพื่อนำเข้าสู่เรื่องที่สัมพันธ์กับเรื่องของผู้ป่วย

2.6.2 การสนทนาในลักษณะการสนทนาเชิงสังคม ซึ่งโดยมากจะเริ่มด้วยการสนทนาในลักษณะนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มต้น และพยาบาลสนทนาตอบโต้เชิงสังคมกับผู้ป่วย โดยลิ้มใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ตัวอย่างเช่น

Pt : “หน้าตาคุณพยาบาลเหมือนการ์ตูนญี่ปุ่นเลย ชอบดูหน้าคุณจัง”

N : “เหอะคะ เหมือนการ์ตูนตัวไหนเอ่ย เซเลอมนุ้ยหรือเปล่า”

Pt : “ทำไมคุณพยาบาลรู้ละ เก่งจัง”

การสนทนาในลักษณะดังกล่าว นอกจากจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่เหมาะสมแล้ว ยังอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างไม่ถูกต้อง และใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการสนทนาเชิงสังคม เนื่องจากการสนทนาในลักษณะดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ไม่ต้องค้นหาปัญหา หรือหาแนวทางแก้ปัญหาสภาพที่กำลังเผชิญอยู่

แนวทางแก้ไข

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลจึงต้องเตรียมตัว และตั้งวัตถุประสงค์ในการสนทนากับผู้ป่วยทุกครั้ง และกำหนดขอบเขตของการสร้างสัมพันธภาพให้อยู่ในรูปแบบของการบำบัด จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยชวนพยาบาลสนทนาในเรื่องอื่นๆ นอกประเด็น อาจถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการ จากนั้นเปลี่ยนเรื่องการสนทนาเพื่อนำเข้าสู่เรื่องที่สัมพันธ์กับเรื่องของผู้ป่วย

2.7 ไม่สามารถดำเนินการสร้างสัมพันธภาพต่อในเรื่องเดิม การที่พยาบาลไม่สามารถดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยสนทนาในเรื่องที่ทำให้พยาบาลอึดอัดใจ หรือเกิดจากการที่พยาบาลไม่สามารถวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสารได้อย่างชัดเจน จึงไม่กล้าที่จะสนทนาคือในเรื่องเดิมและเปลี่ยนเรื่องสนทนา จึงทำให้พยาบาลไม่ได้สืบค้น หรือหาข้อมูลเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังพูด และถ้าพยาบาลเปลี่ยนเรื่องบ่อยๆ จะทำให้พยาบาลไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป จากการศึกษาของวิลกินสัน (Wilkinson, 1991: 682) ก็พบว่า การสนทนาในลักษณะดังกล่าวจะทำให้พยาบาลรู้สึกปลอดภัย แต่จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยน้อยมาก ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมมาอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งแรก เพราะผมชอบดูหนังโป๊ และพอมีอารมณ์ ผมก็ไปบีบนมคนใช้ในบ้านกับเด็กสาวข้างบ้าน 4-5 คน เขาเลยพาตำรวจมาจับผมส่งโรงพยาบาล” (พูดพร้อมกับจ้องหน้าอกของพยาบาล)

N : “คะ เอ่อ คุณมาอยู่โรงพยาบาลได้กี่วันแล้วคะ”

Pt : “หลายวันแล้ว มาอยู่โรงพยาบาลผมคิดถึงบ้านมาก อยากกลับไปบ้านไปดูหนังโป๊อีก เพราะมีความสุขทางเพศมากเวลาที่มีอารมณ์ คุณหม่อว่าอีกกี่วันผมจะได้กลับบ้าน”

N : “ช่วงบ่ายมีการเข้ากลุ่มอ่านหนังสือคุณจะเข้าร่วมกลุ่มไหมคะ”

แนวทางแก้ไข พยาบาลควรมีการสืบค้น แนวทางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่ผ่านมาเมื่อมีอารมณ์ความต้องการทางเพศ และเป็นแนวทางในเชิงสร้างสรรค์ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลรอบข้าง รวมทั้งช่วงเวลาที่เกิดความต้องการทางเพศว่าส่วนมากเป็นเวลาใด และมีเหตุการณ์อะไรเป็นตัวกระตุ้น จะได้วางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย ไม่ควรเปลี่ยนประเด็น นอกจากนี้ควรรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าด้วยท่าทีที่สงบ ไม่แสดงความคิดเห็นหรือกลัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการนั่งสนทนากับผู้ป่วยที่มีประวัติความต้องการทางเพศสูง พยาบาลควรรักษาระยะห่างของการนั่งให้เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อายุผู้ป่วยจับหน้าอกขณะสนทนา

2.8 การแก้ตัวแทนผู้อื่น พยาบาลมักใช้วิธีการคาดการณ์ แก้ตัวแทนผู้อื่น เช่น บุคลากรทีมจิตเวช ญาติ เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Pt : “ญาติคงทิ้งผมแล้ว เลยไม่มาเยี่ยมผมเลย”

N : “ไม่จริงหรอกคะ ที่ญาติยังไม่มาเพราะเขาอาจไม่ว่างก็ได้”

Pt : “อาหารของโรงพยาบาลไม่อร่อยเลย ผมไม่ชอบ ผมอยากกลับไปกินข้าวบ้าน อร่อยกว่ากันตั้งเยอะ”

N : “อาหารของโรงพยาบาลอร่อยที่สุดแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับราคา 70 บาท ค่ออาหาร 3 มื้อ”

การแก้ตัวแทนผู้อื่นในลักษณะดังกล่าว ไม่ใช่การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลไม่ทราบเหตุผลที่แท้จริงของญาติ หรือเจ้าหน้าที่ที่พยาบาลแก้ตัวแทนให้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าพยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกหรือปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งอาจทำให้สัมพันธภาพที่กำลังดำเนินอยู่อย่างราบรื่นอาจหยุดชะงักได้

แนวทางแก้ไข

2.8.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่ตำหนิหรือโต้แย้ง

2.8.2 ตอบข้อมูลที่สามารถแก้ไขได้ตามสถานการณ์จริง

2.8.3 ถ้าข้อมูลใดไม่แน่ใจ อย่าด่วนตอบในทำนองแก้ตัวกับผู้ป่วย แต่ให้เสนอตัวเองเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาข้อมูลเพิ่มเติม

2.8.4 หากพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความพร้อมของการให้บริการ ขอข้อมูล

รายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด และนำมาปรึกษากับผู้ที่รับผิดชอบในการแก้ปัญหาโดยตรงหรือประสานงานกับหัวหน้าทีม

2.9 ปฏิเสธการช่วยเหลือในปัญหาที่เคยช่วยเหลือไปแล้ว หรือการสนทนาแบบตัดบทไม่ให้ผู้ป่วยพูดเรื่องนี้อีกต่อไป เพราะเป็นเรื่องที่เคยพูดกันหลายครั้งแล้ว แต่ผู้ป่วยยังนำมาพูดคุยกับพยาบาลบ่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยยังกังวลกับปัญหานี้มากต้องการการช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมกลัวครับ กลัวคนมาทำร้ายผมมาก มีหนูแว่วเสียงคนขู่ฆ่าผมบ่อยๆ ถ้ายังอยู่คนเดียวยิ่งกลัว”

N : “ปัญหานี้เราเคยพูดกันหลายครั้งแล้ว และวันนี้เราก็กังใจปัญหานี้ไปแล้ว วันนี้เราจะคุยกันถึงเรื่องปัญหาอื่น”

การสนทนาดังกล่าว เป็นการปฏิเสธการช่วยเหลือ เนื่องจากพยาบาลเคยแก้ปัญหานี้ไปแล้ว แต่สำหรับผู้ป่วยการนำมาพูดคุยเรื่องเดิมแสดงว่าผู้ป่วยอาจยังคงมีปัญหาอยู่ หรือแนวทางแก้ไขที่เคยพูดคุยกับพยาบาลอาจนำไปปฏิบัติแล้วไม่ได้ผลหรือมีปัญหาในการปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงต้องนำเรื่องเดิมมาพูดคุยอีก

แนวทางแก้ไข พยาบาลต้องสนทนาในเรื่องที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องเดิม ทั้งนี้เพื่อประเมินผลการนำไปปฏิบัติว่ามีปัญหาอุปสรรคอย่างไร เพราะอะไรจึงยังเป็นปัญหา นอกจากนี้พยาบาลต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหาและช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Hummelvoll and Silva, 1994 : 14) เพื่อจะนำความสามารถดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต

2.10 ละเลยเพิกเฉยต่อปัญหาผู้ป่วยหรือคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเป็นปัญหาทางจิตเสมอ สำหรับปัญหา ในข้อนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการที่พยาบาลมุ่งเน้นที่จะค้นหาปัญหาทางด้านจิตใจ โดยละเลยต่อปัญหาทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยบอก หรือมองว่าทุกปัญหาที่ผู้ป่วยบอก เป็นปัญหาทางจิตทั้งสิ้น ทั้งๆ ที่บางครั้งเป็นอาการของโรคทางกาย ทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคทางกายและไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ตัวอย่างการละเลยเพิกเฉยต่อปัญหาผู้ป่วย เช่น

Pt : “ตอนนี้ดิฉันเจ็บข้อเท้าเดินไม่ค่อยสะดวก อยู่บ้านก็กินยาแก้ไข้ แก้ไข้ก็เสบเป็นประจำ พอมาอยู่โรงพยาบาลลิ้มเอายามาด้วยเลยไม่ได้กินยา อาการปวดข้อเลยกำเริบดิฉันอยากได้ยากินแก้ปวดข้อ”

N : “สำหรับเรื่องที่ดิฉันจะคุยกับคุณวันนี้เป็นเรื่องของสุขภาพจิตนะค่ะ”

จากตัวอย่างข้างต้นแสดงให้เห็นว่า พยาบาลขาดความเข้าใจผู้ป่วยแบบองค์รวม คือ การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลผู้ป่วยทั้งคนไม่ใช่เฉพาะอาการป่วยทางจิต การช่วยเหลือดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลไม่ได้มุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นแต่ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ตนเองสนใจ จึงอาจทำให้การสื่อสารเพื่อการบำบัดไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับวิลกินสัน (Wilkinson, 1991 : 677) กล่าวว่า พยาบาลที่ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยจะพยายามควบคุมให้ผู้ป่วยสนทนาเฉพาะประเด็นที่ตนเองสนใจเท่านั้น

สำหรับปัญหาที่พยาบาลคิดว่าสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเป็นปัญหาทางจิตเสมอ ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมหายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่ายเหมือนจะตายให้ได้ ไม่รู้ว่าผมเป็นโรคอะไร ทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อยเปลี่ยไปหมด จนอยากอยู่เฉยๆ”

N : “คงเป็นเรื่องที่คุณวิตกกังวลเรื่องของครอบครัวที่คุณเคยเล่าให้ดิฉันฟัง ผลของความวิตกกังวลทำให้คุณเกิดอาการทางกาย หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยเปลี่ย”

ปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ เนื่องจากพยาบาลมองว่าผู้ป่วยจิตเวชมักมีอาการของโรคทางจิตเวชเสมอ ทั้งที่บางครั้งเป็นอาการของโรคทางกาย จากตัวอย่างข้างต้น ผู้ป่วยรายนี้เมื่อได้รับการตรวจร่างกายโดยการจับชีพจร

และ Heart rate พบว่ามีอัตราการเต้น 46 ครั้งต่อนาที ซึ่งเมื่อพยาบาลได้รายงานผลการตรวจร่างกายให้แพทย์ทราบ จึงได้ส่งต่อ (Refer) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการของโรคหัวใจ

จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าบางครั้งผู้ป่วยโรคทางกาย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิต เช่น อาการอะอะอาละวาด ไม่รับรู้ เวลา สถานที่และบุคคล ในช่วงที่มีอาการมาก แต่บางช่วงผู้ป่วยก็มีอาการเหมือนคนปกติทั่วไป ไป สลับกันไป ผู้ป่วยรายแรกที่คุณเขียนให้พยาบาลก็มีอาการดังกล่าว และมีปวดศีรษะและอาเจียนร่วมด้วย หลังจากสังเกตอาการและ รายงานแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว และได้รายงานถึงความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เริ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แพทย์ได้ส่ง ต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น แพทย์วินิจฉัยโรคว่ามีก้อนเนื้ออกในสมองหลังจาก CT scan ให้ผู้ป่วย

สำหรับรายที่สองมีอาการคล้ายคลึงกับผู้ป่วยรายแรก เมื่อตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีก้อนกลมๆ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 ซม. อยู่ตามกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และจากประวัติผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเคยรับประทาน เนื้อหมูดิบๆ เนื่องจากเคยทำงานกับชาวเขาและร่วมรับประทานหมูป่ากับชาวเขาเป็นเวลาเกือบ 2 ปี ซึ่งเป็นหมูป่าที่ ล่ามาได้ ภายหลังจากรายงานแพทย์ทราบ แพทย์ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเช่นกัน ผลของ CT scan พบว่ามีก้อนถุงน้ำ (Cyst) ของพยาธิตัวตืดหมูอยู่ในเนื้อสมองเช่นกัน จากกรณีตัวอย่างที่กล่าวถึงมีอาการสำคัญ ที่ญาตินำส่งโรงพยาบาล เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ควบคุมตนเองไม่ได้ และไม่รู้เรื่องขณะมีอาการ แต่บางช่วงก็จะรู้เรื่องดี

แนวทางแก้ไข พยาบาลที่สนทนากับผู้ป่วยควรมีความรู้ทั้งอาการของโรคทางกายและโรคทางจิตเวช เพื่อจะได้รวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหา วางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับอาการของโรค ไม่ควรละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก โดยทำการตรวจร่างกายและซักประวัติเกี่ยวกับอาการโดยละเอียด หากไม่แน่ใจว่าเป็นโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช การปรึกษากับพยาบาลอาวุโส หัวหน้าตึก หรือพยาบาลผู้ตรวจการ หรืออาจจัดประชุมในรูปของ Case conference อาจช่วยป้องกันการผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ และรายงานแพทย์ถึงอาการดังกล่าวเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่าง ถูกต้องกับอาการของโรคอย่างทันที่

2.11 พยาบาลให้ผู้ป่วยยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต ในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมหรือยังไม่ไว้วางใจ พยาบาล ตัวอย่างเช่น

N : “คุณบอกได้ไหมคะว่าเพราะอะไรคุณจึงต้องมาโรงพยาบาล”

Pt : “ก็ไม่มีอะไรมาก ผมเพียงสงสารคนจน เอาเงินแล้วก็ข้าวของภายในบ้านไปแจกคนที่ยากจน แล้วก็ขายนาฬิกาข้อมือที่มีลูกกำมาซื้อในราคาทุนเพราะผมไม่อยากเอากำไรมาก เราได้ กำไรจากการขายให้คนอื่น ๆ มากพอแล้ว ก็น่าจะลดๆ ให้เขาบ้าง พ่อก็ไม่พอใจหาว่าผม เป็นบ้า อาการกำเริบ ผมว่าไม่ใช่ซะ พ่อผมนั่นแหละมีอาการมากกว่าผมอีก น่าจะเอามา รักษา ไม่ใช่ผมๆ ปกติดีทุกอย่าง”

N : “ที่คุณเล่าอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ญาติคิดว่าอาการคุณไม่ดีจึงรีบพาคุณมารักษาที่โรงพยาบาล ก่อนที่จะมีอาการมากกว่านี้”

จากตัวอย่างข้างต้นเป็นการให้ข้อมูลของพยาบาลว่า การมารักษาดังแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ ผู้ป่วยอาการดีไม่มีอาการมากขึ้น การโน้มน้าวให้ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม อาจทำให้ ผู้ป่วยปฏิเสธอย่างรุนแรงและคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจผู้ป่วยในสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหา ผลกระทบที่ตามมาอาจทำให้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยชะงักลง (Pipatananon, 1994 : 48) ถึงแม้ว่าจุดมุ่งหมายของพยาบาล คือ

ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง จะก่อให้เกิดความร่วมมือและเห็นความสำคัญของการรักษาว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ แต่พยาบาลควรใช้ความอดทน ช่วยเหลือให้เกิดการยอมรับเมื่อผู้ป่วยพร้อม และเมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ในช่วงของการเกิดความไว้วางใจกัน

แนวทางแก้ไข พยาบาลควรยอมรับพฤติกรรมหรือความคิดเห็นที่ผู้ป่วยแสดงออกและคำนึงไว้เสมอว่า การปฏิเสธการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ป่วยต้องการเวลาสำหรับการปรับตัว นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลในตัวผู้ป่วย เพราะสังคมและค่านิยมของสังคมที่ยังมีทัศนคติในทางลบกับผู้ป่วยโรคจิตอีกด้วย

ขั้นตอนในการสนทนาให้ผู้ป่วยยอมรับอาการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของผู้เขียนจะใช้วิธีการการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด ความเชื่อของบุคคลมาประยุกต์ใช้

1. การยกสถานการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา มาสนทนาร่วมกันซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยให้ติดตามไปด้วย (Affective stimuli) เช่น นำเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเล่าให้พยาบาลฟังว่าไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้ใคร แต่เป็นอาการที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ค้นหารายละเอียดลงไปอีก (Exploring)

2. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพิจารณา ทบทวนผลของสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาจากการกระทำของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเอง (Self disclosure) ทั้งความคิดและเหตุผลในการกระทำนั้นๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยสมมติว่าถ้าการกระทำนั้นๆ เป็นผู้อื่นกระทำและผู้ป่วยเป็นผู้พบเห็น ผู้ป่วยจะรู้สึกอย่างไร เช่น ถ้าพบเห็นผู้แสดงอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว และทำลายข้าวของเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ หรือขัดใจทุกครั้ง ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไร

3. เมื่อผ่านขั้นตอนที่ 2 มาแล้วส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะยอมรับและเข้าใจว่าอาการดังกล่าว เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความเครียดมากกระทบ ผู้ป่วยจึงต้องการการรักษา เพื่อให้ช่วยควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง ให้สามารถเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น อาจได้ผลในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายเกิดการยอมรับและคิดว่าตนเองเป็นโรคจิต และต้องการการรักษาเพื่อให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจยอมรับว่าตนเองมีอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสัมพันธ์ภาพที่ดีในสังคมและยอมรับในการรักษา แต่ไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นบ้าหรือโรคจิต แต่เป็นอาการของโรคประสาทเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธ (Denial) จะช่วยให้ความรู้สึกของจิตใจผู้ป่วยดีขึ้นเพราะเป็นโรคที่ยอมรับได้ และสังคมก็ยอมรับในโรคประสาทเพราะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายอาจใช้วิธีการดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผลเลย ยังคงปฏิเสธอาการทางจิตและการกระทำที่เกิดขึ้นว่าไม่มีผลต่อสังคมหรือนุกลรอบข้าง ทั้งนี้เกิดขึ้นจากความเสื่อมของบุคลิกภาพของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคจิต จึงทำให้ความคิดเชิงเหตุผลและบุคลิกภาพเสื่อมลงไปด้วย อย่างไรก็ตามขั้นตอนดังกล่าวจะสามารถนำไปปฏิบัติได้ผลดีหรือไม่ขึ้นกับสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควร พยาบาลต้องมีความอดทน จริงใจต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.12 ตอบสนองไม่ตรงประเด็นและไม่ให้การช่วยเหลือในปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมกินยาโรงพยาบาลที่โรผมว่างนอนมากจนไม่เป็นอันทำอะไร แต่อยู่ที่บ้านก็ไม่เคยมีอาการอย่างนี้เลย จนรู้สึกรำคาญตนเอง”

N : “คุณคิดว่าอาการง่วงนอนที่เกิดขึ้นเกิดจากการรับประทานยาขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล”

Pt : “ใช่ครับเพราะกินยาไปแล้วง่วงทุกที”

N : “แล้วคุณคิดว่าการรับประทานยาช่วยอะไรคุณได้บ้าง”

การสนทนาในลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลตอบสนองไม่ตรงประเด็นกับปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยกำลังเผชิญปัญหาการง่วงนอนจากการรับประทานยา แต่พยาบาลพยายามชี้ให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการรับประทานยา ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการแก้ไข เวบสเตอร์ (Webster, 1981 cited in Wilkinson, 1991: 232) กล่าวว่าพยาบาลที่ขาดทักษะในการสื่อสารมักทำให้การสนทนาหยุดชะงักลงด้วยการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาของผู้ป่วย แต่จะเลือกสนทนาเฉพาะประเด็นที่ตนเองถนัด และหลีกเลี่ยงที่จะสนทนาในประเด็นที่คิดว่ายากหรือปัญหาที่ไม่มีทางแก้ไขให้สำเร็จลงได้หรือปัญหาที่ต้องการการแก้ไขที่ยากซับซ้อน

แนวทางการแก้ไข ค้นหารายละเอียดที่ก่อให้เกิดปัญหาอย่างเจาะลึก ก่อนที่จะให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ สำหรับวิธีการอาจใช้วิธีการในข้อ 2.1 ก็ได้ (การให้คำแนะนำหรือข้อมูลในจังหวะที่ไม่เหมาะสม) และถ้าหากพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่พยาบาลไม่ถนัด หรือเป็นปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน อาจรวบรวมข้อมูลที่ได้ร่วมปรึกษากับพยาบาลอาวุโส หัวหน้าเตียงหรือผู้ตรวจการพยาบาลก็ได้ ทั้งในรูปแบบการปรึกษาแบบรายบุคคล หรือปรึกษาหารือในรูปแบบของ Case conference การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาที่ยากซับซ้อนของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ขาดประสบการณ์จะช่วยให้เกิดการพัฒนาค้นเองให้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ดียิ่งขึ้น และเกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายต่อไป

2.13 พยายามสนทนาในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่อยากพูดถึง หรือผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะพูด โดยพยาบาลพยายามคาดคั้นหรืออุบายให้ผู้ป่วยพูด ตัวอย่างเช่น

N : “อะไรเป็นสาเหตุให้คุณไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับสมาชิกในบ้านคะ”

Pt : “ผมไม่อยากพูดถึงเรื่องที่บ้านครับ คุณเรื่องอื่นเถอะ”

N : “แต่การที่คุณพูดคุยในเรื่องที่ทำให้คุณไม่สบายใจออกมาจะทำให้คุณสบายใจขึ้น”

Pt : “ผมบอกคุณแล้วไงว่าผมไม่อยากพูด”

การสนทนาในลักษณะดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะสนทนาในเรื่องที่พยาบาลต้องการทราบ แต่พยาบาลพยายามรบเร้าให้ผู้ป่วยสนทนาค่อ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้นและแสดงออกในลักษณะของความโกรธและปฏิเสธในการสนทนาในเรื่องดังกล่าว ลาซารัส (Lazarus, 1981 cited in Pipatananon, 1994 : 46) กล่าวว่า มีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจำนวนมากที่บุคคลไม่สามารถจัดการหรือเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเอง การปฏิเสธจึงเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้รู้สึกสบายใจหรือปลอดภัยขึ้น

แนวทางแก้ไข การเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยการบังคับ คาดคั้น แต่จะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ รู้สึกมั่นคง ปลอดภัยต่อการเล่าเรื่องราวต่างๆ ฉะนั้นพยาบาลต้องอดทน มีความสม่ำเสมอ จริ่งใจต่อการแก้ปัญหา ในช่วงแรกของการสร้างสัมพันธภาพ อาจเกิดปัญหาเหล่านี้ได้ จึงไม่ควรคาดคั้นผู้ป่วย อาจใช้เทคนิคการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกหัวข้อสนทนา (Using broad opening statement) ก็ได้ ตัวอย่างเช่น

N : “อะไรเป็นสาเหตุให้คุณไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับสมาชิกในบ้านคะ”

Pt : “ผมไม่อยากพูดถึงเรื่องที่บ้านครับ คุณเรื่องอื่นเถอะ”

N : “ในวันนี้เราจะคุยเรื่องอะไรกันดีคะ” (Using broad opening statement)

จะเห็นได้ว่าตัวอย่างข้างต้นเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลไม่บีบคั้นเมื่อผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเล่า แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งผู้ป่วยยังคงเจ็บต่อไป พยาบาลอาจใช้เทคนิคการเสนอความช่วยเหลือ (Offering self) เพื่อเป็นการสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ หรืออาจใช้วิธีการแก้ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บ ซึ่งจะกล่าวถึงในภายหลัง

2.14 ให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมอยากนอนบนเก้าอี้ม้ายาวขณะคุยกับคุณนักศึกษาจะได้ใหม่ เพราะผมง่วง”

N : “ได้ค่ะถ้าคิดว่าคุณทำอย่างนั้นแล้วสบายใจขึ้น”

