

บทที่ 2



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวม รายละเอียดมาเสนอไว้บนหน้า เพื่อประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจถึงการวิเคราะห์ปฏิบัติการสัมพันธ์ ของพยาบาลกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยจะนำเสนอโดยแบ่งเนื้อหาสาระออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ หนึ่ง ว่าด้วย ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะครอบคลุมถึง คำจำกัดความ อาการ ทางจิต สาเหตุของการเจ็บป่วย พฤติกรรมการแสดงออก และการวัดพฤติกรรมของผู้ป่วย

ตอนที่ สอง ว่าด้วย พยาบาลจิตเวช ซึ่งกล่าวถึง คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช แนวความคิดพื้นฐานสำหรับพยาบาลจิตเวช การรักษาพยาบาลในบทบาทอิสระ เทคนิคพิเศษ และ พฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาล

ตอนที่ สาม ว่าด้วย ปฏิกริยาสัมพันธ์ ซึ่งจะครอบคลุมถึงความหมายที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวเนื่องกับคำว่า "การติดต่อสื่อสาร" และ "สัมพันธ์ภาพ" รวมทั้งปฏิกริยาสัมพันธ์ของพยาบาล กับผู้ป่วย

ตอนที่ 1 : ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของจิตใจ เกิดขึ้น เนื่องจากความต้องการ ภายในไม่สามารถได้รับการตอบสนองจากสิ่งภายนอก และบุคคลนั้นๆ ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะ ปกติได้ (พะเยาว์ ฉายระบิล, 2519 : 1)

ผู้ป่วยจิตเวช จะมีอาการทางจิต ซึ่งอาการทางจิตนี้ จะมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกับอาการ ทางกาย คือเป็นเครื่องแสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตส่วนมากไม่แสดงออก ตรงๆ แต่มักแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของความผลักดันที่มีอยู่ภายในใจ ซึ่งส่วนมาก เป็นเรื่องภายในใจไร้สำนึก อาการทุกอย่างมีความหมายสำหรับผู้ป่วยทั้งสิ้น และเป็นการแสดงให้เห็น ถึงวิธีต่อสู้ด้วย วิธีการเหล่านี้ส่วนมากเป็นสิ่งที่คนปกติธรรมดาใช้กันอยู่เสมอ แต่การที่วิธีการเหล่านี้ กลายเป็นความผิดปกติไปนั้นเป็นเพราะใช้มากเกินไป และใช้ซ้ำๆ เช่นการเพ้อฝัน ถ้าใช้มากเกินไป

ก็จะเกิดความหลงผิดขึ้นได้ อาการที่เกิดขึ้นนี้แม้จะไม่เหมาะสม หรือไม่เป็นไปตามความจริง แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยแล้ว อาการเหล่านั้นเป็นเรื่องจริงจัง และไม่สนใจว่าผู้อื่นจะรู้สึกอย่างไร (สุภัทร พูลเกษ 2520 : 87-88)

อาการทางจิต

นักวิชาการได้แบ่งอาการทางจิตออกเป็นกลุ่มใหญ่ หลายกลุ่ม แต่พอจะสรุปได้ว่าอาการทางจิต แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ความผิดปกติในความคิด-ความจำ ซึ่งมีทั้งความผิดปกติในเนื้อหาของความคิดกระแสความคิดไม่ต่อเนื่องกัน มีการหลงผิด เพื่อผันเกินความเป็นจริง สูญเสียความทรงจำ หรือมีความจำที่ผิดปกติ เช่น จำแม่นเกินไป รวมทั้งมีระดับเซ้าร์ปัญญาต่ำด้วย
2. ความผิดปกติในอารมณ์ และความรู้สึก เช่นมีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่มีความตั้งใจ ไม่มีสมาธิ และไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหวาดกลัวต่อสถานการณ์หรือวัตถุที่รุนแรงกว่าเหตุ มีความวิตกกังวลมาก
3. ความผิดปกติในพฤติกรรม เช่น มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ที่เร็วหรือช้ากว่าปกติ กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมที่แปลกไปจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม มีความผิดปกติในการพูด เช่น พูดไม่ต่อเนื่องขาดเป็นห่วง ๆ พูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด หรือ ชะงักลำพูด เพราะมีความคิดอื่นมาแทรกทำให้ลืมว่าพูดถึงไหน เป็นต้น

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

สำหรับสาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวชนั้น ไม่อาจกล่าวได้ว่า เกิดจากสาเหตุใด สาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะ แต่อาจกล่าวได้ว่า บุคคลบางคน หรือบางประเภท อาจมีสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดอาการทางจิตได้มากกว่าบุคคลอื่น ๆ สาเหตุทั่วไปที่ส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้แก่ อายุ โรคจิตโรคประสาทจะพบมากในระยะวัยรุ่น, เพศหญิงและเพศชาย เป็นโรคจิตได้ไม่เหมือนกัน เพศชายเป็นโรคจิตจากพิษสุรามากกว่าเพศหญิง เพศหญิงเป็นโรคจิตอารมณ์เศร้าในวัยต่อ อาชีพบางอาชีพมีโอกาสเป็นโรคจิตบางประเภทได้มากกว่าอาชีพอื่น เช่น พวกที่ทำงานตามโรงงานมีโอกาสเป็นโรคจิตจากสารตะกั่ว สารปรอทได้ เชื้อชาติ แต่ละเชื้อชาติมีความโน้มเอียงที่จะเป็นโรคจิตได้แตกต่างกัน

นอกจากสาเหตุทั่วไปแล้ว สาเหตุเฉพาะบุคคลก็มีส่วนส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ เช่น

กรรมพันธุ์ รูปร่างของคนที่มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ สติปัญญา อุนิสัยของบุคคล อารมณ์ และความต้องการทางเพศ

อาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากสาเหตุโดยตรง ได้แก่ สาเหตุจากร่างกาย เช่นการเกิดพิษต่างๆ ทั้งร่างกายนอกและภายในร่างกายจากการติดเชื้อ สมองได้รับความกระทบกระเทือน การขาดสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย สาเหตุจากจิตใจ เช่นเกิดปัญหาขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนและไม่สามารถแก้ไขได้ หรือสะสมปัญหาต่าง ๆ ไว้เป็นเวลานาน สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่พบได้มาก โดยเฉพาะสังคมที่กำลังพัฒนา ได้แก่ภาวะเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

สาเหตุจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนี้ เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการว่าเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางจิต ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่าแม่เป็นบุคคลแรกที่วางรากฐานให้เกิดความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นต่อไปในอนาคต แม้มีความสัมพันธ์กับลูกหลาย ๆ แบบ เช่น แม่ที่เต็มไปด้วยความรู้สึกผิดมักจะปกป้องลูกจนเกินไป ทำให้เด็กเจริญทางจิตใจ ซ้ำคิดแม่อยู่ตลอดเวลา กลายเป็นคนต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้บุคลิกภาพไม่ดี ตรงข้ามกับแม่บางคน ที่ไม่ต้องการมีลูก เมื่อเกิดมีลูกขึ้น ก็ทอดทิ้งไม่ให้ความรัก ความอบอุ่นใจเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้แม่อาจแสดงต่อลูกโดยไม่รู้ตัว เมื่อเป็นเช่นนี้ อาจทำให้เด็กเป็นคนก้าวร้าวมองโลกในแง่ร้าย และไม่เป็นมิตรกับใครซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ฉะนั้น เด็กจะต้องกตเวทีย่างมาก จนทำให้เกิดความขัดแย้งทางใจ และความวิตกกังวลต่าง ๆ แนวความคิดในเรื่องสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมนี้สอดคล้องกับความเชื่อของ แคมแพลน (Caplan) (อ้างถึงใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว 2526 : 228) ตามการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมแปรปรวนกับสังคมสิ่งแวดล้อมว่าปัจจัยทางสังคมบางอย่างเป็นต้นว่า ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัว ทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การไร้การศึกษา เป็นสาเหตุส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะพฤติกรรมแปรปรวนได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ เพพลาว (Peplau 1952 : 24) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เขาเห็นว่า สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดจะส่งผลต่อสุขภาพของคน คือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ดังเช่น ปฏิกริยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัว เด็กกับบิดามารดา หรือผู้ป่วยกับพยาบาล การที่บุคคลนำตนเองไปเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในชุมชนรอบตัวนี้เอง ทำให้บุคคลนั้นเข้าใจเป้าหมายในชีวิตของคนเด่นชัดขึ้นทั้งยังทำให้เป้าหมายในชีวิตของคนได้รับการตอบสนองอีกด้วย ซึ่งก็เป็นไปตามแนวทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของ ชัลลิแวน ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคลิกภาพของบุคคลจะเกิดจากสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่มีมาต่อเนื่องกันตั้งแต่เกิด ความสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็กเป็นจุดเริ่มแรกของความอบอุ่นทางจิตใจ ความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เด็กมีบุคลิกภาพดี เป็นผู้ใหญ่ที่ดีถ้าความสัมพันธ์ไม่ดีเมื่อเด็กเติบโตขึ้นอาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้นั้นคือ สัมพันธภาพเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ

การวิจัยครั้งนี้ใช้การ สังเกตพฤติกรรม จึงชอกล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและการวัด ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกได้เป็น 2 แบบคือ พฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) คือ พฤติกรรม หรือการกระทำที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การพูด การหัวเราะ การร้องไห้ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว และ พฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) คือ พฤติกรรม หรือการกระทำที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ นอกจากใช้เครื่องมือช่วยวัด เช่น การคิด การเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้

ความคิดปกติของพฤติกรรม "การเคลื่อนไหว" นับเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมเปิดเผยในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทราบถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชได้ชัดเจน จะพบได้ 3 ลักษณะ คือ (สุภัทร พูลเกษ 2520 : 90-96)

1. พฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การเอะอะ ส่งเสียงดัง ชกต่อย รุกราน ทำลาย อยู่ไม่สุข วุ่นวาย พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นนี้ มักร่วมไปกับอารมณ์พุ่งซ่าน หรือโกรธ หรือสนุกสนาน
2. พฤติกรรมลดลง เช่น การพูดซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ถ้าเป็นมากอาจไม่เคลื่อนไหวเลย
3. พฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การกระทำซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง และเป็นไปเรื่อย ๆ โดยไม่จบลงได้ การพูดซ้ำ ๆ การพูดตามคำพูดของคนอื่น

