

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และ รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อเจตคติ, รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย
3. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเจตคติ
4. รูปแบบการสื่อสารและการแสดงอารมณ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความหมายและสาเหตุ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิต (Psychosis) ที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์ หรือจิตใจ ซึ่งเรื้อรังรุนแรงและพบมากที่สุด แสดงลักษณะ โดยมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงต่างๆอย่างมาก จนทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งทำให้การเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย⁽⁶⁾

มงคล ม.ศรีโสภาค⁽¹⁹⁾ ได้แปลความหมายของคำว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ว่าหมายถึงกลุ่มอาการของโรคจิตที่มีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องความนึกคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ มีแนวโน้มที่ หันออกไปจากความเป็นจริง ความคิดความเข้าใจ ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีจุดหมายของความคิด ผลจากความคิดที่ผิดปกติไปนี้ ทำให้อารมณ์ การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรมผิดปกติไปด้วย

สมพงษ์ รังสิตพรามณกุล⁽²⁰⁾ ได้เขียนไว้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจาก ความคิดด้านมโนทัศน์ผิดไปจากความเป็นจริง ความคิดความเข้าใจขาดความต่อเนื่อง ไม่มีจุดหมายของความคิด ผลจากความคิดที่ผิดปกตินี้ ได้ทำให้อารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติไป

ระบาดวิทยา

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเภท พบว่ามีอยู่ในเกณฑ์ 0.42-0.62 ต่อประชากร 1000 คน ถ้าคิดเฉพาะประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่ามี 0.30-1.20 ต่อประชากร 1000 คน⁽²¹⁾ ความชุกตลอดชีวิต(Life Time Prevalence) 1-1.5% ร้อยละ 0.025-0.05 ของประชากรได้รับการรักษา ด้วยวิธีการทางการแพทย์ และ 2/3 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต้องนอนในโรงพยาบาล⁽²²⁾

สาเหตุ

การเกิดโรคจิตเภท มีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน ปัจจัยที่เชื่อกันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้⁽²³⁾

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factor)

พบว่าญาติสนิท(บิดา มารดา พี่น้อง และบุตร) เป็นโรคนี้ร้อยละ 7-16 โดยแบ่งเป็น

บิดา มารดา	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	9.2
ลูกพี่ ลูกน้อง	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	2.6
หลาน	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	4.3
พี่น้อง(ที่เกิดจากบิดามารดาต่างกัน)	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	7.1
พี่น้อง(ที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน)	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	14.2
ลูก	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	16.4
ลูก(ทั้งบิดามารดาเป็นโรค)	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	39.2
คู่แฝดไข่คนละใบ	มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ร้อยละ	14.5

- * มีจำนวน Postsynaptic receptor มากไป หรือมี Affinity ต่อ Dopamine มากเกินไป
- * มีความไม่สมดุลย์ ระหว่าง Excitatory action ของ Acetylcholine กับ Inhibitory action ของ Dopamine และ Gamma -amino butyric acid (GABA)

สมมุติฐานนี้มีข้อสนับสนุนหลายอย่าง เช่น การใช้สารบางชนิด ทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ เป็นต้นว่า Amphetamine มีกลไกกระตุ้นระบบ Dopamine และยารักษาโรคทั้งหลาย ก็มีกลไกการออกฤทธิ์ โดยการยับยั้ง Dopamine receptor เป็นส่วนใหญ่

สมมุติฐานเกี่ยวกับความผิดปกติของ Transmethylation โดยเฉพาะ O-methylation ของ Catecholamine เชื่อว่าทำให้เกิด Dimethoxyphenylethylamine (DMPEA) ซึ่งเป็นสารที่คล้ายกับ Mescaline มีการพบว่ามีสารนี้ในปัสสาวะของผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยเบื้องต้น แต่ไม่มีการสนับสนุนในการวิจัยต่อมา และพบว่าอาจเนื่องมาจากอาหารที่รับประทานก็ได้

สมมุติฐานเกี่ยวกับความผิดปกติใน Methylation ของ Indoles ที่สำคัญคือ Serotonin และ tryptamine เชื่อว่าทำให้เกิดสาร bufotenine และ Dimethyltryptamine (DMT) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดประสาทหลอนได้ สมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการตรวจพบสารเหล่านี้ เพิ่มขึ้นในเลือดและปัสสาวะของผู้ป่วย อีกทั้งพบ Enzyme ที่ช่วยในการ Methylation ด้วย

สมมุติฐานเกี่ยวกับการมีระดับ Monoamine oxidase (MAO) ต่ำใน Blood platelet ของผู้ป่วย จิตเภท เรื้อรังแต่ปัจจุบันไม่ค่อยได้รับความเชื่อถือ เพราะการวิจัยหลายรายงานให้ผลค้านกัน

การศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการใช้ CT scan บางรายงานพบว่าผู้ป่วยมีการขยายของ lateral ventricles บางรายงานพบว่ามี reversal ของ normal asymmetry ของสมอง

ลักษณะอย่างหนึ่งที่พบเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการเคลื่อนไหวของลูกตา การวิจัยพบว่าร้อยละ 50-84 ของผู้ป่วย จะมีการมองตามวัตถุด้วยลักษณะกระตุกๆ เป็นแบบ pendular อาการนี้พบได้ร้อยละ 45 ในญาติชั้นเดียวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และร้อยละ 7 ของประชากรทั่วไป

การศึกษาถึงความผิดปกติทางชีววิทยาด้านอื่นๆ เช่น Inborn error of metabolism ความผิดปกติของ Electrolytes และ Immunoglobulin ที่ผิดปกติ หรือหลักฐานเกี่ยวกับ Autoimmune disease ยังมีข้อมูลน้อย และไม่ปรากฏว่ามีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคจิตเภทชัดเจน

3.ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี Psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการ ของบุคลิกภาพ ช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท หน้าที่ของ ego ในการปรับตัวสัมพันธ์กับคนอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหน้าที่เหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ คือ language, thinking ,memory ,will, judgment, attention, perception ,affectivity, reality testing ,the structure of defenses ,object relations และ motility ความผิดปกติในด้านต่างๆ จะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความไว ต่อความเครียดในชีวิตประจำวัน มากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น การแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความวิตกกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร เกิดการเรียนรู้ที่ผิด จนกลายเป็นพยาธิสภาพ

4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษาทางระบาดวิทยา ส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากร ที่มีฐานะยากจนมากกว่าฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะ ประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีบางรายงานกล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรังน่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจตกต่ำลง

การศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือบทบาทการสื่อสาร ที่ผิดปกติในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท การแสดงบทบาทที่สลับกัน ระหว่างพ่อและแม่ของเด็ก บางรายงานกล่าวถึง การที่พ่อแม่มีความขัดแย้งกันซึ่ง ไม่อาจแสดงออกโดยตรง แต่มีการกระทบกระทั่งกันเหมือนคลื่นใต้น้ำ แล้วพยายามดึงเด็กเข้าข้างตน

สมมุติฐานเกี่ยวกับเจตคติหรือการสื่อสารที่ผิดปกติจากพ่อแม่ไปยังลูก คือ Double bind hypothesis ซึ่งกล่าวถึงการสื่อความหมายในลักษณะที่ กำกวมไปให้เด็กเป็นประจำ ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของพ่อแม่ เด็กจะเกิดความสับสน และแสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึก และพฤติกรรมแบบเดียวกัน เชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุ ทำให้เกิด ambivalence ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท

ความผิดปกติของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะแม่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด จากการศึกษาพบว่าแม่ที่มีลักษณะปกป้องลูกมากเกินไป มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกๆ เรื่องของลูก แม้แต่การคิดและการตัดสินใจจะทำให้มีความผิด ในด้านพัฒนาการของ ego ย่นนำไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท บางรายแม่มีความไม่มั่นคงทางจิตใจมาก และมีความต้องการพึ่งพิงต่อลูก ทำให้ความสัมพันธ์ ผิดปกติไป บางรายอาจ มีลักษณะความสัมพันธ์แบบ Symbiotic relationship

โดยสรุปแล้ว สาเหตุของโรคจิตเภท มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างประสมประสานกันและแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน คนที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคจิตเภททุกราย ความผิดปกติ ที่ได้รับทางพันธุกรรม

อาจเป็นเพียง Predisposing factor โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้นให้ความผิดปกตินั้นแสดงอาการออกมาได้

ลักษณะทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นโรคที่สังเกตพบได้ไม่ยากในรายที่มีอาการชัดเจน จากการซักประวัติ และตรวจสภาพจิตที่ดี จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง

ประวัติครอบครัวของผู้ป่วย อาจพบว่ามี ความผิดปกติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือมีบุคคลที่เจ็บป่วยเป็นโรคนี้ในครอบครัวเดียวกัน บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ที่พบบ่อย เป็นคนเงียบขรึม แยกตนเอง ไม่ค่อยสูงส่งกับใคร ชอบคิด ชอบเพ้อฝัน เป็นคนเรียบร้อย ไม่ค่อยเที่ยวเตร่ ไม่ชอบการแข่งขัน

อาการอาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นด้วยการแยกตนเองออกจากสังคม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ไม่สนใจตนเอง การแต่งกายและสุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง สนใจเชื่อถือไสยศาสตร์ แล้วจึงมีอาการปรากฏเห็นได้ชัดเจน หรือมีอาการอย่างเฉียบพลันขึ้นมาเลย โดยมีสาเหตุกระตุ้น เช่น ใช้สุรา กัญชา หรือสารที่ทำให้เกิดประสาทหลอน หรือมีความเครียดทางจิตใจที่รุนแรง

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อาจพบว่ามี การแต่งกายที่สกปรก หรือไม่เหมาะสมกับฐานะ ความเป็นอยู่ มีลักษณะท่าทางหรือพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (bizarre หรือ queer) มีอาการพูดคนเดียว ยิ้มหรือหัวเราะคนเดียว

อารมณ์ของผู้ป่วยที่พบบ่อยมักไม่เหมาะสม (inappropriate) หรือเฉยเมย (flat ,apathy หรือ blunted) บ่อยครั้ง จะพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึก 2 อย่างที่ตรงข้ามกัน ต่อสิ่งเดียวกันในเวลาเดียวกัน (ambivalence) ในเวลาที่มีอาการหวาดระแวง อาจมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostility) บางรายอาจมีอาการ โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้าแล้วแต่ระยะของโรค

การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติ ได้หลายแบบ ตั้งแต่ เอะอะ อาละวาด โวยวาย วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) ไปจนถึงซึมเฉย (stupor) หรือเชื่องช้า (retardation) บางรายอาจมีลักษณะคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (catalepsy หรือ waxy flexibility) อาการทำอะไรซ้ำๆ (stereotypy หรือ mannerism) และพูดซ้ำๆ ในสิ่งที่ไม่มีความหมาย (verbigeration) เป็นอาการที่ค่อนข้างจำเพาะสำหรับโรคจิตเภท ผู้ป่วยบางรายไม่ร่วมมือในการตรวจซักถาม หรือทำตรงข้ามกับที่ได้รับคำสั่ง (negativism)

การพูดจาของผู้ป่วย มีความผิดปกติหลายอย่าง บางรายไม่ยอมพูด (mutism) บางรายพูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อกัน (incoherence) หรือตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevance) การพูดจาบางครั้งเป็นแบบวกวน หรือตอบเฉียงๆ (tangentially) ผู้ป่วยเรื้อรังบางรายอาจมีการใช้คำใหม่ ซึ่งไม่สามารถเข้าใจได้โดยทั่วไป (neologism)

ความผิดปกติทางความคิดเป็นสิ่งที่พบได้เสมอในโรคจิตเภท มีลักษณะเด่นคือมีความคิดกระจัดกระจายไม่ต่อเนื่อง (loosening of association) ความคิดแบบ autism หรือ dereism เป็นลักษณะความคิดที่เป็นไปเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยไม่คำนึงถึงความเป็นจริงในสิ่งแวดล้อม การใช้เหตุผล ลักษณะแปลกๆ หรือคล้ายเด็กเรียกว่า paralogic thinking มีความผิดปกติทางความคิด เช่น “คุณประสาทเป็นโรคจิต ฉันก็เป็นโรคจิต ฉันคือคุณประสาท” ความคิดเชิงรูปธรรม (concrete thinking) และ การใช้สัญลักษณ์ (symbolism) พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท

อาการหลงผิดในโรคจิตเภทอาจพบได้ทุกแบบ แบบที่ไม่ค่อยพบในโรคอื่นคืออาการหลงผิดที่แปลกประหลาด (bizarre delusion) ผู้ป่วยที่อาการเรื้อรังอาจมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับ การสูญสลาย ของร่างกายตนเองหรืออวัยวะบางอย่าง (nihilistic delusion) อาการหลงผิดที่เป็น first rank symptoms ของ schneider ได้แก่ หลงผิดว่าความคิดของคนกระจัดไปในอากาศสู่คนอื่น (thought broadcasting) หลงผิด คิดว่าความคิดของคนอื่นแทรกซึมเข้ามาสู่สมองของตน (thought insertion) หลงผิดว่า ความคิดของคนถูกดูดไปจากสมอง (thought withdrawal) เป็นเหตุให้มีชะงัก (blocking) หลงผิดว่าความรู้สึก หรือความต้องการของตนเองเกิดขึ้นจาก การกระทำของสิ่งภายนอก (made feeling, made impulses, made volitional acts)

การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทมักมีความผิดปกติ คือประสาทหลอน ที่พบมากที่สุดคือ หูแว่ว (auditory hallucination) รองลงไปคือภาพหลอน (visual hallucination) อาการหูแว่วอาจมีลักษณะพิเศษ ที่เป็น first rank symptoms ของ Schneider ได้แก่ได้ยินความคิดของตัวเอง (audible thought) ได้ยินเสียงหลายคนได้เดียวกัน (voices arguing) ได้ยินเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของตน (voices commenting) ผู้ป่วยอาจเกิดการรับสัมผัสขึ้น ทั้งที่ตัวกระตุ้นกระทำต่อคนอื่นหรือสิ่งอื่น (somatic passivity) และผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ในลักษณะที่เป็นอาการหลงผิด (delusion perception)

สติสัมปชัญญะของผู้ป่วยจิตเภททั่วไปมักไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่อาจมีผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน บางรายที่มีอาการรุนแรง ไม่ค่อยรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (perplexity) มีผู้ป่วยบางคนไม่รู้ตัวว่าคนได้ทำอะไรไปบ้างตั้งแต่เริ่มป่วยจนอาการทุเลา

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มักไม่ยอมรับอาการป่วย ของตนหรือไม่มี insight ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตทั่วไป

การวินิจฉัยโรคจิตเภท F20 Schizophrenia

A ลักษณะอาการเฉพาะ : มีอาการต่อไปนี้สองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่ยาวนานพอสมควร ในช่วงเวลา 1 เดือน

- (1) อาการหลงผิด
- (2) อาการประสาทหลอน
- (3) disorganized speech (เช่น มี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อยๆ)
- (4) มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด
- (5) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการงาน: ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านต่างๆของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพ กับผู้อื่น การดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่ยาวนานพอควร(หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียนการงาน)

C ระยะเวลา: มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามข้อ A สองข้อขึ้นไป

D. ไม่รวมถึง Schizoaffective และ Mood disorder: ต้องแยกโรค Schizoaffective และ Mood disorder ที่มีอาการโรคจิต โดยข้อใดข้อหนึ่งในสองข้อ คือ (1) ไม่มี Major depressive, manic หรือ mixed Episode ในระยะอาการโรคจิตกำเริบ หรือ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ขณะโรคจิตกำเริบ ช่วงเวลาที่มีอาการทางด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะอาการโรคจิตกำเริบและระยะที่มี อาการโรคจิตหลงเหลือ

E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย: อาการ ไม่ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา)หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

F. ความเกี่ยวข้องกับ pervasive Developmental Disorder: หากมีประวัติของ Autistic Disorder หรือ Pervasive Developmental Disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งเดือน

การดำเนินโรค (course)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน ในสมัยก่อนที่เป็นโรคนี้ได้รับการคาดหมายว่าจะต้องเกิดอาการแบบเรื้อรัง และนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ (Deterioration) แต่หลังจากการค้นพบวิธีการรักษา ทั้งด้วยวิธีการทางกายภาพ และยารักษาโรคจิต การดำเนินโรคเปลี่ยนไปในทางที่

ดีหลายเท่า จากเดิมที่อาการผู้ป่วยดีขึ้น มีเพียง ร้อยละ 35 ปัจจุบันอาการดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจสามารถกลับบ้านได้ ร้อยละ 50-70 และเหลือค้างในโรงพยาบาลร้อยละ 10-16

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไป 5 แบบด้วยกันคือ

- 1.หายขาดโดยไม่กลับมาเป็นอีก (Recovery)
- 2.หายโดยกลับเป็นอีก(Remission with relapse)
- 3.หายไม่สมบูรณ์ โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้ (Social remission)แต่มีความบกพร่องใน บุคลิกภาพและอาจต้องช่วยเหลืออยู่
- 4.เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง (stable chronicity)
- 5.มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration)

การพยากรณ์โรค (Prognosis)

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจะดีหรือไม่ดี ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างคือ

- 1.อายุที่เริ่มเป็น ถ้าอายุยิ่งน้อยการพยากรณ์โรคนิ่งไม่ดี
- 2.ผู้ป่วยที่เป็นอย่างเฉียบพลัน(acute onset)มีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ค่อยเป็นค่อยไป (Insidious onset)ถ้าค่อยๆเป็นและเสื่อมเป็นระยะเวลาหลายปี การพยากรณ์โรค จะไม่ดี
- 3.สาเหตุกระตุ้น (precipitating cause) ถ้ามีสาเหตุชัดเจน จะมีการพยากรณ์ของโรคดีกว่า ผู้ป่วยที่ป่วยโดยไม่พบสาเหตุ
- 4.บุคลิกภาพและการปรับตัวก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเดิมไม่ดี มีการปรับตัวทางด้านสังคมการทำงาน และการแต่งงานที่ไม่ดีมาก่อน มักมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี
- 5.สถานะสมรส ผู้ป่วยชายที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคดีกว่าพวกที่ยังไม่แต่งงาน ม่าย หรือ หย่าร้าง
- 6.อาการทางอารมณ์ เช่น Mania และซึมเศร้าที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภทมักบอกถึงการพยากรณ์ ของโรคที่ดี

7.ประวัติการเจ็บป่วยเป็น Mood disorder ของบุคคลในครอบครัว มักบอกถึงการพยากรณ์โรคดี

8.การมี negative symptoms เด่น และการมี Obsessive-compulsive symptoms มักบอกถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี

9.ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนงุนงง (confusion) ในระยะที่เริ่มป่วย มักมีการพยากรณ์โรคดี

10.การตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตดี บอกถึงการพยากรณ์โรคดี

11.การมี cerebral ventricles โตและมี cognitive impairment มักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

12.ผู้ป่วยที่มีครอบครัวที่มีลักษณะเกี่ยวพัน ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัว ที่มีพยาธิสภาพหรือไร้ญาติขาดมิตร ระบบครอบครัวแบบตะวันออกช่วยให้การพยากรณ์โรคดีกว่าแบบตะวันตก

13.การแสดงออกของอารมณ์ (express emotion) ของคนในครอบครัวในทางลบ มีความสัมพันธ์กลับเป็นอีกของผู้ป่วยโรคจิตเภท

14.การขาดความร่วมมือของผู้ป่วยในการกินยา มักทำให้อาการของโรคกลับเป็นอีกได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ร่วมมือ

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. *ด้านร่างกาย (Physical domain)*⁽²⁵⁾ การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะยาว บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิดประสาทหลอน พูดคนเดียวว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย เป็นต้น มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง ที่สนับสนุนว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลประสบปัญหาอย่างมาก ดังการศึกษาของ สจัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ขวัญสง ⁽²⁶⁾ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจะประสบปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา คุร้าย หวาดระแวง ขัดแย้งกับผู้อื่นในครอบครัว เร่ร้อน หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เป็นต้น จากการศึกษา ของวรกช นิธิกุล⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน มีพฤติกรรมที่รบกวนการนอนของผู้อื่น บางรายมีพฤติกรรมทำลายข้าวของ เครื่องใช้ภายในบ้าน ทำร้ายร่างกายสมาชิกในบ้าน Sallch⁽²⁷⁾ พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลอย่างมาก ในการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของสมาชิกคนอื่นๆ บางครั้ง

ยังมีผลให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัว มีอาการเจ็บป่วย หรือไม่สุขสบายด้วย การศึกษาของ Gopinath และ Chaturvedi ⁽²⁸⁾ พบว่าการที่ผู้ป่วยมีสุขอนามัยไม่สะอาด ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน เคลื่อนไหวเชื่องช้า เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อนดูแล

จากงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในการเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทนั้น เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก คือมีภาระที่ต้องทำอย่างหนัก ไม่มีระยะเวลากำหนดแน่นอน จนรู้สึกเหนื่อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วยและสิ่งของต่างๆ บางครั้งถูกทำร้ายจนร่างกายได้รับบาดเจ็บถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ การพักผ่อน ในรายที่เป็นคู่สมรส อาจเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ

2. ด้านจิตใจ (*Psychological domain*) การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จากความเดือดร้อนดังที่ได้กล่าวมา ข้างต้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนอง ทางด้านอารมณ์แบบต่างๆ เช่นการปฏิเสธไม่ยอมรับ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ มีการคาดหวังจากผู้ป่วยมากหรือน้อยเกินไป หรือเกิดความรู้สึกดีใจเครียดตลอดเวลา ต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อไร บางคนมีความรู้สึกว่าตนผิคิดว่าคุณทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคนี สมาชิกหลายคนในครอบครัว มีปัญหาด้านจิตใจมากจนถึงขนาดที่ ต้องการมีคนที่จะพูดระบายความรู้สึกด้วย⁽²⁹⁾

ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี ⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาสาเหตุที่ต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การที่ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มักค่อยๆ เรียนรู้จากการลองผิดลองถูก ทำให้เกิดความเครียดกังวล สับสนเหนียวแน่น

นิตยา ตากวิริยะนันท์ ⁽³¹⁾ ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่บ้าน พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติ ที่พบได้บ่อยเรียงตามลำดับคือ ไม่ยอมทำมาหาเลี้ยงชีพ ไม่ยอมช่วยงานบ้าน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตัวเอง และมีพฤติกรรมที่มุ่งง่วนซุกซน ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาคี จะรู้สึกยุ่งยากใจในพฤติกรรมทุกด้านของผู้ป่วย ตั้งแต่การไม่ดูแลตนเอง การแยกตัว ไม่พูด พฤติกรรมซึมเศร้า

ที่ยุ่งยากใจที่สุดคือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า ญาติที่มาจากครอบครัวเดียว จะมีความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจกับพฤติกรรมการแยกตัวของผู้ป่วย

การศึกษาของ Baker⁽³²⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด คือความรู้สึกสูญเสียความเศร้าโศกเสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท รู้สึกอับอายขายหน้ากับพฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วย มีความรู้สึกผิด คิดว่าตนเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคนี้ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภท

3.ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (*Level of independence*) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้ความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่คอยดูแล รับผิดชอบผู้ป่วย ไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสภาพทางสังคมต่ำ ต้องเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในหลายๆ เรื่อง เช่น เรื่องสุขภาพอนามัย การรับประทานยา การระวังอันตรายต่างๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ ทำให้ญาติรู้สึกว่ามีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ เนื่องจากคอยดูแลผู้ป่วย

4.ด้านความสัมพันธ์ทาง สังคม (*Social relationship*) จากปัญหาต่างๆ ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบกพร่องไปมาก สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่า ไม่มีเวลาเพียงพอ ที่จะไปร่วมงานทางสังคมได้ดังแต่ก่อน และจากการศึกษาของ บัทมา ทัทเสริศไท⁽³³⁾ ที่ศึกษาเรื่องการเผชิญภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ในมิติของการรักษาความมั่นคงทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยของการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้าน หรือ การไปเยี่ยมเพื่อนบ้านมีระดับต่ำ

5.ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว (*Family relationship*) โดยทั่วไป สัมพันธภาพภายใน ครอบครัว จะไม่มีการให้ความช่วยเหลือประคับประคอง (*Supportive*)ซึ่งกันและกัน แต่ความเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทของ สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพในทางลบ นำไปสู่ความ ขัดแย้งและความเครียด ประมาณครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงมนุษยสัมพันธ์ ภายในครอบครัวทางลบหลังการเจ็บป่วยทางจิต⁽³⁴⁾ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความบกพร่อง ของผู้ป่วยจิตเภท ในการแสดงออกถึงความรู้สึก

ความคิด ความต้องการของตนเอง การที่ญาติต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดูเหมือนว่า จะไม่ตอบสนองต่อสิ่งใดๆ ทำให้ญาติรู้สึกคับข้องใจหมดหวัง และ โกรธได้

Creer และ Wing ⁽³⁵⁾ ได้บรรยายความทุกข์ใจของญาติเกี่ยวกับพฤติกรรม การถอยหนี จากการติดต่อกับครอบครัวว่า ญาติผู้ป่วยที่คอยอยู่เคียงข้างและคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยเป็น ระยะเวลาานาน ตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย รู้สึกสะเทือนใจที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแล ของ พวกเขาน้อยมาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนี มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถอดทนต่อการ ปรากฏกายเป็นเวลานานของผู้อื่น เช่น มารดา ของผู้ ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวว่า แม้ผู้ป่วยจะอยู่ร่วมกับครอบครัวเป็นเวลานานนับสิบปี แต่ด้วยอาการ ทางจิต บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนเห็นสมาชิกในครอบครัวที่เขาคุ้นเคยได้ เหตุการณ์เช่น นี้ นำไปสู่ความปั่นป่วนในครอบครัว