Pt : “ถ้าผมกลับไปบ้านผมจะไปทำงานหลายๆ อย่างเพื่อจะได้เงินมากมาย”

N : “งานที่คุณคิดจะทำหลายๆ อย่าง มีอะไรบ้างคะ”

Pt : “ผมจะขายผลไม้ ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง รับจ้างทำนา ทำสวน ทำไร่ เป็นคนงานก่อสร้าง หาปลาเอามาขายที่ตลาดจะได้มีรายได้เยอะๆ”

N : “ดีมากเลยคะที่คุณจะทำงานมาก เพื่อหารายได้เลี้ยงตัวเอง”

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเกินความสามารถ อาจเกิดจากพยาบาลไม่มั่นใจ หรือขาดความรู้ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม และเกรงว่าการแสดงความไม่เห็นด้วยกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ เสียใจ และอาจทำให้สัมพันธ์ภาพหยุดชะงักลง การสนับสนุนในลักษณะการสนับสนุนดังกล่าว ไม่เป็นผลดีต่อการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการคิด การตัดสินใจ ดังนั้นการสนับสนุน พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ หรือหาแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

แนวทางแก้ไข ค้นหาศักยภาพในการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพก่อนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และค้นหาปัญหาอุปสรรค ในการกลับไปประกอบอาชีพเดิม หรือความต้องการของผู้ป่วยในการประกอบอาชีพเดิม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยต้องการประกอบอาชีพใหม่หลายๆ อย่าง พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วย ดำเนินถึงผลดี ผลเสียของการเลือกกระทำเช่นนั้น และวิธีการแก้ไขในปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ การทำงานเกินความสามารถหรือหักโหมเกินไป อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และทำให้มีอาการกำเริบได้ เนื่องจากการทำงานก็เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเครียด และถ้าต้องทำงานหลายๆ อย่าง ยิ่งก่อให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะสนทนากับพยาบาล เช่น การนอนบนม้ายาวขณะสนทนา พยาบาลควรชี้ให้เห็นว่าเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการสนทนากัน ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่การสนทนากับพยาบาล แต่สนทนากับคนอื่นๆ ในสังคมก็เป็นการไม่สมควร เพราะการสนทนากับพยาบาลไม่ใช่เพียงการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือเท่านั้น แต่เป็นการฝึกทักษะในการพูดคุยในสังคมที่เหมาะสมอีกด้วย แต่ถ้าผู้ป่วยง่วงนอนมาก อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปล้างหน้าให้สดชื่นก่อนสนทนากับพยาบาลก็ได้

2.15. เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง

ตัวอย่างเช่น

Pt : “ผมมาอยู่โรงพยาบาลนานแล้ว แม่ไม่เคยมาเยี่ยมผมเลย ผมคิดถึงแม่มาก”

N : “ถ้าคุณคิดถึงคุณแม่ก็เขียนจดหมายไปหาคุณแม่ล่ะคะ ดิฉันจะหากระดามาให้หรือถ้า

บ้านคุณมีโทรศัพท์ ดิฉันจะติดต่อกับคุณแม่ของคุณให้ คุณอยากให้คุณแม่มาเยี่ยมคุณไหม”
หรืออีกกรณี ตัวอย่างเช่น

Pt : “เวลาผมเครียดผมก็ออกไปเที่ยวกับเพื่อน ดื่มเหล้า ฟังเพลง ก็สบายใจขึ้นบ้าง”

N : “ลองทำอย่างอื่นบ้างสิคะ เช่น อ่านหนังสือ เล่นกีฬา พุดคุยหรือระบายปัญหาให้คนที่เรารักและไว้ใจฟัง หรืออาจดูหนัง ฟังเพลงก็จะช่วยให้เราสบายใจขึ้นได้

การสนทนาในลักษณะดังกล่าวเป็นการเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาโดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาคด้วยตนเอง

แนวทางแก้ไข ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาคด้วยตัวเอง พยาบาลจะสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาคด้วยตนเองได้ พยาบาลช่วยได้โดยการค้นหาความสามารถเดิม ประสบการณ์เดิมที่เคยกระทำแล้วได้ผลดี สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการเดิมในการเผชิญปัญหา แต่ถ้าผู้ป่วยเคยเผชิญปัญหาในวิธีการที่ไม่เหมาะสมและไม่ทราบวิธีการอื่นๆ ที่ดีกว่านี้ พยาบาลสามารถช่วยได้ ด้วยการเสนอทางเลือกหลายๆ ทาง และให้ผู้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมด้วยตนเองและพิจารณาผลกระทบที่อาจตามมา พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาคให้ผู้ผู้ป่วยเสียเอง แต่ควรช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการเผชิญและแก้ไขปัญหาคได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะดังกล่าวไปใช้ในการแก้ปัญหาคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2.16 การพูดชี้ประเด็นให้ผู้ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือแสดงความไม่เชื่อถือนในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า

ตัวอย่างเช่น

Pt : “ที่จริงแล้วผมเป็นคนรวยมากมีเงินฝากธนาคารหลายร้อยล้านบาท อาชีพผมเป็นเจ้าของธนาคาร กรุงไทย คุณคงรู้จักนะ”

N : “แต่จากการอ่านประวัติของคุณ เขาเขียนว่าอาชีพของคุณคืออาชีพทํานา”

การสนทนาในลักษณะดังกล่าวเป็นความพยายามของพยาบาลที่จะให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญความจริง เนื่องจากผู้ป่วยพยายามรักษาความมั่นใจด้วยการกล่าวอ้างข้อมูลบางอย่าง เพื่อสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อตนเอง แต่เป็นข้อมูลที่ขัดแย้งกับที่พยาบาลทราบรายละเอียด การสนทนาในลักษณะดังกล่าว อาจทำให้สัมพันธ์ภาพหยุดชะงักได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียหน้า

แนวทางแก้ไข พยาบาลไม่ควรใช้การสนทนาแบบเผชิญหน้า (Confront) ทันที แต่ควรกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่ารายละเอียดที่ผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องหรือหลงผิดเพราะเมื่อผู้ป่วยยังเล่ารายละเอียดมากเท่าไร ก็จะยิ่งเปิดเผยให้เห็นข้อมูลที่ขัดแย้งกันเองมากยิ่งขึ้นจากนั้นพยาบาลอาจใช้วิธีการทวนความหรือการกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วย (Restating) ในประเด็นที่สำคัญๆ และขัดแย้งกันเอง ให้ผู้ป่วยได้คิดไตร่ตรองอีกครั้ง การใช้วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ยอมรับ ความเป็นจริงตามลำดับ และยอมปรับปรุงตนเอง พุดถึงตนเองในส่วนที่เป็นจริงมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลด้วย

2.17 การเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษา (Process recording) ไม่สัมพันธ์กันกับเวลาที่ใช้ในการสื่อสาร ปัญหาในข้อนี้จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่านักศึกษามักเขียนรายงานสั้นประมาณ 3-4 แผ่นก็จบการสนทนา ทั้งๆ ที่ใช้เวลาในการสนทนาถึง 30 นาที ซึ่งในความเป็นจริงควรมีการเขียนรายงานที่มากกว่านี้ และผู้ป่วยในรายงานก็สามารถพุดคุย ได้ตอบกับพยาบาลได้เป็นอย่างดี ไม่มีพฤติกรรมแยกตัวเองหรือเงียบไม่ได้ตอบกับพยาบาล ทั้งนี้อาจ เนื่องจากนักศึกษาไม่มั่นใจในการเขียนรายงานว่าขณะสนทนากับผู้ป่วย ตนเอง

ใช้เทคนิคในการสนทนาได้ถูกต้องหรือไม่ และไม่ทราบว่าเป็นเทคนิคที่ใช้เป็นเทคนิคอะไรกันแน่ นอกจากนี้บางครั้งมี การใช้เทคนิคที่ไม่ถูกต้องจึงไม่ได้ใส่รายละเอียดในการสนทนาในส่วนนี้ไป ประกอบกับเกรงว่าการใส่เทคนิคที่ไม่ ถูกต้องในการสนทนาจะมีผลต่อคะแนนการฝึกภาคปฏิบัติอีกด้วยจึงก่อให้เกิดปัญหาในข้อนี้

แนวทางแก้ไข ศึกษาทำความเข้าใจกับเทคนิคต่างๆ ในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม หากมีข้อสงสัยอาจ ชักถามพยาบาลอาวุโส หัวหน้าทีมหรือผู้ตรวจการก็ได้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ นอกจากนี้การศึกษารายละเอียดของ ผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และรายงานการส่งเวรก็จะช่วยให้พยาบาลได้มีการวางแผนในการสนทนาได้อย่างสอดคล้อง กับปัญหาของผู้ป่วยในกรณีที่ใช้เทคนิคในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมขณะสนทนากับผู้ป่วยสามารถเขียนใส่ลงรายงานได้ แต่ควรมีการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์กระทำของพยาบาล และเสนอแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกของ พยาบาลในการสนทนาครั้งต่อไป ในช่องเทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้ ตัวอย่างเช่น การใช้คำถามขึ้นต้นด้วย ทำไม บ่อยๆ ของพยาบาลเป็นการขอคำอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือกระทำลงไป (Requesting an explanation) ซึ่งถือว่าเป็นการสนทนาที่ไม่ใช่การบำบัดรักษา (Non - therapeutic technique) พยาบาลจึงไม่ควรนำมาใช้ในการ สนทนา โดยอาจเปลี่ยนแปลงคำถามว่า เพราะอะไรคุณจึงรู้สึกอย่างนั้น พยาบาลจึงควรตระหนักในการใช้เทคนิค ในการสนทนาให้เหมาะสมในครั้งต่อไป

2.18 ได้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเมื่อหมดเวลาในการสนทนาเพื่อการบำบัดตามที่ตกลงไว้ในช่วง ของการสื่อสารเพื่อการบำบัดในช่วงแรกๆ ความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลอาจยังไม่เกิดขึ้น เมื่อสนทนาไประยะ หนึ่งใกล้ยุติการสนทนา ผู้ป่วยเริ่มบอกปัญหาที่ทำให้ตนเองมีความทุกข์ใจหลายอย่าง แต่พยาบาลบางคนยึดถือเวลา ในข้อตกลงเป็นหลัก จึงยุติการสนทนาทันที ทำให้ไม่ได้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยหรือบางครั้งรีบยุติการสนทนาใน ขณะที่อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจยังไม่สงบ ผู้ป่วยยังคง มีอารมณ์ ความรู้สึกค่อนข้างสูง จึงดูเหมือนว่าพยาบาลไม่ได้ใส่ใจในอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น

แนวทางการแก้ไข ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาต่างๆ ที่มีโดยเพิ่มเวลาการสนทนาต่อไปได้ และช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ การจะตรวจสอบว่าอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่อาจใช้ เทคนิค การตรวจสอบว่าความเข้าใจของพยาบาลตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยหรือไม่ (Validating) หรือการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้ประเมินตัวเอง (Encouraging evaluation) ก็ได้

จากตัวอย่างปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแนวทางแก้ไขทั้งที่ได้จากปัญหาในทางปฏิบัติ และปัญหาที่ได้จากการตรวจรายงานของนักศึกษา เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อต้องสื่อสารเพื่อการบำบัดกับ ผู้ป่วยจิตเวช แต่ถ้าหากนำแนวทางในการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติก็สามารถแก้ไขปัญหเหล่านี้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมี ผู้ทดลองนำไปปฏิบัติหรือเคยมีประสบการณ์เหล่านี้มาก่อน และส่วนใหญ่จะใช้แนวทางแก้ไขตามที่ได้นำเสนอไว้ ซึ่งได้ผลดี อย่างไรก็ตามอาจมีพยาบาลหลายท่านที่มีปัญหาเหล่านี้แต่มีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างจากที่นำเสนอไว้ แต่ ก็ได้ผลเช่นกัน ก็สามารถเป็นไปได้ เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยเกิดขึ้นและมีความไว้วางใจในพยาบาล ทำทางการแสดงออกของพยาบาลที่นุ่มนวล อ่อนน้อม เอื้ออาทร เป็นมิตร ก็ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกในทางที่ดีและไว้วางใจ คุณลักษณะพิเศษของพยาบาลดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ตลอด จนประสบการณ์ในการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีมานาน ช่วยให้เกิดความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะ และปรับเปลี่ยนตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้หากเกิดปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัด พยาบาลสามารถเปิดเผยตนเองโดยปรึกษากับผู้ที่เชี่ยวชาญก็จะเป็นการพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญในการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 3

ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วย 2 ราย

ในบทนี้จะเป็นการยกกรณีตัวอย่างในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา 2 ราย โดยตัวอย่างที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่เด่นชัดทั้งในเรื่อง auditory hallucination, persecutory delusion แต่ในภาพรวมแล้วผู้ป่วยรายนี้ถ้าไม่ใช้วิธีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา พยาบาลจะไม่พบอาการเหล่านี้ แต่จะดูเหมือนว่าผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ

สำหรับกรณีตัวอย่างรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่ 6 ซึ่งแตกต่างจากรายแรก ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาหลักในการสนทนาคือ การเผชิญปัญหาโดยใช้พฤติกรรมรุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ ด้วยการทำร้ายผู้อื่น พยาบาลจะใช้วิธีการให้ผู้ป่วยยอมรับและตระหนักด้วยตนเองว่าการแก้ปัญหาโดยใช้ความก้าวร้าวเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ อาจใช้เวลามากในช่วงแรก แต่เมื่อผู้ป่วยเห็นความสำคัญก็จะร่วมมือกับพยาบาลในการวางแผนร่วมกัน และนำแผนการที่ได้ไปทดลองปฏิบัติ ซึ่งพยาบาลมีการนัดหมายเพื่อประเมินผลต่อไป

ในการนำเสนอกรณีตัวอย่างผู้เขียนได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อประกอบความเข้าใจในการอ่าน การสนทนาเพื่อการบำบัดแต่ก็คงไว้ซึ่งการรักษาความลับของผู้ป่วย ตั้งแต่ต้นจนจบ นอกจากนี้ได้เสนอวัตถุประสงค์ของการมีปฏิสัมพันธ์ในแต่ละครั้ง และสาเหตุที่เลือกกรณีตัวอย่างด้วย สำหรับเนื้อหาในการสนทนา ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้เขียนได้เสนอเทคนิคที่ใช้ วัตถุประสงค์ในการใช้เทคนิค และเหตุผลในการใช้เทคนิค ตลอดจนได้วิเคราะห์คำพูด พฤติกรรมการแสดงออกทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยอีกด้วย

ตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาครั้งที่ 1

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

นาย ช. (นามสมมติ) อายุ 28 ปี สถานภาพสมรส โสด

อาชีพ รับจ้าง จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่อาศัย อ.สีชมพู จ.ขอนแก่น

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 วันที่ 18 มิถุนายน 2547

อาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล คลุ้มคลั่งอาละวาด ทำลายข้าวของ เผาบ้าน เผาโรงเรียน ทบโองน้ำ รด ญาติให้ตำรวจขังไว้ที่สถานีตำรวจ 1 คืน มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

การวินิจฉัยโรค Schizophrenia

การรักษาในปัจจุบัน Benzhexol (5 mg) 1x เช้า, 1x hs ☉

Halo (10 mg) 1xhs ☉

Trazodone (100 mg) 1xhs ☉

Lorazepam (2 mg) 1-2 tab เมื่อไม่นอน

Phenazine 2 amp(m) q 2 wks

2. วัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

- 2.1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- 2.2 เพื่อประเมินปัญหาและอาการทางจิตของผู้ป่วยขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล
- 2.3 เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหา อาการที่เกิดขึ้น

3. สถานการณ์ก่อนมีการปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยนั่งหลับบริเวณด้านหน้าตึก พยาบาลเข้าไปพูดคุยด้วยผู้ป่วยตื่นและพยาบาลถามความเห็นผู้ป่วยว่า ถ้าขอคุยเรื่องปัญหาและอาการของผู้ป่วยในวันนี้ ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไร ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ เมื่อพยาบาลขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนา ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ โดยผู้ป่วยขอทดลองบันทึกเสียงก่อนโดยการร้องเพลงที่ผู้ป่วยชอบ จากนั้นขอให้พยาบาลนั่งรอสักครู่เพื่อไปล้างหน้าจะได้ไม่่วงขณะสนทนา

4. วัน เวลา สถานที่ในการปฏิสัมพันธ์

วันที่ 13 ตุลาคม 2547 เวลา 9.30-10.05 น.

สถานที่และบรรยากาศ บริเวณด้านหน้าศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า บรรยากาศดี ร่มรื่น อากาศเย็นสบาย ผู้ป่วยและพยาบาลนั่งสนทนาบริเวณม้านั่งอ่อน ในลักษณะนั่งเยื้องกันเป็นมุมฉาก เพื่อพยาบาลจะได้เห็นอาการปฏิกิริยาและท่าทางของผู้ป่วยได้ตลอดการสนทนา สถานที่ไม่มีผู้ป่วยอื่นรบกวน แต่มีผู้ป่วยอื่นๆ เดินอยู่ห่างๆ

5. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ชายไทยผิวดำแดง ผมหยักศกรูปร่างค่อนข้างอ้วน สูงประมาณ 165 ซม. สีหน้าเรียบเฉย ท่าทางสโลมสโลอ ตาปรือวงนอน บางครั้งทำปากขมขม (คล้ายคุยกับใคร) แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สนใจใคร พูดน้อยถามคำตอบคำ การแต่งกายสะอาดเรียบร้อย

6. สาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

- 6.1 เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาด้วยพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2547 ปัจจุบันเกือบ 4 เดือน ผู้ป่วยแยกตัวเองไม่พูดคุยกับใคร แต่พยาบาลสังเกตว่ามีอาการพูดคนเดียวเหมือนตอบโต้กับใครเป็นบางครั้ง และไม่ได้ร่วมกลุ่มบำบัดของหอผู้ป่วย
- 6.2 จากรายงานทางการแพทย์ที่ผ่านมา 3 สัปดาห์ เขียนรายงานว่าอาการทางจิตสงบตลอด ซึ่งจากอาการข้อ 6.1 ผู้ป่วยน่าจะมีอาการทางจิตอีกมาก หากได้รับการค้นหาและช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะได้มีอาการทางจิตดีขึ้นกว่านี้
- 6.3 เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งอยู่ในระยะอาการสงบลง แต่ลักษณะการแสดงออกสีหน้าเรียบเฉย การพูดจาค่อนข้างห้วน แยกตัวเองไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากรายงานพบว่าเมื่อมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยกันหากพูดจาจิตใจผู้ป่วยๆ จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจากการสนทนาจะได้ทราบเหตุผลการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ชัดเจน และสามารถวางแผนให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและอาการของผู้ป่วย
- 6.4 ผู้ป่วยรายนี้ถ้าไม่ได้รับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา แต่ดูจากสภาพทั่วไปดูเหมือนอาการผู้ป่วยดีขึ้นจากเดิมมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะพฤติกรรมรุนแรง (Violence) เพราะดูสงบลงมากซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสจำหน่ายกลับบ้านสูง และมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก (readmission) เนื่องจากอาการทางจิตที่ซ่อนเร้นยังไม่ได้รับการบำบัด

7. บันทึกการสนทนาที่ได้จากการถอดเทป

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	สวัสดีนะคะ คุณช. ดิฉันชื่อวันนี่ เป็นพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช วันนี้จะขอคุยกับคุณเรื่องปัญหาความไม่สบายใจที่มาอยู่โรงพยาบาล เป็นยังไงบ้างคะมาอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้	การแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา เป็นการเริ่มต้นในระยะ Orienting phase หรือ Orientation phase ซึ่งพยาบาลจะต้องบอกถึงขอบเขตของสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ (Perko, Kreigh, 1988; Boyd, 2002)
ผู้ป่วย	ผมไม่ค่อยรู้เรื่อง (ผู้ป่วยพูดลิ้นรัว เสียงเบาอยู่ในลำคอ)	พยาบาลตั้งใจถามคำถามข้างต้นเพื่อพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน แต่ผู้ป่วยอาจรู้สึกคุ้นเคย และไว้วางใจพยาบาลจึงบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นทันที ซึ่งเป็นการเริ่มต้นเข้าสู่ระยะ Working phase ทั้งนี้เนื่องจากก่อนหน้านี้พยาบาลได้พูดคุยทักทายผู้ป่วยเป็นประจำ ขณะขึ้นปฏิบัติงานจากอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกทำให้พยาบาลสนใจอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดจาก side effect ของยาจึงทำให้ผู้ป่วยพูดลิ้นรัว (Dystonia) หรือจากอาการง่วงนอนมากสำหรับอาการง่วงนอนมากสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่รับประทานยาโรคจิต (Antipsychotic drug) ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545 : 430)
พยาบาล	ช่วยพูดดีๆ สักหน่อยนะคะไม่ค่อยได้ยินค่ะ	พยาบาลขอความร่วมมือกับผู้ป่วยให้พูดเสียงดังขึ้นเพื่อแยกอาการ side effect ของยาซึ่งทำให้ง่วงนอนหรือพูดลิ้นรัว หรือมีอาการทั้ง 2 อย่างจะได้ให้การช่วยเหลือได้ตามอาการที่เป็นปัญหา
ผู้ป่วย	ผมไม่เข้าใจในเรื่องการทำงานของคนบางคน อยากเป็นก็มาหา บางคนก็ไม่มีเงินทอง ไม่มีข้าวเลี้ยงตนเอง (ขณะสนทนามีผู้ป่วยอื่นเดินผ่าน ผู้ป่วยจึงเงียบลงไม่พูด)	เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามและพูดเสียงดังขึ้นตามที่พยาบาลร้องขอ ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วย มีอาการจาก Side effect ของยาโรคจิตเภท ทำให้เกิดอาการง่วงซึมเพียงอย่างเดียว ไม่มีอาการพูดลิ้นรัว - ผู้ป่วยเงียบลงไม่พูดอาจเกิดขึ้นได้จากอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย (persecutory delusion) ซึ่งพยาบาลได้ศึกษาจากประวัติการรักษา พบว่า Nurse report ในช่วงเดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หรืออาจเกิดจากไม่ต้องการให้ใครได้ยินเนื้อหาของการสนทนา
พยาบาล	(เงียบสักครู่) เมื่อสักครู่คุณกำลังพูดถึงเรื่องอะไรคะ ดิฉันไม่เข้าใจช่วยอธิบายรายละเอียดได้ไหมคะ	การใช้ความเงียบ (Using silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดต่อ แต่ผู้ป่วยยังคงเงียบพยาบาลจึงขอความกระจ่าง (Clarifying) เป็นการขอคำอธิบายความหมายในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาเพื่อให้พยาบาลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
		ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารให้พยาบาลทราบ การขอความกระจ่างในลักษณะนี้เป็นการขอความกระจ่างในเนื้อหา (Clarifying content)
ผู้ป่วย	เกี่ยวกับมัน เขาจะล้มราชบัลลังก์หาคนขึ้นนั่ง	ผู้ป่วยพูดถึงราชบัลลังก์ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการ grandeur delusion เกิดขึ้นได้ (สุชาติ พหลภักย์, 2546)
พยาบาล	หาคนขึ้นนั่ง	การทวนความ (Restating) เป็นการกล่าวซ้ำคำพูดหลักในสิ่งที่พยาบาลได้ยินจากผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้อธิบายความหมายของความคิดหลังผิของผู้ป่วยหรือการเปิดเผยปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยออกมา หรือเป็นการให้ผู้ป่วยคิดทบทวนไตร่ตรองเรื่องราวที่เล่าให้พยาบาลฟังอีกครั้ง
ผู้ป่วย	ศิริราชสมบัติหากษัตริย์ไล่ชื่อยังไม่ได้	พยาบาลรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยเล่า และคิดว่าเรื่องราวของผู้ป่วยเล่าเป็นอาการ grandeur delusion ที่เกิดขึ้นแต่ไม่เคยมีรายงานเหล่านี้ในประวัติของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องค้นหาต่อไปเนื่องจากปัญหานี้อาจมีผลต่อการแยกตนเองของผู้ป่วย เพราะคิดว่าตนเองไม่เหมือนผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือไม่
พยาบาล	เมื่อสักครู่คุณบอกว่าหาคนขึ้นนั่งราชบัลลังก์พอจะให้รายละเอียดมากกว่านี้ได้ไหมคะ	การค้นหาข้อมูล (Exploring) เพื่อทราบรายละเอียดเนื้อหาความคิดของผู้ป่วย (Content of thought) มากกว่านี้
ผู้ป่วย	ผู้ที่นั่งเจ็บกันนั่งไม่ได้ คนอื่นนั่งก็ไม่ได้ปวดหัว มีอันเป็นไปต้องเป็นคนที่เหมาะสมเท่านั้น	ผู้ป่วยกำลังบอกถึงความหมายของคนที่นั่งราชบัลลังก์ต้องเป็นคนที่เหมาะสมกับราชบัลลังก์ ซึ่งในที่นี้อาจหมายถึงผู้ป่วย
พยาบาล	ราชบัลลังก์คุณคิดว่าจะให้ใครนั่ง	พยาบาลได้ใช้คำถามปลายเปิด (Open ended questioning) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดต่อไป ไม่ได้เป็นการส่งเสริมความคิดหลังผิให้แก่ผู้ป่วย แต่เป็นการค้นหาอาการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย
ผู้ป่วย	ผมไม่ได้คิดเหนือราษฎร แต่ผมจำเป็นต้องทำหน้าที่นี้ หากใครเป็นจะล้มตายมีผมคนเดียวนั่งราชบัลลังก์ได้เท่านั้น	ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดว่าตนเองคนเดียวที่นั่งราชบัลลังก์ได้คนอื่นนั่งไม่ได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลจะต้องค้นหาอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อความกระจ่างชัดมากกว่านี้
พยาบาล	คุณบอกว่ามีคุณคนเดียวที่จะนั่งราชบัลลังก์ได้ ราชบัลลังก์ตรงนี้หมายถึงอะไรคะ	การเลือกทวนคำพูดของผู้ป่วย (Selective restating) เพื่อเชื่อมโยงกับเรื่องราวที่พยาบาลขอความกระจ่างในเนื้อหา คำพูดของผู้ป่วย (Clarifying content) เพื่อให้พยาบาล