สำหรับพฤติกรรมปกปิดของผู้ป่วยจิตเวช พบได้หลายลักษณะ เช่น ความคิดหลงผิด ระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้า ประสาทหลอน

วิธีการวัด หรือประเมินพฤติกรรมนั้น อาจแบ่งตามลักษณะของปฏิกิริยาที่แสดงออกได้ 3 รูปแบบ ดังนี้ (Nelson and Hayes 1981 : 20 - 21)

1. พฤติกรรมเปิดเผย เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปจะประเมินโดยการสังเกตจากสถานการณ์ที่เลียนแบบจากสถานการณ์จริง โดยการสังเกตตนเอง หรือโดยการประเมินจากบุคคลอื่น
2. ความรู้ความเข้าใจที่แสดงออกทางคำพูด โดยทั่วไป จะประเมินโดยการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตนเอง การประเมินตนเอง หรือโดยการทดสอบสติปัญญา และความสามารถ
3. การแสดงออกทางร่างกาย และอารมณ์ โดยทั่วไปจะประเมินโดยการบันทึกหรือโดยการสังเกตโดยตรง

ตอนที่ 2 : พยาบาลจิตเวช

จากสิ่งที่กล่าวมาแล้วพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติ หรือ ความแปรปรวนของสภาพจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วย อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีสาเหตุมาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในชีวิตของตนเองได้ ดังนั้นผู้ที่พบพบาพสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สังคมได้ก็คือพยาบาล เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ที่จะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้คือนั้น ควรจะต้องมีลักษณะพิเศษต่างจากพยาบาลทั่วไป จากแนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลจิตเวช ได้เสนอไว้ดังนี้

ฮอฟลิง และ ลีนิงเจอร์ (Hofling and Leininger 1967 : 8 - 9) กล่าวไว้ว่า พยาบาลจิตเวชต้องเป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และเรียนรู้ว่าควรจะทำปฏิบัติน้อย่างไรในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ต่อผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตลอดจนเรียนรู้วิธีการติดต่อที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้

แมทนี และ โทปาลิส (Matheny and Topalis 1974 : 153 - 154) ได้กล่าวไว้ในหลักการพยาบาลจิตเวชว่า พยาบาลควรมีความเข้าใจผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลจิตเวชต้องไม่เป็นผู้มีแค่ความทุกข์ กังวล เพราะอาจจะนำเอาความทุกข์ กังวล ที่มีอยู่ไปเพิ่มให้ผู้ป่วย พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัว และอารมณ์ให้สบายพอสมควรในขณะที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย

ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช ตามคำจำกัดความของกองงานวิทยาลัยพยาบาลกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คือ

1. ความรู้ ความเข้าใจ และจะต้องเป็นผู้มีความรู้ในทฤษฎีทางจิตเวชทางการพยาบาล จิตวิทยา สังคมวิทยา ปัญหาสังคม ซึ่งความรู้ความเข้าใจเนื้อหาวิชาเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้อง เพราะความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และกลไกการเกิดอาการทางจิต รวมทั้งความเข้าใจในลักษณะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย

2. การยอมรับ พยาบาลจิตเวชจะต้องพบกับพฤติกรรมอาการทางจิตในลักษณะต่าง ๆ และในบางครั้งพฤติกรรมเหล่านั้นไม่เหมาะสม สังคมไม่ยอมรับ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวด้วยการใช้กำลัง หรือวาทะที่ผู้ป่วยแสดงออก หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจก็จะยอมรับว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของ

ผู้ป่วยนั้น เป็นการแสดงออกเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเป็นอาการทางจิตซึ่งควบคุมไม่ได้ดังนั้นไม่ควรที่จะแปลพฤติกรรมไปในทางที่เป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย หรือเป็นผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พยาบาลจะต้องเข้าใจยอมรับในพฤติกรรมนั้นและหาทางแก้ไขเพื่อให้โอกาสได้ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น

3. ความสม่ำเสมอ เป็นลักษณะจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชจะต้องมีเพื่อป้องกันความสับสนดังกล่าวอาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำหิ ซม หรือแสดงอาการเฉยเมย ไม่รับรู้ต่อพฤติกรรมอย่างเดียวกันแต่ต่างเวลากัน และไม่ได้อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทำไมครั้งนี้จึงถูกตำหนิ หรือได้การปฏิเสธจากพยาบาล

4. ความจริงใจ โดยทั่วไปพยาบาลทุกสาขาจะต้องมีความจริงใจต่อผู้ป่วยอยู่แล้วแต่ในสาขาการพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเน้นลักษณะของความจริงใจ เพราะผู้ป่วยทางจิตนั้นมีปัญหาสืบเนื่องมาจากการไม่ได้รับความจริงใจจากบุคคลอื่น ทำให้ประสบการณ์นี้เสียไป ซึ่งพยาบาลจำเป็นจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาไปในแนวทางที่ถูกต้อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นได้ว่าตนมีความสนใจ เข้าใจ และยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงจัง

5. ความเป็นอิสระและความเชื่อถือในตนเอง พยาบาลแต่ละคนควรจะมีเชื่อมั่นในตนเอง และมีความเป็นอิสระต่อแนวความเชื่อที่ถูกต้อง ตามหลักการและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบันได้สามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับการพยาบาลที่ตนจัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบในผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล

6. ความอดทน จะพบได้บ่อยว่าผู้ที่มีอาการทางจิตในบางคนจะมีอาการของการย้ำคิดย้ำทำ พุกซี้ ๆ ในเรื่องเดียวกัน หรือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ บอกเล่าแม้จะได้รับการบอกเล่ามาหลายครั้งแล้วก็ตาม ในรายเช่นนี้ถ้าพยาบาลไม่มีความอดทนก็จะไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้ ความอดทนจึงเป็นลักษณะที่จำเป็น

7. ความไว้วางใจ พยาบาลทุกคนจะต้องเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้และลักษณะข้อนี้จะมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากปัญหาใหญ่ของผู้ป่วยก็คือการขาดความไว้วางใจในบุคคลอื่นการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือ เป็นผู้ที่เขาจะไว้วางใจได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง

8. ความสนใจในผู้อื่นและการเปลี่ยนแปลงในสังคม ซึ่งจะรวมถึงความเห็นอกเห็นใจถึงว่าเป็นสิ่งช่วยให้พยาบาลจิตเวชเข้าใจบุคคล และสภาพแวดล้อมที่มีผลสืบเนื่องต่อกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้นจะทำให้แผนการแนะนำช่วยเหลือเพื่อจุดประสงค์ของการบำบัด สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น

9. ภาวะความสมบูรณ์ของอารมณ์ พยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้มีอารมณ์คงที่ควบคุมอารมณ์ได้ รู้จักความรู้สึกของคน ที่จำเป็นอย่างยิ่งก็คือสามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้เมื่อได้รับปฏิกิริยาโต้ตอบที่เป็นไปในทางลบจากผู้ป่วย

จากคำจำกัดความและคุณลักษณะของพยาบาลจิตเวชดังกล่าวแล้ว จึงเกิดมี แนวคิดพื้นฐาน สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ควรยึดเป็นหลัก ดังต่อไปนี้(จินตนา ยูนิพันธ์ 2527: 2-3)

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของตน สมควรจะได้รับการยอมรับนับถือ
2. จุดมุ่งหมายของบุคคลแต่ละคน เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต มีสุขภาพดี มีอิสระเป็นตัวของตัวเองและประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self - actualization)
3. บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลง และมีความต้องการที่จะให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้
4. บุคคลดำรงชีวิตอยู่โดยมีการกระทำตอบโต้ มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมเหมือนเป็นหน่วย (a whole person) แต่ละส่วนของบุคคลจะทำงานร่วมกันเหมือนสิ่งเดียวกันแยกออกจากกันไม่ได้
5. บุคคลมีความต้องการพื้นฐานคล้าย ๆ กัน กล่าวคือ ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ความต้องการการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง
6. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการ และจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น และสามารถเข้าใจได้โดยบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมนั้น หรือผู้เกี่ยวข้อง ที่ทำการศึกษาจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลผู้กระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ที่พฤติกรรมนั้น ๆ ปรากฏ
7. พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นลำดับกล่าวคือ จากการรับรู้ ทำให้บุคคลเกิดความคิด จากนั้นความรู้สึกจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการกระทำ
8. บุคคลจะมีความแตกต่างกันอยู่ที่ความสามารถในการปรับตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเครียดและทรัพยากรที่มีอยู่บุคคลทุกคนมีศักยภาพที่จะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้
9. ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโต และพัฒนาการในทางที่ดีได้ จุดประสงค์ของการพยาบาลคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิกิริยาสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก การ

ส่งเสริมบุคคลให้มีสุขภาพดีขึ้นและส่งเสริมระดับของการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง

10. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนจะได้รับไม่จำกัด เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และขึ้นอยู่กับความคาดหวัง และจุดมุ่งหมายทั้งสองฝ่ายได้ตั้งไว้ร่วมกัน

11. บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และสุขภาพจิตของตนเอง

12. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการขึ้นในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพนั้น ๆ ซึ่งการพยาบาลจิตเวชจะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

การรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันนี้ ใช้ร่วมกันหลายวิธี แต่ในบทบาทอิสระของพยาบาลซึ่งพยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้โดยไม่ต้อง รอคำสั่งการรักษาของแพทย์นั้น มีอยู่หลายรูปแบบ แต่อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การพยาบาลตามปกติ และการพยาบาลโดยใช้จิตบำบัดเป็นรายบุคคล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นงานประจำวันในหอผู้ป่วยได้แก่ การจัดการทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การให้กินยา การฉีดยา การให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในห้องแยก หรือห้องกักขัง การใช้เครื่องผูกมัดกับผู้ป่วย การให้จิตบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดทัศนคติ และพฤติกรรม โดยการอาศัยสมาชิกกลุ่ม และกระบวนการกลุ่ม ที่มีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มหรือร่วมนำกลุ่ม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต คือ การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ทั้งทางด้านวัตถุ และบุคคล เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ มีบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม การจัด หรือการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มนันทนาการบำบัด กลุ่มวาดภาพ กลุ่มกีฬา เป็นต้น การนำทักษะทางการพยาบาล เช่น การคิดสื่อสาร การสนทนา มาใช้กับผู้ป่วยเป็นรายกรณี เมื่อพยาบาลเห็นว่าเหมาะสม หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ

ส่วนการพยาบาลโดยใช้จิตบำบัดเป็นรายบุคคล คือ การพยาบาลโดยใช้กระบวนการสร้าง

สัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา ร่วมไปกับการพยาบาลตามปกติ โดยมีจุดมุ่งหมาย ที่จะแก้ไข ประสิทธิภาพของผู้ป่วย ในด้านมนุษยสัมพันธ์โดยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ ด้านสัมพันธ์ภาพที่ถูกต้องกับ พยาบาลเสียก่อน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เกิดการเรียนรู้เกิดความมั่นคงทางใจ มีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อ ตนเอง และบุคคลอื่น และสามารถตอบสนองความพึงพอใจ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การที่พยาบาลจะสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยได้ พยาบาลจะต้องใช้เทคนิคพิเศษใน การปฏิบัติพยาบาลนอกเหนือไปจากการพยาบาลโรคอื่น ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. เทคนิคการปฏิบัติเพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย

ฮอฟลิง และคณะ (Hofling et al. 1967 : 36) กล่าวว่าความไว้วางใจจะนำ ไปสู่ความรู้สึกมั่นคงในบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วย เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ความไว้วางใจ เป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยแสวงหาเมื่อเขาป่วย การทดสอบต่าง ๆ กับบุคลากรในโรงพยาบาล ก็เพื่อคิดว่าเขาจะไว้วางใจบุคคลเหล่านั้นได้เพียงใด พยาบาลจะสามารถสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย ได้ดังนี้

- 1.1 ไม่ซักถามเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของสัมพันธ์ภาพ
- 1.2 ให้ความเอาใจใส่ ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในขณะที่กำลังทำอะไรต่าง ๆ โดย ไม่รู้ตัว และในขณะที่รู้ตัว
- 1.3 ไม่พูดเท็จกับผู้ป่วย เช่น ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งตรงข้ามกับความเป็นจริง
- 1.4 มีความเสมอต้นเสมอปลาย ทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น ไม่บอกว่าทำได้"แต่ ภายหลังบอกว่าทำไม่ได้" หรือนักผู้ป่วยไว้เวลา 10.00 น. แต่มาจริง เวลา 11.00 น. เป็นต้น
- 1.5 รับฟังผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของเขาด้วยความตั้งใจ ไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่าย พูดเสริม หรือพูดทบทวนคำพูดของผู้ป่วยบ้าง ซักถามบ้างเมื่อไม่แน่ใจ ความหมายที่ผู้ป่วยพูด ฟังโดยไม่ กัดคำกัน หรือโต้แย้งความคิดเห็น ความเชื่อของผู้ป่วย แต่จะพยายามช่วยผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความจริง ด้วยตนเอง

1.6 ไม่แสดงความวิตกกังวลใด ๆ ให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า พยาบาลไม่สามารถช่วยเขาได้

1.7 ไม่ตัดสินว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่แสดงออกมานั้นถูกหรือผิด ถ้าผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่พยาบาลเห็นว่า ไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องหาสาเหตุ และพยายามหาทางแก้ไขสาเหตุนั้น ๆ เสีย

1.8 ถ้าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่สนใจการสนทนา หรือเจ็บไปเป็นเวลานาน ๆ พยาบาลจะบอกผู้ป่วยว่า การเจ็บของผู้ป่วย หรือการแสดงความไม่สนใจการสนทนากับพยาบาลนั้น ทำให้พยาบาลรู้สึกไม่สบายใจ การพูดเช่นนี้ นอกจากจะช่วยให้คลายความอึดอัดลงแล้ว ยังแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลซื่อสัตย์ที่ยอมรับความไม่สบายใจของตนเอง และเกิดความไว้วางใจพยาบาล เมื่อสังเกตเห็นว่า พยาบาลยอมรับความวิตกกังวลของเขาได้ และได้พยายามลดความวิตกกังวลให้เขาอยู่

1.9 เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยจำกัดขอบเขตพฤติกรรมของเขามากกว่าที่จะปฏิเสธ หรือปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น โดยพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ หรือแสดงอารมณ์ออกมาในทางที่เหมาะสม และสร้างสรรค์ เช่น ผู้ป่วยจะทบทวนต่าง พยาบาลก็แนะนำให้ผู้ป่วยทบทวนแทน เป็นต้น นอกจากนั้น พยาบาลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลากรอื่น ๆ ที่จะป้องกันผู้ป่วยไปทำอันตรายผู้ป่วยอื่นได้

1.10 แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า เวลาที่นัดหมายกับผู้ป่วย เป็นเวลาสำหรับผู้ป่วยจริง ๆ เช่น มาพบผู้ป่วยตามเวลานัดหมายทุกครั้ง หากผู้ป่วยไม่มาพบพยาบาลตามเวลา พยาบาลอาจไปตามผู้ป่วย หรือนั่งรอผู้ป่วย ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม พยาบาลจะรักษาเวลานั้น ๆ ไว้สำหรับผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลได้ให้เวลานั้นสำหรับผู้ป่วยจริง ๆ

2. เทคนิคการรับฟัง

สจ๊วต และ ซันดีน (Stuart and Sundeen 1979:47) กล่าวว่า การฟังเป็นการแสดงการยอมรับนับถือผู้ป่วย และเป็นตัวกระตุ้นที่มีอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยพูด ถ้าไม่มีการรับฟังสัมพันธ์ภาพจะไม่ก้าวหน้าต่อไป การรับฟังผู้ป่วยพูด พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.1 นั่งใกล้ผู้ป่วยพอสมควร ในท่าที่สบายและตั้งใจฟัง

2.2 ฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเล่าจนจบ โดยไม่ขัดจังหวะ

2.3 แสดงความสนใจ และติดตามเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่าด้วยคำพูดในลักษณะกระตุ้นสนับสนุน หรือโดยการพยักหน้า ผงกศีรษะ ให้รู้ว่าพยาบาลกำลังรับฟัง หรือเข้าใจคำพูดของเขา

2.4 สอบถามในเรื่องที่พยาบาลยังไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้อง ตรงกัน

2.5 ใช้ความคิดขณะติดตามฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยเล่า

2.6 ไม่วิจารณ์เรื่องที่ผู้ป่วยเล่าตามความคิด และความเข้าใจของตนเอง ก่อนที่จะ
สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย

2.7 ไม่ตัดสินเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเล่า ว่าดี ไม่ดี ถูก ผิด ด้วยความรู้สึกของตนเอง

2.8 ควรหาสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการที่ทั้งผู้พูดและผู้ฟัง มีสมาธิ
ไม่มีสิ่งต่าง ๆ รบกวน

3. เทคนิคการซักถาม

พยาบาลต้องซักถามผู้ป่วยในข้อความที่ไม่กระจ่าง ซักถาม เพื่อให้ได้เข้าใจผู้ป่วย และ
ปัญหาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และซักถามในเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย ไม่ซักถาม
เพราะความอยากรู้ของพยาบาลเพราะการถามในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้ป่วยสงสัย และแคลงใจใน
ตัวพยาบาล ทำให้บั่นทอนความเชื่อถือ ที่มีต่อพยาบาลลงได้ การซักถาม พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้
(ศรีอุคร ทิษบุตร 2520 : 73)

3.1 การตั้งคำถามเพื่อซักถาม ควรเป็นไปในลักษณะที่ให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดก่อนตอบ

3.2 การซักถาม ควรถามในเรื่องเดียวกัน เพื่อให้ได้ใจความครบถ้วน จนกว่า
จะหมดข้อสงสัย

3.3 คำถามควรเป็นชนิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เช่น ถามว่า "คุณ
มีแผนการอะไรบ้างสำหรับตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว"

3.4 ไม่ควรขัดจังหวะขณะที่ผู้ป่วยยังพูดไม่จบ

3.5 ไม่ควรซักถามในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดสับสนมาก ๆ

4. เทคนิคที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา

การที่จะให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่เขากังวล หรือสิ่งที่เขาคิด เขารู้สึกที่เขาไม่ได้บอกเราโดยตรงนั้น
พยาบาลสามารถเลือกปฏิบัติได้ดังนี้

4.1 บอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นได้ในตัวผู้ป่วย (Making Observation) เช่น
พยาบาลอาจบอกว่า "ดูท่าทางคุณหงุดหงิดเมื่อพูดถึงคุณแม่ของคุณ" หรือ "วันนี้สีหน้าคุณดูมีกังวล"
เทคนิคนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของเขา

4.2 รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นที่ยอมรับ

(Acknowledge The Patient's Feeling) และไม่เป็นสิ่งผิดปกติแต่อย่างใด เช่น ผู้ป่วยบอกพยาบาลว่า "อาหารที่นี่ไม่อร่อยเลย" พยาบาลอาจแสดงการรับรู้ความรู้สึกนี้ โดยกล่าวว่า "คุณคงลำบากใจที่ต้องกินอาหารที่คุณไม่ชอบ"

4.3 กล่าวซ้ำ หรือสะท้อนคำพูดของผู้ป่วยเป็นบางส่วน (Selective Reflecting) การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วยนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนละเอียด ความหมายของคำพูดของเขาต่อไป เช่น ผู้ป่วยพูดว่า "ฉันอยากกลับบ้าน ฉันเป็นห่วงลูก ๆ " พยาบาลอาจกล่าวซ้ำว่า "คุณเป็นห่วงลูก ๆ "

4.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด หรือแสดงออกทางกาย โดยยอมให้ใช้คำพูดแรง ๆ และการแสดงออกทางกายที่จะไม่เป็นอันตรายต่อตัวเขาเอง และผู้อื่นเป็นบางครั้งบางคราว

4.5 ใช้ความเงียบ (Silence) ความเงียบที่มีความหมายและถูกจังหวะ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ไตร่ตรอง และรวบรวมความคิดใหม่ และพยาบาลได้มีโอกาสสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้ป่วย และให้รวบรวมความคิดด้วยเช่นกัน

