

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้กระบวนการ
สัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา และผลที่จะเกิดขึ้นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย
จิตเวช ผู้วิจัยจึงรวบรวมวรรณคดีที่เกี่ยวข้องมาเสนอไว้ในบทนี้ โดยแบ่งสาระ
เนื้อหา ออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่หนึ่ง ว่าด้วยพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะครอบคลุมถึง
การเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษาพฤติกรรมของผู้ป่วย
และการวัด

ตอนที่สอง ว่าด้วยกระบวนการสัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา
ซึ่งจะครอบคลุมถึง ความหมายของสัมพันธ์ภาพ ความหมายและชนิดของสัมพันธ์ภาพ
ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความหมายของสัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา
จุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา ทฤษฎีพื้นฐานของ
สัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา ขั้นตอนและเทคนิคในการสร้างสัมพันธ์ภาพ
แบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา การเลือกผู้ป่วย และผลที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและ
พยาบาล

ตอนที่สาม ว่าด้วยการวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้
กระบวนการสัมพันธ์ภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา

การเจ็บป่วยทางจิต

อาการทางจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับอาการทางกาย คือ เป็นเครื่อง
แสดงถึงการล้มเหลวในการปรับตัว อาการทางจิตส่วนมากไม่แสดงออกตรง ๆ
แต่มีกแสดงออกอย่างมีความหมายทางสัญลักษณ์ของความผิดปกติ ที่มีอยู่ภายในใจ
ซึ่งส่วนมากเป็นเรื่องภายในที่จิตไร้สำนึก อาการทุกอย่างมีความหมายสำหรับ

ผู้ป่วยทั้งสิ้น และแสดงให้เห็นถึงวิธีต่อสู้ด้วย ซึ่งวิธีการเหล่านี้ ส่วนมากเป็นสิ่งที่คนปกติใช้กันอยู่ แต่การที่วิธีการเหล่านี้กลายเป็นความผิดปกติไปนั้น เป็นเพราะเป็นการใช้มากเกินไป และเป็นการใช้ซ้ำ ๆ เช่น การเพ้อฝัน ถ้าใช้มากเกินไปก็จะเกิดเป็นความหลงผิดขึ้นได้ อาการที่เกิดขึ้นแม้จะไม่เหมาะสม หรือไม่เป็นที่พอใจตามความเป็นจริง แต่ในความรู้สึกของผู้ป่วยแล้ว อาการเหล่านั้นเป็นเรื่องจริงจัง และไม่สนใจว่าผู้อื่นจะรู้สึกอย่างไร (สุภัทร พูลเกษ 2520 : 87-88) อาการทางจิตแบ่งออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (รวิวรรณ เถลิงโชค และ สมภพ เรื่องตระกูล 2520 : 1-6)

1. ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Disorders of Motor Activity) เช่น หนึ่งตากระตุก ไหล่กระตุก (Tics) การกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมายใด ๆ เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา (Stereotypy) การทำสิ่งตรงข้ามกับคำสั่ง (Negativism) หรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic Stupor) การย้ำทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุผล (Compulsion)

2. ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (Disorders of Content of Thought) เช่น ความคิดหลงผิด (Delusion) ว่าตนเองเป็นพระเจ้า หลงผิดคิดว่ามีคนคอยปองร้าย (Delusion of Persecution) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญผิดธรรมดา (Delusion of Grandeur) หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดเห็นของตนได้ (Thought Broadcasting)

3. ความผิดปกติของความคิดแบบอื่น (Other Disorders of Thought) เช่น การพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน ซาคเป็นห่วง ๆ (Incoherence) คำพูดหยุดซังกเพราะความคิดซาคหายไปเฉย ๆ หรือมีความคิดอย่างอื่นมาแทรกทำให้ผู้ป่วยนึกไม่ออก ว่าพูดอะไรอยู่ก่อน (Blocking) การพูดอ้อมค้อม ไม่ตรงจุด (Circumstantiality)

4. ความผิดปกติของอารมณ์ (Disorders of Affect) เช่น ความวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกหวาดกลัว และวิตกกังวลอย่างรุนแรง (Panic) ความกลัวต่อสถานการณ์ หรือวัตถุที่รุนแรงกว่าเหตุ (Phobia)

อารมณ์สูงกษานครีกครันนิคธรรมคา (Elation) อารมณ์ไม่สอดคล้องกับ
ความคิด และเหตุการณั้ในขณะนั้น (Inappropriate Affect)

5. ความผิดปกติของการรับรู้ (Disorders of Perception) เช่น
แปลสิ่งที่พบเห็น หรือโค้ยินนิคไปจากความจริง (Illusion) มีอาการประสาท
หลอน (Hallucination) ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5

6. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Disturbance of Conscious-
ness) เช่น มีลักษณะงุนงง สับสน (Confusion) มีสติปัญญาเลื่อนลาง
ไม่ชัดเจน (Clouding of Consciousness) อาการเพ้อ (Delirium)

7. ความผิดปกติของความจำ (Disorders of Memory) เช่น
สูญเสียความจำภายหลังการเกิดเหตุการณั้ (Anterograde Amnesia) การ
สูญเสียความจำก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณั้ (Retrograde) การสูญเสียความจำ
โดยเฉพาะความจำที่เพิ่งจะเกิดขึ้น แล้วผู้ป่วยค่อเติมแต่งเรื่องราวขึ้นเอง (Con-
fabulation)

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช ไม่อาจกล่าวได้ว่า เกิดจากสาเหตุ
ใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว การที่จะเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต
จะต้องพิจารณาหลาย ๆ แง่ ซึ่งพอจะแบ่งโค้ยังค่อไปนี้ (พิรา ศุทธิรักษ์
2520 : 71)

ก. สาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการ (Predisposing Cause)

1. เหตุทั่วไป (General)

1.1 อายุ

โรคจิตพบมอ้ยในวัยเด็ก ส่วนวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในเกณฑ์อายุ
14-20 ปี จะพบโรคจิต และโรคประสาทมากขึ้น เพราะในวัยนี้จะมีการ
เปลี่ยนแปลงทางชีววิทยามากมาย ระยะวิกฤตของชีวิตอีกระยะหนึ่ง คือ เมื่อเข้า
วัยค่อระหว่างผู้ใหญ่กับวัยชรา ถ้าเป็นหญิงก็เรียกว่าระยะหมดประจำเดือน (Menopause)

ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่อายุ 45-50 ปี ในผู้ชายอายุ 55-60 ปี เรียกระยะ Climacteric

1.2 เพศ

เพศหญิง และเพศชาย เป็นโรคจิตได้ไม่เหมือนกัน โรคจิตบางชนิด เป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่น โรคจิตจากพิษสุรา ส่วนโรคจิตบางชนิดเป็นเฉพาะในเพศหญิงเท่านั้น เช่น โรคจิตภายหลังคลอดบุตร โรคจิตบางชนิด เป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น โรคจิตอารมณ์เศร้าในวัยทอง

1.3 อาชีพ

อาชีพบางชนิดมีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตบางประเภทได้มากกว่าอาชีพอื่น เช่น พวกที่ขายสุราร้อยตามบาร์ พวกทำงานในโรงเหล้า อาจมีโอกาสเป็นโรคจิตจากพิษสุราได้ง่ายกว่าอาชีพอื่น พวกแพทย์ พยาบาล พวกที่ทำงานใช้ความคิด มีโอกาสศึกษานอนหลับ ยากกระตุ้นประสาท และบางรายทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนพวกที่ทำงานตามโรงงาน ก็มีโอกาสเป็นโรคจิตจากสารที่ได้รับจากงานอาชีพของตน เช่น ตะกั่ว ปรอท

1.4 เชื้อชาติ

คนบางเชื้อชาติ มีความเอนเอียงที่จะเป็นโรคจิตได้แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากวัฒนธรรม ความยึดมั่นเชื่อถือในศาสนา

2. เหตุเฉพาะบุคคล (Individual)

2.1 กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์กับโรคจิตนั้น ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันมาก มีทั้งฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายค้าน จนบัดนี้ ความรู้ที่ว่ากรรมพันธุ์เป็นเหตุให้เกิดโรคจิตก็ยังไม่อาจขึงได้แน่ชัด ยกเว้นพวกปัญญาอ่อน (Mental Retardation) ซึ่งเชื่อว่าเป็นเรื่องของความผิดปกติของเมตาบอลิซึมก่อนเกิด และถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์โดยตรง

2.2 รูปร่าง

เครทส์เมอร์ (Kretschmer) ได้ศึกษารูปร่างของคน

พบว่า มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ ดังนี้

2.2.1 พวกรูปร่าง ผอม สูง แขนขายาว นิ้วยาวเรียวยาว บุคลิกมักเป็นแบบไม่ชอบสังคม (Introvert Personality) อารมณ์เย็นชา ขาดคิด ขาดฝัน ถ้าเป็นโรคจิตมักเป็นโรคจิตเภท

2.2.2 พวกลำตัวกว้าง คอสั้น แขนขาสั้น แต่ก็ได้ส่วนกับลำตัว พวกนี้ชอบสังคม ใจกว้างขวาง เห็นอกเห็นใจคนอื่นที่ รับผิดชอบ และช่วยเหลือผู้อื่น ถ้าเป็นโรคจิตมักเป็นโรคจิตทางอารมณ์

2.2.3 พวกลำตัว แขนขาได้สัดส่วน ไหล่กว้าง กระดูกใหญ่ กล้ามเนื้อเจริญเติบโตดี รูปร่างชนิดนี้พบบ่อยในพวกอันธพาลวัยรุ่น