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
		และผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องเดียวกันช่วยให้การสนทนาคำเนินต่อเนื่องไปได้
ผู้ป่วย	หมายถึง ตัวผมเป็นคนครองราชย์ หามาหลายคนแล้ว ตอนผมยังเป็นเด็กเขาม่าผมจนตายพอผมตายปั๊บผมฟื้นปั๊บ นั่งพนมมือมีแสงสว่างออกประกายเจิดจ้ารอบๆ ตัวผมตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ผมก็เลยเอาผ้าไตรจีวรไปไถ่แผ่นดินคืนเขาเลยให้พระเจ้าแผ่นดินคืนเพื่อไม่ให้ประเทศล่มจม ผมทำได้และก็ปีนี้เป็นปีที่ผมไถ่บาปคืนมาเพราะไม่มีใครนอกจากอาที่ช่วยเหลือพ่อโดยตลอดเลยพาเอาสิริราชสมบัติไปไถ่ถอนคืนพระเจ้าแผ่นดินจึงจะได้แผ่นดินคืนแสงสว่างเกิดขึ้นรอบตัวผมทั้งตัว	ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนทั้งเป็นอาการหลงผิดที่คิดว่าเป็นพระเจ้าแผ่นดิน การกลับชาติมาเกิดและมีลักษณะการพูดและเนื้อหาของความคิดมีอาการเสียการเชื่อมโยง (loosening of association) โดยพูดจากเรื่องครองราชย์ เรื่องถูกฆ่า การกลับชาติมาเกิด การไถ่บาป การช่วยเหลือของอา การไถ่ถอนคืนพระเจ้าแผ่นดิน ทั้งอาการ grandeur delusion และ loosening of association เป็นอาการที่เกิดได้ในโรค Schizophrenia (Kirkpatrick and Tek, 2005: 1420 - 22)
พยาบาล	สักรู้ว่าคุณบอกคุณตายตั้งแต่เด็กแล้วเอาผ้าไตรจีวรไปไถ่แผ่นดินคืน แล้วมาเกี่ยวข้องกับการครองราชสมบัติ	การเลือกทวนคำพูดของผู้ป่วย (Selective restating) ในเฉพาะเนื้อหาหลักๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดความรู้สึกและอารมณ์ได้อย่างต่อเนื่อง การใช้การทวนความในเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่า ไม่ได้แสดงว่าพยาบาลเห็นด้วยกับเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าว่าเป็นความจริง แต่เป็นการแสดงถึงความเข้าใจเห็นใจ (Empathy) ในอาการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการบำบัดทำให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหาที่แท้จริง และเกิดความร่วมมือในการรักษา
ผู้ป่วย	ผมไม่ได้ว่าอย่างนี้ ผมกลัวเขายัง ผมโดนยิงหลายครั้งแล้ว ผมต้องบังข้าวของบังตัวเอง	ผู้ป่วยเปลี่ยนเรื่องไปเรื่องการกลัวผู้อื่นทำร้ายซึ่งอาจเป็นอาการทางจิตอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองไม่มีสัมพันธภาพกับใคร เป็นอาการการตอบคำถามไม่สัมพันธ์กับเรื่องที่ถาม (Irrelevant)ของผู้ป่วย
พยาบาล	(เงียบสักครู่) มีใครจะยิงคุณคะพอจะให้รายละเอียดได้ไหม	การใช้การเงียบ (Using silence) เพื่อพยาบาลได้ทบทวนเนื้อหาการสนทนากับผู้ป่วยที่ผ่านมาว่าพยาบาลเข้าใจเนื้อหาการสนทนาผิดหรือไม่ หรือใช้คำถามผิ ผู้ป่วยจึงตอบว่า “ผมไม่ได้ว่าอย่างนี้” แต่จากการสนทนาตอนต้นผู้ป่วยจะพูดถึงความคิดหลงผิดว่าเป็นพระเจ้าแผ่นดินและการครองราชย์บ่อยๆ อย่างไรก็ตามพยาบาลยึดหลักของการสนทนาครั้งนี้เพื่อการบำบัด จึงยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) จึงได้ใช้

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
		เทคนิคการค้นหาข้อมูล (Exploring) เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องที่เป็นปัญหาความไม่สบายใจของผู้ป่วยต่อไป
ผู้ป่วย	ครูประสิทธิ์ (ผู้ป่วยนั่งหลับตาเงียบไปไม่พูดต่อ)	ผู้ป่วยบอกถึงบุคคลที่ผู้ป่วยระแวงและนั่งหลับตา ซึ่งพยาบาลไม่แน่ใจว่าการหลับตาของผู้ป่วย เพราะง่วงนอนจาก side effect ของยา หรือเพราะมีอาการทางจิตอื่นๆ
พยาบาล	ดูเหมือนคุณ ช. ง่วงนอนมาก เห็นคุณหลับตา	พยาบาลจึงใช้เทคนิคการบอกสิ่งที่สังเกตได้จากตัวผู้ป่วย (Sharing observation) เพื่อต้องการทราบว่าตรงกับอาการง่วงนอนที่ผู้ป่วยเป็นจริงๆ หรือไม่
ผู้ป่วย	ไม่ง่วงครับแต่ผมก็ไมรู้เหมือนกัน (ยังนั่งหลับตาเช่นเดิม)	ผู้ป่วยปฏิเสธแต่ยังคงหลับตาเช่นเดิมซึ่งอาจเกิดจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยก็ได้เนื่องจากน้ำเสียงที่พูดไม่เหมือนคนง่วงนอน
พยาบาล	ก่อนหน้านี้ง่วงแบบนี้หรือไม่ (ผู้ป่วยนั่งเงียบไม่พูดหลับตาตลอด พยาบาลสังเกตการหลับตาของผู้ป่วยสักครู่)	พยาบาลไม่แน่ใจ แต่ได้ใช้เทคนิคการใช้คำถามปลายปิด (Closed-ended questioning) เกี่ยวกับการง่วงนอนเพื่อเพิ่มความเข้าใจของพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งอาจไม่ตรงกับอาการที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจน และจะได้ค้นหาข้อมูลปัญหาได้ต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่หลงประเด็น
พยาบาล	(เงียบสักครู่ เมื่อผู้ป่วยไม่พูดจึงถามต่อ) กำลังหลับตาทำอะไรคะ	การใช้การเงียบ (Using silence) เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบคำถาม เพื่อให้พยาบาลคิดไตร่ตรองเนื้อหาในการสนทนาที่ผ่านมาและการใช้เทคนิคต่อไปซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสังเกตอาการของผู้ป่วยขณะเงียบ จากนั้นใช้เทคนิคการบอกสิ่งที่สังเกตได้จากตัวผู้ป่วย (Sharing observation) และให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุของการหลับตานั้น
ผู้ป่วย	กำลังฟังนายอ้อมพูด	ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เนื่องจากแสดงท่าหลับตาและแสดงท่าทางเหมือนกำลังรับฟังคนพูดด้วย
พยาบาล	(พยาบาลเงียบ สังเกตบริเวณที่พยาบาลนั่งอยู่ ไม่มีใครเลย นอกจากผู้ป่วยกับพยาบาล) คุณอ้อมที่คุณพูดถึงพอจะบอกได้ไหมคะว่ามาพูดกับคุณได้อย่างไร	เพื่อให้สิ่งที่พยาบาลสงสัยมีความกระจ่างชัดเจนมากขึ้น หลังจากใช้เทคนิคการเงียบ (Using silence) สักครู่เพื่อสังเกตสิ่งแวดล้อมบริเวณการสนทนา จึงใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล (Exploring) เพื่อทราบรายละเอียดของเนื้อหาหูแว่วว่าเป็นหูแว่วที่กระตุ้นให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	(ผู้ป่วยลืมตาและเริ่มพูดต่อโดยไม่แสดงอาการง่วงนอนให้เห็น) อย่าพูดครบอย่าพูด ผมจะเล่าเรื่องที่ผมเป็นเด็กให้ฟังนะ พ่อใหญ่ภูมิ เขจรศาสตร์ เป็นรัชกาลที่ 1 สมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1	ไม่เข้าใจความหมายว่าอย่าพูดหมายถึงไม่ให้พยาบาลพูด หรือ อ้อมที่ผู้ป่วยพูดถึงไม่ให้พูด แต่ไม่ได้ Focus ตรงจุดนี้ต่อ เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มพูดในประเด็นการครองราชสมบัติ ซึ่งเป็นอาการหลงผิด (grandeur delusion) ของผู้ป่วย พยาบาลจึงติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าต่อ เป็นการแสดงถึงการให้ความสำคัญของ Patient centered และเนื่องจากอาการหลายอย่างดังกล่าวข้างต้นผู้ป่วยไม่เคยเล่าให้ใครฟัง (จากรายงานและการสังเกตไม่มีรายงานเรื่องนี้) ในช่วงของ Session แรกนี้จึงใช้เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหา อาการออกมาให้มากที่สุด เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย
พยาบาล	เมื่อสักครู่คุณพูดถึงรัชกาลที่ 1 เกี่ยวข้องกับคุณอย่างไร	ใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล (Exploring) เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยพูดถึงว่าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและไตร่ตรองความคิดตามความเป็นจริงอีกครั้ง
ผู้ป่วย	รัชกาลที่ 2 พ่อลุงทิดเหริยญที่เอาพี่น้องไปเลี้ยง พี่นกรถูกพ่อบุญกว้างเหมือนกัน เขามีฝาแฝด แผลหมด ลูกของพ่อมีแต่ฝาแฝด รัชกาลที่ 1 เป็นพี่ผมเหมือนกัน เป็นพี่รัชกาลที่ 3 นายสาครเป็นลูกพ่อบุญกว้างเหมือนกัน ระดับ IQ แบบสุดยอดแล้วพวกนี้ สุดยอดกันหมด นายสาคร หรือท่านท้าวหลัก มีฝาแฝด (เจียบสักครู) เขาไม่โกรธหรอก ใช่ง่าย ใช่อะไรก็ง่ายหมด แต่ไม่ค่อยไปหาพ่อ แต่จะไปเล่นกับน้องไปอยู่ (นั่งเจียบหลับ และก้มหน้าลงเรื่อยๆ สักครูผู้ป่วยเอามือนวดบริเวณขมับ ทั้ง 2 ข้าง จากนั้นนั่งสัปหงกสลับกับการนวดขมับเช่นเดิม)	เนื้อหาในการสนทนาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับ grandeur delusion ซึ่งผู้ป่วยเอาครอบครัวของตนเองเชื่อมโยงกับราชวงศ์ ตั้งแต่รัชกาลที่ 1-3 บางครั้ง เรื่องราวที่เล่าเป็นเนื้อหาที่ไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Incoherence) ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ใน ผู้ป่วยจิตเภท (Kirkpatrick and Tek, 2005 : 1420-22) - ผู้ป่วยเริ่มง่วงนอนซึ่งแตกต่างจากครั้งแรกคือ ครั้งแรกนั่งหลับตาเฉยๆ แต่ครั้งนี้ มีอาการสัปหงก และผู้ป่วยอยากพูดคุยปัญหาต่อ สังเกตได้จากการพยายามช่วยตนเองเบี่ยงเบนโดยการนวดขมับ ซึ่งผู้ป่วยคิดขึ้นเองโดยพยาบาลไม่ได้บอก
พยาบาล	(กอดเทปปิด และขอความเห็นผู้ป่วยว่า ดูเหมือนผู้ป่วยง่วงนอนมาก จะไปล้างหน้าเพื่อมาคุยต่อหรือจะยุติการพูดคุยเพียงเท่านี้ ผู้ป่วยขอไปล้างหน้า เพื่อมาคุยต่อ)	พยาบาลสังเกตเห็นอาการง่วงนอนมาก จึงขอความเห็นจากผู้ป่วยว่าจะสนทนาต่อไปหรือยุติการสนทนาเป็นการแสดงออกของพยาบาลที่ยอมรับและให้เกิดริ้วในการตัดสินใจของผู้ป่วยในฐานะบุคคลๆหนึ่ง ที่มีสิทธิในการเลือกตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธบริการด้วยตนเอง

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	ไปล้างหน้าสักครู่และกลับมานั่งที่เดิม ดูหน้าตาแจ่มใสขึ้นกว่าเดิม	แสดงว่าผู้ป่วยต้องการพูดคุยสิ่งที่เป็นปัญหาอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเนื่องจากผู้ป่วยมานั่งที่เดิมโดยใช้เวลาประมาณ 5 นาทีเท่านั้น
พยาบาล	เมื่อสักครู่เราคุยกันหลายเรื่องทั้งเรื่อง การครองราชสมบัติ เรื่องของรัชกาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นญาติของคุณ เกี่ยวกับเรื่อง มีน้องมาคุยกับคุณนะคะ	การสรุปข้อความ (Summarizing) เพื่อสรุปเนื้อหาเรื่องราวที่สนทนากับผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยไปล้างหน้า ช่วยให้การสนทนาคำเนินการต่อเนื่องในเรื่องเดิมได้ และเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเห็นความสำคัญปัญหาของผู้ป่วย โดยสามารถจดจำเรื่องราวต่างๆ ได้ เป็นการยอมรับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ไม่ได้เห็นด้วยกับอาการหลงผิดของผู้ป่วยว่าเป็นความจริง
ผู้ป่วย	ได้อินน้องมาคุย เป็นยังงี้ถึงได้อินถึงที่นี่ เรื่องน้องไปเล่นอยู่ทุ่งนา น้องไม่ได้นอน ที่บ้าน น้องมีภัย มีคนจะมาทำร้าย เป็น คนเดียวกับเสียงที่มากลุ่มเมื่อกี้	ผู้ป่วยเริ่มพูดถึงเรื่องหูแว่วเสียงน้องชายมาคุยด้วยซึ่งอาจเป็นความวิตกกังวลของผู้ป่วยในเรื่องนี้จึงกลับมาเล่าให้พยาบาลฟังซ้ำอีก นอกจากนี้ยังแสดงถึงความจำในปัจจุบันที่ดี (recent memory) ของผู้ป่วยอีกด้วย
พยาบาล	น้องมาคุยกับคุณ เมื่อสักครู่คุณเห็นตัว น้องที่มาคุยกับคุณไหม	ใช้คำถามปิด (Closed ended questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยตอบให้ชัดเจนในเรื่องการเห็นตัวน้องชายขณะที่ได้ยินเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
ผู้ป่วย	ไม่ครับมีแต่เสียงไม่เห็นตัวน้อง เสียงวิ่ง บนฟ้าวิ่งไปวิ่งมา รัชกาลที่ 3 ที่มาเกิดใหม่ ลูกทิดเหรียญ รัชกาลที่ 4 คือผม พระจอมเกล้าเหรียญ พี่ชายบุญชัย	ผู้ป่วยบอกถึงเสียงหูแว่วที่วิ่งมาจากบนฟ้าจากนั้นเปลี่ยนเรื่องพูดสู่ grandeur delusion เช่นเดิม ซึ่ง สุชาติ (2547) อธิบายผู้ป่วย Schizophrenia จะมีสายธารแห่งความคิดแตกกระจายหรือผู้ป่วยเดิมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมแน่นกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น
พยาบาล	คุณบอกว่าคุณเป็นรัชกาลที่ 4 ปัจจุบันนี้ ที่ปกครองอยู่เป็นรัชกาลที่เท่าไรคะ	การพูดท้าทาย (Challenging) เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าคำพูดของผู้ป่วยนั้นไม่เป็นความจริง (Unrealistic idea or perception) ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการสนทนาในการบำบัดที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจว่าพยาบาลเข้าใจผู้ป่วยตามอาการที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ อาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีปัญหาได้ จึงไม่ควรใช้ในครั้งต่อไป
ผู้ป่วย	(เงิบสักครู่) ผมเองคิดตลอดไม่อยากเสีย คำพูด หมายถึง การเลือกตั้ง สจ. สส. แล้วชิงอันตราย โดนยิง พี่ธรรมถูกยิง แต่ไม่เป็นอะไรหรอก เด็กน้อยหลายคน ไปรุมกระแทก	เป็นการตอบคำถามไม่สัมพันธ์กับเรื่องที่ถาม (Irrelevant) ซึ่งเป็นลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ยังคงอยู่เกือบตลอดเวลาในการสนทนาครั้งนี้

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	คุณบอกว่าพี่สาวถูกยิง น้องก็มีภัย ตัวคุณเองก็มีคนคอยตามยิง ที่คุณบอกว่าชื่อประสิทธิ์ เราน่าจะมาคุยกันในประเด็นเหล่านี้	การมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ (Focusing) ซึ่งเป็นประเด็นเกี่ยวกับการหวาดระแวงคนมาทำร้ายคนในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาในเรื่องนี้ต่อไป
ผู้ป่วย	ไม่ใช่เท่านั้นครับ พ่อใหญ่เงินครับหลายต่อหลายๆ คน	ผู้ป่วยยังมีความคิดว่ามีคนมาทำร้ายคนในครอบครัวจากประวัติผู้ป่วยเคยมีรายงานในเรื่องนี้ในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษา แต่ในระยะ 3 สัปดาห์ก่อนสนทนาผู้ป่วยไม่มีอาการเหล่านี้เลยจากรายงานทางการแพทย์ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่แต่การใช้เวลาสนทนาที่น้อยเกินไปผู้ป่วยจะไม่เปิดเผยปัญหานี้ให้พยาบาลทราบ
พยาบาล	ช่วงนี้คุณรู้สึกกังวลใจว่ามีคนจะมาทำร้ายคุณ	การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการแสดงการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนทนาและระบายปัญหาและอารมณ์ความรู้สึกต่อไป
ผู้ป่วย	ไม่มีครับ ง่วงนอนครับ (ผู้ป่วย สลึมสลือ ง่วงนอน หลับตาขณะพูด เจ็บสักรู้) มันง่วง มันซึม มีแต่คนปิกหลักเรียกเจ้าของว่าเป็นพ่อของราชินี เขาก็เหลียวดูหน้าผมเฉยๆ ทั้งๆ ที่ผมเป็นพ่อองค์ในหลวงแท้ๆ ปอบกินมัน ฝาแฝดของพระองค์ภา มันจะเอาไปอยู่ด้วยกัน ถ้ามันเอาไปอยู่ด้วยผมจะทำอย่างไร ถ้าไปอยู่ผมไม่ขัดข้อง แต่ปัญหาทางบ้านมันเคลียร์ไม่จบ นายเอนถ้าไปอยู่ด้วยกันผมก็ไม่ขัดข้อง	ผู้ป่วยอาจง่วงนอนจริงๆ จากท่าทางที่แสดงออกหรืออาจยังไม่พร้อมที่จะเล่ารายละเอียดในเรื่องภาวะหลงผิดหวาดระแวงของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นการพบกันครั้งแรก จึงปฏิเสธว่าไม่มี และเปลี่ยนเรื่องในการสนทนาเป็นเรื่อง grandeur delusion เช่นเดิม
พยาบาล	แล้วยังไงต่อไปคะ	การใช้คำถามนำ (Using general lead) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดต่อไปในเรื่องเดิม
ผู้ป่วย	รุ่นเดียวกันนายเอนครับเกิดก่อนผม 5 วัน เกิดปีเดียวกัน (ผู้ป่วยเจ็บสักรู้ นิ่งหลับตา สิริระกัมต่ำลงเรื่อยๆ และสัปหงก 2 ครั้ง)	ผู้ป่วยให้รายละเอียดข้อมูลมากขึ้นแต่พยาบาลยังไม่เข้าใจความหมายเช่นเดิม และสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มง่วงนอนอีกครั้ง ซึ่งอาจเกิดจาก Side effect ของยาที่แพทย์เพิ่งปรับการรักษา
พยาบาล	เมื่อสักครู่เราพูดถึงเรื่องปัญหาของคุณ ช. แต่ตอนนี้ดูเหมือนง่วงมาก เห็นว่านั่งหลับขณะที่คุย อาการที่เป็นอย่างนี้เป็นมานานแค่ไหน	พยาบาลบอกในสิ่งที่สังเกตได้ในตัวผู้ป่วย (Sharing observation) เพื่อให้พูดประเด็นที่เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยต่อไป โดยยึดหลักการประเมินปัญหาที่เป็น Here and now เพื่อวางแผนการพยาบาล

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	5 เดือนแล้วครับเป็นตั้งแต่อยู่บ้าน เหวงนอนเหมือนเดิม มีแต่ง่วงนอน	แสดงว่าอาการง่วงนอนเป็นตั้งแต่อยู่ที่บ้านจริงๆ หรืออาจไม่ใช่เพราะจากประวัติผู้ป่วยมาปรึกษาเป็นครั้งแรกมีอาการก้าวร้าวและพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งขัดแย้งกับเรื่อง that ผู้ป่วยเล่า
พยาบาล	ขณะอยู่บ้านได้กินยาของโรงพยาบาลไหมคะ	ใช้คำถามปลายปิด (Closed-ended questioning) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยง่วงตั้งแต่อยู่ที่บ้านจากสาเหตุการกินยารักษาโรคจิตจริงๆ
ผู้ป่วย	(เงิบหลับตาและก้มหน้าลงเรื่อยๆ) ผมไม่ได้กินนอกจากพยาบาลจัดให้ถึงกิน	ยังง่วงนอนมากเช่นเดิมแต่ยังสนทนาต่อได้เมื่อพยาบาลถาม จากคำตอบแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มง่วงนอนตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลเพราะใช้คำว่า “พยาบาลจัดยาให้ถึงกิน”
พยาบาล	ตั้งแต่มาอยู่ โรงพยาบาลจนถึงเดี๋ยวนี้ อาการง่วงดีขึ้นกว่าเดิมบ้างหรือเปล่า หรือเหมือนเดิมคะ	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Encouraging evaluation) เพื่อทราบอาการง่วงที่เป็นอยู่ขณะนี้กับแรกรับผู้ป่วยว่าอาการเป็นอย่างไร เพราะหาก 4 เดือนแล้วยังง่วงมาก อาจเสนอแพทย์ให้ปรับยาให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะทางสังคมกับเพื่อนๆ โดยการเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆ บ้าง เพื่อลดการอยู่คนเดียวและคิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องตนเอง
ผู้ป่วย	กินมาแล้ว 7 เม็ด ง่วงนอน (เงิบหลับตา สลึมสลือ เช่นเดิม) อาการไม่ดีขึ้นเลย เหมือนเดิม	ผู้ป่วยสามารถบอกอาการที่เป็นปัญหากับตนเองได้ ซึ่งจะได้นำไปปรึกษากับหัวหน้าตึกต่อไป
พยาบาล	เวลาคุณง่วงมากๆ คุณช่วยตัวเองอย่างไร	การค้นหาข้อมูล (Exploring) เพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยในการช่วยตนเองในเรื่องนี้ ก่อนวางแผนให้การพยาบาลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลองใช้วิธีนั้น เพื่ออาจหายง่วงได้
ผู้ป่วย	(ผู้ป่วยทำท่าเอามือ 2 ข้างนวดบริเวณขมับ) ผมนวดขมับ อยากบอกว่าได้บ้านผมมีของคืออยู่ที่นั่น อยู่ที่นี่มันอยู่เย็นเป็นสุขจริงๆ เพราะข้างใต้ถนนเรือนมีของคือมีทองคำ ไอ้เอนมันขุดจะไปแลกข้าวกิน ขุดไปขุดมาขุดไปเจอเข้าได้เงินอยู่ที่นั่น ผู้หลักผู้ใหญ่มาช่วยขุดออกจึงจะดี ของศักดิ์สิทธิ์ดีเข้าทูลในหลวง ของดีทั้งแก้วแหวนอยู่ข้างใต้ ผมเคยตกลงไปในนั้น ได้สร้อยเส้นหนึ่ง	เมื่อนวดขมับผู้ป่วยดูแจ่มใสขึ้นและเล่าเรื่องต่อไปแต่ยังคงพูดเรื่องของ grandeur delusion และผู้ป่วยมีอาการของ Incoherence ร่วมด้วย คือ เนื้อหาที่พูดไม่สัมพันธ์กัน จากพบของมีค่าไปกินข้าวจี (หมายถึงข้าวเหนียวที่นำไปชุบไข่แล้วปิ้ง)

