



E-Book
Version

การวางแผน การพยาบาล

ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

Nursing Care Plans for Continuity of Care
in Psychiatric Nursing

1

๑ ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก



การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช
เพื่อการดูแลต่อเนื่อง เล่ม 1
ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

พิมพ์ครั้งแรก : มิถุนายน 2565

ISBN E-Book: 978-616-593-097-0

จัดพิมพ์โดย
วาทินี สุขมาก

ออกแบบ : สำนักพิมพ์ส่วนหนังสือ
189 หมู่ 12 ราชวดีการเดินวิสัย
ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150
โทรศัพท์: 09-2956-2419

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย
ราคา E-Book 289 บาท (\$8.58)

คำนำ

หนังสือการวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เล่ม 1 และ 2 จัดทำขึ้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลจิตเวช และผู้สนใจใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้หลักการวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในโรงพยาบาลและการเตรียมญาติ และผู้ป่วยหลังจำหน่ายและพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 จากประสบการณ์พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกไม่พร้อมและวิตกกังวลกับการฝึกประสบการณ์ทางคลินิกจิตเวชและการวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล หนังสือเล่มนี้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลนี้ได้ด้วยการอธิบายการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลพร้อมตัวอย่างอย่างละเอียด

เนื้อหาที่สำคัญของเล่มที่ 1 ประกอบด้วย 2 หน่วย หน่วยที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย 2 บท ได้แก่ บทที่ 1 แนวคิดของการเจ็บป่วยทางจิต สหวิชาชีพในทีมสุขภาพจิต บทบาทของพยาบาลจิตเวช บทบาทของผู้รับบริการ หัวข้อการสอนที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิต การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัด ตัวอย่างเทคนิคและคำพูดที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด การปรับปรุงการสื่อสารที่ไม่ใช่เพื่อการบำบัดให้เหมาะสม การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด การตระหนักรู้ในตนเอง การสะท้อนคิด พร้อมตัวอย่างการบันทึกการสะท้อนคิด และบทที่ 2 กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตั้งแต่ข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาผู้ป่วย ข้อมูลเชิงอัตวิสัย และวัตถุวิสัย การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการจัดลำดับความสำคัญ การจำแนกผลลัพธ์ การวางแผน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผล

หน่วยที่ 2 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช ประกอบด้วย 5 บท รวม 18 แผนการพยาบาลประกอบด้วย การวางแผนการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน การวางแผนการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางจิตเวช การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิต การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีอาการฟุ้งและอาการสมองเสื่อม

โดยทุกแผนการพยาบาลประกอบด้วยข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาผู้ป่วย ข้อมูลเชิงอัตวิสัยและวัตถุวิสัย การตั้งวัตถุประสงค์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล และตัวอย่างการเขียนแผนการปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผลสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนอย่างละเอียด ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันแต่การตั้งเป้าหมายและการปฏิบัติการพยาบาลจะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของโรคและอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้อ่านมีพื้นฐานที่ดีในการสร้างทักษะทางคลินิกและมีความมั่นใจในการนำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและพัฒนาวิชาการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคล/ผู้ป่วยมีอาการและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

สารบัญ

คำนำ	III
หน่วยที่ 1 แนวคิดพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	1
บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	3
บทที่ 2 กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	61
หน่วยที่ 2 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช	141
บทที่ 3 การวางแผนการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช	143
บทที่ 4 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตในชุมชน	175
บทที่ 5 การวางแผนการพยาบาลในเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางจิตเวช	205
บทที่ 6 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและกลุ่มอาการโรคจิต	235
บทที่ 7 การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีอาการเพ้อและอาการสมองเสื่อม	273
ดัชนี	295

หน่วยที่

1

แนวคิดพื้นฐาน
เพื่อการวางแผนการพยาบาล
ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช



บทที่ 1

ความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

สาระสำคัญ 4

แนวคิดของการเจ็บป่วยทางจิต 4

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต
และตราบาปทางสังคม 5

สหวิชาชีพในทีมสุขภาพจิต 6

บทบาทของพยาบาลจิตเวช 7

หน้าที่และความรับผิดชอบ 7

บทบาทแห่งวิชาชีพ 8

สมาชิกของทีมบำบัด 9

การสอนผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิก

ครอบครัว 10

บทบาทของผู้ป่วย 12

ความรับผิดชอบของผู้ป่วย 12

การสื่อสารระหว่างทีมบำบัด 13

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล 14

ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย
กับพยาบาล 15

ทักษะการสื่อสาร 18

กรณีศึกษา 32

การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด 34

เทคนิคที่ควรพิจารณาเมื่อใช้ตนเองเพื่อ
การบำบัด 35

กรณีศึกษา 39

การตระหนักรู้ในตนเอง 40

ความแตกต่างระหว่างการตระหนักรู้
ในตนเองและจิตสำนึก 40

ความสำคัญของการตระหนักรู้ใน
ตนเอง 40

ประเภทของการตระหนักรู้ในตนเอง 41

ประโยชน์ของการตระหนักรู้ในตนเอง 41

ความสำคัญของการตระหนักรู้ในการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 42

การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง 43

หน้าต่างโจฮารีและการตระหนักรู้ใน
ตนเอง 44

กรณีศึกษา 47

การสะท้อนคิด 47

ประเภทของการสะท้อนคิด 48

ประโยชน์ของการสะท้อนคิด 48

ระดับของการสะท้อนคิด 49

แบบจำลองและขั้นตอนการ

สะท้อนคิด 51

เอกสารอ้างอิง 59

สาระสำคัญ

สุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องยากที่จะให้ความหมายได้อย่างชัดเจน บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมและปรับตัวได้ถือว่าเป็นบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามกับบุคคลที่ล้มเหลวในการปฏิบัติตามบทบาทที่รับผิดชอบหรือผู้ที่พฤติกรรมไม่เหมาะสมก็จะถูกมองว่ามีความเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยด้านวัฒนธรรมของสังคมมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อค่านิยมและความเชื่อในการกำหนดสุขภาพและความเจ็บป่วย สิ่งที่สังคมหนึ่งอาจมองเป็นที่ยอมรับและเหมาะสม สังคมอื่นอาจมองว่าไม่เหมาะสมและไม่ยอมรับ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสาขาวิชาที่น่าสนใจและท้าทายที่สุดของการปฏิบัติ การพยาบาล ความท้าทายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ที่การทำงานกับบุคคลที่มีประสบการณ์แปลก ๆ ที่อ่อนไหวต่อการสงสัยตัวเอง สิ่งแวดล้อม และคนรอบข้าง การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องอาศัยการผสมผสานของความรู้ทางวิชาชีพ ทักษะทางคลินิก มนุษยสัมพันธ์ และประสบการณ์ แม้ว่าพยาบาลในทุกสถานบริการจะดูแลด้านจิตใจ ภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล แต่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเฉียบพลันหรือเรื้อรังมีความต้องการที่ซับซ้อนและอาจเป็นระยะยาว พยาบาลและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเรื้อรังมักต้องพบกันบ่อยครั้ง สม่ำเสมอ และยาวนาน ซึ่งเป็นวัฏจักรธรรมชาติของความเจ็บป่วยทางจิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง (ระยะเฉียบพลัน) และความเป็นอิสระ (เมื่ออาการดีขึ้น)

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมืออาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับสรีระวิทยา ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับชีว-จิต-สังคมและการบำบัด เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องเรียนรู้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด การตระหนักรู้ในตนเอง และมีการสะท้อนคิด

1. แนวคิดของการเจ็บป่วยทางจิต

ความเจ็บป่วยทางจิตก็เหมือนกับโรคเบาหวานหรือโรคทางสมอง ซึ่งอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง โดยมีการถ่ายทอดทางรก หรือโดยการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีภายในสมอง นอกจากนี้ หากบุคคลไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับความเครียดจากสิ่งแวดล้อม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ผิดพลาด ลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่ดีในวัยเด็กหรือทักษะการเลี้ยงดูเชิงลบ และสถานการณ์ชีวิต ก็อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต สมาคมจิตแห่งประเทศไทยให้ความหมายของความเจ็บป่วยทางจิตหรือจิตผิดปกติว่า หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือกลุ่มอาการทางจิตวิทยา หรืออาการแสดงพฤติกรรมและ/หรือความบกพร่องของการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นผลจากสังคม จิตใจ พันธุกรรม กายภาพ/เคมี หรือการรบกวนทางชีววิทยา ความผิดปกติทางจิตไม่ได้จำกัดอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงลักษณะอาการป่วยและ/หรือการทำงานบกพร่อง[1]

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการให้คำจำกัดความอื่น ๆ ไว้ เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมผิดปกติอย่างสม่ำเสมอมากกว่าคนส่วนใหญ่ในสังคม ผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิตมักแสดงออกในรูปของการขาดความรับผิดชอบ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ การรับรู้ที่ผิดปกติ/ไม่สมเหตุสมผล มีอาการหลงผิด และมีพฤติกรรมเฉพาะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมักจะขัดแย้งกันกับบุคคลส่วนใหญ่ในสังคม

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบลักษณะของภาวะสุขภาพจิตดีและความเจ็บป่วยทางจิต

ภาวะสุขภาพจิตดี	ความเจ็บป่วยทางจิต
ยอมรับตนเองและผู้อื่น	ความรู้สึกไม่เหมาะสมและแนวคิดแห่งตนไม่ดี
เผชิญและอดทนต่อปัญหาได้	ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้
สามารถทำงานได้ถึงแม้จะมีสิ่งรบกวน	ไม่สามารถปรับตัวได้
สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้นาน	ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้นาน
ใช้กระบวนการตัดสินใจอย่างเหมาะสม	การตัดสินใจไม่เหมาะสม
มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง	ไม่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน
มีความคิดเชิงบวก	มีความคิดเชิงลบ
รู้ข้อจำกัดของตนเอง	ไม่รู้ข้อจำกัดของตนเอง
ทำงานอย่างเป็นอิสระได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำงาน
สามารถแยกความแตกต่างระหว่างความจริง/ไม่จริง	ไม่สามารถแยกความจริง/ไม่จริง
สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ	ไม่ตระหนักถึงศักยภาพและความสามารถของตนเอง
แก้ปัญหาได้	หลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าการเผชิญปัญหา
สามารถยับยั้งชั่งใจได้	ไม่สามารถยับยั้งชั่งใจได้
สุขภาพจิตที่ดีเป็นภาพสะท้อนของชีวิต การสื่อสาร การให้/การรับ การทำงานอย่างเป็นอิสระ การยอมรับ การแสดงด้านอารมณ์ขึ้น และการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งด้านอารมณ์ที่เหมาะสม	การเจ็บป่วยทางจิตสะท้อนถึงการที่บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหา/ความเครียดได้ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม/ไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของบุคคลและความต้องการของสังคม

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและตราบาปทางสังคม

ตราบาปทางสังคม หมายถึง ความอับอายขายหน้าหรือความอับยศที่เกิดขึ้นในสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ มีการตั้งชื่ออาการที่เกิดขึ้น ชื่อนั้นมีลักษณะแปลก ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีการแบ่งกลุ่มระหว่างกลุ่มเราที่เหนือกว่าและลดค่ากลุ่มที่มีอาการ และมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีอาการโดยพิจารณาจากชื่อที่ตั้งให้ เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุที่ซับซ้อนมาก ทำให้บุคคลบางคนไม่เข้าใจ มีความคิดเห็นเชิงลบ มีการระบุถึงบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดความกลัวและความไม่ไว้วางใจ เสริมสร้างการรับรู้ที่

บิดเบือน ผลที่ตามมาของตราบาปสามารถทำลายบุคคลได้มากกว่าความเจ็บป่วยเองเสียอีก ตัวอย่างผลเสียของตราบาปทางสังคม เช่น การปฏิเสธที่จะรับการรักษา การปฏิเสธโดยครอบครัวและเพื่อน การถูกทารุณกรรมหรือการล่วงละเมิดทางร่างกาย และการได้รับการประกันสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับความเจ็บป่วยทางจิต[2]

2. สหวิชาชีพในทีมสุขภาพจิต

ลักษณะของงานสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อการบำบัดและฟื้นฟูสภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ ติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย[3]

1. จิตแพทย์ (psychiatrist) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจวินิจฉัย สั่งการรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และประชุมร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพจิตทั้งหมดเพื่อวางแผนเพื่อการบำบัด
2. พยาบาลจิตเวช (psychiatric nurse) ทำหน้าที่โดยตรงในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ทำจิตบำบัดประคับประคองรายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว สอนด้านจิตศึกษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ สังเกตพฤติกรรมและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมงานเพื่อประเมินและวางแผนให้การรักษา และเป็นผู้ติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรอื่น ๆ ในทีมกับผู้ป่วยและญาติ
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (vocational rehabilitation specialist) เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความสามารถในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่มีความผิดปกติหรือมีโรคระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ฯลฯ ที่ส่งผลให้สมรรถภาพร่างกายถดถอย และ/หรือมีความพิการซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานได้ตามปกติ ทั้งนี้ อาศัยหลักการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ช่วยฟื้นฟูสภาพและความสามารถให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ รวมถึงส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความพิการ และปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อความเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้พิการสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงสภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
4. นักจิตวิทยาคลินิก (clinical psychologist) ทำหน้าที่ทดสอบทางจิตวิทยา นำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์สภาวะจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป
5. นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช (psychiatric social worker) ทำหน้าที่ร่วมกับแพทย์ในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งศึกษาสภาพแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและหาแนวทางในการช่วยเหลือ ในบางครั้งอาจจะต้องให้การช่วยเหลือทางด้านฐานะทางเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

6. นักอาชีพบำบัด (occupational therapist) ทำหน้าที่ช่วยผู้ป่วยในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้ากลุ่มอาชีพบำบัดและการฝึกฝนอาชีพ ประเมินความสามารถ และจัดกิจกรรมหรืองานให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย ความถนัด และความสนใจของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การทำงานฝีมือต่าง ๆ เย็บปักถักร้อย จักสาน แกะสลัก ปั้น เขียนภาพ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น
7. นักนันทนาการบำบัด (recreational therapist) ทำหน้าที่ช่วยผู้ป่วยโดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความตึงเครียด ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เป็นการเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน กิจกรรมที่จัด ได้แก่ เกม กีฬา การแสดง ร้องเพลง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

3. บทบาทของพยาบาลจิตเวช

พยาบาลมีบทบาทหลายบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ พยาบาลปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริม คงไว้ซึ่ง หรือฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีติดการพยาบาลที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับผลจากความเจ็บป่วยของตนเองได้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน บทบาทของพยาบาลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดอีกด้วย พยาบาลสามารถทำงานอย่างเป็นอิสระ ไม่เป็นอิสระ และการประสานงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่รับผิดชอบที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย ความเชี่ยวชาญ และสถานที่ทำงาน

หน้าที่และความรับผิดชอบ

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชประกอบด้วย

1. ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล
2. ประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล
3. ให้การพยาบาล
4. ยอมรับการรับรู้และการแสดงออกที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วย
5. ความเคารพความต้องการ ความปรารถนา และเป้าหมายของผู้ป่วย ภายใต้ข้อจำกัดด้านความปลอดภัย จริยธรรม และการพยาบาลที่มีคุณภาพ
6. จำแนกระดับศักยภาพและการหน้าที่ของผู้ป่วย และตั้งระดับเป้าหมายของการพยาบาล
7. ให้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย รวมถึงการปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
8. ควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจเป็นอันตรายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้
9. ตระหนักและตรวจสอบความรู้สึกของตนเอง และทำงานให้ผ่านความรู้สึกนั้น
10. ให้ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วย
11. สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยตามความเป็นจริง

12. คงไว้ซึ่งความตระหนักรู้และเคารพในค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่แตกต่างกันจากพยาบาล
13. ให้การพยาบาลที่ปลอดภัย เช่น การให้ยาตามแผนการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์ (ทั้งด้วยวาจาและพฤติกรรม) การทำกิจกรรม การแสดงบทบาทที่เหมาะสม
14. พัฒนาเป้าหมายที่คาดหวังของผู้ป่วยที่สมเหตุสมผลและชัดเจน
15. สอนผู้ป่วยและครอบครัว
16. ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจหรือการทำผิดพลาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับผิดชอบอารมณ์และชีวิตตนเอง
17. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตได้แก่ผู้ป่วย
18. คงไว้ซึ่งความซื่อสัตย์และไม่ตัดสินผู้ป่วย
19. คงไว้ซึ่งบทบาทของวิชาชีพกับผู้ป่วย
20. ค้นคว้าหาความรู้และหาแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ

บทบาทแห่งวิชาชีพ

การคงไว้ซึ่งบทบาทแห่งวิชาชีพ เป็นบทบาทที่สำคัญในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับความช่วยเหลือ ไม่ได้มาเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมและต้องการเป็นเพื่อนกับพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหลายคนที่อาจเป็นการส่วนตัวหรือเชิงวิชาชีพ สัมพันธภาพส่วนบุคคลหรือเชิงสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ เช่น ความเป็นเพื่อน เป็นมิตร หรือคู่รัก ในวิชาชีพด้านสุขภาพพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและยกเลิกสัมพันธภาพนั้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีจริยธรรม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่สร้างขึ้นเพื่อให้บรรลุความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพกับผู้ป่วย[1]

ตารางที่ 1.2 ความแตกต่างระหว่างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพและเชิงสังคม

ลักษณะ	สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ	สัมพันธภาพเชิงสังคม
พฤติกรรม	มีมาตรฐานด้านจริยธรรมและวิชาชีพเป็นแนวทาง	ทั้งสองฝ่ายปฏิบัติตามความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคล
การตอบแทน	พยาบาลได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย	ไม่มีการได้รับค่าตอบแทนในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น
ระยะเวลาของสัมพันธภาพ	ระยะเวลาของสัมพันธภาพมีจำกัดเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาล	ระยะเวลาของสัมพันธภาพอาจยาวนานชั่วชีวิต

ลักษณะ	สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ	สัมพันธภาพเชิงสังคม
สถานที่	ในสถานที่ที่ปฏิบัติการพยาบาลตามความจำเป็น	สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นตามโอกาสและไม่จำกัดสถานที่
วัตถุประสงค์	สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายเฉพาะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย	สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายอยู่ที่ความพอใจ
โครงสร้าง	พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย	ไม่มีโครงสร้างที่แน่ชัด
ความสมดุลของอำนาจ	สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นไม่เท่าเทียมกัน พยาบาลมีอำนาจมากกว่า เนื่องจากมีความรู้ หน้าที่ในตำแหน่ง และสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยได้	สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นมีความเท่าเทียมกัน
ความรับผิดชอบ	พยาบาลมีความรับผิดชอบที่จะสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ	ความรับผิดชอบเท่าเทียมกันเพื่อสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ
การเตรียมการเพื่อสัมพันธภาพ	พยาบาลต้องมีการวางแผน การเตรียมการมีความรู้ และได้รับการฝึกฝน	ทั้งสองฝ่ายไม่ต้องการความรู้ การเตรียมการ และการฝึกฝน

พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะการประเมินปัญหาจนกระทั่งถึงระยะประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังเท่าที่ทำได้ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายของการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีบทบาทอย่างกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การสอบถามผู้ป่วยในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจ และแสดงความรับผิดชอบต่อการทำของตนเองและยังสามารถเรียนรู้ถึงการประเมินอาการของตน นอกจากนั้น ยังทำให้การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการบำบัดรักษา ความสำเร็จของการรักษา และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมาชิกของทีมบำบัด

พยาบาลในฐานะสมาชิกของทีมบำบัดเป็นการบ่งบอกถึงตัวตน การตระหนักรู้ และการแสดงความรู้สึกในฐานะสมาชิกของทีมบำบัดเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนักอยู่เสมอเมื่อต้องแสดงความรู้สึกต่อผู้ป่วย ในหลาย ๆ สถานการณ์ความรู้สึกของพยาบาลอาจถูกกระตุ้น เช่น ประเด็นด้านเพศ ศาสนา หรือสถานการณ์ที่ทำให้พยาบาลหวนคิดถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ของตนเองในอดีต ซึ่งความรู้สึกนั้นอาจทำให้พยาบาลเกิดความไม่สบายใจ เกิดความกลัว เจ็บปวด ทำให้การตัดสินใจบกพร่อง หรืออาจทำให้การตระหนักรู้ในตนเองบกพร่อง ดังนั้นหากพยาบาลไม่ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกในการปฏิบัติงานกับผู้ที่ปัญหาทางจิตเวช อาจทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงทั้งพยาบาลและผู้ป่วยได้ ตัวอย่างเช่น พยาบาลอาจแสดงความไม่ยอมรับ หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยบางคน ปฏิเสธความรู้สึก และโยนความผิดให้กับผู้ป่วย ถ้าปัญหาของผู้ป่วยทำให้พยาบาลระลึกรถึงประสบการณ์เลวร้ายในอดีตซึ่งพยาบาลอาจจำได้หรือจำไม่ได้ อาจทำให้พยาบาลลดค่าความรู้สึกหรือพยายามหลบหนีตนเองจากผู้ป่วย ในที่สุดการปฏิบัติการพยาบาลเป็น

สิ่งที่ทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นทุกข์ หดใจในการทำงาน และลาออกจากงาน ความพยายามไม่สนใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นมักนำไปสู่การตระหนักรู้ในความรู้สึกของผู้ป่วยลดลง รับทวนสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด และเพิ่มความเครียดให้แก่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พึงระลึกว่าการตอบสนองความรู้สึกต่อผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทเชิงวิชาชีพที่พยาบาลต้องรับรู้และรับผิดชอบ ในการเพิ่มความตระหนักรู้ของพยาบาลสามารถดำเนินการผ่านการประชุมร่วมกันกับทีมบำบัด

การสอนผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว

การสอนผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาล ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การสอนผู้ป่วยมีหลายรูปแบบ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว จากการประเมินปัญหา เมื่อมีการวางแผนการจำหน่าย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย หรือผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวเพื่อการสอนประกอบด้วย

- ระดับความรู้ความเข้าใจ
- สิ่งที่กำลังจิตใจเป็นอันดับแรก
- การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการความรู้
- ระดับการรู้สติ ความสนใจ ระยะเวลาของความสนใจ สมาธิ
- อาการประสาทหลอนหรืออาการทางจิตประสาท
- ผลกระทบจากยารักษาโรคจิต
- ความจำระยะสั้นและระยะยาว
- ภาษา ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ ระดับการศึกษา
- ความบกพร่องด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือด้านการรับรู้อื่น ๆ
- วิธีการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ
- ปัจจัยด้านวัฒนธรรม
- ความบกพร่องด้านการเรียนรู้
- แรงจูงใจในการเรียน
- อุปสรรคในการเรียน (ปฏิสัธย์ อายุเกี่ยวกับอาการทางจิต)

อาการของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลอาจไม่เหมาะสมสำหรับการสอนและการเรียนรู้ของผู้ป่วย หรืออาจมีหลายปัจจัยที่ลดประสิทธิภาพของการสอน อย่างไรก็ตาม การรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอาจเป็นโอกาสเดียวสำหรับการเรียนรู้และได้รับข้อมูลบางอย่าง (โดยเฉพาะเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตและกิจกรรมการดูแลตนเอง) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ การนัดหมายเพื่อติดตามผลอาจกำหนดไว้สำหรับการสอนครั้งต่อไปหลังจากจำหน่ายไปแล้ว หากผู้ดูแลและครอบครัวสามารถช่วยในการเสริมสร้างการเรียนรู้ พยาบาลควรให้คำแนะนำการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การเลือกรูปแบบการสอนที่เหมาะสมที่สุดกับ

ผู้ป่วยและสถานการณ์ก็มีความสำคัญเช่นกัน เทคนิคการสอนและเครื่องมือต่าง ๆ สามารถนำมาบูรณาการเข้ากับแผนการสอนตามความต้องการของผู้ป่วย เครื่องมือการสอนที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

- การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในกลุ่มหรือรายบุคคล
- การสร้างบทเรียนความรู้หรือการฝึกทักษะง่าย ๆ ด้วย การวาดภาพ หรือรูปภาพประกอบ
- การพูดคุยในกลุ่มเกี่ยวกับหัวข้อทั่วไป เช่น การใช้ยาอย่างปลอดภัย การปฏิบัติตามแผนการรักษา
- การทำกิจกรรมทางสังคมและการผ่อนคลาย เป็นการสอนทักษะทางสังคมและทักษะการผ่อนคลาย
- การแสดงบทบาทสมมติเป็นแสดงการใช้ทักษะ พฤติกรรม และการสื่อสารที่เหมาะสม

หัวข้อที่เหมาะสมในการสอน เช่น

- ภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน สุขวิทยาส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ
- สุขภาพอารมณ์ เช่น วิธีการแสดงความรู้สึก วิธีการเพิ่มการปลดปล่อยทางอารมณ์ การเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง
- การจัดการกับความเครียด เช่น การค้นหาปัจจัยกระตุ้นความเครียด การตรวจสอบการตอบสนองต่อความเครียดของตนเอง เทคนิคการผ่อนคลาย และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเจ็บป่วย
- ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น การใช้กระบวนการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ การจำแนกปัญหา การจำแนกเป้าหมาย การจำแนกและสำรวจผลลัพธ์ การเลือกทางเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการประเมินเพื่อการทบทวนการแก้ปัญหา
- ทักษะการสื่อสาร เช่น เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสดงความต้องการของตนเอง ทักษะการฟัง เทคนิคการกล้าแสดงออก
- ทักษะทางสังคม เช่น การพัฒนาความไว้วางใจ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมที่เหมาะสมทางสังคม และในที่สาธารณะ การรับประทานอาหารกับผู้อื่น การรับประทานอาหารในร้านอาหาร การมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิด การกล่าวคำว่า ‘ไม่’ ในกิจกรรมที่ไม่สนใจ
- กิจกรรมงานอดิเรก เช่น การระบุกิจกรรมงานอดิเรกที่สนใจ วิธีการเข้าถึงแหล่งนันทนาการในชุมชน การใช้ห้องสมุดประชาชน
- แหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น การจำแนกและการใช้บริการในสังคม กลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชน การขนส่ง กลุ่มศาสนา หรือกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ
- ทักษะด้านอาชีพ เช่น ความรับผิดชอบของลูกจ้าง ทักษะการสัมภาษณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสมในที่ทำงาน
- ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการด้านการเงิน (การเปิดบัญชีธนาคาร การจ่ายค่าเช่า การจ่ายค่าใบแจ้งหนี้) การใช้โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต และการซื้อของในร้านค้า

- กระบวนการด้านจิตวิเคราะห์ เช่น ภาวะโศกเศร้า ระยะพัฒนาการในขั้นต่าง ๆ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การใช้ประโยชน์ทฤษฎีภูมิหรือประโยชน์ทางอ้อม (การเรียกร้องความสนใจ เรียกร้องความเห็นอกเห็นใจ หรือข่มขู่จากการเจ็บป่วยของตนเอง)
- ความผิดปกติทางจิต เช่น ความผิดปกติด้านการกิน โรคจิตเภท พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
- ความเจ็บป่วยด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เช่น โรค HIV/เอดส์ โรคเบาหวาน พาร์กินสัน
- การป้องกันโรค เช่น การป้องกันโรค HIV โรคติดต่อต่าง ๆ การหยุดบุหรี่
- ความสัมพันธ์เชิงกิจกรรม เช่น ความสัมพันธ์ของสุขภาพ ประโยชน์ทฤษฎีภูมิ การออกกำลังกายตามข้อต่าง ๆ ความปลอดภัย และความเจ็บป่วยด้านโรคประสาท
- ข้อมูลเกี่ยวกับยา เช่น อาการข้างเคียง ขนาด การกินยา และข้อมูลที่เฉพาะอื่น ๆ อาการและอาการแสดงเมื่อได้รับยาเกินขนาดหรือเป็นพิษ

4. บทบาทของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีบทบาทที่สำคัญในความสัมพันธ์เพื่อการบำบัด สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องดำเนินการ คือ การทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมหรือวางแผนในการบำบัดให้มากที่สุด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยระบุเป้าหมายของการบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมองบทบาทของตนเองอย่างกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัด การสอบถามผู้ป่วยเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้สึกในการควบคุมการบำบัดและความรับผิดชอบของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะประเมินอาการของตนเอง นอกจากนี้ ยังสามารถมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการบำบัด ความคืบหน้า และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลในที่สุด

ความรับผิดชอบของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด อาจเป็นการยอมรับทั้งหมดหรือรับผิดชอบบางส่วน เนื่องจากอาการของผู้บริการ ระดับของความรับผิดชอบของผู้ป่วยควรมีมากขึ้นตามระยะเวลาที่รับการรักษา ความรับผิดชอบที่สำคัญของผู้ป่วยประกอบด้วย

- ตระหนักและยอมรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในลักษณะของความคิดเชิงบวกที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี
- ตระหนักและยอมรับพยาบาลในฐานะผู้บำบัด
- ตระหนักและยอมรับปัญหาทางอารมณ์ของตนเอง
- ยอมรับความรับผิดชอบในอารมณ์ของตนถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ยากลำบาก
- ยอมรับบทบาทในการบำบัดของตนเองอย่างกระตือรือร้น
- มีแรงจูงใจในการดำเนินการเพื่อการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ

- มีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลอย่างกระตือรือร้นเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ตระหนักและยอมรับว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน
- รายงานข้อมูลต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ถึงแม้ว่าข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การสื่อสารระหว่างทีมบำบัด

ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญของบทบาทการพยาบาลสุขภาพจิต ทักษะเหล่านี้ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้กับทีมสหวิชาชีพ โดยพื้นฐานแล้วทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นพื้นฐานของการบำบัดที่มีให้กับผู้ป่วย ความรู้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และเป็นข้อมูลย้อนกลับของการบำบัด

การสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยของพยาบาลต่อสมาชิกทีมสุขภาพตามรูปแบบ SBAR เป็นรูปแบบการสื่อสารมาตรฐานเพื่อให้โอกาสแก่พยาบาลในการซักถามและตอบคำถาม การส่งต่อข้อมูลตามรูปแบบ SBAR ยังเป็นเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยโดยอยู่ในรูปแบบที่สั้นกระชับ ครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นและมีประสิทธิผล และยังพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล การสื่อสารตามรูปแบบ SBAR ประกอบด้วย[4]

1. S – situation สถานการณ์หรือปัญหาที่ทำให้ต้องรายงาน
2. B – background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ (อาจเพิ่มคำพูดของผู้ป่วย)
3. A – assessment การประเมินสถานการณ์
4. R – recommendation ข้อเสนอแนะ

รายละเอียดของ SBAR เทคนิคแต่ละขั้นตอนมี ดังนี้

1. S - situation ผู้รายงานระบุสถานการณ์อย่างสั้นๆ ได้แก่ การระบุตัวผู้รายงาน โดยเริ่มต้นแจ้ง ชื่อ ตำแหน่งของตนเอง แจ้งชื่อผู้ป่วยและสถานที่ที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาหรือหมายเลขห้อง/เตียง รายงานสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบแบบรวบรัดกระชับ เวลาที่เกิด ความรุนแรง
2. B – background ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ ได้แก่ การให้ข้อมูลทางคลินิกหรือตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เช่น วันที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรคแรกรับการรักษา รายการยาที่ผู้ป่วยใช้ สารน้ำที่กำลังให้ ประวัติแพ้ยา ประวัติการใช้ยาเดิม เป็นต้น รายงานสัญญาณชีพล่าสุด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และวันเวลาที่ทำการทดสอบ ผลการทดสอบครั้งที่แล้ว เพื่อเปรียบเทียบ (ถ้ามี) ข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ (ถ้ามี)

3. A - assessment การประเมิน ได้แก่ การสรุปสิ่งที่สังเกตเกี่ยวกับสถานการณ์ในมุมมองของตนเอง รายงานสิ่งที่ตนเองสังเกตเห็น ภาวะรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน ผลการวิเคราะห์และพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ของตนเอง ปัญหานี้เป็นปัญหารุนแรงหรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือไม่

4. R – recommendation ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย อะไรที่คิดว่าจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ข้อเสนอแนะหรืออะไรที่จำเป็นในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย มีทางออกอะไรที่สามารถเสนอแก่ทีมสุขภาพได้บ้าง อะไรที่คิดว่าต้องการจากแพทย์ในการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

ตารางที่ 1.3 ตัวอย่างการส่งเวรผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

S	วันนี้วัน/เดือน/ปี.....ผู้ป่วยเตียง....ชื่อ.....อายุ 32 ปี....เพศ...หญิง....การวินิจฉัยโรคแรกรับ... depression & substance abuse ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาเมื่อคืนเวลา 2 นาฬิกา...แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย..... เหตุผลของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล suicidal ideations อาการปัจจุบัน ยังมีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีความคิดฆ่าผู้อื่น ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด ข้อควรระวัง ระวังการฆ่าตัวตายและอาการถอนพิษสารเสพติด อาการแพ้ยาหรือสารอื่น ๆ ไม่มี ปัญหาอื่น ๆ อาศัยอยู่กับแฟนและถูกทำร้ายร่างกาย มีภาวะแท้งไปเมื่อเร็ว ๆ นี้ เสพยาบ้า
B	ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน
A	พฤติกรรม นอนหลับหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อารมณ์ ร้องไห้ระหว่างการเข้ารับการรักษา ปัญญา รู้สึกสิ้นหวัง สังคม กังวลใจเกี่ยวกับการอาศัยอยู่กับแฟนและการถูกทำร้าย
R	การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโดยการตรวจผู้ป่วยทุก 15 นาที การเฝ้าระวังอาการถอนพิษยาบ้าตามแผนการพยาบาล

6. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

ความสามารถในการปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยเป็นหนึ่งในทักษะที่สำคัญที่สุดที่พยาบาลสามารถพัฒนาได้ แม้ว่าปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดจะมีความสำคัญในทุกสาขาวิชาการพยาบาล แต่ปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดมีความสำคัญเป็นพิเศษสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเนื่องจากปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดและการสื่อสารเป็นรากฐานของการบำบัดและความสำเร็จ โดยพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่สุด

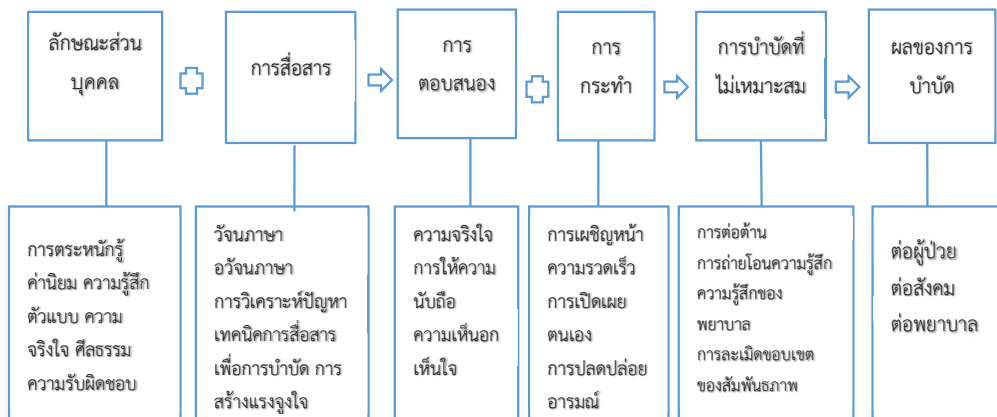
ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

1. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย** หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วย เช่น อาการทางจิตที่อาจรบกวนการสื่อสาร การหยั่งรู้บกพร่องอาจทำให้รับรู้ความเป็นจริงของผู้ป่วยเปลี่ยนไป ผู้ป่วยที่ขาดแรงจูงใจในการรักษาอาจให้ข้อมูลที่ต่อต้านการบำบัด
2. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล** หมายถึง ปัจจัยที่เกิดจากตัวพยาบาล เช่น ระดับของประสบการณ์ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ บุคลิกภาพ และวิธีการสื่อสารของพยาบาล ความสามารถของพยาบาลในการสื่อถึงความเอาใจใส่และยอมรับผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในการแบ่งปันข้อมูลที่ไวต่อความรู้สึก ความสามารถในการสื่อถึงความจริงใจ วัฒนธรรม อายุ ศาสนา เพศสภาพ ระดับเศรษฐกิจฐานะที่ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ปัจจัยที่ส่งเสริมการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลประกอบด้วย[5]
 - 2.1 ความไว้วางใจ (trust) หมายถึง ความสามารถในการแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลต้องการความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะไว้วางใจในตัวพยาบาลก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าพยาบาลมีความซื่อสัตย์และมีความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจยังเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีพฤติกรรมสอดคล้องกับสิ่งที่ตนพูด พฤติกรรมบางอย่างยังสามารถส่งเสริมความไว้วางใจ เช่น ความเป็นมิตร เอาใจใส่ สนใจ เข้าใจ มีพฤติกรรมคงเส้นคงวา ดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลหรือมนุษย์คนหนึ่ง เข้าถึงได้ แนะนำแต่ไม่สั่ง รักษาสัญญา รับฟัง และซื่อสัตย์ ถึงแม้ว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมักให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือกันเนื่องจากความเจ็บป่วยพยาบาลยังคงต้องสื่อสารที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกันเสมอ
 - 2.2 ความจริงใจ (genuine interest) หมายถึง ความสามารถในการแสดงความรู้สึก ความกังวลใจ ซื่อสัตย์ และจริงใจที่แท้จริงต่อตัวเองและต่อผู้ป่วย ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ไม่ซื่อสัตย์และไม่จริงใจของพยาบาลได้ เช่น การสอบถามแต่ไม่รอคำตอบ พูดฝ่ายเดียว หรือบอกว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ดังนั้นเมื่อพยาบาลรู้สึกสบายใจ ตระหนักถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง และมีเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความจริงใจของพยาบาล ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสอบถามว่าเขาเห็นในสิ่งที่ผู้อื่นไม่เห็น (อาการประสาทหลอน) พยาบาลสามารถอธิบายโดยพูดว่า ‘ตามที่คุณไม่สบายและอาการเจ็บป่วยทำให้คุณมีปัญหานี้ อาการเหล่านี้จะหายไปหลังจากคุณได้รับการรักษาไประยะหนึ่งแล้ว’ พยาบาลได้อธิบายอาการประสาทหลอนอย่างตรงไปตรงมากับผู้ป่วยด้วยความจริงใจ
 - 2.3 ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการรับรู้ความหมาย ความรู้สึก ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่แท้จริง และสามารถจินตนาการถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อสื่อสารความเข้าใจนั้นให้กับผู้ป่วย โดยรักษาระยะห่างทางอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเข้าใจถูกต้อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับความเครียดที่เผชิญและอาการทางจิตที่เกิดขึ้น พยาบาลตอบสนองโดยรับฟัง ให้คำปรึกษา และสัมผัสที่แขนของผู้ป่วย

- 2.4 การยอมรับ (acceptance) หมายถึง การยอมรับว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า โดยไม่ตัดสิน ไม่กดดัน และไม่คุกคามผู้ป่วยไม่ว่าพฤติกรรมของเขาจะเป็นเช่นไร การยอมรับไม่ได้หมายถึง การยอมรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทั้งหมด ซึ่งพยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความหนักแน่นและชัดเจนโดยไม่มีความโกรธหรือตัดสิน ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยพยายามจับมือพยาบาล การตอบสนองที่ไม่เหมาะสม – พยาบาลพูดว่า : คุณกำลังทำอะไรอยู่ ฉันไปดีกว่า เจอกันพรุ่งนี้ การตอบสนองที่เหมาะสม – พยาบาลพูดว่า : คุณ...อย่าจับมือฉัน เรากำลังพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคุณกับครอบครัว ซึ่งคุณไม่จำเป็นต้องจับมือฉัน
- 2.5 การมองโลกในแง่บวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) เป็นแนวคิดด้านจิตบำบัดของโรเจอร์ หมายถึง การแสดงการมองโลกในแง่บวกโดยไม่ตัดสิน นับถือ และเข้าใจผู้ป่วย ไม่ต้องการความรักหรือความสนใจ แต่ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลจะยอมรับทุกการกระทำของผู้ป่วย ไม่ว่าพวกเขาจะพูดหรือทำอะไรก็ตาม ไม่ว่าพยาบาลจะชอบหรือไม่ชอบผู้ป่วยก็ตาม แต่พยาบาลยอมรับว่าเขาเป็นใครในระดับที่ลึกกว่าพฤติกรรมที่ปรากฏ การมองโลกในแง่บวกอย่างไม่มีเงื่อนไข มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยแบ่งปันความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมกับพยาบาลอย่างเปิดเผยมากยิ่งขึ้น โรเจอร์เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีแรงกระตุ้นและความปรารถนาโดยสัญชาตญาณ 2 อย่างที่ทำให้การมองโลกในแง่บวกอย่างไม่มีเงื่อนไขเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แรงขับพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ในสังคม และความต้องการกำหนดตนเองหรือความรับผิดชอบในการเลือกเส้นทางของตนเอง ดังนั้นเมื่อพยาบาลยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขก็ต่อเมื่อพยาบาลเคารพความต้องการผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง และใช้ทัศนคติว่าผู้ป่วยกำลังพยายามอย่างเต็มที่ด้วยเครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ในการขับเคลื่อนการตัดสินใจและการกระทำของเขา ตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยแบ่งปันความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมกับพยาบาลในเรื่องศีลธรรมหรือสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ ในกรณีนี้ พยาบาลสามารถแสดงการมองโลกในแง่บวกอย่างไม่มีเงื่อนไขโดยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกและสิ่งที่เขาเชื่อว่าเป็นแรงขับเคลื่อนความคิดหรือพฤติกรรม แทนที่จะเน้นว่าการกระทำของผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นหรือเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรมหรือผิดกฎหมาย อีกตัวอย่างหนึ่ง พยาบาลมีโอกาสดังกล่าวในการมองโลกในแง่บวกอย่างไม่มีเงื่อนไขเมื่อผู้ป่วยเล่าถึงนิสัยหรือพฤติกรรมกับพยาบาลเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือการกระทำที่เป็นผลเสียกับตนเอง เช่น การใช้สารเสพติด การกินมากเกินไป แทนที่จะตำหนิหรือเพิกเฉยต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย พยาบาลอาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าพฤติกรรมนั้นเป็นอันตราย ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงแสดงออกมาว่าผู้ป่วยยังมีค่าคู่ควรกับความรักและการดูแลเอาใจใส่เพื่อที่จะมีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่เป็นสุข
3. การถ่ายโอนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล/ผู้บำบัด (transference) เป็นความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สมเหตุสมผลและมักไม่เหมาะสมที่มีต่อพยาบาล โดยแบ่งออกได้เป็นความรู้สึกเชิงบวก เช่น ความรู้สึกเคารพ รัก เป็นมิตร ร่วมมือกับพยาบาลหรือผู้บำบัด และความรู้สึก

เชิงลบ เช่น โกรธ น้อยใจ เกลียด ต้องการเป็นคู่แข่ง ฯลฯ ซึ่งที่มาของความรู้สึกเหล่านี้ อาจเกิดจาก เหตุการณ์จริงที่เกิดในบริบทของการบำบัด หรือเกิดจากการโยกย้ายความรู้สึกในจิตใต้สำนึกที่เคยมี ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยในอดีต (เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่า ตายาย) ไปยังผู้บำบัด ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยในปัจจุบัน ซึ่งจะมีมากหรือน้อยนั้นก็ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ในอดีตที่เก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึกด้วย

4. **ความรู้สึกของพยาบาลต่อผู้ป่วย (countertransference)** เป็นความรู้สึก ความคิด และ พฤติกรรมของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก เช่น รักห่วงใย สงสาร หรือด้านลบ เช่น หมั่นไส้ เกลียดชัง เบื่อหน่าย ฯลฯ สิ่งที่พยาบาลควรทำ คือ คอยสังเกตอารมณ์จิตใจของตนเอง ให้ดี เมื่อพบว่าตนเองมีความรู้สึกบางอย่างเกิดขึ้นก็ให้พยายามรู้เท่าทันมัน และต้องอย่าให้ความรู้สึก เหล่านี้ส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษา ค่อย ๆ ใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ในการเรียนรู้เพื่อให้เกิด ความเข้าใจในที่มาของความรู้สึกเหล่านี้ ซึ่งหากทำได้ดีนอกจากจะช่วยให้กระบวนการบำบัดประสบ ความสำเร็จแล้ว ยังช่วยให้พยาบาลมีความเติบโตทางบุคลิกภาพและจิตใจมากยิ่งขึ้น หรือพบว่าเกิด ความรู้สึกในด้านลบที่รุนแรงจนไม่อาจปรับปรุงได้ การแจ้งให้ผู้ป่วยได้ทราบทางเลือกที่จะเปลี่ยนตัว พยาบาล/ผู้บำบัดรักษาก็นับเป็นทางออกที่ดีอีกทางหนึ่ง
5. **การต่อต้าน (resistance)** หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยที่ต่อต้านการบำบัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดขวาง การสื่อสารหรือการบำบัด การต่อต้านของผู้ป่วยมักมีลักษณะของการปกป้องตนเอง โดยเฉพาะเมื่อ เกิดการเผชิญหน้าโดยตรง เมื่อเกิดการปฏิกริยาต่อต้านของผู้ป่วย พยาบาลควรเปลี่ยนประเด็นการ สนทนาชั่วคราว ตรวจสอบความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านโดยการให้ผู้ป่วยได้พูดหรือแสดงความรู้สึก ออกมา
6. **สภาพแวดล้อม สภาพที่นั้ง อุณหภูมิของห้อง สิ่งรบกวนต่าง ๆ (environment)** หมายถึง ปัจจัย สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ เช่น เสียง แสง สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ สภาพแวดล้อม ที่ความเป็นส่วนตัวแต่ปลอดภัย



ภาพที่ 1.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ทักษะการสื่อสาร

ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพเป็นหัวใจสำคัญของบทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทักษะการสื่อสารช่วยสร้างพันธมิตรด้านการรักษากับทีมสหวิชาชีพ ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้พยาบาลผ่านประสบการณ์ความทุกข์ทางอารมณ์ และพัฒนาสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้ป่วย การสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล หมายถึง การสื่อสารที่มีเป้าหมาย มีลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อพัฒนาความไว้วางใจปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางการพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ จำกัดพฤติกรรม กระตุ้น แนะนำ บ่งชี้ถึงความเอาใจใส่ทำงานเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย สอน และให้การปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ พยาบาลต้องตระหนักถึงผู้ป่วยและความต้องการของเขาเมื่อสื่อสารกับผู้ป่วย ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลทุกประเภทต้องมุ่งไปสู่ความต้องการของผู้ป่วยไม่ใช่ความต้องการของพยาบาล

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งไปสู่เป้าหมายของการบำบัด พยาบาลสามารถใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ความต้องการ ประสิทธิภาพของการรักษา อย่างไรก็ตามการสื่อสารเพื่อการบำบัดไม่ได้มีลักษณะที่เคร่งครัดเพื่อใช้ในการควบคุมผู้ป่วย แต่เป็นศิลปะอย่างหนึ่งที่มีความยืดหยุ่น กระตุ้น มีเทคนิค และใช้คำพูดของพยาบาลเอง การสื่อสารกับผู้ป่วยอาจเป็นนัยกับผู้ป่วยเงียบ ๆ ไปจนถึงการพูดแบบมีโครงสร้างซึ่งมีการเลือกใช้คำอย่างระมัดระวัง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลอาจใช้การสื่อสารทางสังคมเพื่อสอนหรือแสดงบทบาทสมมติทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นในสถานการณ์ใด พยาบาลต้องพึงระลึกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทในวิชาชีพพยาบาลซึ่งต้องเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วย

ในการใช้เทคนิคเพื่อการบำบัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลควรปฏิบัติตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. จับสัญญาณจากผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอยู่ในอาการสงบและมั่นใจ กังวลและกระวนกระวาย กระตือรือร้น และสนใจ สับสนหรือแฉ่งใสหรือคับข้องใจ
2. เลือกเทคนิคที่คิดว่าจะสนับสนุนการสนทนาเชิงบวกภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน
3. เสริมสร้างคำพูดของพยาบาลด้วยภาษากายอย่างระมัดระวัง ได้แก่
 - การสบตา
 - ถ้าจำเป็นควรนั่งเพื่อให้ระดับสายตาของพยาบาลอยู่ในระดับเดียวกับสายตาของผู้ป่วย
 - เอนตัวเข้าหาผู้ป่วยเล็กน้อย
 - มุ่งความสนใจทั้งหมดไปที่ผู้ป่วย (ต้องไม่ทำงานหลายอย่างพร้อมกัน)
 - พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเร็วและน้ำเสียงเดียวกับการสนทนาทั่วไป
 - หลีกเลี่ยงทำเยินหรือนั่ง อากัปกิริยา และการแสดงสีหน้าที่บ่งบอกถึงความไม่สนใจ ไม่อดทน หรือตัดสินผู้ป่วย

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นการใช่วิธีการต่าง ๆ ทั้งโดยใช้วัจนภาษา และอวัจนภาษาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง เข้าใจปัญหาของตน สามารถค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ตารางที่ 1.4 ตัวอย่างเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดและตารางที่ 1.5 เป็นการสื่อสารที่ไม่ใช่การบำบัดและการสื่อสารที่ควรใช้[6]

ตารางที่ 1.4 เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด	เหตุผลในการใช้	ตัวอย่าง
การใช้ความเงียบ (silence)	-ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการคิด -ให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดเรื่องใหม่ -ให้เวลาแก่ผู้ป่วยทำลายความเงียบ	-ผกศิริยะ สบตาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้เขาพูดต่อ -ปล่อยให้ผู้ป่วยพูดต่อไป
การยอมรับ (accepting)	-รับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและยืนยันว่าพยาบาลได้ยิน -บ่งชี้ (ทั้งคำพูดและไม่ใช้คำพูด) ว่าพยาบาลได้ยิน โดยไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด	-ผกศิริยะ : อืม -สบตา : ฉันเข้าใจ -ฉันกำลังคิดตามคุณอยู่
การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (giving recognition)	-รับรู้ ให้ความสำคัญ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคล โดยไม่ตัดสินผู้ป่วย -บอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่พยาบาลสังเกตเห็น -การรับรู้พฤติกรรมของผู้ป่วยและเน้นย้ำพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้คำชมอย่างเปิดเผย ซึ่งบางครั้งคำชมเชยอาจมองว่าเป็นการดูถูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพูดถึงกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งกาย	-สวัสดีคุณ...ฉันสังเกตว่าคุณหิวแล้ว -ฉันเห็นคุณสวมเสื้อผ้าเมื่อเช้านี้ -สวัสดีคุณ...ฉันเห็นว่าคุณมีหนังสือเล่มใหม่ -ฉันสังเกตว่าคุณกินยาหมดแล้ว (เป็นการดึงความสนใจไปที่การกระทำและสนับสนุนโดยไม่ต้องชมเชย)
การให้ข้อมูล (giving information)	-ให้ข้อมูลที่เป็นจริง หรือการตอบคำถามของผู้ป่วย ช่วยสร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และส่งเสริมความร่วมมือและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและเหตุผลของการเกิด และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม	-วันนี้เวลาบ่าย 2-3 น. ขอให้คุณ...เข้าร่วมกลุ่มประจำสัปดาห์ -หลังการรับประทานยารักษาอาการทางจิต คุณอาจรู้สึกง่วงนอนหรือเกิดอาการท้องผูก
การเสนอตน (offering self)	-เสนอตนว่ามีเวลาในการสนทนาโดยไม่มีเงื่อนไขและคาดหวังการตอบสนอง -สร้างความไว้วางใจโดยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลใส่ใจและสนใจ -แสดงว่าพยาบาลเห็นคุณค่าของผู้ป่วยและเต็มใจที่จะใช้เวลาและความสนใจ เช่น การเสนอตัวเป็นเพื่อนในการรับประทานอาหารกลางวัน ดูรายการทีวี หรือเพียงแค่นั่งกับผู้ป่วยสักพักก็ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้นได้ ซึ่งอาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเหงาและเครียด	-ฉันจะนั่งอยู่กับคุณ -ฉันจะมาพบคุณในอีก 15 นาที -ฉันจะนั่งกับคุณจนกว่าจะมีรถเข็นมารับ -ฉันจะเดินไปกับคุณ