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากการศึกษาของ Creer รายงานว่า ครอบครัวจำนวน 3 ใน 4 รายงานว่าผู้ป่วยมีอาการถอยหนีและแยกตัว เช่น เฉื่อยชา ไม่ค่อยพูด มีความสนใจน้อยมากใน การทำงานอดิเรก พฤติกรรมการถอยหนี และนำไปสู่การใช้ชีวิตคนเดียว แม้จะอยู่บ้านเดียวกับญาติ ทำให้ญาติรู้สึกสะเทือนใจ วิธีการที่ผู้ป่วยถอยหนีจากโรคภายนอก แสดงออกด้วย ความปรารถนาที่จะทำอะไรในแต่ละวัน ผู้ป่วยจำนวนมากใช้เวลานานในแต่ละวันโดยไม่ทำ อะไรเลย นั่งที่เก้าอี้ หรือนอนบนเตียง หรือแสดงท่าทางซ้ำๆ ไร้จุดหมายเช่น ชงกาแฟไม่หยุด หรือสูบบุหรี่มวนต่อมวนเป็นชั่วโมง นอกจากนี้ ญาติยังไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรเพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วย ผู้ป่วยชายคนหนึ่ง บอกมารดาของเขาว่า ที่เขานอนบนเตียงเพราะรู้สึกว่ “ กำลังภายในกำลังจะหมดลง ” ผู้ป่วยคนนี้ยังคิดว่าผู้ป่วยอีกหลายๆคนที่สามารถสื่อสารให้รู้ผู้ดูแลทราบ ว่า ทำไมเขาทำเช่นนั้น เขาสามารถสื่อให้มารดาเข้าใจ และไม่รู้สึกวิตกกังวลในช่วงเวลาที่ เขานอนบนเตียง และมารดาเขาเข้าใจและรู้สึกว่าเขาต้องการการพักผ่อนเพื่อเติมพลังใหม่

ในด้านการสื่อสารต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจำนวนมากกล่าวถึง การไม่สนทนา ของผู้ป่วย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว และอาศัยอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสมักต้องการการพูดคุย และความเป็นเพื่อนจากผู้ป่วย หรือในรายที่ญาติกับผู้ป่วยอยู่ด้วยกันสองคนบางครั้ง ญาติ ปรารถนาที่จะพูดคุยและสนุกกับผู้ป่วยบ้าง หญิงชราคนหนึ่งอาศัยอยู่กับหลานที่ป่วยเป็น โรคจิตเภท เล่าว่า “เธออยากจะพูดจากับหลานที่กลับมาจากศูนย์จิตเวชกลางวัน แต่ทุกเย็น

หลานจะรับประทานอาหารที่เธอเตรียมไว้อย่างเงียบๆและไปเข้านอน ” บ่อยครั้งที่ญาติต้องการที่จะรับฟังการพูดคุยของผู้ป่วย เรียนรู้ว่าอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยเคืองครุ่น คอยกันให้รู้เรื่อง และสื่อความรัก ความห่วงใยให้ผู้ป่วยทราบแต่ผู้ป่วยยังคงมีแต่ความเงียบ

บางครั้งรู้สึกว่สมาชิกในครอบครัว มีความเป็นห่วงกังวลใจ เกี่ยวกับลักษณะการสื่อสารที่เป็นอุปสรรค ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น พูดจาวกวน คลุมเครือ พูดโดยมีเนื้อหากระเจินกันไป พูดลอยๆ พูดอ้อมค้อม⁽³⁶⁾ จากลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทดังที่กล่าวมา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับผลกระทบที่แตกต่าง จากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นหรือในครอบครัวปกติซึ่งอาจมีผลต่อ เจตคติ และรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้จิตเภทได้

ความรู้พื้นฐานด้านเจตคติ

ความหมายของเจตคติ (Attitude)เป็นคำมาจากรากศัพท์ ภาษาลาตินว่า “Aptus”แปลว่า โน้มเอียงเหมาะสม ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾ นักการศึกษาได้ให้ความหมายไว้หลายท่านได้แก่

Good กล่าวว่า เจตคติ คือความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจเป็นการต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคลหรือสิ่งใดๆเช่น รักเกลียด กลัว หรือไม่พอใจ มากน้อยเพียงใดต่อสิ่งนั้น

สมบูรณ์ ชิตพงศ์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงท่าที ความคิดเห็น ความรู้สึกอันเอียงทางจิตใจ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากที่บุคคลได้มีประสบการณ์ ในสิ่งนั้น

Newcomb กล่าวว่าเจตคติของบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่บุคคลได้รับ อาจแสดงออกมาทางพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ

1.เจตคติทางบวก (Positive attitude) แสดงออกในลักษณะ พึงพอใจ เห็นด้วย ชอบ จะทำให้บุคคลอยากกระทำ อยากได้ อยากเข้าใกล้สิ่งนั้น

2.เจตคติทางลบ (Negative attitude) แสดงออกในลักษณะ ไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบหรือชิงชัง

ความหมายของเจตคติเชิงพฤติกรรม⁽³⁷⁾

1. เจตคติเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ถ่ายทอดมาแต่กำเนิด ไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบสรีระ แต่เป็นสิ่งที่เรียนรู้จากประสบการณ์
2. เจตคติมีสิ่งอ้างอิงที่มีหมาย (Attitude objects) เกี่ยวข้องกับ ความคิด บุคคล เหตุการณ์
3. เจตคติเป็นการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) เป็นสิ่งที่เกิดจากการที่บุคคลมีความเกี่ยวข้อง หรือนับพบปะสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม
4. เป็นความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to respond) อย่างใดอย่างหนึ่งต่อที่หมาย (Attitude objects)
5. เจตคติเกี่ยวข้องกับความรู้สึก (Affective) ความรู้สึกและอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของเจตคติ เช่น ชอบมากกว่า ชอบมาก ชอบน้อย หรือเฉยๆ
6. เจตคติจะแตกต่างกันไปในเรื่องของความรุนแรง (Intensity) ความรุนแรงของเจตคติ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจมีผลหรือไม่มีผลต่อพฤติกรรมก็ได้
7. เจตคติมีช่วงเวลามาเกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ ในปัจจุบัน อาจจะมีผลหรือไม่มีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงเจตคติอาจเกิดขึ้นได้
8. เจตคติมีความยาวนาน
9. เจตคติเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อน เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ อาจรับรู้ได้กว้างขวางกว่า หรือน้อยกว่า รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ ในเรื่องต่างๆของบุคคล
10. เจตคติเป็นเรื่องของการประเมิน เป็นการประเมินความชอบ รวมทั้งความน่าจะเป็น และความเป็นไปได้ ของเหตุการณ์และผลที่ตามมา
11. เจตคติเป็นสิ่งที่ต้องอนุมาน อนุมานได้จากพฤติกรรม อาจเป็นการชี้แนะที่สมบูรณ์ หรือไม่ก็ได้ การอนุมานเจตคติด้วยการสังเกตพฤติกรรม ภายนอกนั้นอาจไม่สอดคล้องกับเจตคติของบุคคลก็ได้ เนื่องจากพฤติกรรมมีที่คนเราแสดงออก อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ

องค์ประกอบของเจตคติ (Attitude Component)

- 1.องค์ประกอบด้านความรู้สึกนึกคิด(Cognitive component)
- 2.องค์ประกอบด้านความรู้สึก(Affective component)
- 3.องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)

หน้าที่ของเจตคติ

1.เจตคติช่วยให้บุคคลเรียนรู้รอบๆตัว ทำให้เกิดความรู้ โดยสร้างเจตคติอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อจัดระบบสิ่งแวดล้อมที่สับสนวุ่นวายให้ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อทำนายเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อบอกให้ทราบถึงสาเหตุของเหตุการณ์นั้นๆ

2.เจตคติช่วยป้องกันตนเอง (Self function) ทำให้บุคคลไม่ดูถูกตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ โดยการสร้างเจตคติอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงความจริงต่างๆที่ทำให้ตนเองไม่พึงพอใจ เช่น บอกใครๆว่าไม่อยากเรียนต่อเพราะ ต้องการออกมาทำงานช่วยเหลือสังคมมากกว่า คนที่เอาแต่เรียนเป็นคนเบียดเบียนสังคม จากตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่า บุคคลสร้างเจตคติต่อผู้อื่น เพื่อจะได้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองดีกว่าผู้อื่น

3.เจตคติเป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ต่างๆ และช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสังคม (Instrumental or social adjustment function) สิ่งใดที่เราได้รับประโยชน์ ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น สิ่งใดที่ขัดขวางความต้องการก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น หนีห่างจากสิ่งนั้น

4.เจตคติช่วยให้บุคคลแสดงตัวตนออกมา (Self expressive function) บุคคลมักจะมีเจตคติ ที่สอดคล้องกับความคิดหรือค่านิยมของตนเอง (Self concept) ของบุคคลด้วย

แหล่งของเจตคติ⁽³⁹⁾

เจตคติเป็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่งในทางที่ดี หรือไม่ดี จะทำให้เกิดเจตคติต่อสิ่งนั้นไปตามทิศทางที่มีประสบการณ์มาก่อน

2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (communication) การได้ติดต่อกับสื่อสารกับบุคคลอื่น จะทำให้รับรู้ข่าวสารซึ่งมีผลต่อเจตคติได้ สารไม่ว่าจะมาจาก การสื่อสารประเภทใด การสื่อสารระหว่างบุคคล ในกลุ่มและในที่สาธารณะ ล้วนสามารถเปลี่ยนแปลงเจตคติในลักษณะใด ลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้

1. การเสริมแรงเจตคติ (Attitude reinforcement) การเปลี่ยนแปลงเจตคติที่สอดคล้องกัน การเสริมหรือการย้ำทำให้เจตคติที่มีอยู่มีความหนักแน่นขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงเจตคติ (attitude change) การเปลี่ยนแปลงเจตคติในทางตรงข้าม เช่น เปลี่ยนจากเจตคติทางบวกให้กลายเป็นลบ
3. ผลกระทบแบบบวกลับ (Boomerang effect) คือการต้องการเปลี่ยนสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทิศทางใดทางหนึ่ง แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกลับเป็นไปในทางตรงข้ามกับสิ่งที่ต้องการ
4. การอนุรักษ์ (Conservative) การคงเจตคติที่มีไว้อยู่ รวมถึงสารที่สร้างขึ้นมาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ ต่อเจตคติที่มีอยู่
5. การเป็นกลาง (Neutralization) การเปลี่ยนเจตคติให้อยู่ที่ศูนย์ กล่าวคือไม่มีเจตคติทางบวก (สนับสนุน) หรือในทางลบ(ต่อต้าน) ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด
6. ผลการกำหนดระดับเพดานหรือจุดสูงสุด (Ceiling effect) คือการเสริมหรือย้ำเจตคติมีมากไปกว่านี้ก็ไม่เกิดผลใดๆ หรือไม่สามารถวัดผลของการเสริมแรงที่เพิ่มเติม นอกเหนือจากจุดอิ่มตัวนั้นแล้ว

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (model) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดเจตคติขึ้นได้ โดยขั้นแรกเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่าง บุคคลนั้นจะสังเกตว่าบุคคลอื่นปฏิบัติอย่างไร ขั้นต่อไป บุคคลนั้นจะแปลความหมายของการปฏิบัตินั้นในรูปของเจตคติ

4. ความเกี่ยวข้องกับเจตคติกับสถาบัน (Institution factors) เจตคติหลายอย่างของบุคคล เกิดขึ้นเนื่องจาก ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน หน่วยงานเป็นต้น สถาบันเหล่านี้เป็นแหล่งที่มาและสิ่งสนับสนุนให้เกิดเจตคติได้

การเปลี่ยนแปลงเจตคติ⁽⁴⁰⁾

กระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล สรุปได้ 3 ประการคือ

1. การยินยอม (Compliance) การเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะไม่ถาวรขึ้นอยู่กับผลประโยชน์ที่ได้รับ การยินยอมมักเป็นในแง่ของการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของบุคคลในสังคม

2. การเลียนแบบ (Identification) เป็นภาวะที่บุคคลยอมรับสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้น เป็นผลจากความต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจกับบุคคลหรือกลุ่มอื่น โดยจะรับบทบาทกลุ่มหรือผู้อื่นมาเป็นของตน และหรือเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน การเลียนแบบนี้จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความดึงดูดใจ (Attractiveness) และพลัง (power) ของแหล่งข่าว

3. ความต้องการที่อยากจะทำ (Internalization) เกิดเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เพราะสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในและค่านิยมของเขา

การวัดเจตคติ

ในการวัดเจตคติ นักจิตวิทยาสังคมนิยมวัดอยู่ 2 ลักษณะคือ

1. ด้านทิศทาง (Direction) หมายถึงการประเมินค่าความรู้ ความรู้สึกและความพร้อมกระทำไปในด้านที่ เป็นบวกหรือลบ เช่น เกี่ยวกับองค์ประกอบทางด้านความรู้

นักจิตวิทยาจัดแบ่งประเภทของบุคลิกตามเจตคติต่อชีวิตของแต่ละบุคคลได้เป็น 4 ประเภท คือ

1.ประเภทที่มีเจตคติทางลบต่อตนเองและผู้อื่น (I'm not OK,you're not OK) บุคคลประเภทนี้จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อตนเอง ไม่เชื่อมั่นในตนเองแล้วยังไม่เชื่อมั่นและมีเจตคติที่เป็นลบต่อผู้อื่น ไม่มีสิ่งใดที่ดีหรือถูกต้องสมบูรณ์ในสายตา มักจะแยกตัวจากสังคม โดยไม่ให้ความร่วมมือกับผู้อื่น เพราะคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ และปฏิเสธที่จะได้รับความช่วยเหลือใดๆจากผู้อื่น เพราะบุคคลเหล่านี้จะถูกความสามารถของผู้อื่นเช่นกัน คนประเภทนี้มักจะอยู่โดดเดี่ยวในสังคม มีแนวโน้มที่จะเก็บตัวซึมเศร้า และเป็นการยากที่จะเข้าถึงและทำการสื่อสารทางบวกที่ชัดเจนกับบุคคลประเภทนี้

2.ประเภทที่มีเจตคติทางลบต่อตนเองแต่มีเจตคติทางบวกต่อบุคคลอื่น (I'm not OK,you're OK) บุคคลประเภทนี้มีเจตคติต่อตนเองเป็นลบ ในขณะที่มีเจตคติต่อผู้อื่นเป็นบวก มักจะเห็นว่าผู้อื่นมีความพร้อมสมบูรณ์ทำสิ่งที่ดีที่ถูกต้อง ส่วนตนเองทำสิ่งที่ผิดพลาดเป็นคนไม่มีความสามารถ ความรู้สึกนี้เหมือนกับเมื่อคนเป็นเด็กซึ่งพบว่าตนเองทำแต่สิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่ดีในสายตาผู้ใหญ่ ความรู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถเหมือนกับคนอื่นๆ ทำให้บุคคลประเภทนี้พยายามหลีกเลี่ยงจากการสื่อสาร หรืออาจมีพฤติกรรมขมขื่นอยู่เสมอ แม้จะถูกเอาเปรียบก็ตาม มักจะอดกลั้นเก็บความรู้สึก หรือความคิดเห็นของตนไว้แต่ลำพัง เพราะคิดว่าความคิดเห็นของตนไม่เข้าท่า กลัวคนอื่นจะเห็นความไม่เข้าทำนั้น ลักษณะการแสดงออกของบุคคลประเภทนี้ จึงมักเป็นลักษณะไม่กล้าแสดงออก (nonassertiveness) มีลักษณะเป็นผู้ตามมากกว่าเป็นผู้นำ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าปฏิเสธ มักเริ่มการสนทนาด้วยความเกรงอกเกรงใจจนเกินเหตุ เช่น การขออนุญาตเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับตนเองในเรื่องต่างๆ เกรงใจผู้อื่นอย่างไรเหตุผล ขอยกตัวอย่างพฤติกรรมการสื่อสาร ของบุคคลประเภทนี้

ภรรยาที่มีลักษณะที่ไม่กล้าแสดงออก จะพูดกับสามีให้ช่วยซ่อมปลั๊กไฟในห้องครัวให้กับเธอ โดยขณะนั้นสามีกำลังดูโทรทัศน์รายการที่เขาโปรดปราน บทสนทนาเป็นดังนี้

ภรรยา : ขอโทษอะคะ คุณพอมีเวลาซ่อมปลั๊กไฟในครัวให้ฉันหน่อยได้ไหมคะ

สามี : (ยังคงดูโทรทัศน์ต่อ) ผมยังไม่ว่างเอาไว้วันหลังแล้วกัน

ภรรยา : ค่ะ ค่ะ ไม่เป็นไร (เธอตอบว่าไม่เป็นไร ทั้งๆที่เธอจำเป็นต้องใช้ไฟในขณะนั้น แต่เธอไม่กล้าอธิบายความจำเป็นของเธอ ให้เขาฟังอีกต่อไป เพราะเธอไม่มั่นใจว่าเขาจะปฏิเสธเธออีกหรือไม่) เธอคงต้องหาวิธีแก้ไขสถานการณ์ด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ไปตามช่างไฟมา ซ่อมหรือเปลี่ยนไปใช้ปลั๊กไฟอันอื่น และก้มหน้าก้มตาจดทนกับความประหลาดของสามี เธอต่อไป นานเข้าเธอจะสูญเสียความนับถือตัวเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่ามากขึ้นๆ เธอไม่กล้าตัดสินใจเรื่องใดๆ เพราะเธอไม่มั่นใจว่าการตัดสินใจของเธอจะถูกต้องหรือไม่ เธอมักไม่กล้าปฏิเสธคำขอร้องของใครแม้เธอจะไม่อยากทำสิ่งนั้นก็ตาม

3.ประเภทมีเจตคติทางบวกต่อตนเองแต่มีเจตคติทางลบต่อผู้อื่น (I'm OK,you're not OK) บุคคลประเภทนี้ มีข้อสรุปที่เขามักพูดอยู่เสมอก็คือ คนอื่นทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมควร คนอื่นไม่มีความสามารถ แต่สิ่งที่คนทำนั้นคิดแล้ว เหมาะสม ถูกต้อง คนประเภทนี้จะไม่ยอมรับคำวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น ลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกในการสื่อสารจึงมักออกมาในรูปของความก้าวร้าว สำหรับภรรยาที่อยู่ในประเภท I'm OK,you're not OK บทสนทนาจะเป็นลักษณะดังนี้

ภรรยา : ฉันไม่เห็นว่าคุณจะช่วยฉันทำประโยชน์อะไรให้ครอบครัวได้เลย

สามี : คุณจะให้ผมทำอะไรล่ะ

ภรรยา : ปลั๊กไฟในห้องครัวเสีย ใช้ไม่ได้บอกคุณหลายครั้งแล้ว คุณไม่เห็นจะช่วยเหลืออะไรบ้างเลย

สามี : เต็มวามวายนี่จบ ผมจะไปทำให้

ภรรยา : คุณก็ผลัดวันประกันพรุ่งอยู่อย่างนี้ ฉัน น่ะทำงานทั้งวันเหนื่อยก็เหนื่อย ยังต้องมาเหนื่อยใจกับคุณอีกเมื่อคืนที่

การสนทนาของคนทั้งสอง อาจยุติด้วยการที่ต่างฝ่ายต่างเจ็บปวดด้วยบทสนทนาที่ต่างเข็ดแฉีกัน ด้วยคำพูด ซึ่งก็ไม่ได้ให้ประโยชน์แก่ทั้งสองฝ่าย แทนที่เธอจะขอร้องเขาให้ทำในสิ่งที่เธอต้องการ เธอกลับเริ่มต้นด้วยการตำหนิสามีเธอ ซึ่งก็แน่นอน คำตำหนิย่อมทำให้อีกฝ่ายเกิดความรู้สึกไม่พอใจ เมื่อเขาพยายามประนีประนอม โดยการขอผลัดไว้ หลังจากมวยจบเธอยังไม่พอใจอีก เธอไม่เคยพอใจในการกระทำของผู้อื่น ขณะเดียวกันเธอก็ไม่รู้สึกว่าตัวเองได้ทำในสิ่งที่ผิดพลาด ตั้งแต่เริ่มต้นของบทสนทนาเลยทีเดียว

4.ประเภทมีเจตคติทางบวกต่อตนเองและผู้อื่น(I'm OK,you're OK) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี โดยทั่วไปจะมีลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกต่อผู้อื่น ในลักษณะนี้ คือ มีเจตคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ยอมรับความสามารถของผู้อื่น และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมการแสดงออก ต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม(Assertiveness) มักแสดงความรู้สึก ความต้องการของเขากับผู้รับสารอย่างจริงจัง ทั้งการแสดงความรัก การแสดงความยกย่องชมเชย การปฏิเสธ การแสดงความโกรธ ความไม่พอใจ ที่ไม่ใช่ความก้าวร้าว เขามักใช้คำพูดในการถ่ายทอด ความรู้สึก ความต้องการ เช่น ผมคิดว่า ... ผมต้องการ... หรือ เห็นว่า... อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา และเหมาะสมกับสถานการณ์ บุคคลประเภทนี้ จะมีใจเปิดกว้างในการรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่นแม้ว่าความเห็นนั้นจะขัดแย้งกับตน ให้ความเป็นมิตรแก่คู่สื่อสาร มีความกระตือรือร้นที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ นอกจากนั้น ยังมีความนับถือตนเอง ยอมรับข้อบกพร่องและจุดเด่นของคนอีกด้วย สำหรับภรรยาที่มีลักษณะการแสดงออกที่เหมาะสม เธออาจขอความช่วยเหลือจากสามีดังนี้

ภรรยา : คุณคะ เคี้ยวขนมปังปลั๊กไฟในครัวให้ฉัน นหนอยนะคะ ฉันซื้ออันใหม่มาให้คุณเปลี่ยนแล้ว

สามี : เอาไว้ก่อนไม่ได้หรือพุงนี้แล้วกัน

ภรรยา : พุงนี้คุณ ไม่อยู่นี้คะ ฉัน นว่าคุณซ่อมวันนี้เลยจะดีนะคะ ปล่อยทิ้งไว้กลัวลูกจะไปจับเข้า ไฟจะชุกเอา

สามี : งั้นเคี้ยวมวคูนี้อจะไปทำให้

ภรรยา : ค่ะ แหมถ้าคุณ ไม่อยู่ฉัน คงต้องลำบากทีเดียว

การสื่อสารของเธอสัมฤทธิ์ผล เพราะเธอรู้จักการประนีประนอม ความต้องการของเขาและเธอ เขาได้ควมวที่เข่าโปรด ขณะที่เธอสามารถทำให้เขาปรับปากตกลงจะซ่อมให้ แม้จะเข้าไปนิดแต่ยังคิดว่าไม่ได้รับความร่วมมือเอาเสียเลย เธอทำให้เขาจำนนด้วยเหตุผล ความจำเป็นที่เขาควรจะช่วยเธอ และเธอก็ได้ทำให้เขารู้ว่าเธอได้ทำได้ทำในส่วนของเธอแล้ว คือการซื้ออะไหล่มาให้เขาเปลี่ยน นอกจากนั้นเธอ ยังให้รางวัลที่เขาช่วยเธอ ด้วยคำพูดยกย่องว่าเขาเป็นคนสำคัญสำหรับเธอ การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสื่อสารที่ เหมาะสมนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ควรจะพัฒนาให้เกิดขึ้นในตัวผู้ที่ทำการสื่อสาร

การติดต่อสื่อสาร (Communication)

การสื่อสารหมายถึงการกระทำหรือการแสดงออก ที่บ่งว่าเป็นการสื่อความหมาย โดยอาศัยขบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด เจตคติประสบการณ์ ระหว่างกันและกัน เพื่อเกิดความเข้าใจร่วมกัน การสื่อสารของมนุษย์นั้นเป็นกระบวนการ⁽⁴²⁾ มีพลวัตหรือการเคลื่อนไหว (Dynamic) คือมีความสัมพันธ์ที่เคลื่อนไหวหรือมีผลกระทบ (Affect) ต่อกันและกันระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ของการสื่อสาร การสื่อสารของมนุษย์ จึงมีความต่อเนื่อง(Continuous) มีการเปลี่ยนแปลง (Changing) และต้องอาศัยการปรับตัวตลอดเวลา (Adaptive)

องค์ประกอบของการสื่อสารประกอบด้วย

1. ผู้ร่วมทำการสื่อสาร หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมกันไปอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา กล่าวคือ ในกระบวนการติดต่อสื่อสารของมนุษย์นั้น บุคคลผู้ร่วมทำการสื่อสารต่างจำเป็นต้องสวมบทบาท ในฐานะผู้เข้ารหัส (encoder) ผู้ตีความหมายสาร (interpreter) และผู้ถอดรหัส (decoder) สลับสับเปลี่ยนกันอยู่ตลอดเวลา เพื่อปรับการรับรู้ และเข้าใจในความหมายของสารอย่างถูกต้องตรงกัน ดังนั้น การแสดงออกซึ่งพฤติกรรม การสื่อสารของคนเรา จึงไม่อาจมีการบ่งชี้ให้ชัดเจนได้ว่า ใครคือผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารแบบเผชิญหน้ากัน ต่างฝ่ายต่างก็มีบทบาท เป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารเบ็ดเสร็จในตัว หมุนเวียนสลับเปลี่ยนไปจนกว่าการสื่อสารจะบรรลุถึงจุดแห่งความเข้าใจร่วมกัน

2. สาร หมายถึงสัญลักษณ์ หรือรหัสที่มนุษย์กำหนดขึ้นมา โดยมีการตกลงรับทราบร่วมกัน ลักษณะสารแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ สารที่มีรูปแบบเป็นถ้อยคำ หรือวจนสาร ซึ่งประกอบด้วยคำ ประโยค ข้อความ ฯลฯ ที่เป็นทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน อีกรูปแบบคือสารที่ไม่ใช่ถ้อยคำ เรียกว่า อวจนสาร ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง แววดา รอยยิ้ม เสื้อผ้า สีส้น กลิ่นหอม เป็นต้น ตามปกติมนุษย์ ทำการติดต่อสื่อความหมายกัน โดยการแลกเปลี่ยนสารที่ตรงตามเจตนาารมณ์ของตนเอง (intention message) แต่บางครั้งการสื่อสารเกิดขึ้นโดยผู้ร่วมกระทำการสื่อสารมิได้ตั้งใจที่จะส่งสารใดๆออกไป (accidental message)

3. ช่องทางการสื่อสาร หมายถึงวิธีทางหรือตัวกลางในการถ่ายทอดข่าวสาร จากแหล่งกำเนิด ไปยังผู้รับสารจุดหมายปลายทาง คนเราสามารถรับรู้สรรพสิ่งหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ผ่านช่องประสาทสัมผัสทั้งห้า

4. ปฏิกริยาป้อนกลับ หมายถึงการตอบสนองของผู้รับสาร ซึ่งผลการตอบสนองนี้มีทั้งลักษณะ พฤติกรรมที่เปิดเผยสังเกตเห็นได้ชัดจากคำพูด สีหน้า อากัปกิริยา ฯลฯ และลักษณะพฤติกรรมปกปิดซ่อนเร้นภายในจิตใจ ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดจากภายนอก แต่อาศัยการคาดคะเนโดยการอ่านใจและเดาใจซึ่งกันและกัน ดังนั้น ผู้กระทำการสื่อสาร ทั้ง2ฝ่ายต่างจำเป็นต้องพิจารณาปฏิกริยาป้อนกลับของกันและกันด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระของสารหรือรหัสที่ใช้ในการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนให้เหมาะสม และสอดคล้องกับบุคลิกภาพภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกของผู้ร่วมทำการสื่อสาร อันจะนำมาซึ่งผลคืออย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสื่อสาร