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	ได้สัปดาห์หนึ่ง ผมก็ลงไปดู ผมได้กินข้าวจี๋ เอาไฟจี๋	
พยาบาล	เรื่องสมบัติที่คุณว่าชุดได้เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วยครั้งนี้ยังงัยคะ	การค้นหาข้อมูล (Exploring) เป็นการค้นหาข้อมูล ความเชื่อของผู้ป่วยที่เล่าให้พยาบาลฟังกับการเจ็บป่วย ครั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสู่โลกของความเป็นจริง ซึ่ง เป็นเรื่องของการเจ็บป่วย
ผู้ป่วย	ไม่เกี่ยวครับ	ผู้ป่วยประเมินตนเองได้ แต่ไม่สามารถบอกเหตุผลที่ ไม่เกี่ยวข้องได้ ทั้งนี้อาจเป็นพยาธิสภาพของโรค หรือ คิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจผู้ป่วยก็ได้
พยาบาล	(เงียบสักครู) เมื่อสักครูเราคุยกันเรื่องที่ คุณง่วงนอน กลางคืนคุณหลับได้ดีไหม	การใช้การเงียบ (Using silence) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย คิดทบทวนเรื่องราวของตนเอง และพยาบาลได้คิด ทบทวนเรื่องราวของผู้ป่วยและเทคนิคที่ใช้ว่า อาจไม่ เหมาะสมหรืออาจเกิดจากผู้ป่วยง่วงนอนมากและใช้ คำถามปลายปิด (Closed-ended questioning) เพื่อ ทราบคำตอบที่เฉพาะเจาะจง ถึงการนอนของผู้ป่วยใน เวลากลางคืน
ผู้ป่วย	หลับดีครับ ตั้งแต่ 5 โมงเย็นถึงหลับ ผมไม่รู้ครับหลับได้ ตอนผมอยู่บ้าน เขาใส่ร้ายผม (พูดต่อไปฟังไม่รู้เรื่อง เพราะผู้ป่วยง่วงมาก และนั่งสัปหงก มากขึ้น)	ผู้ป่วยบอกหลับตั้งแต่ 5 โมงเย็น ซึ่งหลับหลังรับประทาน อาหารเย็นในแต่ละวัน ทำให้ทราบว่าอาการหลับมากเป็น เกือบตลอดทั้งวัน ช่วงท้ายคำพูดของผู้ป่วยฟังไม่รู้เรื่อง เนื่องจากหลับมากแต่ผู้ป่วยพยายามฝืนตนเองและพยายาม คุยกับพยาบาลต่อ
พยาบาล	ดูแล้วคุณ ช. ง่วงมาก เอาเป็นว่าวันนี้ คุณ ช. พอลงได้ไหมคะว่าเราคุยเรื่อง อะไรกันบ้างคะ	การบอกสิ่งที่สังเกตได้ (Sharing observation) เพื่อแสดงว่า พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและเริ่มยุติการสนทนาโดยการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยสรุปการพูดคุยในวันนี้โดยใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)
ผู้ป่วย	เขาโตแล้วเลี้ยงตัวเองได้ เงินเดือนๆ เขา ไม่ลำบากเขาผ่านพ้นไปแล้ว (สลิ้มสลิ้อเช่นเดิม)	ผู้ป่วยไม่สามารถสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันวันนี้ได้เนื่องจาก ยังคิดวุ่นเกี่ยวกับเรื่องตนเองและมีอาการพูดไม่สัมพันธ์ กับเรื่องที่ถาม (Irrelevant) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (สุชาติ, 2547)
พยาบาล	วันนี้เราคุยกันถึงเรื่องที่คุณมาโรงพยาบาล และคุณบอกว่ามีคนทำร้ายคุณและคนใน ครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัญหาคุณง่วงมาก และหลับทั้งกลางวันและกลางคืน เอาว่า วันนี้คุยกันแค่นี้ก่อนจะพบกันอีกวันจันทร์ หน้าเวลาเดียวกัน จะมาคุยกันเรื่อง	การสรุปความ (Summarizing) เพื่อเป็นการตรวจสอบ ความเข้าใจของผู้ป่วยกับพยาบาลว่าเข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยเล่า ได้ถูกต้องหรือไม่ ในการสรุปความครั้งนี้ พยาบาลเลือก สรุปเฉพาะปัญหาที่อยู่ใน reality แต่ในเรื่องอาการหลงผิด ไม่ได้สรุปให้ผู้ป่วยทราบ เพราะไม่ต้องการส่งเสริม ความเชื่อในเรื่องนี้และทำทางผู้ป่วยง่วงมากจึงรีบยุติ

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณและปัญหาต่างๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล วันนี้คุยกันแค่นี้ก่อนนะคะ สวัสดีคะ (กดปิดเทป)	การสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยไปล้างหน้า พักผ่อนก่อนเตรียมตัวรับประทานอาหารกลางวัน นอกจากนี้ได้นัดหมายการสนทนากับผู้ป่วยในครั้งต่อไปด้วย
ผู้ป่วย	ครับ (เงิบสักรู้อย่างไม่ลูกไปไหนจากนั้นก้มลงไหว้พยาบาลที่โต๊ะนานประมาณ 15 วินาที และเงยหน้าพูดว่า) ขอบคุณที่เข้าใจผม และลูกเดินไป	อาจเป็นการแสดงการขอบคุณที่มีผู้มารับฟังปัญหา ที่ผู้ป่วยเก็บไว้นาน และได้ระบายปัญหา ความไม่สบายใจอย่างเต็มที่ซึ่งเป็นการพัฒนาความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล

8. สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัดรักษา

8.1 ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่พบจากการสนทนา และการวางแผนในการพยาบาล

ปัญหา	การให้การช่วยเหลือ	การประเมินผล
8.1.1 อาการ grandeur delusion ของผู้ป่วย	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แต่ไม่ไปกระตุ้นหรือส่งเสริมความเชื่อในเรื่องนี้ของผู้ป่วยให้มีมากขึ้น แต่เป็นการแสดงว่าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วย และพยาบาลเข้าใจผู้ป่วย - เมื่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยดีขึ้นกว่านี้ จะใช้วิธีการ Present reality และ Confrontation เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งต้องใช้เวลา - นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด เพื่อลดการแยกตัวเอง ลดความคิดหมกมุ่นในเรื่องเดิม ซึ่งช่วยลดอาการหลงผิดได้	อาการ grandeur delusion ลดลงซึ่งต้องใช้เวลาในการสนทนาเพื่อการบำบัดอีกหลายครั้งและในช่วงของการสนทนาผู้ป่วยพูดถึงเรื่องนี้ลดลง
8.1.2 อาการหูแว่วและหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง - เข้าใจอาการที่เกิดขึ้น และ Present reality - นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาล - ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงอาการหวาดระแวงและประเมินอาการและความรุนแรงของอาการทุกเวอร์	ในครั้งแรกของการสนทนาเพื่อการบำบัด ได้เพียงการให้ผู้ป่วยบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง Present reality โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงอาการหูแว่วและไม่มีใครอยู่ด้วยกับผู้ป่วยนอกจากพยาบาล

ปัญหา	การให้การช่วยเหลือ	การประเมินผล
8.1.3 ผู้ป่วยง่วงนอนมากจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	- ประเมินอาการง่วงนอนว่ากลางคืนนอนหลับหรือไม่เพราะอาจมีผลหากนอนไม่หลับในเวลากลางคืนจะมานอนในเวลากลางวันทดแทนพบว่าไม่มีปัญหาในการนอนกลางคืน ทั้งนี้เพื่อแยกออกจาก Side effect ของยา - ประเมินการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นจากการง่วงนอนเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดทักษะในครั้งต่อไป - ได้ประสานงานเรื่องนี้กับเจ้าหน้าที่พบว่าเพิ่งปรับยาเพิ่มขึ้น เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงกับผู้ป่วยอื่น	ผู้ป่วยช่วยตนเองด้วยการล้างหน้าและนวดขมับ พยาบาลวางแผนจะกระตุ้นผู้ป่วยเข้ากลุ่มเมื่อมีอาการพร้อมกว่านี้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหลับนอนตลอดเวลา

8.2 ข้อคิดเห็นของพยาบาลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

ในการสร้างสัมพันธภาพครั้งนี้พยาบาลได้พยายามศึกษาจุดอ่อนที่เคยเป็นปัญหาจากครั้งที่ผ่านมาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา และได้เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อฝึกทักษะการทำหน้าที่ในบทบาทของ Clinical nurse specialist และจากการสร้างสัมพันธภาพครั้งนี้ ถึงแม้ว่าเป็นครั้งแรก แต่คิดว่าพยาบาลก้าวข้ามมาอยู่ในระยะ working phase อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความไว้วางใจพยาบาล เพราะเวลาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจะแยกตัวเองหลบนอนอยู่คนเดียว เมื่อมีพยาบาลไปพูดคุยด้วยและรับรู้ถึงปัญหาความไม่สบายใจเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อเหตุการณ์ (Empathy) จึงเกิดความสัมพันธ์ที่ดีและความไว้วางใจ

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีดังนี้

1. ระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลแนะนำตัวเองและแจ้งถึงวัตถุประสงค์ในการสนทนาให้ผู้รับทราบ แต่ในช่วงแรกพยาบาลไม่ได้บอกขอบเขตของเวลาการสนทนา เนื่องจากผู้ป่วยเล่าถึงอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทันที พยาบาลจึงคำนึงถึง Patient centered จึงสนทนาตามปัญหาของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยสามารถบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. ระยะของการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาและอาการ Grandeur delusion, Auditory hallucination, อาการง่วงนอนมากจาก Side effect ของยา และอาการของโรคจิตเภทบางอย่างที่ปรากฏให้เห็น เช่น Incoherence, Irrelevant, Loosening of association เป็นต้น และพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในข้อ 8.1
3. ระยะของการสิ้นสุดการสนทนาเพื่อการบำบัด พยาบาลยุติก่อนกำหนดเนื่องจากผู้ป่วยง่วงนอนมากแต่ได้สรุปการสนทนาทั้งหมดให้ผู้รับทราบ เพื่อตรวจสอบตามเข้าใจตรงกัน แต่ไม่ได้รับการสนองตอบจากผู้รับ เนื่องจากผู้ป่วยง่วงนอนได้แจ้งวันที่จะพบปะกับผู้ป่วยในครั้งต่อไปให้ผู้รับทราบ ในระยะนี้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความไว้วางใจพยาบาลโดยบอกว่า “ขอบคุณที่เข้าใจผม”

การวางแผนการสนทนาเพื่อการบำบัดครั้งต่อไป เพื่อ

1. ประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล
2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการค้นหาศักยภาพเดิมในการแก้ปัญหา เมื่อเกิดอาการหูแว่วและหวาดระแวง และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ดีและเพิ่มเติมส่วนที่ขาด

3. Present reality และ Confrontation เมื่อผู้ป่วยมี grandeur delusion แต่ต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ตลอดจนประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด

4. ประเมินอาการง่วงนอนจาก Side effect ของยาว่าดีขึ้นหรือไม่

8.3 ข้อดีของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งนี้ ได้ศึกษาเทคนิคต่างๆ มากขึ้น และใช้ทักษะการเจียบเพื่อบำบัดอาการที่ปรากฏทาง non-verbal ซึ่งมีค่อนข้างมากในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อนำมาสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหา อาการที่เกิดขึ้นได้มากที่สุด

8.4 สิ่งที่ต้องปรับปรุง พยาบาลยังใช้ non-therapeutic technique ในการสนทนาครั้งนี้ จึงต้องมีการพัฒนาตนเองและปรับปรุงตนเองมากกว่านี้ เพื่อไม่นำเทคนิคนี้ไปใช้ในครั้งต่อไป

ตัวอย่าง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาครั้งที่ 6

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

นาย ร. (นามสมมุติ) อายุ 22 ปี สถานภาพสมรส โสด อาชีพ ทานา

จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่อยู่อาศัย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2547

อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล ซาเคยา หงุดหงิด อาละวาด ชูจะทำร้ายพ่อแม่ เอาบุหรี่ยึดตามแขนตนเอง กลางคืนไม่นอน เป็นมากก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน

การวินิจฉัยโรค Schizophrenia

การรักษาในปัจจุบัน Lorazepam (2 mg) 2 x hs ☉

Valium 10 mg (M) PRN for agitate q 4 hrs

Risperidone consta 1 vial 25 mg (M)

ผู้ป่วยรายนี้เปลี่ยนการรักษาตั้งแต่วันที่รับไว้รักษาจนถึงปัจจุบันจำนวน 10 ครั้ง

2. วัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

2.1 เพื่อสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย

2.2 เพื่อประเมินปัญหาในการเผชิญปัญหาโดยใช้พฤติกรรมรุนแรงและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2.3 เพื่อประเมินปัญหาและอาการทางจิตอื่นๆ ของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ

2.4 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนสิ้นสุดสัมพันธภาพในการบำบัดรักษา (Termination phase)

3. สถานการณ์ก่อนมีการปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยช่วยเจ้าหน้าที่ทำงานภายในหอผู้ป่วยล้างแก้วน้ำ และทำความสะอาดบริเวณห้องรับประทานอาหาร พยาบาลถามความเห็นผู้ป่วยว่าถ้าขอคุยเรื่องปัญหาและอาการของผู้ป่วยในวันนี้ หลังผู้ป่วยทำความสะอาดเสร็จ ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอย่างไร ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ พยาบาลขออนุญาตอัดเทปบันทึกเสียงในการสนทนาครั้งนี้ โดยให้เหตุผลว่า เพื่อนำไปวิเคราะห์ว่าจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ได้ผลดีอย่างไร ผู้ป่วยยินดีให้บันทึกเทป ผู้ป่วยขอไปล้างมือและล้างหน้าก่อนมานั่งสนทนา

4. วัน เวลา สถานที่ในการปฏิสัมพันธ์

วันที่ 8 กันยายน 2547 เวลา 10.00-10.45 น.

5. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ชายไทย ผิวขาวเหลือง ผอมตรง คัดสั้น รูปร่างสมส่วนสูงประมาณ 170 ซม. แต่งกายสะอาด สีนํ้าขมิ้นเข้มแจ่มใส มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นๆ ได้ดี ช่วยเหลืองานในคึกได้ดี

6. สาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

- 6.1 เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาด้วยพฤติกรรมรุนแรง ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2547 เคยให้ทดลองเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง วันที่ 10 พฤษภาคม 2547 โดยกำหนดให้เยี่ยมบ้าน 1 เดือน ไม่ถึงกำหนดนัดผู้ป่วยกลับมา ก่อนในวันที่ 23 พฤษภาคม 2547 เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นเดิม แพทย์จึงนำผู้ป่วยเข้าโครงการรักษาด้วย Risperidone ทั้งชนิด Long acting และยาเกิน
- 6.2 กลับมารักษาซ้ำ (Readmitted) ทุกครั้งด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว และจำหน่ายกลับบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 2 เมษายน 2547 และกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งที่ 3 ในวันที่ 7 เมษายน 2547
- 6.3 ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล จากการรายงานของพยาบาลจากการสังเกตและ Nurse report พบว่าผู้ป่วยมักมีเรื่องชกต่อยกับผู้ป่วยด้วยกัน เมื่อผู้ป่วยอื่นก้าวร้าวหรือควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ และเจ้าหน้าที่เข้าไปควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วย (นาย ร.) จะเข้าไปร่วมทำร้ายผู้ป่วยรายนั้นด้วยเสมอ ทั้งๆที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ร้องขอ ก่อนสนทนาในวันนี้ พยาบาลรายงานว่า 2 วันที่แล้ว ผู้ป่วยทำร้ายผู้ป่วยด้วยกัน ทั้งๆที่อาการทางจิตสงบมาตลอด
- 6.4 เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งอยู่ในระยะเตรียมตัวกลับบ้าน เนื่องจากอาการทางจิตอื่นๆสงบเรียบร้อยแล้ว จึงต้องการวางแผนช่วยเหลือ แก้ปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมดังกล่าวก่อนกลับบ้าน

7. บันทึกการการสนทนาที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียง

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	สวัสดีค่ะคุณ ร. (นามสมมติ) ที่จริงเราเคยพบกันและพูดคุยกันหลายครั้งแล้ว คุณพอจะจำชื่อดิฉันได้ไหมคะ	การให้การยอมรับ (Giving recognition) เป็นการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักและจำได้ โดยสามารถเรียกชื่อได้อย่างถูกต้อง ในขณะเดียวกันพยาบาลได้ทดสอบด้วยว่าผู้ป่วยจำพยาบาลได้หรือไม่ เพื่อทราบว่าคุณภาพของการสนทนาเพื่อการบำบัด และจดจำผู้บำบัดได้ ซึ่งเป็นการพร้อมที่จะดำเนินการในระยะ working phase
ผู้ป่วย	(เงิบสักระยะ) ชื่อ วัชณี ครับ วันนี้ผมอยากคุยเรื่องการควบคุมอารมณ์ของผมครับ	ผู้ป่วยจำชื่อพยาบาลได้ และเรียกได้อย่างถูกต้องแต่ต้องใช้เวลานึกคิดสักครู่ อาจเป็นเพราะชื่อพยาบาลค่อนข้างเรียกยาก และผู้ป่วยเริ่มเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลทำให้ไม่ได้กลับบ้าน
พยาบาล	ใช่ค่ะ วันนี้จะคุยกันถึงเรื่องที่ว่า เห็นว่าคุณใกล้กลับบ้านแล้ว แต่ทราบว่าการควบคุมอารมณ์ของคุณยังทำได้ไม่ดีเท่าไร จากฟังเจ้าหน้าที่รายงาน พบว่าคุณยังควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี เพราะถ้าทำตรงนี้ได้ดีก็จะ	การให้ข้อมูล (Giving information) เป็นการบอกขอบเขตของการสนทนาเพื่อการบำบัดในวันนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลได้เข้าใจตรงกัน และสามารถสนทนาในเรื่องเดียวกันอย่างต่อเนื่อง การที่พยาบาลเน้นเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง เนื่องจาก 2 วันก่อนการสนทนาผู้ป่วยทำร้าย

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	กลับบ้านได้ และเรื่องที่จะคุยอีกเรื่อง คือ เรื่องปัญหาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ใน ปัญหาอื่นๆ ด้วย คงใช้เวลาในการพูดคุย ประมาณ 30-45 นาที ประมาณนี้คุณ ร. คิดอย่างไรคะ ถ้าจะคุยกันตามเวลานี้	โดยการชกต๋อยผู้ป่วยด้วยกัน ทั้งๆ ที่ในภาพรวมแล้วผู้ป่วย อาการทางจิตอย่างอื่นดีขึ้นมาก จึงเห็นว่าเป็นปัญหาที่ต้อง ช่วยกันแก้ไขในเรื่องนี้ เพราะผู้ป่วยได้เคยไปทดลองเยี่ยม บ้าน แต่ต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีกเพราะมีเรื่องทะเลาะวิวาทเช่นกัน อย่างไรก็ตามพยาบาลได้ถามความเห็น ว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะพูดคุยในเรื่องนี้ เวลานี้หรือไม่ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือก เรื่องการสนทนาเพื่อ การบำบัดด้วยตนเองได้ ในการสนทนาครั้งนี้ อาจ focus เข้าสู่ปัญหาเร็วเกินไป ทั้งนี้ พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยและ พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผ่านเข้าสู่ระยะ working phase แล้ว ซึ่งถ้าหากไม่มีปัญหาการชกต๋อย เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในวันนี้พยาบาลจะเตรียมการเข้าสู่ระยะ สิ้นสุดสัมพันธภาพ (Terminal phase) ก่อนให้ผู้ป่วย ทดลองเยี่ยมบ้านอีกครั้ง
ผู้ป่วย	ไม่ว่าอะไรครับ คุยได้ (พูดพร้อมยิ้ม) อยากคุยเรื่องนี้อยู่แล้ว	ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการสนทนา ในเรื่องที่ตกลงกัน เนื่องจากตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
พยาบาล	คิดว่าช่วงนี้ วันนี้ คุณมีปัญหาอะไรบ้าง ไหมคะ ขณะอยู่โรงพยาบาล	การใช้คำถามกล่าวเปิดกว้างๆ (Giving broad opening statement) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มต้นหัวข้อ หรือ ปัญหาที่ต้องการพูดก่อนโดยไม่เป็นการบังคับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลทราบว่า ผู้ป่วยมีเรื่องอะไรกังวลอยู่
ผู้ป่วย	ไม่มีครับสบายดีครับ	ผู้ป่วยปฏิเสธปัญหา อาจจะเกิดจากการไม่มีปัญหาจริงๆ กับการที่มีปัญหาแต่ไม่ยอมบอกพยาบาล เพราะอาจเกรง ว่าถ้ามีปัญหาจะไม่ได้กลับบ้าน
พยาบาล	เจ้าหน้าที่แจ้งคุณว่าอย่างไรบ้างคะ เรื่องการกลับบ้าน	การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) ใช้เพื่อ ต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนามากขึ้น
ผู้ป่วย	ยังไม่ทราบวันจะกลับบ้าน ญาติยังไม่มารับ ยังไม่ได้โทรศัพท์ตามญาติ อาจเป็นอาทิตย์ หน้าหรืออาทิตย์ไหนก็ไม่รู้ (สีกหน้าดูซึมลง ไม่แจ่มใสเหมือนเดิม) 3 เดือนแล้ว ญาติ ยังไม่มา ผมเข้าร่วมโครงการนิดาครับ ถ้านิดาครบก็กลับได้	ผู้ป่วยคงคิดถึงบ้าน เพราะมาอยู่โรงพยาบาลนานแล้ว สังเกตได้จากสีหน้าซึมลง ไม่แจ่มใสเหมือนเดิมและมีการรับรู้เหตุผลที่ต้องอยู่โรงพยาบาลต่อไปได้อย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงว่าอยู่ในโครงการยาฉีด Risperidone consta ซึ่งเป็นยา Long acting มีฤทธิ์ในการรักษาอาการ ทางจิต และมี Side effect ของยาน้อยมากซึ่งช่วยให้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาขณะอยู่ที่บ้านดีขึ้น
พยาบาล	คุณ ร. ลองประเมินตัวเองนะค่ะว่า คิดว่าเดี๋ยวนี้พร้อมจะกลับบ้านได้ยัง	การกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง (Encouraging evaluation) เพื่อทราบความคิดของผู้ป่วยว่า มองตนเอง ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	พร้อมครับ เพราะว่า 1 อาการดี 2 อาการหายเป็นปกติ (ขณะพูดจา ยิ้ม แจ่มใส เช่นเดิม)	ผู้ป่วยคิดว่าตนเองอาการดีและพร้อมกลับบ้านได้แต่ไม่พูดถึงการมีเรื่องทำร้ายผู้ป่วยด้วยกันเลย ทั้งที่เหตุการณ์เพิ่งผ่านไป 2 วัน และผู้ป่วยก็ยอมรับในตอนต้นว่าอยากคุยเรื่องการควบคุมอารมณ์
พยาบาล	พอให้รายละเอียดได้ไหมคะ ว่าอาการดีดีจากเก่าอย่างไร	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินอาการของตนเอง (Encouraging evaluation) ว่ามีอาการดีจากเดิมอย่างไร เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ทบทวนถึงปัญหาอาการบางประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่ได้พูดถึง
ผู้ป่วย	ทำงานได้ คิดว่ากลับบ้านช่วยงานพ่อแม่ได้ ช่วยงานคุณหมอดี ช่วยจัดหาอาหาร	ผู้ป่วยจะพูดถึงความสามารถในการทำงานของตนเองตลอด แต่ก็สอดคล้องกับความเป็นจริง ว่าสามารถช่วยเหลืองานต่างๆ ของหอผู้ป่วยได้จริง แต่ยังคงไม่พูดถึงเรื่องการทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วยด้วยกัน หรือปัญหาการควบคุมอารมณ์
พยาบาล	คุณคิดว่าเรื่องการทำงานสามารถทำได้แล้ว แล้วเรื่องอย่างอื่นล่ะคะที่คิดว่าตัวเองพร้อมที่จะกลับบ้านได้หรือยัง	การสะท้อนเนื้อหา (Reflection of content) ของความคิดเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองด้านความพร้อมในการกลับบ้าน และเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความกระจ่างของข้อมูลที่ยังไม่พูดถึง เพื่อให้โอกาสทบทวนอีกครั้ง เนื่องจากพยาบาลไม่ต้องการใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Confronting) กับผู้ป่วย ในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าอาการดี แต่ขัดแย้งกับเหตุการณ์จริง ที่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ โดยทำร้ายผู้ป่วยอื่นใน 2 วันที่ผ่านมา ต้องการให้ผู้ป่วยคิดได้ด้วยตนเอง อาจจะช้าบ้าง แต่จะช่วยให้บรรยากาศในการบำบัดเกิดสัมพันธภาพที่ดีกว่าวิธีการบังคับให้ผู้ป่วยยอมรับ
ผู้ป่วย	พร้อมครับ จะไม่ประพฤติดี ไม่ดีเพื่อน ระวังอารมณ์ ให้ระงับสติให้อยู่ คิดว่าสามารถทำได้	ผู้ป่วยเริ่มพูดถึงประเด็นที่เป็นปัญหา ที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่เล่ารายละเอียดของเหตุการณ์ว่าตนเองเป็นฝ่ายเริ่มทำร้ายผู้ป่วยด้วยกันก่อน
พยาบาล	คิดว่าสามารถทำได้ คุณพอให้รายละเอียดย้อนหลังไปซัก 7 วันว่าคุณระงับอารมณ์ได้ไม่ดีเพื่อนใน 7 วันที่ผ่านมาได้ไหมคะ	การทวนคำพูดของผู้ป่วย (Restating) ในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยพูดและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Encouraging evaluation) ว่าสามารถมีพฤติกรรมการระงับอารมณ์ก้าวร้าวได้จริงๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดถึงความเหมาะสมของการแสดงออกของตนเอง ที่มีต่อเหตุการณ์ในวันนั้น การให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงเหตุการณ์เป็นการนำไปสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเช่นเดิมอีกเนื่องจากเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมา

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
		readmitted ทุกครั้ง และเป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปเยี่ยมบ้านอีกครั้ง
ผู้ป่วย	วันนั้นผมนั่งดูหนัง 2 คนกับพี่ (ผู้ป่วยด้วยกัน) นั่งดูทีวี กีฬาจากเอเชียนเกมส์ อ้อ โอลิมปิกเกมส์ ไอ้คนนั้นมันมาตีพี่ผม ผมเลยตีช่วยพี่ครับ เป็นพี่ผม ที่ผมเคารพ นับถือก็มารังแกพี่ผมก่อน ผมจึงต้องทำอยู่ดีๆ ผมไม่ทำใครหรอก(พูดเสียงสั้นรัว)	ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ได้ตรงกับเจ้าหน้าที่ ขณะเล่าพูดเสียงสั้น อาจมีอารมณ์ร่วมกับเหตุการณ์ที่เล่าหรืออาจทราบดีว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ได้กลับบ้านช้าลง เพราะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และผู้ป่วยพยายามหาเหตุผลที่ดี บอกถึงความจำเป็นในการกระทำซึ่งเป็นกลไกทางจิตชนิดหนึ่งคือ rationalization ช่วยทำให้ตนเอง รู้สึกว่ามีเหตุผล เหมาะสมแล้วที่ต้องทำเช่นนั้น (สุชาติ, 2547:5)
พยาบาล	คุณรู้สึกโกรธที่เขามาตีพี่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยกัน เลยตีตอบโต้เขา	การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการสะท้อนถึงสิ่งที่พยาบาลเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะเกิดเหตุการณ์ และช่วยให้เกิดความไว้วางใจและสนทนาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป
ผู้ป่วย	ครับ ผมเลยถูกฉีดยาทั้ง 3 คน ทั้งผม พี่ผม และคนเริ่มต้นมาตีผม (พูดพร้อมยิ้ม)	รู้สึกสบายใจขึ้น ที่เล่าเรื่องที่ไม่ต้องการพูดถึงออกมาได้ และเห็นว่าพยาบาลไม่ได้แสดงอาการตำหนิผู้ป่วยแต่อย่างไร
พยาบาล	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อไร	การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ด้วยตนเอง ว่าเพิ่งเกิดเหตุการณ์ไม่นานมานี้
ผู้ป่วย	2-3 วันนี่เอง อ้อ 3-4 วันนี่แหละ	ผู้ป่วยอาจจะจำวันที่เกิดเหตุการณ์คลาดเคลื่อนไปบ้าง แต่ยังไม่เสียใจความเป็นจริง
พยาบาล	ในจุดที่เกิดเหตุการณ์นั้น คุณคิดว่าคุณพร้อมในการควบคุมอารมณ์เมื่อกลับไปบ้าน	การสะท้อนเนื้อหาความคิด (Reflection of content) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองซ้ำอีกครั้ง และทราบการรับรู้ในการมองตนเองของผู้ป่วยว่าตนเองพร้อมในการควบคุมอารมณ์ตนเองหรือไม่
ผู้ป่วย	พร้อม (พร้อมหัวเราะ)	ผู้ป่วยยืนยันว่าตนเองพร้อมกลับบ้าน แต่หัวเราะขณะพูดแสดงถึงความไม่แน่ใจเช่นกันแต่ต้องการกลับบ้านมากกว่า
พยาบาล	ถ้าเรากลับไปบ้าน มีใครมากระตุ้นเรา เอาเหมือนเหตุการณ์เดิมทุกอย่าง มีคนมาพูดกระตุ้น ทำให้เราไม่พอใจหรือโกรธ คุณจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางอารมณ์ (Encouraging formulation of a plan of action) โดยยกสถานการณ์ให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้า ว่าเกิดเหตุการณ์อย่างผู้ป่วยเคยประสบ ผู้ป่วยจะมีแผนการแก้ไขปัญหาวัยอย่างไร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแผนที่ดีและพยาบาลเข้าใจในการปรับตัวของผู้ป่วยในอนาคต ช่วยสนับสนุนการปรับตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	ให้อภัยครับ ครั้งแรกให้อภัยไม่โกรธเคือง ครั้งที่ 2 ก็ให้อภัยไม่โกรธเคือง ก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง (หัวเราะ)	ผู้ป่วยพยายามให้เหตุผลที่สังคมยอมรับ แต่อาจขัดแย้งกับความเป็นจริงที่ผู้ป่วยบอก เนื่องจากอาจทำไม่ได้โดยหัวเราะและบอกว่าทำได้บ้างไม่ได้บ้างผู้ป่วยเองก็ไม่มั่นใจเช่นกัน
พยาบาล	จริงๆ แล้วที่อยากให้คุณคุยกันในจุดนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ กับตนเองออกมา เพราะทางเราจะได้ช่วยกันแก้ปัญหาจุดนี้จริงๆ ปัญหาอยู่ที่ใด ที่ทำให้เราควบคุมตนเองไม่ได้ เลยสมมติให้คุณกลับบ้านไปเจอเหตุการณ์แบบเดิม มีคนมาพูดมาจา มาคำพี่สาว คำพี่ คำน้องเรา เราจะใช้วิธีการใด	การมุ่งประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ (Focusing) โดยมุ่งประเด็นการควบคุมอารมณ์ตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ของผู้ป่วยโดยสมมติสถานการณ์และให้ผู้ป่วยเล่าในสิ่งที่ผู้ป่วยจะกระทำต่อเหตุการณ์นั้น
ผู้ป่วย	ก็บอกกล่าวให้เลิกทะเลาะกัน คิดว่าควบคุมตัวเองได้ สอนให้คนนั้นไม่มาทะเลาะกับเรา ถ้าเขาไม่ยอม ผมจะเดินหนี บอกกล่าวสอนให้เป็นคนดี ไม่ให้ทำอีก ระวังอารมณ์ตนเองให้อยู่ เพราะเจ้าของมีอารมณ์ชั่ววูบ บอกทั้งตัวเองและบอกคนอื่นด้วย เพราะคนอื่นก็จะสอนให้เราได้คิด	ผู้ป่วยได้พยายามบอกการกระทำที่เป็นการควบคุมและระวังอารมณ์ตนเอง แต่ยังยอมรับว่าตนเองมีอารมณ์ชั่ววูบ ในขณะเดียวกันก็จะพยายามสอน หรือบอกคนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย ซึ่งการควบคุมคนอื่นในทัศนะของพยาบาลเป็นเรื่องที่ยาก และดูเหมือนผู้ป่วยยังพูดวนไปมาเหมือนยังหาทางออกที่ดีกว่านี้ไม่ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่พยาบาลสมมติกว้างไปไม่มีบุคคลมาเกี่ยวข้องที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยจึงคิดวิธีการไม่ได้
พยาบาล	เอาง่ายๆ เป็นว่าขณะอยู่บ้านจะมีเรื่องกับใครบ้างคะ	การค้นหาข้อมูล (Exploring) เป็นการค้นหาข้อมูลในประเด็นความคิด ประสบการณ์ ที่เคยมีปัญหากับผู้อื่น
ผู้ป่วย	ไม่ค่อยมีหรือครับมีแต่กับบ้านอื่น บางครั้งขโมยโทรศัพท์ผ่านเลขๆ ก็โกรธกัน บางครั้งก็ร้องตะโกนส่งเสียงดังใส่กัน (พูดพร้อมหัวเราะ) เคยมีเรื่องกันมาก่อนกับคนบ้านอื่น	เมื่อพยาบาลให้ระบุนบุคคลที่เคยมีเรื่อง ผู้ป่วยแสดงถึงการควบคุมอารมณ์ก้าวร้าวไม่ได้ เพียงขโมยโทรศัพท์ผ่านกันก็มีเรื่องโกรธกัน อาจจะเป็นเพราะเคยมีเรื่องกันมาก่อนหรือพยายามหาเหตุผลมากล่าวถึง เพื่อให้ดูเหมาะสมกับการแสดงออกเช่นนั้น พยาบาลสังเกตว่า เมื่อผู้ป่วยพูดสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงที่ผู้ป่วยคิด ผู้ป่วยมักหัวเราะทุกครั้ง แต่ไม่ได้บอกสิ่งที่สังเกตได้ให้ผู้ป่วยทราบ เพราะเหมือนการจับผิด ซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการบำบัด
พยาบาล	ถ้าคุณกลับไปบ้านจะทำอย่างไรถ้าเจอเหตุการณ์เดิม	การกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยสร้างประสบการณ์ทางอารมณ์ (Encouraging formulation of a plan of action) เป็นการให้คำพูดกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้าว่าถ้าพบเหตุการณ์เดิม จะใช้วิธีการแก้ไขปัญหายังไง
ผู้ป่วย	ปรับตัวเข้าสังคม ระวังอารมณ์ให้อยู่	เป็นความตั้งใจของผู้ป่วยที่ต้องการปรับเปลี่ยน แต่พยาบาลไม่แน่ใจว่าจะสามารถทำได้จริงหรือไม่

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
		เมื่อประสบเหตุการณ์ เนื่องจากมีประวัติการใช้พฤติกรรมรุนแรงในการแก้ปัญหาบ่อยๆ
พยาบาล	คะตรงนี้ น่าสนใจเรามาคุยกันเรื่อง การระงับอารมณ์ให้อยู่ ดีไหมคะว่าจะ ทำอย่างไร	การมุ่งประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ (Focusing) โดยเน้นถึงวิธีการที่จะระงับอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อค้นหาวิธีการในอดีตที่เป็นปัญหาและนำมาวางแผนในปัจจุบัน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพราะผู้ป่วยมา Admitted ทุกครั้ง ด้วยพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3)
ผู้ป่วย	ผมตอนมาอยู่ที่แรกผมไม่มีเพื่อน แล้วก็เหงา ว่าเหว่ ต่อมา มีเพื่อนเล่น ขอช่วยงาน คุณหมอ อาการดี บางทีก็ดีเพื่อน บางทีเพื่อนก็มาตีผมครับ แต่ส่วนใหญ่ผมตีเขา มากกว่า ผมก็อยากแก้ไขปัญหาระยะนี้ เหมือนกัน อยากขอโทษพี่เขา	ผู้ป่วยเริ่มประเมินตนเองว่าเคยตีเพื่อน และส่วนใหญ่ก็ตีเพื่อนมากกว่าถูกเพื่อนตี ผู้ป่วยยังคงใช้กลไกทางจิตแบบ rationalization เพื่อสนับสนุนการกระทำเช่นเดิม เพราะจากประวัติใน nurse report ไม่เคยมีใครตีผู้ป่วยมีแต่ผู้ป่วยเป็นฝ่ายทำร้ายผู้อื่น แต่ผู้ป่วยก็ยอมรับว่าอยากแก้ไขเรื่องนี้
พยาบาล	ส่วนใหญ่คุณตีเขามากกว่า อยากให้คุณเล่ารายละเอียดว่า เวลาที่มีเรื่องมากระทบ ทำให้ไม่พอใจ เคยแก้ไขด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่การทำร้ายกัน	การทวนคำพูด Selective restating เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ ทบทวนและประเมินตนเองเกี่ยวกับการแก้ปัญหาโดยการ ทำร้ายผู้อื่นและใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูลที่เจาะลึกลงไป (Exploring) ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประสบการณ์เดิมของตนเองในเรื่องนี้ว่ามีวิธีการอื่นอีกหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วย บอกว่าอยากแก้ไขปัญหาระยะนี้
ผู้ป่วย	มีครับ ผมก็ทำงานไปเรื่อยๆ ช่วยคุณหมอ เพื่อนบางคนก็มองผมไว้แล้วว่าจะตีผมๆ ก็เฉยไว้ ทำงานไปเรื่อยๆ ไม่สนใจเพื่อนที่ มากระตุ้น บางครั้งเดินหนี คุณหมอรับ ตรงนี้เป็นโรงพยาบาลหรือเป็นศูนย์กักขัง แห่งชาติครับ	ผู้ป่วยยังคงใช้กลไกทางจิตแบบ rationalization และ introjection คือ หาเหตุผลที่ดีแทนเหตุผลที่แท้จริงว่าทุก ครั้งที่มีเหตุการณ์กระตุ้นผู้ป่วยจะเฉยไว้จากรายงานของ เจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายเริ่มก่อนเสมอ และค่อนข้าง รุนแรง นอกจากนี้ยังใช้วิธีการโทษว่าเป็นเพราะผู้อื่นมอง ผมไว้แล้วว่าจะตีผม ซึ่งอาจเป็นอาการหวาดระแวงของ ผู้ป่วยก็ได้ แต่ไม่พบในรายงานของผู้ป่วย ได้พบวิธีการ ที่ดีที่ผู้ป่วยใช้ คือ การทำงาน ไม่สนใจสิ่งกระตุ้น เดินหนี จากนั้นผู้ป่วยเริ่มพูดถึงเรื่องอื่น
พยาบาล	คุณกำลังจะถามว่าที่นี่ใช่ศูนย์กักขัง มีอะไร ที่ทำให้คุณคิดว่าเป็นศูนย์กักขัง	การทวนคำพูดของผู้ป่วย (Selective restating) เพื่อให้ ผู้ป่วยคิดทบทวนเนื้อหาของคำพูด และการใช้คำถาม ปลายเปิด (Open-ended questioning) เพื่อทราบเหตุผล ของการที่ผู้ป่วยคิดว่าที่นี่คือศูนย์กักขัง
ผู้ป่วย	ผมเคยเห็นในทีวี ผมเคยเห็นหน้าตาพี่เขา เช่นพี่ฉลามนุกอยู่ในโรงพยาบาล แต่ก่อน อยู่มีพี่หนูเหวน ผมเคยเห็นในทีวี เอเชียนเกมส์	ผู้ป่วยไม่แน่ใจในหน้าตาของผู้ป่วยด้วยกัน ว่าเป็นนักกีฬา หรือเปล่าที่มาอยู่โรงพยาบาล จึงทำให้คิดว่าตนเองอยู่ใน ศูนย์กักขัง

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	(พูดพร้อมหัวเราะ) โอлимпิก เห็นเพื่อนหน้าตาคล้ายคลึง ใช้ตัวจริงไหม	
พยาบาล	ไม่มีคะ ถ้าหมายถึงชื่อที่คุณกล่าวถึงฉลามนุก หนูเหวนไม่เคยอยู่โรงพยาบาลนะคะ ที่นี่เป็นโรงพยาบาล แต่ถ้าคุณเห็นทางทีวีใช่คะ	การบอกความเป็นจริง (Present reality) ให้ผู้ป่วยทราบใช้ในกรณีที่การรับรู้ของผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง
ผู้ป่วย	เข้าใจแล้วครับ (ยิ้ม)	ผู้ป่วยเข้าใจตามความเป็นจริง โดยไม่ได้แย้ง
พยาบาล	งั้นเรามาคุยเรื่องเดิมต่อ ถ้าคุณแก้ไขเรื่องนี้ได้ คุณจะอยู่บ้านได้นาน เมื่อกี้เราพูดค้างกันเรื่องอะไรคะ	การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาสนใจในเรื่องเดิม ที่ผู้ป่วยพูดค้างเอาไว้และเป็นการทบทวนความจำ และจุดสนใจของผู้ป่วยมาสู่ปัญหาเดิมที่สนทนาค้างเอาไว้
ผู้ป่วย	เรื่องสิ่งกระตุ้นทำให้เรามีอารมณ์ตอบโต้ทันที	ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องที่พูดค้างเอาไว้ตรงกับที่พยาบาลเข้าใจ
พยาบาล	คุณจำได้ดีเลยนะคะ เมื่อสักครู่คุยกันว่า คุณบอกว่าเวลามีคนมากระตุ้น จะใช้วิธีการตีเขากับการเดินหนีไปทำงานซึ่งถ้าเปรียบเทียบการตีกับไม่ตี คุณก็บอกว่ามีทั้ง 2 ประเภท ตีก็มีไม่ตีก็มีแล้ววิธีการอื่นๆ ละคะ	ให้การชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถจำเรื่องราวที่พูดค้างเอาไว้ และใช้วิธีการสรุปความ (Summarizing) สั้นๆ เพื่อให้ทราบว่าก่อนหน้านี้นพยาบาลคุยอะไรกับผู้ป่วยบ้าง ผู้ป่วยจะได้สนทนาต่อในเรื่องเดิมได้ถูกต้อง
ผู้ป่วย	(เงิบ) ใช้วิธีการบอกกล่าวว่าจะไม่เคยมีเรื่องบาดหมางกัน บอกตนเองเล็กๆ ว่าไม่เคยมีเรื่องกันมาก่อน อย่างอื่นๆ ก็ทำงานไปเรื่อยๆ แล้วก็ทำให้เราดีขึ้นไม่ไปพาลคนอื่น	ผู้ป่วยเงียบสักครู่จึงตอบ แสดงว่าใช้ความคิดทบทวนวิธีการที่ดีในอดีต เพื่อมาใช้เป็นข้อคิดในปัจจุบัน
พยาบาล	เท่าที่คุณบอกว่าใช้วิธีการ ไม่สนใจเดินหนี หางานทำ บอกตัวเองว่าไม่เคยมีเรื่องกันมาก่อน ที่ผ่านมามีคิดว่าได้ผลไหมคะ	กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Encouraging evaluation) เพื่อให้เกิดข้อคิดด้วยตนเองว่าได้ผลหรือไม่
ผู้ป่วย	ได้ครับ เพราะผมจัดตารางให้คนไข้ส่วนมากกินข้าวครบ ทำทุกวัน แล้วช่วงนี้ก็ไปช่วยขายของงานอาชีวบำบัด แต่ผมยังมีปัญหา ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ อารมณ์ร้อน บางทีควบคุมได้ผล บางทีก็ไม่ได้ผล ผมอยากรู้วิธีการควบคุมอารมณ์ตัวเองให้อยู่	ผู้ป่วยยังคงคิดเพียงวิธีการเดิมๆ เช่น การทำงานแต่ก็ยังคิดว่าวิธีการดังกล่าวได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้าง ตรงตามความเป็นจริงที่ผู้ป่วยเป็นอย่างนั้น และผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ ในการควบคุมอารมณ์ว่าเป็นปัญหาของตนเอง และขอความเห็นในเรื่องนี้กับพยาบาล เพื่อต้องการความปรับตัวที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์แบบเดิมอีก

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	ถ้าฉันเรามามองย้อนเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น 2-3 วันที่ผ่านมา ขณะดูทีวี คุณจะทำอย่างไร	การค้นหาข้อมูล (Exploring) เกี่ยวกับศักยภาพของผู้ป่วย โดยยกสถานการณ์จริงให้ผู้ป่วยได้ให้ความคิดวิเคราะห์ เหตุการณ์และแก้ไขใหม่
ผู้ป่วย	ถ้าสะท้อนให้เห็นคือ คนที่มารังแก พวกผมอาจหุแว่ว เข้าใจเขาใหม่ แต่คุณหมอบอกว่าห้ามมีเรื่องบาดหมางกัน อยู่ใครอยู่มัน (หัวเราะ) ให้ไม่ถึงโทษ โกรธเคืองกัน เพราะเราระงับสติไม่อยู่ ตัวผมเองก็อยู่ตามลำพัง ดูทีวีไปเรื่อย ๆ อยู่เฉยๆ ไม่ได้ไปหาเรื่อง แต่ตัวเรา ระงับอารมณ์ สติไม่อยู่ ก็ต้องพูดให้ เข้าใจซึ่งกันและกัน เหตุการณ์ครั้งแรก พี่หลักชัยยืนอยู่ อีกคนตะโกนด่า ผมก็ ห้ามเขาด่าพ่อพี่เขา เขาว่าหลายเรื่องอยู่ แต่ไปห้ามเขาก็หุค แต่เขาก็ตะโกน โวยวายอีก 2-3 ครั้ง ไม่นานเขาก็มาอะอะ อาละวาดคนที่ดูทีวีอยู่ด้วยกัน	ผู้ป่วยเริ่มมองเหตุการณ์ตามความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วย ที่มีเรื่องด้วยกัน มีอาการทางจิต ระวางผู้ป่วยอื่น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงใช้กลไกทางจิตชนิดหาเหตุผลที่ดีแทน เหตุผลจริง (Rationalization) เนื่องจากรายงานพบว่า เหตุการณ์สงบลงแล้ว แต่ผู้ป่วยเข้าไปทำร้ายซ้ำเติม จึงมี เรื่องวนเวียนอีก
พยาบาล	คุณรู้สึกโกรธเลยทำร้ายเขา	การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ในสิ่งที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ เพื่อแสดงว่าพยาบาลเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ความรู้สึกต่อไป
ผู้ป่วย	ครับ เหตุการณ์ก็เกิดขึ้นวันนั้นละครับ ก็เป็นครั้งแรกที่ผมทำคนอื่น จากนั้นก็ไม่ เคยทำร้ายใคร	ยอมรับอารมณ์โกรธของตนเองว่ามีคนมากระตุ้น จึงควบคุม ตนเองไม่ได้
พยาบาล	ฉันรู้สึกเป็นห่วงคุณในเรื่องนี้ เพราะหลายๆ เรื่องต้องชมคุณนะ เช่นการช่วยงานการทำงาน ได้ดี และคิดว่ากลับไปบ้านก็ทำงานได้ดี แต่มีเรื่องการควบคุมอารมณ์อย่างเดียว ซึ่งคุณก็ยอมรับตรงนี้ ว่าทำอะไร จะควบคุมตนเองได้ เพราะเราไปเปลี่ยน คนอื่นไม่ได้ ไปเปลี่ยนไม่ให้เขาพูดจา หยาบคายไม่ได้ ไม่ให้คนอื่นด่าเราก็คงไม่ได้ แต่เราเปลี่ยนอารมณ์ตนเองได้ คุณคิด อย่างไรกับเรื่องนี้	พยาบาลบอกถึงความรู้สึกห่วงใยพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ (เป็นการห่วงใย เข้าใจผู้ป่วยแบบ Empathy) เกี่ยวกับการควบคุม อารมณ์ของผู้ป่วย และชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ทำได้ดีใน เรื่องการทำงาน ซึ่งตรงตามการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้คงพฤติกรรมที่ดีเอาไว้เป็นการให้แรงเสริมทางบวก (positive reinforcement) อย่างหนึ่งเพื่อใช้ในการเพิ่มความดี ของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น ตามแนวทางการบำบัด รักษาของสกินเนอร์ (ทศนา บุญทอง, ยาใจ สิทธิมงคล, 2544 : 76) และใช้เทคนิคการให้ข้อมูลที่แท้จริง (Giving information) ในสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเปลี่ยนแปลง ตนเองง่ายกว่าเปลี่ยนคนอื่น