5 เทคนิคในการประคับประคองจิตใจผู้ป่วย

มีวิธปฏิบัติหลายวิธีด้วยกัน คือ

- 5.1 อยู่ใกล้ผู้ป่วยขณะที่เขาอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือถูกกดดัน
- 5.2 ช่วยให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจด้วยตัวของเขาเอง โดยพยาบาลจำกัดขอบเขตให้
- 5.3 รับรู้และสนองตอบความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย
- 5.4 ยอมให้ ผู้ป่วยทดลองความสามารถของเขาอย่างมีขอบเขตและปลอดภัย
- 5.5 ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในความสามารถและความสำเร็จของเขา

6 เทคนิคในการแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน

มีวิธปฏิบัติคือ

- 6.1 ไม่ให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้ หรือผู้ป่วยทราบแล้ว เช่นพยาบาลแนะนำว่า "ทำใจให้สบาย ๆ อย่าคิดมาก จะได้หายเร็ว ๆ "
- 6.2 ไม่ยึดเยี่ยความคิดเห็นส่วนตัว ค่านิยมของตนเองให้กับผู้ป่วยเพราะวิธีแก้ปัญหาของคนหนึ่ง อาจนำไปใช้แก้ปัญหาของอีกคนหนึ่งไม่ได้

6.3 แนวทางการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ช่วย เล่าถึงความรู้สึกของเขาที่มีต่อบุคคล หรือสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ออกมา พยายามวิเคราะห์ความรู้สึกนั้น และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ช่วย แล้วกระตุ้นผู้ช่วยให้ตัดสินใจเลือกใช้วิธีหนึ่งวิธีใด ที่เขาเห็นว่าเหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหาต่อไป

ตอนที่ 3 : ปฏิกริยาสัมพันธ์

คำว่า "สัมพันธ์ภาพ" (Relation) "การติดต่อสื่อสาร" (Communication) และ "ปฏิกริยาสัมพันธ์" (Interaction) เป็นคำที่มีความหมายเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จนเกือบแยกออกจากกันไม่ได้

ความหมายของการติดต่อสื่อสาร

ซันดีน และ คณะ (Sundeen and other 1981 : 78) ได้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารไว้ว่า เป็นการถ่ายทอดข้อมูล หรือเปรียบเทียบส่วนประกอบพื้นฐานของสัมพันธ์ภาพ

เบอร์นาร์ด และ เกรย์ (Bernard and Gray 1964 : 527) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารเป็นการถ่ายทอด ข่าวสาร ความคิด อารมณ์ และทักษะต่าง ๆ โดยใช้สัญลักษณ์ เช่น คำพูด รูปภาพ ท่าทาง และแผนภูมิ

รูชด์ และ เบนท์สัน (Ruesch and Benteson quoted in Sundeen and other 1981 : 78) กล่าวถึงการติดต่อสื่อสารว่าเป็นวิธปฏิบัติโดยบุคคลหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบไปยังบุคคลอื่น และวิธปฏิบัตินั้นไม่เพียงแต่การส่งข่าวสาร โดยการใช้ภาษาเท่านั้น ยังหมายรวมถึงพฤติกรรมของมนุษย์ และ ศิลปด้วย ความหมายของการติดต่อสื่อสารนั้น ครอบคลุมถึงจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม หรือความคิดของบุคคลด้วย

แอนเดอร์สัน (Anderson quoted in Alplblbaum and other 1975 : 5) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการซึ่งเราทำความเข้าใจผู้อื่น และในทางกลับกันก็พยายามจะให้ผู้อื่นเข้าใจเราด้วย เป็นพลังความสัมพันธ์ต่อกันที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันตลอดเวลา

การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรื่องราว ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความรู้ และทัศนคติของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถ่ายทอดให้อีกฝ่ายหนึ่ง และอีกฝ่ายหนึ่งมีปฏิกริยาโต้ตอบมาด้วย (การพยาบาลจิตเวช 2525 : 30)

จากคำจำกัดความนี้ สรุปความหมายของการติดต่อสื่อสารได้ว่า เป็นกระบวนการถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และทัศนคติระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อันเป็นผลให้เกิดสัมพันธภาพ และกระบวนการติดต่อสื่อสารที่จะได้ผลดีนั้นต้องอาศัยความเข้าใจที่ตรงกัน การมีส่วนร่วม และการมีปฏิริยาโต้ตอบที่เหมาะสม

สำหรับการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นในระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีจุดมุ่งหมายมากกว่าการสนองความต้องการทางสังคมของบุคคล เพราะสำหรับพยาบาลแล้วการติดต่อสื่อสารยังมุ่งไปถึงการก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์อันนี้ต้องเป็นไปในรูปของการรักษา ซึ่งเรานิยมเรียกว่า การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การติดต่อกับผู้ป่วยจึงเป็นไปเพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือสนองต่อความต้องการตลอดจนการปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจึงมีลักษณะ เป็นการรักษา (Therapeutic communication) เพื่อช่วยผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ช่วยในการเสริมสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความกังวลออกมา
3. ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยแนะนำแนวทาง ช่วยแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาบางประการ
4. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดแนวทางแก้ไขคลี่คลายปัญหาของตนเอง
5. ช่วยเพิ่มทักษะในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น
6. ใช้เป็นแนวทางการให้ข้อเท็จจริงในการดำรงชีวิตอยู่แก่ผู้ป่วย เช่น โศกการสอบ โดยตรง

วิธีการสื่อความหมายโดยทั่วไป มี 2 วิธีคือ

1. การสื่อความหมายโดยใช้ภาษา
เป็นวิธีการสื่อความหมายของข้อมูล ทัศนคติ ความรู้สึกต่าง ๆ โดยการพูดหรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

การพูดนั้นเป็นการติดต่อที่นิยมใช้มากในสังคมทั่วไป คำพูดแสดงให้เห็นความรู้สึกต่าง ๆ เช่น รัก โกรธ พอใจ เสียใจ ฯลฯ สิ่งสำคัญของการพูดจะเป็นการสร้างการสื่อความหมายให้เกิดขึ้นจะต้องเป็นภาษาเดียวกันพูดแล้วทั้งสองฝ่ายสามารถเข้าใจซึ่งกันและกัน

ในด้านการเขียน หรือแม้การใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เป็นที่เข้าใจกันของคนทั่วไปก็จัดเป็นการสื่อความหมายด้วยภาษาเช่นกัน การเขียนมักใช้ในคนทั่วไปที่อ่านเขียนได้มีประโยชน์มากในกรณีที่ไม่ต้องการที่จะพูด เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ยอมพูด เมื่อพยาบาลเข้ามาติดต่อกองใจใช้การเขียนเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยระบาย หรือเล่าความรู้สึกออกมาโดยการเขียนแทนการพูด พยาบาลจะสามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2. การสื่อความหมายด้วยท่าทาง

เป็นการติดต่อสื่อความหมาย โดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การพูด และการเขียน อาจแสดงออกมาทางกิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว การแสดงออกทางด้านสีหน้า แววตา ความรุนแรงของคำพูด การใช้น้ำเสียงต่าง ๆ การติดต่อดูแลที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่แท้จริงมากกว่าการใช้ภาษา ซึ่งมักถูกควบคุมให้อยู่ภายในใจต้องอาศัยการสังเกตและประสบการณ์ของพยาบาลมากพอสมควร ซึ่งจะสามารถเข้าใจได้และผู้ป่วยจิตเวชใช้การติดต่อดูแลที่มากที่สุด

การติดต่อสื่อความหมายชนิดนี้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจทางภาษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น แสดงถึงความรู้สึกที่แท้จริงได้มากกว่าคำพูด เพราะมนุษย์ไม่สามารถคุมอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดที่แท้จริงได้ถึงแม้จะปิดบังด้วยคำพูดก็ตาม อย่างไรก็ตามการเข้าติดต่อสื่อความหมายควรอาศัยสองกรณี โดยเฉพาะในระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลเพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี และจริงใจกว่า เช่น เมื่อผู้ป่วยที่มีความไม่สบายใจอยากสนทนากับพยาบาล พยาบาลบอกผู้ป่วยว่า "ฉันยินดีรับฟัง" แต่กลับมีสีหน้าเบื่อหน่ายไม่สนใจผู้ป่วยจะรู้สึกได้จากท่าทีของพยาบาลซึ่งอาจทำให้การสื่อความหมายไม่สามารถดำเนินต่อไปได้

ความหมายของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพ (Relationship) หมายถึง การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคน ทำความรู้จักกัน และติดต่อกันเกี่ยวข้องกัน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด และลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก จะมีอยู่ตลอดชีวิต ฯลฯ (สุวนีย์ คันทิตถานันต์ 2522 : 57)

สัมพันธภาพแบ่งอย่างกว้าง ๆ ได้ 2 ประเภทคือ

1. สัมพันธภาพเพื่อการสังคม
2. สัมพันธภาพแบบวิชาชีพ

สัมพันธภาพเพื่อการสังคม (Social Relationship)

เป็นความสัมพันธ์ในสังคมที่เราใช้ชีวิตร่วมกัน โดยทั่วไปมีทั้งการให้และการรับ หรือ

เป็นการติดต่อปะทะสัมพันธ์กัน ระหว่างบุคคล 2 คน โดยมีสาเหตุเพื่อความเพลิดเพลิน หรือความเป็นเพื่อนเท่านั้น สัมพันธภาพจะสิ้นสุดหรือดำเนินต่อไป ขึ้นอยู่กับความต้องการของทั้งสองฝ่าย (จินตนา ยูนิพันธ์ 2525 : 48) และขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคลด้วย เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

สัมพันธภาพแบบวิชาชีพ (Professional Relationship)

เป็นสัมพันธภาพที่มีจุดประสงค์และเวลาที่แน่นอน มุ่งเฉพาะการให้ไม่มุ่งเรื่อง การรับผลคืน มีการให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของบุคคลที่มีปัญหา โดยบุคคลผู้มีความรู้ และความชำนาญเฉพาะ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา กับผู้ใต้บังคับบัญชา หรือแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย เป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธ์ และ ปาหนัน บุญ-หลง 2525 : 48)

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

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

ดูนา (Doona 1979 : 163) ได้กล่าวถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยว่าเป็น ขั้นตอนของการวางแผนการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอย่างมีจุดมุ่งหมายซึ่งทั้งพยาบาล และผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาความสามารถในตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้น สัมพันธภาพแบบนี้เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในขั้นสุดท้ายของการพยาบาล