2.2.4 พวกที่มีรูปร่างไม่ได้อะไร หรือผิดปกติ เนื่องจากมีความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ พวกนี้มีความต้านทานโรคต่ำ เป็นพวกมีอาการหวัดง่าย และมีปมค้อย

2.3 สติปัญญา

คนที่มีสติปัญญาปานกลางหรือโง่ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดปมค้อย หนีสังคม หรือตรงข้าม อาจทำอะไรเกินเลยจนเป็นเหตุให้ประพฤติดีกแปลกไป

2.4 อุปนิสัย

สิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีอิทธิพลมากในการสร้างอุปนิสัย เช่น เรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ฯลฯ เช่น บางคนเลือกอาหาร นอนหลับยาก ขาดคิด และสะเพร่าใจง่าย สิ่งเหล่านี้ย่อมล่อแหลมต่อการเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ง่าย

2.5 อารมณ์

บางคนอารมณ์เยือกเย็น หนักแน่น มีอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี แต่บางคนอารมณ์อ่อนไหวง่าย เวลาเศร้าเสียใจนาน บางรายอาจฆ่าตัวตายด้วย

2.6 ความต้องการทางเพศ

ความต้องการทางเพศ กับความพอใจ ย่อมเป็นเรื่อง

ของแต่ละคน ถ้าการแสดงออกกับการสนองตอบทางเพศ ไม่ได้สัดส่วนพอเหมาะพอที่กับความต้องการ และถูกต้องตามสังคม จารีต ประเพณี ย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้มาก อันจะทำให้ประพฤติดีกแปลกไป

ข. สาเหตุปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการขึ้นขณะนั้น (Exciting Causes หรือ Precipitating Causes)

1. เหตุจากร่างกาย (Physical Causes)

1.1 พืชต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจวงภายนอกร่างกาย หรือภายในร่างกาย พืชเหล่านี้ ทำให้สมองและระบบประสาททำงานผิดปกติไป เกิดอาการของโรคทางจิตเวชได้ พืชจวงภายนอกร่างกาย ได้แก่ ยาบางชนิด อาหาร สุรา สารเคมีบางชนิด พืชจวงภายใน ได้แก่ เรื่องของอารมณ์และจิตใจ ที่ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เปลี่ยนแปลง ทำให้มีอาการท้องผูก

1.2 โรคติดเชื้อ ได้แก่ พืชของเชื้อไซมาเลเรีย ไซรากสาค ไซท์วัดใหญ่ โรคสมอง หรือเยื่อสมองอักเสบ

1.3 จากภยันตรายที่ทำให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ถูกตีศีรษะ หรือถูกรถยนต์ชนศีรษะฟาดพื้น

1.4 การแปรปรวนของต่อมไร้ท่อ ผลที่เกิดจากต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ ย่อมทำให้ร่างกายผิดปกติด้วย เกิดปมค้อย คิดวิตกกังวล จนอาจเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

1.5 การขาดสิ่งที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ขาดอาหาร น้ำ ออกซิเจน การนอนหลับ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคทางจิตเวชได้

2. สาเหตุจากจิตใจ (Psychogenic Causes)

2.1 ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น ความตกใจสุดขีด ความโกรธอย่างรุนแรง ความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก รวมทั้งทรัพย์สินเงินทองโดยกะทันหัน

2.2 ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน เช่น ความวิตกกังวลใน

เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นเรื้อรัง ความวิตกกังวลในความพิการของร่างกาย ภายหลังจากอุบัติเหตุ เช่น ต้อลงเสียดวงตา แขน ขา ฯลฯ

3. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Factor)

3.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องเงินไม่สมดุลย์กับค่าครองชีพ เป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์ ความขมขื่นใจแก่บุคคลทั่วไป บางคนต้องทำงานหามรุ่งหามค่ำ ทั้ง ๆ ที่ร่างกายต้องการพักผ่อน รู้สึกอ่อนเพลีย บางคนจำต้องใช้จ่ายกระชั้นประทาย เช่น พกแอมเฟตามีน จนเกิดเป็นโรคจิตจากพิษของยา บางรายขาดอาหาร และวิตามิน ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เกิดการเจ็บป่วย ซากรายไ้ เกิดความทุกข์กังวลใจ เมื่อเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเป็นประจำ จิตใจย่อมทนไม่ไหว

3.2 วัฒนธรรมและสังคม การที่การสื่อสาร คมนาคมเจริญมาก ทำให้การติดต่อระหว่างประเทศทั่วโลกเป็นไปอย่างรวดเร็ว การแทรกซึมปะปน ระหว่างวัฒนธรรมแดนใหม่กับแบบเก่า อาจทำให้เกิดปัญหายุ่งยากใจในบางคนได้ นอกจากนั้น สังคมทุกวันนี้ยังเป็นสังคมที่เห็นแก่ตัว ซากน้ำใจ ซึ่งสังคมดังกล่าวนี้ เป็นสภาพสังคมของเมืองใหญ่ ๆ ทั่ว ๆ ไป และเราพบเป็นความจริงว่า โรคประสาทมักจะพบในเมืองใหญ่ ๆ ที่ผู้คนอยู่กันหนาแน่นมากกว่าเมืองเล็ก ๆ ที่มีความสงบ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นที่ยอมรับว่า แม้เป็นบุคคลแรกที่วางรากฐาน ให้เกิดความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่นต่อไปในอนาคต แม้มีความสัมพันธ์กับลูกหลาย ๆ แบบ เช่น แม่ที่เต็มไปด้วยความรู้สึกผิด (Guilt) มักจะปกป้องลูกจนเกินไป ทำให้เด็กเจริญทางจิตใจช้า คิดแหมอยู่ตลอดเวลา กลายเป็นคนต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้บุคลิกภาพไม่ดี ตรงข้ามกับแม่บางคน ที่ไม่ต้องการมีลูก เมื่อเกิดมีลูกขึ้น ก็ทอดทิ้งไม่ให้ความรัก ความอบอุ่นใจเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้แม่อาจแสดงออกโดยไม่รู้ตัว เมื่อเป็นเช่นนี้ อาจทำให้เด็กเป็นคนก้าวร้าว มองโลกในแง่ร้าย และไม่เป็นมิตรกับใคร ซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ฉะนั้น เด็กจะต้องกอดไว้อย่างมาก จนทำให้เกิดความซัดเซงทางใจ และความวิตกกังวลต่าง ๆ

การรักษา

วิธีรักษาผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางพฤติกรรม มีอยู่หลายวิธี พอจะแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้ (จำลอง กิษยวิเศษ 2520 : 268)

ก. การรักษาที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย (Somatotherapy) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีทางสรีรวิทยา เช่น ยา การช็อคไฟฟ้า หรือศัลยกรรม

ข. จิตบำบัด (Psychotherapy) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยอาศัยวิธีที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้รักษา

เทคนิคในการทำจิตบำบัดมีอยู่มากมาย จุดมุ่งหมายของเทคนิคต่าง ๆ คือ การช่วยผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ให้รู้จักเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อจะไ้ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม จนเป็นที่น่าพอใจ

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลทางจิตเวช มีหลายรูปแบบ แต่อาจจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

ก. การพยาบาลตามปกติ

ข. การพยาบาลโดยใช้จิตบำบัดเป็นรายบุคคล

การพยาบาลตามปกติ

ประกอบด้วย

1. การจัดการทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การให้กินยา การฉีดยา การให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในห้องแยก หรือห้องกักขัง การใช้เครื่องมือผูกมัดกับผู้ป่วย

2. การให้จิตบำบัดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง

ด้านความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยการอาศัยสมาชิกกลุ่ม และกระบวนการกลุ่ม ที่มีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มหรือร่วมนำกลุ่ม

3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต คือ การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ทั้งทางด้านวัตถุ และบุคคล เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ มีบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม

4. การจัด หรือการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาชีพบำบัด กลุ่มนันทนาการบำบัด กลุ่มวาดภาพ กลุ่มกีฬา เป็นต้น

5. การนำทักษะทางการพยาบาล เช่น การติดต่อสื่อสาร การสนทนา มาใช้กับผู้ป่วยเป็นรายกรณี เมื่อพยาบาลเห็นว่าเหมาะสม หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ

การพยาบาลโดยใช้จิตบำบัดเป็นรายบุคคล

คือ การพยาบาลโดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา ร่วมไปกับการพยาบาลตามปกติ โดยมีจุดมุ่งหมาย ที่จะแก้ไขประสพการณ์ของผู้ป่วย ในด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ ด้านสัมพันธภาพ ที่ถูกต้องกับพยาบาลเสียก่อน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ และเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ถูกต้อง กับบุคคลอื่นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางใจ มีความคิด ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และบุคคลอื่น และสามารถตอบสนองความพึงพอใจของตนเองได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและการวัด

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

1. พฤติกรรมเปิดเผย (Overt Behavior) คือ พฤติกรรม หรือ

การกระทำที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การพูด การหัวเราะ การร้องไห้ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว ฯลฯ

2. พฤติกรรมปกปิด (Covert Behavior) คือ พฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ นอกจากใช้เครื่องมือช่วยวัด เช่น การคิด การหายใจ อารมณ์ การรับรู้ ฯลฯ

ความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว นับเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมเบี่ยงเบนในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ทราบถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชได้ดียิ่งขึ้น จะพบได้ 3 ลักษณะ คือ (สุพัทธ์ พูลเกษ 2520 : 90-96)

ก. พฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การเอะอะ ส่งเสียงดัง ซกคอย รุกราน ทำลาย อยู่ไม่สุข วุ่นวาย พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นนี้ มักร่วมไปกับอารมณ์ฟุ้งซ่าน หรือโกรธ หรือสนุกสนาน

ข. พฤติกรรมลดลง เช่น การพูดซ้ำ คิดซ้ำ ไม่พูด ถ้าเป็นมากอาจไม่เคลื่อนไหวเลย

ค. พฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การกระทำซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง และเป็นไปเรื่อย ๆ โดยไม่จบลงได้ การพูดซ้ำ ๆ การพูดตามคำพูดของคนอื่น

สำหรับพฤติกรรมปกปิดของผู้ป่วยจิตเวช พบได้หลายลักษณะ เช่น ความคิดหลงผิด ระแวง วิตกกังวล ซึมเศร้า หวาดกลัว ประสาทหลอน ฯลฯ

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

1. พฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปจะประเมินโดยการสังเกตจากสถานการณ์จริง หรือสถานการณ์ที่เลียนแบบจากสถานการณ์จริง โดยการสังเกตตนเอง หรือโดยการประเมินจากบุคคลอื่น

2. ความรู้ความเข้าใจที่แสดงออกทางคำพูด โดยทั่วไป จะประเมิน

โดยการสัมภาษณ์ การทอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตนเอง การประเมินตนเอง หรือ
โดยการทดสอบสติปัญญา และความสามารถ

3. การแสดงออกทางร่างกาย และอารมณ์ โดยทั่วไปจะประเมินโดย
การบันทึก หรือโดยการสังเกตโดยตรง

ความหมายของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพ (Relationship) หมายถึง การที่บุคคลสองคนหรือ
มากกว่าสองคน ทำความรู้จักกัน และติดต่อกัน โดยมิพักประสงค์
ร่วมกันอย่างใดอย่างหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปี หลาย ๆ ปี
หรือตลอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด และลักษณะของสัมพันธภาพ เช่น สัมพันธภาพ
ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะมีเวลานานเท่ากับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล
สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก จะมีอยู่ตลอดชีวิต ฯลฯ (สุวินัย
คันติพัฒน์ 2522 : 57) สัมพันธภาพแบ่งอย่างกว้าง ๆ ได้ 2 ประเภท
คือ

1. สัมพันธภาพเพื่อการสังคม
2. สัมพันธภาพแบบวิชาชีพ

สัมพันธภาพเพื่อการสังคม (Social Relationship)

เป็นความสัมพันธ์ในสังคมที่เราใช้ชีวิตร่วมกัน โดยทั่วไปมีทั้งการให้
และการรับ หรือเป็นการติดต่อกันระหว่างบุคคล 2 คน โดยมี
สาเหตุเพื่อความเพลิดเพลิน หรือความเป็นเพื่อนเท่านั้น สัมพันธภาพจะสิ้นสุด
หรือดำเนินต่อไป ขึ้นอยู่กับความต้องการของทั้งสองฝ่าย (จินตนา ฐนิพันธุ์
2525 : 48) และขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคลด้วย เช่น
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

สัมพันธภาพแบบวิชาชีพ (Professional Relationship)

เป็นสัมพันธภาพที่มีจุดประสงค์และเวลาที่แน่นอน มุ่งเฉพาะการให้

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

ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

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

ชนิดของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น 3 แบบ ตามลักษณะของสัมพันธภาพ คือ (Gregg 1963 : 18-24)

1. สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา
คือ การที่พยาบาลหนึ่งคน ติดต่อกับผู้ป่วยหนึ่งคน ชั่วระยะเวลาหนึ่งตามความจำเป็นที่พบในตัวผู้ป่วย โดยพบกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรม เหมาะสมขึ้น
2. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นกลุ่ม
คือ การที่พยาบาลมีบทบาทในการบำบัดผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด หรือเป็นผู้ร่วมบำบัด ก็ได้

3. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ไม่มีรูปแบบแน่นอน

คือ การที่พยาบาลมีการติดต่อ หรือพบปะ สันทนาการกับผู้ป่วย โดยไม่มีการวางแผนมาก่อน ทั้งในตึกผู้ป่วย ในโรงพยาบาล หรือนอกโรงพยาบาล โดยพยาบาลยังคงมีบทบาทในการเป็นผู้บำบัดอยู่

ความหมายของสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการ รักษา

สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว (One-to-One Relationship) เป็นขั้นตอนของการวางแผน การมีปฏิริยาสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาความสามารถในตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้น สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการพยาบาล สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว คล้ายกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แต่ต่างกันที่ว่า บุคคลหนึ่งในสองคือ พยาบาล ซึ่งมีความรู้ และทักษะที่ผู้ป่วยต้องการ (Doona 1979 : 163) สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว มีความแตกต่างจากปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่มีอยู่เป็นประจำ และปฏิริยาสัมพันธ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่พยาบาลจิตเวชและผู้ป่วยมีต่อกัน สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว อาจดูได้จาก ปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในช่วงใดช่วงหนึ่งติดต่อกัน โดยมีข้อกำหนดดังนี้ (Wilson and Kneisl 1979 : 5)

1. ปฏิริยาสัมพันธ์นั้น เกิดขึ้นตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน
2. ปฏิริยาสัมพันธ์นั้น มีลักษณะเป็นโครงสร้าง คือ มีขั้นตอนต่าง ๆ มีกระบวนการที่เฉพาะเจาะจง และมีปัญหาที่ต้องมีการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยขึ้นมา
3. ปฏิริยาสัมพันธ์นั้น มีขั้น ๗ ที่ใดที่หนึ่งแห่งเดียวกันตลอดไป เช่น ที่บ้าน ที่ตึกผู้ป่วยจิตเวช ที่ตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ที่คลินิกส่วนตัว เป็นต้น

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในรูปของการรักษา เป็นประสบการณ์

ในการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และเป็นประสบการณ์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข
 อารมณ์ของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ในสัมพันธภาพนี้ พยาบาลจะใช้ตนเองและใช้
 เทคนิคเฉพาะทางในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้พฤติกรรมของผู้ป่วย
 เปลี่ยนแปลงไป จุดมุ่งหมายโดยทั่วไปของสัมพันธภาพ ในรูปของการรักษานั้น
 มุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเติบโตขึ้น พร้อมทั้งมีคุณสมบัติต่อไปนี้คือ (Stuart and
 Sundeen 1979 : 41)

1. รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง และมีความนับถือตนเองมากขึ้น
2. เข้าใจตนเองและปรับตัวได้
3. สามารถที่จะสร้างความสนิทสนม กับคน เป็นตัวของตัวเอง และมี
 มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ
4. ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีความสามารถที่จะตอบสนอง
 ความพอใจได้มากขึ้น ตลอดจนมีความสามารถที่จะทำให้จุดมุ่งหมายที่เป็นจริง
 บรรลุความสำเร็จได้

จุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดผลดีในด้านการรักษา
 นั้น พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบเป็นกลุ่ม
 สำหรับจุดมุ่งหมายในการใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษานี้
 มีดังนี้ (Doona 1979 : 155-159)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข หรือจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันได้
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า เขามีส่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหามาของเขาเอง
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาอย่างมีเหตุผล
5. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหาทางแก้ไขปัญหาได้
6. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดสอบพฤติกรรมใหม่ ๆ เพื่อนำไปประพฤ

ปฏิบัติต่อไป

7. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับผู้อื่น
8. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการเข้าสังคม
9. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรม หรือการกระทำของตนเองทุกอย่าง

ทฤษฎีพื้นฐานของสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย นับเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่พยาบาลนำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะแก้ไขประสบการณ์ของบุคคลในค่านิยมมนุษยสัมพันธ์ โดยให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับพยาบาลเสียก่อน เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ และเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ถูกต้องกับผู้อื่นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางใจ และตอบสนองความพึงพอใจของตนเองได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ ฮิลด์การ์ท เพพลาว เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีสาระสำคัญในทฤษฎีดังนี้

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพลาว

ฮิลด์การ์ท เพพลาว (Hildegard E. Peplau 1952 : 16)

ได้ให้คำจำกัดความของการพยาบาลในหนังสือเรื่อง *Interpersonal Relations in Nursing* ไว้ดังนี้ "การพยาบาลเป็นกระบวนการสัมพันธภาพที่มีความหมาย ส่งผลในทางการบำบัดรักษา และทำหน้าที่ร่วมกับกระบวนการอื่น ๆ ของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี" สิ่งหนึ่งที่เป็นที่แน่ใจว่าเป็นผลกระทบนแนวความคิดของเพพลาวอย่างแท้จริง คือ การปฏิบัติพยาบาลทางการพยาบาลจิตเวช ซึ่งใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นหลักสำคัญในการทำงาน เริ่มตั้งแต่ผลงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่มาจนกระทั่งในปัจจุบันนี้ สาระสำคัญในทฤษฎีกระบวนการระหว่างบุคคล โดยสรุปมีดังนี้ (จินตนา ยูนินันท์, 2529)

บุคคล

บุคคลแต่ละคน ประกอบด้วย ลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีรวิทยา และค่านิยมทัศนภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น กับบุคคลเกี่ยวข้องที่สำคัญ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้ เป็นพื้นฐานพัฒนาการของบุคลิกภาพ ตั้งแต่วัยทารกจนตลอดช่วงชีวิต พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้มีชีวิตที่มีความสุข และมีประโยชน์ บุคคลทุกคนมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ คับข้องใจ เครียด และกังวล ความรู้สึกเหล่านี้ เกี่ยวข้องกับระดับของความปรารถนาที่แต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ และเมื่อนั้นบุคคลจะต้องจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลทุกพฤติกรรม จึงมีความหมายมุ่งให้ตนเองมีความรู้สึกพอใจ และรู้สึกมั่นคงมากขึ้น ซึ่งอาจเรียกว่า พฤติกรรมการดำรงรักษาดน พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนี้ เป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตน การรับรู้ในแต่ละสถานการณ์นี้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลในการเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยเฉพาะประสบการณ์ค่านิยมทัศนภาพ ระหว่างตนเอง กับบุคคล

สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุด ที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังเช่น ปฏิกริยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และครอบครัว เด็กกับบิดา มารดา หรือผู้ป่วยกับพยาบาล การที่บุคคลนำตัวเองไปเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในชุมชนรอบตัวนี้เอง ทำให้บุคคลนั้น เข้าใจเป้าหมายชีวิตของตนเด่นชัดขึ้น ทั้งยังทำให้เป้าหมายชีวิตของตน ได้รับการตอบสนองอีกด้วย สำหรับปัจจัยด้านวัฒนธรรม ค่านิยมของสังคมนั้น เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย นอกจากนั้น เหมพลาเว ยังกล่าวไว้ว่า โรงพยาบาลนั้นเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม โดยมีสิ่งแวดล้อมค่านิยมทัศนภาพที่สำคัญ คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาล

สุขภาพ

คำว่า สุขภาพ ตามทัศนะของเพพพลาวนั้น เป็นคำสำคัญในทางบวก ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ และกระบวนการต่าง ๆ ที่มีอยู่ของมนุษย์ ในทิศทางที่การดำรงชีวิต ทั้งด้านส่วนตัว และที่เกี่ยวกับชุมชน เป็นไปในทิศทาง ที่สร้างสรรค์ ริเริ่ม มีประสิทธิภาพ ภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ เมื่อความตึงเครียด (Tension) ที่มีอยู่ในบุคคลลดลง และพลังที่มีอยู่ในตัว ได้ถ่ายทอดออกมาในทาง สร้างสรรค์ พลังภายในของมนุษย์ที่ถูกถ่ายทอดออกมานี้ อาจถ่ายทอดเป็นพฤติกรรม ของบุคคล ที่ส่งเสริม หรือทำลายภาวะสุขภาพที่มีอยู่แล้วก็ได้ พลังภายในนี้ เป็น พลังที่แปรรูปมาจากความวิตกกังวล ที่บุคคลนั้นกำลังประสบอยู่นั่นเอง

การพยาบาล

เพพพลาว ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการพยาบาล ในข้อเขียนของ ท่าน ในปี ค.ศ. 1970 และ ปี ค.ศ. 1979 ว่า "การพยาบาลเป็นศาสตร์ทาง สังคม และวิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ และกิจกรรมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีจุดมุ่งสำคัญเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพ" (Reed & Johnston 1983 อ้างถึง ใน จินตนา ฐนิพันธุ์ 2529) โดยมุ่งที่ "การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มี สมรรถภาพด้านสติปัญญา และความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้นจากเดิม ในสภาพ ที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ในขณะนั้น" กิจกรรมการพยาบาล จะครอบคลุมบทบาทของ พยาบาล 6 บทบาท ซึ่งพยาบาลจะต้องสวมบทบาทนั้น มากน้อยต่างกัน ในระหว่าง ที่ติดต่อกับสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในระยะต่าง ๆ ของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่เกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนี้เอง ที่เป็นแกนสำคัญของทฤษฎี สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว

บทบาทของพยาบาลที่เป็นแกนสำคัญของทฤษฎี ทั้ง 6 บทบาท มีดังนี้

1) บทบาทของคนแปลกหน้า (Stranger) ซึ่งเป็นบทบาทเริ่มต้น พยาบาลจะต้องยอมรับผู้รับบริการ หรือผู้ป่วย ในลักษณะที่เขาเป็นอยู่ในขณะนั้น และติดต่อกับผู้ป่วยเหมือนกับคนแปลกหน้า ที่มีความเป็นตัวของตัวเอง มีอารมณ์ของ

ตนเอง จนกระทั่ง หรือนอกจากจะมีหลักฐานแสดงว่า ผู้ป่วยไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง

2) บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Resource Person) พยายามจะเป็นผู้ให้คำตอบแก่ผู้รับบริการ สำหรับคำถามที่มักเกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย การตอบคำถามของผู้ป่วยนี้ อาจเป็นวิธีการที่นำไปสู่การค้นพบว่า ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด

3) บทบาทครู (Teacher) เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับการกระทำบทบาทอื่น ๆ

4) บทบาทผู้นำ (Leadership) เป็นบทบาทที่พยาบาล เป็นผู้พัฒนาสัมพันธภาพแบบประชาธิปไตย พยายามจะเป็นผู้นำ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือตนเอง

5) บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate) จะเกิดขึ้นเมื่อมีความจำเป็นในขณะที่อยู่ในกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาทผู้ทดแทนนี้ กำหนดโดยปัจจัยทางค่านิยม หรือความรู้สึกที่ถูกระงับ ซึ่งเป็นอาการของความเจ็บป่วย พยายามจะช่วยผู้ป่วยให้มีประสบการณ์ และเรียนรู้ความแตกต่าง และความเหมือนกันของบุคคล 2 คนขึ้นไป โดยการที่พยาบาลเป็นตัวของตัวเอง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ

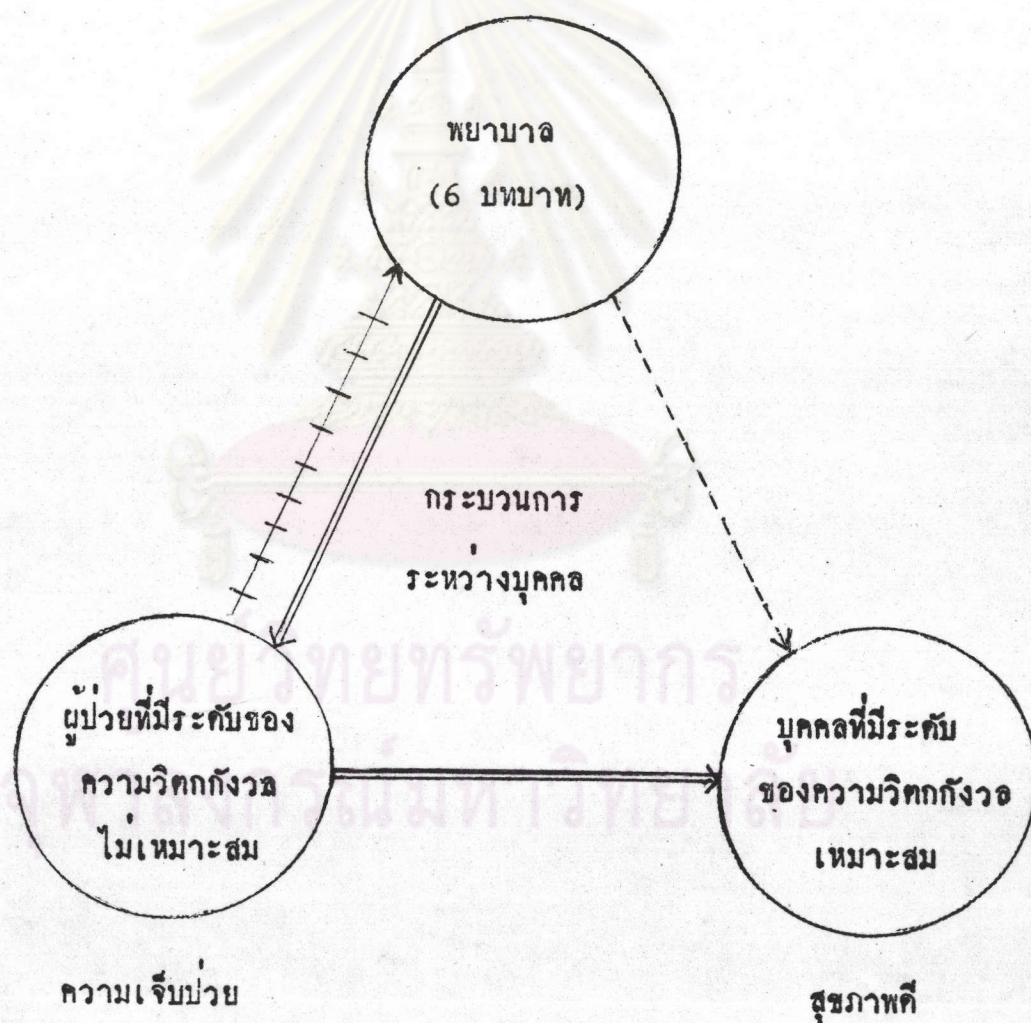
6) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นบทบาทสำคัญในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี การที่เป็นเช่นนี้ได ก็โดยการมีเป้าหมายในทุกขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาล ผ่านบทบาทนี้จะครอบคลุมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน จัดหาสภาพนั้น ๆ เมื่อเป็นไปได้ ซึ่งมีสิ่งที่มาคุกคามสุขภาพของผู้รับบริการ รวมทั้งการใช้การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้รับบริการ

พยาบาลจะดำเนินการตามบทบาททั้ง 6 ประการนี้ โดยที่พยาบาลจะต้องยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข มีการรับรู้ตนเอง และต้องมีอารมณ์เป็นกลางมาก่อน จึงจะกระทำบทบาทเหล่านั้นในกระบวนการระหว่างบุคคลได้

บทบาทเหล่านี้ แสดงเป็นนัยว่า ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการลดระดับความวิตกกังวลของตน ให้ถึงระดับที่เหมาะสม