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
ผู้ป่วย	ครับเปลี่ยนคนอื่นยากครับ เราเปลี่ยนแปลงตนเองดีกว่าครับ ก็เดินหนีเวลามีคนมาพูดทำให้เราโกรธมากๆ	ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจ จึงยกตัวอย่างของตนเองเมื่อประสบเหตุการณ์แล้วใช้ได้ผล
พยาบาล	ควรเดินหนีตั้งแต่เมื่อเราเริ่มมีอาการอย่าเดินหนีเมื่อมีอาการโกรธมากๆ เพราะอาจจะเกิดอะไรบางอย่าง	การเสนอทางเลือก (Suggestion) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรอง วิธีการแก้ไขปัญหา 2 วิธีการ คือ เริ่มเดินหนีตั้งแต่เริ่มแรกและเดินหนีหรือเมื่อมีอาการมากๆ กับผลที่จะตามมา โดยใช้คำถามเปิดให้ผู้ป่วยได้พูดต่อไป
ผู้ป่วย	อาจถึงชกต่อยกันได้ ก็คงต้องเข้าใจอารมณ์ตนเองตั้งแต่เริ่มมีอาการน้อยๆ อย่าปล่อยตนเองจนมีอาการมากๆ ตอนนั้นคงหยุดตัวเองยาก	ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจตามความเป็นจริงตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่พยาบาลยังต้องการให้ผู้ป่วย เปิดเผยความเข้าใจและความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์มากกว่านี้
พยาบาล	ถ้าเปรียบเหมือนอารมณ์รุนแรงของเรา มีตั้งแต่ 1 ส่วน คือน้อยๆ จนถึง 10 ส่วน คืออารมณ์รุนแรงมาก เราควรเดินหนีตั้งแต่เริ่ม 1 ส่วน ถ้าปล่อยจนถึง 10 ส่วน จะเกิดอะไรขึ้น	การเสนอทางเลือก (Suggestion) เพื่อให้ ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนเป็นรูปธรรม และเป็นการตรวจสอบว่า พยาบาลและผู้ป่วย เข้าใจในเรื่อง วิธีการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิด
ผู้ป่วย	อาจจะจับตนเองไม่อยู่ ก็ไปชกต่อยเขาก่อน ผมอาจนับ 1, 2, 3 ในใจให้เขาเลิกก่อน ถ้านับ 1, 2, 3, 4 ยังกวนใจอยู่ ก็ใส่เลย (ผู้ป่วยเริ่มพูดภาษาภาคกลาง และสลับหัวเราะ พยาบาลจึงพูดภาษาภาคกลางกับผู้ป่วยเช่นกัน)	แสดงว่าผู้ป่วยยังมีพลังความก้าวร้าวอยู่ในใจ ซึ่งค่อนข้างเปลี่ยนแปลงได้ยาก ต้องใช้เวลาในการสนทนาหลาย Session และใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัด ตลอดจนการระบายพลังความก้าวร้าวในวิธีการที่ดีกว่านี้ เช่น การออกกำลังกาย หรือการทำงานที่ต้องใช้กำลังมากๆ เพื่อระบายความก้าวร้าวในทางที่สร้างสรรค์
พยาบาล	ก็ใส่เลย หมายความว่า เราะจับอารมณ์ไม่ได้ ตรงเข้าไปทำร้ายเขาเลย	การขอความกระจ่าง (clarifying) เป็นการค้นหาความหมายของเนื้อหาในการสื่อสารให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดเพื่อให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น
ผู้ป่วย	มันเป็นเมื่อก่อนครับ แต่เดี๋ยวนี้ไม่เป็นแล้วครับ ไม่ทำแล้วครับ	ผู้ป่วยยังให้ข้อมูลที่ขัดแย้งกับความเป็นจริง ว่าปัจจุบันไม่ทำแล้ว แต่เหตุการณ์เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อ 2 วันที่แล้ว
พยาบาล	แต่เมื่อสักครู่ว่าที่คุณบอกว่า 2-3 วันที่แล้ว ก็ยังเกิดเลย ก็แสดงว่าวิธีการนับ 1, 2, 3 ก็ยังไม่ได้ผล ถ้าได้ผลคงต้องไม่เกิดเรื่อง	การเผชิญหน้า (Confronting) เป็นการบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยกับการพูดของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกัน เป็นลักษณะของการเผชิญหน้าในเนื้อหาของคำพูด การนำเทคนิคนี้มาใช้ พยาบาลต้องใช้อย่างระมัดระวังและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดเป็นไปด้วยดี เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักในปัญหาของตนเอง
ผู้ป่วย	ครับ ฉันจะต้องนับถึงไหนละครับ	ผู้ป่วยเริ่มคล้อยตามว่าวิธีการเดิมแก้ปัญหาไม่ได้ผล และขอความคิดเห็นจากพยาบาล

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	แบบที่คุณทำก็ดีนะคะ แต่ถ้านับ 1, 2, 3 ในใจแล้ว ยังไม่ดีก็จะต้องออกจากตรงนั้น ออกจากสิ่งกระตุ้น ถ้าเปรียบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวันนี้ ควรทำอย่างไร	ต้องการให้กำลังใจผู้ป่วยจึงสนับสนุนในส่วนที่เป็นเรื่องที่ดีในการกระทำ และได้เสนอทางเลือก (Suggestion) ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการปรับปรุงตนเองและเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดตาม ได้ใช้คำถามเปิด (Open-ended questioning) เพื่อกระตุ้นให้สนทนาต่อไป และประเมินความคิดที่มีต่อการจัดการตนเองในสถานการณ์นั้น
ผู้ป่วย	ออกจากเหตุการณ์ที่มากระตุ้น บางครั้งเราออกมาด้วยอารมณ์โกรธ ต้องหาทางระบายอารมณ์ในใจ	ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจมากขึ้น และมองตนเองตามความเป็นจริงว่าถึงเมื่อออกมาจากเหตุการณ์ แต่ถ้ามีอารมณ์ต้องระบายออก
พยาบาล	เมื่อสักครู่ คุณบอกว่าใช้วิธีหางานทำ แล้วบอกตัวเองด้วยว่าเราไม่เคยมีเรื่องบาดหมางกันนะ แต่วิธีการ 2 อันนี้ ก็ยังไม่ได้ผล คงต้องมีวิธีการอะไรมาช่วยให้ได้ผลดี เช่น อาบน้ำจะช่วยให้หรือเปล่า หรือวิธีการอื่นๆ ก็ได้ที่คุณเคยทำแล้วได้ผล	การสรุปความ (Summarizing) ที่ผู้ป่วยเคยสนทนาไว้ถึงวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองและได้เสนอทางเลือก (Suggestion) วิธีการอื่นๆ ที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยอารมณ์เย็นขึ้น การใช้เทคนิคทั้ง 2 วิธีข้างบนยังเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลยังใช้เทคนิคที่มุ่งผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient centered) โดยใช้การค้นหาข้อมูล (Exploring) ของการมีอารมณ์ต้องระบายออกโดยใช้วิธีการเช่นไรจะเหมาะสมกับตนเอง
ผู้ป่วย	ใช่ครับการอาบน้ำช่วยได้ครับ ช่วยให้อารมณ์เย็น อารมณ์ดี ช่วยระงับอารมณ์ชั่ววูบได้ เปิดพัดลม นั่งดูทีวี นั่งสนทนากัน ร้องเพลง นอนพักผ่อน คิดว่าอารมณ์คงเย็นครับ ถ้าไม่มีใครมาหาเรื่องต่อคิดว่าเย็นลง ห้าสิบ ห้าสิบแหละครับทำได้ไม่ได้ ก็ขึ้นกับผม คุณหมอฯ ต้องประเมินผมว่าทำได้ไหม ถ้าเจอเหตุการณ์แล้วเป็นอย่างเดิมอีก ต้องลงโทษ จับผมนิดๆ	อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคิดวิธีการระงับอารมณ์ชั่ววูบที่เกิดขึ้นตามศักยภาพของผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ในสภาพความเป็นจริงในสังคมของผู้ป่วย แต่เมื่อให้ผู้ป่วยคิดไตร่ตรองยังแสดงถึงความไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ เมื่อเกิดเหตุการณ์จริงๆ เพราะผู้ป่วยยังมีข้อแม้ว่า ถ้าเกิดเหตุการณ์อีก ให้เจ้าหน้าที่ลงโทษแสดงว่าผู้ป่วยก็ไม่แน่ใจตนเองเช่นกัน
พยาบาล	การลงโทษโดยการฉีดยานั่นมันปลายเหตุจริงๆ อยากให้คุณเริ่มตั้งแต่ต้นเหตุ	การสะท้อนเนื้อหาของความคิด (Reflection of content) ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่า สิ่งที่คุณคิดว่า เป็นการแก้ปัญหานั้นเป็นการแก้ปัญหาก็ปลายเหตุ ซึ่งแสดงว่า ยังแก้ปัญหาคือการควบคุมอารมณ์ไม่ได้ผล
ผู้ป่วย	งั้นผมจะพยายามควบคุม ระวังสติให้อยู่ ช่วยคุณหมอสั่งงาน จะได้เป็นผลดีกับตัวเรา เป็นผลดีกับเพื่อนสนิท มิตรสหายจะรักใคร่	ผู้ป่วยได้สรุปประเด็นสำคัญที่จะช่วยตนเองในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งบอกถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและเพื่อนๆ

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	ปรองดองกัน รักใคร่ซึ่งกันและกัน คบกัน เข้าใจกัน มีปัญหาอะไรก็พูดคุยกัน ระบายออกบอกความในใจซึ่งกันและกัน ก็จะถึงจุดมุ่งหมายตรงนี้แหละครับ ที่ผมไม่ อยากหาเรื่องอะไร ไม่อยากผิดกับคนอื่น	
พยาบาล	เมื่อที่เราคุยกันหลายเรื่อง แต่เรื่องน่าสนใจ อยู่ที่ว่า โดยอาการทั่วไปก็คือ คุณมีอาการตี โกธกลับบ้านได้แล้วแต่มีปัญหาเรื่องเดียว คือ เรื่อง	การมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ (Focusing) เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถสรุปสาระสำคัญ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้อย่าง ถูกต้องตรงกับความเข้าใจของพยาบาล โดยการพูดถึงประโยค คำถามให้ผู้ป่วยตอบ
ผู้ป่วย	อารมณ์ (หัวเราะ) ครับถ้ามีใครมากระตุ้น ผมจะควบคุมไม่ได้	ผู้ป่วยเข้าใจตรงกันกับพยาบาล ที่คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญ ในการกลับมารักษาซ้ำครั้ง เป็นการยอมรับโดยผู้ป่วยเอง ไม่ได้เป็นการบังคับให้ยอมรับจากพยาบาล
พยาบาล	ค่ะ เราจะคุยกันว่าคุณเข้าใจในเรื่องที่เรา คุยกันแค่ไหน ถ้ามีใครมากระตุ้น เราให้มี อารมณ์โกรธคุณจะทำอย่างไร	การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เพื่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิด (Reflection) ที่ได้จาก การสนทนาในครั้งนี้ว่าผู้ป่วยได้เรียนรู้อะไร เพิ่มเติมบ้าง ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว และเป็นวิธี การสรุปความในการสนทนาอีกวิธีหนึ่ง ที่พยาบาลใช้ วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกัน ซึ่งเป็นวิธี การที่ดีกว่าพยาบาลเป็นฝ่ายสรุปเองทั้งหมด แต่ทั้งนี้ก็ ขึ้นกับความพร้อมในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยด้วย
ผู้ป่วย	นับ 1, 2, 3 ถ้ายังไม่หายโกรธก็ บอก เขาดีๆ ว่าอย่ามาหาเรื่อง เราอยู่ส่วนเรา คุณอยู่ส่วนคุณ ระวังอารมณ์ให้อยู่ถ้าไม่ดี ขึ้นก็เดินหนีไป อาบน้ำ ก็บอกเขาให้ ขอโทษเราซะ เขาหาเรื่องเราก่อน ก็สอน เขาไปด้วย ถ้าเขาไม่ยอมก็เดินหนี	ผู้ป่วยสามารถสรุปเนื้อหาการสนทนาได้อย่างถูกต้อง แต่ก็ยัง มีเรื่อง การสอนผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีเรื่องด้วย ซึ่งอาจเป็น ไปได้ยากในความเป็นจริงที่ผู้ที่มีปัญหาจะเชื่อฟังผู้ป่วยขณะ มีเรื่องทะเลาะวิวาทกัน
พยาบาล	บางที่เราไปบังคับคนอื่นให้เขาทำตามใจ เราชอบไม่ได้ เช่นการไปบอกให้เขา ขอโทษเรา ถ้าเขาไม่ยอมทำตามเราก็ โกรธเขาอีก แต่เราดูแลบังคับตัวเราได้	การให้ข้อมูล (Giving information) ซึ่งสะท้อนความเป็น จริงในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมให้ผู้ป่วยทราบ
ผู้ป่วย	ครับผมจะดูแลไม่ให้ทำตามอำเภอใจตนเอง แต่ผมก็ไม่ให้เป็นคนอย่างนั้นครับ แต่ก่อน บ้านผมแตกสาแหรกขาด พ่อก็กินเหล้า กลับบ้านดึกๆ คื่นๆ ผมกลับจากทำงานมา ก็ถูกพ่อตำหนิทำให้ผมเก็บความโกรธ	ไม่แน่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่ากำลังหาเหตุผลที่ดีแทนเหตุผล ที่แท้จริง (Rationalization) และการโทษผู้อื่น(Projection) บอกว่าที่ตนเองเป็นอย่างนี้ เพราะพ่อและครอบครัวแต่ อย่างไรผู้ป่วยก็สามารถกลับมาคุยในประเด็นเดิมและ ยอมรับจะนำไปปฏิบัติ

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
	ความก้าวร้าวไว้ข้างใน เคี้ยวเนื้อเล็กกว่าแล้ว วันนี้ผมคุยกันเรื่องการควบคุมอารมณ์ได้ความรู้ ได้สาระที่ดีไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผมจะลองปฏิบัติ	
พยาบาล	พอจะบอกได้ไหม เอาเท่าที่จำได้ที่จะนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์อย่างไร	พยาบาลไม่ได้ใช้คำถามในประเด็นเรื่องที่ผู้ป่วยพูดถึงไว้เรื่องพ่อ เนื่องจากต้องการเน้นปัญหา Here and now นอกจากนี้ ใกล้เวลาสิ้นสุดการสนทนา และคิดว่าอาจเป็นการเปลี่ยนประเด็นไปเรื่องอื่น ขณะกำลังถึงจุดสำคัญว่าผู้ป่วยเข้าใจการควบคุมอารมณ์ตนเองดีแค่ไหน จึงใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญต่อ เพราะยังมีหลายประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่กล่าวถึง อย่างไรก็ตามในประเด็นเรื่องพ่อ ในการสนทนาครั้งต่อไป ถ้าผู้ป่วยยังคงกล่าวซ้ำเรื่องนี้ พยาบาลจะนำเป็นประเด็นสำคัญในการสนทนาต่อไป
ผู้ป่วย	ถ้ากลับบ้านก็ช่วยพ่อแม่ทำงาน คั้นแต่เช้า บางครั้งออกกำลังกาย ไม่ใช่ชีวิตแสนรันทดของตนเอง ที่ไปโกรธโทษตัวเอง เขามาหาเรื่องเรานับ 1, 2, 3 ถ้าไม่ดีขึ้นเราก็เดินหนี เอาไปใช้ในชีวิตประจำวัน ถ้ามีอารมณ์คิดมาด้วยต้องควบคุมอารมณ์ให้อยู่ให้อารมณ์เย็นลง ต้องระงับสติไม่ให้โทษโกรธเคือง กลับบ้านทำงานช่วยพ่อแม่ทำงานให้มากๆ ใจจะได้อยู่ที่งาน หรืออาบน้ำให้อารมณ์เย็น	ผู้ป่วยสามารถสรุปประเด็นสำคัญ ที่จะนำไปปฏิบัติได้เกือบทั้งหมด แสดงถึงความมีสมาธิและความสนใจในการสนทนาในครั้งนี้
พยาบาล	เมื่อสักครู่ นอกจากอาบน้ำ คุณบอกดูโทรทัศน์ ฟังเพลง คุยกับเพื่อนๆ ในสิ่งที่คุณคุยมานี้ในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ลองใช้วิธีที่คุยกันดู ถ้าใช้ได้ดีไม่มีปัญหา ก็แสดงว่าได้ผล	พยาบาลสรุปความ (Summarizing) ที่เป็นสาระสำคัญในการสนทนาในครั้งนี้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยไม่ได้พูดถึงและได้เสนอแนะให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติขณะอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนเพื่อประเมินผลในการทดลองปฏิบัติว่าได้ผลประการใด
ผู้ป่วย	ครับ อ้อ คุณหมอดำผมเปรียบเทียบระหว่างอยู่บ้านกับอยู่โรงพยาบาลผมว่าอยู่บ้านเป็นอิสระได้ไปเที่ยว ได้ไปทำงานได้ ออกกำลังกาย แต่อยู่ที่นี่สถานที่นี่คับแคบออกไปไหนไม่ได้ โดยเฉพาะหน้าฝน เสาร์ อาทิตย์ก็ไม่ได้ไปเล่น	พูดถึงความไม่อิสระในการอยู่โรงพยาบาล และสถานที่คับแคบออกไปไหนไม่ได้ของผู้ป่วย หมายถึง ต้องอยู่ในห้องนอนตลอดวัน ถ้าวันไหนฝนตกซึ่งสัมพันธ์กับวิธีการทำงานกับการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	ใช้คะ ถ้าคุณไม่ได้อยากอยู่โรงพยาบาล สถานที่คับแคบ แล้วปัญหาที่คุณมาทุกครั้ง เป็นปัญหาการควบคุมอารมณ์ ถ้าคุณสามารถ ตรงจุดนี้ จะได้มาอยู่โรงพยาบาลใหมคะ	การให้ข้อมูล (Giving information) แต่ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองอีกครั้ง
ผู้ป่วย	ไม่ได้มารับ	ผู้ป่วยยอมรับเหตุผลตามความเป็นจริง ที่พยาบาลสะท้อน ให้ผู้ป่วยคิด
พยาบาล	ถ้าไม่ได้อยากอยู่ที่นี่ คุณคงต้องควบคุม อารมณ์ให้ได้ตามที่เรากุญกันนะคะ คุณจะได้ไม่มาอยู่ที่นี่บ่อยๆ ก็คงต้อง กินยาอย่างต่อเนื่อง มารับยาตาม หมอนัดหมาย เพราะการกินยาจะช่วยคุณ ในการควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น	การสะท้อนความคิด (Reflection of content) ของ ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยากอยู่โรงพยาบาล โดยให้ทราบถึงจุดที่เป็น ปัญหาที่ทำให้มาอยู่ในโรงพยาบาลทุกครั้ง และการให้ข้อมูล (Giving information) เป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วน ของเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพราะจาก ประวัติพบว่า ผู้ป่วยขาดยาด้วยทำให้ต้องมา readmitted ถึง 3 ครั้ง
ผู้ป่วย	บางครั้งถ้าหมอนัดมาเอายา 1 เดือน ครบกำหนดรับยาก็มารับยา แต่พอมา ที่ไรก็ได้นอนโรงพยาบาลประจำเลยครับ	สอดคล้องกับประวัติของผู้ป่วยเพราะทุกครั้งที่พื่อนำผู้ป่วย มารับยาก็เมื่ออาการมาก จึงได้ Admitted ทุกครั้ง โดย สาเหตุใหญ่เนื่องจากการขาดยา
พยาบาล	เป็นเพราะคุณขาดยาหรือเปล่า	ใช้คำถามปลายปิด (Closed - ended questioning) เพื่อ เน้นจุดสำคัญให้ผู้ป่วยคิดและเข้าใจถึงสาเหตุของการอยู่ รักษาในโรงพยาบาลทุกครั้ง
ผู้ป่วย	ทำเป็นกิจวัตรครับคุณหมอ ตลอดเวลา ผมกินยาตลอด แต่ทำไมผมถึงได้มานอน โรงพยาบาล อาการผมก็ปกติ	ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับในเรื่องนี้ ซึ่งพยาบาลจะนำมาเป็นหัวข้อ ในการสนทนาครั้งต่อไป
พยาบาล	เมื่อสักครู่คุณบอกมาโรงพยาบาลเพราะ ไปตีเพื่อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ตั้งแต่ ตอนต้นที่คุณบอกไว้ ฉะนั้นตรงนี้ก็คง เป็นเรื่องนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณมาอยู่ โรงพยาบาลทุกครั้ง ถ้าแก้เรื่องนี้ได้ก็คง ไม่ได้มาอยู่	การสรุปความ โดยพยาบาลสรุปสาระสำคัญที่สนทนากัน ตอนต้น ให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงและให้กำลังใจกับ ผู้ป่วยว่าถ้าแก้ไขเรื่องนี้ได้ ก็ไม่ได้มาอยู่โรงพยาบาลอีก
ผู้ป่วย	ผมต้องแก้จุดนี้ให้ได้ครับ ผมว่า กินยาให้ หายเป็นปกติ ช่วยพ่อแม่ทำงานได้ ตั้งแต่เช้าออกกำลังกายโดยการวิ่ง อยู่ที่บ้าน ก็หาวิธีระบายอารมณ์ก้าวร้าวออก ดูทีวี ฟังเพลง หรือว่าทำงาน ทำงานอะไรก็ได้ที่ เป็นงานอดิเรก ที่เราอยู่บ้านหรือฟังเพลง หรือมีกีตาร์ดีด ก็ใช้ระบายออกครับ	ผู้ป่วยได้ข้อสรุป ในการช่วยควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของ ตนเองซึ่งใช้หลายวิธี ซึ่งถ้าหากทำได้จริงอาจได้ผลโดยเฉพาะ การออกกำลังกาย ที่ใช้วิธีการระบายพลังความก้าวร้าวที่ รุนแรงด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ผู้สนทนา	เนื้อหา	เทคนิคที่ใช้และวัตถุประสงค์ของการใช้
พยาบาล	วันนี้เท่าที่คุยกัน คิดว่าคุณคงได้ประโยชน์บ้าง	การตรวจสอบการรับรู้และความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล (Validating) ว่าใน Session นี้ ผู้ป่วยคงได้ประโยชน์บ้าง
ผู้ป่วย	ครับเป็นคติสอนใจว่าต้องนำไปปฏิบัติเพื่อควบคุมอารมณ์ตนเอง (พร้อมยิ้มรับและพยักหน้า)	ผู้ป่วยตอบรับว่าเป็นประโยชน์ นำไปใช้ในการควบคุมอารมณ์ตนเอง
พยาบาล	ในการพูดคุยในวันนี้ เราจะพบกันอีกในวันจันทร์หน้า ซึ่งดิฉันจะประเมินผล การปฏิบัติว่าคุณนำไปทดลองใช้ แล้วได้ผลอย่างไร และสัปดาห์หน้าเราคงได้คุยกันอีก 2 ครั้ง ถ้าญาติคุณมาตามนัดคุณก็คงได้ทดลองเยี่ยมบ้านอีก	พยาบาลได้นัดหมายการพูดคุยในเรื่องต่อไปซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสนทนาแต่ละครั้ง และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยทดลองนำ การวางแผนการควบคุมอารมณ์ตนเองลองไปปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมการ ในการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ด้วยการเตรียมการล่วงหน้า จะช่วยลดปฏิกิริยาต่อการพลัดพรากของผู้ป่วยลง
ผู้ป่วย	ถ้าญาติไม่มาตามนัดคุณหมอก็ไม่คุยกับผมอีกใช่ไหม (สีหน้าดูเศร้าสลดลงจากเดิม)	ผู้ป่วยอาจวิตกกังวลว่าพยาบาลจะสิ้นสุดสัมพันธภาพและไม่มีใครคุยด้วยหากญาติไม่มารับซึ่งเป็นปฏิกิริยา ที่เกิดขึ้นได้อาจเป็นทั้งความรู้สึกโกรธ หรือมีความเศร้าใจ (สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว, 2545 : 104)
พยาบาล	ค่ะก็คุยกันเช่นเดิมละค่ะ ถ้าญาติไม่มาและคุณมีปัญหาความไม่สบายใจ แต่ในความ เป็นจริงแล้วสักวันหนึ่งคุณก็ต้องกลับบ้าน ถ้าคุณมีเรื่องไม่สบายใจก็สามารถคุยกับญาติที่ไว้ใจได้	การให้ข้อมูลข่าวสาร (Giving information) เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยหาแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยอาศัย คือญาติผู้ป่วยที่ไว้ใจได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ไม่พึ่งพิงพยาบาลตลอดไป
ผู้ป่วย	อ้อ จริงสิครับยังงั้นวันหนึ่งผมก็ต้องกลับบ้าน แต่ถ้ายังไม่กลับมีปัญหาผมขอคุยกับหมอนะครับ (สีหน้าแจ่มใสขึ้นจากเดิม)	ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สัมผัสได้จากสีหน้าที่แจ่มใสขึ้น และเข้าใจความเป็นจริงว่าต้องได้กลับไปอยู่ที่บ้าน
พยาบาล	การคุยกันวันนี้มีอะไรที่คุณอยากทราบหรือสงสัยแต่ไม่มีโอกาสได้ถามบ้างไหมค่ะ	เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยถามคำถามที่อาจสงสัยและไม่มีโอกาสถามพยาบาลขณะพูด
ผู้ป่วย	ไม่มีครับ ผมขอขอบคุณ คุณหมอนะครับ (พร้อมยกมือไหว้)	ผู้ป่วยแสดงถึงการมีทักษะที่ดีในการเข้าสังคม
พยาบาล	เราพบกันจันทร์หน้านะคะ วันนี้ คงพูดคุยกันเพียงเท่านี้ สวัสดีค่ะ	ได้ย้ำการนัดหมายกับผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนสิ้นสุดการสนทนา

8. สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

8.1 ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่พบจากการสนทนา

มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยแสดงถึงการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยไม่ได้ผล

การให้การช่วยเหลือ ดังนี้

- 1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายปัญหาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ต้องเกิดพฤติกรรมรุนแรงทุกครั้ง เพื่อประเมินวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยเคยใช้
- 2) ให้ผู้ป่วยพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเองผู้อื่นและครอบครัว
- 3) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาในเรื่องนี้ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้กลับมารักษาซ้ำ (readmitted) ทุกครั้งและต้องอยู่ในโรงพยาบาลหลายครั้ง
- 4) กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วย
- 5) สนับสนุนและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดี เพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อไป
- 6) ให้ข้อมูลถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยการประเมินผล

1) ในช่วงต้นการสนทนาผู้ป่วยยังไม่ตระหนักว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย แต่เป็นเรื่องปกติ ตลอดการสนทนาทุกครั้ง ผู้ป่วยจะแสดงถึงความเข้าใจว่าจะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างไร แต่ทุกครั้งจะพูดวกวนกลับมาถึงเรื่อง ภายหลังใช้วิธีการหลายวิธี แล้วยังไม่ได้ผล “ก็ใส่เลย” (หมายถึงตีหรือทำร้ายผู้อื่น) “ผมเป็นฝ่ายตีเขามากกว่าเขาตีผม” การสนทนาในครั้งนี้ พยาบาลจึงต้องให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยๆ จึงจะเรียนรู้ที่จะเกิดการแก้ไข ช่วงสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการสนทนาผู้ป่วยเริ่มเข้าใจและยอมรับว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่โรงพยาบาลทุกครั้ง จึงเกิดแรงจูงใจ (Motivation) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา

2) ในการสนทนาครั้งนี้ จุดประสงค์สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม แต่เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลว่าเพราะอะไร เมื่อมารับยาที่โรงพยาบาลก็ได้นอนโรงพยาบาลทุกครั้ง จึงต้องบอกสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยทราบเพราะขาดยา ซึ่งพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยยังไม่ยอมรับในเรื่องนี้ จึงยังคงเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข และจะนำไปวางแผนในการสนทนาครั้งต่อไป

8.2 สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาครั้งที่ 6 มีดังนี้

8.2.1 ในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลได้แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ และเวลาในการสนทนาให้ผู้ผู้ป่วยทราบ แต่พยาบาลไม่ได้สรุปเรื่องราวของการสนทนา ครั้งที่ 5 ที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อเชื่อมโยงกับการสนทนาในครั้งนี้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยบอกถึงปัญหาความกังวลใจ ในเรื่องการควบคุมอารมณ์ของตนเอง พยาบาลจึงยึดหลัก Patient centered จึงใช้เทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัดในเรื่องนี้

8.2.2 ระยะของการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยพฤติกรรมตอบโต้ที่รุนแรง และปัญหาเรื่องการขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นใน ข้อ 8.1

8.2.3 ระยะของการสิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งนี้ พยาบาลได้ดำเนินการตามเวลาที่กำหนดและให้ผู้ผู้ป่วยสรุปสาระสำคัญของวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยจะนำไปทดลองใช้เมื่อเกิดปัญหา ดังนี้การทำงาน การออกกำลังกาย การเดินหนี ควบคุมอารมณ์ให้เย็นลงโดยการควบคุมสติตนเอง ให้อภัย อารมณ์ให้ใจเย็น

ลง ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง คุยกับเพื่อนๆ และนำวิธีการนี้ทดลองปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล การสรุปเนื้อหาในการสนทนาก่อนข้างใช้เวลามาก เพราะพยาบาลใช้วิธีการให้ผู้ป่วยสรุปความเข้าใจในการสนทนาด้วยตนเอง โดยพยาบาลเพิ่มเติมในเนื้อหาที่ผู้ป่วยไม่ได้กล่าวถึง

การวางแผนการสนทนาเพื่อการบำบัดครั้งต่อไป

- 1) ประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2) ประเมินความก้าวหน้าในการนำแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมไปใช้ ปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- 3) การระบายพลังความก้าวร้าวหรือระบายอารมณ์โกรธในวิธีการที่สร้างสรรค์ เช่น การทำงานหนัก ขุดดิน พรุนดิน ทำนา การออกกำลังกาย เพื่อพัฒนามาเป็นวิธีการที่ดีสำหรับผู้ป่วย
- 4) ปัญหาการขาดยา และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8.3 ข้อคิดเห็นของพยาบาลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

8.3.1 พยาบาลได้พยายามพัฒนาตนเองในบทบาทของ clinical nurse specialist โดยการเลือกผู้ป่วยรายนี้ส่วนหนึ่งมาจากเหตุผลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยส่งต่อผู้ป่วยรายนี้ว่ามีปัญหาในเรื่อง พฤติกรรมก้าวร้าวมาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทั้งในทีมการพยาบาล และต่อตัวผู้ป่วยเองที่ต้องมา readmitted ในเวลาอันรวดเร็ว และต้องอยู่โรงพยาบาลนาน

8.3.2 การสร้างสัมพันธภาพในครั้งนี้เป็นระยะ Working phase ทั้งนี้ เนื่องจากพยาบาลและผู้ป่วยมีการดำเนินการร่วมกัน ดังนี้ (Perko, Kreigh, 1988 ; Boyd, 2002)

- 1) ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น สังเกตได้จากการเริ่มต้นในการสนทนา พยาบาลตั้งใจจะพูดคุยเรื่องต่างๆ ไปก่อนเพื่อการผ่อนคลายในการสนทนาในระยะเริ่มแรกและสรุปเนื้อหาการสนทนาครั้งที่แล้ว แต่ผู้ป่วยกล่าวถึงปัญหาของผู้ป่วยเลย
- 2) สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจึงกล่าวถึงปัญหาและค้นหาวิธีการแก้ไขที่ได้ผลในอดีต เพื่อนำมาสู่การพัฒนาตนเองในขณะนี้ด้วยตัวของเขาเอง
- 3) รู้สึกไว้วางใจพยาบาล จึงซักถามเรื่องที่สงสัยของผู้ป่วยบางเรื่องในขณะสนทนาถึงแม้ว่าจะไม่เกี่ยวข้องโดยตรง แต่เมื่อพยาบาลตอบข้อข้องใจก็สามารถกลับมาสนทนาในเรื่องเดิมต่อไปได้
- 4) มีการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการวางแผนสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เมื่อเริ่มมีอาการโกรธหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น
- 5) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ประเมินผลที่เกิดขึ้น เมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
- 6) ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ และมีกลยุทธ์ในการปรับตัว

8.3.3 ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในช่วงแรกของครั้งนี้ พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองจะช่วยผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะพูดวนกลับไปทำการร้ายผู้อื่นเช่นเดิม แต่เมื่อช่วงสุดท้ายของ Session ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจว่าเป็นปัญหามากขึ้น และเริ่มหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

8.4 ข้อดีของพยาบาล

ได้พยายามพัฒนาทักษะในการสนทนาให้เป็นเชิง Therapeutic communication มากขึ้น และไม่มีการใช้ Non-therapeutic communication ในครั้งนี้ ซึ่งในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งแรก ยังคงมีการใช้เทคนิคดังกล่าว ตระหนักถึงจุดบกพร่องของตนเองในการสนทนาแต่ละครั้ง และนำไปพัฒนาตนเอง มีการใช้

Reflection และเน้น Here and now มากขึ้นกว่าเดิม ถึงแม้ว่าปัญหาของผู้ป่วยครั้งนี้ที่สนทนาอาจไม่ใช่ปัญหาที่ผู้ป่วยเกิดขึ้นในวันนี้ แต่เป็นปัญหาที่มีมาต่อเนื่อง จนส่งผลให้ผู้ป่วยต้อง readmitted หลายครั้งและอยู่โรงพยาบาลนานกว่าคนอื่น ๆ (ประมาณ 5 เดือน แต่เคยกลับไปเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งและกลับมาอยู่โรงพยาบาลอีกด้วยปัญหาเดิม) โรงพยาบาลจึงนำมาเป็นประเด็นสำคัญในการสนทนาครั้งนี้ เพราะหากสามารถบำบัดได้ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้นาน

ผู้ป่วยรายนี้ โรงพยาบาลได้นำเข้ากลุ่มบำบัด เรื่อง “การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในสังคม” ซึ่งกำหนดให้เป็นกลุ่มปิด (Closed group) มีผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม 7 คน และเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งๆ ละ ประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยรายนี้

ตัวอย่างการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการแตกต่างกัน

ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในผู้ป่วยที่มีอาการ พฤติกรรมที่ต่างกัน โดยจะมีตัวอย่างทั้งการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นำเสนอไว้เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของทั้ง 2 แบบ และมีแนวคิดที่สำคัญสรุปไว้ เพื่อพยาบาลจะได้คำนึงถึงในการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง อย่างไรก็ตามตัวอย่างดังกล่าวอาจนำไปใช้ไม่ได้ในทุกสถานการณ์ แต่พยาบาลควรปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วยที่นำไปใช้เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ตัวอย่างต่อไปนี้ผู้เขียนได้ประยุกต์มาจาก Boyd (2002) ผสมกับประสบการณ์ของผู้เขียนเอง ซึ่งอาจเกิดประโยชน์แก่พยาบาลและนักศึกษา หากนำไปใช้ในสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตามตัวอย่างต่อไปนี้จะเสนอการสื่อสารเพื่อการบำบัดเฉพาะช่วงของผู้ป่วยที่แสดงอาการที่เป็นปัญหาเท่านั้นแต่ไม่ได้เสนอตั้งแต่ขั้นเริ่มต้นจนยุติการสนทนาในแต่ละครั้ง

1. การสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Depression)

นายแสงชัย (นามสมมติ) อายุ 35 ปี วางงานจากการเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัยไม่นานมานี้ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเฉียบพลัน (acute psychiatric unit) ด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยนั่งที่เก้าอี้หน้าตึกผู้ป่วยก่อนมีการปฏิสัมพันธ์ สิ้นน้ำดูซึมเศร้าหมอง มองเหม่อไปนอกตึก

ตัวอย่างที่ 1 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- พยาบาล : “สวัสดีค่ะ คุณแสงชัย วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ”
- ผู้ป่วย : “ผมไม่รู้”
- พยาบาล : “วันนี้เป็นวันดี เป็นวันที่สวยงาม”
- ผู้ป่วย : (เงียบสิ้นน้ำดูเศร้าซึมเช่นเดิม)
- พยาบาล : “คุณรับประทานอาหารเช้าหรือยัง”
- ผู้ป่วย : “ผมไม่หิว”
- พยาบาล : “ถ้าดิฉันคุยกับคุณสักครู่ คุณมีความคิดเห็นอย่างไรคะ”
- ผู้ป่วย : “ผมอยากอยู่คนเดียว”
- พยาบาล : “ตกลงค่ะ แต่คุณจะรู้สึกดีขึ้นกว่านี้ถ้าคุณได้พูดคุยกับคนอื่นบ้าง”
- ผู้ป่วย : (เงียบยังคงมองเหม่อออกไปนอกตึกเช่นเดิม)
- พยาบาล : “ฉันจะมาพูดคุยกับคุณอีกในครั้งต่อไปนะคะ สวัสดีค่ะ”

ตัวอย่างที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

- พยาบาล : “สวัสดีค่ะคุณแสงชัย” (เป็นการกล่าวด้วยคำพูดที่นุ่มนวล)
- ผู้ป่วย : “สวัสดีครับ”

- พยาบาล : “คุณจะอนุญาตไหมถ้าฉันขอนั่งข้างๆ คุณ”
- ผู้ป่วย : “เชิญครับ”
- พยาบาล : (พยาบาลดึงเก้าอี้มานั่งลงข้างๆ ผู้ป่วย)
- ผู้ป่วย : “ตอนนี้เวลาเท่าไร”
- พยาบาล : “ประมาณ 9.00 น.”
- ผู้ป่วย : “มันช่างเป็นวันที่ยาวนานมากสำหรับผม”
- พยาบาล : “มีอะไรที่ทำให้คุณรู้สึกเช่นนั้น” (Exploring)
- ผู้ป่วย : “ผมรู้สึกเป็นทุกข์ใจมากในแต่ละวัน”
- พยาบาล : “มีอะไรที่ฉันสามารถช่วยคุณได้ไหม” (พูดพร้อมสัมผัสที่หลังมือผู้ป่วยเบาๆ) (Offering self)
- ผู้ป่วย : “คงช่วยไม่ได้ มันเป็นเรื่องที่ยากมากสำหรับผมที่จะผ่านพ้นไปได้ในแต่ละวันในสิ่งที่ผมไม่ชอบมันเลย”
- พยาบาล : “แล้ววันที่คุณรู้สึกไม่ชอบเป็นอย่างไรคะ” (Focusing)
- ผู้ป่วย : “มันยาวนานมากไม่มีที่สิ้นสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผมไม่มีงานทำ ไม่มีอนาคต”
- พยาบาล : “คุณไม่มีงานทำ” (Selective restating)
- ผู้ป่วย : “ผมสูญเสียทั้งงาน สูญเสียทั้งภรรยาที่ตายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์”

แนวคิดที่สำคัญ

การสื่อสารแบบที่ 1 เป็นการสื่อสารแบบการสกัดกั้นความคิดและการแสดงออกของผู้ป่วย เป็นการสื่อสารโดยการให้คำแนะนำ (Advice)

การสื่อสารแบบที่ 2 เป็นการสื่อสารแบบเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย (Empathy) ที่เกิดขึ้น และติดตามอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่เบี่ยงเบนประเด็นหรือตำหนิผู้ป่วย ร่วมกับการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด การสื่อสารแบบที่ 2 เป็นการสื่อสารแบบให้ข้อเสนอแนะ (Recommendation) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่ดีในการแก้ปัญหา

2. การสื่อสารเพื่อการบำบัด กับผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (Delusion)

นายสมศักดิ์ (นามสมมติ) อายุ 40 ปี แพทย์วินิจฉัยโรค Schizophrenia มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายโดยสายลับของทางราชการ

ตัวอย่างที่ 1 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วย : “มีสายลับส่งคลื่นเสียงมาที่พินของฉัน” (พูดพร้อมกับใช้นิ้วชี้ที่แก้มขวา)
- พยาบาล : “ไม่มีใครจะส่งคลื่นมาที่พินของคุณ และไม่มีสายลับด้วย”
- ผู้ป่วย : “ผมรู้ว่ามิพวกเขาต้องการตรวจสอบว่าผมอยู่ที่นี้ไหม ผมรู้ว่าเป็นความจริง และตอนนี้นายกรัฐมนตรีก็อยู่ที่นี้ด้วยอยู่ที่โรงพยาบาลนี้ กำลังติดต่อกับกองทัพบกเพื่อบอกว่าผมอยู่ที่นี้”
- พยาบาล : “เป็นไปได้ที่นายกรัฐมนตรี จะอยู่ที่นี้ ฉันเห็นท่านยังออกรายการทีวีเช้านี้เลย”
- ผู้ป่วย : “อาจจะใช่ที่คุณเห็น ผมของเขาสีดำแตกต่างจากที่ผมเคยเห็น ผมมองตาในทีวีก็รู้ว่าเป็นตัวปลอม แต่เพราะเขาไม่ต้องการให้ใครรู้ว่า พวกเขากำลังทำอะไรอยู่ที่ไหน”
- พยาบาล : “คุณสมศักดิ์คะนายกรัฐมนตรีไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาลนี้อย่างแน่นอนถ้าอยู่ที่นี้จริงฉันต้องรู้เป็นคนแรกเพราะฉันทำงานอยู่ที่นี้”

ผู้ป่วย : (แสดงท่าทางโกรธ) “คุณไม่รู้อะไรหรอก คุณอาจจะเป็นพวกสายลับเหมือนกันกับพวกเขา ผมไม่มีอะไรจะพูดกับคุณอีก” (พูดเสร็จผู้ป่วยเดินจากไปทันที)

ตัวอย่างที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วย : “มีสายลับส่งคลื่นเสียงมาที่พื้นของผม” (พูดพร้อมกับใช้นิ้วชี้ที่แก้มขวา)

พยาบาล : “คุณพอให้รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ไหมคะ” (Exploring)

ผู้ป่วย : “ผมรู้ว่า มีสายลับ พวกเขาต้องการตรวจสอบว่าผมอยู่ที่ไหน ผมรู้ว่าเป็นความจริง และตอนนี้ นายกรัฐมนตรีก็อยู่ที่นั่นด้วย อยู่โรงพยาบาลนี้ กำลังติดต่อกับกองทัพเพื่อบอกว่าผมอยู่ที่นั่น”

พยาบาล : “ฉันคิดว่าอาจเป็นไปได้ที่คุณคิดเช่นนั้น เพราะว่าอาจมีบางคนที่คล้ายคลึงกับนายกรัฐมนตรี ตามที่คุณเข้าใจ” (Present reality)

ผู้ป่วย : “เป็นไปได้เพราะผมของเขาสีดำกว่า และแตกต่างกันมากเมื่อผมจ้องตาเขา ผมรู้ว่าเขาเป็นตัวปลอม แต่เพราะเขาไม่ต้องการให้ใครรู้ว่า พวกเขากำลังทำอะไรอยู่ที่ไหน”

พยาบาล : “คุณกำลังสับสนวนวายใจกับข้อมูลที่คุณได้รับ” (Reflecting feeling)

ผู้ป่วย : “ไม่ ไม่หรอกผมคิดว่าผมจัดการกับมันได้ พวกสายลับไม่สามารถทำอะไรผมได้หรอก ผมจะไม่พูดอะไร”

พยาบาล : “ฉันคิดว่าพวกเขาก็สามารถได้ยินคุณพูดเมื่อคุณพูดกับฉัน”

ผู้ป่วย : “โอ๊ะ (ผู้ป่วยอุทานออกมาและแสดงสีหน้าประหลาดใจ) นั่นมันส่งคลื่นเสียง พวกเขาสามารถส่งมาที่ผมทำให้ผมได้รับข้อมูลข่าวสารผิดๆ พวกเขาส่งข้อมูลที่ไร้สาระวนเวียนอยู่ในสมองของผม พวกเขาพยายามที่จะทำให้ผมสับสน ดังนั้นผมต้องพักอยู่ในที่ที่ห่างจากนายกรัฐมนตรี ความคิดของพวกเขาทั้งหมดทำให้ผมต้องรับภารกิจที่เขาให้ผม”

พยาบาล : “พวกเขาคือใคร” (Clarifying)

ผู้ป่วย : “ทุกๆ คนที่อยู่ในรัฐบาล พวกตำรวจลับ CIA, FBI สายลับ”

พยาบาล : “ทุกๆ คนที่อยู่ในรัฐบาล พยายามที่จะจัดการคุณ” (Restating content)

ผู้ป่วย : “ใช่แล้วหรืออาจไม่ใช่ทุกคนก็ได้ ฉะนั้นต้องมีใครสักคนต้องดูแลเกี่ยวกับเงินและกองกำลังทหาร ผมไม่คิดว่าพวกเขาจะห่วงใยดูแลผม มากกว่าการเอาใจใส่เพื่อการค้าหรือดูแลสุขภาพและให้การบริการตามมนุษยธรรม ถึงแม้ว่าพวกเขาดูแลได้ดีกว่านี้ถ้าพวกเขารู้”

พยาบาล : “ฉันคิดว่า คุณรู้สึกกลัวทุกๆ คนที่จ้องมองคุณ และคุณรู้สึกตื่นตระหนกมาก” (Reflecting feeling)

ผู้ป่วย : “ใช่ผมตื่นตระหนกแต่ผมคิดว่าผมจัดการมันได้ ผมมีวิธีการจัดการกับชีวิตของผม”

พยาบาล : “คุณเคยมีเหตุการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกในชีวิตของคุณ” (Exploring)

ผู้ป่วย : “ใช่ ผมไม่รู้ อาจไม่ใช่การตื่นตระหนก มันเป็นเรื่องยาก ผมไม่เคยรู้สึกว่าคุณสามารถทำอะไรได้ดีเท่ากับความต้องการของพ่อ แม่ หรือตามที่ผมต้องการ ผมเหมือนคนไร้ความสามารถ

แนวคิดที่สำคัญ

ในการสนทนากับผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดมากๆ พยาบาลไม่ควรสนใจกับเนื้อหาของ delusion และกล่าวโต้แย้งเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับตามความเป็นจริงเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาล รู้สึกโกรธพยาบาลที่ไม่เข้าใจความทุกข์ใจของตนเอง และจะไม่ให้ความร่วมมือในการสนทนาต่อไป แต่ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย

ออกถึงปัญหาความทุกข์ใจ หรือความรู้สึกที่มีต่อ delusion โดยพยาบาลจะให้ความสนใจเน้นจุดสำคัญที่ความรู้สึกจัดการกับความรู้สึกที่มีต่อ delusion มากกว่า

3. การสื่อสารเพื่อการบำบัดรักษากับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (Hallucination)

ตัวอย่างการสนทนาต่อไปนี้เป็น การสนทนาอยู่ในห้องทำงานของพยาบาล ซึ่งมีเจ้าหน้าที่อื่นๆ อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยที่สนทนาด้วยเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้ว่าตัวอย่างนี้จะเป็นอย่างดีในการสนทนากับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน แต่ก็เป็นการสนทนาที่ควรดำเนินการด้วยความไม่ประมาท โดยการเตรียมพร้อมเสมอที่จะออกจากกรณีการสนทนาได้ตลอดเวลาหากพบว่าอาจเป็นอันตราย (เช่นการสนทนานั้นพยาบาลจะต้องไม่นั่งอยู่บริเวณมุมห้อง ที่เป็นมุมอับออกไปไหนไม่สะดวก) ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีอาวุธติดตัว และมีเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะช่วยเหลือพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในขณะสนทนา

พยาบาลสนทนากับนายวสันต์ (นามสมมติ) อายุ 38 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia มีอาการหูแว่ว ฝันร้าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) ก่อนสนทนากับพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอื่นๆ สงบลงแต่ยังคงมีอาการประสาทหลอน

ตัวอย่างที่ 1 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วย : (สีหน้าเรียบเฉย นั่งพูดคนเดียว) “ออกไป ไม่ต้องมาสั่ง ผมไม่ทำตามหรอก”
- พยาบาล : “คุณกำลังพูดกับใคร”
- ผู้ป่วย : “มีผู้ชายกำลังพูดกับผม สั่งให้ผมทำร้ายผู้ป่วยด้วยกัน”
- พยาบาล : “ที่ดิฉันนั่งคุยกับคุณไม่เห็นมีใครเลย นอกจากคุณกับดิฉัน”
- ผู้ป่วย : “คุณพยาบาลไม่เชื่อผมใช่ไหมว่ามีเสียงคนมาคุย และบอกให้ทำตามจริงๆ”
- พยาบาล : “ไม่ใช่ไม่เชื่อแต่ดิฉันไม่ได้ยินเสียงที่คุณบอกและไม่มีใครอยู่ที่นั่นนอกจากเรา 2 คน”
- ผู้ป่วย : “งั้นผมขออนุญาตไปห้องน้ำก่อนนะครับ” (ผู้ป่วยเดินจากไปและไม่กลับมาอีกเลยจนกระทั่งหมดเวลาการสนทนา)