สจ๊วต และซันดีน (Stuart and Sundeen 1979 : 41) ให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยในรูปของการรักษาว่า เป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ซึ่งกัน และกัน เป็นประสบการณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขอารมณ์ของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นโดยพยาบาล

จะใช้ตนเอง และเทคนิคเฉพาะทางในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จุดมุ่งหมายโดยทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษานั้น มุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเติบโตขึ้น พร้อมด้วยคุณสมบัติดังนี้ (Doona 1979 : 155-159)

1. การรู้จักตนเอง ยอมรับ นับถือตนเองให้มากขึ้น
2. มีความเข้าใจตนเองมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น
3. เป็นตัวของตัวเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีความสนิทสนม คุ้นเคยกับผู้อื่นได้
4. สามารถทำหน้าที่ของคนได้ดีขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถที่จะประสบความสำเร็จในจุดหมายที่เป็นไปได้ในความจริง

จุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดผลดีในด้านการรักษานั้น พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบเป็นกลุ่ม สำหรับจุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีดังนี้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข หรือจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันได้
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า เขามีส่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหาของเขาเอง
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาอย่างมีเหตุผล
5. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาทางแก้ไขปัญหาได้
6. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบพฤติกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำไปประพฤติปฏิบัติต่อไป
7. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อ สื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ
8. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเข้าสังคม
9. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเองทุกอย่าง

ชนิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

เกรกก์ (Gregg, 1963) อ้างถึงโดย สุนีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522 : 65) ได้แยกสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยออกเป็น 3 แบบ ตามลักษณะของสัมพันธภาพ คือ

1. พยาบาลหนึ่งคนติดต่อกับผู้ป่วยหนึ่งคน (Therapeutic role in Individual patient care) คือการที่พยาบาลคนหนึ่งติดต่อก่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหนึ่งคน ชั่วระยะเวลา

หนึ่งตามความจำเป็น ที่เห็นในตัวผู้ป่วย แบ่งเวลาให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยให้ทำความรู้จักตนเองใหม่ โดยมีจุดมุ่งหมายขั้นสุดท้าย คือให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่สร้างสรรค์ของผู้ป่วย

2. พยาบาลหนึ่งคนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (Therapeutic Nursing roles with Groups) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพในรูปของการรักษาผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เช่น ในกลุ่มจิตบำบัด โดยพยาบาลอาจจะทำหน้าที่เป็น "ผู้รักษา" ถ้าพยาบาลผู้นั้นมีความรู้ ความชำนาญทางด้านคลินิกเป็นอย่างดี หรือเป็น "ผู้รักษาพร้อม" ทำงานร่วมกับพยาบาลอื่น หรือกับบุคคลากรอื่น ๆ ที่มีความชำนาญมากกว่า นอกจากนี้พยาบาลยังมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในกลุ่มประเภทอื่น ๆ เช่น กลุ่มสังสรรค์ กลุ่มสหนาการ

3. พยาบาลพบกับผู้ป่วยโดยไม่มีการวางแผน (Therapeutic Nursing role in Unstructured contacts with patients) เป็นบทบาทที่ไม่มีโครงสร้างแน่นอนของพยาบาล เช่น การพบปะทักทายผู้ป่วยประจำวันในตึกผู้ป่วย หรือเมื่อพบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในชุมชน การเลือกหัวข้อในการสนทนาต้องเลือกให้ถูกกาลเทศะ เป็นการทักทายให้ผู้ป่วยเห็นว่าตัวเขายังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ยังมีเกียรติสมควรแก่การยกย่อง

ความหมายของสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา

สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว (One-to-One Relationship) เป็นขั้นตอนของการวางแผนการมีปฏิริยาสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัว ของตัวเอง เพิ่มมากขึ้น สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการพยาบาล สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว คล้ายกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แต่ต่างกันที่ว่า บุคคลหนึ่งในสองคือ พยาบาลซึ่งมีความรู้ และทักษะที่ผู้ป่วยต้องการ (Doona 1979 : 163)

วิลสัน และนิสส์ (Wilson and Kneise 1979 : 5) กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว กับการมีปฏิริยาสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชไว้ว่าปฏิริยาสัมพันธ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่พยาบาลจิตเวช และผู้ป่วยมีต่อกันเป็นประจำ ส่วนสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวจะดูได้จากปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในช่วงใดช่วงหนึ่งติดต่อกันโดยมีข้อกำหนดเพิ่มเติมดังนี้

1. ปฏิกริยาสัมพันธ์นั้น เกิดขึ้นตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน
2. ปฏิกริยาสัมพันธ์นั้น มีลักษณะเป็นโครงสร้าง คือ มีขั้นตอนต่าง ๆ มีกระบวนการที่เฉพาะเจาะจง และมีปัญหาที่ต้องมีการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยขึ้นมา
3. ปฏิกริยาสัมพันธ์นั้น มีชั้น ณ ที่ใดที่หนึ่งแห่งเดียวกันตลอดไป เช่น ที่บ้าน ที่ตึกผู้ป่วยจิตเวช ที่ตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ที่คลินิกส่วนตัว เป็นต้น

ความหมายของปฏิกริยาสัมพันธ์

ปฏิกริยาสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึงกระบวนการของการเรียนรู้ และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงออกโดยพฤติกรรมที่ใช้คำพูดหรือไม่ใช้คำพูด กระบวนการปฏิกริยาสัมพันธ์จะต้องมีจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิกริยาสัมพันธ์กัน แต่ละฝ่ายจะนำเอาประสบการณ์ในอดีต ความรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และการรับรู้ของตนเองมาแสดงออกซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน

คำว่า ปฏิกริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนั้น คาลค์แมน (Kalkman, 1967 : 219) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้ความรู้และทักษะ เฉพาะทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาขึ้นและพยาบาลจะใช้เวลาในขณะที่ติดต่อกันนั้นแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความยุ่งยากในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีมุ่งที่ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ พยาบาลรับผิดชอบในการควบคุมสถานการณ์ของการติดต่อให้เป็นไปในรูปของการรักษากล่าวคือเป็นผู้กำหนดสถานที่ เวลา ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการติดต่อ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหัวข้อขึ้นมาอภิปรายกับพยาบาล ผู้ป่วยสามารถพูดทุกอย่างได้ตามความต้องการโดยไม่ต้องเกรงกลัวพยาบาลพยาบาลมีหน้าที่ในการนำวิถีทางของการมีปฏิกริยาสัมพันธ์ โดยเป็นผู้ตัดสินใจว่าช่วงใดจะเป็นช่วงเริ่มต้น ช่วงดำเนินการช่วยเหลือ และช่วงของการยุติการติดต่อ และจากความเอาใจใส่ในการตอบสนองต่อเงื่อนไขปัญหาที่ได้จากคำพูดและปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยหยิบยกพฤติกรรมอื่น ๆ ของตนเองมาอภิปรายกับพยาบาลต่อไป

ฉวีวรรณ สุตะบุตร (2525 : 201) กล่าวถึงการมีปฏิกริยาสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะมีคุณภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับแรงกระตุ้นซึ่งอยู่ภายใต้ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการพยาบาล การรับรู้ในบทบาทของตนเอง การฝึกหัดประเมินสัมพันธ์ภาพที่ตนเองมีต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจ รับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่น (Empathy) รู้จักการใช้คำถามในสิ่งที่คนสังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เกิดการเรียนรู้ ฝึกหัดให้

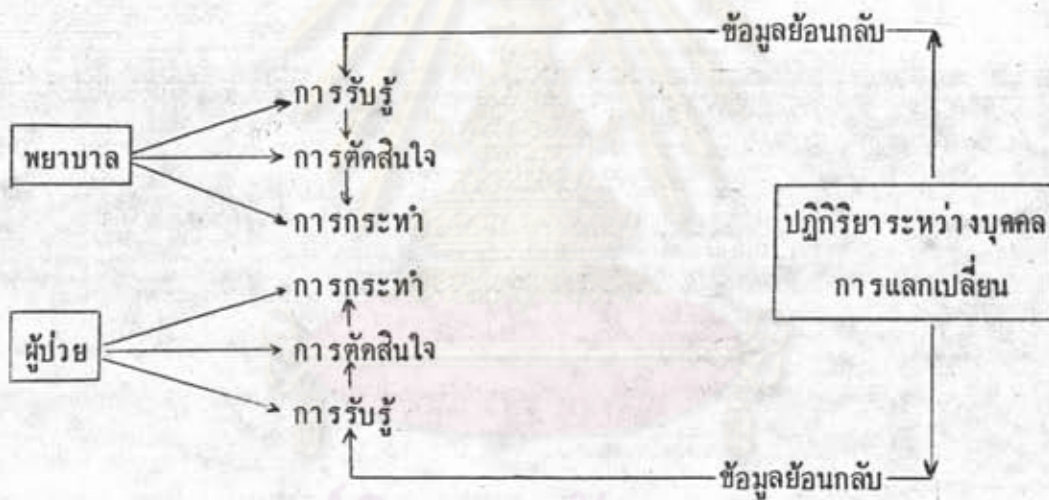
ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง ให้เห็นภาพลักษณ์ (Self - Image) ของตน เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีการพูดการกระทำใด ๆ ที่จะให้เขาได้แสดงออกมากยิ่งขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อธิบายทันที ควรมีความนับถือและจริงใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของความสำเร็จในการมีปฏิริยาสัมพันธ์ การให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนารูปแบบการดำเนินชีวิตตามแนวทฤษฎีของคิง (Imogene M. King Theory 1982 : 110)