5. สิ่งรบกวน หมายถึงสิ่งที่แทรกซ้อนอยู่ระหว่างกระบวนการการส่งรับสาร ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ การติดต่อสัมพันธ์มีปัญหาหรืออุปสรรค การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนสาร ไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

หน้าที่หลักของพฤติกรรมกรรมการสื่อสาร⁽⁴³⁾

วัตถุประสงค์ตามธรรมชาติของผู้ส่งสาร

1. เพื่อบอกกล่าวสารสนเทศ
2. เพื่อให้ความรู้
3. เพื่อให้ความบันเทิง
4. เพื่อโน้มน้าวใจ

วัตถุประสงค์ตามทฤษฎีการสื่อสาร

1. เพื่อเกิดความเข้าใจ
2. เพื่อการค้นคว้าหาความรู้
3. เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ
4. เพื่อการตัดสินใจ

ลักษณะของพฤติกรรมการสื่อสาร

1. พฤติกรรมการสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ กล่าวคือ การแสดงออกซึ่งการติดต่อสื่อความหมายของมนุษย์ในสังคม มีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตลอดเวลา เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด อีกทั้งไม่มีขอบเขตแน่ชัด ผู้ร่วมกระทำการสื่อสารทั้งสองฝ่าย คือฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างสลับเปลี่ยนบทบาทสลับไปมาโดยอัตโนมัติ ต่างฝ่ายต่างแสดงปฏิริยาตอบสนองระหว่างกันและกัน จนบางครั้งเราอาจไม่รู้สีก้าวหรือตระหนักว่าตนเองกำลังทำกิจกรรมด้านการสื่อสารอยู่ วงจรของกระบวนการพฤติกรรมการสื่อสาร ประกอบด้วย การเข้ารหัส (encoding behavior) พฤติกรรมการถ่ายทอดและการรับ (transmitting and receiving behavior) พฤติกรรมการถอดรหัส (decoding) พฤติกรรมการตีความหมาย (interpretive behavior)

2. พฤติกรรมการสื่อสารเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการทางจิตวิทยา กระบวนการทางสังคม และกระบวนการทางวัฒนธรรม การกระทำหรือการแสดงออกซึ่งกิจกรรมด้านการติดต่อสัมพันธ์ของมนุษย์ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ยากแก่การคาดหมายและการวิเคราะห์ ปฏิสัมพันธ์ในการติดต่อระหว่างมนุษย์มิได้เกิดจากพฤติกรรมการตีความหมาย เฉพาะเนื้อหาสาระของสารที่เป็นตัวกระตุ้นเท่านั้น แต่ผู้ร่วมกระทำการสื่อสารจะสร้างหรือกำหนดความหมายไปตามลักษณะ ปัจจัยด้านจิตวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในบุคคล ได้แก่ ความทรงจำ ความหวัง เจตคติ ความกลัว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีแรงกระตุ้นจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ กรอบการดำรงชีวิตในสังคม บรรทัดฐาน จารีตประเพณี จรรยาบรรณ กฎหมาย วัฒนธรรมเป็นต้น ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลเหล่านี้ ล้วนเป็นตัวกระตุ้น หรือแรงผลักดัน ให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์เป็นไปตามการเรียนรู้ การรับรู้ อารมณ์ ความต้องการ

ความเชื่อ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี ทำให้ผลตอบสนองของพฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์ เป็นไปตามลักษณะเฉพาะตัวหรือบุคคลหรือกลุ่มสังคม เช่น บางคนหรือกลุ่มสังคม มีบุคลิกลักษณะพร้อมที่จะเปิดตัวในการติดต่อสื่อสาร ยอมรับข่าวสาร ความรู้และแนวคิดใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายข่าวสาร ถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่น แต่ในทางตรงกันข้ามบางคนหรือบางกลุ่มสังคมอาจมีลักษณะเฉื่อยชาต่อการติดต่อสื่อสาร ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวความคิดใหม่ๆ ที่ขัดต่อความเชื่อค่านิยม ที่ยึดมั่นอยู่ดั้งเดิม บางครั้งพฤติกรรมการสื่อสาร จึงมีผลตอบสนองไปในทางที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของผู้ทำการสื่อสาร ทั้งสองฝ่ายเป็นสาเหตุให้การสื่อสารล้มเหลว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ร่วมกระทำการสื่อสารไม่มีกรอบแห่งการอ้างอิง และประสบการณ์ร่วมกัน

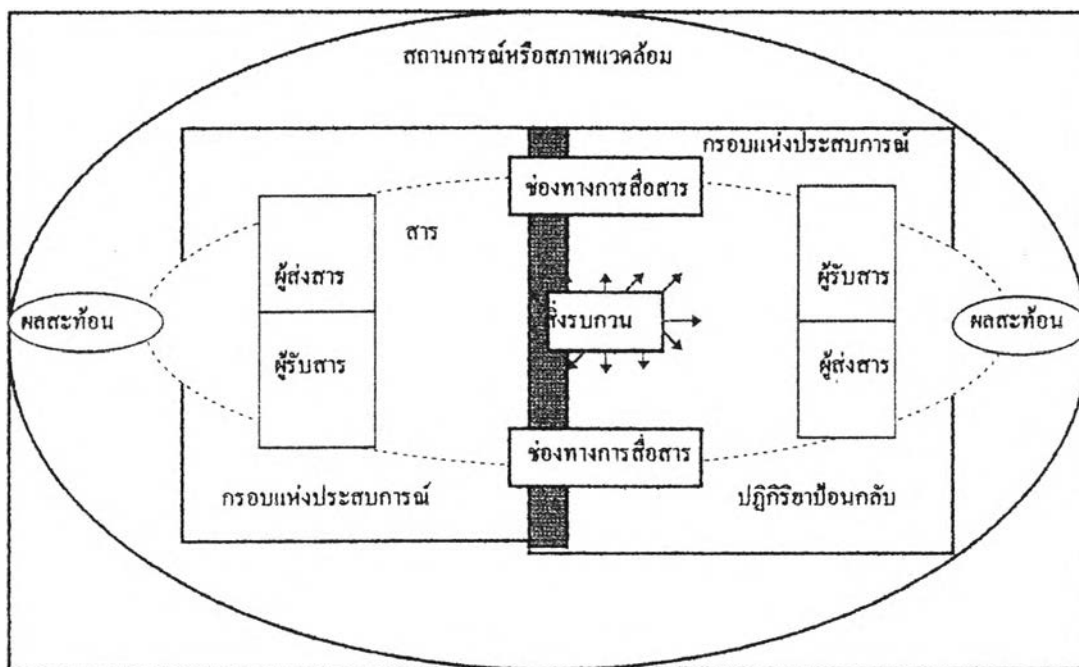
3. พฤติกรรมการสื่อสารเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ระบบการสื่อสาร หมายถึงว่ากระบวนการสื่อสารมิได้เกิดขึ้นในบรรยากาศที่ว่างเปล่า แต่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของสภาพการณ์ หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การเมือง การเศรษฐกิจ ฯลฯ ดังนั้นพฤติกรรมการสื่อสารระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะเกิดขึ้นหรือไม่ ด้วยสาเหตุใด และมีผลลักษณะใดบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยและความผันแปรของสภาพแวดล้อม หรือสภาพการณ์ภายนอกกระบวนการสื่อสารด้วยส่วนหนึ่ง ปัจจัยดังกล่าวนี้ เช่น ด้านสรีระ เวลา โอกาส ระยะทาง การเงิน ฯลฯ จึงมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมหรือสกัดกั้นการกระทำติดต่อสื่อสาร

4. พฤติกรรมการสื่อสารเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณและการเรียนรู้ทางสังคม มนุษย์มีสัญชาตญาณที่ต้องการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการสื่อสาร มาโดยกำเนิดตามธรรมชาติของมนุษย์ นับแต่นาทีแรกที่ลืมตาดูโลก เด็กทารกส่งเสียงร้องเพื่อเป็นการบอกกล่าวอะไรบางอย่างเช่น หิว ง่วงนอน ปวดท้อง เป็นต้นเมื่อเติบโตขึ้น จะเริ่มเรียนรู้จดจำแบบอย่างการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการสื่อสาร จากแม่แบบทางสังคมเริ่มตั้งแต่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า โครงสร้างและส่วนประกอบทางสังคม ต่างมีส่วนในการเตรียม และกำหนดพฤติกรรมการสื่อสาร เพื่อให้สมาชิกในสังคมนั้น ได้เรียนรู้และถือเป็นแนวปฏิบัติสืบทอดกันไป

โครงสร้างของกระบวนการสื่อสาร

การที่จะศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของมนุษย์ ต้องทราบถึงโครงสร้างของกระบวนการสื่อสารเบื้องต้นก่อน โดยพิจารณาจากแบบจำลองการสื่อสาร ซึ่งนักทฤษฎีและนักวิชาการสื่อสารออกแบบโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายองค์ประกอบต่างๆแต่ละองค์ประกอบ มีหน้าที่บทบาทความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างไร สามารถเขียนเป็นแผนภูมิแบบจำลองการสื่อสารในลักษณะภาพรวมดังนี้

ภาพที่ 1 แผนภูมิแบบจำลองการสื่อสาร



ที่มา แผนภูมิจำลองการสื่อสารของ ชาลส์ ออกูดส์

ประเภทของการสื่อสาร โดยใช้ช่องทางการสื่อสารเป็นเกณฑ์แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. วจนสาร (Verbal message or Language) คือสารหรือภาษาที่แสดงออกในรูปของถ้อยคำ คำพูดหรือตัวอักษร ได้แก่ภาษาพูดภาษาเขียน

2.อวัจนสาร หรือ อวัจนภาษา (Nonverbal message or Language) คือสารหรือภาษาที่ไม่แสดงออกโดยใช้ถ้อยคำ คำพูดหรือตัวอักษรโดยตรงแต่แสดงออกทางอื่น ซึ่งสามารถสื่อความหมายบางอย่างได้เช่นกันนี้ได้แก่

A.เทศภาษา (Space) ได้แก่ ระยะห่างระหว่างบุคคล การจัดที่นั่ง การสัมผัสสามารถสื่อให้เห็นความสัมพันธ์และความใกล้ชิดของบุคคลได้

B.กาลภาษา (time) ได้แก่ เวลา เช่น การตรงไปตามนัดเป็นการสื่อว่า เป็นคนมีความรับผิดชอบและให้เกียรติผู้ที่นัดด้วย

C.เนตรภาษา (Eye Contact) ได้แก่การใช้สายตา เช่นการจ้องแสดงความสนใจ การเมินแสดงความไม่ใส่ใจ การศึกษาในเรื่องการสบตาพบว่า การสบตาเป็นการแสดงความรู้สึกต่ออีกฝ่ายหนึ่งในแง่บวก เป็นการแสดงความสนใจ ให้ความรู้สึกใส่ใจ และมีคุณค่า ในขณะที่เดียวกันถ้ามีการหลบตาขณะสื่อสารมักจะทำให้ความรู้สึกทางด้านลบ ไม่เป็นมิตร ไม่ให้เกียรติ⁽⁴¹⁾ การใช้ สายตาก็ลักษณะหนึ่งคือการจ้องมอง จะทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เครียดและตีความการจ้องมองว่าเป็นสัญญาณของความมุ่งร้ายและความโกรธ คนส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงจากภาวะดังกล่าว มีการทดลองโดยสังเกตพฤติกรรมของคนขับที่จอดรถอยู่แถวหน้าสุด ในขณะที่รถติดไฟแดง พบว่าคนขับที่ถูกจ้องมองจะรีบขับรถออกไปอย่างรวดเร็ว มากกว่าคนขับที่ไม่ถูกจ้องมอง และคนขับจะไม่พยายามสบตากับผู้ที่จ้องเขาเลยในขณะที่ขับรถผ่านไป

D.ปริภาษา(Paralinguistic)ได้แก่ การใช้น้ำเสียงหรืออารมณ์ของเสียง ซึ่งรวมไปถึง คุณภาพ ความดัง ความถี่ การเน้น การเว้นช่องจังหวะและการออกเสียงต่างๆที่ไม่ใช่คำพูดโดยตรง เช่นการถอนหายใจ การทอดเสียง การเงิบ เสียงที่เร็ว อาจแสดงความตื่นเต้นดีใจ ขณะเสียงที่เนือย อาจแสดงถึงความเหนื่อยไม่กระตือรือร้น ได้