แกนสำคัญของทฤษฎี

ในทฤษฎีกระบวนการระหว่างบุคคลของ เพมพลาว นั้น ประกอบด้วย แกนสำคัญ 4 ประการ คือ กระบวนการระหว่างบุคคล พยายาม ผู้ป่วย และความวิตกกังวล ซึ่งมีความสัมพันธ์กันดังปรากฏในรูป



รูปแบบของกระบวนการระหว่างบุคคลของเพมพลาว (Reed and Johnston 1983 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิตันท์ 2529)

ขั้นตอนและเทคนิคในการสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา

สำหรับวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษานั้น วิลสัน และ นีสส์ (Wilson and Kneisl 1979 : 136) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้น หรือระยะทำความรู้จักกัน (The Beginning or Orientation Phase)
2. ระยะค่าเงินของสัมพันธภาพ (The Middle or Working Phase)
3. ระยะสิ้นสุดของสัมพันธภาพ (The End or Resolution Phase)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะทำความรู้จักกัน

เป็นระยะที่พยายาม และผู้ป่วยเปรียบเสมือนคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน ฉะนั้น สิ่งที่สำคัญในขณะนี้ คือ การทำความรู้จัก ค้นเคย และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความเป็นไป เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาใหม่มากที่สุด ส่วนพยายามนั้น ย่อมรู้จักผู้ป่วย และเข้าใจความเป็นไปเกี่ยวกับอาการของโรคจากประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยค่อนข้างดีแล้ว สิ่งแรกที่พยายามจะกระทำในระยะเริ่มต้น คือ การแนะนำตนเอง การบอกวัตถุประสงค์ของการมาคุยกับผู้ป่วย บอกวัน เวลา สถานที่ที่พยายามจะมาพบ การพบแต่ละครั้งจะต้องใช้เวลาอย่างน้อยห้าถึงหก และควรจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทราบว่า จะมีอะไรเกิดขึ้นกับเขาในวันต่อ ๆ ไป และเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปรับตัว

ในระยะแรกของการสร้างสัมพันธภาพนี้ พยายามต้องใช้ความสังเกตอย่างละเอียด รอบคอบ และฟังผู้ป่วยพูดให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ต้องให้ความสนใจต่ออาการปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น วิทกกังวล เลื่อนลอย เสร้า ซึม หรืออาการที่แสดงออกถึงความเจ็บป่วยทางกาย การแสดงความเอาใจใส่ และทำที่ที่เป็นมิตรของพยาบาลในระยะเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะจะก่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และศรัทธาในตัวพยาบาล ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการสร้างสัมพันธภาพในระยะต่อไป ผู้ป่วยส่วนมากจะทดสอบความจริงใจ

ของพยาบาลในระยะเริ่มต้นนี้ ทั้งนี้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่เชื่อถือ ไว้วางใจ และช่วยเขาได้

อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการทั้งพยาบาล ทั้งร่างกาย และจิตใจมากกว่าช่วงอื่น เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความไม่สมคุลยทางร่างกายและอารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยอาจถอยกลับไปสู่สภาพความเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่ง พยาบาลจะอนุญาตให้ผู้ป่วยแสดงออกได้ในบางครั้ง เพื่อเป็นการยอมรับผู้ป่วย แต่จะไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยถอยกลับไปสู่วัยเด็กจนเกินไป เพราะจะเป็นการยากที่จะดึงผู้ป่วยกลับมาสู่ความรับผิดชอบในภายหลัง

เทคนิคการปฏิบัติเพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย

ฮอฟลิง และคณะ (Hofling et al. 1967 : 36) กล่าวว่า ความไว้วางใจจะนำไปสู่ความรู้สึกมั่นใจในบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ความไว้วางใจเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยแสวงหาเมื่อเขาป่วย การทดสอบต่าง ๆ กับบุคลากรในโรงพยาบาล ก็เพื่อรู้ว่าเขาจะไว้วางใจบุคคลเหล่านั้นได้เพียงใด พยาบาลจะสามารถสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ไม่ซักถามเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพ
2. ให้ความเอาใจใส่ คุ้นเคย และช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในขณะที่กระทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่รู้ตัว และในขณะที่รู้ตัว
3. ไม่พูดเท็จกับผู้ป่วย เช่น ให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งตรงข้ามกับความ เป็นจริง

4. มีความเสมอต้นเสมอปลาย ทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น ไม่บอก ว่าทำได้ แต่ภายหลังบอกว่าทำไม่ได้ หรือนัดผู้ป่วยไว้เวลา 10.00 น. แต่มาจริง เวลา 11.00 น. เป็นต้น

5. รับฟังผู้ช่วยทุกคนถึงความรู้สึกของเขาด้วยความตั้งใจ ไม่แสดงสีหน้าเมื่อหน้า ผู้คน เสริม หรือพูดทบทวนคำพูดของผู้ช่วยบ้าง ชักถามบ้าง เมื่อไม่แน่ใจ ความหมายที่ผู้ช่วยพูด ฟังโดยไม่คัดค้าน หรือโต้แย้งความคิดเห็น ความเชื่อของผู้ช่วย แต่จะพยายามช่วยผู้ช่วยไต่กระทันถึงความจริงด้วยตนเอง
6. ไม่แสดงความวิตกกังวลใด ๆ ให้ผู้ช่วยเห็น เพราะจะทำให้ผู้ช่วยรู้สึกว่าย พยายามไม่สามารถช่วยเขาได้
7. ไม่ตัดสินว่าพฤติกรรมของผู้ช่วย ที่แสดงออกมานั้นถูกหรือผิด ถ้าผู้ช่วยกระทำในสิ่งที่พยายามเห็นว่า ไม่ถูกต้อง พยายามต้องหาสาเหตุ และพยายามหาทางแก้ไขสาเหตุนั้น ๆ เสีย
8. ถ้าผู้ช่วยแสดงท่าทีไม่สนใจการสนทนา หรือเจียมไปเป็นเวลานาน ๆ พยายามจะบอกผู้ช่วยว่า การเจียมของผู้ช่วย หรือการแสดงความไม่สนใจการสนทนากับพยายามนั้น ทำให้พยายามรู้สึกไม่สบายใจ การพูดเช่นนี้ นอกจากจะช่วยให้คลายความอึดอัดลงแล้ว ยังแสดงให้ผู้ช่วยเห็นว่า พยายามซื่อสัตย์ที่ยอมรับความไม่สบายใจของตนเอง และเกิดความไว้วางใจพยายาม เมื่อสังเกตเห็นว่าพยายามยอมรับความวิตกกังวลของเขาได้ และไต่พยายามลดความวิตกกังวลให้เขาอยู่
9. เมื่อผู้ช่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ พยายามจะต้องช่วยผู้ช่วยจำกัดขอบเขตพฤติกรรมของเขามากกว่าที่จะปฏิเสธ หรือปล่อยให้ผู้ช่วยไต่รับ คำคำเหน็ดจากผู้อื่น โดยพยายามช่วยให้ผู้ช่วยไต่ระบายอารมณ์ หรือแสดงอารมณ์ออกมาในทางที่เหมาะสม และสร้างสรรค์ เช่น ผู้ช่วยจะทบทวนทาง พยายามก็แนะนำให้ผู้ช่วยทบทวนแทน เป็นต้น นอกจากนั้น พยายามจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลากรอื่น ๆ ที่จะป้องกันผู้ช่วยไปทำอันตรายผู้ช่วยอื่นได้
10. แสดงให้ผู้ช่วยเห็นว่า เวลาที่นัดหมายกับผู้ช่วย เป็นเวลาสำหรับผู้ช่วยจริง ๆ เช่น มาพบผู้ช่วยตามเวลานัดหมายทุกครั้ง หากผู้ช่วยไม่มาพบพยายามตามเวลา พยายามอาจไปตามผู้ช่วย หรือนั่งรอผู้ช่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ช่วยนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม พยายามจะรักษาเวลานั้น ๆ ไว้สำหรับผู้ช่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ช่วยเห็นว่า พยายามไต่ให้เวลานั้นสำหรับผู้ช่วยจริง ๆ

สำหรับระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพในระยะเริ่มแรกนี้ ขึ้นอยู่กับ

พยายามดูรักษา และตัวผู้ป่วยเอง วิลสัน และ นีส์ (Wilson and Kneisl 1979 : 139) กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้สึกคุ้นเคยกับผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของสัมพันธภาพ โดยปกติจะใช้เวลาตั้งแต่ 1 เดือนถึงหลาย ๆ เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด (Type) ของงานของแต่ละบุคคล ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และทักษะของผู้ทำการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะค่าเนินของสัมพันธภาพ

ระยะนี้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อไต่ผ่านพ้นระยะที่ผู้ป่วยทดสอบพยายามจนแน่ใจแล้วว่า พยายามเป็นบุคคลที่เขาเชื่อถือ ไว้วางใจได้ ช่วยเหลือเขาได้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่ จะถูกนำมาแก้ไขเป็นส่วนมาก พยายามจะเกิดความเข้าใจผู้ป่วย เรียนรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคที่มาชักขวาง ทำให้เกิดความคับข้องใจต่าง ๆ มากขึ้น นอกจากนั้น ยังทำให้พยายามมองเห็นวิธีต่อสู้กับปัญหา และการหาทางออก เพื่อแก้ปัญหของผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น วิธีที่ผู้ป่วยนำมาใช้ ถ้าเป็นทางออกที่ถูกและเหมาะสม พยายามก็จะสนับสนุนให้เขาใช้วิธีนั้นต่อไป ถ้าเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย (Regression) การถอยหนี (Withdrawn) การสร้างโลกใหม่ที่ไม่เป็นจริง (Fantasy World) ฯลฯ พยายามจะช่วยแก้ไขเปลี่ยนวิธีต่อสู้ เพื่อค้ำผู้ป่วยให้เข้าสู่วิถีทางที่ถูกต้องต่อไป

