แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ปริญญานิพนธ์

ของ

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

กรกฎาคม 2560

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ปริญญานิพนธ์

ของ

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

กรกฎาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

บทคัดย่อ

ของ

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

กรกฎาคม 2560

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ. (2560). *แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง*. ปริญญานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์: รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง, อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในการให้ความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจ และค้นหาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางการศึกษาแบบรายกรณี ผู้ให้ข้อมูลหลักได้จากการคัดเลือกอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังแบบเจาะจงจำนวน 6 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษาพบ 1) การให้ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรังสองประเด็นหลัก คือ 1.1) ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย ผู้เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ ผู้เป็นเหมือนญาติหรือเพื่อน ผู้เป็นเหมือนช่างเจียระไนเพชรในใจ และ 1.2) ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก 2) คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ 2.1) มีความเป็นมิตรจริงใจ 2.2) มีพรหมวิหารธรรม 2.3) มีความเสียสละ และ 2.4) มีความไวต่อความรู้สึก 3) มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัคร ได้แก่ 3.1) การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น 3.2) การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย 3.3) ความสุขทางจิตใจ 3.4) ความรู้สึกมีคุณค่า และ 3.5) ความต้องการเติบโตภายใน 4) แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ 4.1) การเตรียมความพร้อม– การรู้เขา การรู้เรา 4.2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความสัมพันธ์ ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ 4.3) การสำรวจความทุกข์ – ผ่านการฟัง ผ่านการสังเกต ผ่านการถาม และ 4.4) การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่างๆ การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า การช่วยปรับมุมมองความคิด การช่วยเป็นสื่อกลาง การลงมือช่วยเหลืออื่นๆ และข้อควรระวังในการช่วยเหลือสนับสนุน

PSYCHOLOGICAL SUPPORT GUIDELINE OF MENTAL CARE VOLUNTEERS FOR CHRONIC ILLNESS PATIENTS

AN ABSTRACT

BY

WANPIYA LERTPIYAWAN

Presented in Partial of the Requirements for the

Master of Arts in Applied Psychology

at Srinakharinwirot University

July 2017

Wanpiya Lertpiyawan. (2017). *Psychological Support Guideline of Mental Care Volunteers for Chronic Illness Patients.* Master of Arts (Applied Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang, Dr. Ujsara Prasertsin.

This research aims to understanding the meaning, characteristics and motivations of mental care volunteers for chronic illness patients. It also aims to explore the psychological support guideline of mental care volunteers for chronic illness patients. The research employed a qualitative research methodology and a case study approach. The data was gathered from six purposively selected key informants who are mental care volunteers for patients with chronic illness. An in-depth interview with semi-structured questions was used as main method for data collection.

The research revealed the following 1) the meaning of mental care volunteers for chronic illness patients can be categorized into two main groups which include 1.1) those who help and support chronic illness patients – those who are like a safe zone to patients, those who are like oasis for patients, those who are like families or friends and those who are like lapidary for the mind of patients; 1.2) those who help without wanting anything in return; 2) the characteristics of the volunteers are; 2.1) friendly and sincere 2.2) bearing Brahmavihara 2.3) having the quality of self-sacrifice to 2.4) having good sense 3) the motivations of the volunteers are; 3.1) wanting to be useful to others 3.2) wanting to learn about death 3.3) mental happiness 3.4) wanting to be valued 3.5) personal growth 4) the psychological support guideline of mental care volunteers for chronic illness patients are; 4.1) preparation – know the patients and yourself 4.2) creating good relationship with patients – building rapport, maintaining relationships and being cautious in relationships with patients 4.3) exploration of the distress of patients – by listening, observing and asking questions 4.4) providing help to patients – help patients release stress, encourage and make patients feel great about themselves, improve the attitudes of patients, be middlemen for the problems of patients, help with other problems and be cautious when helping patients by not giving them unrealistic hopes.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ของ

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

……..……..……คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

……ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……ที่ปรึกษาร่วม

(อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

……..……..……ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตุ้ยคัมภีร์)

……..……..……กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แววตา เตชาทวีวรรณ)

……..……..……กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

……..……..……กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน)

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อวงการการศึกษา เครือข่ายอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่สนใจต่อไป ซึ่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง และขอใช้พื้นที่ส่วนนี้เพื่อแสดงความขอบคุณอย่างสูงจากใจของผู้วิจัย

ด้วยความเมตตาจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน ที่คอยผลักดัน ช่วยชี้แนะ สละเวลาในการให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะตลอดกระบวนการวิจัย เพื่อให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณอาจารย์คณะกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตุ้ยคัมภีร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แววตา เตชาทวีวรรณ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้ง 5 ท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินดา วราสุนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง อาจารย์ ดร. อนันดา สัณฐิติวณิชย์ และอาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ รวมถึงอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความรู้และทักษะการทำวิจัยตลอดจนทักษะการใช้ชีวิตแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทุกท่านที่สละเวลาส่วนตน และให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ในการถ่ายทอดประสบการณ์ตลอดจนมุมมองและทัศนคติ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โครงการอาสาข้างเตียงที่นำพาให้ผู้วิจัยรู้จักและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ช่วยเอื้ออำนวยให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณลุงที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจ จนกระทั่งถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตคุณลุง ประสบการณ์ที่ได้รับมีประโยชน์ทั้งต่อปริญญานิพนธ์ฉบับนี้และต่อตัวผู้วิจัยเองอย่างประมาณค่าไม่ได้

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ทั้งรุ่น 1 และ รุ่น 2 ทุกท่านที่ร่วมเดินบนเส้นทางสายนี้ ตลอดจนเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือและส่งกำลังใจให้กันเสมอ ขอบคุณที่คอยผลักดันให้กำลังใจในยามที่ผู้วิจัยเกิดความย่อท้อ รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานต่าง ๆ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดาและมารดา ผู้ให้ชีวิตและสนับสนุนในการตัดสินใจเลือกเดินในเส้นทางต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุนในการศึกษาของบุตรคนนี้เสมอมา เข้าใจและเป็นกำลังใจให้ตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยทุ่มเทให้กับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายังขอขอบพระคุณท่านผู้มีอุปการคุณทั้งหลายที่มิได้เอ่ยนามในที่นี้จากใจจริง

วันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
	คำถามการวิจัย	5
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
	ขอบเขตการวิจัย	6
	ความสำคัญของการวิจัย	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	8
	ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังและเครือข่ายที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	9
	ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร	17
	ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ	23
	ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางจิตใจตามทักษะการให้การปรึกษา	38
	ส่วนที่ 5 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ – การศึกษาเฉพาะกรณี	54
	ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย	57
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	59
	ส่วนที่ 1 การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การคัดเลือกและวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	59
	ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
	ส่วนที่ 3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	64
	ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	66
	ส่วนที่ 5 การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล	67
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**	69
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	69
	ส่วนที่ 2 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	80
	ส่วนที่ 3 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	95
	ส่วนที่ 4 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	105

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	149
ส่วนที่ 1 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	149
ส่วนที่ 2 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	153
ส่วนที่ 3 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	157
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	166
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	167
บรรณานุกรม	169
ภาคผนวก	177
ภาคผนวก ก	178
ภาคผนวก ข	180
ภาคผนวก ค	184
ภาคผนวก ง	192
ภาคผนวก จ	210
ภาคผนวก ฉ	215
ประวัติย่อผู้วิจัย	223

บัญชีตาราง

ตาราง **หน้า**

1 ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นความต้องการของ Alderfer และ Maslow 28

2 ตารางสรุปแรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ 32

3 ระดับการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยมะเร็งในผู้ใหญ่ (4-Tier Model)..... 40

4 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามรายบุคคล..... 70

5 ข้อมูลวันที่สัมภาษณ์ ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 79

6 ตารางสรุปหลักธรรมที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ การนำไปใช้ และผลที่ได้..... 152

7 ทักษะที่ใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 163

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ **หน้า**

1 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 11

2 ความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow 27

3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิต 47

4 ลำดับขั้นจุลทักษะ 50

5 กระบวนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก..... 62

6 ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 87

7 คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง..... 94

8 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 105

9 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 147

10 แสดงภาพรวมความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจ และแนวทางการสนับสนุน ทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง..... 165

บทที่ 1
บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ทรัพยากรมนุษย์ หรือ “คน” เป็นทรัพยากรพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศชาติในด้านต่าง ๆ หากต้องการให้ประเทศเกิดการพัฒนา จึงควรเริ่มจากการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน ซึ่งส่วนที่สำคัญที่สุด คือ การพัฒนาจิตใจ ยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น สร้างเสริมจิตสำนึกที่ดีต่อตัวเองและส่วนรวม มีคุณธรรม จริยธรรม และคิดชอบ ทำชอบ (สรรเสริญ วงศ์ชอุ่ม, 2554, น. 67) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่กำหนดให้ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” โดยปรับวิธีคิดให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน หมายถึงการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของคนในปัจจุบัน สามารถสืบทอดต่อเนื่องไปในอนาคตได้ (สรรเสริญ วงศ์ชอุ่ม, 2554, น. 31) ซึ่งการให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนานี้ ทางคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังคงให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับล่าสุด (ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564) ที่ได้มีการกล่าวถึงการพัฒนาคน ทั้งในมิติของการเป็นทั้งคนดีและในมิติของการเป็นคนเก่ง และการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมในสังคมไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) ในส่วนของการพัฒนาคนทางด้านจิตใจ การปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เช่น ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเสียสละ การทำเพื่อส่วนรวม เป็นเรื่องที่ควรได้รับการสนับสนุนไม่น้อยไปกว่าการพัฒนาในเรื่องอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้สังคมมีความสันติสุขและเกิดการพัฒนาในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังเผชิญวิกฤติความเสื่อมถอยทางด้านจริยธรรม สังคมมีความเป็นวัตถุนิยมเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ความมีน้ำใจไมตรีน้อยลง การช่วยเหลือเกื้อกูลกันลดลง

กลุ่มคนที่เป็นตัวอย่างในการกระทำเพื่อส่วนรวมที่เริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น คือ กลุ่มคนที่เรียกว่า “อาสาสมัคร” (volunteers) ซึ่งหมายถึง กลุ่มคนที่เลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ และเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินทอง และการกระทำนั้นไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่ (ศุภรัตน์ รัตนมุขย์, 2548, น. 3) อย่างไรก็ตามการทำงานอาสาสมัครถึงจะไม่ได้รับผลตอบแทนในรูปแบบเงินทอง หรือวัตถุ แต่ก็มีการศึกษาหลายงานที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาสาสมัคร และพบว่าอาสาสมัครเองจะได้รับประโยชน์ในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น อาสาสมัครรู้สึกเกิดความงอกงามส่วนบุคคลขึ้น เห็นคุณค่าในตัวเอง เรียนรู้ว่าอะไรคือสิ่งสำคัญ

ในชีวิต (Claxton-Oldfield, 2015; Delaloye et al., 2015; Elliott & Umeh, 2013) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการทำงานของอาสาสมัครจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งส่วนตนและส่วนรวม การทำงานอาสาสมัครจึงเป็นการกระทำที่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้นในสังคม

การขับเคลื่อนงานอาสาสมัครในประเทศไทย เริ่มมีการขับเคลื่อนกันอย่างกว้างขวางภายหลังจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิเมื่อปลายปี 2547 หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน มีการประสานงานและทำงานร่วมกัน ทำให้แนวคิดและกระบวนการอาสาได้รับการพัฒนา และต่อยอดจากทุนทางสังคมเดิมที่มีอยู่จนเกิดการพัฒนาในหลายด้าน (กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง, 2553) โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีการรวมกลุ่มกันของอาสาสมัครมากมายหลายกลุ่ม มีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะการอาสาสมัครในหลายบริบท เช่น ด้านการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ด้านการศึกษา ด้านการพัฒนาชนบท รวมถึงด้านระบบสุขภาพ มีโรงพยาบาลหลายแห่งเล็งเห็นความสำคัญและได้ริเริ่มโครงการอาสาสมัครขึ้น เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) เป็นต้น โดยมีทั้งบุคลากร ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้สนใจเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างกิจกรรม เช่น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีการรวมตัวกันของอาสาสมัครเพื่อมาเล่นดนตรีให้ผู้ป่วยฟังขณะรอพบแพทย์ บริการตัดผมให้ผู้ป่วย บริการนวดผ่อนคลาย โรงพยาบาลรามาธิบดีมีชมรมฟื้นฟูชีวิตใหม่ ซึ่งมีการรวมกลุ่มของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติ มีกิจกรรมในการพบปะพูดคุยและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอาสาสมัครจากโครงการอาสาข้างเตียงมาเยี่ยมเยียน พูดคุย สนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเล็งเห็นความสำคัญและการเกิดกิจกรรมที่หลากหลายทำให้อาสาสมัครในระบบสุขภาพมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น และได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนกระบวนการอาสาสมัครในสังคมไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีความทุกข์ยาก ต้องการความช่วยเหลือ และกำลังใจเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่าการศึกษางานอาสาสมัครทางด้านระบบสุขภาพในต่างประเทศ จะให้ความสำคัญกับอาสาสมัครที่ทำงานกับผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายค่อนข้างมาก มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พบว่า ในศตวรรษที่ 21 ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ทวีความรุนแรง และแพร่กระจายมากขึ้น นานาประเทศประสบกับปัญหานี้ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเกิดมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขที่ทำให้อัตราการตายจากโรคเฉียบพลันและอุบัติเหตุลดลง คนอายุยืนยาว รวมถึงลักษณะการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีรายงานจากองค์การอนามัยโลกว่า ในปี ค.ศ. 2012 สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากโรคเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 68 (World Health Organization, 2014) ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบทั้งทางด้านมนุษย์ สังคม และเศรษฐกิจ (WHO, 2014, p.17) และข้อมูลทางสถิติโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันแต่ทว่ามีความรุนแรงมากกว่า คือมีข้อมูลที่บ่งชี้ให้เห็นว่า

ประเทศไทยมีภาระจากกลุ่มโรคเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงกว่านานาชาติ โดยในปี พ.ศ. 2552 พบประชากรเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 เมื่อเทียบกับการเสียชีวิตทั้งหมดในปีนั้น ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่มีสถิติอยู่ที่ร้อยละ 63 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย มักประสบกับความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย ความเศร้า ความกลัว และความกังวลต่ออาการป่วย มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดสุโขทัย โดยศึกษากับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จใช้วิธีสืบค้นข้อมูลหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว และเจ้าพนักงานสาธารณสุขประจำตำบลพยาบาลจิตเวช ผลการวิจัยพบว่านอกจากปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดแล้ว การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง ภาวะปวดเรื้อรังจากปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14 โรคมะเร็งร้อยละ 9.09 โรคอัมพาตหรือโรคเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 9.09 โรคเบาหวานร้อยละ 5.45 และเมื่อวิเคราะห์พหุสัมพันธ์พบว่าการป่วยอัมพาต หลอดเลือดสมอง ไขสันหลัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9 เท่า และการป่วยมะเร็ง 3.9 เท่า (อนุพงศ์ คำมา, 2556, น. 3-10) ซึ่งในโรงพยาบาลบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาททางด้านการรักษาทางร่างกายได้เป็นอย่างดี แต่อาจไม่ครอบคลุมถึงการทำความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยในมิติของสังคม และจิตใจ (Turner, 2000, p. 124) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลมีความเป็นไปได้น้อยมากที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางกาย จิตใจ ทั้งนี้เพราะภาระงานที่มากมายของบุคลากรทางการแพทย์ (เพชรลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น. 5) ซึ่งอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยน่าจะสามารถมาช่วยลดช่องว่างตรงนี้ได้ จะเห็นได้จากหลายโรงพยาบาลได้จัดหาอาสาสมัครเพื่อมาพูดคุยแลกเปลี่ยน รับฟังความทุกข์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่แนะนำให้สร้างเสริมระบบการดูแลสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ที่มีการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic care) ด้วย คือดูแลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระดับสากลอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลในทีมสหวิชาชีพที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่สำหรับในสังคมไทยยังอยู่ในระดับเริ่มต้นเท่านั้น (กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง, 2553)

ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักรอังกฤษ อินเดีย อาสาสมัครได้ช่วยสนับสนุนระบบสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน (Burbeck, Candy, Low, & Rees, 2014) เช่น ในสหรัฐอเมริกาอาสาสมัครเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดและก่อตั้งสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice)

และยังมีการสนับสนุนต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน จากการประมาณการจำนวนอาสาที่พบในสหรัฐอเมริกามีถึง 430,000 คน อาสาสมัครเหล่านี้ช่วยสนับสนุนในด้านต่าง ๆ กัน (National Hospice and Palliative Care Association, 2015, p. 12) มีรายงานว่าการสนับสนุนของอาสาสมัครเป็นมากกว่าการสนับสนุนทางด้านร่างกาย กล่าวคืออาสาสมัครเข้ามาช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ด้วย โดยพบในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 68 (Burbeck et al., 2014) หากจะกล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยในส่วนของร่างกาย อาสาสมัครก็จะมีบทบาทในส่วนของด้านการดูแลจิตใจเป็นหลัก (เพชรลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น.12)

สำหรับอาสาสมัครในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมไทย ซึ่งเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องสละเวลาส่วนตนมาทำงานอาสา พบว่าในบางโครงการที่ส่งเสริมการทำงานแบบอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยมีลักษณะการดำเนินงานที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาถึง 3 เดือน และอาจขยายระยะเวลาเพิ่มขึ้นในอนาคต รวมถึงงานอาสาสมัครในบริบทนี้ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครต้องเผชิญกับความทุกข์ของผู้ป่วยจากความเจ็บป่วยโดยตรงหรือจากเรื่องอื่น ๆ ของผู้ป่วย และต้องช่วยเหลือดูแลจิตใจบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย ผู้วิจัยพบโครงการที่มีการดำเนินงานในลักษณะนี้จำนวนหนึ่ง เช่น โครงการ “อาสาข้างเตียง” ซึ่งจัดทำโครงการโดยเครือข่ายพุทธิกา โครงการนี้จัดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2549 ด้วยการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และจัดต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากการพูดคุยเบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่ในโครงการอาสาข้างเตียง พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่อาสาสมัครให้การดูแล บางคนต้องอยู่โรงพยาบาลนานเป็นเดือน บางคนไม่มีญาติ หรือญาติเดินทางมาเยี่ยมไม่สะดวกเนื่องจากอยู่ต่างจังหวัด นอกจากต้องทนทุกข์จากอาการเจ็บป่วยทางกายแล้ว ความเครียด ความกังวล อาการซึมเศร้าก็พบได้มากเช่นกัน ซึ่งอาสาสมัครจะเข้ามามีบทบาทสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ ช่วยเยียวยาจิตใจเพื่อบรรเทาทุกข์ของผู้ป่วยได้ (เพชรลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556; Burbeck, Candy, Low, & Rees, 2014, p. 5; Elliott & Umeh, 2013, pp. 377-382)

จากการที่ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย พบการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแต่ในประเทศไทยยังพบงานวิจัยในส่วนนี้ไม่มาก โดยการศึกษาเชิงปริมาณส่วนมากเป็นการวิจัยประเภทสำรวจ สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพมีการศึกษาในหลายบริบท ซึ่งระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยเปิดเผยเรื่องราวในแง่มุมต่าง ๆ ของอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างหลากหลายและลึกซึ้ง (Burbeck et al., 2014) งานวิจัยที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์ และบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศพื้นที่ในการศึกษา มักเป็นสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่แนวคิดนี้ในสังคมไทยยังอยู่ในระดับเริ่มต้นเท่านั้น งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครในระบบสุขภาพ จะพบงานที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำการช่วยดูแลผู้ป่วยโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในชุมชน เช่น ศึกษาการรับรู้ของ

อสม. ศึกษาแรงจูงใจกับความผูกพันในงานของ อสม. ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับอาสาสมัครที่ไม่ใช่ อสม. พบเพียงงานของ กันธิชา เผือกเจริญ (2556) ที่ศึกษาหลักพุทธธรรมที่เกื้อกูลการทำงานจิตอาสา และกระบวนการทำงานของจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร และงานของ สวรรณกมล จันทรมะโน (2558) ที่ศึกษากับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) เพื่อค้นหาความหมาย รูปแบบ และกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ณ เวลาที่ผู้วิจัยทำการศึกษายังไม่พบงานวิจัยที่ลงลึกในประเด็นการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และในสาขาจิตวิทยาการปรึกษา

จากที่มาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการสนับสนุนทางจิตใจเป็นบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัคร ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนงานในระบบสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินกิจกรรมอาสาในบริบทนี้โดยเฉพาะในสังคมไทย ก็ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก ทั้งในส่วนของการพัฒนาอาสาสมัคร การพัฒนากลไกที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล บุคลากร และสังคมมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานของอาสาสมัคร การศึกษาในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเปิดพื้นที่ให้สังคมเห็นความสำคัญ ทั้งในส่วนของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และในส่วนของการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อค้นพบจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งจะเป็นส่วนส่งเสริมในการพัฒนาให้เกิดกระบวนการทำงานอาสาสมัครในระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน รวมทั้งยังเป็นประโยชน์ให้อาสาสมัครหรือผู้ที่สนใจได้เห็นแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวของผู้ป่วยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีมูลเหตุจูงใจในการทำงานอาสาสมัครอย่างไร
3. แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจในการให้ความหมายและคุณลักษณะของการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านวิธีวิทยาการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (case study approach) ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) และการศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และศึกษาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้เทคนิควิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล รวมทั้งใช้การสังเกต (observation) ร่วมในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ขอบเขตของผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี โดยกรณีในการศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) โดยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 6 ท่าน ซึ่งเป็นอาสามัครในโครงการอาสาข้างเตียง จำนวน 4 ท่าน และอาสาสมัครอิสระจำนวน 2 ท่าน 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง คือกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อใช้ในการตรวจสอบสามเส้าข้ามแหล่งข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่โครงการอาสาข้างเตียง 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน และเพื่อนอาสาสมัคร 2 ท่าน โดยในการศึกษาครั้งนี้เน้นข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหลัก ส่วนข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นอาสาสมัครจากโครงการอาสาข้างเตียงเท่านั้น

ความสำคัญของการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งทำให้รับรู้และเข้าใจแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ทำความเข้าใจอาสาสมัคร คัดเลือกอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วย และใช้เพื่อเป็นแนวทางเพื่อให้อาสาสมัครสามารถให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้ ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาอาสาสมัครในระบบสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปิดพื้นที่ให้สังคมเห็นความสำคัญ ทั้งในส่วนของอาสาสมัครและในส่วนของการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง บุคลากร และสาธารณชน ได้รับทราบและเข้าใจซึ่งจะช่วยให้เกิดความเคลื่อนไหว เกิดความร่วมมือ และเกิดการพัฒนาระบบอาสาสมัครเพื่อการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย ได้อย่างกว้างขวางและยั่งยืนต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดย

อาจจะมีระยะเวลาการดำเนินของโรคในระยะเริ่มต้น หรือผ่านไประยะหนึ่ง หรืออาจเป็นระยะสุดท้าย ดังนั้นการได้รับการดูแลรักษาจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรมของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยลดทอนความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความทุกข์ทางจิตใจร่วมกับทางกาย เช่น อาการวิตกกังวล เบื่อหน่าย เศร้าซึม กลัว หรือมีความคิดอยากตาย และพฤติกรรมนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจขึ้น คลายความวิตกกังวล ผ่อนคลาย เป็นการลดอารมณ์ทางลบ และเพิ่มอารมณ์ทางบวก อาจมีการใช้ทักษะทางด้านการให้การปรึกษาเช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การให้กำลังใจ การสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจ

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่สมัครใจในการให้การดูแล คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเคยมีประสบการณ์ในการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยผู้ป่วยที่รับการดูแลจากอาสาสมัครนั้นไม่ใช่ ญาติ เพื่อน หรือคนที่อาสาสมัครคุ้นเคยรู้จักกันดีอยู่แล้ว ซึ่งการกระทำนี้อาสาสมัครไม่ได้รับผลตอบแทนในรูปแบบค่าจ้าง เงินทอง หรือสิ่งของ

แรงจูงใจอาสา หมายถึง มูลเหตุจูงใจที่เป็นพลังผลักดันภายในจิตใจให้บุคคลตัดสินใจเป็นอาสาสมัคร และมีพฤติกรรมอาสาในการช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

กรณีศึกษา หมายถึง การศึกษารายบุคคลในอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตเป็นวิธีการในการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูล ความหมาย คุณลักษณะ แรงจูงใจในการทำงานอาสา และการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจในการให้ความหมาย และคุณลักษณะของการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อค้นหาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศในประเด็นสาคัญต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดหัวข้อที่ศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังและเครือข่ายที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

1.1 สถานการณ์และความสำคัญของโรคเรื้อรัง

1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

1.3 เครือข่ายที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร

2.1 ความหมายของอาสาสมัคร

2.2 องค์ประกอบและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร

2.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจอาสา

3.1 ความหมายของแรงจูงใจอาสา

3.2 ประเภทของแรงจูงใจ

3.2.1 แรงจูงใจปฐมภูมิ

3.2.2 แรงจูงใจทุติยภูมิ

3.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

3.3.1 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow

3.3.2 ทฤษฎี ERG ของ Alderfer

3.3.3 แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก

3.3.4 แรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ของ Clary

3.3.5 แรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อผู้อื่นของ Batson

3.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางจิตใจตามทักษะการให้การปรึกษา

4.1 การสนับสนุนทางจิตใจ

4.1.1 การสนับสนุนทางจิตใจเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย

4.1.2 ประโยชน์และรูปแบบในการสนับสนุนทางจิตใจ 4 ระดับ

4.1.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวของ

4.2 การช่วยเหลือและทักษะการให้คำปรึกษา

4.2.1 การช่วยเหลือ

4.2.2 กระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC

4.2.3 ทักษะในการให้คำปรึกษา

ส่วนที่ 5 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ – การศึกษาเฉพาะกรณี

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1 โรคเรื้อรังและเครือข่ายที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและเก็บข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการให้การดูแลและสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นสถานการณ์และความสำคัญของโรคเรื้อรังว่ามีการทวีความรุนแรง และอัตราของผู้ป่วยสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและผลกระทบทางด้านจิตใจนอกเหนือไปจากปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกาย รวมทั้งพบเครือข่ายที่มีการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครในบริบทของการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอข้อมูล โดยมีรายละเอียดแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์และความสำคัญของโรคเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases: NCDs) หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่าโรคเรื้อรัง (chronic disease) เป็นโรคที่ไม่สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ภาวะของโรคจะมีระยะเวลานาน และมีความก้าวหน้าของโรคอย่างช้า ๆ ในงานวิจัยนี้จะใช้คำว่าโรคเรื้อรังเมื่อกล่าวถึงโรคในกลุ่มนี้ โรคเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทยและมีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 5 โรค ได้แก่ 1) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) 2) โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular & cerebrovascular diseases) 3) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) 4) โรคมะเร็ง (cancer) และ 5) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) (สสส., 2552) อาการของผู้ป่วยนั้นมีหลากหลายรูปแบบตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น การสูญเสียการได้ยิน การปวดไขข้อ ปวดหลังส่วนล่าง จนไปถึงอาการเจ็บป่วยที่อันตรายถึงชีวิต องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นความสำคัญของกลุ่มโรคนี้ โดยถือว่าเป็นปัญหาที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งนานาประเทศต่างได้รับผลกระทบ

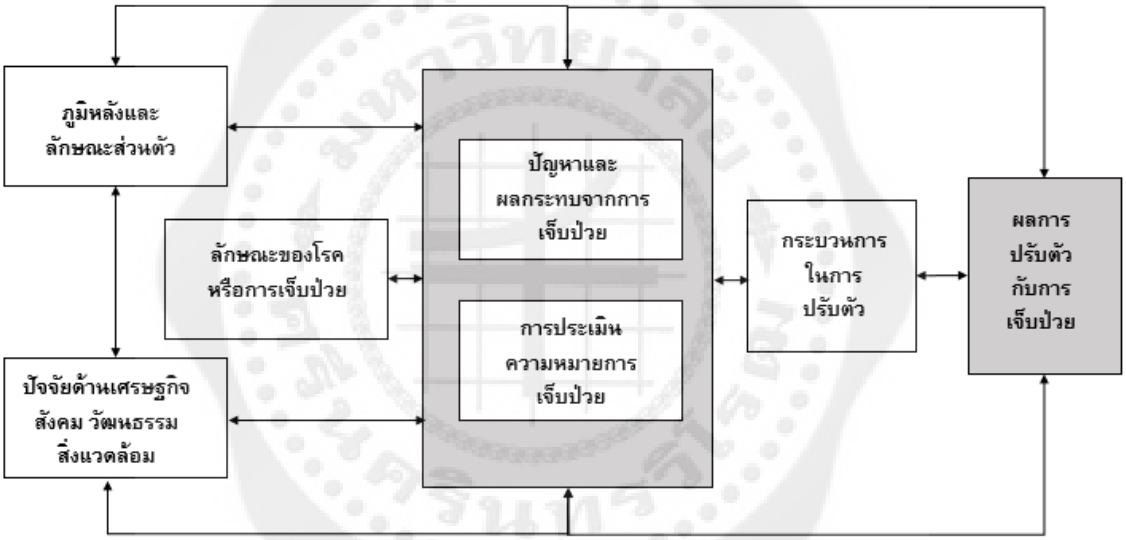
ทั้งทางด้านทรัพยากรมนุษย์ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ตามการรายงานขององค์การอนามัยโลก โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก จากสถิติในปี 2012 ร้อยละ 68 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรัง และร้อยละ 40 เสียชีวิตก่อนวัย 70 ปี (WHO, 2014) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับสถิติในหลายประเทศ เช่น ในออสเตรเลีย (AIHW, 2015) และในสหรัฐอเมริกา (National Health Council, 2014, p. 1) ในส่วนของประเทศไทยก็มีรายงานล่าสุดจากจากสำนักโรคไม่ติดต่อว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ซึ่งข้อมูลอัตราของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่พบในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รองจากมัลดีฟส์ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราของผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาและจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคในกลุ่มนี้ส่งผลกระทบไม่เพียงระดับบุคคล แต่รวมถึงระดับประเทศและระดับโลกด้วย ภาระทางเศรษฐกิจของโรคเรื้อรังไม่เพียงแต่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่รวมไปถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการขาดงาน การสูญเสียผลผลิต ความพิการ การเกษียณอายุก่อนวัย การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจากการมีผู้ดูแล ข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายจากโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด มีการประมาณค่าภาระทางเศรษฐกิจทั่วโลกอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น และแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาและจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557, น. 8)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีอัตราผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น และไม่เพียงส่งผลกระทบแต่กับผู้ป่วย แต่ส่งผลกระทบถึงครอบครัวผู้ป่วยจนกระทั่งถึงระดับประเทศ โดยส่งผลกระทบทั้งในเชิงทรัพยากรมนุษย์และเชิงเศรษฐกิจ และนอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ผู้วิจัยยังพบข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เช่นกัน

1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการปรับตัว ถ้าไม่สามารถปรับตัวหรือปรับตัวได้ไม่ดีก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา รวมทั้งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยมาก คือ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมีการดำเนินของโรคแบบก้าวหน้าและส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยจะพบมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและการเจ็บป่วย การประเมินความหมายต่อความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง และกระบวนการในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียดดังนี้ ปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและการเจ็บป่วยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภูมิหลังและลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ การปรับตัวที่ผ่านมา ความคิด ความเชื่อ ศาสนา 2) ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค เช่น ความรุนแรง อาการ ขั้นตอนและผลข้างเคียงจากการรักษา 3) ด้าน

สังคมเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ที่ให้การดูแลด้วย สำหรับการประเมินความหมายของการเจ็บป่วย คือการที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะพยายามหาทางยอมรับความจริงนั้น และหาความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ บุคลิกภาพ ความเชื่อ วิธีคิด ตลอดจนสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น บางคนมองว่าเป็นโชคร้าย เป็นการลงโทษ แต่ในขณะที่บางคนอาจมองว่าเป็นโอกาสในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ในส่วนของกระบวนการปรับตัว (Adaptive coping process) คือ การที่ผู้ป่วยพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ให้มีความรู้สึกดีขึ้น จัดการปัญหาต่าง ๆ และกลับสู่สมดุลได้ โดยกระบวนการปรับตัวของแต่ละคนจะเป็นไปตามความเคยชินหรือบุคลิกภาพของ คนคนนั้น (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 340-344) ทั้งนี้สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ที่มา: ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร. 2558. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี, บทที่ 25 ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย*. หน้า 340.

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบ โดยสามารถแบ่งได้เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรงและและปัญหาอื่นที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย โดยในส่วนของผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรง ได้แก่ 1) ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บ ความปวด การพิการ การเสียอวัยวะ การทรุดโทรมของร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ ไม่ได้ 2) ต้องเผชิญกับการรักษาและการตรวจวินิจฉัย ซึ่งการรักษาบางอย่างซับซ้อน เข้าใจได้ยาก ทำให้เกิดความกังวล 3) ต้องปรับตัวกับสภาวะแวดล้อมและกฎระเบียบในโรงพยาบาล

ซึ่งไม่คุ้นเคย ไม่มีความเป็นส่วนตัว อาจก่อให้เกิดความอึดอัด กลัว เบื่อหน่ายสับสน และ 4) ต้องสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยบางคนอาจอึดอัด วางตัวไม่ถูก เกรงใจ หรือไม่แน่ใจว่าจะซักถามหรือขอความช่วยเหลืออย่างไร สำหรับผลกระทบอื่น ๆ จากการเจ็บป่วยได้แก่ 1) ผู้ป่วยต้องรักษาสมดุลอารมณ์ของตัวเอง ต้องมีความหวัง อดทนกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น ต้องต่อสู้กับความท้อแท้ ความกลัว ความกังวล และความรู้สึกไร้ค่า ผู้ป่วยอาจโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุเป็นภาระ เพื่อรักษาความรู้สึกที่ดีต่อตัวเอง 2) ต้องปรับใจจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รู้สึกว่าไม่แข็งแรง น่าเกลียด ไร้สมรรถภาพ 3) ต้องเตรียมใจกับการพยากรณ์ของโรค ในขณะเดียวกันก็ต้องรักษาความหวังว่าจะดีขึ้นไว้ 4) ต้องรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว 5) ต้องจัดการปัญหาอื่น ๆ ในชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย การเรียน การทำงาน และ 6) ต้องปรับตัวกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้มีความรับผิดชอบ มาเป็นคนที่ทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือต้องออกจากงาน ดังนี้ (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 337- 340)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ไม่ว่าจะเกิดจากปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรง หรือเกิดจากปัญหาที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในงาน ของ Harter et al. (2007, อ้างถึงใน ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 337) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถพบความผิดปกติทางจิตเวชได้สูงถึงร้อยละ 43.7 เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง และมีความก้าวหน้าของโรคอย่างช้า ๆ ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติ ซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น มีความวิตกกังวลสูง ขาดความมั่นคงทางจิตใจ โกรธ รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจเบื่อหน่ายในการรักษา การกินยา รวมทั้งคาดหวังว่าจะหายจากการป่วย แต่เมื่อไม่หายจึงเกิดความผิดหวัง มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.3 และ 39.6 ตามลำดับ ในรายละเอียดของผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาการนอนหลับ ๆ ตื่น นอนหลับไม่สนิท มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ร้อยละ 47.9 รู้สึกเศร้าสะเทือนใจร้องไห้ง่าย ร้อยละ 46.4 และรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ร้อยละ 42.0 โดยผู้วิจัยได้สรุปให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดจนได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจ (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555, น. 439-444) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกับข้อค้นพบของ อนุพงษ์ คำมา (2556) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยรายที่มีปัญหาการปรับตัวอย่างรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยใช้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสุโขทัย ในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทำการเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์กับบุคคลในครอบครัว และเจ้าพนักงานสาธารณสุขประจำตำบลพยาบาลจิตเวชสืบค้นข้อมูลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่ง

การอภิปรายการวิจัยและผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการมีโรคประจำตัว เช่น อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งในทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง ภาวะปวดเรื้อรังจากปวดข้อ/ปวดเข่า/ปวดหลังเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเกิดภาวะพึ่งพิงต่อบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว และเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ท้อแท้ เบื่อหน่าย สะสมเป็นความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ สอดคล้องกับ Turner and Kelly (2000, p. 124) ที่กล่าวว่าอาการที่มักแสดงออกมาทางร่างกาย เช่น อาการนอนไม่ค่อยหลับ ไม่อยากอาหาร หรือไม่มีแรง พบได้เป็นปกติในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยส่วนมากทนทุกข์ทรมานก่อนที่จะปรับตัวได้ ผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่สามารถปรับตัวและความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นก็อาจพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้ ซึ่งส่วนใหญ่คือ โรคซึมเศร้า หรือ โรควิตกกังวล

การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวและรับมือกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยมีอยู่หลายวิธี โดยวิธีหนึ่งที่พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี คือการขอกำลังใจและการช่วยเหลือทางจิตใจจากผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยบางคนจะเก็บความรู้สึกไว้ ไม่กล้า หรือลำบากใจที่จะพูดหรือบอกเล่าให้ผู้อื่นฟัง ทำให้ไม่มีโอกาสในการรับการช่วยเหลือทางจิตใจ การได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ จะมีผลดีต่อกำลังใจและการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 343) อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลสนับสนุนทางจิตใจ ดังนั้นจึงควรมีจัดหาการสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยนอกจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว การร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่ องค์กรภายนอกหรือหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งกลุ่มอาสาสมัคร จะสามารถช่วยสนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการทางร่างกายและจิตใจได้ โดยการดำเนินงานแบบสหวิชาชีพจะช่วยลดผลกระทบของอาการป่วยเรื้อรัง เช่น การแยกตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วยได้ (Turner & Kelly, 2000, p. 127)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผลกระทบทางด้านจิตใจพบได้มากในผู้ป่วยเรื้อรัง และอาจรุนแรงถึงระดับการฆ่าตัวตายได้ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งรวมถึงมิติทางจิตใจด้วย ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้จะต้องต่อสู้กับภาวะเรื้อรังของโรคต่าง ๆ ซึ่งการดูแลจิตใจผู้ป่วยนี้ไม่ได้จำกัดแต่เพียงแพทย์ พยาบาล และครอบครัวเท่านั้น อาสาสมัครยังเข้ามามีบทบาทช่วยดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้ด้วย โดยในสังคมไทยเริ่มมีการเคลื่อนไหวทางด้านการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย เริ่มมีโครงการของเครือข่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาดำเนินงานในส่วนนี้ รวมถึงเครือข่ายที่มีการดำเนินงานแบบไม่แสวงหาผลกำไรด้วย

1.3 เครือข่ายที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจนั้น บางครั้งบุคคลากรทางการแพทย์อาจไม่สามารถทำได้เพียงพอ ซึ่งเนื่องมาจากภาระงานมากมายที่บุคคลากรต้องรับผิดชอบ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นก็เป็นอุปสรรคแก่การดูแลทางด้านจิตใจ (เพ็รชลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น. 5)

จึงเริ่มมีอาสาสมัครที่เข้ามาทำงานเพื่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อกลางปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านอาสาสมัคร 517 แห่ง และมีอาสาสมัครอย่างน้อย 8,000 คน (กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง, 2553) บางคนมาทำงานศิลปะเพื่อเยียวยาจิตใจผู้ป่วย บางคนมาเพื่อช่วยอำนวยความสะดวก และบางคนมาพูดคุยรับฟังสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย งานเหล่านี้ทั้งอาสาสมัครและผู้ป่วยต่างก็ได้ความสุขทางใจทั้งสองฝ่าย ถึงแม้ว่าการทำงานอาสาสมัครหลักสำคัญจะอยู่ที่ความเต็มใจและตั้งใจของอาสาสมัครที่จะทำเพื่อผู้อื่น แต่อย่างไรก็ตามอาสาสมัครที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมาจนระยะสุดท้าย ก็ควรได้รับการฝึกอบรมซึ่งเป็นการจำลองการปฏิบัติงานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งฝึกทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น การทำความเข้าใจผู้ป่วย การฟังอย่างลึกซึ้ง สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกนำเสนอข้อมูลของเครือข่ายและโครงการที่มีการดำเนินงานบางส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในลักษณะอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้

1.3.1 เครือข่ายพุทธิกา

เครือข่ายพุทธิกา เป็นองค์กรเอกชนด้านพุทธศาสนาที่ประกอบขึ้นจากความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านศาสนา การศึกษา เด็ก และอื่น ๆ 8 องค์กร (มูลนิธิโกมลคีมทอง มูลนิธิเด็ก มูลนิธิพุทธธรรม มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิสานแสงอรุณ มูลนิธิสายใยแผ่นดิน เสมสิกขาลัย และมูลนิธิเมตตาธรรมรักษ์) โดยมีเป้าหมายเพื่อการปกป้องและฟื้นฟูพระพุทธศาสนาและการประยุกต์ธรรมะมาใช้ในชีวิต (วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง, 2552, น. 14) เครือข่ายพุทธิกาได้จัดทำโครงการในหลายรูปแบบ เช่น โครงการสุขแท้ด้วยปัญญา โครงการฉลาดทำบุญ และในส่วนของโครงการที่มีการดำเนินงานกับผู้ป่วยคือโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ (เครือข่ายพุทธิกา, 2559) ซึ่งมีโครงการย่อยที่สำคัญคือ 1) โครงการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ และ 2) โครงการอาสาข้างเตียง ซึ่งแต่ละโครงการมีรายละเอียดดังนี้

1) โครงการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ

โครงการอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ เป็นโครงการของเครือข่ายพุทธิกา ที่ทำร่วมกับเสมสิกขาลัย (SEM - Spirit in Education Movement) ซึ่งเป็นหน่วยงานการกุศลภายใต้มูลนิธิเสฐียรโกเศศ-นาคะประทีป ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีจิตวิญญาณแบบองค์รวม (เสมสิกขาลัย, 2559) จุดเริ่มต้นของโครงการนี้สืบเนื่องมาจากเมื่อปี พ.ศ. 2543 พระไพศาล วิสาโล เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต ได้แปลหนังสือเรื่อง เหนือห้วงมหรรณพ และประตูสู่สภาวะใหม่ จากหนังสือคัมภีร์มรณศาสตร์แห่งธิเบต โดยท่านโซเกียล รินโปเช หลังจากการตีพิมพ์และเผยแพร่ออกไป ทำให้มีความสนใจต่อความรู้เรื่องการเผชิญความตายอย่างมาก อีกทั้งยังมีความต้องการฝึกฝนเรียนรู้อบรมอีกทางหนึ่งด้วย ในปี พ.ศ. 2546 เครือข่ายพุทธิกาจึงได้ร่วมกับเสมสิกขาลัยพัฒนาหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติ “เผชิญความตายอย่างสงบ” ขึ้นเป็นครั้งแรก (เครือข่ายพุทธิกา,

2559) และได้ดำเนินการอบรมต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน การอบรมนี้เปิดให้ผู้สนใจทั่วไปได้สมัครซึ่งมีค่าใช้จ่าย และมีระยะเวลาการฝึกอบรม 3 วัน โดยส่วนหนึ่งของการอบรมมีการฝึกทักษะการดูแลและให้สติผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านสถานการณ์จำลอง การเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อรับฟังให้กำลังใจ และฝึกภาวนาร่วมกับผู้ป่วย เมื่อโครงการอบรมครั้งแรกสิ้นสุดลง ผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมโครงการเผชิญความตายอย่างสงบได้รวมกลุ่มกันจนเกิดเครือข่ายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการอาสาข้างเตียง และบางคนได้สนใจในการสนับสนุนดูแลจิตใจผู้ป่วยและได้เป็นอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องต่อมา

2) โครงการอาสาข้างเตียง

โครงการอาสาข้างเตียงเป็นโครงการที่นำอาสาสมัครไปดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล โครงการนี้เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการเริ่มตั้งแต่การอบรมในเรื่องการเตรียมตัวตายอย่างสงบและการใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาทที่ทางเครือข่ายพุทธิกาจัดอบรมร่วมกับเสมสิกขาลัย โดยเริ่มจัดอบรมครั้งแรกในปีพ.ศ. 2546 ต่อมามีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลากรทางการแพทย์ และเกิดการรวมตัวกันของเครือข่ายดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายกลายมาเป็นโครงการอาสาข้างเตียงในที่สุด

ในครั้งแรกนั้น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีความพยายามที่จะพัฒนางานอาสาสมัครซึ่งเป็นบุคคลภายนอกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย จากการประสานงานของบุคคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายพุทธิกา ทำให้เกิดกิจกรรมการทำงานอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือนในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาปีพ.ศ. 2549 ด้วยการสนับสนุนทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านโครงการจิตอาสาฉลาดทำบุญ ถัดมาผู้บริหารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้เล็งเห็นความสำคัญของกิจกรรมนี้ จึงมีการประสานงานกับเครือข่ายพุทธิกาเพื่อจัดเสวนาให้ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็งจุดอ่อนของการทำงานอาสาสมัคร และเพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคคลากร และในที่สุดก็เริ่มจัดกิจกรรมอาสาสมัครร่วมกับเครือข่ายพุทธิกาครั้งแรกในปีพ.ศ. 2551 (เพ็รชลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น. 15-18)

อาสาข้างเตียงที่ทำงานในโครงการนี้ คือกลุ่มบุคคลผู้มีความสมัครใจที่จะให้การดูแล และเรียนรู้ประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลเหล่านี้มาจากหลากหลายอายุและอาชีพ อาสาสมัครจะผ่านการคัดเลือกจากโครงการ โดยคัดเลือกจากจดหมายแนะนำตัวที่แสดงถึงแรงบันดาลใจในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ทัศนคติต่อการเป็นอาสา และคัดเลือกอีกครั้งจากการพูดคุยสัมภาษณ์ โดยคุณสมบัติเบื้องต้นของอาสาสมัครมีดังนี้ 1) มีสุขภาพกายและจิตดี 2) สามารถเข้ารับการปฐมนิเทศ อบรม และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามวันเวลาที่กำหนดได้ 3) สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งตลอดระยะเวลา 3 เดือน (ซึ่งได้ขยายระยะเวลาเป็น 4 เดือนในปี พ.ศ. 2559) และ 4) เปิดใจกว้าง พร้อมที่จะเรียนรู้และรับฟัง และให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม

ในการเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละครั้งอาจใช้เวลาเพียงแค่ไม่กี่นาทีหรือหลายชั่วโมง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความพร้อมของผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วย ในการรับอาสาสมัครเข้าทำงานในแต่ละครั้ง จะต้องมีการปฐมนิเทศเพื่อพบปะพูดคุยระหว่างอาสากับผู้จัดโครงการ เพื่อทำความเข้าใจและคัดเลือกบุคคลที่มีความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้สมัครเข้าร่วมเป็นอาสาจะต้องเข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย เป็นเวลา 2 วัน ก่อนเริ่มทำงานอาสาสมัครจริง ซึ่งในการอบรมนี้มีการเชิญพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย เพื่อความเข้าใจของทั้งสองฝ่าย เพื่อให้การทำงานของโครงการเป็นไปในในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อการทำงานเป็นทีมอีกด้วย โดยการอบรมอาสาสมัครโครงการอาสาข้างเตียงจะประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) แนวทางการเยียวยาจิตใจ เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย และเพื่อให้อาสาสมัครเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 2) กิจกรรมบทบาทสมมติ เพื่อเรียนรู้วิธีเข้าหาและพูดคุยกับผู้ป่วย 3) กิจกรรมเพื่อทำความเข้าใจบทบาทของอาสาในฐานะส่วนหนึ่งของทีม และเปิดใจรับความแตกต่าง 4) การฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง 5) การทำความเข้าใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย 6) เรียนรู้จากอาสารุ่นก่อน เช่น ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรระวัง และสุดท้าย 7) กิจกรรมแนะนำหอผู้ป่วยและขั้นตอนการเข้าเยี่ยม (เพ็รชลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น. 32-40) หัวใจของเนื้อหาการอบรม คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการรับฟัง การอยู่กับผู้ป่วยในปัจจุบันขณะจริง ๆ การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง, 2554)

อาสาสมัครสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความทุกข์ของตัวเอง มองเห็นและรู้ถึงที่มาที่ไปของความทุกข์ สามารถคลี่คลายความทุกข์ของตัวเอง การที่อาสาสมัครเข้าไปคุย ไปรับฟังความคิด ชวนให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าจะทำให้ตัวเองดีขึ้นได้อย่างไร การเจ็บป่วยให้แง่มุมด้านบวกด้านลบอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเผชิญความทุกข์ได้ดีขึ้น มีท่าทีต่อตัวเองและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น เป็นต้นทุนให้ตัวเองเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงได้ดีกว่าคนที่ไม่เข้าใจ (วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง, 2552, น. 26) ซึ่งการเลือกเคสผู้ป่วยนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะคัดเลือกผู้ป่วยตามเงื่อนไขดังนี้ (เพ็รชลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์, 2556, น. 44-45)

1) ผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่รู้สึกเศร้าซึมต้องการคนให้กำลังใจ

2) ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ ว่ายินดีให้อาสาสมัครมาพูดคุยให้กำลังใจ

3) ผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้ แต่ต้องสื่อสารได้บ้าง เช่น พยักหน้า

4) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน

5) หอผู้ป่วยหนึ่งจะจัดให้อาสาไปเยี่ยมไม่เกิน 4-5 คน เพื่อไม่ให้แออัดเกินไป

6) ผู้ป่วยคนนั้นต้องไม่มีอาสาสมัครกลุ่มอื่นมาดูแล

7) อาสา 1 คน ดูแลผู้ป่วยเพียง 1 คน เพื่อไม่ให้มีภาระหนักจนเกินไป

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน เครือข่ายพุทธิกาได้ดำเนินโครงการอาสาข้างเตียงอย่างต่อเนื่อง ได้มีการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยน โดยมุ่งเป้าหมายของการจัดระบบอาสาสมัครดูแล

จิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในอนาคตทางโครงการมีแนวโน้มในการขยายระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร และขยายพื้นที่การทำงานของอาสาไปยังบ้านของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วย

1.3.2 เครือข่ายชีวิตสิกขา

เครือข่ายชีวิตสิกขา (ชี-วิ-ตะ-สิก-ขา) เป็นองค์กรอิสระเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อความเข้าใจชีวิต เกิดขึ้นจากกลุ่มนิสิตปริญญาโทภาคจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ สาขาชีวิตและความตาย รุ่นแรกของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งได้มาเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับโครงการอาสาข้างเตียงในโรงพยาบาลศิริราช ต่อมากลุ่มคนเหล่านี้ทั้งพระและฆราวาสได้รวมตัวกันทำกิจกรรมทางสังคมภายใต้ชื่อ เครือข่ายชีวิตสิกขาเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2551 โดยมุ่งเน้นการค้นหาความหมายชีวิตในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ เพื่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและการตายอย่างมีคุณภาพ บุคลากรเน้นการทำงานด้วยใจ ไม่ยึดติดกับชื่อเสียง สลายความมีอยู่ของตัวตนหรืออัตตาให้เล็กลง (กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง, 2552) เครือข่ายชีวิตสิกขาให้ความช่วยเหลือมิติทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายตลอดจนญาติของผู้ป่วย และมุ่งเน้นการพัฒนาและทำการศึกษาตลอดจนทำความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ตั้งแต่กระบวนการเกิดจนถึงการตาย โดยกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายชีวิตสิกขา คือกลุ่มงานคลินิคธรรมะ เป็นการให้บริการปรึกษาเชิงพุทธแก่กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และ กลุ่มงานจิตงอกงาม เป็นกิจกรรมให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ป่วยอนาถาและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (ดล เกตน์วิมุต, 2552)

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในโครงการต่าง ๆ และอาสาสมัครที่เป็นผู้ถ่ายทอดให้การอบรมหรือเป็นวิทยากรต่างเคยมีประสบการณ์ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยโดยตรง และช่วยสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการถอดองค์ความรู้จากประสบการณ์ตรงของอาสาสมัครในกลุ่มนี้อาจทำให้ได้ข้อค้นพบและแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งจะเป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาสาสมัครใหม่ และผู้สนใจต่อไป

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้คืออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นเพื่อเป็นการทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครเบื้องต้นก่อนทำการเก็บข้อมูลจริงจากอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงค้นคว้าเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครในด้านต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับอาสาสมัครในระบบสุขภาพ โดยขอบเขตการค้นคว้ารวมถึงความหมาย องค์ประกอบ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอาสาสมัครในด้านต่าง ๆ

2.1 ความหมายของอาสาสมัคร

คำว่าอาสาสมัครนั้นเทียบเคียงกับคำศัพท์ภาษาอังกฤษคำว่า volunteer หรือ voluntarism ซึ่งเริ่มมีการใช้คำนี้ครั้งแรกในช่วงศตวรรษที่ 17 หมายถึงผู้ที่สมัครเข้าเป็นทหารโดยสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับให้เป็น (Ellis, 2003, อ้างถึงใน ศุภรัตน์ รัตนมุขย์, 2548, น. 1) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ 2542 ได้ให้ความหมายอาสาสมัครว่า บุคคลที่เสนอตัวเข้าทำงานด้วยความสมัครใจ ในปฏิญญาอาสาสมัครไทย (2544) กล่าวว่าอาสาสมัครคือบุคคลที่อาสาเข้ามาช่วยเหลือสังคมด้วยความสมัครใจ เสียสละ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ป้องกัน แก้ไขปัญหาและพัฒนาสังคมโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ซึ่งนักวิชาการได้ให้ความหมายของอาสาสมัครไว้อย่างสอดคล้องกัน เช่น อังศินันท์ อินทรกำแหง (2559, น. 17) ได้สรุปความหมายของอาสาสมัครว่าเป็นลักษณะการกระทำของบุคคลที่ เสียสละแรงกาย แรงใจและเวลาเพื่อทำประโยชน์แก่สังคมส่วนรวม โดยไม่หวังผลตอบแทนโดยมีลักษณะของงานอาสาสมัครที่แตกต่างกันออกไปตามความสมัครใจ ความถนัด และความสามารถของแต่ละบุคคล ศุภรัตน์ รัตนมุขย์ (2548, น. 2) ให้ความหมายอาสาสมัครว่าคือการเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่เห็นว่าเป็นสิ่งควรกระทำ และเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินทอง และการกระทำนี้ไม่ใช่ภาระงานตามหน้าที่ ซึ่งในงานของ ณัฐกุล อาชวกุลเทพ (2554, น. 8) ก็มีการกล่าวถึงการกระทำของอาสาสมัครในแง่ที่ว่าไม่ใช่หน้าที่หรือความรับผิดชอบของตนเองเช่นกัน ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ให้ความหมายของอาสาสมัครไว้ในสองมุมมองคือ มุมมองว่าอาสาสมัครหมายถึงพฤติกรรม และอีกมุมมองคืออาสาสมัครหมายถึงตัวบุคคล

นอกจากนี้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบคำที่มีความหมายและแนวคิดคล้ายคลึงกับคำว่าอาสาสมัคร คือคำว่า จิตอาสา จิตสาธารณะ พฤติกรรมอาสา และพฤติกรรมเอื้อต่อสังคม เช่น ในงานของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2559, น. 13) กล่าวถึงอาสาสมัครว่า อาสาสมัครเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ทำงานเพื่อช่วยเหลือสังคมส่วนรวมซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับการมีจิตอาสาและพฤติกรรมอาสาของบุคคล ในส่วนของจิตอาสามีผู้กล่าวไว้ในหลายมุมมองทั้งในมุมมองที่เกี่ยวกับจิตโดยเฉพาะและที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรม (ศิวพร ละม้ายนิล, 2557, น. 21) เช่น พระไพศาล วิสาโล (2552) กล่าวถึงจิตอาสาว่าคือ จิตที่ไม่นิ่งดูดายต่อสังคม หรือความทุกข์ยากของผู้คน และปรารถนาเข้าไปช่วย ไม่ใช่ด้วยการให้ทานให้เงิน แต่ด้วยการสละเวลา ลงแรงเข้าไปช่วย และด้วยจิตที่เป็นสุขที่ได้ช่วยผู้อื่น นอกจากนี้ในปัจจุบันมีผู้ใช้คำว่าจิตอาสา แทนคำว่าอาสาสมัครในความหมายที่แสดงถึงตัวบุคคลอย่างแพร่หลายในสังคมไทย เช่น ในโครงการอาสาข้างเตียง บางครั้งก็ใช้คำว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วย เรียกแทนอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วย

ส่วนคำว่าพฤติกรรมอาสา (volunteer behavior) ค่อนข้างชัดเจนเนื่องจากระบุถึง “พฤติกรรม” โดยตรง พฤติกรรมอาสาสมัครจึงหมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการช่วยเหลือสังคมส่วนรวม การทำงานเพื่อประโยชน์ของสังคม การที่บุคคลอุทิศกำลังกาย กำลังใจ เวลา สติปัญญา สิ่งของ และเงินทองในการเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมโดยไม่

หวังผลตอบแทนในรูปสินจ้างรางวัลเป็นสำคัญ กระทำด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่เพราะถูกบังคับหรือเพราะเป็นหน้าที่ (กนกพร สุทธิสัณหกุล 2557, น.16; อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2559, น. 13)

ทั้งนี้เพื่อสร้างความชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคืออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นคำว่าอาสาสมัครในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้ในความหมายที่หมายถึงตัวบุคคล สรุปคืออาสาสมัครหมายถึงบุคคลที่มีจิตอาสาและพฤติกรรมอาสา คือผู้ที่มีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความสมัครใจ เต็มใจ เสียสละ และแสดงออกถึงการกระทำที่ช่วยเหลือเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่นหรือส่วนรวม โดยไม่ได้รับผลตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัล รวมทั้งการกระทำนั้นไม่ใช่หน้าที่ของตน

2.2 องค์ประกอบและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นถึงองค์ประกอบของอาสาสมัครในลักษณะทั่วไป 4 ประการ (ศุภรัตน์ รัตนมุขย์, 2548, น. 2) ซึ่งประกอบด้วย

1) การเลือก อันเป็นการเน้นเจตจำนงอิสระที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด ในที่นี้หมายถึงอาสาสมัครเลือกที่จะทำการอาสานั้น ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งการเลือกนั้นอาจจะได้อิทธิพลจากผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม แต่การตัดสินใจต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

2) ความรับผิดชอบต่อสังคม คือการกระทำที่มุ่งมั่นเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่สาม ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลอื่น กลุ่มคน สังคม ส่วนรวม ซึ่งบุคคลที่ 3 ไม่ใช่ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือคนรู้จักคุ้นเคย

3) ไม่หวังผลตอบแทนเป็นเงินทอง ผลรายได้ทางเศรษฐกิจ

4) ไม่ใช่ภาระงานที่ต้องทำตามหน้าที่ หรือสิ่งที่ถูกคาดหวังว่าจะต้องกระทำตามหน้าที่

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าว ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทางด้านพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร (Volunteer's characteristic) เนื่องจากการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในบางโครงการ เช่น โครงการอาสาข้างเตียง โครงการอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบ มีแนวคิดและก่อกำเนิดมาจากองค์กรทางพระพุทธศาสนา โดยมีเป้าประสงค์เพื่อนำธรรมะมาประยุกต์ใช้ในชีวิต โดยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครตามแนวคิดของพระธรรมปิฎกเป็นคุณลักษณะภายในจิตใจและนำไปสู่การแสดงออกภายนอก ซึ่งอาสาสมัครควรมีคุณลักษณะตามหลักธรรมพรหมวิหาร 4 รวมทั้งมีการแสดงออกตามหลักสังคหวัตถุ 4 (ประยุทธ์ ปยุตฺโต, 2546, อ้างถึงใน พิมลพร สวรรณยานุกิจ, 2555, น. 18-19)

หลักพรหมวิหาร 4 ได้แก่

1) เมตตา คือ มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ปรารถนาอยากให้เขามีความสุข

2) กรุณา คือ มีความคิดช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มีความใฝ่ใจในการปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนของผู้อื่น

3) มุทิตา คือ ความยินดีเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข หรือผู้อื่นมีความเจริญงอกงามยิ่งขึ้น

4) อุเบกขา คือ ความวางใจเป็นกลาง มีจิตเรียบตรงดุจตราชั่ง ไม่เอนเอียงด้วยชอบและชัง วางใจสงบเฉยเมื่อพิจารณาแล้วว่าไม่มีสิ่งที่ควรทำ

หลักสังคหวัตถุ 4 ได้แก่

1) ทาน (การให้) คือ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือ เสียสละ สงเคราะห์ด้วยปัจจัยสี่ หรือทรัพย์สินสิ่งของ ตลอดจนการให้ความรู้และการแนะนำ

2) ปิยวาจา (วาจาเป็นที่รัก) คือ การกล่าววาจาไพเราะ อ่อนหวาน สุภาพ กล่าวสิ่งที่มีประโยชน์ เป็นวาจาที่ก่อให้เกิดไมตรี ความรักใคร่นับถือ และความสามัคคี

3) อัตถจริยา (การประพฤติสิ่งที่เป็นประโยชน์) คือ การขวนขวายช่วยเหลือผู้อื่น บำเพ็ญสาธารณประโยชน์

4) สมานัตตตา (ความมีตนเสมอ) คือ การประพฤติตนเสมอต้นเสมอปลาย สม่ำเสมอ วางตนเหมาะแก่ฐานะและสถานการณ์ต่าง ๆ

คุณลักษณะของอาสาสมัครตามหลักพรหมวิหาร 4 และ การแสดงออกตามหลักสังคหวัตถุ 4 มีความสำคัญต่อการทำงานอาสาสมัครอย่างยิ่ง กล่าวคือ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครต้องเสียสละในการช่วยเหลือผู้อื่น เช่น สละเวลา สละแรงงาน สละทรัพย์สิน พูดจามีไมตรีจิตในการติดต่อประสานงานหรือการทำงานอาสาสมัคร และปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความเสมอภาค และสม่ำเสมอ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2542, น. 55) นอกจากนี้ยังมีหลักในการพัฒนาตนเองสำหรับอาสาสมัคร โดยใช้หลักฆราวาสธรรม 4 (พระราชวรมุนี, 2535 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2542, น. 55-56) โดยมีรายละเอียดดังนี้

หลักฆราวาสธรรม 4 ได้แก่

1) สัจจะ หมายถึง ความจริง ซื่อตรง ซื่อสัตย์ จริงใจ

2) ทมะ หมายถึง การฝึกฝน ฝึกนิสัย ปรับตัว รู้จักควบคุมจิตใจ ฝึกหัดดัดนิสัย แก้ไขข้อบกพร่อง ปรับปรุงตนให้เจริญก้าวหน้า ปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

3) ขันติ หมายถึง ความอดทน ความขยัน เข้มแข็งไม่ท้อถอยเมื่อเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ

4) จาคะ หมายถึง ความเสียสละ สละความสุขสบายและผลประโยชน์ส่วนตน พร้อมที่จะเป็นผู้รับฟังความทุกข์และความต้องการของผู้อื่น พร้อมที่จะให้ความร่วมมือช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่ผู้อื่น

หลักการบางส่วนของพรหมวิหาร 4 สังคหวัตถุ 4 และ ฆราวาสธรรม 4 ในบริบทการทำงานของอาสาสมัครสอดคล้องกับคำกล่าวของพระไพศาล วิสาโล (2552) ที่ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะภายในของอาสาสมัคร โดยกล่าวถึงจิตใจของผู้ที่เป็นอาสาสมัครไว้ว่า การมีจิตที่เต็มไปด้วยความเมตตากรุณา ปรารถนาดีต่อผู้อื่น อยากให้เขาพ้นทุกข์ โดยไม่หวังประโยชน์สุขหรือผลตอบแทนให้แก่ตัวเอง เป็นจิตที่ทำด้วยความบริสุทธิ์ใจ สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่หวั่นไหวต่ออุปสรรค และความล้มเหลว รวมถึงมีความอดทนที่จะรอเห็นผล ซึ่งจากการรวบรวมคุณลักษณะอัน

พึงประสงค์ของอาสาสมัครตามหลักพระพุทธศาสนาข้างต้น ถือว่าเป็นคุณลักษณะที่ควรมีในอาสาสมัคร แต่อย่างไรก็ตามไม่ใช่ว่าอาสาสมัครทุกคนจะมีคุณลักษณะดังกล่าวครบทุกข้อ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังผ่านมุมมองจากประสบการณ์ตรงของอาสาสมัครในบริบทของการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจ และช่วยในการคัดเลือกอาสาสมัคร รวมทั้งพัฒนาอาสาสมัครในบริบทนี้ต่อไป

2.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครมีอยู่จำนวนหนึ่งทั้งงานวิจัยในเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ และมีการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครที่หลากหลาย เช่น ศึกษาในเยาวชน ศึกษาในกลุ่มคนที่เกษียณ หรือศึกษาอาสาสมัครในบริบทต่าง ๆ เช่น ศึกษาในสถานศึกษา ในชมรม หรือในโครงการต่าง ๆ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขก็พบอยู่บ้างเช่นกัน โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะการสำรวจ และการศึกษาเชิงคุณภาพ

Elliott and Umeh (2013, pp. 377-382) ทำการศึกษากับอาสาสมัครในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ เนื่องจากมีความคิดว่างานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่ทำการศึกษาในอเมริกาและแคนาดาที่อาสาสมัครส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะมีข้อแตกต่างกันกับอาสาสมัครที่ทำงานในสถานพยาบาล การวิจัยทำโดยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างเพื่อทำความเข้าใจทัศนคติ ความคิด อารมณ์ ของอาสาสมัครในกลุ่มนี้ เพื่อคงอยู่การทำงานของอาสาสมัคร พัฒนาอาสาสมัคร และเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ผลการศึกษาแสดงออกเป็น 4 ส่วนคือ แรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัคร ทักษะของอาสาสมัคร การสนับสนุนทางด้านจิตใจและการดูแลแบบองค์รวม และการรับรู้ของอาสาสมัครที่มีต่อสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) อาสาสมัครมีแรงจูงใจจากการที่รู้สึกว่าต้องให้บางอย่างกลับคืนกับสังคมซึ่งสอดคล้องกับงานของ Kunisue (2011, p. 108) ที่พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำงานในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในวัยเกษียณและมีแรงจูงใจจากการอยากให้บางอย่างคืนกับสังคม นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Elliott and Umeh ในส่วนของแรงจูงใจยังรายงานว่าอาสาสมัครรู้สึกว่าได้รับประโยชน์จากการมาเป็นอาสา ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Claxton-Oldfield (2015) และ Delaloye et al. (2015) ที่ระบุว่านอกจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากอาสาสมัครแล้ว ตัวอาสาสมัครเองก็ได้รับประโยชน์เช่นเดียวกัน เช่น รู้สึกเกิดความงอกงามส่วนบุคคลขึ้น (personal growth) เห็นคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) รู้สึกเชื่อมโยงเป็นส่วนหนึ่งกับผู้อื่น (connectedness) เรียนรู้ว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตและยอมรับความตายได้มากขึ้น (Claxton-Oldfield , 2015, pp. 811-812; Delaloye et al., 2015, p. 605) ผลการศึกษาของ Elliott and Umeh ยังแสดงให้เห็นถึงทักษะและคุณลักษณะที่เป็นประโยชน์ต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย คือ ประสบการณ์เดิมของอาสาที่มีทักษะการติดต่อกับคนอื่น ๆ ทักษะการลดความผูกพันธ์ทางอารมณ์ใช้เป็นกลวิธีในการจัดการกับปัญหา (ซึ่งเชื่อมโยงกับอาสาสมัครที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก) ความยืดหยุ่น อารมณ์ขัน และทักษะการติดต่อสื่อสาร เช่น ความเห็นอกเห็นใจ การสร้างสัมพันธภาพ

ความไวต่ออารมณ์ความรู้สึก ในส่วนของการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการดูแลแบบองค์รวมซึ่งช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงถึง การพูดคุย การฟัง การกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วย การช่วยรักษาบรรยากาศของการผ่อนคลาย การเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษานี้ตรงกับการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครในสถานพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ Burbeck, Candy, Low, and Rees (2014, p. 5) ในส่วนของการสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยด้านการฟัง มีงานวิจัยของ Kunisue (2011, pp. 105-114) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์ “การฟังอย่างลึกซึ้ง” ของอาสาสมัครในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผลการวิจัยระบุว่า อาสาทั้งหมดได้รับการฝึกอบรมด้านการฟัง และอาสาสมัครที่เป็นผู้ฟังจะจัดหาสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ความเห็นอกเห็นใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะให้อาสาสมัครเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย สำหรับผลการวิจัยในประเด็นหลักเรื่องการสื่อสารด้านการฟัง มีประเด็นย่อยดังนี้ การฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด การฟังอารมณ์ผู้ป่วย การฟังสิ่งที่ไม่ใช่คำพูด และการฟังสิ่งที่ไม่ได้พูดออกมา นอกจากงานวิจัยที่ศึกษากับอาสาสมัครโดยตรงแล้ว ยังพบงานวิจัยของ Zhao, Xie, and Dong (2015, p. 271) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในประเทศจีนในมุมของความต้องการอาสาสมัคร ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความต้องการอาสาสมัครร้อยละ 73.4 โดยความต้องการอาสาสมัครมีด้านการมาเยี่ยมเยียน การรับส่ง การใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรกด้วยกัน โดยในส่วนของการอภิปรายได้มีการกล่าวว่าข้อค้นพบของงานวิจัยนี้เป็นการเน้นย้ำถึงความต้องการทางด้านสังคม และจิตใจของคนสูงอายุ รวมทั้งกล่าวว่าอาสาสมัครในประเทศจีนมีส่วนสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจทั้งตัวผู้ป่วยเองและระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว อาสาสมัครมีบทบาทสำคัญในการสร้างความยั่งยืนให้ระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว และแนะนำให้มีการให้ความสำคัญและเพิ่มการฝึกอบรมให้กับอาสาสมัครด้วย

ในการศึกษาบทบาทหน้าที่ ความเกี่ยวข้องของอาสาสมัครในระบบสุขภาพ ผู้วิจัยยังได้พบงานของ Burbeck et al. (2014) ซึ่งได้ทำการสำรวจอาสาสมัครที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 290 แห่งในประเทศอังกฤษ โดยมีอาสาสมัครตอบกลับมาร้อยละ 67 ผลการสำรวจพบว่าอาสาสมัครที่ช่วยดูแลผู้ป่วยมีทั้งแบบดูแลผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่บ้านดูแลที่สถานดูแล และในศูนย์การดูแลหลังการสูญเสีย (bereavement care) การให้บริการนี้บางส่วนสอดคล้องกับการศึกษาแบบกรณีศึกษาของ กันธิชา เผือกเจริญ (2556, น. 49-50) ที่ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ที่พบการทำงานในส่วนของการดูแลผู้ป่วย และการดูแลหลังการสูญเสียเช่นเดียวกัน บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครมีหลากหลายโดยอาสาสมัครส่วนมากจะเข้าร่วมในส่วนบริการดังนี้ การให้บริการที่อาสาสมัครมีทักษะ เช่น การตัดผม การให้บริการการปรึกษา การให้บริการทางด้านศาสนา โดยกิจกรรมของอาสาสมัคร มีตั้งแต่จัดหาอาหาร ต้อนรับผู้ป่วยและผู้ที่มาเยี่ยม ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว เล่นดนตรี และอื่น ๆ ซึ่งการทำงานของ

อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ในสถานดูแล และที่บ้านผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกัน (Burbeck et al., 2014, pp. 571-572) อย่างไรก็ตามการศึกษาในอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งที่กรุงเจนีวา (Geneva) กลับพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล รู้สึกว่ามีความไม่ชัดเจนและไม่สามารถนิยามบทบาทของอาสาสมัครได้ (Delaloye et al., 2015, p. 601)

ในประเทศไทยนอกจากงานของกันธิชา เผือกเจริญ (2556) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยอิงหลักศาสนาพุทธแล้ว ผู้วิจัยพบงานงานวิจัยของ สวรรณกมล จันทรมะโน (2558) ที่ศึกษากับอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาความหมาย รูปแบบ และกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ซึ่งผลการวิจัยด้านความหมายได้สรุปออกมาเป็น 5 ความหมายดังนี้ 1) ผู้ที่เปี่ยมด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ 2) ผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาได้อย่างต่อเนื่อง 3) ผู้ที่ระลึกถึงหน้าที่ของ “การไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย” 4) ผู้ที่อุทิศตนเพื่อลดทอนความทุกข์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 5) ผู้ที่มีความมั่นใจและตั้งใจว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วย (สวรรณกมล จันทรมะโน, 2558, น. 324) นอกจากนี้งานวิจัยโดยส่วนมากที่ผู้วิจัยพบเป็นการศึกษากับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มชุมชนหรือจังหวัดที่แตกต่างกันไป เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการศึกษาการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยแสดงผลการรับรู้ของอสม. ใน 3 ประเด็น คือ มุมมอง อุปสรรค และความต้องการเพิ่มเติม ในส่วนมุมมอง อสม.มีการรับรู้ว่าเป็นลักษณะการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ช่วยดูแลและให้ข้อมูล ประเด็นเรื่องอุปสรรค ได้แก่ ไม่มีความรู้ ไม่มีเวลา ผู้ป่วยไม่เชื่อถือ ผู้ป่วยหรือญาติแสดงความไม่พอใจเมื่อ อสม. เยี่ยมบ้าน และประเด็นเรื่องความต้องการเพิ่มเติม พบว่า อสม.ต้องการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขเยี่ยมบ้านร่วมกัน (วริสรา ลุวีระ, เดือนเพ็ญ ศรีขา, และศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2556, น. 199-202) และอีกการศึกษาหนึ่งเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาแรงจูงใจในงานที่มีผลต่อความผูกพันในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ที่ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กัน (วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, 2551)

จะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครในระบบสาธารณสุขบ้าง แต่ในประเทศไทยยังพบได้น้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการทำงานของอาสาสมัคร มีส่วนหนึ่งที่เป็นไปในลักษณะการให้การสนับสนุนทางอารมณ์จิตใจ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาเจาะลึกในเรื่องนี้เพื่อเติมเต็มช่องว่างของการศึกษา และเพื่อได้ข้อค้นพบที่จะเป็นประโยชน์ต่อไป

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ในเชิงจิตวิทยา นักจิตวิทยาเชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องมีสาเหตุ จึงทำให้เกิดการศึกษาค้นคว้าว่าสาเหตุอะไรที่เป็นตัวกระตุ้นให้

บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมและทำความเข้าใจบุคคลนั้น ๆ เพื่อวางแผนพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ นักจิตวิทยาได้พยายามอธิบายสาเหตุของพฤติกรรม โดยสร้างทฤษฎีขึ้นโดยใช้ความคิดรวบยอด สมมติฐานที่เรียกว่า “แรงจูงใจ” โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักคืออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการทำงานของอาสาสมัครกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และในบางครั้งอาจต้องเผชิญกับความสูญเสียเมื่อผู้ป่วยที่อาสาสมัครให้การดูแลเสียชีวิต ในด้านระยะเวลาอาสาสมัครที่เข้าร่วมดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในบางโครงการต้องสละเวลาส่วนตนเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน การทำความเข้าใจแรงจูงใจหรือมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครกลุ่มนี้ จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจค้นหาและศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทำความเข้าใจอาสาสมัครและวางแผนในการคัดเลือกอาสาสมัครในกลุ่มนี้ต่อไป ในการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ความหมายของแรงจูงใจ ประเภทของแรงจูงใจ แนวคิดทฤษฎีตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดแต่ละหัวข้อ ดังนี้

3.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ หรือ มูลเหตุจูงใจ เป็นคำที่ได้ความหมายมาจากคำภาษาละตินว่า “movere” ซึ่งหมายถึง “เคลื่อนไหว” (move) คือพลังผลักดันให้คนมีพฤติกรรม และยังกำหนดทิศทางและเป้าหมาย ของพฤติกรรมนั้นด้วย คนที่มีแรงจูงใจสูงจะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ แต่คนที่มีแรงจูงใจต่ำ จะไม่แสดงพฤติกรรม หรือไม่ก็ล้มเลิกการกระทำก่อนบรรลุเป้าหมาย นักจิตวิทยาอธิบายความหมายของแรงจูงใจไว้หลากหลายมิติ แต่มีจุดร่วมในการอธิบายความหมายเหมือนกันคือ แรงจูงใจเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการแสดงพฤติกรรมขึ้น (สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, 2558, น. 325) Maslow (1954) ได้พูดถึงความปรารถนาหรือความต้องการของบุคคลไว้ว่า ความปรารถนามีลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งคือความปราถนานั้นจะนำไปสู่สิ่งใดสิ่งหนึ่งมากกว่าที่จะจบด้วยตัวมันเอง โดย Maslow ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ซึ่งเป็นพื้นฐานในการศึกษาแรงจูงใจ โดยมีแนวคิดว่าแรงจูงใจหมายถึงพลังผลักดันจากความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ Ryan and Deci (2000, p. 54) ผู้วางแนวคิดทฤษฎีความมุ่งมั่นในตนเอง และแรงจูงใจภายในและภายนอก ได้กล่าวถึงแรงจูงใจไว้ว่าการมีแรงจูงใจหมายถึงการเคลื่อนไหวเพื่อทำบางสิ่ง คนที่ไม่รู้สึกมีแรงกระตุ้น หรือแรงบันดาลใจในการกระทำสิ่งใดอาจกล่าวได้ว่าเป็นคนที่ไม่มีแรงจูงใจ ในขณะที่คนที่มีความขะมักเขม้นมีพลังกระตือรือร้นในการทำสิ่งใดกล่าวได้ว่าเป็นคนที่มีแรงจูงใจ

กล่าวโดยสรุป แรงจูงใจหรือมูลเหตุจูงใจหมายถึง พลังผลักดันหรือสิ่งที่ทำให้คนมีพฤติกรรมเพื่อทำบางสิ่งขึ้น โดยพลักผลักดันนั้นอาจมาจากภายในบุคคลเอง เช่น ความต้องการทางชีวภาพ ความคิดความเชื่อ หรืออาจมาจากภายนอก เช่น คำชม ค่าจ้างก็ได้ และตามวัตถุประสงค์

ข้อสองของการศึกษานี้ คือเพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้น แรงจูงใจที่จะกล่าวถึงในงานวิจัยนี้ จึงหมายถึงแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัคร ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้คำว่า มูลเหตุจูงใจ หมายถึง สิ่งที่เป็นพลังผลักดันภายในจิตใจให้บุคคลตัดสินใจเป็นอาสาสมัคร และมีพฤติกรรมอาสาในการช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

3.2 ประเภทของแรงจูงใจ

แรงจูงใจสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ เมื่อพิจารณาจากสาเหตุของการเกิดแรงจูงใจของ คือ แรงจูงใจจากความต้องการทางชีวภาพ หรือ จากสัญชาตญาณที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่ต้องมีการเรียนรู้มาก่อน และแรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยอยู่บนพื้นฐานว่าบุคคลมีความปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Coon and Mitterer, 2013 อ้างถึงใน สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, 2558, น. 328) แรงจูงใจทั้งสองประเภทมีดังนี้

3.2.1 แรงจูงใจปฐมภูมิ

แรงจูงใจปฐมภูมิ (primary motives) หมายถึงแรงจูงใจที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ เป็นแรงขับพื้นฐาน ไม่จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งมีที่มาจากความต้องการทางด้านร่างกาย สามารถแบ่งย่อยได้อีกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) แรงจูงใจทางกายภาพ (physiological motives) แรงจูงใจทางกายภาพ หรือเรียกว่าแรงจูงใจทางชีวภาพ (biological motives) เป็นความต้องการพื้นฐานที่ทำให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะสมดุล (homeostasis) เช่น ความหิว ความกระหาย การหลีกหนีความเจ็บปวด ความต้องการอากาศ ความต้องการอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

2) แรงจูงใจจากสิ่งเร้า (stimulus motives) แรงจูงใจจากสิ่งเร้า หรือเรียกว่าแรงจูงใจทั่วไป (general motives) เป็นแรงจูงใจที่มีมาแต่กำเนิด หรือที่เรียกว่าสัญชาติญาณ (instinct) เช่น ความสงสัย ความอยากรู้อยากเห็น การหลบหนีจากความกลัว

3.2.2 แรงจูงใจทุติยภูมิ

แรงจูงใจทุติยภูมิ (secondary motives) นักวิชาการได้เรียกแรงจูงใจทุติยภูมิในหลายชื่อ ดังนี้ แรงจูงใจทางสังคม (social Motives) แรงจูงใจจากการเรียนรู้ (learned motives) และแรงจูงใจทางจิตวิทยา (psychological motives) แรงจูงใจประเภทนี้จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์ทางสังคม หรือเกิดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล สังคม และสภาพแวดล้อมรอบตัว โดยแรงจูงใจประเภทนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลเติบโตขึ้น มีความซับซ้อนของความต้องการมากขึ้น

3.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีผู้ศึกษาและนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจไว้หลายทฤษฎี แต่ละทฤษฎีก็มีทัศนะแตกต่างกันไป ตั้งแต่ทัศนะเกี่ยวกับแรงจูงใจที่เกิดจากแรงขับทางชีวภาพของมนุษย์ เช่น ความหิว ความกระหาย ทัศนะกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีต เน้นแรงจูงใจจากภายนอก ที่กล่าวว่าประสบการณ์ในด้านดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมไปในทางนั้นมากขึ้น และทัศนะกลุ่มมนุษยนิยมที่กล่าวว่าการกระทำของมนุษย์เกิดจากความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแนวคิดแรงจูงใจนี้ถูกนำไปใช้เป็นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้และการปฏิบัติงานในบริบทต่าง ๆ มากมาย ผู้วิจัยได้เลือกและนำเสนอทฤษฎีที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแรงจูงใจของผู้ที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

3.3.1 ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow

แนวคิดเรื่องลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ที่นำเสนอโดย Abrahum Maslow นักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยแบรนดีส์ (Maslow's Hierarchy of Need) เป็นแนวคิดที่ใช้นำมาอธิบายแรงจูงใจของมนุษย์และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เป็นทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานในการศึกษาแรงจูงใจ ซึ่งมีการพัฒนาในระยะหลัง ๆ โดย Maslow ได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากการที่มนุษย์มีความต้องการ โดยความต้องการของมนุษย์จะแบ่งเป็นลำดับขั้นจากระดับล่างไปสู่ระดับสูง 5 ลำดับ ดังนี้ (Maslow, 1954, pp. 35-47)

1) ความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการลำดับล่างสุดของทฤษฎีนี้ เป็นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ เป็นแรงผลักดันทางชีวภาพ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ และที่อยู่อาศัย รวมถึงความต้องการทางเพศและความสุขสบายทางกาย

2) ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เป็นความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ความต้องการทางร่างกายในขั้นก่อนหน้าได้รับการตอบสนองอย่างไม่ขาดแคลนแล้ว เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อร่างกาย และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคม เช่น ความมั่นคงในหน้าที่การงาน

3) ความต้องการทางสังคม (social needs) ความต้องการขั้นนี้ จะเกิดหลังจากความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนอง และมีความมั่นคงปลอดภัยแล้ว โดยในขั้นนี้จะเกี่ยวข้องกับความรัก มิตรภาพ การอยู่ร่วมกันในสังคม การได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม เป็นสมาชิกในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม

4) ความต้องการการยอมรับนับถือ (esteem needs) เมื่อความต้องการทางสังคมได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการขั้นต่อมาคือ ความต้องการการยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจหรือความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง คนเราจะปรารถนาที่จะได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ เช่น มีพลังเข้มแข็ง มีฐานะ มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ ในขั้นนี้รวมถึงการยอมรับนับถือตัวเองด้วย

5) ความต้องการเติมความสมบูรณ์ให้ชีวิต (self-actualization needs) ความต้องการขั้นนี้เป็นความต้องการระดับสูงสุด คือต้องการจะเติมเต็มศักยภาพของตนเอง ต้องการความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาสูงสุดของตัวเอง ความเจริญก้าวหน้า การพัฒนาทักษะความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นอิสระในการตัดสินใจ เป็นความปรารถนาที่จะเป็นทุก ๆ อย่างที่มนุษย์คนนึงสามารถจะเป็นได้

ภาพประกอบ 2 ความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow

ที่มา: ดัดแปลงจาก Maslow. (1954). *Motivation and personality.* pp. 35-47.

Maslow ได้แบ่งความต้องการ 5 ลำดับขั้นนี้ออกเป็นสองกลุ่ม คือ ความต้องการที่เกิดจากความขาดแคลน (deficiency needs) เป็น ความต้องการระดับต่ำ ได้แก่ความต้องการทางกายและความต้องการความปลอดภัย อีกกลุ่มหนึ่งเป็น ความต้องการก้าวหน้า และพัฒนาตนเอง (growth needs) ได้แก่ความต้องการทางสังคม การยอมรับนับถือ และความต้องการเติมความสมบูรณ์ให้ชีวิต จัดเป็นความต้องการระดับสูง และอธิบายว่า ความต้องการระดับต่ำจะได้รับการสนองตอบจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ส่วนความต้องการระดับสูง จะได้รับการสนองตอบ จากปัจจัยภายในตัวบุคคลเอง

กรอบแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow คือ เมื่อความต้องการระดับต่ำได้รับการตอบสนองอย่างดีแล้วบุคคลจึงจะมีความต้องการในระดับสูงเป็นลำดับต่อไป ความต้องการของบุคคลเรียงลำดับจากความต้องการพื้นฐานไปจนถึงความต้องการที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ และมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการ มีความปรารถนา และความต้องการนี้

จะเป็นมูลเหตุจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ซึ่ง Maslow เชื่อว่าความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่จะเป็นเหตุจูงใจ (Maslow, 1954, อ้างถึงใน ปิยะนาถ สรวิสูตร, 2552, น. 19)

3.3.2 ทฤษฎี ERG ของ Alderfer

Clayton P. Alderfer (1969) แห่งมหาวิทยาลัยเยลได้ปรับปรุงลำดับขั้นความต้องการของ Maslow ใหม่จาก 5 ระดับ เหลือ 3 ระดับ และนำเสนอทฤษฎี ERG ซึ่งเป็นตัวย่อของ Existence Relatedness Growth (Alderfer's ERG Theory) โดยแนวคิดของทฤษฎี ERG แตกต่างจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow สองประการ ได้แก่ ประการแรก ทฤษฎี ERG อธิบายว่าถ้าความต้องการในระดับใดยังไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะเกิดความคับข้องใจและจะถอยมาให้ความสำคัญในความต้องการระดับที่ต่ำกว่า แต่ทฤษฎีของ Maslow อธิบายว่าบุคคลจะหยุดที่ระดับความต้องการหนึ่งจนกว่าจะได้รับการตอบสนอง ประการที่สอง ทฤษฎี ERG อธิบายว่าในเวลาเดียวกัน บุคคลอาจมีความต้องการได้มากกว่าหนึ่งระดับ หรือ บุคคลสามารถถูกจูงใจด้วยความต้องการมากกว่าหนึ่งระดับในเวลาเดียวกัน ความต้องการ 3 ระดับในทฤษฎี ERG มีรายละเอียดดังนี้ (Alderfer, 1969, อ้างถึงใน ปิยะนาถ สรวิสูตร, 2552, น. 22)

1) ความต้องการดำรงชีวิตอยู่ (Existence Needs) คือความต้องการทางร่างกายและความปลอดภัยในชีวิต ย่อโดย E

2) ความต้องการความสัมพันธ์ (Relatedness Needs) คือความต้องการที่เกี่ยวเนื่องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ย่อโดย R

3) ความต้องการเจริญเติบโต (Growth Needs) คือความต้องการภายใน เพื่อความเจริญเติบโต การพัฒนาส่วนบุคคล และการใช้ความสามารถของตัวเองได้เต็มที่ แสวงหาโอกาสในการเอาชนะความท้าทายใหม่ ๆ ย่อโดย G

ซึ่งสามารถนำความต้องการจากทฤษฎี ERG ของ Alderfer มาเปรียบเทียบกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow ได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นความต้องการของ Alderfer และ Maslow

เปรียบเทียบลำดับขั้นความต้องการ

ทฤษฎี ERG ของ Alderfer	ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow
ความต้องการดำรงชีวิตอยู่ (E)	ขั้นที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย
	ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย
ความต้อง การความสัมพันธ์ (R)	ขั้นที่ 3 ความต้องการทางสังคม

ตาราง 1 (ต่อ)

เปรียบเทียบลำดับขั้นความต้องการ	
ทฤษฎี ERG ของ Alderfer	**ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow**
ความต้องการเจริญเติบโต (G)	ขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ
	ขั้นที่ 5 ความต้องการเติมความสมบูรณ์ให้ชีวิต

3.3.3 แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก

แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก (intrinsic and extrinsic motivation) เป็นแนวคิดลักษณะของแรงจูงใจที่มาจากทฤษฎีความมุ่งมั่นในตนเอง (Self-determination theory) ของ Ryan and Deci (2000) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแรงจูงใจและบุคลิกภาพของมนุษย์ โดยมีกระบวนทัศน์ที่ใช้ในการมองมนุษย์แบบเชิงอินทรีย์ (organismic) ไม่ใช่การมองในเชิงกลไก (mechanism) กล่าวคือทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นและริเริ่มลงมือกระทำ (active) ซึ่งตรงข้ามกับการมองว่ามนุษย์เป็นฝ่ายถูกกระทำ (passive) โดยทั้งคู่ศึกษาแนวโน้มความเจริญงอกงามภายในของมนุษย์และสถานการณ์ที่ส่งเสริมกระบวนการนี้ รวมถึงศึกษาความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ โดยได้ระบุว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์มีดังนี้ (Ryan & Deci, 2000 อ้างถึงใน โสภณ บุญถนอมวงศ์, 2552, น. 22-24)

1) ความต้องการอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (needs for autonomy) เป็นความรู้สึกที่มีอิสระในการกำหนดสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองเป็นแรงผลักดันภายใน ทำให้บุคคลเลือกที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความสนใจของตัวเองและกระทำอย่างต่อเนื่อง

2) ความต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (needs for relatedness) คือความต้องการที่จะสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

3) ความต้องการเป็นคนที่มีทักษะ ความสามารถ (need for competence) คือบุคคลต้องการมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ จึงแสดงออกด้วยการทำสิ่งที่มีความท้าทายที่เหมาะกับความสามารถ และใช้ความพยายามที่จะทำให้สำเร็จ

ตามแนวคิดของทฤษฎีความมุ่งมั่นในตนเองนี้ เมื่อบุคคลเลือกทำอะไรบางอย่างด้วยความสุขความเต็มใจ หรือการทำเพื่อพัฒนาความสามารถตนเอง แรงจูงใจในการกระทำนั้นเรียกว่าแรงจูงใจภายใน (intrinsic motives) ในขณะที่การกระทำที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก เช่น ค้าจ้าง คำชม ของขวัญ รางวัล การได้รับการยอมรับ สิ่งเหล่านี้เรียกว่าแรงจูงใจภายนอก (extrinsic motives) ซึ่งแรงจูงใจภายในมีความสำคัญต่อการศึกษาเรียนรู้มาก (Ryan & Deci, 2000, pp. 55-56)

1) แรงจูงใจภายใน (intrinsic Motives) แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งผลักดันจากภายในบุคคล อาจจะเป็นความคิดความเชื่อ เจตคติ ความพอใจ ความสนใจ ความตั้งใจ การมองเห็นแรงจูงใจประเภทนี้ค่อนข้างมีมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมค่อนข้างถาวร บุคคลที่มีแรงจูงใจประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีความสุขในการทำสิ่งต่าง ๆ เนื่องจากมีความพึงพอใจโดยตัวของมันเอง มิได้หวังผลตอบแทนใด ๆ จึงมีแรงจูงใจที่จะทำสิ่งนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ธรรมชาติของมนุษย์จะมีความกระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็น เตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลาที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยไม่ต้องการสิ่งล่อใจ (incentives) จากภายนอก

2) แรงจูงใจภายนอก (extrinsic motives) แรงจูงใจภายนอกเกิดจากสิ่งล่อใจ (incentives) มากระตุ้น ได้รับอิทธิพลจากภายนอก เช่น มาจากแรงเสริมชนิดต่าง ๆ ตั้งแต่คำชมจนถึงการได้รับรางวัลเป็นสิ่งของ หรือเงินรวมถึงตัวแปรต่าง ๆ ที่มาจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก

3.3.4 แรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ของ Clary

มีการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในอีกหลายทัศนะ ทั้งด้านที่เน้นในการทำงานและการศึกษา รวมทั้งมีผู้ที่ศึกษาแรงจูงใจในกลุ่มอาสาสมัคร ผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบค่าจ้างรางวัลด้วย ผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจการอาสาสมัคร หรือแรงจูงใจอาสานั้น มีผู้ที่ศึกษาไว้อย่างน่าสนใจและสอดคล้องกับบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ คือแนวคิดของ Clary et al. (1998) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่ได้อิทธิพลจากฐานคิดของกลุ่มหน้าที่ของจิต (functionalism) ซึ่งกลุ่มนี้มุ่งศึกษาให้เข้าใจหน้าที่ของจิต มีมุมมองเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและตอบสนองเป้าหมายส่วนบุคคล และเป้าหมายทางสังคม การศึกษาแนวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจมนุษย์ และให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความผาสุกและสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ แนวคิดกลไกหน้าที่นั้น (functional approach strategy) ได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการตัดสินใจเป็นอาสาสมัครว่า ขึ้นอยู่กับกระบวนการทางเหตุผล พฤติกรรมการอาสาสมัครเป็นกระบวนการประเมินเชิงรู้คิดเกี่ยวกับคุณค่าที่ได้จากการอาสาสมัคร (Cnaan & Goldberg-Glen, 1991, อ้างถึงใน อนุ เจริญวงศ์ระยับ, 2552, น. 40) การประยุกต์ใช้แนวคิดหน้าที่ในการศึกษาการอาสาสมัครจึงเป็นการทำความเข้าใจแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังการทำงานอาสาสมัคร (Houle, Sagarin, & Kaplan, 2005, อ้างถึงใน อนุ เจริญวงศ์ระยับ, 2552, น. 40)

ในการศึกษาของ Clary et al. (1998) ได้ทำการศึกษาแรงจูงใจอาสาตามกลไกหน้าที่ (functional approach to volunteerism) โดยมีแนวคิดว่าการทำความเข้าใจอาสาสมัครและระบุคุณลักษณะของอาสาสมัครจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการพัฒนามุมมองด้านแรงจูงใจ และช่วยในการค้นหาแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลแสวงหาโอกาสในการทำการอาสาสมัคร การที่บุคคลยืนยันกับตัวเองว่าจะช่วยเหลือคนอื่น และการคงอยู่ในงานอาสาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งมุมมองด้านแรงจูงใจนี้ จะช่วยตอบคำถามที่ว่า ทำไมบุคคลถึงมาทำการอาสาสมัคร และอะไรที่ทำให้การอาสาสมัครคงอยู่ ผลจากการศึกษา Clary et al. ได้กำหนดหน้าที่ (function) ซึ่งมีความหมายเหมือนกับเป้าหมายไว้ 6 หน้าที่

ได้แก่ 1) การให้คุณค่า (values) 2) การทำความเข้าใจ (understanding) 3) การเข้าสังคม (social) 4) หน้าที่การงาน (career) 5) การปกป้องตนเอง (protective) และ 6) การสนองความต้องการของตน (enhancement) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Clary et al., 1998, pp. 1517-1519)

1) การให้คุณค่า (values) หน้าที่นี้เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสาที่เกิดจากการที่บุคคลให้คุณค่าเกี่ยวกับความรู้สึกเอื้อเฟื้อผู้อื่น (altruistic) และมนุษยธรรม (humanitarian) ความเอื้อเฟื้อเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่แสดงถึงระดับของแรงขับของความพึงพอใจภายในในการพยายามที่จะรักษาความสมดุลความพึงพอใจภายในของบุคคลอื่น ๆ โดยไม่คาดหวังให้ผู้อื่นตอบแทนตนเองให้เกิดความพึงพอใจกลับมา

2) การทำความเข้าใจ (understanding) หน้าที่นี้เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสาในแง่ของโอกาสที่ทำให้ผู้เป็นอาสาสมัครเกิดการเรียนรู้ และได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ รวมถึงโอกาสที่อาสาสมัครจะได้ใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะที่มีอยู่ ซึ่งไม่สามารถไปฝึกหัดจากที่อื่นได้ โดยในส่วนของการทำความเข้าใจ Clary ได้ยกตัวอย่างการศึกษากับอาสาสมัครในสถาบันสุขภาพทางกายและจิตใจของ Gidron (1978, as cited in Clary et al., 1998, p. 1518) ซึ่งพบว่าผู้ทำการอาสาสมัครมีความคาดหวังในการให้ตัวเองได้รับประโยชน์จากการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ และอื่น ๆ ในชีวิตผ่านการได้ทำงานบริการสังคม

3) การเข้าสังคม (social) หน้าที่นี้เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสาโดยให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การอาสาสมัครอาจเกิดจากการที่เพื่อนชักชวน ผู้ที่มีแรงจูงใจด้านนี้อาจมองว่าการเป็นอาสาสมัครทำให้ตนเองมีโอกาสอยู่ร่วมกับเพื่อนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีความสำคัญกับอาสาสมัครอาจได้ทำกิจกรรมอาสาสมัครอยู่ก่อนแล้วหรืออาจมีอิทธิพลในการเข้าร่วมการอาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenhan (1970, as cited in Clary et al., 1998, p. 1518) ที่กล่าวว่าการให้รางวัลทางสังคมและการลงโทษทางสังคม (social rewards and punishment) มีผลต่อผู้ที่มีความเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น

4) หน้าที่การงาน (career) เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสา โดยอาสาสมัครที่มีแรงจูงใจด้านนี้มองในแง่มุมที่ว่าทำให้อาสาสมัครมีโอกาสในการได้งานทำใหม่ เป็นการเตรียมตัวในการทำงานใหม่ หรือเป็นการรักษางานที่ตนเองกำลังทำอยู่

5) การปกป้องตนเอง (protective) เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสาที่มีความเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยแรงจูงใจด้านนี้เป็นกลไกในการปกป้องตัวเอง (ego defensive) จากลักษณะทางลบของตัวเอง หรือการหันเหความสนใจออกไปจากตัวเอง (xternalization) อาสาสมัครอาจมีแรงจูงใจนี้เพื่อลดความรู้สึกผิดภายในที่เกิดจากการมีความรู้สึกว่ามีโอกาสมากกว่าคนอื่น และเพื่อค้นหาปัญหาที่มีอยู่ในตนเอง

6) การสนองความต้องการของตน (enhancement) เป็นการอธิบายแรงจูงใจอาสาที่แสดงถึงอีโก้ของอาสาสมัครเช่นเดียวกัน แต่เป็นมากกว่าการปกป้องตนเอง ที่มีลักษณะเป็นการ

ปกป้องตนเองจากอารมณ์ทางลบ แต่การสนองความต้องการของตนเป็นลักษณะอารมณ์ทางบวก เช่น ความต้องการพัฒนาตนเอง ความต้องการพัฒนาการเห็นคุณค่าแห่งตน

เพื่อให้ได้หน้าที่ที่ครอบคลุมมากที่สุด แรงจูงใจอาสาจึงถูกกำหนดเป็นหกหน้าที่ตามรายละเอียดข้างต้น นอกจากนี้จำนวนแรงจูงใจอาสายังมีความสำคัญเมื่อพิจารณาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ เนื่องจากแรงจูงใจที่มีจำนวนมากขึ้นนั้นจะช่วยให้ผู้วิจัยได้เข้าใจถึงแรงจูงใจของบุคคลและแรงจูงใจทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมการช่วยเหลือผู้อื่นได้มากยิ่งขึ้น (Clary et al., 1998, p. 1518)

นอกจากการอธิบายแรงจูงใจอาสาด้วยฐานแนวคิดกลไกหน้าที่แล้ว Clary et al. ยังได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการวัดแรงจูงใจอาสาอีกด้วย (Volunteer's Functions Inventory: VFI) ซึ่งมีผู้นำไปใช้ในการศึกษาแรงจูงใจในบริบทที่เกี่ยวข้องกับอาสาอย่างมากมาย แรงจูงใจอาสาทั้งหกหน้าที่และตัวอย่างสามารถแสดงได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 ตารางสรุปแรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่

หน้าที่	มโนทัศน์โดยสรุป	ตัวอย่าง
1.การให้คุณค่า	แสดงให้เห็นคุณค่าเกี่ยวกับความรู้สึกเอื้อเฟื้อผู้อื่นและมนุษยธรรม	อาสาสมัครรู้สึกว่าเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องช่วยเหลือผู้อื่น
2.การทำความเข้าใจ	อาสาสมัครมองหาการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ รวมทั้งการได้ใช้ความสามารถตนเอง	การอาสาสมัคร ช่วยให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง
3.การเข้าสังคม	การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น	คนที่รู้จักได้บอกเล่าเรื่องราวที่น่าสนใจจากการเป็นอาสาสมัคร
4.หน้าที่การงาน	อาสาสมัครมีเป้าหมายที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน	การเป็นอาสาสมัครช่วยนำพาให้อาสาสมัครได้งานที่ต้องการ
5.การปกป้องตนเอง	อาสาสมัครใช้การอาสาสมัครเพื่อลดความรู้สึกทางลบ เช่น ความรู้สึกผิด	การมาเป็นอาสาสมัครช่วยให้หลบพักจากปัญหาของตนเอง
6.การสนองความต้องการของตน	อาสาสมัครมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาตนเองทางด้านจิตใจ	การอาสาสมัครช่วยให้รู้สึกดีกับตัวเอง

ที่มา: Clary & Snyder. (1999). *The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations*. p. 157.

แรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ในข้อแรกคือด้านการให้คุณค่า เป็นด้านที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (altruism) มีมุมมองว่าความเอื้อเฟื้อเป็นแรงจูงใจ ที่ช่วยผลักดันในการทำงานอาสาสมัคร ซึ่งในปี ค.ศ. 1991 Batson et al. ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านนี้ไว้โดยเฉพาะดังจะอธิบายรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

3.3.5 แรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อผู้อื่นของ Batson

แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจอีกแนวคิดหนึ่งที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครผู้ซึ่งมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้อื่น คือ แนวคิด The Empathy-altruism Hypothesis แนวคิดนี้เป็นของนักจิตวิทยาสังคมชื่อ Danial Batson ซึ่งพัฒนาร่วมกับคณะ เนื่องจากในอดีตการศึกษาแรงจูงในการให้ความช่วยเหลือจะถูกมองว่ามีแรงจูงใจเพื่อตนเองเป็นหลัก (egosim) แต่ Batson et al. ได้เสนอแนวคิดอีกด้านที่โต้แย้งความคิดนี้ เป็นแนวคิดที่กล่าวว่าแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยคำนึงถึงผู้อื่นมากกว่าตนเอง (altruism) ยังคงมีอยู่

แนวคิดนี้อธิบายหลักการของแรงจูงใจอาสาโดยเชื่อมโยงทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Lewin (1938) ที่กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นความพยายามในการตั้งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล จากแนวคิดนี้ทำให้สามารถแยกแรงจูงใจต่าง ๆ ได้จากเป้าหมายของการกระทำ ดังนี้ 1) เป้าหมายเครื่องมือ (instrumental goal) คือ เป้าหมายที่เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ 2) เป้าหมายสูงสุด (ultimate goal) คือ เป้าหมายที่เป็นเป้าหมายด้วยตัวมันเองหรือเป้าหมายสุดท้าย และ 3) ผลสืบเนื่องที่ไม่ได้ตั้งใจ (unintended consequence) คือ ผลที่ได้รับจากการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แต่ผลนั้นไม่ใช่เป้าหมายที่ตั้งไว้ตั้งแต่แรก (Batson, Vann Lang, Ahmad, & Lishner, 2007, p. 4)

ความเอื้อเฟื้อ (altruism) หรือความไม่เห็นแก่ตนเองเป็นผลต่อเนื่องมาจากความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ความห่วงใยเอื้ออาทร (emphatic concern) ความเอื้อเฟื้อคือความปรารถนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง เป็นแรงจูงใจที่มีเป้าหมายสูงสุดคือการเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้ที่ตนช่วยเหลือ ไม่ใช่เป้าหมายในการทำเพื่อตนเอง (altruistic motivation) จากความหมายข้างต้น Batson ได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมถึงสิ่งที่เป็นส่วนสำคัญของแรงจูงใจที่เกิดเนื่องจากความเอื้ออาทร หรือแรงจูงใจเพื่อผู้อื่น ดังนี้ 1) ความเอื้อเฟื้อ เป็นแรงจูงใจไม่ใช่อารมณ์ 2) เป็นเป้าหมายสูงสุด ไม่ใช่หนทางหรือเครื่องมือเพื่อที่จะได้เป้าหมายอื่นๆ Batson กล่าวว่าถ้าเป้าหมายสูงสุดเป็นสิ่งอื่นและเป้าหมายนี้เป็นเพียงเป้าหมายเครื่องมือ เมื่อเกิดอุปสรรคขึ้นมาเป้าหมายนี้อาจถูกทิ้งไป และทางเลือกหรือเครื่องมืออื่น ๆ จะถูกนำมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดแทน 3) เป็นการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่นมากกว่าตนเอง (Batson, 2011, pp. 20-21)

ความพอใจทางด้านจิตวิทยา (psychological hedonism) เป็นทัศนะของความพึงพอใจของมนุษย์ ที่กล่าวว่าโดยธรรมชาติมนุษย์จะมีการแสวงหาความสุขส่วนตัวหรือหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ใดๆ การได้มาซึ่งความพอใจส่วนบุคคลเป็นเป้าหมายในการกระทำของของมนุษย์ แต่แนวคิดของ Batson กล่าวว่าความพอใจที่ได้รับสามารถมาจากผลที่สืบเนื่องจากการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น แทนที่ความพอใจจะมาจากเป้าหมายนั้นโดยตรงก็ได้

การพิจารณาว่าแรงจูงใจนี้เป็นแรงจูงใจเพื่อตนเอง (egoism) หรือแรงจูงใจเพื่อผู้อื่น (altruism) ไม่สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณ หรือวัดความเข้มข้นของแรงจูงใจ แต่คือการพิจารณาเป้าหมายสูงสุดของแรงจูงใจนั้น และภายในบุคคลหนึ่งสามารถมีแรงจูงใจทั้งสองแบบได้ในเวลาเดียวกัน แต่ละบุคคลสามารถมีเป้าหมายสูงสุดได้มากกว่าหนึ่งเป้าหมายนั่นเอง นอกจากความเอื้อเฟื้อจะถูกมองในมุมของการเป็นแรงจูงใจแล้ว ยังพบการใช้คำนี้ในความหมายอื่นอีก 4 ความหมาย คือ 1) พฤติกรรมการช่วยเหลือ 2) การกระทำที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม 3) การช่วยเหลือเพื่อผลตอบแทนภายในมากกว่าภายนอก ซึ่งในกรณีนี้เป็นการมองว่าความเอื้อเฟื้อเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการเห็นแก่ตนเอง และ 4) การช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อลดความรู้สึกทางลบที่ถูกกระตุ้นเมื่อเห็นผู้อื่นมีความทุกข์ (Batson, 2011, pp. 22-28) แนวคิดของนี้สามารถอธิบายได้ว่าทำไมบุคคลจึงให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น การช่วยเหลือนั้นเป็นเป้าหมายเครื่องมือ คือ การช่วยเหลือเพื่อให้ได้บางอย่างที่ตนต้องการ หรือ การช่วยเหลือนั้นเป็นเป้าหมายสูงสุดด้วยตัวการช่วยเหลือเอง โดยอาจได้รับผลบางอย่างที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองในการช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์ข้อสองของการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจที่ทำให้อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตัดสินใจเลือกมาทำงานอาสาสมัคร ในลักษณะช่วยเหลือสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งมูลเหตุจูงใจที่อาสาสมัครคงอยู่ในงานอาสาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ใช่เพียงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวเท่านั้น ซึ่งงานอาสาลักษณะนี้เป็นงานที่อาสาสมัครต้องพบกับความทุกข์ทางกายและทางจิตใจ รวมทั้งอาจพบความสูญเสียในกรณีที่ผู้ป่วยที่อาสาสมัครให้การดูแลเสียชีวิตด้วย จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ผู้วิจัยคาดว่าเมื่อสัมภาษณ์เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง จะพบแรงจูงใจอาสาในประเภทแรงจูงใจทุติยภูมิและเป็นแรงจูงใจในลักษณะของแรงจูงใจภายในตามแนวคิดของ Ryan and Deci เนื่องจากการทำงานในลักษณะอาสาสมัคร ไม่ได้ผลตอบแทนในรูปแบบค่าจ้าง สิ่งของ หรือได้รับผลตอบแทนแต่ผลตอบแทนนั้นไม่ได้มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมาก เทียบไม่ได้กับการทำงานของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตามแรงจูงใจภายนอกก็อาจพบได้เช่นกัน เช่น คำชมที่อาสาสมัครอาจจะได้รับ อาจเป็นแรงผลักดันให้อาสาสมัครทำงานต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถค้นพบมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ที่สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดแรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อ

ผู้อื่นของ Batson แรงจูงใจตามกลไกหน้าที่ของ Clary ซึ่งอาจพบเพียงบางหน้าที่เท่านั้น รวมทั้งทฤษฎี ERG ของ Alderfer และ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow เพื่อที่ผู้วิจัยจะได้เข้าใจมูลเหตุจูงใจของอาสาสมัครและสามารถสรุปเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจอาสาสมัครในบริบทนี้ต่อไป

3.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในขอบเขตหรือสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ศึกษาแรงจูงใจในการเรียนของนักเรียนนักศึกษา ศึกษาแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานในองค์กรต่าง ๆ ศึกษาแรงจูงใจในการติดยาเสพติด ศึกษาแรงจูงใจเพื่อพัฒนาสื่อโฆษณา ศึกษาในกลุ่มนักกีฬา รวมถึงการศึกษาแรงจูงใจในกลุ่มอาสาสมัครด้วย การศึกษาแรงจูงใจในหลากหลายกลุ่มและในหลายลักษณะเนื่องมาจาก แรงจูงใจเป็นสิ่งที่ผลักดันให้บุคคลเกิดการกระทำต่าง ๆ การศึกษาแรงจูงใจจึงทำให้เกิดความเข้าใจบุคคล รับรู้และเข้าใจสาเหตุที่มาของพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การวางแผนพัฒนาส่งเสริมและรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ทำการศึกษาเรื่องแรงจูงใจส่วนใหญ่ มักทำการศึกษากับผู้เข้าร่วมวิจัยในองค์กรหรือในโครงการต่าง ๆ เช่น พนักงานในบริษัทเอกชน นักเรียนในสถานศึกษา บุคลากรในมหาวิทยาลัย โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจมีตั้งแต่เพื่อวัดระดับแรงจูงใจ เพื่อค้นหาแรงจูงใจหรือเพื่อทำความเข้าใจว่าอะไรทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมบางอย่างขึ้น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร และเพื่อพัฒนาชุดฝึกอบรม โดยบางงานมีหลายวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ตัวอย่างงานวิจัย 1) เพื่อวัดระดับแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น โชติกา ระโส (2555) ศึกษาระดับของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ในด้านต่าง ๆ และเปรียบเทียบแรงจูงใจในการฏิบัติงานจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ลักษณะการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการทำงาน โดยผลการเปรียบเทียบแรงจูงในการปฏิบัติงานโดยรวมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน 2) เพื่อค้นหาแรงจูงใจ เช่น งานของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2558) เรื่องการเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาวะตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย โดยการศึกษาระยะที่หนึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ค้นหาเงื่อนไขที่ทำให้บุคลากรมหาวิทยาลัยภาครัฐวัยก่อนเกษียณ และหลังเกษียณเข้าสู่การทำงานอาสา 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับความภักดีต่อองค์กรของพนักงานไทยในบริษัทข้ามชาติญี่ปุ่น (ธนัชพร กบิลฤทธิวัฒน์, 2557) และ 4) เพื่อพัฒนาชุดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาแรงจูงใจ เช่นในงานของ สุจินดา ประเสริฐ, อรพินทร์ ชูชม, พรรณี บุญประกอบ และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2554) ที่พัฒนาชุดฝึกอบรมพัฒนาแรงจูงใจภายในในการเรียนรู้ และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเปรียบเทียบผลการนำชุดฝึกอบรมไปใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม โดยผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลของรูปแบบการ

ทดลองมีผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง แรงจูงใจภายในในการเรียนรู้ และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้ทำการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจแบบลงรายละเอียด โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครเป็นสำคัญ ผู้วิจัยพบงานของ วนภัทร์ แสงแก้ว (2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแกนนำจิตอาสาป้องกันเอดส์เพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการเข้ามาเป็นแกนนำจิตอาสาป้องกันเอดส์ในโครงการเครือข่ายแกนนำจิตอาสาป้องกันเอดส์ เทิดพระเกียรติพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้แกนนำยังคงทำงานอาสาอย่างต่อเนื่อง และ หาแนวทางการพัฒนาแกนนำเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน โดยทำการศึกษากับนักเรียนระดับมัธยมจำนวน 322 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษาในภาพรวมของแรงจูงใจพบว่า ตัวโครงการเองทำให้เกิดแรงจูงใจในระดับมาก และแรงจูงใจด้านประโยชน์ต่อสังคมอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมาเป็นด้านประโยชน์ต่อตัวเอง และท้ายสุดคือแรงจูงใจด้านรางวัล ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัครนั้น ถึงแม้จะเป็นการเข้าร่วมและกระทำโดยสมัครใจ แต่แรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรม ก็อาจเกิดได้จากทั้งแรงจูงใจภายใน เช่น ความต้องการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ความต้องการเป็นแบบอย่างให้เพื่อน ๆ และแรงจูงใจภายนอก เช่น ประกาศนียบัตร โล่รางวัล คำชื่นชมของครูอาจารย์ แต่แรงจูงใจภายในมีระดับสูงกว่า ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะนารถ สรวิสูตร (2552) ที่ศึกษาแรงจูงใจของอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มเยาวชนเช่นเดียวกัน โดยศึกษาในกลุ่มผู้นำเยาวชนที่มีจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมในสภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครมีแรงจูงใจภายในในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมอยู่ในระดับสูงตรงกับงานของวนภัทร์ แสงแก้ว โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าต้องการมีความสุขจากการทำกิจกรรมเพื่อสังคม รองลงมาคือต้องการหาประสบการณ์ใหม่ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม และความต้องการแก้ไขปัญหาพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นคนดีของสังคม มีความภาคภูมิใจ การมองว่าเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติ ความต้องการความรู้ในการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน ต้องการเสริมทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การเป็นผู้นำ แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องแรงจูงใจที่มาจากโครงการเนื่องจากผลการวิจัยของ ปิยะนารถ สรวิสูตร พบว่าความน่าสนใจของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจภายในที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ในขณะที่งานของวนภัทร์ แสงแก้ว พบว่าตัวโครงการทำให้เกิดแรงจูงใจในระดับมาก อย่างไรก็ตามด้วยโครงการที่มีลักษณะแตกต่างกัน และกลุ่มเยาวชนที่แตกต่างกัน ย่อมพบผลวิจัยที่แตกต่างกันได้ ในส่วนของแรงจูงใจภายนอกในงานของปิยะนารถ สรวิสูตร ก็พบเช่นกัน โดยพบว่าอาสาสมัครที่เป็นผู้นำเยาวชนมีแรงจูงใจภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจภายนอกได้แก่ คำชมเชยที่ได้รับ ความเชื่อที่ว่าการทำกิจกรรมเพื่อสังคมจะนำมาซึ่งชื่อเสียง รางวัลที่น่าสนใจ การยอมรับนับถือจากสังคม และการยอมรับนับถือจากกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ ปิยะนารถ สรวิสูตร (2552, น. 37) ได้สรุปว่าจิตอาสาเกิดจากสาเหตุหลัก ๆ คือ 1) ความรู้สึกสงสาร เกิดจากการที่ได้พบเห็นผู้ที่มีความเดือดร้อน

มากกว่าตนเองและอยากที่จะหาหนทางช่วยเหลือเพื่อบรรเทาทุกข์ 2) ประสบการณ์ความสุขที่ได้รับเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่นจึงอยากที่จะช่วยเหลืออีก 3) ความรู้สึกต่อเนื่อง คือเมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือและรู้สึกประทับใจ จึงมีความรู้สึกอยากช่วยเหลือทำสิ่งดี ๆ เพื่อให้ผู้อื่นบ้าง

นอกจากการศึกษาอาสาสมัครในกลุ่มเยาวชนแล้ว ก็พบการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครก่อนเกษียณและหลังเกษียณ เช่น การศึกษาเรื่องการเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาวะตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย ของอังศินันท์ อินทรกำแหง ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสานวิธี โดยในการศึกษาระยะแรกของการวิจัยได้ศึกษามูลเหตุที่ทำให้บุคลากรอาสาสมัครก่อนเกษียณและหลังเกษียณได้ทำกิจกรรมอาสา ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน ความหวัง การมองเห็นความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี รวมทั้งมีสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิตที่ดี โดยได้สรุปเงื่อนไขสาเหตุหลักของการทำงานอาสาไว้ 2 ด้านคือ ด้านบุคคล และด้านสภาพแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านบุคคล ประกอบไปด้วยความหวังซึ่งเป็นพลังจูงใจทางบวก พลังแห่งความปรารถนาที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีหนทางที่จะไปสู่เป้าหมายความสำเร็จแม้จะเจออุปสรรค และการมีสุขภาพแข็งแรงจะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วย สถาบันทางสังคม สถาบันครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญมากในการก่อรูปและปลูกฝังคุณลักษณะที่ดีแก่สมาชิกเรื่องของความห่วงใย เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2558, น. 108-109) ในกลุ่มอาสาสมัครวัยเกษียณยังพบในงานของ Kunisue (2011, p. 108) ที่พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำงานในสถานพยาบาลระยะสุดท้ายอยู่ในวัยเกษียณและมีแรงจูงใจจากการอยากให้บางอย่างคืนกับสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Elliott and Umeh (2013, pp. 377-382) ที่ทำการศึกษากับอาสาสมัครในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ พบว่าอาสาสมัครมีแรงจูงใจจากการที่รู้สึกว่าต้องให้บางอย่างกลับคืนเช่นกัน รวมทั้งอาสาสมัครรู้สึกได้รับประโยชน์จากการมาเป็นอาสาด้วย

สำหรับการศึกษาแรงจูงใจในกลุ่มของอาสาสมัครที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผู้วิจัยพบการศึกษาเรื่องแรงจูงใจในงานที่มีผลต่อความผูกพันในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขของ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม (2551) ที่ทำการศึกษาแรงจูงในงานและความผูกพันธ์ในงานของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ปัจจัยด้านแรงจูงใจในงานกำหนดบนพื้นฐานของความต้องการทางจิต ได้แก่ ความต้องการความพึงพอใจในงาน และความต้องการความพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคม รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ปัจจัยด้านครอบครัว และด้านเครือข่ายทางสังคม ผลการศึกษานี้พบว่าแรงจูงใจในงาน ส่งผลต่อความผูกพันในงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะแรงจูงใจในงานด้านความต้องการความพึงพอใจในการทำงาน และ ด้านความต้องการความพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคม

จากการศึกษาทฤษฎีและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ พบว่าแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบที่มาของพฤติกรรม ทำให้เข้าใจและสามารถวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการได้ การศึกษาในกลุ่มหรือบริบทที่แตกต่างกันพบว่าแรงจูงใจอาจสอดคล้องหรือแตกต่างกันก็ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาแรงจูงใจหรือมูลเหตุจูงใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเป็นการปูทางในการทำความเข้าใจอาสาสมัครในบริบทนี้ และเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรืออาสาสมัครในระบบสุขภาพต่อไป

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางจิตใจตามทักษะการให้การปรึกษา

ผู้ป่วยเรื้อรังนอกจากจะได้รับความทุกข์ทางด้านร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านร่างกาย (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555, น. 439-444; Turner & Kelly, 2000, p. 124) จากการค้นคว้าข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้น ผู้วิจัยเห็นว่าการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังนับได้ว่าเป็นการช่วยเหลือรูปแบบหนึ่ง และมีส่วนสอดคล้องกับหลักการการสนับสนุนทางจิตใจตามทักษะการให้การปรึกษา ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นรายละเอียดเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอในหัวข้อ การสนับสนุนทางจิตใจ การช่วยเหลือและทักษะการให้การปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 การสนับสนุนทางจิตใจ

การสนับสนุนทางจิตใจ (psychological support) หรือในบางเอกสารใช้คำว่า การดูแลจิตใจ การช่วยเหลือด้านจิตใจ การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ ในภาษาอังกฤษนักวิชาการใช้คำว่า psychological support, mental support, psychological care หรือ mental care จากการทบทวนเอกสาร บทความ และงานวิจัยพบว่ามีความหมายที่หมายถึงสิ่งเดียวกัน คือการช่วยเหลือลดทอนความทุกข์ทางจิตใจ ลดความกังวล เช่น ในงานของ Papathanassoglou (2010, pp. 119-120) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางจิตใจว่า การสนับสนุนทางจิตใจ หมายถึง การช่วยให้เกิดอารมณ์ทางบวกและการลดความวิตกกังวลโดยผ่านวิธีการต่าง ๆ และการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางจิตใจถูกนำมาใช้ในการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลในหลายสถานการณ์และหลากหลายบริบท เช่น สถานการณ์วิกฤติ หรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น เมื่อเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ภาวะสงคราม การนำไปใช้ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีความผิดปกติ รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังด้วย ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ากระบวนการในการสนับสนุนทางจิตใจมีความเกี่ยวเนื่องกับการช่วยเหลือโดยใช้ทักษะในการให้คำปรึกษา ในปัจจุบันวงการ การแพทย์ สาธารณสุข และสังคมเริ่มให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น กระบวนทัศน์หรือวิธีคิดในเรื่องสุขภาพกำลังถูกเปลี่ยนจากการคิดแบบแยกส่วนไปสู่วิธีคิดแบบองค์รวม โดยสุขภาพแบบองค์รวมมีพื้นฐาน

ความคิดที่ว่า ส่วนรวมทั้งหมดถูกสร้างมาจากส่วนย่อย ๆ ที่สัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ถ้ามีส่วนใดส่วนหนึ่งเสียหรือบกพร่องไป ส่วนอื่น ๆ ก็จะถูกกระทบด้วย เช่นเดียวกับชีวิตมนุษย์ ที่แต่ละบุคคลจะประกอบด้วย ร่างกาย (physical) จิตใจ (mental and emotional) สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พฤกษ์สุนันท์, 2555, น. 6-7) ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต้องทำควบคู่กันไปทั้งมิติของการดูแลทางด้านร่างกายและมิติของการดูแลทางด้านจิตใจ การสนับสนุนในเชิงจิตวิทยาถูกมองว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีในการให้การรักษาผู้ป่วย (Bartol & Courts, 2000; Papathanassoglou, 2006, as cited in Papathanassoglou, 2010) ในระยะหลังมานี้เริ่มมีการศึกษาการสนับสนุนทางจิตใจในระบบสุขภาพอย่างหลายหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

4.1.1 การสนับสนุนทางจิตใจเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย

นอกจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาโดยลดความเจ็บปวดให้มากที่สุด การจัดสภาพแวดล้อมที่ดี ยังมีการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น โดยมีคำแนะนำให้แพทย์และบุคลากรต่าง ๆ สนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยดังนี้ (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 343-346)

1) เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ที่อาจแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น การปฏิเสธความจริง การก้าวร้าว อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า

2) ถามถึงความรู้สึกนึกคิด ปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดได้แสดงความรู้สึก ผู้ป่วยจำนวนมากมักไม่พูดปัญหาออกมาเอง ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าสิ่งที่เขาไม่สบายใจ ให้กำลังใจ ประคับประคองทางอารมณ์ ให้ความสนใจห่วงใย แสดงความเห็นใจเข้าใจ

3) เพิ่มความสามารถในการปรับตัว ส่งเสริมทักษะที่ผู้ป่วยทำได้ดีอยู่แล้ว รวมทั้งเพิ่มทักษะใหม่ ๆ เช่น การลดความสำคัญของปัญหา การเจ็บป่วยถือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ใช้เมื่อมีความวิตกกังวลมาก ๆ แต่ไม่ควรใช้วิธีนี้บ่อยเกินไปอาจเป็นผลเสีย เนื่องจากอาจทำให้เกิดการหนีปัญหา การสนับสนุนให้หาข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความกังวลผิด ๆ ต่อโรค การให้ผู้ป่วยขอกำลังใจและการสนับสนุนจิตใจจากผู้อื่น การตั้งความหวังในระยะสั้น ๆ การให้ผู้ป่วยอาศัยความเชื่อบางอย่างยึดเหนี่ยวจิตใจ การฝึกเบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหา การมีความหวังอยู่เสมอแม้จะป่วยหนักก็ตาม โดยต้องไม่มีพฤติกรรมที่ทำลายความหวังของผู้ป่วย

4) เพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมตามปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การใช้ชีวิตส่วนตัว อาชีพ การเข้าสังคม

นอกจากวิธีการข้างต้นแล้ว ก็สามารถนำแนวคิดสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) มาใช้เพื่อการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้เช่นกัน สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ได้แก่ การเคารพผู้ป่วย ความจริงใจ การเห็นผู้ป่วยเป็นมนุษย์คนหนึ่ง

ความอบอุ่น ความอดทนและยอมรับบุคคลอย่างที่เป็น มีความสามารถในการฟัง เข้าอกเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เชื่อมั่นในตัวผู้ป่วย ตระหนักในข้อจำกัดของผู้ป่วย และยึดมั่นในหลักจริยธรรม สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยลดการแยกตัวและความโดดเดี่ยวของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น (Hobbs, 1994, as cited in Motyka, Motyka, & Wsołek, 1997)

4.1.2 ประโยชน์และรูปแบบในการสนับสนุนทางจิตใจ 4 ระดับ

องค์กร NICE (National Institute for Health and Care Excellent) ซึ่งเป็นองค์กรที่ให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษ ได้วางแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ผู้ใหญ่) และจัดพิมพ์ออกมาในลักษณะคู่มือ เป็นเอกสารที่เผยแพร่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งรายละเอียดของแนวทางได้เน้นย้ำความสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยได้ระบุว่า การสนับสนุนทางจิตใจสามารถช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจในผู้ป่วยได้หลายกรณีและในหลายระดับดังนี้ 1) อาการวิตกกังวล ตั้งแต่ระดับมีปัญหาการปรับตัว การวิตกกังวลทั่วไป อาการกลัว (phobia) และอาการตื่นตระหนก (panic) 2) อาการซึมเศร้า ตั้งแต่ มีอาการเศร้าทั่วไป จนถึงระดับมีอาการรุนแรง3) ปัญหาความสัมพันธ์ ทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาการสื่อสารกับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 4) ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ เช่น ปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 5) ปัญหาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) ปัญหาบุคลิกภาพ 7) มีความคิดต้องการทำร้ายตัวเอง 8) โรคจิตเภท และ 9) มีอาการผิดปกติในการรับรู้เวลา สถานที่ มีปัญหาด้านความทรงจำ การตัดสินใจ (NICE, 2004, p.75)

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์กร NICE ได้ถูกนำมาปรับใช้ในแผนกลยุทธ์ของเครือข่าย Anglia Cancer Network (AngCN) และ London Cancer ซึ่งเป็นเครือข่ายที่ให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศอังกฤษ โดยในแนวทางยังได้แบ่งระดับในการให้การสนับสนุนทางจิตใจออกเป็น 4 ระดับ โดยแบ่งตามกลุ่มผู้สนับสนุน (4-Tier Model) ซึ่งทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย หมายถึงผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งก็คือทุกคนในระบบสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ทั่วไป เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา รวมถึง อาสาสมัครด้วย รายละเอียดของ 4-Tier Model มีดังนี้ (Anglia Cancer Network, 2011, p.2; London Cancer, 2014, p.5)

ตาราง 3 ระดับการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยมะเร็งในผู้ใหญ่ (4-Tier Model)

ระดับ	กลุ่มผู้สนับสนุน	การประเมิน	วิธีการ
ระดับ 1	เจ้าหน้าที่ทุกคนในระบบสุขภาพ และนักสังคมสงเคราะห์	การรับรู้และตระหนักถึงความต้องการทางด้านจิตใจ	ให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนทางด้านจิตใจทั่วไป

ตาราง 3 (ต่อ)

ระดับ	กลุ่มผู้สนับสนุน	การประเมิน	วิธีการ
ระดับ 2	เจ้าหน้าที่ในระบบสุขภาพ และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความชำนาญ	คัดกรองผู้มีความทุกข์ด้านจิตใจ	เริ่มมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคในการแก้ปัญหา (problem solving)
ระดับ 3	เจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการฝึกอบรม	การประเมินทางจิตวิทยาเพื่อคัดกรองผู้มีความทุกข์ด้านจิตใจ และโรคทางจิตวิทยาบางอย่าง	การให้บริการการปรึกษา และใช้วิธีที่เหมาะสมในการบำบัดได้ เช่น การจัดการความวิตกกังวล การใช้กระบวนการรู้คิดบำบัด (cognitive behavioral therapy)
ระดับ 4	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต	วินิจฉัย และวิเคราะห์จิตพยาธิวิทยา	การใช้วิธีที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น การทำจิตบำบัด รวมทั้งการใช้กระบวนการรู้คิดบำบัด (cognitive behavioral therapy)

ที่มา: ดัดแปลงจาก Anglia Cancer Network. (2011). *Psychological Support Service Development Strategy*. p. 2.

การสนับสนุนทางจิตใจ 4 ระดับ (4-Tier Model) ใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วย การสนับสนุนทางจิตใจในระดับแรกของรูปแบบนี้ เป็นการสนับสนุนผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทุกคน รวมทั้งอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกฝนสามารถทำได้ (London cancer, 2014, p. 9) การให้การสนับสนุนทางจิตใจที่เหมาะสมในระดับแรกจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยในระดับที่รุนแรงขึ้น โดยการสนับสนุนทางจิตใจในระดับนี้จะเน้นที่การให้ความสำคัญกับการดูแลทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจควรมีความสามารถในการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ และควรมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจแก่ผู้ป่วย รวมทั้งรู้ขอบเขตหน้าที่และความสามารถของตัวเอง สามารถประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ โดยวิธีการที่ผู้สนับสนุนควรใช้ มีดังนี้ (National Institute for Health and Care Excellent, 2004, pp. 78-79) 1) สื่อสารด้วยความจริงใจและเห็นอกเห็นใจ เข้าถึงความรู้สึก

ของผู้ป่วย 2) ปฏิบัติกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ 3) สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 4)ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับบริการด้านการช่วยเหลือและการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าวิธีการที่ใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ การสื่อสาร และความเมตตาเห็นอกเห็นใจ ซึ่งความเห็นอกเห็นใจเข้าถึงความรู้สึกผู้อื่น หมายถึงอารณ์ร่วมกับผู้อื่นที่เกิดจากการชักนำ หรือความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งกับความสุขความทุกข์ของอีกคน ทำให้เกิดความรู้สึกอยากจะช่วยเหลือ (Batson, 2010. P. 2) โดยเมื่อพิจารณาการให้ความหมายของความเห็นอกเห็นใจหรือความเอื้ออาทร (empathy/empathic concern) ของนักวิชาการต่าง ๆ มีหลายแง่มุม ดังนี้ (Batson, 2010. pp. 4-14)

1) การรับรู้สภาวะภายในของอีกคนหนึ่ง รวมถึงความคิดและความรู้สึกของเขา ซึ่งการพยายามช่วยเหลือจะมีประโยชน์มากถ้าสามารถรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของอีกบุคคลได้อย่างถูกต้อง

2) การเลียนแบบท่าทาง สีหน้า การแสดงออกของคนที่ถูกสังเกต เช่น เมื่อเห็นผู้อื่นร้องไห้เสียใจเราอาจมีความรู้สึกเสียใจและร้องไห้ตาม การรับรู้สภาวะอารมณ์ของอีกคนจะกระตุ้นให้เกิดการจับคู่ทางอารมณ์ในตัวผู้สังเกต ซึ่งจะมีส่วนในการเพิ่มการห่วงใยเอื้ออาทรผู้อื่นด้วย

3) การรับรู้และมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ร่วมไปกับอีกบุคคลหนึ่ง อย่างไรก็ตามการมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมไปกับอีกบุคคลอาจไม่ใช่เรื่องสำคัญ เพียงการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของอีกคนก็เพียงพอ เช่น รับรู้ว่าเขากำลังเจ็บปวด เนื่องจากการรู้สึกและมีอารมณ์ร่วมเหมือนอีกบุคคลอาจทำให้มีความสนใจกับสภาวะอารมณ์ของตนเองมากกว่าสนใจสภาวะอารมณ์ของผู้อื่น (Mikulincer, Gillath, Halevy, Avihou, Avidan, & Eshkoli, 2001, as cited in Batson, 2010, p. 10)

4) การฉายภาพ หรือการจินตนาการภาพตัวเองในสถานการณ์ของอีกคน ซึ่งการทำแบบนี้ทำให้เกิดการรับรู้ว่าอีกคนคิดหรือรู้สึกอย่างไร ซึ่งอาจก่อให้ให้เกิดการห่วงใยเอื้ออาทรผู้นั้น อย่างไรก็ตามถ้าสภาวะของผู้นั้นไม่ชัดเจน การจินตนาการอาจทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดการตีความที่ไม่ตรงตามสภาวะของผู้นั้นได้

5) การจินตนาการว่าผู้อื่นคิดหรือรู้สึกอย่างไร (imagine-other perspective) โดยการจินตนาการความคิดและความรู้สึกของผู้อื่นอาจไม่ได้อาศัยเพียงคำพูดที่อีกคนสื่อออกมา แต่อาจอาศัยลักษณะ คุณค่า และความปรารถนาของผู้นั้นในการคิดจินตนาการด้วย

6) การจินตนาการว่าตัวเองจะคิดหรือรู้สึกอย่างไรถ้าพบสถานการณ์เดียวกัน (imagine-self perspective) ความหมายของความเห็นอกเห็นใจในแง่มุมนี้ คล้ายคลึงกับในข้อ 4 แต่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดของตัวเองมากกว่าที่จะจินตนาการว่าถ้าตัวเองเป็นคนนั้นจะคิดอย่างไร

7) การรู้สึกทุกข์เมื่อเห็นผู้อื่นประสบกับความทุกข์ทรมาน ซึ่งการสังเกตเห็นความทุกข์ของผู้อื่นจะไปกระตุ้นให้เกิดความกังวล ความไม่สบายใจและรู้สึกทุกข์ไปด้วย

ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย 4 ระดับนี้ อาสาสมัครที่ได้รับการอบรมและได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะเข้ามามีบทบาท โดยสามารถเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจในระดับแรก สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย รับรู้ความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดอาการทางจิตใจที่รุนแรงของผู้ป่วยได้ ซึ่งอาสาสมัครจะมีส่วนช่วยในการเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยได้อย่างมาก (London cancer, 2014, p. 9)

4.1.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางจิตใจ ผู้วิจัยพบงานวิจัยย้อนหลังไปในปี 1997 ซึ่งเป็นงานวิจัยในประเทศโปแลนด์ Motyka ผู้ซึ่งเป็นอาจารย์วิชาจิตวิทยาคลีนิกในคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะได้ทำการวิจัยประเภทสำรวจ เพื่อศึกษาการทำงานของพยาบาลจำนวน 50 คนที่ทำงานในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Jagiellonian เมืองคราคูฟ (Krakow) ประเทศโปแลนด์ ว่ามีการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยในการทำงานประจำวันหรือไม่ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีการสนับสนุนจิตใจต่อผู้ป่วยดังนี้ 1) ช่วยกระตุ้นและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย 2) สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและให้คำอธิบายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย 3) ให้การบำบัดที่แสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้ป่วย เช่น การถามและการสะท้อนกลับความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยดีขึ้น 4) ทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและช่วยให้ผู้ป่วยปลดปล่อยอารมณ์ทางลบที่ซ่อนไว้ พยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่ามีการกระตุ้นและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย เช่น การบอกว่าผู้ป่วยว่าไม่ต้องกังวล อย่ากลัวไปเลย อย่าเศร้าไปเลย หรือ เราจะทำทุกอย่างอย่างดีที่สุด คุณอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่รายงานว่าได้แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย และมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าความวิตกกังวล (Motyka et al., 1997)

สำหรับรูปแบบการสนับสนุนทางจิตใจแบบ 4 ระดับ (4-Tier Model) ที่องค์กร NICE ได้เผยแพร่ นอกจากใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังโรคมะเร็งแล้ว ผู้วิจัยยังพบการอ้างถึงรูปแบบนี้ในบทความเรื่องมาตรฐานในการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย (Dobbin, 2012, p. 9) โดยมีการกล่าวว่าการสนับสนุนทางจิตใจ คือ การสนับสนุนในรูปแบบใด ๆ ก็ตามที่ช่วยผู้ติดเชื้อ HIV ให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยเพิ่มความปกติสุขในด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ

(Dobbin, 2012, p. 1) และมีหลักฐานว่าการให้การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยมีผลอย่างมากกับสุขภาพและสุขภาวะของผู้ติดเชื้อ HIV ในระยะยาว ซึ่งรวมถึงการที่ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลอาการของตัวเองและปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างถูกต้อง (Sherr, Clucas, Harding et al., 2011, as cited in Dobblin, 2012, p. 8)

การสนับสนุนทางจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีปรากฏในบทความทางวิชาการของ Tower (2007) และ Middletone (2014) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์กร NICE โดย Tower เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับบทความของ Middleton ที่กล่าวว่าจำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นสูง และผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคมะเร็งไประยะเวลาหนึ่ง การดูแลสนับสนุนทางจิตใจจึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญและควรรวมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา (Middleton, 2014, p. 45) Tower กล่าวว่าการที่ผู้ป่วยต้องรับรู้และถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง การที่ต้องรับผลกระทบจากการรักษา รวมทั้งความไม่แน่นอนของโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และความเศร้าเสียใจ (Skilbeck & Payne, 2003, as cited in Tower, 2007) มีผู้ป่วยหลายคนที่สามารถจัดการกับผลกระทบจากการรักษาได้ แต่ประมาณร้อยละ 35-50 ของผู้ป่วยก็ยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (Schoudd et al., 2006 as cited in Tower, 2007) ซึ่งตรงกับงานของ Middleton ที่ระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (NICE, 2004, as cite in Middleton, 2014, p. 39)

ในบทความของ Tower แสดงให้เห็นว่าความสามารถและความชำนาญในการสื่อสารของพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นต่อการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยมะเร็ง Tower อ้างถึง 4-Tier Model โดยกล่าวว่าพยาบาลสามารถช่วยสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ทั้งในระดับที่ 1 และ 2 โดยต้องสามารถสร้างสัมพันธไมตรีกับผู้ป่วย และตระหนักหรือรับรู้ถึงอารมณ์หรือสภาวะจิตใจที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยได้ โดยในบทความได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้การสื่อสารเพื่อการสนับสนุนทางจิตใจไม่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) การรับรู้ว่าตัวเองไม่มีความสามารถในการจัดการปัญหาทางด้านจิตใจ

2) ทัศนคติ เช่น ความทุกข์ใจเป็นเรื่องธรรมดาไม่สามารถทำอะไรได้

3) สิ่งแวดล้อมและการสนับสนุน เช่น เพื่อนร่วมงาน

4) ความกลัว เช่น กลัวว่าผู้ป่วยจะปลดปล่อยอารมณ์ ความโกรธ ความทุกข์อย่างรุนแรงออกมา

ในทางกลับกัน Tower ได้กล่าวถึงการสื่อสารที่เอื้อต่อการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วย (Tower, 2007, pp. 53-54)

1) การเตรียมตัวและเตรียมเวลาสำหรับการดูแลทางด้านจิตใจ แจ้งผู้ป่วยอย่างชัดเจนถึงเวลาที่ตนมี

2) การเปิดการสนทนาด้วยท่าทีที่มีความอบอุ่นเป็นมิตร

3) การจัดสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น การจัดที่นั่งที่จะสามารถอยู่ระดับเดียวกับผู้ป่วยได้ มีระยะห่างพอดี

4) การพูดเสียงเบาแต่ให้ได้ยินชัดเจน

5) การใช้คำถามปลายเปิดโดยเฉพาะคำถามที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางจิตใจ เช่น วันนี้คุณรู้สึกอย่างไร มีอะไรที่จะช่วยคุณได้บ้าง

6) การฟัง การฟังที่ดี ผู้ฟังต้องเตรียมความพร้อม มีการสะท้อนกลับไปยังผู้ป่วย

นอกจากนี้ Tower ยังได้กล่าวถึง “กฎทองของการสื่อสาร” คือ เน้นถามคำถามปลายเปิด หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทางการแพทย์หรือคำที่ใช้เฉพาะกลุ่ม มีความซื่อสัตย์ในการสื่อสาร แต่ก็ระมัดระวังในการสื่อสารถึงสิ่งที่ผู้ป่วยไม่อยากรับรู้หรือยังไม่พร้อมรับรู้ คำนึงถึงการได้รับการสนับสนุนของตัวเองด้วย จัดสรรเวลาและให้ความสนใจกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในเวลานั้น ๆ แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ หากจำเป็นต้องมีการบันทึกการสื่อสารให้กระทำอย่างระมัดระวัง มีการตอบรับและสะท้อนกลับไปที่ผู้ป่วยเสมอ รับฟัง ช่วยผู้ป่วยในการลดอคติที่ผู้ป่วยมีต่อโรคมะเร็ง (Tower, 2007, p. 56)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางจิตใจในระบบสุขภาพ นอกจากในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เช่น มีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางจิตใจในผู้ป่วยเบาหวานทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ (Lloyd, Gill and Stone, 2013; de Wit, Pulgaron, Pattino-Fernandez, & Delamater, 2014) ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Dobbin, 2012) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Mierzyńska, Kowalska, Stepnowska, & Piotrowicz, 2010) ซึ่งแต่ละการศึกษามีจุดร่วมเหมือนกันคือ กล่าวว่าผู้ป่วยนอกจากจะมีอาการทางด้านร่างกายแล้ว ผลกระทบของการป่วยอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยได้รับคือผลกระทบทางด้านจิตใจ ควรเห็นความสำคัญของการสนันสนุนทางจิตใจ เช่น ในปี ค.ศ. 2010 Mierzyńska et al. ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ประสบปัญหากล้ามเนื้อหัวใจตาย และนำเสนอการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ประสบปัญหากล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น อาการวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ภาวะหรือโรคซึมเศร้า โรคกลัวที่ชุมชน (agoraphobia) อาการคลื่นไส้ การแยกตัวจากสังคม (Mierzyńska et al., 2010, p. 320) ผลการศึกษาสรุปว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจประสบความลำบากในการปรับตัวหลังจากป่วย ความลำบากนี้อาจอยู่ในรูปของ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือความบกพร่องในการเข้าสังคม ปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงการบำบัดฟื้นฟูหัวใจเหล่านี้ อาจส่งผลอย่างมากต่อการฟื้นตัวของร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจที่จะบำบัดและทำตามคำแนะนำของแพทย์ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนทางจิตวิทยา โดยต้องรู้ว่าผู้ป่วยเป็นคนประเภทไหน (เช่น ลักษณะนิสัย ระดับความวิตกกังวล) สถานการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย ถึงจะสามารถเลือกวิธีการสนับสนุนทางจิตใจที่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยนั้น ๆ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตวิทยาทั้งตอนอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากออกจากโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคอีกในอนาคตน้อยลง (Mierzyńska et al., 2010, p. 323) ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมี

ข้อเสนอแนะจากผู้ที่ทำการวิจัยว่า ควรให้ความสำคัญกับการอบรมทางด้านจิตสังคม การให้คำปรึกษา และควรรวมผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจไว้ในทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วย (de Wit et al., 2014, p. 198)

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางจิตใจ นอกจากจะพบงานที่ศึกษากับผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังพบงานที่ศึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เช่น รายงานกรณีศึกษาของ Kitasumi, Satonaka, Nakatani, and Morita (2001) ซึ่งรายงานประสบการณ์การสนับสนุนทางจิตใจของพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหืดกำเริบรุนแรง ซึ่งแบ่งระยะการสังเกตและเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรก ระยะตกใจ 2) ระยะที่สอง ระยะต่อต้าน 3) ระยะที่สาม ระยะยอมรับ โดยผลการวิจัยและข้อเสนอแนะก็สอดคล้องกับงานที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโดยตรง คือ ครอบครัวมีความเครียด กระวนกระวาย และวิตกกังวล และการสนับสนุนทางจิตใจต่อครอบครัวผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญ โดยในการศึกษาพบว่าพยาบาลได้ให้การสนับสนุนทางจิตใจโดยการตอบคำถาม ให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้กับการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาการสนับสนุนทางจิตใจในระบบสุขภาพ นอกจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว ก็ยังพบในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ Papathanassoglou (2010) ได้ศึกษาและรวบรวมงานวิจัยเพื่อตรวจสอบหลักฐานที่ระบุว่าการสนันสนุนทางจิตใจในช่วงเข้า ICU (Intensive Care Unit) ของผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ มีผลต่อผลลัพธ์ทางร่างกายและจิตใจ โดย Papathanassoglou (2010, p. 118) ทำการเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี 1970 และเลือกมาศึกษาทั้งหมด 14 งาน ดังนี้ งานที่ใช้การทำให้ผ่อนคลายโดยพยาบาลจำนวน 7 งาน งานที่ใช้การมโนภาพชี้นำจำนวน 3 งาน งานที่ใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จำนวน 1 งาน งานที่ใช้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจำนวน 2 งาน และงานที่เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 งาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวิกฤติมีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทั้งในด้านสัญญาณชีพ การลดลงของอัตราความเจ็บปวด ความวิตกกังวล การปฏิบัติตามคำแนะนำ ระยะเวลาในการรักษาตัว การนอนหลับ และความพึงพอใจของผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทบทวนข้างต้น การศึกษานี้ก็กล่าวถึงการสนับสนุนทางจิตใจว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีในการรักษาดูแลผู้ป่วย (Bartol & Courts, 2000; Papathanassoglou, 2006, as cited in Papathanassoglou, 2010)

จากการศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางจิตใจ ผู้วิจัยพบว่าการทำงานของอาสาสมัครในการเป็นผู้สนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นไปในแนวทางที่ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทางใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทางร่างกายซึ่งอาจมีความเจ็บป่วยทางใจร่วมด้วย เช่น ความน้อยใจ ความเครียด ความกลัว ความเบื่อหน่าย ตลอดจนอาจมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ให้มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น การเป็นผู้สนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครในลักษณะนี้มีส่วนสอดคล้องกับการเป็นผู้ช่วยเหลือโดยใช้ทักษะบางประการของการให้บริการการปรึกษา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมในส่วนของการช่วยเหลือ และทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ดังมีรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

4.2 การช่วยเหลือและทักษะการให้คำปรึกษา

4.2.1 การช่วยเหลือ

การช่วยเหลือ (helping) คือการกระทำที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือช่วยพัฒนาความอยู่ดีมีสุขของอีกคนหนึ่ง ซึ่งการกระทำนั้นอาจจะเป็นอะไรก็ได้ เช่นการให้ของ การช่วยจัดหาทรัพยากรเพื่อให้งานสำเร็จ ตราบใดที่การกระทำนั้นช่วยพัฒนาความเป็นอยู่ หรือเพิ่มความสุขให้อีกคนก็สามารถจัดได้ว่าการกระทำนั้นคือการช่วยเหลือ (Schroeder, Penner, Dovidio, & Piliavin, 1995, p. 16) เมื่อค้นคว้าการช่วยเหลือในด้านการให้การปรึกษาพบว่า Ivey, Ivey, and Simek-Downing (1980) ได้ให้ความหมายของการช่วยเหลือว่า คือการที่บุคคลหนึ่งให้การช่วยเหลือแก่อีกบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มคน โดยการช่วยเหลือนั้นมีได้ในหลายรูปแบบ และมีความหลากหลายครอบคลุมถึงการรับฟังเพื่อน ไปจนถึงการทำงานของผู้ที่มีอาชีพในการให้การปรึกษาหรือให้การบำบัดในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้รับบริการทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปการช่วยเหลือจะอยู่ในรูปแบบของการสัมภาษณ์ (interviewing) การให้คำปรึกษา (counselling) และ การบำบัดทางจิต (psychotherapy) ซึ่งทั้งสามรูปแบบมีความเหลื่อมกัน อาจพิจารณาได้ว่าการช่วยเหลือเป็นกระบวนการทั่วไป ที่ผู้สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการการปรึกษา และนักบำบัดได้กระทำเพื่อช่วยเหลือผู้เข้ารับบริการ (Ivey, Ivey, & Simek-Downing, 1985, pp. 18-19)

ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา และ การบำบัดทางจิต

ที่มา: ดัดแปลงจาก Ivey, Ivey, & Simek-Downing. (1980). *Counseling and psychotherapy: integrating skills, theory, and practice.* p. 19.

ทั้งนี้การช่วยเหลือแบบเป็นทางการจากผู้ที่มีอาชีพทางด้านการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือเท่านั้น นอกจากการช่วยเหลือแบบเป็นทางการแล้วในบริบทต่าง ๆก็มีการช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการด้วยเช่นกัน เช่น การช่วยเหลือจากเพื่อน การช่วยเหลือในที่ทำงาน การช่วยเหลือในสังคม การช่วยเหลือและการจัดการปัญหาเป็นประสบการณ์

ร่วมของมนุษย์ อาจกล่าวได้ว่าผู้ช่วยเหลือมีทั้งผู้ช่วยเหลือแบบเป็นทางการ (formal helpers) และผู้ช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ (informal helpers) โดยมีเป้าหมายเพื่อ จัดการปัญหาและสร้างโอกาส รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการชีวิตของผู้รับบริการ (Egan, 1994, pp. 4-8)

ทั้งนี้ Nelson-Jones (2014, p. 6) ได้กล่าวถึงผู้ช่วยเหลือ (helpers) ว่าเป็นคำที่ใช้ทั่วไปสื่อถึงผู้ที่ใช้ทักษะการให้คำปรึกษาและทักษะในการช่วยเหลือเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น โดยครอบคลุมทุกคนทั้งผู้ที่มีอาชีพให้บริการการปรึกษาโดยเฉพาะ เช่นนักจิตวิทยาการปรึกษา นักบำบัด ไปจนถึงผู้ที่ไม่ได้มีอาชีพเหล่านี้

ผู้ช่วยเหลือ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ และ อาสาสมัคร แม้จะไม่มีอาชีพและหน้าที่หลักในการให้คำปรึกษา แต่ผู้ให้การช่วยเหลือสามารถนำทักษะการให้คำปรึกษาไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้รับบริการของตนเองได้ บทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ให้บริการการปรึกษา (counsellors) และผู้ช่วยเหลือ (helpers) มีความแตกต่างกัน คือผู้ให้บริการการปรึกษามีหน้าที่หลักในการให้บริการการปรึกษาไม่ว่าจะเป็นแบบเดี่ยว แบบกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษาแบบครอบครัว ในขณะที่ผู้ช่วยเหลือมักจะมีหน้าที่หลักที่ต่างออกไป เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล หรือผู้ใช้ทักษะของตนเองในการเป็นอาสาสมัคร นอกจากนี้ความแตกต่างอีกประการหนึ่ง คือการฝึกอบรม ผู้ให้บริการการปรึกษาจะได้รับการฝึกอบรมในการให้คำปรึกษาเป็นหลัก แต่ผู้ช่วยเหลือจะได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับบริบทของงานที่ต้องทำเป็นหลัก (Nelson-Jones, 2014, pp. 7-8)

การให้การช่วยเหลือได้กระจายไปในบริบทต่างๆ เช่น การช่วยเหลือเด็ก การช่วยเหลือผู้ติดสุรา การฝึกอบรมทักษะการให้การปรึกษาได้ถูกนำเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือ กลุ่มคนที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเพิ่มขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร การช่วยเหลือสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิต แต่อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือต้องการความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้ช่วยเหลือและผู้เข้ารับบริการ (Ivey et al., 1980, pp. 19-21)

4.2.2 กระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC

กระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC (The Relating – Understanding - Changing Helping Model: RUC Model) แสดงถึงกระบวนการในการให้การช่วยเหลือ เหมาะสำหรับใช้ในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้การช่วยเหลือสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์อื่นๆได้ รูปแบบการให้การช่วยเหลือแบบ RUC แบ่งเป็น 3 ระยะหรือ 3 ขั้นตอน ซึ่งในบางครั้งแต่ละระยะก็มีความคาบเกี่ยวกัน ความยืดหยุ่นในการให้การช่วยเหลือในแต่ละระยะเป็นเรื่องที่สำคัญ หมายความว่าการให้การช่วยเหลือแต่ละระยะสามารถย้อนกลับไปในระยะก่อนหน้าได้ โดยแต่ละระยะมีรายละเอียด ดังนี้ (Nelson-Jones, 2012, pp. 38-41)

1) ระยะเกี่ยวข้อง (The relating stage)

เป็นระยะสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับบริการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการพบกันครั้งแรกก็ได้ เช่น การพูดคุยกันทางโทรศัพท์ก่อนการเตรียมตัวของผู้ให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ และอื่นๆ เช่น การเตรียมสถานที่ ขั้นเริ่มต้นของระยะนี้คือ ขั้นตอนของการแนะนำตัว การเริ่มต้น session ขึ้นอยู่กับบริบทของการช่วยเหลือ ซึ่งอาจรวมถึงการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเบื้องต้น การอนุญาตให้ผู้รับบริการเล่าเรื่อง เพื่อให้ผู้ให้การช่วยเหลือรับรู้ปัญหาที่มาจากผู้รับบริการอย่างแท้จริง ซึ่งบางครั้งผู้รับบริการอาจจะพูดถึงปัญหาอย่างชัดเจน แต่ในบางครั้งก็อาจเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมีหลายปัญหา ผู้ให้การช่วยเหลือควรใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจและลึกซึ้ง เพื่อสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นปลอดภัย ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือต่อไป

2) ระยะทำความเข้าใจ (The understanding stage)

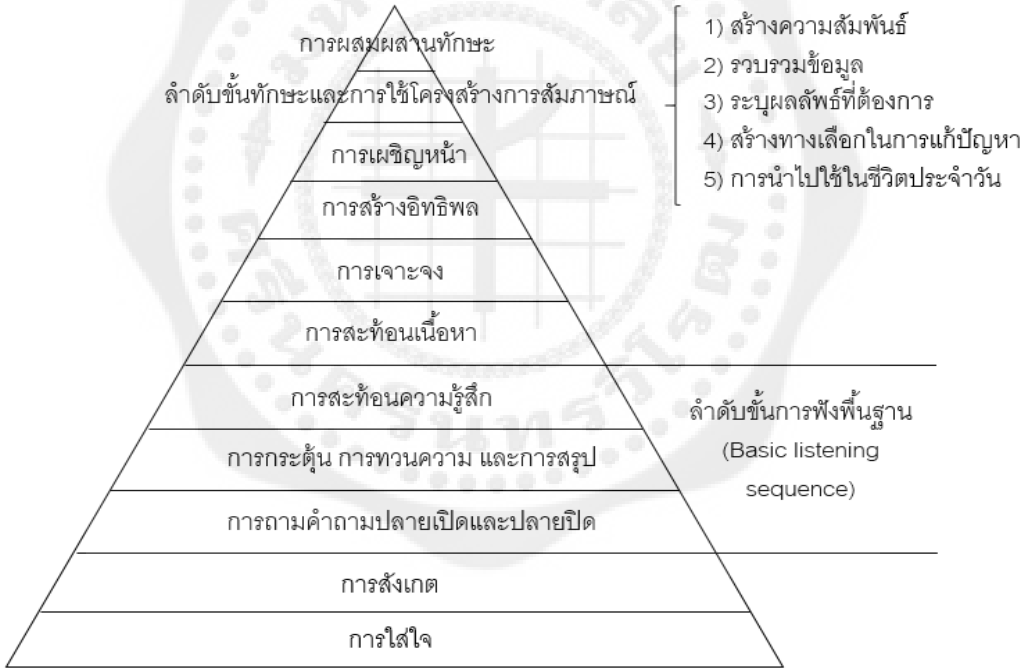
เป็นระยะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น บ่อยครั้งที่ผู้รับบริการไม่สามารถข้ามผ่านสถานการณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวได้ การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้บอกเล่าปัญหาหรือเรื่องราวในบรรยากาศของการสนับสนุน สามารถช่วยทำให้ความคิดที่วนอยู่คลายลง ได้รับการกระตุ้น และเกิดความรู้สึกว่าสามารถจัดการสิ่งต่างๆได้ดีขึ้น การใช้ทักษะการฟังควบคู่ไปกับการตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ การแก้ไขปัญหาในอดีตของผู้รับบริการ ผู้ให้การช่วยเหลืออาจให้ผู้รับบริการแสดงบทบาทสมมติ (role play) ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อช่วยทำให้เข้าใจสิ่งที่ผู้รับบริการแสดงออกในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งในระยะสุดท้ายของขั้นนี้ ผู้ให้การช่วยเหลืออาจสรุปสิ่งที่เป็นประเด็นหลักและตรวจสอบกับผู้เข้ารับบริการถึงความถูกต้อง และความต้องการในการเปลี่ยนแปลง หรือความต้องการในการแก้ปัญหา

3) ระยะเปลี่ยนแปลง (The changing state)

เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้เข้ารับบริการมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ ความรู้สึก ได้มีประสิทธิภาพกว่าในอดีต วิธีการที่ผู้ให้การช่วยเหลือและผู้เข้ารับบริการนำมาใช้ในระยะนี้ คือ แนวทางในการจัดการปัญหา (problem-solving approach) และการพัฒนาการสื่อสาร การกระทำ รวมถึงการพัฒนาทักษะทางด้านจิตใจ (mind skill approach) ในด้านแนวทางในการจัดการปัญหา อาจช่วยให้ผู้รับบริการวางเป้าหมายที่ชัดเจน ค้นหาทางเลือก จัดทำแผนปฏิบัติการและนำไปใช้ ในด้านการพัฒนาการสื่อสาร การกระทำ การพัฒนาทักษะทางด้านจิตใจ ก็เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่มักใช้การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centered) โดยหลีกเลี่ยงการควบคุม หรือตัดสินใจแทน แต่พยายามดึงศักยภาพของผู้รับบริการ กระตุ้นและให้ความมั่นใจ สนับสนุนในการคิดและพูดกับตนเองเชิงบวก และช่วยในการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ หรือการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม

4.2.3 ทักษะในการให้คำปรึกษา

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในหัวข้อการช่วยเหลือ พบว่าการปรึกษาในเชิงจิตวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือ ซึ่งการปรึกษาในเชิงจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการการให้คำแนะนำปรึกษาที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นในเชิงพฤติกรรมและสุขภาพจิต (Banmen, 2001 อ้างถึงใน นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2558, น. 430) เป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือ เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ มีความภาคภูมิใจในตัวเอง สามารถยอมรับตัวเองได้ และมีความสงบสุขในจิตใจได้มากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2558, น. 438-439) ในการให้การปรึกษามีทักษะพื้นฐานที่สำคัญ หรือที่เรียกว่าจุลทักษะ ได้แก่ การใส่ใจหรือการรับฟัง การสังเกต ลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน การสะท้อนเนื้อหา การเจาะจง การสร้างอิทธิพลหรือการโน้มน้าว และการท้าทายหรือการเผชิญหน้า การผสมผสานทักษะต่างๆเหล่านี้เข้าด้วยกันเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และการให้การปรึกษาอย่างเป็นธรรมชาติ (Ivey et al., 1980, pp. 71-86; Ivey et al., 1980, pp. 121-129) โดยสามารถแสดงลำดับขั้นของจุลทักษะ ได้ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 ลำดับขั้นจุลทักษะ (Microskills hierarchy)

ที่มา: ดัดแปลงจาก Ivey et al. (1980). *Counseling and psychotherapy: integrating skills, theory, and practice*. p. 70.

ลำดับขั้นจุลทักษะมีรายละเอียดของทักษะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) ทักษะการใส่ใจหรือทักษะการฟัง (attending or listening skill) คือ การแสดงออกที่แสดงถึงความใส่ใจ สนใจ ซึ่งในแต่ละวัฒนธรรมต่างก็มีการแสดงความใส่ใจในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป นอกจากวัฒนธรรมแล้วการแสดงความใส่ใจที่เหมาะสมต้องพิจารณาความแตกต่างของสถานการณ์และบุคคลร่วมด้วย ตัวอย่างการแสดงออกถึงการใส่ใจ เช่น การใช้สายตา คำพูด น้ำเสียง และท่าทาง โดยให้ความสนใจกับทั้งตัวผู้รับคำปรึกษาและข้อมูล

2) ทักษะการสังเกต (observation skill) คือ การเข้าใจและการสามารถเข้าไปอยู่ในโลกของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างแท้จริง การสื่อสารที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษา มีทั้งการสื่อสารทางวัจนภาษาและทางอวัจนภาษา สิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาควรคำนึงถึงและเป็นสิ่งที่สำคัญนอกจากภาษาพูดของผู้รับคำปรึกษาแล้ว คือ การเข้าใจและการสังเกตพฤติกรรมที่ไม่ได้พูดออกมาของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งสามารถทำได้ผ่านการสังเกตอวัจนภาษา ดังนี้

2.1) สายตา (eye contact) เช่น การเคลื่อนไหวของตา การสบตา การหลบตา

2.2) ภาษากายหรือท่าทาง (body language) เช่น การเคลื่อนไหว การส่ายศีรษะ การยักไหล่ การวางท่าทางที่แสดงออกว่าไม่สนใจ การกอดอก

2.3) น้ำเสียงและความเร็วในการพูด (vocal tone and speech rate) เช่น การพูดเร็ว อาจหมายถึงการกังวล การพูดช้า อาจแสดงถึงอาการซึมเศร้าหรืออาการง่วง การใช้เสียงดังหรือการเปลี่ยนน้ำเสียงทันที

2.4) การเปลี่ยนหัวข้อทันที (topic jump) การเปลี่ยนหัวข้อในการพูดคุยอาจแสดงถึงการที่ผู้เข้ารับคำปรึกษามีอะไรบางอย่างในจิตใจ ผู้ให้คำปรึกษาอาจสังเกตได้แต่ยังคงตามผู้รับบริการในการสนทนาในหัวข้อใหม่ต่อไปก่อน ซึ่งการทำเช่นนี้จะช่วยเพิ่มความไว้วางใจ โดยอาจกลับมาพูดคุยเชิงลึกในเรื่องที่ถูกเปลี่ยนหัวข้อในภายหลังได้

2.5) การเลียนแบบท่าทาง (mirroring nonverbal behavior) ในบางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจรู้สึกว่าท่าทางบางอย่างของผู้รับคำปรึกษาไม่สมเหตุสมผล และทำให้ผู้ให้คำปรึกษารู้สึกแปลกและรู้สึกห่างเหินกับผู้รับคำปรึกษา การสังเกตท่าทางและตั้งใจเลียนแบบผู้รับคำปรึกษาในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อาจช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและเห็นใจผู้รับคำปรึกษาเพิ่มขึ้น

3) ลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน (basic listening sequence) คือ ทักษะพื้นฐานที่ใช้ตามมาหลังจากการฟัง อาจกล่าวได้ว่าลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน คือทักษะการใส่ใจที่ถูกจัดอย่างสอดคล้องและเป็นระบบ ในลำดับขั้นการฟังพื้นฐานประกอบไปด้วยการใช้ทักษะ ดังนี้

3.1) การใช้คำถามปลายเปิด (open questions) คือ การถามคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษามีโอกาสได้พูดถึงเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก และตอบคำถามได้อย่างอิสระ คำถามปลายเปิดมักเริ่มด้วยคำถาม “อะไร” “อย่างไร” ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา

ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเองอย่างอย่างกว้างขวาง และได้บอกเล่าเรื่องราว ไม่ใช่เพียงคำตอบว่า ใช่-ไม่ใช่ และทำให้ได้รับข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

3.2) การใช้คำถามปลายปิด (closed questions) คือ การถามคำถามที่กำหนดทิศทางในการตอบไว้แล้ว ซึ่งจะนำไปสู่คำตอบ ว่า ใช่-ไม่ใช่ หรือคำตอบสั้นๆ ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลให้ความชัดเจน และจำกัดขอบเขตของการพูดคุย

3.3) การกระตุ้น (encouraging) คือ การพูดกระตุ้นหรือสนับสนุน การตอบรับเป็นระยะ เช่น “อาฮะ” “แล้วยังไงต่อ” “ช่วยเล่าเพิ่มอีก” ซึ่งช่วยทำให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ว่ามีคนรับฟังและสามารถเล่าเรื่องราวได้อย่างต่อเนื่อง

3.4) การทวนความ (paraphrase) คือ การพูดทวนสิ่งที่เป็นคำหรือประโยคสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาได้บอกเล่าออกมา ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยในเชิงลึกต่อไป รวมทั้งทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนเรื่องราวของตนเอง ซึ่งมีส่วนช่วยในการตัดสินใจด้วย

3.5) การสะท้อนความรู้สึก (reflection of feeling) คือ การที่ผู้ให้คำปรึกษารับรู้ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และบอกกลับไปยังผู้รับคำปรึกษา เพื่อเป็นการทบทวนว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ และทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน

3.6) การสรุปความ (summarization) คือ การรวบรวมข้อมูลที่ได้และสรุปใจความสำคัญของเรื่องราว รวมถึงการเพิ่มมุมมองเชิงบวกแก่ผู้รับคำปรึกษา

4) การสะท้อนความหมาย (reflection of meaning) คือ การนำคำพูดและพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษามาทำให้เกิดความกระชับชัดเจนมากขึ้น และสะท้อนกลับไปยังผู้รับคำปรึกษา เป็นทักษะที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจการให้คุณค่าและเป้าหมายในชีวิตของตนเอง การใช้ทักษะนี้นอกจากทำให้ความคิดของผู้รับคำปรึกษาที่คลุมเครือชัดเจนขึ้นแล้ว ยังเป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ให้คำปรึกษาเองด้วย เนื่องจากในสถาณการณ์เดียวกันแต่ละคนอาจมีการให้ความหมายหรือให้คุณค่าในประสบการณ์นั้นๆแตกต่างกัน การสะท้อนความหมายสามารถทำได้ผ่านการเริ่มต้นด้วยประโยค เช่น "คุณหมายความว่า" "ดูเหมือนว่า" ร่วมกับการใช้คำหรือประโยคสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาได้พูดออกมา ทั้งนี้ทักษะการสะท้อนความหมาย ไม่รวมอยู่ในลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน เนื่องจากต้องใช้การตีความมากกว่า โดยการใช้ทักษะนี้มักเกิดตามมาหลังจากการใช้ทักษะลำดับขั้นการฟังพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ

5) การเจาะจง (focusing) คือ การตระหนักและให้ความสนใจกับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในหลาย ๆ มิติ ผู้ให้การปรึกษาที่มีประสบการณ์น้อยมักจะให้ความสำคัญกับปัญหามากกว่าผู้รับการปรึกษาที่อยู่ตรงหน้า ซึ่งจริงๆแล้วควรให้ความสำคัญกับตัวบุคคลก่อนแล้วค่อยให้ความสำคัญกับปัญหาโดยตรง การเจาะจงเป็นทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถนำบทสนทนา

ไปยังเรื่องที่ต้องการ หรือเรื่องที่คิดว่ามีความเกี่ยวข้องได้ รวมทั้งเป็นทักษะที่สำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการให้การปรึกษาและการบำบัด

6) ทักษะการสร้างอิทธิพล (influencing skill) คือ การให้ข้อมูล การโน้มน้าว หรือการทำให้ผู้รับการปรึกษาคล้อยตาม แม้ว่าการใช้ทักษะการใส่ใจและเทคนิคต่างๆในลำดับขั้นพื้นฐานการฟังจะสามารถช่วยผู้รับบริการให้ได้รับประโยชน์ เติบโต และก้าวข้ามผ่านปัญหาได้ แต่อย่างไรก็ตามการสร้างอิทธิพลร่วมกับการฟังอาจช่วยให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ผู้ให้การปรึกษาสามารถแบ่งปันเรื่องราว ความรู้ ข้อคิดเห็น ประสบการณ์ของตนเองเพื่อประโยชน์ของผู้รับการปรึกษาได้ การใช้ทักษะการสร้างอิทธิพลมีหลายวิธีดังนี้

6.1) การตีความสถานการณ์ (interpretation) คือ การเสนอทางเลือกในการมองสถานการณ์ในรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งเป็นการมองความจริงในมุมมองที่แตกต่างออกไป หรือการทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมได้

6.2) การชี้แนะแบบบอกให้ทำ (directive) คือ การแนะนำให้ผู้รับคำปรึกษาทำบางสิ่งบางอย่างแบบที่คาดเดาได้ว่าผู้รับคำปรึกษาจะต้องทำตาม

6.3) การแนะนำให้ข้อมูล (advice/information/other) คือ การอธิบายให้ข้อมูลต่างๆ การให้คำแนะนำ การบอกแหล่งข้อมูล รวมไปถึงการให้ตัวอย่าง

6.4) การเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) คือ การแบ่งปันความคิดและประสบการณ์ของตนเอง การเปิดเผยตนเองจะช่วยเพิ่มความไว้วางใจและช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ

6.5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) คือ การบอกผู้รับคำปรึกษาว่าผู้ให้คำปรึกษาหรือคนอื่น ๆ มองหรือมีความคิดเห็นต่อผู้รับคำปรึกษาอย่างไร ซึ่งช่วยเปิดทางเลือกในการรับรู้ตนเองของผู้รับบริการ

6.6) การชวนให้คิดถึงผลที่ตามมา (logical consequence) คือ การอธิบายการเกิดผลที่ตามมาของความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ในแบบตรรกะ เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้คิดถึงสิ่งที่อาจจะเกิดตามมาเมื่อมีความคิดหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

6.7) การสรุปแบบสร้างอิทธิพล (influencing summary) คือ การสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในการพูดคุย เพื่อให้ผู้บริการสามารถนำไปใช้ในชีวิตได้ต่อไป

7) ทักษะการเผชิญหน้า (confrontation skill) คือ การบอกให้เห็นถึงความขัดแย้ง หรือความไม่สอดคล้องกันระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ของผู้รับบริการ ซึ่งการใช้ทักษะการเผชิญหน้าควรใช้ผสมผสานกับการใช้ทักษะการใส่ใจและทักษะการสร้างอิทธิพลร่วมด้วย

การผสมผสานทักษะต่าง ๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์ทั้ง 5 ระยะ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างความสัมพันธ์ 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ 4) การสร้างทางเลือกในการ

แก้ปัญหา และ 5) การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นทักษะที่ใช้ในการให้การปรึกษา ซึ่งนอกจาก Ivey ที่ได้อธิบายถึงถึงจุลทักษะดังที่ได้รวบรวมมาแล้ว ยังมีนักวิชาการที่กล่าวถึงทักษะของผู้ช่วยเหลือที่สอดคล้องกับทักษะในการให้คำปรึกษาอีก เช่น Nelson-Jones (2014) โดย Nelson-Jones ได้แสดงถึงทักษะของผู้ช่วยเหลือ ดังนี้ การเข้าใจโลกภายในของผู้รับบริการโดยการฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความใส่ใจและสนใจ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสรุป การถามคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด การสื่อสาร พฤติกรรม รวมถึงการตรวจสอบระดับของสิ่งเหล่านั้น เช่น ระดับของความรู้สึก การท้าทายและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การเปิดเผยตนเอง การจัดการการต่อต้าน การอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา การยกตัวอย่างและการช่วยให้ผู้รับบริการได้ฝึกซ้อม การผ่อนคลาย การพัฒนาความคิดความเชื่อและการรับรู้ของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ (Nelson-Jones, 2014, pp. 45-129)

ในบริบทของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครมีการทำงานในลักษณะของผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อาสาสมัครมีความจริงใจให้ความสำคัญผู้ป่วย เน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เคารพในศักดิ์ศรี เห็นใจและเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข รับรู้ในองค์รวมของผู้ป่วย ไม่ตัดสินโดยใช้เพียงแง่มุมใดมุมหนึ่ง อาสาสมัครสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและรักษาความสัมพันธ์ต่อเนื่องระหว่างการเข้าเยี่ยมดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลายความทุกข์ผ่านวิธีการต่างๆ ซึ่งการทำงานของอาสาสมัครสอดคล้องกับบทบาทของผู้ช่วยเหลือ รวมทั้งมีการนำทักษะบางประการของการให้การปรึกษามาใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ – การศึกษาเฉพาะกรณี

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ Cresswell (1998) จุดสำคัญอยู่ที่ “ภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อน เป็นองค์รวม” หมายถึงการบรรยายรายละเอียดของสิ่งที่ศึกษา ให้ผู้อ่านสามารถมองเห็นประเด็นของสิ่งนั้นได้หลายด้าน โดยอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังการนิยามความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ Cresswell ได้กล่าวไว้ว่า “การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการค้นคว้าวิจัยเพื่อหาความเข้าใจบนพื้นฐานของระเบียบวิธีอันมีลักษณะเฉพาะที่มุ่งการค้นหาประเด็นปัญหาทางสังคมหรือปัญหาของมนุษย์ ในกระบวนการนี้ผู้วิจัยสร้างภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อนเป็นองค์รวม วิเคราะห์ข้อความ รายงานทัศนะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด และดำเนินการศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ” (Cresswell, 1998, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, น. 23)

โดยกระบวนทัศน์ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ได้แก่ 1) ความจริงเป็นอัตวิสัยถูกรับรู้และสร้างขึ้นภายในจิตใจมนุษย์แต่ละคน 2) ผู้วิจัยมุ่งตีความหมายเพื่อทำความเข้าใจความหมาย ความรู้สึกนึกคิดที่มนุษย์สร้างขึ้น 3)เกิดในบริบทที่เป็นไปตามธรรมชาติไม่ได้ถูกจัดกระทำ 4) การเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทำโดยการเลือกแบบเจาะจงโดยยึดเป้าหมายเป็นหลัก (purposive sampling) 5) แบบ

แผนการวิจัยมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ 6) ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก 7) นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เช่น เป็นผู้สังเกต สัมภาษณ์ 8) ข้อค้นพบเกิดจากการวิเคราะห์เชิงตรรกะ 9) มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ด้วยความเข้าใจลึกซึ้งและเป็นองค์รวม ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงไปยังประชากร 10) ใช้วิธีการอุปนัยในการหาคำตอบ คือ “ย่อยไปหาใหญ่” หมายถึงเริ่มต้นจากสิ่งที่จำเพาะเจาะจง ไปสู่สิ่งทั่วไป (ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์, 2554, น. 24) จากกระบวนทัศน์ของการวิจัยเชิงคุณภาพที่กล่าวมาสอดคล้องกับลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ ชาย โพธิสิตา ได้กล่าวถึง คือการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยภายใต้สถานการณ์ธรรมชาติ หมายถึงไม่มีการกำหนดล่วงหน้าก่อนการเก็บข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสามารถเตรียมประเด็นหรือคำถามที่ผ่านการกลั่นกรองมาอย่างดีแล้วได้ แต่เป็นไปในลักษณะเปิดกว้าง การวิจัยดำเนินไปตามหลักอุปนัย (inductive) เริ่มจากข้อมูลที่ได้จำนวนหนึ่ง ไปสู่ข้อสรุปซึ่งอาจอยู่ในรูปคำอธิบายหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี การวิจัยต้องมุ่งสร้างความรู้ และความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวม โดยผู้วิจัยต้องมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อมุ่งทำความเข้าใจในบริบทที่ศึกษา ให้ความสำคัญแก่กรณีที่มีลักษณะเฉพาะ กระบวนการในการวิจัยดำเนินการภายใต้การออกแบบการวิจัยที่ยืดหยุ่น ใช้เครื่องมือวิจัยได้หลากหลาย แต่คุณสมบัติของเครื่องมือที่สำคัญคือไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด และตัวนักวิจัยเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญมากในการวิจัย (ชาย โพธิสิตา, 2556, น. 27-43)

ในการเลือกใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ต้องพิจารณาเนื้อหาของประเด็นที่จะทำการวิจัย ข้อได้เปรียบ รวมถึงข้อจำกัดในการใช้แนวทางของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดย ชาย โพธิสิตา (2556, น. 44-46) กล่าวว่า วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเหมาะที่จะใช้เพื่อการค้นหาประเด็นและรายละเอียด เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการ และความหมายของพฤติกรรม ปรากฏการณ์ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อประเด็นที่นักวิจัยสนใจศึกษานั้น มีลักษณะเป็นคำอธิบายว่า “ทำไม” และ “อย่างไร” หรือถ้าต้องการเข้าใจกระบวนการ (process) ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าเป็นอย่างไร รวมถึงกรณีที่กลุ่มเป้าหมายหรือสถานการณ์ในการศึกษาไม่เหมาะจะใช้วิธีการเชิงปริมาณ

จากนิยามความหมาย กระบวนทัศน์และลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากประเด็นที่ต้องการศึกษาและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีความเฉพาะ คือ เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษาเป็นการมุ่งค้นหาความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัคร ไปจนถึงแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งข้อค้นพบและข้อสรุปที่ได้ จะทำให้เกิดความเข้าใจอาสาสมัครกลุ่มนี้ และได้แนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัคร หรือผู้ที่สนใจต่อไป ในระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวทางหรือรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพมี 5 แบบ ได้แก่ วิธีการศึกษาชีวประวัติบุคคล (biographical approach) วิธีการเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological) วิธีการวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (grounded theory approach) วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา (ethnographic approach) และวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (case study approach) (Cresswell, 1998, อ้างถึงใน ชาย

โพธิสิตา, 2556, น.23) โดยรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพที่นำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้คือ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (case study approach)

การศึกษาเฉพาะกรณี หรือ กรณีศึกษา

กรณีศึกษาในการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ใช่วิธีในการศึกษา (method) แต่เน้นไปที่ case หรือสิ่งที่ถูกศึกษา (Stake, 2000, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, น. 152) ตามทัศนะของชาย โพธิสิตา ที่อิงกับความเห็นของ Stake กล่าวว่าการศึกษาเฉพาะกรณี คือ การวิจัยที่มุ่งศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา ซึ่งมีขอบเขตชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง (ชาย โพธิสิตา, 2556, น. 152) เช่นเดียวกับ ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์ ที่กล่าวว่า การศึกษาเฉพาะกรณี เป็นการวิจัยที่มุ่งค้นหากระบวนการ ในปรากฏการณ์ที่มีความจำเพาะเจาะจง ซึ่งเรียกว่า กรณี (case) เป็นระบบที่มีขอบเขตจำกัด เช่น บุคคล กลุ่มชน องค์กร กิจกรรม โครงการ หรือเวลาเป็นต้น นักวิจัยเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณี จะเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงรายงานประเด็นเกี่ยวกับกรณีศึกษานั้น ๆ (ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์, 2554, น. 24) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นการศึกษาที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

กรณีที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาสามารถจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (Stake, 2000, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, น.153-155)

1) Intrinsic cases คือ กรณีที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาเนื่องจากสนใจ อยากรู้ อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผย โดยไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่น

2) Instrumental cases คือ กรณีที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาเนื่องจากต้องการแสดงอะไรบางอย่างให้ชัดเจน เช่น แนวคิด ข้อสรุป ข้อเสนอเพื่อโต้แย้ง และกรณีนั้นเป็นตัวแทนของกรณีอื่น ๆ Instrumental cases คือกรณีที่ใช้เพื่อสนับสนุนข้อสรุปของนักวิจัย

3) Collective cases คือ การเลือกกรณีศึกษา instrumental cases หลาย ๆ ราย เพื่อให้สิ่งที่ต้องการแสดงนั้นมีความชัดเจน และเพิ่มความมั่นใจในข้อสรุป กรณีหลาย ๆ กรณีที่เลือกมาศึกษา เรียกว่า collective cases ใช้เพื่อการสนับสนุนในเรื่องเดียวกัน

สำหรับรูปแบบการวิจัยในการศึกษาเฉพาะกรณีมี 3 รูปแบบ (Yin 1993, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2556, น.156-157) โดยแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1) ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) เป็นการศึกษาเพื่อมุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทของสิ่งที่เลือกมาศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยการบรรยาย และไม่เน้นการวิเคราะห์

2) ศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) เป็นการศึกษาเพื่อหาความหมาย นิยามที่ยังไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้างสมมติฐานตั้งต้นสำหรับการวิจัยแบบสำรวจ (เชิงปริมาณ) รวมถึงนักวิจัยอาจ

ใช้รูปแบบนี้เมื่อต้องการค้นหาประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจของปรากฏการณ์หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง จากนั้นจึงค่อยออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาเชิงลึกในประเด็นนั้นต่อไป

3) ศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (explanatory) เป็นการศึกษาโดยสิ่งที่เลือกมาศึกษานั้นเป็นสิ่งที่รู้จักคุ้นเคยบ้างแล้ว ไม่ได้มุ่งเพียงการเปิดเผยหรือทำความรู้จักปรากฏการณ์ แต่เป็นการมุ่งหาคำอธิบายที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือมีแล้วแต่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งรูปแบบนี้เหมาะในการใช้หาคำอธิบายให้แก่ข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงปริมาณ ในการศึกษาแบบนี้นักวิจัยมักมีแนวคิดหรือข้อสรุปบางอย่าง ที่ต้องการเสนอเป็นคำอธิบายให้สำหรับสิ่งที่ตนศึกษา หรือเสนอเป็นคำอธิบายในเชิงทฤษฎีที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษานั้น

ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เลือกกรณีศึกษาประเภท instrumental cases หลายรายจากหลายแหล่ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับข้อค้นพบของการวิจัย ที่จะใช้ทำความเข้าใจอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป โดยการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการพบกรณีที่สามารถให้ข้อมูลได้มาก ๆ (information-rich cases) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย สำหรับรูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษา ผู้วิจัยเลือกใช้สองรูปแบบเพื่อทำความเข้าใจต่อสิ่งที่ศึกษาคือ การศึกษาเชิงพรรณนา และการศึกษาแบบมุ่งค้นหา ดังที่ ชาย โพธิสิตา กล่าวว่ารูปแบบการศึกษาไม่จำเป็นต้องเป็นอิสระจากกันเสมอไป ในการศึกษาเรื่องหนึ่งอาจใช้หลายรูปแบบเพื่อการศึกษาไปพร้อมกันได้ (ชาย โพธิสิตา, 2556, น.157)

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากับกรณีศึกษาอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยสนใจในประเด็นความหมาย คุณลักษณะ และแรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งสนใจในประเด็นการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งได้จากอาสาสมัคร เพื่อทำความเข้าใจอาสาสมัครกลุ่มนี้ และค้นหาแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานในการศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนทัศน์ของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งวิเคราะห์และรายงานผล และใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกของ Ryan and Deci ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow และ ทฤษฎี ERG ของ Alderfer แนวคิดแรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อผู้อื่นของ Batson และแรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ของ Clary มาเป็นกรอบเพื่อทำความเข้าใจแรงจูงใจอาสา หรือมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครที่ตัดสินใจทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และคงอยู่ในงานอาสาช่วงระยะเวลาหนึ่ง สำหรับในส่วนของแนวทางการสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยมีฐานคิดว่าอาสาสมัครมีส่วนช่วยในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ในระดับที่ 1 ตามรูปแบบในการสนับสนุนทางจิตใจ 4

ระดับขององค์กร NICE และผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือ และทักษะการให้การปรึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ทำความเข้าใจอาสาสมัร คัดเลือกอาสาสมัคร และใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยต่อไป อย่างไรก็ตามผู้วิจัยใช้ข้อมูลและแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นเป็นฐานในการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจะเปิดรับข้อมูลที่จะได้จากการลงสนามจริงอย่างยืดหยุ่น และให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ซึ่งผลการวิจัยอาจตรงหรือไม่ตรงตามกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ได้วางไว้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (case study approach) ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) และการศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อศึกษาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแผนวิธีดำเนินการในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูลในเบื้องต้น มีรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การคัดเลือกและวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ส่วนที่ 3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล
ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การคัดเลือกและวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ มีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นสองกลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และ 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เจ้าหน้าที่โครงการอาสาข้างเตียง พยาบาล เพื่อนอาสาสมัคร

1.2 การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) เพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่เคยมีประสบการณ์ตรงและสามารถถ่ายทอดเรื่องราวที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครั้งนี้ได้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหลัก ส่วนข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

1.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยบางส่วนได้จากผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล (gatekeeper) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (griteria) ดังนี้

<u>เกณฑ์คัดเข้า</u> (inclusion criteria)

1) เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในโครงการที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โครงการอาสาข้างเตียง หรือเป็นอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมากกว่า 2 ปี และได้รับการยอมรับนับถือ

2) ในกรณีเป็นอาสาสมัครโครงการอาสาข้างเตียงต้องผ่านการอบรมเต็มเวลา ทำการอาสาสมัครต่อเนื่องจนจบโครงการ (3 เดือน) และหลังจากจบโครงการยังจัดสรรเวลาในการพูดคุยหรือเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต

3) มีประสบการณ์ในการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล เช่น รับฟัง ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองในแง่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ ความกังวล

4) สามารถนึกย้อนรวมถึงถ่ายทอดมูลเหตุจูงใจในการมาเป็นอาสาดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรังได้

5) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินดีในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาวิจัย

<u>เกณฑ์คัดออก</u> (exclusion criteria)

1) อาสาสมัครไม่ยินดี หรือมีความไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย

2) อาสาสมัครไม่สามารถนึกย้อน หรือจำรายละเอียดเกี่ยวกับมูลเหตุจูงใจในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยและการดูแลสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยไม่ได้

1.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการอาสาข้างเตียงจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่เคยประจำหอผู้ป่วยที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน รวมถึงเพื่อนอาสาสมัครจำนวน 2 ท่าน โดยใน

งานวิจัยนี้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองใช้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นอาสาสมัครจากโครงการอาสาข้างเตียงเท่านั้น

1.3 วิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถถ่ายทอดเรื่องราวได้ตรงตามความมุ่งหมายของการวิจัย และเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลเกิดความอิ่มตัว มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากหลายแหล่ง นอกจากนี้การเลือกกรณีศึกษาจากแหล่งเดียว อาจทำให้มีข้อจำกัดในการพบกรณีศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลได้มาก ๆ (information-rich cases) หรืออาจได้ข้อมูลไม่เพียงพอในบริบทที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจากแหล่งใดต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ โดยการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

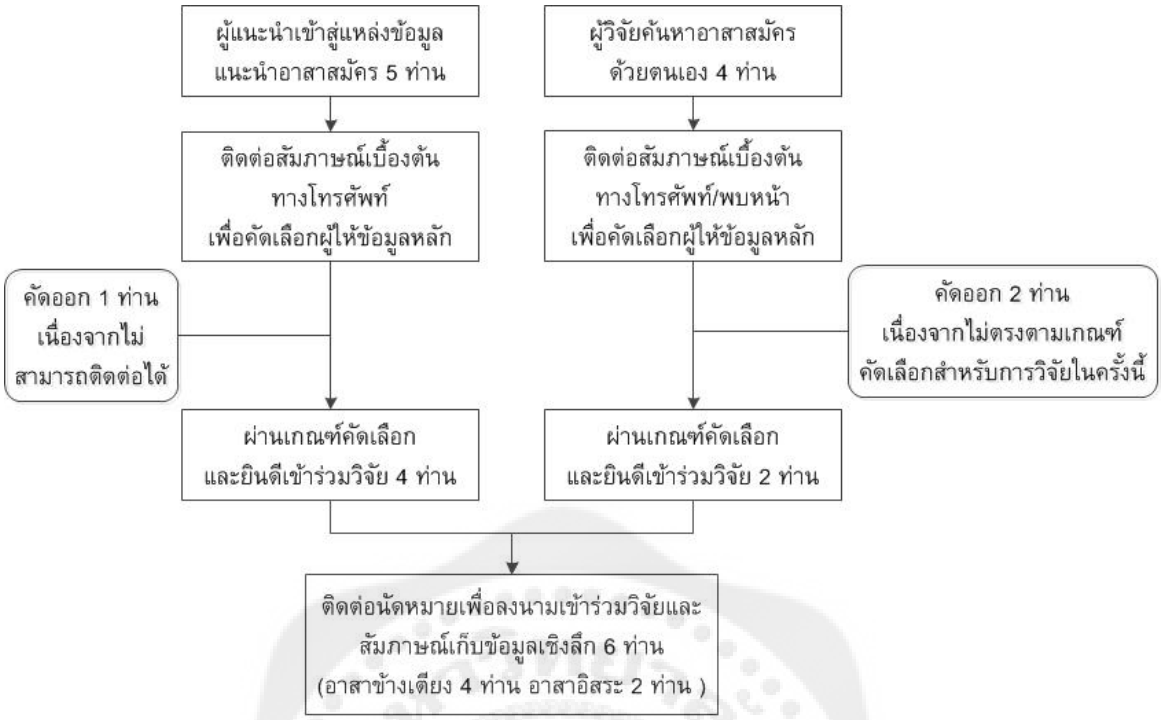
1) หาข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายและโครงการที่มีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และมีอาสาสมัครเข้าร่วมในการดำเนินงานด้วย รวมทั้งหาข้อมูลอาสาสมัครอิสระในบริบทเดียวกัน ผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพบโครงการอาสาข้างเตียงภายใต้เครือข่ายพุทธิกา และพบอาสาสมัครอิสระที่มีลักษณะการทำงานตรงกับการศึกษาในครั้งนี้

2) ติดต่อประสานงานไปยังเครือข่ายเพื่อค้นหาผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงและสามารถเป็นผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล (gatekeeper) หรือสามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ได้

3) ติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ และเข้าไปแนะนำตัวกับผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล รวมทั้งติดต่ออาสาสมัครอิสระ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งการขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย

4) พูดคุยและสานสัมพันธ์กับผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่าน รวมทั้งทำการสัมภาษณ์เบื้องต้น เพื่อทำความเข้าใจการทำงานของอาสาเบื้องต้น ลักษณะและโรคของผู้ป่วยที่อาสาสมัครให้การดูแล ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร รวมถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์นี้เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยด้วย

ขั้นตอนหลังจากนี้ผู้วิจัยจะติดต่ออาสาสมัครท่านอื่น ๆ ที่ผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลแนะนำให้ และจากที่ผู้วิจัยได้ติดต่อเองเพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเพิ่มเติม และทำการสัมภาษณ์เบื้องต้น หากอาสาสมัครมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกผู้วิจัยจึงจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามขั้นตอนต่อไป กระบวนการในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงได้ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กระบวนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบเฉพาะกรณีครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกภาคสนามและปากกา และแนวคำถามการสัมภาษณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัย สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ตัวผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งในในทุกกระบวนการวิจัย ตั้งแต่เป็นผู้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล สัมภาษณ์ สังเกต จดบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมตัวเอง โดยค้นคว้าและศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในเชิงทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เรื่องเกี่ยวกับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มูลเหตุจูงใจ ตลอดจนการสนับสนุนทางจิตใจและการให้การปรึกษา เพื่อทำความเข้าใจและเป็นความรู้ในเบื้องต้นในการทำวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของการเตรียมตัวด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางจิตวิทยาประยุกต์ (qualitative research in applied psychology) ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการฝึกการทำวิจัยเชิงคุณภาพทุกกระบวนการตั้งแต่การตั้งคำถามการวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลและการนำเสนอผลการวิจัย รวมทั้งได้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากตำราและเอกสารเกี่ยวกับ

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการวิจัยเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนวิชาพื้นฐานเกี่ยวการปรึกษาเชิงจิตวิทยา คือ ทฤษฎีการให้คำปรึกษา การประเมินในการให้คำปรึกษาและทักษะในการให้คำปรึกษา ซึ่งความรู้พื้นฐานในด้านนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจ ตีความ และวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้วิจัยจะเก็บจากอาสาสมัครที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย

นอกจากการศึกษาด้วยตนเองและผ่านการเรียนรายวิชาต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครภายใต้โครงการอาสาข้างเตียงประจำปี พ.ศ. 2559 โดยเริ่มกระบวนการสมัครและคัดเลือกอาสาสมัครประมาณเดือนตุลาคม และได้เข้าดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 1 ราย รวมระยะเวลาประมาณ 4 เดือน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งผู้วิจัยยังถือว่ามีประสบการณ์น้อยสำหรับบริบทนี้ แต่อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจะช่วยให้ผู้วิจัยมีความไวเมื่อเก็บข้อมูลจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก

2.2 เครื่องบันทึกเสียง สำหรับการบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะช่วยบันทึกข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และช่วยให้ผู้วิจัยไม่ต้องกังวลในการจดบันทึก ทำให้ผู้วิจัยสามารถจดจ่อกับการสัมภาษณ์ และทำการสังเกตได้อย่างเต็มที่ โดยผู้วิจัยต้องตรวจสอบคุณภาพเครื่องบันทึกเสียงว่ามีความพร้อมในการใช้งานทุกครั้งก่อนทำการสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันเหตุขัดข้องผู้วิจัยจะใช้เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่องในการทำการสัมภาษณ์ ทั้งนี้การใช้เครื่องบันทึกเสียงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

2.3 สมุดบันทึกภาคสนามและปากกา สำหรับใช้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในภาคสนาม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ การใช้ภาษา อารมณ์ ปฏิกิริยาต่าง ๆ น้ำเสียง สีหน้า การแสดงออกอื่น ๆ บรรยากาศในการสัมภาษณ์ อีกส่วนหนึ่งคือความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยในระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งข้อคำถามที่อาจนึกขึ้นได้เพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อไม่เป็นการขัดการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลขณะนั้น ๆ ซึ่งข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการตั้งคำถามถึงประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจเพิ่มเติม และนำมาประกอบในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อค้นหาข้อมูล รวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยต่อไป โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก(in depth Interview) เป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล โดยเลือกใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามเป็นหลัก แต่ขณะเดียวกันก็เปิดกว้างสำหรับประเด็นที่อาจจะเกิดขึ้นจากการสนทนาทุกรูปแบบ (ชาย โพธิสิตา, 2556, น. 264) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามประเด็นคำถามการวิจัย และป้องกันการขาดตกไปของประเด็นที่ต้องการจะศึกษา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (open ended question) โดยเรียงลำดับประเด็นคำถามจากประเด็นกว้างสู่ประเด็นเฉพาะ และตั้งคำถามเพื่อเก็บรายละเอียด (probes) และเตรียมคำอธิบายเพิ่มเติม (prompts) ในบางคำถามเผื่อกรณีที่ผู้ให้ข้อมูล

ไม่เข้าใจคำถามหรือต้องการถามรายละเอียดเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำคำถามส่งตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

ชุดคำถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ๆ ได้แก่ 1) คำถามเกริ่นนำ เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป และเป็นการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคย สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย 2) คำถามหลัก ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับความหมาย คุณลักษณะ แรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัคร และการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 3) คำถามปิดท้ายการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสได้หยุดคิดและเพิ่มเติมสิ่งที่อาจจะตกค้างจากการสัมภาษณ์ โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

<u>คำถามเกริ่นนำ</u>

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น อาชีพ อายุ ลักษณะและโรคของผู้ป่วยที่อาสาสมัครเคยให้การดูแล งานอาสาสมัครที่ท่านเคยทำมาในอดีต

<u>คำถามหลัก</u>

1. คุณมีมุมมองต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร
2. คุณคิดว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณลักษณะอย่างไร
3. ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ ว่าคุณเริ่มมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างไร
4. คุณคาดหวังอะไรในการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
5. คุณรับรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ
6. ขอให้คุณทบทวนและช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่คุณช่วยลดความไม่สบายใจ ลดความทุกข์ของผู้ป่วย
7. สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง หรือควรระมัดระวังในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นอาสาสมัครคืออะไร

<u>คำถามปิดท้ายการสัมภาษณ์</u>

ท่านมีอะไรที่อยากเพิ่มเติมจากการให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ระดับปริญญาโท คณะบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือนตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2559 ถึงเดือนมกราคม 2560 โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจากที่ผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลแนะนำมาให้ และจากการคัดเลือกด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าตามที่กำหนดไว้ในหัวข้อการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

3.2 เมื่อได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น อธิบายข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ในขั้นตอนนี้ยังเป็นการตรวจสอบเบื้องต้นอีกครั้งว่าผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยลงตารางนัดหมายวันเวลา และสถานที่ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล และความเป็นส่วนตัวของสถานที่เป็นสำคัญ

3.3 เมื่อถึงวันและเวลานัดหมาย ในขั้นเริ่มต้น ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยการทักทายและพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยต่อกัน จากนั้น ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอีกครั้ง การใช้เครื่องอัดเสียง การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการในการสัมภาษณ์ และลักษณะข้อคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจ และเริ่มสัมภาษณ์ด้วยคำถามเกริ่นนำ จนนำไปสู่แนวคำถามหลักของการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และปิดท้ายด้วยคำถามปิดท้ายการสัมภาษณ์ รวมทั้งระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสังเกต

3.6 เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นผู้วิจัยถอดข้อความจากไฟล์บันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) รวมถึงข้อความจากการจดบันทึก และนำข้อมูลที่ได้นั้นเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ก่อนการดำเนินการวิจัยภาคสนาม ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง แรงจูงใจในการเป็นอาสาสมัคร การสนับสนุนทางจิตใจตามปรัชญาการให้การปรึกษา โดยรวบรวมและศึกษาจากหลายแหล่ง ได้แก่ หนังสือ บทความวารสาร บทความวิชาการ รายงานการวิจัย งานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงได้สอบถามพูดคุยเบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่ประสานงานของโครงการที่มีอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย โดยการศึกษาก่อนการลงสนามจริงนั้น ผู้วิจัยศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปสู่การวิจัยภาคสนามเท่านั้น ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ โดยไม่นำสิ่งที่ศึกษามาเป็นกรอบหรือจำกัดความคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งค้นหาและทำความเข้าใจในการให้ความหมายและคุณลักษณะของการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง แรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล และจากการสังเกต มีขั้นตอนดังนี้

4.1 จัดเตรียมข้อมูล โดยการถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก และบรรยากาศการสนทนาในการสัมภาษณ์ไม่ให้เสียไป และทำการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดข้อมูล ด้วยการอ่านทวนซ้ำไปพร้อม ๆ กับการฟังบทสนทนาที่ได้บันทึกเสียงไว้

4.2 ทบทวนข้อมูล โดยการอ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำหลาย ๆ ครั้งให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และเห็นภาพรวมของข้อมูล เพื่อหาแรงจูงใจการมาทำงานอาสาสมัคร รูปแบบกระบวนการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อหารูปแบบแนวทางในการให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

4.3 จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและจัดแสดงข้อมูล ด้วยการให้รหัสข้อมูล (coding) หรือติดป้ายชื่อให้ข้อมูล (labeling) หมายถึงคัดสรรข้อความต่าง ๆ ที่กระจายอยู่ในข้อมูลและตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ ข้อความไม่ว่าจะสั้นหรือยาวที่มีความหมายเดียวกันจะให้รหัสเดียวกัน หลังจากนั้นจัดกลุ่มข้อมูลโดยกำหนดเป็นประเด็นหลัก (theme) และประเด็นย่อย (subtheme) พร้อมอธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็น

4.4 เชื่อมโยงข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลกับแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายข้อมูลที่ได้จากการวิจัยให้ชัดเจนขึ้น อภิปรายและสรุปผลการวิจัยในเชิงพรรณา สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยในแต่ละประเด็น พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลประกอบการอภิปราย

4.5 การตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (truthworthiness) โดยผู้วิจัยใช้วิธี ดังนี้

4.5.1 การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

1) การตรวจสอบสามเส้าข้ามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) เป็นการตรวจสอบยืนยันข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากวิธีการที่แตกต่างกัน คือ การสัมภาษณ์ การสังเกต สิ่งที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ในสมุดบันทึกภาคสนาม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปข้อค้นพบที่ได้ว่าข้อมูลที่ได้จากวิธีที่แตกต่างกันเป็นไปในแนวทางเดียวกันหรือไม่

2) การตรวจสอบสามเส้าข้ามแหล่งข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบยืนยันข้อมูล โดยใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน กล่าวคือในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคืออาสาสมัครที่เคยให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยยังทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร เช่น บุคลากรในเครือข่ายหรือโครงการที่อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเพื่อนที่เป็นอาสาสมัคร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยในงานวิจัยการตรวจสอบสามเส้าข้ามแหล่งข้อมูลนี้ใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากอาสาสมัครในโครงการอาสาข้างเตียงเท่านั้น

4.5.2 การตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing)

การตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญเป็นการเพิ่มความถูกต้องแม่นยำของผลการวิจัย โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอคำปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในทุกขั้นตอนของการวิจัย เพื่อให้ได้รับการตรวจสอบการดำเนินการวิจัย ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

4.5.3 การดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (audit trail)

การดำเนินการวิจัยอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอนและเป็นกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไปจนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลจนได้มาซึ่งข้อสรุป เพื่อให้ผู้อ่านตรวจสอบขั้นตอนต่าง ๆ ในการวิจัยได้ พร้อมทั้งอ้างอิงคำพูด (direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางส่วนออก ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายกระชับและชัดเจนขึ้นโดยระมัดระวังไม่ให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 5 การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญ ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับปริญญาโท คณะบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในสนามจริง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แสดงเจตนาในการวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจนกระบวนการในการวิจัย และขั้นตอนที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมถึงการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล เช่น การรักษาความลับ การตอบข้อคำถามหรือข้อข้องใจเกี่ยวกับงานวิจัย โดยหากมีเหตุขัดข้องหรือไม่สะดวกผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยจะต้องเป็นความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจและมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงรายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

ในขั้นตอนการบันทึก จัดเก็บ วิเคราะห์ แสดงข้อมูล และรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้นามสมมติแทนชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล โดยระมัดระวังไม่ให้มีข้อมูลอื่นใดที่จะชี้โยงไปถึงผู้ให้

ข้อมูลได้ เพื่อเป็นการรักษาความลับและไม่ให้มีผลกระทบแก่ผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ข้อมูลและหลักฐานทุกอย่าง เช่น ไฟล์เสียงสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการถอดเสียงสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม ข้อมูลการวิเคราะห์ จะได้รับการเก็บในสถานที่มิดชิด รวมทั้งมีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะ (password) ในคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยใช้เพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยบุคคลอื่น และข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการทำลายภายหลังจากผู้วิจัยเผยแพร่งานวิจัยทางวิชาการจากการศึกษานี้แล้วภายในระยะเวลา 2 ปี

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (case study approach) ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) และการศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลกับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกจำนวนทั้งหมด 6 ท่าน เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อค้นหาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลตามแบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยปราศจากอคติหรือความคิดล่วงหน้าของผู้วิจัย สำหรับในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลซึ่งเป็นผลจากข้อค้นพบของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
ส่วนที่ 2 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
ส่วนที่ 3 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
ส่วนที่ 4 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 6 ท่าน ซึ่งเป็นอาสาสมัครของโครงการอาสาข้างเตียงภายใต้เครือข่ายพุทธิกาจำนวน 4 ท่าน และอาสาสมัครอิสระจำนวน 2 ท่าน ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดผ่านเกณฑ์คัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเบื้องต้น เช่น อายุ เพศ อาชีพขณะเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ที่อยู่ จำนวนผู้ป่วยที่เคยดูแล ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร และโรคที่ผู้ป่วยเป็น โดยข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามรายบุคคล

ที่	ชื่อสมมติ	อายุ (ปี)/ เพศ	อาชีพขณะเป็นอาสา	ที่อยู่	โครงการ	จำนวนผู้ป่วยที่เคยดูแล/ ระยะเวลา (ประมาณ)	โรคของผู้ป่วย
1.	เข็ม	40/ หญิง	ไม่ได้ทำงาน	กรุงเทพ	อาสาข้างเตียง	2 ราย/ 1 ปี	มะเร็งหลอดอาหารและลำไส้, มะเร็งทวารหนัก
2.	เทียน	47/ ชาย	ครูสอนโยคะและวิทยากร	ปทุมธานี	อาสาอิสระ	30 ราย/ 9 ปี	อัมพฤกษ์ และมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ
3.	แก้ว	59/ หญิง	พยาบาลและวิทยากร	กรุงเทพ	อาสาอิสระ	15 ราย/ 11 ปี	มะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ
4.	บัว	44/ หญิง	พนักงานบริษัท	กรุงเทพ	อาสาข้างเตียง	2 ราย/ 6 เดือน	มะเร็งปอด, มะเร็งตับอ่อน
5.	พุด	30/ ชาย	ล่ามและอาจารย์สอนภาษา	กรุงเทพ	อาสาข้างเตียง	1 ราย/ 6 เดือน	มะเร็งทรวงอก
6.	โรส	50/ หญิง	พนักงานบริษัท	กรุงเทพ	อาสาข้างเตียง	1 ราย/ 6 เดือน	มะเร็งลำไส้และมะเร็งตับร่วมกับเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 - เข็ม

เข็ม (นามสมมติ) : ผู้ค้นพบคำตอบจากการทำงานอาสาว่าชีวิตเกิดมาทำไม

เข็ม (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 40 ปี ทำงานในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง สายงานด้านการพัฒนาซอฟท์แวร์ จากการสัมภาษณ์และการสังเกตร่วมขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งการสังเกตเมื่อคุณเข็มได้มาเล่าประสบการณ์ให้อาสาสมัครในโครงการอาสาข้างเตียงรุ่นใหม่ฟัง ผู้วิจัยพบว่าคุณเข็มมีความร่าเริง ตลอดการสัมภาษณ์ใบหน้าของคุณเข็มระบายไปด้วยรอยยิ้มบางๆ ในขณะเดียวกันจากการ

พูดคุยก็สัมผัสได้ถึงความสงบภายใน รวมถึงความไม่คาดหวังทั้งในตัวผู้ป่วยที่ตนดูแล และในการเข้าเป็นอาสาสมัครของตนเอง

คุณเข็มเป็นผู้มีศรัทธาในพุทธศาสนาและสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย เมื่อประมาณปี 2550 คุณพ่อของคุณเข็มเสีย คุณเข็มจึงได้ตัดสินใจบวชให้คุณพ่อเนื่องจากต้องการทำอะไรบางอย่างเป็นการตอบแทนคุณแก่คุณพ่อ จากเหตุการณ์นั้นทำให้คุณเข็มได้เริ่มเข้าวัด ได้รู้จักการปฏิบัติสมาธิภาวนา ได้รับความสงบใจ และได้เห็นข้อดีต่าง ๆ ทำให้ในภายหลัง ถ้ามีโอกาสคุณเข็มก็จะเข้าวัดปฏิบัติธรรม ช่วยเหลืองานแม่ชีในด้านต่าง ๆ อยู่เสมอ หลังจากนั้นมีอยู่ช่วงหนึ่งที่ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานของคุณเข็มค่อนข้างมาก ทำให้ได้นอนพักผ่อนเพียงแค่วันละสองถึงสามชั่วโมงเท่านั้น การทำงานหนักและพักผ่อนน้อยในช่วงเวลานั้นทำให้คุณเข็มเกิดคำถามขึ้นมาในใจว่า "*ชีวิตนี้เราเกิดมาทำไม*" คุณเข็มได้ตัดสินใจบวชอีกครั้ง ซึ่งครั้งนี้ได้ลางานประมาณ 1 เดือนและติดตามแม่ชีไปปฏิบัติธรรมบนดอยแห่งหนึ่งที่เชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เงียบสงบและค่อนข้างทุรกันดาร การปฏิบัติธรรมในครั้งนั้นทำให้คุณเข็มรู้สึกว่าตนเข้าใจอะไรมากขึ้นด้วยการปฏิบัติธรรมอย่างสม่ำเสมอ ความใกล้ชิดวัดและแม่ชี ทำให้คุณเข็มรู้สึกว่า ความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัวอีกต่อไป แต่ความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนจะต้องพบเจอ ความตายเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และคงจะเป็นเรื่องที่ดีที่จะเรียนรู้และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับความตาย ความรู้สึกนี้นำพาคุณเข็มให้หาข้อมูลเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ตจนพบกับ โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ ของเครือข่ายพุทธิกา ด้วยความสนใจคุณเข็มได้ปรึกษาเพื่อนให้ช่วยหาข้อมูลเพิ่มเติมให้ว่าโครงการนี้คืออะไร สามารถเข้าร่วมได้อย่างไร เมื่อเพื่อนส่งข้อมูลของโครงการอาสาข้างเตียงมาให้ ซึ่งเป็นโครงการอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่แยกโครงการมาจากโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ จากจุดนี้คุณเข็มจึงได้ติดต่อกับผู้จัดโครงการ ผ่านกระบวนการสมัคร คัดเลือก และผ่านการอบรมเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งในช่วงที่คุณเข็มได้เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นช่วงที่คุณเข็มไม่ได้ทำงานประจำ จึงสามารถจัดสรรเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และสม่ำเสมอ คุณเข็มกล่าวว่าการเข้ามามีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทำให้ได้รับคำตอบของคำถามภายในใจว่า “ชีวิตเกิดมาทำไม” ซึ่งคำตอบที่คุณเข็มได้ค้นพบคือเกิดมาเพื่อสร้างประโยชน์นั่นเอง

“แล้วเราก็รู้สึกว่า เออ นี่แหละคือ เหมือนกับมันเป็นสิ่งที่มันตอบข้างในเราว่า เราอ่ะเกิดมาทำไม อืม ก็คือเหมือนเราอ่ะ เกิดมาเพื่อมาทำประโยชน์ อืม แล้วก็ แต่ว่า ในการทำประโยชน์ก็คือมันต้องไม่เบียดเบียนตัวเรา” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“ที่เขาบอกว่าเกิดมาอ่ะ ให้มาทำประโยชน์อ่ะ อันนี้เนี่ยแหละ เกิดมาแล้วรู้สึกว่าเออได้ทำหน้าที่แล้ว” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

ผู้ป่วยที่คุณเข็มได้ให้การดูแลมีสองราย คือ ผู้ป่วยชายไทย (นามสมมติ ลุงแดง) มีอาการป่วยด้วยโรคมะเร็งหลอดอาหารและลำไส้ ลุงแดงเป็นผู้ป่วยต่างจังหวัดที่มีเพียงภรรยามาดูแล แต่ไม่มีญาติหรือเพื่อนคนอื่น ๆ มาเยี่ยม คุณเข็มได้รับข้อมูลจากพยาบาลว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว คุณเข็มจึงจัดสรรเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ซึ่งพยาบาลประจำหอได้ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกพอใจ มีความสุข และมีรอยยิ้มเมื่อคุณเข็มได้เข้าเยี่ยมดูแล เนื่องจากอาการป่วยของลุงแดงดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้ายแล้วหลังจากที่คุณเข็มเข้าเยี่ยมไม่นานลุงแดงก็เสียชีวิต หัวหน้าพยาบาลประจำตึกได้ช่วยเป็นเจ้าภาพงานศพให้ลุงแดง โดยคุณเข็มได้ไปร่วมงานและช่วยเหลือในการจัดงานศพด้วยเช่นกัน คุณเข็มเป็นอาสาที่ได้รับการชื่นชมจากเพื่อนอาสาด้วยกันเนื่องจากทุ่มเทให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถปล่อยวางความทุกข์และความเศร้าจากการจากไปของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยอีกรายที่คุณเข็มได้ให้การดูแลคือ ผู้ป่วยชายชาวอังกฤษ (นามสมมติ จอห์น) ซึ่งมีอาการป่วยด้วยโรคมะเร็งทวารหนัก เนื่องจากคุณเข็มมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษและมีความคุ้นเคยกับชาวต่างชาติจึงช่วยส่งเสริมในการทำงานอาสา ผู้ป่วยรายนี้ก็เช่นเดียวกันที่มีเพียงภรรยาคนไทยให้การดูแลเท่านั้น เมื่อจบระยะเวลาของโครงการ คุณเข็มก็ยังคงเป็นอาสาสมัครเข้าเยี่ยมจอห์นอยู่อย่างสม่ำเสมอหลายเดือนจนจอห์นสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน แต่หลังจากนั้นไม่นานคุณเข็มก็ทราบข่าวจากหัวหน้าพยาบาลประจำตึกว่าจอห์นเข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้ง คุณเข็มจึงได้เข้าเยี่ยมและเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจจนกระทั่งจอห์นเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

“เราไม่ได้ยึดติดกับว่ามันเป็นโครงการ มันมีระยะเวลาอะไรเงี้ย คือเหมือนกับว่า เราทำได้เราก็ทำ อืม แต่ถามว่าผูกพันมั้ย ก็อาจจะรู้สึกว่า เอ้อ จอห์นเค้าจะยังไงนะ อะไรอย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 - เทียน

เทียน (นามสมมติ) : ครูผู้ส่งคนออกจากความทุกข์ ช่วยให้ทุกข์น้อยลง

เทียน (นามสมมติ) เพศชาย อายุ 47 ปี คุณเทียนได้ลาออกจากงานประจำมาเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี เนื่องจากรู้สึกเบื่อการใช้ชีวิตทางโลก และต้องการพบความสุขที่แท้จริง หลังจากนั้นได้ทำงานเป็นครูโยคะ ซึ่งคุณเทียนได้ผสมผสานโยคะเข้ากับธรรมะ เพื่อให้ผู้ที่เข้ามาฝึกโยคะได้รับความสงบและได้รับประโยชน์ทางด้านสุขภาพไปด้วยกัน นอกจากนี้คุณเทียนยังเป็นวิทยากรซึ่งไม่มีการเรียกค่าตัวร่วมด้วย

ในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลครั้งแรก คุณเทียนอนุญาตให้ใช้พื้นที่ภายในบ้านพักของคุณเทียน ซึ่งเป็นสถานที่ที่คุณเทียนใช้ในการจัดกิจกรรมอาสาที่เป็นประโยชน์ด้วย และในครั้งที่สองแม้จะติดภารกิจแต่ก็ได้สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการวิจัย ตลอดการสัมภาษณ์ คุณเทียนใช้

น้ำเสียงอ่อนโยน มีความเป็นมิตร และจากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ รวมถึงจากสื่อและเอกสารอื่น ๆ ผู้วิจัยพบว่าคุณเทียนเป็นผู้ที่มีความเมตตา ปรารถนาที่จะช่วยผู้คนโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก มีมุมมองของการช่วยเหลือว่าเป็นไปโดยอัตโนมัติเมื่อพบคนที่มีความทุกข์ และใช้หลักธรรมะคือการมีสติอยู่กับปัจจุบันในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยคุณเทียนเปรียบตนเองว่าเปรียบเสมือนผู้ที่ส่งคนจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ซึ่งในบริบทนี้คือการช่วยส่งคนออกจากความทุกข์นั่นเอง

“ทุกเคสพี่จะได้พลังบางอย่างเพื่อทำหน้าที่ส่งคนเจ็บจากที่นึงไปอีกที่นึง คงไม่ใช่เหตุบังเอิญ ... คือพี่เห็นหลายมิติอ่ะ จากทุกข์ใจมาก ๆ ไปทุกข์น้อยลง จากทุกข์กายที่เดินไม่ได้เป็นเบาบางจนเดินได้ แล้วเวลาที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรก็จะเริ่มชัดขึ้น จากที่มีอวิชชาไม่รู้ ไปสู่คนที่มีความรู้ตระหนักรู้บางมุมมากขึ้น” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

จุดเริ่มต้นที่คุณเทียนได้เข้ามาสู่เส้นทางการเป็นอาสาสมัครที่ช่วยสนับสนุนจิตใจผู้ป่วย คือการที่คุณพ่อของตนเองเสียชีวิต คุณพ่อของคุณเทียนป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายอย่างและคุณเทียนได้มีโอกาสดูแลคุณพ่ออย่างเต็มที่ ทั้งการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันไปจนถึงการเช็ดอุจจาระปัสสาวะ แต่เนื่องจากการเลี้ยงดูในครอบครัวของคนจีน ที่ถือว่าเรื่องของความตายเป็นเรื่องอัปมงคล ในวันที่คุณพ่อของคุณเทียนได้พูดสื่อให้คุณเทียนทราบว่าตนเองกำลังจะตาย คุณเทียนกลับไม่ได้ใส่ใจรับฟังคุณพ่ออย่างแท้จริง และพูดตอบกลับไปว่า *“ซี้ซั้วต่า”* ซึ่งหมายถึงการพูดโดยไม่ระมัดระวัง เนื่องจากคิดว่าความตายเป็นเรื่องที่ไม่เป็นมงคล ไม่ควรพูดถึง แม้คุณพ่อจะส่งสัญญาณหลาย ๆ อย่าง คุณเทียนก็ไม่สามารถรับรู้ได้ เนื่องจากในขณะนั้นต้นทุนที่จะรับรู้และเข้าใจในเรื่องนี้ยังมีไม่เพียงพอ เมื่อคุณพ่อของคุณเทียนเสียชีวิตลง จึงทำให้คุณเทียนรู้สึกผิด และตั้งใจไว้ว่าจะไม่พลาดกับแม่อีก คุณเทียนเริ่มฟังแม่และคนรอบตัวอย่างลึกซึ้งตั้งใจมากยิ่งขึ้น และได้สนใจในเรื่องเกี่ยวกับความตายเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ทำให้คุณเทียนได้เข้าไปศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่ง ซึ่งต้องมีชั่วโมงฝึกในการเข้าไปดูแลจิตใจผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ณ ที่แห่งนั้นเองเป็นจุดเริ่มต้นการเป็นอาสาดูแลจิตใจผู้ป่วยผู้ใหญ่ของคุณเทียน

คุณเทียนมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังหลายราย และบางรายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยรายแรกที่คุณเทียนให้การสนับสนุนทางจิตใจ ป่วยเป็นอัมพาตมาเป็นระยะเวลา 8 เดือน และแยกทางกับภรรยา มีบุตรสาวแต่บุตรสาวและญาติก็ไม่ได้มาเยี่ยมเยียนดูแลผู้ป่วยท่านนี้มีความเครียดมาก รู้สึกหมดหวังและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย คุณเทียนได้เข้าเยี่ยมให้การสนับสนุนทางจิตใจผ่านแนวทางต่าง ๆ รวมทั้งใช้ความรู้ความสามารถด้านโยคะและการนวดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมด้วย จนผู้ป่วยมีอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจดีขึ้นจนสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ หลังจากนั้นคุณเทียนได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งคุณเทียนได้ทำ

หน้าที่อยู่ปีกว่าจนกระทั้งผู้ป่วยเด็กที่ตนดูแลเสียชีวิต ด้วยความเชื่อที่ว่าตนเกิดมาเพื่อช่วยเหลือคนอื่น ช่วยส่งคนออกจากความทุกข์ทำให้จากจุดเริ่มต้นมาจนถึงปัจจุบัน แม้จะผ่านมาเป็นระยะเวลาหลายปีแล้ว คุณเทียนก็ยังคงทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรัง ได้มีโอกาสเป็นอาสาสมัครอิสระช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอีกหลายท่านผ่านการแนะนำของบุคคลต่าง ๆ และผ่านการเป็นวิทยากร

"ปากต่อปาก เขาโทรศัพท์มาถึงพี่แล้วเขาก็บอกว่า เพื่อนบอกมาอีกทีหนึ่งให้ลองโทรมาหาครูเทียน อะไรอย่างนี้ ครูเทียน พอจะมีเวลามาเยี่ยมไหม อะไรอย่างนี้ พี่ก็ไป" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"มีหมดเลย ทั้งคำบอกเล่าแล้วก็กิจกรรม อย่างเช่น ปากต่อปาก โทรศัพท์มาเชิญพี่ไป หรือโรงพยาบาลได้ยินชื่อเสียงพี่ก็เชิญพี่ไปจัดกิจกรรมให้เขา เชิญพี่ไปเป็นวิทยากรให้เขาอะไรอย่างนี้" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 – แก้ว

แก้ว (นามสมมติ) : พยาบาลผู้กอดให้พลังใจและเติมเต็มความฝันสุดท้ายของผู้ป่วย

แก้ว (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 59 ปี คุณแก้วมีลักษณะนิสัยชอบช่วยเหลือคนอื่น และมีความคิดอยากเป็นพยาบาลที่ "ใจดี" มาตั้งแต่สมัยเด็กเนื่องจากในวัยเด็กมีโรคประจำตัว ต้องไปโรงพยาบาลบ่อยและโดนพยาบาลดุเป็นประจำ จากการสังเกตร่วมขณะสัมภาษณ์ คุณแก้วมีความเป็นมิตร พูดคุยด้วยรอยยิ้มที่แจ่มใส การใช้น้ำเสียงเต็มไปด้วยความชัดเจน มั่นใจ มีท่าทางที่แสดงถึงพลังงานภายในและความกระปรี้กระเปร่า ปัจจุบันคุณแก้วยังคงเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและเป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งรายได้จากการเป็นวิทยากรคุณแก้วจะเก็บไว้เพื่อใช้เป็นทุนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย และแม้จะถึงเวลาใกล้เกษียณแต่คุณแก้วก็มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะยังช่วยเหลือผู้ป่วยในบริบทนี้ต่อไป

แม้การทำงานจะทำให้คุณแก้วได้พูดคุยปลอบโยนญาติและคนไข้เป็นประจำแต่ยังเป็นการทำไปด้วยหน้าที่ของพยาบาล จุดเริ่มต้นที่คุณแก้วเริ่มทำงานในลักษณะอาสาสมัครคือ เมื่อสามีป่วยด้วยโรคมะเร็งและแพทย์บอกว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน กระบวนการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อร่างกายของสามีคุณแก้วค่อนข้างมาก เช่น มีอาการผมร่วง น้ำหนักลด มีความเจ็บปวดจากการรักษา ทั้งหมดนี้ส่งผลผลกระทบไปถึงจิตใจ ทำให้สามีของคุณแก้วมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ในวันนั้นคุณแก้วได้ตัดสินใจหยุดการรักษาและพาสามีกลับบ้าน เหตุการณ์ครั้งนั้นนับเป็นวิกฤติครั้งสำคัญในชีวิตของคุณแก้ว อย่างไรก็ตามด้วยความรักและการไม่ยอมแพ้ คุณแก้วได้ดูแลสามีและเริ่มกอดสามีทุกวัน วันละหลาย ๆ รอบ ในตอนนั้นคุณแก้วคิดเพียงว่าอีกไม่นานจะไม่มีโอกาสได้กอด

สามีอีกแล้ว แต่เมื่อเวลาผ่านไปหนึ่งถึงสองปี สามีของคุณแก้วยังคงมีชีวิตอยู่ (ปัจจุบันสามีคุณแก้วยังมีชีวิตอยู่) คุณแก้วจึงเริ่มได้เรียนรู้ถึงพลังของการกอด และเริ่มไปเป็นอาสาสมัครกอดคนไข้ ด้วยความเข้าใจถึงความทุกข์ทางจิตใจที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอย่างแท้จริง แต่ละเคสของผู้ป่วยที่ผ่านไปได้รับผลตอบรับที่ดีจากผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เมื่อมีผู้ป่วยใหม่มา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งจะมีการแนะนำให้คุณแก้วได้ไปช่วยเหลือดูแลทางจิตใจแม้ไม่ใช่ผู้ป่วยในหน้าที่ความรับผิดชอบของคุณแก้วก็ตาม

“พี่แก้วก็เริ่มต้นกอด จากนั้นมาก็เลยกลายเป็นว่า พอใครจะป่วย มะเร็ง มาโรงบาล อะไรเงี้ย มาให้พี่แก้วกอด อย่างเงี้ยนะ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

คุณแก้วเป็นแรงบันดาลใจให้เพื่อนและน้องพยาบาลที่ร่วมงานด้วยกันหลายท่าน ทำให้ภายหลังมีอาสาสมัครภายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ๆ และครอบครัวในการดูแลจิตใจผู้ป่วยอยู่เสมอ นอกจากการกอดแล้ว สิ่งที่คุณแก้วให้ความสำคัญมากคือการทำความหวังครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยให้เป็นความจริง หรือการทำให้ผู้ป่วยหมดห่วงจากสิ่งที่กำลังกังวลอยู่ โดยมีจุดประสงค์เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในปัจจุบัน

“พี่จะใช้คำว่า here and now ที่นี่และเวลานี้ เราจะไม่ไปมองถึงอดีตหรืออนาคต อะไรก็แล้วแต่ แต่ ณ เวลานี้ จะทำอะไรให้เค้าได้ดีที่สุด สิ่งตรงหน้าเราตรงเนี้ย…ปัญหาอยู่ที่อนาคตเนี่ย ถ้าเราทำให้เค้าได้ ทำให้เค้าเพื่อปัจจุบันให้เค้ามีความสุข” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

จากจุดเริ่มต้นในครั้งนั้นผ่านมาประมาณ 11 ปีจนถึงปัจจุบัน คุณแก้วยังคงเป็นพยาบาลที่ใช้เวลาส่วนหนึ่งในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วย และในหลาย ๆ กรณีที่การช่วยเหลือดูแลนั้นไม่ได้เป็นเพียงการดูแลเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

“หนูเคยได้ยินชื่อของพี่คะ อ่านหนังสือของพี่ แม่หนูเป็นอย่างงี้ ๆ ยังไม่ได้เจอตัว แนะนำโทรศัพท์ คุยกันสักสิบรอบยี่สิบรอบเหมือนพี่น้อง” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“บางครั้ง น้องอาจจะโทรตาม พี่แก้ว เคสนี้ สงสัยจะแย่ละตอนนี้ ทั้งพ่อทั้งแม่ร้องไห้กัน ทำอะไรไม่ได้เลย พี่ก็จะเข้าไปเลย บางทีรู้จัก บางทีเจอในลิฟท์ ทำไมคุณหน้าเศร้าจังเลยวันเนี้ย คุณเป็นอะไร คุณหน้าเศร้ามากเลยอ่ะ แม่หนูเป็นมะเร็ง อ๋อเหรอ… เอ้างั้นพี่ไปเยี่ยมๆ ไม่ต้องกลัว พี่กอดมากอดนะ ให้กำลังใจ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 – บัว

บัว (นามสมมติ) : ผู้มีความสุขในการทำงานอาสา

คุณบัว (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 44 ปี อาชีพพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เนื่องจากในวัยเด็กของคุณบัวฐานะทางครอบครัวอาจไม่ดีนัก ทำให้คุณบัวต้องต่อสู้ดิ้นรนในการใช้ชีวิตมาโดยตลอด เมื่อโตขึ้นถึงวัยทำงานก็พบเจอสังคมของการแก่งแย่งแข่งขันกัน เมื่อได้พบใครที่มาพูดดี หรือทำดีด้วยก็คุณบัวก็จะรู้สึกดีใจและมีกำลังใจ เหมือนมีแรงผลักดันมีกำลังใจให้สู้ต่อไป คุณบัวจึงคิดว่าในเมื่อตนเองมีโอกาสได้รับสิ่งดี ๆ ก็อยากส่งต่อความรู้สึกดี ๆ แบบที่ตนเคยได้รับให้ผู้อื่นบ้าง รวมทั้งคุณบัวมีมุมมองว่าการช่วยเหลือคนอื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน ทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับต่างมีความสุข และผู้รับนั้นก็อาจจะมีแรงไปช่วยเหลือคนอื่นต่อไป เหมือนการส่งต่อสิ่งดี ๆ ไปเรื่อย ๆ สังคมก็จะน่าอยู่ขึ้น และการทำงานอาสาสมัครเป็นสิ่งที่ไม่ต้องใช้เงินทอง เป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

“ก็เลยมองว่าถ้าเกิดเราทำในสิ่งนี้ เราทำแล้วเรามีความสุข แล้วคนอื่นก็มีความสุขด้วย แล้วถ้าเกิดคนอื่นได้รับจากเรา แล้วเขาไปส่งต่อให้คนอื่นน่ะ มันก็จะดีนะ สังคมมันก็น่าอยู่ขึ้น” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“เรารู้สึกว่าเรามีความสุขที่ว่าเขามีความสุขแล้วนะ ที่เขาได้ไปเจอครอบครัวเขา” (บัว: 20 มกราคม 2560)

ก่อนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณบัวเป็นผู้ที่มีความสนใจและเข้าร่วมในการทำงานอาสาสมัครต่าง ๆ อยู่ก่อนแล้ว ทั้งงานอาสาสมัครที่ต้องใช้ความสามารถเฉพาะตัว เช่น อาสาสมัครรับตัดผมตามชุมชนต่าง ๆ และงานอาสาสมัครอื่น ๆ เช่น การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครรับฟังคนชราที่สถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากนี้เมื่อได้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของโครงการอาสาข้างเตียง ทำให้คุณบัวรู้จักพยาบาลท่านหนึ่งที่ต้องการคนช่วยแต่งหน้าศพ คุณบัวจึงรับเป็นอาสาสมัครแต่งหน้าศพให้ในกรณีนั้นด้วย