E.อาการภาษา (Body movement) ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกายหรืออิริยาบถต่างๆ เช่น การส่ายหน้าแสดงการปฏิเสธ ขณะที่การพยักหน้าแสดงการตอบรับ⁽⁴⁴⁾ ท่าทางและการสัมผัส บางคนเวลาที่ไม่สบายใจจะรู้สึกร่างกายอ่อนเปลี้ยหรือเมื่อโกรธจะต้งัน ในการสนทนามักจะโน้มตัวเข้าหาผู้พูดที่ฟังด้วยความสนใจ เหล่านี้คือข้อมูลข่าวสารที่ได้รับรู้จากผู้อื่นโดยดูจากท่าทาง การเคลื่อนไหว หรือที่เรียกว่าภาษากาย ภาษากายมักจะแสดงออกซึ่งอารมณ์ ในขณะนั้น โดยทั่วไปการเคลื่อนไหวที่ใช้ส่วนของร่างกายค่อนข้างมาก เช่น ทำตัวหยุดหยิกหรือขาสั่นตลอดเวลา มักแสดงภาวะอารมณ์ที่ถูกเร้าหรือรู้สึกเบื่อ ส่วนข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะลงไปมักจะแสดงออกเป็นสัญญาณ เช่น กำมือแน่นหมายถึงโกรธ ปิดหน้าหมายถึงอาย ยกไหล่หมายถึงไม่เข้าใจ ภาษากายยังช่วยบอกความรู้สึกของผู้อื่นต่อตัวเราว่าไปในทางบวกหรือลบ เช่นถ้าอีกฝ่ายหนึ่งหันหน้าและโน้มตัวเข้ามาแสดงว่าสนใจในสิ่งที่เราพูด หรือในทางตรงกันข้าม ถ้าหันหน้าหนีไม่สบตา พยายามถอยห่างแสดงความรู้สึกทางลบไม่ชอบหรือเบื่อก่อนหน้า บทบาทสุดท้ายของภาษากายคือการส่งผ่านความรู้สึก จากผู้หนึ่งไปยังอีกผู้หนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมผัส ในเวลาที่เห็นอกเห็นใจมักแสดงภาษากาย โดยการสัมผัสมือโอบไหล่เพื่อเป็นการปลอบใจ เพื่อนสนิทที่ไม่ได้พบกันมานานจะแสดงให้เห็นมิตรภาพที่ลึกซึ้งโดยการจับมือหรือกอดกัน และพ่อแม่ที่แสดงภาษากายที่ลูบผมลูกด้วยความรักความเอ็นดู เป็นต้น เคยมีการวิจัยพบว่าในการขอความช่วยเหลือเล็กน้อยจากผู้อื่น ถ้าผู้ขอความช่วยเหลือและแขนอีกฝ่ายหนึ่งสามารถที่จะโน้มนำความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งว่า ต้องการความช่วยเหลืออย่างแท้จริง และเป็นการยากที่จะปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือมากกว่า ผู้ที่ขอร้องโดยใช้คำพูดเพียงอย่างเดียว

ประเภทของผู้สื่อสาร⁽⁴⁵⁾

1.ประเภทหนึ่งเงียบ (The silent participant) เนื่องจาก ความกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้ประเภทนี้พูดเพียงเล็กน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา การนิ่งเงียบทำให้รู้สึกปลอดภัย ในแง่ที่ไม่มีใครสามารถมาโจมตีความคิดหรือความรู้สึกของเขาได้

2.ประเภทวางอำนาจ (The authoritarian) ต้องการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่าง มักจะเป็นผู้ที่ผูกขาด ในการพูดไม่ค่อยรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

3.ประเภทน้ำท่วมทุ่ง (The verbose participant)การพูดที่มีลักษณะของการพูดมาก แต่จับใจความไม่ได้

4.ประเภทแข่งขัน (The rival participant)บุคคลประเภทนี้ มักจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มการสื่อสาร ต้องการแข่งขันถกเถียงปัญหา จนกลายเป็นการโต้เถียงเพื่อเอาชนะ

5.ประเภทระแวง (The cynic) กลัวการถูกเยาะเย้ยถากถางเมื่อพูดอะไรออกไป จะไม่ไว้วางใจใคร จึงพยายามพูดออกความเห็นให้น้อย

6.ประเภทคล้อยตาม(The Conformist) มักไม่แสดงความคิดเห็นที่เป็นตัวของตัวเอง ชอบคล้อยตามผู้อื่น

7.ประเภทวิตกกังวล (The anxious participant) ผู้สื่อสารที่มีความวิตกกังวลตลอดเวลา มีความกลัวกดดัน กระวนกระวายใจ ทำให้ผู้อื่นรู้สึกเครียด

8.ประเภทไม่ยอมตัดสินใจ (The indecisive participant)เป็นวิธีป้องกันตนเอง เนื่องจากกลัวความผิดพลาด

9.ประเภทตลกโปกฮา (The Comedian) ไม่จริงจัง มีความคิดสนุกสนาน

10.ประเภทใช้ปัญญา (The intellectual participant) จะไม่ใช่อารมณ์เป็นใหญ่ มักจะเป็นผู้สื่อสารที่ใช้เหตุผลในการสื่อสาร ผู้สื่อสารประเภทนี้จะสามารถสื่อสารทางบวกได้ดีกว่าผู้สื่อสารประเภทอื่น

ปฏิกิริยาตอบสนอง (feedback)

ปฏิกิริยาตอบสนองอาจเกิดขึ้นด้วยความตั้งใจของผู้สื่อสาร (Intention feedback)เช่น ผู้ฟังโห่ใส่ผู้พูดหรือเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (non-intentional feedback)เช่นหน้าแดงด้วยความอาย

ปฏิกิริยาตอบสนองอาจเป็นไปในทางบวก (positive feedback)คือการแสดงการยอมรับ หรือความเห็นพ้องต้องกัน เช่นการตอบรับ การพยักหน้ารับ หรืออาจเป็นไปในทางลบ(negative feedback) เช่น การตอบปฏิเสธ การทำหน้าบึ้ง

ปฏิริยาตอบสนองอาจเป็นการแสดงออกโดยตรง (Direct feedback)คือผู้สื่อสารต้องการส่ง ปฏิริยาตอบสนองนั้นอย่างตรงไปตรงมา หรืออาจเป็นการแสดงออกโดยอ้อม(indirect feedback) คือผู้สื่อสารไม่ต้องการให้ผู้รับสารรู้ว่า ผู้สื่อสารต้องการปฏิริยาตอบสนองนั้นๆ หรือผู้สื่อสารไม่กล้าแสดงปฏิริยาตอบสนองนั้นโดยตรง เช่น การยิ้ม แสดงการปฏิเสธ ปฏิริยาตอบสนองนั้นอาจเป็นการแสดงออกให้เห็น (overt feedback)ผู้สื่อสารสามารถมองเห็นได้ หรือการเก็บการตอบสนองสารไว้ในใจ (covert feedback)เช่น การนึกตำหนิการกระทำของบุคคลในใจ การซ่อนความไม่พอใจไว้เป็นต้น

การสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รูปแบบความสัมพันธ์ของ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยนั้น เอื้ออำนวยต่อการ สื่อสารซึ่งกันและกันอยู่แล้ว ทั้งการสื่อสารแบบวจนภาษาและอวจนภาษา เนื่องจากครอบครัวเป็นเสมือนศูนย์รวมของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทในการที่จะต้องพยายามตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการสื่อสาร ซึ่งสามารถ จะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือการสื่อสารเชิงบวกและการสื่อสารเชิงลบ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของทฤษฎีการสื่อสารในครอบครัว

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ได้มีผู้แบ่งรูปแบบไว้หลายทฤษฎีดังนี้

1. แนวคิดของ Melead & chaffe⁽⁴⁶⁾

1.1.ความสัมพันธ์แบบ *Socio-Orientation* คือความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่เข้ากันได้ดี จะอบรมให้มีความสามัคคี หลีกเลี่ยงการโต้เถียง จัดแก๊ง รู้จักระงับอารมณ์โกรธ ขอมจ้านน

1.2.ความสัมพันธ์แบบ *Concept -Orientation* คือ ความสัมพันธ์ที่ยึดถือแนวคิด ข้อเท็จจริงและความถูกต้อง สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทักษะแสดงเหตุผล ประเมินปัญหาอย่างรอบคอบ

2. แนวคิดของDavid Kantor และWilliam Lehr.⁽⁴⁷⁾

แนวคิดนี้แบ่งการสื่อสารในครอบครัวเป็น 3 แบบ

2.1เน้นการควบคุม ยึดถือธรรมเนียมประเพณี มีระเบียบ การสื่อสารในครอบครัวอยู่ในความควบคุมของผู้มีอำนาจในครอบครัว

2.2การสื่อสารแบบเปิด (*Open family*) เน้นความเป็นประชาธิปไตย การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างอิสระ แต่ไม่ปล่อยปละละเลย

2.3การสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อย (*Random Family*) เน้นความเป็นตัวของตัวเอง อิสระเสรี ไม่มีการบังคับ ไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์

3.แนวคิดรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวด้านการเมืองและสังคม

3.1 ครอบครัวแบบพหุนิยม (*Pluralistic*) สมาชิกสามารถวิพากษ์วิจารณ์ได้เต็มที่ไม่มีข้อจำกัดเชิงสังคม

3.2การสื่อสารเน้นการสอดคล้อง(*Consensual*) มีการสนับสนุนให้คิด แต่หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง

3.3รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปกป้อง(*Protective*)เน้นความเชื่อฟัง เคารพผู้ใหญ่

3.4รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบบปล่อยตามใจ(*Laziness -fare*)ได้รับอิสระ ไม่มีข้อห้ามทางสังคม

4.แนวคิดรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบ

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

2. การชี้้นำให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilt induction) เป็นการสื่อสารที่มีประโยชน์หรือข้อความที่ชี้ นำให้ผู้ป่วย รู้สึกทางลบ กล่าวโทษผู้ป่วย หรือทำให้สลดใจความภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง เช่น “คุณ(ผู้ป่วย) เป็นสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวของเราได้รับความอับอายและยุ่งยาก”

3. การสื่อสารที่มีความขัดแย้ง⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾ มีเจตคติต่อกันในแง่ลบ พฤติกรรมการแสดงออกจะเป็นการต่อต้าน คัดค้าน โต้แย้ง หลีกหนี ไม่เกิดความเสมอภาคในการสื่อสาร ไม่ฟังกันและกัน มีสาเหตุจาก

3.1 ความแตกต่างด้านความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความขัดแย้งทางด้านความคิดนี้มีระดับความรุนแรงทางการแสดงออกเล็กน้อย คือการปฏิเสธ ประท้วง ต่อต้าน

3.2 ความเกลียดชัง เป็นการสื่อสารที่มีความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อสิ่งต่างๆ ของบุคคล ถ้าเป็นพฤติกรรมที่อยู่ในใจ เป็นลักษณะของความไม่พอใจ ความเกลียดชัง ขยะแขยง ความไม่ไว้วางใจ อยากทำลาย คิดในแง่ร้าย อยากให้สิ่งที่เกลียดได้ รับความหายนะ ถ้าเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นในลักษณะ คัดค้าน หลีกหนี ไม่ให้ความร่วมมือ

3.3 เกิดจากที่บุคคลทั้ง 2 ฝ่าย เกิดความต้องการในสิ่งเดียวกัน มีการโต้เถียง ไม่ยอมให้อภัย ต้องการโต้เถียงเพื่อที่จะเอาชนะ⁽⁵⁹⁾

ปฏิกริยาหลังจากเกิดความขัดแย้งของผู้สื่อสาร

- * สมยอม : เป็นผู้ยอมรับผิด ยอมแพ้โทษตัวเองแล้วเจ็บ
- * ตีเถียน : โทษหรือโยนความรับผิดชอบให้แก่ผู้อื่น
- * เฉลไฉ : เบี่ยงเบนไปประเด็นอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสิ่งที่ขัดแย้ง⁽⁶⁰⁾

4. การพูดประชดประชัน⁽⁶¹⁾ : การแก้งพูด ให้เกินเหตุเกินควร หรือพูดกระทบกระแทกแดกดัน เนื่องจากความโกรธ มีน้ำเสียงของความไม่พอใจ การปฏิเสธ เป็นการสื่อสารทางลบที่ก่อให้เกิด ความหงุดหงิด ไม่มีต้นสายปลายเหตุที่ชัดเจน หรือชอบโต้ตอบด้วย

การประชดเป็นนิสัยสร้างความรำคาญใจ⁽⁶²⁾ การพูดประชดประชันถึงปมค้อยของผู้อื่นทำให้ โกรธแค้น และฝังใจจำ อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว การประชดประชันจะซ้ำเติมให้ปัญหารุนแรงมากขึ้น

5.การถกเถียง (Arguing) การถกเถียงเป็นวิธีการระบายความรุนแรงออกมาวิธีหนึ่ง เกิดขึ้นเมื่อบุคคลกล่าวแสดงความเห็นที่ขัดแย้งกับบุคคลหนึ่ง แล้วถกเถียงกัน ในระยะสั้นจะ ช่วยให้บุคคลได้ระบายความรู้สึกและทราบเหตุผลของอีกฝ่ายหนึ่ง แต่ในระยะยาววิธีการดังกล่าวมีผลเสียเพราะบุคคลที่เคยถกเถียงด้วย เกิดความรู้สึกเบื่อก่อนหน้า ที่จะถกเถียงและพยายามจะปลีกตัวออกห่าง

6.การบ่น (Complaining) การบ่นเป็นวิธีการแสดงความไม่พอใจ คนที่ขี้บ่นหรือชอบบ่นโดยสม่ำเสมอจะพบความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น

7.การซุบซิบนินทา(Gossiping) แม้ว่าคนโดยทั่วไปจะชอบฟังการซุบซิบนินทาเป็นบางครั้ง แต่คนที่ชอบซุบซิบนินทาคนอื่นอยู่เสมอๆ มักจะไม่มีคนชอบที่แท้จริงเลย เพราะเมื่อคนอื่นรู้ว่านิสัยชอบนินทา จะขาดความไว้นือเชื่อใจและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการคบหาสมาคม ด้วยเกรงว่าจะถูกซุบซิบนินทาเหมือนที่ทำกับคนอื่นมาแล้ว