ปัญหาที่พยายามอาจพบในระยะนี้ คือ การมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เห็นปัญหาตามผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาจริง ๆ ไม่ออก ปัญหาดังกล่าว พยายามสามารถรู้จักให้หมดไปได้ โดยการให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสนทนาควรรีกับผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อน เพื่อคว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอะไร อยู่ในใจ หน้าที่สำคัญของพยายามในระยะนี้ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การซักถาม การช่วยผู้ป่วยไต่ระบายนามรู้สึก หรือความในใจออกมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ การช่วยประคับประคองจิตใจ และช่วยแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน

เทคนิคการรับฟัง

สจวท และ ซันดีน (Stuart and Sundeen 1979 : 47) กล่าวว่า การฟังเป็นการแสดงการยอมรับนับถือผู้ช่วย และเป็นตัวกระตุ้นที่มีอำนาจที่จะ ทำให้ผู้ช่วยพูด ถ้าไม่มีการรับฟัง สัมพันธภาพจะไม่ก้าวหน้าต่อไป การรับฟัง ผู้ช่วยทุกคน พยายามควรปฏิบัติดังนี้

1. ชั่งใจกับผู้ช่วยพอสมควร ในท่าที่สบายและตั้งใจฟัง
2. ฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ช่วยเล่าจนจบ โดยไม่ชักจูงหวัะ
3. แสดงความสนใจ และติดตามเรื่องราวที่ผู้ช่วยเล่าด้วยคำพูดใน ลักษณะกระตุ้น สนับสนุน หรือโดยการพยักหน้า ผงกศีรษะ ให้รู้ว่าพยายาม กำลังรับฟัง หรือเข้าใจคำพูดของเขา
4. สอบถามในเรื่องที่พยายามยังไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง เพื่อให้เกิด ความเข้าใจถูกต้อง ตรงกัน
5. ใช้ความคึกคะนองติดตามฟังเรื่องราวที่ผู้ช่วยเล่า
6. ไม่วิจารณ์เรื่องที่ผู้ช่วยเล่าตามความคิด และความเข้าใจของ ตนเอง ก่อนที่จะสอบถามความรู้สึกของผู้ช่วย
7. ไม่ตัดสินเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้ช่วยเล่า ว่าดี ไม่ดี ถูก ผิด ด้วย ความรู้สึกของตนเอง
8. ควรหาสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการที่ให้ผู้พูดและผู้ ฟัง มีสมาธิ ไม่มีสิ่งต่าง ๆ รบกวน

เทคนิคการซักถาม

พยายามต้องซักถามผู้ช่วยในข้อความที่ไม่กระจำจ ซักถาม เพื่อที่จะ ได้เข้าใจผู้ช่วย และปัญหาผู้ช่วยได้ดียิ่งขึ้น และซักถามในเรื่องราวที่เกี่ยวกับ ผู้ช่วย เพื่อผลประโยชน์ของผู้ช่วย ไม่ซักถามเพราะความอยากรู้อยากเห็น เพราะการถามในสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้อง จะทำให้ผู้ช่วยสงสัย และแคลงใจในตัว พยายาม ทำให้มั่นใจทอนความเชื่อถือ ที่มีต่อพยายามลงได้ การซักถามพยายาม ควรปฏิบัติดังนี้ (ศรีอุตร กิษยบุตร 2520 : 73)

1. การตั้งคำถามเพื่อซักถาม ควรเป็นไปในลักษณะที่ให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดก่อนตอบ

2. การซักถาม ควรถามในเรื่องเกี่ยวข้องต่อเนื่องกัน เพื่อให้ได้ใจความครบถ้วน จนกว่าจะหมดข้อสงสัย

3. คำถามควรเป็นชนิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เช่น ถามว่า "คุณมีแผนการอะไรบ้างสำหรับตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว"

4. ไม่ควรซักจังหวะขณะที่ผู้ป่วยยังพูดไม่จบ

5. ไม่ควรซักถามในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดสับสนมาก ๆ

เทคนิคที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา

การที่จะให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่เขากำลังกังวล หรือสิ่งที่เขาคิด เขารู้สึกที่เขาไม่ได้บอกเราโดยตรงนั้น พยายามสามารถเลือกปฏิบัติได้ดังนี้

1. บอกกล่าวถึงสิ่งที่พยายามสังเกตเห็นได้ในตัวผู้ป่วย (Making Observation) เช่น พยายามอาจบอกว่า "คุณทางคุณหงุดหงิดเมื่อพูดถึงคุณแม่ของคุณ" หรือ "วันนี้สีหน้าคุณดูมีกังวล" เทคนิคนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของเขา

2. รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นที่ยอมรับ (Acknowledge The Patient's Feeling) และไม่เป็นสิ่งผิดปกติแต่อย่างใด เช่น ผู้ป่วยบอกพยาบาลว่า "อาหารที่นี่ไม่อร่อยเลย" พยาบาลอาจแสดงการรับรู้ความรู้สึกนี้ โดยกล่าวว่า "คุณคงลำบากใจที่ต้องกินอาหารที่คุณไม่ชอบ"

3. กล่าวซ้ำ หรือสะท้อนคำพูดของผู้ป่วยเป็นบางส่วน (Selective Reflecting) การกล่าวซ้ำคำพูดของผู้ป่วยนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกรายละเอียด ความหมายของคำพูดของเขาออกไป เช่น ผู้ป่วยพูดว่า "ฉันอยากกลับบ้าน ฉันเป็นห่วงลูก ๆ " พยาบาลอาจกล่าวซ้ำว่า "คุณเป็นห่วงลูก ๆ "

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด หรือแสดงออกทางกาย โดยขอมให้ใช้คำพูดแรง ๆ และการแสดงออกทางกายที่จะไม่เป็นอันตรายต่อตัวเขาเองและผู้อื่น เป็นบางครั้งบางคราว

5. ใช้ความเงียบ (Silence) ความเงียบที่มีความหมายและถูก
 จังหวะ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ช่วยไต่ทูลระบายความคิด และความรู้สึกของเขา
 ต่อไป ความเงียบที่ถูกต้องจังหวะ จะทำให้ผู้ช่วยคิด ไตร่ตรอง และรวบรวมความคิด
 ใหม่ และพยายามใดมีโอกาสสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้ช่วย และไต่รวบรวมความคิด
 ควบคู่กัน

เทคนิคในการประคับประคองจิตใจผู้ช่วย

มีวิธีปฏิบัติหลายวิธีด้วยกัน คือ

1. อยู่ใกล้ผู้ช่วยขณะที่เขาอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือถูกกดดัน
2. ช่วยให้ผู้ช่วยเลือกทัศนคติใจด้วยตัวของเขาเอง โดยพยายาม

จำกัดขอบเขตให้

3. รับรู้และสนองตอบความรู้สึกและความต้องการของผู้ช่วย
4. ยอมให้ ผู้ช่วยทดลองความสามารถของเขาอย่างมีขอบเขตและ

ปลอดภัย

5. ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในความสามารถและความสำเร็จของเขา

เทคนิคในการแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน

มีวิธีปฏิบัติคือ

1. ไม่ให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ช่วยปฏิบัติไม่ได้ หรือผู้ช่วยทราบแล้ว เช่น
 พยายามแนะนำว่า "ทำใจให้สบาย ๆ อย่าคิดมาก จะไต่หายเร็ว ๆ "
2. ไม่ยึดเยี่ยความคิดเห็นส่วนตัว ค่านิยมของตนเองให้กับผู้ช่วย
 เพราะวิธีแก้ปัญหาของคนหนึ่ง อาจนำไปใช้แก้ปัญหของอีกคนหนึ่งไม่ได้
3. แนะนำทางการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ช่วยเล่าถึงความรู้สึกของเขา
 ที่มีต่อบุคคล หรือสถานการณ์สิ่งแวดลอมต่าง ๆ ออกมา พยายามวิเคราะห์ความ
 รู้สึกนั้น และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ช่วย แล้วกระตุ้นผู้ช่วยให้ตัดสินใจ
 เลือกใช้วิธีหนึ่งวิธีใด ที่เขาเห็นว่าเหมาะสมที่สุดในการแก้ปัญหาต่อไป



ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการสิ้นสุด การสิ้นสุดของสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ก็คือ การที่พยาบาลไม่ต้องพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกต่อไป แต่การพบปะประจำวันภายในทีมผู้ป่วยยังคงเป็นไปเช่นเดิม การสิ้นสุดของสัมพันธภาพ อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้น เข้าใจตนเอง และเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีแล้วผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยย้ายสถานที่รักษา พยาบาลย้ายจากไป เป็นต้น

หน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติในระยะนี้โดยสรุป คือ

1. ประเมินผลการรักษา และประสมการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับจากการรักษา
2. สนับสนุนให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลที่จะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพราะ การสร้างสัมพันธภาพในรูปของการรักษา เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รู้จักพึ่งพาผู้อื่นในโอกาสที่จำเป็น ช่วยผู้ป่วยให้มีความไว้วางใจบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวเขา เช่น คู่สมรส ญาติ นายจ้าง เพื่อน เป็นต้น
3. ร่วมกับผู้ป่วยในการยุติการรักษา โดยช่วยผู้ป่วยให้สามารถยอมรับการสิ้นสุดของสัมพันธภาพได้ทันที

การสิ้นสุดของสัมพันธภาพ อาจทำให้เกิดความรู้สึกอาลัยอาวรณ์ แก่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกเศร้าใจ เวเน็น (Vennen 1970 : 218-221) กล่าวว่า คนส่วนมากจะมองเห็นการสิ้นสุดของสัมพันธภาพว่าเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความยากลำบาก ทำให้จิตใจท้อแท้ ไม่ยอมรับ และก่อให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว่าเหวโหนที่สุดในที่สุด การสิ้นสุดของสัมพันธภาพเปรียบเสมือนการขาดจากการเป็นส่วนหนึ่งของผู้รักษา และการเป็นส่วนหนึ่งของผู้รับการรักษา และเป็นประสมการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวในการรักษาด้วยจิตบำบัด

สจวต และ ซันดีน (Stuart and Sundeen 1979 : 45-46)

กล่าวว่าในสภาวะการสิ้นสุดของสัมพันธภาพนั้น ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาได้หลายรูปแบบคือ

1. ปฏิเสธการแยกจาก หรือปฏิเสธความสำคัญของสัมพันธ์ภาพและการแยกจากที่จะมาถึง พยายามที่มีประสบการณ์ไม่เพียงพอ อาจไม่ทราบถึงสาเหตุของการปฏิเสธ และอาจรู้สึกว่าตนเองประสบความล้มเหลวในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การแสดงความโกรธและความไม่เป็นมิตร (Express Anger and Hostility) ทั้งโดยทางตรงหรือทางอ้อม เช่น แสดงออกในรูปของความไม่เป็นมิตร ทั้งคำพูดและท่าทาง การมาพบกับพยาบาลช้ากว่ากำหนด เวลานัด หรือไม่มาพบตามนัด การพูดคุยกับพยาบาลคว่ำหน้าหรือเฉยเมย เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมองเห็นการยุติสัมพันธ์ภาพว่าเป็นการถูกทอดทิ้งจากพยาบาล (Rejection) และเพื่อป้องกันกาเกิดความรู้สึกว่า ตนเองถูกปฏิเสธ ผู้ป่วยจึงยุติสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลก่อนถึงเวลาการสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพจริง ๆ

3. มีพฤติกรรมแปรปรวนมากขึ้น (Maladaptive Behavior) เช่น ควบคุมตนเองไม่ได้ เคยให้ความร่วมมือกลับไม่ยอมให้ มีพฤติกรรมดอยกลับ (Regress) มากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยคิดว่า พยาบาลจะไม่ยุติสัมพันธ์ภาพกับเขา หากเขายังต้องการความช่วยเหลืออยู่

เพื่อที่จะให้ระยะสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพ มีความหมาย และก่อให้เกิดประโยชน์ หางานการเรียนรู้แก่ผู้ป่วย เมื่อถึงระยะสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพ พยาบาลจะต้องบอกสาเหตุของการยุติตามความเป็นจริง และเตือนผู้ป่วยทุกครั้งที่จะพบจนถึงวันสุดท้าย เพื่อว่าในระหว่างนี้ ถ้าผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบโต้การยุติของสัมพันธ์ภาพ พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เฮล และ ริชาร์ดสัน (Hale and Richardson 1963 : 117) มีความเห็นว่า ตามหลักการแล้วพยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยให้รับรู้สภาวะการสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นติดต่อกับผู้ป่วย เพื่อมิให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อการยุติของสัมพันธ์ภาพ โดยบอกกำหนดวันที่พยาบาลจะพบกับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน

ปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วยในระยะสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพ และการปฏิบัติต่อปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วยมีดังนี้

1. การแสดงพฤติกรรมถอยกลับ (Regression) เช่น ผู้ป่วยบอกกับพยาบาลว่า เขาไม่สามารถจะทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ได้ หากพยาบาลไม่ทำให้เขาถูกต้อง เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลจะต้องสนใจรับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับความกลัว การถูกทอดทิ้งของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกัน ก็จะต้องเน้นให้ผู้ผู้ป่วยทราบถึงความจริงว่า จะต้องมีการยุติของสัมพันธ์ภาพควย

2. การแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ (Acting-out) เช่น แสดงท่าทีว่าจะฆ่าตัวตายหรือพยายามจะฆ่าตัวตาย หรือแสดงท่าทีไม่ยอมเชื่อฟังผู้รักษา ในช่วงเวลาที่วันสิ้นสุดของสัมพันธ์ภาพจะมาถึง พยาบาลผู้รักษาจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องพยายามทำให้พบถึงความรู้สึก กลัวความคิดเพื่อฝันเหล่านั้นของผู้ป่วย และพยายามแก้ไขให้หมดไป โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพฤติกรรมของเขา และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

3. การแสดงความโกรธ (Anger Openly Expressed) การแสดงความโกรธ หรือความโศกเศร้า ความเสียใจของผู้ป่วยนั้น ต่างก็มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกัน การปฏิบัติของผู้ป่วยเหล่านี้ อาจจะแตกต่างกันไปบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการใช้ขุมพลังเนื่องการรับรู้การยุติของสัมพันธ์ภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาโดยไม่รู้ตัว (Acting-out) พยายามอาจต้องใช้การจำกัดขอบเขตของผู้ป่วย (Limit Setting) มากกว่าที่จะพยายามชี้แจงข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

4. การเกิดมีอาการทางกาย (Somatic Complaint) เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ทั้ง ๆ ที่อาการเหล่านี้ได้หายไปนานแล้ว การที่มีอาการทางกายเกิดขึ้น ก็เพื่อเรียกร้องให้พยาบาลสนใจเขา ใส่ใจเขาเป็นการบอกพยาบาลทางอ้อมว่า เขายังไม่พร้อมที่จะอยู่ตามลำพัง เขายังต้องการความช่วยเหลืออยู่ พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยให้ค้นหาสาเหตุของอาการเหล่านั้น โดยร่วมกับผู้ป่วยตรวจสอบว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้เขาเกิดอาการนี้ขึ้นอีก หลังจากได้หายไปแล้ว

การเลือกผู้ป่วย

การเลือกผู้ป่วยจิตเวช เพื่อรับการรักษาโดยใช้สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว นั้น ชูเบิล และพีซ (Schuble and Piece 1974, Quoted in Wilson and Kneisl 1979 : 136) มีความเห็นว่า การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีลักษณะรู้ตัวเอง เข้าใจในความรู้สึกของตนเอง มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง และมีความสามารถที่จะจำแนกความรู้สึก ภาวะ และปัญหาได้ ส่วน ฟรอมม์-ไรชแมน (Fromm-Reicmann 1950, Quoted in Kalkman and Davis 1980 : 480) กล่าวว่า ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นรายบุคคล คือ บุคคลที่มาปรึกษากับจิตแพทย์ว่า มีความยุ่งยากทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาต้องการขจัดให้หมดไป หรือเป็นบุคคลที่มีลักษณะยึดหยุ่นได้ และมีความจริงจัง หรือมีลักษณะทั้งสองประการดังกล่าวรวมกัน ทั้งนี้ รวมถึงบุคคลที่มีลักษณะอาการทางประสาท บุคคลที่เป็นโรคประสาท โรคจิต และโรคทางกาย ซึ่งมีสาเหตุทางจิตใจด้วย

จากความคิดเห็นของนักวิชาการทั้งสองท่านนี้ อาจสรุปได้ว่า ลักษณะของผู้ป่วยที่จะรับการักษา โดยการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวนั้น คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะที่พยายามสามารถติดต่อสื่อสาร (Communicate) ด้วยได้ และมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ ที่ต้องการความช่วยเหลือ

ผลที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและพยาบาล

สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา เป็นกระบวนการการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคน คือ พยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ใช้ขั้นตอนของกิจกรรม และการปฏิบัติอย่างมีจุดมุ่งหมาย คือ เพื่อให้การช่วยเหลือทางคำปรึกษา การทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ในขณะที่ให้ความช่วยเหลือ ไม่เพียงแต่พยาบาลจะรู้ตัวเองอยู่ตลอดเวลา ว่ากำลังทำอะไรอยู่ และทำไมจึงทำเช่นนั้น เท่านั้น แต่พยาบาลจะรู้ว่าตนเองจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยวิธีใดด้วย นอกจากนั้น กระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาล ยังทำอย่างมีระบบ และใช้

ปัญหาในการทัศนใจ ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ (Hofling et al. 1967 : 31) จึงน่าจะเป็นที่คาดหมายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการรักษา โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อถือ และศรัทธาในศัลยแพทย์ เกิดความเข้าใจในตนเอง ยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นอยู่ และปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

สำหรับพยาบาล ผลที่เกิดจากการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา นอกจากจะช่วยให้พยาบาลเกิดทักษะ ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยอื่น ๆ ในโอกาสต่อไปแล้ว ยังช่วยให้พยาบาลทราบถึงปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนทราบถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ในการใช้กระบวนการดังกล่าวด้วย

การวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการใช้กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เพื่อการรักษา ผู้วิจัยยังไม่เคยพบว่า มีผู้ใดเคยทำไว้ ทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ในต่างประเทศ การวิจัยเกี่ยวกับการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะศึกษาถึงผลของการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยใช้ตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง หรือศึกษาโดยการจำกัดจำนวนตัวแปรเพื่อศึกษาถึงความถี่ หรือการปรากฏของตัวแปรเหล่านั้น หรือศึกษาโดยการควบคุม หรือสร้างสถานการณ์ขึ้น เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย ไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาหรือวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไว้เลย นอกจากผู้วิจัยเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีผู้ศึกษาไว้ คือ

งานวิจัย เรื่อง การเปิดเผยตนเอง: ตัวแปรในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Self-Disclosure: A Variable in The