ผู้ป่วยที่คุณบัวให้การดูแลรายแรกเป็นผู้ป่วยชายป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด โดยคุณบัวเข้าเยี่ยมประมาณ 3 อาทิตย์ผู้ป่วยก็ได้รับการผ่าตัดและกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน หลังจากนั้นได้รับเป็นเคสผู้ป่วยที่มารักษาต่อเนื่องจากการที่เคยพยายามฆ่าตัวตายด้วยการทานยาล้างห้องน้ำ โดยเคสนี้เนื่องจากเป็นการรักษาต่อเนื่องจากครั้งก่อน ๆ จึงได้พบเพียง 2 ครั้งเท่านั้น และผู้ป่วยก็กลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่ตรงกับเงื่อนไขของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อมูลส่วนนี้ออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้ป่วยอีกรายที่คุณบัวได้รับเป็นผู้ป่วยชายป่วยด้วยโรคมะเร็งตับอ่อน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด และไม่มีญาติมาดูแลหรือมาเยี่ยมเลย คุณบัวมีมุมมองว่าการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ก็เหมือนกับเป็นญาติผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่มาดูแล พูดคุย ให้กำลังใจ และช่วยเหลืออะไรเล็ก ๆ น้อย ให้กับผู้ป่วยได้ คุณบัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมออาทิตย์ละ 1-2 ครั้งโดยใช้เวลาหลังเลิกงานวันธรรมดาช่วงเวลาประมาณ 6 โมงเย็น ถึง 1 ทุ่ม หรือในบางครั้งเป็นวันอาทิตย์ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อจบโครงการคือ 3 เดือนก็ยังคงเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โดยผู้ป่วยรายสุดท้ายนี้เคยมีอาการเข้าขั้นวิกฤติต้องเข้าหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เมื่ออาการดีขึ้น คุณบัวได้ชื่นชมและให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสู้กับความเจ็บป่วยเนื่องจากทราบว่าผู้ป่วยต้องการกลับบ้านไปพบญาติพี่น้อง ชี้ชวนให้ผู้ป่วยเห็นมุมอื่น ๆ เพื่อลดความรู้สึกน้อยใจที่ญาติไม่ได้มาเยี่ยม ภายหลังอาการผู้ป่วยค่อยดี ๆ ขึ้น จนสามารถกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 - พุด

พุด (นามสมมติ) : อาสาสมัครผู้ผูกพันให้ความสำคัญกับผู้ป่วย

พุด (นามสมมติ) เพศชาย อายุ 30 ปี มีอาชีพประจำเป็นล่ามขององค์กรไม่แสวงผลกำไรระหว่างประเทศแห่งหนึ่ง และทำธุรกิจส่วนตัวโดยเปิดโรงเรียนสอนภาษาร่วมกับเพื่อน รวมทั้งรับหน้าที่เป็นอาจารย์สอนภาษาอังกฤษในโรงเรียนแห่งนั้นด้วย จากการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์พบว่า บุคลิกลักษณะภายนอกของคุณพุดดูเป็นวัยรุ่นตอนปลายที่ดูมีความเป็นมิตร มีความร่าเริงระหว่างการสัมภาษณ์มีรอยยิ้มและเสียงหัวเราะเป็นระยะ แต่เมื่อพูดถึงประเด็นที่ละเอียดอ่อนหรือเรื่องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยก็จะมีความจริงจังและมีความสำรวมขึ้นมา นอกจากนี้คุณพุดยังสนใจในการปฏิบัติวิปัสสนา แม้ว่าคุณพุดจะนับถือศาสนาคริสต์ แต่ได้ฝึกปฏิบัติวิปัสสนาตามแนวทางของท่านอาจารย์โกเอ็นก้า เนื่องจากมีความเห็นว่าธรรมะเป็นของสากล โดยเข้าร่วมอบรมเต็มรูปแบบหลายครั้ง ประกอบกับมีการนำธรรมะมาใช้ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งใช้ในการเป็นอาสาสมัครด้วย เช่น การวางอุเบกขาต่ออารมณ์ทางลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความหดหู่ คุณพุดมีอายุค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับอาสาสมัครในรุ่นเดียวกัน แต่คุณพุดกล่าวว่าอายุน้อยไม่ใช่อุปสรรคในการปฏิบัติงานอาสาในบริบทนี้ และหากพิจารณาในอีกมุมก็นับเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมในการเข้าเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับตัวคุณพุดเช่นกัน ดังนั้นอายุมากหรืออายุน้อยก็มีประโยชน์ต่องานอาสาสมัครในบริบทนี้ในมุมที่ต่างกันออกไป

“อาจจะเป็นความเป็นอายุน้อย ทำให้...ผู้ป่วยส่วนใหญ่เขาจะอายุเยอะ ๆ กัน เขาจะให้ความเอ็นดูมั้งครับ แล้วเหมือนกับว่าพอมีคนที่เป็นลูกเป็นหลานไป เขาก็จะได้รับ feel ว่าแบบ ก็อยากจะคุยอยากจะอะไรในอีกมุมหนึ่ง” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

ในช่วงวัยรุ่นคุณพุดเคยมีนิสัยเกเร มีความคิดในเชิงลบ มีความรู้สึกต่อต้านสังคม จนกระทั่งได้มีโอกาสรู้จักและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นเพื่อนกับคุณแม่ของคุณพุดเอง คุณพุดนับถือผู้ป่วยท่านนั้นเสมือนญาติคนหนึ่ง แม้อาการทางกายของผู้ป่วยท่านนั้นจะหนักและอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน แต่คุณพุดกลับพบว่าคุณป้าสุขภาพจิตยังดีมาก เมื่อคุ้นเคยกันมากขึ้นคุณป้าท่านนั้นได้บอกกับคุณพุดว่า ตัวเธอเองมีเวลาเหลืออยู่ไม่มากแล้ว ไม่มีเวลาจะมามีความทุกข์ ต้องใช้เวลาทุกนาทีให้มีความสุข เมื่อได้ฟังดังนั้นคุณพุดได้ฉุกคิดถึงเรื่องราวของตนเอง

ว่า ตนเสียเวลาไปกับความทุกข์มากมายทั้ง ๆ ที่เรื่องของตนเองดูเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับเรื่องราวของคุณป้าผู้ซึ่งกำลังจะเสียชีวิต ณ จุดนั้นเองเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้คุณพุดรู้สึกว่าการได้ไปดูแลหรือช่วยเหลือคนในจุดนั้น ทำให้ตนเองได้รับการสอน และได้รับพลังงานดี ๆ กลับมา คุณพุดได้เคยอธิษฐานว่าขอให้ตนเองได้มีโอกาสทำอะไรแบบนี้อีก หลังจากนั้นคุณพุดได้รู้จักโครงการอาสาข้างเตียงจากพี่ที่รู้จักเมื่อได้ไปเป็นอาสาสมัครช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ทำหมันและฉีดวัคซีนสุนัขและแมวจรจัด เมื่อทราบข้อมูลมากขึ้น จึงสนใจเข้าร่วมโครงการ และเมื่อทราบภายหลังว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง รุนแรง มีฐานะค่อนข้างยากจน และบางส่วนอาจไม่มีญาติมาเยี่ยม ทำให้คุณพุดคิดว่าคนกลุ่มนี้นี่แหละที่น่าได้รับการช่วยเหลืออย่างมาก และเมื่อตนอยู่ในฐานะที่ทำได้ก็ไม่ควรนิ่งเฉย

ผู้ป่วยที่คุณพุดให้การดูแล เป็นผู้ป่วยหญิง (นามสมมติ มาลัย) ป้ามาลัยป่วยด้วยโรคมะเร็งทรวงอก ความสัมพันธ์ระหว่างคุณพุดและป้ามาลัยเป็นไปด้วยดี คุณพุดนับถือและเข้าเยี่ยมดูแลป้ามาลัยเหมือนแม่ และเช่นเดียวกันป้ามาลัยก็เอ็นดูคุณพุดเหมือนลูก

“พุดรู้สึกว่า เราให้ความสำคัญกับเขามากกว่าแค่คนแปลกหน้าอะไรอย่างนี้ แค่รู้สึกว่าที่มานี่ก็อยากให้สู้จริง ๆ นะ อย่างนี้ เพราะฉะนั้นก็ขอฝากตัวเป็นลูกด้วยคนนะ อยากให้รู้ว่าที่มาก็ เขาก็สำคัญกับเรานะ เราก็คิดถึงเขา เราก็อยากจะมาหาเขา” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

โดยคุณพุดได้เข้าเยี่ยมดูแลป้ามาลัยอาทิตย์ละประมาณ 1-2 ครั้ง โดยการเข้าเยี่ยมขึ้นอยู่กับอาการและความพร้อมของผู้ป่วย ในบางครั้งหากผู้ป่วยไม่พร้อมก็จะเยี่ยมเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ในบางครั้งก็เข้าเยี่ยมดูแลค่อนข้างนาน โดยเฉลี่ยแล้วเข้าเยี่ยมครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 2 เดือนครึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถกลับไปไปรักษาตัวที่บ้านได้ แต่คุณพุดก็ยังติดต่อสื่อสารให้กำลังใจกันผ่านทางโทรศัพท์ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากกลับไปรักษาตัวที่บ้านประมาณ 3 เดือน ขณะที่คุณพุดเป็นอาสาสมัคร ป้ามาลัยมีลูกสาวที่คอยอยู่ดูแล แต่อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ของคุณพุด คุณพุดมีมุมมองว่า การที่อาสาสมัครซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไม่รู้จักมาก่อนเข้าไปช่วยดูแลจิตใจผู้ป่วย กลับส่งผลดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากอาสาสมัครก็เปรียบเสมือนพื้นที่ว่าง ๆ เป็นอีกหนึ่งช่องทางให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ในจิตใจ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลหรือระมัดระวังในการแสดงออกอะไร

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 - โรส

โรส (นามสมมติ) : ผู้เชื่อว่าคุณค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน

โรส (นามสมมติ) เพศหญิง อายุ 50 ปี เป็นพนักงานในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง โดยลักษณะงานเกี่ยวข้องกับการออกแบบ จากการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์พบว่า บุคลิกลักษณะภายนอก

ของคุณโรสมีความกระฉับกระเฉง มีความชัดเจน แต่ในขณะเดียวกันน้ำเสียงที่ใช้ก็มีความอ่อนโยน ในวัยเด็กคุณโรสเติบโตมากับคุณแม่ที่ปลูกฝังในเรื่องของการเข้าวัดทำบุญ ทุก ๆ วันศุกร์คุณโรสจะติดตามคุณแม่ไปวัดจีนแห่งหนึ่งในกรุงเทพ และจะไปวัดที่ต่างจังหวัดซึ่งเป็นคล้าย ๆ วัดประจำครอบครัวเนื่องจากคุณแม่ของคุณโรสได้บริจาคเงินเพื่อซื้อที่สร้างวัดไว้ โดยไปสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งการทำบุญแบบไม่ประสงค์ออกนาม นอกจากนี้คุณโรสยังได้รับการปลูกฝังความคิดจากคุณแม่ว่า ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน ซึ่งงานในที่นี้ไม่ใช่แค่งานประจำหรืองานเลี้ยงชีวิตเท่านั้น แต่รวมถึงงานอื่น ๆ ด้วย สิ่งเหล่านี้ได้หล่อหลอมให้คุณโรสมีความคิดในการช่วยเหลือ และทำตนให้มีประโยชน์ เช่น การบริจาคเงินและสิ่งของ การรับอุปการะเด็ก การช่วยทำความสะอาดห้องน้ำวัด รวมถึงการเข้าร่วมเป็นอาสาข้างเตียง

"ก็คิดว่าถ้า...คิดว่าเกิดมาแล้วไม่อยากตายแบบไม่มีค่า แค่นั้นเอง คือเราว่า มันเป็นคำถามที่ถามตัวเราเองว่าเราเกิดมาแล้วเรามีชีวิตแค่นี้เหรอ เราแบบ ทำงานหาเงิน ใช้ชีวิตไปวัน ๆ ใช่เหรอ พี่ว่าไม่ใช่อ่ะ เราเกิดมาทำไม เราเกิดมาแค่นี้ไม่มีค่า" (โรส: 15 มกราคม 2560)

ผู้ป่วยที่คุณโรสได้ดูแลเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ และเป็นเบาหวานร่วมด้วย โดยตารางเวลาในแต่ละวันของคุณโรสค่อนข้างแน่นด้วยลักษณะงานที่ค่อนข้างหนักและไม่เป็นเวลา รวมทั้งปัญหาสุขภาพของตนเองที่ต้องออกกำลังกายและไปพบแพทย์อยู่เป็นประจำ แต่คุณโรสก็มีความมุ่งมั่นตั้งในที่จะทำหน้าที่ในการเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้อย่างเต็มที่ ในช่วงแรกคุณโรสเลือกตัดกิจกรรมบางอย่างออกไปเพื่อจัดเวลามาเยี่ยมผู้ป่วย แต่เมื่อคุ้นเคยกับผู้ป่วยและการเป็นอาสาสมัครมากขึ้น รวมทั้งสถานที่ทำงานที่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล คุณโรสจึงได้จัดสรรเวลาในช่วงพักกลางวันของตนเองเข้าดูแลผู้ป่วย โดยหลังจากทานอาหารกลางวันที่โรงอาหารของโรงพยาบาลก็จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเกือบทุกวัน เมื่อคุณโรสเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยจะแสดงอาการดีใจทุกครั้ง และในบางครั้งเมื่อคุณโรสเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยจะบอกว่า “*นางฟ้ามาแล้ว*” ซึ่งทำให้คุณโรสรู้สึกดีใจและรู้สึกได้รับการยอมรับ คุณโรสมักสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟังโดยถามความสมัครใจจากผู้ป่วยก่อน คอยให้กำลังใจ พูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านที่ต่างจังหวัด คุณโรสยังมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านโดยยึดความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและการรักษาความลับเป็นสำคัญ ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการให้สัมภาษณ์ในสถานที่สาธารณะ ผู้วิจัยจะเดินทางไปถึงสถานที่นัดหมายก่อนเวลาเพื่อสำรวจและเลือกที่ให้สัมภาษณ์ในมุมที่มีความเป็นส่วนตัว โดยวันเวลาและสถานที่สัมภาษณ์แสดงในตาราง 5 ดังนี้

ตาราง 5 ข้อมูลวันที่สัมภาษณ์ ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ที่	ชื่อสมมติ	วันที่สัมภาษณ์	ระยะเวลาสัมภาษณ์	สถานที่สัมภาษณ์
1.	เข็ม	3 ธันวาคม 2016	60 นาที	ร้านกาแฟบริเวณวงศ์สว่าง
2.	เทียน	20 ธันวาคม 2016 (ครั้งที่ 1)	70 นาที	บ้านของอาสาสมัครย่านปทุมธานี
		29 มกราคม 2017 (ครั้งที่ 2)	80 นาที	ร้านกาแฟบริเวณพระราม4
3.	แก้ว	15 มกราคม 2017	60 นาที	ร้านอาหารบริเวณอ่อนนุช
4.	บัว	20 มกราคม 2017	75 นาที	ร้านอาหารบริเวณอ่อนนุช
5.	พุด	22 มกราคม 2017	70 นาที	ร้านอาหารบริเวณเพลินจิต
6.	โรส	23 มกราคม 2017	75 นาที	สถานที่ทำงานของอาสาสมัคร

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ในการนำเสนอข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกคือการให้ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก และส่วนที่สองคือคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ได้นำเสนอประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

2.1 ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

2.1.1 ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง

2.1.1.1 ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย

2.1.1.2 ผู้เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ

2.1.1.3 ผู้เป็นเหมือนญาติหรือเพื่อน

2.1.1.4 ผู้เป็นเหมือนช่างเจียระไนเพชรในใจ

2.1.2 ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก

2.2 คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

2.2.1 มีความเป็นมิตรจริงใจ

2.2.2 มีพรหมวิหารธรรม

2.2.3 มีความเสียสละ

2.2.4 มีความไวต่อความรู้สึก

2.1 ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 6 ท่าน ถึงการให้ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผ่านทัศนะของอาสาสมัครและสิ่งที่อาสาสมัครได้ทำให้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำเสนอใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความหมายที่สื่อถึงการเป็นผู้ที่ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย และ ความหมายที่สื่อถึงผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก

2.1.1 ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่เข้ามาช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมอาสา กระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยคลายห่วง คลายความกังวล ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยการช่วยเหลือนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย เป็นไปเพื่อการสนับสนุนทางจิตใจ ช่วยคลายความทุกข์และเสริมสร้างความสุข หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือลดอารมณ์ทางลบ เพิ่มอารมณ์ทางบวก โดยความหมายในประเด็นของการเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอในประเด็นย่อย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย 2) ผู้ที่เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ 3) ผู้ที่เป็นเหมือนญาติหรือเพื่อน 4) ผู้ที่เป็นเหมือนช่างเจียระไนเพชรในใจ โดยแต่ละความหมายมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1.1 ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย

การเข้าเยี่ยมของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่เหมาะสม เปี่ยมไปด้วยการสร้างบรรยากาศของความปลอดภัย ความไว้วางใจ ความสบายใจระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครเปรียบเสมือนเป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยสามารถแสดงออกหรือสื่อสารในเรื่องต่าง ๆ ได้ทุกเรื่อง และสามารถแสดงความอ่อนแอได้โดยไม่ต้องกังวลใด ๆ ดังที่อาสาสมัครท่านหนึ่งกล่าวว่าอาสาสมัครเปรียบเสมือน “พื้นที่ว่าง” ผู้ป่วยต้องการจะบอกเล่าอะไร อาสาสมัครก็พร้อมที่จะรับฟัง ผู้ป่วยบางรายอาจจะเคยเป็นผู้นำครอบครัว ไม่กล้าร้องไห้หรือแสดงด้านที่อ่อนแอให้คนใกล้ชิดได้รับรู้ แต่อย่างไรก็ตามคนทุกคนต่างมีทั้งด้านที่เข้มแข็งและด้านที่อ่อนแอ การที่ต้องเก็บกดความรู้สึกด้านลบไว้ตลอดเวลาย่อมส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ความหมายของอาสาสมัครในมุมมองนี้คือ อาสาสมัครเป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย คอยรับฟังสิ่งต่างๆ เป็นเสมือนภาชนะที่รองรับทุก ๆ เรื่องราวและทุก ๆ แง่มุมของผู้ป่วย

“เหมือนเป็นที่ระบายน่ะครับ เหมือนเป็นพื้นที่แล้วกันเนอะ เป็นพื้นที่ว่าง ๆ พื้นที่หนึ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำอะไรก็ได้กับเรา โดยที่เขาไม่ต้องรู้สึกผิด รู้สึกดีอะไรอะไรอย่างนี้ ... เพราะ

เคสของพุดนี่เขาค่อนข้างแสดงความอ่อนแอ เมื่อเขาอยู่กับเราเนอะ ซึ่งเขาทำไม่ได้ตอนที่อยู่กับญาติ" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"วันนั้นน่าจะเป็นเคสที่จอห์นเหมือนอยาก เหมือนติดต่อพี่พยาบาลบอกว่าอยากเจอ เราก็เข้าไป ก็ถามว่า เออ จอห์น ยูเป็นยังไง อะไรอย่างเงี้ย เค้าแบบ ไม่ไหว เค้าแบบ เค้าแบบเค้าจะตายแล้ว… เราก็อึ้ม นั่งฟัง ไรเงี้ย เราก็เลยถามเค้าว่า ยูอ่ะ ห่วงอะไรมั้ย มีอะไรในใจมั้ย มีอะไรจะบอกมั้ย อย่างเงี้ย เค้าก็เออ เค้าแบบ เค้าเป็นห่วงภรรยา แล้วเค้าก็แบบ เหมือน ร้องไห้ เหมือน เราก็แบบ เออ ยูร้องได้เลยนะ อะไรอย่างเงี้ย อืม" (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

นอกจากเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยสามารถแสดงความอ่อนแอได้แล้ว เรื่องราวบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่อาจเล่าให้คนใกล้ชิดหรือคนอื่นรับฟัง ผู้ป่วยก็สามารถบอกเล่าให้อาสาสมัครฟังได้ เนื่องจากอาสาสมัครเป็นบุคคลที่สามที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใด ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายและไม่มีความกดดันใด ๆ ในการบอกเล่าให้อาสาสมัครฟัง

"ไม่อยู่ ทุกครั้งที่ลูกสาวอยู่ไม่ร้อง… แล้วก็เก็บไว้ อั้นๆ พอมาเห็นเราแล้วก็ร้อง รู้ว่าเออคนนี้ แสดงได้ ก็แสดง" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"ในความคิดของพุดน่ะครับ พุดรู้สึกว่ามันมีบางอย่างที่คุณน้าไม่สามารถจะบอกกับลูกสาวได้ อาจจะเป็นด้วยความเกรงใจหรืออะไรอย่างนี้ครับ แต่พอเราเป็นคนอื่นปุ๊บเขาสบาย ๆ กับเรา มันก็เหมือนทำให้เขาได้ระบายออกอีกทางหนึ่ง บางทีก็บ่นลูกให้ฟัง หรือว่าอะไรให้เราฟัง" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"บางทีเขารู้ว่าถ้าพูดแบบนี้ไป ลูกสาวจะดุ ลูกสาวจะไม่พอใจ แต่พูดกับเรา เราไม่มี personal อะไรกับเขาน่ะครับ เราก็จะไม่มี relation แบบนั้นเขาก็จะรู้สึกสบายใจ…จะหงุดหงิดใส่ก็ได้ อยากจะร้องไห้ก็ได้อะไรอย่างนี้ครับ" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"อย่างบางทีแบบ ถามว่าญาติเค้าอยู่มั้ย อย่างจอห์นอย่างเงี้ย ภรรยาก็อยู่ทุกวันนะ ไปทุกวัน แต่ มันอาจจะมีอะไรบางอย่างที่ เค้าพูดไม่ได้กับภรรยา เช่น เค้าเป็นห่วง แต่เค้าพูดไม่ได้ มันจะทำให้ภรรยายิ่งแบบ เหมือน down อ่ะ อืม" (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

อาสาสมัครบางท่านพบว่าเมื่ออาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยมักจะเปิดโอกาสให้อาสาสมัครและผู้ป่วยอยู่กันตามลำพัง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับอาสาสมัครอย่างเป็นอิสระ

“ระหว่างนี้มีพี่กับเขาอยู่สองคน พี่ไม่รู้ว่าตอนนั้นทำไมญาติไม่เข้ามา เห็นไหมว่า พี่เชื่อว่า ทุกคนก็รู้อยู่ว่า อยากให้ผู้ป่วยพูดเต็มที่เพราะว่าถ้าฉันอยู่เดี๋ยวผู้ป่วยจะเกรงใจ จะระวัง” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

2.1.1.2 ผู้เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยทำให้จิตใจที่เบื่อหน่ายเศร้าหมองได้สดชื่นเบิกบานขึ้น อาสาสมัครช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีกำลังใจ และรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดแรงผลักดันให้สามารถสู้และอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุขขึ้น ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในข้อนี้ คือการที่อาสาสมัครเป็นดังเช่นน้ำชโลมจิตใจผู้ป่วย เปรียบเสมือนกับน้ำที่รดลงบนดอกไม้ที่กำลังเหี่ยวเฉาและน้ำนั้นช่วยให้ดอกไม้กลับสดชื่นสวยงามขึ้น

“พี่ว่ามันเหมือน มันเหมือนน้ำอ่ะ มันเหมือนน้ำที่ไปชโลมจิตใจคนป่วยอ่ะ อืม มันเหมือนแบบ เค้าเป็นดอกไม้ที่มันเหี่ยว ๆ อยู่อ่ะ แล้วเหมือนมีใครซักคนเอาน้ำไปรดให้เค้าอ่ะ แล้วให้เค้ารู้สึกเบิกบานขึ้น แล้วเหมือนบางที เค้าเหี่ยวด้วยความที่ว่า… บางทีเราก็เหมือนไปใส่ปุ๋ยให้เค้าอ่ะ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เราก็มองว่า เออเขาเป็นอาสาข้างเตียงเขาสละเวลาไปคุยกับผู้ป่วย ก็ดีเนอะ เหมือนกับเอาเวลาว่างของตัวเองน่ะ ไปให้กำลังใจคนอื่น ให้คนอื่นได้มีกำลังใจเพื่อที่จะมีแรงผลักดันให้ตัวเองมีแรงสู้อะไรอย่างนี้” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“พี่มองว่าอะไรที่แบบ เราจะไปดูแลจิตใจผู้ป่วย ที่เขาป่วยเรื้อรัง หรือบางคนอาจจะระยะสุดท้ายเนี่ย อะไรเป็นเรื่องสำคัญ … พี่ว่ากำลังใจ การสร้างกำลังใจให้กับเขา รวมถึงการให้กำลังใจ คือถ้าให้กำลังใจเฉย ๆ ไม่พอ ต้องสร้างกำลังใจให้กับเขาด้วย…การสร้างกำลังใจคือการทำให้จิตใจเขาพร้อมที่จะต่อสู้ พร้อมที่จะอยู่ต่อ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

2.1.1.3 ผู้เป็นเหมือนญาติหรือเพื่อน

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คือผู้ที่เข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย แม้การทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้อาสาสมัครจะไม่ได้รู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาก่อน แต่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าอาสาสมัครทุกท่านไม่ได้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนแปลกหน้าของผู้ป่วย แต่ละท่านต่างมีทัศนะต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังว่า อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังให้ความใส่ใจและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเปรียบเสมือนตนเองเป็นญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วยคนหนึ่ง

“เราให้ความสำคัญกับเขามากกว่าแค่คนแปลกหน้าอะไรอย่างนี้ แค่รู้สึกว่าที่มานี่ก็อยากให้สู้จริง ๆ นะ อย่างนี้เพราะฉะนั้นก็ขอฝากตัวเป็นลูกด้วยคนนะ” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

“เราจะไม่ได้รู้สึกว่าเค้าอ่ะจะเป็นคนแปลกหน้า แต่เราจะรู้สึกว่าเค้าเป็นเพื่อน” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เราเป็นพี่น้องกันนะ เราสู้ด้วยกันนะ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“พอมันเริ่มไปมันก็รู้สึกว่า มันก็เหมือนเป็นญาติพี่น้องของแม่เราน่ะ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

เมื่ออาสาสมัครมีความคิดว่าผู้ป่วยเปรียบเสมือนญาติหรือเพื่อนของตน การเข้าเยี่ยมดูแลจึงเหมือนการไปเยี่ยมดูแลญาติของตนนั่นเอง อาสาสมัครจะปรารถนาที่จะเข้าเยี่ยมดูแลและการดูแลนั้นทำไปตามสัญชาตญาณในการดูแลญาติผู้ใหญ่ หรือพี่น้องของตน

“แต่ถ้าเอาใจเข้าไปทำด้วยนะ ถ้าคิดว่า เคสนี้เป็นลูกเรา เป็นพ่อเรา เป็นแม่เรา จะทำอะไร ก็คือ นั่นคือสิ่งที่เราจะทำต่อได้” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“รู้สึกว่าคิดถึงคุณน้าอยากไปหา เหมือนเขาเป็นญาติผู้ใหญ่เราคนหนึ่ง อยากไปดูแล” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

“มันไม่ได้คิดว่าแบบ เออต้องใช้ยังไง คือ มันไม่ได้แบบ อืม มันไม่ได้ผ่านการคิดตรงนั้น มันก็เหมือนกับว่าเราทำตามสัญชาตญาณของเรา ตามความรู้สึกของเราว่า เออ ลุงเค้าอย่างงี้ เราก็ คือ เหมือนญาติ เหมือนดูแลญาติ อย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“อาสาก็เปรียบเสมือนญาติคนนึงน่ะ ก็เหมือนกับไปดูแลไปช่วยเหลืออะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้” (บัว: 20 มกราคม 2560)

นอกจากอาสาสมัครจะมีความคิดว่าการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้งเสมือนกับการมาดูแลญาติหรือเพื่อนของตนแล้ว ผู้ป่วยเองก็มีมุมมองต่ออาสาสมัครไม่ต่างกัน คือผู้ป่วยมีมุมมองว่าอาสาสมัครก็เปรียบเสมือนลูกหลานของตนเอง ผู้ป่วยบางท่านเรียกอาสาสมัคร หรือแนะนำอาสาสมัครกับคนอื่น ๆ ว่าเป็นลูกหลานของตน

“แล้วเขาก็เอ็นดูเราเหมือนคนในครอบครัวเขาคนหนึ่งอย่างนี้ ถึงแม้ว่าเราจะไม่เจอกันอีก แต่ว่า ณ เวลาที่เจอกัน ณ ตอนนั้นน่ะ เขามองเราเหมือนลูกเหมือนหลานคนนึง” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“เรียกแทนตัวเองว่าแม่เลยครับ” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

“ตอนนั้นคือลุกขึ้นมานั่งปิ๊งอย่างนี้เลย แบบร่างกายแข็งแรงแล้ว แล้วพุดก็เดินไปเยี่ยมแล้วเขาก็เรียกเตียงข้าง ๆ เนี่ย ๆ ลูกชาย แล้วพุดก็แบบ เฮ้ยเขา แล้วตอนนั้นคือพุดรู้สึกว่าเขาไม่ได้ยินด้วยซ้ำน่ะ คือเหมือนกับเขาหลับแล้วอย่างนี้ แต่เขาได้ยิน แล้วเขาจำได้แล้ว เนี่ย ลูกชาย จะอวดคนเตียงข้าง ๆ เนี่ยครับมันเป็นพลังงานที่ดี ความรู้สึกที่แบบ โอยน้ำตาจะไหล” (*พุด:* 22 *มกราคม* 2560)

“หลัง ๆ เนี่ยเค้าแซวพี่ พยาบาลเนี่ย เพราะพี่ต้องไปเซ็นตรงหัวหน้าวอร์ด เห็นป๋า เห็นพ่อเค้าถามถึงลูก (หัวเราะ) เอาอีกละ พี่ก็กลายเป็นญาติกับเค้าอีกละ เออ คือมันเป็นความผูกพันน่ะ เพราะว่าเค้าถูกลูกทิ้ง อีก คนนี้ก็ถูกลูกทิ้ง คนนั้นก็ถูกพ่อแม่ทิ้ง แล้วคนนี้ลูกก็ไม่เอาอีก เค้าก็กลายเป็นแบบ เหมือนเป็นพ่อแม่ พี่ก็เลยกลายเป็นอะไรที่เข้าไปแทนอีกอ่ะ แต่ว่าไม่ต้องห่วงละเป็นเคสผู้ใหญ่นี่เค้าแยกแยะเป็นเนาะ เพียงแต่ว่ามันก็คือไปเติมเต็มสิ่งที่เค้าโหยหาอยู่” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

2.1.1.4 ผู้เป็นเหมือนช่างเจียระไนเพชรในใจ

ความหมายในข้อนี้ สื่อให้เห็นถึงการเป็นผู้ช่วยเหลือปรับความคิดของผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มองสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เคยมองว่าเป็นเรื่องไม่ดี ในแง่มุมที่ต่างออกไป เป็นแง่มุมที่ส่งเสริมให้เกิดอารมณ์ทางบวก และเกิดการยอมรับในสถานการณ์ต่าง ๆ อาสาสมัครบางท่านอาจช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แง่มุมที่งดงามของชีวิต ได้เห็นคุณค่าในตนเอง ถึงแม้ร่างกายจะเจ็บป่วยหรือมีเรื่องทุกข์ใจ แต่ใจสามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และอาสาสมัครเองก็ได้เรียนรู้จากผู้ป่วยด้วยการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยด้วย ในขณะเดียวกันด้วยภูมิหลังหรือลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละท่าน ก็อาจเป็นไปได้ว่า สิ่งนี้อาจจะไม่เกิดขึ้น แต่อาสาสมัครก็สามารถยอมรับผู้ป่วยอย่างที่ผู้ป่วยเป็น เคารพในต้นทุนทางจิตใจที่แตกต่างกัน ไม่เสียใจ ไม่คาดหวังหรือคาดคั้นผู้ป่วย เปรียบเหมือนช่างเจียระไนเพชร ที่เจียระไนเพชรในใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้เจียระไนอาจจะพบกรวด หิน ทราย ระหว่างการเจียระไนนั้น แต่ก็ไม่ย่อท้อ แม้การเจียระไนครั้งนั้นอาจไม่พบเพชร แต่ก็เข้าใจว่าเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้

“อาจจะเหมือนเป็นช่างเจียระไนเพชรในใจ ให้เขาเห็นคุณค่าและความงดงามในตัวเอง ในขณะเดียวกัน ภาพนี้จะสะท้อนให้เราเห็น คุณค่าและความงดงามในตัวเราด้วย เหลี่ยมของเพชรที่งดงามหรือใสเท่าไหร่ ต่างคนต่างเห็น ไปด้วยกันทั้งคู่เนอะ ในขณะเดียวกันถ้า มันไม่ใช่เพชรก็ไม่ใช่เพชรก็เข้าใจ เขาก็เป็นแร่ เป็นหิน เขามีสิทธิ์ที่จะเป็น ก็เคารพเขาว่า ต้นทุนของคนบางคน เขา

ก็มีสิทธิ์ที่จะเป็นอย่างนั้น ไม่ใช่ว่าจะต้อง มันยังไม่ถึงเวลาบ่มเพาะจนหินกลายเป็นเพชร" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"เป็นโอกาสที่จะทำให้คนที่ทำหน้าที่นี้ได้เรียนรู้และเข้าใจชีวิต เป็นเครื่องมืออีกเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้เราได้มีโอกาสเรียนรู้และเข้าใจชีวิต เพราะว่ามันเป็นการศึกษาความเป็นจริงของผู้คน แล้วก็อยู่ในช่วงที่สำคัญของคน ๆ นั้นเพราะว่าเขากำลังอยู่กับภาวะวิกฤต ภาวะที่ทุกคนจะต้องเจอะเจอ ฉะนั้นเราอาจจะได้ตัวอย่างไม่ว่าเขาจะมีท่าทีกับความป่วยยังไง เขาเป็นตัวอย่างเราได้หมด" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"เราคุยเรื่องห่วงสามี พอกระบวนการนี้เกิดขึ้น รู้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น พอเขาออกจากสมาธิเนี่ย มือเขาน่ะ เอื้อมมาจับข้อมือพี่ พอดีมือพี่จับอยู่ที่ราว มือเขานอนอยู่ที่เตียง เขาเอื้อมมาจับข้อมือพี่แล้วก็บีบ ขอบคุณมาก ย้ำน่ะ ขอบคุณมาก เหมือนขอบคุณจริง ๆ พี่เข้าใจแล้วค่ะ การปล่อยวางเป็นยังไง" (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

2.1.2 ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก

ความหมายของอาสาสมัครในประเด็นหลักที่สองที่ค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก ซึ่งความหมายในบริบทนี้แสดงถึงที่ผู้ที่สมัครใจช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเรื้อรังโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก เช่น ค้าจ้าง เงินทอง สิ่งของ

"ไม่ได้คิดอะไร ไม่ได้แบบว่า อืม เราก็ไม่ได้หวังอะไรจากเค้า อย่างเงี้ย อืม เราก็ไป ก็ไปด้วยใจ" (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

"เหมือนมีคนจะล้มเราก็รีบเข้าไปช้อน แบบไม่คิดว่าจะได้อะไรน่ะ" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"แต่เราไม่ได้คาดหวังว่าเราจะได้รับน่ะ" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"ตอนที่ทำไม่ได้คิดอะไรเลย ก็คิดว่าเราช่วยเขาได้เราก็ช่วย" (บัว: 20 มกราคม 2560)

"คือแต่ก่อนทำไม่ค่อยคิดแต่เดี๋ยวนี้ก็คิดเยอะขึ้น เพราะว่าคือไม่ได้ทำแล้วหวังว่าจะได้อะไรกลับมา แค่ทำแล้ว มันไปถึงเขาไหม มันก็ดีไง" (โรส: 15 มกราคม 2560)

จากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบว่าแม้ญาติผู้ป่วยจะมอบค่าตอบแทนให้เป็นสินน้ำใจแก่อาสาสมัคร แต่อาสาสมัครก็ไม่รับสิ่งตอบแทนภายนอกนั้น เป็นการแสดงความบริสุทธิใจและแสดง

ถึงการให้โดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นทรัพย์สินเงินทองจากการเข้ามาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

“พอพี่จะกลับเขาส่งซองมาให้พี่ซองหนึ่งเป็นซองปัจจัย เขาก็พูดว่าขออนุญาตทำบุญกับครูดลหน่อย เขาใช้คำดีนะ ซึ่งตรงนี้พี่ก็บอกว่า ขอบคุณครับผมรับแล้วนะ แต่ว่าอันนี้เอาไว้ทำ ตรงนี้จะต้องมีค่าใช้จ่ายอีกเยอะ ขออนุญาตว่ารับแล้ว แต่ว่าอันนี้ก็ให้ทำบุญกลับ อยากจะทำบุญอะไรก็ทำทำเองเถอะ ขออนุญาตว่าคือไม่รับมา” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

ข้อค้นพบจากงานวิจัยในส่วนของการให้ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสามารถแสดงได้ดังภาพประกอบ 6

ภาพประกอบ 6 ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

กล่าวโดยสรุปความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง การช่วยเหลือเป็นไปเพื่อสนับสนุนทางจิตใจเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก และการช่วยเหลือนั้นเป็นไปด้วยการไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก เช่น เงินทอง สิ่งของ ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตามที่ได้กล่าวมาสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะของอาสาสมัคร และแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่อาสาสมัครใช้ ซึ่งจะนำเสนอในหัวข้อถัดไป

2.2 คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ในส่วนของคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง หรือคุณลักษณะของอาสาสมัครที่ช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอ 4 ส่วน คือ 1) มีความเป็นมิตรจริงใจ 2) มีพรหมวิหารธรรม 3) มีความเสียสละ 4) มีความ “ไว” ต่อความรู้สึก โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นดังนี้

2.2.1 มีความเป็นมิตรจริงใจ

คุณลักษณะประการแรกที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คือ มีความเป็นมิตร เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย และมีความซื่อสัตย์จริงใจ อาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้ที่ไม่รู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีความคลางแคลงใจ ระแวงสงสัย รวมทั้งอาสาสมัครในบริบทนี้ยังไม่มีการแพร่หลายมากนัก ผู้ป่วยอาจไม่รู้จัก หรือไม่เข้าใจจุดประสงค์ของการเข้ามาของอาสาสมัคร แม้ว่าจะมีการแนะนำผ่านพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก็ตาม การที่อาสาสมัครเข้าหาผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตรและมีความจริงใจในการเข้าไปช่วยเหลือ ไม่หวังผลประโยชน์ใด ๆ จากผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ความจริงใจของอาสาสมัครจะสื่อสารออกมาผ่านการแสดงออกและการกระทำต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ได้ อาสาสมัครที่มีความเป็นมิตรจริงใจจะสามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“จริงใจ คำเดียว ….จริงใจ มีใจ ให้ใจน่ะ แค่นั้นเลย ส่วนบอกว่าจะใจเย็น ไม่ใจเย็น คือถ้าเราให้ใจเราน่ะ แค่นั้นน่ะ ... เหมือนถ้าเรารักใครสักคนน่ะ แล้วเราให้ใจเรากับเขาน่ะ มันคือความรู้สึกนั้นน่ะ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ก็เหมือนจริงใจที่จะให้ แล้วก็ตามบุคลิกของเราเองนั่นแหละ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“มันต้อง พี่รู้สึกว่าพี่คงซื่อ ๆ อ่ะ พี่ไม่มีอะไร พี่ไม่มีอะไร พี่บอกเค้าตรง ๆ ว่ามันคืออะไร แล้วพี่พูดตรง ๆ อ่ะ เข้าใจว่าอย่างงั้นนะ” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

การมีความเป็นมิตร เข้าหาผู้ป่วยด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส ความเป็นมิตรของอาสาสมัครจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเปิดรับในการเข้ามาของอาสาสมัครได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพบกันครั้งแรก ๆ ระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัคร ซึ่งช่วยเอื้อในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเรื้อรัง

“มีอย่างเดียวที่ทำได้ก็คืออาจจะเป็นความร่าเริงอะไรอย่างนี้” (*พุด: 22 มกราคม 2560)*

“เลยเหมือนกับคิด theme ตัวเองไว้แบบนั้นน่ะครับ ว่าจะเอาความสดใสไป” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“บุคลิกภาพที่มีความรู้สึก Friendly” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังรับรู้ความจริงใจของอาสาสมัคร คลายข้อสงสัยความแคลงใจต่าง ๆ และเปิดรับอาสาสมัครแล้ว อาสาสมัครอาจเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ต้องการใช้ความรู้ความสามารถของตนในการช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป

“ตอนหลังเค้ามาบอกพี่ว่า ที่จริงอ่ะ กังวลอยู่เรื่องนึง เหมือน จิตอาสาเนี่ย เค้าไม่รู้จัก เค้าไม่รู้จักจิตอาสา มีอยู่บนโลกนี้เหรอ แบบเนี้ย เออ ครูเทียนทำให้ผมคิดว่า เนี่ย ถ้าผมหายออกไปได้เนี่ย ผมอยากให้โอกาสตัวเองทำแบบนี้บ้างกับบางเรื่องที่ผมทำได้ ผมเพิ่งรู้สึกว่า...เออ ผมเพิ่งรู้จักว่าชีวิตก็มีแบบนี้ด้วย เออ พี่ก็รู้สึก อ๋อ เค้าอาจจะเคยกังวลเรื่องนี้มั้งว่าเราเป็นใคร อะไรอย่างเงี้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

2.2.2 มีพรหมวิหารธรรม

คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ที่เห็นได้ชัดประการหนึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านคือ การเป็นผู้มีพรหมวิหารธรรม หรือพรหมวิหาร 4 ซึ่งประกอบไปด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

ความเมตตา คือ มีจิตที่เป็นมิตรไมตรี ปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข ความกรุณา คือ มีความคิดเกื้อกูลปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ เป็นลักษณะบุคคลที่มีความโอบอ้อมอารี มีใจที่ต้องการช่วยเหลือ ซึ่งคุณลักษณะข้อนี้เป็นคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่อาสาสมัครทุกคนต่างเห็นพ้องต้องกันว่า เป็นคุณลักษณะที่อาสาสมัครควรมีเมื่อเข้ามาทำงานเพื่อช่วยหลือดูแลจิตใจผู้ป่วย การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุข และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความเศร้า ความกังวล ซึ่งเป็นความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วย

“ด้านในก็คือ เมตตา กรุณา เอาพรหมวิหารเลยก็ได้ จิตที่เป็นพรหมน่ะ เมตตาปรารถนาให้เขามีความสุข กรุณาปรารถนาให้เขาพ้นทุกข์” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เหมือนมันคือจิตที่อยากเมตตาเฉย ๆ ที่เห็นใครด้อยก็จะช่วยอะไรอย่างนี้” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“คือคนที่มีใจรักที่จะช่วย คือคนที่มีน้ำใจแล้วก็โอบอ้อมอารีน่ะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“พี่เข็มดูแลทุกอย่างไปงานศพคุณลุงไปลอยกระดูกคุณลุงคือแกมีใจที่จะดูแลจริง ๆ” (*พุด: 22 มกราคม* 2560)

เมื่อพบว่าคนอื่นกำลังลำบากหรือตกอยู่ในความทุกข์ อาสาสมัครที่มีความกรุณาจะปรารถนาที่จะช่วยเหลือให้คนนั้น ๆ พ้นจากความทุกข์ ไม่รีรอและเป็นไปอย่างอัตโนมัติที่จะเข้าไปช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น

“เหมือนกับมันมี message แค่ว่ามันกระตุ้นจิตเรานะว่า อ๋อ โอเค เราไปเป็นเพื่อนได้ ก็ไปเลย” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

อาสาสมัครได้กล่าวถึงบุคคลต้นแบบในการดำเนินชีวิตและการเป็นอาสาสมัคร ที่อาสาสมัครได้ยึดถือเป็นแบบอย่างซึ่งตรงกับคุณลักษณะในด้านนี้ คือพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี ผู้ซึ่งมีความเมตตากรุณา มีจิตคิดช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ได้คิดถึงความยากลำบาก ต้องการช่วยเหลือคลายความทุกข์ให้ผู้ที่กำลังเผชิญความทุกข์ความยากลำบาก

“พ่อหลวงของเรานั่นแหละ พ่อหลวงกับสมเด็จพระเทพฯ ที่เห็นเขาลุยป่าลุยเขาอะไรอย่างนี้ แล้วไปช่วยเหลือคนนู้นคนนี้โดยที่ไม่ได้คิดว่าตัวเองจะเป็นยังไง แต่ก็ไป” (บัว: 20 มกราคม 2560)

มุทิตา คือ การชื่นชมยินดี เมื่อผู้อื่นมีความสุข หรือมีความเจริญขึ้น ซึ่งในบริบทของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง การชื่นชม ให้กำลังใจ เป็นหนึ่งในแนวทางที่ใช้เพื่อการสนับสนุนทางจิตใจ ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่านอาจมีความพยายามในการดูแลรักษาตัวเองอย่างดี พยายามต่อสู้ที่จะอยู่กับโรคที่ตัวเองเป็นอย่างดีที่สุด บางท่านอาจมีอาการดีขึ้น ผลการรักษาเป็นไปในทางบวก อาสาสมัครก็ร่วมชื่นชมยินดี เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

“มุทิตา รู้จักชื่นชมยินดีในสิ่งที่เขาได้ทำดี ฉะนั้นเราต้องฝึก เห็นมะแล้วมันก็ไปโยงกับทักษะเนอะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

อุเบกขา คือ การวางใจเป็นกลาง วางใจสงบเฉยเมื่อพิจารณาแล้วว่าไม่มีสิ่งที่ควรทำหรือสิ่งที่สามารถทำได้ คุณลักษณะของอาสาสมัครในด้านนี้ ช่วยสนับสนุนทั้งจิตใจของผู้ป่วย และตัวอาสาสมัครเอง การไม่คิดไปล่วงหน้า ไม่คาดหวังผลใด ๆ เป็นคุณลักษณะที่ช่วยให้อาสาสมัครสามารถทำงานอาสาดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างราบรื่น ไม่มีความกดดันในตัวเอง และไม่กดดันผู้ป่วย การเข้าใจภาวะโรค เข้าใจความทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับ พยายามหาทางช่วยเหลือ แต่เมื่อพิจารณาแล้วว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น ก็ทำใจยอมรับ ไม่แปรเปลี่ยนเป็นความชอบความชัง เมื่ออาสาสมัครไม่มีความคาดหวังในตัวผู้ป่วย เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น เข้าใจในการตอบรับของผู้ป่วย จะทำให้ตัวผู้ป่วยเองก็ไม่มีความกดดันใด ๆ เป็นการสร้างพื้นที่ที่ผู้ป่วยอยู่กับอาสาสมัครได้อย่างสบายใจ รวมทั้งไม่นำสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกในทางลบ เช่น การไม่ต้อนรับอาสาสมัคร มาบั่นทอนกำลังใจตนเอง แต่วางใจเป็นกลางว่าเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้

“เราก็ไป ก็ไปด้วยใจ… ก็ไม่ได้คิดว่า เอ้อ… ผู้ป่วยเค้าจะแบบ… เค้าจะรับเรามั้ย เค้าจะอะไรอย่างเงี้ย คือ ถ้าใช่ก็ใช่ ถ้าไม่ใช่ก็ไม่ใช่” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“แล้วก็อุเบกขา มันต้องใช้หมดเลยน่ะ ไม่ว่าจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ต้องอุเบกขาให้เป็น ไม่งั้นถ้าไม่เป็นตรงนี้ ไม่มีตรงนี้มาครอบ สำเร็จแล้วตัวกูจะใหญ่แบบไม่รู้ตัว กูแน่ กูเก่ง เอาผู้ป่วยไปขาย เหมือนเอาเรื่องของเรา ที่เราสำเร็จน่ะ เนี่ยเห็นไหม ฉันได้ดูแล เป็นโพนทะนากลายเป็นเอาเรื่องราวของเขามาขายแบบไม่รู้ตัว แล้วก็ หรือเวลาไม่สำเร็จ ถ้าเราไม่อุเบกขาเนี่ย มันจะทำให้เราขาดพลังในการทำต่อ เราก็นึกว่าเราแย่ เราไม่ดีพอ เราไม่พร้อม เราไม่เหมาะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

การไม่คาดหวังในตัวของอาสาสมัครก็เช่นกัน อาสาสมัครที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ต่างมีใจที่ปรารถนาจะให้ ปรารถนาจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ แต่คนทุกคนมีต้นทุนและเบื้องหลังที่แตกต่างกันรวมถึงผู้ป่วยเรื้อรังที่อาสาสมัครให้การดูแลด้วย ดังที่มีอาสาสมัครท่านหนึ่งกล่าวว่า “เราไม่ใช่พระเจ้า” การเข้าใจในสิ่งนี้ และไม่คาดหวังในตัวเอง ช่วยเหลือเท่าที่ตนเองสามารถทำได้ ไม่คาดหวังในผลลัพธ์ หรือการเปลี่ยนแปลงในทางบวกของผู้ป่วย จะช่วยทำให้อาสาสมัครสามารถดูแลจิตใจผู้ป่วยได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่องโดยไม่รู้สึกกดดัน

“ให้เก็บไว้ในใจ keep in mind ว่า อย่าคาดหวังว่ามันจะต้องสำเร็จ ไม่งั้นมันจะเป็นชนักปักหลังเรา แล้วเราจะไปต่อได้ยาก สำเร็จก็ดี ไม่สำเร็จก็ได้” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เพราะว่าที่อุเบกขานี่จะต้องอย่างนี้ครับ เป็นความเข้าใจด้วยไม่ใช่ว่า ท่องว่าอุเบกขา แต่มันเข้าใจว่าที่สำเร็จไม่ใช่เพราะเราคนเดียว …เขาน่ะ เขาหลักเลย ตัวเขาน่ะเป็นหลัก เราแค่เป็นตัวเสริม เราแค่พูด แต่เขาทำ แล้วเวลาจะไม่สำเร็จก็ไม่ใช่เราคนเดียว เพราะเราแค่พูด แต่เขาไม่ทำโอเคไหม” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“มันได้น่ะ เราไม่ใช่พระเจ้าน่ะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

งานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นลักษณะงานที่อาสาจะต้องเผชิญกับความทุกข์ ความเศร้า ความหดหู่ ทั้งจากอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย และจากเรื่องราวอื่น ๆ รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังที่ตนให้การดูแล อาจจะมีการดำเนินโรคมาถึงระยะท้าย และอาจเสียชีวิตลง ถ้าอาสาสมัครไม่มีความเข้าใจในสิ่งนี้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่สามารถปล่อยวางได้ จะทำให้อาสาสมัครเก็บมาก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของตนเอง และย่อมส่งผลต่อผู้ป่วยที่อาสาสมัครจะช่วยเหลือดูแลต่อไป ดังนั้น คุณลักษณะในเรื่องของ อุเบกขา หรือการปล่อยวาง จึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

“แต่ว่าก็รู้ว่าสิ่งนี้มันไม่แน่นอน คือสุดท้ายแล้วคุณลุงก็ต้องไป” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“Sensitive แต่ว่า sensitive แป๊บเดียวน่ะครับ แต่ว่าพอรู้ตัวปุ๊บ พยายามสังเกตเวทนานู่นนี่ปุ๊บ ก็ตัดเร็ว เพราะฉะนั้นก็รู้สึกว่า ก็ปล่อยวางได้ง่ายประมาณหนึ่ง ก็น่าจะเอื้อต่อการทำ (เอื้อต่อการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง)” (พุด: 22 มกราคม 2560)

2.2.3 มีความเสียสละ

การสนับสนุนดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นไปได้อย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ คุณลักษณะที่เป็นกุญแจสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมีความเสียสละ ซึ่งจะแสดงออกผ่านพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสละเวลาเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยเรื้อรังทั้งที่มีการดำเนินของโรคยังไม่ถึงระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว ต่างต้องการการสนับสนุนทางจิตใจตลอดเวลา การไปเยี่ยมเพียงครั้งหรือสองครั้งอาจสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้แต่ไม่มากนัก เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัครอาจยังไม่ดีพอ ทำให้การเข้าใจปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริง รวมถึงการช่วยเหลืออย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ การสละเวลาเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นคุณลักษณะด้านที่ช่วยให้อาสาสมัครเข้าใจถึงการให้บริการการรักษาผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ ช่วยให้เข้าใจสภาวะอาการป่วยของผู้ป่วย ที่สำคัญคือเป็นการแสดงออกถึงความใส่ใจห่วงใยในตัวผู้ป่วย และช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกคุ้นเคยและไว้วางใจในตัวอาสาสมัครมากยิ่งขึ้น

“คือที่จริง นอกจากงานที่บอกแล้วครับ พุด มีโรงเรียน คือเปิดโรงเรียน ที่กำลังจะไปสอนตอนบ่ายนี่ครับ ก็คือจริง ๆ ตอนบ่ายก็มีงานอยู่ แต่ก็จะพยายามสละเวลาสักหนึ่งครั้ง ก็คือหลังเลิกงานก็ไม่รับงานสอน ก็ไม่รับงานที่โรงเรียน ก็ไปหาคุณน้า…อาทิตย์ละสองครั้งได้ครับ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“แล้วก็อยู่แบบ ปีครึ่งอ่ะ พี่จะเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยมาก ไปเยี่ยมบ่อยมากไง ไม่ใช่แค่ คือไม่ได้ จบโครงการแล้วพี่ก็ยังไป แล้วก็ทำมากกว่าที่เค้ากำหนดว่าจะต้องไป ความถี่เท่าไหร่เงี้ย พี่ไม่สนใจพวกนั้นเลย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการอาสาข้างเตียงจะมีข้อกำหนดเบื้องต้นในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยนี้ พบว่าอาสาสมัครจะพยายามจัดสรรเวลาเข้าเยี่ยมโดยคำนึงถึงความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

“ใช่ พี่พยายามไปทุกวัน ก็คือ พี่พยาบาลบอกว่า เหมือน เคสเนี้ย เอ่อ ลุงน่าจะ ไม่นาน” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“พี่ไปจนแบบพยาบาลเขาอุ๊ย ทำไมแบบ มาเกือบทุกวันเลยอะไรอย่างนี้ พี่รู้สึกว่ามันไม่ใช่หน้าที่น่ะ มันไม่ใช่หน้าที่ว่า คุณมีเวลา คุณ Fix วัน มาวันเสาร์ คุณจะต้องมาวันเสาร์ พี่ว่ามันไม่ใช่หน้าที่ แต่มันคือ มันไม่ใช่หน้าที่ที่แบบว่าเป็นเวลา แต่มันคือหน้าที่ที่แบบ เราต้องดูแลใครบางคนน่ะ แบบนั้นมากกว่า” (โรส: 15 มกราคม 2560)

2.2.4 มีความไวต่อความรู้สึก

คุณลักษณะอีกด้านคือ “ความไว” ต่อความรู้สึกของผู้ป่วยหรือต่อสิ่งที่ผู้ป่วยอาจไม่ได้สื่อสารออกมาตรง ๆ การทำงานของอาสาสมัครในบริบทนี้เป็นการทำงานอยู่กับจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในบางครั้งผู้ป่วยก็สื่อสารอย่างตรงไปตรงมา แต่บางครั้งสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการก็อาจซ่อนอยู่ภายในจิตใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักแสดงออกผ่านภาษาท่าทางหรือมีคำพูดที่แสดงให้เห็นว่ามีความนัยซ่อนอยู่ “ความไว” ต่อความรู้สึก หรือลักษณะนิสัยช่างสังเกตของอาสาสมัครจะเป็นคุณลักษณะด้านที่ช่วยให้อาสาสมัครสามารถรับรู้อารมณ์ผู้ป่วยทั้งทางบวกและลบ รับรู้ความต้องการหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นห่วงเป็นกังวลที่แท้จริงได้ ซึ่งช่วยทำให้อาสาสมัครเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถปรับตัวในการเข้าหาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจทำให้ผู้ป่วยกระทบกระเทือนจิตใจ รวมถึงทำให้อาสาสมัครตระหนักถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจผู้ป่วยหรือปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลทางบวกต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

“เหมือนกับพอเวลาถามถึงญาติ…เขาจะแสดงสีหน้าออกมาว่า เออเศร้า…อะไรอย่างนี้” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“พอพูดเรื่องนี้ อย่างนี้แล้ว อารมณ์เปลี่ยน อะไรอย่างเงี้ย ครั้งหน้าก็จะไม่เอาละ เรื่องนี้แสดงว่าไม่โอเคสำหรับเค้า อะไรเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เขาอาจจะไม่ได้ใช้คำพูดนี้ตรงกับข้างในเขา แต่หูเราอาจจะต้องกระดิกว่าเนี่ยมันหมายถึงความรู้สึกอะไร” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“บางทีหูมันกระดิกเอง เงี้ย แล้วเหมือนมันใช้เซ้นส์น่ะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“คำพูดอย่างเงี้ย พี่คงจะตายไปโดยที่เค้าไม่รู้ความจริง แสดงว่ามันมีอะไรซ่อนอยู่ด้วย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

นอกจากคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังพบข้อมูลในส่วนของบุคลิกลักษณะภายนอกของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 ท่าน ซึ่งเป็นข้อค้นพบเพิ่มเติมจากขอบเขตในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของลักษณะภายนอกของอาสาสมัคร เช่น การแต่งกาย การแต่งหน้า ซึ่งอาจทำให้ผู้พบเห็นหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจแรกพบและเป็นการเปิดทางในการทำงานของอาสาสมัครต่อไป

“ถ้าเราเริ่มต้นได้ดีมันดีต่อไป แต่ถ้าเริ่มต้นจบ… ค่อยจบทีหลัง… first impression” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

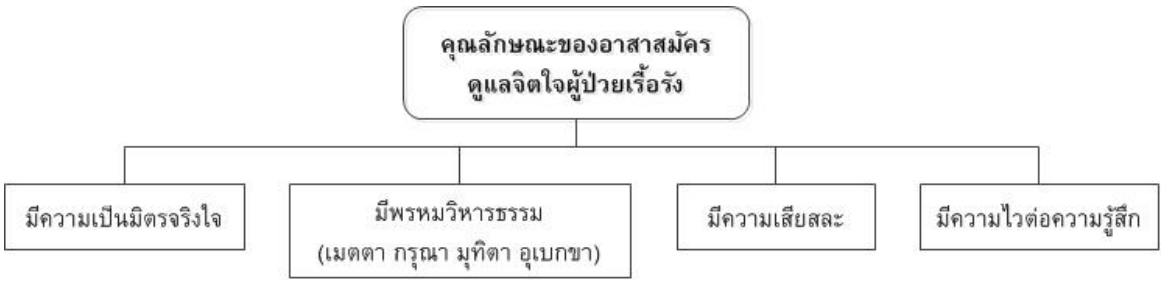
“อย่างน้อย ข้อที่หนึ่งพี่ว่า อาสาสมัครทุกคนที่จะเข้าไปดูแลใคร ใบหน้าต้องสวยงาม ปากต้องแดงก่อนนะ อย่าหน้าซีด ๆเข้าไปเด็ดขาด…หน้าตัวเองยังซีดขนาดนี้แล้วคุณจะไปช่วยเขาได้อย่างไร” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“ต้องระวังนะคะ บุคลิกภาพเนี่ยสำคัญ การแต่งเนื้อแต่งตัวอย่างเงี้ย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“มั่นใจว่า เออ… อย่างเงี้ยจะมาช่วยเค้าได้ บางคนดูเหมือนว่าหน้าตาไม่ได้สำคัญ จิตใจสำคัญกว่า แต่ไม่ใช่” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

ข้อมูลด้านคุณลักษณะบุคลิกภายนอกนี้ เป็นข้อค้นพบเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ในอนาคต เนื่องจากอาจช่วยในการยืนยันข้อค้นพบเพิ่มเติมในส่วนนี้และอาจทำให้เกิดองค์ความรู้ด้านบุคลิกลักษณะภายนอกที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

ข้อค้นพบจากงานวิจัยในส่วนของคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ประการ สามารถแสดงได้ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

กล่าวโดยสรุปข้อค้นพบจากงานวิจัยในส่วนของคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ประการ คือ มีความเป็นมิตรจริงใจ มีพรหมวิหารธรรมซึ่งประกอบด้วย มีความเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา มีความเสียสละ มีความไวต่อความรู้สึก คุณลักษณะเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังเปิดรับอาสาสมัคร เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัคร ช่วยเอื้อในการรับรู้อารมณ์ความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยเอื้อในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง สรุปคือ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ประการช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครในบริบทของการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งคุณลักษณะบางประการสามารถพัฒนาผ่านการฝึกฝนทักษะได้ เช่น ฝึกฝนทักษะการสังเกตผู้ป่วย ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง

เมื่อพิจาณาคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง จะเห็นได้ว่าคุณลักษณะด้านการมีพรหมวิหารธรรม และด้านการมีความเสียสละ แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้ที่มีความเมตตากรุณา มีความเสียสละต้องการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ให้ผู้อื่น เป็นคุณลักษณะที่นำไปสู่การเข้ามาเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้ด้วย ผู้วิจัยนำเสนอข้อค้นพบด้านมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในส่วนถัดไป

ส่วนที่ 3 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครภายใต้โครงการอาสาข้างเตียงในเครือข่ายพุทธิกาจำนวน 4 ท่าน และทั้ง 4 ท่านเป็นผู้ที่เข้าดูแลให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตลอดระยะเวลาของโครงการ แม้จบโครงการแล้วก็ยังจัดสรรเวลาไปเยี่ยมผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต บางท่านยังติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ และผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 2 ท่านเป็นอาสาสมัครอิสระ ซึ่งได้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาหลายราย และในปัจจุบันยังคงอยู่ในเส้นทางอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง แม้งานอาสาสมัครในบริบทนี้จะเป็นงานอาสาที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง อาสาสมัครต้องพบเจอกับความเจ็บป่วย หรือในบางครั้งอาจต้องพบกับความสูญเสีย เช่นการเสียชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังที่ตนดูแล แต่ก็ยังสนใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และยังทำต่อเนื่องคงอยู่ในงานอาสาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ล้มเลิกกลางคัน

จากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคุณลักษณะในส่วนของการมีความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา หรือ การมีพรหมวิหารธรรม รวมทั้งการมีความเสียสละ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดแรงผลักดันภายในจิตใจต้องการช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่กำลังเผชิญกับความทุกข์ จึงตัดสินใจเข้าสู่เส้นทางการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผูป่วยเรื้อรัง นอกจากการมีเป้าหมายหลักในการ

ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว การสนใจเตรียมตัวและเรียนรู้ในเรื่องเกี่ยวกับความตาย ความสุขทางจิตใจที่เคยได้รับจากการช่วยเหลือผู้อื่น ก็เป็นมูลเหตุจูงใจที่ช่วยผลักดันในการเข้ามาเป็นอาสาสมัครเช่นกัน และทั้งสามมูลเหตุจูงใจดังกล่าวต่างก็มีส่วนส่งเสริมให้อาสาสมัครคงอยู่ในงานอาสา นอกจากนี้ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่า การได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ รวมทั้งความต้องการเติบโตภายใน ความต้องการเอาชนะอุปสรรคที่พบเจอ ก็เป็นมูลเหตุจูงใจที่เอื้อให้อาสาสมัครไม่ล้มเลิกการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังกลางคัน ยังคงปฏิบัติงานอาสาในบริบทนี้อยู่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดของแต่ละมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้

ส่วนที่ 3 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

3.1 การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น

3.2 การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย

3.3 ความสุขทางจิตใจ

3.4 ความรู้สึกมีคุณค่า

3.5 ความต้องการเติบโตภายใน

3.1 การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น

จากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีเป้าหมายหรือความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการสร้างประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นหรือสังคม ความต้องการนี้เป็นแรงผลักดันพื้นฐานในการเข้ามาเป็นอาสาสมัคร อาสาสมัครมีความเข้าใจเห็นใจในตัวผู้ป่วย ต้องการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ และการเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักมีทัศนะว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างมาก เมื่อมีสิ่งใดที่ตนสามารถทำได้ และการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือจึงไม่เพิกเฉย และตัดสินใจเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

“โดยพื้นฐานก็ต้องอยากช่วย อยากให้อยู่แล้วล่ะเนอะ เพราะว่าพอไปอบรมปุ๊บ แล้วรู้ว่ากลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์คือคนที่ค่อนข้างจะร้ายแรง รุนแรง และอาจจะไม่ค่อยมีญาติ ฐานะค่อนข้างยากจน ก็รู้สึกว่า ก็คนกลุ่มนี้หรือเปล่า ที่น่าจะต้องได้รับความช่วยเหลือมาก ๆ แล้วถ้าเรามีโอกาสที่ได้ช่วย ทำไมถึงจะไม่ทำ อย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“จุดประสงค์เรา คือ เราอยากจะช่วยดูแลผู้ป่วยใครสักคนอะไรอย่างนี้” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“พี่ว่าทุกคนที่เกิดมาบนโลกใบนี้ มันจะมีเป้าหมายอย่างหนึ่งคล้าย ๆ กัน คืออยากทำดีแหละ…อย่างพี่ พี่ก็อยากเป็นจิตอาสาเหมือนกัน มันก็เป็นความรู้สึกแบบ เราทำอะไรตรงไหนได้เราก็เข้าไปช่วย” (โรส: 15 มกราคม 2560)

การที่อาสาสมัครเคยผ่านประสบการณ์ที่คนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง ทำให้อาสาสมัครเข้าใจในความทุกข์ที่ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติจะต้องเผชิญอย่างลึกซึ้ง มีแรงผลักดันภายในใจที่ต้องการมีส่วนช่วยเหลือคลายความทุกข์ที่อีกฝ่ายกำลังได้รับ

“พอเค้ารู้ว่า คุณเป็นมะเร็งนะ เรารู้ว่าจิตเค้าตกเหมือนเราเคยตกอ่ะ เราเลยเข้าไปกอดเค้าแล้วบอกว่า พี่ไม่ต้องกลัวนะ เราสู้ด้วยกัน พี่สู้ด้วย แก้วสู้ด้วย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“เรารู้สึกอยากจะกอดเค้าอ่ะ อยากเพิ่มพลังให้เค้า เพราะตอนที่เรารู้ว่าสามีเป็นเนี่ย เราไม่ได้กอด และไม่ได้ถูกใครกอด เลยมีความรู้สึกว่ามัน lonely มันว้าเหว่ มันแย่ อะไรอย่างเงี้ย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

อาสาสมัครต่างคิดว่าตนไม่ต้องเสียอะไรมากมายในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ต่างมีมุมมองว่าการเข้าช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นการทำในสิ่งที่ตนสามารถทำได้ และใช้เวลาที่ตนมีให้เกิดประโยชน์ อาสาสมัครบางรายไม่ได้ทำงานประจำ หรือบางรายจัดสรรเวลาในช่วงพัก หรือช่วงเลิกงานเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แรงผลักดันคือจิตใจที่เอื้ออารีต้องการจะให้ ต้องการให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับประโยชน์จากการช่วยเหลือของตน

“ตอนที่ทำไม่ได้คิดอะไรเลย ก็คิดว่าเราช่วยเขาได้เราก็ช่วย แค่เล็ก ๆ น้อย ๆ แค่ให้กำลังใจ ไม่ได้เสียเงินเสียทองซื้อมา แค่เราไปให้กำลังใจเขา” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“แค่อยากให้อ่ะ ไม่ได้อยากได้อะไร” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“คือมองว่าเวลาว่างน่ะ ทำเวลาว่างเราให้เป็นประโยชน์ดีกว่า เอาเวลาว่างปล่อยไว้ให้มันไม่มีประโยชน์ ที่มันไร้ประโยชน์น่ะค่ะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“โครงการนี้มันไม่ใช่อันนั้น แต่มันเหมือนเป็นการดูแลผู้ป่วย แล้วเราก็รู้สึกว่า เออ นี่แหละคือ เหมือนกับมันเป็นสิ่งที่มันตอบข้างในเราว่า เราอ่ะเกิดมาทำไม อืม ก็คือเหมือนเราอ่ะ เกิดมาเพื่อมาทำประโยชน์” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

การสร้างประโยชน์นี้ไม่ได้หยุดอยู่แค่เพียงประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่อาสาสมัครมีทัศนคติว่าความสุขสามารถส่งต่อให้กันได้ จากบุคคลสู่บุคคล หากผู้ได้รับส่งต่อไปเรื่อย ๆ สังคมก็จะน่าอยู่ขึ้น

“แล้วถ้าเกิดคนอื่นได้รับจากเรา แล้วเขาไปส่งต่อให้คนอื่นน่ะ มันก็จะดีนะ สังคมมันก็น่าอยู่ขึ้น” (บัว: 20 มกราคม 2560)

3.2 การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย

สำหรับบุคคลโดยทั่วไปในสังคมไทย มักมีมุมมองในทางลบต่อการเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องของการเสียชีวิตหรือ “ความตาย” มักเป็นเรื่องที่หลายคนหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง หลีกเลี่ยงที่จะให้ความสำคัญ คนส่วนใหญ่จะกลัวความตาย กลัวการพลัดพราก กลัวว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลที่ตนรัก ทั้ง ๆ ที่ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องพบเจอในวันใดวันหนึ่งของชีวิต ในศาสนาพุทธความตายเป็นหนึ่งในเทวฑูตทั้ง 4 คือ การเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย อาสาสมัครที่มีศรัทธาในศาสนาพุทธ และมีความเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏ (การเวียนว่ายตายเกิด) การนิพพานหรือการไม่กลับมาเกิดใหม่ จะมีมูลเหตุจูงใจในการเข้าเป็นอาสาสมัครอีกอย่างหนึ่งคือการต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย เนื่องจากโครงการอาสาข้างเตียง เป็นโครงการที่มีการดำเนินงานภายใต้โครงการเผชิญความตายอย่างสงบของเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งการทำงานส่วนหนึ่งของโครงการนี้ มุ่งให้สังคมเข้าใจถึงความตายในมุมมองด้านบวก เป็นมุมที่มองว่าความตายคือมิตร ไม่ใช่ศัตรู ไม่ใช่ภัยคุกคามแต่เป็นมิตรที่เตือนให้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท และให้ใช้เวลาทุกนาทีอย่างมีคุณค่า โครงการอาสาข้างเตียงจึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งให้อาสาสมัครที่สนใจในเรื่องเกี่ยวกับความตาย ได้เรียนรู้ผ่านการทำงานอาสาสมัครเพื่อดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

“ตอนที่ไป ไปอยู่กับแม่ชีอย่างเงี้ย ก็จะรู้สึกว่า เออ ความตายมันแบบ เป็นเรื่องธรรมดา แล้วก็เป็นอะไรที่ เออ น่าสนใจ แล้วเราก็เลยคิดว่า เออ เราก็น่าจะเตรียมตัว อะไรอย่างเงี้ย แล้วพอมาอ่านโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เราก็ เออ ดีนะ เหมือนเราน่าจะแบบ เข้าไปมีส่วนร่วมตรงนี้” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“พี่สนใจโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ แล้ว เหมือนพี่ก็ไม่รู้ว่า เอ้อ จะไปหาข้อมูลอันนี้ยังไง พี่ก็เลยติดต่อเพื่อนดูว่า เพื่อนน่ะ พอจะหาข้อมูลในเน็ตได้มั้ยว่าแบบ ไอ้โครงการแบบอย่างเงี้ยมันมีเปิดรึยัง หรือมันมีใครเค้าทำอะไรที่ไหน เพื่อนก็เลยส่งของพุทธิกามาให้ แล้วพี่ก็อ่านดู เอ้อ อันเนี้ยเหมือนเป็นแนวแบบว่า อาสาข้างเตียง เราก็เลยติดต่อ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“พี่ก็เริ่มรู้สึกว่า เหมือนเรากลัว เมื่อก่อนเนี้ยเราอาจจะกลัวความตาย แต่พอหลังจากปฏิบัติธรรมเรารู้สึกว่า เรากลัวการเกิด เราไม่ได้กลัวการตาย เพราะฉะนั้นคือ เราจะตายยังไงเพื่อไม่ให้เราเกิดอีก อืม มันก็เลยเหมือนกลายเป็นเรื่องที่แบบ น่าสนใจสำหรับเราว่า ตายยังไง ที่แบบจะไม่ต้องเกิดอีก ให้จบแค่แบบ ตรงนี้ อะไรอย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

นอกจากความเชื่อของสังคมไทย ความเชื่อของวัฒนธรรมจีนก็เช่นเดียวกัน คนจีน หรือคนไทยเชื้อสายจีนมีความเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึง ควรหลีกเลี่ยง หรือหากมีใครพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับความตายก็มักจะถูกดุ ถูกต่อว่า หรือเพิกเฉย เช่น การว่าด้วยคำว่า “ซี้ซั้วต่า” หมายถึงการกระทำหรือการพูดโดยไม่ได้ยั้งคิด ทำให้การพูดถึงเรื่องความตายเป็นสิ่งที่เป็น “เรื่องต้องห้าม” แต่อย่างไรก็ตามคนทุกคนไม่สามารถหลีกหนีจากกฎธรรมชาติในข้อนี้ได้ การหลีกเลี่ยงที่จะพูด หรือ รับฟังเรื่องเกี่ยวกับความตาย อาจทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ที่ใกล้เสียชีวิตกับครอบครัวต้องชะงัก หรือไม่อาจเกิดขึ้นได้ การที่เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิดของอาสาสมัครทำให้อาสาสมัคร รู้สึกผิดที่ไม่ได้เปิดใจรับฟัง ณ เวลาสุดท้ายของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรัก และพลาดอากาสในการสื่อสารเมื่อบุคคลที่ตนรักต้องเสียชีวิตลง สิ่งนี้เป็นมูลเหตุจูงใจให้อาสาสมัครไม่ต้องการพลาดกับคนอื่น ๆ อีก ต้องการที่จะเรียนรู้ทำความคุ้นเคยกับเรื่องเกี่ยวกับความตาย

“ที่สำคัญมีปมด้วย คือ พ่อพี่ พี่เรียกพ่อว่าเตี่ยเนาะ เตี่ยเป็นคนจีน ก็ เราก็จะถูกสอนว่า ซี้ซั้วต่า เวลาเรื่องตาย เรื่องอะไรอย่างเนี้ย แล้ววันนึง เตี่ยพี่ก็พูดว่า เตี่ยใกล้ตายแล้วนะ เออ พี่ก็บอกว่าซี้ซั้วต่า แล้วเค้าก็พูดอย่างเงี้ย ส่งสัญญาณว่า เค้าได้สัญญาณว่าเค้าใกล้ตายเนี่ย พูดให้พี่ฟังสามครั้ง แต่พี่ไม่ได้ฟังไง แล้วก็ ปรากฏว่าเค้าตาย แล้วพี่ก็รู้สึกผิด” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

อาสาสมัครบางท่านอาจไม่เคยพบกับเหตุการณ์ดังกล่าว แต่ก็ต้องการเตรียมพร้อมจิตใจเพื่อรับมือกับความเจ็บป่วย หรือความตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิดเช่นกัน

“ถ้ารอง ๆ ลงมาก็ ตอนนั้นยังไม่ได้คิดถึงว่าจะได้รับพลังงานดี ๆ หรืออะไรกลับมาเนอะ แต่ก็จะได้เรียนรู้ด้วย เกิดแก่ เจ็บตาย ได้เห็น ได้ผูกพันก็น่าจะมีความเข้าใจกับมันมากขึ้น วันหนึ่งที่มันมาถึงเรา คนใกล้ตัวเรา หรือตัวเรา อยู่ในสภาพนั้นก็จะได้รับมือกับมันได้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

3.3 ความสุขทางจิตใจ

แม้การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นเป้าหมายหลักในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ความสุขทางจิตใจหรือพลังงานด้านบวกที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการช่วยเหลือผู้อื่นก็เป็นอีกมูลเหตุจูงใจหนึ่งที่มีส่วนในการตัดสินใจเข้ามาทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้ และเป็นมูลเหตุจูงใจที่ช่วยส่งเสริมในการทำงานอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องด้วย อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วย

เรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครมาก่อน หรือเคยให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และมีประสบการณ์ได้รับความสุขจากการกระทำนั้น ทำให้อาสาสมัครต้องการจะช่วยเหลืออีก หรือบางท่านอาจไม่เคยมีประสบการณ์นี้ก่อนเข้ามาเป็นอาสาสมัคร แต่เมื่อได้รับความสุขระหว่างการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังก็ทำให้เกิดแรงจูงใจในการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

“ด้วยความที่พื้นฐานเป็นคริสต์ด้วยครับ เรื่องบาปบุญก็ไม่ได้มีความเชื่อว่าเป็นเรื่องที่ principle มาก แต่แค่รู้สึกว่า ทำแล้วมันได้พลังงานดี ๆ กลับมา มันก็เลยค่อนข้างจะ เสพติดกับกิจกรรมพวกนี้ ก็อยากทำเรื่อย ๆ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ก็เลยมองว่าถ้าเกิดเราทำในสิ่งนี้ เราทำแล้วเรามีความสุข” (บัว: 20 มกราคม 2560)

ประสบการณ์ในอดีตของอาสาสมัคร ที่เคยได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่อาสาสมัครได้ดูแลนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการปรับตัวต่อโรคได้อย่างดี มีทัศนคติเชิงบวก เหมือนคำกล่าวที่ว่า “กายป่วยแต่ใจไม่ป่วย” ทำให้อาสาสมัครได้เรียนรู้จากผู้ป่วยท่านนั้น เป็นประสบการณ์ความสุขที่ได้รับเมื่อได้ช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นแรงผลักดันให้อาสาสมัครมีความคิดที่จะเข้ามาทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้

“คุณป้าเนี่ยเป็นคนที่สุขภาพจิตดีมาก แต่ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว แล้วก็แบบว่า มาถึงแล้วเขาก็พูดคุยเล่น คือมีพลังงานดี ๆ กลับมาให้เรา เป็นจุดแรกที่รู้สึกแบบนั้นน่ะครับ ทั้ง ๆ ที่เรามีสุขภาพร่างกายที่ดีทุกอย่าง ร่างกายครบ มีครอบครัว มีทุกอย่างที่ดีอะไรอย่างนี้ แต่ว่าทำไมเฮ้ย เราสุขภาพจิตโคตรแย่เลย” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“การที่เราได้ไปดูแลคนที่อยู่ในจุดที่เขาประมาณนี้ครับ มันทำให้เราได้รับคำสอน หรืออะไรดี ๆ กลับมา ก็เป็นจุดเริ่มต้น เราก็เลยเริ่มที่จะทำ แล้วสุขภาพจิตตัวเองก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ ครับ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

หลังจากเข้าทำงานด้านอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว แม้อาสาสมัครจะต้องพบกับความหดหู่ ความสงสาร จากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากความทุกข์ทั้งทางกายและจิตใจของงผู้ป่วย หรือแม้กระทั่ง การต้องเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วยที่ตนดูแล แต่ภายในจิตใจของอาสาสมัครทุกท่านกับรู้สึกว่าได้เรียนรู้จากผู้ป่วย และได้รับความสุขทางจิตใจ เป็นความสุขจากการทำงานอาสาสมัคร จากการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายความทุกข์ ความกังวล หรือช่วยให้ความหวังบางประการของผู้ป่วยเป็นจริง ความสุขที่อาสาสมัครได้รับเป็นอีกหนึ่งแรงผลักดันให้อาสาสมัครช่วยสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

“พี่ว่าข้างในมัน รู้สึกเบิกบานซะอีก” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“พอทำไปเรื่อย ๆ น่ะครับ มันกลับรู้สึกว่า เราเป็นผู้รับเฉยเลย เหมือนพอไปแล้วเรา ตอนแรก ๆ มันก็เครียด มันก็หดหู่ใจ แต่พอเราไปแล้วเหมือนกับได้ความรู้สึกที่ดีกลับมา แล้วก็ช่วงกลาง ๆ โครงการสักสองเดือน มันไม่มีความรู้สึกเครียดเลย” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ถ้าเราตั้งใจที่จะเป็นผู้ให้ เราก็จะได้เป็นผู้รับเลย การรับนี้ไม่ใช่เป็นเรื่องของการรับวัตถุสิ่งของเนอะ แต่มันเป็นทางใจ เป็นการรับทางด้านจิตวิญญาณทางใจของเรา เติมเต็ม” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เรามีความสุขเพราะว่าเขามีความสุข” (บัว: 20 มกราคม 2560)

อาสาสมัครบางท่านมีความเชื่อตามศาสนาพุทธว่า การที่ตนได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังผ่านบทบาทของการเป็นอาสาสมัครทำให้ตนได้รับบุญได้รับกุศล ได้รับความปิติสุขที่ช่วยส่งผลให้บุตรของตนเป็นบุตรที่ดี ไม่นอกลู่นอกทาง

“ถ้าไปอาสาสมัครแล้วคิดว่า ใจเราเนี่ย ความปิติสุขอ่ะ มันเกิด มันเกิดมาก มากกว่าสิ่งที่เราเสียไป สิ่งที่เราได้รับกลับมาเนี่ย มันเป็นอะไรที่พี่ว่า เป็นกุศลเป็นบุญนะ ลูกพี่สองคนเป็นคนดี ไม่เกเร ไม่นอกไม่ลู่นอกทาง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ไม่อะไร” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

นอกจากความสุขที่ได้รับโดยตรงจากการทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว ความสุขที่ได้จากการสนับสนุนของบุคคลรอบข้างก็เช่นเดียวกันที่ทำให้อาสาสมัครรู้สึกมีความสุขในการทำหน้าที่ตรงนี้

“พี่จะเป็นอาสาสมัครที่มีความสุข เพราะว่ามันจะมีอะไรที่แบบว่า เหมือนได้ทำ อยาก คิดอะไร จะทำ ช่วยเหลือใคร มันก็จะมีมาตอบสนอง มันไม่ใช่ว่าต้องควักเนื้อ ต้องอะไรของเราเอง” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“มันก็เลยกลายเป็นว่า มันเหมือนยิ่งให้ยิ่งได้อ่ะ ตรงเนี้ย จริง ๆ เราไม่ได้ลงทุนอะไรมากมายเลยนะ แต่ก็จะมีเงินเข้ามา บางทีมีคนโทรมา คุณแก้ว พี่อยากจะช่วยเหลือคนไข้ระยะสุดท้ายบ้าง คุณแก้วจะ เอ่อ โอนเงินให้คุณแก้วเลยได้มั้ย บอก ได้ค่ะพี่ ถ้าเกิดแก้วให้ใครไป แก้วจะโทรหาพี่นะ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

3.4 ความรู้สึกมีคุณค่า

ในช่วงแรกของการเข้ามาทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครเองอาจไม่ได้คาดหวังหรือต้องการสิ่งตอบแทนจากภายนอก มีเพียงแรงจูงใจภายในของตนที่ผลักดันในการมาเป็นอาสาสมัคร ความปรารถนาที่ต้องการจะช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการทำประโยชน์ให้ผู้อื่น แต่เมื่อได้เข้ามาทำหน้าที่นี้แล้วและได้รับการตอบรับทางบวก ได้รับการยอมรับ การชื่นชม จากผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้อาสาสมัครรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับ รู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับฐานะเงินทองของอาสาสมัครเลย ความรู้สึกที่อาสาสมัครได้รับเหล่านี้เป็นมูลเหตุจูงใจที่ช่วยผลักดันและสนับสนุนให้อาสาสมัครไม่ล้มเลิกการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยก่อนจบโครงการ ยังคงให้การดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่อง และอาสาสมัครอิสระบางท่าน ยังคงอยู่ในเส้นทางของการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี

“เราก็เลยกลับมามองว่า เรามองว่าเราเป็นขนาดนี้ แต่มีคนอีกตั้งเยอะแยะมากมายที่เขาแย่กว่าเรา พอเราไปตรงนี้แล้วเรามอง เรารู้สึกว่า เรามีคุณค่านะ เขามองว่าเรามีคุณค่ามากเลย ถึงเราจะไม่มีเงิน ไม่มีทอง ไม่ร่ำรวยไม่อะไร แต่เรามีคุณค่าสำหรับคนอื่น เราสามารถช่วยเขาได้” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“เขาก็จะเรียกพี่แบบนางฟ้า นางฟ้ามาแล้ว อย่างเนี้ย แล้วเขาก็บอกพี่ว่าเนี่ย ทั้งห้องน่ะ ลอตที่ลอตแรกที่ข้างหน้าที่เขานอนด้วย เขาก็ถามป้า ป้าเขาก็จะดีใจ ภูมิใจตรงที่อะไรอย่างนี้ ว่าแบบมีเพื่อน ๆ อิจฉา บอกว่าเนี่ยมีนางฟ้ามาหาบ่อย ๆ (หัวเราะ) พอเราฟัง มันก็เป็น…อันนี้มันก็เป็นแบบความสุขเล็ก ๆ มั้ง ที่ทำให้เรารู้สึกดีว่า เออ เขารู้สึกแบบนั้นน่ะ ทำให้เรารู้สึกดีจังเลย รู้สึกดี” (โรส: 15 มกราคม 2560)

การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นโอกาสที่ทำให้อาสาสมัครได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในบางครั้งความช่วยเหลือนั้นได้ส่งถึงญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยด้วย อาสาสมัครบางท่านทำงานอาสาสมัครมาเป็นระยะเวลานานและเป็นที่รู้จักในด้านนี้ ทำให้มีญาติผู้ป่วยติดต่อเข้ามาขอรับการปรึกษา ขอคำแนะนำ ทำให้อาสาสมัครรู้สึกถึงความภาคภูมิใจ เมื่อได้มีส่วนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ อาสาสมัครบางท่านแม้ไม่ได้ให้การช่วยเหลือโดยตรงแก่ญาติผู้ป่วย แต่การที่ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น มีอารมณ์ดีขึ้น ทำให้ญาติผู้ป่วยยินดีในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัคร การยอมรับจากญาติผู้ป่วยเป็นมูลเหตุจูงใจอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้อาสาสมัครยังคงทำงานในเส้นทางนี้อย่างต่อเนื่อง

“ภูมิใจ ๆ มีความสุข ใครโทรมาปรึกษาอย่างเงี้ย อยู่ที่บ้าน คุณแก้วคะหนูขอคำแนะนำหน่อยค่ะ ตอนนี้แม่หนูเป็นมะเร็งอย่างงี้ ๆ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“อย่างแฟนจอห์นอ่ะ เค้าก็จะบอกพี่ว่า เออ แบบ จอห์น ดีนะ เหมือนกับ เค้าโอเคนะที่แบบคุณมา อะไรเงี้ย เหมือนเค้าแบบดีขึ้น อารมณ์ดีขึ้น” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“ก็รู้สึกโชคดีที่ป้าน่ารัก แล้วก็ญาติเขาน่ารักอะไรอย่างนี้ ก็โอเค เพราะว่าก่อนหน้านั้นเขาจะมีแบบว่าเอ๊ย ระวังแบบญาติพี่น้องเขาจะไม่โอเค เราโชคดี คือโชคดีได้เจอคนดีแล้วก็คุยกันได้” (โรส: 15 มกราคม 2560)

นอกจากตัวผู้ป่วยเรื้อรัง และญาติของผู้ป่วยแล้ว การได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล หรือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนอาสาสมัครด้วยกัน เป็นเงื่อนไขอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้อาสาสมัครได้รับกำลังใจ เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน รู้สึกเป็นที่ยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ การแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังผ่านช่องทางต่าง ๆ มีส่วนช่วยเอื้อให้เกิดประสบการณ์เช่นนี้กับอาสาสมัคร

“ก็อันดับแรกเลย เป็นกำลังใจจากเพื่อนอาสาด้วยกันครับ ทุกครั้งเขาก็จะมี เหมือนปีนี้ครับก็จะมีแชร์ เขียนว่าวันนี้ไปทำอะไรบ้าง อย่างนี้ แล้วก็เหมือน พี่ ๆ เขาค่อนข้างเอ็นดูพุดมากเลยครับในปีนั้นก็หลังไมค์กันมาแบบ น่าชื่นชมมากเลยนะ ดีมากเลย” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“เหมือนพยาบาลก็จะ เหมือนเราก็จะติดต่อกันอย่างเงี้ย พี่พยาบาลก็ว่า เอ้อจอห์นมา กลับมาแล้วนะ อาการไม่ดี อะไรอย่างเงี้ย พี่พยาบาลก็จะบอก เออ ถ้ามีเวลาก็มาเยี่ยมมาดูเค้าหน่อยนะให้กำลังใจ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“มีน้องพยาบาลเยอะ ที่จะมาช่วยเรา อะไรอย่างเงี้ย น้องเห็นดีเห็นงาม” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

แหล่งสนับสนุนอีกแหล่งหนึ่งที่สำคัญ ที่ช่วยให้อาสาสมัครมีแรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คือ ครอบครัวของอาสาสมัคร การยอมรับ การชื่นชม การสนับสนุนและไม่ต่อต้านจากครอบครัว ครอบครัวของอาสาสมัครบางท่านอาจรู้สึกว่าการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องที่น่าหดหู่ เป็นเรื่องที่เศร้า และรู้สึกชื่นชมที่อาสาสมัครสามารถทำหน้าที่ตรงนี้ได้

“ครอบครัวพี่ สำคัญยิ่ง ใช่ พี่น้องครอบครัว รู้สึกว่าเค้าก็ชื่นชมที่เรามาทำอย่างนี้” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“เสียงของครอบครัวก็ แค่ไม่มีเสียงแอนตี้ก็ดีแล้ว ไม่มีเสียงต่อต้านน่ะดีมากแล้ว แต่พี่น่ะโชคดีที่ว่าได้เสียงที่สนับสนุนด้วย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“ในที่สุดแล้วแม่ก็พูดมาประโยค เมื่อปีที่แล้วว่า ชีวิตเธอเนี่ยเป็นชีวิตที่ดีที่สุดเลย นี่พิสูจน์ว่า อ๋อ เราพิสูจน์มา กว่าจะได้ยินประโยคนี้ก็พอสมควรนะ ก่อนหน้านั้นก็ เมื่อไหร่เราจะกลับไปทำงานแบบเดิม” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“ที่บ้านก็สนับสนุนนะ แม่ก็ เออ ก็ ให้ไปทำ ไรเงี้ย ที่บ้านก็ไม่ได้ว่าอะไร” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“ก็ส่วนใหญ่ก็จะรู้สึกว่า ก็น่าทำ แต่ว่าตัวเขาเองน่าจะทำไม่ได้ เพราะว่าเหมือนเขารู้สึกว่ามันหดหู่ แต่เขาก็ชื่นชมแหละว่า เก่งเนอะ ทำไมกล้าทำ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

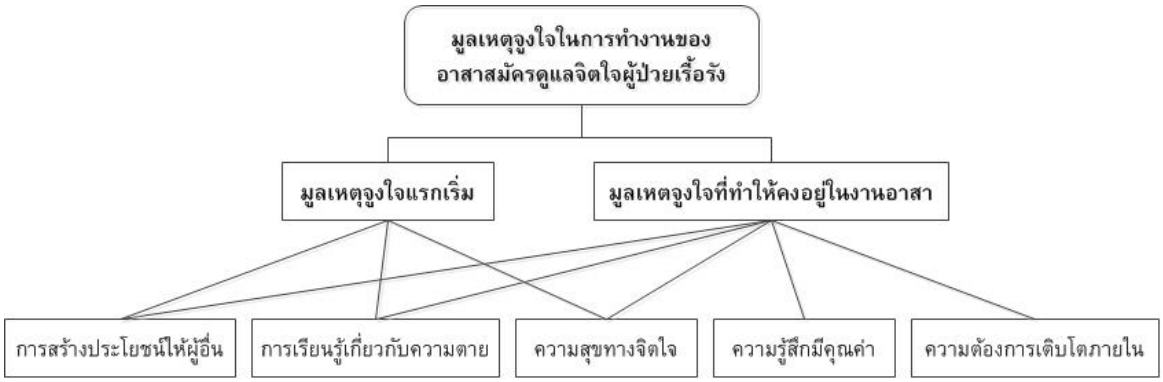
3.5 ความต้องการเติบโตภายใน

ในช่วงเริ่มต้นของงานอาสาสมัครในระบบสุขภาพ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์มากนัก อาสาสมัครที่เริ่มเข้าช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในระยะนั้น อาจไม่ได้รับการต้อนรับ หรือได้รับการตอบรับที่ไม่ค่อยดีนัก ซึ่งอาจทำให้อาสาสมัครอาจมีความลังเลสงสัยในการเข้ามาทำหน้าที่ของตนเอง แต่ด้วยการมองประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง การมีความเข้มแข็งในจิตใจต้องการผ่านอุปสรรคที่เข้ามาไปให้ได้ เป็นพลังผลักดันให้อาสาสมัครก้าวข้ามอุปสรรคนั้น และยังคงทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังต่อมา

“มันมีคำถามกับตัวเองครับ เพราะว่าขับรถเนี่ย มันเหมือนกับ เอ๊ะ ตกลงเรามาทำอะไร เราอยู่ในฐานะอะไร พี่จะรู้สึกว่า มันต้องเด็ดเดี่ยว มันต้องเด็ดขาด มันต้องแยกแยะให้เป็นน่ะ ของพี่เนี่ยมันก็ได้อารมณ์ว่า ไม่ ถ้าเราไม่ทำอ่ะ แล้วเอจะเป็นยังไง คือถ้าเราก้าวข้ามตรงนี้ไม่ได้อ่ะ มันจะขาดอะไรบางอย่างไปมั้ย เออ พี่ก็รู้สึกว่า งั้นพี่จะต้องก้าวข้าม ก็แค่นั้นเอง พี่จะรู้สึกว่ามันแค่ทดสอบว่าพี่ต้องการทำสิ่งนี้จริงรึเปล่า เรื่องนี้เรื่องเล็กน้อยมากถ้าผ่านไปได้” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“มันทดสอบความอดทนของเราด้วยอ่ะครับ ว่าเราจะเอาจริงมั้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

ข้อค้นพบในส่วนของมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 5 มูลเหตุสามารถแสดงได้ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

จากข้อค้นพบในส่วนของมูลเหตุจูงใจการทำงานของอาสาสมัคร พบว่า การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น การเรียนรู้เกี่ยวกับความตาย ความสุขทางจิตใจเป็นทั้งมูลเหตุจูงใจแรกเริ่มในการทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตัดสินใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้ และเป็นมูลเหตุจูงใจที่ทำให้อาสาสมัครคงอยู่ในงานอาสาช่วงระยะเวลาหนึ่งด้วย นอกจากนี้เมื่อเข้ามาเป็นอาสาสมัครแล้ว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังแสดงให้เห็นถึงมูลเหตุจูงใจที่ทำให้คงอยู่ในงานอาสาอีกสองมูลเหตุ คือ ความรู้สึกมีคุณค่า และความต้องการเติบโตภายใน ทั้งนี้มูลเหตุจูงใจทั้ง 5 ประการช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยอาสาสมัครมีแนวทางในการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรังดังรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

ส่วนที่ 4 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 6 ท่าน พบว่าการเข้าไปช่วยสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของอาสาสมัครมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังช่วยลดอารมณ์ทางลบ เช่น ช่วยลดความเบื่อหน่าย ช่วยคลายความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ และช่วยเพิ่มให้เกิดอารมณ์ทางบวก เช่น ช่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสุขสมหวังบางประการ ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังผ่านกระบวนการขั้นตอนซึ่งแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่อาสาสมัครทำและทักษะที่อาสาสมัครใช้ โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านข้อมูลของผู้ป่วยในเบื้องต้นและการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของอาสาสมัคร การสร้างสัมพันธภาพตั้งแต่อาสาสมัครและผู้ป่วยพบกันในครั้งแรกไปจนถึงการรักษาความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง การสำรวจปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนกระบวนการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังตั้งแต่เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการช่วยเหลือเพื่อทำให้ความหวังของผู้ป่วยเป็นความจริง

ผ่านวิธีการต่าง ๆ ซึ่งแต่ละกระบวนการได้สะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่อาสาสมัครทำและทักษะที่อาสาสมัครใช้ ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นหลักและประเด็นย่อยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 4 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

4.1 การเตรียมความพร้อม

4.1.1 การรู้เขา

4.1.2 การรู้เรา

4.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

4.2.1 การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์

4.2.2 การรักษาความสัมพันธ์

4.2.2.1 การเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอต่อเนื่อง

4.2.2.2 การรักษาความไว้วางใจ

4.2.2.3 การเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย

4.2.3 ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ

4.3 การสำรวจความทุกข์

4.3.1 การสำรวจความทุกข์ผ่านการฟัง

4.3.2 การสำรวจความทุกข์ผ่านการสังเกต

4.3.3 การสำรวจความทุกข์ผ่านการถาม

4.4 การช่วยเหลือสนับสนุน

4.4.1 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ

4.4.2 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า

4.4.2.1 การพูดกระตุ้นและชื่นชม

4.4.2.2 การแสดงความห่วงใยถามไถ่อาการ

4.4.2.3 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการสัมผัส

4.4.2.4 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการใช้สายตา

4.4.2.5 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการอยู่ข้าง ๆ

4.4.3 การช่วยปรับมุมมองความคิด

4.4.3.1 การชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่น ๆ

4.4.3.2 การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความจริง

4.4.3.3 การเบี่ยงเบนความสนใจให้อยู่กับความสุข

4.4.4 การช่วยเป็นสื่อกลาง

4.4.4.1 การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา

4.4.4.2 การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

4.4.5 การลงมือช่วยเหลืออื่น ๆ

4.4.6 ข้อควรระวังในการช่วยเหลือสนับสนุน

4.1 การเตรียมความพร้อม

อาสาสมัครมีมุมมองต่อการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังว่า การสนับสนุนทางจิตใจเริ่มขึ้นตั้งแต่อาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่ได้พบกัน แม้ว่าอาสาสมัครจะมีทัศนะว่าไม่ได้เตรียมตัวอะไรมากมาย นอกจากการไปเป็นอาสาสมัครด้วยจิตใจที่พร้อมจะให้ จิตใจที่พร้อมจะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ผู้วิจัยก็พบประเด็นในการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครซึ่งเอื้อต่อการเป็นอาสาสมัครและมีส่วนช่วยให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นได้ โดยการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครถือเป็นขั้นตอนหรือกระบวนการแรกในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการในการเตรียมความพร้อมสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนการเข้าพบผู้ป่วยในครั้งแรก และระหว่างการเข้าเป็นอาสาสมัครแล้ว ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นย่อย 2 ส่วน คือ 1) การรู้เขา: เตรียมตัวด้านข้อมูลของผู้ป่วย 2) การรู้เรา: การเข้าใจตนเองและการปล่อยวาง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอดังต่อไปนี้

4.1.1 การ “รู้เขา”

การ “รู้เขา” คือการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลของผู้ป่วย อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของโครงการอาสาข้างเตียง จะต้องผ่านการอบรมเบื้องต้นก่อนการเป็นอาสาสมัคร ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับอาสาสมัคร เปรียบเสมือนการติดอาวุธให้อาสาสมัคร แต่เป็นอาวุธที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การสังเกตอาการของผู้ป่วย การฟัง รวมทั้งเมื่ออาสาสมัครได้รับมอบหมายผู้ป่วยที่จะต้องดูแล ก็จะได้รับทราบข้อมูลคร่าว ๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น โรคที่เป็น ระยะของโรค ระยะเวลาที่รักษาตัวที่โรงพยาบาล ในกรณีที่เป็นอาสาสมัครอิสระก็เช่นกัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาสาสมัครสามารถใช้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและเป็นการส่งเสริมต่อการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจได้ ในกระบวนการ การ “รู้เขา” หรือการเตรียมตัวด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องนี้ อาสาสมัครจะได้รับข้อมูลจากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล หรือจากญาติของผู้ป่วย จากการใช้ทักษะในการถามของตนเอง ตลอดจนอาสาสมัครอาจค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่ออื่น ๆ เช่น อินเทอร์เน็ตร่วมด้วย

“ก่อนที่จะลงพื้นที่ก็ประมวลผลก่อนว่าผู้ป่วยเราเป็นใคร เอาความรู้ข้อมูลทั้งหมดที่มีครับ มาคิดก่อนว่าเขาเป็นใคร อายุเท่าไหร่ condition เป็นยังไงบ้าง เราก็พยายามจด short note ในเรื่องของการอบรมที่ได้เรียนมาน่ะครับ แล้วก็มาศึกษาตรงนี้ก่อนเบื้องต้น” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ถ้าเกิดเป็นเคสลูกโทรมาปรึกษาเรื่องแม่ ก็ถามลูกก่อนเลยว่า แม่เป็นคนยังไง แล้วยังไง แม่ชอบอะไรยังไง คือเราต้องรู้เขารู้เราหน่อย แล้วค่อยเข้าไป tracking ต่ออีกนิดนึง” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“ถ้าเป็นเคสในโรงพยาบาลเนี่ย จะถามประวัติจากน้องประจำตึกอยู่ละ จะรู้ข้อมูลคร่าว ๆ น้องอาจจะรู้นิดนึงว่า พี่แก้วเคสนี้มีลูกสองคนนะ ตอนนี้มีปัญหาคือลูกคนโตเกเร อะไรก็แล้วแต่อย่างเนี้ยนะ เราค่อยเข้าไป” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“Search Internet เพิ่มเติมนิดหนึ่งว่า คือเมืองนอกเขาก็มีแบบนี้นะครับ พุดเพิ่งรู้ เป็นแบบ bed site volunteer อย่างนี้นะครับ เขาก็มีว่าเออ การชวนพูดเป็นยังไง การสังเกต reaction ผู้ป่วย” (พุด: 22 มกราคม 2560)

นอกจากการเตรียมตัวก่อนเข้าดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว ระหว่างที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังก็สามารถสอบถามอาการหรือระยะโรคของผู้ป่วยที่ตนดูแลจากพยาบาลหรือแพทย์ได้ เนื่องจากการรับรู้สภาวะของผู้ป่วยตามความเป็นจริง การรับรู้ระยะของโรค จะทำให้อาสาสมัครสามารถเข้าหาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด เช่น ผู้ป่วยที่ตนดูแลอาจมีการดำเนินของโรคที่ยังไม่ถึงระยะสุดท้าย การให้การสนับสนุนจิตใจผ่านการให้กำลังใจ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวกจะส่งผลดีกับอารมณ์ของผู้ป่วย ในขณะที่ถ้าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว การชวนให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวลหรือการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับความตายเป็นเรื่องสำคัญที่อาสาสมัครควรพิจารณาในการให้การสนับสนุนทางจิตใจ

“มีโอกาสคุยกับพยาบาลกับคุณหมอบ้าง แล้วคือคุณน้าอยู่ใน condition ที่ยังไม่สุดท้าย คือมีโอกาสกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ก็เลยคิดว่ายังไม่จำเป็นให้เขาต้องไปเตรียมรับมือกับความตายหรืออะไรอย่างนี้ ก็เลยรู้สึกว่า ให้เขามีกำลังใจสู้ดีกว่า ให้เขากลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ดีกว่า ตอนนั้นก็เลยไม่ได้พูดเรื่องนี้ เลี่ยง ๆ ไป อยากให้เขาสดใส จะได้สู้ได้ แต่อันนี้ครั้งสุดท้ายคือเขามาแบบ เขาไม่ไหวแล้ว ก็เลยรู้สึกว่าโอเค ถึงเวลาแล้วแหละ ที่จะต้องให้เขารับมือกับมันอะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.1.2 การ “รู้เรา”

การ “รู้เรา” คือ การรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและสามารถปล่อยวางจัดการอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ ลงได้ อาสาสมัครทุกท่านเข้ามาช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วยด้วยจิตของผู้ให้ มีความเมตตากรุณาเป็นที่ตั้ง ปรารถนาจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้คลายความทุกข์ แต่อย่างไร

ก็ตามเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อทั้งผู้ป่วยและตัวอาสาสมัครเอง สิ่งหนึ่งที่ควรจะให้ความสำคัญเพื่อเอื้อต่อการดูแลจิตใจผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ คือ การสำรวจตัวเอง สำรวจเรื่องราวที่อาจยังค้างอยู่ในใจของอาสาสมัครเอง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น อาสาสมัครบางท่านอาจไม่เคยหรือไม่มีโอกาสได้ดูแลพ่อแม่ของตน เมื่อมาทำงานอาสาสมัครอาจยังมีความรู้สึกผิด ความรู้สึกเสียใจที่อาจส่งผลกระทบให้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้อย่างเต็มที่ การสำรวจจิตใจตัวเอง ยอมรับและจัดการการปลดปล่อยเรื่องราวที่ติดค้าง ปล่อยวางอารมณ์ด้านลบ เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่มีอะไรมาขวางกั้น เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย โดยอาสาสมัครสามารถใช้ทักษะในการจัดการอารมณ์ด้วยการปล่อยวางเพื่อช่วยในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในกระบวนการนี้

“ตัวเองน่ะ เคยเป็นลูกที่ทิ้งแม่เมื่อสิบปีที่แล้ว แล้วตัวเองจะมาดูแลแม่คนอื่นไม่ได้ เดี๋ยวดูแลแล้วมันเจ็บ พี่ก็รู้สึกชื่นชมว่าเขาซื่อสัตย์กับตัวเอง แล้วเขาก็เหมือนแฟร์น่ะ เพราะทำไปด้วยใจอย่างนั้นมันก็ไม่ดีใช่ไหม ก็ชวน clearing ตัวเอง หนึ่งเดือน พอเดือนถัดไปเขาผ่านกระบวนการตรงนี้เขาลงได้แบบภาคภูมิ…อย่างเคสนี้พี่ให้เขียนจดหมายหาแม่…แม่ตายแล้ว ไม่เคยรับรู้ความรู้สึกนี้เลย เล่าให้แม่ฟังให้หมด แล้วเอาจดหมายไป บรรจุหรือไปวางใต้ฐานพระหลังอ่านออกมาเป็นเสียง เขาทำอยู่สี่ฉบับ อาทิตย์ละฉบับ พอเดือนนึงเป็นคนใหม่มาเลย” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“ดังนั้นเนี่ย clearing น่ะสำคัญกับการทำงานของการเป็นอาสาเนอะ คนที่จะสมัครเนี่ยคนที่จะก้าวเข้ามาชื่นชมแล้วล่ะ แต่ว่าเพื่อที่จะให้เกิดประโยชน์สูงสุด ที่เหมาะสมสำหรับทั้งตัวเราแล้วก็แฟร์กับผู้ป่วยด้วย เราชวน clearing ตัวเราก่อน ก่อนที่จะก้าวลงไปจริง ๆ พอเคลียร์ได้ อาจจะไม่ทั้งหมดก็ได้นะ แต่รู้สึกว่ามันมีโจทย์ที่เราต้องทำงานกับตัวเอง ไม่ใช่ทำไปเพราะมันมีชนักปักอยู่ไปเรื่อย ๆ อะไรอย่างนี้นะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“พี่รู้สึกว่า ถ้ามีปมก็เป็นปมเรื่องเตี่ย ที่เรื่องตาย แต่ว่ามันเป็นเรื่องกระบวนการตายที่เราอยากจะฝึกที่จะไม่พลาดกับแม่… แต่ว่าสังเกตนะหลายคนจะมีปมอย่างนี้มา เลยทำให้ตัวเองสนใจเข้ามาในมุมอย่างนี้ ก็อยากให้เคลียร์ก่อนผ่านกระบวนการอะไรก็ได้” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

การสำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองเพื่อปล่อยวางอารมณ์ด้านลบ เป็นสิ่งที่อาสาสมัครควรทำทั้งก่อนเข้าดูแลผู้ป่วย ระหว่างการดูแลผู้ป่วย และเมื่อจบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย เนื่องจากสถานการณ์ที่อาสาสมัครต้องพบเจอในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง อาจต้องเผชิญกับความหดหู่ ความเศร้า และในบางรายผู้ป่วยที่ตนดูแลอาจมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตระหว่างการเป็นอาสาสมัคร การเตรียมพร้อมรับมือกับความสูญเสีย หรืออารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น การรู้เท่าทัน

อารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นและปล่อยวาง สามารถจัดการไม่ให้มีอารมณ์ทางลบค้างอยู่ในใจ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจของอาสาสมัครเอง รวมทั้งจะส่งผลเสียต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไปด้วย

“คือที่จริงแล้ว ทำงานแบบนี้มันต้องปล่อยวางพอสมควรเนอะ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“คือไม่ให้ผูกพันกันมากเกินไปค่ะ คือเมื่อดูแลกันเคสหนึ่งจบก็คือให้จบไป คือไม่ให้รู้สึกผูกพัน” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“ต้องระวังจิตใจตัวเองให้แข็งแรง ไม่ใช่ใจแข็งนะ แข็งแรงน่ะ อย่าไป เพราะพี่ว่าถ้าเราไม่แข็งแรงพอ คือเหมือนเขาต้องการคนที่แข็งแรงจะมาช่วยเขา แต่เราน่ะไม่แข็งแรง มันจะไปปล่อยพลังที่ไม่ดีให้เขา” (โรส: 15 มกราคม 2560)

การปฏิบัติธรรม โดยการสังเกตเวทนา หมายถึงการสังเกตความรู้สึกทางกาย หรือความรู้สึกทางใจที่เกิดขึ้น โดยไม่ปรุงแต่งสิ่งที่เกิดขึ้นให้เกิดความชอบ หรือความไม่ชอบ และการใช้หลักธรรมพรหมวิหาร 4 ของศาสนาพุทธในข้อที่ 4 คืออุเบกขา ช่วยให้อาสาสมัครรับมือกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ความหดหู่ สงสาร ความเสียใจที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ เมื่อสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ นอกจากจะเป็นผลดีกับอาสาสมัครเองแล้ว ก็เป็นผลดีกับผู้ป่วยด้วย คือจะไม่เกิดการส่งต่อพลังงานทางลบไปให้ผู้ป่วยที่ตนให้การดูแล

“ถ้าก่อนปฏิบัติธรรมก็จะไม่รู้ว่า การสังเกตเวทนาตามร่างกาย รู้เท่าทันอารมณ์ตัวเองอะไรอย่างนี้ครับ ก็ถ้าไม่ปฏิบัติแล้วไปก็คิดว่าคงจะรับมือกับมันได้แย่กว่านี้ครับ กับอารมณ์สงสาร อารมณ์หดหู่ แต่อันนี้เรารู้ พอมันหดหู่ปุ๊บมันมีเวทนาเกิด เราก็สังเกตเวทนา มันก็ช่วยให้เรารับมือกับมันได้มากขึ้น” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“และในระหว่างทางก็ clearing กับตัวเองทุกเคสนะ เราใช้คำว่า อุเบกขา แล้วพอทำเสร็จก็ clearing อีก” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

4.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

หลังจากผ่านกระบวนการในการเตรียมตัวของอาสาสมัครแล้ว กระบวนการต่อไปคือการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ตนได้รับมอบหมายให้ดูแล ซึ่งอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คือผู้ที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก่อน ไม่ใช่ญาติ หรือเพื่อนซึ่งผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ว่าในด้านไหนก็ตามจะเป็นไปได้อย่างราบรื่น สิ่งหนึ่งที่เป็นฐานและเป็นปัจจัยสำคัญก็คือความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลนั่นเอง ซึ่งในบริบทนี้ก็เช่นเดียวกัน การที่อาสาสมัครจะเข้าไปช่วยดูแลจิตใจผู้ป่วย คลายทุกข์ คลายห่วง คลายกังวล จึงต้องผ่านกระบวนการ

ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยหลักสำคัญคือการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สามารถเปิดใจกับอาสาสมัคร และมีความยินดีในการให้ผู้ป่วยเข้าเยี่ยมดูแล

สัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นได้ อาสาสมัครต้องเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ ตลอดจนการพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการนี้นอกจากจะเป็นกระบวนการที่เปรียบได้กับฐานที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเข้าใจและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยแล้ว กระบวนการนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีผู้เห็นความสำคัญเข้าเยี่ยมตนอย่างสม่ำเสมอ โดยอาสาสมัครใช้ทักษะในการใส่ใจ ทักษะการโน้มน้าว และทักษะการเข้าใจผู้อื่น ในกระบวนนี้เพื่อให้การสร้างและรักษาความสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีประกอบไปด้วยประเด็นย่อย 3 ส่วน คือ 1) การเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอต่อเนื่อง 2) การรักษาความไว้วางใจ และ 3) การเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำเสนอแต่ละประเด็นในรายละเอียด ดังนี้

4.2.1 การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์

หลักจากผ่านกระบวนการในการเตรียมตัวของอาสาสมัครแล้ว การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์นับเป็นขั้นตอนแรกเมื่อผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัครได้พบกัน อาสาสมัครเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ด้วยการแนะนำตัวอย่างชัดเจน จริงใจ แสดงความใส่ใจผ่านน้ำเสียงและแววตา สื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความตั้งใจดีของอาสาสมัคร เพื่อเป็นการทลายกำแพงของผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน เป็นการคลายความสงสัย ความคลางแคลงใจ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและยินดีในการเข้ามาของอาสาสมัคร

“พี่ก็เลยจะแนะนำตัว แนะนำตัวด้วยน้ำเสียง พี่รู้เลย พี่รู้สึกตัวเลยว่า น้ำเสียงของเรา ท่าที แววตา รอยยิ้มของเราเนี่ยมันไม่ได้แฝง มันกำลังแสดงความบริสุทธิ์ใจว่านี่คือเรา มาอยู่ตรงนี้เพราะอะไร อะไรทำให้มา” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“อย่างที่พี่บอก พี่รู้สึกว่าพอพี่เคลียร์ การแนะนำตัวอ่ะ สำคัญ ต้องทำให้เค้าวางใจได้จริง ความคลางแคลงใจ ความลังเลสงสัย มันต้อง… พี่รู้สึกว่าพี่คงซื่อ ๆ” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“เราก็ไม่ push เขา ก็นั่ง ทักทายขออนุญาต หนูมาดูแลตรงนี้ (เสียงอ่อนโยน)” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ช่วงแนะนำตัวพี่ว่าสำคัญ สำหรับคนทำหน้าที่นี้ แนะนำไปกับพลังงานที่ตั้งใจจริง ไม่ใช่พลังงานที่จะมาเอา พลังงานที่จะมาเกื้อกูล พลังงานที่จะมาเอา มาเอาชั่วโมง มาเอาเครดิต มัน

อีกพลังงานหนึ่งแต่ว่าถ้าเรามา เหมือนเรามารับรู้ว่าการนั่งอยู่ข้าง ๆ เตียงเป็นโอกาสดีที่เราจะได้ทำประโยชน์ได้เรียนรู้ได้อะไร มันก็อีกพลังงานหนึ่ง" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

ในปัจจุบันอาจมีบุคคลหรือกลุ่มคนที่แฝงตัวมาเข้าหาผู้ป่วยเพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง โดยอาศัยจุดอ่อนคือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การเข้ามาแนะนำขายสินค้าหรือบริการต่างๆให้กับผู้ป่วย ประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วย หรือการรับรู้เรื่องราวทางลบในด้านนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความคลางแคลงใจ และไม่ไว้ใจในตัวอาสาสมัคร ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือดูแลจิตใจผู้ป่วยต่อไป หากอาสาสมัครสามารถก้าวข้ามผ่านท่าทีที่ไม่ต้อนรับของผู้ป่วย ละวางตัวตนหรือทิฐิของตนเอง และทำให้ผู้ป่วยคลายกังวล คลายความคลางแคลงใจในส่วนนี้ได้ ผู้ป่วยก็จะเปิดรับอาสาสมัคร และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยก็จะสามารถเกิดขึ้นได้

"ก็จะมี ที่แบบว่า ไม่อยากให้เข้ามายุ่ง ไม่ให้อะไร อย่างเงี้ยนะ เพราะว่ากลัว หนึ่ง มาค้าขาย มาธุรกิจ อย่างงี้เยอะ ฉะนั้นกลุ่มเนี้ย เค้าเองเค้าก็ตั้งป้อมอยู่นะ แต่ความจริงใจที่เรามีให้เค้า คำพูดที่เราบอกเค้า ว่าเราอยากช่วยอะไรเค้า การกระทำของเรา เค้าจะเปิดใจกับเรา ทุกคนถ้าไม่รู้จักกัน เค้าจะตั้งป้อม เอ้ย มาทำไมอ่ะ" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

"คนจะมีความรู้สึกไม่ไว้ใจละ แล้วยิ่งเค้าเกิดความคลางแคลงใจ มันยิ่งไม่ซื้ออ่ะ อย่างเงี้ยต้องระวัง การที่พาอาสาสมัครไปทำงานตรงนี้ ต้องเน้นเลยว่า ไม่มีการขายของเด็ดขาด ไม่มีการแนะนำอะไรทั้งสิ้น เอาตรงนี้ เราไปดู ไปเยี่ยมความรู้สึกของเค้าแค่นั้น" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

อาสาสมัครคือผู้ที่ทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นหรือสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทน ดังนั้นอาจมีความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ให้ ตนมาทำประโยชน์ให้กับคนอื่น เมื่อได้รับการตอบรับที่ไม่ดีจากผู้ป่วยอาจทำให้เกิดความรู้สึกทางลบได้ง่าย เช่น เกิดทิฐิถือตัวถือตน การเข้าใจผู้ป่วย เข้าใจในประสบการณ์ที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยอาจได้พบเจอมาก่อน ไม่ถือเป็นเรื่องส่วนตัว และตั้งใจทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจตนเอง จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครสามารถเกิดขึ้นได้

"ตรงนี้มันทำให้พี่ฝึก ฝึกที่จะเข้าหาเขา แบบที่เราไม่ได้...คือนึกออกไหม บางทีตัวตนของการเป็นจิตอาสาก็นึกว่าเป็นจิตอาสาจะต้องได้รับการต้อนรับ ฉันมาทำดี...พี่รู้สึกว่าเหมือนเห็นใจเขาน่ะ แสดงว่าเขาต้องเจออะไรมาแน่ ๆ เลย เขาไม่ได้หมายถึงเรา ว่าเราจะเป็นอย่างนั้น แต่ดีที่เขาระแวงไว้ก่อน มันเป็นเหตุสมควรแล้วที่เขาจะต้องระวังตัว เพราะในสังคมมันมีอย่างนี้จริง ๆ มาขายอะไรเกี่ยวกับสุขภาพ" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

การใช้ทักษะในการโน้มน้าวแบบการเปิดเผยตนเอง โดยการบอกเล่าเรื่องราวของตนเองของอาสาสมัคร เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื้อรัง

อาสาสมัครบางท่านเคยมีประสบการณ์ที่คนใกล้ชิดป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความทุกข์ ความกังวล ความกลัวที่อาสาสมัครเคยได้รับและผ่านมาแล้ว ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาสาสมัครรับรู้และเข้าใจในความทุกข์ที่ตนกำลังเผชิญจริงๆ และทำให้ผู้ป่วยเปิดรับอาสาสมัครได้ง่ายขึ้น

“พี่อยากจะเรียนคุณว่า พี่เคยผ่านภาวะนี้มาแล้ว สามีพี่เคยเป็นมะเร็ง พี่จึงเข้าใจ รู้ว่าคุณกลัวอะไร และวันเนี้ยพี่อยากจะมาช่วยคุณ ให้คุณได้รู้ว่า มะเร็ง ไม่ได้เป็นแล้วตาย เพราะสามีพี่เอง เป็นมะเร็งระยะที่สามไปสี่ สิบปีมาแล้วยังไม่ตายค่ะ…อ่า นี่ปุ๊บ เค้าก็จะ เอ้ย ขึ้นมา” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“แล้วบางคนเป็นข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ สมมตินะ เป็นใหญ่เป็นโตมาก่อนน่ะ พอมาป่วยเป็นมะเร็งก็ยังใหญ่อยู่ไง พี่จะให้สามีพี่มา มาช่วยเคสนี้ อย่างเงี้ย เพราะฉะนั้นแฟนพี่ก็ดังพอสมควรนะ เป็นคนดังในประเทศเหมือนกัน … พอสามีพี่มาพวกนี้เค้าจะ อ้าวเหรอ คุณเคยเป็นเหรอ อะไรอย่างเงี้ย ก็จะคุยกันก็จะเปิด คือ ประสบการณ์ แล้วก็เรามีการเรียนรู้เสมอว่าเคสนี้ทำยังไง เราก็จะมองได้ รู้แล้วเคสนี้จะเข้าไปยังไง” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

การสังเกตผู้ป่วย เช่น การตอบรับ การสบตา ท่าทาง การพูด จะช่วยให้อาสาสมัครสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยเริ่มเปิดรับการเข้ามาของอาสาสมัครหรือยัง

“ก็เค้ายอมพูดกับเรามากขึ้น สบตากับเรามากขึ้น แล้วก็ แล้วคุณจะมาอีกกี่ครั้งเนี่ยอาจจะมีเล็ก ๆ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“ผู้ป่วยคนแรกเลยที่เจอ ก็แนะนำตัวก่อนว่าเป็นใคร วันแรกที่ไปเจอเขาก็เหมือนกับเปิดรับดีมากเลย ดีใจที่ได้มีอาสาที่ไปดูแล ไปอะไร” (พิม: 20 มกราคม 2560)

นอกจากนี้แม้จะเป็นการพบกันครั้งแรก ๆ แต่อาสาสมัครบางท่านก็ได้ใช้การกอดเป็นการแสดงออกถึงความสนใจใส่ใจในตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยเปิดทางในการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ อาสาสมัครมีความเชื่อว่าการสัมผัสสามารถถ่ายทอดกระแสบางอย่างไปถึงผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้

“พอครั้งแรกพี่ก็กอดแกเลย บอกว่าเออ ขอกอดนะ แล้วแกก็บอกว่า เกิดมา แกไม่เคยแบบ ลูกยังไม่กอดแกเลยอะไรอย่างนี้ แล้วแกก็บอกว่า รู้ไหม ป้าไม่เคยยิ้มให้ใครเลยนะ ป้ายิ้มให้หนูคนแรกเลย ก็เลยแบบว่า พี่ว่าสัมผัสมันช่วยได้ … พี่ว่าสัมผัสมันส่งกระแสอะไรบางอย่างที่ถึงกันได้อะไรอย่างนี้” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“พี่แก้วก็เริ่มต้นกอด จากนั้นมาก็เลยกลายเป็นว่า พอใครจะป่วย มะเร็ง มาโรง’บาล อะไรเงี้ย มาให้พี่แก้วกอด” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

4.2.2 การรักษาความสัมพันธ์

งานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นงานอาสาสมัครที่ไม่ได้ทำเพียงครั้งเดียวแล้วจบไป ดังนั้นช่วงระหว่างการเป็นอาสาสมัครจึงต้องมีการพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ และสบายใจเมื่อได้อยู่กับอาสาสมัคร ผู้ป่วยสามารถแสดงด้านที่อ่อนแอของตนเองกับอาสาสมัครได้ ซึ่งในบางครั้งนำไปสู่การเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

4.2.2.1 การเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอต่อเนื่อง

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นอาสาสมัครที่ต้องทำงานกับจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ในบางครั้งการพบกันเพียงไม่กี่ครั้ง อาจยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเปิดใจได้ซึ่งจะทำให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้ การเข้าเยี่ยม เข้าดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครดำเนินไปได้ด้วยดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเปิดรับอาสาสมัคร ผู้ป่วยจะรู้สึกตนเองมีคุณค่า ซึ่งเป็นผลดีกับอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งความไว้วางใจและความสบายใจที่ผู้ป่วยมีต่ออาสาสมัครก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

“เริ่มคุ้นเคยก็เอ๊ะ เขาไม่ได้กำหนดว่าจะต้องแบบวันไหน ก็เลยคิดว่า เอ๊ยเราไปตอนเที่ยงดีกว่า เพราะออฟฟิศอยู่ตรงนี้ใช่ไหม ขับรถมาแล้วเข้าไป ช่วงพักเที่ยงเราก็วิ่งมา แล้วก็แวะกินข้าวตรงโรงอาหารเขา แล้วมันก็ไม่ได้เบียดเบียนเวลา ... ก็เลย โอเค ก็วิ่งไป ไปวันแรกเสร็จ พอมันเริ่มไปมันก็รู้สึกว่า มันก็เหมือนเป็นญาติพี่น้องของแม่เราน่ะ แล้วก็เริ่มไปเกือบทุกวัน” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ความสม่ำเสมอ ความจริงใจ เค้าก็ยอมพูด ยอมเปิด พอเปิดปุ๊บนี่จะเปิดยาว เปิดเยอะ เพราะมันเก็บไว้เยอะ สบายใจ เค้าเปิดเยอะมาก เล่าให้ฟังว่าชีวิตเค้าเป็นยังไง บางคนก็จะเหมือนน้ำท่วมเลย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“คนป่วยก็คือคนป่วยน่ะ คือมันต้องการกำลังใจตลอดเวลา ก็นึกถึงตัวเองว่าถ้าเป็นเรา เราอยากได้อะไรเราก็ทำแบบนั้นน่ะ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ก็จะแวะไปเยี่ยมเรื่อย ๆ ค่ะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“แก้วอยู่ที่นี่อยู่แล้วแก้วไม่ได้ไปไหนนี่ งั้นแก้วให้เบอร์พี่ไว้ละกัน โทรมาบอก อะไรอย่างเงี้ยนะ บางคนก็โทรมา บางคนก็ติดต่อมาจนถึงปัจจุบันนี้” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

การจัดสรรเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง อาจเป็นอาทิตย์ละครั้งหรือสองครั้ง โดยไม่จำเป็นต้องเข้าเยี่ยมทุกวัน ขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่ด้านอื่นของอาสาสมัครเองด้วย หากติดธุระ หรือไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ มีการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ สิ่งสำคัญคือความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการเข้าดูแลผู้ป่วย

“สำคัญของอาสาสมัครข้างเตียงคือความสม่ำเสมอ ถ้าหนูไปเยี่ยมครั้งเดียว จบ แต่ถ้าไปเยี่ยม พรุ่งนี้ยังไปอยู่ ยังไปอยู่ เป็นไงบ้าง วันนี้ไม่ค่อยมีเวลา พี่... หนูไม่ว่าง วันนี้กลับบ้าน หนูมาดูพี่ พี่สบายดีอยู่นะ วันนี้นะ โอเค” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

ในบางครั้ง บางสถานการณ์ผู้ป่วยอาจไม่พร้อมให้เข้าเยี่ยม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เมื่ออาสาสมัครเข้าเยี่ยมและผู้ป่วยบอกกล่าว หรืออาสาสมัครสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วยได้เอง อาสาสมัครยังคงเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแต่ใช้เวลาไม่นาน แล้วจึงค่อยเข้าเยี่ยมใหม่ในครั้งหน้า ไม่ดึงดันอยู่ต่อแต่ไม่หนีหายไป สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผู้ที่ห่วงใยตน ตนเองยังมีคุณค่า และเช่นกันการกระทำเช่นนี้เป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยทราบว่า ไม่ต้องแสร้งทำเป็นแข็งแรง เข้มแข็งหรือต้องมีท่าทีต้อนรับอาสาสมัครตลอดเวลา

“ถ้าวันไหนไม่ค่อยมองตาอย่างนี้ วันไหนมองตาแล้วไม่มองตอบ วันนี้อาจจะไม่โอเคที่จะให้อยู่ด้วย” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ก็จะอยู่แป๊บนึง แล้วก็ เอ้อ กลับแล้วนะ ไรเงี้ย เหมือนแค่มาให้เห็นหน้าว่า เอ้อมานะ ให้ได้เห็นกันอยู่ อย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“ไม่เป็นไรค่ะ ถ้าเหนื่อยก็พักผ่อนต่อแล้วกัน เพราะว่า ถ้างั้นเดี๋ยวก็จะกลับ พอดีผ่านมาก็เลยแวะมาเยี่ยม” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“อย่างถ้าแบบ วันนี้รู้สึกว่าเออ จอห์นคุยได้ แล้วแบบ เออ มีเรื่องคุยเยอะ ก็จะอยู่นาน แต่วันไหนรู้สึกแบบ เออ จอห์นดู อาจจะเหนื่อย ก็จะแป๊บเดียวก็จะขอตัวกลับ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

4.2.2.2 การรักษาความไว้วางใจ

นอกจากการสร้างความไว้วางใจในการพบกันครั้งแรก ๆ แล้ว ด้วยความที่อาสาสมัครเป็นเหมือนบุคคลที่สาม ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียอะไรในเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วย ระหว่าง

การเป็นอาสาสมัคร ผู้ป่วยจึงอาจมีเรื่องราวที่บอกเล่าให้อาสาสมัครฟัง และเรื่องราวนั้นผู้ป่วยไม่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้ อาสาสมัครควรรักษาความลับของผู้ป่วย รักษาความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีให้ เป็นการรักษาความสัมพันธ์ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาสาสมัครเปรียบเสมือนพื้นที่ปลอดภัยที่จะสามารถเล่าเรื่องราว ระบายสิ่งต่าง ๆ ให้ฟังได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความอึดอัด คลายความทุกข์ลงได้

“อะไรที่เค้าแบบว่า อย่าบอกหรืออะไรอย่างเงี้ยเราก็จะ โอเค ไม่บอก เพราะว่าถ้าสมมติว่าเค้าบอกว่าอย่าบอก แล้วเราไปบอกอย่างเงี้ย บางทีความไว้ใจกันมันจะหายไป” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เริ่มคุ้นเคย เริ่มให้เค้ารู้สึกว่าเออ เราแบบ ไว้ใจได้นะ บอกอะไรได้ ไรเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เพราะฉะนั้นคือเค้าต้องหาบุคคลที่สาม ที่เค้าสามารถแบบ พูด และไว้ใจว่า แบบ เออ สิ่งที่เค้าพูด เราจะแบบไม่ไปบอกภรรยาเค้า” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

4.2.2.3 การเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย

ความทุกข์ทรมานทางกายจากตัวโรคและกระบวนการในการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรัง มักส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละท่านต่างก็อาจมีเรื่องที่หงุดหงิด เครียด กังวลใจ จากเรื่องอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เรื่องเศรษฐฐานะ ไม่มีคนมาเยี่ยม ห่วงการศึกษาของบุตร หรือเรื่องครอบครัวอื่น ๆ ดังนั้นการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในบางครั้งอาสาสมัครอาจไม่ได้รับการต้อนรับจากผู้ป่วย หรือผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมหรือท่าทีทางลบ การสังเกต และการเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วย ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทั้งด้านบวกและลบ เป็นการพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้การดูแลจิตใจผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าสามารถเปิดเผยด้านที่อ่อนแอของตนเองให้แก่อาสาสมัครได้

“อย่างวันนี้เขาอาการดีเขาก็ดี อย่างวันนี้เขาอาการแย่ลงเขาหงุดหงิด เขาก็อาจจะไม่ต้อนรับเราก็ได้ เพราะว่าผู้ป่วยบางคนก็เป็นอย่างนั้นจริง ๆ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“ป้าแกนั่งนิ่งมาก ดูอารมณ์ไม่ดี…ก็เคยดูแลแม่ป่วย ก็เลยว่าคงเหมือนแม่ เพราะว่าช่วงแม่เสียมันก็คงด้วยอะไรในร่างกายเราปั่นป่วน เขาก็จะหงุดหงิดคงคล้ายๆแบบนั้นน่ะ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ถ้าวันไหนไปแล้วเขาจะแบบให้ทำนู่นทำนี่จะรู้สึกว่า อ่ะ วันนี้แกอารมณ์ค่อนข้างดีอยู่ได้นาน แต่ถ้าแบบ นอนนิ่งๆ เฉยๆ แล้วอืม ทำอะไรก็ทำ แสดงว่าวันนี้ไม่ค่อยโอเค” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“อย่างผู้ป่วยอย่างสมมติวันนี้เขาอาการดีขึ้นใช่ไหมคะ เราไปหาเขา เขาก็คุยดีต้อนรับดี แต่พอวันที่เขาอาการไม่ดี เขาเหนื่อยเขาก็ไม่อยากคุยกับเรา เขาก็แสดงความไม่สนใจน่ะเหมือนกับว่าเออ ไม่มีอะไรดี อะไรประมาณนี้ค่ะ เราก็ต้องเข้าใจผู้ป่วย เหมือนว่า บางวันจิตใจเขาพร้อมที่จะคุย บางวันจิตใจเขาไม่พร้อมอะไรอย่างนี้ค่ะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

การ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” เป็นการเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในความทุกข์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ช่วยให้อาสาสมัครสามารถผ่านช่วงเวลานี้ไปพร้อมกับความเข้าใจ และไม่เก็บท่าทีทางลบที่ผู้ป่วยแสดงออกมาบั่นทอนกำลังใจของตน เป็นแนวทางในการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครกับผู้ป่วยเรื้อรัง

“เอาใจเขามาใส่ใจเรา… ก็ต้องรู้ว่าเรากำลังดูใครอยู่ในสภาพไหนเนอะเพราะฉะนั้น reaction ใด ๆ ที่รับกลับมา ก็ต้องเข้าใจ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ถ้าวันนี้ไม่โอเคแล้วถูกเหวี่ยง ถูกไล่กลับบ้านอย่างนี้ เราจะเอามาเก็บมาโกรธเขาไม่พอใจเขาก็ไม่ได้น่ะ คือเราก็ต้องรู้ว่าถ้าเราอยู่ในสภาพนั้น มันก็ต้องมีบ้างที่ไม่พร้อมคุย หรือถ้าวันไหนที่เขาพูดไม่หยุดหรืออะไรอย่างนี้ สิ่งที่ควรจะรู้สึก ก็ควรจะรู้สึกยินดี คือมันเป็นของมันไปเองน่ะเนอะ พราะฉะนั้นตรงนี้ถ้าเป็นคนอื่น มานั่งอาจจะรู้สึกเบื่อแบบเมื่อไหร่จะหยุดพูดสักที อะไรอย่างนี้ แต่พอเป็นเราปุ๊บ เพราะว่าพุดเอาใจคนนั้นมาอย่างนี้ in her shoes แล้วรู้สึกว่า ถ้าเรานั่ง นอนเฉย ๆ ทั้งวันน่ะเราก็อยากจะพูดกับใครสักคนเปล่า” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“พอดีมันมีช่วงแบบว่า มีช่วงหนึ่งแกอยากตาย วันนั้นเป็นวันที่พี่น้ำตาจะไหลเลยแหละ แต่ก็แบบ ต้องหายใจลึก ๆ เลยล่ะ …แกก็แบบคลั่ง เหมือนอยู่นาน ๆ ก็เบื่อนะ ถึงมีคนมาเยี่ยมมันก็ไม่พอ ก็เหมือน ไม่รู้เคยป่วยหนัก ป่วยนาน ๆ ไหม พี่เคยแบบ ผ่าตัดแล้วแค่อยู่บ้านเดือนครึ่งน่ะพี่ก็จะบ้าแล้ว แล้วนี่แกต้องอยู่กี่เดือนใช่ไหม แถมเป็นโรคร้ายด้วยใช่ไหม ก็คงเครียดแหละ แล้วพอผลตรวจบางช่วงที่มันไม่ดีน่ะ แกก็เครียด” (โรส: 15 มกราคม 2560)

4.2.3 ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการที่มีความละเอียดอ่อน ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทั้งทางกายและทางจิตใจ การดำเนินของโรคที่ไม่สามารถหายขาด กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความทรมานจากการรักษา รวมถึงผู้ป่วยอาจมีความทุกข์ทางใจ

ด้านอื่นๆร่วมด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้จิตใจของผู้ป่วยอ่อนแอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความหวั่นไหวและถูกกระทบทางจิตใจได้ง่าย สิ่งที่ควรระวังที่อาสาสมัครเกือบทุกท่านต่างเห็นพ้องต้องกัน คือ การระวังคำพูดเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย หรือเรื่องที่อาสาสมัครรับรู้ได้ว่าเป็นเรื่องที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย อาสาสมัครต้องตระหนักและระวังในการใช้คำพูดและน้ำเสียงเพื่อเป็นการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื้อรัง

“คนไทยพอเวลารู้ว่าตัวเองเป็นอะไรน่ะ จะจิตตกใช่ไหมคะ จะจิตตกแล้วก็ รู้สึกทำให้กำลังใจ หมดแรงกำลังใจสู้อะไรอย่างนี้แต่ว่าถ้าคนไข้เขาจะ อะไรที่ควรระวัง ถ้าเกิดสมมติว่าเราไปพูดเจาะว่า เออลุง แล้วเป็นมะเร็งเป็นยังไงบ้าง คือคำพูดถึงโรคของเขาน่ะ ต้องระวังในการที่จะพูดถึงโรคของเขาน่ะ ต้องระวังเรื่องคำพูด” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“สิ่งที่ควรระวัง ถ้าอาสาข้างเตียง ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคำพูดนี่ล่ะค่ะ เพราะว่าถ้าเราพูดบางครั้งน่ะ ถ้าเราไปพูดสะกิดใจเขานิดหนึ่งน่ะ จะทำให้เขาสะเทือนใจ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“อาจจะเป็นการพูดถึงโรคที่เขาเป็นอย่างนี้ครับ เหมือนกับพุดรู้สึกว่า เขาอยู่กับมันมาตลอดทั้งวันทั้งคืนแล้วน่ะครับ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

คำพูดที่คนส่วนใหญ่มักใช้เวลาพบเจอผู้ป่วย คือคำพูดว่า “ไม่เป็นไร” ซึ่งเป็นคำพูดที่ต้องระวังในการใช้กับผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่กำลังประสบความทุกข์ กำลังเจ็บป่วยอยู่คือตัวผู้ป่วยเอง การพูดว่าไม่เป็นไร อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ หรืออาจรู้สึกโกรธได้

“อย่าไปมุ่งแต่ว่า พี่เป็นอะไร เป็นอะไร อย่าไปกังวล อย่าไปนั่น อย่าไปคิดมาก เธอไม่คิด แต่ชั้นคิด เธอไม่ได้เป็น ชั้นเป็น” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“เราไม่ควรเอาความคิดเราไปใส่เค้าอ่ะ เพราะเราไม่ได้เป็นเค้า เราไม่รู้หรอกว่าเค้ารู้สึกยังไง อย่าเอาความรู้สึกตัวเองไปตัดสินเค้า หรือไปยัดเยียดความรู้สึกเราให้เค้าว่าแบบ อืม ยู … เหมือนกับแบบ เอ้อ ไม่เป็นไรหรอก อย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

นอกจากคำพูดเกี่ยวกับโรคแล้ว การพูดคุยในเรื่องอื่นๆ ก็ยังคงต้องระวังการเลือกใช้คำและการใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม ควรให้เกียรติผู้ป่วย เช่นการละเว้นการใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงการดูถูกดูแคลนผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจขึ้นได้

“คำพูด คำพูดที่ต้องเรียบเรียงให้ดี คำพูด เช่น คำพูดบางอย่างเหมือนไปดูแคลนเค้าใช่มั้ย ต้องระวัง คำพูดที่ว่า ทำงาน แม่ทำงานอะไร ขายกล้วยปิ้ง อ๋อขายกล้วยปิ้งเหรอ อะไรอย่างเงี้ย น้ำเสียงเนี่ย (เสียงสูงแสดงออกถึงการดูถูกดูแคลน)” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

นอกจากนี้การสังเกตของอาสาสมัครที่คอยสังเกตว่าผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบอะไร จะช่วยให้สามารถหลีกเลี่ยงการสนทนาในเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ชอบได้

“อาจจะค่อย ๆ ดูว่าอะไรที่เขาไม่ชอบบ้าง ก็ เอ่อ ไม่ควรพูดถึง หรือว่าอะไรที่เราเคยพูดแล้ว หรือเคยคุยกันแล้วรู้สึกว่า เออจากที่เคยดูโอเค ๆ ก็ไม่ เริ่มไม่โอเค อย่างนี้ ก็ต้องเลี่ยงเรื่องพวกนี้”

เมื่อกระบวนการเริ่มต้นสร้างและรักษาความสัมพันธ์เกิดขึ้น การพบกันและการเข้าเยี่ยมดูแลของอาสาสมัครมีบรรยากาศของความปลอดภัย ความเชื่อใจไว้วางใจ สัมพันธภาพระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไปด้วยดีราบรื่น จะนำไปสู่การรับรู้ความทุกข์หรือความต้องการที่แท้จริง ตลอดจนการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

4.3 การสำรวจความทุกข์

การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บปวดอยู่เกือบตลอดเวลา ซึ่งนอกจากความทุกข์ทางกายแล้ว ผู้ป่วยเรื้อรังยังมีความทุกข์ทางจิตใจทั้งที่เป็นความทุกข์ที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากภาวะของโรค ความทุกข์ที่เกิดจากกระบวนการในการรักษา ตลอดจนความทุกข์ที่มาจากเรื่องราวอื่น ๆ ในชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคมาจนถึงระยะท้าย ๆ มักมีความกังวลหรือมีเรื่องที่ผู้ป่วยเป็นห่วงติดค้างอยู่ในใจ ที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือปลดปล่อย ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายก็แตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจกลัวความตาย หรือการพลัดพรากจากครอบครัว แต่ในเบื้องลึกของจิตใจอาจมีความกังวลอย่างอื่นซ่อนอยู่ภายใต้ความกลัวการพลัดพรากอยู่ด้วย ในบางครั้งความทุกข์ของผู้ป่วยอาจเกิดจากความต้องการบางอย่างที่ไม่ได้รับการตอบสนอง หรือแม้กระทั่งความเบื่อหน่าย หรือการไม่มีกำลังใจในการรักษา

การสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วย คือ กระบวนการในการค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความเศร้า ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเรื้อรัง การรับรู้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นต้นทางที่อาจนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการคลายความทุกข์ได้ในขั้นตอนต่อไป ดังนั้นการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยจึงเป็นอีกหนึ่งกระบวนการสำคัญที่เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย อาสาสมัครสามารถสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยโดยใช้ทักษะการใส่ใจด้านการฟัง ทักษะการถาม ไปจนถึงทักษะในการสังเกต โดยสิ่งที่เป็นฐานสำคัญให้กระบวนการนี้มีประสิทธิภาพคือกระบวนการก่อนหน้าหรือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในส่วนนี้ใน 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การสำรวจความทุกข์ผ่านการฟัง 2) การสำรวจความทุกข์ผ่านการสังเกต และ 3) การสำรวจความทุกข์ผ่านการถาม โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การสำรวจความทุกข์ผ่านการฟัง

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านในการวิจัยครั้งนี้ ต่างเน้นย้ำความสำคัญของ “การฟัง” ซึ่งอาสาสมัครสามารถใช้ทักษะในการฟังเพื่อรับรู้ความทุกข์หรือปัญหาของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่านอาจบอกเล่าสิ่งต่าง ๆ อย่างเปิดเผยไม่ปิดบัง หรือเมื่อมีความทุกข์ใจอาจแสดงอารมณ์อย่างตรงไปตรงมากับอาสาสมัคร ผ่านการบอกเล่า การบ่น อาสาสมัครเพียงแค่รับฟังก็จะสามารถรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังได้

“บอกตลอด ป้าไม่ไหวแล้ว ป้าจะไม่อยากอยู่ป้าก็บอก วันนี้ป้ามีความสุข ป้าก็บอกอะไรอย่างนี้” (โรส: 23 มกราคม 2560)

“อย่างคุณลุงคนแรกน่ะ เขารู้สึกว่าข้อไหล่เขาหลุด อืม ๆ หัวไหล่น่ะ หัวไหล่ข้างขวาหลุด แล้วก็แขนห้อย แขนตก เขาก็บอกว่า เขาบอกหมอแล้วน่ะ หมอน่ะไม่เชื่อเขา เขาก็เลยไม่กล้าบอกหมอ ไม่รู้จะบอกให้หมอช่วยยังไง แต่เขากำลังทุกข์เรื่องนี้…” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เค้าอ่ะ ผ่าตัดลำไส้ เพราะฉะนั้นเค้าจะมีถุงหน้าท้อง มันจะมีของเสียออกมา แต่บางทีคือถ้าของเสียเค้าเยอะ เค้าก็จะรู้สึกไม่สบายตัวแล้วมันก็จะเริ่มมีกลิ่นเงี้ยค่ะ เค้าก็จะรู้สึกไม่โอเค อย่างเงี้ย ก็เรื่องพยาบาลดูด้วย แบบ จำนวนคนไข้กับพยาบาลก็ไม่บาลานซ์กัน บางทีพยาบาลช้า อะไรเงี้ยเค้าก็จะรู้สึกแบบ เหมือนเค้าได้บริการที่ไม่ดี” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เขาก็ได้แต่บ่นว่า ลูกไม่มาเยี่ยมเลย แล้วก็ญาติๆ ก็ไม่มีใครมาเยี่ยม” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“แล้วก็มีเหมือนกันที่เขาหยุดร้องแล้วก็เริ่มบอกออกมาเองบ้าง อะไรอย่างนี้…ก็อาจจะมีน้อยใจลูก ๆ อะไรอย่างนี้ เหมือนกับลูกชายไม่ค่อยมาเยี่ยมเลย อย่างนี้”” (พุด: 22 มกราคม 2560)

อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้บอกเล่าปัญหาให้อาสาสมัครฟังอย่างชัดเจน ดังนั้นการฟังเพื่อสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องใช้ทักษะในการฟังอย่างตั้งใจและลึกซึ้ง การอยู่กับปัจจุบันขณะ ให้ความใส่ใจกับผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้า เพื่อสำรวจว่ามีข้อความใดที่เป็นสิ่งสำคัญแต่ผู้ป่วยอาจไม่ได้พูดออกมาโดยตรง ซึ่งจะช่วยนำไปสู่การรับรู้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

“ต้องอยู่กับปัจจุบันขณะจริง ๆ เออ พี่ไม่ได้คิดนะว่าจะต้องทำอะไร เหมือนเราฟังเค้าก่อนว่า มันคืออะไร ที่เราจะทำได้” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“ของพุดเขาจะค่อนข้างตรง ๆ เลยน่ะครับ ถ้าอยู่ในฟีล (feel) ที่แบบเศร้าก็ร้องออกมาเลย อะไรอย่างนี้ ก็มีบางทีเหมือนกับ เดินเข้าไปก็เอื้อมมือมาหาเลยอย่างนี้ แล้วพอเดินไปจับมือก็ร้องเลย แต่ว่าเขาจะไม่ค่อยบอกตรง ๆ คือแสดงอารมณ์ตรง ๆ แต่ไม่บอกว่าเป็นอะไร” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“เหมือนพี่รู้สึกว่าพี่ฟัง ฟัง คือได้ยินและฟังจริง ๆ ไม่เหมือนกับตอนที่ได้ยินเตี่ยบอกว่าเตี่ยใกล้ตายแล้วนะ แล้วเราไม่ได้ฟังว่าเตี่ยอยากบอกอะไร” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“พี่รู้สึกว่าพลังของการฟัง เป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับกรณีนี้เนอะ เวลาฟังน่ะ เราไม่ได้ฟังแค่คำพูดน่ะครับ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่านอาจจะเคยบอกเล่าความทุกข์ทั้งทายกายและทางจิตใจของตนเองให้ผู้อื่นฟัง แต่ผู้ฟังอาจจะฟังอย่างผิวเผิน คิดว่าเป็นคำบ่นปกติธรรมดาของผู้ป่วย และปล่อยเรื่องราวที่ผู้ป่วยสื่อออกมานั้นให้ผ่านไป แต่เมื่อได้บอกเล่าให้อาสาสมัครฟัง ด้วยการที่อาสาสมัครใช้ทักษะในการใส่ใจ “อยู่กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง” ฟังอย่างตั้งใจ ทำให้รับรู้ในความทุกข์ของผู้ป่วย ซึ่งบางกรณีอาจจะทนทุกข์ในเรื่องนั้น ๆ มาเป็นระยะเวลานานแล้ว

“อีกอันนึงที่รู้สึกได้ใจคือเค้าจะบ่นปวดแสบปวดร้อนที่หน้า ปวดแสบปวดร้อนที่หน้า พี่ก็ไม่รู้ว่า คงเป็นการทับของเส้นประสาท แล้วเค้าก็จะแบบนอนไม่สบาย บางทีปวดกระบอกตา ปวดแสบปวดร้อน มันแสบ ๆ ร้อน ๆ ข้างใน อืม เคยเอาผ้าเย็นประคบมั้ยครับ ไม่เคย ก็ไม่เคยอีก 8 เดือนก็ทนมาอย่างเงี้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

การฟังอย่างตั้งใจ ไม่เปลี่ยนเรื่องเปลี่ยนประเด็น จะทำให้อาสาสมัครสามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมานั้นเป็นเพียงเรื่องเล่าทั่วไป หรือเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังมีความกังวลใจอยู่ ผู้ป่วยอาจเพียงพูดเปรยเรื่องราวมาไม่มาก การที่อาสาสมัครฟังอย่างตั้งใจ โดยการใส่ใจ ตั้งใจฟัง การใช้สายตา สบตากับผู้ป่วย การแสดงท่าทางว่าสนใจ เช่น การพยักหน้าเป็นระยะ ให้ความสำคัญอยากรู้เรื่องที่ผู้ป่วยที่กำลังบอกเล่า ไม่ขัดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนสนใจรับฟังและอยากเปิดเผยเรื่องราวต่อ

“เค้าจะพูดเฉย ๆ ว่า ดูซิเนี่ย ลูกก็ยังเรียนอยู่ เค้าจะเปรยมานิด ๆ หน่อย ๆ ไม่ได้เปรยเยอะหรอก เนี่ยจับจุดนี้ได้ แล้วจะเป็นอาสาสมัครมืออาชีพ ต้องจับจุด จับประเด็น แล้วอย่าไปแบบนอกประเด็นเค้า” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“ที่เราทำคือ ต้องฟัง ฟัง อย่าขัดจังหวะเค้า ฟัง พยักหน้า สายตามุ่งมั่นจริงจัง เข้าใจ เข้าใจ แล้วยังไงคะ ตอนนั้นใครช่วย แล้วทำยังไงต่อ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

การฟังอย่างตั้งใจและลึกซึ้งจะช่วยให้อาสาสมัครสามารถรับรู้ได้ว่ามีอะไรซ่อนอยู่ภายใต้เรื่องราวที่ผู้ป่วยสื่อสารออกมาหรือไม่ ซึ่งจะเป็นช่องทางให้อาสาสมัครสามารถเข้าถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์และสามารถเข้าช่วยสนับสนุนทางจิตใจในเชิงลึกได้ต่อไป

“อย่างเช่น เคสนึงบอกว่า พี่(ผู้ป่วย)จะตายก็ไม่ว่า พี่อยากเจอคนสองคน อยากเจอคนสองคน เค้าเป็นใครอ่ะพี่ ยี่สิบปีแล้วน้องแก้ว เค้าโกรธพี่ พี่ไม่เคยเจอเค้าเลย พี่คงจะไม่มีโอกาสได้บอกความจริงเค้า มันต้องมีอะไรแล้วนะคะ แล้วพี่ไม่มีเบอร์ ยี่สิบปีแล้ว ไม่ติดต่อกัน ไม่มีเบอร์ด้วย ฟังปุ๊บเนี่ย ถ้าเราจบเนี่ย เธอยังไม่มีชั้นจะมีได้ไงอ่ะ ใช่มั้ย อย่างงี้เราคงแก้ไม่ได้ คำพูดอย่างเงี้ย พี่(ผู้ป่วย)คงจะตายไปโดยที่เค้าไม่รู้ความจริง แสดงว่ามันมีอะไรซ่อนอยู่ด้วย พี่(ผู้ป่วย)อยากจะบอกแต่บอกใครไม่ได้” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“แล้วพี่รู้สึกว่าพี่ตั้งใจมากขึ้นพอฟังอะไร ได้ยินอะไร แล้วพี่จะฟังว่า มันคืออะไร มันมีอะไรลึก ๆ อยู่ภายใต้ประโยคนั้นมั้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“พี่จะฟัง ชั่วโมงนึงพี่จะฟังอย่างเดียว แล้วพี่ก็จะจำเอาไว้อ่ะ แล้วพอออกมา กลับบ้านเนี่ย พี่จะรีบเขียนเพราะกลัวลืม ก็จำได้ว่าหัวข้อความสุขเก่า ๆ ที่ฉันเคยมีเนี่ยเจอประเด็นความทุกข์รู้สึกจะ ทุกข์ 8 อย่าง พี่จำไม่ได้ละนะ 13 หรือ 8 อย่างเนี่ย เรื่องนี้ ๆ ๆ ๆ เอ่อ มีอันนึง ทุกข์ที่จำชื่อเพื่อนไม่ได้ ทุกข์ที่ปวดแสบปวดร้อน มันผสมกัน ทุกข์ใจทุกข์กาย อย่างเงี้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“เรื่องความสุขก็คือเคยเป็นนักดนตรี เคยอยู่กับเพื่อน ๆ เออ แล้ว ณ ตอนเนี้ย ผมจำชื่อพวกนั้นไม่ได้อ่ะ ผมรู้สึก เค้าก็จะกลับมาอย่างเงี้ย พี่ก็จะจำว่า อ๋อ ปรากฏว่ามีทุกข์อยู่ด้วย ทุกข์ปัจจุบันที่มันเกิดขึ้น พี่ก็เลย ถอดเป็นประเด็นว่า แล้วเดี๋ยว เดี๋ยวจะทำอะไร” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“เพราะบางที เขาพูดเป็นความคิดหมดเลย แต่ต้องแปลงน่ะ เราต้องแปลงว่าความคิดปรุงแต่งของเขาเนี่ย ลึก ๆ แล้วมันรู้สึกอะไรถึงปรุงออกมาขนาดนี้ อย่างเช่นเขาปรุงไปว่าสามีจะมีกิ๊กหลังเขาตายแสดงว่าเขา รู้สึกเหมือน ถ้าเราต้องเดาเอานะเพราะเขาไม่ได้พูดว่าเขารู้สึกอะไร แต่ว่าเวลาที่ผู้หญิงคนนึงน่ะ กังวลเรื่องสามีจะมีกิ๊ก เขากำลังห่วงอะไรหรือเปล่า” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