8.การเสียสละที่ไม่จริงใจ (Martyrdom) เป็นการเสียสละเพื่อที่เรียกร้องสิ่งตอบแทน ทำให้คนเกิดความสับสนไม่แน่ใจ โดยที่บุคคลพยายามทำให้ชอบโดยทำให้เห็นว่าเป็นคนเสียสละ แต่ขณะเดียวกันก็ถือเอาประโยชน์จากการทำตัวว่าเสียสละเช่นนั้น

9.การขัดจังหวะ (Interrupting) การทำตัวว่าเป็นคนชอบขัดจังหวะการสนทนา อาจเป็นทั้งวิธีการระบายความไม่พอใจออกมาและเป็นการควบคุมการสื่อความด้วย หากผู้สื่อสารใช้วิธีการนี้สม่ำเสมอจะทำให้เกิดความก่อกวน และไม่อาจเข้ากับใครได้

10.การด่าว่า (name Calling) เป็นวิธีการที่ทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีความหมายในการทำร้ายคนอื่น นับว่าเป็นวิธีการระบายอารมณ์ที่รุนแรงและผลที่เกิดขึ้นรุนแรงพอๆกัน คือทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขาดระดับลง

11.การทำให้แตกแยก (Challenging Integrity) ปฏิกริยานี้อาจเกิดขึ้น โดยการตั้งคำถามที่ไปกระทบกระเทือนความรู้สึก บุคลิกลักษณะหรือพฤติกรรมบางอย่างอาจเป็นคำถามโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้ ซึ่งสังเกตจากคำถามเหล่านั้นจะมีผลทำให้คู่สนทนาหยุดพูดโดยทันที

12.การผลุนผลัน (The brush off) เป็นพฤติกรรม ที่เมื่อคนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับอีกคนหนึ่ง เขาจะเปลี่ยนปฏิกริยาทันที โดยการวางเฉยหรือไม่สนใจบุคคลผู้นั้นอีกต่อไป ไม่ว่าจะได้อธิบายหรือชี้แจงความคิดเห็นใดๆจะไม่ยอมรับรู้ โดยการทำเป็นสนใจเรื่องอื่นมองออกไปข้างนอก ทำเป็นไม่ได้ยินหรือกำลังศึกษาเรื่องอื่นอย่างเอาใจใส่ ทำให้อีกฝ่ายหนึ่งหัวเสียและการสื่อสารระหว่างทั้งสองฝ่ายหยุดลงทันที

13.การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (over involvement)⁽⁶⁴⁾ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการควบคุมจัดการกับผู้ป่วยมากเกินไปมีการกำหนดวิถีทางการพูดให้กับผู้ป่วย มีเจตคติในทางลบต่อผู้ป่วย เข้ามาปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไปจนไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ข่มขู่ ประจาน ตะคอกผู้ป่วย โทมัส⁽⁶⁵⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ผู้สื่อสารแสดงอารมณ์ทางลบต่อผู้รับสารเนื่องจาก การตั้งเป้าหมายไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง , ประสบปัญหาในขั้นตอนการสื่อสารให้บรรลุถึงเป้าหมาย และมีภาพลบบเกี่ยวกับตนเองและผู้รับสาร

รูปแบบการสื่อสารเชิงบวก (Positive Communication Pattern)

เป็นการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾ ให้ความรู้สึกด้านการยอมรับ ความเข้าใจมีทักษะในการฟัง การได้รับความเอาใจใส่ มีความอบอุ่น มีความเป็นกลาง มีขบวนการแก้ปัญหา

วิธีการสื่อสารทางบวกในครอบครัว⁽⁵³⁾⁽⁶³⁾

1.เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อคนในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ปัญหาหรือความไม่สบายใจ โดยผู้ฟังมีลักษณะที่ผ่อนคลาย รับฟังอย่างสงบ มีสติมั่นคง จะทำให้เห็น

ปัญหาชัดเจน สามารถชี้ถึงเหตุผลและแนวทางแก้ไขได้ด้วย มีความเป็นกลาง ไม่กล่าวทับถมบุคคลที่สามเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว

2. ใช้คำพูดมีท่าทีที่อ่อนโยน มีความพร้อมที่จะเห็นอกเห็นใจ เลือกคำพูดที่ไม่คุกคามอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น “เข้าใจอะไรผิดกันหรือเปล่า” “เรื่องราวจริงๆเป็นอย่างไร” แทนที่จะพูดว่า “คุณแย่มากที่ทำอย่างนี้” ใช้คำพูดทางบวกเพื่อลดอคติ เช่น “เขาไม่ได้เจตนาที่จะทำอย่างนั้น” “เขาพูดล้อเล่นหรือเปล่า”

3. แสดงความรู้สึกหรืออารมณ์ที่แท้จริงออกมาให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบ เช่นเมื่อรู้สึกโกรธควรบอกว่าโกรธ ดีกว่าใช้คำพูดกลางเสียดสีหรือเปรียบเทียบ หรือใช้คำพูดในลักษณะคำถามเพื่อที่จะได้ทราบถึงความต้องการ ของอีกฝ่ายหนึ่งอย่างชัดเจน นอกจากการสื่อข้อความแล้ว ควรจะสื่อความรู้สึกเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรแสดงออกในครอบครัวคือ ความรู้สึกห่วงใยกัน ความรู้สึกชื่นชมต่อกัน การแสดงความขอบคุณ การกล่าวคำขอโทษ การแสดงความห่วงใย ความวิพากษ์วิจารณ์หรือแจ้งข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ สามารถบอกความปรารถนา ความหวัง หากมีข้อสงสัย อยากซักถามหรือมีข้อเสนอ สามารถที่จะสื่อสารกันได้

4. การสื่อสารที่สอดคล้องลงรอย สร้างบรรยากาศแห่งการยอมรับและความรู้สึกปลอดภัย โดยมีลักษณะที่เป็นมิตรปราศจากการตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความรู้สึก อ่อนน้อม ใจจริง ยอมรับความเป็นไปในตัวของผู้ที่เราจะสื่อสารด้วย

5. มีเจตคติ ที่ถูกต้อง สามารถที่จะติดต่อด้านพันธุกรรมกับบุคคลอื่นอย่างเปิดเผย การเปิดเผยประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ⁽⁶³⁾

5.1 บุคคลต้องมีความเต็มใจ ที่จะเปิดเผยข้อมูลทั้งหมดต่อบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง หมายถึงความเต็มใจ ในการเปิดเผยข้อมูลหรือ ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราว หรือหัวข้อที่จะสื่อสารนั้นซึ่ง ไม่ได้หมายความว่า ต้องเปิดเผยเรื่องส่วนตัวทุกเรื่อง เพราะการเปิดเผยทุกอย่างบางครั้งก็ไม่จำเป็นหรือไม่น่าสนใจถ้าเรื่องราวที่เปิดเผย ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อของการสื่อสารระหว่างบุคคล บุคคลผู้ที่ทำการรับสาร เมื่อได้รับรู้

ข้อมูลควรที่จะแสดงปฏิกิริยา การรับรู้อย่างจริงใจและตรงไปตรงมา การเปิดเผยหมายถึงการยอมรับ ว่าความคิดความรู้สึกที่แสดงออกมานั้น มาจากผู้ที่ทำกาสื่อสาร และยินดีที่จะรับผิดชอบต่อข้อมูลและข่าวสาร ไม่พยายามที่จะหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบนั้นไปยังผู้อื่น

5.2. มีความเข้าใจและมีความรู้สึกร่วมด้วยอย่างเป็นกลาง (Empathy) หมายถึง มีความเข้าใจภาวะที่ผู้สื่อสารเป็นอยู่ ไม่ว่าจะเสียใจ หรือดีใจ ไม่เอามาตรฐานของ ผู้รับสาร ไปตัดสินและไม่คล้อยตามอารมณ์ เช่นผู้สื่อสารเสียใจก็ร้องไห้ตามไปด้วย ให้วางตัวเป็นกลางแต่เข้าใจถึงภาวะเศร้าโศกเสียใจของผู้ส่งสาร

5.3 ความรู้สึกสนับสนุน (Supportiveness) การแสดงความรู้สึกเห็นใจ มีความคิดเห็นที่เห็นด้วย สอดคล้องสนับสนุนให้กำลังใจ มีความรู้สึกในด้านดี (Possessiveness) ทำให้เกิดความรู้สึกที่ติดต่อกับผู้สื่อสาร ผู้รับสาร เกิดกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสุดท้ายมีความเท่าเทียมกันในการสื่อสาร นั่นคือทั้งผู้รับและผู้ส่งสาร ต่างฝ่ายต่างทำหน้าที่เท่าเทียมกันระหว่างการพูดและการฟัง

6. มีวิธีการคลี่คลายหรือมีขบวนการแก้ปัญหา (Problem solving) ⁽⁶⁶⁾ โดยการระบุปัญหา ความขัดแย้ง เป็นขั้นตอนสำคัญของขบวนการแก้ปัญหา ที่ต้องพยายามบอกให้ได้ว่า ปัญหาที่แท้จริงคืออะไร ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน ค้นหาทางเลือกและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก

7. การสื่อสารที่ดี เนื้อหาข้อมูลที่แลกเปลี่ยนสื่อสารกันต้องชัดเจน ไม่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้ และ จุดหมายปลายทางของเนื้อหาที่ต้องการจะสื่อ ต้องตรงไปสู่บุคคล เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง ไม่อ้อมค้อมหรือผ่านผู้อื่น⁽¹⁷⁾

งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากงานวิจัยของ Fallon IRH และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 9 เดือน และ 1 ปี พบว่าในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีการสื่อสารและการแสดงอารมณ์ทางลบต่อผู้ป่วย มี Critical comment ,hostility และ Over involved มีการกลับเป็นซ้ำ(Relapsed)สูงถึง 51%เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีการสื่อสารในทางบวกแบบ Warmth Concerned attitude และ Supportive Communication มีการกลับเป็นซ้ำเพียง 12%

การศึกษาวิจัยด้านการสื่อสารในครอบครัวของ Glaser⁽⁶⁷⁾ ที่ทำการศึกษาลักษณะการสื่อสารระหว่างบิดา มารดาและบุตรวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 10 ครอบครัว เปรียบเทียบกับครอบครัวปกติอีก 10 ครอบครัว ทำการศึกษาโดยใช้ภาพหยดหมึกจำนวนหลายภาพ แล้วเปรียบเทียบลักษณะการสื่อสารในครอบครัวระหว่างบิดากับมารดา บิดามารดากับบุตร การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีสมมุติฐานสองประการ สมมุติฐานแรก คือการสื่อสารที่ผิดปกติของบิดามารดา เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท และสมมุติฐานที่สองคือการมีเด็กป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวต้องสื่อสารกันอย่างผิดปกติด้วย การศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ผิดปกติในเรื่อง การเปลี่ยนหัวข้อสนทนาบ่อยๆ ทั้งที่เรื่องเดิมยังไม่จบลง และพบว่าในสภาพที่บิดา มารดาสื่อสารกันตามลำพังมีความผิดปกติน้อยกว่าบิดามารดาที่กำลังสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัยของ Silberberg⁽⁶⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการพูด และคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร ที่มีปัญหาทางอารมณ์ 10 ครอบครัว ครอบครัวที่บุตรมีปัญหาดิทยาเสพติด 10 ครอบครัว และครอบครัวปกติ 10 ครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง ครอบครัวละ 1 ชั่วโมง ผ่านทางห้องกระจกทางเดียวที่มีผู้เชี่ยวชาญ 3 คนเป็นผู้วินิจฉัย พบว่า ครอบครัวที่ปกติแตกต่างกับ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่ดิทยาเสพติด หลายประการ ได้แก่ ปริมาณการคำหยาหรือลงโทษบุตร ว่าเป็นต้นเหตุของปัญหาในครอบครัว ความไม่ชัดเจนของการติดต่อสื่อสาร ความสามารถในการตัดสินใจ ความร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ความกล้าแสดงออกในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยทางจิต จะคล้ายคลึงกับครอบครัวที่มีปัญหาการดิทยาเสพติด

Ches และ Brewin⁽⁶⁹⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม CATEGO เพื่อลดปริมาณการสื่อสารในเชิงลบ นำมาใช้กับญาติผู้ป่วยที่มีการสื่อสารในเชิงลบปริมาณมาก ในด้านความไม่เป็นมิตร การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสื่อสารเชิงลบในปริมาณมาก 26 ตัวอย่าง หลังจากที่ใช้โปรแกรม 35 ชั่วโมง พบว่า การแสดงออกด้านความไม่เป็นมิตร การปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วยลดลง 19 ครั้งรอบครัว การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ ลดลง 16 ครั้งรอบครัว

Vaughn และ Leff⁽⁷⁰⁾ ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยจิตเภท หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 50% กลับมารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากมีการแสดงออกทางอารมณ์ (high express emotion) ในครอบครัวอย่างมาก และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิด (delusion) มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารทางลบ โดยพบว่ามี ความรุนแรงของอาการหลงผิดมากกว่าการสื่อสารทางบวก

Malca BL และคณะ⁽⁷¹⁾ ศึกษาการรับรู้ทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามประเมินการรับรู้อารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบ หลังจากติดตามไป 1 ปี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงอารมณ์ด้านบวกต่อผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการไม่กลับเป็นซ้ำ (relapse) และพบว่าการแสดงอารมณ์ด้านบวกและการสื่อสารแบบ Supportive จะป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การศึกษาของ Schreiber JL และคณะ⁽⁷²⁾ ในด้านความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ของบิดาและ มารดาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบิดามารดาหรือ ขึ้นอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรค เวลาที่ป่วย เพศ และอายุใกล้เคียงกัน การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และบุคลิกภาพ พบว่าลักษณะการสื่อสารแบบวิพากษ์วิจารณ์ ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดา มารดา ส่วนการสื่อสารด้าน Overinvolvement และการแสดงความอบอุ่นห่วงใยขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยของ WuekerAM⁽⁷³⁾ เรื่อง “Communication patterns and express emotion in families of person with mental disorder” โดยศึกษาจาก 40 ครอบครัวที่เป็นโรคจิต ชนิด Schizophrenia และ Bipolar ศึกษารูปแบบการสื่อสารและการแสดงอารมณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบิดามารดา ญาติพี่น้องและผู้ช่วยพบว่า รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตทั้งสองโรค มีลักษณะการแข่งขัน และการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบสูง

การศึกษาของ Woreker AM⁽⁷⁴⁾ เรื่องการใช้แบบทดสอบ LEE (Level of express emotion) เพื่อที่จะทำนายว่า รูปแบบการสื่อสารและการแสดงอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่ โดยการนำผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 26 ตัวอย่าง และกลุ่มควบคุมที่เป็นคนปกติมาทำแบบทดสอบ พบว่ากลุ่มทดลองมีลักษณะการสื่อสารที่ผิดปกติในด้าน การแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Rund RR⁽⁷⁵⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ Psycho education treatment ในครอบครัวของญาติผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการสื่อสารและแสดงอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยเลือกบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภท ทำการทดสอบ CPT (Continuous performance test) และ SAT (Span of apprehension test) เพื่อวัดความผิดปกติของคำพูด การใช้ภาษา ก่อนและหลังการเข้าอบรมเป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้นทำการวัดผลการสื่อสาร พบว่า ในกลุ่มของมารดาผู้ป่วย มีการลดลง ของการสื่อสารที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่บิดาของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการสื่อสาร

Bebbington .P⁽⁷⁶⁾ ที่ศึกษาระดับของการสื่อสาร และการแสดงอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ มักจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวหรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ในใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ปฏิกริยาระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย มีลักษณะของการทิ้งปัญหาเรื้อรังที่ไม่ได้รับการแก้ไข มีการเลื่อนเวลาออกไปและการหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาโดยตรง และ Bebbington P ยังได้กล่าวถึงญาติที่แสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบสูง จะมีทักษะการเผชิญและการแก้ปัญหาในระดับต่ำ รวมทั้งขาดทักษะการเข้าสังคม ซึ่งมีผลทำให้ ผู้ป่วย ที่อยู่ร่วมกับผู้ดูแลที่แสดงออกถึงอารมณ์ด้านลบสูง เป็นผู้ที่ได้รับคำตำหนิ ถูกวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อลดความ

วิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติของครอบครัวที่เป็นไปทางลบ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หรือแสดงปฏิกิริยาแบบขึ้นๆลงๆตลอด รูปแบบการแสดงความห่วงใยเป็นการพูดในเชิงลบ ตำหนิและวิจารณ์ ขาดทักษะในการฟังและการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งตรงข้ามกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่แสดงออกทางอารมณ์ ในทางลบต่ำ จะดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการสื่อสารทางบวก มีการให้กำลังใจ การยกย่องชมเชย และการให้รางวัล ไม่ตัดสินคาคาทโทษหรือปฏิเสธผู้ป่วย ซึ่งมีผลในด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของMoore และคณะ⁽⁷⁷⁾พบว่า การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ มากกว่า 40% มีระดับการตำหนิผู้ป่วยค่อนข้างมาก⁽⁷⁸⁾ มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยกับระดับความรุนแรงของโรค พฤติกรรมและอาการแสดงของผู้ป่วย พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ผลการดูแลผู้ป่วยจะดีกว่าเจ้าหน้าที่ ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูง และเจ้าหน้าที่ที่มีการสื่อสารในทางลบระดับต่ำจะมีการใช้ขบวนการแก้ปัญหาต่อผู้ป่วย มากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง

Rund B.R.⁽⁷⁹⁾ ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การสื่อสารที่ผิดปกติและโรคจิตเภทเป็นเวลากว่า 20ปีงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวถึง การแสดงออกทางอารมณ์ เจตคติและการปฏิบัติตัวของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และการสื่อสารที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีหลายรายงานที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของการกลับเป็นซ้ำ กับการแสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง พบว่าการสื่อสารที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ จะพบได้ในพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า พ่อแม่ของผู้ป่วย (paranoid type) มีลักษณะการสื่อสารที่ผิดปกติน่ากว่า Non paranoid การวิจัยของUCLA พบว่าการสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยมีลักษณะก้าวร้าวและรุนแรง ในครอบครัวที่มีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบสูง มีการให้Psychoeducational เพื่อลดHEEเป็น LEE ในครอบครัวผู้ป่วย 12 ครอบครัว ในเรื่อง

1. สัมมนาให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ พยาธิสภาพ
2. ฝึกการเผชิญปัญหา (Problem solving)
3. การทำกลุ่มMilieu therapy
4. แนะนำบริการเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม

พบว่าระดับความผิดปกติการสื่อสารดีขึ้น มีความคงที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ และมีการสื่อสารเชิงบวกอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

Mannigie SR.⁽⁸⁰⁾ ศึกษาการสื่อสารที่ผิดปกติในพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเภท โดยคัดเลือกพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท 20 ราย และ พ่อแม่ของผู้ป่วยปัญญาอ่อน 20 ราย ที่ทำการรักษาที่ โรงพยาบาล Valdecilla โดยใช้ภาพTATให้พ่อแม่ของผู้ป่วยเล่าเรื่องจากภาพเป็นเวลา 20 นาที บันทึกVDOไว้พบว่าพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างทางด้าน การสื่อสารที่ผิดปกติมากกว่าพ่อแม่ของผู้ป่วยปัญญาอ่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม⁽⁸¹⁾ กับญาติผู้ป่วย จิตเภท 142 รายในหัวข้อของการได้รับการสื่อสารทางบวก ความสนใจในสังคม ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในสังคมพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารทางบวก โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับ 8 จะสามารถสื่อสารทางบวกเพื่อช่วยในการเผชิญสถานการณ์แก้ปัญหาได้ดี และจะแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างสงบเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติทางจิต

การศึกษาของFadden⁽⁸²⁾ เกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตต่อครอบครัวผู้ป่วย รายงานนี้กล่าวถึงผลกระทบด้านสังคม การทำกิจกรรมของครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ความไม่เข้าใจผู้ป่วย การขาดความรู้เรื่องโรคการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยการศึกษจากสามี หรือภรรยาของผู้ป่วย 33 ครอบครัว ที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากเข้ารับการรักษาครั้งแรกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 18 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ มีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว ปัญหาที่ทำให้ครอบครัวไม่อยากจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเนื่องมาจาก ความก้าวร้าวของผู้ป่วย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อผู้ดูแล คนในครอบครัว แม้กระทั่งเพื่อนบ้าน พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยที่ผิดปกติ เช่นการพูดซ้ำๆ เสียงดัง ใช้คำที่ไม่สามารถแปลความหมาย และไม่มีเหตุผลขาดความสนใจที่จะติดต่อสื่อสารทางการพูด โดยเฉพาะผลกระทบจากNegative symptom ของผู้ป่วย ซึ่งมีสีหน้าที่เรียบเฉย ยากที่จะเดาความคิดความรู้สึกสร้างความกดดันให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย หรือการที่ญาติจะปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย และพบว่าผลกระทบต่อครอบครัว(Burden) ของเพศหญิงรุนแรงกว่าเพศชาย ในด้านเจตคติที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย กล่าวถึงผู้ป่วยว่า ชี้เกียด เห็นแก่ตัว เชื่องช้า และไร้ประโยชน์

David Sturgeton⁽⁸³⁾ ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท กับการแสดงอารมณ์ระดับสูงกับการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ โดยการคัดเลือกจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 30 ราย คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงโดยการใช้ CFI ได้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการแสดงอารมณ์ทางลบระดับสูง 19 ราย ใช้ K-Y jelly ทาที่ผิวหนังและติดขั้วไฟฟ้า 2 ขั้วของผู้ป่วย แล้วให้ญาติสื่อสารกับผู้ป่วย สังเกตผลพบว่า ปฏิกิริยาการเหนี่ยวนำไฟฟ้า Skin conductance response (SCR) ในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบระดับสูง HEE มีการเหนี่ยวนำไฟฟ้าสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีการแสดงทางอารมณ์ด้านลบต่ำ LEE

Jacob⁽⁸⁾ พบว่าครอบครัวปกติมีการประเมินค่าสมาชิกของครอบครัวในทางดี มีการพูดและการใช้อารมณ์ขันในครอบครัว สามารถแสดงความรู้สึกต่อกันในทางบวก รู้จักปลดปล่อยความเครียดมีการสื่อสารในด้านที่สนับสนุนกัน มากกว่าครอบครัวที่มีความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการวิพากษ์วิจารณ์ เปรียบเทียบหรือเหยียดหยันกัน กล่าววาจาเสียดสีกันน้อยกว่าครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคจิต

Stracgan⁽⁸⁴⁾ ศึกษา เจตคติ และการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป จะมีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วย และมีการสื่อสารทางลบในด้านการพูดให้ละเอียด ประจาน ข่มขู่ ตะคอก ก่อให้เกิดวิธีทางของผู้ป่วย มีความเร็วของการพูดและระดับเสียงที่ดังกว่า ในขณะที่ผู้ดูแลที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อย จะมีพฤติกรรมการแสดงออกในทางเห็นด้วย มีการยิ้มและมีอารมณ์ขันมากกว่า มีการประคับประคองจิตใจ พูดช้าและเสียงเบากว่าผู้ดูแลที่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมาก

Samart⁽⁸⁵⁾ ศึกษาในเด็กชายและเด็กหญิง ในระดับชั้น 7-11 พบว่า เด็กหญิงรายงานว่าตนเองได้รับการพูดคุยและความเอาใจใส่จากบิดามารดา มากกว่าเด็กชาย การสื่อสารในการรับรู้ของบุตรวัยรุ่นเพศหญิงเป็นไปในเชิงบวกมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าความยากลำบากในการสื่อสารกับบิดา มารดา คือเรื่องที่เกี่ยวข้องทางเพศ วัยรุ่นหญิงพบว่าตนเองประสบปัญหาที่จะกล่าวถึง การแต่งงานและการกระทำที่ผิดพลาดกับมารดา ส่วนในวัยรุ่น

ชายจะมีปัญหาในการกล่าวถึงความผิดพลาดและความล้มเหลวของตนเอง และทั้งเด็กหญิงและเด็กชายมีความคิดเห็นตรงกันว่ามารดาผู้ชี้ขี้ป่นและอาจเก็บความลับไม่ได้

Yusof Aizan mohd⁽⁸⁶⁾ ทำการศึกษาโดยการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร 3 ตัวคือการสื่อสารของบิดามารดากับบุตรวัยรุ่น เจตคติของบุตรวัยรุ่นต่อตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองและนักเรียน ระดับ 8 จำนวน 341 คู่พบว่า การสื่อสาร ของบิดา มารดากับบุตรวัยรุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มเด็กที่มีเจตคติทางที่ดีต่อตนเองในทางที่ดี จะมีมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับการสื่อสารในทางบวก มากกว่ากลุ่มเด็กที่มีเจตคติต่อตนเองในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาวิจัยด้านรูปแบบการสื่อสารในประเทศไทย เช่น การสื่อสารในครอบครัว ของ อินทิรา ปัทมินทร และอมรารุท อินโอสานนท์⁽⁸⁷⁾ เป็นการศึกษาแบบแผนการสื่อสารในครอบครัวจากคำถามหลัก ได้แก่การพูดคุยในบ้านของสมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดความไม่พอใจ ปัญหาการสื่อสารในครอบครัว และการให้คำปรึกษาพบว่า ร้อยละ 65.5 คนในบ้านพูดคุยกันทุกวันและวิธีการแสดงออกเมื่อไม่พอใจคือการเงียบเฉย ไม่พูดจา ร้อยละ 68 จะบ่นหรือตำหนิออกมาตรงๆ ร้อยละ 66 พุดปรับความเข้าใจโดยไม่ใช้อารมณ์ ร้อยละ 40 หลบหน้าไปชั่วคราว ร้อยละ 12 แสดงปฏิกิริยาประชดประชัน ร้อยละ 3 แกล้งบ่นหรือดูว่าคนอื่นในบ้านแทน

ศิริพร สิริยากุล⁽⁴⁸⁾ ศึกษาเจตคติของบุตรวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามวัดการสื่อสารในครอบครัว และเจตคติต่อการสื่อสารในครอบครัวพบว่า บิดามีการสื่อสารทางบวกต่อบุตรน้อยกว่ามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุตรวัยรุ่นหญิงมีการรับรู้การสื่อสารทางบวกมากกว่าบุตรวัยรุ่นชาย และรูปแบบการสื่อสารของบิดา มีผลต่อเจตคติของบุตร