Nurse-Client Relationship) ใน ค.ศ. 1980 โดย จอห์นสัน (Johnson 1980 : 17-20) ซึ่งได้ศึกษาถึงระดับของการเปิดเผยตนเองของพยาบาล และผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในหน่วยผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม จิตเวช และหน่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลของรัฐขนาด 755 เตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร แบ่งเป็น พยาบาล 70 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่าง 5-8 วัน จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 30 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเพื่อวัดระดับการเปิดเผยตนเองของ เจอราด (Jourard) จำนวน 60 ข้อ แบบสอบถาม จะถามเกี่ยวกับการงาน การเงิน ร่างกาย ความคิดเห็นจากคำตอบของพยาบาล และผู้ป่วยในแบบสอบถาม จะทำให้ผู้วิจัยทราบถึงระดับของการเปิดเผยตนเองของพยาบาลและผู้ป่วยได้ ค่าคอมที่ไคค่าเฉลี่ย 60.00 หมายถึง มีการเปิดเผยตนเองอย่างเต็มที่ ค่าเฉลี่ย 00.00 หมายถึง ไม่มีการเปิดเผยตนเองเลย ผลของการวิจัยสรุปได้ว่า การเปิดเผยตนเองทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยอายุรกรรม มีระดับของการเปิดเผยตนเองสูงที่สุด ไคค่าเฉลี่ย 11.65 รองลงมา คือ ผู้ป่วยจิตเวช ไคค่าเฉลี่ย 9.12 ผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ป่วยฉุกเฉินมีระดับของการเปิดเผยตนเองคือ ไคค่าเฉลี่ย 8.18 สำหรับพยาบาลพบว่า พยาบาลทางศัลยกรรม มีระดับการเปิดเผยตนเองสูงที่สุด ไคค่าเฉลี่ย 8.89 รองลงมา คือ พยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน ไคค่าเฉลี่ย 7.81 พยาบาลจิตเวช ไคค่าเฉลี่ย 7.59 และพยาบาลทางอายุรกรรม ไคค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3.50

จากผลของการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอความคิดเห็นว่า การเปิดเผยตนเองระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย ที่มีระดับต่ำเช่นนี้ ไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน ที่มีความตึงเครียดและความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ถ้าพยาบาลจะพยายามก้าวข้ามสภาพการณ์ให้ทัน โดยเริ่มต้นใช้กระบวนการของการเปิดเผยตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกต้องการเปิดเผย ตนเอง และบอกถึงการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองกับพยาบาลมากขึ้น

งานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงความเข้าใจในความรู้สึก

ของผู้อื่นต่อการติดต่อสื่อสารของพยาบาล (Relationship of Perceived Empathy to Nurses Communication) ในปี ค.ศ. 1977 โดย สเต็ทเลอร์ (Stetler 1977 :432-437) ซึ่งทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชากร 2 กลุ่ม คือ พยาบาลจำนวน 32 คน และผู้ป่วยจำนวน 4 คน การวิจัยเป็นแบบกึ่งการทดลอง (Quasi-Experiment) โดยให้พยาบาลมีปฏิริยาสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งได้รับการสอนให้แสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปฏิริยาสัมพันธ์กับพยาบาล จำนวน 8 คน ในเวลา 2 สัปดาห์ โดยที่ผู้วิจัยได้แจ้งให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงจุดประสงค์ที่แท้จริงของการวิจัยในภายหลัง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้อื่นของพยาบาล ซึ่งประเมินโดยผู้ป่วยในทันทีที่มีการมีปฏิริยาสัมพันธ์กับพยาบาลสิ้นสุดลง การวิจัยสรุปผลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างการรับรู้ถึงความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย กับการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดของพยาบาล นอกจากนั้น ยังพบว่าอายุและการศึกษาของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

งานวิจัย เรื่อง "รูปแบบของการพยาบาลจิตเวช: ความแตกต่างกันในบทบาทของการมีปฏิริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย" (Patterns of Psychiatric Nursing : Role Difference in Nurse - Patient Interaction) ในปี ค.ศ. 1969 โดย ฮาร์กรีฟ และ รันยอน (Hargreaves and Runyon 1969 : 300- 307) ซึ่งทำการศึกษาในตึกผู้ป่วยจิตเวช ขนาด 26 เตียง มีบุคลากรพยาบาล 18 คน หมุนเวียนกันขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า และเวรบ่าย เป็นพยาบาลทั่วไป 10 คน และเป็นผู้อำนวยการพยาบาลจิตเวช 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องรับฟังการสนทนาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และรหัสของคำสนทนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีบุคลากรอาวุโสในตึกผู้ป่วย เป็นผู้สังเกต และบันทึกคำสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และรายการเช็คบุคคลพิท โดยมียุป่วยในตึกจำนวน 11 คน

ที่รู้จักบุคลากรพยาบาล ทั้ง 18 คน ตั้งกล่าวเป็นอย่างดีเป็นผู้ให้คะแนน พยาบาลแต่ละคนจะถูกสังเกตครั้งละ 30 นาที ช่วงเวลาของการสังเกต คือ เวลาที่พยาบาลปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเรียบร้อยแล้ว ระหว่างเวลา 9.30 น. ถึง 15.00 น. โดยใช้เวลาในการสังเกต 10 สัปดาห์ สรุปผลการวิจัยได้ว่า ในการมีปฏิกริยาสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้แสวงหาข้อมูลจากผู้ป่วยมากกว่าที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้ตอบคำถามของพยาบาลมากกว่าที่จะเป็นผู้ตั้งคำถามกับพยาบาล และพยาบาลมักจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรืออธิบายแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ให้สิ่งเหล่านี้แก่พยาบาลเลย นอกจากนั้น ยังได้พบว่าในขณะที่พยาบาลแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยนั้น มีพยาบาลเพียงไม่กี่รายที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองแก่ผู้ป่วย

รายงานการศึกษา เรื่อง "Dialogue in Thought" ในปี ค.ศ. 1974 โดย แมคอาร์เคิล (McArdle 1974 : 1075-1077) ซึ่งได้ศึกษาผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case Study) ถึงการใช้ความเมตตาการุณา และการใช้ตนเองเพื่อการรักษาของพยาบาลจิตเวช โดยการสร้างสัมพันธภาพแบบทั่วๆทั่วกับผู้ป่วยในระยะยาว เป็นการศึกษา โดยใช้การสังเกตจากการแสดงออกของ ผู้ป่วย และจากการสนทนากับผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยที่ศึกษา อายุ 29 ปี รั่วรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นเวลา 6 ปี โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นผู้ป่วยติดยา และเคยพยายามฆ่าตัวตายมา 2 ครั้ง การศึกษาใช้เวลาทั้งหมด 14 เดือน จากรายงานการศึกษา สรุปได้ว่าเป้าหมายในการรักษาของพยาบาลจิตเวช โดยวิธีดังกล่าวนี้ พยาบาลจำเป็นต้องมองสิ่งแวคล้อมของผู้ป่วย ตามที่ผู้ป่วยได้มองเห็น และพยาบาลจะทราบได้ว่า ผู้ป่วยมองเห็นสิ่งแวคล้อมเป็นอย่างไรนั้น ก็โดยการสังเกตจากคำพูดและจากการแสดงออกของผู้ป่วยนั่นเอง

การศึกษา เรื่อง "การใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการรักษา" ในปี พ.ศ. 2525 โดย พยุงจิต วรมุรินทร์ (2525 : 1-86) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวช โดยใช้สัมพันธภาพ

แบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา การศึกษาเป็นแบบการทดลอง ทำที่โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพระยา กับผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยภายในของโรงพยาบาล จำนวน 6 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 3 คน โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการ ปฏิบัติทางการพยาบาลในรูปของการสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษา จากพยาบาลจิตเวช เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ ในการประเมินผลการรักษา ใช้แบบทดสอบ SCL - 90 ที่ละเอียด ชูประยูร (2521 : 9-16) เป็นผู้สร้างขึ้น และแบบประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย ที่ผู้ศึกษา สร้างขึ้นเองโดยปรับปรุงมาจาก Behavior Rating Scale ที่ นาย และ เมอร์นอล (Bye and Bernal 1968 : 251-255) สร้างไว้ การวิเคราะห์ ผลการศึกษา กระทำโดยการเปรียบเทียบระดับความแปรปรวนทางพฤติกรรมของ ผู้ป่วยที่วัดไคก่อนและหลังการทดลอง การศึกษาครั้งนี้เสนอผลการศึกษา ในรูป ของแผนภูมิเส้นและแผนภูมิภาพ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การใช้สัมพันธภาพแบบ ตัวต่อตัวเพื่อการรักษาของพยาบาลจิตเวช มีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรม ของผู้ป่วยลดน้อยลง

จากวรรณคดีและงานวิจัยที่เสนอมาโดยลำดับนี้ จะเห็นได้ว่า นักวิชาการ ทางการพยาบาลหลาย ๆ ท่าน ได้ให้ความสำคัญต่อการใช้สัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย การศึกษาถึงสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะ พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ ได้มีโอกาสศึกษาทาง การพยาบาลจิตเวช และมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ย่อมมีความ ต้องการที่จะมีความมั่นใจในการกระทำบทบาทนั้น ๆ รวมทั้งมีความสามารถในการ แก้ไข ปรับปรุง หรือขจัดข้อบกพร่องในบทบาทที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยความ สำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะศึกษาเพื่อให้เห็นว่า การใช้ กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการรักษาของพยาบาลจิตเวช จะได้อะไร อย่างไร เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาพิจารณา แก้ไข และปรับปรุงบทบาทใน การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ให้อยู่ในรูปแบบที่ถูกต้อง เหมาะสมยิ่งขึ้น