4.3.2 การสำรวจความทุกข์ผ่านการสังเกต

การใช้ทักษะในการสังเกตอวัจนภาษาร่วมกับทักษะการฟังข้างต้น จะช่วยทำให้กระบวนการในการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากด้วยหลากหลายเหตุผลอาจทำให้ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์หรือสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา เช่น ผู้ป่วยอาจเป็นคนที่ไม่กล้าแสดงออก ไม่เคยสำรวจความรู้สึกตัวเอง หรืออาจมีความเชื่อว่าตัวเองเป็นผู้นำครอบครัวต้องไม่แสดงความอ่อนแอออกมา ดังนั้นการสำรวจเรื่องราวที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นกังวลจึงไม่ได้หยุดอยู่แค่เพียงการฟัง เรื่องราว หรือสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาเท่านั้น แต่รวมถึงการฟังสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ได้พูดออกมาด้วย หรือที่อาสาสมัครบางท่านกล่าวว่า คือ “การฟังพฤติกรรม” ของผู้ป่วย ซึ่งก็คือการสังเกตจับอารมณ์ของผู้ป่วยผ่านอวัจนภาษาต่างๆ เช่น การสังเกตแววตา

“คือบางทีเค้าก็จะแบบ เออ ดี ดีก็ดี แต่พอวูบก็คือวูบไปเลย อะไรอย่างเงี้ย เราก็จะสังเกตว่าเออ วันนี้แบบอารมณ์ down อืม...สังเกตจากแววตา ...ถ้าวันไหนที่แบบ เค้ามีแววตาที่แบบเหมือนสด สดใสอ่ะ คือตาเค้าจะเหมือนกับว่า มันจะมีแววอ่ะ เออ แล้วเค้าจะรู้สึกแบบ อืม หน้าตาจะสดชื่น ...แต่ถ้าวันไหนที่เค้า down คือ ตาเค้าจะเศร้า แล้วเราจะรู้สึกว่า เค้ามีอะไรข้างใน” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เขาจะเศร้า ๆ นิดหนึ่ง ตาเขาก็จะออกเศร้า ๆ แล้วเขาก็พยายามเก็บอารมณ์” (บัว: 20 มกราคม 2560)

ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารผ่านการพูดได้ หรืออาจพูดได้ไม่สะดวก เหนื่อยในการพูด การสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านการฟังผู้ป่วยด้วยการสังเกตแววตาจึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อออกมา ทำให้เข้าใจและเข้าถึงสิ่งที่ป่วยกำลังเป็นกังวลอยู่ได้

“พี่ก็พูดว่า สมหมาย กังวลเรื่องบ้านมั้ย นิ่ง เรื่องภรรยามั้ย นิ่ง เรื่องงานมั้ย นิ่ง เรื่องลูกมั้ย พอคำว่าลูกปุ๊บเนี่ย สมหมายแบบ ตาโตเป็นประกาย การสังเกตก็สำคัญ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

4.3.3 การสำรวจความทุกข์ผ่านการถาม

การถามคำถามกับผู้ป่วยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าสิ่งที่รบกวนจิตใจผู้ป่วย โดยคำถามที่อาสาสมัครใช้เป็นคำถามที่เจาะลงไปถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลโดยตรง ซึ่งในบางครั้งอาจเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีส่วนสำคัญในขั้นตอนนี้อย่างมาก การถามอาจเป็นกระบวนการที่เกิดต่อเนื่องมาจากการฟังอย่าง

ลึกซึ้ง เมื่ออาสาสมัครรับรู้ได้ว่ามีอาจจะมีบางอย่างที่ผู้ป่วยเป็นกังวลหรือต้องการ อาสาสมัครใช้การถามคำถามเพื่อก่อให้เกิดการรับรู้และเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

“พี่รู้สึกว่าการใช้คำถามที่ทรงพลังจะมีประโยชน์ให้กับผู้ป่วย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“อย่างเคสเนี้ย พี่ (ผู้ป่วย) ขอเดือนมกราคม ถามว่า พี่ มกราคมพี่มีอะไรคะ พี่รออะไร คุณแก้ว ลูกพี่เรียนจบแล้ว จะรับปริญญามกราคม พี่ขออยู่ดูรับปริญญาก่อนได้มั้ย จะตายก็ไม่ว่า” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“หนึ่งในความทุกข์คือจำชื่อเพื่อนไม่ได้ พี่ก็ไม่รู้จะทำยังไง แต่พี่ ยังไงไม่รู้ เค้าดันพูดว่า แม้แต่คาถาชินบัญชรที่ผมสวดได้แบบกลับหลังเนี่ย ผมยังสวดไม่ได้เลย เหรอครับ แล้วตั้งแต่ป่วยเคยสวดอีกมั้ย ก็มันสวดไม่ได้ ที่ไม่ได้สวดเพราะอะไรครับ มันจำไม่ได้ อ๋อ…” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

บางครั้งสิ่งที่ผู้ป่วยห่วงกังวลอาจมีมากกว่าสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมาในครั้งแรก การฟังอย่างลึกซึ้ง ฟังทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและไม่ได้พูดออกมา และการใช้คำถามที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจความคิดความรู้สึกภายในของตัวเองจะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงสิ่งที่ตนเป็นกังวล และสื่อสารออกมาให้อาสาสมัครได้รับรู้ ซึ่งในบางกรณีอาสาสมัครสามารถหาทางช่วยเหลือได้ต่อไป

“อะไรบ้าง ที่ลุงยังกังวลใจที่สุด ลุงห่วงอะไร ห่วงลูก ลูกยังเล็ก เออ บางคนห่วง กลัวเมียแต่งงานใหม่ จะตายอยู่แล้วเนี่ย ถามว่าถ้าเค้าแต่งงานใหม่เป็นยังไง สงสารลูก กลัวลูกจะถูกพ่อเลี้ยงแกล้ง อย่างเงี้ย…Tracking ลงไป ไม่เปิดประเด็นใหม่ เอาประเด็นเก่า” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“อาจจะถาม เรื่องนี้แล้วถ้าเป็นอย่างนั้นเนี่ย ถ้าเป็นไปตามที่คิดเนี่ยพี่ห่วงอะไรมากที่สุด พี่รู้สึกห่วงอะไรมากที่สุด อย่างน้อยมันจะเจาะลงไปที่ความรู้สึกของเขา ถ้าเรามีคำถามที่ชวนให้เขาเนี่ยลดการส่งจิตออกนอก แล้วกลับมาสำรวจจิตภายในตัวเองได้ ประโยคเดียวมันทำได้นะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

การถามผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาถึงเรื่องของความตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะต้องพบเจอในเวลาไม่ช้า จะช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้สึกของตนเอง หรือเรื่องราวที่ตนเองอาจยังเป็นกังวล และนำไปสู่การช่วยเหลือจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ยังค้างใจผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามการถามผู้ป่วยโดยตรงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน สัมพันธภาพระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังต้องเป็นไปด้วยดีก่อนที่อาสาสมัครจะเลือกใช้คำถามด้านนี้

“บางทีเราก็ไปถามเค้าว่า ยูอ่ะ ยูกลัวตายมั้ย อย่างเงี้ย เค้าก็ บางทีเค้าก็จะบอกว่า ไม่ ผมไม่กลัว แต่บางทีก็ถามว่า เอ่อ เหมือนกับ หลับอ่ะฝันมั้ย หรืออะไรอย่างเงี้ย เพราะว่าเราอยากรู้ว่า แบบ ในช่วงจังหวะเนี้ย เค้าอ่ะ คิดยังไง” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

ภายนอกของผู้ป่วยบางรายอาจดูเข้มแข็งร่าเริง และไม่ได้แสดงอารมณ์ทางลบให้อาสาสมัครหรือผู้อื่นเห็นมากนัก แต่ก็อาจมีบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกอันอ่อนไหว ในช่วงเวลาเช่นนี้ อาสาสมัครที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยสามารถเข้ามามีบทบาทในการถามคำถามเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่เป็นห่วงเป็นกังวล ซึ่งนอกจากจะเป็นการนำไปสู่กระบวนการในการช่วยเหลือต่อไปแล้ว ยังเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยคลายความอึดอัดลงได้

“เราก็เลยถามเค้าว่า ยูอ่ะ ห่วงอะไรมั้ย มีอะไรในใจมั้ย มีอะไรจะบอกมั้ย อย่างเงี้ย เค้าก็ เออ เค้าแบบ เค้าเป็นห่วงภรรยา” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

การสำรวจปัญหาความทุกข์หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยต้องอาศัยหลาย ๆ ทักษะร่วมกัน การใส่ใจผ่านการฟังอย่างลึกซึ้ง การสังเกตอวัจนภาษา และการถามคำถามเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่า รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นฐานให้กระบวนการนี้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจสื่อสารและแสดงออกถึงความต้องการ ความหวัง ความฝัน หรือความห่วงกังวลในบางเรื่องอย่างชัดเจน หรือสิ่งเหล่านั้นอาจจะซ่อนอยู่ภายในจิตใจของผู้ป่วย แต่เมื่ออาสาสมัครได้สำรวจและทำให้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเปิดเผยและชัดเจนขึ้นมา อาสาสมัครไม่หยุดเพียงแค่การรับรู้เท่านั้น แต่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อเป็นการคลายทุกข์ สร้างสุขได้อย่างตรงจุดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลส่วนนี้จะแสดงให้เห็นในกระบวนการถัดไป

4.4 การช่วยเหลือสนับสนุน

การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มักต้องการกำลังใจ ต้องการผู้ที่เป็นห่วงใส่ใจ ต้องการเพื่อนรับฟัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทั่วไปซึ่งอาสาสมัครสามารถช่วยสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังได้เลย หรือการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยอาจเป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ตรงตามปัญหาหรือความต้องการเฉพาะเรื่องซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายก็มีความแตกต่างกันในรายละเอียด และเช่นเดียวกันกับกระบวนการในการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วย ความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยยังคงเป็นฐานสำคัญให้กระบวนการนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกระบวนการนี้อาสาสมัครสามารถช่วยเหลือดูแลสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยอาศัยทักษะต่าง ๆผสมผสานกัน เช่น ทักษะการใส่ใจ ทักษะการฟัง ทักษะในการโน้มน้าว เช่นการตีความ

สถานการณ์ในมุมอื่นๆ การคิดแบบตรรกะชวนคิดถึงผลที่ตามมา ไปจนถึงการแนะนำให้ข้อมูล เพื่อช่วยปรับมุมมองความคิดของผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลในส่วนของการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเป็น 6 ประเด็นย่อย คือ 1) การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่างๆ 2) การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า 3) การช่วยปรับมุมมองความคิด 4) การช่วยเป็นสื่อกลาง 5) การลงมือช่วยเหลืออื่นๆ และ 6) ข้อควรระวังในการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.4.1 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ

อาสาสมัครช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยด้วยการเปิดพื้นที่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าระบายสิ่งต่าง ๆ ภายในใจ ทั้งความทุกข์ ความสุข หรือเรื่องราวทั่วไป และอาสาสมัครรับฟังเรื่องราวเหล่านั้นอย่างเต็มใจ ใส่ใจ นอกจากการฟังจะเป็นทักษะที่สามารถใช้ในการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยแล้ว การฟังยังเป็นทักษะที่อาสาสมัครใช้เป็นแนวทางเผื่อผ่อนคลายความทุกข์นั้นลงด้วย ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานย่อมต้องมีความเบื่อหน่าย อาสาสมัครกล่าวว่าการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่า และการรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา เพียงแค่การรับฟังอย่างใส่ใจก็สามารถช่วยสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยได้ ในบางครั้งผู้ป่วยอาจอยู่ในวัยสูงอายุ ที่มักจะพูดคุยในเรื่องราวเก่า ๆ ของตน หรือเรื่องราวเกี่ยวกับครอบครัว ไม่ว่าผู้ป่วยต้องการจะเล่าเรื่องอะไร อาสาสมัครก็ยินดีรับฟัง รวมทั้งแสดงออกว่าให้ความสำคัญกับเรื่องที่ผู้ป่วยเล่า เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายอารมณ์ คลายความอึดอัดใจ

“คือแกจะเหนื่อย เหมือนพูดไปก็เหนื่อยไป แต่ว่าพุดรู้สึกว่าการที่แกไม่หยุดพูดน่ะครับ มันก็ แสดงว่าเขาอึดอัด แล้วการที่เขาได้ระบาย ๆ ก็เห็นว่าสีหน้าเขาก็ผ่อนคลายขึ้นนิดหนึ่งนะ ไม่รู้คิดไปเองมั๊ย (หัวเราะ)” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“แล้วแต่เขาอยากเล่าอะไรให้ฟังก็ฟัง” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“ถ้าเรานั่งนอนเฉย ๆ ทั้งวันน่ะเราก็อยากจะพูดกับใครสักคนเปล่า ก็รู้สึกยินดีที่ได้ฟังไปเรื่อย ๆ ฟังได้ตลอด พูดมาเลยอะไรอย่างนี้ครับ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ระยะแรก ๆ จอห์นแบบ โอเคมากเลย เพิ่งจะมาช่วงหลัง ๆ ที่เค้าแบบ มีอาการเจ็บเยอะ ปวดเยอะ เค้าก็จะเริ่มงอแง…ช่วงหลัง ๆ ที่แบบ เค้าปวดเยอะขึ้น แล้ว อืม… อารมณ์เค้าน่าจะแบบแปรปรวนอ่ะ แล้วเค้าก็เริ่มแบบ อาจจะเก็บไว้ประมาณนึง แล้วก็ เหมือน รู้สึก ไม่ไหวละ แล้วก็อาจจะ ด้วยเค้าไว้ใจเรามากขึ้นด้วยมั้ง เค้าก็เลยเริ่มเล่า” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“แล้วเค้าก็แบบ เหมือนร้องไห้ เหมือนเราก็แบบ เออ ยูร้องได้เลยนะ อะไรอย่างเงี้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“วันนั้นคุณน้าก็ปล่อยเหมือนกัน ร้องไห้ ทำไมคุณมา ดีจังที่คุณมาอะไรอย่างนี้ครับ ทั้ง ๆ ที่ก็ไม่ได้ปล่อยเท่าที่ตอนที่อยู่กับพุด แต่ว่าถ้าเขาไปถูกจังหวะ เขาก็พร้อม พร้อมที่จะเปิดเหมือนกัน” (พุด: 22 มกราคม 2560)

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นบุคคลที่ไม่เคยรู้จักกับผู้ป่วยมาก่อน แต่เป็นผู้ที่มีจิตอาสาจัดสรรเวลาเพื่อมาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นบุคคลที่สามที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ป่วย ซึ่งนับเป็นข้อดีของการทำหน้าที่นี้ เรื่องราวบางอย่างผู้ป่วยอาจไม่กล้าบอกกับญาติ หรือไม่กล้าเล่าให้ใครฟัง การที่อาสาสมัครเพียงแค่อยู่ตรงนั้น และรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้ป่วย ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ คลายความอึดอัดใจลงได้ เปรียบเสมือนเป็นพื้นที่แห่งการรับฟังให้ผู้ป่วยสามารถระบายได้อย่างอิสระ

“ถ้าวันไหนอยู่กับลูกสาวจะเป็นอีกแบบหนึ่งอย่างนี้ครับ อาจจะมีเรื่องบางอย่าง ก็คือเรื่องที่คุยจะมีความจำกัดอยู่ แต่พอเราอยู่คนเดียว เขาก็จะค่อนข้างสบาย ๆ กว่าอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“พุดรู้สึกว่ามันมีบางอย่างที่คุณน้าไม่สามารถจะบอกกับลูกสาวได้ อาจจะเป็นด้วยความเกรงใจหรืออะไรอย่างนี้ครับ แต่พอเราเป็นคนอื่นปุ๊บเขาสบาย ๆ กับเรา มันก็เหมือนทำให้เขาได้ระบายออกอีกทางหนึ่ง บางทีก็บ่นลูกให้ฟัง หรือว่าอะไรให้เราฟัง” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“อย่างบางทีเค้าไม่รู้ว่ามันมีอะไรอยู่ข้างในอ่ะ แต่ไม่รู้ว่าจะบอกกับใครได้ พอเค้าบอกปุ๊บมันก็เหมือน มันโล่งอ่ะ มันเหมือนแบบ เค้าได้ปลดปล่อยสิ่งที่เค้าแบบ อัดอั้นน่ะ อืม แต่เราไม่ทำอะไรนะ คือเราแค่ Just ไปฟัง” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

นอกจากการใช้ทักษะการใส่ใจด้านการรับฟังแล้ว การใส่ใจผ่านการสัมผัสเช่นการกอดก็ช่วยเอื้อให้เกิดการระบายความทุกข์ในจิตใจของผู้ป่วยได้ แม้ว่าการกอดกันอาจไม่ใช่เรื่องที่คุ้นเคยในบริบทของวัฒนธรรมไทย แต่อาสาสมัครบางท่านพบว่าการกอดสามารถทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ การกอดเพื่อสนับสนุนทางจิตใจที่อาสาสมัครใช้ คือการกอดแน่น ๆ อย่างมั่นคง ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้ร่วมกับการรับฟังผู้ป่วย ช่วยเอื้อให้เกิดการระบายความทุกข์ทางจิตใจ และในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังมีอารมณ์รุนแรง ก็สามารถช่วยให้อารมณ์ของผู้ป่วยสงบลงได้

“กอดปุ๊บเนี่ย ครั้งแรกอาจจะยาก ...ยากนะ เชื่อว่าคือคนไทยไม่ใช่อ่ะ พอมันกอดกันได้ครั้งนึงแล้วเนี่ย มันจะรู้สึกถ่ายทอดใจสู่ใจ รับรู้ความทุกข์ของอีกฝ่ายนึงโดยอัตโนมัตินะ คืออันเนี้ยใครไม่ทำจะไม่รู้ พอทำจะรู้สึกเลยว่า มันได้ถ่ายทอด เหมือนเค้าร้องมาก ๆ แล้วกอดแน่น ๆ เนี่ย (ทำท่าทางมั่นคง) เค้าก็จะแบบ กับบ่าเรา นะ จะร้องมาก ๆ ๆ ๆ เหมือนกับถ่ายทอด จนสั่นเลย แล้วก็ระบาย หายไป เหมือนกับว่าได้ถ่ายทอดซึ่งกันแล้ว รู้สึกอย่างเงี้ย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“วันนั้นนะพีคสุด ๆ ที่แกแบบ คือโวยวาย แบบไม่เอาแล้ว ไม่แล้วอะไรอย่างนี้ ร้อง ร้องลั่น พี่ก็แบบ ก็ให้แกลุกขึ้นมา ก็กอด…” (โรส: 15 มกราคม 2560)

4.4.2 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า

โรคเรื้อรังมีกระบวนการรักษาที่ต่อเนื่อง กำลังใจในการรักษาอาการป่วย และกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง การสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยและการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นวิธีการที่ใช้ในกระบวนการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังอีกวิธีหนึ่ง ทักษะที่ใช้ในวิธีการนี้คือทักษะการใส่ใจ โดยผ่านการพูดกระตุ้น การชื่นชม การถามไถ่อาการ การใส่ใจผ่านการแสดงออกทางอวัจนภาษา เช่น การสัมผัส การใช้สายตา การอยู่ข้างๆ

4.4.2.1 การพูดกระตุ้นและชื่นชม

อาสาสมัครสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีกำลังใจและมีคุณค่าผ่านวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการพูดกระตุ้นสร้างกำลังใจและการชื่นชม ซึ่งโดยพื้นฐานของการชื่นชมอย่างจริงใจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับฟังรู้สึกมีคุณค่า และได้รับการยอมรับ เมื่ออาสาสมัครนำวิธีการนี้มาใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง เรื่องราวที่อาสาสมัครชื่นชมผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่เพียงแต่เป็นการชื่นชมในการต่อสู้กับอาการของโรคเรื้อรังหรือกระบวนการในการรักษา แต่รวมถึงเรื่องราวอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจให้ผู้ป่วยด้วย

“ให้กำลังใจเขา ว่า เอ๊ย คุณลุงเก่งเนอะ คุณลุงแข็งแรงดีขึ้นแล้วนี่ เดี๋ยวก็ได้กลับบ้านแล้วนะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“คุณแก้ว พี่ทำงานนี้สำเร็จแล้วใช่มั้ย พี่ทำงานนี้สำเร็จใช่มั้ย พี่ส่งลูกผ่านขึ้นฝั่งเรียบร้อยใช่มั้ย คุณแก้วรู้มั้ย พี่เลี้ยงเขามาคนเดียว พ่อเขาตายตั้งแต่เขาสองขวบ เห็นวันนี้แล้วพี่ดีใจดีใจจริง ๆ พี่เลี้ยงเขามาคนเดียว (ผู้ให้ข้อมูลหลักพูดเหมือนผู้ป่วยกำลังพูดอยู่) บอก… พี่… มือพี่นี่แหละคือหัตถาครองพิภพ พี่จำไว้ มือพี่เนี่ยสุดยอด ดีมาก ๆ เลย ลูกพี่เป็นเด็กดี เป็นคนดีด้วย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“คุณเก่งมากนะ พี่เห็นนะ โอ้ ถ้าเกิดเป็นพี่ เป็นแก้วนี่ แก้วจะสู้อย่างพี่มั้ยเนี่ย เก่งมาก ๆ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

การที่ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ผู้ป่วยบางท่านอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ความเบื่อหน่าย ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ อาสาสมัครสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ากับบุคคลอื่น ๆ เช่น มีค่ากับตัวอาสาสมัคร มีค่ากับครอบครัวลูกหลาน โดยหยิบยกเรื่องราวที่เป็นข้อดีหรือเป็นความสามารถของผู้ป่วยขึ้นมาพูดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีกำลังใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่าที่จะใช้ชีวิตอยู่ต่อไป

“มีใครรอป้าอยู่เยอะมาก ป้ารู้ไหม หนูรอกินข้าวป้านะ บอกหนูรอกินข้าวป้านะ ถ้าป้าเป็นอะไรแล้วหนูจะกินอะไรล่ะเนี่ย บอกไม่ได้ แล้วลูก ๆ ป้า ป้าสอนคนนั้นคนนี้ ใครจะมาสอนเขา ถ้าป้าไม่อยู่อะไรอย่างนี้ ก็เหมือนให้เขารู้สึกว่าเขามีคุณค่ากับการได้มีชีวิตอยู่อะไรอย่างนี้ พอแกสงบแกก็ ป้าจะสู้ แกก็ ป้าจะสู้อะไรอย่างนี้” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“เสร็จแล้วก็คุยกันเรื่องทำอาหารอย่างนี้ ก็บอกแก ป้ารีบหายนะ แล้วทำอาหารให้เรากิน อะไรอย่างนี้ ป้าก็บอกเดี๋ยวจะรีบหายจะได้ทำกับข้าวให้เรากิน” (โรส: 15 มกราคม 2560)

เมื่อผู้ป่วยดูแลตัวเองจนมีอาการดีขึ้น หรือแม้แต่ช่วงที่อาการป่วยทรุดลง อาสาสมัครได้ชื่นชม หรือพูดกระตุ้นเพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายมีความปรารถนาจะได้พบครอบครัว แต่เนื่องจากครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด อาจจะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือปัญหาในการเดินทาง หรือสาเหตุอื่น ๆ อาจทำให้ครอบครัวไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย การต่อสู้กับการรักษาตัวเองเพียงลำพังในโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่ยากลำบากทั้งกายและใจ จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครมีส่วนช่วยในการพูดกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะการป่วยของผู้ป่วยด้วย

“เพราะว่าเวลาเราไป เราก็บอกลุง ลุงต้องหายนะ ลุงจะได้กลับไปอยู่บ้านกับญาติ ๆ นะลุงจะได้กลับไปเห็นหน้าลูก เห็นหน้าญาติที่บ้านอะไรอย่างนี้ ก็จะบอกเลยว่าถ้าลุงไม่สู้นะ ลุงก็จะไม่ได้กลับไปนะ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“สิ่งที่พี่พูดกับจอห์นอ่ะ พี่จะพูดกับเค้าเรื่องของจิตใจ แต่ว่าพี่ไม่ได้พูดเรื่องร่างกายนะ พี่บอกว่า strong อะไรเงี้ย … พี่ก็จะเหมือนลูบที่หน้าอกเค้าและบอกว่า strong be strong อะไรเงี้ย คือเหมือนเราอ่ะ ให้เค้าอ่ะ เข้มแข็งข้างใน ถึงแม้ข้างนอกมันจะเป็นยังไง คือ ไม่รู้หรอก แต่รู้ว่าข้างในอ่ะ ต้อง strong” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

4.4.2.2 การแสดงความห่วงใยถามไถ่อาการ

ด้วยภาวะเรื้อรังของโรคทำให้บางครั้งอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยอาจถูกละเลย เมื่ออาสาสมัครเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แล้วใช้ทักษะการใส่ใจในการแสดงออกถึงความสนใจ ห่วงใย โดยถามไถ่อาการเจ็บปวดของผู้ป่วย ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกเพิกเฉยหรือถูกทอดทิ้ง เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า

“อย่างบางทีก็ถามเค้าว่า ยูเจ็บมั้ย แผลเป็นยังไง เค้าก็จะบอกว่าวันนี้แบบ หมอทำนู่นทำนี่ พยาบาลอย่างงู้นอย่างงี้ เออเค้าก็จะเหมือนบอกเราว่า เออมันเกิดอะไรขึ้น วันนี้ ทำไมเค้าเป็นอย่างนี้” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“แล้วคุณน้าเจ็บปวดมากไหมครับ อะไรอย่างนี้ ก็ทำเป็นถามอาการไป” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ส่วนใหญ่ก็จะเหมือนคุยเล่น ๆ น่ะ ส่วนใหญ่ก็จะแบบ เจ็บมั้ย ตรงนั้นตรงนี้มั้ย” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“คุณน้าชอบพูด ชอบบ่นว่าแบบ เนี่ย มันกินตรงนั้นตรงนี้ไปแล้ว อะไรอย่างนี้แกจะชอบพูด…ก็จะแบบ อืม แล้วเจ็บตรงไหนหรือเปล่าครับ รู้สึกปวดไหม” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.2.3 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการสัมผัส

วิธีการที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในกระบวนการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยอีกวิธีการหนึ่ง คือ การใช้ทักษะในการใส่ใจด้วย **“การสัมผัส”** ผู้วิจัยพบว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทุกท่านในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสื่อสารด้วยการสัมผัสกับผู้ป่วย อาสาสมัครมีความเชื่อว่าการสัมผัสจะช่วยส่งพลังงาน หรือส่งกระแสบางอย่างไปถึงผู้ป่วยได้ การสัมผัสที่อาสาสมัครใช้ มีทั้งการกอด การลูบเบา ๆ การบีบมือ การบีบนวดผู้ป่วย ถึงแม้ว่าโครงการอาสาข้างเตียงจะมีข้อควรระวังในการสัมผัสกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยต่างเพศกับอาสาสมัคร แต่ด้วยบริบทและความสัมพันธ์ของอาสาสมัครกับผู้ป่วย ที่ในบางครั้งเปรียบเสมือนญาติทำให้การสัมผัสเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนที่เป็นห่วง เป็นการสัมผัสเพื่อการสนับสนุนทางจิตใจของผู้ป่วย

“ก็ไปถึงก็ยิ้ม ยิ้มแบบรอ แล้วเขาก็แบบ บางวันพี่ไปสาย วันนี้มาสายจัง ป้ารอทั้งวันเลย อะไรอย่างนี้ ก็จะขอโทษ ก็หอมแก้ม กอดแกอะไรอย่างนี้ แกก็ดีใจ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“พอแกเริ่มมีแรง ก็เริ่มอวดแล้ว ก็เริ่มกอดกัน ตอนที่แกฟื้นขึ้นมาแล้วจำได้ว่าเราขอเป็นลูกเขานั่นแหละ ก็ขอกอดเขา” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“คือแกจะเหมือนกับ หลัง ๆ แกจะชอบแสดง ชอบกอดชอบหอมอะไรอย่างนี้ครับ แล้วเหมือนกับทุกครั้งที่ไป แล้วถ้ามีคนอื่นอยู่ด้วยเช่น นางพยาบาล หมอ ก็จะชอบทำสิ่งนั้นให้คนเห็นอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

สามีของอาสาสมัครท่านหนึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยอาจจะมีอายุได้อีกเพียงไม่กี่เดือน อาสาสมัครได้เริ่มต้นกอดสามีและทำให้อาการของสามีดีขึ้นเรื่อย ๆ อาสาสมัครท่านนี้จึงเชื่อในพลังของการกอด และเริ่มใช้แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจแบบสัมผัสด้วยการกอดกับผู้ป่วย และได้รับการตอบรับที่ดีจึงได้ทำต่อเนื่องมา

“เอ้ย มันมีพลังจริง ๆ นะ มันมีพลังนะ จึงเริ่มต้นที่จะเป็นอาสาสมัครไปกอดคนไข้ คือที่กอดเค้าเนี่ยจริง ๆ ไม่คิดจะเป็นอาสาสมัครเรื่องการกอดหรอก แต่มีความรู้สึกว่า พอเค้ารู้ว่า คุณเป็นมะเร็งนะ เรารู้ว่าจิตเค้าตกเหมือนเราเคยตกอ่ะ เราเลยเข้าไปกอดเค้าแล้วบอกว่า พี่ ไม่ต้องกลัวนะ เราสู้ด้วยกัน พี่สู้ด้วย แก้วสู้ด้วย” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

“แล้วพอกอดไปแล้วรู้สึกว่า เฮ้ย มันดี จากเคสหนึ่งผ่านไป เคสสองผ่านไป เคสสาม เฮ้ย มันดีอ่ะ” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

การบีบมือ การลูบเบา ๆ เป็นการใช้ทักษะการใส่ใจ แสดงพฤติกรรมโดยการสัมผัสอีกรูปแบบหนึ่งที่อาสาสมัครสามารถใช้ในการแสดงความใส่ใจ ความห่วงใย การถ่ายทอดกำลังใจผ่านสัมผัสของอาสาสมัคร สามารถส่งผ่านไปยังผู้ป่วยได้ แนวทางนี้สามารถใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักไม่สามารถสื่อสารผ่านการพูดคุยได้ หรือสื่อสารได้น้อย

“คืออาการคุณน้าเขาก็จะมีขึ้นมีลงอย่างที่บอกเนอะ บางทีเขาก็พูดไม่ได้เลย เหนื่อยอย่างนี้จับมือได้อย่างเดียวทั้งชั่วโมง แต่เขาก็บีบมือเราแน่นมาก คือไม่ให้ไปอะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“มีช่วงหนึ่งคุณน้า คล้าย ๆ เหมือนจะไปแล้วน่ะครับ ไม่สามารถกระดิกตัวได้แล้ว ไม่สามารถลืมตาได้แล้วหลับเลย แต่ว่าเหมือนกับพุดจะสัมผัสกับคุณน้าค่อนข้างเยอะ แล้วเวลาจับมือแล้วจะรู้ว่าเขายังรู้ว่าเราอยู่ตรงนั้น” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ไม่ถาม ก็โอเค ก็อยู่… บีบมือ ไม่เป็นไรนะครับ อะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ประมาณเดือนครึ่งเป็นต้นไปอย่างนี้ครับ จะเป็นช่วงที่คุณน้าค่อนข้างจะ อย่างที่บอกก็คือนอนแล้ว ทำอะไรไม่ค่อยได้แล้ว เพราะฉะนั้นถ้าประเมินแล้วเนี่ยพูดจะพูดกับคุณน้าน้อยกว่าการสัมผัส เพราะฉะนั้นเราจะสื่อสารกันด้วยการสัมผัสค่อนข้างเยอะ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“พี่ว่าอย่างนึงที่สัมผัสได้คือ อย่างเวลาลุงเค้าแบบ ไอหรืออะไรอย่างเงี้ย แล้วเราแบบ ลูบ ๆ อย่างเงี้ย คือเราจะรู้สึกว่าเค้าแบบ ผ่อนลง” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“นอนอยู่ก็ ไปจับมือแล้วก็ลูบเบา ๆ ลุง หนูมาให้กำลังใจลุงนะ ให้ลุงหายเร็ว ๆ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“ก็จะนั่งแบบแค่ลูบ ๆ อะไรอย่างนี้” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

การบีบนวดผู้ป่วยเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายทางกาย และก็เป็นการแสดงความใส่ใจผู้ป่วยในอีกทางหนึ่ง รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยรู้สึกสบายทางด้านร่างกายขึ้น จิตใจก็จะผ่อนคลายขึ้นเช่นกัน

“ช่วงแรก ๆ ก็ไม่รู้จะคุยอะไร ก็ไปแล้วก็บีบนวด ๆ เฮ้ย บีบนวดพอใจ เขาก็อ่ะนวดตรงนี้สิอะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“พอรู้ว่าแกชอบนวด ก็นวด ๆ ก็เลยสัมผัสกันมากขึ้น แล้ววันนั้นจำได้ว่าไปแล้วแกอยู่คนเดียว แล้วใครก็ไม่รู้เอาแกไปอยู่อีกเตียงหนึ่ง ซึ่งพัดลมมันไม่ได้หันมา เหงื่อเต็มตัวเลยครับ แล้วก็แบบ โอ๊ย น่าตำหนินางพยาบาลมากเลย ก็เลยแบบ คุณน้าเป็นยังไงบ้าง ก็บอกร้อน น่าสงสารมากเลย ก็เลยได้แบบเช็ดเหงื่อ เช็ดอะไรอย่างนี้ให้ครับ มันก็เลยเริ่ม ๆ ได้สัมผัสตัวเยอะ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“อ๋อปวดขา เราก็นวดขา” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.2.4 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการใช้สายตา

ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการหนัก มีอาการทรุดลง หรือมีระยะโรคอยู่ในระยะท้าย ๆ การใช้สายตาในการสื่อสาร เพื่อแสดงออกถึงความห่วงใย ความใส่ใจ เป็นแนวทางที่อาสาสมัครเลือกใช้เพื่อสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย

“พุดคิดว่าอาจจะเป็นการมองตา เพราะว่ามันจะมีช่วงที่เขา down มาก ๆ เนี่ย แล้วเราก็มองตากันเสียส่วนใหญ่ คือช่วงที่พูดคุยกันจะเป็นช่วงหลัง ๆ แล้ว ที่คุณน้าดีขึ้น” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“บางทีก็เหมือนมอง แล้วเหมือนเขาอ่านออก เหมือนการที่คนอยู่ด้วยกันชั่วโมงนึง แล้วมองตาอย่างเดียว มันก็มี message กลับไป” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.2.5 การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าผ่านการอยู่ข้าง ๆ

จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วย ผู้วิจัยพบข้อมูลว่า อาสาสมัครมีทัศนคติว่าเพียงการไปเยี่ยมผู้ป่วยและการนั่งอยู่ข้าง ๆ ไม่ต้องทำอะไรเป็นพิเศษ ก็เป็นการช่วยสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยได้ เหมือนดังชื่อของโครงการอาสาข้างเตียง คือ อาสาสมัครที่คอยอยู่ข้าง ๆ เตียงผู้ป่วย ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

“เออวันเนี้ย จะมาอยู่กับลุง แบบ นาน ๆ เลย แบบ ยังไงก็จะอยู่ อยู่ตรงเนี้ย ก็นั่งแบบ ก็นั่ง นั่งเฉย ๆ นะ ก็นั่งริมอย่างเงี้ย ก็นั่ง นั่งแบบ ชั่วโมงสองชั่วโมง คือตั้งใจว่าแบบ เออ ก็จะนั่ง” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เฮ้ยเราอยากได้กำลังใจน่ะ เราอยากให้มีคนนั่งข้าง ๆ เรา แต่ไม่จำเป็นต้องมายุ่งนะ นั่งเฉย ๆ ก็พอแล้ว แค่รู้ว่ามีคนอยู่ข้าง ๆ ก็พอแล้ว อะไรอย่างนี้” (โรส: 15 มกราคม 2560)

“ก็แค่ไปอยู่กับเค้า อย่างนี้” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

4.4.3 การช่วยปรับมุมมองความคิด

ด้วยความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับและความทุกข์จากเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต อาจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จมอยู่กับความทุกข์ มองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ ซึ่งทำให้เกิดการบั่นทอนกำลังใจ และเกิดความทุกข์เพิ่มมากยิ่งขึ้น ในกรณีนี้ความทุกข์ของผู้ป่วยเกิดจากความคิดดังนั้นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจึงช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการปรับมุมมองความคิดของผู้ป่วย ช่วยพาผู้ป่วยออกมาจากวงจรความคิดเชิงลบด้วยการชี้ชวนให้ผู้ป่วยได้ลองพิจารณาสถานการณ์ในมุมอื่นๆ การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความจริง หยุดการผลักไสดิ้นรนและยอมรับ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้อยู่กับเรื่องราวที่เป็นความสุข เบี่ยงเบนผู้ป่วยออกจากความทุกข์ โดยอาสาสมัครใช้ทักษะในการโน้มน้าว เช่น การตีความสถานการณ์ในมุมอื่นๆ การคิดแบบตรรกะชวนคิดถึงผลที่ตามมา การแนะนำให้ข้อมูล การเปิดเผยตนเองเพื่อให้กระบวนการช่วยเหลือในด้านนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.3.1 การชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่น ๆ

ในทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีเพียงด้านเดียว ภายใต้เรื่องราวที่ผู้ป่วยรู้สึกและรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่ไม่ดีอาจมีแง่มุมอื่น ๆ หรือเรื่องราวดี ๆ ซ่อนอยู่ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเรื่องราวตามความเป็นจริงแต่พิจารณาจากหลาย ๆ มุม หาบวกในลบในทุก ๆ เรื่องราวให้เจอ ช่วย

กระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่จดจ่ออยู่กับแต่ด้านลบที่บั่นทอนความรู้สึกและกำลังใจของตนเอง เป็นแนวทางที่สำคัญที่อาสาสมัครนำไปใช้สนับสนุนจิตใจผู้ป่วย อาสาสมัครพบว่าผู้ป่วยมักมีความกังวลในเรื่องของครอบครัว ลูกหลาน เมื่ออาสาสมัครใช้ทักษะในการโน้วน้าว เช่น การตีความสถานการณ์ในมุมอื่นๆ การคิดแบบตรรกะชวนคิดถึงผลที่ตามมา การแนะนำให้ข้อมูล การบอกเล่าประสบการณ์หรือความคิดของอาสาสมัคร เป็นการเปิดมุมมองอื่นๆให้ผู้ป่วยได้ลองคิดตาม ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ความทุกข์จากเรื่องนั้น ๆ ได้

“เค้าไม่ได้คิดว่าลูกจะดร็อป เค้าคิดว่า เดี๋ยวลูกจะไม่ได้เรียน พี่ก็เลยคิดว่า มัน ใช่ มันไม่ได้เรียน แต่มันอาจจะชั่วคราว เค้าอาจจะไม่ได้คิดว่ามันแค่ชั่วคราวไง คือไม่ได้เรียนของเค้ามันอาจจะแบบ เดี๋ยวไม่ได้มีโอกาสเรียนอีกแล้ว พี่เดาอย่างงั้น แต่พี่ก็บอกว่า ก็ใช่ แต่การไม่ได้เรียนมันคือของชั่วคราว เดี๋ยวพอเรากลับมา เรามีต้นทุนอะไรบางอย่าง ลูกอาจจะได้กลับไปเรียน เหมือนเด็กคนอื่น ๆ เลย หลายคนมีปัญหาแบบนี้ … เราแค่ให้เค้าได้ยินบางอย่างเพิ่มขึ้น จากสิ่งที่เค้าได้ยินอยู่แล้วนะ” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

ผู้ป่วยเรื้อรังบางรายอาจกลัวที่จะต้องเผชิญกับความตาย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจหมกมุ่นอยู่แต่กับความกลัวนี้ ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความทุกข์ การชวนให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าในเรื่องของความตายนั้น เป็นเรื่องที่ไม่แน่นอน คนไม่ป่วยอาจเสียชีวิตก่อนคนป่วยก็ได้ เป็นการชวนให้ผู้ป่วยมองความตายในอีกมุมมองหนึ่ง ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน ทำในสิ่งที่ยังสามารถทำได้ จัดการเรื่องราวที่ยังค้างคาใจอยู่

“คุณกลัวแล้วใช่มั้ย คุณยังไม่พร้อมจะตายเนาะ แต่พี่อยากจะบอกคุณว่า ทุกคนเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น คุณยังมีวันนี้ คุณยังมีพรุ่งนี้… เมื่อไหร่เมื่อนั้นค่ะ แก้วเองอาจจะเป็นคืนนี้ก็ได้ คืนนี้แก้วจะบินไปเชียงใหม่ ถ้าเกิดว่าแก้วไป เครื่องบินอาจจะตกคืนนี้ก็ได้นะพี่” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

ผู้ป่วยหลายท่าน ญาติอาจไม่ค่อยได้มาเยี่ยม หรือบางท่านก็อาจไม่มีญาติมาเยี่ยมเลย ผู้ป่วยมักจะน้อยใจเสียใจและคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่รัก ยิ่งเห็นว่าผู้ป่วยอื่น ๆ มีครอบครัวมาเยี่ยมก็ยิ่งเกิดการเปรียบเทียบและทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจ เศร้าใจ การพูดชักชวนให้ผู้ป่วยลองมองในมุมอื่น ๆ ตีความสถานการณ์ในมุมที่ต่างออกไป เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เกิดการพิจารณาขึ้นมาว่าการที่ญาติหรือครอบครัวของตนไม่ได้มาเยี่ยมนั้น อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ค่าใช้จ่าย หรือความลำบากในการเดินทาง ไม่ใช่ไม่รักหรือไม่เป็นห่วงในตัวผู้ป่วย

“เพราะว่าเวลาไปเยี่ยมก็จะบอกว่า ลุง…ที่เขาไม่มาบางทีเขาอาจจะติดหลายอย่างนะ อาจจะไม่มีเวลา ยุ่งหลายเรื่อง เดินทางลำบาก อะไรอย่างนี้” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“แล้วเราก็จะเหมือนกับไปกระตุ้นให้เขามองอีกมุมหนึ่งไม่ให้มองมุมที่ว่าไม่มีใครสนใจฉันเลยอะไรอย่างนี้...พอเขาได้ยินอย่างนี้จากท่าทีที่เขาซึม ๆ เศร้า ๆ เขาก็เหมือนเออเข้าใจ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

“ก็อาจจะมีน้อยใจลูก ๆ อะไรอย่างนี้ เหมือนกับลูกชายไม่ค่อยมาเยี่ยมเลย อย่างนี้...เขาอาจจะยุ่งอะไรอยู่หรือเปล่า อาจจะกลัวมาถึงอาจจะร้องไห้ก็ได้อะไรอย่างนี้...เขาก็เหรอ ๆ อะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

การหามุมบวกในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยแปลความหมายว่าเป็นสถานการณ์ด้านลบ แต่มุมบวกนั้นยังคงอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เป็นการแปลความหมายของเรื่องราวในด้านที่เป็นผลดีต่ออารมณ์และจิตใจผู้ป่วย เป็นแนวทางที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยบางท่านมีความอ่อนไหวต่อบางเรื่อง เช่น ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะเรื้อรังของโรคอัมพาตที่เป็นและการที่บุตรไม่มาใส่ใจดูแล พยาบาลและคนอื่น ๆ ต่างห้ามให้ระวังการพูดถึงบุตรของผู้ป่วย แต่เมื่อความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับอาสาสมัครเป็นไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยจะเปิดเผยเรื่องราวที่ตนกังวลขึ้นมา ในกรณีนี้อาสาสมัครไม่หลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงหรือเปลี่ยนเรื่อง แต่ช่วยพาให้ผู้ป่วยได้วางใจยอมรับและเห็นมุมบวกในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

“พี่ก็บอกว่า ให้เห็นต้นทุนของลูกตัวเองอ่ะ เหมือน ลองพาใจไปยอมรับอ่ะ ว่า อืม ที่เค้าไม่มาเพราะอะไร วัยของเค้า เค้ามีความต้องการของเค้าอยู่เนาะ เค้าก็ต้องเอาตัวรอด อะไรแล้วแต่ จะยังไงก็แล้วแต่ แต่ว่าในขณะเดียวกัน แล้วคุณลุงได้รับอะไร มันก็เป็นโอกาสให้คุณลุงได้เจออะไร ได้เห็นอะไร เค้าก็กลับมา กลับมาที่เค้าว่า เค้าก็ได้เจอผม อะไรเงี้ย ได้เจอครูเทียน ได้เจอพยาบาลที่เห็นใจ เจอเพื่อนผู้ป่วยที่เข้าใจ อะไรอย่างเงี้ย เออ ก็กลับมาอยู่กับตรงเนี้ย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“หาบวกในลบให้เจอ” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

อาสาสมัครบางท่านใช้ทักษะในการโน้วน้าวด้านทักษะในการเปิดเผยตนเอง โดยการเล่าประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งความคิดเห็นของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ลองพิจารณาตาม และเกิดมุมมองที่ช่วยทำให้คลายความทุกข์ลงได้

“อาจจะเหมือนกับ พูด ไม่เชิงสอนน่ะครับ แต่เหมือนพูดให้เขา เสนอความคิดของเรามากกว่า อย่างนี้ เหมือนแบบบางทีแกบ่นลูกให้ฟังอะไรอย่างนี้ เราก็บอก เออ มันก็อย่างนี้ล่ะครับคุณน้า ทุกอย่างมันก็ไม่มีอะไรที่มันเป็นอย่างนี้...เหมือนตลอดไปหรอก ทุกอย่างมันก็ต้องเปลี่ยนไป

เรื่อย ๆ แล้วก็จะยกชีวิตของเราไปเปรียบเทียบให้แกฟังบ้าง เมื่อก่อนพุดก็ดื้อเหมือนกัน ตอนนี้ก็ดีขึ้น ก็เป็นช่วงชีวิตอะไรอย่างนี้" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"คือคุณน้าจะค่อนข้างห่วงลูกชายคนเล็ก เพราะค่อนข้างจะเกเรหน่อยอย่างนี้ ก็จะเหมือนกับว่าให้ความสำคัญกับแกเป็นพิเศษแล้วเราก็เป็นเด็กผู้ชายเหมือนกัน อะไรอย่างนี้ พอเอาเราไปเปรียบเทียบกันปุ๊บ เขาก็จะสนใจ ซึ่งชีวิตตอนเด็ก ก็เกเรเหมือนกัน พอพูดเรื่องประมาณนี้แกก็จะคล้อยตาม ว่าเอ๊ย มันเปลี่ยนได้คุณน้า ทุกอย่างมันเปลี่ยนได้" (พุด: 22 มกราคม 2560)

"เนี่ยเป็นพุดนะถ้าแม่อยู่แบบนี้พุดก็ไม่กล้ามาแล้วนะ เอาจริง ๆ คือพุดต้องทำใจพักหนึ่ง คือ มาแล้วร้องไห้เดี๋ยวน้าก็ยิ่งแย่อะไรอย่างนี้หรือเปล่า" (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.3.2 การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความจริง

บางครั้งเรื่องที่ผู้ป่วยคิดกังวลหรือกลัวนั้น ผู้ป่วยอาจคอยแต่จะปฏิเสธไม่ยอมรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยคิดวนและมีความทุกข์กับความคิดนั้นมานาน การชวนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสำรวจความคิดของตนเองไปเรื่อย ๆ ชี้ชวนว่าเมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงแล้ว ผลสุดท้ายจะเป็นอย่างไร โดยใช้ทักษะการโน้วน้าว ด้วยการให้ข้อมูล และด้วยการคิดแบบตรรกะชวนคิดถึงผลที่ตามมา ผู้ป่วยอาจพบว่าผลที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรงอย่างที่ตนคิดกังวลไว้ หรืออาจมีทางเลือกอื่น ๆ เปิดขึ้นมาให้ผู้ป่วยเห็นระหว่างการพูดคุยกับอาสาสมัคร ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และคลายความทุกข์ที่ยึดไว้มานานได้

"เค้าทุกข์เรื่องลูกมากไง เพราะว่า กลายเป็นว่า ลูกเนี่ยเรียนระดับมหาลัยแล้วอยู่กับแฟน ไม่ได้ดูแลพ่อ เด็กด้วยเนาะ ก็ยังไม่มีรายได้ ปรากฏว่า กลายเป็นว่ากังวลห่วงลูกอีกว่าลูกจะดร็อปมั้ย จะเอาค่าเทอมที่ไหน เงินเก็บเนี่ยมันเริ่มไม่ได้แล้ว มันจะไม่มี ก็กังวล ก็เลยชวนว่า ถ้าถึงที่สุดแล้วมันจะไปยังไง ก็ชวนไปให้ได้ยินคำว่า ดร็อปเรียน ดร็อปเรียนมันไม่ได้เกิดกับเด็กคนเดียว มีหลายคนที่เคยดร็อป แล้วก็ตามเหตุจำเป็น แล้วก็กลับไปเรียนใหม่ได้เนาะ ต้องทำงานพิเศษ ต้องอะไร ไรเงี้ย มันต้องอยู่กับเหตุการณ์จริง แล้วก็จะไม่ได้ช่วยเรื่องเงินน่ะ เออ เราต้องแยกแยะให้ถูก แล้วก็พอเค้าได้ยินว่า เออมันสามารถที่จะอยู่กับความทุกข์ตรงนี้ได้ เค้าก็โอเค" (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

"เหมือนต้องชวนเอาใจไปวาง เผื่อใจไว้ไปวางว่า ถ้ามันเกิดขึ้นแล้วมันจะยังไง ... เพราะว่ามันจะคลายไง ไม่งั้นก็จะวน...จะเกิดอะไรขึ้น จะเกิดอะไรขึ้น ก็คือดร็อปนั่นแหละ พอเค้าได้ยินแล้วปุ๊บ ก็ โอเคอ่ะมันก็ไม่ได้เลวร้าย" (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

ในส่วนโรคของผู้ป่วย ไม่เพียงแต่การกระตุ้นหรือการให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคเท่านั้น แต่การให้ผู้ป่วยยอมรับและเผชิญกับความจริงที่ว่าโรคที่เป็นนั้นไม่สามารถรักษาให้ได้ เป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญไม่แพ้กัน โดยอาการและระยะโรคของผู้ป่วยเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่อาสาสมัครควรนำมาพิจารณาร่วมด้วย เพื่อสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลนั้นควรให้การสนับสนุนทางจิตใจแบบไหน การช่วยให้ผู้ป่วยไม่ดิ้นรนผลักไสความเจ็บปวด ชวนให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันขณะ การไม่ปรุงแต่งอาการปวด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับความเจ็บปวดทางกายได้ดีขึ้น เปรียบเสมือนร่างกายเจ็บปวดแต่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยประคองใจไม่ให้เจ็บปวดตาม

“แล้วก็มันเป็นช่วงที่ ก็เป็นการคุยกันตรง ๆ ถึงอาการ ถึงเรื่องตรงนี้เป็นครั้งแรกอะไรอย่างนี้ ก็มีบอกว่า คุณน้าก็ต้องรับมือกับสภาพปัจจุบันไปเนอะ ตอนนี้เจ็บปวด ก็ปวด แล้วถ้าอนาคตมันจะเป็นยังไง ก็ให้มันเป็นเรื่องของพรุ่งนี้เนอะ คุณน้าเนอะ ก็จ๊ะ ๆ เดี๋ยวแม่จะทำตามนั้นนะ” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ก็เน้น ๆ ก็เอาที่เราปฏิบัติมาก็ดูเรื่องปัจจุบันอะไรอย่างนี้ อันนั้นก็ปล่อยให้เป็นเรื่องอนาคตไปนะคุณน้า แต่ตอนนี้ก็อยู่กับมันไป ปวดก็ปวด รู้ว่าปวดนะน้านะ นะแม่นะ อะไรอย่างนี้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.3.3 การเบี่ยงเบนความสนใจให้อยู่กับความสุข

ผู้ป่วยเรื้อรังอาจจมจ่อมอยู่กับความทุกข์ของตน ทั้งความทุกข์จากโรคที่ตนเป็นหรือความทุกข์จากเรื่องอื่น ๆ เช่น ไม่มีญาติมาเยี่ยมเยียน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าความทุกข์นั้นอยู่กับตนตลอดเวลา อาสาสมัครใช้เวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พักใจจากความทุกข์ความกังวล ความกลัวต่าง ๆ โดยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยออกจากเรื่องที่ผู้ป่วยหมกมุ่นมีความทุกข์ เช่น การเปลี่ยนเรื่องคุย การทำในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การบีบนวด ไปจนถึงการชวนพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยชอบ ในเรื่องที่เกี่ยวกับความสุข

“เขาอยู่กับมันมาตลอดทั้งวันทั้งคืนแล้วน่ะครับ อยากจะเป็นช่วงเวลาหนึ่งที่เบนความสนใจของเขามาจากตรงนี้ก็พูดเรื่องอื่นต้องพยายามหาทริค trick ที่จะเบนให้ได้” (พุด: 22 มกราคม 2560)

“ก็เขาก็จะมีเศร้า ๆ แล้วก็น้ำตาคลอนิดหนึ่ง ก็จะเปลี่ยนเรื่องคุยเลย ก็จะไม่คุยต่อ…จะถามเรื่องอื่นไปเลย ก็จะคุยเรื่องอื่น แกก็จะปกติ” (บัว: 20 มกราคม 2560)

เมื่ออาสาสมัครเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและใช้การฟังอย่างลึกซึ้ง และการสังเกตจะทำให้อาสาสมัครสามารถรับรู้ได้ว่า ผู้ป่วยชอบเรื่องเกี่ยวกับอะไร อะไรเป็นเรื่องที่เป็นความสุขความสบายใจของผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมในการสนับสนุนทางจิตใจผ่านการพูดได้ต่อไป คืออาสาสมัครสามารถนำเรื่องราวเหล่านั้นมาเป็นหัวข้อในการสนทนากับผู้ป่วย การพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยชอบ เรื่องเกี่ยวกับความสุข เป็นการพักใจของผู้ป่วยจากความทุกข์ที่ต้องเผชิญอยู่เกือบตลอดเวลา เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่กับความสุข ความสบายใจ ไม่จมจ่อมอยู่กับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

“อย่างจอห์นอย่างเงี้ย ชอบท่องเที่ยว จอห์นชอบรถ ชอบอะไรอย่างเงี้ย ก็จะหาเรื่องคุยอะไรที่เค้าชอบ” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“เรื่องใจเนี่ย พี่จะตั้งโจทย์ว่า เดี๋ยววันนี้จะชวนคุยเรื่องอะไร ครั้งแรกน่ะจำได้ว่าชวนคุยเรื่องความสุข ความสุขเก่า ๆ หัวข้อคือความสุขเก่า ๆ” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“พอจะเริ่มจับแนวทางได้ เหมือนเขาชอบคุยเรื่องที่บ้าน พอเราสังเกต reaction ปุ๊บคุยเรื่องที่บ้านแล้วตาเป็นประกาย ชอบพูด ชอบ ก็พอจับทางได้ก็รู้ว่าต้องคุยอะไร ก็เริ่มเข้าที่เข้าทาง” (พุด: 22 มกราคม 2560)

4.4.4 การช่วยเป็นสื่อกลาง

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยนี้กล่าวว่า ในบางครั้งอาจมีช่องว่างในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา หรือแม้แต่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง อาสาสมัครสามารถเข้ามาช่วยเหลือและมีบทบาทเติมเต็มในสถานการณ์เช่นนี้ได้ การเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วย สามารถทำได้ทั้งในบริบทของการเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา เช่น พยาบาล แพทย์ หรือ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย การเป็นบุคคลที่สาม ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยแนวทางนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างดี

4.4.4.1 การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา

ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่านอาจมีความกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยของตนเอง แต่ไม่กล้าบอกความต้องการของตน ไม่กล้าถาม บางครั้งกระบวนการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด หรือไม่สบายตัว ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็ไม่กล้าสื่อสารออกมา ทำให้ผู้ป่วยเก็บความอึดอัดคับข้องใจไว้กับตนเอง และอาจทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เหมือนมีกำแพงกั้นขวางระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะนิสัยของผู้ป่วย หรือจากจำนวนผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกัน หรือจากสาเหตุอื่น ๆ อาสาสมัครดูแลจิตใจ

ผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับทั้งสองฝ่าย สามารถเข้ามาเติมเต็มช่องว่างตรงนี้ได้ด้วยการเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ หรือได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะส่งผลดีต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจทีมรักษามากขึ้นด้วย

“อาจจะช่วยส่งข้อมูลบางเรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถส่งให้ทางทีมรักษาได้โดยตรง ไม่รู้ล่ะ มันมีกำแพงหรืออะไรกันบางอย่าง หรือวิธีการพูด ที่เขาอาจจะไม่กล้าคุยกับหมอ แต่เรา เอ๊ยตรงนี้มัน บางทีถ้าหมอได้ยิน อาจจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เราไม่ได้มีผลได้ผลเสีย เราก็เลยอยู่ในฐานะที่เราสามารถเป็นคนกลางได้พูดได้” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“พอเราได้ยิน พี่ก็เลยเดินไปบอกให้ ขอโทษนะผู้ป่วยมีความกังวลอย่างนี้ อยากได้รับคำอธิบาย ช่วยแนะนำหรือให้คำอธิบายกับเรื่องตรงนี้หน่อยมันคืออะไร คุณหมอก็มาดู อันนี้ขออนุญาต คุณหมอ…พี่เห็นแล้วก็ เห็นใจผู้ป่วยจริง ๆ น่ะ แต่อย่างน้อยก็ได้คำอธิบายจริง ๆ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เราก็จะบอกแบบ พี่นก (หัวหน้าพยาบาล นามสมมติ) ก็จะไปคุยกับน้อง (พยาบาลในหอผู้ป่วย) ว่าเอ้ย เนี่ยแบบ ทำไมเหมือนแบบ ผู้ป่วยอ่ะเค้าก็ทรมานจะแย่อยู่แล้ว ทำไมถึงไปสร้างกรรมกับเค้าอีก ไรเงี้ย พยาบาลก็เริ่มดีขึ้น” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

“จอห์นเค้าก็จะรู้เองว่ามันเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น อืม เค้าก็จะบอกว่า ไอรู้นะ เออ อะไรเงี้ย อืม อะไรอย่างเงี้ย คือพอ พอ พอเหมือนกับว่า พี่ว่า พอเหมือนอะไรมันดีขึ้นน่ะ ใจเค้าก็ เออ มันเหมือนกับว่า ปัญหาเค้ามันก็ได้รับการแก้ไข” (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

นอกจากการเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วย จะช่วยคลายความสงสัย คลายความกังวลใจ ทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและแก้ไขแล้ว อาสาสมัครก็จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ และอาจทำให้อาสาสมัครได้เห็นหนทางช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มเติม

“เราได้ keyword อันหนึ่งว่า กล้ามเนื้อเขาลีบ เพราะเขาน่ะ ออกกำลังกล้ามเนื้อน้อยไป มันเลยตกลงมา พอมันตกลงมา มันก็รู้สึกโหวง ๆ หัวใหล่ไม่ได้หลุดแต่เป็นปัญหากล้ามเนื้อ ดังนั้นพอพี่ได้ยิน keyword ตรงนี้ปุ๊บ พอคุณหมอไป คุณลุง งั้นแสดงว่าถ้าเราฟูกล้ามเนื้อขึ้นได้เดี๋ยวตรงนี้มันจะยกขึ้นมา งั้นมา เราขยันทำตรงนี้นะ ก็เชื่อม” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

4.4.4.2 การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

ในอีกบริบทหนึ่งของการเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วย คือการเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ถึงแม้จะเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เป็นเครือญาติกัน แต่ก็เป็นไปได้ว่าอาจไม่สามารถสื่อสารกันได้ทุกเรื่อง เนื่องจากความเคยชินในการอยู่ร่วมกัน ความเกรงใจ ความเขินอาย การไม่เคยแสดงออกถึงความรู้สึกต่อกันอย่างตรงไปตรงมา การใช้แนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยด้วยการฟังอย่างลึกซึ้ง อาจทำให้อาสาสมัครพบประเด็นในเรื่องเกี่ยวกับความห่วงความกังวลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับญาติของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วย เป็นผู้เชื่อมระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้

“ระหว่างนี้มีพี่กับเขาอยู่สองคน พี่ไม่รู้ว่าตอนนั้นทำไมญาติไม่เข้ามา เห็นไหมว่า พี่เชื่อว่า ทุกคนก็รู้อยู่ว่า อยากให้ผู้ป่วยพูดเต็มที่เพราะว่าถ้าฉันอยู่เดี๋ยวผู้ป่วยจะเกรงใจ จะระวัง เห็นไหมมันมีช่องว่างจริง ๆ ดังนั้นคน ๆ นี้ดีนะ มีหน้าที่นี้ดีนะ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“พี่ก็นั่งตรงกลาง แล้วก็เริ่มคุยกับสามี เริ่มคุยกับพี่สาว พอพี่คุยนะเขาถามพี่ว่า ครูเทียน ทำไมครูเทียนถึงรู้ความลับของเรา ความลับนี้เขาไม่เคยเล่าให้ใครฟัง ผมไม่รู้นี่คือความลับ ผมแค่บอกว่าเนี่ยญาติควรทำต่อให้เขา เขาทำไม่ได้ ควรช่วยเขา ให้เขาเหมือนสำเร็จ ... มีความปรารถนาหนึ่ง เขาเล่าเรื่องความฝันของเขา เรื่องบ้านที่เขาสร้างอยู่แล้วมันยังไม่เสร็จ” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

บางครั้งความเคยชินในการอยู่ด้วยกัน ทำให้ครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยอาจมองข้าม หรือมองเห็นความต้องการของผู้ป่วยเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย และผู้ป่วยเองก็อาจมีความเขินอายที่จะบอกย้ำถึงความต้องการของตนเอง หรือไม่เคยได้สื่อสารถึงความรู้สึกกันอย่างตรงไปตรงมา การเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยกับญาติ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อความสัมพันธ์ของอาสาสมัครกับผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี และความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครกับญาติผู้ป่วยก็เช่นกัน หรือญาติอาจมีความเกรงใจในตัวของอาสาสมัครซึ่งเป็นบุคคลที่สาม

“เครือญาติคือมันมีความเคยชินเนอะ การอยู่ด้วยกัน ก็จะมองข้าม นึกไม่ถึงไงใช่ไหมว่าเอ๊ะ เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ตรงนี้มันเป็นเรื่องสำคัญของคน ๆ นี้เหรอ เพราะว่าพอใกล้กันแล้วจะมาเล่า มันก็จะเขินอาย อะไรอย่างนี้” (เทียน: 29 มกราคม 2560)

“เราจะบอกเมียเค้าเลย คุณรู้มั้ยเค้าบ่นเรื่องอะไร เพราะคุณเป็นคนสวย คุณสวยคือถ้าพี่มองปุ๊บเนี่ยพี่ก็เป็นห่วงนะ ไม่นานคุณมีสิทธิ์แต่งงานใหม่แน่ ๆ เลยอ่ะ ใคร ๆ ก็ชอบคุณ คุณ

มีเสน่ห์ใช่มั้ย ก็ชื่นชมเค้าหน่อย … แต่ตอนเนี้ย เค้ากังวลมากเลย เอายังไงดี ให้เค้าคลายกังวลได้มั้ย คุณบอกเค้าได้มั้ย ว่าคุณจะเลี้ยงดูลูกอย่างดีที่สุด ไม่ต้องห่วงเรื่องลูก" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอาจรับฟังและรับรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อออกมา แต่ด้วยฐานะของอาสาสมัคร หรืออาจไม่ได้คุ้นเคยกับญาติมากนัก อาจไม่ได้ส่งต่อสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อออกมากับญาติผู้ป่วยโดยตรง แต่อาจส่งต่อผ่านผู้อื่นที่สนิทและมีความสัมพันธ์อันดีกับญาติผู้ป่วย เช่น พยาบาล

"พี่ก็คุยกับพี่นก (นามสมมติของหัวหน้าพยาบาล) อ่ะนะ ว่าเออเนี่ยจอห์นเค้าเป็นห่วงภรรยาเค้าอะไรอย่างเงี้ย พี่นกเค้าก็จะรู้ว่า ภรรยา โดยพื้นฐานแบบ เวลาอยู่ด้วยกันแล้วเป็นยังไงอะไรอย่างเงี้ย ก็จะเป็นแบบว่า เออเนี่ย เดี๋ยวพี่ (หัวหน้าพยาบาล) ก็จะแบบ ให้กำลังใจ แบบ แฟนจอห์นให้เค้าแบบ อันนี้ขึ้นมานะ built up เค้าขึ้นมา เหมือนพี่นกก็จะคุยกับภรรยาว่า เอ้ย ยูต้องทำให้จอห์นรู้สึกแบบ มีกำลังใจ ยูจะมาแบบ ทำเป็นอ่อนแออย่างเงี้ยไม่ได้นะ เค้าก็จะยิ่งเป็นห่วง เค้าก็จะยิ่งทุกข์" (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

จากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ผู้วิจัยยังพบว่าผู้ที่บอกความห่วงกังวลของผู้ป่วยอาจไม่ใช่ผู้ป่วยโดยตรงแต่เป็นญาติของผู้ป่วย แม้ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย อาสาสมัครก็ยังสามารถช่วยเป็นสื่อกลางได้ โดยนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างหมดห่วงแล้ว คนในครอบครัวของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ก็สามารถอยู่ต่อได้อย่างมีความสุขแม้ผู้ป่วยจะจากไปแล้ว

"ก่อนตายน่ะ พี่สาวโทรมาตามพี่ พี่ก็ไปแล้วก็เลยเป็นเหตุให้เชื่อมพ่อกับลูกให้ดีกัน …มันเป็นโอกาสนะ บุคคลที่สาม มันมีนัยยะของความเกรงใจ" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"ก็คุณพ่อเข้ามา ตอนนี้พี่อยู่ข้างเดียวกับลูกชาย ข้างเตียงข้างซ้ายมือผู้ป่วย สามีผู้ป่วยเข้ามาข้างขวา แล้วผู้ป่วยนอนตรงกลาง ไม่มีสติ มีเครื่องครอบสายระโยงระยางตอนนั้นน่ะ พอลูกพูดสนทนา ก็เริ่มเป็นธรรมชาติเนอะ ยกมือไหว้ กราบลงไป ร่างของผู้ป่วย เป็นที่รองกราบ พ่อก็เข้ามาลูบ ๆ กอดกัน ร้องห่มร้องไห้ น้ำตาผู้ป่วยไหลลงมานะ" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

"อันนี้เป็นโอกาสของคนที่ทำหน้าที่นี้ อาจจะได้เชื่อมในเรื่องสำคัญ เราอาจจะไม่ได้ส่งกับผู้ป่วยโดยตรง แต่เราอาจจะเข้าไปสร้างกระบวนการ เพื่อดูแลคนที่เหลืออยู่ คนที่สำคัญของผู้ป่วย เพื่อปลดงานค้างใจเขา เหมือนร่วมด้วยช่วยกัน ในขณะคนที่เหลืออยู่ก็จะได้อยู่กันอย่างมีความสุขด้วย" (เทียน: 29 มกราคม 2560)

4.4.5 การลงมือช่วยเหลืออื่น ๆ

ความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป และผู้ป่วยเรื้อรังอาจอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง หรืออาจต้องการความช่วยเหลือหรือการส่งเสริมบางประการจากผู้อื่น ดังนั้นนอกจากการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีการลงมือช่วยเหลืออื่นๆโดยไม่ปล่อยผ่านของอาสาสมัคร ซึ่งเป็นการลงมือกระทำในสิ่งที่ตนสามารถทำได้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยตัวอาสาสมัครเอง โดยเมื่ออาสาสมัครรับรู้ความต้องการหรือปัญหาต่าง ๆ เช่น ความห่วงกังวลของผู้ป่วยแล้ว อาสาสมัครไม่เพียงรับรู้แล้วแล้วปล่อยผ่านไปเท่านั้น ในทางกลับกันอาสาสมัครได้แสดงถึงความตั้งใจ ใส่ใจ เป็นห่วง ช่วยคิดหาหนทางและลงมือปฏิบัติช่วยเหลือ ลงมือทำในสิ่งที่ตนทำได้ เนื่องจากปราถนาช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ในเรื่องนั้นๆลง

“ทุกข์อันนึงก็คือ สูญเสียสมรรถภาพ ใช้งานไม่ได้ พี่ก็เลยตั้งใจว่า จำได้ว่าวันนึงเนี่ยเอาอุปกรณ์ศิลปะไป แล้วจะให้มือซ้ายเป็นคนฝึกวาด ตั้งใจว่าถ้ามือขวาไม่หาย เค้าจะต้องฝึกมือซ้าย เทรนตัวเองขึ้นมาให้ถนัด แล้วปรากฏว่าอะไรรู้มั้ย อาทิตย์นั้นน่ะ ป่า...วันนี้ผมอยากชวนป่าวาดรูปเล่นกัน วาดไม่เป็น ศิลปะตก (พูดเหมือนกำลังคุยโต้ตอบกับผู้ป่วย) อย่าคิดเรื่องอย่างงั้นครับ เดี๋ยวเราลองทำทีละเส้น ๆ ทำตามกันไป ดีครับ ถ้าทำอย่างเงี้ย ผมจะได้ คือถ้าพูดอย่างเงี้ยผมทำได้ ดีนะ แล้วพี่ยังไม่ทันพูดเลยนะ เค้าพูดว่าไง เดี๋ยวผมจะฝึกเยอะ ๆ ครับ ถ้ามือขวามันไม่หาย ผมจะใช้มือซ้าย” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่านอาจจะเคยบอกเล่าความทุกข์ทั้งทายกายและทางจิตใจของตนเองให้ผู้อื่นฟัง แต่ผู้ฟังอาจจะฟังอย่างผิวเผิน คิดว่าเป็นคำบ่นปกติธรรมดาของผู้ป่วย และปล่อยเรื่องราวที่ผู้ป่วยสื่อออกมานั้นให้ผ่านไป แต่เมื่อได้บอกเล่าให้อาสาสมัครฟัง ด้วยการที่อาสาสมัครใช้ทักษะในการใส่ใจ “อยู่กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง” ฟังอย่างตั้งใจ ทำให้รับรู้ในความทุกข์ของผู้ป่วย ซึ่งบางกรณีอาจจะทนทุกข์ในเรื่องนั้น ๆ มาเป็นระยะเวลานานแล้ว อาสาสมัครได้คิดหาวิธีที่ตนสามารถทำได้มาสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นแนวทางสนับสนุนทางจิตใจที่ทำต่อเนื่องจากการสื่อสารและรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย แสดงถึงความตั้งใจ ใส่ใจ เป็นห่วง และลงมือกระทำในสิ่งที่ตนทำได้ เนื่องจากปราถนาให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ในเรื่องต่าง ๆ ลง

“หลับ ๆ ตื่น ๆ เหรอ ถ้างั้นลองได้มั้ยครับ พอดีมีตู้เย็นน่ะที่พี่เล่า พี่ก็หาไอซ์แพ็คมา พี่ก็บอกว่า คุณลุง ตอนกลางคืนน่ะ เอาผ้าห่อ แล้วมานอนประคบตัวเองอย่างเงี้ย แล้วหลับไปเลย ก็หาย ดีขึ้น” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“ถ้าผมเอาชินบัญชรมา เป็นหนังสือสวดมนต์น่ะ แล้วคุณลุงอ่านน่ะ แล้วสวดได้มั้ย อ๋อ ผมยังรู้ว่าตัวอะไร งั้นเดี๋ยวผมจะเอามา คุณลุงสวดทุกคืนนะ ได้กลับมาสวดเหมือนเดิม พี่ก็รู้สึกว่า ทำไมไม่มี ทำไมไม่มีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เค้าป่วยใหม่ ๆ อ่ะ 8 เดือนอ่ะ มันหายไปอ่ะ… ทำไมมันเกิดช่องว่างนานขนาดนั้นเนาะ เพราะว่าพี่ได้ยินครั้งเดียวพี่ก็รู้สึกว่า ก็ทำเลยอ่ะ พี่ก็ไปหามาอาทิตย์ถัดไปพี่ก็… คุณลุงมาแล้ว ชินบัญชร” (เทียน: 20 ธันวาคม 2559)

“เพราะเริ่มหนาวอย่างนี้ ก็เลยไม่รู้จะทำยังไง ผ้าห่มเขาก็มีใช่ไหม ก็เลยซื้อถุงมือให้ ป้าบอกอยากได้…มือเย็น ก็เลยซื้อถุงมือให้ จำได้ปักชื่อ...ก็เนาคำว่าโรสลงไป ก็บอกป้าวันไหนหนูไม่อยู่เนี่ยก็มีชื่อหนูนี่แหละ” (โรส: 15 มกราคม 2560)

ผู้ป่วยเรื้อรังบางท่าน เป็นผู้ป่วยที่ฐานะทางบ้านค่อนข้างยากจน เมื่อป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก็มีค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา รวมถึงอาจจะเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ที่เคยรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการศึกษาของบุตร ปัญหาเรื่องอนาคตทางการศึกษาของบุตร ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลและเป็นทุกข์ เมื่ออาสาสมัครได้รับรู้จึงพยายามหาทางช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือด้วยเงินของตัวเองอาจเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ยั่งยืน ด้วยคุณวุฒิและวัยวุฒิของอาสาสมัครบางท่าน ทำให้อาสาสมัครเลือกที่จะช่วยเหลือด้วยการประสานงานเพื่อขอทุนการศึกษาให้บุตรของผู้ป่วยท่านนั้น

“พ่อกังวลเรื่องค่าเทอมลูกมาก อย่างเงี้ย พออย่างงี้ปุ๊บเนี่ย พี่ก็จะจัดการเรื่องค่าเทอมให้ แล้วพี่ก็จะจัดการให้นิดเดียวพี่ก็ต้องประสานต่อแล้วว่า เอ๊ะ ถ้าพี่จะต่อไปถึงสามสี่ปี พี่อาจจะไม่ไหว ถ้าเราไม่มีเงิน ตัดสินใจใหม่ พี่โทรไปโรงเรียน บอก ผอ. ว่าเด็กคนนี้ ตอนเนี้ยพ่อป่วยหนัก กำลังจะตาย จะขอให้ ผอ.ยกค่าเทอมให้เด็กเลยได้มั้ย เหมือนให้ทุนการศึกษา แล้วก็ไม่เก็บค่าเทอมเด็กเลยนะ คือเราเป็น เหมือนเป็นตัวกลางไง ประสานนั่นนี่นู่น ผอ.ก็มาดูที่โรงพยาบาลจริงนะ อ่ะจริงจัดการให้” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

นอกจากการคลายความทุกข์ในเรื่องต่าง ๆ แล้ว การส่งเสริมความสุขของผู้ป่วยด้วยการทำความหวังของผู้ป่วยให้เป็นความจริง ก็เป็นเรื่องที่อาสาสมัครสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในกระบวนการนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้าย ที่มักมีความต้องการบางอย่างหรือมีความหวังที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

“เดี๋ยวแก้วจัดการให้ พี่ก็โทรศัพท์ไปหาลูกเค้านะ หนู หนูไปมหาวิทยาลัย บอกอาจารย์ว่าแม่ผมป่วยหนัก อยากเห็นปริญญา ไปขอปริญญามาให้แม่ดู แล้วหนูเช่าชุดครุยมาด้วยลูก เดี๋ยว

พรุ่งเนี้ยจะถ่ายรูปรับปริญญาที่เตียงคนไข้...แล้วพี่แก้วก็จะจัดการเลยค่ะ ไม่ได้ผ่านไป แล้วพี่แก้วก็รู้ว่า ได้แค่เนี้ยเค้ามีความสุขละ" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

"ถอดชุดแม่ ใส่ชุดผ้าไหมที่แม่เตรียมไว้ แม่ตัดชุดผ้าไหมไว้แล้วชุดนึง กะใส่วันรับปริญญาไง เอามาให้แม่ใส่ โพกหัวไว้ แม่ผมร่วงใช่มั้ย แต่งหน้าแม่อย่างสวยงาม แล้วลูกก็ใส่ชุดครุยรับที่เตียงคนไข้เลย แล้วก็เข็นแม่ไปหน้าสนาม หน้าโรง'บาล สนามโรง'บาลเสร็จปุ๊บก็ ถ่ายรูปกันตรงสนาม...พอลูกกลับมา แม่ก็ดูรูป รูปนี้พี่ชอบ รูปนี้พี่สวย รูปนี้พี่นั่น มีความสุข คนเนี้ยได้ดูรูปอีกประมาณสักไม่ถึงเดือนนะ ก็ตาย..." (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

"บางเคสเนี่ยเพียงแค่ต้องการอยากกินโอเลี้ยง แก้วเดียวแก้วสุดท้าย บางเคส อยากไปเคเอฟซีครั้งสุดท้าย อะไรก็แล้วแต่อย่างเงี้ย สิ่งเหล่านี้ บางที คนธรรมดาอาจจะไม่ได้รู้สึกว่ามันสำคัญนะ แต่คนตรงนั้นเค้าสำคัญ" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

ในบางครั้งการใช้แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจด้วยการลงมือช่วยเหลืออื่นๆโดยไม่ปล่อยผ่าน ต้องอาศัยความเอื้อเฟื้อ ความพยายาม และความมุ่งมั่นของอาสาสมัคร เพื่อปะติดปะต่อเรื่องราว และลงมือช่วยเหลือ เนื่องจากการช่วยเหลือไม่สามารถทำได้ในครั้งเดียว หรือไม่สามารถทำได้โดยง่าย

"ต่อให้จบในเรื่องนั้นให้ได้ มันเป็นจิ๊กซอว์ทีละตัว ๆ มาต่อกันให้ได้" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

"พี่คิดละพี่จะเอายังไง ฉะนั้นโทรไป เคสเนี้ย พี่โทรไป 1133 อยากรู้ว่าชื่อเนี้ย มีอยู่ในประเทศไทยจริงแล้วแล้วมีเบอร์โทรศัพท์มั้ย บังเอิญมีอ่ะ อยู่เชียงใหม่กับเชียงรายอ่ะ พี่ก็ดีใจ พี่ลองโทรไปเลย ใช่คนนี้รึเปล่าไม่รู้ ชื่อเหมือนรึเปล่าไม่รู้ ชื่อมันซ้ำกันนะ พี่ก็ขอมาเลย สามสี่เบอร์ที่มีทั้งหมดเนี่ย พี่ขอมาเลย จดเบอร์ ๆ ๆ โทรไป โชคดี แค่คนแรกเอง...เออ พอเอ่ยชื่อว่า ตอนเนี้ย พี่ดวงใจ (ผู้ป่วย นามสมมติ) ป่วยหนัก แต่แค่ดวงใจแค่เนี้ยคนนี้ตอบกลับมาทันทีเลย ไม่!!! มีอะไร!! (ทำเสียงตะคอก) เลิกคุยกันแล้ว มันจบไปนานแล้ว...อย่างเงี้ยพี่ก็มั่นใจแล้ว ดีใจก่อนว่าใช่ละ พี่บอกว่าคือดิฉันไม่ทราบหรอกว่าปัญหาของคุณคืออะไร แต่ตอนเนี้ย วันเนี้ย เราคุยถึงชื่อคุณ พี่ดวงใจเค้าก็ร้องไห้ พี่เลยเข้าใจว่า เค้าเหมือนอยากจะพบคุณน่ะค่ะ มาพบพี่ดวงใจได้มั้ย" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

"พี่ไปคุยกับพี่ดวงใจ (ผู้ป่วย นามสมมติ) วันจันทร์เช้านะ พี่ดวงใจเป็นยังไงอ่ะ คุณแก้ว เค้ามาหาพี่แล้ว พี่บอกความจริงเค้าหมดแล้ว เค้าไม่โกรธพี่แล้ว เค้าไม่โกรธพี่เลย พี่ดีใจ จะตาย

ก็ได้แล้ว สบายใจ เค้าไม่โกรธ ดีใจแล้ว เค้ารู้ความจริงแล้ว น้องแก้ว เค้ารู้ความจริงแล้ว" (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจด้วยการช่วยเหลืออื่น ๆ โดยไม่ปล่อยผ่านไม่มีวิธีตายตัว ขึ้นอยู่กับเรื่องราวภายในจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละท่าน แต่สิ่งสำคัญคือเรื่องราวนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริง ๆ และอาสาสมัครมีความพยายาม มุ่งมั่น ตั้งใจ หาวิธี และลงมือกระทำเพื่อช่วยคลายความทุกข์ให้ผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือนั้นไม่เบียดเบียนตัวอาสาสมัครเอง

4.4.6 ข้อควรระวังในการช่วยเหลือสนับสนุน

ในกระบวนการการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งการสร้างกำลังใจ การปรับมุมมองความคิด การช่วยเหลืออื่น ๆ โดยไม่ปล่อยผ่าน มีข้อควรระวังสำหรับอาสาสมัคร คือ การระวังในการให้ความหวังแก่ผู้ป่วย ซึ่งหากเป็นการให้ความหวังโดยไม่อยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง หรือความเป็นไปได้อาจส่งผลเสียต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

ในส่วนของการสร้างกำลังใจโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคมาถึงระยะสุดท้ายแล้ว ซึ่งอาสาสมัครอาจรับรู้จากการสังเกตอาการ คำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติ หรือการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้กระทั่งอาสาสมัครอาจไม่แน่ใจในระยะของโรคก็ตาม ควรระมัดระวังในการให้กำลังใจโดยการให้ความหวังกับผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักรับรู้อาการป่วยของตนเองอยู่แล้ว การให้ความหวัง เช่น การบอกว่าอาการป่วยจะหายอย่างแน่นอน เป็นการพยายามทำให้ผู้ป่วยหลอกตัวเอง ความกลัว ความกังวลจะถูกซ่อนเก็บไว้ภายในจิตใจและไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ในกรณีการค่อย ๆ พา ให้ผู้ป่วยยอมรับและสามารถอยู่กับอาการเจ็บป่วย และจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่ยังค้างคาอยู่จึงเป็นแนวทางที่ควรนำมาพิจารณามากกว่า

"ผู้ป่วยเค้ารู้ตัวเค้าดีว่าเค้าเป็นอะไร คือเหมือนแบบ เราพยายามให้เค้าหลอกตัวเองทั้งๆที่เค้าเองรู้อยู่แล้วว่าเค้าจะหายหรือไม่หาย เพียงแต่ว่า อยู่ที่ว่า ขั้นตอนกระบวนการว่าเมื่อไหร่เค้าจะยอมรับ สิ่งที่มันเป็น" (เข็ม: 3 ธันวาคม 2559)

ผู้ป่วยบางท่านอาจรอคอยการมาเยี่ยมของญาติ หรือมีความรู้สึกน้อยใจ เสียใจที่ญาติไม่มาเยี่ยม รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่รัก การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยไม่ใช่การให้ความหวังกับผู้ป่วยว่าญาติจะมาเยี่ยม อาสาสมัครควรระวังในการให้ความหวังที่ตนเองไม่แน่ใจ

"ไม่โลกสวยน่ะครับว่าแบบ เดี๋ยวเขาก็เข้ามาครับ พุดไม่ คือแบบเอาที่เราคิด" (พุด: 22 มกราคม 2560)

อาสาสมัครบางท่านสนับสนุนจิตใจผู้ป่วยด้วยการพยายามช่วยทำความหวังครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยให้กลายเป็นความจริง เพื่อคลายความห่วง ความกังวล ของผู้ป่วย ซึ่งในขณะที่อยู่ในกระบวนการหากยังไม่แน่ใจว่าจะสำเร็จหรือไม่ ควรระวังการให้ความหวังกับผู้ป่วย เนื่องจากหากไม่สำเร็จจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดหวัง เช่นในกรณีของผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่สาม อาสาสมัครรับรู้ว่าผู้ป่วยต้องการพบญาติที่เคยมีเรื่องบาดหมางกัน และต้องการปรับความเข้าใจ แต่ไม่ได้ติดต่อกันมานานเป็นสิบปีแล้ว ซึ่งการตามตัวญาติให้พบและการเกลี้ยกล่อมให้ญาติมาหาผู้ป่วยเป็นเรื่องยากและอาจไม่สำเร็จ เมื่อติดตามจนเจอตัวญาติในขั้นตอนแรกก็รับรู้ได้ว่าญาติยังคงบาดหมางกับผู้ป่วยอยู่ จึงยังไม่บอกผู้ป่วยว่าติดต่อเจอญาติที่ผู้ป่วยอยากพบแล้ว เนื่องจากหากญาติไม่ยอมมาอาจยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์หนักกว่าเดิมได้

“ยังไม่บอกว่าเจอ เพราะถ้าบอกว่าเจอแกยิ่งมีความหวัง…ถ้าเกิดไม่มาเดี๋ยวยิ่งผิดหวังซ้ำเข้าไปใหญ่ ฉะนั้น ไม่บอก” (แก้ว: 15 มกราคม 2560)

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสามารถใช้กระบวนการในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัคร การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสำรวจความทุกข์ไปจนถึงการช่วยเหลือสนับสนุน โดยใช้วิธีการและทักษะต่างๆ ผสมผสานกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือคลายทุกข์ สร้างความสุขให้แก่ผู้ป่วยที่ตนดูแล โดยอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังพิจารณาจากสถานการณ์ ภูมิหลัง และความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถสรุปและแสดงได้ดังภาพประกอบ 9

ภาพประกอบ 9 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการสอบถามกับเจ้าหน้าที่โครงการอาสาข้างเตียง ซึ่งทำหน้าที่ดูแลอาสาสมัครและประสานงานโครงการ พยาบาลที่เคยประจำหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเคยเป็นอาสาอยู่ รวมทั้งเพื่ออาสาสมัคร พบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกันกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นอาสาสมัครจากโครงการอาสาข้างเตียง อาสาสมัครคุณเข็ม เป็นผู้ที่ได้รับความชื่นชมอย่างมากจากทั้งพยาบาล เพื่ออาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่โครงการ เป็นผู้มีใจและทุ่มเทให้กับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ มีจิตใจที่เข็มแข็ง พยาบาลได้ให้ข้อมูลว่าในขณะนั้นคุณเข็มเข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยมาก และผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่คุณเข็มเข้าเยี่ยม รวมทั้งผู้ป่วยรายที่สอง ที่ถึงแม้จะเป็นชาวต่างชาติ คุณเข็มก็ไม่มีอุปสรรคในการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยรายนั้น คุณเข็มมีมุมมองที่เข้าใจผู้ป่วย เข้าใจบริบทของญาติ มีความตั้งใจในการนำประสบการณ์ของตนเองมาเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น รวมทั้งเมื่อเครือข่ายพุทธิกาดำเนินกิจกรรมและต้องการความช่วยเหลือ คุณเข็มก็ยินดีเข้ามาช่วยทุกครั้ง อาสาสมัครคุณบัว ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลแสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยที่คุณบัวดูแลจะไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤติ และสามารถกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้ แต่ก็เป็นผู้ป่วยที่สูงวัย และไม่ค่อยมีญาติ การที่คุณบัวเข้าไปช่วยเหลือดูแล ก็เป็นการให้กำลังใจ ไปเป็นเพื่อนรับฟังผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากมุมมองของเจ้าหน้าที่โครงการและเพื่ออาสาก็พบว่า คุณบัวมีความร่าเริง เป็นคนอารมณ์ดี ซึ่งเอื้อในการเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครคุณพุด ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โครงการก็เน้นย้ำเรื่องที่คุณพุดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทางโครงการอาสาข้างเตียงอย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่มีมุมมองว่าผู้ป่วยน่าจะรู้สึกอบอุ่นใจ เหมือนมีลูกหลานมาเพิ่ม มีคนมาช่วยรับฟัง มาช่วยเหลือทำสิ่งต่าง ๆ ให้ นอกจากนี้แม้คุณพุดจะดูแลจนผู้ป่วยที่กลับบ้าน และโครงการจบลงไปแล้ว แต่เมื่อโครงการรุ่นถัดมาขอความช่วยเหลือ คุณพุดก็ยินดีมาช่วยดูแลผู้ป่วยเรื้อรังชาวญี่ปุ่นอย่างเต็มใจ อาสาสมัครคุณโรส ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โครงการและเพื่ออาสาสมัคร ก็แสดงให้เห็นว่า คุณโรสเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโครงการครบทุกครั้ง รวมทั้งมาช่วยแชร์ประสบการณ์ให้กับอาสาข้างเตียงรุ่นต่อมาด้วย ทั้งเจ้าหน้าที่โครงการและเพื่ออาสาต่างมีมุมมองว่า ภายนอกของคุณโรสอาจจะดูนิ่ง ๆ แต่คุณโรสมีความอ่อนหวาน สามารถเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดี และเมื่อคุณโรสพูดถึงผู้ป่วยที่ได้ดูแล คุณโรสจะแสดงออกถึงความอ่อนโยน เจ้าหน้าที่โครงการมีมุมมองต่ออาสาข้างเตียงทั้ง 4 ท่านว่า มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการทำกิจกรรมและการเข้าเยี่ยมดูแล ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่โครงการยังมีความคิดเห็นว่าการอาสาสมัครเป็นเพื่อนรับฟังที่ดี และการเข้าเยี่ยมของอาสาสมัครช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า ไม่ใช่คนป่วยที่ไม่มีใครต้องการ

ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ทวนสอบข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นอาสาสมัครในโครงการอาสาข้างเตียงทั้ง 4 ท่าน ซึ่งข้อมูลในที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรองในส่วนนี้สอดคล้องและสนับสนุนข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากอาสาสมัคร

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (qualitative research - case study approach) ในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) และการศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (exploratory) เพื่อทำความเข้าใจต่อสิ่งที่ต้องการศึกษา กรณีที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาในครั้งนี้ คือ อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนทั้งหมด 6 ท่าน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์รายบุคคลเชิงลึกเป็นวิธีการหลัก และใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามแบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อค้นหาแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุป และอภิปรายผลในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายและคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาการให้ความหมายของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังผ่านการให้ความหมายและทัศนะของอาสาสมัคร รวมถึงสิ่งที่อาสาสมัครทำเมื่อเข้าเยี่ยมให้การดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสรุปมาใน 2 ความหมาย คือ 1) ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง และ 2) ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก

ความหมายด้านการเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง แสดงถึงการที่อาสาสมัครเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง คลายความทุกข์ ปลดปล่อยความห่วงกังวลให้ลดน้อยลงหรือหมดไป ช่วยแก้ไขปัญหาที่รบกวนจิตใจผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก โดยความหมายด้านนี้ ได้แก่ 1.1) ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย อาสาสมัครเปรียบเสมือนพื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เป็นพื้นที่ว่าง พื้นที่แสดงความอ่อนแอสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ป่วย หรือไม่หวังผลประโยชน์ใด ๆ เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นผู้ที่คอยรับฟังอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วย เปรียบเสมือนภาชนะว่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถระบายเรื่องราวทั้งดีและร้ายได้อย่างอิสระ

ผู้ป่วยสามารถแสดงออกอย่างไรก็ได้ ซึ่งรวมไปถึงด้านที่อ่อนแอของผู้ป่วยซึ่งอาจไม่สามารถแสดงออกเมื่ออยู่กับครอบครัวของตนเอง 1.2) ผู้เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ เปรียบเสมือนผู้ที่คอยให้กำลังใจกับผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครเปรียบเทียบผู้ป่วยเป็นเหมือนดอกไม้ที่อาจจะเหี่ยวเฉาลงไปด้วยภาวะของโรคหรือความทุกข์ในด้านต่าง ๆ และตัวอาสาสมัครเองเปรียบเสมือนน้ำที่ช่วยชโลมจิตใจผู้ป่วย ช่วยรดลงไปในใจที่กำลังแห้งผาก ให้กลับฟื้นขึ้นมาสดชื่นขึ้นได้ เปลี่ยนจิตใจที่เศร้าหมองของผู้ป่วย ให้คลายความทุกข์ มีกำลังใจมีแรงผลักดันที่จะสู้ต่อไป 1.3) ผู้เป็นเหมือนญาติหรือเพื่อน แม้ว่าอาสาสมัครจะเป็นผู้ที่ไม่เคยรู้จักหรือคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาก่อน แต่อาสาสมัครทุกท่านต่างมีมุมมองว่า การเข้าไปทำหน้าที่ในบริบทนี้ ก็เปรียบเสมือนอาสาสมัครนั้นเป็นดังญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย ที่มีความปรารถนาดีและช่วยเหลือดูแลเท่าที่สามารถทำได้ ไม่ได้คิดว่าผู้ป่วยเป็นคนแปลกหน้าสำหรับตน อาสาสมัครเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วยโดยรู้สึกว่าเหมือนเป็นการดูแลญาติผู้ใหญ่ หรือเพื่อนของตน และ 1.4) ผู้เป็นเหมือนช่างเจียระไนเพชรในใจ ที่พยายามเจียระไนก้อนหินก้อนกรวดจนพบเพชรภายใน หรือแม้ไม่ได้พบเพชร เป็นเพียงกรวดทรายก็ยอมรับในความเป็นสิ่งนั้น ความหมายในบริบทนี้สื่อถึงการที่อาสาสมัครพยายามช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง ได้เรียนรู้แง่มุมที่งดงามของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดในการมองสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเปลี่ยนไปในทิศทางที่ส่งเสริมอารมณ์ทางบวกมากยิ่งขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน อาสาสมัครก็เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ทั้งด้านดีและด้านร้าย รวมทั้งเป็นความหมายที่สื่อถึงการได้เรียนรู้ของอาสาสมัครผ่านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วย

ความหมายด้านการเป็นผู้ที่ไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก สื่อให้เห็นถึงการเป็นผู้ช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทนเป็นค่าจ้าง เงินทอง หรือสิ่งของ การเข้ามาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและทำงานอาสาในบริบทนี้เป็นไปด้วยความจริงใจ และความต้องการที่จะให้ ต้องการบรรเทาทุกข์ผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ในส่วนของคุณลักษณะที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยพบ 4 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) มีความเป็นมิตรจริงใจ เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัครไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจมีความคลางแคลงใจ ความสงสัยในตัวอาสาสมัครได้ รวมทั้งอาสาสมัครในระบบสุขภาพอาจจะยังไม่ได้แพร่หลายมากนัก ทำให้บุคคลทั่วไปอาจไม่รู้จักหรือไม่เข้าใจจุดประสงค์ในการเข้ามาของอาสาสมัคร ความเป็นมิตรจริงใจจึงเป็นคุณลักษณะประการแรกที่อาสาสมัครควรต้องมี การเข้าไปหาผู้ป่วยด้วยรอยยิ้มและมีท่าทีเป็นมิตร การไม่คิดหวังเอาประโยชน์ใด ๆ จากผู้ป่วย การไม่แฝงตัวเพื่อมาขายสินค้าและบริการ การแนะนำตัวอย่าง ชัดเจนจริงใจ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเปิดรับอาสาสมัครได้มากขึ้น 2) มีพรหมวิหารธรรม คือ มีความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่อาสาสมัครเห็นว่ามีความสำคัญมาก สามารถช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครในด้านการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้ คือมีทั้งความปรารถนาให้ผู้ป่วยมี

ความสุข และความปรารถนาให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ มีความเอื้ออารี มีความชื่นชมยินดีในเรื่องที่ดีงามของผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจ และไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วย ช่วยเหลือด้วยจิตใจที่เป็นอุเบกขา ปล่อยวางเมื่อได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่สมควรทำแล้ว ไม่เก็บความทุกข์ ความเศร้า ความกังวลมาบั่นทอนการเป็นอาสาสมัครของตน 3) มีความเสียสละ เป็นคุณลักษณะที่เป็นกุญแจสำคัญอีกข้อหนึ่ง ความเสียสละในบริบทนี้ คือ การสละเวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาสาสมัครต้องจัดสรรเวลา และสละเวลาส่วนตนอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการทำงานของอาสาสมัครในบริบทนี้ จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้าเป็นเพียงการทำครั้งเดียวแล้วผ่านไป หากต้องเป็นการที่อาสาสมัครเข้าเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและรู้สึกคุ้นเคย ปลอดภัยเมื่ออยู่กับอาสาสมัคร การเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกได้รับความใส่ใจ ซึ่งจะทำให้การสนับสนุนทางจิตใจเป็นไปได้ด้วยดี 4) มีความ “ไว” ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความช่างสังเกตเป็นคุณลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยอาจสื่อสารผ่านทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เช่น สีหน้าท่าทาง สายตา คุณลักษณะในข้อนี้มีส่วนช่วยให้อาสาสมัครสามารถจับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย รับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยชอบ ไม่ชอบ หรือสิ่งที่กระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลดีต่อการสร้างความสัมพันธ์ และ ความไวต่อความรู้สึกยังช่วยทำให้อาสาสมัครสามารถรับรู้ได้ถึงสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้จิตใจของผู้ป่วย ทั้งปัญหาและความต้องการที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แม้การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง จะไม่มีข้อกำหนดเรื่องความเชื่อและศาสนา อาสาสมัครสามารถเป็นผู้ที่นับถือศาสนาใดก็ได้ เนื่องจากศาสนาทุกศาสนาสอนให้บุคคลเป็นคนดี รักและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้เพื่อนมนุษย์ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ก็นับถือศาสนา ที่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากคุณลักษณะของอาสาสมัครที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดของหลักธรรมในพระพุทธศาสนา ผู้วิจัยจึงได้หยิบยกหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครมาอภิปราย กล่าวคือ ข้อค้นพบเรื่องคุณลักษณะด้านจิตใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตรงกับ หลักธรรมเรื่อง สัจจะ หรือความซื่อสัตย์จริงใจ ในหลักฆราวาสธรรม 4 (พระราชวรมุนี, 2535, อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2542, น. 55-56) หลักพรหมวิหารธรรม หรือพรหมวิหาร 4 คือ อาสาสมัครควรเป็นผู้มีความเมตตา กรุณา มุทิตา และสามารถวางใจเป็นอุเบกขาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การมีความเสียสละ ซึ่งรวมถึงการเสียสละเวลา ตรงกับหลักธรรมเรื่อง สมานัตตตา คือ การประพฤติตนเสมอต้นเสมอปลาย สม่ำเสมอ วางตนเหมาะแก่ฐานะและสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นหลักธรรมข้อหนึ่งในสังคหวัตถุ 4 (ประยุทธ์ ปยุตฺโต, 2546, อ้างถึงใน พิมลพร สวรรณยานุกิจ, 2555, น. 18-19) และหลักธรรมเรื่อง จาคะ คือ ความเสียสละ สละความสุขสบายและผลประโยชน์ส่วนตน พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งเป็นหลักธรรมอีกข้อหนึ่งในฆราวาสธรรม 4 (พระราชวรมุนี, 2535 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2542, น. 55-56) ซึ่งสอดคล้อง

กับคำกล่าวของพระไพศาล วิสาโล (2552) ที่ชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะภายในของอาสาสมัคร โดยกล่าวถึงจิตใจของผู้ที่เป็นอาสาสมัครไว้ว่า การมีจิตที่เต็มไปด้วยความเมตตากรุณา ปรารถนาดีต่อผู้อื่น อยากให้เขาพ้นทุกข์ โดยไม่หวังประโยชน์สุขหรือผลตอบแทนให้แก่ตัวเอง เป็นจิตที่ทำด้วยความบริสุทธิ์ใจ สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ไม่หวั่นไหวต่ออุปสรรค และความล้มเหลว รวมถึงมีความอดทนที่จะรอเห็นผล นอกจากนี้คุณลักษณะในส่วนของความเสียสละเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องยังพบในงานของสวรรณกมล จันทรมะโน ที่ศึกษากระบวนการของอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โดยแสดงอยู่ในส่วนของความหมายของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย “ผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาได้อย่างต่อเนื่อง” (สวรรณกมล จันทรมะโน, 2558, น. 324) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปคุณลักษณะของอาสาสมัคร หลักธรรมที่สอดคล้องและการนำไปยึดปฏิบัติในกระบวนการต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังดังตาราง 6

ตาราง 6 ตารางสรุปหลักธรรมที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ การนำไปใช้ และผลที่ได้

คุณลักษณะ	**หลักธรรม**	**กระบวนการ**	**ผลที่ได้**
1) มีความเป็นมิตร ความจริงใจ	สัจจะ(ความซื่อสัตย์จริงใจ) ในหลักฆราวาสธรรม 4	- การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย	ผู้ป่วยคลายความลังเลสงสัย เปิดรับอาสาสมัคร
2) มีพรหมวิหารธรรม	หลักธรรมพรหมวิหาร4 (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา)	- การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัคร - การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย	- อาสาสมัครปล่อยวางอารมณ์ทางลบได้ - ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าได้รับความใส่ใจ - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน
3) มีความเสียสละ	จาคะ (ความเสียสละ) ในหลักฆราวาสธรรม 4	- การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าได้รับความใส่ใจ - ผู้ป่วยเปิดรับอาสาสมัคร

ตาราง 6 (ต่อ)

คุณลักษณะ	หลักธรรม	กระบวนการ	ผลที่ได้
4) มีความไวต่อความรู้สึก	-	- การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย - การสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วย	- อาสาสมัครหลีกเลี่ยงเรื่องที่อาจกระทบจิตใจและเข้าหาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม - ช่วยในการรับรู้ปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนที่เป็นอาสาสมัครภายใต้โครงการอาสาข้างเตียงของเครือข่ายพุทธิกา และอาสาสมัครอิสระ ต้องสละเวลาในการทำงานอาสาสมัครอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และอาจต้องเผชิญกับความโศกเศร้า ความหดหู่ จากความเจ็บปวดของผู้ป่วย ไปจนกระทั่งอาจต้องเผชิญกับความสูญเสียเมื่อผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลเสียชีวิต ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ต่างเป็นผู้ที่เข้ามาทำงานอาสาสมัครด้วยความสมัครใจ และไม่หวังผลตอบแทนเป็นค่าจ้างเงินทอง โดยผู้ที่เป็นอาสาสมัครในโครงการอาสาข้างเตียงทั้ง 4 ท่านได้ปฏิบัติหน้าที่การเป็นอาสาสมัครจนจบโครงการ และยังคงทำต่อเนื่องจนผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลสามารถกลับไปรักษาตัวที่บ้านหรือเสียชีวิตไปโดยไม่ล้มเลิกหรือถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัคร ในส่วนของอาสาสมัครอิสระทั้ง 2 ท่านก็เช่นเดียวกันคือมีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมาอย่างยาวนาน เป็นที่ยอมรับนับถือ และในปัจจุบันยังอยู่ในเส้นทางของการเป็นอาสาสมัครในบริบทนี้

มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมี 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น เป้าหมายหลักในการเข้ามาทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้คือการต้องการบรรเทาทุกข์ สร้างสุขให้ผู้ป่วยเรื้อรัง อาสาสมัครมีความเห็นใจในความทุกข์ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญเมื่อพิจารณาแล้วว่าการทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้เป็นการทำประโยชน์ให้กับผู้ที่ต้องการอย่างแท้จริงและตนเองอยู่ในฐานะที่สามารถทำได้ จึงต้องการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ทัศนคติของอาสาสมัครที่มีมุมมองว่าชีวิตจะมีค่า ไม่ใช่เพียงการเกิดมาและใช้ชีวิตทำงานไปวัน ๆ เท่านั้น แต่คือการช่วยเหลือสร้างประโยชน์ให้เกิดกับผู้อื่นด้วย 2) การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย แม้ “ความตาย” จะเป็นเรื่องต้องห้ามในบางวัฒนธรรม เช่น สังคมไทย และ ไทย-จีน ที่

มองว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักกลับมีมุมมองว่า ทุกคนจะต้องตาย ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความเจ็บ ความป่วย ความตาย เป็นเรื่องที่ควรเตรียมตัวไว้ ทั้งเพื่อตัวเองหรือเพื่อคนใกล้ชิด การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นโอกาสที่ดีที่ทำให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้ โดยผู้ป่วยเรื้อรังเปรียบเสมือนอาจารย์ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้แก่อาสาสมัคร 3) ความสุขทางจิตใจ อาสาสมัครที่เคยมีประสบการณ์ได้รับความสุขจากการช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้ผู้อื่น ต้องการจะได้รับความสุขหรือพลังงานด้านบวกในรูปแบบนั้น ๆ อีก จึงเป็นแรงผลักดันให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้เมื่ออาสาสมัครเข้ามาทำงานอาสาในบริบทนี้แล้ว ถึงแม้ว่าอาจจะต้องพบกับความรู้สึกหดหู่ใจจากเรื่องราวต่าง ๆ แต่การทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้ก็ทำให้อาสาสมัครได้พบกับเรื่องราวดี ๆ เช่นกัน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขความสบายใจมากขึ้นจากการเข้าเยี่ยมของอาสาสมัคร การได้ช่วยคลี่คลายความทุกข์บางประการของผู้ป่วย ทำให้เกิดความสุขภายในจิตใจของอาสาสมัครขึ้น ความสุขทางจิตใจจึงเป็นอีกมูลเหตุจูงใจที่ช่วยสนับสนุนให้อาสาสมัครยังคงอยู่ในงานอาสา 4) ความรู้สึกมีคุณค่า การได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ทีมงาน เพื่อนอาสาสมัคร ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ๆ เป็นพลังผลักดันที่ทำให้อาสาสมัครรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า และทำให้มีแรงผลักดันที่จะทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้ต่อไป 5) ความต้องการเติบโตภายใน ในบางครั้งการทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้อาจต้องพบกับอุปสรรคบางประการ เช่น การไม่ต้อนรับของผู้ป่วยในบางเวลา หรือการไม่ยอมรับของบุคลากรในระยะแรก ๆ ของการเริ่มงานอาสาในระบบสุขภาพ แต่ด้วยแรงผลักดันภายในของอาสาสมัครที่ต้องการก้าวข้ามผ่านอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้แม้พบกับอุปสรรค อาสาสมัครก็ยังคงอยู่ในงานอาสา ไม่ล้มเลิกหรือล่าถอยไป เป็นความต้องการเติบโตภายในของอาสาสมัคร

มูลเหตุจูงใจที่มีส่วนช่วยผลักดันให้อาสาสมัครเข้ามาทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งมีส่วนผลักดันให้อาสาสมัครทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้อย่างต่อเนื่องคงอยู่ในงานอาสาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง คือ มูลเหตุจูงใจข้อ 1-3 ได้แก่ ความต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น ความต้องการการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย ความต้องการความสุขทางจิตใจ ส่วนมูลเหตุจูงใจที่แม้ไม่ได้เป็นมูลเหตุจูงใจแรกเริ่ม เกิดภายหลังจากการเข้ามาเป็นอาสาสมัครแล้ว แต่ก็เป็นแรงผลักดันให้อาสาสมัครคงอยู่ในงานอาสาเช่นกัน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่า และความต้องการเติบโตภายใน

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับมูลเหตุจูงใจที่สามารถนำมาใช้อธิบายมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างเหมาะสม คือแนวคิดแรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อผู้อื่น (altruistic motivation) ของ Batson ที่กล่าวถึงแรงจูงใจในการช่วยเหลือโดยคำนึงถึงผู้อื่นอย่างแท้จริง ซึ่ง Batson กล่าวถึงแรงจูงใจในการทำเพื่อผู้อื่นว่ามีอยู่จริง แรงจูงใจนี้เกิด

จากความเห็นอกเห็นใจในความทุกข์ของผู้อื่น และเกิดความเอื้ออาทรต้องการจะช่วยเหลือขึ้น โดย Batson อธิบายแรงจูงใจด้วยแนวคิดเป้าหมาย คือ การพิจารณาว่าสิ่งนั้นเป็นเป้าหมายหลัก เป้าหมายเครื่องมือ หรือผลสืบเนื่อง แต่ละบุคคลสามารถมีแรงจูงใจหลายแบบ หรือมีหลายเป้าหมายได้ในเวลาเดียวกัน (Batson, 2011, pp. 20-21) สอดคล้องกับมูลเหตุจูงใจที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความต้องการสร้างประโยชน์แก่ผู้อื่น ซึ่งเป็นมูลเหตุจูงใจข้อแรก เป็นเป้าหมายหลักสำหรับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง (ultimate goal) อาสาสมัครรับรู้และมีความเห็นใจในความทุกข์ที่ผู้ป่วยเรื้อรังกำลังเผชิญ และต้องการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์นั้น เป็นแรงจูงใจที่คิดถึงผู้อื่นมากกว่าคิดถึงความต้องการของตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นเป้าหมายหลัก ไม่ใช่เป้าหมายเครื่องมือ แต่อาสาสมัครอาจได้รับผลประโยชน์อื่นๆที่เป็นผลสืบเนื่องเกิดขึ้นจากการเข้าถึงเป้าหมายหลักนั้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ คือ การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย ความสุขทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่า ความต้องการเติบโตภายใน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นมูลเหตุจูงใจที่ช่วยผลักดันการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเช่นกัน

เมื่อวิเคราะห์ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้โดยพิจารณาตามแรงจูงใจอาสาตามแนวคิดกลไกหน้าที่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้คุณค่า 2) การทำความเข้าใจ 3) การเข้าสังคม 4) หน้าที่การงาน 5) การปกป้องตนเอง และ 6) การสนองความต้องการของตน (Clary et al., 1998, pp. 1517-1519) พบว่าการวิจัยครั้งนี้พบมูลเหตุจูงใจหรือแรงจูงใจอาสาใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้คุณค่า คือ อาสาสมัครให้คุณค่ากับความโอบอ้อมอารี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น เป็นแรงขับภายในที่ไม่ได้คาดหวังให้ผู้อื่นตอบแทนให้ตนเองพอใจกลับมา ซึ่งตรงกับแรงจูงใจเอื้อเฟื้อเพื่อผู้อื่นของ Batson ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น 2) การทำความเข้าใจ คือ การทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้เป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องเกี่ยวกับความตาย การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมให้ตนเองและผู้ใกล้ชิด 3) การเข้าสังคม แม้ว่าในตอนแรกอาสาสมัครจะไม่ได้มีแรงจูงใจในด้านนี้ แต่เมื่อทำงานอาสาไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง การให้รางวัลทางสังคม ผ่านการยอมรับและการชื่นชม เป็นแรงจูงใจภายนอก ที่มีส่วนทำให้อาสาสมัครยังคงทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง 4) การสนองความต้องการของตน อาสาสมัครมีความต้องการพัฒนาตนเอง ต้องการก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และ ต้องการพัฒนาการเห็นคุณค่าแห่งตน เป็นอีกมูลเหตุจูงใจหนึ่งในการทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้

มูลเหตุจูงใจด้านความต้องการความรู้สึกมีค่า และความต้องการเติบโตภายใน ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจดั้งเดิม คือ ทฤษฎี ERG ของ Alderfer และ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow โดยผลการศึกษามูลเหตุจูงใจด้านความต้องการความรู้สึกมีค่า แสดงให้เห็นถึงความต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ ทำให้อาสาสมัครเกิดการรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับความต้องการเจริญเติบโต (growth

needs) และ ความต้องการความสัมพันธ์ (relatedness needs) ในทฤษฎี ERG และตรงกับความต้องการในลำดับขั้นที่ 3 ความต้องการทางสังคม (social needs) และความต้องการในลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ (esteem needs) ในทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow ซึ่งตามทฤษฎีกล่าวถึงการยอมรับนับถือในตนเองด้วย ซึ่งข้อค้นพบนี้ตรงกับการศึกษาในหลายงาน (Claxton-Oldfield , 2015, pp. 811-812; Delaloye et al., 2015, p. 605; Elliott & Umeh, 2013, pp. 377-382) ที่ค้นพบว่าอาสาสมัครเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจากการมาเป็นอาสาสมัคร เพียงแต่ในการศึกษาเหล่านี้กล่าวถึงความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในมุมของสิ่งที่อาสาสมัครได้รับ ไม่ใช่ในมุมของมูลเหตุจูงในในการทำงานของอาสาสมัคร นอกจากนี้ในงานวิจัยของ Elliott and Umeh (2013) ยังได้พบแรงจูงใจด้านสังคม คือ ความต้องการมีกิจกรรมทางสังคม การพบเพื่อนใหม่ ๆ แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าแรงจูงใจด้านนี้มีส่วนทำให้อาสาสมัครยังคงอยู่ในงานอาสาเพียงแต่เกิดขึ้นภายหลัง อาสาสมัครไม่ได้คาดหวังสิ่งนี้ก่อนเข้ามาเป็นอาสาสมัคร

ส่วนมูลเหตุจูงใจด้านความต้องการเติบโตภายใน สอดคล้องกับความต้องการเจริญเติบโต (growth needs) ในทฤษฎี ERG ของ Alderfer ซึ่งหมายถึงความต้องการภายในเพื่อความเจริญเติบโต การพัฒนาส่วนบุคคล และการใช้ความสามารถของตัวเองได้เต็มที่ แสวงหาโอกาสในการเอาชนะความท้าทายใหม่ ๆ ซึ่งตรงความต้องการในลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ (esteem needs) ในทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow ทั้งนี้ข้อค้นพบด้านมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Alderfer ที่กล่าวว่าบุคคลสามารถถูกจูงใจด้วยความต้องการมากกว่าหนึ่งระดับในเวลาเดียวกัน (Alderfer, 1969, อ้างถึงใน ปิยะนาถ สรวิสูตร, 2552, น. 22)

สำหรับมูลเหตุจูงใจด้านความต้องการความสุขทางจิตใจจากการทำงานอาสาสมัคร สอดคล้องกับข้อสรุปข้อหนึ่งในงานวิจัยของ ปิยะนารถ สรวิสูตร (2552, น. 37) ที่กล่าวว่า จิตอาสาเกิดจากประสบการณ์ความสุขที่ได้รับเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่นจึงอยากจะช่วยเหลืออีก แม้อาสาสมัครบางท่านจะไม่ได้คาดหวังว่าจะได้พบกับความสุขในการทำงานอาสาสมัครในบริบทนี้ แต่เมื่อทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังไประยะเวลาหนึ่ง กลับพบว่าตนเองได้รับความสุขที่ไม่สามารถตีค่าเป็นเงินทองได้ ทำให้เกิดเป็นแรงผลักดันที่อยากจะทำงานอาสาสมัครนี้ต่อเนื่องต่อไป

มูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 5 ประการ คือ การสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น การเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย ความสุขทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่า ความต้องการเติบโตภายใน เป็นข้อค้นพบที่ช่วยทำให้เข้าใจแรงผลักดันในการเข้ามาเป็นอาสาสมัครและคงอยู่ในงานอาสาในบริบทนี้ สามารถนำไปใช้ในกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัคร และส่งเสริมการคงอยู่ในงานอาสาของอาสาสมัครได้ต่อไป

ส่วนที่ 3 แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ผลการศึกษาในส่วนของแนวทางการสนับสนุนนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยพบแนวทางที่อาสาสมัครใช้เพื่อช่วยลดอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยและเพิ่มการเกิดอารมณ์ทางบวก เช่น ช่วยลดความเบื่อหน่าย ลดความวิตกกังวล คลายความห่วงกังวล ช่วยทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสุขสมหวังบางประการ ซึ่งตรงกับความหมายของการสนับสนุนทางจิตใจในงานของ Papathanassoglou (2010, p. 119-120) และอาสาสมัครสามารถช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรังได้ สอดคล้องกับ 4-Tier Model ในคู่มือการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ผู้ใหญ่) ขององค์กร NICE ที่ได้ถูกนำมาปรับใช้ในเครือข่ายที่ให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในอังกฤษ ที่กล่าวว่าอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมและสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะสามารถเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยได้ในระดับแรก และอาสาสมัครมีส่วนช่วยในการเพิ่มสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ป่วยได้ (London cancer, 2014, p.9)

ข้อค้นพบด้านแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่พบในการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอในรูปแบบกระบวนการ ซึ่งแสดงถึงสิ่งที่อาสาสมัครทำเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย และสะท้อนให้เห็นถึงทักษะที่อาสาสมัครใช้ โดยแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีกระบวนการ ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี 3) การสำรวจความทุกข์ และ 4) การช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปประเด็นรองและประเด็นย่อยในแต่ละกระบวนการไว้ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อม

การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ขั้นตอนของการเตรียมความพร้อม ซึ่งการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครนี้เป็นการ “รู้เขา” และ “รู้เรา” กล่าวคือ 1) “การรู้เขา” คือการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านพยาธิสภาพของโรค เช่น โรคที่ผู้ป่วยเป็น ระยะเวลาที่เป็น เวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ระยะของโรค ไปจนถึงลักษณะนิสัยใจคอ เรื่องที่ผู้ป่วยเป็นกังวล หรือเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนของผู้ป่วย การที่อาสาสมัครทราบข้อมูลของผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งแต่ละรายก็จะมีความแตกต่างกัน จะช่วยให้การเข้าหาและช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาสาสมัครอาจระมัดระวังในเรื่องของการให้ความหวัง แต่เน้นในเรื่องของการคลายห่วงคลายความกังวลแทน ซึ่งข้อค้นพบในด้านนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Mierzyńska et al. ในปี ค.ศ. 2010 ที่กล่าวว่าการรู้ลักษณะนิสัยของผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวล สถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต จะช่วยให้สามารถเลือกวิธีการในการสนับสนุนทางจิตใจที่ได้ผลสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Mierzyńska et al., 2010, p. 323) 2) “การรู้เรา” คือการสำรวจ และตระหนักรู้ในสิ่งที่เป็นเรื่องราวที่ค้างใจซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลจิตใจผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกผิดต่อการที่ไม่ได้ดูแลบิดามารดาของตน ตลอดจนการตระหนักรู้ใน

ความรู้สึกของตนเองและปล่อยวางความรู้สึกทางลบทุกครั้งเมื่อได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปรียบเหมือนการทำความสะอาดใจของอาสาสมัครเองไม่ให้มีอารมณ์ทางลบตกค้าง ซึ่งอาจส่งผลเสียกระทบกระเทือนจิตใจของอาสาสมัครเอง และอาจส่งผลต่อการดูแลจิตใจผู้ป่วยอีกด้วย

2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

กระบวนการถัดมาคือ การสร้างความสัมพันธ์และรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื้อรังที่อาสาสมัครให้การดูแล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านต่างชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นไปด้วยดี เปรียบสัมพันธภาพที่ดีเหมือนเป็นฐานที่แข็งแรงให้เกิดการสนับสนุนทางจิตใจที่มีประสิทธิภาพ ในกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ได้แก่ การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความสัมพันธ์ และ ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ

พื้นที่ระหว่างคนสองคนในบริบทนี้แสดงให้เห็นถึงความอบอุ่น ปลอดภัย และผู้ป่วยสามารถเปิดใจกับอาสาสมัครได้ การแนะนำตัวแสดงจุดประสงค์ในการมาเป็นอาสาสมัครอย่างตรงไปตรงมา ด้วยน้ำเสียง แววตา และท่าทาง ที่อาสาสมัครสื่อออกมาด้วยความชัดเจน สุภาพ ด้วยความเป็นมิตรจริงใจ เป็นการเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรื้อรัง บางครั้งอาสาสมัครอาจใช้การโน้มน้าวด้วยการเปิดเผยตัวตนบอกเล่าเรื่องราวของอาสาสมัครเอง วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยวางใจและยอมรับในตัวอาสาสมัครได้ง่ายขึ้น

เมื่อความสัมพันธ์ถูกสร้างขึ้นมาแล้วสิ่งที่สำคัญไม่แพ้กันคือการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยเรื้อรังไว้วางใจเล่าเรื่องราวที่เป็นความลับ อาสาสมัครควรรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ เพื่อเป็นการรักษาความไว้วางใจของผู้ป่วย นอกจากนี้การเข้าเยี่ยมดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นอีกหนึ่งกุญแจสำคัญ ที่นอกจากจะเป็นการช่วยพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการกระทำที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีผู้ที่นึกถึงมาเยี่ยมเยียนด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรณกมล จันทรมะโน (2558) ที่ศึกษารูปแบบและกระบวนการของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) ซึ่งได้ข้อสรุปด้านความหมายข้อหนึ่งว่า จิตอาสาดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย คือผู้ที่สละความสุขส่วนตน สละเวลาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเข้าใจถึงการให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ประคับประคองด้านจิตใจ/อารมณ์ของผู้ป่วย (สวรรณกมล จันทรมะโน, 2558, น. 324) แม้ว่าการศึกษาในงานวิจัยนี้จะศึกษากับอาสาสมัครที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต่างอายุกัน แต่ผลการวิจัยก็ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการเข้าเยี่ยมดูแลเหมือนกัน

การเข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการนี้ เนื่องจากความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจอาจทำให้บางครั้งผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวน บางวันอาจจะไม่ต้อนรับการเข้าไปของอาสาสมัคร การเห็นใจและเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่เก็บมาคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ยอมรับทุกอารมณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยเอื้อให้สัมพันธภาพระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการสนับสนุนทางจิตใจเพื่อช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย ด้านการเข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ที่อาจแสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึง ความก้าวร้าวด้วย (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 343-346)

ในการสร้างและรักษาสัมพันธภาพนั้น มีสิ่งที่อาสาสมัครพึงระวังคือ การไม่ไปกระตุ้นอารมณ์ทางลบของผู้ป่วยเรื้อรังให้เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเองอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความอ่อนไหวและถูกกระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย การระมัดระวังคำพูดเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย หรือเรื่องที่อาสาสมัครรับรู้ได้ว่าเป็นเรื่องที่อาจกระทบกระเทือนจิตใจผู้ป่วย รวมทั้งการใช้คำพูดว่า “ไม่เป็นไร” เป็นเรื่องที่ควรระมัดระวัง เนื่องจากผู่ป่วยอาจรู้สึกว่าไม่ได้รับการใส่ใจอย่างแท้จริง เพื่อให้สัมพันธภาพเป็นไปด้วยดี อาสาสมัครควรระวังการเลือกใช้คำพูดและการใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม มีการให้เกียรติผู้ป่วย เช่น การละเว้นการใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงการดูถูกดูแคลนผู้ป่วย

3) การสำรวจความทุกข์

เมื่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและอาสาสมัครเป็นไปด้วยดี การสำรวจความทุกข์หรือค้นหาความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยก็จะสามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีเป็นฐานให้กับกระบวนการนี้ ความต้องการของผู้ป่วยนั้นอาจเป็นความต้องการทั่ว ๆไป หรือเป็นความหวัง เป็นความห่วงกังวลที่รุนแรงสำหรับผู้ป่วย อาสาสมัครสามารถสำรวจความทุกข์ผ่านการฟัง การสังเกต และอาจใช้การถามคำถามร่วมด้วย การสำรวจความทุกข์ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Motyka et al. (1997) ที่ทำการศึกษาว่าพยาบาลในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย Jagiellonian เมืองคราคูฟ (Krakow) ประเทศโปแลนด์มีการสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้ป่วยในการทำงานประจำวันหรือไม่ ซึ่ง Motyka และคณะพบว่า พยาบาลมีการสนับสนุนทางจิตใจผ่านการทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งเช่นกัน แต่ข้อค้นพบอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางจิตใจด้านการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย และการให้คำอธิบายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยไม่พบในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากบริบทของพยาบาลและอาสาสมัครในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน

การฟังเพื่อสำรวจความทุกข์ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การอยู่กับปัจจุบันขณะ ให้ความใส่ใจสนใจกับผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้า ซึ่งการสำรวจความทุกข์ด้วยการฟังในการวิจัยครั้งนี้ ตรงกับการศึกษา

ของ Kunisue ในปี ค.ศ. 2011 ที่ทำการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์ “การฟังอย่างลึกซึ้ง” กับอาสาสมัครในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบว่า การฟังของอาสาสมัครนั้น เป็นมากกว่าการฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดออกมา (Kunisue, 2011, pp. 105-114) การสังเกตอวัจนภาษาของผู้ป่วยเช่นสายตา ท่าทาง จะช่วยให้อาสาสมัครรับรู้ได้ว่ามีสิ่งใดซ่อนอยู่ภายใต้คำพูดหรือท่าทางเหล่านั้นหรือไม่ นอกจากนี้การถามคำถามกับผู้ป่วยเพื่อค้นหาเรื่องที่ผู้ป่วยเป็นห่วงหรือเป็นกังวลก็สามารถทำได้เช่นกัน การรับรู้ความทุกข์หรือปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้อาสาสมัครสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในกระบวนการถัดไป

4. การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ในกระบวนการสุดท้าย คือ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งเป็นอีกกระบวนการที่ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ สร้างความสุขให้ผู้ป่วย บางแนวทางในขั้นตอนนี้อาจเกิดขึ้นก่อนการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วยได้ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยระบายสิ่งต่าง ๆ และการสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า เนื่องจากเป็นการให้การสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยที่สามารถทำได้ทันที แนวทางที่ใช้ในกระบวนการนี้ ได้แก่

4.1) การช่วยให้ผู้ป่วยระบายสิ่งต่าง ๆ เพียงแค่การรับฟังผู้ป่วยอย่างใส่ใจ ก็สามารถนำมาสู่การผ่อนคลายความเครียดและความอึดอัดใจของผู้ป่วยได้ เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีผู้ที่สนใจใส่ใจรับฟังและได้ปลดปล่อยความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา การฟังเพื่อให้ผู้ป่วยระบาย เป็นการฟังอย่างตั้งใจ อาสาสมัครแสดงท่าทางสนใจรับฟัง เช่น พยักหน้าเป็นระยะ อาสาสมัครอาจใช้การสัมผัสด้วยการกอดร่วมนอกจากการฟัง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ออกมา และการกอดยังช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์รุนแรงสงบลงได้ ซึ่งแนวทางข้อนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบบทบาทด้านการฟังในการศึกษาของ Burbeck et al. ว่าเป็นบทบาทหนึ่งของอาสาสมัครในสถานพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Burbeck, Candy, Low, & Rees, 2014, p. 5) รวมทั้ง Elliott and Umeh (2013, p. 380) ก็ค้นพบว่าอาสาสมัครในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้การพูดคุยและการฟัง เป็นการดูแลทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเช่นกัน

4.2) การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า อาสาสมัครให้กำลังใจผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะสู้กับโรคและความทุกข์ต่าง ๆ โดยอาสาสมัครพูดกระตุ้นให้กำลังใจ ชื่นชม พูดถึงข้อดีของผู้ป่วย แสดงความห่วงใยถามไถ่อาการเจ็บป่วย นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการใช้คำพูด คือ การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าให้ผู้ป่วยผ่านการสัมผัส เช่น การบีบนวด การลูบหรือสัมผัสเบา ๆ การกอด และการใช้สายตาเพื่อแสดงความห่วงใย รวมถึงเพียงแค่การไปเยี่ยมนั่งข้าง ๆ ผู้ป่วย ก็ช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดการสื่อสารเพื่อถ่ายทอด

ความรู้สึกระหว่างอาสาสมัครและผู้ป่วยเรื้อรังได้ แนวทางในข้อนี้ ในส่วนของการชื่นชมให้กำลังใจสอดคล้องกับคำแนะนำในการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจผู้ป่วยโดยแพทย์และบุคลากรต่าง ๆ (ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และดาวชมพู นาคะวิโร, 2558, น. 343-346) นอกจากนี้ในงานของ Burbeck, Candy, Low, and Rees (2014, p. 5) ยังมีการกล่าวถึงการให้กำลังใจในลักษณะบทบาทด้านหนึ่งของอาสาสมัครในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย

4.3) การช่วยปรับมุมมองความคิด ความทุกข์ของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากความคิดในทางลบ อาสาสมัครสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ด้วยการชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่น ๆ โดยเฉพาะในแง่มุมบวกที่ผู้ป่วยมักจะมองข้ามไป การช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความจริงผ่านการถามคำถามให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความคิดของตน และทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ การช่วยปรับมุมมองความคิดยังรวมถึงการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความทุกข์ ให้ผู้ป่วยอยู่กับเรื่องราวที่มีความสุข จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่าแนวทางเหล่านี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่จมอยู่กับปัญหาและความทุกข์ ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น บางรายสามารถยอมรับและวางใจให้ทุกข์น้อยลงจากเรื่องที่เคยเป็นกังวลอย่างมากได้

4.4) การช่วยเป็นสื่อกลาง ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นย่อย คือ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา เช่น แพทย์ พยาบาล และ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้ตรงกับอีกหนึ่งบทบาทของอาสาสมัครในสถานพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการศึกษาของ Burbeck, Candy, Low, and Rees (2014, p. 5) รวมทั้งสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานของ Elliott and Umeh (2013, p. 380) ที่ทำการศึกษากับอาสาสมัครในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในงานของ Elliott and Umeh กล่าวถึงในมุมที่อาสาสมัครช่วยเป็นสื่อกลางกับพยาบาลเท่านั้น การเป็นบุคคลที่สามมีส่วนช่วยให้การเป็นสื่อกลางสามารถเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยเรื้อรังหลายท่านอาจไม่กล้าบอกความต้องการของตนเองกับทีมรักษา ไม่กล้าถามเมื่อมีข้อสงสัยในอาการป่วยของตน หรือไม่กล้าพูดเมื่อมีการปฏิบัติที่อาจไม่เหมาะสมจากทีมรักษา ทำให้เกิดความอึดอัดคับข้องใจ แนวทางการช่วยเหลือด้วยการเป็นสื่อกลางนี้ ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังเข้าใจทีมรักษาได้มากยิ่งขึ้น ช่วยลดอารมณ์ทางลบที่อาจเกิดขึ้นได้ การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวของผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน ด้วยความเคยชิน ความเขินอาย หรือสาเหตุอื่น ๆ อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวตนเอง เมื่ออาสาสมัครสามารถเชื่อมประสานในกรณีนี้ได้ ความต้องการของผู้ป่วยก็จะได้รับการเติมเต็ม เป็นการเสริมสร้างอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยเรื้อรังให้เกิดขึ้น

4.5) การลงมือช่วยเหลืออื่น ๆ โดยไม่ปล่อยผ่าน เมื่อกระบวนการในการสำรวจความทุกข์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสามารถรับรู้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รับรู้ปัญหาหรือความกังวลใจของผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว อาสาสมัครไม่มีทัศนคติว่าเป็นเพียงการบ่นทั่วไป หรือ

รับฟังแค่ผ่าน ๆ เท่านั้น แต่อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมุ่งมั่นพยายามหาทางช่วยเหลือเท่าที่ตนสามารถทำได้ ซึ่งการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับเรื่องราว สถานการณ์และภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละราย การช่วยเหลืออาจเป็นเพียงเรื่องเล็ก ๆ เช่น การจัดหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นเช่น ผ้าเย็น ไปจนถึงเรื่องใหญ่ ๆ เช่น การช่วยติดตามบุคคลที่ผู้ป่วยรู้สึกติดค้าง การช่วยประสานงานให้บุตรผู้ป่วยได้รับทุนการศึกษา อย่างไรก็ตามแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจแนวทางนี้ สิ่งสำคัญไม่ใช่เพียงความสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น แต่คือการแสดงออกของอาสาสมัครในการใส่ใจตั้งใจ เห็นความสำคัญของผู้ป่วยเรื้อรังและพยายามหาทางช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นการเพิ่มอารมณ์ทางบวกให้ผู้ป่วยอีกแนวทางหนึ่ง

4.6) ข้อควรระวังในการช่วยเหลือสนับสนุน อาสาสมัครมีความตั้งใจดีในการช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย แต่ในกระบวนการนี้อาสาสมัครก็ต้องระวังการให้ความหวังกับผู้ป่วยทั้งในเรื่องเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคมาถึงระยะสุดท้าย และการให้ความหวังในเรื่องที่อาสาสมัครไม่แน่ใจ หรือไม่มีข้อมูล เช่น การให้ความหวังว่าญาติผู้ป่วยจะมาเยี่ยม ทั้ง ๆ ที่อาสาสมัครไม่ทราบข้อมูล หรือมีแนวโน้มว่าจะไม่มา การให้ความหวังแบบนี้ส่งผลในทางลบต่อผู้ป่วย อาสาสมัครจึงควรระมัดระวังไม่ให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง หรือความหวังที่ตนเองไม่แน่ใจแก่ผู้ป่วย

แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ 4-Tier Model ของ องค์กร NICE ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางจิตใจในระดับแรกนั้นครอบคลุมถึงการรับรู้และตระหนักถึงความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ผ่านการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจทั่วไป แต่ข้อค้นพบในการงานวิจัยนี้ลงรายละเอียดของการสนับสนุนทางจิตใจมากกว่า (Anglia Cancer Network, 2011, p. 2) และแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งแสดงให้เห็นใน 4 ขั้นตอน สอดคล้องกับกระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC (Nelson-Jones, 2012, pp. 38-41) ซึ่งเหมาะกับการช่วยเหลือที่ใช้ในการแก้ปัญหา แต่ก็สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้ โดยกระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC แบ่งระยะของการช่วยเหลือเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเกี่ยวข้อง (The relating stage) ตรงกับการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัคร และ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 2) ระยะทำความเข้าใจ (The understanding stage) ตรงกับการสำรวจความทุกข์ของผู้ป่วย 3) ระยะเปลี่ยนแปลง (The changing state) ตรงกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย โดยทั้งสามระยะในกระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC มีความยืดหยุ่น สามารถคาบเกี่ยวกัน และย้อนกลับได้ เช่นเดียวกับข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ ในกระบวนการให้การช่วยเหลือแบบ RUC เน้นการแก้ปัญหาด้วยตัวผู้รับการช่วยเหลือเอง แต่ในบริบทของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วย

เรื้อรังพบว่าบางแนวทางผู้ที่แก้ไขปัญหาอาจกระทำโดยอาสาสมัครเนื่องจากความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ ของตัวผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังจะแสดงให้เห็นถึงกระบวนการในการสนับสนุนทางจิตใจแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงทักษะที่อาสาสมัครใช้ซึ่งบางส่วนตรงกับจุลทักษะในการให้การปรึกษาของ Ivey ได้แก่ ทักษะการใส่ใจหรือทักษะการฟัง ทักษะการสังเกต การถามคำถามซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทักษะลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน ทักษะการสร้างอิทธิพลหรือการโน้มน้าวด้านการตีความสถานการณ์ ด้านการแนะนำให้ข้อมูล ด้านการเปิดเผยตนเอง และ ด้านการชวนให้คิดถึงผลที่ตามมา (Ivey et al., 1980, pp. 71-86; Ivey et al., 1980, pp. 121-129) ซึ่งทักษะเหล่านี้ตรงกับทักษะของผู้ช่วยเหลือของ Nelson ด้วย (Nelson-Jones, 2014, pp. 45-129) โดย Nelson เน้นย้ำถึงทักษะการแสดงความใส่ใจสนใจ (showing attention and interest skill) โดยเน้นย้ำที่การแสดงออกถึงความใส่ใจผู้ที่เข้ามารับการช่วยเหลือ เช่น การมีเวลาให้ การแสดงสีหน้าท่าทาง ภาษากายต่าง ๆ การสัมผัส การสบตา และลักษณะภายนอก เช่น การแต่งกาย (Nelson-Jones, 2014, pp. 50-55) ทักษะการแสดงความใส่ใจสนใจในด้านลักษณะภายนอกนั้น ผู้วิจัยพบในการศึกษาครั้งนี้ในวัตถุประสงค์เรื่องคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเช่นกัน แต่พบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักเพียงคนเดียว และผู้ให้ข้อมูลหลักอื่น ๆ ไม่ได้กล่าวถึงและให้ความสำคัญในด้านนี้ นอกจากทักษะในการให้การปรึกษาตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังพบทักษะการปล่อยวางซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการอารมณ์ตนเอง และ ทักษะการเข้าใจผู้อื่นหรือการ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

กระบวนการและทักษะที่ใช้ในแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสามารถแสดงให้เห็นดังตาราง 7

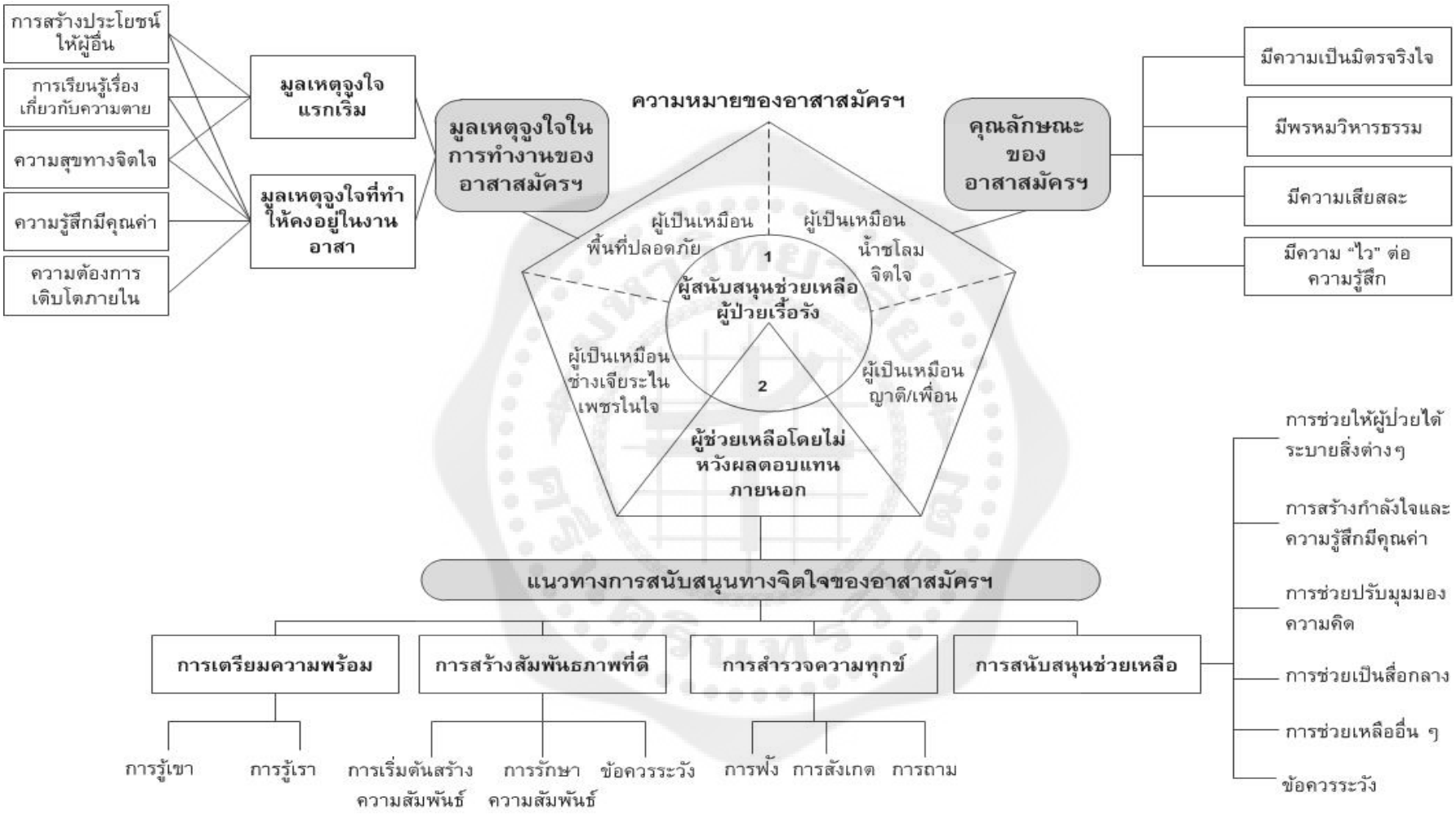
ตาราง 7 ทักษะที่ใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ทักษะที่ใช้	การเตรียมความพร้อม	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี	การสำรวจความทุกข์	การช่วยเหลือสนับสนุน
ทักษะการจัดการอารมณ์ตนเอง	✓			
ทักษะการเข้าใจผู้อื่น		✓		
ทักษะการใส่ใจ/การฟัง		✓	✓	✓
ทักษะการสังเกต		✓	✓	

ตาราง 7 (ต่อ)

ทักษะที่ใช้	การเตรียมความพร้อม	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี	การสำรวจความทุกข์	การช่วยเหลือสนับสนุน
ทักษะการถาม	✓		✓	
ทักษะการโน้มน้าวด้านการตีความสถานการณ์				✓
ทักษะการโน้มน้าวด้านการแนะนำให้ข้อมูล				✓
ทักษะการโน้มน้าวด้านการเปิดเผยตนเอง		✓		✓
ทักษะการโน้มน้าวด้านการชวนคิดถึงผลที่ตามมา				✓

จากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมาย คุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มูลเหตุจูงใจในการทำงาน และแนวทางที่อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังใช้ในการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการทำความเข้าใจอาสาสมัครในบริบทนี้และนำไปใช้ส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้สรุปข้อค้นพบดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แสดงภาพรวมความหมาย คุณลักษณะ มูลเหตุจูงใจ และแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

1.1 ผู้ที่ปัจจุบันเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอยู่แล้ว สามารถนำผลวิจัยในส่วนของแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วย ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่ตนกำลังให้การดูแล

1.2 ผู้ที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถทำความเข้าใจการเป็นอาสาสมัครและคุณลักษณะของอาสาสมัครในบริบทนี้ผ่านมุมมองของอาสาสมัครที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น และสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

1.3 ผู้ที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถใช้ข้อค้นพบในส่วนของแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเตรียมความพร้อมให้ตนเองในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับเครือข่ายอาสาสมัครฯ

2.1 เครือข่ายอาสาสมัครที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถนำผลการวิจัยในส่วนความหมาย และคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการประชาสัมพันธ์กับ โรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลทั่วไป เพื่อสร้างความเข้าใจและเปิดพื้นที่ให้สังคมเห็นความสำคัญของอาสาสมัครในระบบสุขภาพ

2.2 เครือข่ายอาสาสมัครที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถนำผลการวิจัยในส่วนแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจไปประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างแบบฝึกอบรม หรือแบบเสริมทักษะ เช่น ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง ทักษะการตั้งคำถามอันทรงพลัง ให้อาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โดยอาจมีการประสานงานการฝึกอบรมร่วมกับนักจิตวิทยาการปรึกษา

2.3 เครือข่ายอาสาสมัครที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง สามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในส่วนคุณลักษณะอันพึงประสงค์และมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัคร เพื่อใช้ในกระบวนการคัดเลือกและรับสมัครอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนการรักษาให้อาสาสมัครให้คงอยู่ในงานอาสาตลอดระยะเวลาของโครงการ

2.4 เครือข่ายอาสาสมัครที่มีการดำเนินงานด้านการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังสามารถประยุกต์ข้อค้นพบในส่วนของมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยน หรือจัดหาช่องทางการสื่อสารให้อาสาสมัครและทีมงานได้สนับสนุนซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยด้านคุณลักษณะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง พบข้อค้นพบเพิ่มเติมในประเด็นของบุคลิกลักษณะภายนอกของอาสาสมัคร ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป จึงมีข้อเสนอแนะในเชิงการวิจัยให้ศึกษาเพิ่มเติมในด้านบุคลิกลักษณะภายนอกที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ครอบคลุมคุณลักษณะที่ส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครในบริบทนี้ได้มากยิ่งขึ้น

2. เสนอแนะในเชิงการวิจัยให้มีการวิจัยในเชิงการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังตามคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้จากข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกพร สุทธิสัณหกุล. (2557). *การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมอาสาและพฤติกรรมอาสาของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ.

กรรณิกา ปัญญาวงค์ และ พนัส พฤกษ์สุนันท์. (2555). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาการดูแสุขภาพแบบองค์รวม*. สมุทรสงคราม: สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน.

กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. (กรกฎาคม – กันยายน 2552). เครือข่ายชีวิตสิกขา. *จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง*, 1(2). สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559 จาก http://www.budnet.org/sunset/node/173

กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. (ตุลาคม – ธันวาคม 2554). ทบทวนประสบการณ์ อาสาข้างเตียง *จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง*, 3(10). สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559 จาก http://www.budnet.org/sunset/node/37

กองสาราณียกรจดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง. (มกราคม-มีนาคม 2553). จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในสังคมไทย: บทสำรวจโดยสังเขป. *จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง*, 2(4). สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559 จาก http://www.budnet.org/peacefuldeath/node/140

กันธิชา เผือกเจริญ. (2556). *ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต.

ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์. (2554). *วิจัยเชิงคุณภาพไม่ยากอย่างที่คิด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้.

เครือข่ายพุทธิกา. (2559). *รู้จักเรา โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ*. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2559 จาก http://www.budnet.org/sunset/node/351

ชาย โพธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).

โชติกา ระโส. (2555). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการอุดมศึกษา.

ณัฐกุล อาชวกุลเทพ. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการอาสาสมัครของนิสิตปริญญาตรีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะจิตวิทยา, สาขาวิชาจิตวิทยา.

ดล เกตน์วิมุต. (มิถุนายน 2552). *เครือข่ายชีวิตสิกขา เพื่อการเรียนรู้ทำความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต*. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559 จาก https://www.gotoknow.org/posts/278955 https://www.gotoknow.org/posts/278955

ธนัชพร กบิลฤทธิวัฒน์. (2557). *แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับความภักดีต่อองค์กรของพนักงานไทยในบริษัทข้ามชาติญี่ปุ่นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.* มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการจัดการ.

นงพงา ลิ้มสุวรรณโร. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, บทที่ 30 การให้คำแนะนำปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

นิตยา จรัสแสง และคณะ. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 439-446. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2559 จาก http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/57-4/06-Nittaya.pdf

ปฏิญญาอาสาสมัครไทย. (2544). *ปฏิญญาอาสาสมัครไทยและนโยบายการพัฒนางานอาสาสมัคร.* สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2559, จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=861

ปิยะนาถ สรวิสูตร. (2552). *แรงจูงใจของผู้นำเยาวชนที่มีจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม: กรณีศึกษา สภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

พงพันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2557). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการการปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระไพศาล วิสาโล. (8 ธันวาคม 2552). *จิตอาสา สุขสร้างง่าย ๆ แค่ลงมือทำ.* สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2559, จาก http://www.volunteerspirit.org/?p=25889

พิมลพร สวรรณยานุกิจ. (2555). *ประสบการณ์ทางจิตใจของอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะจิตวิทยา, สาขาวิชาจิตวิทยา.

เพชรลดา ซึ้งจิตสิริโรจน์. (2556). *การพัฒนาระบบอาสาสมัครในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

ภาพันธ์ ไทยพิสุทธิกุล และ ดาวชมพู นาคะวิโร. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, บทที่ 25 ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วนภัทร์ แสงแก้ว. (2553). *การพัฒนาแกนนำจิตอาสาป้องกันเอดส์เพื่อนำไปสู่ความยั่งยืน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม. (2551). แรงจูงใจในงานที่มีผลต่อความผูกพันในงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 19(2), 59-73. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2559 http://www.tci-thaijo.org/index.php/edubuu/article/view/18661/16427

วริสรา ลุวีระ, เดือนเพ็ญ ศรีขา และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนโดยอาสาสมัคร: การรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 199-204. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2559 จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1784

วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. (2552). *พุทธิกา อาสาข้างเตียง*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2554). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา) (พิมพ์ครั้งที่ 16)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ศิวพร ละม้ายนิล. (2557). *ประสบการณ์ชีวิตการเป็นอาสาสมัครดวงตามืด การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.

ศุภรัตน์ รัตนมุขย์. (2548). อาสาสมัคร : การพัฒนาตนเองและสังคม. *วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร*, 1(2), 1-9. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559, จาก http://www.volunteerspirit.org/files/volunteer%20and%20human.pdf

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2542). อุดมการณ์อาสาสมัครในมิติสังคมวิทยาเชิงพุทธ. *วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่องมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 54-57. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2559, จาก http://lib16.kku.ac.th/e-journal/file/869/v7/n1y2542/

สรรเสริญ วงศ์ชอุ่ม. (2554). *การวางแผนพัฒนาประเทศ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ่ง.

สวรรณกมล จันทรมะโน. (2558). “ไม่ยืดชีวิตและไม่เร่งความตาย”: การสร้างทฤษฎีฐานรากจากรูปแบบและกระบวนการจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ. เด็ก กรุงเทพมหานครง. *Veridian E-Journal ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 8(2), 315-335. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560 จาก http://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/40208/33158

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). *กลุ่มโรค NCDs*. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2559 http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (กรกฎาคม 2558). *ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12*. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2559 จาก http://www.sukhothai.go.th/mainredcross/7I.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (1 สิงหาคม 2559). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: ป่วยตามเขตบริการสุขภาพ 2550 - 2557*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ป่วยตามเขตบริการสุขภาพ 2550 - 2557.xlsx

สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, (2558). *เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์.

สุจินดา ประเสริฐ, อรพินทร์ ชูชม, พรรณี บุญประกอบ, และ อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2554). ผลการพัฒนาแรงจูงใจภายในในการเรียนรู้และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 17(2), 54-68. สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2559 http://tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/352/290

โสภณ บุญถนอมวงศ์. (2552). *ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเริ่มต้นด้วยตนเอง บุคลิกภาพเชิงรุก ความมานะพยายาม การยึดมั่นต่อเป้าหมายและความริเริ่มด้วยตนเองของพนักงานขายยา*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะศิลปศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ.

อนุ เจริญวงศ์ระยับ. (2552). *การรับรู้สภาพแวดล้อมภายในสถานศึกษาและลักษณะส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการเป็นอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในนักศึกษาระดับปริญญาตรี.* (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.

อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 58(1), 3-16. สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2559 จาก http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-1/01-Anuphong.pdf

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2559). การเตรียมพร้อมสู่การ*ทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาวะตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย* (รายงานการวิจัย ฉบับที่ 162). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2559 จาก http://bsris.swu.ac.th/upload/232313.pdf

Anglia Cancer Network. (2011).*Psychological Support Service Development Strategy*. Retrieved 15, 2016, from http://www.angcn.nhs.uk/download/5fd05f99-ca8a-49b3-84ff-3d446f12fa38

Australian Institute of Health and Welfare. (2014). *Australia's health 2014, Chronic disease—Australia's biggest health challenge* (pp. 94-103). Retrieved August 5, 2016 from http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129548150

Australian Institute of Health and Welfare. (August, 2015). *Chronic diseases*. Retrieved August 5, 2016 from http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/

Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. New York: Oxford University Press.

Batson, C. D., Van Lange, A. M. P., Ahmad, N., & Lishner, D. A. (2007). Altruism and Helping Behavior. In The Sage Handbook of Social Psychology. (pp. 241-258). Hogg, M.A., & Cooper, J. (editors). London: Sage. DOI:10.4135/9781848608221.n11

Batson, D. C. (2010). The Empathy-Altruism Hypothesis. *Oxford Scholarship Online*. DOI:10.1093/acprof:oso/9780195341065.003.0002

Burbeck, R., Candy, B., Low, J., & Rees, R. (2014). Understanding the role of the volunteer in special palliative care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Palliative Care*, 13, 3-14. DOI: 10.1186/1472-684X-13-3

Burbeck, R., Candy, B., Low, J., Sampson, E. L., Bravery, R., Hill, M., Morris, S., . . . Candy, B. (2014). Volunteers in specialist palliative care: A survey of adult services in the United Kingdom. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), 568-574. DOI:0.1089/jpm.2013.0157

Clary, E. G., & Snyder, M. (1999). The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 156-159. http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00037

Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, Peter. (1998). Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74(6), 1516-1530.

Claxton-Oldfield, S. (2015). Hospice palliative care volunteers: The benefits for patients, family caregivers, and the volunteers. *Palliative and Supportive Care*, 13, 809-813. DOI: 10.1017/S1478951514000674

de Wit, M., Pulgaron, E. R., Pattino-Fernandez, A. M. & Delamater, A. M. (2014). Psychological Support for Children with Diabetes: Are the Guidelines Being Met?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(2), 190-199. DOI:10.1007/s10880-014-9395-2

Delaloye, S., Escher, M., Luthy, C., Piguet, V., Dayer, P., & Cedraschi, C. (2015). Volunteers trained in palliative care at the hospital: An original and dynamic resource. *Palliative and Supportive Care*, 13, 601–607. DOI:10.1017/S1478951514000169

Dobbin, D. (2012). Standards for psychological support for adults living with HIV: a review. *HIV Nursing*, 12(1), 7-11.

Elliott, G., & Umeh, K. (2013). Psychological issues in voluntary hospice care. *British Journal of Nursing*, 22(7), 377-383.

Ivey, A. E., Ivey, M. B. & Simek-Downing L. (1980). *Counseling and psychotherapy: integrating skills, theory, and practice* (2 nd. ed.). London: Prenticxe-Hall international.

Kitasumi, Y., Satonaka, M., Nakatani, S. & Morita, H. (2001). Mental Support of family members of a patient in status asthmaticus. *Bulletin of Aino Gakuin*, 15, 53-57.

Kunisue, Y. (2011). *Deep listening: The lived experience of hospice volunteer listeners*. (Doctoral dissertation). Institute of Transpersonal Psychology, Global Psychology with a concentration in Transpersonal Psychology. Retrieved July 15, 2016, from http://pqdtopen.proquest.com/doc/863480424.html?FMT=ABS

Lloyd, C. E., Gill, P. & Stone, M. (2013). Psychological Care in a National Health Service: Challenges for People with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 13(6), 894-899. DOI:10.1007/s11892-013-0416-6

London Cancer. (2014). *Service Specification Psychological Support Services*. Retrieved 15, 2016, from http://www.londoncancer.org/media/89175/psychological-service-specification-final-2014june-.pdf

Maslow, A. H. (1954*). Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Middleton, R. J. (2014). Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard*, 28(21), 39-45. DOI:10.7748/ns2014.01.28.21.39.e8149

Mierzyńska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M. & Piotrowicz P., (2010). Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 17(3), 319-324. Retrieved August 5, 2016 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20535728

Motyka, M., Motyka, H. & Wsołek R. (1997). Elements of psychological support in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 909–912. DOI:10.1046/j.1365-2648.1997.00408.x

National Health Council. (July 29, 2014). *About Chronic Diseases*. Retrieved August 5, 2016 from http://www.nationalhealthcouncil.org/sites/default/files/NHC_Files/Pdf_Files/AboutChronicDisease.pdf

National Hospice and Palliative Care Association. (2015). *NHPCO's Facts and Figures on Hospice Care (Edition 2013).* Retrieved August 5, 2016 from *http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf*

National Institute for Health and Care Excellent. (2004)*. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer.* Retrieved July 15, 2016, from https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-773375005

Nelson-Jones, R. (2012). *Basic counselling skills: A helper's manual* (3 rd. ed.). London: SAGE.

Nelson-Jones, R. (2014). *Practical counselling and helping skills* (6 th. ed.). London: SAGE.

Papathanassoglou, E. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 118-128. DOI:10.1111/j.1478-5153.2009.00383.x

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54–67: DOI:10.1006/ceps.1999.1020.

Schroeder, D. A., Penner, L. A., Dovidio J. F., Piliavin, J. A. (1995). *The psychology of helping and altruism: problems and puzzles*. New York: McGraw-Hill.

Tower, R. (2007). Providing psychological support for patients with cancer. *Nursing Standard*, 22(12), 50-57. DOI:10.7748/ns2007.11.22.12.50.c6245

Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128. Retrieved August 7, 2016 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070773/

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Retrieved July 15, 2016, from http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/

Zhao, L., Xie, H. & Dong R. (2015). Volunteers as caregivers for elderly with chronic diseases: An assessment of demand and cause of demand. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 268-272. DOI:10.1016/j.ijnss.2015.08.003

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง)

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินดา วราสุนันท์	คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง	ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. อาจารย์ ดร.อมราพร สุรการ	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. อาจารย์ ดร.อนันดา สัณฐิติวณิชย์	สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ข

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

คำถามเกริ่น

เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และโยงเข้าคำถามหลักของการวิจัย

1) คุณประกอบอาชีพอะไรในขณะที่ทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

2) คุณเริ่มเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อใด และปัจจุบันยังทำอยู่หรือไม่ รวมเป็นระยะเวลาเท่าใด

3) ก่อนหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณเคยทำงานอาสาสมัครในลักษณะอื่นมาก่อนหรือไม่ อย่างไร

4) คุณไปเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยบ่อยเพียงไร แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาเท่าใด

5) คุณจัดสรรเวลาส่วนตัวของตนเองเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร

6) ผู้ป่วยที่คุณเคยมีประสบการณ์ในการดูแล มีอาการป่วยด้วยโรคอะไร

7) คุณคิดว่าการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีความสำคัญหรือไม่ อย่างไร และอาสาสมัครมีส่วนช่วยได้อย่างไร

ฯลฯ

คำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายและคุณลักษณะของการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

1) คุณคิดว่าการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังหมายถึงอะไร

1.1) ช่วยเล่าถึงการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ในมุมมองของคุณคิดว่าเป็นงานอย่างไร

2) คุณมีมุมมองต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร

2.1) ในมุมมองของคุณ การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ต่างหรือเหมือนจากการเป็นอาสาสมัครอื่น ๆ หรือไม่อย่างไร

2.2) ก่อนและหลังเป็นอาสาสมัครคุณมีมุมมองต่ออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร

3) คุณคิดว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณลักษณะอย่างไร

3.1) คุณคิดว่าอะไรในตัวคุณที่เหมาะสมหรือส่งเสริมการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

3.2) คุณได้เห็นคุณลักษณะใดอีกบ้างจากผู้อื่นที่คิดว่าช่วยส่งเสริมในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

3.3) มีตัวอย่างคนแบบไหนที่คุณคิดว่าเหมาะสมกับการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ฯลฯ

คำถามเกี่ยวกับมูลเหตุจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

4) ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ ว่าคุณเริ่มมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างไร

5) ก่อนเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณรู้จักใครที่ทำงานอาสาสมัครในลักษณะนี้หรือไม่ (ในกรณีที่มี ผู้นั้นมีอิทธิพลในการตัดสินใจเป็นอาสาสมัครของคุณหรือไม่)

6) คุณคาดหวังอะไรในการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

7) เพราะอะไรท่านจึงเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

7.1) อะไรที่ทำให้คุณยังคงทำงานอาสาสมัครอยู่

7.2) คุณเคยคิดจะหยุด หรือไม่อยากไปทำงานอาสาสมัครหรือไม่ เพราะอะไร

7.3) นอกจากเหตุผลที่เล่ามาแล้ว มีใครสนับสนุนการมาเป็นอาสาสมัครของคุณบ้าง

ฯลฯ

คำถามเกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

8) คุณมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้งก่อนและระหว่างการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

9) คุณรับรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ

9.1) ผู้ป่วยบอกเล่า หรือมีคำพูดอะไรที่ทำให้คุณรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ ช่วยยกตัวอย่าง

9.2) ผู้ป่วยมีสีหน้า หรือท่าทางอย่างไร

9.3) คุณรับรู้หรือสังเกตจากอะไรอีกว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ (เช่น คำบอกเล่าของญาติ พยาบาล)

10) ขอให้คุณทบทวนและช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่คุณช่วยลดความไม่สบายใจ ลดความทุกข์ของผู้ป่วย

10.1) คุณทำอย่างไรบ้างในการเข้าไปพบเพื่อดูแลจิตใจผู้ป่วย

10.2) คุณทำอย่างไรเวลาที่เห็นผู้ป่วยทุกข์ เศร้า กังวล หรือรู้ว่าเค้าต้องการกำลังใจ

11) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากคุณ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือแสดงออกอย่างไร

12) คุณเคยประสบปัญหาในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร หากเคยคุณได้แก้ไขอย่างไร

13) หากให้นึกถึงคำหรือประโยค ที่เป็นสิ่งสำคัญในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณนึกถึงประโยคไหนคะ ช่วยอธิบาย

14) สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง หรือควรระมัดระวังในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นอาสาสมัครคืออะไร

ฯลฯ

หมายเหตุ: ประเด็นคำถามสามารถปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นตามสถานการณ์

ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญและการปรับปรุงข้อคำถาม

ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญและการปรับปรุงข้อคำถาม

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
คำถามเกริ่น					
1	ท่านเป็นอาสาสมัครอย่างเดียว หรือประกอบอาชีพอย่างอื่นร่วมด้วย และอาชีพอะไร	3	0.6	ใช้ได้	1) คุณประกอบอาชีพอะไรในขณะที่ทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
2	ท่านเริ่มเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อใด	3	0.6	ใช้ได้	2) คุณเริ่มเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อใด และปัจจุบันยังทำอยู่หรือไม่ รวมเป็นระยะเวลาเท่าใด
3	ก่อนหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ท่านเคยทำงานอาสาสมัครในลักษณะอื่นมาก่อนหรือไม่ อย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	3) ก่อนหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณเคยทำงานอาสาสมัครในลักษณะอื่นมาก่อนหรือไม่ อย่างไร
4	ความถี่ในการเข้าเยี่ยมหรือให้การดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังของท่านเป็นอย่างไร และแต่ละครั้งมีระยะเวลาประมาณเท่าไหร่ (เช่น 1 ครั้ง/อาทิตย์ครั้งละประมาณ ครึ่งชั่วโมง)	3	0.6	ใช้ได้	4) คุณไปเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยบ่อยเพียงไร แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาเท่าใด
5	ท่านจัดสรรเวลาส่วนตัวของตนเองเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	5) คุณจัดสรรเวลาส่วนตัวของตนเองเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร
6	ระยะเวลาที่ท่านเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังรวมแล้วเป็นระยะเวลาประมาณกี่เดือน (ปี)	3	0.6	ใช้ได้	นำไปรวมกับข้อ 2 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากเป็นคำถามในหัวข้อเรื่องระยะเวลาเหมือนกัน

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
7	ในปัจจุบันท่านยังคงทำการอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่	3	0.6	ใช้ได้	นำไปรวมกับข้อ 2 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากเป็นคำถามในหัวข้อเรื่องระยะเวลาเหมือนกัน
8	ผู้ป่วยที่ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแล มีอาการป่วยด้วยโรคอะไร	3	0.6	ใช้ได้	6) ผู้ป่วยที่คุณเคยมีประสบการณ์ในการดูแล มีอาการป่วยด้วยโรคอะไร
9	ผู้ป่วยที่ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแล ท่านทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทางด้านจิตใจ เช่นจากคำบอกเล่า สังเกตจากอารมณ์และพฤติกรรม	3	0.6	ใช้ได้	พิจารณาตัดออกเนื่องจากเป็นข้อคำถามหลักสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3
คำถามเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1					
10	ในทัศนะของท่าน ท่านรับรู้และให้ความหมายต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	1) คุณคิดว่าการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึงอะไร 1.1) ช่วยเล่าถึงการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในมุมมองของคุณคิดว่าเป็นงานอย่างไร
11	ในมุมมองของท่าน การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ต่างจากการเป็นอาสาสมัครในลักษณะอื่นๆหรือไม่อย่างไร	4	0.8	ใช้ได้	2) คุณมีมุมมองต่อการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร 2.1) ในมุมมองของคุณ การเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังต่างหรือเหมือนจากการเป็นอาสาสมัครอื่นๆหรือไม่อย่างไร 2.2) ก่อนและหลังเป็นอาสาสมัครคุณมีมุมมองต่ออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
12	ก่อนเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มุมมองของท่านที่มีต่ออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร	5	1.0	ใช้ได้	นำมารวมกันและปรับเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อที่ 2 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
13	หลังเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง มุมมองของท่านที่มีต่ออาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร เปลี่ยนไปหรือไม่อย่างไร และเปลี่ยนเนื่องจากปัจจัยหรือเหตุผลใด	5	1.0	ใช้ได้	
14	ท่านคิดว่าการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีความสำคัญอย่างไร	1	0.6	ใช้ได้	นำมารวมกัน แล้วจึงนำไปใช้เป็นข้อคำถามเกริ่นแทนการใช้เป็นคำถามหลัก เพื่อใช้เป็นคำถามเปิดนำเข้าสู่คำถามหลักตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
15	ท่านคิดว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีความสำคัญและมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	
16	ท่านคิดว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณลักษณะอย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	3) คุณคิดว่าอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณลักษณะอย่างไร 3.1) คุณคิดว่าอะไรในตัวคุณที่เหมาะสมหรือส่งเสริมการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 3.2) คุณได้เห็นคุณลักษณะใดอีกบ้างจากผู้อื่นที่คิดว่าช่วยส่งเสริมในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง 3.3) มีตัวอย่างคนแบบไหนที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
17	คุณลักษณะใดของท่าน ที่ท่านคิดว่ามีส่วนช่วยในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และมีส่วนช่วยอย่างไร	3	0.6	ใช้ได้	ปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 3
18	นอกจากคุณลักษณะที่ท่านมี ท่านได้เห็นคุณลักษณะใดอีกบ้างจากผู้อื่นที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ในการเป็นผู้ดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	3	0.6	ใช้ได้	ปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 3
คำถามเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2					
19	ขอให้ท่านช่วยอธิบายจุดเริ่มต้น ที่ท่านตัดสินใจเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	5	1.0	ใช้ได้	4) ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ ว่าคุณเริ่มมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างไร
20	ก่อนเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง ท่านรู้จักใครที่ทำการอาสาสมัครในลักษณะนี้หรือไม่ (ในกรณีที่มี ผู้นั้นมีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่)	4	0.8	ใช้ได้	5) ก่อนเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณรู้จักใครที่ทำงานอาสาสมัครในลักษณะนี้หรือไม่ 5.1) ในกรณีที่มี ผู้นั้นมีอิทธิพลในการตัดสินใจเป็นอาสาสมัครของคุณหรือไม่
21	ท่านมีความปรารถนาอะไรในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	5	1.0	ใช้ได้	6) คุณคาดหวังอะไรในการมาเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง
22	ขอให้ช่วยอธิบายว่า เพราะอะไรท่านจึงเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง	5	1.0	ใช้ได้	7.) เพราะอะไรท่านจึงเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง 7.1) อะไรที่ทำให้คุณยังคงทำงานอาสาสมัครอยู่ 7.1) คุณเคยคิดจะหยุด หรือไม่อยากไปทำงานอาสาสมัครหรือไม่ เพราะอะไร

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
					7.2) นอกจากเหตุผลที่เล่ามาแล้ว มีใครสนับสนุนการมาเป็นอาสาสมัครของคุณบ้างหรือไม่
23	ท่านได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร	2	0.4	ตัดออก	ตัดออกจากข้อคำถามหลัก และนำไปใช้เป็นคำถามซักในข้อคำถามที่ 7 ตามคำแนะนำ
คำถามเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3					
24	ท่านมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้งก่อน และระหว่างการเป็นอาสาสมัครอย่างไรบ้าง	4	0.8	ใช้ได้	8) คุณมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังทั้งก่อนและระหว่างการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง
24	ท่านมีความเชื่อ หรือมีทัศนคติต่อการเป็นผู้ป่วยเรื้อรังอย่างไร	2	0.4	ตัดออก	พิจารณาตัดออกจากบทสัมภาษณ์
26	ท่านรับรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล เศร้าซึม เครียด เบื่อหน่าย	5	1.0	ใช้ได้	9) คุณรับรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ 9.1) ผู้ป่วยบอกเล่า หรือมีคำพูดอะไรที่ทำให้คุณรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ ช่วยยกตัวอย่าง 9.2) ผู้ป่วยมีสีหน้า หรือท่าทางอย่างไร 9.3) คุณรับรู้หรือสังเกตจากอะไรอีกว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ (เช่น คำบอกเล่าของญาติ พยาบาล)
27	ผู้ป่วยบอกเล่า หรือมีคำพูดอะไรที่ทำให้ท่านรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ	4	0.8	ใช้ได้	ปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 9

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
28	ผู้ป่วยมีสีหน้า หรือท่าทางอย่างไร ที่ทำให้ท่านรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ	4	0.8	ใช้ได้	ปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 9
29	ท่านรับรู้หรือสังเกตจากอะไรอีกว่าผู้ป่วยกำลังมีความทุกข์ทางจิตใจ (เช่น คำบอกเล่าของญาติ พยาบาล)	2	0.4	ตัดออก	ตัดออกจากข้อคำถามหลัก และนำไปใช้เป็นคำถามซักในข้อคำถามคำถามหลักข้อ 9
30	ขอให้ท่านทบทวนและช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่ท่านช่วยสนับสนุนทางจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง	5	1.0	ใช้ได้	10) ขอให้คุณทบทวนและช่วยเล่าถึงเหตุการณ์ที่คุณช่วยลดความไม่สบายใจ ลดความทุกข์ของผู้ป่วย 10.1) คุณทำอย่างไรบ้างในการเข้าไปพบเพื่อดูแลจิตใจผู้ป่วย 10.2) คุณทำอย่างไรเวลาที่เห็นผู้ป่วยทุกข์ เศร้า กังวล หรือรู้ว่าเค้าต้องการกำลังใจ
31	ท่านทำอย่างไรในการเข้าหาผู้ป่วย	2	0.4	ตัดออก	ตัดออกจากข้อคำถามหลัก และปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 10
32	พฤติกรรมใดที่ท่านใช้ในการประคับประคอง สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	3	0.6	ใช้ได้	ปรับตามคำแนะนำเป็นข้อคำถามซักในคำถามหลักข้อ 10
33	เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากท่าน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือแสดงออกอย่างไร	5	1.0	ใช้ได้	11) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากคุณ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือแสดงออกอย่างไร
34	ในทัศนะของท่านการพูดคุยและการฟังผู้ป่วยเรื้อรัง ต่างจากการพูดคุยและการฟังในชีวิตประจำวันหรือไม่อย่างไร	0	0.6	ใช้ได้	แปลผล IOC ว่าสามารถใช้ได้ แต่พิจารณาตัดออกตามคำแนะนำ

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนรวม	IOC	แปลผล	ข้อคำถามปรับปรุงใหม่
35	ท่านเคยประสบปัญหาในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร หากเคยท่านได้แก้ไขอย่างไร	5	1.0	ใช้ได้	12) คุณเคยประสบปัญหาในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร หากเคยคุณได้แก้ไขอย่างไร
36	สิ่งที่พึงกระทำในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นอาสาสมัครคืออะไร	4	0.8	ใช้ได้	13) หากให้นึกถึงคำหรือประโยค ที่เป็นสิ่งสำคัญในการทำงานอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง คุณนึกถึงประโยคไหนคะ ช่วยอธิบาย
37	สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง หรือควรระมัดระวังในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นอาสาสมัครคืออะไร	4	0.8	ใช้ได้	14) สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง หรือควรระมัดระวังในการดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะที่เป็นอาสาสมัครคืออะไร

หมายเหตุ: ผู้วิจัยปรับการใช้ภาษาและการใช้คำที่ใช้ในข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ

ตัวอย่างการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ

ตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก – คุณเข็ม

Significant statements	Themes	Sub themes
ตอนนั้นพี่ไม่ได้ทำงาน	ข้อมูลทั่วไป	อาชีพ
ที่แบบ เหมือนเป็นทางการนะ แต่ ถ้าเกิดก่อนหน้านี้พี่ก็จะแบบ เหมือนตามแม่ชีไป ตามวัด อะไรเงี้ย เหมือนแม่ชี ที่วัด ชวนไปทำกิจกรรม พี่ก็เหมือน อ่า ไปช่วยไปจัดสถานที่ ไปกวาดวัด ไปทำความสะอาด เป็นแบบเหมือนตามต่างจังหวัด	ข้อมูลทั่วไป	งานอาสาที่เคยทำ
จะมีทั้งหมด เคสอื่นๆ พี่ดูทั้งหมด สอง สาม คน ของลุงแดงนี่จะเป็นเหมือนกับ ลำไส้ เอ่อ มะเร็งที่ประมาณพวกหลอดอาหารอ่ะค่ะ เพราะว่า เหมือนน่าจะเป็นลักษณะเหมือน น่าจะดื่มเหล้านะ คุณจอห์น คุณจอห์นก็เป็นมะเร็งที่ทวารหนัก แล้วก็เหมือนลุงเป็นเคสแบบ ยากไร้อ่ะ เออ เหมือนว่ารับมาด้วย น่าจะ transfer มาจากโรงพยาบาลอื่น แล้วก็เป็นเคสแบบ เหมือนผู้ป่วยแบบอนาถา อะไรประมาณนี้	ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยที่เคยดูแล
พี่พยายามไปทุกวัน ก็คือ พี่พยาบาลบอกว่า เหมือนเคสเนี้ย เอ่อ ลุงน่าจะไม่นาน	คุณลักษณะ	มีความเสียสละ
จริงๆ พี่สนใจโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ แล้วเหมือนพี่ก็ไม่รู้ว่า เอ้อ จะไปหาข้อมูลอันนี้ยังไง พี่ก็เลยติดต่อเพื่อนดูว่า เพื่อนน่ะ พอจะหาข้อมูลในเน็ตได้มั้ยว่าแบบ ไอ้โครงการแบบอย่างเงี้ย มัน มีเปิดรึยัง หรือมันมี ใครเค้าทำอะไรที่ไหน เพื่อนก็เลยส่ง ของ เนี่ย พุทธิกา มาให้ แล้วพี่ก็อ่านดู เอ้อ อันเนี้ยเหมือนเป็นแนวแบบว่า อาสาข้างเตียง เราก็เลยติดต่อพี่ที่เค้า	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย

Significant statements	Themes	Sub themes
เหมือนกับตอนที่ไป ไปอยู่กับแม่ชีอย่างเงี้ย ก็จะรู้สึกว่า เออ ความตายมันแบบ เป็นเรื่องธรรมดา แล้วก็เป็นอะไรที่ เออ น่าสนใจ แล้วเราก็เลยคิดว่า เออ เราก็น่าจะเตรียมตัว อะไรอย่างเงี้ย แล้วพอมาอ่านโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เราก็ เออ ดีนะ เหมือนเราน่าจะแบบ เข้าไปมีส่วนร่วมตรงนี้	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย
เหมือนกับ พี่ก็เริ่มรู้สึกว่าเหมือนเรากลัว เมื่อก่อนเนี้ยเราอาจจะกลัวความตาย แต่พอหลังจากปฏิบัติธรรมเรารู้สึกว่า เรากลัวการเกิด เราไม่ได้กลัวการตาย เพราะฉะนั้นคือ เราจะตายยังไงเพื่อไม่ให้เราเกิดอีก อืม มันก็เลยเหมือนกลายเป็นเรื่องที่แบบ น่าสนใจสำหรับเราว่า ตายยังไง ที่แบบจะไม่ต้องเกิดอีก ให้จบแค่แบบตรงนี้ อะไรอย่างเงี้ย	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย
แค่อยากให้อ่ะ ไม่ได้อยากได้อะไร	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น
ตอนแรก ตอนแรกที่ ที่อยากลอง เอ่อ เข้าโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ ตอนนั้นคือเหมือนกับว่าสนใจว่า เอ้ย ท่านสอนอะไร แต่ว่า ด้วยโครงการเนี้ยมัน มันไม่ใช่อันนั้น แต่มันเป็นเหมือนกับการดูแลผู้ป่วย แล้วเราก็รู้สึกว่า เออ นี่แหละคือ เหมือนกับมันเป็นสิ่งที่มันตอบข้างในเราว่า เราอ่ะเกิดมาทำไม อืม ก็คือเหมือนเราอ่ะ เกิดมาเพื่อมาทำประโยชน์ อืม แล้วก็ แต่ว่า ในการทำประโยชน์ก็คือมันต้องไม่เบียดเบียนตัวเรา	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น
มีบางทีที่แบบ พยาบาลก็โทรมาว่า เอ้อ จอห์นอยากเจอเหมือนแบบ อยากคุย อะไรอย่างเงี้ย เพราะว่า หนึ่งด้วยความที่เค้าเป็นฝรั่ง แล้วก็อยู่โรงพยาบาลรัฐ บางทีก็แบบ พยาบาลก็อาจจะไม่เข้าใจ อะไรอย่างเงี้ย ว่าแบบ เออเค้าต้องการอะไร	มูลเหตุจูงใจ	ความรู้สึกมีคุณค่า

Significant statements	Themes	Sub themes
พี่ว่ามันเหมือน มันเหมือนน้ำอ่ะ มันเหมือนน้ำที่ไปชโลมจิตใจคนป่วยอ่ะ อืม มันเหมือนแบบ เค้าเป็นดอกไม้ที่มันเหี่ยวๆอยู่อ่ะ แล้วเหมือนมีใครซักคนเอาน้ำไปรดให้เค้าอ่ะ แล้วให้เค้ารู้สึก เบิกบานขึ้น แล้วเหมือนบางที เค้าเหี่ยวด้วยความที่ว่า บางทีเราก็เหมือนไปใส่ปุ๋ยให้เค้าอ่ะ	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้เป็นเหมือนน้ำชโลมจิตใจ
อย่างบางทีเค้าไม่รู้ว่ามันมีอะไรอยู่ข้างในอ่ะ แต่ไม่รู้ว่าจะบอกกับใครได้ พอเค้าบอกปิ๊บมันก็เหมือน มันโล่งอ่ะ มันเหมือนแบบ เค้าได้ปลดปล่อยสิ่งที่เค้าแบบ อัดอั้นน่ะ อืม แต่เราไม่ทำอะไรนะ คือเราแค่ just ไปฟัง อืม แค่ไปอยู่กับเค้า อย่างเงี้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน– การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ และ การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการอยู่ข้างๆ)
อย่างบางทีแบบ ถามว่าญาติเค้าอยู่มั้ย อย่างจอห์น อย่างเงี้ย ภรรยาก็อยู่ทุกวันนะ ไปทุกวัน แต่ มันอาจจะมีอะไรบางอย่างที่เค้าพูดไม่ได้กับภรรยา เช่น เค้าเป็นห่วง แต่เค้าพูดไม่ได้ มันจะทำให้ภรรยายิ่งแบบ เหมือน down อ่ะ อืม	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย
เค้าต้องหาบุคคลที่สาม ที่เค้าสามารถแบบ พูด และไว้ใจว่า แบบ เออ สิ่งที่เค้าพูด เราจะแบบ ไม่ไปบอกภรรยาเค้า	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – รักษาความสัมพันธ์ (รักษาความไว้วางใจ)
ใช่ บางทีเราก็ไปถามเค้าว่า ยูอ่ะ ยูกลัวตายมั้ย อย่างเงี้ย เค้าก็ บางทีเค้าก็จะบอกว่า ไม่ ผมไม่กลัว แต่บางทีก็ถามว่า เอ่อ เหมือนกับ หลับอ่ะฝันมั้ย หรืออะไรอย่างเงี้ย เพราะว่าเราอยากรู้ว่าแบบ ในช่วงจังหวะเนี้ย เค้าอ่ะ คิดยังไง	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสำรวจความทุกข์ – ผ่านการถาม

Significant statements	Themes	Sub themes
คือบางทีเค้าก็จะแบบ เออ ดี ดีก็ดี แต่พอวูบก็คือวูบไปเลย อะไรอย่างเงี้ย เราก็จะสังเกตว่าเออ วันนี้แบบอารมณ์ down อืม...สังเกตจากแววตา ...ถ้าวันไหนที่แบบ เค้ามีแววตาที่แบบ เหมือนสด สดใสอ่ะ คือตาเค้าจะเหมือนกับว่า มันจะมีแววอ่ะ เออ แล้วเค้าจะรู้สึกแบบอืม หน้าตาจะสดชื่น ...แต่ถ้าวันไหนที่เค้า down คือ ตาเค้าจะเศร้า แล้วเราจะรู้สึกว่า เค้ามีอะไรข้างใน	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสำรวจความทุกข์ – ผ่านการสังเกต
อย่างบางทีก็ถามเค้าว่า ยูเจ็บมั้ย แผลเป็นยังไง เค้าก็จะบอกว่าวันนี้แบบ หมอทำนู่นทำนี่ พยาบาลอย่างงู้นอย่างงี้ เออเค้าก็จะเหมือนบอกเราว่า เออมันเกิดอะไรขึ้นวันนี้ ทำไมเค้าเป็นอย่างนี้ อะไรเงี้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (การแสดงความห่วงใยถามไถ่อาการ)
เค้าก็จะบอก เค้าก็จะพูด พูดไปเรื่อยๆ บางทีเราก็ฟังรู้เรื่องบ้างไม่รู้ เพราะบางทีเค้าก็จะบอกอาการ ไรอย่างเงี้ย ซึ่งบางทีศัพท์พวกเนี้ย เราไม่ ไม่ค่อยได้เจอ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน– การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ
อย่างถ้าแบบ วันนี้รู้สึกว่าเออ จอห์นคุยได้ แล้วแบบเออ มีเรื่องคุยเยอะ ก็จะอยู่นาน แต่วันไหนรู้สึกแบบเออ จอห์นดูอาจจะเหนื่อย ก็จะแป๊บเดียวก็จะขอตัวกลับ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – รักษาความสัมพันธ์ (การเข้าเยี่ยมสม่ำเสมอต่อเนื่อง)
วันรุ่งขึ้นที่มาก็ตั้งใจว่า เออวันเนี้ย จะมาอยู่กับลุง แบบนานๆเลย แบบ ยังไงก็จะอยู่ อยู่ตรงเนี้ย ก็นั่งแบบ ก็นั่งนั่งเฉยๆนะ ก็นั่งริมอย่างเงี้ย ก็นั่ง นั่งแบบ ชั่วโมงสองชั่วโมง คือตั้งใจว่าแบบ เออ ก็จะนั่ง เบื่อก็จะนั่ง ก็จะนั่งแบบแค่ลูบๆ ไรเงี้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการสัมผัส และการอยู่ข้างๆ)

Significant statements	Themes	Sub themes
แต่ว่าก็คือแบบ มี แบบเหมือนเพ้ออะไรอย่างเงี้ย พอเพ้อลืมตามาก็ เอ้อ ลุงนอนนะ อะไรอย่างเงี้ย สั่นๆ แล้วก็ เอ้อ ลุง ไอ แบบ เหมือนไอเยอะๆ ก็จะลูบ แล้วก็ เออ ลุง ไม่เป็นไร นอน อย่างเงี้ย อืม เพราะว่า น่าเหมือนกับระยะสุดท้ายน่าจะทรมานอยู่เหมือนกัน	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการสัมผัส)
พี่ว่าอย่างนึงที่สัมผัสได้คือ อย่างเวลาลุงเค้าแบบ ไอหรืออะไรอย่างเงี้ย แล้วเราแบบ ลูบๆอย่างเงี้ย คือเราจะรู้สึกว่าเค้าแบบ ผ่อนลง	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการสัมผัส)
ตอนนั้นมัน มันเหมือน มันไม่ได้คิดว่าแบบ เออต้องใช้ยังไง คือ มันไม่ได้แบบ อืม มันไม่ได้ผ่านการคิดตรงนั้น มันก็เหมือนกับว่าเราทำตามสัญชาตญาณของเรา ตามความรู้สึกของเราว่า เออ ลุงเค้าอย่างงี้ เราก็ คือเหมือนญาติ เหมือนดูแลญาติ	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน
เหมือนแบบพี่พยาบาลเค้าก็ อ่ะช่วยกัน ใส่ถุงเท้าให้ลุงไรเงี้ย เราก็ เอ้อ ลุง ใส่ถุงเท้า คือก็ เราก็รู้สึกว่า เราก็ไม่ได้เคอะเขินหรือไม่ได้รู้สึกว่า ทำไมเราต้องใส่ถุงเท้าให้ลุง เออมันก็ไม่ได้มีความรู้สึกอย่างนั้นนะ ก็ทำอ่ะ ก็ช่วยกันใส่ ช่วยกัน...ไม่ได้รู้สึกว่า เอ๊ย เค้าเป็นใคร ไม่มีอืม ก็ทำแบบปกติธรรมดา	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน

Significant statements	Themes	Sub themes
พี่อ่ะจะเป็นคนชอบฝรั่ง คือพี่อ่ะเป็นคนชอบภาษา เพราะฉะนั้นคือ เหมือน พยาบาลบอกว่า เฮ้ย ไปช่วยดูคุณฝรั่งหน่อยซิ เราก็รู้สึกว้า โอ้ มีฝรั่ง เราก็ชอบ เหมือนไปเราก็ โอ้ ฮาย โน่นนี่นั่น คือเราก็ไม่ได้รู้สึกว่าด้วยความที่เราอยู่บริษัทเอบีซี เราก็จะคุ้นเคยกับฝรั่ง เพราะฉะนั้นคือเราจะไม่ได้รู้สึกว่าเค้าอ่ะจะเป็นคนแปลกหน้า แต่เราจะรู้สึกว่าเค้าเป็นเพื่อน อะไรเงี้ย อย่าง จอห์นยังเคยถาม ทำไมยูมาเป็นอาสาสมัคร เราก็บอก เอ้า ก็ดีไง ไอรู้สึกดี เค้าก็บอกว่า ไอเป็นไม่ได้	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน
พี่ก็ถามว่า เอ้ยยู แบบ ย้ายเตียงมั้ย เดี๋ยวจะไปบอกพยาบาลให้ เค้าบอกว่า เค้าชอบ แบบ ตรงนี้ อะไรเงี้ย อย่าบอกพยาบาลนะ อะไรอย่างเงี้ย คืออะไรที่เค้าแบบว่า อย่าบอกหรืออะไรอย่างเงี้ยเราก็จะ โอเค ไม่บอก เพราะว่า ถ้าสมมติว่าเค้าบอกว่าอย่าบอก แล้วเราไปบอก อย่างเงี้ย บางทีความไว้ใจกันมันจะหายไป	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – รักษาความสัมพันธ์ (รักษาความไว้วางใจ)
ก็แบบ เริ่มคุ้นเคย เริ่มให้เค้ารู้สึกว่าเออ เราแบบ ไว้ใจได้นะ บอกอะไรได้ ไรเงี้ย อืม	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – รักษาความสัมพันธ์ (รักษาความไว้วางใจ)
พี่ก็เออ ฟังๆ อะไรเงี้ย ก็มีบ้างที่แบบ เหมือนบอกพี่พยาบาลให้ว่า เออ พี่นก เหมือนจอห์นบ่นอย่างงี้ๆๆ หละ พี่ว่าไงไรเงี้ย พี่นกเค้าก็จะแบบ มีไปถามเหมือนกันว่า เอ้ย น้องเค้าอ่ะ งี้ๆๆ (หมายถึงน้องพยาบาล) กับจอห์นใช่มั้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน– การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ และ การช่วยเป็นสื่อกลางกับทีมรักษา

Significant statements	Themes	Sub themes
บางทีเช่น เค้าอ่ะ ผ่าตัดลำไส้ เพราะฉะนั้นเค้าจะมีถุงหน้าท้อง มันจะมีของเสียออกมา แต่บางทีคือถ้าของเสียเค้าเยอะ เค้าก็จะรู้สึกไม่สบายตัวแล้วมันก็จะเริ่มมีกลิ่นเงี้ยค่ะ เค้าก็จะรู้สึกไม่โอเค อย่างเงี้ย ก็เรื่องพยาบาลดูด้วย แบบ จำนวนคนไข้กับพยาบาลก็ไม่บาลานซ์กัน บางทีพยาบาลช้า อะไรเงี้ย เค้าก็จะรู้สึกแบบเหมือนเค้าได้บริการที่ไม่ดี เราก็จะบอกแบบ พี่นกก็จะไปคุยกับน้องว่าเอ้ย เนี่ย แบบ ทำไม เหมือนแบบ ผู้ป่วยอ่ะ เค้าก็ทรมานจะแย่อยู่แล้ว ทำไมถึงไปสร้างกรรมกับเค้าอีก ไรเงี้ย พยาบาลก็เริ่มดีขึ้น …จอห์นเค้าก็จะรู้เองว่ามันเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น อืม เค้าก็จะบอกว่า ไอรู้นะ เออ อะไรเงี้ย อืม อะไรอย่างเงี้ย คือพอพอเหมือนกับว่า พี่ว่า พอเหมือนอะไรมันดีขึ้นน่ะ ใจเค้าก็ เออ มันเหมือนกับว่า ปัญหาเค้ามันก็ได้รับการแก้ไข	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยเป็นสื่อกลางกับทีมรักษา
ช่วงหลังๆที่แบบ เค้าปวดเยอะขึ้น แล้ว อืม อารมณ์เค้าน่าจะแบบ แปรปรวนอ่ะ แล้วเค้าก็เริ่มแบบ อาจจะเก็บไว้ประมาณนึง แล้วก็ เหมือน รู้สึก ไม่ไหวละ ต้อง แล้วก็อาจจะด้วย เค้าไว้ใจเรามากขึ้นด้วยมั้ง เค้าก็เลยเริ่มเล่า	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน– การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ
ส่วนใหญ่ก็จะแบบ เจ็บมั้ย ตรงนั้นตรงนี้มั้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (การแสดงความห่วงใยถามไถ่อาการ)
วันนั้นน่าจะเป็นเคสที่จอห์นเหมือนอยาก เหมือนติดต่อพี่พยาบาลบอกว่าอยากเจอ เราก็เข้าไปก็ถามว่า เออ จอห์นยูเป็นยังไง อะไรอย่างเงี้ย เค้าแบบ ไม่ไหว เค้าแบบ เค้าแบบเค้าจะตายแล้ว	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย

Significant statements	Themes	Sub themes
เราก็อึ้ม นั่งฟัง... เราก็เลยถามเค้าว่า ยูอ่ะ ห่วงอะไรมั้ย มีอะไรในใจมั้ย มีอะไรจะบอกมั้ย อย่างเงี้ย เค้าก็เออ เค้าแบบ เค้าเป็นห่วงภรรยา	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสำรวจความทุกข์ – ผ่านการถาม
แล้วเค้าก็แบบ เหมือน ร้องไห้ เหมือน เราก็แบบ เออ ยูร้องได้เลยนะ อะไรอย่างเงี้ย อืม	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน– การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ
พี่ว่าข้างในมัน รู้สึกเบิกบานซะอีก	มูลเหตุจูงใจ	ความสุขทางจิตใจ
ที่เค้าบอกว่าเกิดมาอ่ะ ทำ ให้มาทำประโยชน์อ่ะ อันนี้เนี่ยแหละ เกิดมาแล้วรู้สึกว่าเออได้ทำหน้าที่แล้ว	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น
เราอาจจะลองสังเกตคนป่วยดูอ่ะ ว่าเค้าแบบ เค้าชอบอะไร เค้าไม่ชอบอะไร อืม อาจจะ ค่อยๆดูว่า อะไรที่เค้าไม่ชอบบ้าง ก็ เอ่อ ไม่ควรพูดถึง หรือว่าอะไรที่เราเคยพูดแล้ว หรือเคยคุยกันแล้วรู้สึกว่า เออ จากที่เคยดู โอเคๆ ก็ไม่ เอ่อ เริ่มไม่โอเคละ อย่างเงี้ย ก็อาจจะต้องเลี่ยงเรื่องพวกนี้	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ
พอพูดเรื่องนี้ อย่างนี้แล้ว อารมณ์เปลี่ยน อะไรอย่างเงี้ย	คุณลักษณะ	มีความไวต่อความรู้สึก
เราก็เป็นเด็ก ก็ไม่ได้คิดอะไร ไม่ได้แบบว่า อืม เราก็ไม่ได้หวังอะไรจากเค้าอย่างเงี้ย อืม เราก็ไปก็ไปด้วยใจ	ความหมาย	ผู้ที่ช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนภายนอก

Significant statements	Themes	Sub themes
เราไม่ควรเอาความคิดเราไปใส่เค้าอ่ะ เพราะเราไม่ได้เป็นเค้า เราไม่รู้หรอกว่าเค้ารู้สึกยังไง อย่าเอาความรู้สึกตัวเองไปตัดสินเค้า หรือไปยัดเยียดความรู้สึกเราให้เค้าว่าแบบ อืม ยู เหมือนกับแบบ เอ้อ ไม่เป็นไรหรอก อย่างเงี้ย ผู้ป่วยเค้ารู้ตัวเค้าดีว่าเค้าเป็นอะไร คือเหมือนแบบ เราพยายามให้เค้าหลอกตัวเอง ทั้งๆที่เค้าเองรู้อยู่แล้วว่าเค้าจะหายหรือไม่หาย เพียงแต่ว่า อยู่ที่ว่าขั้นตอนกระบวนการว่าเมื่อไหร่เค้าจะยอมรับ สิ่งที่มันเป็น	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – ข้อควรระวังในการสร้างสัมพันธภาพ
เหมือนเราอย่าไปคาดหวังกับคนป่วยอ่ะ เราแค่รู้สึกว่าเราทำเพราะอะไร ก็คือเราให้อ่ะ เราแค่แบบ อืม ก็นั่ง ก็ just แบบ ก็ให้ ก็ให้ความรู้สึกมันส่งผ่านกันไป ไรเงี้ย	คุณลักษณะ	มีพรหมวิหารธรรม (อุเบกขา)
อย่างพี่อ่ะ เอ่อ เหมือนกับ สิ่งที่พี่พูดกับจอห์นอ่ะ พี่จะพูดกับเค้าเรื่องของจิตใจ แต่ว่าพี่ไม่ได้พูดเรื่องร่างกายนะ พี่บอกว่า strong อะไรเงี้ย พี่ก็จะเหมือนลูบที่หน้าอกเค้าและบอกว่า strong be strong อะไรเงี้ย คือเหมือนเราอ่ะ ให้เค้าอ่ะ เข้มแข็งข้างใน ถึงแม้ข้างนอกมันจะเป็นยังไง คือ ไม่รู้หรอก แต่รู้ว่าข้างในอ่ะ ต้องสตรอง อืม ส่วนใหญ่ที่เราพูดกันน่ะ เราจะพูดกันด้วยความรู้สึกข้างในมากกว่า อืม เราจะไม่ได้พูดถึงเรื่องภาวะของโรค หรืออะไรอย่างเงี้ย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (การพูดกระตุ้นและชื่นชม)

ตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก – คุณพุด

Significant statements	Themes	Sub themes
อยู่องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐานน่ะครับ	ข้อมูลทั่วไป	อาชีพ

Significant statements	Themes	Sub themes
เป็นคุณน้าครับ เป็นผู้หญิงครับ เป็นมะเร็งเต้านมนะครับ แล้วก็ลามไปถึงกระดูก อยู่จนรักษาในระดับที่ปล่อยกลับบ้านได้ครับ เหมือนกับคุมอยู่ แต่ว่าตอนนี้เสียชีวิตไปแล้ว คือไปเสียชีวิตที่บ้านครับ ที่จริงอยู่กรุงเทพฯพักหนึ่งครับ แต่ว่าบ้านเกิดเป็นคนกาญจนบุรี ก็เลยตอนแรกอยู่กับลูกสาว ลูกสาวดูแล ก็เหมือนกับเขาไม่อยากเป็นภาระ ก็เลยกลับไปอยู่กับพี่สาวของเขาที่เมืองกาญจน์ครับ ก็โทรคุยกัน ไลน์คุยกันครับ โทรมากกว่าครับ	ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยที่ได้ดูแล
ก็มีทำหมันแมว แต่ไม่ได้ทำเองนะครับ เหมือนกับช่วยเตรียมอุปกรณ์น่ะครับ แล้วก็ฉีดวัคซีนสุนัขจรจัด	ข้อมูลทั่วไป	งานอาสาที่เคยทำ
ก็เลิกงานครับ คือที่จริง นอกจากงานที่บอกแล้วครับ พุด มีโรงเรียน คือเปิดโรงเรียน ที่กำลังจะไปสอนตอนบ่ายนี่ครับ ก็คือจริงๆ ตอนบ่ายก็มีงานอยู่ แต่ก็จะพยายามสละเวลาสักหนึ่งครั้ง ก็คือหลังเลิกงานก็ไม่รับงานสอน ก็ไม่รับงานที่โรงเรียน ก็ไปหาคุณน้า	คุณลักษณะ	มีความเสียสละ
ที่จริง คุณน้านี่มีลูกสาวที่มาดูเกือบทุกวัน ก็จะโชคดีกว่าผู้ป่วยรายอื่นที่ถูกทิ้งไว้ แต่ว่าในความคิดของพุดน่ะครับ พุดรู้สึกว่ามันมีบางอย่างที่คุณน้าไม่สามารถจะบอกกับลูกสาวได้ อาจจะเป็นด้วยความเกรงใจหรืออะไรอย่างนี้ครับ แต่พอเราเป็นคนอื่นปุ๊บเขาสบายๆ กับเรา มันก็เหมือนทำให้เขาได้ระบายออกอีกทางหนึ่ง บางทีก็บ่นลูกให้ฟัง หรือว่าอะไรให้เราฟัง	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน - การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่างๆ

Significant statements	Themes	Sub themes
บางทีเขารู้ว่าถ้าพูดแบบนี้ไป ลูกสาวจะดุ ลูกสาวจะไม่พอใจ แต่พูดกับเรา เราไม่มี personal อะไรกับเขาน่ะครับ เราก็จะไม่มี relation แบบนั้นเขาก็จะรู้สึกสบายใจ...จะหงุดหงิดใส่ก็ได้ อยากจะร้องไห้ก็ได้อะไรอย่างนี้ครับ	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง - ผู้ที่เป็นเหมือนพื้นที่ปลอดภัย
พอทำไปเรื่อยๆน่ะครับ มันกลับรู้สึกว่า เราเป็นผู้รับเฉยเลย เหมือนพอไปแล้วเรา ตอนแรกๆ มันก็เครียด มันก็หดหู่ใจ แต่พอเราไปแล้วเหมือนกับได้ความรู้สึกที่ดีกลับมา	มูลเหตุจูงใจ	ความสุขทางจิตใจ
แล้วก็ช่วงกลางๆ โครงการสักสองเดือน มันไม่มีความรู้สึกเครียดเลย รู้สึกว่าคิดถึงคุณน้าอยากไปหาเหมือนเขาเป็นญาติผู้ใหญ่เราคนหนึ่ง อยากไปดูแล	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง - ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน
แล้วก็มีหลายๆครั้งที่ คืออาการคุณน้าเขาก็จะมีขึ้นมีลงอย่างที่บอกเนอะ บางทีเขาก็พูดไม่ได้เลย เหนื่อยอย่างนี้จับมือได้อย่างเดียวทั้งชั่วโมง แต่เขาก็บีบมือเราแน่นมาก คือไม่ให้ไปอะไรอย่างนี้	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย - การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า
พุดคิดว่าอาจจะเป็นการมองตา เพราะว่ามันจะมีช่วงที่เขาdownมากๆ เนี่ย แล้วเราก็มองตากันเสียส่วนใหญ่	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการใช้สายตา)

Significant statements	Themes	Sub themes
ด้วยความที่อาจจะเด็กกว่าเขาเยอะครับ ก็เลยไม่อยู่ในฐานะที่จะไปสั่งสอนเขาได้ แต่ว่าอาจจะเหมือนกับ พูดไม่เชิงสอนน่ะครับ แต่เหมือนพูดให้เขา เสนอความคิดของเรามากกว่า อย่างนี้ เหมือนแบบบางทีแกบ่นลูกให้ฟังอะไรอย่างนี้ เราก็บอก เออ มันก็อย่างนี้ล่ะครับคุณน้า ทุกอย่างมันก็ไม่มีอะไรที่มันเป็นอย่างนี้...เหมือนต่อไปหรอก ทุกอย่างมันก็ต้องเปลี่ยนไปเรื่อยๆ แล้วก็จะยกชีวิตของเราไปเปรียบเทียบให้แกฟังบ้าง เมื่อก่อนพุดก็ดื้อเหมือนกัน ตอนนี้ก็ดีขึ้น ก็เป็นช่วงชีวิตอะไรอย่างนี้	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยปรับมุมมองความคิด (ชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่นๆ)
ก็มีที่คล้อยตามบ้าง คือคุณน้าจะค่อนข้างห่วงลูกชายคนเล็ก เพราะค่อนข้างจะเกเรหน่อยอย่างนี้ ก็จะเหมือนกับว่าให้ความสำคัญกับแกเป็นพิเศษแล้วเราก็เป็นเด็กผู้ชายเหมือนกัน อะไรอย่างนี้ พอเอาเราไปเปรียบเทียบกันปุ๊บ เขาก็จะสนใจ ซึ่งชีวิตตอนเด็ก ก็เกเรเหมือนกัน พอพูดเรื่องประมาณนี้แกก็จะคล้อยตามว่าเอ๊ย มันเปลี่ยนได้คุณน้า ทุกอย่างมันเปลี่ยนได้	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยปรับมุมมองความคิด (ชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่นๆ)
ใช่ๆ เหมือนพอเราบอก เอาชีวิตของเราว่าเออ เมื่อก่อนเราก็เกเร กเพวรากเหมือนกัน มันก็เปลี่ยนได้เขาก็อ๋อมีกำลังใจ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยปรับมุมมองความคิด (ชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่นๆ)
อย่างที่บอกว่าคนอื่นเขาจะไปในฐานะที่ว่า มีอายุแล้ว มีประสบการณ์แล้วไปสอนไปดูแล แต่พุดในฐานะที่ว่าเราเป็นเด็ก ก็คิดก่อนว่า จะเข้าไปยังไง ก็มีอย่างเดียวที่ทำได้ก็คืออาจจะเป็นความร่าเริงอะไรอย่างนี้ คือต้องไป entertain แล้วล่ะเป็นสิ่งที่ทำได้ ก็เลยเหมือนกับคิด theme ตัวเองไว้แบบนั้นน่ะครับ ว่าจะเอาความสดใสไปเพราะเป็นอย่างเดียวที่เรานำเสนอได้	คุณลักษณะ	ความเป็นมิตรจริงใจ

Significant statements	Themes	Sub themes
Sensitive แต่ว่า sensitive แป๊บเดียวน่ะครับ แต่ว่าพอรู้ตัวปุ๊บ พยายามสังเกตเวทนานู่นนี่ปุ๊บ ก็ตัดเร็ว เพราะฉะนั้นก็รู้สึกว่า ก็ปล่อยวางได้ง่ายประมาณหนึ่ง ก็น่าจะเอื้อต่อการทำ	คุณลักษณะ	มีพรหมวิหารธรรม (อุเบกขา)
ด้วยความที่พื้นฐานเป็นคริสต์ด้วยครับ เรื่องบาปบุญก็ไม่ได้มีความเชื่อว่าเป็นเรื่องที่ principle มาก แต่แค่รู้สึกว่า ทำแล้วมันได้พลังงานดี ๆ กลับมา มันก็เลยค่อนข้างจะ เป็น เสพติดกับกิจกรรมพวกนี้ ก็อยากทำเรื่อย ๆ	มูลเหตุจูงใจ	ความสุขทางจิตใจ
ก็เลยเป็นจุดแรก ที่รู้สึกว่า เฮ้ย บางที การที่เราได้ไปดูแลคนที่อยู่ในจุดที่เขาประมาณนี้ครับ มันทำให้เราได้รับคำสอน หรืออะไรดี ๆ กลับมา ก็เป็นจุดเริ่มต้น เราก็เลยเริ่มที่จะทำ แล้วสุขภาพจิตตัวเองก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ ครับ	มูลเหตุจูงใจ	ความสุขทางจิตใจ
มันเหมือนกับเป็นความผูกพัน เพราะว่าดูแลนาน แล้วก็เขาก็มองเราเป็นลูกเป็นหลาน	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง - ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน
มีช่วงหนึ่งคุณน้า คล้ายๆ เหมือนจะไปแล้วน่ะครับ ไม่สามารถกระดิกตัวได้แล้ว ไม่สามารถลืมตาได้แล้วหลับเลย แต่ว่าเหมือนกับพุดจะสัมผัสกับคุณน้าค่อนข้างเยอะ แล้วเวลาจับมือแล้วจะรู้ว่าเขายังรู้ว่าเราอยู่ตรงนั้น พุดก็แบบ ตอนนั้นยังเรียกคุณน้ามาโดยตลอด จนถึง stage นี้น่ะครับ คือเราก็ไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล แล้วคือช่วงนั้นคือจากที่อาจจะเคยคุยได้อะไรได้แล้วก็ติดต่อสื่อสารไม่ได้ แต่พอจับมือกันเนี่ยยังมีการบีบมืออะไรที่ทำให้เรารู้ว่าเขายังตอบสนองกับเราอยู่ ใช่ครับ แต่เป็นการบีบที่แผ่วเบามาก	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (ผ่านการสัมผัส)

Significant statements	Themes	Sub themes
กระซิบข้างหูคุณน้าว่า คุณน้าพุดมาเยี่ยมนะครับ สู้ๆนะครับ ยังไงพุดฝากตัวเป็นลูกคนหนึ่งนะครับ แล้วก็จับมืออย่างนั้นอยู่ระยะหนึ่ง จนประมาณอาทิตย์ หรือสองอาทิตย์ต่อมา คุณน้าก็ดีขึ้นเรื่อยๆ พอไปเยี่ยมก็ยังพูดไม่ได้ แต่ก็เออยังพอมองตาอะไรได้อย่างนี้ครับ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่า (การพูดกระตุ้นและชื่นชม, การสัมผัส)
พื้นฐานก็ต้องอยากช่วย อยากให้อยู่แล้วล่ะเนอะ เพราะว่าพอไปอบรมปุ๊บ แล้วรู้ว่ากลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์คือคนที่ค่อนข้างจะร้ายแรง รุนแรง และอาจจะไม่ค่อยมีญาติ ฐานะค่อนข้างยากจน ก็รู้สึกว่า ก็คนกลุ่มนี้หรือเปล่าที่น่าจะต้องได้รับความช่วยเหลือมากๆ แล้วถ้าเรามีโอกาสที่ได้ช่วย ทำไมถึงจะไม่ทำอย่างนี้	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น
แล้วก็ถ้ารองๆ ลงมาก็ ตอนนั้นยังไม่ได้คิดถึงว่าจะได้รับพลังงานดีๆ หรืออะไรกลับมาเนอะ แต่ว่าก็ จะได้เรียนรู้ด้วย เกิดแก่ เจ็บตาย ได้เห็น ได้ผูกพันก็น่าจะมีความเข้าใจกับมันมากขึ้น วันหนึ่งที่มันมาถึงเรา คนใกล้ตัวเราหรือตัวเรา อยู่ในสภาพนั้นก็จะได้รับมือกับมันได้	มูลเหตุจูงใจ	ต้องการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับความตาย
ก็อันดับแรกเลย เป็นกำลังใจจากเพื่อนอาสาด้วยกันครับ ทุกครั้งเขาก็จะมี เหมือนปีนี้ครับ ก็จะมีแชร์ เขียนว่าวันนี้ไปทำอะไรบ้าง อย่างนี้ แล้วก็เหมือน พี่ๆ เขาค่อนข้างเอ็นดูพุดมากเลยครับ ในปีนั้นก็หลังไมค์กันมาแบบน่าชื่นชมมากเลยนะ ดีมากเลย อย่าหยุดนะ …คือเหมือนกับ อ้าว แสดงว่าเราก็ต้องทำถูกสิ พี่เขาถึงคิดว่าเราก็เหมือนกับเป็น แชร์ประสบการณ์แชร์แนวทางให้กับคนอื่นได้ ก็คิดว่าเออมันก็เป็นส่วนหนึ่งของทีมได้	มูลเหตุจูงใจ	ความรู้สึกมีคุณค่า

Significant statements	Themes	Sub themes
ก็เขาจะมีให้ไปอบรมก่อนครับ ให้รู้สถานการณ์ อะไรควรพูด อะไรไม่ควรพูด อันนั้นก็เป็นการเตรียมตัวขั้นหนึ่ง แล้วก็ เอ่อ เขาจะให้ไปดูเคสก่อน ให้ไปรับเคสก่อน โดยที่ยังไม่ต้องพูดคุยอะไรมาก ทำความรู้จักกันก่อน ก็กลับมาคิด ประมวลผล ตอนนั้นที่เตรียมตัวก็ก่อนที่จะลงพื้นที่ก็ประมวลผลก่อนว่าผู้ป่วยเราเป็นใคร เอาความรู้ ข้อมูลทั้งหมดที่มีครับ มาคิดก่อนว่าเขาเป็นใคร อายุเท่าไหร่ condition เป็นยังไงบ้าง เราก็พยายามจด shot note ในเรื่องของการอบรมที่ได้เรียนมาน่ะครับ แล้วก็มาศึกษาตรงนี้ก่อนเบื้องต้น แล้วก็มี search internet เพิ่มเติมนิดหนึ่งว่า คือเมืองนอกเขาก็มีแบบนี้นะครับ พุดเพิ่งรู้ เป็นแบบ bed site volunteer อย่างนี้นะครับ เขาก็มีว่าเออ การชวนพูดเป็นยังไง การสังเกต reaction ผู้ป่วย	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัคร
ของพุดเขาจะค่อนข้างตรงๆเลยน่ะครับ ถ้าอยู่ในfeelที่แบบเศร้าก็ร้องออกมาเลย อะไรอย่างนี้ … ก็มีบางทีเหมือนกับ เดินเข้าไปก็เอื้อมมือมาหาเลยอย่างนี้ แล้วก็เดินไปจับมือก็ร้องเลย แต่ว่าเขาจะไม่ค่อยบอกตรงๆ คือแสดงอารมณ์ตรงๆ แต่ไม่บอกว่าเป็นอะไร	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสำรวจความทุกข์ - ผ่านการฟัง
ไม่อยู่ ทุกครั้งที่ลูกสาวอยู่ไม่ร้อง… แล้วก็เก็บไว้ อั้นๆ พอมาเห็นเราแล้วก็ร้อง รู้ว่าเออคนนี้ แสดงได้ ก็แสดง	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง – ผู้ที่เป็นพื้นที่ปลอดภัย
ก็อาจจะมีน้อยใจลูก ๆ อะไรอย่างนี้ เหมือนกับลูกชายไม่ค่อยมาเยี่ยมเลย อย่างนี้	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสำรวจความทุกข์ - ผ่านการฟัง

Significant statements	Themes	Sub themes
เขาอาจจะยุ่งอะไรอยู่หรือเปล่า อาจจะกลัวมาถึงอาจจะร้องไห้ก็ได้อะไรอย่างนี้...เขาก็เหรอ ๆ อะไรอย่างนี้เนี่ยเป็นพุดนะถ้าแม่อยู่แบบนี้พุดก็ไม่กล้ามาแล้วนะเอาจริงๆ คือพุดต้องทำใจพักหนึ่ง คือ มาแล้วร้องไห้เดี๋ยวน้าก็ยิ่งแย่อะไรอย่างนี้หรือเปล่า	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยปรับมุมมองความคิด (ชี้ชวนให้พิจารณามุมอื่นๆ)
อืม แต่ว่าจะ ไม่รู้ถูกหรือเปล่า แต่ก็จะไม่โลกสวยน่ะครับว่าแบบ เดี๋ยวเขาก็เข้ามาครับ พุดไม่ คือแบบ เอาที่เราคิดถ้าเป็นเรา	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย – ข้อควรระวัง
คือแกจะเหนื่อย เหมือนพูดไปก็เหนื่อยไป แต่ว่าพุดรู้สึกว่าการที่แกไม่หยุดพูดน่ะครับ มันก็ แสดงว่าเขาอึดอัดแล้วการที่เขาได้ระบายๆ ก็เห็นว่าสีหน้าเขาก็ผ่อนคลายขึ้นนิดหนึ่งนะ ไม่รู้คิดไปเองหรือเปล่า	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ
ถ้าวันนี้ไม่โอเคแล้วถูกเหวี่ยง ถูกไล่กลับบ้านอย่างนี้เราจะเอามาเก็บมาโกรธเขา ไม่พอใจเขาก็ไม่ได้น่ะ คือเราก็ต้องรู้ว่าถ้าเราอยู่ในสภาพนั้น มันก็ต้องมีบ้างที่ไม่พร้อมคุย หรือถ้าวันไหนที่เขาพูดไม่หยุดหรืออะไรอย่างนี้ สิ่งที่ควรจะรู้สึก ก็ควรจะรู้สึกยินดี คือมันเป็นของมันไปเองน่ะเนอะ เพราะฉะนั้นตรงนี้ถ้าเป็นคนอื่น มานั่งอาจจะรู้สึกเบื่อแบบเมื่อไหร่จะหยุดพูดสักที อะไรอย่างนี้ แต่พอเป็นเราปุ๊บ เพราะว่าพุดเอาใจคนนั้นมาอย่างนี้ in her shoes	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การสร้างสัมพันธภาพที่ดี – การรักษาความสัมพันธ์ (เข้าใจอารมณ์ผู้ป่วย)
แล้วรู้สึกว่า ถ้าเรานั่ง นอนเฉยๆ ทั้งวันน่ะเราก็อยากจะพูดกับใครสักคนเปล่า ก็รู้สึกยินดีที่ได้ฟังไปเรื่อยๆ ฟังได้ตลอด พูดมาเลยอะไรอย่างนี้ครับ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งต่าง ๆ

Significant statements	Themes	Sub themes
เหมือนกับแค่พุดรู้สึกว่า เราให้ความสำคัญกับเขามากกว่าแค่คนแปลกหน้าอะไรอย่างนี้ แค่รู้สึกว่าที่มานี่ก็ อยากให้สู้จริงๆนะ อย่างนี้เพราะฉะนั้นก็ขอฝากตัวเป็นลูกด้วยคนนะ ที่อยากให้รู้ว่าที่มาก็เขาก็สำคัญกับเรานะ เราก็คิดถึงเขา เราก็อยากจะมาหาเขา	ความหมาย	ผู้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรัง - ผู้ที่เป็นญาติหรือเพื่อน
ใช่ครับ ก็ประมาณนั้น แล้วก็มันเป็นช่วงที่ ก็เป็นการคุยกันตรงๆ ถึงอาการ ถึงเรื่องตรงนี้เป็นครั้งแรก อะไรอย่างนี้ ก็มีบอกว่า คุณน้าก็ต้องรับมือกับสภาพปัจจุบันไปเนอะ ตอนนี้เจ็บปวด ก็ปวด แล้วถ้าอนาคตมันจะเป็นยังไง ก็ให้มันเป็นเรื่องของพรุ่งนี้เนอะ คุณน้าเนอะ ก็ จ้ะๆ เดี๋ยวแม่จะทำตามนั้นนะ	แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจ	การช่วยเหลือสนับสนุน – การช่วยปรับมุมมองความคิด (ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับความจริง)

หมายเหตุ: ตัวอย่างการจัดกลุ่มข้อความสำคัญนี้เป็นเพียงตัวอย่างบางส่วนจากบทสัมภาษณ์ทั้งหมด

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรองเพื่อการตรวจสอบสามเส้าข้ามแหล่งข้อมูล

ตัวอย่างข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรอง

ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรองที่สอดคล้องและช่วยสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังในโครงการอาสาข้างเตียง มีตัวอย่างข้อความดังนี้

ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลหลัก
อื้อหือ แฮปปี้ตั้งแต่วันแรกแล้ว พาไปส่งเคสน่ะ คุณแดง (นามสมมติผู้ป่วย) พี่นกเอาจิตอาสามาให้คนหนึ่งนะ อันนี้เขาเป็นอาสาสมัครมาพูดคุย แก้เบื่อแก้เซ็งหรือว่ามีอะไรอยากเล่าให้เขาฟังก็เล่าได้ เพราะว่าเผื่อพยาบาลทำอะไรไม่ถูกใจหรือไม่เข้าใจกัน ฟ้องอาสาสมัครได้ด้วยนะ เราก็จะบอกคนไข้แบบนี้ใช่ไหม ฟ้องได้... แล้วเดี๋ยวอาสาสมัครเนี่ยเขาจะไปเล่า แล้วจะให้พยาบาลเนี่ยเข้าใจคนไข้มากขึ้น	พยาบาล	คุณเข็ม
ช่วงนี้แดงก็ดูขาลง เหนื่อยๆ น่าจะเอาเข็มเข้าไปให้แดงไหม ก็เลยลองว่า เข็ม... เคสนี้มีปัญหานู่นนี่นั่นนะ แต่เข็มน่ะเป็นคน Bright Friendly มาก น่าจะ access คนนี้ได้ ก็เลยเล่า Background อะไรให้ฟังเสร็จ ก็บอกว่า ก็พากันไป	พยาบาล	คุณเข็ม
เข็มก็น่ารักด้วยล่ะ ช่วงนั้นเข็มว่างงาน เข็มก็เลยมาบ๊อยบ่อย (เสียงสูง)	พยาบาล	คุณเข็ม
เขาจะมีความสุขทุกครั้งที่เข็มมา เขาจะคุยกันดีมีความสุขขนาดวันที่เขาใกล้ตายน่ะ พี่ยังโทรบอกเข็มตอนเย็นเลย เข็มขับรถมาเลยนะ แล้วรุ่งขึ้นเขาค่อยตาย ก็ได้คุยกันได้อะไร แต่คุยกันแบบได้น้อย แต่เขาก็มีความสุขน่ะ	พยาบาล	คุณเข็ม
จอห์นมีเมียคนเดียวที่เป็นคนมาเยี่ยม ไม่มีใครเลย ... ก็เลย ก็มีเข็ม ทำให้เขามีเพื่อนขึ้นไง จากที่เขาไม่มีใคร ก็โอเคขึ้น แล้วเข็มก็สื่อภาษาเขาได้ดี มันก็เลยกลายเป็นสิ่งดีน่ะ	พยาบาล	คุณเข็ม

ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลหลัก
พี่เข็มเนี่ย เค้าเคยผ่านความสูญเสียมาก่อน เค้าก็เลยมีมุมมองที่เข้าใจคนป่วย เข้าใจบริบทของญาติได้ดี ว่าแค่ไหนยังไง แล้วแกก็มีความตั้งใจมาก ว่าจะเอาสิ่งที่แกรู้หรือประสบการณ์ที่แกผ่าน มาทำประโยชน์ต่อ รวมถึงแกมีมุมมองเรื่องธรรมะที่ดี	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณเข็ม
ตั้งแต่ก่อนลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยแล้วอ่ะครับ พี่เข็มเป็นคนมีจิตใจที่ดีมาก แล้วก็ค่อนข้างจะเป็นคนที่เข้มแข็งมาก	เพื่อนอาสา	คุณเข็ม
ไอดอลของพุด ก็คือพี่เข็มเลยครับ พี่เข็มเป็นเหมือนรับเคสแรก ถ้าจำไม่ผิดน่ะครับเขาดูแลแค่ไม่เท่าไหร่ แล้วคุณลุงก็เสีย พอพี่เข็มเขาแจ้งมาว่าคุณลุงเสีย ทุกคนก็ พี่เข็มไม่เป็นไรนะ คือทุกคน เราไม่ได้ดูแลเรายังรู้สึกเศร้าเลยอ่ะ เฮ้ยอะไร สองอาทิตย์ไปแล้วอ่ะ เรายังใจหายเลย ก็รู้สึกแบบ พี่เข็ม ไม่เป็นไรนะ ทุกคนปลอบ พี่เข็มบอกว่าไม่เป็นไรค่ะ เข็มมาที่นี่เพราะว่าอยากจะมาเรียนรู้ตรงนี้อยู่แล้ว พี่เข็มไม่รู้สึกอะไรเลย แต่ว่าจะมองว่าพี่เข็มใจร้ายหรือเปล่า ก็ไม่ เพราะพี่เข็มดูแลทุกอย่าง ไปงานศพคุณลุงไปลอยกระดูกคุณลุง คือแกมีใจที่จะดูแลจริงๆ แต่ว่าก็รู้ว่าสิ่งนี้มันไม่แน่นอน คือสุดท้ายแล้วคุณลุงก็ต้องไป	เพื่อนอาสา	คุณเข็ม
แล้วก็เขาก็ย้ายไปดูผู้ป่วยที่เป็นต่างชาติ ซึ่งปัญหาด้านการสื่อสารก็มี แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคกับพี่เข็มเลยอะครับ เขามีใจที่ที่จะช่วยได้จริงๆ ...ทั้งสองเคสก็แรงทั้งคู่ แต่พี่เขารับมือได้	เพื่อนอาสา	คุณเข็ม
เขาก็แฮปปี้ค่ะ เพราะว่าเขาจะไม่มีเพื่อนคุย เหมือนกับเขาเป็นฝรั่ง แล้วคนที่สื่อสารกันก็จะน้อยพอมีคนไปพูดไปคุยเขาก็จะแฮปปี้ มีเพื่อนคุย เพราะว่าแฟนแกก็กว่าจะเข้าไปก็ประมาณใกล้ๆเที่ยงอย่างนี้ค่ะ ... เขาก็จะเหงา แล้วก็แบบ ผู้ป่วยเหมือนก็เหมือนไม่มีคนคุย แกก็จะรู้สึกเหมือนซึมเศร้า แต่พอมีเพื่อนก็แฮปปี้ชอบอะไรอย่างนี้	เพื่อนอาสา	คุณเข็ม

ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลหลัก
อย่างวันนั้นของเคสบัวเนี่ย จำได้วันปีใหม่ ก่อนวันปีใหม่เนี่ยโรงพยาบาลเขาจะจัด...กิจกรรมวันปีใหม่กัน แล้วเราก็จะให้คนไข้เราน่ะ ได้มีความสุขในวันนั้น...จำได้วันนั้นแบบว่าพิมพ์ก็ยังเฮฮาอยู่ในงานกับเรา กับเคสที่เขามาดูนี่แหละ	พยาบาล	คุณบัว
จังหวะไหนที่เห็นสูงวัยแล้วญาติไม่เยอะมาก แล้วก็โรคมันอายุไม่ยืน เราก็บอกว่า อย่างน้อย น้องเข้าไปคุยอย่างนี้คนไข้จะได้มีเพื่อน	พยาบาล	คุณบัว
แกเป็นอาสาที่ช่วยแต่งหน้าศพด้วย...พี่ดูว่าแกร่าเริงนะ แล้วคือเวลาคนร่าเริงหรือคนอารมณ์ดี มาคุยด้วยมันก็รู้สึกมันดีอ่ะเนอะ เวลาที่คนเดินมาหาเรา มาเยี่ยมเราแล้วเขายิ้มอ่ะนะ	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณบัว
พุดเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอนะ ไม่ว่าจะเป็นเวทีแลกเปลี่ยนที่เราจัดเดือนละครั้ง รวมถึงการมาเยี่ยมเขาก็มาสม่ำเสมอนะ รวมถึงพอคุณป้ากลับบ้าน ในรุ่นนั้นใช่ป่ะ เขาก็ยังมาช่วยที่เป็นของอาสาอีกรุ่นที่ต้องการคนมาดูเคสของคนญี่ปุ่น	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณพุด
ผู้ป่วยเขาก็รู้สึกดีนะ มีคนมาอยู่เป็นเพื่อนน่ะ เหมือนว่าเค้ามีลูกหลานเพิ่มอีก แล้วก็ พี่คิดว่าเขาคงรู้สึกอบอุ่นใจ มีคนมาอยู่เป็นเพื่อน มีคนมารับฟัง มีคนมาช่วยทำนู่นทำนี่บ้าง	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณพุด
พี่โรสแกดูเป็นคนอ่อนหวานอ่ะนะ แล้วก็ดูเหมือนแบบเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดี ก็เลยรู้สึกว่าอันนี้ก็อาจจะเป็นคุณสมบัติที่แกมี มันเลยทำให้รู้สึกว่าเอ็นดู มีเด็กเข้าไปคุยด้วยอย่างเนี้ย	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณโรส

ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลรอง	ผู้ให้ข้อมูลหลัก
พี่โรสเขาค่อนข้างจะเป็นคนนิ่งๆอ่ะครับ แล้วก็ตอนแรกเขาก็ค่อนข้างมีความกังวลเพราะเคสเขาถ้าจำไม่ผิดก็ค่อนข้างหนัก เหมือนเขาก็ไม่ได้เป็นคนพูดเก่งด้วย ถ้าจำไม่ผิด เขาจะใช้การสัมผัสกับผู้ป่วยซะส่วนใหญ่ จะฝากตัวเป็นลูกเป็นหลาน เวลาเขาพูดถึงผู้ป่วยจะเหมือนเป็นอีกด้านหนึ่งของเขา จะมีความ Soft อ่อนโยนขึ้นมาให้เห็น.....แล้วก็เขาก็ตั้งใจทำหน้าที่มาก	เจ้าหน้าที่โครงการ	คุณโรส
เค้ามีใจที่อยากช่วย เวลาเราต้องการอาสามาช่วยในบางเรื่อง เขาก็ยินดีที่จะมาช่วย ไม่ว่าจะเป็นการมาแชร์ประสบการณ์หรือว่าชวนมาทำเคสอีก	เจ้าหน้าที่โครงการ	กล่าวโดยรวม
ถ้าจะให้ประเมินนะ พี่รู้สึกว่าคนป่วยเขารู้สึกดีนะ กับการที่มีคนไปนั่งคุยกับเขา หรือว่าไปช่วยเขาทำอะไรบางอย่าง รวมถึงว่า มันอาจจะไปช่วย คล้ายกับเป็นเพื่อนรับฟังได้ดี เพราะว่าบางเรื่องเขาอาจจะอยากเล่าให้ใครสักคนฟัง ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ได้พาดพิง หรือว่าไม่รู้จักคนที่เขาเล่าอะไรอย่างนี้ ก็คิดว่าเขาก็คงเล่าได้อย่างสะดวกใจมากขึ้น	เจ้าหน้าที่โครงการ	กล่าวโดยรวม
พร้อมที่จะช่วยเหลือมันก็ทำให้คนป่วยรู้สึกดีอ่ะ และความสม่ำเสมอต่อเนื่อง คือแบบไม่ได้มาเยี่ยมครั้งนึงแล้วหายไปนะ มันทำให้เขารู้สึกว่า คล้ายๆกับมันไปเสริมว่าเขาน่ะมีคุณค่า ว่าเค้าไม่ใช่คนป่วยที่ไม่มีใครต้องการน่ะ แม้ญาติจะอยู่ต่างจังหวัด แต่ว่ามันก็มีคนที่ไปเยี่ยมเขาสม่ำเสมออ่ะ	เจ้าหน้าที่โครงการ	กล่าวโดยรวม

หมายเหตุ: ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลรองนี้เป็นเพียงตัวอย่างบางส่วนจากบทสัมภาษณ์ทั้งหมด

ภาคผนวก ฉ

เอกสารสำคัญจากทางมหาวิทยาลัยที่ใช้ในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15644

ที่ ศธ 0519.12/ 5711 **วันที่** ๓๑ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ

เนื่องด้วย นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 542 5365

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15644

ที่ ศธ 0519.12/ 5711 **วันที่** 31 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง

เนื่องด้วย นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 542 5365

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/ 5911

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินดา วราสุนันท์

เนื่องด้วย นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 542 5365

ที่ ศธ 0519.12/ 5711

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

21 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อาจารย์ ดร.อนันดา สัณฐิติวณิชย์

เนื่องด้วย นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 542 5365

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 15644

ที่ ศธ 0519.12/ ๖๗๑๑ **วันที่** ๒๑ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อาจารย์ ดร.อัมราพร สุรการ

เนื่องด้วย นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และ อาจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าว และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 542 5365

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 350/59E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 26 ธ.ค. 2559
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 26 ธ.ค. 2559
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 26 ธ.ค. 2559
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 26 ธ.ค. 2559

(ลงชื่อ).....

(นายปิยชาติ บุญเพ็ญ)

รักษาการแทนเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-334/2559

วันที่ให้การรับรอง : 28/12/2559

วันหมดอายุใบรับรอง : 28/12/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

ที่ ศธ 0519.38/ ๖๙

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

12 ม.ค. 2560

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 350/59
เรียน นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E-334/2559

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง แนวทางการสนับสนุนทางจิตใจของอาสาสมัครดูแลจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC 350/59 เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว บัดนี้ คณะกรรมการฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2559 รายละเอียดดังนี้

Certificate Number	SWUEC/E-334/2559
Date of Approval	28 ธันวาคม 2559 (อายุใบรับรองโครงการวิจัย 12 เดือน)
Date of Expiration	28 ธันวาคม 2560
Continuing Review	ทุก 12 เดือน (ครบกำหนดส่งรายงานครั้งแรก วันที่ 28 ธันวาคม 2560)

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ใคร่ขอความกรุณาให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยและต่ออายุการรับรองก่อนกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน เพื่อให้เป็นไปตามวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs version 2.0) ของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้รายละเอียดของเอกสารที่ให้การรับรองตามที่ปรากฏใน Certificate of Approval (Certificate Number SWUEC/E-334/2559) ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โทรศัพท์ 0-2649-5000 ต่อ 11013
โทรสาร 0-2259-1822

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววันปิยะ เลิศปิยะวรรณ
วันเดือนปีเกิด	27 พฤศจิกายน 2526
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 48/476 ซอยเจริญกาญจน์ 4 ถนนเสรีไทย41 เขตบึงกุ่ม แขวงบึงกุม กรุงเทพมหานคร 10240
	E-mail: wanpiya@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนนวมินทราชินูทิศ บดินทรเดชา
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน
พ.ศ. 2560	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ แขนงวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