ตัวอย่างที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วย : (สีหน้าเรียบเฉย นั่งพูดคนเดียว) “ออกไปไม่ต้องมาสั่งผมไม่ทำตามหรอก”
- พยาบาล : “ดิฉันสังเกตว่าคุณกำลังพูดอยู่คนเดียวมีอะไรเกิดขึ้นกับคุณ” (Sharing observation)
- ผู้ป่วย : “ผมก็ไม่รู้ แต่มีเสียงมาสั่งให้ผมทำโน่นทำนี่ตลอดเวลา”
- พยาบาล : “พอจะให้รายละเอียดของเสียงที่สั่งคุณให้ดิฉันทราบได้ไหม” (Exploring)
- ผู้ป่วย : “เล่าไปก็ไม่มีใครเชื่อผม เขาว่าผมโกหก”
- พยาบาล : “ดิฉันกำลังฟังคุณพูด และตั้งใจฟังว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับคุณ” (Accepting)
- ผู้ป่วย : “มีเสียงผู้ชายมาสั่งให้ผมหนีออกจากโรงพยาบาลกลับไปบ้าน ที่นี้เป็นอันตรายมีแต่คนจะทำร้ายผม” (หันมองรอบด้าน เหมือนระมัดระวังตนเอง)
- พยาบาล : “คุณรู้สึกหวาดกลัวคนมาทำร้ายจากเสียงที่บอกนี้” (Reflecting feeling)
- ผู้ป่วย : “ใช่ครับ ผมกลัวมาก บางครั้งเสียงมันก็สั่งว่าถ้ามีใครมาใกล้ผมให้ทำร้ายเขา ผมกลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ จะทำตามเสียงสั่งไปทำร้ายคนอื่นบาดเจ็บเหมือนก่อนมาโรงพยาบาล บางครั้งผมรำคาญเสียงมาก ทุกข์ใจมากจนไม่อยากอยู่”
- พยาบาล : “ทุกข์ใจมากจนไม่อยากอยู่หมายถึงอะไรคะ” (Clarifying)

ผู้ป่วย : (เงิบสักรู สีน้าเศร้าซึมลงจากเดิม) “ก็อยากทำร้ายตนเองเพราะการรอให้คนอื่นทำร้ายตัวเรา มันทรมาน ไม่รู้ว่าเขาจะทำร้ายเราแบบไหน กลัวเจ็บปวด ทรมานจนกว่าจะตาย แต่ถ้าเราทำร้าย ตัวเราเอง เราเลือกวิธีได้ อีกอย่างการไปทำร้ายผู้อื่นผมก็ไม่อยากทำ แต่ผมควบคุมตัวเองลำบาก”

แนวคิดสำคัญ

1. ตัวอย่างในการสื่อสารแบบที่ 1 พยาบาลใช้วิธีการ Present reality ในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่เล่ารายละเอียดของปัญหาจากอาการประสาทหลอนทางหูให้พยาบาลฟัง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจในอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงไม่มีประโยชน์ที่จะเล่าให้พยาบาลฟัง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาจึงไม่เกิดขึ้น

2. ตัวอย่างในการสื่อสารแบบที่ 2 พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่ารายละเอียดของอาการประสาทหลอนทางหู โดยแสดงการยอมรับอาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสินผู้ป่วย หรือบอกกล่าวผู้ป่วยว่าไม่เป็นความจริงแต่จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดจากอาการหูแว่วนั้น ซึ่งนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้เหมาะสมต่อไป---

4. การสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

กรณีตัวอย่างการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นายสมดี อายุ 30 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย มีประวัติทำร้ายญาติและเพื่อนบ้าน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอาการทางจิตสงบลง พยาบาลเข้าไปสนทนากับผู้ป่วย

ตัวอย่างที่ 1 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

พยาบาล : “ฉันสังเกตเห็นว่าสีหน้าท่าทางคุณเหมือนกำลังรู้สึกโกรธ มีปัญหาอะไรเกิดขึ้น”
(Sharing observation)

ผู้ป่วย : “ไม่มีอะไร”

พยาบาล : “ช่วยเล่าปัญหาความไม่สบายใจของคุณ”

ผู้ป่วย : (หันหลังให้พยาบาล) “มันไม่มีปัญหาอะไร”

พยาบาล : “เสียงคุณดังมากกว่าเดิม”

ผู้ป่วย : “คุณตะโกนใส่ผม คุณออกไปผมไม่อยากเห็นหน้า”

ตัวอย่างที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

พยาบาล : “ดิฉันสังเกตว่า คุณดูรู้สึกวุ่นใจ คุณสบายดีหรือ” (Sharing observation)

ผู้ป่วย : “ฉันรู้สึกโกรธ อยากตีทำร้ายใครบางคน”

พยาบาล : “เกิดอะไรขึ้นกับคุณ” (Nonjudgemental question)

ผู้ป่วย : “ผมรอพบคุณ ทุกๆ คนมีแต่ไปจากผม”

พยาบาล : “คุณรู้สึกโกรธเพราะว่ารอคอยฉันเป็นเวลานาน (Reflecting feeling) หรือมีอะไรเกิดขึ้นกับ คุณหรือ” (Exploring)

ผู้ป่วย : “คืนที่ผ่านมาแฟนของผมทิ้งผมไป เพื่อนสนิทที่พักกับผมขโมยเงินของผม และตอนนี้ผมเป็นคนไม่มีที่อยู่”

พยาบาล : “มีเหตุการณ์มากมายที่เกิดขึ้นกับคุณ (Validation) กรุณาช่วยเล่าปัญหาที่ทำให้คุณรู้สึกแย่ที่สุดให้ฉันฟัง” (Exploring)

แนวคิดที่สำคัญ

1. การสนทนาแบบที่ 1 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์รุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากพยาบาล ต้องการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากเกินไปเป็นการบังคับให้ผู้ป่วยบอก โดยที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมจะบอกให้พยาบาลทราบ
2. การสนทนาแบบที่ 2 พยาบาลเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและไม่ตัดสินในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกทุกอย่าง ที่เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว แต่พยาบาลยังใช้คำถามที่นุ่มนวลและเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนค้นหาความกระอักในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยกำลังรู้สึกโกรธในเรื่องอะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบาย ความรู้สึกโกรธในเรื่องที่ผู้ป่วยเลือกด้วยตนเอง

5. การสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

นาง น้อย (นามสมมติ) ได้รับการวินิจฉัยโรค Phobia disorder ได้รับการรักษาด้วยยา fluoxetine ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยอาการสำคัญ คือ ไม่ยอมรับประทานยา และผู้ป่วยมีแนวคิด Suicide ร่วมด้วย

ตัวอย่างที่ 1 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

- พยาบาล : “หมอให้ยารับประทานกับคุณเพราะจะช่วยคุณให้มีอาการดีขึ้น”
- ผู้ป่วย : “ฉันไม่ต้องการกินยา เพราะฉันกลัวว่าจะมีความคิดฆ่าตัวตาย ฉันเคยได้ยินว่ายาจิตเวชทำให้เป็น อย่างนั้น ปกติฉันไม่มีอาการมาแล้ว 2 อาทิตย์ก็เลยไม่ต้องกินยาก็ได้”
- พยาบาล : “ยาที่คุณกินมีผลข้างเคียงของยาน้อยมาก คุณต้องลองกินดู ถ้าคุณกินไปแล้ว สังเกตว่ามีความคิด ฆ่าตัวตายขึ้นมา คุณก็หยุดยาแล้วมาพบแพทย์ก็ได้”
- ผู้ป่วย : “ตกลงกะ”

ภายหลังการสนทนากับพยาบาล ผู้ป่วยยังคงไม่ยอมรับประทานยาเช่นเดิม ภายใน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมี อาการกำเริบด้วย Panic attack และมารับบริการที่แผนก Emergency ของโรงพยาบาล

ตัวอย่างที่ 2 การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

- พยาบาล : “คุณน้อยที่ผ่านมามีอาการคุณเป็นอย่างไร” (Exploring)
- ผู้ป่วย : “ไม่มีอาการ รู้สึกดี ฉันไม่มีอาการแล้ว 2 อาทิตย์แล้ว”
- พยาบาล : “ฉันเข้าใจว่าหมอให้ยาคุณเพื่อช่วยคุณในเรื่องอาการกลัว”
- ผู้ป่วย : “ใช่ค่ะแต่ฉันไม่ต้องการกินยา เพราะฉันกลัวว่าจะมีความคิดฆ่าตัวตาย ฉันเคยได้ยินว่ายาจิตเวช ทำให้เกิดอาการแบบนั้น”
- พยาบาล : “ที่ผ่านมามีคุณเคยมีความรู้สึกอยากทำลายตนเองไหม”
- ผู้ป่วย : “ไม่เคย”
- พยาบาล : “เรามาศูกันประเด็นสำคัญที่ว่า ถ้าคุณกินยาแล้วมีความคิดเช่นนี้ คุณคิดว่า你会ทำอะไร” (Focusing)
- ผู้ป่วย : “ฉันไม่รู้ ฉันไม่อยากให้มันเกิดขึ้น ฉันกลัวห้ามตัวเองไม่ได้และฆ่าตัวตายจริงๆ”
- พยาบาล : “ฉันคิดว่าฉันเข้าใจสถานการณ์ที่บังคับคุณให้ต้องเลือกระหว่างการกินยากับไม่กินยาเพราะยานี้อาจ ช่วยคุณในเรื่องลดอาการกลัวมากๆ ของคุณ แต่ความคิดฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่คุณรู้สึกกลัวจริงๆ ที่ เกิดขึ้นกับตัวคุณ” (Giving information และ Reflecting feeling)
- ผู้ป่วย : “ใช่ค่ะ เป็นอย่างนั้นจริงๆ”

- พยาบาล : “บางครั้งคุณมีความคิดว่าคุณต้องพยายามกินยาเพื่อให้อาการดีขึ้น”
- ผู้ป่วย : “ใช่ค่ะ ถ้าฉันแน่ใจว่าฉันจะไม่มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นกับฉัน”
- พยาบาล : “ดิฉันอาจไม่สามารถรับประกันได้ แต่ดิฉันสามารถโทรศัพท์หาคุณทุกวันคู่เพื่อประเมินอาการของคุณว่ามีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ และจะช่วยคุณจัดการได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่คุณคิดเห็นอย่างไร” (Giving information)
- ผู้ป่วย : “ถ้าเป็นอย่างที่คุณบอก ฉันก็ยินดีกินยาตามการรักษาค่ะ หรือถ้าวันนี้มีปัญหาไม่สบายใจในเรื่องนี้ก็สามารถโทรศัพท์คุยกับคุณได้ตลอดนะคะ”
- พยาบาล : “ยินดีค่ะ” (Offering self)
- ภายหลังการสนทนากับพยาบาลผู้ป่วยก็ประสบความสำเร็จในการกินยา และไม่มีอาการกำเริบอีก

แนวคิดที่สำคัญ

1. ในการสื่อสารแบบที่ 1 พยาบาลไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่กังวล หรือที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก (Empathy) ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง แต่พยายามบังคับให้ผู้ป่วยเชื่อตามที่ตนเองแนะนำ ผู้ป่วยจึงไม่ร่วมมือในการรักษาในที่สุด
2. ในการสื่อสารแบบที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลความรู้สึกของตนเอง พยาบาลรับรู้ถึงความเป็นจริงที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ โดยไม่ตัดสินผู้ป่วยว่ามีความคิดที่ไม่ถูกต้อง และร่วมกันพิจารณาทางเลือกโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยพยาบาลใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัดเพื่อพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล หรือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยเชื่อว่าสาเหตุของความผิดปกติทางพฤติกรรมในบุคคลมีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สัมพันธภาพจึงหมายถึง กระบวนการนำสัมพันธภาพที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปทำความรู้จักกัน ติดต่อกัน สัมพันธ์ สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมกัน บุคคลที่สัมพันธ์กันจะได้รับผลกระทบซึ่งกันและกัน (ทัศนา บุญทอง, จารุวรรณ ค. สกฤต, 2544 : 215) เมื่อพิจารณาความหมายของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุดการบำบัด โดยพยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชและใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น นำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ปัญหา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

จุดมุ่งหมายที่สำคัญของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จึงมุ่งหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เกิดการยอมรับและนับถือตนเอง ปรับปรุงตนเองให้มีความผสมผสานในความคิด ความรู้สึกและการกระทำ พัฒนาความสามารถในการเป็นตัวของตัวเอง ฟังพาคำผู้อื่นตามสมควร สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจากบุคคลอื่นได้ และพัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนให้สำเร็จได้ ในขอบเขตของความเป็นจริงในชีวิตและสังคมในการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ สามารถแบ่งสัมพันธภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ สัมพันธภาพทางสังคม และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชนั้นเน้นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) โดยเน้นที่ตัวผู้ป่วย และพยาบาลมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนทนาหรือสื่อสารให้พยาบาลทราบ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความ

รู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ภายใต้เวลาที่แน่นอน และมีข้อตกลงระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยซึ่งพยาบาลผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีการตรวจสอบทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยอาศัยองค์ความรู้จากทฤษฎีอย่างละเอียดลึกซึ้ง

ทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพมาใช้ในการพยาบาล โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Harry Stack Sullivan เชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและบุคลิกภาพมากที่สุด ผู้มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอาจส่งผลให้มีอาการของโรคจิตประสาทได้ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ว่ามีอิทธิพลและชักนำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างบุคคลให้มีความสัมพันธ์ที่ดีและแข็งแกร่ง มั่นคง ไว้วางใจ พยาบาลจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจตนเองและมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อใช้ตนเองเป็นสื่อหรือเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจระบบความเป็นตนเองของผู้ป่วย Hildegard E. Peplau นับเป็นพยาบาลจิตเวชคนแรกที่ได้นำแนวคิดของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยเชื่อว่าการพยาบาลเป็นกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และได้แบ่งระยะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ ระยะเริ่มต้น (Orientation phase) ระยะระบุปัญหา (Identification) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) และระยะสรุปผล (Resolution phase) โดยในแต่ละระยะพยาบาลมีบทบาททั้งเป็นคนแปลกหน้า เป็นครู ผู้ชี้แนะและสอนสัมพันธภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การปรึกษา เป็นผู้นำ และเป็นผู้ทดแทนของบุคคลที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพในอดีต

ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในเล่มนี้ผู้เขียนได้ประยุกต์ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 20 ปี ร่วมกับตำราทางวิชาการต่างๆ ได้นำเสนอระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการหรือระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ (Preinteraction phase)
2. ระยะแรกของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือระยะเริ่มต้น (Orientation phase)
3. ระยะทำงานของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย หรือระยะแก้ไขปัญหา (Working phase)
4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase)

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษานั้นจะได้ผลดีหรือไม่ ต้องขึ้นกับคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชด้วย ซึ่งต้องมีคุณลักษณะเฉพาะ คือ 1) ต้องยอมรับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่งที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี มีสิทธิที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น 2) การไม่ตัดสินผู้ป่วย โดยนำแนวคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมของตนเองไปตัดสินผู้ป่วยว่า ดี เลว ผิดหรือถูก 3) มีความรู้จริง ทั้งด้านความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการผสมผสานองค์ความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสัมฤทธิ์ผล 4) มีความมั่นคงในอารมณ์ 5) มีความไวต่อความรู้สึก 6) เข้าถึงและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น 7) มีเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจ 8) มีความคงเส้นคงวาทั้งในด้านเจตคติ และการกระทำต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อีกด้วย โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึง สถานที่ สภาพแวดล้อม ท่านั่ง ระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดประสบผลสำเร็จด้วย

ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่มีความแตกต่างจากการสื่อสารเชิงสังคมทั่วไป ซึ่งในการสื่อสาร

เพื่อการบำบัดนั้นแบ่งออกเป็น 5 หมวดใหญ่ๆ คือ 1) เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า 2) เทคนิคในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสนทนาต่อไป 3) เทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความนึกคิด 4) เทคนิคการส่งเสริมให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกัน 5) เทคนิคที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดไตร่ตรองเรื่องราวของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งในเอกสารฉบับนี้ได้นำเสนอเทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เฉพาะเทคนิคสำคัญและนำมาใช้บ่อยๆ ในการพยาบาลเท่านั้น ปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัด พบว่า มีปัญหาการสื่อสารซึ่งไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เกิดจากสาเหตุหลายประการและสามารถจัดกลุ่มออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. การใช้เทคนิคการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมการบำบัด (Non-therapeutic techniques of communication) การใช้เทคนิคเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจพยาบาลเพราะเข้าใจว่าพยาบาลไม่เข้าใจถึงปัญหาหรือความทุกข์ใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จึงเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2. การดำเนินวิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัดไม่เหมาะสม เช่น ความล้มเหลวในการฟังของพยาบาล ความล้มเหลวการแปลความหมายเนื้อหาสาระที่ผู้ป่วยเล่า พยาบาลไม่สนใจในปัญหาของผู้ป่วยโดยการเปลี่ยนเรื่องพูดบ่อยๆ พยาบาลพูดมากเกินไป พูดน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างผิดๆ การพูดในสิ่งที่คิดว่าผู้ป่วยควรจะทำ แต่ความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยทำไม่ได้ การใช้เทคนิคที่ซ้ำๆ บ่อยเกินไป การตอบสนองตามแต่เฉพาะสิ่งหรือสถานการณ์ที่เห็นจริงเท่านั้น การแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีธุรกิจการงานมาก

เพื่อให้การสื่อสารเพื่อการบำบัดประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของพยาบาลๆ จึงจำเป็นต้องฝึกฝนทักษะอยู่เสมอ ซึ่งต้องใช้เวลา อาศัยผู้ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญกว่าเป็นผู้เลี้ยงในการให้การปรึกษา แก่ใจให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนเทคนิคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท เพราะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละประเภทย่อมแตกต่างกันไป คงนำรูปแบบการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดไปใช้แบบเดียวกันกับผู้ป่วยทุกประเภทไม่ได้ แต่พยาบาลต้องยึดหลักการคำนึงถึงปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient centered) และปัญหา Here and now ซึ่งจะช่วยให้การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามผู้เขียนได้นำเสนอปัญหาในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแนวทางแก้ไข ซึ่งเป็นการบูรณาการระหว่างความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้เขียนให้พยาบาล หรือนักศึกษาที่สนใจศึกษา ทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ตลอดจนตัวอย่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา สำหรับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่ต้นจนยุติการสนทนาในแต่ละครั้งอีกด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่าในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแต่ละครั้ง จะแบ่งระยะของการสื่อสารเพื่อการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ เช่นกัน คือ ระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นระยะของการพูดคุยสร้างความคุ้นเคย มีการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ บอกขอบเขตของเรื่องและเวลาในการพูดคุย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย พร้อมที่จะพูดถึงปัญหา ก็จะเป็นระยะของการทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลจะใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ค้นหาและประเมินปัญหา อาการ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ หรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยอาศัยศักยภาพของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหา และเสริมเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองได้ตามความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ระยะสุดท้ายของการสนทนาจะเป็นการสรุปเนื้อหาสาระของการสนทนาในแต่ละครั้งพร้อมทั้งการนัดหมายในครั้งต่อไป ความแตกต่างของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาครั้งที่ 1 กับครั้งอื่นๆ คือ ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปจะเพิ่มการสรุปเนื้อหาสำคัญในการสนทนาจากครั้งที่แล้วให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกันในการสนทนาและเป็นเรื่องราวที่ต่อเนื่องในเรื่องเดิมได้ แต่

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะเลือกสนทนาในเรื่องใหม่ที่มีความสำคัญหรือเป็นปัญหาเร่งด่วนของตนเองได้ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องยึดหลักการบำบัดโดยคำนึงถึงความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่ถ้าหากพบว่าปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญแต่ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงว่ามีความเกี่ยวข้องกับทุกเรื่องที่เป็นปัญหายุ่งขณะนี้ พยาบาลก็สามารถใช้เทคนิคในการเน้นประเด็นสำคัญ (Focusing) เพื่อให้ผู้ป่วยกล่าวถึงรายละเอียดได้ แต่ก็ต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยด้วย

สำหรับตัวอย่างการสื่อสารเพื่อการบำบัด ที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว และการปฏิเสธการรับประทานยา ผู้เขียนได้นำเสนอเพิ่มเติมไว้ท้ายบทเพื่ออาจเป็นประโยชน์แก่พยาบาล ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช สำหรับเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแล้ว ก็เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง พัฒนาค้นพบตนเองในการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของตนเอง ภายใต้อิทธิพลตามความเป็นจริงของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนหรือสังคมที่ตนเองอยู่อาศัยได้ตามปกติสุข

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์, 2541.
- ไชยยศ เรืองสุวรรณ. เทคโนโลยีการศึกษา : ทฤษฎีและการวิจัย. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์, 2533.
- ทัศนา บุญทอง, จารุวรรณ ต.สกุล. เครื่องมือของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดทางจิต. ใน : เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชหน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544. หน้า 169-239.
- ทัศนา บุญทอง, ยาใจ สิริหมงคล. ทฤษฎีพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. ใน : เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชหน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544. หน้า 51-78.
- บุญศรี ปราบนศักดิ์. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- บุญศรี ปราบนศักดิ์, ศิริพร จิรวรรณกุล. การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. ขอนแก่น : ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท, 2531.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานันท์, อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. ความผิดพลาดในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2539 ; 10(1) : 5-18.
- ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. บทเรียนแบบโปรแกรม เรื่อง เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2544.
- สุชาติ พหลภักย์. โรคจิตเภท. ใน : ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2546. หน้า 161-70.
- สุชาติ พหลภักย์. ความผิดปกติชนิดโรคจิต. ใน : พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2547. หน้า 99-130.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3, 2545.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสารจำกัด, 2543.
- Aldrige M. Unlimited liability? emotional labour in nursing and social work. Journal of Advanced Nursing 1994 ; 20(4) : 722-28.
- Boyd MA. Psychiatric nursing contemporary practice. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott, 2002.
- Carson VB, Arnold EN. Mental health nursing the nurse-patient journey. Philadelphia : W.B.Saunders, 1996.
- Dennison S. An exploration of the communication that takes place between nurses and patients whilst cancer chemotherapy is administered. Journal of Clinical Nursing 1995 ; 4(4) : 227-33.
- Forchuk C. Establish a nursing client relationship. Journal of Psychosocial Nursing 1989 ; 27(2) : 30-4.
- Hummelvoll JK & Silva BA. Holistic-existential model for psychiatric nursing. Perspective in Psychiatric Care 1994 ; 30(2) : 7-14.
- Kirkpatrick B, Tek C. Schizophrenia : clinical features and psychopathology concept. In : Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry Volum I. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2005. pp.1420-22.

- Kneisl CR. Therapeutic communication. In : Wilson HS, Kneisl CR, editors. Psychiatric nursing. 5th ed. California : Addison Wesley Nursing, 1996. pp. 109-30.
- May C. Patient autonomy and the politics of professional relationship. Journal of Advanced Nursing 1995 ; 21 (1) : 83-7.
- Munden J, Schaeffer L, Marshfield L, Munson C. Therapeutic communication. In : David M, editor. Springhouse review for psychiatric & mental health nursing certification. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott, 2002. pp. 61-6.
- Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York : G.P. Putnam's Sons, 1952.
- Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York : G.P. Putnam's Sons, 1962.
- Perko EJ, Kreigh ZH. Psychiatric and mental health nursing. 3rd ed. Norwalk : Appleton & Lange, 1988.
- Pipatananon P. Denial. The Journal of Thai Red Cross College of Nursing 1994 ; 9(1): 45-9.
- Potter PA, Perry AG. Fundamental of nursing. 6th ed. Missouri : Elsevier Mosby, 2005.
- Rawlins RP, Heacock PE. Clinical manual of psychiatric nursing. 2nd ed. St Louis : Mosby-Year Book Co., 1993.
- Skidmore, D. Communication. In : Brooking JI, Ritter SA, Thomas BL, editors. A textbook of psychiatric and mental health nursing. Singapore : Longman Singapore Publishers, 1992. pp. 249-59.
- Stuart GW, Therapeutic nurse-patient relationship. In : Strart GW, Laraia MT, editors. Principle and practice of psychiatric nursing. 7thed. St. Louis : Mosby, 2002. pp.15-37.
- Stuart GW, Laraia MT. Principles & practice of psychiatric nursing. 6th ed. St.Louis : Mosby, 1998.
- Wilson HS, Kneisl CR. Psychiatric nursing. 4th ed. California : Addison-Wesley Nursing, 1996.
- Wilkinson S. Factors which influence how nurse communicate with cancer patient. Journal of Advanced Nursing 1991 ; 16(5) : 677-88.