นอกจากนี้ ออร์แลนโด ได้เสนอทฤษฎีทางการพยาบาล โดยพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือ เรื่อง "The Dynamic Nurse - Patient Relationship" ทฤษฎีการพยาบาลของออร์แลนโด อยู่ในรูปแบบของปฏิริยาสัมพันธ์ (interaction model) อธิบายถึงกระบวนการพยาบาลที่มีพื้นฐานมาจากปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในเวลาและสถานที่ที่เฉพาะเจาะจง โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายของการพยาบาล ตามแนวความคิดของออร์แลนโด คือ การให้ความช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยได้บรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานการค้นหาและการแปลข้อมูลให้ถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย (Orlando, 1961 : 8) เลโก (Lego, 1980 : 72) ได้กล่าวถึง เพทลลาวัว เป็นผู้บุกเบิกของพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946 โดยเริ่มนำเอาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และ ผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ และ ต่อมาในปี ค.ศ. 1952 ได้เขียนรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อการรักษา โดยอาศัยเนื้อหาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship Theory) ของ ซัลลิแวน และบางส่วนของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learnig Theory) มาผสมผสานกันเป็นแนวคิดที่ว่า พยาบาลมีบทบาทในการช่วยผู้ป่วยสำรวจประสบการณ์ระหว่างบุคคล เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่นที่ขาดไป หรือไม่เคยมีมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยได้สังเกตพฤติกรรมของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงรายละเอียดของพฤติกรรมของเขา รวมถึงอารมณ์ และความคิดที่เกี่ยวข้องแก่พยาบาล และวิเคราะห์พฤติกรรมนั้นร่วมกับพยาบาล แล้วจึงกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นมาใหม่ จากนั้นผู้ป่วยและพยาบาลจะร่วมกันวิเคราะห์และทดสอบพฤติกรรมใหม่ ตลอดจนผสมผสานการเรียนรู้เหล่านั้นเข้าไปในสิ่งใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่น่าพอใจเพิ่มขึ้น และขั้นสุดท้ายให้ผู้ป่วยได้ใช้พฤติกรรมเหล่านั้นในสภาพการณ์จริงต่อไปได้ (Lego 1975 Quoted in Wilson and Kneise 1979 : 131) รูปแบบของเพทลลาวัวนี้ได้รับการยอมรับ และมีอิทธิพลต่อการสร้างทฤษฎีการพยาบาลต่อ ๆ มาเป็นอย่างมากจนถึงปัจจุบัน

กระบวนการปฏิริยาสัมพันธ์ ต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารในการส่งผ่านข้อมูล การติดต่อสื่อสารจะทำให้บุคคลสร้างความรู้ที่รับรู้ร่วมกัน ในฐานะผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่ง และ ผู้รับข้อมูลอีกฝ่ายหนึ่ง การแลกเปลี่ยน (Transaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ ถือเป็นปฏิริยาเพื่อการแก้ปัญหา หรือแสวงหาสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน

การติดต่อสื่อสาร เป็นส่วนย่อยของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ คือ ปฏิริยาสัมพันธ์จะเกิดไม่ได้ถ้าไม่มีการติดต่อสื่อสาร และ กระบวนการมีปฏิริยาสัมพันธ์นี้จะสิ้นสุดลงก็ต้องมีการแลกเปลี่ยนกันอย่างมีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน

กระบวนการปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย



ศูนย์วิทยพัชร์พยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปฏิภริยาสัมพันธ์ เป็นแกนหลักในการปฏิบัติกาพยาบาล เพราะเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงพยาบาลและผู้ป่วย ดังกล่าวว่า " บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ ถ้าบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะเปลี่ยน " ดังนั้นถ้าพยาบาลและผู้ป่วย มีปฏิภริยาระหว่างกันดี ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของพฤติกรรมของผู้ป่วยนั่นเอง พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกขณะมีปฏิภริยาสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้น เป็นผลมาจากแนวความคิด ความรู้ และทัศนคติของพยาบาล ซึ่งพยาบาลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยแสดงออกทางภริยาท่าทาง การแสดงของสีหน้าและสายตา คำพูด น้ำเสียง การสัมผัส และระยะห่าง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกสามารถสังเกตเห็นได้ ดังนั้น พฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกในด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานั้นจะบอกถึงความหมาย และ แนวความคิดของพยาบาล ดังนี้

1. ภริยาท่าทาง

ภริยาท่าทาง หมายถึงท่าทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงภาพพจน์ของบุคคล และสามารถบอกถึงสภาวะจิตใจของบุคคลนั้นได้ ซึ่งลอร์ (Lore 1981 : 50) อธิบายว่าภริยาท่าทาง (Gesture) จะบอกถึง ความคิด ความสนใจ ความกระตือรือร้น ความพอใจ และในทางตรงกันข้ามอาจแสดงถึงความเย็นชา ความเบื่อหน่าย หรือท้อแท้ เป็นต้น การพยักหน้ารับ หรือโน้มตัวลงใกล้ผู้ป่วยเป็นครั้งคราวขณะสนทนากับผู้ป่วย แสดงถึงความเอาใจใส่ของพยาบาล หรือท่าทางที่พยาบาลยื่นกอดอก พูคกับผู้ป่วย จะแสดงถึงความไม่เป็นกันเอง หรือคูเป็นงานเป็นการ (มาริสา โกรฤกษ์ 2524 : 1) ดังนั้นพยาบาลจึงควรระมัดระวังในการแสดงภริยาท่าทางต่อผู้ป่วยให้เหมาะสม คือพยาบาล ควรมีภริยาท่าทางที่อ่อนโยน กระฉับกระเฉง กระตือรือร้นที่จะให้การพยาบาล (Reece 1961 : 172) นอกจากนั้นพยาบาลควรจะต้องมีภริยาท่าทางที่สุภาพนุ่มนวล ในขณะที่ปฏิบัติกาพยาบาล ไม่รีบร้อน ในการให้การพยาบาล ให้เวลาผู้ป่วย ในการแสดงความต้องการ และอดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโดยไม่ได้ตอบด้วยวิธีการรุนแรง (กุลยา คันคผลาชีวะ 2522 : 57)

2. การแสดงสีหน้าและสายตา

การแสดงออกของสีหน้าและสายตาสามารถแสดงความรู้สึกได้หลายอย่าง เช่น การยอมรับการเป็นมิตร การรังเกียจ ความเศร้า ความดีใจ เป็นต้น โดยเฉพาะการใช้สายตา ถ้ามีการประสานสายตาจะแสดงถึงการยอมรับ และพอใจที่จะมีสัมพันธ์ภาพด้วย ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องระมัดระวังใน

การแสดงสีหน้าและสายตาดังแม้ว่าจะไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด แต่พยาบาลควรจะต้องเรียนรู้ที่จะควบคุมการแสดงออกบางส่วน เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นมิตร ยอมรับผู้ป่วย หรือรังเกียจผู้ป่วย จากสีหน้าและสายตาของพยาบาล (Kozier 1979 : 403) ผู้ป่วยทุกคนต้องการพยาบาลที่มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มองผู้ป่วยด้วยสายต่าอ่อนโยน และเป็นมิตร ไม่ต้องการพยาบาลที่มีใบหน้าที่บึ้งตึงเคร่งเครียด สายตาคูดัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย

3. พฤติกรรมด้านการพูดและน้ำเสียง

การพูดเป็นปฏิกริยาสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการแปล และการเข้าใจความหมาย, คำพูด ระดับของเสียง เบาหรือดัง จังหวะในการพูด สามารถแสดงความรู้สึกของผู้พูดได้ เช่น ให้ความสนใจ ยอมรับ เข้าใจ ไม่พอใจ โกรธ หรือเบื่อหน่าย (Borsing and Steinacker 1982 : supplement 2-3, Lore 1981 : 51) การพูดของพยาบาล จะมีส่วนทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสนองความต้องการของบุคคลได้ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เพราะการพูดที่ดีจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งกัน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันพยาบาลจะทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นจึงสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลได้ ดังนั้นการพูดของพยาบาลควรระมัดระวังในการพูดดังนี้

3.1 พยาบาลควรจะพูดกับผู้ป่วย ด้วยวาจาที่สุภาพ พูดด้วยน้ำเสียงที่ไพเราะ นุ่มนวล มีคาลงท้าย ไม่พูดห้วน กระด้าง หรือขู่ตะคอก ซึ่งจากการศึกษาของมณีรัตน์ เมฆวิวัฒนาวงศ์ (2521) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร พบว่า ในด้านมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่พูดจาไพเราะ ซึ่งตรงกับการศึกษาของเคอร์ (Durr 1971 : 396) ซึ่งพบว่า การที่พยาบาลพูดจาดี ทำให้เกิดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย นอกจากนี้จากการศึกษาของกุลยา คันทิผลาชีวะ (2522 : 56-57) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อเดือนสิงหาคม 2522 เกี่ยวกับลักษณะพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ เกี่ยวกับเรื่อง การพูดของพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดที่ถูกสัมภาษณ์ให้ความเห็นว่า พยาบาลต้องมีวาจาดี พักทหาย ซักถามผู้ป่วยให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอและสิ่งที่ไม่ชอบคือ การพูดตะคอก ไม่มีทางเสียงซึ่งตรงกันกับความคิดเห็นของสงวนวรรณ เฟื่องเพชร (2522 : 33) ที่ว่าพยาบาลที่ดีนอกจากจะมีความรู้ความ

สามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องมีวาจาไพเราะ อ่อนหวาน หรือพูดด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน
แต่มีอิทธิพลทำให้ผู้อื่นยินยอมปฏิบัติตาม

3.2 พยาบาลควรพูดกับผู้ป่วยในลักษณะที่แสดงถึงการยอมรับและเคารพในความเป็น
บุคคลของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ มีความรู้สึก มีความคิด มีคุณค่า และศักดิ์ศรี
ของตนเอง แต่จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศักดิ์ศรีความเป็นคนจะ
ถูกริดรอนลง ซึ่งอิงเกิลส์ (Ingles 1960 : 648) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจะถูกกระทำเสมือนวัตถุที่ไม่มี
ชีวิต ไม่มีการบอกถึงวัตถุประสงค์ของสิ่งที่จะกระทำให้กับผู้ป่วย การเข้ามาหาของเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีการ
บอกกล่าว หรือแนะนำตัว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของฟิลด์ (Field, quoted in Brawn 1961 :
12-13) ที่ว่า ผู้ป่วยถูกกระทำเหมือนสิ่งทดลอง ไม่มีใครพูดกับผู้ป่วยหรืออธิบายอะไรให้ฟัง พบว่า
พยาบาลจะเข้ามาพร้อมกับเข็มฉีดยา ปรอทสำหรับวัดอุณหภูมิ หรือเครื่องมืออื่น ๆ เมื่อทำกิจกรรมเสร็จ
ก็จะออกไปโดยไม่ได้อธิบายถึงวิธีการและผลของการกระทำ ซึ่งผู้ป่วยไม่กล้าซักถาม เพราะกลัวพยา-
บาลจะแสดงความไม่พอใจ จึงไม่มีการพูดคุยกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การที่พยาบาลไม่พูดกับผู้ป่วย
ไม่อธิบายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย จึงเป็นการกระทำไม่ให้ความเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยจิตเวช การพูดของพยาบาลจะมีผลกระทบกระเทือนต่อความนึกคิดความรู้สึกของ
ผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องพูดกับผู้ป่วยโดยเคารพในความเป็นบุคคล ด้วยการทักทายผู้ป่วยด้วย
คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงที่อ่อนโยน เรียกผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามนำหน้าอย่างเหมาะสม สำหรับคนไทยนิยม
ใช้คำว่า บ้า ลุง ยายหรือตา ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ และใช้คำว่าคุณกับผู้ป่วยอยู่ในวัยหนุ่มสาว จะ
ให้ความรู้สึกดีกว่าการใช้นายหรือนาง (พาริตา อิบราฮิม 2525 : 128) และก่อนให้การพยาบาล
แต่ละครั้งพยาบาลควรจะต้องบอกผู้ป่วยถึงวัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ

3.3 พยาบาลควรจะพูดเพื่อประคับประคองด้านจิตใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความ
วิตกกังวล จึงต้องการการดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจ พยาบาลควรจะมีการพูดเพื่อให้กำลังใจ
ปลอบใจต่อผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่การพูดเพียงเพื่อจะให้ได้อิทธิพลมาเพื่อการพยาบาลอย่างเคี่ยวการพูดเพื่อ
ประคับประคองด้านจิตใจ ได้แก่

ก. การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่
ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของตนก่อให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ พบว่ามี
ความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นได้ รวมทั้งเกิดความไม่พอใจ (Barnett, 1978 : 29-31)

ทั้งๆ ที่การได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ตามหลักสิทธิมนุษยชน (Quinss and Somers 1974 : 240-242) จากการศึกษาของคอคจ์ถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ พบว่าผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของโรคและระดับอาการของโรค โอกาสที่จะหาย ระยะเวลาที่ต้องการรักษา วิธีการรักษาพยาบาล และผลของการดูแลรักษา แต่ข้อมูลที่พยาบาลเห็นว่าสำคัญสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตนตามการรักษาพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องกระทำ (Dodge 1972 : 1652-1654)

ข. การพูดเพื่อให้กำลังใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกห่อหุ้มขาดความเชื่อมั่น หมคกำลังใจ หรือสิ้นหวัง การให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น การพูดเพื่อให้กำลังใจ ได้แก่ การพูดปลอบโยนผู้ป่วย การพูดชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และพูดสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องต่อไป และไม่ควรถกกล่าวโทษผู้ป่วย หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องการกำลังใจและคำปลอบใจมากเท่า ๆ กับต้องการยาและวิธีการรักษาพยาบาล (ทัศนา บุญทอง 2528 : 1368-1369)

ดังนั้นพยาบาลควรจะต้องเป็นผู้มีพฤติกรรมด้านการพูดที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ น้ำเสียงชัดเจน นุ่มนวล ไม่กล่าวคำหยาบคาย วิพากษ์วิจารณ์ หรือข่มขู่ผู้ป่วย รู้จักพูดกับผู้ป่วยโดยให้ความเคารพในความเป็นบุคคล รู้จักพูดปลอบโยน ให้กำลังใจเพื่อระคับระคองจิตใจผู้ป่วยด้วย

4. การสัมผัส

กูคคูลันซ์ (Goodykoontz 1979 : 4) ได้ให้ความหมายของการสัมผัสว่าเป็นการติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด สามารถถ่ายทอดข้อความ และแบ่งปันความรู้สึกซึ่งกันและกัน การใช้มือแตะเนื้อตัว การถูหลัง การลูบ การโอบไหล่และอื่น ๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด และเป็น การเอาใจใส่ การสัมผัสเป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อมนุษย์ทุกคน การสัมผัสที่แสดงถึงความอ่อนโยน เต็มไปด้วยความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ ก็จะเป็นสัมผัสที่ช่วยเยียวยา (Healing) และช่วยรักษา (Therapeutic) ได้ดี (Simon 1976 : 10-27)

แนวคิดของการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลตามความเห็นของบาร์เนต (Barnett 1972 : 108-109) คือ

(1) การสัมผัสเป็นกลไกของการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การได้ติดต่อสื่อสารอย่างกว้างขวางจะเป็นความ

สามารถของบุคคลที่มีศักยภาพสูง และถ้ามีความเข้าใจในข่าวสารนั้น การติดต่อสื่อสารก็จะมีความหมาย เป็นอย่างมาก

(2) การสัมผัสเป็นวิธีการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้หิ้งคำพูดและ ไม่ใช่คำพูดเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเยียวยา (Healing process) เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผล ต่อจิตใจ และสัมพันธ์การระหว่างบุคคล ซึ่งจะกีดกันความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นการติดต่อ สื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดจึง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับและ เข้าใจในความมุ่งหมายของการติดต่อสื่อสารนั้น ๆ ได้ดีกว่าสัมผัสจึงมีบทบาทสำคัญ

(3) การสัมผัสเป็นพื้นฐานในการก่อให้เกิดการติดต่อสื่อสาร เด็กแรกเกิดจะมีการติดต่อ สื่อสารครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อมโดยการสัมผัสกับร่างกายของมารดาและสัมผัสกับมือของแพทย์และพยาบาล การรับรู้ของเด็กต่อโลก และการพัฒนาความเชื่อมั่น ความไว้วางใจจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการ สัมผัสในตอนต้น

(4) การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางอารมณ์ การสัมผัสสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึก ภายนอก อารมณ์และปฏิกิริยาของบุคคลได้มากกว่าทั้งสามารถส่งต่อความรู้สึกเหล่านี้ไปยังบุคคลอื่นได้ ทำให้มนุษย์ได้บรรลุถึงความต้องการในความเป็นมนุษย์คือ ได้รักและถูกรัก เพราะความรักจะไม่สามารถ เกิดขึ้นได้ในมนุษย์ถ้าปราศจากการสัมผัส และการเร้า ความรู้สึก

(5) การสัมผัสเป็นวิธีการสื่อสารทางความคิด ประสบการณ์การสัมผัสตั้งแต่เริ่มแรกของ ทารกจะช่วยพัฒนาร่างกาย และสติปัญญา ทำให้เด็กมีความสามารถที่จะเรียนรู้ในด้านการพูดและความรู้ ความเข้าใจ ดังนั้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารที่กว้างออกไปเท่าไรก็จะมีมีความสำคัญมากต่อความเป็น อิสระของความคิด

จากแนวความคิดของการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่กล่าวมานี้ กูดคีนซ์ (Goody- koontz 1979 : 4-17) ได้นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้การสัมผัสร่วมไปด้วย ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะให้การสัมผัสผู้ป่วยใน 2 ลักษณะ คือ

(1) การสัมผัสขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลได้ให้กับผู้ป่วยเมื่อ มีการปฏิบัติการรักษาพยาบาล เช่น การเช็ดตัว ทำแผล จับชีพจร ฉีดยา และการช่วยเหลือพยุงตัว เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นจะต้องมีการสัมผัสร่วมอยู่ด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติได้

(2) การสัมผัสที่มีขั้นตอนปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นการสัมผัสที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการสนับสนุนกำลังใจ (support) จิตใจ ซึ่งอาจเป็นการสัมผัสในขณะที่พูดคุยไต่ถามทุกข์สุขหรือ แม้แต่การสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยมิได้พูดคุย เช่น การโอบไหล่ หรือจับมือ ซึ่งจะช่วยด้านจิตใจ ของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะการสัมผัสของพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขามีใครอยู่เคียงข้าง ยິงมี พยาบาลเป็นเพื่อนอยู่พร้อมที่จะรับฟังและพยายามทุกวิถีทาง เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

การที่จะนำการสัมผัสไปใช้ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลควรจะต้องยึด หลักบางประการในการที่จะให้การสัมผัสด้วยดังนี้คือ

(1) การสัมผัสควรใช้ในขอบเขตที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยรู้สึกสบาย พยาบาลจะสามารถ ถ่ายทอดความสุขสบายหรือไม่สุขสบาย ไปยังผู้ป่วยได้จากการสัมผัส (Anderson, et al. 1973 : 268) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ความรู้สึกจากการสัมผัสได้ดีกว่าคำพูด แม้ว่าผู้สัมผัสจะมีได้ พุทอะไรเลยก็ตาม (Day 1973 : 268)

(2) พยาบาลจะต้องมีความเชื่อและแน่ใจในประโยชน์ของการสัมผัส

(3) สัมผัสอย่างเป็นธรรมชาติ เบิกเผย และเหมาะสม คือสามารถให้การสัมผัสได้ ด้วยจิตสำนึกและการกระทำโดยทันทีทันใดด้วยความเต็มใจไม่เสแสร้ง เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย และสถานการณ์ทั่วไปในขณะนั้น

(4) การสัมผัสควรจะสอดคล้องกับคำพูดและรูปแบบอื่นของการติดต่อสื่อสาร เช่น การ หุคปลอบใจ และการแสดงสีหน้าท่าทาง เป็นต้น ซึ่งเมื่อใช้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกันแล้วจะทำให้ เกิดการส่งต่อทางอารมณ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความวางใจ และเชื่อมั่นในพยาบาล มากยิ่งขึ้น (Day 1973 : 263)

(5) การสัมผัสต้องสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น ซึ่งจะกระทำได้ พยาบาล ต้องเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเองจะต้องมีความมั่นใจ ยอมรับตนเอง และเข้าใจตนเอง อย่างต้องแท้เสียก่อน

(6) ใช้การสัมผัสของพยาบาล ควรจะต้องคำนึงถึง วัฒนธรรมของสังคม เพศ และการ สัมผัสที่แสดงออกนอกขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดการแปลความหมายผิดไปได้ (Lore 1981 : 49 ; Narrow, et al. 1982 : 212)

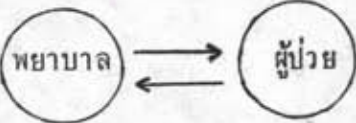
5. ระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะให้การพยาบาล

ระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หมายถึง ช่วงห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในขณะ
ที่พยาบาลให้การพยาบาล ซึ่งไม่มีระยะที่ตายตัวว่าควรจะใช้ระยะห่างเท่าใดโดยเฉพาะ แต่ระยะห่างนี้
จะมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพราะถ้าพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะแสดงถึง
ความเอาใจใส่ การยอมรับ และความไว้วางใจ แต่ถ้าอยู่ไกลเกินไปก็จะแสดงถึงความไม่ชอบ รังเกียจ
ไม่ยอมรับหรือไม่พอใจ อย่างไรก็ตามระยะห่างระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยควรมีระยะที่ใกล้ชิดพอที่จะ
ให้การพยาบาลหรือพูดคุยกับผู้ป่วยได้โดยสะดวกสบายทั้งสองฝ่าย (Lore 1981 : 49 - 50)

ในการติดต่อสื่อสารโดยทั่วไประยะทางที่บุคคลใช้ในการติดต่อกันมี 4 ระยะ คือ
(Haber, et al. 1982 : 106)

1. ระยะใกล้ชิด (Intimate distance) มีระยะทางระหว่าง 0-18 นิ้ว
2. ระยะส่วนตัว (Personal distance) มีระยะทางระหว่าง 18 นิ้ว - 4 ฟุต
3. ระยะในสังคม (Social distance) มีระยะทางระหว่าง 4 - 12 ฟุต

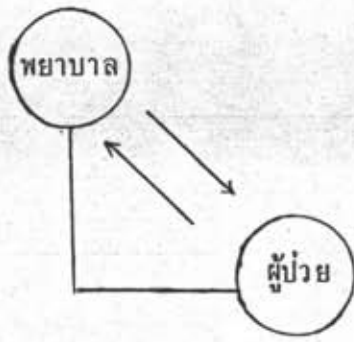
การจัดทำนั่ง (Seating Arrangement) เป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับการพยาบาลจิตเวช
พยาบาลในฐานะที่ปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจ การจัดทำนั่งที่สบายผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วย
สามารถระบายความทุกข์ในใจออกมาได้ โดยไม่ต้องกังวลกับทำนั่งต่อหน้าพยาบาล การจัดทำนั่งนี้ใช้
อยู่ในปัจจุบันมีดังนี้ (สุนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว 2520 : 88 - 89)



ทำที่ 1 พยาบาลและผู้ป่วยนั่งประจัญหน้าตรงๆ ทำนี้อาจจะดีในด้านที่พยาบาล
อาจทำการสังเกตอาการกับิริยาท่าทาง การแสดงออกของสีหน้าการวางมือและเท้า
ของผู้ป่วยได้ชัดเจน แต่เป็นทำนั่งที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายอึดอัด เพราะต้องนั่งประจัญ
หน้ากัน เป็นทำที่ไม่ผ่อนคลาย เพราะจะต้องระมัดระวังกิริยาท่าทางมากเกินไปถ้า
เป็นผู้ป่วยประเภทแยกตัว จะรู้สึกอึดอัดมากยิ่งขึ้น

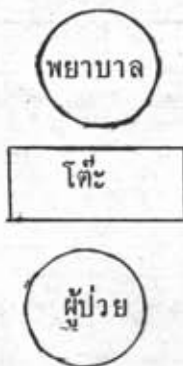
ทำที่ 2 ทำนั่งเคียงกัน ทั้งผู้ปรึกษาและผู้มาขอรับคำปรึกษานั่ง
เคียงข้างกัน เป็นทำที่พยาบาลให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วยดี

ไม่ทำให้อึดอัดหรือกังวลมากนัก แต่ถ้าหากว่าพยาบาลและผู้ป่วยเป็นเพศตรงข้ามกัน ทำนี้จะทำให้ทั้งสอง
ฝ่ายกังวลและไม่ผ่อนคลาย ถ้านั่งชิดกันมากก็จะอึดอัดมากแต่หากว่านั่งห่างๆ ระยะห่างเกิดไปก็ทำให้ไม่ได้
ยินข้อความที่สนทนากัน นอกจากนั้นการนั่งในทำนั่งทั้งสองฝ่ายจะต้องเฝ้าคอยตลอดเวลา เพื่อหันไปมองดู
คู่สนทนาของตน ไม่สามารถสังเกตอาการกับิริยา การแสดงออกของสีหน้า แววตาของผู้ป่วยได้ชัดเจนเท่าที่ควร



ท่าที่ 3 ทั้งสองฝ่ายนั่งเยื้องกันเล็กน้อยในลักษณะเป็นฉากซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายหันหน้าเข้าหากันแต่ไม่ประจัญหน้ากันโดยตรงระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (ตรงมุมฉาก) อาจจะมีโต๊ะเล็ก ๆ วางไว้แต่ไม่ใช่เป็นการวางขวางหน้า ท่านเป็นท่าที่พยาบาลและผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด เพราะไม่ต้องประจัญหน้ากัน

โดยตรงขณะเดียวกันก็สามารถมองเห็นคู่สนทนาของตนได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องเอี้ยวคอ พยาบาลสามารถสังเกตเห็นอาการปฏิกิริยา แววตา การแสดงออกของสีหน้าการเคลื่อนไหวของมือและเท้า การขยับตัวได้คือเท่า ๆ กับท่าแรก โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองโดนจ้องมอง เป็นท่าที่เหมาะสมที่สุด



ท่าที่ 4 เป็นท่าหนึ่งซึ่งพยาบาลจัดเวททั่ว ๆ ไปใช้กัน คือท่านั่งที่โต๊ะทำงาน ผู้ป่วยนั่งด้านหน้าท่านอาจเป็นท่าที่ทั้งสองฝ่ายรู้สึกสะดวกใจ เพราะมีโต๊ะตั้งเป็นเกราะกบัง และสามารถรักษาระยะห่างระหว่างคู่สนทนาได้เป็นอย่างดี เป็นท่านั่งที่ค่อนข้างจะเป็นทางการไม่เป็นกันเอง ผู้มารับความช่วยเหลืออาจจะรู้สึกอึดอัดไม่สะดวกใจ อาจเกิดความเกรงใจในการมาใช้เวลาของพยาบาล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบนโต๊ะของพยาบาลยังมีงานที่ทำค้างวางอยู่ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกเกรงใจไม่กล้าพูดสิ่งที่ตนกังวลใจ และอาจเป็นสาเหตุให้มีการยุติการสนทนาก่อนเวลา ท่านนี้เป็นอุปสรรคในการสร้างความไว้วางใจ เป็นอย่างยิ่ง แต่หากไม่มีสถานที่ จำเป็นจะต้องใช้ห้องทำงานพยาบาลควรเลื่อนเก้าอี้ออกมาจากหลังโต๊ะทำงานและจัดท่านั่งให้อยู่ในแบบท่าที่ 3 ดังกล่าวมาแล้วก็จะทำให้เป็นท่านั่งที่เหมาะสมได้


ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปฏิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วย ที่มีผู้ศึกษาไว้ได้แก่ งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น ต่อการติดต่อสื่อสารของพยาบาล (Relationship of Perceived Empathy to Nurses Communication) โดย สเตทเลอร์ (Stetler 1977 : 432 - 437) ซึ่งทำการศึกษโดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชากร 2 กลุ่ม คือ พยาบาลจำนวน 32 คน และผู้ป่วยจำนวน 4 คน ใช้การวิจัยแบบกึ่งการทดลองโดยให้พยาบาลมีปฏิริยาสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งได้รับการเตรียมให้แสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งจะรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปฏิริยาสัมพันธ์ กับพยาบาล จำนวน 8 คนในเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยแจ้งให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทราบจุดประสงค์ที่แท้จริงของการวิจัย เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบประเมินความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้อื่นของพยาบาล ซึ่งจะประเมินโดยผู้ป่วยในทันทีที่มีการมีปฏิริยาสัมพันธ์กับพยาบาลสิ้นสุดลง การวิจัยสรุปผลว่า ไม่มีความสัมพันธ์ กันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรับรู้ถึงความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย กับการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดของพยาบาล นั่นคือการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดของพยาบาล จะไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และ พฤติกรรมของผู้ป่วย พยาบาลมุ่งใช้การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด ชนิดที่ไม่อาจแสดงออกให้ผู้ป่วยรับทราบว่าพยาบาลนั้นมีความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และ พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไร

จากรายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบของการพยาบาลจิตเวช : ความแตกต่างกันในบทบาทของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Patterns of Psychiatric Nursing : Role Difference in Nurse - Patient Interaction) โดย ฮาร์กรีฟ และ รันยอน (Hargreaves and Runyon 1969 : 300 - 307) ซึ่งทำการศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวชขนาด 26 เตียง มีบุคลากรพยาบาล 18 คน หมุนเวียนกันขึ้นปฏิบัติงาน เวรเช้าและเวรบ่าย เป็นพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เป็นพยาบาลผู้ชำนาญการจิตเวช 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย เครื่องรับฟังการสนทนา ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และ รหัสของคำสนทนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีบุคลากรในหอผู้ป่วยเป็นผู้สังเกตและบันทึกคำสนทนา และ รายการเช็คลักษณะโดยมีผู้ป่วยในตึกจำนวน 11 คนที่รู้จัก พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 คน เป็นอย่างดี เป็นผู้ให้คะแนน พยาบาลแต่ละคนจะถูกสังเกตครั้งละ 30 นาที ภายหลังจากปฏิบัติงานที่ได้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเรียบร้อยแล้ว ระยะ

เวลาในการสังเกต 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ในการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้แสวงหาข้อมูลจากผู้ป่วยมากกว่าที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้ตอบคำถามของพยาบาลมากกว่าที่จะเป็นผู้ตั้งคำถาม และพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือ อธิบาย แก่ผู้ป่วย เกือบตลอดการมีปฏิริยาสัมพันธ์

จากเอกสารและงานวิจัยที่เสนอมานี้ โดยลำดับนี้ จะเห็นได้ว่านักวิชาการหลายท่านได้ให้ความสำคัญต่อการมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย การได้ศึกษาและวิเคราะห์ถึงพฤติกรรม ทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ทำให้ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะวิเคราะห์ปฏิริยาสัมพันธ์กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำผลจากการวิเคราะห์มาพิจารณา แก้ไข และปรับปรุงบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวชให้ดียิ่งขึ้น



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย