



การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจ  
ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรม  
และปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

ดุขฎฐินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา  
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจ  
ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรม  
และปฏิริยาตอบสนองของร่างกาย



อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

คุณูปนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา  
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา  
2567  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ENHANCING EMPATHY FOR NURSING STUDENTS USING ACTIVE LISTENING  
AND SELF-AWARENESS TRAINING: A BEHAVIORAL  
AND PHYSIOLOGICAL RESPONSE STUDY



ANSUREE SIRISOPHON

A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR DOCTOR DEGREE OF PHILOSOPHY  
IN RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCE  
COLLEGE OF RESEARCH METHODOLOGY AND COGNITIVE SCIENCE  
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมคุณิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณิพนธ์ได้พิจารณาคุณิพนธ์  
นิพนธ์ของ อัญสุรีย์ ศิริโสภณ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปรัชญาคุณิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุณิพนธ์

คณะกรรมการสอบคุณิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีร วงศ์อุปราช)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญา แก้วแก่น)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีร วงศ์อุปราช)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญา แก้วแก่น)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราวดี มากมี)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุทธนา จันทะชิน)

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สญาญ ธีระวงษ์ชิตระกูล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับคุณิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาคุณิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63810049: สาขาวิชา: การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา; ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทาง  
วิทยาการปัญญา)

คำสำคัญ: การฟังอย่างตั้งใจ, การตระหนักรู้ในตนเอง, การวัดเชิงพฤติกรรม, แบบวัดความ  
ร่วมรู้สึก, อัตราการเต้นของหัวใจและความแปรปรวน, อัตราการหายใจ

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ : การเพิ่มความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟัง  
อย่างตั้งใจ ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรม และปฏิกิริยาตอบสนองของ  
ร่างกาย. (ENHANCING EMPATHY FOR NURSING STUDENTS USING ACTIVE  
LISTENING AND SELF-AWARENESS TRAINING: A BEHAVIORAL AND PHYSIOLOGICAL  
RESPONSE STUDY) คณะกรรมการควบคุมดัชนีพนธ์: พีร วงศ์อุปราช, ปร.ด, ปรัชญา แก้วแก่น,  
ปร.ด ปี พ.ศ. 2567.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการ  
ตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความร่วมมือรู้สึก และศึกษาผลการใช้  
โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยวิธีการวัดด้านพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย กลุ่มตัวอย่าง  
เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในชั้นตอน  
วิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกจำนวน 200 คน เลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตาม  
เกณฑ์โควตา ชั้นตอนศึกษาผลการใช้โปรแกรมจำนวน 44 คน เลือกด้วยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์  
คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้  
ในตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดความร่วมมือรู้สึก แบบสังเกตพฤติกรรมความ  
ร่วมรู้สึก และเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติการแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน สถิติทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรและค่าขนาดอิทธิพล

ผลการวิจัยปรากฏว่า 1) โปรแกรมฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง  
ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ชั้นตอน 9 กิจกรรม ใช้เวลาทั้งหมด 12 ชั่วโมง 2) การวิเคราะห์  
องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดความร่วมมือรู้สึกประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 20 ตัวบ่งชี้มีความ  
สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 3) ผลการใช้โปรแกรมฝึก แสดงให้เห็นว่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกของ  
กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฝึกและระยะติดตามมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฝึกอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ .05 ตามลำดับ ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.16 คะแนนพฤติกรรม  
ความร่วมมือรู้สึกของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฝึกสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฝึกอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ.01 ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 5.87 ผลการเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย  
พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเต้นของหัวใจหลังทดลองแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 และความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจหลังทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่อัตราการหายใจไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกและคะแนนพฤติกรรมร่วมมือรู้สึกไม่แตกต่างกันและผลการเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจและความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.76 และ 1.44 ตามลำดับ ส่วนอัตราการหายใจ ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

สรุปได้ว่าโปรแกรมฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสามารถเพิ่มระดับความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลและแบบวัดความร่วมมือรู้สึกมีองค์ประกอบที่สามารถวัดระดับความร่วมมือรู้สึกได้

63810049: MAJOR: RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCE; Ph.D.  
(RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCE)

KEYWORDS: Active Listening, Self-Awareness, Behavioral Measurement, Empathy Scale, Heart Rate and Variability, Respiratory Rate

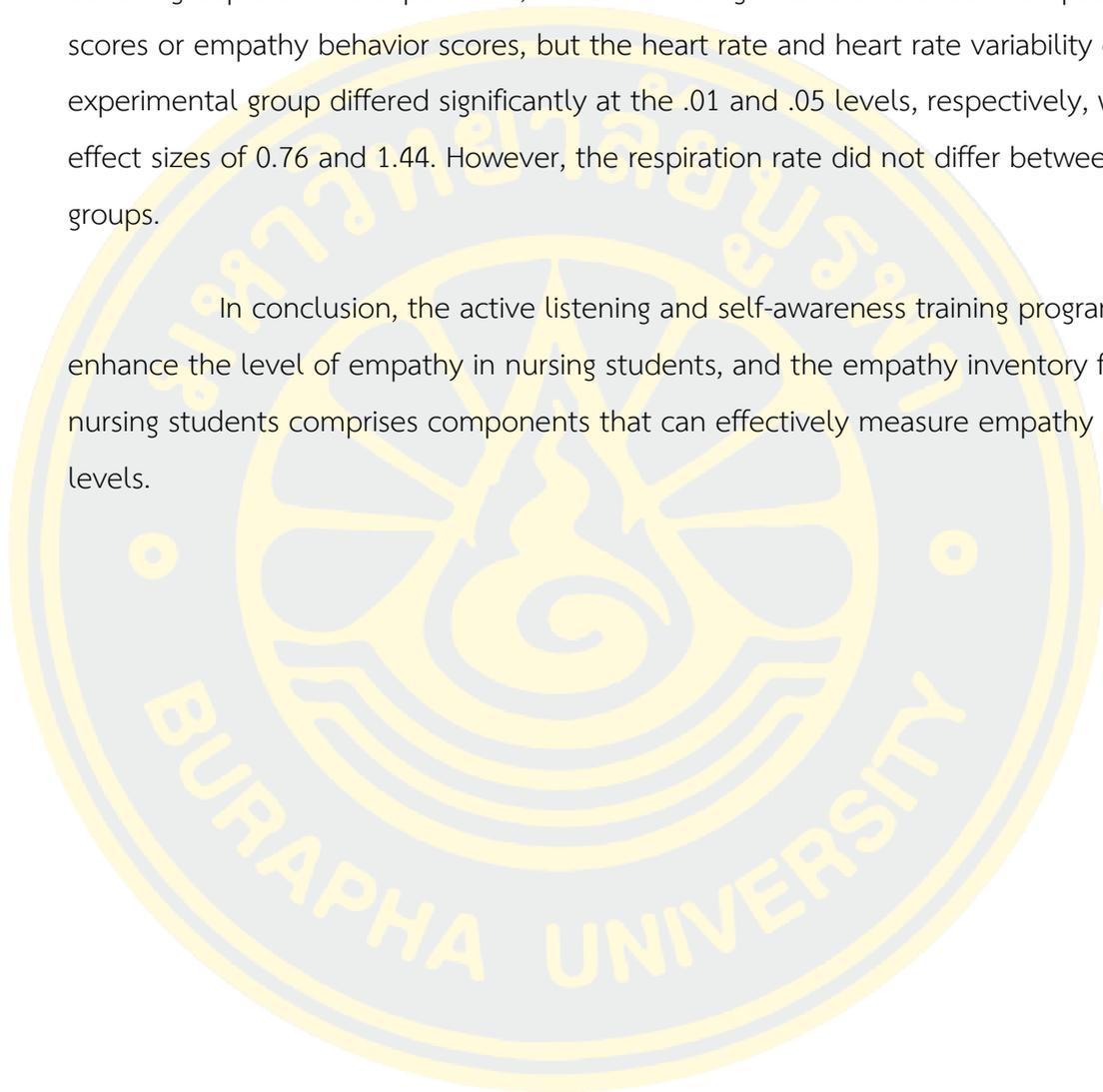
ANSUREE SIRISOPHON : ENHANCING EMPATHY FOR NURSING STUDENTS USING ACTIVE LISTENING AND SELF-AWARENESS TRAINING: A BEHAVIORAL AND PHYSIOLOGICAL RESPONSE STUDY. ADVISORY COMMITTEE: PEERA WONGUPPARAJ, Ph.D. PRATCHAYA KEAWKAEN, Ph.D. 2024.

The purpose of this research was to develop a program for training active listening combined with self-awareness, to examine the construct validity of an empathy inventory, and to investigate the effects of the developed program by assessing behavioral and physiological responses. The sample consisted of 200 4<sup>th</sup> year nursing students from Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. These participants were selected by using a stratified random sampling. The 44 students were selected by using simple random sampling for participating in the program evaluation phase. The tools used in the experiment included the active listening and self-awareness training program. Data collection instruments included the empathy inventory, an empathy behavior observation form, and an electrocardiogram. Data were analyzed using frequency distribution, standard deviation, t-test, multivariate analysis of variance, and effect size.

The research findings revealed that: 1) The developed active listening and self-awareness training program comprised four steps and nine activities, totaling 12 hours. 2) The confirmatory factor analysis of the empathy inventory showed three components with 20 indicators that were consistent with empirical data. 3) The results of the training program showed that the empathy scores of the experimental group significantly increased after the training and at the follow-up period at the .01 and .05 levels, respectively, with an effect size of 0.16. The empathy behavior scores of the experimental group were significantly higher after the training at the .01 level, with an effect size of 5.87. The comparison of physiological responses indicated that

the heart rate and the heart rate variability of the experimental group differed significantly after the experiment at the .01 and .05 level respectively, while the respiration rate did not differ. When comparing the experimental group with the control group after the experiment, there was no significant difference in empathy scores or empathy behavior scores, but the heart rate and heart rate variability of the experimental group differed significantly at the .01 and .05 levels, respectively, with effect sizes of 0.76 and 1.44. However, the respiration rate did not differ between groups.

In conclusion, the active listening and self-awareness training program can enhance the level of empathy in nursing students, and the empathy inventory for nursing students comprises components that can effectively measure empathy levels.



## กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรวังศ์อุปราช ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยแนะนำให้คำปรึกษารวมทั้งให้ข้อคิดเห็นแก่ศิษย์ยามประสบปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินการวิจัย ให้กำลังใจสม่ำเสมอเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญา แก้วแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุทธนา จันทะชิน และรองศาสตราจารย์ภัทราวดี มากมี ที่ให้คำแนะนำ ให้ความรู้และเป็นกำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย คณาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ทุกท่านให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแนะนำและเป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมการวิจัย และเสียสละเวลาให้ข้อมูลที่มีคุณภาพ อีกทั้งสนับสนุนเอื้อเพื่อให้โอกาสการศึกษาแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณอาจารย์ร่วมรุ่นครุคลินิก คณะผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญาร่วมรุ่นทุกคน โดยเฉพาะดร.ณัฐชัย วงศ์สกุลลักษณะที่ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ ขอบคุณกัลยาณมิตร เพื่อน และลูกศิษย์ทุกท่าน ที่ส่งกำลังใจและรอคอยความสำเร็จด้วยกัน

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ ญาติพี่น้อง และครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญตลอดมา ขออุทิศผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ แต่พอบังเอิญ ศิริโสภณ ผู้ปลูกฝังให้รักในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และครูอาจารย์และทุกท่านที่เข้ามาสร้างความรู้ของชีวิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่วงการศึกษาศึกษาและวิชาชีพพยาบาลและทุกท่านที่สนใจ

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
กรอบแนวทางการวิจัย.....	10
สมมติฐานของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	13
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	14
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	17
ตอนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมรู้สึก ( Empathy ).....	17
ตอนที่ 2 การฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง.....	51
ตอนที่ 3 การวัดและประเมินความร่วมรู้สึกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
ตอนที่ 4 การฝึกความร่วมรู้สึก ( Empathy Training ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	73

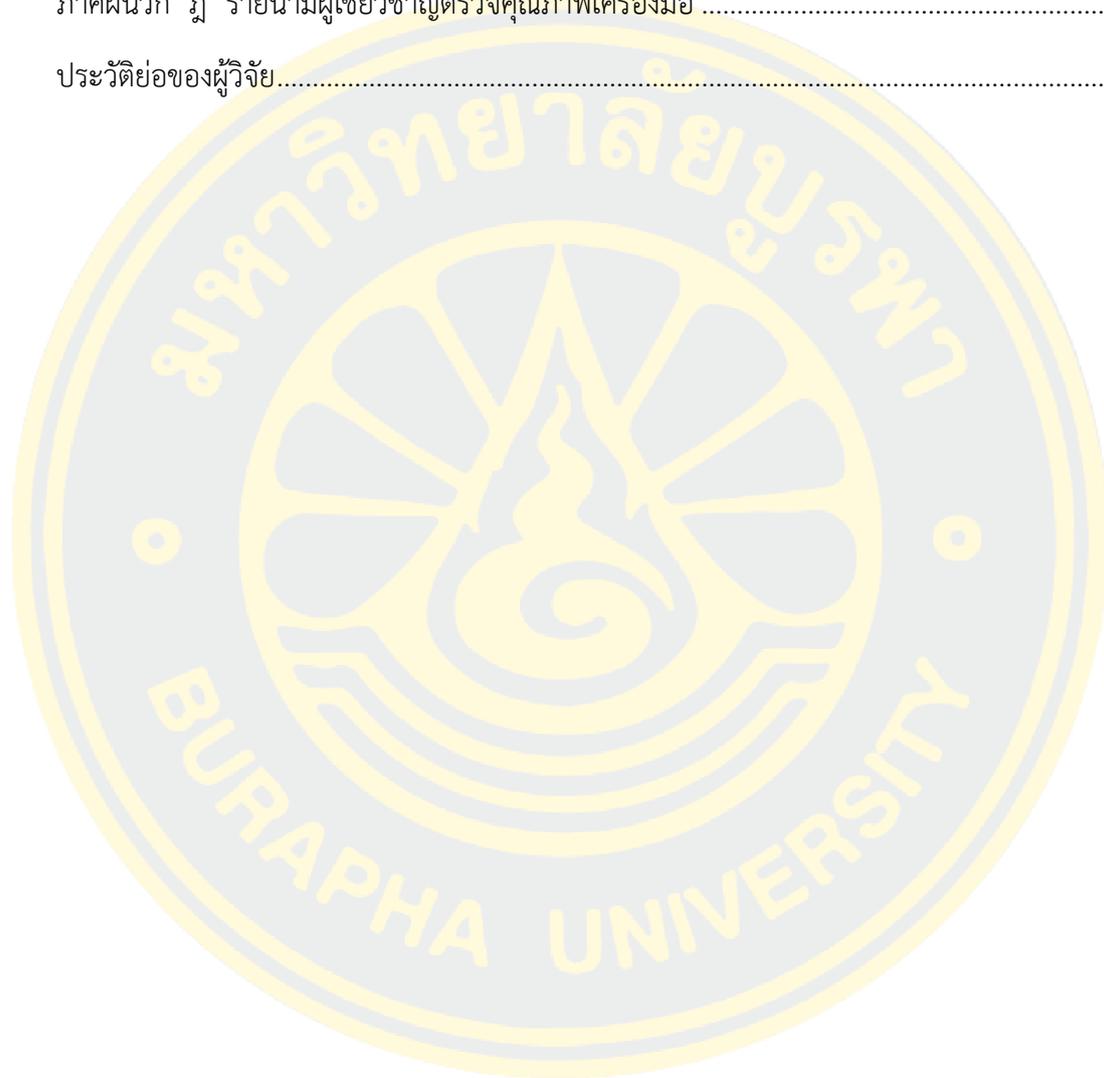
ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษา พยาบาล .....	73
ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาล .....	79
ระยะที่ 3 ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง .....	82
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	97
ตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษา พยาบาล .....	98
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาล.....	125
ตอนที่ 3 ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับ นักศึกษาพยาบาล.....	142
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล .....	158
สรุปผลการวิจัย.....	158
อภิปรายผลการวิจัย .....	160
ข้อเสนอแนะ .....	170
บรรณานุกรม.....	172
ภาคผนวก ก จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	182
ภาคผนวก ข พื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการ ตระหนักรู้ในตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกร่วมกันสำหรับนักศึกษาพยาบาล .....	183
ภาคผนวก ค โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกร่วมกัน สำหรับนักศึกษาพยาบาล .....	186
ภาคผนวก ง คู่มือ.....	195
ภาคผนวก จ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	204
ภาคผนวก ฉ เอกสารแสดงความยินยอมและคำชี้แจง .....	212
ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง.....	217
ภาคผนวก ซ ใบรับรองจริยธรรม .....	219

ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบวัดความรู้สึกร่วม ก่อน  
ทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายชื่อ..... 221

ภาคผนวก ญ ภาพกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง.. 223

ภาคผนวก ฎ รายงานผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือ ..... 225

ประวัติย่อของผู้วิจัย..... 226



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ผลของการกระตุ้นจากเส้นประสาทจำแนกตามอวัยวะแสดงผล.....	46
ตารางที่ 2 สรุปงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล.....	71
ตารางที่ 3 แบบแผนการทดลองแบบ Pretest and Multiple Posttest Control Group Design.....	86
ตารางที่ 4 วิดีทัศน์สำหรับสร้างสิ่งเร้าการวัดปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายของความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์.....	89
ตารางที่ 5 ตารางโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง.....	99
ตารางที่ 6 แสดงข้อความแบบวัดความร่วมมือรู้สึก.....	127
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความโด่ง ความเบ้ ของตัวแปรสังเกตได้.....	129
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงสำรวจ.....	131
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	133
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนคติ ของผู้อื่น.....	134
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตากรุณา .....	137
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุด เดียวกับผู้รับบริการ.....	139
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยันความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล.....	140
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดความร่วมมือรู้สึก ก่อนทดลอง หลังทดลองและ ระยะติดตาม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยรวม.....	143
ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ ติดตามในกลุ่มทดลอง ( n=22 ).....	144
ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึก ภายในกลุ่มทดลอง.....	145
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะ ติดตามในกลุ่มควบคุม (n=22).....	147
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึก ภายในกลุ่มควบคุม.....	147

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความรู้สึกร่วม.....	148
ตารางที่ 20 ผลเปรียบเทียบรายคู่คะแนนความรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	149
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสังเกตพฤติกรรม ก่อนและหลังทดลองโดยรวม และรายชื่อ .....	150
ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความรู้สึกร่วมก่อนการทดลองและหลังการทดลองใน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึก .....	151
ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความรู้สึกร่วม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองใน กลุ่มควบคุม .....	152
ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความรู้สึกร่วม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	152
ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปร ของการเต้นของหัวใจ ก่อนกับหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	153
ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ...	154
ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม .....	156
ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม .....	156

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวทางการวิจัย .....	12
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับ นักศึกษาพยาบาล.....	74
ภาพที่ 3 เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ใช้ในการทดลอง .....	89
ภาพที่ 4 กิจกรรมฟังบรรยายเรื่องความร่วมมือรู้สึก .....	107
ภาพที่ 5 กิจกรรมภาพของฉันท.....	111
ภาพที่ 6 กิจกรรมกราฟชีวิต.....	113
ภาพที่ 7 กิจกรรมฝังเครื่องญาติ.....	114
ภาพที่ 8 กิจกรรมรู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สิ่งกระตุ้นร่างกาย .....	117
ภาพที่ 9 การวางมุมเก้าอี้เพื่อการฟังอย่างตั้งใจ .....	120
ภาพที่ 10 กิจกรรมฟังเสียงธรรมชาติ.....	122
ภาพที่ 11 โมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนคติของผู้อื่น .....	135
ภาพที่ 12 โมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตากรุณา.....	138
ภาพที่ 13 โมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ.....	139
ภาพที่ 15 โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล .....	142
ภาพที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังทดลองและระยะ ติดตาม.....	145
ภาพที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกในกลุ่มควบคุม ก่อนกับหลังทดลองและระยะ ติดตาม.....	148
ภาพที่ 18 การเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึก ก่อนกับหลังทดลองและระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....	149
ภาพที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปร ของการเต้นของหัวใจ .....	153
ภาพที่ 20 ผลเปรียบเทียบอัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....	155

ภาพที่ 21 ผลเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....156

ภาพที่ 22 ผลเปรียบเทียบอัตราการฟื้นแปรของการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....157



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความร่วมมือรู้สึก ( Empathy ) หรือ การเข้าถึงความรู้สึก ความเข้าใจหรือความสามารถ ในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น โดยสามารถเข้าใจได้ว่าผู้คนอาจมีมุมมองที่แตกต่างจากของตนเอง รวมไปถึงความสามารถในการแบ่งปันความรู้สึกของผู้อื่น หรือการเอาใจใส่และทำให้สามารถสะท้อน ความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบของผู้อื่นได้ ดังนั้นเราจะรู้สึกมีความสุขเมื่อเราแบ่งปันความสุขให้กับผู้อื่น และเราสามารถแบ่งปันประสบการณ์แห่งความทุกข์เมื่อเราเห็นอกเห็นใจคนที่เจ็บปวด ( Singer & Klimecki, 2014, p. R 875 ) ความร่วมมือรู้สึกเป็นมิติด้านอารมณ์และสังคมที่เป็นพื้นฐาน ของปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ เป็นตัวแปรด้านจิตวิทยาซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ ความฉลาดทางอารมณ์ ( Emotional intelligence ) และเป็นทักษะสำคัญของการอยู่ร่วมกันใน สังคมที่ทุกคนพึงมี เพราะหากขาดความร่วมมือรู้สึกแล้วบุคคลย่อมจะทำอะไรโดยนึกถึงแต่ตัวเองฝ่าย เดียวแต่ไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่น เพราะความร่วมมือรู้สึกเป็นการแสดงถึงความสามารถในการ ทำความเข้าใจและร่วมรับรู้ต่อความรู้สึก การคิด การกระทำและเข้าใจผู้อื่น เปรียบเสมือนการนำ ตนเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะภายใน ของผู้อื่นและแยกแยะระหว่างสภาวะภายในของตนเองกับผู้อื่นและทุกคนสามารถพัฒนาความร่วมมือ รู้สึกได้อยู่เสมอ ( Institute of Medicine and National Research Council, 2013, p. 45 ; Lockwood, 2016, p. 256 ; จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2015, p. 13)

คำว่า Empathy มาจากคำกรีกโบราณ ต่อมา Hermann Lotze และ Robert Vischer ได้ สร้างคำภาษาเยอรมัน Einfühlung ( “feeling into” ) หมายถึง การเข้าถึงความรู้สึก นำมาใช้ครั้งแรกในวงการสุนทรียศาสตร์ และเมื่อ 100 กว่าปีก่อนนักจิตวิทยาชื่อ Edward B. Titchener เป็นผู้นำคำ Empathy มาในภาษาอังกฤษหมายถึง เอาใจใส่ ( Coplan & Goldie, 2011 , p. XII; Lockwood, 2016 , p. 256 ) สำหรับความหมายตามพจนานุกรมแปลอังกฤษ - ไทย NECTEC’s Lexitron Dictionary คือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ความหมายตามพจนานุกรม ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ - ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน คือ การร่วมรู้สึก หรือความร่วมมือซึ่ง แตกต่างจาก Sympathy ที่หมายความว่า ความเห็นใจ การคล้อยตามอารมณ์หรือมีอารมณ์ร่วม (ราชบัณฑิตยสถาน, 2544) เช่น เมื่อคุยกับคนเศร้าก็เศร้าไปด้วยกับเขา Empathy แตกต่างจากคำ ว่า Compassion ที่มีความหมายว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตา ปราบปรามที่จะทำอะไรสักอย่าง ที่จะทำให้คน ๆ นั้นพ้นจากความทุกข์ และแตกต่างจากคำว่า pity ที่หมายความว่า สงสารสมเพชซึ่ง ไม่ได้หมายถึง ความร่วมมือรู้สึกหรือการเข้าใจจริง ๆ ทางการแพทย์และพยาบาล ให้ความหมายและ ลักษณะของความร่วมมือ รู้สึกไว้ใน Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and

Applied Health ว่า Empathy เป็น ความเข้าอกเข้าใจ โดยเปรียบเทียบ Empathy และ Sympathy ว่า Empathy เป็น การตระหนักรู้ทางความคิด อารมณ์และเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลอื่น แม้สิ่งนั้นจะทำให้รู้สึกตึงเครียดและรบกวนจิตใจแต่ Sympathy จะเป็นการเข้าไปมีอารมณ์ร่วมรับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ผู้อื่น (จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2558, หน้า 15)

นักวิชาการในประเทศไทยเรียกชื่อ Empathy ต่างกัน เช่น ความร่วมรู้สึก การเอาใจเขามาใส่ใจเรา การสัมผัสใจ การเข้าใจผู้อื่น เป็นต้น แต่โชคชัย ทัพทวิ และคณะ ได้ใช้คำอีกคำหนึ่งว่า Empathy คือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (โชคชัย ทัพทวิ, วรากร ทรัพย์วิระพรรณ และอนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2558, หน้า 132) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมายของ Empathy ที่หมายถึง ความร่วมรู้สึกตามความหมายของพจนานุกรมศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ - ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2544 ความร่วมรู้สึกเป็นผลเนื่องมาจากการทำงานของสมองจนแสดงออกทางปฏิกิริยาต่อร่างกาย เกิดมาจากการที่บุคคลหนึ่งจะร่วมคิดสร้างมุมมอง จินตนาการ และร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น หากไม่มีการร่วมคิดร่วมรู้สึกระหว่างบุคคลหรือเหตุการณ์ ก็จะไม่มีการปฏิบัติทางสมอง ที่นำไปสู่ปฏิกิริยาของร่างกายและแสดงพฤติกรรมต่อไปได้ ความร่วมรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญมากในการดำรงชีวิตเพราะจะทำให้มนุษย์เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นได้ ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้อย่างสงบสุข เนื่องจากความร่วมรู้สึกเป็นต้นกำเนิดของพฤติกรรมช่วยเหลือ ความมีจริยธรรม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การจัดการความขัดแย้ง

ความร่วมรู้สึกจึงมีบทบาทสำคัญต่อวิชาชีพที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือและการมีมนุษย์สัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้อยู่ในวิชาชีพซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธและให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ควรทำความเข้าใจความร่วมรู้สึก มีความไวต่อการรับสัมผัส เข้าใจ รับรู้ถึงความรู้สึก ความคิด ค่านิยมของบุคคลอื่นเสมือนกับเราเป็นบุคคลนั้น (วีร์ เมฆวิไลย , 2558, หน้า 26-27) รวมทั้งปัญหาสังคมที่ขาดความเอื้ออาทร ขาดความรัก ความใส่ใจและสามารถทำร้าย หรือเห็นผู้อื่นทุกข์ทรมานได้โดยไม่คิดจะช่วยเหลือ หรือไม่ยับยั้งชั่งใจในการกระทำให้ผู้อื่นเสียหาย เสียใจ เจ็บปวด หรือเสียชีวิต ไม่รู้สึกยินดีเมื่อผู้อื่นมีความสุข ไม่ปรารถนาหรือช่วยเหลือให้ผู้อื่นประสบความสุขหรือความสบายใจ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าหากสังคมใดมีความร่วมรู้สึกสูง ก็จะทำให้สังคมสงบสุขและมีสันติภาพได้

ตามแนวคิดส่วนใหญ่ของนักวิจัย นักจิตวิทยา ได้ศึกษาความร่วมรู้สึกเป็นสองประการ ได้แก่ ประการที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อธิบายการร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพ กับผู้รับบริการ และประการที่เกี่ยวกับกระบวนการทางการแพทย์ การทำงานของสมองและสรีรวิทยา ซึ่งมีงานวิจัยที่พบความสำคัญของความร่วมรู้สึกมากขึ้นในด้านประสาทวิทยาสมอง จิตวิทยาและวิทยาการทางปัญญา โดยเริ่มแรกเป็นการศึกษาทาง

ประสาทวิทยาในปี ค.ศ. 1992 ของมหาวิทยาลัยปาร์มา ประเทศอิตาลี ได้พบการทำงานของเซลล์กระจกเงา ( Mirror neurons) ในสมองของลิงกัง ( Macaque monkeys ) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในสมองและเชื่อมโยงมาสู่พฤติกรรม จากการวิจัยทดลอง พบว่า ลิงที่มองลิงอีกตัวหนึ่งแสดงท่าทางออกมา สมองส่วนที่ควบคุมการแสดงออกถูกกระตุ้นให้มีการทำงาน และพบว่าเมื่อลิงหยิบถั่วขึ้นมา สมองส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวนั้นก็ถูกกระตุ้นเพื่อให้เห็นแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมนั้น และลิงอีกตัวที่มองการหยิบถั่วขึ้น สมองก็เปลี่ยนแปลงไปราวกับว่ามันได้หยิบถั่วขึ้นมาเอง ( Kelley, Lepo, & Frinzi, 2011, p. 22)

สำหรับการศึกษาในมนุษย์มีการศึกษาความรู้สึกลงในช่วงแรกเรื่องความปวด ( Pain) เมื่อปี 2004 นักประสาทวิทยา Tania Singer และคณะ ทดลองใช้เทคโนโลยีการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ fMRI (Functional magnetic resonance imaging) ศึกษาเกี่ยวกับอาสาสมัครจำนวน 32 คน จำลองสถานการณ์ช็อกไฟฟ้ากับเหยื่อที่ทำการทดลองรายหนึ่งด้วยความรุนแรงระดับต่าง ๆ จนแสดงความรู้สึกลับปวด (ซึ่งเป็นการแสดงตบตา) อาสาสมัครส่วนใหญ่รู้สึกตัวเองกำลังเห็นความทรมานและรู้สึกร่วมไปกับความเจ็บปวดนั้นด้วยและ Decety and Michalska (2010) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดูวิดีโอที่คนในระยะเวลาสั้นเกี่ยวกับความปวดหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือจงใจทำร้าย ผลการวิจัยพบว่า ภาพบริเวณสมองส่วนที่รับรู้เรื่องความปวดที่วัดด้วยคลื่นไฟฟ้าแม่เหล็กของผู้เข้าร่วมวิจัยมีปฏิกิริยาในสมองเสมือนตัวเองเจ็บปวดเอง ( Lam, Decety, Singer, 2011 , p. 2492-2502 ; Zaki, Davis, Ochsner, 2012 )

เซลล์ประสาทในสมองที่มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่แสดงความสามารถของความรู้สึกลับคือเซลล์ประสาทลอกเลียนแบบ หรือเซลล์กระจกเงา ( Mirror neurons ) ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทกลุ่มหนึ่งที่มีความสามารถในการตอบสนองได้จากหลายตัวกระตุ้น ( Polymodal Neuron ) ได้แก่การตอบสนองจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย ( Action execution) การมองเห็นการเคลื่อนไหว ( Action observation ) และจากการที่สมองสร้างมโนภาพว่ามีการเคลื่อนไหว ( Motor imagery) (ภัทรารักษ์ ศิริรักษ์, ปิยะภัทร เดชพระธรรม, และธนัชฐา ธนาเกียรติภิญโญ, 2556, หน้า 30) จากการศึกษาระยะแรกในมนุษย์ พบกระบวนการทำงานของเซลล์นี้ในบริเวณสมองที่แสดงถึงกระบวนการร่วมรู้สึกลับด้านอารมณ์ ( Emotional empathy ) ในบริเวณสมองส่วนอะมิกดาลา ( Amygdala) และระบบประสาทอัตโนมัติ ( Autonomic nervous system ) ส่วนด้านการรู้คิด ( Cognitive empathy ) พบบริเวณสมองส่วนหน้า ( Prefrontal cortex ) และ ร่องกิลีบซัมบหลังด้านบน ( Posterior superior temporal sulcus at the temporal poles, TPJ ) (Marsh, 2018, p. 110-115 ) และไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการเลียนแบบเมื่อเห็นพฤติกรรมของผู้อื่นและสามารถทำตามเท่านั้น ยังพบว่ามีการทำงานของกระบวนการทางสมองเลียนแบบ ( Mirror neurons system and imagery process ) เมื่อรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นอีกด้วยโดยอินซูล่า ( Insula ) เป็นพื้นที่

หนึ่งในสมองที่เกี่ยวข้องกับการร่วมรู้สึกด้านอารมณ์ความรู้สึก ทำให้เรารู้สึกผ่านสัมผัสของร่างกายตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่ออินซูล่าของผู้อื่นทำงาน อินซูล่าของเราก็ทำงานด้วยเช่นกัน และฟิวซิฟอร์ม ( Fusiform ) เป็นส่วนหนึ่งในวิซวลคอร์เทกซ์ ( Visual cortex ) ช่วยแปลสัญญาณการมองเห็น จากสีหน้าแวตตาผู้อื่น กลายเป็นการเข้าใจถึงมุมมองความคิดและเข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึก

ต่อมาในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เมื่อมีความร่วมรู้สึกเกิดขึ้นการทำงานของสมองมีพื้นที่ทับซ้อนกันสัมพันธ์กันทั้งด้านรูคิด และด้านอารมณ์ ( Glas, 2018 ; Marsh, 2018 ; Lockwood, 2016, pp. 255-263 ) แม้ว่าความร่วมรู้สึกเป็นกลไกหนึ่งในสมองที่ติดตัวมาตั้งแต่มนุษย์กำเนิด นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ นักประสาทวิทยาได้แสดงให้เห็นอีกว่า ความร่วมรู้สึกสามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึกจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ ( Meta-Analysis ) ของ Teding Van Berkout and Maloouff (2016 ) โดยทบทวนชิ้นงานเรื่องผลของการสอนความร่วมรู้สึกที่มีการสุ่มและการควบคุม ( Randomized controlled trials ) พบว่าผลของการฝึกความร่วมรู้สึกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความร่วมรู้สึกโดยมีค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size ) เท่ากับ 0.63 นักวิทยาศาสตร์นำแนวคิดการฝึกความร่วมรู้สึก ( Empathy training ) มาพัฒนาและทำการศึกษาด้านต่าง ๆ ในคนเป็นการสร้างประโยชน์มากขึ้น เช่น ด้านทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่กลุ่มอาการออทิสติก เด็กที่พัฒนาการบกพร่อง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง อาการปวดและการเสริมทักษะสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้รับบริการ ด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ นักเดินร่ำ นักกีฬา ด้านธุรกิจการบริการ เป็นต้น (ภัทรภรณ์ ศิริรักษ์ , และคณะ , 2556, หน้า 29-36 ; Kahrman et al., 2016 ; Klimecki et al., 2014., Lee et al., 2018 ; Sarmiento et al., 2017)

สำหรับการวัดระดับความร่วมรู้สึกในระยะแรกที่ผ่านมาใช้เครื่องมือเป็นแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ( Observed behavior ) การประเมินตามมาตรการวัด หรือการเขียนรายงานเกี่ยวกับตนเอง การวัดความร่วมรู้สึกมีความหลากหลายขององค์ประกอบเนื้อหาในแบบวัด เนื่องจากมีผู้วิจัยที่ใช้แนวคิด ทฤษฎีที่มีองค์ประกอบความร่วมรู้สึกแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์หรือกลุ่มประชากร นักวิจัยเสนอแนะไว้ว่าตัวแปรความร่วมรู้สึกเป็นคุณลักษณะภายในที่ไม่สามารถสังเกตและวัดได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องมีการวัดตัวแปรในหลายมิติหรือหลายตัวบ่งชี้เพื่อที่จะให้ครอบคลุม ( Lee, Yu, Hsieh, Li, and Chao, 2018 ) ต่อมา นักประสาทวิทยาหลายคนพบว่า ระดับความร่วมรู้สึกที่เพิ่มมากขึ้นสามารถวัดได้จากการทำงานของสมองได้อีกมิติหนึ่ง เช่น การศึกษาของ Nystrom (2008) ทำการศึกษาสมองทารกโดยการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ fMRI ( Functional magnetic resonance imaging ) พบว่า เซลล์ประสาทกระจกเงา ( mirror neuron ) ทำงานได้ดีเมื่ออายุ 6 เดือน ขณะทารกมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อธิบายได้ว่าความร่วมรู้สึกมีพัฒนาการและสามารถพัฒนาได้ นักประสาทวิทยาได้จำแนกความ

ร่วมรู้สึกออกเป็น 2 ด้านตามผลการศึกษาที่พบการทำงานของส่วนของสมอง ได้แก่ 1) ด้านของการรู้คิด ( Cognitive empathy ) คือ ความสามารถในการเข้าใจประสบการณ์ภายในและความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งสามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองของผู้อื่นได้ และ 2) ด้านของอารมณ์ความรู้สึก ( Affective empathy หรือ Emotional empathy ) คือ ความสามารถในการเข้าไปร่วมอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งแต่ละด้านมีองค์ประกอบย่อยแยกรายละเอียดออกไปตามแนวคิดและทฤษฎีของแต่ละแนวคิดหรือทฤษฎี ( กานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก , 2555, หน้า 215 ; Deuter et al., 2018, p. 3 ; Lockwood, 2016, p. 256 )

นักวิจัยและนักวิชาการยังได้เสนอแนะให้ปรับปรุงการวัดความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์ให้มีเครื่องมือหรือการวัดที่ชัดเจนมากกว่าการวัดด้วยแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) และปัจจุบันได้เริ่มมีงานวิจัยที่พัฒนาการวัดความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์จากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ( Physiological response ) ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ( HR: heart rate ) อัตราการหายใจ ( RR: respiration rate ) อัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV: heart rate variability ) และการนำไฟฟ้าที่ผิวหนัง ( Electro dermal activity: EDA ) พบว่า เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการฝึกความร่วมมือรู้สึกหรือได้รับสิ่งเร้าให้มีความร่วมรู้สึก ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( Deuter et al., 2018; Truzzi et al., 2016 ) ซึ่งเป็นการประเมินผลการวัดการร่วมรู้สึกในรูปแบบที่หลากหลาย ครอบคลุมและอธิบายความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์อย่างเป็นรูปธรรม แม่นยำ เชื่อถือได้มากขึ้น เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายจากประสาทอัตโนมัติเป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถซ่อนเร้นหรือปลอมแปลงขึ้นมาได้

ปัจจุบันประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับของนานาชาติแต่ภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ใช้บริการกลับมีเรื่องร้องเรียนในเรื่องพฤติกรรมบริการและความผิดพลาดในด้านการรักษาพยาบาลปรากฏขึ้นเป็นจำนวนมาก นั่นหมายความว่าแม้การแพทย์จะเจริญก้าวหน้ามากขึ้น แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสำคัญของการให้บริการเนื่องจากไม่สามารถเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการได้ว่าพวกเขาต้องการได้รับสิ่งใดในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยและความพึงพอใจจากการบริการทางการแพทย์ซึ่งความเข้าใจที่ไม่ตรงกันนี้ อาจนำมาซึ่งปัญหาต่าง ๆ เช่น ความทุกข์ใจของผู้รับบริการ ( กานต์ จำรูญโรจน์ และคณะ , 2555 , หน้า 213 -224 ) สำหรับวิชาชีพพยาบาลนั้นเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และเผชิญกับความทุกข์จากการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยและญาติอยู่เสมอ ความร่วมรู้สึกจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของวิชาชีพพยาบาลในด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัด ( Therapeutic relationship ) และเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการศึกษาและปฏิบัติทางการพยาบาล ( Bauchat, Seropian, & Jeffries, 2016 )

ความร่วมมือรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการปลูกฝังในวิชาชีพตั้งแต่กำลังศึกษา ข้อสังเกตหรือประเด็นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมความร่วมมือรู้สึกกับวิชาชีพพยาบาลได้แก่ การวิเคราะห์แนวคิดความสำคัญของความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาล ความท้าทายเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกและระดับความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาล พบว่าความร่วมมือรู้สึกเป็นความสามารถทางคลินิกที่สำคัญของพยาบาลในการสร้างผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ เช่น Thompson et al. (2019) พบว่านักศึกษาที่ผ่านการฝึก Empathy มีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในการรับฟังอย่างตั้งใจและการตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้ป่วย Wilson and Davis (2020) รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึก Empathy มีระดับความพึงพอใจสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม Chen et al. (2021) พบว่านักศึกษาที่มีระดับ Empathy สูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและภาวะหมดไฟน้อยกว่า ส่งผลต่อความยั่งยืนในวิชาชีพในระยะยาว Rodriguez and Kim (2022) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีระดับ Empathy สูงมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ซับซ้อนทางจริยธรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลที่มีระยะเวลาในการศึกษา หรือพยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานการพยาบาลมากขึ้นกลับมีระดับของความร่วมมือรู้สึกลดลง โดยผู้วิจัยต่าง ๆ ได้อธิบายการลดลงของความร่วมมือรู้สึกว่าเกิดจากการมีภาระงานเพิ่มขึ้น ความกดดันด้านเวลา ความสามารถในการแข่งขัน การบำบัดที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี และการถูกตำหนิเกี่ยวกับกระบวนการดูแล มีส่วนทำให้ความเห็นอกเห็นใจลดลง นักศึกษาพยาบาลเมื่อระดับชั้นการศึกษาสูงขึ้น ได้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีมากขึ้น มีความวิตกกังวลทางคลินิก และเทคโนโลยี ไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจได้ และประเด็นต่าง ๆ เช่น ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ และในหลักสูตรการพยาบาลที่เน้นทักษะ ผลลัพธ์ และการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล มีความสำคัญมากกว่าการส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจ การสอนเกี่ยวกับศิลปะการพยาบาลอาจลดน้อยลง นอกจากนี้หลักสูตรการพยาบาลหลายหลักสูตรสอนทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษาโดยเน้นที่พฤติกรรมและการตอบสนองที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าความเห็นอกเห็นใจตามธรรมชาติ ( Ferri et al., 2017 ; Riess, 2017, p. 1 ; Ward et al., 2012 ) ซึ่งการลดลงของความร่วมมือรู้สึกระหว่างนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์เนื่องจากความร่วมมือรู้สึกที่ต่ำลง อาจนำไปสู่การรักษาพยาบาลผิดพลาด เกิดความไม่พึงพอใจในบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติลดลงและการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมการฝึกความร่วมมือรู้สึก ( Empathy training ) ในพยาบาลพบว่าเมื่อมีการมุ่งเน้นในการสอนความร่วมมือรู้สึกในหลักสูตรการศึกษาและหรือเพิ่มการฝึกอบรมความร่วมมือรู้สึกสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลและ

นักศึกษาพยาบาลสูงขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( Adamson et al., 2018 ; Beest, Bommel, & Adriaansen, 2018 ; Holland, 2018 ; Lee et al., 2018 ; Jones et al., 2019 ; Sarmiento et al., 2017 ) โดยการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลมีหลากหลายวิธี อาทิ บทบาทสมมติ ( Role-playing ) เรียงความพฤติกรรม ( Behavior assay ) การเรียนการสอนแบบกลับด้าน ( Flipped classroom ) การเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์และจิตตปัญญา (นุสรานามเดช , 2559) การเขียนสะท้อนความรู้สึก ( Reflective writing ) ( Samrmiento et al., 2017, pp. 59-60) การสร้างสถานการณ์เสมือนจริง ( Simulation ) ( Lee et al., 2018 ) อนุกรมวิธานของบลูม ( Bloom's taxonomy ) ( Doyle, Hungerford, & Cruickshank, 2014 ) สื่อกระตุ้นสามมิติ ( 3D stimulation ) ( Everson et al., 2015 ) เป็นต้น

วิธีการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ยกตัวอย่างข้างต้นต่างพัฒนาและประยุกต์มาจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ อาทิ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ ( Experimental learning theory ) แนวคิดการสื่อสารพื้นฐาน ( Basic communication concept ) ทฤษฎีการให้การปรึกษา ( Counselling theory ) แนวคิดความตระหนักรู้ตนเอง ( Self-awareness ) ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึก ( Sensitivity ) และทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส ( Client-centered Theory ) เป็นต้น (นุสรานามเดช , 2559 ; Kahriman et al., 2016; Lee et al., 2018; Lobchuk et al., 2016 ) และโจเนสและคณะ ( Jones et al, 2019 ) ศึกษาด้วยวิธีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ( systemic review ) เรื่องผลของการศึกษาความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล สรุปได้ว่า การปฏิบัติการความร่วมมือรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การสร้างสถานการณ์เสมือนจริงกับผู้ป่วยที่เปราะบาง ( vulnerable patient simulations )

การศึกษาการฝึกความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมานักวิจัยได้แสดงข้อจำกัด ได้แก่ ระยะเวลาการศึกษาสั้น ขนาดตัวอย่างน้อย ( Lobchuk et al., 2016 ) การออกแบบทดลองเป็นแบบหนึ่งกลุ่ม ( Adamson et al., 2018; Sarmiento et al., 2017 ) ไม่มีกลุ่มควบคุม การออกแบบวิจัยเชิงทดลองไม่เป็นแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม ( Randomized Controlled Trial ) ไม่มีการติดตามระยะยาวหลังจากได้รับการทดลองและเป็นการประเมินผลด้วยตนเอง ( Haley et al., 2017 ) ในประเทศไทยแม้จะมีการตระหนักถึงความสามารถในความร่วมมือรู้สึกในฐานะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาผลการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้กลับยังมีปริมาณน้อย เมื่อปี 2559 นุสรานามเดช อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้ศึกษาความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลด้วยการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลจิตเวชโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และจิตตปัญญามาใช้ในกระบวนการเรียนการสอนแต่ยังพบข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการทดลองหนึ่งกลุ่ม ไม่มีกลุ่มควบคุมและเครื่องมือวัดเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเป็นแบบวัดและแบบประเมินด้วยการสังเกต และผู้วิจัย

ได้ชี้ว่ายังไม่สามารถวัดองค์ประกอบด้านอารมณ์ได้ชัดเจนจึงเสนอแนะให้มีการพัฒนาแบบวัดที่แม่นยำ อีกทั้งการฝึกความร่วมมือรู้สึกจำกัดอยู่ในระบบการเรียนการสอนและรายวิชาปฏิบัติ

การพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดระดับความร่วมมือรู้สึกฉบับสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาเมื่อปี 2555 โดยกานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค ด้วยการตรวจสอบคุณสมบัติในการวัดของเครื่องมือ Jefferson Scale of Physician empathy (JSPE) ฉบับภาษาไทย (กานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค, 2555) แต่ยังไม่พบเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกฉบับสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของการร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลฉบับภาษาไทย รวมถึงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเรื่องโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึก (Empathy training) สำหรับนักศึกษาพยาบาลของไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลไทย โดยใช้แนวคิดของ วาร์ดและคณะ (Ward et al., 2009) และ โฮจาทและคณะ (Hojat et al, 2001) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือวัด โดยใช้ชื่อว่า The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ซึ่งแบบวัดได้พัฒนาจาก the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) เป็นแบบวัดความร่วมมือรู้สึกด้วยตนเอง (Self-reported inventory) The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ 1.ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น (Perspective taking) 2.ความเมตตากรุณา (Compassionate care) 3.ความสามารถยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ (Standing in patient's shoes) ตรวจสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยาของวิชาชีพแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้ข้อเสนอแนะของนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกที่พบข้อจำกัดเรื่องการวัดความร่วมมือรู้สึกที่ใช้แบบวัดแบบประเมินด้วยตนเองด้านเดียว แนะนำว่าความร่วมมือรู้สึกควรได้รับการวัดหลากหลายเพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่ถูกต้องที่สุด ผู้วิจัยจึงศึกษาความร่วมมือรู้สึกด้วยการประเมินข้อมูลเชิงพฤติกรรมคือ การสังเกตพฤติกรรม (Behavior observed) และการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Physiological responses) ของความร่วมมือรู้สึกซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึก (Empathy) สำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยเน้นการตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) และการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) เป็นแนวทางที่น่าสนใจและมีจุดเด่นที่แตกต่างจากโปรแกรมฝึกความร่วมมือรู้สึกในงานวิจัยที่ผ่านมา คือ เน้นการพัฒนาจากภายในสู่ภายนอก โปรแกรมเป็นการเริ่มต้นจากการตระหนักรู้ตนเองช่วยให้นักศึกษาเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และปฏิกิริยาของตนเองก่อน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจผู้อื่นแตกต่างจากโปรแกรมฝึกความร่วมมือรู้สึกแบบดั้งเดิมมักเน้นการเรียนรู้จากภายนอก เช่น การสังเกตและตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยตรง การฝึกฟังอย่างตั้งใจช่วยให้นักศึกษาสามารถรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของ

ผู้ป่วยได้อย่างละเอียดและแม่นยำมากขึ้น โปรแกรมแบบเดิมอาจเน้นการตอบสนองมากกว่าการรับฟัง ทำให้อาจพลาดรายละเอียดสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วย การผสมผสานการตระหนักรู้ตนเองกับการฟังอย่างตั้งใจช่วยสร้างสะพานเชื่อมระหว่างประสบการณ์ของนักศึกษา กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น การตระหนักรู้ตนเองช่วยให้นักศึกษาจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ทางคลินิกที่ท้าทายได้อย่างมีประสิทธิภาพ แตกต่างจากโปรแกรมแบบเดิมอาจไม่ได้เน้นการจัดการอารมณ์ของผู้ให้การดูแลมากนัก โดยสรุป การพัฒนาโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึกที่เน้นการตระหนักรู้ตนเองและการฟังอย่างตั้งใจมีจุดเด่นในการสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการพัฒนาความร่วมมือรู้สึก โดยเริ่มจากการเข้าใจตนเองและพัฒนาทักษะการรับฟังอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาความร่วมมือรู้สึกได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยประยุกต์จากแนวคิดและทฤษฎีที่เน้นการตระหนักรู้ตนเอง ( Self-awareness ) และการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) ขึ้นและศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกด้วยวิธีการศึกษาเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม ( Randomized controlled trial ) และมีระยะติดตาม ( Follow up ) ศึกษาความคงทนของการร่วมมือรู้สึกหลังได้รับการฝึก เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดการฝึกหรือการสอนให้นักศึกษาพยาบาลหรือนักศึกษาศาสตร์วิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ ให้มีความร่วมมือรู้สึกมากขึ้นสามารถสร้างเสริมให้วิชาชีพมีสมรรถนะที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทำให้ประสิทธิภาพการบริการทางด้านสุขภาพสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง สำหรับเพิ่มความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาผลของการนำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองที่มีต่อความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลโดยพิจารณาจาก

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือรู้สึกจากแบบวัดที่ดัดแปลงจาก The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจากแบบสังเกตพฤติกรรมที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2560 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะเวลาก่อนทดลองและหลังทดลอง

3.3 เพื่อเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนทดลองและหลังทดลองโดยพิจารณาจาก

3.3.1 การเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจ ( Heart rate )

3.3.2 การเปรียบเทียบอัตราการหายใจ ( RR: respiration rate )

3.3.3 อัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV: heart rate variability )

#### กรอบแนวทางการวิจัย

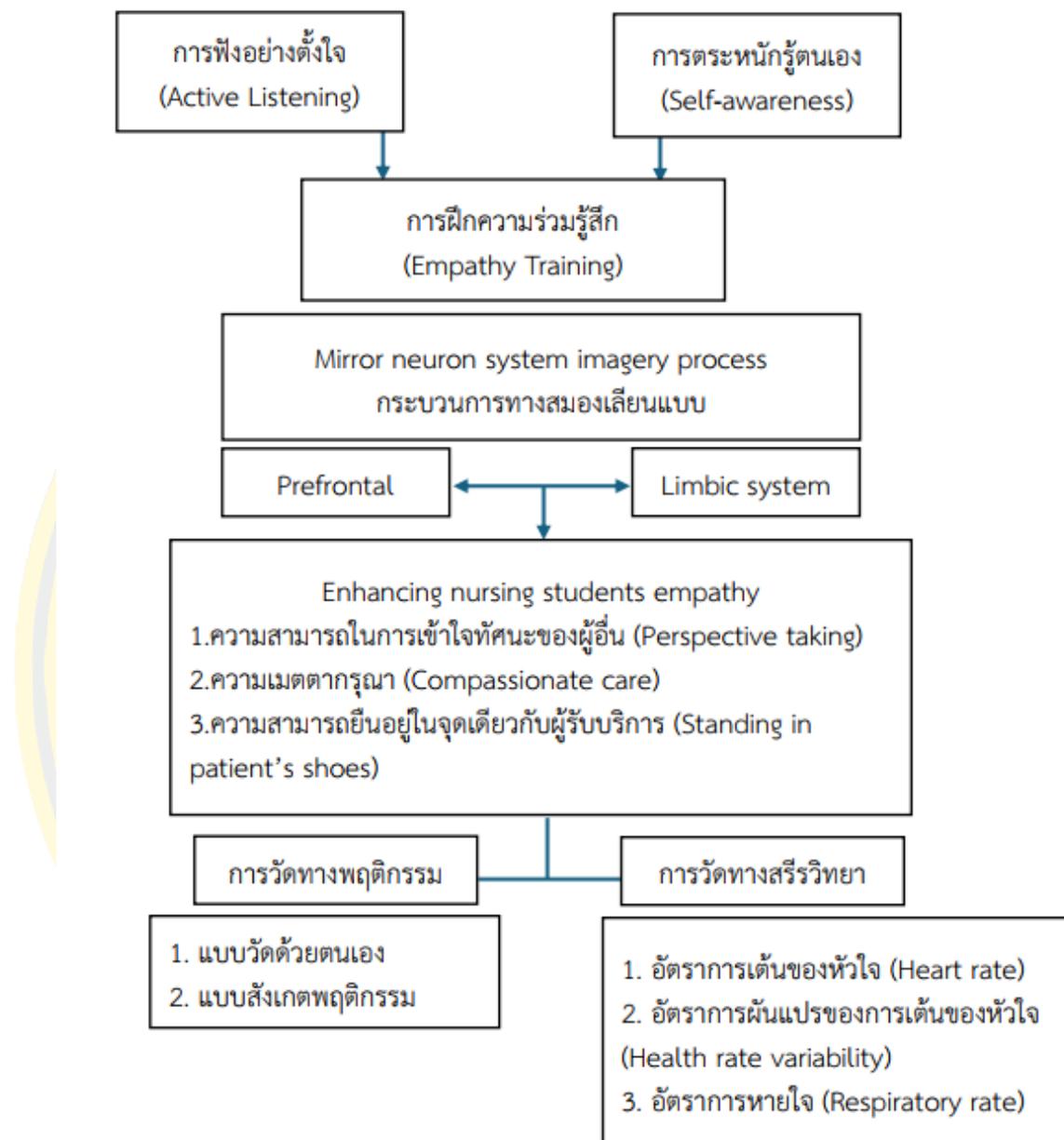
การเพิ่มความรู้สึกโดยใช้การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) ประกอบด้วยพื้นฐานของทฤษฎีและแนวคิดของการฟังอย่างตั้งใจ โดยการฟังอย่างร่วมรู้สึก ( Empathic Listening ) ต้องเริ่มต้นด้วยการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) ร่วมกับการฟังอย่างยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข ( Unconditional positive regard ) ทำให้สามารถสะท้อนความรู้สึก ( Reflect of feeling ) เพื่อเป็นกระจกสะท้อนจนกระทั่งผู้มารับการปรึกษาเห็นตนเองอย่างชัดเจน และการตระหนักรู้ในตนเอง ประยุกต์ใช้ทฤษฎีตัวตน ( Self ) ที่กล่าวว่าตัวตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพที่เป็นส่วนของการรับรู้และค่านิยมเกี่ยวกับตัวเรา ตัวตนพัฒนามาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเป็นประสบการณ์เฉพาะตน การทำงานของตัวตนในบุคคล ( self concept ) ต้องสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมกับมโนภาพแห่งตน ( Ideal self ) หากสอดคล้องกันมากแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จักตัวเองอย่างแท้จริง ( real self ) ยอมรับตนเองสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพกล้าเปิดตนเองออกมารับประสบการณ์ใหม่ๆ เลือกตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ขึ้นอยู่กับ การยอมรับของผู้อื่นและสังคม ตลอดจนเข้าใจในค่านิยมของตนเอง ในขณะที่สามารถยืดหยุ่นต่อสภาพการณ์ต่างๆ

การฝึกดังกล่าวอาศัยกลไกการทำงานของสมองส่วนหน้า Prefrontal Cortex ส่วนนี้ของสมองทำหน้าที่สำคัญในการคิดวิเคราะห์ วางแผน และการตัดสินใจ การทำงานของ Prefrontal Cortex ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์ เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และพิจารณาวิธีการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ในระดับเซลล์สมองที่เกี่ยวพันให้เกิดความรู้สึกอันเป็นที่มาของการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก เซลล์สมองนั้นคือเซลล์กระจกเงา ( Mirror neuron ) หรือเซลล์สมองที่ทำงานคล้ายกระจก การกระตุ้นให้มนุษย์เกิดความรู้สึกหรือมีพฤติกรรมเลียนแบบ เป็นกระบวนการในระบบเซลล์กระจก ( Mirror neurons system and imagery process ) เมื่อสมองถูกกระตุ้นด้วยการรับรู้ จากสิ่งกระตุ้นภายนอก รวมไปถึงการกระตุ้นภายใน เช่น การระลึกถึง

ทำให้เซลล์กระจกทำงานและส่งสัญญาณประสาทนำเข้าไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ ( Autonomic nervous system ) จึงมีปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีรวิทยา ( Physiological responses ) จากอวัยวะต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อมทั้งการกระตุ้นนั้นส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนคิดและสมองสามารถเลียนแบบเมื่อรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นอีกด้วย เมื่อพื้นที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการร่วมรู้สึกด้านอารมณ์คือสมองส่วนระบบลิมบิก ( Limbic system ) ทำงานร่วมกับ hypothalamus เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการปรับอารมณ์ โดยเมื่อมนุษย์มีอารมณ์ร่วมรู้สึกกับผู้อื่นแล้ว สามารถรับรู้ความรู้สึกนั้นด้วยการฟังอย่างตั้งใจ ฟังอย่างไม่ตัดสินสามารถควบคุมอารมณ์ แยกแยะอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้จากการตระหนักรู้ตนเอง ก็จะเกิดพฤติกรรมร่วมรู้สึกที่เหมาะสม ตอบสนองและให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง เป็นการเข้าใจทัศนะมุมมองของผู้อื่น เกิดเมตตากรุณาและเสมือนยืนอยู่จุดเดียวกับผู้อื่นได้

การฝึกความรู้สึกทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง เกิดการจดจำและทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจเกิดขึ้น ทำให้เมื่อรับสิ่งเร้าเข้ามา สมองก็จะมีความรู้สึกที่รวดเร็ว แยกแยะระหว่างอารมณ์ตนเองและผู้อื่น และเกิดการรู้คิดถูกต้องเหมาะสม กลไกนี้เกิดขึ้นผ่านกระบวนการทำงานของสมองหลายส่วนที่ทำงานร่วมกัน นำไปสู่พฤติกรรมความรู้สึกแสดงออกมาในการบริการ การบำบัด การสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้เช่น . กิริยาท่าทาง การมอง การสัมผัส คำพูด น้ำเสียงที่แสดงออกสะท้อนหรือตอบสนอง ได้ตอบเหมาะสมตรงกับสภาพ ความต้องการและความรู้สึกของผู้รับบริการ

ดังนั้น การฝึกเพื่อพัฒนากลไกดังกล่าวข้างต้นจะทำให้เกิดการยอมรับว่าความรู้สึกสามารถฝึกได้และมีปฏิกิริยาที่สามารถวัดการทำงานของสมองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาการฝึกความรู้สึกโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีเน้นการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) ร่วมกันกับการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) ภายใต้อาณาเขตการสื่อสารพื้นฐาน ( Basic communication concept ) และทฤษฎีการให้การปรึกษา ( Counselling theory ) โดยศึกษาผลของการฝึกความรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้านความรู้คิด ( Cognitive ) ด้วยการวัดค่าคะแนนความรู้สึกโดยใช้แบบวัดความรู้สึกและแบบสังเกตพฤติกรรมความรู้สึก ส่วนด้านอารมณ์ ( Affective ) จากการวัดค่าปฏิกิริยาตอบสนองของสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราหายใจและอัตราการผันแปรการเต้นของหัวใจ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวทางการวิจัย

### สมมติฐานของการวิจัย

1. แบบวัดความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลมืองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ระดับคะแนนความร่วมรู้สึกภายในกลุ่มทดลองหลังการฝึกความร่วมรู้สึก และระยะติดตามสูงกว่าก่อนการฝึกความร่วมรู้สึก

3. ระดับคะแนนความร่วมมือรู้สึกของกลุ่มทดลองหลังจากการฝึกความร่วมมือรู้สึก และระยะติดตามสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ระดับคะแนนพฤติกรรมร่วมมือรู้สึกภายในกลุ่มทดลองหลังจากการฝึกความร่วมมือรู้สึกสูงกว่าก่อนการทดลอง
5. ระดับคะแนนพฤติกรรมร่วมมือรู้สึกหลังจากการฝึกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
6. อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปรการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังฝึกความร่วมมือรู้สึกแตกต่างกัน
7. อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปรการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้โปรแกรมและแนวทางการฝึกการฟังอย่างตั้งใจรวมกับการตระหนักรู้ในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. ได้เครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล
3. ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในเรื่องความร่วมมือรู้สึกของพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย ญาติและผู้รับบริการ
4. ได้แนวทางพัฒนาความร่วมมือรู้สึกในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข
5. ได้องค์ความรู้ใหม่เรื่องการทำงานระบบประสาทอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล
6. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้พัฒนาความร่วมมือรู้สึกเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลมีความร่วมมือรู้สึกกับผู้รับบริการมากขึ้น
7. นักศึกษาพยาบาลได้เพิ่มทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และการตระหนักรู้ตนเองหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหา  
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจรวมกับการตระหนักรู้ในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาลไทยโดยใช้แนวคิดเรื่องการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) และการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) เพื่อเพิ่มความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาล
2. ขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4,158 คน (งานทะเบียน สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในขั้นตอนพัฒนาแบบวัดความร่วมมือรู้สึกคือนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิจัยในขั้นตอนทดลองโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึก คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 44 คน

3.ขอบเขตของตัวแปรที่ศึกษาในการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรจัดกระทำ คือ การเพิ่มความร่วมมือรู้สึก แบ่งเป็น การเพิ่มความร่วมมือรู้สึกโดยใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองและไม่ได้รับโปรแกรมมา

3.2 ตัวแปรตาม คือ

3.2.1 คะแนนความร่วมมือรู้สึก

3.2.2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก

3.2.3 ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายโดยใช้เครื่องมือวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พิจารณาจากจำนวนครั้งที่ต่อนาทีของการเต้นของหัวใจ จำนวนครั้งที่ต่อนาทีของการหายใจและ จำนวนระยะเวลา मिलिวินาทีของอัตราการผันแปรการเต้นของหัวใจ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล ( Empathy of Nursing Students )** หมายถึง ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ไวต่อการอ่านความรู้สึกของผู้อื่น รู้เท่าทันตนเองแยกแยะระหว่างประสบการณ์ ความรู้สึกผู้อื่นและตนเอง เข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่นในสถานการณ์ที่ผู้อื่นเผชิญ สามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองผู้อื่นได้ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ

1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective-taking ) หมายถึง การเข้าใจความคิด ความรู้สึก ในภาษากายและภาษาที่สื่อสารด้วยวาจาของผู้ป่วย ความพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในความคิดและจิตใจของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย และญาติ หรือครอบครัว)

2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) เป็นความห่วงใย และต้องการช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ โดยมีได้รอร้องขอจากผู้ป่วย สอบถามความสุขสบาย และปัญหาของผู้รับบริการ ช่วยเหลือผู้รับบริการเพื่อให้สุขสบาย ตอบสนองความต้องการและเพื่อบรรเทา

ความทุกข์ด้วยความเต็มใจ แสดงใบหน้า ท่าทาง หรือน้ำเสียงที่อ่อนโยน แจ่มใส ไพเราะ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล มีเป้าหมายต้องการให้ผู้รับบริการพึงพอใจ สุขสบายและหายจากความเจ็บป่วย

3) ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in the patient's shoes) หมายถึง การวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้รับบริการ ขณะให้การพยาบาล สนใจและเข้าใจในประสบการณ์ สภาพอารมณ์ที่หลากหลายของผู้รับบริการ สามารถสะท้อนสถานการณ์เสมือนเป็นผู้รับบริการ

**สถาบันพระบรมราชชนก ( Praboromarajchanok Institute )** คือ สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีสถานศึกษากระจายตัวอยู่ทั่วประเทศจำนวน 39 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขจำนวน 9 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 30 แห่ง

**โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ( Active listening and Self-awareness training program )** หมายถึง ขั้นตอนการใช้กิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) เพื่อพัฒนาไปสู่การฟังอย่างเข้าใจ ( Empathic listening ) และเพิ่มทักษะการตระหนักรู้ตนเองเพื่อเท่าทันอารมณ์ ความคิดของตนเองที่เกิดขึ้น ทำให้ความร่วมมือรู้สึกเข้าใจในผู้อื่นได้โดยไม่ใช้ตนเองเป็นบรรทัดฐาน ไม่เกิดการประณามและตัดสินผู้อื่น และแยกแยะระหว่างสภาวะอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ ซึ่งทั้งการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ 1) ปฐมนิเทศ 2) การตระหนักรู้ตนเอง 3) การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ 4) ปัจฉิมนิเทศ ใน 4 ขั้นตอนประกอบด้วย กิจกรรม 9 กิจกรรม ได้แก่ 1)แนะนำตัว 2) บรรยาย 3) เราเป็นใครและทำไม 4) รู้ตัวทั่วพร้อม 5) อ่านข้อความบอกต่อ 6) ท่าทางการฟังอย่างตั้งใจ 7) ความรู้สึกของบทเพลง 8) ฟังเสียงธรรมชาติ 9) ฟังเรื่องเล่า

**แบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ( The empathy inventory for nursing students )** หมายถึง แบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัด Jefferson scale of Empathy for Nursing Students ซึ่งแบบวัดนี้ได้พัฒนาจาก the Jefferson Scale of Physician Empathy ( JSPE) เป็นแบบวัดการร่วมรู้สึกด้วยตนเอง ( Self-reported inventory) มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 1 ถึง 7 ช่วงคะแนนคือ 20 - 140 คะแนนเป็นเครื่องมือระดับคะแนนการร่วมรู้สึกที่มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ

- 1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective-taking )
- 2) ความเมตตาากรุณา ( Compassionate care )
- 3) ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in the patient's shoes )

**พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล** (The empathy behavior for nursing students ) หมายถึง การแสดงออกของนักศึกษาพยาบาลเมื่อปฏิบัติกรพยาบาลกับผู้ป่วย เช่น กิริยาท่าทาง การมอง การสัมผัส คำพูด น้ำเสียงที่แสดงออกสะท้อนหรือตอบสนอง โต้ตอบเหมาะสมตรงกับสภาพ ความต้องการและความรู้สึกของผู้รับบริการ มีความถึในการแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือทุกครั้งจนเป็นธรรมชาติ ประเมินจากการการสังเกตพฤติกรรมตามแบบสังเกตที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ

**ปฏิกิริยาตอบสนองทางสรีรวิทยา** ( Physiological response) หมายถึง เมื่อมีสิ่งเร้า ความร่วมมือรู้สึกอาการและอาการแสดงของร่างกายที่ตอบสนองการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่

1. อัตราการเต้นของหัวใจ ( Heart rate) คือ ความเร็วของการบีบตัวของหัวใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง นิยมใช้หน่วยครั้งต่อนาที โดยสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสรีรวิทยาของร่างกาย
2. อัตราการหายใจ ( Respiratory rate) คือ ความเร็วที่แสดงว่ามีการหายใจนาทีละกี่ครั้ง โดยนับการเคลื่อนไหวของทรวงอกหรือหน้าท้องที่กระเพื่อมขึ้นหรือลง หน่วยวัดคือ ครั้งต่อนาที
3. อัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( Heart rate variability ) คือ การวัดค่าความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ ( Autonomic Nervous System; ANS ) ที่ควบคุมการทำงานของหัวใจ มีหน่วยเป็นมิลลิวินาทีโดยการวิเคราะห์ระดับการเปลี่ยนแปลงช่วงเวลา (Time domain ) ของคลื่น R ถึง R ใน QRS complex ( R-R interval ) ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

## บทที่ 2

### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือรู้สึกโดยพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ใช้โปรแกรมฝึกความร่วมมือรู้สึกที่บูรณาการการฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจและพัฒนากการตระหนักรู้ตนเองซึ่งเป็นทักษะการสื่อสาร ( Communication skills) พื้นฐานที่สำคัญตามแนวคิดการให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) เพื่อเพิ่มการทำงานของสมองในความร่วมมือรู้สึกและวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ศึกษาผลของการฝึกพร้อมกับการวัดที่ครอบคลุมการทำงานของสมองทั้งด้านรู้คิดและด้านอารมณ์จากแบบวัด แบบสังเกตพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

#### ตอนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือรู้สึก ( Empathy )

- 1.1 ความหมาย แนวคิดทฤษฎี และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องความร่วมมือรู้สึก
- 1.2 ความร่วมมือรู้สึกและการทำงานของสมองในประสาทวิทยา ( Empathy and Brain activity in neuroscience ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.3 ความร่วมมือรู้สึกและวิชาชีพพยาบาล ( Empathy and Nursing profession ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ตอนที่ 2 การฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

#### ตอนที่ 3 การวัดและประเมินความร่วมมือรู้สึกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 3.1 การวัดและประเมินด้วยแบบวัดและแบบประเมินความร่วมมือรู้สึก
- 3.2 การวัดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ( Physiological responses ) ในความร่วมมือรู้สึก

#### ตอนที่ 4 การฝึกความร่วมมือรู้สึก ( Empathy training ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ตอนที่ 1 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือรู้สึก ( Empathy )

#### 1.1 ความหมาย แนวคิดทฤษฎีและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องความร่วมมือรู้สึก

คำว่า Empathy มาจากคำกรีกโบราณ “empathia” แยกเป็นรูปแบบคำ em และ pathos แปลความหมายคือ เข้าใจในอารมณ์ ต่อมา Hermann Lotze และ Robert Vischer ได้สร้างคำภาษาเยอรมัน Einfühlung (“feeling into”) หมายถึง การเข้าถึงความรู้สึก นำมาใช้ครั้งแรกในวงการสุนทรียศาสตร์ และเมื่อ 100 กว่าปีก่อนนักจิตวิทยาชื่อ Edward B. Titchener เป็นผู้นำคำ

Empathy มาในภาษาอังกฤษหมายถึง เอาใจใส่ (Coplan & Goldie, 2011 , p. XII; Lockwood, 2016, p. 256 ) สำหรับความหมายตามพจนานุกรมแปลอังกฤษ - ไทย NECTEC's Lexitron Dictionary คือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ความหมายตามพจนานุกรมศัพท์ แพทย์ศาสตร์ อังกฤษ - ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน คือ การร่วมรู้สึก หรือ ความร่วมรู้สึก ซึ่งแตกต่างจาก sympathy ที่หมายความว่า “felling with” ความเห็นใจ (ราชบัณฑิตยสถาน , 2544) การคล้อยตามอารมณ์หรือมีอารมณ์ร่วม เช่น เมื่อคุยกับคนเศร้าก็เศร้าไปด้วยกับเขา โดยสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งการเกิดอารมณ์เช่นนี้จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือไม่ประสบผลสำเร็จ และ ความร่วมรู้สึก(empathy) แตกต่างจากคำว่า compassion ซึ่งหมายความว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตา ประารถนาที่จะทำอะไรสักอย่างที่จะทำให้คนอื่นๆ นั้นพ้นจากความทุกข์ และแตกต่างจากคำว่า pity ที่หมายความว่า สงสารสมเพช ทางการแพทย์และพยาบาล ให้ความหมายและลักษณะของความร่วมรู้สึกไว้ใน Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Applied Health โดยเปรียบเทียบ Empathy และ Sympathy ว่าเป็น การตระหนักทางความคิด อารมณ์และเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลอื่น แม้สิ่งนั้นจะทำให้รู้สึกตึงเครียดและรบกวนจิตใจ Empathy เป็น ความเข้าอกเข้าใจ แต่ sympathy จะเป็นการเข้าไปมีอารมณ์ร่วมรับรู้ ความรู้สึกและประสบการณ์ผู้อื่น (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, 2558 , หน้า 15) ฐานความรู้เกี่ยวกับความร่วมรู้สึกนั้นก่อกำเนิดมาจากศาสตร์ทางจิตวิทยา ส่วนหนึ่งเป็นการให้ความหมายในวงการสุขภาพจิตที่อธิบายความร่วมรู้สึกเป็นส่วนสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ต่อมาอีกส่วนหนึ่งอธิบายในเรื่องสรีรวิทยา กระบวนการทางปัญญา ซึ่งนักวิจัยและผู้ศึกษาต่าง ๆ ยังคงศึกษาการพัฒนาทักษะความร่วมรู้สึกมาโดยตลอด ในการศึกษาครั้งนี้นำเสนอคำนิยามจากผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัยในสาขาทางการศึกษา จิตวิทยา ด้านการแพทย์และการพยาบาล ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน (2544) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถเข้าใจ ประสบการณ์ภายในและความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งสามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองของผู้อื่นได้

นุสรานามเดช (2559) ให้ความหมายความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลหมายถึง ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้รับบริการในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการเผชิญ สามารถมีอารมณ์เหมือนกับผู้รับบริการ และสามารถสื่อสารความเข้าใจออกมาทางคำพูดและการปฏิบัติการพยาบาล

Roger (1975) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เป็นบุคคลแรกที่ค้นพบว่าความร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้นำคำศัพท์ความร่วมรู้สึกมาใช้ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและให้ความหมายของความร่วมรู้สึกว่าเป็นการที่ผู้ให้การศึกษาได้เข้าใจโลกของผู้มาขอปรึกษาในลักษณะที่ผู้รับบริการปรึกษามอง รับรู้โลกส่วนตัวของผู้รับบริการปรึกษา ราวกับว่าเป็นโลกของตนโดยระลึกเสมอว่า เป็นเพียงการรับรู้ “ราวกับว่า” เท่านั้นเอง

Goleman (1998 , pp. 318) กล่าวว่า ความร่วมรู้สึกเป็นทักษะทางสังคมในการที่จะสร้างและรักษาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของคนอื่น รวมถึงความสามารถในการทำนายว่าแต่ละคนคิด รู้สึก พุดเกี่ยวกับตัวเองหรือผู้อื่นอย่างไร ความร่วมรู้สึกเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความฉลาดทางอารมณ์

Eisenberg (2000 , pp. 677-687) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่จะเข้าใจอารมณ์ผู้อื่นในเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เหมือนหรือคล้ายกัน เกิดจากการหยั่งรู้หรือความเข้าใจของสภาพหรือสภาวะทางอารมณ์ของคนอื่น ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านความคิด ( Cognitive Empathy ) โดยมีความคล้ายคลึงกับสิ่งที่คนอื่นจะรู้สึกหรือจะคิดว่า จะรู้สึก และยังมีความหมายที่เป็นหัวใจสำคัญของสภาพการตอบสนองทางอารมณ์ของความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านอารมณ์ ( Affective Empathy ) แทนการตระหนักรู้หรือความเข้าใจจากสภาวะหรือสภาพทางอารมณ์ของคนอื่น

Feshbach (2000) ได้ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่สอดคล้องกับอารมณ์และสถานการณ์ของผู้อื่นโดยการจับคู่ความรู้สึกของบุคคลทั้งความรู้สึกดีและเป็นทุกข์ กับการแสดงพฤติกรรมของใครคนหนึ่งและมีความรู้สึกที่สอดคล้องกัน

Hoffman (2001) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น สามารถรับรู้และสัมผัสได้ถึงความรู้สึกและความเข้าใจทั่วไปของคนส่วนใหญ่ในสถานการณ์ต่าง ๆ รู้จักและเข้าใจความหมายของ การแสดงออกภายนอกของบุคคล และตระหนักรู้ ในตนเองที่จะตอบสนองความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น

Hojat et al., 2002 แบ่งความร่วมรู้สึกเป็น 2 ส่วนคือ ความร่วมรู้สึกส่วนที่เป็นความคิด ( cognitive empathy ) และความร่วมรู้สึกส่วนที่เป็นอารมณ์ ( affective empathy ) ความร่วมรู้สึกส่วนที่เป็นความคิดนั้นคือ ความสามารถในการเข้าใจ ( understand ) ประสบการณ์ภายในและความรู้สึกของบุคคลด้วยความสามารถในการมองโลก ในมุมมองของของอีกคนหนึ่ง ความร่วมรู้สึกส่วนที่เป็นด้านอารมณ์คือการเข้าไปร่วมประสบการณ์ทางอารมณ์ของอีกคนหนึ่ง ซึ่งอาจจะทำให้คำว่า ความเห็นใจ ( sympathy ) ซึ่งบุคคลทางการแพทย์ไม่ควรมีในส่วนนี้เพราะอาจจะทำให้เกิดความทุกข์ตามผู้ป่วยที่ตนเองให้การดูแล

Williams & Stickley (2010) จากโรงเรียนพยาบาล คณะแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย Nottingham ประเทศอังกฤษ สืบค้นและทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลทั้งทางการพยาบาลและการให้คำปรึกษา เพื่อค้นหาโน้ตทัศน์และความหมายของความร่วมรู้สึกทั้งในการศึกษาและปฏิบัติการพยาบาล สรุปว่า ความร่วมรู้สึกเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนมีความไม่คงที่ เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลผ่านสัมพันธ์ภาพที่มีการแลกเปลี่ยนความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด

สรุปความหมายความร่วมมือรู้สึกในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้อื่น สามารถอ่านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นได้รวดเร็ว มีอารมณ์เหมือนผู้อื่นและสามารถเข้าใจความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และนำไปสื่อสารความเข้าใจของตนเองต่อผู้อื่นได้ถูกต้องเหมาะสมกับกับสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือรู้สึกพบว่ามีทฤษฎีที่กล่าวถึงความร่วมมือรู้สึกไว้หลายทฤษฎีดังต่อไปนี้

แนวคิด ความสามารถในการร่วมมือรู้สึกและความสงสารของไอเซนเบิร์ก (Eisenberg)

Eisenberg (2000 , pp. 667-687) กล่าวว่า ความร่วมมือรู้สึกหรือความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ( Empathy ) ตั้งแต่เริ่มแรกนั้นคำนี้ใช้ในวิชาที่ว่าด้วยความงาม(สุนทรียศาสตร์) และเกี่ยวกับการแบ่งปันความรู้สึกอย่างใกล้ชิดและประสบการณ์ทางความรู้สึก ต่อมาได้เพิ่มคำจำกัดความ คือ ความสามารถเข้าใจในการสื่อสารกับอีกคนหนึ่ง และตรวจสอบความรู้สึกของตัวเองได้อย่างถูกต้องโดยดูจากการตอบสนองของการตอบรับจากตัวบุคคล ส่วนความสงสารได้ถูกกำหนดความหมายในหลาย ๆ ทาง ความสงสารมีความหมายที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น ความสงสาร เป็นการตอบสนองความรู้สึกทางด้านอารมณ์ ที่ประกอบไปด้วย ความรู้สึกเสียใจ หรือความเป็นห่วงเป็นกังวลกับความทุกข์ร้อนหรือความขัดสน ความขาดแคลนของคนอื่น ความสงสารมีความเชื่อว่าจะเกี่ยวข้องกับการมุ่งเน้นไปที่ลักษณะของคนอื่น มีแรงกระตุ้นในการเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ถึงแม้ว่าความสงสารอาจจะมาจากต้นกำเนิดของความร่วมมือรู้สึกในหลาย ๆ บริบท นี่อาจเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด เช่น ความสามารถในการเข้าใจทัศนะมุมมองของผู้อื่น ( Perspective taking ) ความทุกข์ใจไปด้วย ( Personal distress ) หมายถึง การรับเอาสภาพอารมณ์ของบุคคลอื่นที่พบเจอเหตุการณ์เรื่องราวที่เกี่ยวกับความหวาดกลัวนำมาเน้นกับความรู้สึกของตนเอง เช่น ความรู้สึกลำบาก ไม่สะดวก ความกังวล ความทุกข์ใจไปด้วย โดยส่วนมากที่พบบ่อย ๆ มาจากความสามารถในการรับรู้ทางอารมณ์ของผู้อื่น

นอกจากนี้ทฤษฎีความร่วมมือรู้สึกของ Eisenberg (1997) ได้กล่าวถึงความร่วมมือรู้สึก ไว้ในเรื่องของการให้เหตุผลเชิงจริยธรรม โดยแบ่งตามระดับต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 เหตุผล 2 ประเภทที่ไม่ถูกต้อง ( Two uncorrelated type )

1.1 ความสุขสบาย เกี่ยวกับคนอื่น กล่าวคือมักเห็นกับประโยชน์ของตัวเองมากกว่าที่จะเห็นใจคนอื่น พฤติกรรมที่ถูกต้องจึงเป็นวิธีการที่สามารถสนองความพอใจหรือความต้องการของตนเอง จะนำมาเป็นเหตุผลหลักในการที่จะช่วยเหลือหรือไม่ช่วยเหลือบุคคลอื่น รวมถึงในการตัดสินใจนั้นต้องเป็นผลประโยชน์ของตนเองโดยตรง

1.2 การเข้าใจความต้องการของบุคคลอื่น กล่าวคือ การแสดงความคิดเห็นโดยการคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกายตามข้อเท็จจริง และความต้องการของคนอื่น สามารถคิดได้ว่าความต้องการของคนอื่นแตกต่างกับความต้องการของตนเอง เป็นการเรียนรู้ง่าย ๆ โดยไม่ผ่านการสวมบทบาท คำพูดที่แสดงถึงความสามารถในการรับรู้ถึงอารมณ์ หรือการอ้างถึงเหตุผลในการที่จะโกรธ

ระดับที่ 2 การเห็นด้วยและความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือลักษณะบุคลิกภาพ (Approval and Interpersonal) เข้าใจลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลว่ามีทั้งดีและไม่ดี พฤติกรรม ยอมรับผู้อื่น โดยสามารถให้เหตุผลที่แสดงถึงการเอื้อสังคมหรือพฤติกรรมที่ไม่ให้การช่วยเหลือ เช่น ช่วยเหลือผู้อื่นเพราะการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นการส่งผลที่ดี หรือ เพราะเขาจะชอบถ้าฉันช่วยเขา

ระดับที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ถึงอารมณ์ แบ่งเป็น

3.1 การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ( Empathy orientation ) การตัดสินใจของบุคคลในการตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เรียนรู้ด้วยการเข้าใจผู้อื่น และรับรู้ความรู้สึกโกรธ หรือ ความรู้สึกทางบวกโดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้อื่น เช่น รู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร รู้สึกแยถ้าไม่ได้ช่วยเขา เพราะเขาเจ็บหนัก

3.2 ระดับการเปลี่ยนแปลง ( Transitional stage ) การตัดสินใจว่าจะช่วยเหลือหรือไม่ช่วย รวมถึงการตีค่าภายในตัวของบุคคล บรรทัดฐานหน้าที่ หรือความสามารถในการตอบสนอง การอ้างถึงความสำเร็จในการปกป้องสิ่งที่ถูกต้องและการทำให้เป็นเกียรติต่อผู้อื่น การอ้างถึงภายในตัวบุคคลด้วยการเคารพความรู้สึก และการประเมินค่าที่มีอยู่ในตนเองเป็นการตัดสินใจที่เห็นในระดับนี้

ระดับที่ 4 ระดับที่ซึมซาบภายใน ( Strongly internalized stage ) การตัดสินใจว่าจะช่วยเหลือหรือไม่ช่วยอยู่ในพื้นฐานของการประเมินค่าในตัวบุคคล บรรทัดฐานหรือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของบุคคลและโครงสร้างของสังคม ความเชื่อในความมีเกียรติ ความถูกต้องและความเสมอภาคของบุคคล ความรู้สึกที่มีทั้งทางด้านบวกและลบ จะมีความสัมพันธ์กับการเคารพ และประเมินค่าที่มีอยู่ในตนเอง และยอมรับมาตรฐานที่ตนเองได้ตั้งไว้ เช่น ฉันรู้สึกว่าคุณสามารถช่วยบุคคลอื่นเมื่อเขาต้องการ หรือฉันจะรู้สึกแยถ้าไม่ได้ช่วยเพราะฉันจะรู้สึกฉันไม่มีค่า

แนวคิดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นของปีเตอร์ ลาสเตอร์ ( Peter Lauster )

ปีเตอร์ ลาสเตอร์ (1978 , p. 115) ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นว่า คำพูดในลักษณะ “ฉันเสียใจจริง ๆ” “ฉันเข้าใจดี” หรือ “ฉันก็เคยเหมือนกัน” แสดงถึงความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น ทุกคนมีระดับความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นในระดับใดระดับหนึ่ง ความสามารถนี้ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่พัฒนามาจากประสบการณ์ตอนเด็ก การศึกษาและประสบการณ์ สำหรับนักจิตวิทยาแล้ว

ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น คือ ความสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ของผู้อื่น โดยอาศัยประสบการณ์ที่เหมือนกันของตนเอง มาคาดคะเนอารมณ์พฤติกรรมของผู้อื่น โดยที่จะต้องพาตัวเราเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เพื่อให้รับรู้อารมณ์ ความรู้สึก วิตกกังวล และสังเกต คาดเดาว่าเขาน่าจะแสดงออกอย่างไร สีหน้า ท่าทาง หน้าแดง หรือสั่น เมื่ออยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ คงอาจจะต้องหาคนที่แสดงท่าทางเช่นนั้นด้วย คิดว่าผู้อื่นกำลังวิตกกังวลเช่นเราหรือไม่ จะทำให้เรานั้นสามารถหาข้อสรุปได้ถูกต้อง ซึ่งคนเราสามารถพัฒนาความสามารถตัดสินคนจากลักษณะท่าทาง โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาสะสมเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากจะพัฒนาความสามารถนี้ต้องพบปะผู้คนให้มากและสังเกตอย่างใกล้ชิด ดูการแสดงสีหน้า ท่าทาง ลักษณะการพูดจา ลักษณะทางกายภาพของเขา เปิดหูเปิดตารับรู้ถึงสัญญาณที่แสดงออกมาให้เห็น แล้วพัฒนาประสาทรับรู้ให้แม่นยำ แยกแยะความแตกต่างแม้เล็กน้อยได้

แนวคิดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นของอะรอนฟรีด (Aronfreed )

Aronfreed (1970 , p. 111) ได้อธิบายว่า ความเห็นอกเห็นใจที่เป็นการให้รางวัลตนเอง ( Self-rewarded empathy) ต้องผ่านเงื่อนไขของความเห็นอกเห็นใจ คือ ความรู้สึกที่ดีของผู้ช่วยเหลือเป็นเงื่อนไขจากการตอบสนองความเห็นอกเห็นใจต่อปฏิกริยาที่ดีของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมเอื้อเฟื้อ ดังนั้นพฤติกรรมจะเป็นตัวกำกับด้วยผลของการกระทำในตัวเอง โดยเงื่อนไขของความเห็นอกเห็นใจถูกสร้างขึ้นเป็น 2 ระยะคือ

1) ระยะแรก เด็กสามารถเกิดประสบการณ์ความเห็นอกเห็นใจได้ต้องสอดคล้องควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อตัวชี้แนะทางสังคมโดยถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อื่น ๆ ผลของความต่อเนื่องกันก็คือ ตัวชี้แนะที่ถ่ายทอดประสบการณ์อื่น ๆ จะได้รับคุณค่าอิสระในตัวเองเพื่อนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ความรู้สึกของเด็กภายใต้เงื่อนไขที่ว่าเมื่อเด็กเกิดการรับรู้ตัวชี้แนะต่าง ๆ ได้ไม่นานสัญลักษณ์ของเหตุการณ์ต่าง ๆ จะกลายเป็นประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นในตัวเด็ก

2) ระยะที่สอง เงื่อนไขความเห็นอกเห็นใจเป็นสื่อช่วยให้คุณค่าต่อการสร้างพฤติกรรมภายนอก เมื่อเด็กได้ค้นพบผลลัพธ์ที่มีคุณค่าหลายครั้งของพฤติกรรมเอื้อเฟื้อ หรือความเห็นอกเห็นใจจากประสบการณ์ความรู้สึก อันเป็นผลจากการแสดงออกของผู้อื่น ผลการเสริมแรงความเห็นอกเห็นใจของความเอื้อเฟื้อ หรือพฤติกรรมความเห็นอกเห็นใจ อาจเกิดมาจากรูปแบบของตัวชี้แนะทางสังคม ซึ่งสามารถสังเกตผลได้โดยตรงจากการกระทำ หรือผลอาจมีการถ่ายทอดคุณค่าแม้ว่าไม่สามารถสังเกตได้ ก็จะนำไปสู่สัญลักษณ์การรู้คิดที่เกิดขึ้นในตัวเด็ก

แนวคิดความร่วมรู้สึกของแบทสัน ( Batson )

Batson (1997) ได้เสนอแนวคิดของรูปแบบความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในการเอื้อเฟื้อต่อการให้ความช่วยเหลือ ( The Empathy-altruism Model) โดยรับรู้ว่าการให้ความ

ช่วยเหลือส่วนมากแล้วจะถูกจูงใจโดยเพื่อตนเอง ทั้งนี้มีการโต้แย้งว่าการเอื้อเฟื้อ โดยแท้จริงยังคงมีอยู่และให้นิยามการเอื้อเฟื้อในสภาพแรงจูงใจโดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อความสุกให้กับผู้อื่น ต่อมาได้มีการเสนอว่ากลไกเบื้องต้นของรูปแบบความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น คือ การมีปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อปัญหาของบุคคลอื่น ทั้งความเสียใจ หรือความทุกข์ใจ ในบางสถานการณ์เผยให้เห็นความแตกต่างของอารมณ์ความเห็นอกเห็นใจ ( Empathy) หรือความห่วงใยเอื้ออาทร ( Empathic concern) คือการตอบสนองทางอารมณ์โดยคำนึงถึงบุคคลอื่น อย่างไรก็ตาม ความเสียใจ ความทุกข์ใจ ทำให้เกิดความต้องการส่วนตัวที่จะลดความทุกข์นั้นด้วยตัวของตัวเอง Batson เสนอแนะว่าความห่วงใยเอื้ออาทรก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเอื้อเฟื้อที่จะลดความทุกข์ของผู้อื่น

ทฤษฎีพัฒนารูปแบบความร่วมมือรู้สึกของมาร์ติน ฮอฟฟ์แมน ( Martin Hoffman )

ทฤษฎีของจิตวิทยาและการพัฒนาทางศีลธรรมของ Martin Hoffman ( Hoffman, 1990) นั้นมุ่งเน้นไปที่ความเห็นอกเห็นใจและความทุกข์ยากเป็นหลัก แต่ก็รวมถึงการปรับเงื่อนไขแบบคลาสสิกการให้เหตุผลทางปัญญาและหลักการของการดูแลและความยุติธรรม การใช้เหตุผลเชิงความรู้ความเข้าใจและความยุติธรรมนั้นถูกรวมเข้ากับทฤษฎีของ Hoffman ในขั้นตอนการพัฒนาความเอาใจใส่ขั้นสูงได้อธิบายว่ามี 2 องค์ประกอบที่ใช้แบ่งระดับขั้นของพัฒนาการของความร่วมมือรู้สึกได้แก่ รูปแบบของการกระตุ้นอารมณ์รับรู้ความรู้สึก ( Mode of empathic affect arousal ) และพัฒนาการของพุทธิปัญญาทางความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลอื่น ( Development of cognitive sense of others ) โดยแบ่งพัฒนาการของการรับรู้ความรู้สึกและความร่วมมือรู้สึก ไว้ดังนี้

ขั้นที่ 1 พัฒนาการความสามารถในความร่วมมือรู้สึกผู้อื่นทั่วไป ( Global empathy) เป็นพัฒนาการความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในขั้นแรก ซึ่งเกิดช่วงวัยทารก 1 ปีแรก ระยะเวลานี้เป็นระยะที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเป็นใคร ดังนั้นเด็กในระยะเวลานี้จะแสดงความรู้สึกเหมือนกับเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตนจริง เช่น เด็กหญิงอายุ 11 เดือน เห็นเด็กคนหนึ่งหกล้มร้องไห้ เด็กจะแสดงเหมือนกับว่าตนเองหกล้มเอง โดยทำหน้าเศร้า ร้องไห้ เอานิ้วหัวแม่มือใส่ปาก แล้วเอาน้ำซุกกับตัวของแม่ ดังนั้นในระยะเวลานี้จะแสดงความเห็นอกเห็นใจกับคนอื่นได้เหมือนเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตัวเด็กเองทั้ง ๆ ที่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่น

ขั้นที่ 2 ระยะเวลาที่สามารถรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นได้แต่ยังยึดตนเป็นจุดศูนย์กลาง ( Egocentric empathy ) เป็นระยะที่สามารถรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นได้ แต่ยังยึดตนเป็นจุดศูนย์กลางอยู่ เกิดในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ระยะเวลานี้เป็นระยะที่เชื่อว่าเด็กมีความสามารถเข้าใจความคงที่ของวัตถุ ( Object permanence ) ซึ่งจะทำให้เด็กตระหนักว่า เด็กเป็นบุคคลหนึ่งที่แยกจากบุคคลอื่น ทั้งทางด้านร่างกายและภาพพจน์ของตนเอง และภาพพจน์ของคนอื่น เด็กระยะนี้จะเริ่มรู้สึกว่าคุณอื่นรู้สึกเจ็บไม่ใช่ตนรู้สึกเจ็บ แต่อย่างไรก็ตาม เด็กระยะนี้ยังสับสนเกี่ยวกับความเข้าใจสภาวะภายในของบุคคลอื่นและของตนเองอยู่ โดยเด็กรู้ว่าคนอื่นอยู่ในสภาวะไม่สบายใจ ไม่ใช่ตัวเด็กเองที่อยู่ในสภาวะ

ไม่สบายใจ แต่เด็กยังไม่รู้สภาวะภายในบุคคล เด็กยังคงคิดว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคนอื่นเหมือนของตนเอง เช่น เด็กชายอายุ 13 เดือน แลดูเศร้าหมอง เมื่อเขาเห็นเพื่อนของตนกำลังเริ่มร้องไห้ และเด็กชายคนนั้นพยายามนำมารดาของเขา เข้าไปปลอบเด็กที่กำลังร้องไห้ ทั้ง ๆ ที่เด็กที่กำลังร้องไห้อยู่ นั้นเขาอยู่กับแม่ของเขา พฤติกรรมนี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กยังสับสนเกี่ยวกับสภาวะภายในบุคคลอื่น และแสดงให้เห็นว่าเด็กในวัยนี้ไม่ได้ยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลางสมบูรณ์ทีเดียว

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาที่เด็กเริ่มมีความสามารถในการสวมบทบาท ( Empathy for another's feeling ) ระยะเวลาอยู่ในช่วงอายุ 2-3 ปี เป็นระยะที่เด็กเริ่มมีความสามารถในการสวมบทบาท ( Role-taking ability ) เด็กวัยนี้เริ่มตระหนักว่า ความรู้สึกของบุคคลอื่นจะแตกต่างจากความรู้สึกของตน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและการแปลเหตุการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละบุคคลอันเป็นผลทำให้เด็กแต่ละคนมีการตอบสนองต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นแตกต่างกัน โดยบางคนมีความรู้สึกเศร้ามากเมื่อมีผู้ร้องไห้มาก แต่บางคนมีความรู้สึกในเหตุการณ์เดียวกันน้อย และเมื่อเด็กมีพัฒนาการทางพุทธิปัญญาและภาษามากขึ้น เด็กวัยนี้มีความสามารถในการความรู้สึกที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น ความเศร้าจากการสูญเสียความผิดหวังจากการกระทำ ความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการเอาใจใส่ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ การสูญเสียความภูมิใจในตัวของตัวเอง ในตอนปลายของระยะนี้เด็กสามารถถูกกระตุ้นให้เกิดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นได้ จากการได้ยินข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้อื่นแม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่ปรากฏตัวอยู่ในที่นั้น

ขั้นที่ 4 ระยะเวลาที่เกิดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ในเงื่อนไขของชีวิตของบุคคล ( Empathy for another's life condition ) ระยะเวลาจะเริ่มเกิดขึ้นในช่วงวัยเด็กตอนปลาย เป็นต้นไป เป็นการเกิดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ในเงื่อนไขของชีวิตของบุคคล เนื่องจากเด็กวัยนี้จะเริ่มเกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง และบุคคลอื่นว่ามีความแตกต่างกัน เพราะทุกคนได้รับประสบการณ์ที่ต่างกัน เด็กเริ่มรู้ว่าแต่ละบุคคลมีความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความเศร้า ความไม่ภูมิใจตนเอง ไม่ได้มาจากสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น แต่เพราะสิ่งที่บุคคลได้พบหรือผ่านมาในอดีตด้วย เด็กจะมีการรับรู้ความรู้สึกหรือความเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นมาก ถ้าพบว่าบุคคลนั้นมีประวัติหรือประสบการณ์ที่น่าสงสารมาตั้งแต่อดีต ไม่ใช่เกิดขึ้นเพียงแค่นี้ในปัจจุบัน ดังนั้น ความรู้สึกของเด็กวัยนี้จะเกิดขึ้นมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับการรับรู้ที่เด็กจะมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสังคมมากขึ้น เด็กจะเริ่มเข้าใจกลุ่มสังคม เช่น กลุ่มด้อยโอกาสหรือชนชั้นต่าง ๆ ซึ่งความรู้สึกของการเห็นอกเห็นใจ เป็นแรงจูงใจพื้นฐานที่ทำให้เด็กเริ่มจะเสียสละบางอย่างของตน

ความเห็นอกเห็นใจนี้เป็นเสมือนแรงจูงใจทางจริยธรรม เมื่อรวมกับความคิดถึงหลักแห่งความเป็นธรรม ( Justice-principlethinking ) แล้ว จะก่อให้เกิดบรรทัดฐานของการคิดคำนึง ( Hot cognition ) และบรรทัดฐานของการคิดคำนึงนี้ เป็นเสมือนการสำนึกหรือการเตือนภายในความคิดของบุคคลเอง ให้ระลึกการกระทำของตนเองต่อบุคคลอื่น ซึ่ง Hoffman เชื่อว่าอารมณ์ความเห็นอก

เห็นใจและบรรเทาพื้นฐานของการคิดคำนึงนี้ จะเป็นตัวผลักดันที่ทำให้บุคคลมีความร่วมรู้สึกในความทุกข์ ( Sympathetic distress ) ของบุคคลอื่น และพยายามดับทุกข์ให้กับผู้อื่น ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่นนั่นเอง

ทฤษฎีพัฒนารูปแบบความร่วมมือรู้สึกของเฟชบาค ( Feshbach )

Feshbach (2000) ได้กล่าวถึง ความร่วมรู้สึก ( Empathy ) คือ การตอบสนองการรู้สึก ร่วมในอารมณ์ด้วยประสบการณ์ของเด็กตามลักษณะอารมณ์ของผู้อื่น

รูปแบบของความร่วมรู้สึก ( Empathy's Feshbach/model of empathy ) แบ่ง ออกเป็น 3 ด้าน

ด้านที่ 1: ระดับสติปัญญาด้านพื้นฐาน ( Primary cognitive level ) หมายถึง มีความสามารถในการบรรยายและอธิบายระดับความรู้สึกของบุคคลอื่น เช่น มีความสุข เศร้า ได้

ด้านที่ 2: ระดับสติปัญญา ( Cognitive component ) มีการสะท้อนหรือความเข้าใจ สังคม หมายถึง ความสามารถที่สมมติว่าเป็นคนอื่นและสวมบทบาทเป็นคนอื่น เป็นความคิดที่ได้จากการสังเกตสถานการณ์ที่เหมือนกัน เป็นประสบการณ์ตรงจากสถานการณ์นั้น

ด้านที่ 3: การตอบสนองทางอารมณ์ ( Emotion responsiveness ) เป็นการสังเกต ของเด็กที่ได้พบประสบการณ์ทางอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น สังเกตสีหน้า ท่าทาง หรือ พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลและสามารถเข้าร่วมในอารมณ์นั้น ๆ ของผู้อื่นได้

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความร่วมมือรู้สึกของเฟชบาคนั้นได้กล่าวถึงระดับของความร่วมรู้สึกซึ่ง ได้แก่ ระดับความสามารถในการบรรยายและอธิบายความรู้สึกของบุคคล ระดับความสามารถในการ เข้าใจทางสังคมโดยการสวมบทบาทเป็นคนอื่นและจากการใช้ประสบการณ์ส่วนตัว จนไปถึงระดับที่ สามารถรับรู้ความรู้สึกจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมของบุคคลอื่น รวมทั้งมีอารมณ์ร่วมใน อารมณ์ผู้อื่นได้แต่ไม่ได้กล่าวถึงช่วงอายุในแต่ละระดับไว้

ทฤษฎีพัฒนารูปแบบความร่วมมือรู้สึกของโรเจอร์ ( Rogers )

คาร์ล แรนซัม โรเจอร์ส ( Carl Ransom Rogers ) เกิดที่เมืองไอล์คพาร์ค รัฐอิลลินอยส์ ในครอบครัวที่เคร่งศาสนาคริสต์ โรเจอร์สเข้าเรียนที่มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน หลังจากสำเร็จการศึกษา เขาเข้าเรียนที่ Union Theological Seminary เพื่อเป็นบาทหลวง พร้อมกับ เรียนปริญญาโทและ เอกในด้านการศึกษาและจิตวิทยาคลินิกที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบียในปัจจุบัน ในระหว่างปี ค.ศ. 1940 -1945 โรเจอร์ส ได้รับตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์ทางด้านจิตวิทยา และสอนหนังสือที่มหาวิทยาลัย โอไฮโอ ( Ohio State University ) และในระหว่างปี ค.ศ.1945 - 1957 ได้ย้ายไปสอนที่ มหาวิทยาลัยชิคาโก ( University of Chicago ) และในช่วงเวลาดังกล่าวโรเจอร์สได้ผลิตผลงานต่างๆ อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ( Person-Centered Counseling ) โรเจอร์สได้ชื่อว่าเป็นนักจิตวิทยามนุษยนิยมที่สำคัญ และเป็น

รู้จักกันอย่างแพร่หลายอีกท่านหนึ่ง เขาได้รับการยอมรับว่า เป็นผู้ที่ยกระดับวิชาจิตวิทยาให้ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากมหาชน รากฐานทางปรัชญาของโรเจอร์เป็นหนึ่งในโครงสร้างเชิงญาณวิทยา Rogers (1979) เชื่อว่าความรู้หรือความจริงถูกสร้างขึ้นและผูกพันกับการรับรู้และประสบการณ์ของมนุษย์ ดังนั้นความร่วมมือรู้สึกจึงได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานของการรับรู้และประสบการณ์ของมนุษย์ เช่นการฟังอย่างกระตือรือร้นและการรับรู้ตนเอง แนวคิดนี้เน้นความสำคัญของการติดตามเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการเป็นสำคัญเทคนิคพื้นฐานประกอบด้วย

1. การฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) หมายถึง การฟังประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่ทำให้ผู้ฟังได้เห็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลนั้นพยายามสื่อสาร เมื่อผู้ฟังกระตือรือร้นที่จะฟังจะทำให้ผู้ฟังรู้สึกไวต่อความรู้สึกของบุคคลมากขึ้นนำไปสู่ความร่วมมือรู้สึก Rogers (1987) ได้กำหนดเป็นคุณลักษณะสำคัญของการฟังอย่างกระตือรือร้นเพื่อระงับการตัดสินใจของตนเองและการใส่ใจอย่างเต็มที่กับคำพูดเสียงและน้ำเสียงของอีกฝ่าย การฟังอย่างตั้งใจดำเนินการโดยการวัดการรับรู้การประมวลผลและการตอบสนองของข้อความที่ถ่ายทอดเพื่อให้

สามารถรับรู้ได้ทั้งด้านอารมณ์และความรู้สึก เมื่อผู้ให้บริการรับฟังผู้ป่วยอย่างแข็งขันผู้ให้บริการจะรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น

โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมมือรู้สึกไว้ 4 ประการ อันได้แก่การที่บุคคล

1. สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่สังเกต และรับฟัง

2. มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์

3. สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา

4. ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 นี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาการเข้าถึงใจได้อย่างแท้จริง

โดยมีหลักการสำคัญได้แก่

1. ไม่ยึดถือตนเองเป็นหลัก
2. ไม่ตัดสินผู้อื่น ไม่มีอคติ
3. อ่านอารมณ์ทั้งตนเองและผู้อื่นได้

2. การตระหนักรู้ตนเอง ( Self awareness ) การรับรู้ตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเอาใจใส่ การรับรู้ตนเองหมายถึงแง่มุมที่ซ่อนอยู่ของตัวเองซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัวและไม่สามารถเข้าถึงได้โดยผู้อื่น Rogers (1975) ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ตนเองสร้างความสามารถในการประเมินคุณธรรมภายใน

ตนเองและกลายเป็นไม่ตัดสิน ดังนั้นแรงจูงใจให้ตัวเองมีความร่วมรู้สึกด้วยการรับรู้ตนเองมีประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง ( Self-concept )
2. แนวคิดการค่านึงตนเองและคุณค่าของตนเอง ( Self-regard )
3. แนวคิดคุณค่าของตัวเอง ( Self-worth ) นิยามว่าคน ๆ หนึ่งคิดอย่างไรกับตัวเอง ดังนั้น

คนที่มีความค่านึงตัวเองในเชิงบวกจะยอมรับมุมมองของผู้อื่นทำให้เกิดการเติบโตและการพัฒนาความร่วมรู้สึก

โรเจอร์สได้เน้นถึงสัมพันธภาพที่บุคคลหนึ่งสร้างขึ้นระหว่างตัวเขากับอีกบุคคลหนึ่ง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเอื้ออำนวยให้เกิดความสอดคล้องขึ้นในตัวบุคคล โดยที่ความสัมพันธ์นี้จะต้องประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความร่วมรู้สึก 2) การยอมรับ และ 3) ความสอดคล้องในตนเองโดยอธิบายว่า

1. ด้านความร่วมรู้สึก เป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของบุคคล ตามทัศนะแห่งการรับรู้ของเขา โดยไม่เอาความรู้สึกของตัวเองไปเกี่ยวข้อง Rogers (1959) ให้ความหมาย Affective empathy ว่าเป็นความร่วมรู้สึก เป็นความสามารถในการใช้อารมณ์และจินตนาการว่าอารมณ์ของใครบางคนมาจากไหน โรเจอร์สเชื่อว่าเมื่อคนอื่นจินตนาการถึงอารมณ์ความรู้สึกของใครบางคนนั้นมาจากการแบ่งปันอารมณ์เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การถ่ายทอดความเข้าใจนั้นกลับไปยังบุคคลนั้น

2. ด้านการยอมรับ กล่าวไว้ว่า ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนต้องการความรักความเอาใจใส่ และการยอมรับจากบุคคลที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นบุคคลจึงควรมีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้อื่นโดยปราศจากเงื่อนไข ยอมรับว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าเท่าเทียมกัน สำหรับการยอมรับมีปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในทุกวิถีทาง ไม่ว่าจะเป็นกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญาก็ตาม และ ประสบการณ์ของแต่ละคนเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ซึ่งมักจะเกี่ยวกับการประทั้งชีวิต ความคิดและอารมณ์ของแต่ละบุคคล

3. ด้านความสอดคล้องในตนเองเน้นว่า มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การกระทำและการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ จะสอดคล้องกับการพิจารณาตนเองและการพิจารณาสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของเขา เนื่องจากประสบการณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะแตกต่างจากคนอื่นเป็นโลกของเขาเอง และการที่บุคคลรับรู้สิ่งต่าง ๆ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออก ของบุคคล เช่น ถ้าบิดามารดารักเรา เราก็จะรักคนอื่นในสังคมด้วย ดังนั้น การที่จะเข้าใจบุคคลจะต้องพยายามเข้าใจว่าเขารับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างไร กรอบแห่งการรับรู้ของเขาเป็นอย่างไรต้องเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และค่านิยมของแต่ละบุคคล ไม่ใช่ตีความหมายตามความคิดเห็นของเราเอง ( Rogers, 1975 , pp. 2-10)

ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส เป็นตัวอย่างหนึ่งของการสร้างสัมพันธภาพของบุคคล โดยการช่วยเหลือที่ผ่านสัมพันธภาพกับผู้ให้คำปรึกษาที่ให้ความเอาใจใส่ เข้าใจและมีความจริงใจ เป็นสัมพันธภาพกับผู้ให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมการแสดงออกกับความรูสึกและความคิดภายใน มีการยอมรับ เอาใจเขามาใส่ใจเรา มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อให้เป็นคนโดยสมบูรณ์ และพร้อมที่จะดำเนินชีวิตร่วมกันในอันที่จะสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ แต่การที่มนุษย์ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมนั้น เนื่องจากเขามีความจำเป็นต้องป้องกันตนเองให้อยู่รอด นอกจากนี้โรเจอร์สได้พัฒนาทฤษฎีบุคลิกภาพเชื่อว่า บุคลิกภาพของมนุษย์เกิดขึ้นจากความคิด ความรูสึกของบุคคลต่อตนเอง ( Self concept ) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ตนที่ตนมองเห็น ( Self Concept ) ภาพที่ตนเห็นเองว่าตนเป็นอย่างไร มีความรู้ความสามารถ ลักษณะเฉพาะตนอย่างไร เช่น สวย รวย เก่ง ต่ำต้อย ขี้อาย ช่างพูด เก็บตัว เงียบ เป็นต้น การมองเห็นอาจจะไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือภาพที่คนอื่นเห็น

2. ตนตามที่เป็นจริง ( Real Self ) ตัวตนตามข้อเท็จจริง แต่บ่อยครั้งที่ตนมองไม่เห็นข้อเท็จจริง เพราะอาจเป็นสิ่งที่ทำให้รูสึกเสียใจ ไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น เป็นต้น

3. ตนตามอุดมคติ ( Ideal Self ) ตัวตนที่อยากมีอยากเป็น แต่ยังมีไม่เต็มในสภาวะปัจจุบัน เช่น ชอบเก็บตัว แต่อยากเก่งเข้าสังคม เป็นต้น

ต่อมาโรเจอร์สได้เปลี่ยนชื่อทฤษฎีเป็น Client-centered therapy คือแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางซึ่งได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางมีการนำไปประยุกต์ใช้ในด้านการเรียนการสอน การประชุมปฏิบัติการ และในช่วงทศวรรษที่ 1960 – 1970 โรเจอร์สได้พัฒนากลุ่มจิตสัมพันธ์ “Encounter groups” และกลุ่มพัฒนาบุคคล “ Personal growth groups ” นำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในหลากหลายสาขาวิชาชีพ จึงเปลี่ยนชื่อทฤษฎีจาก Client-centered therapy ซึ่งเดิมใช้กับผู้รับบริการบำบัดรักษาเป็น Person-centered approach เพราะสามารถนำไปใช้กับหลากหลายสาขาวิชาชีพจนเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

งานวิจัยเรื่องความร่วมมือรูสึกที่นำแนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์สมาพัฒนาหรือประยุกต์ใช้อาทิเช่น

Haley et al., (2017) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟังอย่างตั้งใจ การตระหนักรู้ตนเองและความร่วมมือรูสึกและการดูแลในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การฟังอย่างตั้งใจ ( $p < .001$ ) และการตระหนักรู้ตนเอง ( $p < .001$ ) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือรูสึกอย่างมีนัยสำคัญ ความร่วมมือรูสึกนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .003$ ) ข้อสรุปของการศึกษาคือการพัฒนาการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเองนำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือรูสึกและการดูแลผู้ป่วย

โซคซัย ทัพทวีและคณะ (2515) ศึกษาโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นด้วยการปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 12 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ติดสารเสพติดมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แนวคิดความร่วมมือรู้สึกของโฮเจท (Hojat)

Mohammadreza Hojat เป็นศาสตราจารย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์และพฤติกรรมมนุษย์ และเป็นผู้อำนวยการการศึกษาระยะยาวของศูนย์เจฟเฟอร์สัน The Jefferson Longitudinal Study at the Center เขาได้รับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย Hojat เป็นนักจิตวิทยาที่วิจัยด้านการศึกษาทางการแพทย์และสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เขาสนใจรวมถึงความร่วมมือรู้สึก (Empathy) ในวิชาชีพด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย การทำงานร่วมกันระหว่างมืออาชีพการเรียนรู้ตลอดชีวิตแพทย์ปัจจัยด้านจิตสังคม จิตศาสตร์แห่งความเหงา การศึกษาข้ามวัฒนธรรม การพัฒนาบุคลิกภาพและการวัด ปี 2007 โฮเจทเขียนหนังสือ Empathy in Patient Care: Antecedents Development and Outcomes ต่อมาได้ปรับปรุงภายใต้ชื่อใหม่: Empathy in Health in Health Professional Health Education and patient Care และเผยแพร่ในปี 2016 โฮเจทกล่าวว่าความร่วมมือรู้สึกส่วนใหญ่เป็นการรู้สึก มากกว่าการรู้อารมณ์ มีคุณลักษณะซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเข้าใจประสบการณ์ ความกังวล มุมมองของผู้ป่วยมากกว่าความรู้สึก ซึ่งต้องใช้ความสามารถในการสื่อสาร ความเข้าใจและความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ เขายังศึกษาพบว่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาทั้งในระดับพื้นฐานและวิทยาศาสตร์คลินิก (Hojat et al., 2002, p. 522-527)

โฮเจทเสนอวิธีการสอนการร่วมความรู้สึก (Hojat, 2009, p. 412-450)

1. พัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
2. การบันทึกเสียงหรือวิดีโอของการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย
3. สัมผัสกับแบบจำลองบทบาท
4. การสวมบทบาท (เช่นเกมอายุ)
5. ทำเนาผู้ป่วย (navigator ของผู้ป่วย)
6. ประสบการณ์ในโรงพยาบาล
7. ศึกษาวรรณกรรมและศิลปะ
8. พัฒนาทักษะการเล่าเรื่อง
9. การแสดงละคร
10. วิธีการ Balint

11. แนวทางใหม่ ๆ เช่น โครงการเก้าอี้ยก (เวชศาสตร์ครอบครัว ( Magee & Hojat, 2010 , 7 , 465-466 ) คลิปวิดีโอของการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่เลือกจากภาพยนตร์ เป็นต้น

โดยโฮเจท ได้เสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไปไว้ว่าควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัด Jefferson scale empathy ในประชากรของนักศึกษาแพทย์ แพทย์และกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้น กำหนดเกณฑ์เพื่อระบุผู้ที่ต้องการการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความร่วมรู้สึก ค้นหาวิธีที่มีประสิทธิภาพและยาวนานที่สุดเพื่อยกระดับและรักษาความร่วมมือรู้สึกในนักเรียนและผู้ปฏิบัติงาน และ ค้นหาการสนับสนุนทางประสาทวิทยาของความร่วมมือรู้สึก มีผู้สอนการพยาบาลที่ศึกษาความร่วมมือรู้สึก ชื่อ Julia Ward ซึ่งทำงานใน Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania ได้ ศึกษาความร่วมมือรู้สึกในวิชาชีพพยาบาลและกล่าวว่าความร่วมมือรู้สึกเป็นหัวใจของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยทั้งหมด แต่ความร่วมมือรู้สึกมีลดลงในระหว่างการศึกษายาบาลของนักเรียน นักการศึกษาพยาบาลถูกท้าทายในการหาวิธีลดเซกการลดลงนี้ มีการออกแบบการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อประเมินว่า การปฏิบัติการทางการศึกษา ( intervention ) โดยใช้นักแสดงที่เป็นมาตรฐานมีอิทธิพลต่อความร่วมมือรู้สึกต่อนักศึกษาพยาบาลหรือไม่ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติทางการศึกษามีศักยภาพในการปรับปรุงความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาล( Ward, 2012 ) ความร่วมมือรู้สึกมีบทบาทสำคัญต่อวิชาชีพที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือและการมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้อยู่ในวิชาชีพซึ่งต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์และให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อื่นควรทำความเข้าใจสิ่งนี้ นอกจากนี้จะมีความไวในการรับสัมผัส เข้าใจ รับรู้ถึงความรู้สึก ความคิด ค่านิยมของบุคคลอื่นเสมือนกับเราเป็นบุคคลนั้นแล้ว เราควรจะสามารถสื่อสารให้เขารับรู้ได้ว่า เรามีความเข้าใจในตัวเขาด้วย (วีร์ เมฆวิสัย, 2558) จากแนวคิด ทฤษฎีความร่วมมือรู้สึก ( Empathy ) ที่กล่าวมา จะเห็นว่าการจิตวิทยาแต่ละท่านได้อธิบายการเกิดและการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกไว้นั้นกล่าวได้ว่าความร่วมมือรู้สึก เป็นลักษณะที่ทำให้เข้าใจมนุษย์ดีขึ้นและต้องการที่จะเอื้อเพื่อ เห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของโรเจอร์ ( Roger, 1975 ) มาประยุกต์และพัฒนาวิธีการฝึกความร่วมมือรู้สึกเพราะแนวคิดนี้ได้เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสารและการรับรู้ในตนเอง ทั้งด้านความคิดและอารมณ์ โดยใช้ทักษะการสื่อสารด้านการฟัง และการตระหนักรู้ตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญ อันนำไปสู่ความร่วมมือรู้สึกได้ และเป็นทฤษฎีที่มีมีความสอดคล้องกับลักษณะวิชาชีพพยาบาล ที่เน้นผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลาง การสอนพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกต่อผู้ป่วยของพวกเขาเริ่มต้นด้วยหลักสูตรการศึกษายาบาล อย่างไรก็ตามมีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่าระดับความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลต่ำกว่านักเรียนในสาขาวิชาสุขภาพอื่น ๆ และต่ำกว่าระดับความร่วมมือรู้สึกที่เหมาะสม ( optimal level ) เหตุผลจากการไม่มีเวลาในการเรียนรู้และฝึกฝนความร่วมมือรู้สึกเนื่องจากการใช้เทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นในสภาพแวดล้อมการเรียนทางคลินิก เพื่อปรับปรุงระดับความร่วมมือรู้สึกจึงจำเป็นที่จะต้องสอนความร่วมมือ

รู้สึกนักเรียนพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมให้พวกเขากลายเป็นพยาบาลที่มีความร่วมรู้สึก ( McKenna et al., 2012; Williams, Brown, Boyle, et al., 2014 ) วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใช้สัมพันธภาพเป็นหลักสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ หากผู้ให้บริการรู้จักตนเอง รับรู้ความรู้สึกตนเองและผู้อื่นได้ชัดเจนก็จะสามารถเข้าใจผู้อื่นได้ไวและถูกต้อง ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความถูกต้อง เกิดความไว้วางใจ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความเชื่อมั่นในศักยภาพซึ่งกันและกัน ส่งผลให้การบริการบรรลุวัตถุประสงค์มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

#### องค์ประกอบของความร่วมรู้สึก

นักประสาทวิทยาได้จำแนกความร่วมรู้สึกออกเป็น 2 ด้านตามผลการศึกษาที่พบการทำงานของสมอง ได้แก่ 1) ด้านของการรู้คิด ( Cognitive empathy ) คือ ความสามารถในการเข้าใจประสบการณ์ภายในและความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งสามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองของผู้อื่นได้ พบการทำงานของสมองส่วนหน้าและ 2) ด้านของอารมณ์ความรู้สึก ( Affective empathy หรือ Emotional empathy ) คือ ความสามารถในการเข้าไปร่วมอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้อื่น พบการทำงานของสมองส่วนอะมิกลาลา ( Coplan & Goldie, 2011, Deuter et al., 2018, p. 3, Lockwood, 2016, p. 256 ) แต่ยังมีนักวิชาการ นักวิทยาศาสตร์ นักวิจัยอื่นๆ ที่ศึกษาความร่วมรู้สึกและแยกองค์ประกอบตามแนวคิด และแนวทางการศึกษาของแต่ละด้านแตกต่างกันไป อาทิเช่น

Feshbach (1983) ได้แบ่งองค์ประกอบความร่วมรู้สึกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสามารถในการระบุ อธิบาย การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกผู้อื่น ควรเรียนรู้และได้สัมผัสรับรู้ความรู้สึกตนเองก่อนเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งช่วยให้การสนทนาเกี่ยวกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ เช่น โกรธ กลัว มีความสุข อิจฉา เหนง ภูมิใจ เศร้า ตะลึง กังวล
2. ความสามารถในการมองโลกของผู้อื่น คือ การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของแต่ละบุคคล
3. ความสามารถในการร่วมรับประสบการณ์ความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลอื่น และตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกผู้อื่นผ่านการกระทำ

Alligood (1992) พัฒนาทฤษฎีความร่วมรู้สึกทางการพยาบาลจากทฤษฎีระบบบุคคลของคิง ( King's person system ) โดยประยุกต์จากความร่วมรู้สึกระหว่างบุคคล ( interpersonal relationship ) มาเน้นการพัฒนาความร่วมรู้สึกภายในบุคคล ( intrapersonal ) แบ่งประเภทของความร่วมรู้สึกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความร่วมรู้สึกแบบพื้นฐานหรือความร่วมรู้สึกที่เป็นลักษณะนิสัย ( Basic empathy/trait empathy ) ซึ่งเป็นลักษณะตามธรรมชาติที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก เป็นการสะท้อนถึงความฉลาดทางสังคมและความไวต่อความรู้สึก
2. ความร่วมรู้สึกตามสถานการณ์ ( State empathy ) หมายถึงการประยุกต์ความร่วมรู้สึกมาใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพ สามารถสอนและเรียนรู้ได้จากสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ

Morse et al (1992) ได้อธิบายความร่วมรู้สึกในทางการแพทย์ว่าประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่

- 1.ด้านอารมณ์ ( Emotive ) เป็นความสามารถของการแบ่งปันประสบการณ์ถึงความรู้สึกภายในและสภาวะจิตใจกับบุคคลอื่น
- 2.ด้านคุณธรรม ( Moral ) เป็นสำนึกของการอยากอุทิศตนช่วยเหลือบุคคลอื่นและบันดาลใจให้แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ
- 3.ด้านความคิด ( Cognitive ) ความสามารถทางสติปัญญาที่จะแยกแยะและเข้าใจความรู้สึกและมุมมองของบุคคลจากสิ่งที่ปรากฏ
- 4.ด้านพฤติกรรม ( Behavioral) การสื่อสารหรือการแสดงออกที่แสดงให้เห็นว่ามีความร่วมรู้สึก

Wiseman (1996) วิเคราะห์การให้นิยามคุณลักษณะของความร่วมรู้สึกจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมรู้สึก จำนวน 53 รายการ สรุปว่าส่วนใหญ่ให้คำนิยามความร่วมรู้สึกใน 4 ลักษณะ คือ

1. การมองโลกอย่างที่ผู้อื่นมอง ( See the world as others see it ) โดยทุกรายการระบุว่า การมองโลกอย่างที่ผู้อื่นมองเป็นลักษณะของความร่วมรู้สึก
2. ความเข้าใจอารมณ์ ณ ขณะนั้นของอีกคนหนึ่ง ( Understand another's current feelings )
3. การไม่ตัดสินผู้อื่น ( Non-judgmental )
4. การสื่อสารความเข้าใจ ( Communication of understanding )

Goleman (1998, p. 318) แบ่งความร่วมรู้สึกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1.การเข้าใจผู้อื่น ( Understanding Others ) หมายถึง การรู้และเข้าใจถึงความรู้สึก มุมมอง และสนใจในข้อวิตกกังวลของผู้อื่น รวมทั้งเป็นการรู้สึกเข้าใจว่าผู้อื่นมีความต้องการอะไร อย่างไร ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าใจผู้อื่นจะมีทักษะในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. การแสดงความใส่ใจอารมณ์ของผู้อื่นและผู้ฟังที่ดี

2. การสัมผัสและเข้าใจได้ถึงมุมมองของผู้อื่น
3. การช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามที่ผู้อื่นต้องการและรู้สึก

2.การรู้จักส่งเสริมพัฒนาผู้อื่น (Developing Others) หมายถึง การที่เราารู้สึกถึงสิ่งที่ไม่ดีไม่ถูกต้อง และการทราบถึงข้อความปรับปรุงของผู้อื่น รวมทั้งมีความรู้สึกต้องการสนับสนุน ส่งเสริมความรู้และความสามารถของผู้อื่นให้พัฒนาสูงขึ้นได้อย่างถูกต้อง โดยไม่สนใจถึงข้อบกพร่องต่าง ๆ ของบุคคลเหล่านั้น ผู้ที่มีความสามารถในการพัฒนาผู้อื่นจะมีทักษะในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้การยอมรับหรือการให้รางวัลแก่ผู้อื่นเมื่อประสบความสำเร็จ
2. การให้ข้อมูลแก่ผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้ผู้อื่นได้พัฒนาตนเอง
3. การให้คำปรึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดี

3.การบริการด้วยความใส่ใจ (Service Orientation) หมายถึง การที่เราสามารถคาดคะเน รับรู้ และตอบสนองความต้องการของผู้อื่นได้ว่ามีความต้องการอะไร อย่างไร รวมทั้งเป็นการที่เราารู้สึกว่าต้องการตอบสนองในความต้องการเหล่านั้น โดยมีความต้องการที่จะทำสิ่งทีบุคคลอื่นต้องการโดยไม่คาดหวังผลตอบแทนแต่อย่างใดผู้ที่สามารถบริการด้วยความใส่ใจจะมีทักษะในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- 1.การเข้าใจความต้องการของผู้อื่นและตอบสนองตามความต้องการด้วยสิ่งที่ผู้อื่นต้องการ
- 2.การแสวงหาวิธีการเพื่อทำให้ผู้อื่นเกิดความพึงพอใจ
- 3.การยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ
- 4.การเข้าใจมุมมอง การกระทำของผู้อื่น และการให้คำแนะนำผู้อื่น

4.การเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล การให้โอกาสผู้อื่น ( Leveraging Diversity ) หมายถึง การมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ที่ด้อยโอกาสกว่าเรา และมีความรู้ ความเข้าใจ โดยเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนแตกต่างกัน รวมทั้งเป็นการที่มีความรู้สึกว่าการสร้างโอกาสจากความแตกต่างระหว่างบุคคล การเล็งเห็นความเป็นไปได้จากความแตกต่างระหว่างบุคคลและสร้างเป็นโอกาสได้โดยไม่แตกแยกในสิ่งที่เขาเป็นหรือเขากระทำในสิ่งที่ขัดเทียมผู้อื่นได้เกิดทักษะในเรื่องดังนี้

- 1.การเคารพในความแตกต่างเกี่ยวกับภูมิหลังของผู้อื่น
- 2.การเข้าใจมุมมองที่แตกต่างจะช่วยลดความขัดแย้งในกลุ่ม
- 3.การหาโอกาสในการเปลี่ยนความแตกต่างให้เป็นการส่งเสริมผู้อื่น
- 4.การไม่มีอคติ

5.ความตระหนักรู้ถึงทัศนคติและความคิดเห็นสถานการณ์ในกลุ่ม (Political Awareness) หมายถึง ความสามารถในการอ่านความคิดเห็น การเข้าใจความคิดเห็นของกลุ่ม

อารมณ์ของกลุ่มในสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการเข้าใจและทราบถึงความสัมพันธ์ของคนในกลุ่มว่าเป็นอย่างไรในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งอยู่ในแนวความคิดเกี่ยวกับเขาวนอารมณ์ ทางด้านสมรรถนะทางสังคม (Social Competence) หรือทักษะการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ ถือได้ว่าความร่วมมือรู้สึก (Empathy) เป็นเครื่องสะท้อนกลับทางสังคม

1. การเข้าใจหลักในการสร้างความสัมพันธ์
2. การสร้างเครือข่ายทางสังคม
3. การเข้าใจวิธีเผชิญหน้ากับผู้อื่น
4. การเข้าใจหลักเหตุผลของความเป็นจริง

แนวคิดของ Eisenberg (2000) ที่ศึกษาความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น กล่าวว่า เป็นความสามารถในการรับรู้ที่จะเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้อื่น รับรู้ความรู้สึกว่าผู้อื่นรู้สึกอย่างไร โดยมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางความคิด และ 2) ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยของ (Reniers et al., 2011) ที่ได้ทำการตรวจสอบองค์ประกอบสององค์ประกอบในการตอบสนองแบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ที่แตกต่างกันทั้ง 2 องค์ประกอบคือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านความคิด และความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านอารมณ์ ทั้งนี้องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านความคิด (Cognitive empathy) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1.1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะมุมมองของผู้อื่น (Perspective taking) 1.2) สถานการณ์จำลอง (Online simulation) ส่วนองค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นทางด้านอารมณ์ (Affective empathy) แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ 2.1) การแพร่ระบาดทางอารมณ์ (Emotion contagion) 2.2) การตอบสนองสิ่งใกล้ชิด (Proximal responsivity) และ 2.3) การตอบสนองสิ่งรอบข้าง (Peripheral responsivity) (ภัทรราตี มากมี, 2559, หน้า 95, Lockwood, 2016, p 257)

Hojat (2007) ระบุองค์ประกอบความร่วมมือรู้สึกในวิชาชีพที่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น (Perspective-taking)
2. ความเมตตา กรุณา (Compassionate care)
3. ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ (Ability to stand in the patient's shoes)
4. ความยากในการเข้าใจทัศนะและมุมมองของผู้ป่วย (Difficulties in taking patient's perspective)
5. การสื่อสารทางคำพูดและไม่ใช้คำพูด (Verbal/nonverbal communication)

ต่อมาได้มีการนำแนวคิดและองค์ประกอบของโฮเจทมาศึกษาจนเป็นที่ยอมรับในการวัดความร่วมมือรู้สึกและพบว่าองค์ประกอบของโฮเจทที่มีความตรงและความเชื่อมั่นจนเป็นองค์ประกอบหลัก คือ

- 1.ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective-taking )
- 2.ความเมตตากรุณา ( Compassionate care )
- 3.ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in the patient's shoes )

Lietz et al. (2011) ได้แสดงองค์ประกอบความร่วมมือรู้สึกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านการตอบสนองความรู้สึก ( Affective response: AR )
2. ด้านการตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น ( Self-other awareness: SOA )
3. ด้านการควบคุมอารมณ์ ( Emotion regulation: ER )
4. ด้านการเปิดรับมุมมองผู้อื่น ( Perspective taking: PT )
5. ด้านการมีทัศนคติในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ( Empathic attitudes: EA )

Thomas (2013) ได้แบ่งความร่วมมือรู้สึก ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นด้านความรู้สึก ( Emotional empathy ) หรือเรียกว่า การตอบสนองต่อความรู้สึกผู้อื่น ( Affective empathy ) หรือการแทนตนเองเป็นผู้อื่น (Primitive empathy) หมายถึง การมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น และมีการตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้อื่นได้อย่างอัตโนมัติและเหมาะสม รวมถึงการร่วมรับฟัง แบ่งปันอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น

2.การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นด้านความคิด ( Cognitive empathy ) หมายถึง การตระหนักได้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น ในบางครั้งจะเรียกการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นด้านนี้ว่าการมองจากมุมมองผู้อื่น ( Perspective taking )

Glas (2017) ได้เสนอบทความวิชาการวิเคราะห์ประเด็นแนวคิดของความร่วมมือรู้สึกในการวิจัยทางประสาทวิทยาได้ระบุองค์ประกอบความร่วมมือรู้สึก 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) การแบ่งปันสถานะจิตใจของผู้อื่น ( Sharing the other's mental state ) 2) การตระหนักรู้ระหว่างตัวเรากับผู้อื่น ( Awareness of the distinction between self and others) 3) ความยืดหยุ่นของจิตใจและการควบคุมตัวเอง ( Mental flexibility and self-regulation )

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความร่วมมือรู้สึกพบว่า การให้ความหมาย และองค์ประกอบของความร่วมมือรู้สึกส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันในการแบ่งด้านขององค์ประกอบหลัก ซึ่งได้แก่ด้านรู้คิด (cognitive domain) และ ด้านอารมณ์ ( effective domain ) แต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละด้านตามศาสตร์ของผู้ศึกษา ในการศึกษาที่ผู้วิจัยศึกษาความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษพยาบาล จึงนำองค์ประกอบที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิชาชีพที่

ช่วยเหลือมนุษย์ คือองค์ประกอบของโฮเจท ( Hojat,2007 ) ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง จนพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดระดับความร่วมมือรู้สึกถึงปัจจุบัน องค์ประกอบนั้น ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective-taking ) 2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) และ 3) ความสามารถเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in the patient's shoes ) ผู้วิจัยได้นำไปใช้พัฒนาแบบวัดความร่วมมือรู้สึกและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามองค์ประกอบดังกล่าว นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการจะต้องไวต่อความรู้สึกจากผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ต้องมีความสามารถในการอ่านอารมณ์และคาดเดาความรู้สึกของผู้อื่นจากการสังเกตสีหน้า น้ำเสียง ตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ผู้อื่นกำลังรู้สึกโดยไม่จำเป็นต้องมาบอกให้ทราบ อารมณ์ของตัวพยาบาลเองที่มีต่อสถานการณ์ของผู้ป่วยและอารมณ์เหมือนของผู้ป่วยเอง มักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะเป็นความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์ พยาบาลสามารถเกิดอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยได้ เพียงแต่ต้องสามารถถอนอารมณ์ออกมาได้ด้วยการตระหนักรู้ตนเอง ดังนั้นในการพัฒนาโปรแกรมความร่วมมือรู้สึกจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลสามารถไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น อ่านอารมณ์ได้แม่นยำโดยการฝึกการอ่านอารมณ์จากสิ่งเร้าในหลาย ๆ รูปแบบจนเป็นความสามารถอัตโนมัติ เสริมความตระหนักรู้ถึงสภาพอารมณ์ของตนที่เกิดขึ้นว่าเป็นสถานการณ์อารมณ์ของตนเองหรือของผู้รับบริการ เพื่อที่จะสามารถแยกแยะอารมณ์ของตนออกจากผู้รับบริการได้และไม่เกิดเป็นอารมณ์เห็นอกเห็นใจ ( sympathy ) หรือสงสาร เวทนา ( pity ) ซึ่งจะทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่เป็นแบบเชิงวิชาชีพ

## 1.2 ความร่วมมือรู้สึกกับการทำงานของสมองในประสาทวิทยา ( Empathy and Brain activity in neuroscience ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อ 20 กว่าปีที่ผ่านมามีทฤษฎีเซลล์กระจกเงา(Mirror Neuron Theory) เป็นทฤษฎีที่ถูกค้นพบจากการศึกษาด้านประสาทวิทยาของนักวิทยาศาสตร์กลุ่มหนึ่งซึ่งประกอบด้วย Dr.Villorio Gallese Dr.Giacoma Rizzlatti และ Dr.Leonardo Fogassi แห่งมหาวิทยาลัยปาร์มา ประเทศอิตาลี และ Dr.Marco Iacoboni แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทดลองในสมองของลิงก็นำไปสู่การค้นพบความร่วมมือรู้สึกทางวิทยาศาสตร์ที่กว้างขวางขึ้นนักวิทยาศาสตร์พบว่า ลิงที่มองลิงอีกตัวหนึ่งแสดงท่าทางออกมา สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวมีปฏิกิริยา เมื่อลิงหยิบถั่วขึ้นมา สมองก็ถูกกระตุ้นให้แสดงออกพฤติกรรมนั้น และลิงอีกตัวที่มองการหยิบถั่วขึ้นนั้น สมองก็เปลี่ยนแปลงไปราวกับว่ามันได้หยิบถั่วขึ้นมาเอง และในขณะที่ลิงนั่งสังเกตการเคลื่อนไหวของคนอยู่นิ่ง ๆ เฉย ๆ ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายส่วนใดเลย สมองของลิงในส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายแบบเดียวกับที่คนเคลื่อนไหวร่างกายให้ดูอยู่กลับทำงานอย่างแข็ง

ชั้น มีกระแสไฟฟ้าเกิดขึ้น ประหนึ่งว่าลิ่งกำลังเคลื่อนไหวเลียนแบบท่าทางของคนที่กำลังทำให้ดูอยู่ ทั้ง ๆ ที่ลิ่งนั่งอยู่นิ่ง ๆ ซึ่งเขาก็สรุปว่านี่คือ การเคลื่อนไหวปลอม มันเป็นสถานการณ์เสมือนจริง ไม่ได้เกิดการเคลื่อนไหวจริง มันเป็นการเคลื่อนไหวในระดับเซลล์ และการทำงานของเซลล์ก่อให้เกิดกระแสไฟฟ้าเหมือนกับการที่ลิ่งเคลื่อนไหวจริง ๆ สมมติว่าลิ่งมองเห็นคนกำลังยกแก้วน้ำ แม้ลิ่งตัวนั้นจะอยู่เฉย ๆ แต่เซลล์สมองที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวเพื่อยกแก้วน้ำของลิ่งในบริเวณที่ควบคุมแขนและมือ บริเวณที่เตรียมการเคลื่อนไหว ( Pre-Motor Cortex ) ก็ทำงานด้วย เขาเลยตั้งชื่อเซลล์กลุ่มนี้ว่า เซลล์กระจกเงา หรือ Mirror Neuron” ซึ่งเป็นเซลล์ที่สามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ ของมนุษย์ เช่นการตอบสนองต่อการมองเห็น การได้ยิน การได้เห็นภาพ การสัมผัส ความเจ็บปวดและการไต่กลิ่น สามารถเลียนแบบแม้กระทั่งอารมณ์ของผู้อื่นได้อีกด้วยจากการตรวจสอบสมองเมื่อรับการกระตุ้นจากใบหน้าแสดงอารมณ์ต่าง ๆ พบว่าสมองส่วนนั้น ๆ มีปฏิกิริยาตอบสนองไปด้วย เช่น ใบหน้าแสดงความสุข ความเศร้า และมีการทดลองในมนุษย์ด้วยการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด (อนุศิษย์ เนตรณอมศักดิ์, 2554, หน้า 6-7; Coplan, 2011, p 33-55; Kelley, Lepo, & Frinzi., 2011, p. 22)

นักวิทยาศาสตร์ได้ยืนยันกลไกของเซลล์กระจกเงาในมนุษย์โดยมีการใช้เครื่องตรวจสอบแม่เหล็กหรือที่เรียกกันว่า Magnetic Resonance Imaging (MRI) เพื่อศึกษาตำแหน่งของสมองที่ถูกกระตุ้นเมื่อได้สังเกตเห็นการเคลื่อนไหวของผู้อื่น เช่น ปาก มือ เท้า ก็พบว่าบริเวณของสมองที่เรียกว่าพรีมอเตอร์ คอร์เทค ( Premotor cortex ) จะถูกกระตุ้นตามตำแหน่งของกล้ามเนื้อนั้น มีการทดลองต่ออีกมากมายหลายครั้ง จนสุดท้ายเขาก็สรุปว่า การทำงานของเซลล์กลุ่มนี้คือกลไกที่ทำให้มนุษย์เข้าใจคนอื่นได้ เพราะว่ามันเปรียบเสมือนว่าเราเข้าไปทำแบบนั้นด้วยตัวของเราเอง ผ่านการสังเกต ขณะที่เราเฝ้าดูอยู่นั้นสมองส่วนที่เตรียมการเคลื่อนไหว และส่วนเคลื่อนไหวของเราก็จะวาดภาพว่าเราต้องเคลื่อนไหวอย่างนี้ ซึ่งแท้จริงมันก็คือ การสะท้อนภาพ หรือการเลียนแบบภายในสมองของเรานั่นเอง ก่อให้เกิดการตื่นตัวในการค้นคว้าวิจัยบทบาทของเซลล์ชนิดนี้ทั้งในแวดวงวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จิตวิทยาและสังคมวิทยา เป็นอย่างมากรวมทั้งส่งผลให้เกิดความรู้รุ่นใหม่ ๆ เกี่ยวกับการเรียนรู้ การพัฒนาตนเองของมนุษย์อย่างมากมาย Mukamel et al. (2007) ได้ทำการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยถูกทดสอบด้วยการทดลองที่หลากหลายเงื่อนไข อย่างเช่นการหยิบสิ่งของ (ผู้ป่วยจะต้องหยิบแก้วน้ำอย่างตั้งใจ หรือถือของบางอย่างตามคำสั่งจากคอมพิวเตอร์) การสังเกตการหยิบสิ่งของ (ผู้ป่วยจะได้ดูวิดีโอเกี่ยวกับการหยิบจับสิ่งของ ทั้งแบบที่ตั้งใจหยิบ และตั้งใจถือของบางอย่าง) การแสดงสีหน้า (การยิ้มและทำหน้าบึ้ง) การสังเกตการแสดงสีหน้า พบกระบวนการการลอกเลียนแบบใน 4 จุดบนสมองส่วนหน้าบริเวณ Supplementary motor area (SMA) proper, pre-SMA, dorsal anteriorcingulate cortex (ACC) และ ventral ACC ( Iacoboni, 2011, p. 52 )

สำหรับการศึกษาในมนุษย์มีการศึกษาความรู้สึกลงในช่วงแรกเรื่องความปวด (Pain) ในปี 2004 นักประสาทวิทยา Tania Singer และคณะ ทดลองใช้เทคโนโลยีการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ fMRI ( Functional magnetic resonance imaging ) ศึกษาเกี่ยวกับอาสาสมัครจำนวน 32 คนโดยจำลองสถานการณ์ช็อกไฟฟ้ากับเหยื่อที่ทำการทดลองรายหนึ่งด้วยความรุนแรงระดับต่าง ๆ จนแสดงความรู้สึกเจ็บปวด (ซึ่งเป็นการแสดงตบตา) อาสาสมัครส่วนใหญ่รู้สึกตัวเองกำลังเห็นความทรมานและรู้สึกร่วมไปกับความเจ็บปวดและ Decety and Michalska (2010) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดูวิดีโอที่คนในระยะเวลาสั้นเกี่ยวกับความปวดหรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือจงใจทำร้าย ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปฏิกิริยาในสมองเสมือนตัวเองเจ็บปวดเอง เครือข่ายการทำงานของสมองความปวด ยังรวมไปถึงการทำงานของสมองในส่วน Somatosensory cortex, Posterior insula, และ Periaqueductal gray ( Zaki J et al., 2016, pp. 249-259 )

Fan et al., (2011) ได้ศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ( Meta-analysis ) เรื่องเครือข่ายเซลล์ประสาทในความร่วมรู้สึกที่วัดการทำงานของสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ศึกษาโดยวิธี Multi-level density analysis ( MKDA ) เปรียบเทียบการทำงานของสมองระหว่างความรู้สึกด้านรู้คิดและด้านอารมณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนของสมอง dorsal Anterior Cingulate Cortex (dACC), aMCC, Supplementary Motor Area (SMA) และ Bilateral anterior insula มีปฏิกิริยาในความร่วมรู้สึก The dorsal aMCC แสดงปฏิกิริยาในด้านรู้คิด ในด้านอารมณ์สมองส่วน Right anterior insula เท่านั้นที่มีปฏิกิริยา ในขณะที่ Left anterior insula แสดงปฏิกิริยาทั้งด้านรู้คิดและด้านอารมณ์

Klimecki et al., (2014) ศึกษารูปแบบการทำงานของสมองด้วย fMRI ( Functional Magnetic Resonance Imaging ) หลังจากฝึกความร่วมรู้สึกโดยใช้วิธีดูวิดีโอแสดงภาพวาดความทุกข์ของผู้คน การทำงานของสมองส่วน Anterior insula และ Anterior midcingulate cortex ที่เป็นสมองที่ทำงานสัมพันธ์กับการปวดมีการทำงานเกิดขึ้น การทบทวนวรรณกรรมของ Lockwood (2016) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมทางสังคม ( Social behavior ) ในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ Psychopathy และ กลุ่มอาการออทิสติก ( Autism spectrum disorder ) พบปฏิกิริยาการทำงานของสมองส่วน Anteriorcingulategyrus, Anteriorcingulate sulcus และ Insula

Marsh (2018) เขียนบทความวิชาการเรื่อง The neuroscience of empathy แสดงให้เห็นส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีการทำงานเมื่อเกิดความรู้สึกลงตรวจสอบด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(fMRI) ได้แก่ ความร่วมรู้สึกด้านรู้คิด ( cognitive empathy ) ความร่วมรู้สึกด้านอารมณ์ (emotional empathy ) ซึ่งแบ่งเป็นความร่วมรู้สึกย่อย ๆ ของด้านอารมณ์ลบ ด้านอารมณ์บวก และความรู้สึกลงแบบห่วงใยเอื้ออาทร( empathic concern ) มีงานวิจัยที่พบว่าเมื่อมีความร่วมรู้สึกเกิดขึ้นการ

ทำงานของสมองมีพื้นที่ทับซ้อนกันสัมพันธ์กันทั้งด้านรู้คิด และด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการทางประสาทวิทยาศาสตร์ที่หลากหลายที่นำมาใช้ศึกษาการทำงานของสมอง เช่นการถ่ายภาพด้วยคลื่นสนามแม่เหล็ก (fMRI) คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography: EEG) (Bufalari, Aprile, Avenanti, Di Russo, & Aglioti, 2007) และการกระตุ้นด้วยแม่เหล็ก transcranial (Avenanti, Bueti, Galati, & Aglioti, 2005)

กระบวนการทางสมองเลียนแบบ (Mirror neurons system imagery process) เมื่อรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นโดยอินซูล่า (Insula) เป็นพื้นที่หนึ่งในสมองที่เกี่ยวข้องกับความร่วมรู้สึกด้านอารมณ์ความรู้สึก ทำให้เรารู้สึกผ่านสัมผัสของร่างกายตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่ออินซูล่าของผู้อื่นทำงาน อินซูล่าของเราทำงานด้วยเช่นกัน และระบบลิมบิก (Limbic System) จัดเป็น emotion-related area ทำงานร่วมกับ hypothalamus เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการปรับอารมณ์ อารมณ์แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อารมณ์ด้านลบ (aversion) เช่น เศร้า เกลียด โกรธ หรือไม่ชอบ และอารมณ์ด้านบวก (gratification) เช่น พอใจ ชอบ สำเร็จ ถ้ามีการกระตุ้น aversion center จะมีอาการกลัว เศร้าขณะที่กระตุ้น gratification center ทำให้มีความพึงพอใจ การทำงานของทั้งสองศูนย์เป็นการรักษาอารมณ์ให้เหมาะสม โครงสร้างของ limbic system จะประกอบด้วยทั้งสองศูนย์ แต่โครงสร้างแต่ละตำแหน่งจะมีความโดดเด่นในการควบคุมอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Titus et al., 2010)

1. Hippocampus และ amygdala มีความโดดเด่นในการควบคุมอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัว เศร้า ตกใจ

2. Septal area และ cingulate gyrus มีความโดดเด่นในการควบคุมอารมณ์ด้านบวก ส่วนการรับรู้ (insight) ของอารมณ์ว่าอยู่ในสถานะไหน อยู่ที่ cerebral cortices การแสดงออกของอารมณ์มีดังนี้ 1) แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อ เช่น การหายใจการเต้นของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การย่อยอาหาร และการหลั่งเหงื่อ ซึ่งเป็นการแสดงออกที่ต้องผ่าน hypothalamus 2) แสดงออกในระบบประสาทสั่งการและรับความรู้สึก

ระบบประสาทอัตโนมัติที่ไปควบคุมอวัยวะต่างๆ (เฉง นิลบุหงา, 2561)

ต่อมเหงื่อ (sweat gland)

ต่อมเหงื่อตามผิวหนังมีประมาณ 2-4 ล้านต่อมถูกควบคุมโดย sympathetic nervous system หลั่ง acetylcholine เป็นสารสื่อประสาทจับกับ muscarinic receptor บางวิจัยรายงานว่าต่อมเหงื่อมีตัวรับ epinephrine ด้วย เพราะเวลาตื่นเต้นตกใจจะมี sympathetic activity สูง ในกระแสเลือดมีระดับ epinephrine สูงมาก มีผลให้เหงื่อออกปริมาณมากเช่นกัน

Preganglionic sympathetic neuron ที่ไซสันหลังระดับ T1-2 ส่ง preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ superior cervical ganglion แล้วส่ง postganglionic

sympathetic fiber พันรอบหลอดเลือด carotid artery ไปเลี้ยงต่อมเหงื่อที่หน้าและศีรษะ ส่วนต่อมเหงื่อที่อื่นมี preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ของไขสันหลังตั้งแต่ T1-L2 ไปไซแนปส์กับ sympathetic ganglia ที่อยู่ใน sympathetic trunk แล้วส่ง postganglionic fiber ไปตาม spinal nerves ไปควบคุมต่อมเหงื่อทั่วร่างกาย

หลอดเลือด (blood vessels)

#### 1. Parasympathetic system

ระบบประสาท parasympathetic system ส่วนใหญ่จะไม่ไปควบคุมหลอดเลือดยกเว้นหลอดเลือดของอวัยวะดังต่อไปนี้ ได้แก่ ต่อม้ำตา ต่อม้ำลาย และ erectile issue ของอวัยวะเพศ จะกล่าวรายละเอียดต่อไป

#### 2. Sympathetic system

ระบบประสาท sympathetic System ที่ไปควบคุมหลอดเลือดบริเวณศีรษะและหน้ามี preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ ไขสันหลัง ระดับ T1-2 ส่ง preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ superior, middle และ inferior cervical ganglia แล้วส่ง postganglionic sympathetic fiber พันรอบหลอดเลือด carotid artery ไปควบคุมหลอดเลือดของศีรษะและหน้า Sympathetic nerve ที่ไปควบคุมหลอดเลือดที่อยู่บริเวณช่องอกมี preganglionic sympathetic neurons อยู่ที่ T1-4 ส่ง preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ middle, inferior และ thoracic paravertebral ganglia ที่ 1-4 ส่ง postganglionic sympathetic fibers ไปยังอวัยวะในช่องอก Sympathetic nerve ไปควบคุมหลอดเลือดในช่องท้อง มี preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ของไขสันหลัง ระดับ T5-12 ส่ง preganglionic, sympathetic fiber ไปที่ preaortic ganglia ( celiac, superior mesenteric และ inferior mesenteric ganglia ) ส่ง postganglionic sympathetic fiber พันรอบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้อง สำหรับ sympathetic nerve ที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดของแขนมี preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ระดับ T1-8 ไปไซแนปส์กับ postganglionic sympathetic neuron ที่ middle, inferior cervical ganglia และ thoracic paravertebral ganglia ส่วนบน ส่ง postganglionic sympathetic fibers ไปตาม spinal nerve ระดับ C5-T1 ( brachial plexus ) ไปเลี้ยงหลอดเลือดและต่อมเหงื่อของแขน ส่วน sympathetic nerve ที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดของขา มี preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ระดับ T10-L2 ไปไซแนปส์กับ postganglionic sympathetic neuron ที่ paravertebral ganglia ระดับ lumbar และ sacrum ส่ง postganglionic sympathetic fibers ไปตาม spinal nerve ระดับ L3-S1-5 (lumbosacral plexus) ไปเลี้ยงหลอดเลือดและต่อมเหงื่อของขา

ม่านตา ( iris )

#### 1. Parasympathetic system

Iris ประกอบด้วย circular และ radial muscles เมื่อกล้ามเนื้อ circular muscle หดตัวทำให้รูม่านตา (pupil) เล็กลง circular muscle ถูกเลี้ยงโดย parasympathetic system การหดตัวของรูม่านตาเป็นการป้องกันและควบคุมปริมาณแสงที่เข้ามายังตา Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ก้านสมองส่วน midbrain คือ Edinger-Westphal nuclei ส่ง preganglionic parasympathetic fiber ออกพร้อมกับ oculomotor nerve (CN III) ไปไซแนปส์กับ postganglionic parasympathetic neuron ที่ ciliary ganglion และส่ง postganglionic parasympathetic fiber ไปตาม short ciliary nerves เข้า posterior eyeball ไปสิ้นสุดที่ ciliary body ทำให้ ciliary body หดตัวส่งผลให้เลนส์โป่ง ส่วนที่มาสิ้นสุดที่ circular muscle ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวรูม่านตาก็จะเล็กลง

#### 2. Sympathetic system

Preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ( lateral gray horn ) ระดับ T1-2 ส่ง Preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์กับ postganglionic sympathetic neuron ที่ superior cervical ganglion แล้วส่ง postganglionic sympathetic fiber ไปตาม carotid, internal carotid และ ophthalmic arteries ตามลำดับสัญญาณประสาท ผ่านไปที่ nasociliary nerve และเข้า ciliary ganglion โดยไม่มีการไซแนปส์ไปยัง posterior eyeball ตาม short ciliary nerve ในขณะที่เดียวกัน postganglionic sympathetic fiber ที่ผ่านไปยัง nasociliary nerve โดยไม่เข้า ciliary ganglion ไปยัง posterior eyeball ตาม long ciliary nerve นอกจากนี้ sympathetic nerve ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ tarsal ( Muller ) muscle มีผลให้ยกหนังตาบน ( eyelid ) ถ้ามีพยาธิสภาพ pathway นี้จะทำให้เกิดอาการ Horner 's syndrome หนังตาตก ม่านตาเล็ก ผิวหน้าแห้ง และลูกตาถูกดึงไปด้านหลัง

ต่อมน้ำลาย submandibular กับ sublingual glands

#### 1. Parasympathetic system

Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ superior salivatory nucleus ส่งใยประสาท preganglionic parasympathetic fiber ออกตาม facial nerve, chorda tympani และ lingual nerve (CN V3) ไปไซแนปส์ที่ submandibular ganglion จากนั้นส่ง postganglionic parasympathetic fiber ไปที่ submandibular และ sublingual salivary glands มีผลให้หลั่งน้ำลาย

#### 2. Sympathetic system

Preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ lateral gray horn ระดับ T1-2 ส่ง preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์กับ postganglionic sympathetic neuron ที่ superior cervical ganglion ส่ง postganglionic sympathetic fiber พันรอบหลอดเลือด carotid, lingual และ facial arteries และต่อไปยัง submandibular กับ sublingual glands ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว

ต่อมน้ำลาย parotid gland

#### 1. Parasympathetic system

Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ inferior salivatory nucleus ใกล้กับ glossopharyngeal nucleus (CN IX) ส่ง preganglionic parasympathetic fibers ไปตาม glossopharyngeal nerve และ tympanic branch ไปฟอร์มเป็น tympanic plexus ที่หูชั้นกลาง แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม lesser petrosal nerve ไปไซแนปส์กับ postganglionic parasympathetic neuron ที่ optic ganglion (แขนงอยู่ใน auriculotemporal nerve ซึ่งเป็นแขนงของ CN V3 แล้วส่ง postganglionic parasympathetic fiber ไปที่ parotid gland ส่งผลให้มีการหลั่งน้ำลาย

#### 2. Sympathetic system

สัญญาณประสาทมีต้นกำเนิดและเส้นทางเหมือนกับ sympathetic nervous system ที่ไปเลี้ยง submandibular และ sublingual glands

หัวใจ ( heart )

#### 1. Parasympathetic system

Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ dorsal motor ของ vagus nerve ส่ง preganglionic parasympathetic fiber มาตาม vagus nerve ไปไซแนปส์กับ postganglionic parasympathetic neuron ที่ cardiac ganglion บริเวณผนังของหัวใจ แล้วส่ง postganglionic parasympathetic fiber ไปควบคุม sinuatrial กับ atrioventricular nodes รวมทั้งหลอดเลือดในผนังหัวใจ มีผลทำให้หัวใจเต้นช้าและการหดตัวลดลง

#### 2. Sympathetic system

Preganglionic neuron มาจากไขสันหลังระดับ T1-4 ส่ง preganglionic fibers ไปไซแนปส์กับ postganglionic neuron ที่ sympathetic ganglia ดังนั้นถ้ามาจาก T1-2 ไปไซแนปส์ที่ superior, middle และ inferior cervical ganglia ส่ง postganglionic sympathetic fiber เป็น cardiac branches ( superior, middle และ inferior cardiac branches ) ไปฟอร์มรวมกับ parasympathetic fiber เรียกว่า cardiac plexus

ถ้ามาจากระดับ T3-4 จะไปไซแนปส์กับ sympathetic ganglion ที่อยู่ใน sympathetic chain และส่ง cardiac branch ไปยัง cardiac plexus

สัญญาณประสาทจาก sympathetic nervous system ไปที่ SA กับ atrioventricular nodes มีผลกระทบ ( acceleration ) ให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและเพิ่มความแรงการหดตัว ( contractility )

#### ศูนย์ควบคุมหัวใจ

ศูนย์กลางควบคุมและปรับสมดุลการทำงานของหัวใจอยู่ที่ก้านสมอง เมื่อมีการสูญเสียเลือด จะมี volume detector อยู่ที่ carotid กับ aortic sinuses โดย baroreceptor ส่งสัญญาณประสาทเข้าทาง glossopharyngeal nerve กับ vagus nerve ตามลำดับเข้าไปที่ก้านสมองแล้วส่งสัญญาณประสาท sympathetic activity ออกไปกระตุ้นหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามการปรับระบบประสาทอัตโนมัติที่ผ่านการรับรู้ ( perception ) จากภายนอก ร่างกายต้องผ่าน hypothalamus เช่น เมื่อได้ยินหรือเห็นเหตุการณ์หนึ่ง ส่งผลให้ตื่นเต้น หัวใจจะเต้นไวสัญญาณประสาทจะผ่านไป hypothalamus ก่อนถึงส่งสัญญาณประสาทไปที่ก้านสมองอีกที่ศูนย์ควบคุมหัวใจที่ก้านสมอง

Solitary tract and nucleus เป็นกลุ่มเซลล์ประสาทที่รับรู้การเปลี่ยนแปลงทั้ง chemoreceptor ( blood gas, pH ) และ baroreceptor ( carotid กับ aortic sinuses ) เข้ามาทาง glossopharyngeal nerve และ vagus nerve Nucleus ambiguus ประกอบด้วย cardiac acceleratory center กับ cardiac inhibitory center เมื่อมีสัญญาณเข้าจาก chemoreceptor หรือ baroreceptor มาทาง glossopharyngeal nerve (CN IX) กับ vagus nerve (CN X) สัญญาณไปที่ solitary tract and nucleus ประมวลแล้วส่งสัญญาณไปที่ cardiac acceleratory center หรือ cardiac inhibitor center แล้วแต่สิ่งกระตุ้นว่าเป็นอย่างไร เช่น เมื่อมีการสูญเสียเลือด ( blood gas, volume depletion ) ตัวรับที่ carotid กับ aortic sinuses รับรู้แรงดันเลือดลดลงส่งสัญญาณเข้าทาง CN IX, X ไปที่ solitary tract and nucleus กับ cardiac acceleratory center ไปกระตุ้น sympathetic activity โดยผ่าน Intermediolateral cell column (T1-8) ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว

ปอด ( lung )

#### 1. Parasympathetic system

Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ dorsal motor nucleus ของ vagus nerve (จัดเป็นส่วนหนึ่งของ ambiguus ) ส่ง preganglionic parasympathetic fiber ไปกับ vagus nerve ไปไซแนปส์กับ postganglionic parasympathetic neuron ที่ bronchial กับ pulmonary plexuses. postganglionic parasympathetic neuron หลัง ACh จับกับ AChR

( muscarinic receptor ) มีผลทำให้ bronchoconstriction และหลั่งสารคัดหลั่ง ( glandular secretion ) มากขึ้น

## 2. Sympathetic system

Preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ intermediolateral cell column ของ T1-8 ส่ง preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์กับ postganglionic sympathetic neuron ใน sympathetic ganglia ที่แขนบน sympathetic trunk และส่ง postganglionic sympathetic fiber ไปที่ปอดหลัง norepinephrine จับกับ beta-2 receptor มีผลทำให้ bronchodilation

ศูนย์ควบคุมการหายใจ

ศูนย์ควบคุมการหายใจที่ medulla ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ประสาท ดังนี้

1. Ventral respiratory group (VRG) ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ประสาท Botzinger complex, pre-Botzinger complex, rostral VRG (rVRG) และ caudal VRG (cVRG) กลุ่มเซลล์ประสาทเหล่านี้มีทั้งเซลล์ประสาทควบคุมการหายใจเข้า ( inspiration or I neuron ) กับกลุ่มเซลล์ประสาทที่ควบคุมการหายใจออก ( expiratory or E neuron )

2. Dorsal respiratory group ( DRG ) เป็นส่วนหนึ่งของ nucleus tractus solitarius (NTS) ส่วนใหญ่เป็น I neuron

I neurons ใน DRG มีเซลล์ประสาทหลัก ๆ 2 ตัวคือ  $\alpha$ -neuron ถูกยับยั้งโดยการขยายตัวของปอดกับ  $\beta$ -neuron ถูกกระตุ้นโดยการขยายตัวของปอด (สัญญาณจาก pulmonary stretch receptor เข้าทาง vagus nerve)

ศูนย์ควบคุมการหายใจที่ pons บริเวณ upper pons มี pneumotaxic center ควบคุมการหายใจให้สม่ำเสมอ ( maintaining normal breathing pattern ) ส่วน lower pons มี apneustic center เป็นศูนย์หยุดการหายใจเข้า ( inspiratory cut-off switch ) ซึ่งได้รับสัญญาณการยืด ( stretch receptor ) เข้าทาง vagus nerve กับสัญญาณจาก pneumotaxic center มีผลหยุดหายใจเข้า เมื่อมีพยาธิสภาพที่ apneustic center ทำให้หายใจค้างในระยะหายใจเข้า

การเชื่อมกันของกลุ่มเซลล์ประสาท VRG, DRG และ pneumotaxic center ค่อนข้างซับซ้อน มีการศึกษาพบว่า DRG กับ rVRG เป็น I neuron ส่งสัญญาณประสาทไปที่ phrenic motor nucleus ไปควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อกะบังลมขณะหายใจเข้า กลุ่ม cVRG กับ Botzinger complex เป็น E neuron (ไปยับยั้ง DRG และ phrenic motor neuron) สำหรับกลุ่ม pre-Botzinger complex เชื่อว่าเป็นกลุ่มเซลล์ประสาทที่ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะ ( respiratory rhythm ) การหายใจเข้าและออกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและอยู่นอกอำนาจจิตใจ ส่วนที่ควบคุมภายใต้อำนาจจิตใจนั้นเป็นเพียงหายใจขึ้นหรือลึกลงเท่านั้น เมื่อร่างกายมีภาวะเป็นกรด

chemoreceptor ที่ carotid body รับรู้สภาวะดังกล่าวส่งสัญญาณกลับทาง CN IX, X ไปที่ nucleus tractus solitarius แล้วส่งสัญญาณไป 3 ทาง ดังนี้

1. rVBG ไปกระตุ้น phrenic motor neuron มีผลให้กะบังลมหดตัวแรงหายใจได้เต็มที่
2. ไปที่ RVLM กระตุ้น sympathetic activity สูงขึ้น มีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว หัวใจเต้นเร็วและแรง

3. ส่งสัญญาณไปยัง ambiguous ทำให้ parasympathetic activity ลดลง ระบบทางเดินอาหาร ( GI system )

1. Parasympathetic system

ระบบประสาท parasympathetic nervous system ที่ควบคุมอวัยวะในช่องท้องมาจาก 2 แหล่งคือ vagus กับ pelvic splanchnic nerves ดังนี้

Preganglionic parasympathetic neuron อยู่ที่ dorsal motor nucleus ของ vagus nerve ส่ง preganglionic parasympathetic fibers เข้าไปในช่องท้องโดยฟอร์มเป็น anterior ( left ) และ posterior ( right ) vagal trunks ไปไซแนปส์กับ postganglionic parasympathetic neuron ที่ myenteric ( Auerbach 's ) และ Submucosal ( Meissner ' s ) plexuses ไปกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบหดตัว หลั่งสารคัดหลั่ง กระตุ้นให้เกิด peristalsis contraction และ sphincter relaxation เส้นประสาท vagus nerve ไปเลี้ยงหลอดอาหารจนถึง 2/3 ของลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon

สำหรับ preganglionic parasympathetic neuron ที่ไปควบคุม 1/3 ส่วนปลายของ transverse colon จนถึง anus มาจาก pelvic splanchnic (S2-4) nerve ไปไซแนปส์กับ posterior ganglionic neuron ที่ myenteric และ submucosal plexuses ตามผนังของทางเดินอาหาร

2. Sympathetic system

Preganglionic sympathetic neuron อยู่ที่ lateral gray horn ของเนื้อไขสันหลังระดับ T5-L2 โดยให้ preganglionic sympathetic fiber ออกเป็นดังนี้

Greater splanchnic nerve (T5-9 or T10) เป็น preganglionic sympathetic fiber ส่วนใหญ่ไปไซแนปส์ที่ celiac กับ superior mesenteric ganglia และส่ง postganglionic, sympathetic fiber ไปเลี้ยงอวัยวะที่เลี้ยงโดยหลอดเลือด celiac trunk และ superior mesenteric artery

Lesser splanchnic nerve (T10-11) เป็น preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ superior mesenteric ganglion และส่ง postganglionic sympathetic fiber ไปเลี้ยงอวัยวะที่เลี้ยงโดยหลอดเลือด Superior mesenteric artery

Least (lowest) splanchnic nerve (T12) เป็น preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ superior mesenteric กับ aorticorenal ganglia ไปเลี้ยงอวัยวะที่เลี้ยงโดยหลอดเลือด superior mesenteric artery นอกจากนี้ยังไปที่ไตและท่อไต

Lumbar splanchnic nerve (L1-2) เป็น preganglionic sympathetic fiber ไปไซแนปส์ที่ inferior mesenteric ganglion และส่ง postganglionic sympathetic fiber ไปกับหลอดเลือด inferior mesenteric artery ไปเลี้ยง descending colon, sigmoid colon, rectum, anus รวมทั้งอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ตารางที่ 1 ผลของการกระตุ้นจากเส้นประสาทจำแนกตามอวัยวะแสดงผล

อวัยวะแสดงผล	ควบคุมโดยเส้นประสาท	ผลของการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก	ผลของการกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเทติก
ม่านตา	ทั้ง 2 ระบบ	รูม่านตาขยาย	รูม่านตาหรี
ต่อมน้ำตา	พาราซิมพาเทติก	-	หลั่งน้ำตา
ต่อมน้ำลาย	ทั้ง 2 ระบบ	หลั่งน้ำลายเหนียวข้น	หลั่งน้ำลายค่อนข้างใส
ต่อมเหงื่อ	พาราซิมพาเทติก (โคลิเนอร์จิก)	หลั่งเหงื่อ	-
หัวใจ	ทั้ง 2 ระบบ	เพิ่มอัตราแรงเต้นและแรงบีบ	ลดอัตราเต้น
<b>หลอดเลือด</b>			
-บริเวณศีรษะ	ซิมพาเทติก	บีบตัว	-
-ในหัวใจ	ทั้ง 2 ระบบ	ขยายตัว	บีบตัว
-ในกล้ามเนื้อลาย	ซิมพาเทติก	ขยายตัว	-
-ใต้ผิวหนัง	ซิมพาเทติก	บีบตัว	-
-ในอวัยวะภายใน	ซิมพาเทติก	บีบตัว	-
<b>ช่องท้อง</b>			
-ในอวัยวะสืบพันธุ์	ทั้ง 2 ระบบ	บีบตัว	ขยายตัว
หลอดลม	ทั้ง 2 ระบบ	ขยายตัว	บีบตัว
ผนังกระเพาะอาหารและลำไส้	ทั้ง 2 ระบบ	คลายตัว	หดตัว
ต่อมน้ำย่อยในกระ	พาราซิมพาเทติก	-	หลั่งน้ำย่อย

อวัยวะแสดงผล	ควบคุมโดยเส้นประสาท	ผลของการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก	ผลของการกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเทติก
เพาะอาหารและตับอ่อน			
ผนังกระเพาะปัสสาวะ	ทั้ง 2 ระบบ	คลายตัว	หดตัว
กล้ามเนื้อหูรูด	ทั้ง 2 ระบบ	บีบตัว	ขยายตัว

ปัจจุบันมีงานวิจัยที่พัฒนาการวัดความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์จากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ( Physiological response ) ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ( HR: heart rate ) อัตราการหายใจ ( RR: respiration rate ) อัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV: heart rate variability ) และการทำงานของต่อมเหงื่อ ( Electro dermal activity: EDA ) โดยดูจากการปฏิกิริยาของเหงื่อที่ผิวหนัง skin conductance responses (SCR) จากการศึกษาของ Deuter et al (2018) พบว่าการหลั่งของเหงื่อที่ผิวหนังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความร่วมมือรู้สึก หมายถึง ผู้ที่มีระดับความร่วมมือรู้สึกสูงมีเหงื่อที่ผิวหนังน้อย การวัดปฏิกิริยาของร่างกายเป็นการประเมินผลการวัดการร่วมรู้สึกในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ครอบคลุมและอธิบายความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์เป็นรูปธรรมแม่นยำ เชื่อถือได้มากขึ้น เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายจากประสาทอัตโนมัติเป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถปลอมขึ้นมาได้ ( Deuter et al., 2018; Truzzi et al., 2016; Schneider et al., 2012 )

### 1.3 ความร่วมรู้สึกและวิชาชีพพยาบาล (Empathy and Nursing profession) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับทางการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ความร่วมรู้สึกเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้รับบริการ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ป่วยมักแสดงความเห็นว่าเป็นคุณภาพของการดูแล ( Hojat et al., 2013 ) แนวคิดความร่วมมือรู้สึกในการบำบัดเริ่มต้นมาจากสาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาของโรเจอร์ส ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต่อมา Batson (2009) ได้นำเสนอแนวคิดและมุมมองที่แสดงความร่วมมือรู้สึกในวิชาชีพพยาบาลในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ( Kelley et al., 2011, pp.23-25 )

1. การรู้ถึงสภาวะภายในของบุคคล ( Knowing another internal state ) เป็นการรับรู้ว่าคุณป่วยคิด หรือรู้สึกอย่างไร หรือกำลังเผชิญความทุกข์อะไรอยู่ สิ่งสำคัญคือการใส่ใจว่าจะอะไรเป็นสาเหตุผู้นำ ( Clues ) มาซึ่งความคิดและความรู้สึกนั้น พยาบาลอาจจะมีการคาดเดาว่าขณะนั้น

บุคคลกำลังเผชิญกับความรู้สึกภายในจิตใจอย่างไร โดยพิจารณาจากสาเหตุที่น่าซึ่งพยาบาลอาจได้ ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากการประชุมปรึกษาในที่มสุขภาพ จากการสนทนากับผู้ป่วย ญาติหรือ บุคคลสำคัญอื่น ๆ หรือแม้แต่จากการสังเกตผู้ป่วยและพฤติกรรมแวดล้อม การเข้าใจถึงสาเหตุที่น่านั้น โดยไม่ใช้การตัดสินจากความรู้สึก หรือประสบการณ์เฉพาะของตนเอง จะทำให้พยาบาลเข้าถึงผู้ป่วย ในระดับหนึ่งที่จะพัฒนาความร่วมมือรู้สึกได้

2. การเลียนแบบลักษณะที่บุคคลแสดงออก ( Imitating or mimicking another person's posture ) เป็นการแสดงออกเหมือนกับที่ผู้ป่วยกำลังแสดงออก เป็นอีกวิธีหนึ่งที่แสดงถึงความร่วมมือรู้สึก เช่น ขณะที่ในเวรพยาบาลมีแต่ความวุ่นวาย รีบเร่ง และพยาบาลได้เปิดประตูเข้าไปในห้องผู้ป่วยที่เพิ่งรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าหดหู่ ตึงเครียด และร้องไห้อยู่เงียบ ๆ พยาบาลเห็นดังนั้นจึงปรับสีหน้าของตนให้เรียบเฉยมากขึ้น ไม่แสดงออกสีหน้าที่กำลังกังวลกับงานของตนอยู่ เดินช้าลง มองมาที่ผู้ป่วยและนั่งลงข้าง ๆ ผู้ป่วยถึงการแสดงออกนี้ไม่ใช่การตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นเพียงการแสดงออกง่าย ๆ แต่สามารถแสดงออกถึงการให้ความสำคัญและเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังรู้สึกและเผชิญอยู่

3. รู้สึกแบบที่ผู้ป่วยรู้สึก ( Feeling what another person feels ) เป็นการร่วมรับรู้ความรู้สึกระหว่างบุคคลสองคน ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างรับรู้เหมือนกัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางลบ เช่น เศร้าโศก พยาบาลจะมีโทนของอารมณ์พื้นฐานนั้นสอดคล้องกัน เช่น เหตุการณ์ผู้ป่วยหญิงเข้ามาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อผ่าตัดนิวไนต์ เธอได้รับข่าวว่าลูกสาววัยรุ่นประสบอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ แต่ยังไม่ทราบข่าวว่ารักษาอยู่โรงพยาบาลใด พยาบาลกำลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับข่าวนี้อันสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยกระสับกระส่าย กังวลใจ และรู้สึกอับจนหนทาง เพราะไม่มีใครรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับลูกสาวของเธอพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนพยานที่ได้เห็นและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้น จึงตระหนักและใส่ใจถึงความรู้สึกเศร้าและทรมานใจของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์นี้มากกว่าที่จะมุ่งแต่การให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพื่อให้ภาระของตนเองเสร็จสิ้นไป

4. การนำตัวเราเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ( Putting oneself into another person's situation ) เป็นการนำตนเองให้เข้าใจในความรู้สึกเสมือนใส่รองเท้าของบุคคลนั้น ( Putting yourself into another's shoes ) พยาบาลจะต้องนำตนเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย เพื่อที่จะค้นหาและเข้าไปสัมผัสว่าผู้ป่วยคิด หรือรู้สึกอย่างไร เช่น ผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงวัย 18 ปี กำลังเตรียมเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเพื่อค้นหาว่า อาการปวดท้องรุนแรงมาจากอะไร ( Explore lab ) ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวมาก เพราะไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงมารดาไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาอยู่ในห้องเตรียมการผ่าตัด พยาบาลสังเกตเห็นอาการนั้นและจินตนาการได้ว่า ผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์นี้จะเกิดความกลัว โดดเดี่ยว และรู้สึกกังวลใจกับการไม่รู้ว่าจะเกิดขึ้นพยาบาล

จึงยิ้ม ชวนพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผ่อนคลาย สอบถามถึงความวิตกกังวล (การเข้าไปเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญ) อธิบายถึงกระบวนการทางการแพทย์เพื่อเตรียมการผ่าตัดให้เธอทราบในขณะที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดเพื่อลดความกังวลและกลัวของผู้ป่วย

5. การจินตนาการว่าอะไรที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึก ( Imagining what another person is thinking or feeling ) เป็นการที่พยาบาลสามารถรู้ที่ผู้ป่วยคิด หรือรู้สึกอะไรในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ พยาบาลต้องคิดอย่างลึกซึ้งซึ่งว่าผู้ป่วยรับรู้เหตุการณ์นั้นอย่างไร และแสดงออกต่อสิ่งนั้นอย่างไร บนพื้นฐานความเข้าใจถึงลักษณะของบุคลิกภาพ ลักษณะท่าทาง และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เพื่อที่พยาบาลสามารถมองและเข้าใจสถานการณ์ในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย ผลกระทบการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัว การวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรค

6. การจินตนาการว่าพยาบาลน่าจะคิดหรือรู้สึกอย่างไรถ้าอยู่ในเหตุการณ์นั้น ( Imagining how you would think or feel if you were in another person situation ) มุมมองนี้จะอยู่ในระดับที่ลึกซึ้งกว่ามุมมองที่ 4 ที่แค่ส่วนตัวเราเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ แต่มุมมองนี้เป็นการที่พยาบาลจะจินตนาการและคาดเดาว่า ถ้าเป็นตัวพยาบาลเองจะคิด รู้สึก และตอบสนองต่อปัญหาอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง ที่มาตรวจครรภ์ตามนัดพยาบาลพบข้อมูลว่าผู้ป่วยและสามีผ่านการบำบัดภาวะมีบุตรยากมานาน เพื่อพยายามให้มีบุตร หลังแพทย์ตรวจพบว่าทารกในครรภ์หัวใจไม่เต้น และน่าจะเสียชีวิตแล้ว พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์การพบกับผู้ป่วยภาวะมีบุตรยาก หรือจากประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองที่ทราบถึงความทุกข์ใจกับการเผชิญความทุกข์นั้น ทำให้จินตนาการได้ว่าถ้าเป็นตนเองจะรู้สึกอย่างไร จึงสามารถเข้าถึงความรู้สึกเจ็บปวดและสูญเสียของผู้ป่วยและสามีมากยิ่งขึ้น

7. รู้สึกสะเทือนใจเมื่อเห็นหรือเป็นพยานในความทุกข์ของผู้ป่วย ( Feeling distress when witnessing another person suffering ) เป็นการมองว่าด้วยธรรมชาติของมนุษย์ การพบเห็นความทุกข์ของผู้ป่วยจากการแสดงออกเมื่อรับรู้ปัญหาหรือเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวของผู้ป่วยจากการรู้ถึงสาเหตุความทุกข์ของผู้ป่วย หรือการที่พยาบาลได้อยู่ร่วมในเหตุการณ์ความทุกข์และทรมาณใจของผู้ป่วยนั้น เช่น ครอบครัวหนึ่งกำลังจะสูญเสียพ่อจากโรคมะเร็ง ทั้งภรรยาและลูก รู้สึกเศร้าโศก และทุกข์ใจกับการสูญเสียเสาหลักของครอบครัว พยาบาลก็รู้สึกสะเทือนใจในขณะที่เป็นพยานของความทุกข์นั้น และรู้สึกหดหู่ใจที่ไม่สามารถช่วยอะไรได้ ประเด็นนี้จึงเป็นหลุมพรางที่สำคัญมากของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะถ้าพยาบาลไม่มีการตระหนักรู้และเท่าทันอารมณ์ของตนเอง ( Self-awareness ) จะทำให้พยาบาลรู้สึกท่วมท้นและกลายเป็นความรู้สึกหมดไฟในการทำงาน ( Burnout ) และไม่อยากอยู่ในวิชาชีพนี้ต่อไป

8. รู้สึกร่วมกับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน ( Feeling for another person who is suffering: sympathy ) เป็นการที่พยาบาลจะเกิดความเข้าใจ รู้สึกเมตตา สงสาร กับผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วย จะเหมือนกับมุมมองที่ 3 ที่ความรู้สึกของพยาบาลเป็นความรู้สึกเดียวหรือคล้ายคลึงกับที่ผู้ป่วยเผชิญ เช่น สถานการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัวมาประมาณ 1 เดือน และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ครอบครัว คือสามี ลูก และญาติ ๆ รู้จากศัพท์ทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ “สมองตาย” แต่ก็พยายามอย่างยิ่งที่สุดด้วยความหวังว่าปาฏิหาริย์อาจมีจริง ครอบครัวรู้สึกยากลำบากใจต่อการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่เป็นที่รัก ความทรามานใจที่ต้องตัดสินใจว่าจะคงไว้ซึ่งเครื่องช่วยหายใจหรือไม่ จะปั๊มหัวใจหรือไม่ ถ้าหัวใจผู้ป่วยหยุดเต้น จะบริจาคอวัยวะตามเจตนาธรรมของผู้ป่วยหรือไม่ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต หัวใจของพยาบาลซึ่งอยู่ร่วมในสถานการณ์นี้ของครอบครัวรับรู้ได้ถึงหัวใจที่แหลกสลาย ความเศร้าโศก และภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณของครอบครัว และรับเข้ามาเป็นความรู้สึกของตนเองซึ่งจะคล้ายกับมุมมองที่พยาบาลต้องพยายามรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง แยกให้ออกถึงความเห็นใจกับการรับมาเป็นความรู้สึกของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ และกลายเป็นทัศนคติทางลบต่อวิชาชีพของตนเอง

Brunero, Lamont & Coates (2010) พยาบาลจากโรงพยาบาล Prince of Wales ประเทศออสเตรเลียทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกในพยาบาลพบว่า มีการศึกษามากมายที่ศึกษาถึงความสามารถของผู้สอนเพื่อพัฒนาความร่วมมือรู้สึกของพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของโปรแกรมการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในอนาคต มีการรวบรวมเอกสารจากฐานข้อมูล CINAHL, Medline, Psych Info and Google Scholar โดยใช้คำสำคัญว่า Empathy, Person centredness, Patient centredness, Client centredness, Education and nursing โดยเลือกจากการวัดความร่วมมือรู้สึกที่มีประสิทธิภาพทั้งในพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาล ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารที่มี Peer review พบเอกสารจำนวน 17 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษามี 11 การศึกษาที่พบว่าคะแนนการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกสูงขึ้นภายหลังจากการอบรม อีก 6 การศึกษาไม่เพิ่มขึ้น ผลจากการศึกษาได้ข้อค้นพบว่าความสามารถในความร่วมมือรู้สึกทางการพยาบาล ( Nurse' empathic ability ) สามารถพัฒนาได้ช่วงเวลาในการสอนความร่วมมือรู้สึกคือตั้งแต่โปรแกรมอบรม 6-105 ชั่วโมง วิธีสอนหลากหลายทั้งอบรมระยะสั้นและการสอนในวิชา มี 1 การศึกษาให้ศึกษาโดยผู้เรียนชี้นำตนเอง ( Self-directed learning ) เครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือรู้สึก มีความหลากหลายมาก แต่ยังไม่มีความคงที่ในการวัดความรู้สึกที่เกิดจากการสอน ชนิดของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินตนเอง มาตรฐานส่วนประมาณค่า วัดเพียงองค์ประกอบของความร่วมมือรู้สึกมีความพยายามที่จะศึกษาวิธีการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลที่แตกต่างจากการบำบัดทางจิตวิทยา เนื่องจากบทบาทหน้าที่ในการทำงานแตกต่างกัน นักจิตวิทยาใช้ความร่วมมือรู้สึกเฉพาะในการทำจิตบำบัดผ่าน

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว ในขณะที่บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งครอบครัวของผู้รับบริการ การใช้ความร่วมมือรู้สึกผ่านกิจกรรมการพยาบาลในทุกมิติ แต่จะมีระดับความเข้มของการใช้ความร่วมมือรู้สึกมากน้อยเพียงใด หรือใช้องค์ประกอบด้านใดของความร่วมรู้สึกมากน้อยไปกว่ากัน ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้รับบริการ

Jones, Cant & Lapkin (2019) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ( Systemic review ) และวิเคราะห์ห่อภิมาณ ( Meta-analysis ) โดยใช้หลัก PRISMA วิเคราะห์บทความวิชาการที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษเกี่ยวกับผลของปฏิบัติการความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2018 จากการทบทวน 1176 เรื่อง พบว่า 23 เรื่องเข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติของวัตถุประสงค์ที่ศึกษาคือเป็นการศึกษางานวิจัยประเภททดลองและกึ่งทดลอง มีผู้ร่วมวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี และชนิดของปฏิบัติการ ( Intervention ) เป็นการออกแบบเพื่อเพิ่มระดับความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีแนวทางเหมือนการดูแลความเมตตากรุณาและความฉลาดทางอารมณ์ และชนิดของเครื่องมือวัดที่ตรงวัตถุประสงค์และมีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่น การรวบรวมเอกสารจากฐานข้อมูล CINAHL Plus, Scopus, PubMed ( Ovid Medline ), Google Scholar and Education Resources Information Center ( ERIC ) โดยใช้คำสำคัญว่า Students, Nursing, Education or teaching and empathy; undergraduate or prelicensure or university; and effectiveness or impact พบ 9 เรื่องมีผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความร่วมรู้สึกมีผลที่ดีให้คุณค่ากับกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอนหรือฝึกความร่วมมือรู้สึกด้วย สถานการณ์จำลอง บทบาทสมมติ สถานการณ์ที่ใช้หุ่นจำลอง เทคโนโลยีสามมิติและสถานการณ์จุดมุมมอง

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้คือให้พิจารณานำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวของความร่วมมือรู้สึก

## ตอนที่ 2 การฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

ในช่วงทศวรรษที่ 1940 คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส ( Carl R Rogers ) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ก่อตั้งทฤษฎีการปรึกษาแบบไม่นำทาง ( Nondirective approach ) เน้นการสะท้อนและการกระจำงความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา โรเจอร์สเชื่อว่าสัมพันธภาพในการยอมรับ ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการหยั่งรู้ปัญหาของตนเอง เข้าใจตนเองมากขึ้นทำให้สามารถสร้างวิธีการในการจัดการได้ด้วยตนเอง ต่อมาในช่วงศตวรรษที่ 1950 โรเจอร์สได้พัฒนาแนวคิดและสมมติฐานที่ใช้ในด้านจิตบำบัดและได้มีการประยุกต์ใช้ในการบำบัดกลุ่ม เช่น กลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองและเด็กที่พิการทางร่างกาย ผู้ที่เคยรับการบำบัดแบบรายบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้โรเจอร์สได้มีการประยุกต์และพัฒนาทฤษฎี

บุคลิกภาพ “Self-theory” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษารายบุคคล และเปลี่ยนชื่อทฤษฎี เป็น “Client-centered theory” แนวคิดผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลางได้รับความนิยมนิยม มีการนำไปประยุกต์ใช้ในด้าน การเรียนการสอน การประชุมปฏิบัติการ ด้านการบริการและการศึกษาวิจัย อย่างกว้างขวาง

## 2.1 การฟังอย่างตั้งใจ

คาร์ล อาร์ โรเจอร์ ( Carl R Rogers, 1979) เสนอบทบาทการฟังอย่างตั้งใจในฐานะที่เป็นบทบาทของนักจิตวิทยาการปรึกษาตามทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ( Person-centered Theory ) ที่ยึดหลักการปรึกษาที่ไม่ชี้นำผู้มารับการปรึกษา โดยการฟังอย่างร่วมรู้สึก ( Empathic Listening ) และยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข ( Unconditional positive regard ) ทำให้สามารถสะท้อนความรู้สึก ( Reflect of feeling ) เพื่อเป็นกระจกสะท้อนผู้มารับการปรึกษาให้ได้มากที่สุดจนกระทั่งผู้มารับการปรึกษาเห็นตนเองอย่างชัดเจน โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมรู้สึกไว้ 4 ประการ อันได้แก่การที่บุคคล (1) สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่สังเกต และรับฟัง (2) มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์ (3) สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา และ (4) ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาความร่วมรู้สึกได้อย่างแท้จริง

องค์ประกอบของการฟังสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประการ

1. ขณะที่ผู้ให้คำปรึกษาตั้งใจจะสังเกตต่อกับปฏิกิริยาต่างๆของผู้รับคำปรึกษาพร้อมๆกันไปด้วย ดังนั้นระยะห่างของการนั่งจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถสังเกตได้ชัดเจนเพียงใด

2. การทำตนไม่เคร่งเครียดเกินไปให้มีลักษณะเป็นไปตามธรรมชาติแต่ก็แสดงความสนใจต่อสิ่งที่ฟังอยู่อย่างเต็มที่ผู้ให้คำปรึกษามักเกิดความรู้สึกเคร่งเครียดขณะกำลังพิจารณาปัญหา กำลังฟังเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษาและกำลังคิดวางแผนแนวทางในการให้คำปรึกษาซึ่งสามารถลดความรู้สึกดังกล่าวได้โดยพยายามทำตัวเป็นกลางขณะพิจารณาข้อมูลต่าง ๆ

3. การแสดงกิริยาอาการต่าง ๆ เพื่อแสดงออกถึงการสนใจฟัง เช่น พยักหน้า ค้อมศีรษะขยับเก้าอี้มาใกล้หรือเป็นการสื่อความหมายให้ผู้รับคำปรึกษาทราบเช่นเอามืออุบปลายคาง ใช้นิ้วแตะที่ขมับแสดงว่ากำลังใช้ความคิดการเลิกคิ้วแสดงว่าสงสัยการเลิกคิ้วพร้อมกับพยักหน้าซ้ำ ๆ

แสดงว่ารู้สึกแปลกใจการแสดงกิริยาอาการต่างๆ ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนตัวของผู้ให้คำปรึกษาแต่ละคน

4. การใช้คำพูดเพื่อแสดงความหมายผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่น่าสิ่งให้ผู้รับคำปรึกษาพูดมาตีความหมายให้แตกต่างไปจากความหมายเดิมแม้ว่าเป็นการเพิ่มความหมายก็ตามการแสดงความคิดเห็นผู้รับคำปรึกษาด้วยการใช้ภาษาพูดนี้ต้องเลือกใช้ตามความเหมาะสมควรใช้อย่างไรเมื่อใดจึงจะช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### แนวทางปฏิบัติ

1. พยายามอย่าพูดตลอดเวลาเพราะจะทำให้ไม่สามารถรับฟังผู้รับคำปรึกษาได้เต็มที่
2. อย่าตัดบทเร็วเกินไปให้เวลาผู้รับคำปรึกษาได้พูดในสิ่งที่เขาต้องการพูด
3. ให้ความสนใจสิ่งที่คุณรับคำปรึกษาพูดโดยจดสนใจอยู่ที่ถ้อยคำความคิดและความรู้สึกที่คุณพูดได้แสดงออกมา
4. พยายามเข้าใจยอมรับผู้รับคำปรึกษาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ผู้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยกระตุ้นให้เขาถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างเต็มที่
5. ให้ตั้งคำถามเมื่อใดที่ผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจบางประเด็นไม่ชัดเจนและต้องการคำอธิบายขยายความพึงระวังไม่ใช่คำถามที่เพียงแต่สนองความต้องการอยากรู้อยากเห็นของตนเอง
6. ให้สังเกตสีหน้าท่าทางของผู้รับคำปรึกษาเพราะสิ่งเหล่านี้จะสื่อความหมายด้วยภาษากาย การตั้งใจสังเกตช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษามีสมาธิอยู่กับผู้รับคำปรึกษาแทนที่จะสนใจไปกับสิ่งรบกวนภายนอก
7. พยายามขจัดสิ่งที่จะดึงดูดความสนใจอย่างอื่นให้หมดสิ้นเช่นวางกระดาษดินสอหรือสิ่งที่อยู่ในมือลงขณะตั้งใจฟัง
8. พยายามแยกแยะอารมณ์ของตนเองออกจากการทำงานความเข้าใจของผู้รับคำปรึกษาถ้าไม่เช่นนั้นแล้วจะเป็นอุปสรรคต่อการฟัง
9. โต้ตอบกับความคิดไม่ใช่ตัวบุคคลอย่ายอมให้ปฏิกิริยาโต้ตอบที่มีต่อผู้รับคำปรึกษามีอิทธิพลเหนือความหมายของสิ่งที่เขาพูดและความคิดที่เขาแสดงออก
10. มุ่งความสนใจไปยังความคิดหลักและให้ความสำคัญแก่ความคิดปลีกย่อยที่เป็นส่วนประกอบขยายความในระดับรอง ๆ ลงไปหากไม่พยายามแยกแยะให้ชัดเจนสิ่งปลีกย่อยจะพรางตามองไม่เห็นประเด็นสำคัญที่มีอยู่
11. การสื่อความหมายจะต้องเป็นไปในลักษณะสองทางเสมอคือทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาควรมีความรับผิดชอบเท่าๆกันที่จะพูดจาสื่อสารต่อกัน

12. หลีกเลี่ยงการพูดจาทำนองเชิงไหวพริบต่อสู้กันทางปัญญาพยายามจับจุดในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาหลีกเลี่ยงไม่ยอมพูดถึง

13. หลีกเลี่ยงการที่กักตักเข้าใจเอาเองหรือด่วนสรุปความเอาง่าย ๆ นาไปสู่ความคิดคับแคบการให้ความช่วยเหลือไม่ได้ผล

14. หลีกเลี่ยงการรีบด่วนตัดสินปัญหาโดยที่ยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลที่เป็นจริงอย่างเพียงพอ

15. ระมัดระวังความเชื่อความรู้สึกเจตคติที่เป็นอคติต่อผู้รับคำปรึกษา

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือการอบรมผู้ให้การปรึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีของโรเจอร์มาใช้ในการฝึกทักษะการฟังของผู้ให้การปรึกษา ( กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยนำมาจัดอบรมให้กับพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหลักในวิธีการฝึกโดยให้ภายในกลุ่มผลัดเปลี่ยนกันเล่าเรื่องราวแล้วให้ผู้ฟังสะท้อนเรื่องราว สะท้อนความรู้สึก แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

ในบางงานวิจัยกล่าวว่า Thomas Gordon (1975) เป็นผู้นำเสนอคำว่า การฟังอย่างตั้งใจ ( Active Listening ) ในฐานะที่เป็นโปรแกรมเพื่อฝึกทักษะการฟังสำหรับใช้ในวิชาชีพที่ต้องใช้การฟังและใช้ในชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับงาน เช่น อาจารย์ ผู้ปกครอง ในปัจจุบัน การฟังอย่างตั้งใจต่อยอดไปสู่บริบทอื่น ๆ เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมฝึกสำหรับบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่นักจิตวิทยา รวมถึงบุคคลที่ประกอบวิชาชีพที่ต้องอาศัยการฟังเพื่อทำความเข้าใจหรือพัฒนาวิชาชีพ ทั้งที่เป็นโปรแกรมที่มุ่งฝึกการฟังอย่างตั้งใจโดยเฉพาะ หรือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มุ่งให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพเช่น กลุ่มการฝึกทักษะทางสังคม ( Social Skills Training Group ) ( Corey, 2012 )

ประเภทของการฟัง

เนชั่นและนิวตัน ( Nation & Newton, 2009, p. 40 ) ได้กล่าวถึงประเภทของการฟังว่า การฟังสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ ได้แก่

1. การฟังแบบทางเดียว ( One-way listening ) เกี่ยวข้องกับการการถ่ายโอนข้อมูล ( การรับฟังข้อมูลเพียงฝ่ายเดียว)

2. การฟังแบบสองทาง ( Two-way listening ) เกี่ยวข้องกับการที่ยังคงรักษาความสัมพันธ์ทางสังคม ( การฟังที่มีการสื่อสารระหว่างกัน)

ไทยาภิ ( Tyagi, 2013, p. 4-5 ) ได้กล่าวว่า การฟังนั้นมีหลายประเภทด้วยกัน ซึ่งได้แก่

1. การฟังเชิงรุก ( Active listening ) คือ การฟังที่แสดงถึงความสนใจและกระตุ้นให้การพูดดำเนินต่อไป

2. การฟังอย่างตั้งใจ ( Appreciative listening ) คือ การหาแนวทางยอมรับและเห็นคุณค่าของบุคคลอื่นผ่านสิ่งที่เขาพูด การหาโอกาสชมเชย และการฟังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อความเพลิดเพลิน เช่น การฟังเพลง
3. การฟังอย่างใส่ใจ ( Attentive listening ) คือ การฟังที่แสดงออกถึงความตั้งใจอย่างเห็นได้ชัดและฟังอย่างระมัดระวัง
4. การฟังที่มีอคติ ( Biased listening ) คือ การฟังที่มีอคติส่วนบุคคล เช่น บุคคลที่ฟังเพียงแต่สิ่งที่เขาอยากฟังเท่านั้น
5. การฟังโดยไม่ตั้งใจ ( Casual listening ) คือ การฟังโดยไม่มีการแสดงถึงความตั้งใจอย่างชัดเจน แต่ความจริงแล้วอาจตั้งใจฟังเป็นอย่างมาก
6. การฟังอย่างเข้าใจ ( Comprehension listening ) คือ การฟังเพื่อความเข้าใจ
7. การฟังแบบวิเคราะห์ ( Critical listening ) คือ การฟังเพื่อประเมินผล วิจัย หรือแม้แต่การตัดสินสิ่งที่ใครก็ตามได้พูดไป
8. การฟังอย่างลึกซึ้ง ( Deep listening ) คือ การฟังเพื่อเข้าใจผู้คน บุคลิกลักษณะ และความจริงใจ รวมทั้งแรงกระตุ้นในการพูด
9. การฟังเพื่อแยกแยะ ( Discriminative listening ) คือ การฟังเพื่อระบุสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
10. การฟังเพื่อเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ( Empathetic listening ) คือ การฟังเพื่อเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นกำลังรู้สึก ซึ่งแสดงถึงการเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น
11. การฟังเพื่อประเมินค่า ( Evaluative listening ) คือ การฟังเพื่อประเมินค่าและวิจารณ์
12. การฟังอย่างเพิกเฉย ( Inactive listening ) คือ การฟังแบบแสร้งทำ แต่อันที่จริงแล้วกำลังใช้เวลาในการขบคิด
13. การฟังเพื่อตัดสิน ( Judgmental listening ) คือ การฟังเพื่อประเมินค่าและวิจารณ์
14. การฟังเพียงบางส่วน ( Partial listening ) คือ การฟังอย่างตั้งใจ แต่บางครั้งก็ใช้เวลาในการคิดเรื่อยเปื่อยหรือการคิดเพื่อพูดตอบโต้
15. การฟังเพื่อสะท้อนกลับ ( Reflective listening ) คือ การฟังเพื่อสะท้อนสิ่งที่ผู้อื่นได้พูดไปแล้ว
16. การฟังเพื่อความสัมพันธ์ ( Relationship listening ) คือ การฟังเพื่อพุงและพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น

17. การฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ ( Sympathetic listening ) คือ การฟังด้วยความกังวลถึงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้อื่น

18. การฟังเพื่อบำบัดโรค ( Therapeutic listening ) คือ การฟังเพื่อเข้าใจสิ่งที่ผู้อื่น กำลังรู้สึก ซึ่งแสดงถึงการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น

19. การฟังโดยสมบูรณ์ ( Total listening ) คือ การฟังที่ให้ความสนใจอย่างมากในสิ่งที่ได้ฟังและเข้าใจความหมายเชิงลึก

## 2.2 การตระหนักรู้ตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ตน ( Self Theory ) พัฒนาขึ้นมาโดย Rogers ที่มองว่าบุคลิกภาพของมนุษย์เกิดจากประสบการณ์เฉพาะตัวของบุคคลซึ่งรวมถึงความรู้สึกและเจตคติของบุคคลต่อโลกต่อชีวิตต่อตนเองและต่อสังคมแวดล้อมโดยมุ่งให้ความสำคัญที่ตัวเองและความเป็นตัวของตัวเองของบุคคลอัตตาหรือตัวตน ( Self ) คือความรู้สึกนึกคิดว่าเป็นตัวเราของเรา

1. ตนเองตามอุดมคติ ( Ideal Self ) หมายถึงตนตามจินตนาการที่ตนคิดอยากจะเป็นและอยากจะมีเช่นอยากจะเป็นคนดีคนเด่นคนดังอยากร่ำรวย เป็นต้น

2. ตนตามที่รับรู้ ( Perceived Self ) หมายถึงตนตามที่ตนได้รับรู้ทั้งที่ตนเองปกปิดและเปิดเผยรวมทั้งตนตามที่ผู้อื่นคาดหวัง ( Other Expectation ) เช่นเพื่อนๆคาดหวังว่าเราควรเป็นคนดีไม่ประพฤติผิดกฎหมายและศีลธรรมจรรยาพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ตนเองมีความคิดเกี่ยวกับตนเองขึ้นมาเรียกว่า "อัตมโนทัศน์ ( Self Concept )" ในส่วนของอัตมโนทัศน์นั้นประกอบด้วยพฤติกรรมส่วนจริงพฤติกรรมส่วนเกินและพฤติกรรมส่วนขาดคือพฤติกรรมส่วนจริงเป็นพฤติกรรมจริงๆของตนเองทั้งที่มีอยู่และเป็นอยู่เช่นตนเองมีร่างกายจริง ๆ ที่เคลื่อนไหวได้เป็นต้น พฤติกรรมส่วนเกินเป็นพฤติกรรมที่ไม่มี/ไม่เป็นอยู่จริง เช่น การคุยไม่อ้อวอดโกหกหลอกลวงการสร้างภาพลวงตาให้ผู้อื่นหลงเชื่อและคล้อยตาม เป็นต้น พฤติกรรมส่วนขาดเป็นพฤติกรรมที่มีจริงและเป็นจริงแต่เป็นการเสแสร้งหรือบังคับให้เป็นเช่นนั้นเช่นการอ่อนน้อมถ่อมตนและการปฏิเสธความจริง เป็นต้น

3. ตนตามความเป็นจริง ( Real Self ) หมายถึงตนที่เป็นจริงซึ่งมีทั้งจุดเด่นและจุดด้อยทั้งที่ทราบและไม่ทราบซึ่งเป็นธรรมชาติของบุคคลที่ไม่มีบุคคลใดที่สมบูรณ์แบบดังคำกล่าว "Nobody Perfect" ในความสัมพันธ์ทั้งสามลักษณะดังกล่าวถ้าบุคคลใดมีทั้งสามข้อพอดีเท่าๆกันจะเป็นคนดีไม่มีปัญหาไม่มีความยุ่งยากและวุ่นวายถ้าตนตามอุดมคติและตนตามที่รับรู้สอดคล้องกันดีจะส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานถ้าตนตามที่รับรู้และตนตามความเป็นจริงสอดคล้องกันดีบุคคลจะได้รับการยกย่องนับถือว่าเป็นคนดี

ศิริธร เรียบสันเทียะ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการเข้าถึงใจตามแนวคิดของโรเจอร์ส ที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีคะแนนการเข้าถึงใจต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม จำนวน 18 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมอย่างละ 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการเข้าถึงใจ แบบวัดพฤติกรรมก้าวร้าว คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และโปรแกรมพัฒนาการเข้าถึงใจ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการเข้าถึงใจสูงกว่าก่อนทดลอง และมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และนักศึกษาที่เข้าร่วมการทดลองมีการเข้าถึงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่เข้าร่วมการพัฒนาการเข้าถึงใจได้รับประสบการณ์และมีความรู้สึกร่วมไปกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการเข้าถึงใจและพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเอง

โกลแมน ( Goleman, 1995 ) อธิบายว่า ความร่วมรู้สึกสร้างมาจากการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) ซึ่งเป็นทักษะในการอ่านอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การที่เราเปิดเผยตัวเองมากเท่าไรก็จะยิ่งให้เราเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นการรู้จักตนเอง ( Self-awareness ) รวมไปถึงการรับรู้และรู้จักความสามารถของตัวเองจะต้องรู้ว่าเราเป็นคนอย่างไร ชอบอะไร ไม่ชอบอะไร เก่งอะไร ไม่เก่งอะไรและที่สำคัญเราต้องรู้อารมณ์ของตนเองด้วยว่าขณะนี้เรามีอารมณ์เป็นอย่างไร การรู้จักอารมณ์ตนเองจะนำไปสู่การควบคุมอารมณ์และการแสดงออกที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งการที่จะรู้จักตนเองรู้อารมณ์ของตนเองได้ต้องเริ่มจากการรู้ตัวหรือการมีสติ การรู้จักตนเองทำให้เราเข้าใจผู้อื่นได้มากขึ้น เราจะพบว่ามีบางเรื่องที่เราคล้ายคนอื่นและมีอีกหลายเรื่องที่แตกต่างกันเช่น เจตคติ ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองที่ผลักดันให้เรามีพฤติกรรมหรือการแสดงออกต่างกันเมื่อเราได้เข้าใจปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะทำให้เกิดการยอมรับและเข้าใจผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดเอาแนวทางการฟังอย่างตั้งใจและตระหนักรู้ตนเองของ โรเจอร์สเป็นหลักในการพัฒนาความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลซึ่งจะเน้นทักษะการฟังและการตระหนักรู้ตนเอง จากสิ่งเร้าที่มากกระทบให้เกิดอารมณ์ พัฒนาการอ่านอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่อ่านความรู้สึกผู้อื่นและตนเองที่ไวและแม่นยำซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่นได้รวดเร็ว เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการสื่อสารกับผู้อื่นและเพิ่มความร่วมรู้สึก ทำให้เกิดความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ผู้รับบริการ เกิดความเมตตากรุณา และร่วมรู้สึกเสมือนอยู่ในสถานการณ์เดียวกันได้ถูกต้องแม่นยำ ทำให้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพในการที่บำบัด รักษาพยาบาลผู้ป่วยผู้รับบริการมีความพึงพอใจและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ตอนที่ 3 การวัดและประเมินความร่วมรู้สึกและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 การวัดและประเมินด้วยแบบวัดและแบบประเมินความร่วมรู้สึก

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการวัดความร่วมรู้สึกทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีผู้ทำการศึกษาและสร้างแบบวัดความร่วมรู้สึกไว้หลายคน แบบวัดความร่วมรู้สึก

ได้สร้างโดยยึดองค์ประกอบความรู้สึที่ต่างกัน คือ กลุ่มที่สร้างเพื่อการวัดความรู้สึที่ทางการคิดหรือความรู้สึที่ทางอารมณ์เพียงอย่างเดียว กลุ่มที่รวมองค์ประกอบของความรู้สึที่ทางการคิดและอารมณ์ทั้งสองด้านไว้ และกลุ่มที่สร้างแบบวัดความรู้สึที่โดยยึดจากรูปแบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตัวอย่างแบบการวัดความรู้สึที่ที่นิยมใช้ ได้แก่

The Interpersonal Reactivity Index (IRI) ที่สร้างโดยเดวิส ( Davis, 1983 ) แบบวัดประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสามารถรับรู้มุมมองของผู้อื่น ( The perspective taking หรือ PT ) 2) ด้านการแสดงออกตอบสนองความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น ( The empathic concern หรือ EC ) 3) ด้านความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมกับผู้อื่น (The personal distress หรือ PD) และ 4) ด้านจินตนาการ ( The fantasy หรือ FS ) แบบวัดเป็นการประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับแต่ละด้านประกอบด้วยข้อความเนื้อหาจำนวนด้านละ 7 ข้อรวมจำนวนข้อ 28 ข้อ มีความเที่ยงภายใน ( internal reliability ) 0.71 ถึง 0.77 และ test-retest reliability 0.62 ถึง 0.71 (นุสรานามเดช, หน้า 41) แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปศึกษาในสถานที่และวัฒนธรรมต่าง ๆ มากมายและแบบวัดได้แปลไปหลายภาษา

The Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) สร้างโดยเมราเบียและเอฟสแตน ( Mehrabian & Epstein, 1996 ) เป็นแบบประเมินความรู้สึที่ทางอารมณ์ เป็นแบบประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งทางบวกและลบอย่างละ 15 ข้อ แบบวัดนี้มักใช้ในการศึกษาประชากรที่มีภาวะทางคลินิกต่าง ๆ เช่น ออทิสติก ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตด้านอารมณ์

The Basic Empathy Scale (BES) สร้างโดยจอลลิฟและฟาริงตัน ( Jolliff & Farington, 2006 ) เป็นแบบวัดความรู้สึที่ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึที่ทางการคิด (Cognitive empathy) และความรู้สึที่ทางอารมณ์ ( Affective empathy ) เป็นแบบประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับจำนวน 40 ข้อ

The Hogan Empathy Scale (HES) ของ Hogan (1969) เป็นแบบวัดที่พัฒนามาจาก The Californian Psychological Inventory, The Minnesota Multiphasic Inventory และ The Institute of Personality Assessment and Research มี 64 ข้อ เป็นแบบวัดคุณลักษณะของความรู้สึที่และการตอบสนองคล้ายการวัดความฉลาดทางอารมณ์ แต่ยังไม่สามารถวัดคุณลักษณะการรับรู้ส่วนบุคคลได้ ( Chapman, 2015, p. 17 )

Reynolds (2000) ได้สร้างแบบประเมิน The Reynolds Empathy Scale ซึ่งประกอบด้วยข้อความ 12 ข้อ ใช้มาตรประเมินค่า 7 ระดับ โดยการประเมินตนเองหรือให้เพื่อนอาจารย์ประเมิน ผลการสอนในหลักสูตรพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนความรู้สึที่หลังการเรียนการสอนในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง วิธีการที่มีประสิทธิภาพคือ การ

นำวิดีโอเทป การสนทนากับผู้ป่วยมาสะท้อนคิด และให้ข้อมูลย้อนกลับ และการที่ผู้สอนแนะนำวิธีการในการปฏิบัติเพื่อแสดงความร่วมมือรู้สึก

ต่อมา Reniers et al., (2011) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกคือ The Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยเลือกเนื้อหาข้อความจากเครื่องมือวัดที่หลากหลาย เช่น เครื่องมือวัด HES ( Hogan Empathy Scale ) ของ Hogan (1969), IRI ( Interpersonal Reactivity Index ) ของ Davis (1983) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตแบบวัดใหม่และพัฒนาอย่างจริงจัง ศึกษาวิเคราะห์เชิงสำรวจ (n1=640) และ เชิงยืนยัน (n2=318) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน ได้รับการทดสอบให้เหมาะสมที่สุดและใช้ ข้อมูลน้อยที่สุด มีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดล

เครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกในการศึกษาและวิจัยสำหรับนักศึกษาพยาบาลนั้น มีการใช้ เครื่องมือต่าง ๆ หลากหลาย ส่งผลให้ผลการวัดความร่วมมือรู้สึกในแต่ละการศึกษาไม่สามารถจะนำมา เปรียบเทียบกันได้ การวัดความร่วมมือรู้สึกมีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในศึกษานี้นำเสนอ เครื่องมือวัดในเชิงปริมาณเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป

Yu J. & Kirk M. (2010) แห่งมหาวิทยาลัย Glamorgan, Glyntaf Campus, Pontypridd ประเทศอังกฤษ ได้ทำการวิจัยทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกทางการพยาบาล เพื่อหาเครื่องมือที่มีมาตรฐานมากที่สุด เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องความร่วมมือรู้สึกทางการพยาบาลต่อไปในอนาคต โดยค้นหาจากฐานข้อมูล CINAHL, MEDLINE และ Psyc INFO ใช้คำสืบค้นว่า ‘empathy’, ‘tool’, ‘scale’, ‘measure’, ‘nurse’ and ‘nursing’ สืบค้น 20 ปีย้อนหลังตั้งแต่ ค.ศ. 1987 ถึง 2007 พบว่า มี 20 รายงานที่มีเครื่องมือที่แตกต่างกันและใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา หลังจากนั้นได้มีการคัดออกจนเหลือ 12 รายงาน ซึ่งใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน 12 เครื่องมือในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกทางการพยาบาล เมื่อนำเครื่องมือทั้ง 12 รายการมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์การวิเคราะห์เครื่องมือทั้ง 7 ประการในการศึกษา ได้แก่ ค่าความตรง ความเที่ยง การตอบสนอง แหล่งที่ใช้ในการศึกษา การใช้ผู้ใช้เครื่องมือเป็นศูนย์กลาง มิติของการวัด การนำไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีเครื่องมือใดที่มีความเข้มแข็งในการวัดความรู้สึกครบทุกมิติ มีเพียง 5 รายการที่เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล เครื่องมือส่วนมากได้รับการพัฒนาและทดสอบการวัดทางจิตวิทยา แต่ไม่มีเครื่องมือใดที่ผ่านทั้งการวัดทางจิตวิทยาและทางมโนทัศน์ ( Conceptually satisfactory ) การวัดความร่วมมือรู้สึกต้องการความครอบคลุมทุกมิติและสะท้อนทั้งจากมุมมองของตัวผู้ใช้อเอง ทดสอบกลุ่ม ประชากรที่เหมาะสมที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการหรือผู้สอนความร่วมมือรู้สึก

ผลจากการศึกษา Yu J. & Kirk M. (2010) แนะนำให้ใช้ Empathy Construct Rating Scale (ECRS) ของ La Monica, 1981 ซึ่งได้คะแนนจากการประเมินคุณภาพแบบวัดใน

การศึกษานี้สูงสุด ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์เนื่องจากครอบคลุมมิติของผู้ประเมินทั้งการประเมินตนเอง ประเมินโดยผู้ป่วยและเพื่อน รวมทั้งมีการประเมินใน 2 มิติของความรู้สึกร่วมคือมิติด้านความคิดและพฤติกรรมและเป็นที่ยอมรับนำมาใช้ในหลายการศึกษา แต่อย่างไรก็ตามควรพิจารณาถึงบริบทของแผนกหรือหน่วยบริการที่จะนำมาใช้ในการประเมินร่วมด้วยว่าเหมาะสมหรือไม่

กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2555) อาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลรามาริบัติ พัฒนาเครื่องมือ Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (ฉบับภาษาไทย) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติในการตรวจวัดของ Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) ฉบับภาษาไทย สำหรับนักศึกษาแพทย์ (S-version) และเพื่อศึกษาความแตกต่างของคะแนนระดับความสามารถในความรู้สึกร่วม (Empathy) กับผู้ป่วย ระหว่างนักศึกษาแพทย์ชายและหญิง รวมทั้งระหว่างนักศึกษาแพทย์แต่ละชั้นปีของโรงเรียนแพทย์ วิธีการศึกษา ทำการแปลแบบประเมิน JSPE ฉบับสำหรับนักศึกษาแพทย์ เป็นภาษาไทย โดยวิธี Back-translation และส่งให้นักศึกษาแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติทุกชั้นปี โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยรวม 708 ราย จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณ Item-total correlation วิเคราะห์ Underlying components ของ JSPE ฉบับภาษาไทย โดยใช้ Factor analysis, คำนวณ Cronbach alpha coefficient เพื่อประเมินความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ และเปรียบเทียบระดับคะแนน ระหว่างเพศชายและหญิง โดยใช้ T-test และความแตกต่างของคะแนนในแต่ละระดับชั้นปีที่ศึกษา โดยใช้ analysis of variance ผลการศึกษา ค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมิน JSPE เท่ากับ 111.31 (SD = 10.41), Item-total correlation มีค่าอยู่ระหว่าง 0.26-0.57 ค่า Cronbach alpha coefficient เท่ากับ 0.76, ผล Factor analysis บ่งว่า JSPE ฉบับภาษาไทยยังคงไว้ซึ่งส่วนประกอบ 3 ส่วนดังที่พบในต้นฉบับ คือ Compassionate care, Perspective taking และ Ability to stand in the patient's shoes นักศึกษาแพทย์หญิงมีคะแนนแบบประเมินสูงกว่านักศึกษาแพทย์ชาย และคะแนนมีความแตกต่างที่ผันแปรไปในแต่ละชั้นปี โดยมีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีคะแนนน้อยที่สุด และนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นปริคินิกมีคะแนนมากกว่าระดับชั้นคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ สรุป JSPE ฉบับภาษาไทยมีค่า Construct validity และค่าความเชื่อมั่นที่ดี มีคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถใช้ในนักศึกษาแพทย์ได้

Ward et al., (2009) ศึกษาความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) ของเครื่องมือวัดความรู้สึกร่วมของนักศึกษาพยาบาลปริญาตรี (Jefferson Scale of Empathy in Nursing Student) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกร่วมที่พัฒนามาจาก Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version สำหรับนักศึกษาแพทย์โดยใช้คำว่า พยาบาลแทนที่คำว่า แพทย์ ใน 12 ข้อจาก 20 ข้อความเนื้อหา ใช้วัดกับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 333 คน ที่มีความแตกต่างของระดับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โครงสร้างองค์ประกอบของแบบวัดคือ 1) ความสามารถ

ในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective taking ) เป็นปัจจัยหลักที่เป็นผลของการรู้คิด ( Cognitive ) ในสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นปัจจัยที่แสดงว่าพยาบาลยังมุ่งวัตถุประสงค์ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยการตั้งใจฟังความทุกข์ความกังวลของผู้รับบริการและให้การตอบสนองผู้รับบริการ

2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) เป็นคุณลักษณะที่แสดงสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล 3) ความสามารถรู้สึกเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ ( Standing in patient's shoes ) มีความแปรปรวนเล็กน้อยในองค์ประกอบนี้ อย่างไรก็ตามนักวิจัยทางการพยาบาลยังคงใช้เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นและความสามารถเข้าไปสู่วิตของผู้อื่น พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ( Cronbach alpha coefficient ) เท่ากับ 0.77 การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า เครื่องมือวัดนี้สามารถใช้ในการประเมินผลการศึกษาโปรแกรมต่างๆ ที่เสริมสร้างความร่วมรู้สึกและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล การค้นพบเหล่านี้สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นของนักวิจัยในการใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตามสะดวก ( Convenience sample ) ที่อาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันของนักศึกษาพยาบาล

Kiersma et al., (2013) ศึกษาความตรงของระดับคะแนนในการวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาเภสัชวิทยาและนักศึกษาพยาบาลด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน แบบวัดมี 2 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านรู้คิด และด้านอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ นักศึกษาเภสัชวิทยาจำนวน 158 คน นักศึกษาพยาบาลจำนวน 58 คน พบว่าแบบวัดมีความสัมพันธ์กับแบบวัด Jefferson Scale of Empathy-Health Professional Student's Version อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า 14 ข้อใน 15 ข้อ มีความสัมพันธ์กันกับองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โดยรวมทั้งหมดของแบบวัดมีความตรงในโมเดลเชิงโครงสร้าง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกและองค์ประกอบของความร่วมรู้สึกพบว่ามีเครื่องมือจำนวนมากที่ใช้วัดระดับความร่วมมือรู้สึก แต่ละเครื่องมือวัดมีการวัดในองค์ประกอบทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทั้งนี้การเลือกองค์ประกอบของแต่ละงานวิจัยขึ้นกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา เครื่องมือวัดเกี่ยวกับความสามารถในความร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกที่เป็นเชิงปริมาณคือแบบประเมินตนเอง โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าจำนวนมาก ส่วนมากจะเป็นการวัดองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะด้านความคิด มีข้อสังเกตว่าเครื่องมือวัดความร่วมมือรู้สึกส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือประเมินตนเอง อาจจะมีอคติจากความลำเอียงเข้าข้างตนเอง นักวิจัยเสนอแนะไว้ว่าตัวแปรความร่วมมือรู้สึกเป็นคุณลักษณะภายในที่ไม่

สามารถสังเกตและวัดได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องมีการวัดตัวแปรในหลายมิติหรือหลายตัวบ่งชี้ เพื่อให้ครอบคลุม ( Deuter et al.,2018, p. 4; Lee et al., 2018. ) ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัด Jefferson Scale of Empathy in Nursing Student ที่พัฒนาโดยวาร์ดและคณะ( Ward et al.,2009 )

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งบริบทความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษามีองค์ประกอบที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ แต่เนื่องจากยังไม่พบผู้นำนามาศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือวัดนี้ต่อไป

### 3.2 การวัดปฏิกิริยาตอบสนองของสรีรวิทยา ( Physiological responses ) จากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึก

มีการใช้เครื่องมือวัดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของร่างกายและการทำงานของสมองที่หลากหลาย อาทิเช่น การวัดด้วยภาพทางประสาท ( Neuroimagine ) เป็นเทคนิคการสร้างภาพประสาทสมอง แพลผลเชิงระบุพื้นที่ของโครงสร้างสมองที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือรู้สึก การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (fMRI) และการตรวจเอกซเรย์ปล่อยโพซิตรอน (PET) เป็นวิธีการตรวจสอบการทำงานของระบบประสาทโดยการวัดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเลือด ความเข้มข้นของออกซิเจนและการไหลเวียนของเลือด

การวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ( Electroencephalogram ) ที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย คือการแสดงถึงรูปแบบคลื่นสมองที่ต่างกันขึ้นกับคลื่นประเภทต่าง ๆ และความถี่ที่พบ คลื่นแต่ละคลื่นสามารถบ่งบอกสถานะ ปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลและการเปลี่ยนแปลงสถานะ เช่น คลื่นอัลฟา เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั่งหลับตาเงียบ ๆ เมื่อบุคคลทำงานเกี่ยวกับการรับรู้ คลื่นอัลฟาจะเล็กน้อยหรืออาจหายไป เป็นต้น

คลื่นไฟฟ้าบนใบหน้า ( Facial Electromyographic Activity ) คือการวัดศักย์ไฟฟ้าที่เกิดขึ้นเมื่อเส้นใยกล้ามเนื้อหดตัว เช่นหากมีอาการครุ่นคิด กล้ามเนื้อบริเวณหัวคิ้วก็จะขมวดขึ้น กิริยาการยกริมฝีปาก การขยายรูจมูก เป็นการสื่ออารมณ์ที่ร่วมรู้สึกได้ ปัจจุบันได้มีการศึกษาพัฒนาออกแบบรูปกริยาบนใบหน้า เพื่อจัดเป็นสื่อแสดงอารมณ์ และนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ในด้านต่าง ๆ

การนำไฟฟ้าที่ผิวหนัง ( Electrodermal activity ) หรือการวัดระดับการทำงานของต่อมเหงื่อที่บริเวณนิ้วมือ หรือปลายมือ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดจากการตอบสนองการทำงานของสมอง แต่มักใช้ร่วมกับการวัดอื่น ๆ เช่นอัตราการเต้นของหัวใจร่วมด้วย

การวัดการทำงานของหัวใจ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเมื่อเกิดอารมณ์ระบบประสาทส่วนที่เป็นซิมพาเทติก ( Sympathetic system ) ทำหน้าที่ควบคุมระบบการทำงานต่างๆ

ของร่างกายให้เปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดอารมณ์ต่าง ๆ เช่น 1) ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 2) การหายใจเร็วขึ้นอาการและอาการแสดงของร่างกายที่ตอบสนองการทำงานของสมองเมื่อมีสิ่งเร้าความรู้สึก ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ( Heart rate ) อัตราการหายใจ ( Respiratory rate ) อัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability) ที่วัดด้วยเครื่องมือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ( Electrocardiogram ) เป็นการทดสอบจังหวะการเต้นของหัวใจซึ่งเกิดจากเซลล์ชนิดพิเศษในหัวใจซึ่งสามารถสร้างกระแสไฟฟ้าเองซึ่งเรียกว่า Sinus node กระแสไฟฟ้าจะวิ่งผ่านไปตามกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจบีบตัว เป็นการทดสอบที่รวดเร็ว ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดใด ๆ และไม่มีการใช้กระแสไฟฟ้ากับร่างกายระหว่างการทำการตรวจมีการติดเซนเซอร์บนผิวหนังบริเวณหน้าอกเพื่อตรวจจับสัญญาณไฟฟ้าที่มาจากหัวใจในแต่ละครั้ง สัญญาณเหล่านี้จะถูกบันทึกโดยเครื่องบันทึกและแสดงผลบนหน้าจอหรือกระดาษแสดงผลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากภาพกราฟ โดยดูอัตราการเต้นของหัวใจ ( Heart rate ) อัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( Heart rate variability ) และแสดงอัตราการหายใจ ( Respiratory rate ) ได้

การใช้เครื่องมือวัดจิตสรีรวิทยา ( Psychophysiological ) กับการศึกษาความรู้สึก โดยตั้งแต่ปี ค.ศ.1975 Krebs (1975) ตรวจสอบการนำเหงื่อจากผิวหนัง อัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณของชีพจรของเลือดในผู้เข้าร่วมวิจัย ที่สังเกตเป้าหมายเล่นเกมรูเล็ต โดยมีความรู้สึกกับการได้รับเงินหรือการสูญเสียในเกมนั้น ในอีกตัวอย่างหนึ่ง Levenson & Reuf (1992) ใช้อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับการนำไฟฟ้าของผิวหนัง เวลาส่งชีพจรไปยังนิ้ว และแอมพลิจูดของชีพจรนิ้ว เพื่อตรวจสอบความรู้สึกของคู่แข่งงาน

Kreibig (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ( Systemic review ) จาก 134 ชิ้น งานที่ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เกิดจากการกระตุ้นของอารมณ์จากสื่อกระตุ้นต่าง ๆ อาทิเช่น วิดีโอ รูปภาพ เสียง ผลพบว่าสามารถใช้ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเป็นเครื่องมือวัดการทำงานของประสาทอัตโนมัติ ( Autonomic nervous system ) ที่ตอบสนองจากสิ่งเร้าอารมณ์ได้ นักวิจัยได้วัดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายด้วยการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การทำงานของต่อมเหงื่อ หรือการทำงานของกล้ามเนื้อหลอดเลือด โดยจัดสิ่งเร้า เช่น รูปหน้าคน ดูวิดีโอ เรื่องราว ที่แสดงอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โกรธ อารมณ์มีความสุข และอารมณ์ปกติ ผลสรุปว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเมื่อถูกกระตุ้นทางอารมณ์ และมีความแตกต่างกันของปฏิกิริยาของร่างกายในแต่ละสิ่งเร้า เช่น เมื่อเห็นรูปหน้าแสดงอารมณ์ต่าง ๆ ( Alpers, Adolph, & Pauli, 2011 )

Deuter et al., (2018) คณะวิจัยชาวเยอรมันได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเมินความรู้สึกด้วยตนเองกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรีเป็นวัยรุ่นสุขภาพดี จำนวน 90 คนจากมหาวิทยาลัยในเบอร์ลิน เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วยแบบประเมินความร่วมมือรู้สึกด้านความคิดและอารมณ์ ชื่อ Multifaceted Empathy Test และปฏิกริยาตอบสนองร่างกายได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ การตอบสนองสื่อกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง ( Skin conductance responses: SCR ) และความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองสื่อกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการประเมินความร่วมมือรู้สึกด้วยตนเองด้านอารมณ์

ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามักใช้แบบวัดหรือแบบประเมิน ซึ่งเป็นแบบวัดหรือประเมินด้วยตนเอง หรือวัดประเมินจากผู้สังเกตการณ์ซึ่งอาจจะพบปัญหาว่าการวัดประเมินนั้นมือคต และการแสดงออกนั้นแสดงถึงความร่วมมือรู้สึกที่แท้จริงหรือไม่ ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในหลาย ๆ งานวิจัยได้กล่าวไว้ว่า ควรพัฒนาการวัดความร่วมมือรู้สึกในครอบครัวโดยเฉพาะด้านอารมณ์ซึ่งวัดได้ยาก ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยวัดปฏิกริยาของร่างกายโดยใช้เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระจากการทำงานในสมองได้รับสิ่งเร้า ซึ่งการวัดนี้ทำให้เกิดการวัดที่เที่ยงตรงมากกว่าการวัดด้วยแบบวัดและแบบประเมินทั้งด้วยตนเองและผู้สังเกตการณ์ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษามาก่อนทำให้การวัดความร่วมมือรู้สึกมีการพัฒนาที่ครอบคลุมถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลของความร่วมมือรู้สึกต่อปฏิกริยาตอบสนองสรีรวิทยาหรือปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายด้วยการใช้เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งสามารถแสดงผลอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ

อัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( heart rate variability , HRV ) หมายถึง การวัดค่าความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของหัวใจ (ระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบประสาทพาราซิมพาเทติก) โดยการวิเคราะห์ช่วงเวลา ( time domain analysis ) คำนวณเป็นค่าเฉลี่ยช่วงคลื่น R ถึง R ( average normal to normal interval, NNI ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของช่วงคลื่น R ถึง R ( standard deviation of normal to normal interval, SDNN ) วิธีการวัดเริ่มตั้งแต่การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยมีการแปลงสัญญาณต่อเนื่อง (analog) สัญญาณตัวเลข (digital) ต่อจากนั้นมีการนำค่าช่วงคลื่น R ถึง R ใน QRS complex มาทำการวิเคราะห์ 2 รูปแบบ คือ

1.การวิเคราะห์ช่วงเวลา (time domain analysis) คือ การวัดช่วงเวลาที่แปรปรวนของ QRS complex (ช่วง QRS complex เป็นผลจาก sinus node depolarization ของ ventricle) แต่ละช่วงที่บันทึกต่อเนื่องกันในการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram, ECG) ซึ่งเรียกว่า normal-to-normal interval (NNI) การวิเคราะห์ค่าช่วงเวลา แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย (mean normal-to-normal interval)และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation of the normal-to-normal interval SDNN) ถ้าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานนี้มีค่ามากแสดงว่ามีความแปรปรวนของการ

ทำงานของหัวใจที่ส่งผ่านมาทางเส้นประสาทพาราซิมพาเทติกมากและถ้าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าน้อยแสดงว่ามีความแปรปรวนของการนอนของหัวใจที่ส่งผ่านมาทางเส้นประสาทพาราซิมพาเทติกน้อย

2. การวิเคราะห์คลื่นความถี่ (frequency domain analysis) คือ การวิเคราะห์เป็น power spectral density (PSD) โดยใช้การคำนวณที่แม่นยำทางคณิตศาสตร์เพื่อหาความแปรปรวนของกำลังกำลังความถี่คลื่นในแต่ละช่วง การคำนวณแบ่งเป็น nonparametric และ parametric ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลการวิเคราะห์ที่ใกล้เคียงกัน ข้อได้เปรียบของการวิเคราะห์แบบ nonparametric คือการใช้วิธีคำนวณทางคณิตศาสตร์โดยวิธี fast Fourier transformation (FFT) และกระบวนการวิเคราะห์ที่มีความเร็วสูง ในขณะที่การวิเคราะห์แบบ parametric มีข้อได้เปรียบคือ มีส่วนประกอบของคลื่นความถี่ที่เรียกว่าทำให้แยกช่วงคลื่นได้ชัดเจน สามารถระบุค่ากลางของคลื่นความถี่ต่ำและคลื่นความถี่สูงได้ง่ายและมีความแม่นยำในการประมาณค่า PSD จากจำนวนตัวอย่างน้อยๆได้ แต่การวิเคราะห์แบบ parametric มีข้อเสียเปรียบ คือเป็นวิธีที่ต้องการการยืนยันถึงความเหมาะสมของการนำตัวอย่างที่เลือกมาอย่างถูกต้องเหมาะสมและความซับซ้อนมาก

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกการวิเคราะห์ข้อมูลแบบช่วงเวลาซึ่งสามารถใช้ในการวิเคราะห์ช่วงเวลาในการวัดอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจได้ โดยกระบวนการนี้จะนำค่าความผันแปรของช่วงเวลา NNI มาใช้วิเคราะห์ เพื่อหาค่าทางสถิติต่างๆ เช่น ค่าเฉลี่ย (mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หรือค่า RMSSD (Root Mean Square of Successive Differences) ซึ่งบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของการเต้นของหัวใจในแต่ละช่วงการเต้น การวิเคราะห์ช่วงเวลานี้เป็นวิธีที่ใช้บ่อยในการวิเคราะห์ HRV เพราะสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติที่มีผลต่อการเต้นของหัวใจได้ เช่น ความสมดุลระหว่างระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) และซิมพาเทติก (Sympathetic)

#### ตอนที่ 4 การฝึกความร่วมรู้สึก ( Empathy Training ) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าความร่วมรู้สึกเป็นกลไกหนึ่งในสมองที่ติดตัวมาตั้งแต่มนุษย์กำเนิด นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ นักประสาทวิทยาได้แสดงให้เห็นอีกว่า ความร่วมรู้สึก สามารถพัฒนาได้ด้วยการฝึก (Holland, 2018; Kahrman et al., 2016; Lee et al., 2018; Marsh, 2018; Richardson, Percy, & Hughes, 2015; Sarmiento et al., 2017 )

จากการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน ( Meta-Analysis ) ของ Butters (2010) ศึกษาขนาดอิทธิพลของงานวิจัยการฝึกความร่วมรู้สึกในกลุ่มผู้รับบริการที่แตกต่างกัน จาก 24,333 เรื่องในช่วงปี ค.ศ. 1954 - 2009 พบเข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าจำนวน 24 เรื่อง พบว่าผลของการฝึกความร่วมรู้สึกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความร่วมรู้สึกของผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยวัดผลจากผู้รับบริการที่หลากหลายมีค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size ) เท่ากับ 0.911

กระบวนการที่ทำให้เกิดความร่วมมือรู้สึก ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล นอกจากนี้ในทางจิตวิทยา การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ การเข้าใจ ตัวบุคคล การใช้เหตุผลรวมถึงการเข้าใจความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้อื่น และยังเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กของแต่ละบุคคล (โซคซัย ทัททวี, 2558)

ปีเตอร์ ลาสเตอร์ (1978 : 116) กล่าวถึง 10 กลวิธีช่วยพัฒนาความเห็นอกเห็นใจ ดังนี้

1. ควรตื่นตัวรับรู้อารมณ์ ความต้องการความปรารถนาของตนอยู่เสมอและรับรู้ของผู้อื่นด้วย
2. รับฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดให้จบ ถ้าไม่เข้าใจก็ถามก่อนจะตัดสินใจ
3. ลองสังเกตผู้คนบนถนน ในร้านอาหาร บนรถบัสว่าเขามีสภาวะอารมณ์อย่างไร และแสดงออกอย่างไร
4. อย่าประเมินผู้อื่น โดยพิจารณาจากภายนอก คุณต้องเข้าไปพูดคุยซักถามเพื่อรับรู้สิ่งที่อยู่ภายนอกของบุคคล ที่สำคัญมากกว่า
5. เมื่อชมภาพยนตร์ หรือดูทีวี ลองปิดเสียงแล้วเดาว่าเขากำลังคุยอะไรกันอยู่จากการดูท่าทาง
6. ระหว่างที่คุยกับคนอื่น แล้วพบว่าเขามีความเห็นไม่ตรงกับคุณลองพิจารณาว่าทำไมเขาจึงคิดเช่นนั้น
7. ถามตัวเองว่า ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ทำไมคุณทำอย่างนี้และไม่ทำอย่างนั้น อะไรเป็นเบื้องหลังให้คุณทำอย่างนั้น เมื่อคุณทราบเช่นนั้นมันก็ง่ายที่จะเข้าใจผู้อื่น เมื่ออยู่ในสถานการณ์เดียวกัน
8. หาก你不ชอบใครพยายามหาเหตุผลให้ได้
9. ก่อนตัดสินผู้อื่น มองหาข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ว่ารู้สาเหตุบอกให้ได้ว่าทำไมเขาทำอย่างนั้น การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้คุณตัดสินคนได้ถูกต้องมากขึ้น และคุณจะประพุดต่อเขาได้เหมาะสมขึ้น
10. โปรดจำไว้ว่าพฤติกรรมของคนเราขึ้นกับอารมณ์ความรู้สึก

#### การฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ความร่วมมือรู้สึกเป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาได้ จากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล พบว่าโปรแกรมการฝึกช่วยเพิ่มระดับทักษะด้านความร่วมมือรู้สึกได้ จึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับอาจารย์พยาบาล ครูพี่เลี้ยงทางการพยาบาล หรือแม้แต่พยาบาลทั่วไปที่จะเชื่อว่าถ้าต้องการสร้างความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ ต้องช่วยกันสร้างจิตสำนึกของความร่วมมือรู้สึก ซึ่งเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่สำคัญของความเอื้ออาทร อันเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล แนวทางในการฝึกทักษะเพื่อการรับรู้ประสบการณ์ภายในของตนเองและผู้อื่นและสร้างความเข้าใจจากประสบการณ์การศึกษาและการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การใช้ข้อมูลเพื่อช่วยจินตนาการภาพชีวิตของผู้ป่วย ( Knowledge informed imagery ) วิธีการนี้จะเริ่มจากการศึกษาประวัติ ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยโรค สถานการณ์สำคัญของผู้ป่วยจากแฟ้มข้อมูลของผู้ป่วย หรือจากการสนทนากับผู้ป่วยและญาติ การใช้ข้อมูลจะเป็นเหมือนจุดเริ่มต้นในการจินตนาการว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกอย่างไร หรือพยายามเองอาจจินตนาการว่าถ้าพยาบาลต้องเผชิญเหตุการณ์เช่นนั้นจะคิดและรู้สึกอย่างไร (Kelley et al., 2011, p.26 )

2. การเข้าใจตัวตนในการดำรงอยู่ของบุคคล ( Knowing existential being ) วิธีการนี้ พยาบาลต้องเข้าไปเห็นถึงสถานการณ์ชีวิตที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญเรื่องราวความเป็นมา ผลกระทบจากสิ่งนั้น หรือความทุกข์ทรมานใจ เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง แนวคิดนี้ประยุกต์กับหลักการของปรัชญาแบบการดำรงอยู่ ( Existentialism ) ที่มองว่า มนุษย์ทุกคนเกิดมาจากต่างพยายามสร้างตัวตนของตนเองด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่จะให้ตัวตนของตนเองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับโลกภายนอกที่ตนดำรงอยู่ และใช้ชีวิตเหมือนการออกเดินทางไปสู่เป้าหมายของแต่ละคน แต่ ณ วันหนึ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยเข้ามาในเส้นทางเดินของผู้ป่วยจึงเริ่ม “ไม่ใช่ความธรรมดา” อีกต่อไป อาจตามมาด้วยของแถมต่าง ๆ ที่มาจากการเจ็บป่วย ซึ่งถ้าพยาบาลมองให้ดีและลึกซึ้งจะเห็นว่า ความเจ็บป่วยจะตามมาด้วยสิ่งที่สั่นคลอนการมีตัวตนอยู่ของบุคคลนั้น เช่น การสูญเสียจะทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่พ่อเพื่อหาเงินส่งค่าเทอมลูกได้ การตัดมดลูกอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนอาจทำหน้าที่ภรรยาไม่ได้ การจะสร้างจินตนาการเพื่อเข้าใจความทุกข์ของบุคคล ในทางปฏิบัติอาจเกิดได้จากการตั้งคำถามเพื่อการดำรงอยู่ ( Existential questions ) ผู้ป่วยเป็นใคร ไม่ใช่แค่รู้ว่าชื่ออะไร แต่ควรรู้ว่า “เขาคือใคร” เช่น เป็นพ่อลูกสองที่เลี้ยงลูกตามลำพัง เป็นแม่ลูกสามที่เลี้ยงลูกคนเดียวและมารดาที่เจ็บป่วยนอนติดเตียง เป็นยามรักษาความปลอดภัยที่มีรายได้น้อยและมีลูกชายติดสารเสพติด เป็นต้น คำถามที่สอง คือ “สิ่งที่มีความหมายในชีวิตของเขา คืออะไร” คำตอบจะทำให้พยาบาลมองออกว่า สิ่งที่ผู้ป่วยให้ความหมาย ความสำคัญ และถ้าการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนี้ไปกระทบกับสิ่งที่มีความหมายนั้นและก่อให้เกิดความทุกข์ตามมาคืออะไร คำถามต่อมาคือเป้าหมายชีวิตที่ผู้ป่วยต้องการเดินไปหาคืออะไร เช่น ผู้ป่วยที่เป็นแม่ลูกสามที่เลี้ยงลูกคนเดียวและมีมารดาที่เจ็บป่วยนอนติดเตียง เป้าหมายอาจเป็นแค่การขอให้มียาแรงในแต่ละวันที่จะดูแลลูกสามคนและแม่ที่ป่วยของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น สิ่งนั้นจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อเป้าหมายของผู้ป่วย ดังนั้นความทุกข์ทรมานอาจไม่ได้มาจากการเจ็บป่วยอย่างเดียว แต่อาจมาจากความรู้สึกท้อแท้ สั่นคลอน ในตัวตนของตนเอง ความกลัวว่าจะไม่สามารถรักษาสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของตน หน้าที่ของตน และความรับผิดชอบของตน จากมุมมองนี้จะทำให้พยาบาลสามารถสร้างจินตนาการเกี่ยวกับผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในมุมมองที่ลึกซึ้งขึ้น

3. การฟังอย่างลึกซึ้ง ( Deep listening ) การรับฟัง เป็นเรื่องพื้นฐานของมนุษย์ แต่มีความสำคัญมาก มนุษย์เราต้องการคนรับฟังและเข้าใจนั่นจึงเป็นเหตุผลว่า ทำไมคนถึงไปขอคำปรึกษาหรือไปหานักจิตบำบัด เพราะเขามีความทุกข์ทรมานและต้องการใครสักคนที่รับฟังนั่นเอง ท่าน ดิชนันท์ พระนิกายเซ็นชิวเวียดนาม ท่านชี้ชวนให้คนให้ความสำคัญกับความรักและความเข้าใจ ในการอยู่ร่วมกันของมวลมนุษยชาติ ท่านได้แสดงธรรมแห่งหนึ่งที่กรุงเทพฯ ด้วยการเปรียบเทียบไว้อย่างน่าฟังว่า ท่านเคยพยายามใช้มือซ้ายแปร่งฟัน แรก ๆ มือขวาก็ยกขึ้นมาโดยอัตโนมัติเพราะอยากช่วยมือซ้าย แต่ถ้าพยายามแปร่งด้วยมือซ้ายไปเรื่อย มือซ้ายก็จะทำได้ไม่แพ้มือขวา มือซ้ายกับมือขวาไม่เคยทะเลาะกัน มือขวาก็ไม่เคยคิดว่าตนดีกว่าหรือเห็นมือซ้ายด้อยกว่า มือซ้ายก็ไม่เคยอิจฉามือขวาหรือรู้สึกด้อย ตอนตอกตะปูหากตอกผิดถูกมือข้างหนึ่งอีกมือก็จะรีบฉวยอีกมือขึ้นมาด้วยความเอาใจ เป็นต้น คำเปรียบเปรยของท่านต้องการให้คนเห็นความสำคัญของความเอื้ออาทร ความเข้าใจ และการเกื้อกูล ซึ่งวิธีการอย่างหนึ่งที่จะเกื้อกูลกัน คือการฟังอย่างลึกซึ้งด้วยใจทั้งหมดของเราที่ไม่แบ่งแยกว่าเขาเป็นใคร เขาเป็นพวกใคร ไม่ตัดสินว่าเขาเป็นคนดี เป็นคนเลว ก่อนที่จะรับฟัง เพื่อให้อีกฝ่ายระบายความทุกข์ออกมา การฟังเพื่อที่จะเข้าใจความทุกข์ของอีกฝ่าย เป็นการฝึกความเมตตา กรุณา และบ่มเพาะความเมตตากรุณาในสวนแห่งจิตใจของเราเสมอและเราก็จะได้รับการปกป้องจากความเมตตา กรุณา เช่นกันท่านเสนอแนะว่าการฟังอย่างลึกซึ้ง ทำได้โดย

1) ตั้งสติให้มั่นคง รับฟังอย่างเปิดใจและรักษาความรักไว้เสมอ 2) ฟังอย่างสงบ ไม่รีบโต้แย้ง อธิบาย หรือพูดขัดจังหวะ แม้คำพูดของอีกฝ่ายจะเต็มไปด้วยความเข้าใจผิด ควรปล่อยให้เขาได้ระบายความทุกข์ก่อน ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้เราได้รับรู้ประสบการณ์ภายในของบุคคลนั้นเพิ่มขึ้นด้วย จนเมื่ออีกฝ่ายสงบลง มีสติมากขึ้นเราก็อยุต 3) ชี้แจงเหตุผลและความจริง)

4. การฝึกสะท้อนคิดเพื่อตระหนักรู้ในตนเอง ( Practice of reflectivity for self awareness ) ให้ข้อเสนอแนะว่า ก่อนที่พยาบาลจะเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยพยาบาลควรค้นหาและเข้าใจมุมมองของตนเอง การตระหนักรู้ในตนเอง เป็นสิ่งสำคัญในการรับรู้ เข้าใจในความต้องการ ความเชื่อ การให้ความหมาย ความสำคัญของตนเองในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง และการเรียนรู้จากตนเอง นี้ จะนำไปสู่ความเข้าใจคนอื่นในฐานะมนุษย์อีกคนหนึ่งเช่นกัน (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2558, หน้า 19-22)

การลดลงของความร่วมรู้สึกระหว่างนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วย ญาติ หรือผู้รับบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เป็นสิ่งไม่พึงประสงค์เนื่องจากความร่วมรู้สึกที่ต่ำลง อาจนำไปสู่การรักษาพยาบาลผิดพลาด ความพึงพอใจในบริการ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติลดลงและการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าในระหว่างช่วงปีการศึกษาและเมื่อนักศึกษาพยาบาลจบการศึกษามีระยะเวลาปฏิบัติงาน

การพยาบาลมากขึ้นกลับมีการลดระดับของการร่วมรู้สึกของนักศึกษาและพยาบาล ( Ferri et al., 2015; Riess, 2018, p.1; Ward et al., 2012 )

จากการทบทวนวรรณกรรมการฝึกความร่วมมือรู้สึก ( Empathy training ) ในพยาบาลพบว่า การฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลมีหลากหลายวิธี อาทิเช่น บทบาทสมมติ ( Role-playing ) เรียงความพฤติกรรม ( Behavior assay ) การเรียนการสอนแบบกลับด้าน ( Flipped classroom ) การเรียนการสอนแบบเน้นประสบการณ์และจิตปัญญา ( นุสรา นามเดช, 2559) การเขียนสะท้อนความรู้สึก ( Reflective writing ) ( Samrmiento et al., 2017, pp. 59-60 ) การสร้างสถานการณ์เสมือนจริง ( Simulation ) ( Lee et al., 2018 ) อนุกรมวิธานของบลูม ( Bloom's taxonomy ) ( Doyle, Hungerford, & Cruickshank, 2014 ) สื่อกระตุ้นสามมิติ ( 3D stimulation ) ( Everson et al., 2015 ) การทำความเข้าใจกับความทุกข์โศก ( Understanding suffering ) ( Sheehan, Perrin, potter, Kazanowski, & Bennett, 2013 ) แต่ละวิธีการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลพัฒนาและประยุกต์มาจากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ อาทิเช่น ทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ ( Experimental learning theory ) แนวคิดการสื่อสารพื้นฐาน ( Basic communication concept ) ทฤษฎีการให้การปรึกษา ( Counselling theory ) แนวคิดความตระหนักรู้ตนเอง ( Self awareness ) ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึก ( Sensitivity ) และทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ส ( Client-centered Theory ) เป็นต้น ( นุสรา นามเดช, 2559; Kahriman et al., 2016; Lee et al., 2018; Lobchuk et al., 2016 ) และโจเนสและคณะ ( Jones et al, 2019 ) ศึกษาด้วยวิธีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ( systemic review ) เรื่องผลของการศึกษาความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล สรุปไว้ว่า การปฏิบัติการความร่วมมือรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การสร้างสถานการณ์เสมือนจริงกับผู้ป่วยที่เปราะบาง ( vulnerable patient simulations ) นักวิจัยได้แสดงข้อจำกัด ได้แก่ ระยะเวลาการศึกษาสั้น ขนาดตัวอย่างน้อย ( Lobchuk et al., 2016 ) การออกแบบทดลองเป็นแบบหนึ่งกลุ่ม ( Adamson et al., 2018; Sarmiento et al., 2017 ) ไม่มีกลุ่มควบคุม การออกแบบวิจัยเชิงทดลองไม่เป็นแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม ( Randomized Controlled Trial ) ไม่มีการติดตามระยะยาวหลังจากได้รับการทดลองและเป็นการประเมินผลด้วยตนเอง ( Cunico et al., 2012; Haley et al., 2017 ) ในประเทศไทยแม้จะมีการตระหนักถึงความสามารถในความร่วมมือรู้สึกในฐานะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาผลการรักษาทางการแพทย์มากขึ้น แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้กลับยังมีปริมาณน้อย เมื่อปี 2559 นุสรา นามเดช อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้ศึกษาความร่วมมือรู้สึกในนักศึกษาพยาบาลด้วยการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติของวิชาการพยาบาลจิตเวชโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และจิตปัญญามาใช้ในกระบวนการเรียนการสอนแต่ยังพบข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการทดลองหนึ่งกลุ่ม ไม่มี

กลุ่มควบคุมและเครื่องมือวัดเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเป็นแบบวัดและแบบประเมินด้วยการสังเกต และผู้วิจัยได้ชี้ว่ายังไม่สามารถวัดองค์ประกอบด้านอารมณ์ได้ชัดเจนจึงเสนอแนะให้มีการพัฒนาแบบวัดที่แม่นยำ อีกทั้งการฝึกความร่วมมือรู้สึกจำกัดอยู่ในระบบการเรียนการสอนและรายวิชาปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สรุปงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ชื่อผู้ศึกษา/ ปีค.ศ.	กลุ่มตัวอย่าง/วิธี การศึกษา	แนวคิด/ทฤษฎี	วิธีการฝึก/ระยะ เวลา	ผลการ ศึกษา	ข้อจำกัด
Lobchuk et al. /2016	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 / A pilot quasi- experimental	The intervention Taxonomy (ITAX)	ชมวิดีโอ/ 2 สัปดาห์	ระดับ ความร่วมมือ รู้สึก มาก ขึ้น	เป็นการ วัดด้านรู้ คิดด้าน เดียว
Sarmiento et al./2017	นักศึกษา พยาบาลชั้นปี 2 / quasi- experimental Pre-Posttest single group ติดตามผล 1 เดือน	-communication training -active listening	-วิดีโอ -บทบาทสมมติ -การสอนแบบ flipped classroom / 20 ชั่วโมง	ระดับความ ร่วมรู้สึก มากขึ้น	เป็นการ ศึกษา กลุ่มเดียว แบบประ เมินเป็น แบบประ เมินด้วย ตนเอง
Lee et al./ 2018	นักศึกษา พยาบาลชั้นปี 2 / quasi- experimental Pre-Posttest	ทฤษฎีการเรียนรู้ แบบเน้น ประสบการณ์ (experimental learning theory	-บรรยาย -บทบาทสมมติ -การสะท้อนคิด - OSCE (Objective Structured Clinical Examination) / 10 ชั่วโมง	ระดับความ ร่วมรู้สึก มากขึ้น	ไม่มีการ สุ่ม
Chaffin & Adams. / 2013	นักศึกษา พยาบาลปี 4 / quasi- experimental	Hearing Voice simulation	ฟังเสียง 6 สถานี ๆ ละ 18 – 20 นาที	ระดับความ ร่วมรู้สึก มากขึ้น	ไม่มีการ สุ่ม ไม่มีกลุ่ม ควบคุม
Chen et al. / 2015	นักศึกษา พยาบาลปี 2 /	เล่นเกม	เล่นเกม 6 ฐาน / 3 ชั่วโมง	ระดับ ความร่วมมือ	ไม่มีการ สุ่ม

ชื่อผู้ศึกษา/ ปีค.ศ.	กลุ่มตัวอย่าง/วิธี การศึกษา	แนวคิด/ทฤษฎี	วิธีการฝึก/ระยะ เวลา	ผลการ ศึกษา	ข้อจำกัด
	quasi- experimental			รู้สึกมาก ขึ้น	ไม่มีกลุ่ม ควบคุม
นุสรานาม เดช / 2016	นักศึกษา พยาบาลปี3 / quasi- experimental	-ทฤษฎีการเรียนรู้ แบบเน้น ประสบการณ์ (experimental learning theory -การตระหนักรู้ ตนเอง	ผลงานในหลักสูตรการ สอนวิชาปฏิบัติการ พยาบาลสุขภาพจิต / 4สัปดาห์ละ 5 วันๆ ละ 6	ระดับ ความร่วมมือ รู้สึกมาก ขึ้น	ไม่มีการ สุ่ม วัดด้าน อารมณ์ ไม่ชัดเจน

การศึกษาทางการพยาบาลที่มีการเน้นเทคนิคและวิชาการทางการรักษาพยาบาลที่มีการพัฒนาเทคนิคและเทคโนโลยีให้ทันสมัยมากขึ้น ในขณะที่ศาสตร์ทางการปรึกษาอาจจะช่วยให้พยาบาลได้แสดงความร่วมมือรู้สึกตามความจริงที่ได้สัมผัสผู้รับบริการมากกว่า จากการศึกษาของ Wiseman (1996) สรุปว่าสิ่งที่เกิดก่อน ( Antecedence ) ความร่วมรู้สึกคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงการสื่อสารเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกและการฟังทั้ง 2 ด้าน ด้านหนึ่งคือ ความรู้สึกนึกคิด และความคิดของผู้ที่ได้รับความร่วมรู้สึก และอีกด้านหนึ่งคือด้านของผู้ที่จะให้ความร่วมรู้สึก และผลที่ตามมาจกความร่วมมือรู้สึก ( Consequence ) คือผู้รับบริการจะได้รับการตอบสนองความต้องการด้านความเข้าใจทำให้รู้สึกมีคุณค่า (นุสรานามเดช, 2559, หน้า 51) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความรู้สึกและแนวคิดการร่วมรู้สึก ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์สร้างโปรแกรมการฝึกความรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยเลือกวิธีการฝึก การฟังอย่างตั้งใจ การตระหนักรู้ตนเอง ด้วยการฝึกอ่านอารมณ์ตนเองและอารมณ์ผู้อื่น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในความร่วมมือรู้สึกและสามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมบริการและวิชาชีพ ส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจต่อไป

### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง และพัฒนาแบบวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลโดยพิจารณาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลโดยเปรียบเทียบระดับคะแนนความร่วมมือรู้สึก คะแนนพฤติกรรมและเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย การวิจัยนี้สามารถแบ่งเป็นระยะได้ทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

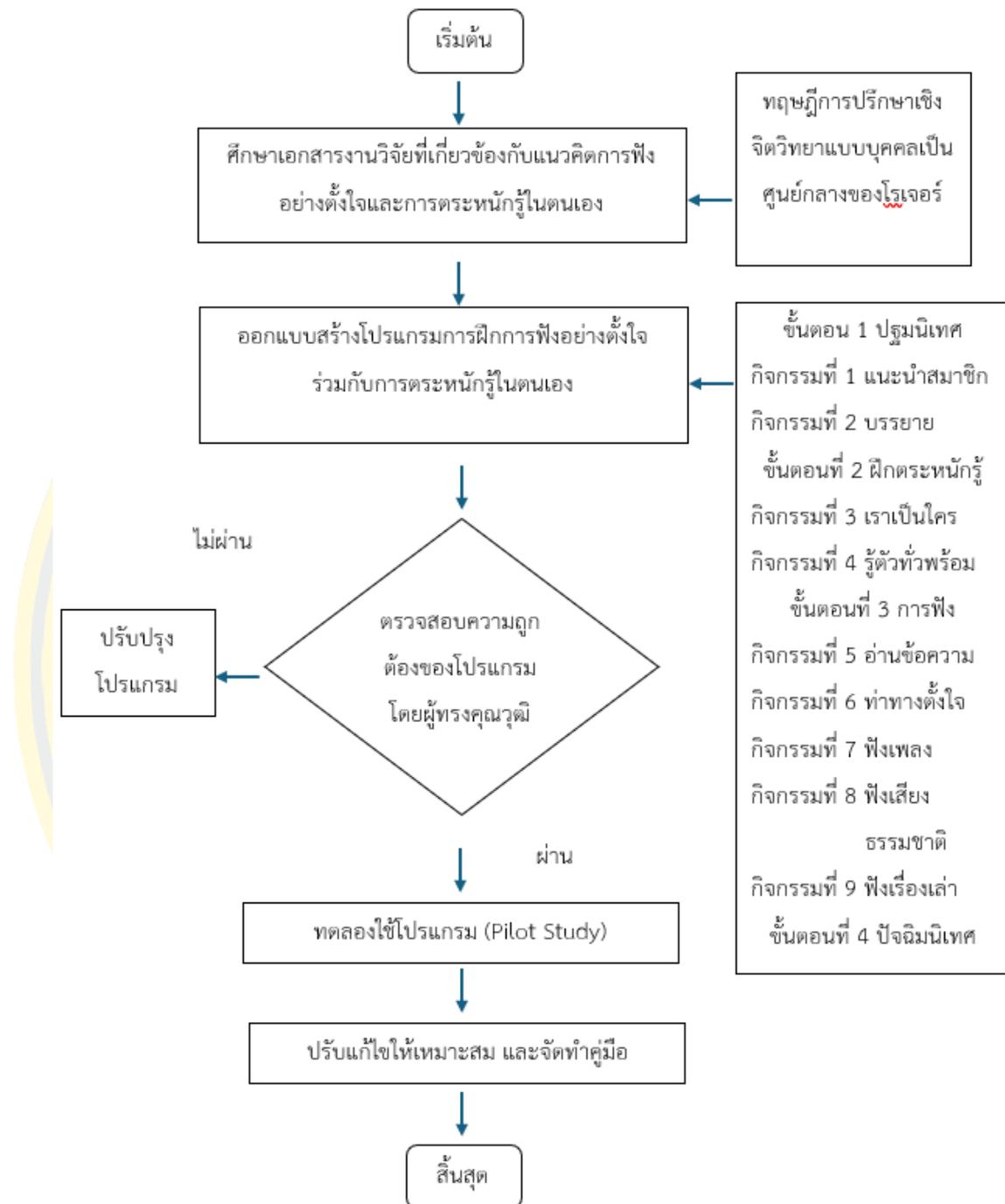
ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ระยะที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการนำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

สามารถแสดงขั้นตอนการดำเนินการ ( Flow Chart ) ได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

รายละเอียดของขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล มีขั้นตอนการพัฒนาแบ่งเป็น 7 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการ ทฤษฎี และแนวคิดการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเอง

การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับความร่วมมือรู้สึกและการฝึกความร่วมมือรู้สึกจากแนวคิดและทฤษฎีในงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ โดยเริ่มจากการศึกษาและสืบค้นข้อมูลจากวารสารวิชาการและแหล่งตีพิมพ์ที่น่าเชื่อถือ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทฤษฎีและวิธีการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเอง จากนั้นทำการจัดหมวดหมู่และจัดประเภทข้อมูล โดยแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่หรือประเภทตามแนวคิด ทฤษฎี และวิธีการต่าง ๆ ที่พบในงานวิจัย พร้อมทั้งพิจารณาข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการฝึกความร่วมมือรู้สึก หลังจากนั้นจะทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมมา วิเคราะห์ข้อเสนอแนะและวิธีการฝึกความร่วมมือรู้สึกจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นฐานอ้างอิงในการกำหนดขอบเขตและวิธีการที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ ได้แก่ ทฤษฎีตัวตน ( Self theory ) ของ Carl R. Rogers ที่กล่าวว่าตัวตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ และพัฒนามาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การฝึกการตระหนักรู้ในตนเองตามทฤษฎีนี้ช่วยให้บุคคลยอมรับตนเองและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ( Person-centered theory ) ของ Carl R. Rogers ที่เน้นทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) และการฟังอย่างยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข ( Unconditional positive regard ) เพื่อสะท้อนความรู้สึกและช่วยให้ผู้มารับการปรึกษาเห็นตนเองอย่างชัดเจน ขั้นตอนในการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกตามแนวคิดของ Rogers ประกอบด้วย การรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นอย่างถูกต้อง เข้าใจและสะท้อนความรู้สึกโดยไม่ตัดสิน สื่อถึงความเข้าใจด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ความรู้สึก การดำเนินการทั้งหมดนี้จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และพัฒนาความร่วมมือรู้สึกได้อย่างแท้จริง

ขั้นที่ 2 กำหนดแนวคิดและจุดมุ่งหมายการพัฒนาการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเอง ในขั้นตอนนี้ได้กำหนดแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาการฝึกความร่วมมือรู้สึกดังนี้

1. กระบวนการที่ใช้แนวคิดการฟังอย่างตั้งใจ เป็นทักษะหนึ่งในขั้นตอนการฝึกทักษะการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ ทักษะการฟังที่ลึกซึ้ง การฟังอย่างไม่ตัดสินเรื่องราวผู้อื่นด้วยพื้นฐานประสบการณ์หรือความรู้ ความคิดของตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ฝึกอ่านอารมณ์ของตนเองและรู้สึกของผู้อื่นโดยการสังเกตและการรับฟัง ทำให้ตระหนักถึงคุณค่าการฟังอย่างแท้จริง ผู้ฝึกได้ฝึกการรับฟังและถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินหรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์

2. กระบวนการพัฒนาการตระหนักรู้ตนเอง ใช้วิธีการฝึกอ่านความรู้สึกของผู้อื่น และความรู้สึกของตนเองอย่างเป็นอัตโนมัติจนมีความเข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง โดยมีจุดมุ่งหมายโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ฝึกมีโอกาสได้ทบทวนถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาและ กลับมามีสติอยู่กับปัจจุบัน และให้ผู้ฝึกรู้จักตนเอง เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ รูปแบบการคิดและ มุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู และเพื่อให้ผู้ฝึกได้ สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง

ขั้นที่ 3 กำหนดรูปแบบและสร้างกระบวนการฝึกที่ประยุกต์ทักษะการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาจุดอ่อน จุดแข็งของแต่ละวิธีที่ช่วย เพิ่มความร่วมมือรู้สึกรวมทั้งความเหมาะสมของทฤษฎี เลือกลงแนวคิดทฤษฎีที่ประกอบด้วย การฝึกทักษะ การสื่อสารคือการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง จึงได้กำหนดรูปแบบกิจกรรมของ กระบวนการฝึกความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน กิจกรรม 9 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปฐมนิเทศ แนะนำสมาชิก และกระบวนการกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 แนะนำสมาชิก และกระบวนการกลุ่ม พูดคุยกันระหว่างสมาชิกและ ผู้นำกลุ่ม เกี่ยวกับข้อตกลง และวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 บรรยายความรู้เรื่องความร่วมมือรู้สึก

ขั้นตอนที่ 2 การตระหนักรู้ตนเอง

กิจกรรมที่ 3 who am I ? เราเป็นใคร?

3.1 ภาพของฉันทัน

3.2 กราฟชีวิต

3.3 ผังเครือญาติ

กิจกรรมที่ 4 รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกตร่างกาย

4.1 สำรองการรับรู้ของร่างกาย ( Body scan )

4.2 ชมวิดีโอทัศน์

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเอง

กิจกรรมที่ 5 อ่านข้อความบอกต่อ

กิจกรรมที่ 6 ท่าทางการฟังอย่างตั้งใจ

กิจกรรมที่ 7 ฟังเพลง

กิจกรรมที่ 8 ฟังเสียงธรรมชาติ

กิจกรรมที่ 9 ฟังเรื่องเล่า

#### ขั้นตอนที่ 4 ปัจฉิมนิเทศ

1. สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน
2. ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด

โดยระยะเวลาทั้งหมด 12 ชั่วโมง ครั้งละ 3 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง หรือ 6 ชั่วโมง 2 ครั้ง

ขั้นที่ 4 นำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองที่ประกอบด้วยขั้นตอน การฝึกฟังอย่างตั้งใจ การวิเคราะห์เพื่อการตระหนักรู้ตนเองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการออกแบบพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเอง
2. ด้านการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองตามวัตถุประสงค์ เนื้อหา และเกณฑ์การประเมินผลความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของเนื้อหา ขั้นตอนที่เหมาะสมของกิจกรรมที่สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอน ตามแนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์
3. ด้านภาพรวมของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองที่อธิบายลำดับขั้นตอนกิจกรรมอย่างชัดเจน จากนั้นนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

ขั้นที่ 5 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองโดยผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อจัดทำเนื้อหาในการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองและคู่มือการใช้และนำเนื้อหาและคู่มือดังกล่าวปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเสร็จแล้ว นำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (รายละเอียดภาคผนวก ก หน้า 225 ) ประเมินความเหมาะสม ความถูกต้องสอดคล้อง ด้านวัตถุประสงค์ การใช้ภาษา ขั้นตอนการดำเนินการและระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ถูกต้องและสอดคล้องกับนิยามศัพท์ ทฤษฎี ความสมบูรณ์ของเนื้อหาของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในกระบวนการ จำนวน 19 ข้อ มีเกณฑ์คะแนนการประเมิน ดังนี้

- 4 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องมากที่สุด
- 3 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องมาก
- 2 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องน้อย
- 1 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องน้อยที่สุด

คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนให้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ( Content Validity Index: CVI ) โดยใช้สูตร:

$$CVI = \text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4} / \text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับจะต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 จากการคำนวณโดยใช้คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ในระดับ 3 และ 4 พบว่าจำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวน 17 ข้อจากจำนวนข้อทั้งหมด 19 ข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 (รายละเอียดเพิ่มเติมดูในภาคผนวก จ หน้า 204) ซึ่งค่าสูงกว่า 0.80 ดังนั้น โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาลจึงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Strickland, Lenz, & Waltz, 2010, p. 271; Polit & Beck, 2006, pp. 489-497) แสดงว่า โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองมีความเหมาะสมนำไปใช้ฝึกนักศึกษาพยาบาลได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ ให้เพิ่มการประเมินผลของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และปรับกิจกรรมให้มีกิจกรรมที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ให้ครบถ้วน

ขั้นที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 7 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ ( tryout ) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์จำนวน 6 คน ( Nielsen, J., and Landauer, T. K., 1993) ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมในการฝึกเป็นอย่างดี และมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้ลดระยะเวลาในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนพูดคุย เนื่องจากเมื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนตามวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว ผู้ร่วมกิจกรรมไม่ทราบว่า จะพูดคุยอะไรอีก

2.กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้มีอุปกรณ์การวาด ระบายสี ที่มากกว่าอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ เช่น ชนิดสี และไม้บรรทัด

เมื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการฝึกความร่วมมือรู้สึกและนำผลการทดลองใช้มาทำการปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

## ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาล

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์องค์ประกอบแบบประเมินความรู้สึกร่วมกัน คือ แบบวัดประเมินตนเอง ชื่อ The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students เป็นแบบวัดความรู้สึกร่วมกันเพื่อวัดความรู้สึกร่วมกันแบบมาตรฐานเพื่อประเมินความรู้สึกร่วมกันนักศึกษาพยาบาลโดยปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดของ วาร์ดและคณะ (Ward et al., 2009) กับ โฮจาทและคณะ (Hojat et al., 2007) ซึ่งเป็นนักวิจัยจากโรงพยาบาลและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ Thomas Jefferson University Hospital and Jefferson Medical College เมืองฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือวัดโดยใช้ชื่อว่า The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ซึ่งแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยได้พัฒนาจาก the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (JSPE S-version) เป็นแบบวัดความรู้สึกร่วมกันชนิดประเมินตนเอง (Self-reported inventory) ตรวจสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยาของนักศึกษาแพทย์ ได้รับความสนใจจากผู้วิจัยจากหลากหลายประเทศมีการนำไปแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 25 ภาษา

แบบวัดนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Compassionate care ) 2) ความเมตตาการุณา ( Perspective taking ) และ 3) ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in patient's shoes ) จำนวน 20 ข้อ ข้อความทางด้านบวกจำนวน 10 ข้อ ข้อความทางด้านลบจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับตั้งแต่ระดับ 1 คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 7 คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 20 ถึง 140 คะแนน ( Ward et al., 2009, p 75-76 )

ในประเทศไทยยังไม่พบว่าเครื่องมือ The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ฉบับภาษาไทย มีเพียงแต่แบบวัดความรู้สึกร่วมกันสำหรับนักศึกษาแพทย์ ฉบับภาษาไทยของ กานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2555) ที่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติในการ วัดของ Jefferson Scale of Physician Empathy Student Version (JSPE) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและคะแนนรวม อยู่ในช่วง .26 -.57 ซึ่งค่าความเที่ยงของ แบบวัดหากมีค่า .7 ขึ้นไปหรือใกล้ 1 บ่งชี้ได้ว่าแบบวัด นั้นมีความเชื่อมั่นสูง ผู้วิจัยนำแบบวัดของกานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2555) ของมาดัดแปลงคือใช้ คำว่า พยาบาล แทนที่คำว่าแพทย์ในแบบวัด และปรับข้อความในแบบวัดโดยยังให้คงมีความหมายตรงกับแบบ วัด The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student ซึ่งเป็นต้นฉบับของวาร์ดและคณะ ( 2009 ) แบบวัดดังกล่าวมีจำนวนตัวแปรสังเกตได้จำนวน 20 ข้อ ได้ปรับ ข้อความตามการพิจารณา

และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการปรับแก้ข้อความจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1 4 6 9 11 12 15 16 18 และ 20 เพื่อให้ เกิดความกระชับเนื้อหาและอ่านเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ( content validity ) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง ( Index of item Objective Congruence : IOC ) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยา 2 ท่าน อาจารย์ผู้สอนนักศึกษาพยาบาล 1 ท่าน (ภาคผนวก ก หน้า 225) นำคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ คำนวณได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน ( Internal Consistency Reliability ) โดยนำแบบวัดความร่วมมือรู้สึกนักศึกษาพยาบาลไปทดลองใช้ ( Try out ) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างโดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม เป็นวิธีการตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามรายข้อ พบว่าข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง .29 - .78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( Alpha - Coefficient ) ของแบบวัดเท่ากับ .68 ซึ่งจะบ่งบอกถึงความสอดคล้องภายใน ( internal consistency ) ของเครื่องมือที่มีค่ามากกว่า .50 ( SpringerLink , 2013 ) แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามตามแบบวัด The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students มีความเที่ยงในระดับยอมรับได้ สามารถนำไปวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้ (รายละเอียดภาคผนวก จ หน้า 204 )

#### **ประชากรและกำหนดกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ใช้โปรแกรม LISREL 9.30 Student version ต้องใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ( Shumacker & Lomax, 2010 , pp. 41-42 ) เสนอให้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คน ต่อตัวแปรในการวิจัย 1 ตัวแปร ซึ่งในการวิจัยประมาณกลุ่มตัวอย่าง 10 คน มีตัวแปรที่ศึกษา 20 ตัวแปร จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 200 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม ( Cluster sampling ) จากวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 30 แห่งทั่วประเทศมีจำนวนนักศึกษาพยาบาล ระดับชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 3850 คน แบ่งเป็นเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลในภาคต่าง ๆ โดยวิธีจับสลากสุ่มวิทยาลัยพยาบาลแยกตามเครือข่ายทั้งหมด 5 ภาค ภาคละ 1 วิทยาลัย ตาม การแบ่งเขตเครือข่ายของสถาบันพระบรมราชชนก คือ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 6 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลฯ ขอนแก่น นครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์ สุรินทร์ อุตรธานีและศรีมหาสารคาม

ภาคเหนือ จำนวน 7 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลฯ เชียงใหม่ ลำปาง พุทธชินราช  
พะเยา แพร่ สวรรค์ประชารักษ์ และอุตรดิตถ์

ภาคใต้ จำนวน 5 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลฯ ตรัง นครศรีธรรมราช ยะลา สงขลา  
และสุราษฎร์ธานี

ภาคกลาง 1 จำนวน 7 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลฯ จักรีรัช ชัยนาท พระจอมเกล้า  
เพชรบุรี พระพุทธบาท ราชบุรี สุพรรณบุรีและสระบุรี

ภาคกลาง 2 จำนวน 5 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลฯ กรุงเทพ ชลบุรี นนทบุรี นพรัตน์  
วชิระและพระปกเกล้าจันทบุรี

สู่มุ่งอย่างงานด้วยการจับสลากได้วิทยาลัยตัวแทนเครือข่ายละ 1 วิทยาลัย ได้จำนวน 5  
วิทยาลัยได้แก่

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ วิทยาลัยพยาบาลฯ ศรีมหาสารคาม มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่  
4 จำนวน 146 คน

ภาคเหนือ คือ วิทยาลัยพยาบาลฯ นครลำปาง มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 158 คน

ภาคใต้ คือ วิทยาลัยพยาบาลฯ สุราษฎร์ธานี มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 156 คน

ภาคกลาง 1 คือ วิทยาลัยพยาบาลฯ ราชบุรี มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 148 คน

ภาคกลาง 2 คือ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน  
175 คน

จากนั้นกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามโควตาในแต่ละวิทยาลัยที่เป็นตัวแทนเครือข่าย วิทยาลัยละ  
40 คน เก็บข้อมูลตามจำนวนโควตา โดยจัดทำแบบวัดที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของ Google Form  
(ภาคผนวก ฉ หน้า 212) พร้อมทั้งเอกสารชี้แจง นำส่งพร้อมกับหนังสือขออนุญาตดังกล่าวและ  
รวบรวมการตอบกลับตาม Link ของแบบวัดด้วยระบบออนไลน์ ข้อมูลจะถูกเก็บใน Google Drive ที่  
มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถกำหนดรหัส (password) เข้าถึงข้อมูลได้ และหลังสิ้นสุดการวิจัยข้อมูล  
จะถูกเก็บไว้นาน 1 ปี จากนั้นจะทำลายโดยการลบข้อมูลไฟล์ (Delete file) จากนั้นได้จัดเตรียม  
ความเรียบร้อยของข้อมูลเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติพื้นฐานบรรยาย ( Descriptive statistics ) ค่าเฉลี่ย ( Mean ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( Standard deviation ) ค่าความเบ้ ( Skewness ) และค่าความโด่ง ( Kurtosis ) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวที่ใช้ในการศึกษา และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) และค่า Bartlett's Test of Sphericity ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของความรู้สึกร่วมของของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้

1) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ขององค์ประกอบความรู้สึกร่วมของนักศึกษาพยาบาลที่ได้จากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26

2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบความรู้สึกร่วมของนักศึกษาพยาบาลในโมเดลการวัด ด้วยโปรแกรม LISREL 9.30 Student version

3) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในลำดับที่สอง เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบความรู้สึกร่วมของนักศึกษาพยาบาลในโมเดลการวัด ด้วยโปรแกรม LISREL 9.30 Student version

### ระยะที่ 3 ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองที่นำมาใช้ในการฝึกนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) แบบศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มและวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Multiple Posttest Control Group Design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความรู้สึกร่วม กลุ่มควบคุม (Waiting list control group) ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ แต่จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความรู้สึกร่วมหลังจากการทดลองสิ้นสุดลงแล้ว

#### 1. ประชากรและกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยโปรแกรม G Power 3.1.9.4 สำหรับ Windows กำหนดระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ ( Power of size ) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล ( Effect size ) เท่ากับ 0.63 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา ( Teding Van Berkout and Maloouff, 2016 ) ใช้สถิติ F – test ในการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คนต่อกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จากผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างข้างต้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน

การป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง ( Dropout ) ในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ( Jeon, Nam, and Kim, 2021 ) คิดเป็นจำนวน 8 คน เพิ่มกลุ่มทดลองจำนวน 4 คน เป็นจำนวน 22 คน และเพิ่มกลุ่มควบคุมจำนวน 4 คนเป็นจำนวน 22 คน รวมเป็น 44 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ( Sample Random Sampling) ด้วยวิธีจับสลาก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ( Inclusion Criteria ) ที่เป็นไปตามเกณฑ์วิธี ( Protocol ) ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HU 168/2565 ที่ IRB 4- 238/2565

1. เพศหญิง
2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
3. มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวหรือรับประทานยารักษาโรคเป็นประจำไม่เคยมีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับตามเกณฑ์ปกติ โดย

วัดอุณหภูมิด้วยเครื่องวัดแบบอินฟราเรด วัดระยะห่างจากหน้าผาก 3-5 เซนติเมตร กำหนดเกณฑ์ปกติคือ อุณหภูมิ ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

วัดความดันโลหิต วัดชีพจร ด้วยเครื่องมือวัดระบบดิจิทัล กำหนดเกณฑ์ปกติคือความดันโลหิตตัวบน ( Systolic ) ไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท ตัวล่าง ( Diastolic ) ไม่น้อยกว่า 80 มิลลิเมตร

ปรอท และจับชีพจร เกณฑ์ปกติคือ 70-80 ครั้งต่อนาที วัดจำนวนครั้งการหายใจ เกณฑ์ปกติคือ 20 - 26 ครั้งต่อนาที

5. ไม่มีภาวะหรือความเครียดหรือหากมีความเครียดคะแนนความเครียดต้องไม่เกิน 7 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียด (ST 5) จำนวน 5 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) (รายละเอียดภาคผนวก ข หน้า 217) ซึ่งสามารถแปลคะแนนรวมเป็นระดับความเครียดได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-4 คือ เครียดน้อย

คะแนน 5-7 คือ เครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 คือ เครียดมาก และ

คะแนน 10-15 คือ เครียดมากที่สุด

6. ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีคะแนนของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าคือแบบคัดกรอง 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ค่าคะแนนไม่เกิน 7 คะแนน (รายละเอียดภาคผนวก ข หน้า 217) แบบวัดภาวะซึมเศร้าแปลผลคะแนนดังนี้

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าแบบ 9 คำถาม ซึ่งแปลคะแนนดังนี้

คะแนน < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของซึมเศร้า ระดับน้อยมาก

คะแนน 7 - 12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

คะแนน 13 - 18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

คะแนน  $\geq$  19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

หากพบว่าผลการคัดกรองภาวะเครียดหรือภาวะโรคซึมเศร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง มีคะแนนมากกว่า 7 คะแนน หรือขณะทำการวัดสัญญาณหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความผิดปกติ ผู้วิจัยมีแนวทางในการส่งต่อการดูแลรักษาตามระเบียบและแนวปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลได้แก่ การแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ผู้รับผิดชอบงาน และการประสานกับสถานบริการสุขภาพ คลินิกสุขภาพจิต เป็นต้น

7.ไม่รับประทานยาหรือสารที่มีผลออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้เมารถเมาเรือ ยานอนหลับ และหรือยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ สมุนไพร เช่น กัญชา

กระท่อม กัญชง สารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โคล่า ช็อคโกแลต สารนิโคตินจากบุหรี่ยูนิคอม หรือสารเสพติด อื่น ๆ อย่างน้อย 1 วันก่อนการทดลองเข้าโปรแกรมฝึก

#### เกณฑ์การยุติการร่วมทดลอง ( Withdraw Criteria )

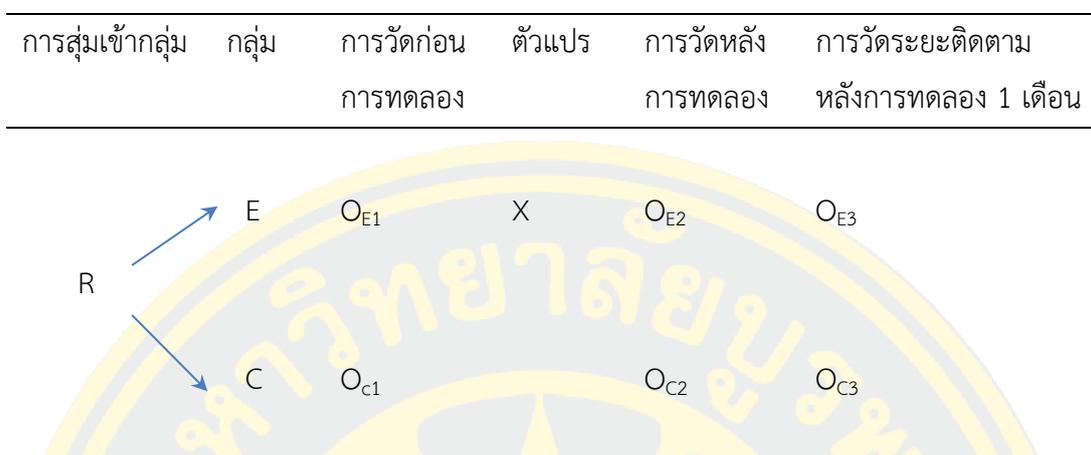
1. เจ็บป่วยขณะเข้าร่วมการทดลอง เช่น อาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้ากิจกรรมได้ คือ มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บคอ ไอ มีนเมมาศีรษะ หรือได้รับการวินิจฉัยให้พักผ่อนอยู่ที่บ้าน หรือให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามระยะเวลา

#### 2. กำหนดแบบแผนการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิธีเชิงทดลอง (Experimental Research Design) แบบวัดก่อนและวัดหลังการทดสอบ ( Pretest and Multiple Posttest Control Group Design ) (Edmonds & Kennedy, 2013, p. 27) ที่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 1 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม มีการวัดก่อนการทดลองและวัดหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มโดยกลุ่มทดลองจะได้รับตัวแปรที่จัดกระทำการทดลองคือโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แบบแผนการทดลองแบบ Pretest and Multiple Posttest Control Group Design



## คำอธิบายจากตารางที่ 3

- R หมายถึง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- E หมายถึง กลุ่มทดลอง
- C หมายถึง กลุ่มควบคุม
- X หมายถึง ตัวแปรที่จัดกระทำสำหรับกลุ่มทดลองได้แก่ โปรแกรมการฝึก
- O<sub>E1</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึก
- O<sub>C1</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- O<sub>E2</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึก
- O<sub>C2</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
- O<sub>E3</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฝึกมาแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน
- O<sub>C3</sub> หมายถึง การวัดระดับความรู้สึกระดับพฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมาแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน

## 3. กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่

3.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย (รายละเอียดภาคผนวก ข หน้า 217)

3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือการได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรงประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและการมองเห็นสัญญาณชีพ

3.1.2 แบบวัดความเครียด (ST 5)

3.1.3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าแบบ 2 คำถามและ 9 คำถาม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับเพิ่มความร่วมรู้สึกในนักศึกษาพยาบาล ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีรายละเอียดการพัฒนาโปรแกรมดังอธิบายการพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาระยะที่ 1 เรื่องการพัฒนาโปรแกรมของการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม คือ แบบวัดความร่วมรู้สึก แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมรู้สึกและเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยวัดตัวแปรระดับความร่วมรู้สึก ค่าปฏิบัติกริยาของร่างกายที่ตอบสนองได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) อัตราการหายใจ (Respiratory rate) อัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability) ดังนี้

3.3.1 แบบวัดความร่วมรู้สึก เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัด Jefferson scale of Empathy for Nursing Students โดยมีรายละเอียดในระยะเวลาที่ 2 เรื่องการพัฒนาแบบวัดของการวิจัย

3.3.2 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมบริการพยาบาลในวิชาการปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลของ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(หลักสูตรปรับปรุง 2560) เป็นการประเมินโดยอาศัยการสังเกต มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าแบบบรรยาย 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ (รายละเอียดภาคผนวก จ หน้า 204 )

นำแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ของข้อความแต่ละข้อโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านประเมินข้อความแต่ละข้อว่าสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหาหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนข้อความแต่ละข้อดังนี้

ค่า 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

ค่า 0 หมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความกำกวมไม่ชัดเจน ไม่ความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

ค่า -1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา เมื่อได้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านแล้ว นำคะแนนมาคำนวณหาค่า IOC ดังสูตรต่อไปนี้

$$IOC = \Sigma X / N$$

$\Sigma X$  หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

$N$  หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเสนอแบบสังเกตพฤติกรรมที่ดัดแปลงแล้วต่อผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนปฏิบัติการพยาบาลรวมจำนวน 3 คน (ภาคผนวก ก หน้าที่ 225)

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ไม่ขัดจริยธรรม สอดคล้องกับเนื้อหาของตัวแปรที่ศึกษา การใช้ภาษาและความครอบคลุมเนื้อหาด้วยแบบประเมินหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) แล้วเลือกข้อที่มีค่า IOC ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .50 และปรับปรุงแก้ไขตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คำนวณค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ได้เท่ากับ 1 แสดงว่าแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกสามารถนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมความร่วมมือได้

2. กำหนดช่วงเวลาการสังเกต ผู้วิจัยศึกษาสภาพบริบทจริงของการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลบนหอผู้ป่วย ได้แก่ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม เด็ก หลังคลอด กระจกและข้อศอกสุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการสังเกตพฤติกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทของอาจารย์ผู้สอนปฏิบัติการพยาบาลที่ทำการสังเกตพฤติกรรมบริการของนักศึกษาตามวัตถุประสงค์การฝึกในรายวิชา ตามช่วงระยะเวลาการฝึก คือระหว่างเดือน กันยายน 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566

3. ผู้วิจัยชี้แจงอาจารย์ผู้สอนปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ประกอบด้วย คำชี้แจง วัตถุประสงค์ ข้อปฏิบัติในการใช้ วิธีบันทึกคะแนน เกณฑ์การให้คะแนนและการรวบรวมข้อมูล และการรักษาความลับของข้อมูล

4. กำหนดวิธีบันทึกการสังเกตอย่างเป็นระบบตามสภาพจริง โดยสังเกตนักศึกษาทุก ๆ ครั้งที่ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย จำนวนนักศึกษา 8 คนต่ออาจารย์ 1 คน

5. กำหนดการประเมินค่าโดยการแจกแจงระดับปฏิบัติ ( Rubric ) ซึ่งผู้วิจัยมีการตั้งเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3 หมายถึง ปฏิบัติด้วยตนเองโดยไม่ต้องให้คำแนะนำ /ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นธรรมชาติ

2 หมายถึง ปฏิบัติด้วยตนเองโดยไม่ต้องให้คำแนะนำ หรือ ปฏิบัติแทบทุกครั้ง

1 หมายถึง ปฏิบัติโดยให้คำแนะนำหรือชี้แนะ

0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

แปลคะแนนแบ่งเป็นระดับพฤติกรรมโดย

คะแนน 21 - 30 คะแนน หมายถึง ระดับพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกดีมาก

คะแนน 11 - 20 คะแนน หมายถึง ระดับพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกปานกลาง

คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง ระดับพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกน้อย

3.3 เครื่องมือวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) ยี่ห้อ Mortara ELI 250 C โดยใช้ Algorithm ของ Mortara VERITAS 12-lead Interput คุณลักษณะทั่วไป ได้แก่

- มีหน้าจอ LCD (320 x 240) สำหรับดูรูปคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนตรวจวิเคราะห์ได้ไม่น้อยกว่า 8 ช่องสัญญาณ ( Preview ) และไม่น้อยกว่า 3 ช่องสัญญาณหลังตรวจวิเคราะห์

- โปรแกรมวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้รับการยอมรับจาก AHA และ MIT ว่ามีความแม่นยำสูง

- ใช้กับแรงดันไฟฟ้ากระแสสลับ 110-240 โวลต์ 50-60 เฮิร์ตซ์ และมีแบตเตอรี่สำรองอยู่ในตัวเครื่อง

- เป็นผลิตภัณฑ์ผลิตในประเทศสหรัฐอเมริกา



ภาพที่ 3 เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ใช้ในการทดลอง

3.4 สื่อสิ่งเร้าสำหรับทดสอบความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลขณะวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้วิจัยเลือกสื่อวิดีโอทัศนในเว็บไซต์ที่ไม่มีลิขสิทธิ์ โดยเป็นสื่อที่แพร่หลายทั่วไปสามารถนำมาแสดงเพื่อการศึกษาได้ นำสื่อวิดีโอทัศนที่เป็นวิดีโอทัศนสั้น ๆ ที่ผ่านการคัดเลือก จำนวน 5 เรื่องได้แก่

ตารางที่ 4 วิดิทัศน์สำหรับสร้างสิ่งเร้าการวัดปฏิบัติการตอบสนองร่างกายของความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์

ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ	เนื้อหา	แหล่งที่มา
------------	------------	---------	------------

ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ	เนื้อหา	แหล่งที่มา
เจ้าตลาดแตก	1. ความเข้าใจ มุมมอง หรือทัศนะของผู้อื่น	เรื่องเกี่ยวกับเจ้าของตลาดที่ มาเก็บค่าเช่ามีบุคลิกที่น่าเกรง ขาม ดูเหมือนก้าวร้าวแต่เบื่อง ลึก เป็นผู้เห็นแก่ประโยชน์ของ ส่วนรวมและความยุติธรรมต่อ ผู้อื่น	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=ZtY0aU8JKB0">https://www.youtube.com/watch?v=ZtY0aU8JKB0</a>
"ความจริงที่ไม่เห็นด้วยตา"	1.ความเข้าใจมุมมองหรือ ทัศนะของผู้อื่น	เรื่องเกี่ยวกับคนจรจัดที่มา นอนอยู่หน้าร้านขายของทุกวัน ทำให้เจ้าของเกิดความไม่พอใจ คอยตวาดไล่ตลอด จนมีวัน หนึ่งคนจรจัดคนนั้นได้หายไป เจ้าของเกิดความสงสัยจึงเปิด กล้องวงจรปิดดู ก่อนจะพบว่า คนจรจัดคอยไล่คนที่มาพ่นสี กำแพงร้านจนถูกแทง	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=S-fvxEq_3DA">https://www.youtube.com/watch?v=S-fvxEq_3DA</a>
วันที่แม่กลับบ้าน-คนค้นคน	2. ความเมตตา กรุณา	เรื่องเกี่ยวกับผู้หญิงสาวสวย อายุยังน้อยและติดเชื้อ HIV แล้วมีอาการป่วยระยะสุดท้าย แล้วกลับบ้านมาอยู่กับลูกที่ คอยดูแลแม่จนวาระสุดท้าย	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=hOLHCYB99gE">https://www.youtube.com/watch?v=hOLHCYB99gE</a>
เรื่องราวที่เกิดขึ้นก่อนวันแต่งงาน	3. ความสามารถเสมือน ไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับ ผู้อื่น	เรื่องเกี่ยวกับคู่รักชายหญิง กำลังจะแต่งงานแล้วฝ่ายชาย ประสบอุบัติเหตุก่อน และฝ่าย หญิงก็ต้องรอคอยระหว่างที่ ฝ่ายชายนอนอยู่ที่โรงพยาบาล	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=A218eRfMNW0&amp;feature=share&amp;fbclid=IwAR1-DmqShaLx5GXH">https://www.youtube.com/watch?v=A218eRfMNW0&amp;feature=share&amp;fbclid=IwAR1-DmqShaLx5GXH</a>

ชื่อเรื่อง	องค์ประกอบ	เนื้อหา	แหล่งที่มา
			kiw- Zm8lvES7BBJnH c1_FxWyAuZapL jOXywPKYfpbl
SUPER 10 Season 2 น้อง เต๋ เจ้าหนูหัวใจ แกร่ง ยิ้มสู้ชะตา ข้าวต้มน้ำปลา คือมือสวรรค์	3. ความสามารถเสมือน ไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับ ผู้อื่น	เรื่องเกี่ยวกับเด็กที่ต้องการจะ ช่วยแบ่งเบาภาระเรื่อง ค่าใช้จ่าย ของครอบครัวด้วย การแข่งขัน ไบเทย	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=A0VUxpK5W0Y">https://www.youtube.com/watch?v=A0VUxpK5W0Y</a>

จากนั้นผู้วิจัยนำสื่อวิดีโอที่ค้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินสื่อวิดีโอที่ค้นจำนวน 3 คน (ภาคผนวก ก หน้า 225) ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา สื่อสามารถสร้างความร่วมรู้สึกตามองค์ประกอบได้ สื่อสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในร่างกายได้ เนื้อหาเหมาะสมไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และมีระยะเวลาเหมาะสม ด้วยแบบประเมินหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence)

$$IOC = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดในข้อความนั้น}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

คำนวณค่าสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) แล้วเลือกตัดข้อที่มีค่า IOC ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .50 และปรับปรุงแก้ไขตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินได้เท่ากับ .67 - .1.00 (ภาคผนวก จ หน้า 204 )สรุปว่ามีความสอดคล้องในทุกข้อ แสดงว่าสื่อวิดีโอที่ค้นสามารถนำไปใช้ป็นสิ่งเร้าความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้ จากนั้นผู้วิจัยเลือกเรื่องที่มีคะแนนมากที่สุดในแต่ละองค์ประกอบ เรียงลำดับลงมาจำนวน 3 เรื่อง มาเป็นสื่อสิ่งเร้าสำหรับวัดปฏิภิกิริยาของร่างกาย จากความรู้สึกที่เกิดขึ้น เรื่องที่นำมาเป็นสื่อสิ่งเร้า จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

1. เจ็ดตาลาดแตก

2. วันที่แม่กลับบ้าน
3. เรื่องราวที่เกิดขึ้นก่อนวันแต่งงาน

#### **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HU 168/2565 ที่ IRB 4- 238/2565 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2565 (ภาคผนวก ข หน้า 219) และกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยมีการแนะนำและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปของการวิจัยในภาพรวมและใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาเชิงวิชาการเท่านั้น และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้

#### **4. วิธีดำเนินการทดลอง**

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตเพื่อดำเนินการวิจัย การใช้สถานที่ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์
2. หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ ฝ่ายกิจการนักศึกษาและอาจารย์ประจำชั้นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพื่อชี้แจงรายละเอียดและศึกษาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อดำเนินการ คือ
  - 3.1 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลในการดำเนินการประชาสัมพันธ์ และชี้แจงการดำเนินการวิจัยตามเอกสารชี้แจง ที่ระบุถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีตอบแบบวัด การแสดงความยินยอม การเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้เข้าถึงข้อมูล การรักษาและทำลายข้อมูล และเตรียมอุปกรณ์เครื่องเขียนในการทำกิจกรรม
  - 3.2 เจ้าหน้าที่ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลในการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ของห้องฝึกปฏิบัติการ เช่นเครื่องวัดอุณหภูมิดิจิทัล เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น
  - 3.3 เจ้าหน้าที่วิทยบริการ ด้านสื่อ ในการเตรียมอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น ห้องจัดกิจกรรม จอภาพ เครื่องขยายเสียง เป็นต้น

#### **5. การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลองกับนักศึกษาพยาบาลที่ กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตร

บัณฑิต ชั้นปี 4 ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 4 ระยะ โดย

**1.ระยะคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า** เก็บข้อมูลโดย นัคหมายอาสาสมัครที่ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลฯ ก่อนการทดลอง 1 วัน เพื่อ

- สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การรับประทานยาหรือสารที่มีผลต่อระบบประสาท

- สัมภาษณ์ตามแบบประเมินภาวะเครียดและภาวะโรคซึมเศร้า

- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ด้วยเครื่องมือของห้องปฏิบัติการพยาบาลของวิทยาลัย ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพการใช้ทุกภาคการศึกษา ได้แก่ วัดอุณหภูมิด้วยเครื่องวัดแบบอินฟราเรด วัดระยะห่างจากหน้าผาก 3-5 เซนติเมตร กำหนดเกณฑ์ปกติคือ อุณหภูมิ ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส วัดความดันโลหิต วัดชีพจร ด้วยเครื่องมือวัดระบบดิจิทัล กำหนดเกณฑ์ปกติคือความดันโลหิตตัวบน ( Systolic ) ไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท ตัวล่าง ( Diastolic ) ไม่น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที วัดจำนวนครั้งการหายใจ กำหนดเกณฑ์ปกติคือ 20 -26 ครั้งต่อนาที

**2. ระยะก่อนทดลอง** ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน โดย

2.1 ผู้วิจัยติดต่ออาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชี้แจงการใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก โดยไม่ระบุว่านักศึกษาคนใดเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้ารหัส ( Code ) สำหรับแยกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นขอให้อาจารย์ผู้ประเมินภาคปฏิบัติการพยาบาลประเมินพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษา ในช่วงก่อนระยะทดลอง 1 สัปดาห์ ( Pre-test )

2.2 ต่อมานัดหมายกลุ่มตัวอย่างในวันเข้าโปรแกรมการฝึกก่อนขึ้นตอนปฐมนิเทศ 30 นาที ให้ตอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึก ทั้งหมด 20 ข้อ ( Pre-test )

2.3 แจกกลุ่มตัวอย่าง ไม่รับประทานยาหรือสารที่มีผลออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้เมารถเมาเรือ ยานอนหลับ และหรือยาที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ สมุนไพรเช่น กัญชา กระเทียม กัญชง สารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โคล่า ช็อคโกแลต สารนิโคตินจากบุหรี่ ลูกอม หรือสารเสพติดอื่น ๆ อย่างน้อย 1 วันก่อนเข้าโปรแกรมฝึก

**3.ระยะทดลอง** กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกโปรแกรมตามกำหนดการใช้ระยะเวลาเข้าโปรแกรม 12 ชั่วโมง ประมาณ 2 วัน (วันละ 6 ชั่วโมง) แบ่งเป็น 4 ชั้นตอน 9 กิจกรรม กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ

**4.ระยะหลังทดลอง** เมื่อสิ้นสุดการฝึกโปรแกรม 1 วัน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวิดีโอทัศน์และต้องใส่เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อวัดอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจโดย ดำเนินการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

- จัดทำให้กลุ่มตัวอย่างนั่งบนเตียงเอนหลังเล็กน้อยโดยมีหมอนหนุนหลังให้รู้สึกสุขสบาย ประมาณ 45 องศา

- แนะนำให้ปลดตะขอเสื้อในออก เก็บอุปกรณ์โลหะ หรือโทรศัพท์มือถือออกห่างจากตัว
- ระหว่างการติดขั้วเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าไม่พูดหรือเคลื่อนไหว
- ติดขั้วเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บริเวณหน้าอก จำนวน 6 ขั้ว

และแขนขาทั้งสองข้าง โดยปฏิบัติตามการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจตามที่ระบุในคู่มือของเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4.1 ติดเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนขมิ่วิตีทัศน์ประมาณ 3-5 นาที บันทึกค่าอัตราการความแปรปรวนอัตราการเต้นหัวใจ ( Pre-test )

4.2 ผู้ช่วยวิจัยเปิดไฟล์วีทัศน์จากจอคอมพิวเตอร์โน้ตบุค ขนาดจอ 16 นิ้ว จำนวน 3 เรื่อง ๆ ละประมาณ 3-5 นาที ( Post-test ) ติดต่อกัน 3 เรื่อง บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดระยะเวลาการขมิ่วิตีทัศน์ โดยรวบรวมข้อมูลจากหน้าจอเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และรายการกระดาษกราฟ ลงในแบบบันทึก ข้อมูลจะถูกเก็บใน Google Drive ที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถกำหนดรหัส ( Password ) เข้าถึงข้อมูลได้ และหลังสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลจะถูกเก็บไว้นาน 1 ปี จากนั้นจะทำลายโดยการลบข้อมูลไฟล์ ( Delete File ) และทำลายกระดาษกราฟด้วยเครื่องตัดกระดาษ

**5. ระยะเวลาติดตาม** หลังจากเสร็จสิ้นระยะเวลาการฝึกของโปรแกรมแล้วอีก 1 เดือน

5.1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกขณะขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลจากอาจารย์ผู้ประเมินภาคปฏิบัติ การพยาบาล ( Post-test )

5.2 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกทั้งหมด 20 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที ( Post-test ) ภายในชุดแบบวัดจะไม่มีรหัสลับ รหัส นักศึกษา หรือเบอร์โทรติดต่อแต่ผู้วิจัยจะใช้รหัส ( Code ) สำหรับการแยกกลุ่มทดลองและควบคุมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยการลงบันทึกที่รหัสที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นเวลา 1 ปีหลังจากนั้นจะถูกทำลาย

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความร่วมมือรู้สึก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ความเบ้ และความโด่ง

2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึก โดยใช้สถิติทดสอบให้สอดคล้องกับสมมติฐาน 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุม เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในช่วงเวลา 3 ช่วง (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) วัดจากกลุ่มเดียวกัน (ภายใน

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึก และภายในกลุ่มควบคุม) ที่ทำซ้ำในหลายช่วงเวลา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ ( One - way Repeated Measures Analysis of Variance ) และค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size )

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุม เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุม) ในช่วงเวลาที่ต่างกัน (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ ( Two - way Repeated Measures Analysis of Variance ) และค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size )

3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก โดยใช้สถิติทดสอบให้สอดคล้องกับสมมติฐาน 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกโดยใช้สถิติทดสอบที่ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t – test)

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที่ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ( Dependent t – test )

3.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ( Independent t – test ) และค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size )

4 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย ประกอบด้วย อัตราการหายใจ ( RR ) อัตราการเต้นของหัวใจ ( HR ) และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV ) ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึก ภายในกลุ่มควบคุมและ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุม) ในช่วงเวลาที่ต่างกัน (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ ( Two - way Measures Analysis of Variance ) และค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size )

การคำนวณขนาดอิทธิพล ( Effect Size ) ( Cohen, 1988 ) โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

0.2 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับน้อย

0.5 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง

0.8 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลระดับมาก



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจ ร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง (2) วิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล และ (3) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับเพิ่มความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล โดยเปรียบเทียบความรู้สึกจากการพิจารณาค่าคะแนนความรู้สึกและค่าปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายด้วยแบบวัดความรู้สึก แบบสังเกตพฤติกรรมความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล และเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ใช้วัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลการทดลองใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

ตอนที่ 3 ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเปรียบเทียบความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้สึกในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม

ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมความรู้สึกในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง

ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยพิจารณาจาก 1) อัตราการเต้นของหัวใจ ( Heart rate ) 2) อัตราการหายใจ ( RR: respiration rate ) 3) อัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV: heart rate variability )

เพื่อให้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการทำความเข้าใจผลการวิเคราะห์ข้อมูลตรงกัน จึงกำหนดสัญลักษณ์และความหมายแทนค่าสถิติต่าง ๆ ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย	
M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่าง
t	หมายถึง	การทดสอบที ( t-test )
F	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบ F
df	หมายถึง	องศาอิสระ ( Degrees of freedom )
SS	หมายถึง	ค่าผลรวมยกกำลังสอง ( Sum of square )
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยผลรวมยกกำลังสอง ( Mean of square )
ES	หมายถึง	ขนาดอิทธิพล ( Effect size )
p	หมายถึง	ความน่าจะเป็นทางสถิติ ( Probability )

## ตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

### ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

1.1 ศึกษาทบทวนแนวคิดความร่วมมือรู้สึกต่าง ๆ พิจารณาจุดอ่อน จุดแข็งของแต่ละแนวคิดและวิธีเพิ่มความร่วมมือรู้สึก ทบทวนความเหมาะสมตามทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ( Person-centered theory ) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ ( Carl R. Rogers, 1979 ) ที่กล่าวว่า การฟังอย่างร่วมมือ ( Empathic listening ) ต้องเริ่มต้นด้วยการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) ร่วมกับการฟังอย่างยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข ( Unconditional positive regard ) ทำให้สามารถสะท้อนความรู้สึก ( Reflect of feeling ) เพื่อเป็นกระจกสะท้อนผู้มารับบริการให้ได้มากที่สุดจนกระทั่งผู้มารับบริการเห็นตนเองอย่างชัดเจน โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมมือรู้สึกไว้ 4 ประการ ได้แก่การที่บุคคลสามารถปฏิบัติในประเด็นดังต่อไปนี้

1. สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่สังเกต และรับฟัง
2. มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์
3. สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา

#### 4. ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร

ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาความร่วมมือรู้สึกได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีตัวตน ( Self ) ของโรเจอร์ส มาพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองที่กล่าวว่าตัวตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ ที่เป็นส่วนของการรับรู้และค่านิยมเกี่ยวกับตัวเรา ตัวตนพัฒนามาจากการที่ร่างกายมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเป็นประสบการณ์เฉพาะตน การทำงานของตัวตนในบุคคล ( Self concept ) ต้องสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมกับมโนภาพแห่งตน ( Ideal self ) หากสอดคล้องกันมากแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จักตัวเองอย่างแท้จริง ( Real self ) ยอมรับตนเองสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล้าเปิดตนเองยอมรับประสบการณ์ใหม่ๆ เลือกตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ขึ้นอยู่กับการยอมรับของผู้อื่นและสังคม ตลอดจนเข้าใจในค่านิยมของตนเอง ในขณะที่สามารถยืดหยุ่นต่อสภาพการณ์ต่างๆ โดยไม่ยึดติดอยู่ในค่านิยมของตน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา สืบค้นและค้นหากิจกรรมกลุ่มที่มีลักษณะเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้โปรแกรมมีกิจกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ร่วมกิจกรรม โดยคำนึงถึงวัยวุฒิและวิชาชีพที่ศึกษา

1.2. กำหนดแนวคิด จุดมุ่งหมายของโปรแกรม โดยระบุวัตถุประสงค์ของโปรแกรม แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในการทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้
  2. เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อตอบสนองผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
  3. เพื่อเพิ่มความร่วมมือรู้สึก เข้าใจมุมมองหรือสถานการณ์ของผู้อื่น เกิดเมตตากรุณา และเสมือนได้ไปเยือนที่จุดที่ผู้อื่นเผชิญ
- และกำหนดรูปแบบและสร้างกระบวนการฝึก โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอน นำกิจกรรมมาปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 9 กิจกรรม ใช้เวลา 12 ชั่วโมงในช่วงเวลาต่อเนื่องกัน 2 วัน ดังนี้

ตารางที่ 5 ตารางโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา
---------	--------------	---------	------

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา
1.ปฐมนิเทศ สร้าง สัมพันธภาพ และทำความเข้าใจ เรื่องความ ร่วมรู้สึก	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและ สัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และ ระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง 2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของ การเข้าร่วมโปรแกรม 3. เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจความสำคัญ ของความร่วมรู้สึก 4. เพื่อให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจ เข้าใจองค์ประกอบและ กระบวนการของความร่วมรู้สึก	1.ปฐมนิเทศพูดคุยกันระหว่าง สมาชิกและผู้นำกลุ่ม -พูดคุยเกี่ยวกับข้อตกลง และ วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรม -แนะนำสมาชิก และ กระบวนการกลุ่ม 2.บรรยาย เรื่องความร่วมรู้สึก -ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมรู้สึก (ใบความรู้ที่ 1)	1 ชั่วโมง
2 การฝึก ตระหนักรู้ ตนเอง	1. เพื่อให้สมาชิกมีโอกาสได้ทบทวนถึง ประสบการณ์ชีวิตช่วงที่ผ่านมา และ กลับมาสัมผัสอยู่กับปัจจุบัน 2. เพื่อให้สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจใน ค่านิยม บุคลิกภาพ รูปแบบการคิดและ มุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจาก ประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการ เลี้ยงดู 3. เพื่อให้สมาชิกได้สังเกตความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง	3. who am I and why? เรา เป็นใครและทำไม? ( 3 ชั่วโมง) 3.1 ภาพของฉัน 3.2 กราฟชีวิต 3.3 ผังเครือญาติ (ใบความรู้ที่ 2) 4.รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้ สังเกตร่างกาย ( 2 ชั่วโมง) 4.1 Body Scan 4.2 ชมวิดีโอทัศน์ (ฝึกการรับรู้ สังเกตร่างกาย เมื่อมีสิ่งเร้า) (ใบงานที่ 1 )	5 ชั่วโมง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา
3 การฝึกการฟัง อย่างตั้งใจ	1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกอ่านอารมณ์ ของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น โดย การสังเกตและการรับฟัง 2. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงคุณค่า ของการฟังอย่างแท้จริง 3. เพื่อให้สมาชิกฝึกการรับฟังและ ถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ออกมาได้อย่างเหมาะสม 4. เพื่อให้สมาชิกฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์	5. อ่านข้อความบอกต่อ 6. ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ 7. ฟังเพลง (ใบงานที่ 2) 8. ฟังเสียงธรรมชาติ (ใบงานที่ 3) 9. ฟังเรื่องเล่า (ใบงานที่ 4) -ผู้นำกลุ่ม สมาชิก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่อง การฟังอย่าง ตั้งใจ (ใบความรู้ที่ 3)	5 ชั่วโมง
4 ปัจฉิมนิเทศ	1. ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด 2. สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน		1 ชั่วโมง

## กำหนดการฝึก (ฝึก 2 วัน)

วัน	ระยะเวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
1	9.00 – 10.00 น. ( 1 ชั่วโมง)	<p>ขั้นตอน 1.ปฐมนิเทศ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.แนะนำตัวระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม</p> <p>พูดคุยเกี่ยวกับข้อตกลง และวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม กระบวนการกลุ่ม</p> <p>กิจกรรม 2.บรรยายเรื่องความร่วมมือรู้สึก (ใบความรู้ที่ 1)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมมือรู้สึก</p>	<p>1.กลุ่มมีความคุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2.สมาชิกถามและตอบ ความสำคัญขององค์ประกอบ และกระบวนการของความร่วมมือรู้สึก ได้ถูกต้อง</p>
	10.00 – 12.00น. ( 2 ชั่วโมง)	<p>ขั้นตอน 2.การตระหนักรู้ตนเอง</p> <p>กิจกรรม 3. who am I ?</p> <p>3.1 ภาพของฉัน</p> <p>3.2 กราฟชีวิต</p>	<p>1.สมาชิกทบทวนถึงประสบการณ์ชีวิตช่างที่ผ่าน มา และกลับมาสัมผัสอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>2.สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ การ</p>

วัน	ระยะเวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
	13.00-16.00 น. ( 3 ชั่วโมง)	3.3 ฟังเครื่องญาติ (ใบความรู้ที่ 2) กิจกรรม 4.รู้ตัวทั่วพร้อม:การรับรู้สังเกตร่างกาย 4.1 Body Scan 4.2 ชมวิดีโอทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกต ร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า) (ใบงานที่ 1) -ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายสรุป กิจกรรมการตระหนักรู้ตนเอง	คิดและมุมมองของ ตนเองที่มี มีรากฐานมาจาก ประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู 3.สมาชิกได้สังเกตความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน ตนเอง
2	9.00 -12.00 น. ( 3 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 3. การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ กิจกรรม 5. อ่านข้อความบอกต่อ กิจกรรม 6. ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ กิจกรรม 7.ความรู้สึกของเพลง (ใบงานที่ 2)	1.สมาชิกอ่านอารมณ์ของ ตนเองและความรู้สึกของ ผู้อื่นโดยการสังเกตและการ รับฟังได้ถูกต้อง 2. สมาชิกบอกถึงคุณค่า ของการฟังได้ 3.สมาชิกรับฟังและถ่ายทอด ความรู้สึกของตนเองและ ผู้อื่นออกมาได้อย่าง เหมาะสม
	13.00-15.00 น. ( 2 ชั่วโมง)	กิจกรรม 8. ฟังเสียงธรรมชาติ (ใบงานที่ 3) -กิจกรรม 9. ฟังเรื่องเล่า (ใบงานที่ 4) -ผู้นำกลุ่ม สมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยน เรื่อง การฟังอย่างตั้งใจ (ใบความรู้ที่ 3)	4.สมาชิกฟังผู้อื่นโดยไม่ ตัดสินหรือประเมินโดยยึด ตนเองเป็นเกณฑ์

วัน	ระยะเวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
	15.00–16.00 น. ( 1 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 4. ปัจฉิมนิเทศ 1.ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด 2.สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน	

หมายเหตุ:พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30น.และ 14.30 น. หรือตามสะดวกของแต่ละกิจกรรม

## ส่วนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสม และผลการทดลองใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2.1 ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล เมื่อจัดทำเนื้อหาในการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองและคู่มือการใช้และนำเนื้อหาและคู่มือดังกล่าวปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเสร็จแล้ว นำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (ภาคผนวก ก หน้า 225) เพื่อขอการประเมินความเหมาะสม ความถูกต้องสอดคล้อง ด้านวัตถุประสงค์ การใช้ภาษา ขั้นตอนการดำเนินการและระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ถูกต้องและสอดคล้องกับนิยามศัพท์ ทฤษฎี ความสมบูรณ์ของเนื้อหาของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในกระบวนการ จำนวน 19 ข้อ มีเกณฑ์คะแนนการประเมิน ดังนี้

- 4 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องมากที่สุด
- 3 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องมาก
- 2 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องน้อย
- 1 หมายถึง มีความเหมาะสม สอดคล้องน้อยที่สุด

ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ( Content validity) และลักษณะทั่วไปของโปรแกรม ก่อนที่จะนำไปทดลอง (Try out) และก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป ได้ผลการประเมิน (ภาคผนวก จ หน้า 204 ) ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .89 ซึ่งมากกว่า .80 แปลความได้ว่าโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาลผ่านเกณฑ์ ( Strickland, Lenz, & Waltz, 2010, p. 271; Polit & Beck, 2006, pp. 489-497 ) แสดงว่าโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองมีความเหมาะสมนำไปใช้ฝึกนักศึกษาพยาบาลได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. ให้เพิ่มการประเมินผลของกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
2. ปรับกิจกรรมให้มีกิจกรรมที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ให้ครบถ้วน



2.2 ผลการทดลองใช้ ( Tryout ) โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

นำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์จำนวน 6 คน ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมในการฝึกเป็นอย่างดี และเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ประเด็นระยะเวลาในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนพูดคุย กลุ่มตัวอย่างเสนอให้ลดระยะเวลาลงเนื่องจากเมื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนตามวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว ผู้ร่วมกิจกรรมไม่ทราบว่าจะพูดคุยอะไรอีก

2. ประเด็นอุปกรณ์ของกิจกรรมในการวาดรูปและเขียนผังเครือญาติ กลุ่มตัวอย่างขอให้มีการวาด ระบายสี มีอุปกรณ์จำนวนและชนิดมากกว่าอุปกรณ์ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ เช่น ชนิดสี และ ไม้บรรทัด

เมื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการฝึกความร่วมมือรู้สึกและนำผลการทดลองใช้มาทำการปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

## 2 ผลการดำเนินโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขั้นตอน 1.ปฐมนิเทศ มีการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ จำนวน 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรม 1.1 การแนะนำตัวระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มคือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวต่อสมาชิก และแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม คือ การเข้าร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในการทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้ เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อตอบสนองผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและเพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึก เข้าใจมุมมองหรือสถานการณ์ของผู้อื่น เกิดเมตตากรุณาและเสมือนได้ไปยืนที่จุดที่ผู้อื่นเผชิญ จากนั้นให้สมาชิก แนะนำตนเองทีละคน เมื่อแนะนำตัวครบทุกคนแล้ว ผู้นำกลุ่มเสนอข้อตกลงในการเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 ข้อตกลง ดังต่อไปนี้

1) การสนทนาหรือข้อมูลทุกอย่างที่เกิดขึ้นในกลุ่มจะถูกรักษาความลับของเพื่อนในกลุ่ม มุ่งเน้นที่การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ทั้งในด้านตนเองและของผู้อื่นโดยไม่ตัดสิน ไม่มีการบังคับให้สมาชิกกลุ่มกระทำการสิ่งใด ๆ การกระทำต่าง ๆ จะต้องเกิดขึ้นจากความเต็มใจของบุคคล

- 2) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ในการปฏิบัติกิจกรรมขอให้สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
  - 3) สมาชิกในกลุ่มผลัดเปลี่ยนกันเป็นกระจกสะท้อนให้กันและกันโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนพูดคุย
  - 4) ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามหากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึก
- ผลการดำเนินกิจกรรม** ปรากฏว่า ผู้นำกลุ่มและสมาชิกมีความคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเป็นนักศึกษาที่ระดับชั้นปีเดียวกัน และพักหอพักในวิทยาลัยพยาบาลร่วมกันมาเป็นระยะเวลานาน 3 ปีแล้ว เกิดความไว้วางใจกันและมีความคุ้นชินกับการดำเนินกิจกรรมแบบกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาชีพทางการพยาบาลจะมีกระบวนการกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีข้อสงสัยในการดำเนินกิจกรรม

**กิจกรรม 1.2 บรรยายเรื่อง ความร่วมรู้สึก** เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงความสำคัญ องค์ประกอบและกระบวนการของความร่วมรู้สึก โดย ผู้วิจัยบรรยายความรู้เรื่องความร่วมรู้สึก ระยะเวลา 15 นาที (ดังแสดงภาพที่ 4 ) ต่อมาผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยและสมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมรู้สึก 15 นาที



ภาพที่ 4 กิจกรรมฟังบรรยายเรื่องความร่วมรู้สึก

### ใบความรู้ที่ 1 กิจกรรมบรรยายเรื่อง ความร่วมรู้สึก

คำว่า Empathy มาจากคำกรีกโบราณ “empathia” แยกเป็นรูปแบบคำ em และ pathos แปลความหมายคือ เข้าใจอารมณ์ ต่อมา Hermann Lotze และ Robert Vischer ได้สร้างคำภาษาเยอรมัน Einfühlung (“feeling into”) หมายถึง การเข้าถึงความรู้สึก นำมาใช้ครั้งแรกในวงการสุนทรียศาสตร์ และเมื่อ 100 กว่าปีก่อนนักจิตวิทยาชื่อ Edward B. Titchener เป็นผู้นำคำ Empathy มาในภาษาอังกฤษหมายถึง เอาใจใส่ ( Coplan & Goldie, 2011, p. XII; Lockwood, 2016, p. 256 ) สำหรับความหมายตามพจนานุกรมแปลอังกฤษ - ไทย NECTEC’s Lexitron

Dictionary คือ ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ความหมายตามพจนานุกรมศัพท์ แพทย์ศาสตร์ อังกฤษ - ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน คือ การร่วมรู้สึก หรือ ความร่วมรู้สึก ซึ่งแตกต่างจาก Sympathy ที่หมายความว่า “felling with” ความเห็นใจ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2544) การคล้อยตามอารมณ์หรือมีอารมณ์ร่วม เช่น เมื่อคุยกับคนเศร้าก็เศร้าไปด้วยกับเขา โดยสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งการเกิดอารมณ์เช่นนี้จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือไม่ประสบผลสำเร็จ และ ความร่วมรู้สึก ( Empathy ) ต่างจากคำว่า Compassion ซึ่งหมายความว่า ความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตา ปราบปรามที่จะทำอะไรสักอย่างที่จะทำให้คนอื่นๆ นั้นพ้นจากความทุกข์ และแตกต่างจากคำว่า Pity ที่หมายความว่า สงสารสมเพช ทางการแพทย์และพยาบาล ให้ความหมายและลักษณะของความร่วมรู้สึกไว้ใน Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Applied Health โดยเปรียบเทียบ Empathy และ Sympathy ว่าเป็น การตระหนักทางความคิด อารมณ์และเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลอื่น แม้สิ่งนั้นจะทำให้รู้สึกตึงเครียด และรบกวนจิตใจ Empathy เป็น ความเข้าอกเข้าใจ แต่ Sympathy จะเป็นการเข้าไปมีอารมณ์ร่วม รับรู้ความรู้สึกและประสบการณ์ผู้อื่น

โรเจอร์สได้ให้นิยามของการเข้าถึงใจว่า หมายถึงการที่บุคคลรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นเสมือนกับเป็นโลกของตัวเอง รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในและสิ่งที่เขากำลังเผชิญอยู่โดยไม่เข้าไปตัดสิน รวมไปถึงการสื่อสารถึงความรู้สึกที่เรารับรู้ด้วยความเป็นมิตร นอกจากนี้โรเจอร์สยังได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมรู้สึกไว้อีกด้วย ซึ่งได้แก่การที่บุคคลสามารถปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่ สังเกต และรับฟัง
2. มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์
3. สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติและกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึง และต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา
4. ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร

จะเห็นได้ว่า การเข้าถึงใจตามแนวคิดของโรเจอร์สนั้น เน้นการเอาใจใส่ การสังเกตและรับฟังเป็นหลักในการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลสามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง มีความเข้าใจและจับอารมณ์ผู้อื่นได้โดยไม่ยึดตนเองเป็นเกณฑ์ ตลอดจนถึงสื่อถึงความเข้าใจของตนด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ ไม่ตัดสินใจแทนผู้อื่นและตรวจสอบความถูกต้องในสิ่งที่ตนรับรู้ได้อย่างเหมาะสม

ความร่วมรู้สึก จะต่างจากการให้ความเห็นใจ ( Sympathy ) ซึ่งการให้ความเห็นใจนั้น หมายถึงการที่บุคคลไม่เพียงแต่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น หรือมองเห็นความรู้สึกนั้นเสมือนหนึ่งเป็น

ตัวตนของเขา แต่ยังคงเกิดความรู้สึกนั้นๆ ตามไปด้วย คือนำเอาความรู้สึกนั้นมาเป็นของตนเอง เมื่อผู้อื่นเศร้า เสียใจ ก็เกิดความรู้สึกดังกล่าวเหมือนตนเองได้รับความกระทบกระเทือนจากเหตุการณ์นั้นด้วยความเห็นใจไม่เหมือนกับความเข้าใจ ความเห็นใจนั้นจะมีลักษณะของการคล้อยตาม ซึ่งจะทำให้บุคคลกลายเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาที่ผู้อื่นกำลังประสบอยู่ ทำให้บุคคลไม่สามารถเข้าใจผู้อื่นได้อย่างชัดเจน เพราะมัวแต่ยึดติดกับอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าว

ความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลต่างจากความร่วมมือรู้สึกโดยทั่วไป คือ เป็นการแสดงออกของพยาบาลที่แสดงถึงความร่วมมือรู้สึกในสถานการณ์ที่มีการปฏิบัติการพยาบาล เป็นความร่วมมือรู้สึกตามสถานการณ์ ที่สามารถพัฒนาได้จากความร่วมมือรู้สึกตามธรรมชาติที่ทุกคนมีอยู่แล้ว

**ความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล** หมายถึง ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ไวต่อการอ่านความรู้สึกของผู้อื่น รู้เท่าทันตนเองแยกแยะระหว่างประสบการณ์ ความรู้สึกผู้อื่นและตนเอง เข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่นในสถานการณ์ที่ผู้อื่นเผชิญ สามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองผู้อื่นได้ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective-taking ) หมายถึง การเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ในภาษากายและภาษาที่สื่อสารด้วยวาจาของผู้ป่วย ความพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในความคิดและจิตใจของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย และญาติ หรือครอบครัว)

2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) เป็นความห่วงใย และต้องการช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความตั้งใจ โดยมีได้ร้อการร้องขอจากผู้ป่วย สอบถามความสบาย และปัญหาของผู้รับบริการ ช่วยเหลือผู้รับบริการเพื่อให้สบาย ตอบสนองความต้องการและเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้วยความเต็มใจ แสดงใบหน้า ท่าทาง หรือน้ำเสียงที่อ่อนโยน แจ่มใส ไพเราะ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล มีเป้าหมายต้องการให้ผู้รับบริการพึงพอใจ สบายและหายจากความเจ็บป่วย

3) ความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( Ability to stand in the patient's shoes ) หมายถึง การวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้รับบริการ ขณะให้การพยาบาล สนใจและเข้าใจในประสบการณ์ สภาพอารมณ์ที่หลากหลายของผู้รับบริการ สามารถสะท้อนสถานการณ์เสมือนเป็นผู้รับบริการ

**ผลการดำเนินกิจกรรม** จากการสุ่มสมาชิก 3- 4 คน ซักถาม ความรู้ความเข้าใจ ความสำคัญของความร่วมมือรู้สึก องค์ประกอบและกระบวนการของความร่วมมือรู้สึก สมาชิกสามารถตอบได้ถูกต้องครอบคลุม

**ขั้นตอนที่ 2** ดำเนินการฝึกการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง เพื่อให้ได้รู้จักตนเองมากขึ้น กล่าวที่จะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม โดยกล่าวถึงตนเองผ่านภาพวาด ทำให้

รู้จักกันและกันมากยิ่งขึ้น และสมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและมุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู ด้วยกิจกรรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 3 กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรม 2.1 ภาพของฉัน** โดยผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพที่เป็นสัญลักษณ์แทนตนเอง ลงในกระดาษขนาด A4 (ดังแสดงภาพที่ 5)แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนระบุลักษณะของตนเอง ทั้งข้อดี ข้อเด่น เช่น พุดเก่ง ขยัน ยิ้มแย้มแจ่มใส เรียนเก่ง สวย เรียบร้อย เป็นต้น และข้อด้อย ข้อที่ต้องปรับปรุง สิ่งที่ไม่ชอบเช่น หงุดหงิดง่าย ใจร้อน หน้ามีสิวมามาก ไม่ชอบคนเห็นแก่ตัว ไม่ชอบคนขี้โมโห เป็นต้น ภายใต้อุปที่วาดไว้โดยระบุข้อเด่น ไว้ด้านหนึ่ง ข้อด้อยไว้อีกด้านหนึ่ง
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนถึงข้อดี ข้อเด่นของเพื่อนภายในกลุ่ม อย่างน้อยคนละ 1 ข้อ ลงในใบกระดาษขนาดเล็ก แล้วส่งให้เพื่อนสมาชิกคนที่สมาชิกด้วยกันเขียนถึง
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนถึงตนเองในความต้องการที่จะเป็น เช่น ต้องการเป็นคนเก่ง เป็นที่ยอมรับจากครอบครัว ประสบความสำเร็จในการเรียน เป็นคนสวย มีเงิน มีความสุข ต้องการเรียนต่อ เป็นต้น

#### ผลการดำเนินกิจกรรม

จากการแลกเปลี่ยนนำเสนอภายในกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่จะรู้จักตนเองในทางกายภาพ เช่น ระบุได้ว่า ตนเองมีรูปร่างอย่างไร มีนิสัยอย่างไร มีความคิด ทศนคติและพฤติกรรมในการใช้ชีวิตทั้งบวกและลบ เช่น ตั้งใจเรียน ขยันและรับผิดชอบ พยายามปฏิบัติตัวตามระเบียบวินัย แต่ในการนำเสนอบางครั้งยังไม่มั่นใจในตนเอง มีความขัดแย้งในใจ อึดอัดหงุดหงิดแต่ไม่กล้าแสดงออก

เมื่อให้แสดงความรู้สึกถึงเพื่อนๆในกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่จะมีมุมมองต่อเพื่อนจากการเรียนรู้ว่าทุกคนมีความแตกต่างกันแต่อยู่ร่วมกันได้ มีทั้งข้อดีและไม่ดี อาจเกิดจากประสบการณ์หรือ การเลี้ยงดูจากครอบครัว รวมถึงเป้าหมายและความต้องการของชีวิตที่ทุกคนล้วนอยากประสบความสำเร็จเช่นคนอื่นๆในสังคม ผู้วิจัยชี้แนะเพิ่มเติมในเรื่อง การรู้จักตนเองและยอมรับผู้อื่นอย่างไม่มีเงื่อนไข เป็นคุณสมบัติของการเพิ่มความร่วมมือรู้สึก จะทำให้เกิดความร่วมมือรู้สึกเสมือนไปยืนจุดที่บุคคลอื่นยืนอยู่ได้ (รายละเอียดภาคผนวก ญ หน้า 223 )



ภาพที่ 5 กิจกรรมภาพของฉัน

### กิจกรรม 2.2 กราฟชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ผู้นำกลุ่มแสดงตัวอย่างการเขียนกราฟชีวิตให้สมาชิก

โดยนำกระดาษกราฟมาเขียนรูปกราฟ ที่มีแนวตั้งเป็นคะแนนที่มีค่าสูงสุด 100 คะแนน ค่าต่ำสุด 0 คะแนน และกำหนดแนวนอนเป็น เลขอายุ ตั้งแต่แรกเกิด ถึงอายุปัจจุบันของสมาชิก จากนั้นเขียนจุดตกลงบนกราฟ ที่ค่าคะแนนตามความคิดความรู้สึกในช่วงอายุของตนเอง โดยค่าคะแนนสูงมีความหมายว่า รู้สึกดีกับชีวิตตนเองในช่วงนั้นมาก คะแนนน้อยรู้สึกชีวิตตนเองไม่ดีในช่วงนั้น เป็นต้น

#### 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนตนเองในช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน แล้วให้สมาชิกเขียนกราฟลงในกระดาษกราฟ

#### 3. เมื่อแต่ละคนเขียนกราฟชีวิตตนเองเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มแบ่งกลุ่มย่อย เป็นกลุ่มละ 3 คน และให้สมาชิกได้ผลัดกันพูดถึงกราฟชีวิตของตนเองคนละประมาณ 3 นาทีให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง โดยสมาชิกสามารถพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนกันได้ (ดังแสดงภาพที่ 6)

### ผลการดำเนินกิจกรรม

จากการเล่าประสบการณ์ตามกราฟชีวิตของตนให้เพื่อนฟัง มีความเห็นที่ผ่านมาทั้งความรู้สึกที่ดีและไม่ดีพอสรุปได้ดังตัวอย่างดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 5 ปี ในวัยเด็กพ่อแม่เลี้ยงดูดีมีความสุขได้เที่ยวบ่อย (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 22 ปี ใกล้เรียนจบจะต้องมีงานทำ ทำพ่อแม่ภูมิใจเป็นหน้าตาของครอบครัว (ให้คะแนน 50 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 20 ปี ผลการเรียนไม่ดี ครอบครัวเริ่มมีปัญหา การเงินมีปัญหา คิดมากอยากทำร้ายตนเอง (ให้คะแนน 30 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 15 ปี พ่อและแม่กลับมาอยู่ด้วยกัน (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 20 ปี เริ่มโตขึ้นมีการมองอนาคต เริ่มเครียดกับการเรียนต่อ (ให้คะแนน 90 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 22 ปี อยู่ในจุดที่เป็นโลกทั้งใบของครอบครัว นั่นคือความหวังทั้งหมดที่เราต้องรับไว้ (ให้คะแนน 30 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 20 ปี สอบติดพยาบาล (ให้คะแนน 80 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 10 ปี เรียนไม่เก่ง เกรดตก ถูกเพื่อนใส่ร้ายเรื่องขโมยรถจักรยานจนเกิดเรื่องใหญ่โต (ให้คะแนน 30 คะแนน) ในช่วงอายุ 24 ปี เรียนปี 4 เงินหมด มีค่าใช้จ่ายมาก (ให้คะแนน 50 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 5 ปี พ่อและแม่มาอยู่ด้วยและในช่วงอายุ 22 ปี ครั้งหนึ่งที่ขึ้นฝึกแล้วผู้ป่วยขอบคุณเราและชนะใจตนเองที่เราดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์ที่สุด (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 1 ปี อยู่กับตายาย ในช่วงอายุ 19 ปี สอบติดพยาบาล และในช่วงอายุ 24 ปี กำลังทำให้ชีวิต complete (ให้คะแนน 90 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 14 ปี ออกจากความรักและช่วงอายุ 20 ปี อยู่กับความหวังกับเกรดตัวเอง (ให้คะแนน 60 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 1-5 ปี มีความสุขในวัยเด็ก และช่วงอายุ 20 ปี สอบติดพยาบาล (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 22 ปี การเรียนได้เพื่อนsupport (ให้คะแนน 70 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 10 ปี ประสบอุบัติเหตุ แม่มาดูแล (ให้คะแนน 20 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 15 ปี (ให้คะแนน 80 คะแนน) ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 22 ปี (ให้คะแนน 40 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 9 ปี พ่อกลับมาจากต่างประเทศ ในช่วงอายุ 10 ปี มีน้องชายคนแรก (ให้คะแนน 80 คะแนน) ในช่วงอายุ 19 ปี สอบเข้ามหาวิทยาลัย (ให้คะแนน 50 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 20 ปี ตาป่วย ลุงป้าและยายเสียชีวิต (ให้คะแนน 20 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 12 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษา ได้ไปที่ใหม่ ๆ (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 18 ปี เรียนจบชั้นมัธยมปลายและได้เรียนต่อ (ให้คะแนน 90 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 15 ปี เรียนชั้นมัธยมต้นเริ่มเรียนยาก เริ่มเป็นสาว ทำตัวซ่า มีพ่อแม่และครูให้กำลังใจ (ให้คะแนน 50 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 1-7 ปี เรียนประถม (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 10-18ปี เรียนมัธยม (ให้คะแนน 90 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 20 ปี เริ่มเข้าเรียนวิทยาลัยใหม่ๆ มีเพื่อนและครอบครัวช่วย (ให้คะแนน 30 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 2-4 ปี และ 16 ปี (ให้คะแนน 100 คะแนน) ในช่วงอายุ 22 ปี จุด support กลับบ้านและเที่ยว (ให้คะแนน 60 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดี ไม่มี

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 20 ปี มีที่เรียนทำให้พ่อแม่มีความสุข และพ่อป่วยชีวิตพลิกผัน (ให้คะแนน 80 คะแนน) ในช่วงอายุ 15 ปี ออกรับจ้าง เพื่อช่วยพ่อแม่หาเงิน (ให้คะแนน 50 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 10 ปี มีพ่อแม่คอยให้กำลังใจ (ให้คะแนน 20 คะแนน)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 เล่าความรู้สึกที่ดีว่าในช่วงอายุ 20 ปี เรียนพยาบาล ครอบครัวและเพื่อนดี (ให้คะแนน 60 คะแนน)

ส่วนความรู้สึกไม่ดีคือช่วงอายุ 10-15 ปี ทำงานและเรียนพร้อมกัน มีครอบครัวสนับสนุน และเพื่อนเข้าใจ (ให้คะแนน 20 คะแนน) (รายละเอียดภาคผนวก ฎ หน้า 223 )



ภาพที่ 6 กิจกรรมกราฟชีวิต

3.3 กิจกรรมผังเครือญาติ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนผังเครือญาติ 3 ลำดับชั้นของตนเอง ตามที่สมาชิกเคยปฏิบัติในการเขียนผังเครือญาติในแบบซีกประวัติผู้ป่วย (ดังแสดงภาพที่ 7)

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนเครือญาติตนเองในช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน แล้วให้สมาชิกเขียนลักษณะเด่นหรือข้อดี และลักษณะด้อยหรือข้อเสีย เช่น นิสัย บุคลิก รสนิยม ของเครือญาติแต่ละคน

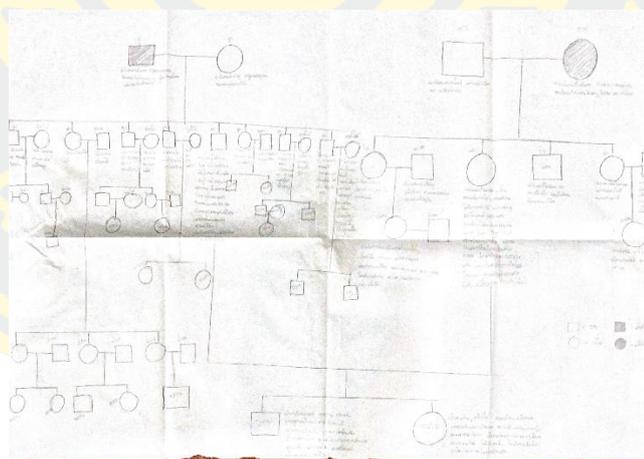
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก สังเกตและสรุป ลักษณะร่วมของเครือญาติ ในด้านข้อดีและข้อด้อยของ ผังเครือญาติ ผลการดำเนินกิจกรรม

การเขียนผังเครือญาติและอธิบายลักษณะของครอบครัวและความสัมพันธ์ตามผังเครือญาติ สามารถอธิบายได้ 3 ลักษณะ ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูล 3 ครอบครัวดังนี้

ผังเครือญาติครอบครัว ลักษณะที่ 1 สามารถวาดผังเครือญาติได้ครบทุกคน 3 ลำดับชั้น และอธิบายลักษณะเด่นของแต่ละคน บุคลิกลักษณะนิสัย และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคนใน ครอบครัวอยู่ในลักษณะครอบครัวขยายหลายช่วงอายุอยู่ร่วมกัน

ผังเครือญาติครอบครัว ลักษณะที่ 2 ไม่สามารถวาดผังเครือญาติได้ทุกคนทั้ง 3 ลำดับชั้น อธิบายลักษณะคนในครอบครัวได้ไม่ครบทุกคน บอกได้บางส่วนและบางคน เช่น ลักษณะนิสัย และ บุคลิกของพ่อแม่ของครอบครัวตนเองแต่ไม่สามารถอธิบายลำดับชั้นถัดไปได้เพราะไม่ได้อาศัยอยู่ ด้วยกัน

ผังเครือญาติครอบครัว ลักษณะที่ 3 สามารถวาดผังเครือญาติได้ทุกคนทั้ง 3 ลำดับชั้น แต่อธิบาย ลักษณะนิสัย บุคลิกของคนในครอบครัวได้ไม่หมดทุกลำดับชั้น เพราะความสัมพันธ์ไม่ใกล้ชิด ส่วน ใหญ่แยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีโอกาสปฏิสัมพันธ์เป็นบางครั้งในโอกาสพิเศษต่างๆ (รายละเอียดภาคผนวก ญ หน้า 223 )



ภาพที่ 7 กิจกรรมผังเครือญาติ

4. ผู้วิจัยบรรยายเชื่อมโยงการตระหนักรู้ตนเองตามใบความรู้ที่ 2 เรื่องการตระหนักรู้ตนเอง ดังนี้

การตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) เป็นความสามารถในการรับรู้เข้าใจอารมณ์ ตลอดจนจุดอ่อนจุดแข็ง และความต้องการของตนเองอย่างลึกซึ้ง ผู้ที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีจะมีความ

ข้อสัถยต่อตนเองและผู้อื่น คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดี ย่อมเข้าใจถึงผลกระทบของอารมณ์ของตนเองที่มีต่อผู้อื่น และต่อการปฏิบัติงาน

พยาบาลที่ขาดความตระหนักในตนเองจะทำให้ ขอบเขตของความรับรู้ที่มีต่อผู้ป่วยและพฤติกรรมจะผิดไปจากความเป็นจริง การรวบรวมข้อมูลและการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจะขาดความเที่ยงตรง ได้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้เสียเวลา และแก้ไขปัญหาไม่ได้ ทำให้การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัญหาของผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เกิดการวางแผนและให้การช่วยเหลือไม่เหมาะสม ไม่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลลดลง เกิดข้อผิดพลาดและมีการฟ้องร้องตามมา

การสร้างความตระหนักรู้ตนเอง ทฤษฎีการรับรู้ตน ( Self- theory ) พัฒนาขึ้นมาโดย Rogers นักจิตวิทยาชาวอเมริกา มองว่าบุคลิกภาพของมนุษย์เกิดจากประสบการณ์เฉพาะตัวของบุคคลซึ่งรวมถึงความรู้สึกและเจตคติของบุคคลต่อโลกต่อชีวิตต่อตนเองและต่อสังคมแวดล้อมโดยมุ่งให้ความสำคัญที่ตัวเองและความเป็นตัวของตัวเองของบุคคลอัตตาหรือตัวตน (Self) คือความรู้สึกนึกคิดว่าเป็นตัวเราของเรา แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.ตนเองตามอุดมคติ ( Ideal self ) หมายถึงตนตามจินตนาการที่ตนคิดอยากจะเป็นและอยากจะมีเช่นอยากจะเป็นคนดีคนเด่นคนดังอยากร่ำรวย เป็นต้น

2.ตนตามที่รับรู้ ( Perceived self ) หมายถึงตนตามที่ตนได้รับรู้ทั้งที่ตนเองปกปิดและเปิดเผยรวมทั้งตนตามที่ผู้อื่นคาดหวัง (Other expectation) เช่นเพื่อนๆคาดหวังว่าเราควรเป็นคนดีไม่ประพฤติผิดกฎหมายและศีลธรรมจรรยาพฤติกรรมดังกล่าวทำให้ตนเองมีความคิดเกี่ยวกับตนเองขึ้นมาเรียกว่า " อัทมโนทัศน์ ( Self-concept ) " ในส่วนของอัทมโนทัศน์นั้นประกอบด้วยพฤติกรรมส่วนจริงพฤติกรรมส่วนเกินและพฤติกรรมส่วนขาดคือพฤติกรรมส่วนจริงเป็นพฤติกรรมจริงๆของตนเองทั้งที่มีอยู่และเป็นอยู่เช่นตนเองมีร่างกายจริง ๆ ที่เคลื่อนไหวได้เป็นต้น พฤติกรรมส่วนเกินเป็นพฤติกรรมที่ไม่มี/ไม่เป็นอยู่จริง เช่น การคุยโม้โอ้อวดโกหกหลอกลวงการสร้างภาพลวงตาให้ผู้อื่นหลงเชื่อและคล้อยตามเป็นต้นพฤติกรรมส่วนขาดเป็นพฤติกรรมที่มีจริงและเป็นจริงแต่เป็นการเสแสร้งหรือบังคับให้เป็นเช่นนั้นเช่นการอ่อนน้อมถ่อมตนและการปฏิเสธความจริงเป็นต้น

3.ตนตามความเป็นจริง ( Real self ) หมายถึงตนที่เป็นจริงซึ่งมีทั้งจุดเด่นและจุดด้อยทั้งที่ทราบและไม่ทราบซึ่งเป็นธรรมชาติของบุคคลที่ไม่มีบุคคลใดที่สมบูรณ์แบบดังกล่าวว่า "Nobody Perfect" ในความสัมพันธ์ทั้งสามลักษณะดังกล่าวถ้าบุคคลใดมีทั้งสามข้อพอดีเท่าๆกันจะเป็นคนดีไม่มีปัญหาไม่มีความยุ่งยากและวุ่นวายถ้าตนตามอุดมคติและตนตามที่รับรู้สอดคล้องกันดีจะส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานถ้าตนตามที่รับรู้และตนตามความเป็นจริงสอดคล้องกันดีบุคคลจะได้รับการยกย่องนับถือว่า "เป็นคนดี"

**กิจกรรม 2.3** กิจกรรมรู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกตร่างกาย เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง ได้รู้จักตนเองมากขึ้น สังเกตร่างกาย สิ่งสัมผัสร่างกาย และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง โดยมีกิจกรรมย่อยดังนี้

2.3.1 กิจกรรมสำรวจการรับรู้ของร่างกาย ( Body scan ) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกหลับตา เพื่อลดสิ่งรบกวนทางสายตา ทำให้มีสติอยู่กับตัวมากขึ้นและสังเกตท่าทาง การนั่งของตนเอง สังเกตความรู้สึกสัมผัส ที่มากระทบผิว เช่น ลมเย็น ผิวสัมผัสของร่างกายกับเก้าอี้ หลัง ความตึงของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ

2. ต่อมาผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนอนราบ สังเกตผิวสัมผัสร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า ต่อมาให้สังเกตการ เคลื่อนไหวของผนังหน้าอกและช่องท้องขณะหายใจเข้าออก (ดังแสดงภาพที่ 8)

3. ผู้นำกลุ่มเปิดเพลงบรรเลง และให้สมาชิกยังคงสังเกตร่างกายในท่านอน ประมาณ 15 นาที

เมื่อครบกำหนดเวลาแล้วให้ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิกให้เล่าความรู้สึกจากประสบการณ์ที่ได้ฝึกสังเกตตนเอง

#### **ผลดำเนินกิจกรรม**

สังเกตขณะปฏิบัติกิจกรรม สมาชิกมีลักษณะผ่อนคลาย จากการแลกเปลี่ยนพูดคุยในกลุ่ม สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเอง สังเกตร่างกาย สิ่งสัมผัสร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ได้แก่ การเคลื่อนไหวของทรวงอก การเปลือยคิดออกจากการสังเกต สรุปลงข้อสรุปได้ดังนี้

อิริยาบถที่ 1 การหลับตาในท่านั่ง ให้นั่งสบายๆคล้ายการนั่งสมาธิ แล้วให้สำรวจความรู้สึกตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ สามารถบอกถึงผลการสังเกตความรู้สึกสัมผัสที่มากระทบผิวของตนได้ การรับรู้ที่ตนกำลังนั่งกับเก้าอี้ ความเย็นที่สัมผัสผิวร่างกาย บางคนรับรู้ถึงความตึงของกล้ามเนื้อบริเวณแผ่นหลัง

อิริยาบถที่ 2 นอนราบกับพื้นห้อง ส่วนใหญ่สามารถบอกความรู้สึกสัมผัสของร่างกายกับพื้น สามารถบอกการเคลื่อนไหวของผนังหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจเข้าออกได้ เมื่อได้ฟังเพลงบรรเลงเบาๆประมาณ 15 นาที พบว่า บางคนนอนหลับ คนที่นอนหลับตาสังเกตตนเอง ไม่ได้หลับจริงนั้น อธิบายว่าเพราะมีความคิดและความรู้สึกที่จดจ่อกับการสังเกตสัมผัสและการเคลื่อนไหวของตนเอง การสัมผัสกับสิ่งต่างๆ รู้สึกมีสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนอีกกลุ่มนั้น เมื่อนอนหลับตา รู้สึกผ่อนคลาย ช่วงแรกยังสามารถรับรู้การเคลื่อนไหวของตนเองได้ เมื่อร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกสบาย เคลิบเคลิ้มร่วมกับอยู่ในห้องปรับอากาศที่เย็นสบาย ทำให้หลับจริง เมื่อตื่นขึ้นมา รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายจากการอ่อนเพลียได้มาก



ภาพที่ 8 กิจกรรมรู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกตร่างกาย

### 2.3.2 กิจกรรมชมวิดิทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกตร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มเปิดวิดิทัศน์ที่มีเนื้อเรื่องลึกลับ มีความตึงเครียด สลับกับวิดิทัศน์ที่เป็นมิวสิควิดีโอที่มีเนื้อเรื่องสนุกสนานหรือเฟลิดเฟลิน อ่อนหวาน โดยให้สมาชิกสังเกตร่างกายขณะดูวิดิทัศน์ โดยให้สมาชิก เลือกนั่งหรือนอนในท่าทางผ่อนคลาย และให้ชมวิดิทัศน์ โดยเปิดวิดิทัศน์เรื่องที่ 1 ได้แก่เรื่องแอนนาเบลตุ๊กตาผีซึ่งเลือกช่วงที่มีเนื้อหาระทึกขวัญ เริ่มต้น นานประมาณ 7 นาที จากนั้นให้พักตม้มน้ำหรือเข้าห้องน้ำ ประมาณ 5 นาที แล้วเปิดวิดิทัศน์เรื่องที่ 2 ได้แก่เรื่องเดี่ยวโน้ต อุดมกับปาล์มมีซึ่งมีเนื้อหาเฟลิดเฟลิน ตลก นานประมาณ 8 นาที

2. หลังจากชมวิดิทัศน์แล้ว ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนการสังเกตร่างกายที่สังเกตได้

3. ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปราย สรุปกิจกรรมตระหนักรู้ตนเอง

#### ผลการดำเนินกิจกรรม

สิ่งเร้าเรื่องที่ 1 ภาพยนต์เนื้อหาแนวลึกลับ ระทึกขวัญ พบว่าส่วนใหญ่มีความตึงเครียด จะมีอารมณ์และปฏิกิริยาแสดงออกร่วมกับวิดิทัศน์ บางคนบอกว่ารู้สึกลุ้นไปกับเนื้อเรื่องมาก แต่บางคนรู้สึกลุ้นแต่ไม่ได้สนใจเนื้อเรื่อง มีสีหน้าจริงจังตลอดการชม ตั้งใจจดจ่อกับเนื้อเรื่อง แต่บางคนสีหน้าเรียบเฉยไม่แสดงออกที่ชัดเจน

สิ่งเร้าเรื่องที่ 2 วิดิทัศน์ที่มีเนื้อเรื่องสนุกสนาน เฟลิดเฟลิน ส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกสนุก และยิ้มไปกับ วิดิทัศน์ที่ได้รับชม แต่บางคนบอกว่าไม่สามารถปรับอารมณ์ให้สนุกได้หลังจากชมภาพยนตร์เรื่องแรกก่อน เพราะยังมีอารมณ์ร่วมและรู้สึกตึงเครียดอยู่บ้าง

#### การประเมินผลกิจกรรม

จากการสังเกตขณะปฏิบัติกิจกรรม สมาชิกแต่ละคนนั้นมีลักษณะการตอบสนองที่แตกต่างกัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยในกลุ่มสมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเอง สังเกตร่างกาย สิ่งสัมผัสร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ได้แก่ การ

เคลื่อนไหวของทรวงอก การเปลือยคิออกจากกางเกง การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้าซึ่งมีปัจจัยที่แตกต่างกัน 4 ปัจจัย อาทิ

1.การรับรู้: จากประสาทสัมผัสทั้ง5 อันประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัสมาจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ด้วยกระบวนการทำงานของสมอง แล้วแปลสิ่งที่ได้ออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย

2.สมาธิ: ความตั้งมั่นแห่งจิต ความมีใจตั้งมั่น ความสำรวมใจให้แน่วแน่มิฟุ้งซ่านเพื่อให้จิตใจสงบ หรือเพื่อให้เกิดปัญญาเห็นแจ้ง

3.ความรู้สึกรู้สึก: ประสบการณ์ส่วนตัวทางอารมณ์ในช่วงเวลาสั้น ๆ มีความซับซ้อน และอาจเกิดจากการผสมผสานหลายอารมณ์

4.อารมณ์: การตอบสนองสั้น ๆ จากสิ่งที่มีมากระตุ้น (ทั้งความจริงและจินตนาการ) ส่งผลต่อความคิด ร่างกาย การแสดงออก และพฤติกรรม

### **สรุปการประเมินผลกิจกรรมขั้นตอนที่ 2**

จากภาพวาด ภาพกราฟ และผังเครือญาติ และการแลกเปลี่ยนพูดคุย สมาชิกสำรวจตนเอง รู้จักตนเองมากขึ้น สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม โดยกล่าวถึงตนเองผ่านภาพวาด เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและมุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู

### **ขั้นตอนที่ 3 การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ**

กิจกรรม 3.1 อ่านข้อความบอกต่อ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงความตั้งใจฟัง และข้อควรระวังในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ4-5 คน จำนวน 5 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่ม เข้าแถวเรียงตอน โดยมีระยะห่าง 1 ช่วงแขนหรือระยะประมาณ 1 เมตร

2.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกที่เข้าแถวเป็นคนแรก อ่านข้อความที่เตรียมไว้ให้ จากนั้น ให้ไปกระซิบที่หูบอกต่อกับ สมาชิกที่ต่อแถวคนถัดไป จนถึงสมาชิกคนสุดท้าย

3.ให้สมาชิกคนสุดท้าย เขียนข้อความที่ได้รับฟังมา บนกระดาษขนาด A4 แล้วแสดงให้เพื่อนในกลุ่มได้เห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับที่ได้รับฟังมาหรือไม่ อย่างไร ปรากฏว่า ไม่มีกลุ่มใดแสดงข้อความได้ถูกต้องตรงกับ ข้อความที่สมาชิกคนแรกบอก

4.ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายผลของกิจกรรมที่ได้

### **ผลการดำเนินกิจกรรม**

สุ่มถามสมาชิก 3-4 คน ถึงผลที่ได้ของกิจกรรมสมาชิกสามารถระบุข้อดีข้อด้อยของการสื่อสารของการฟังได้ ส่วนใหญ่ชอบกิจกรรมการบอกต่อเพราะสนุกและได้ฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ

การพูดให้ถูกต้อง สามารถบอกข้อดีข้อเสียของการสื่อสารด้วยการฟัง การพูดได้ เช่น ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอธิบายว่า ได้ฝึกทักษะในการฟังที่ดี ถ้าฟังไม่ดีทำให้ความหมายที่ได้อาจเปลี่ยนไปจากเดิม ข้อเสียคือ การบอกต่อนั้น ถ้ามีเวลาจำกัด และการสื่อสารไม่ชัดเจน ไม่ครบถ้วน ทำให้การสื่อสารคลาดเคลื่อนเพราะการตีความเองได้ กล่าวคือการสื่อสารที่ดีต้องให้เข้าใจทั้งสองฝ่าย จะลดความเข้าใจผิดหรือปัญหาต่างๆได้

กิจกรรม 3.2 ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้สมาชิกฝึกทำทางของความตั้งใจฟัง โดยวิธีดำเนินการ แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3 คนตามสมัครใจ แบ่งบทบาทเป็นผู้เล่าเรื่อง ผู้ฟัง ผู้สังเกตการณ์
2. ผู้นำกลุ่มขอตัวแทนกลุ่มละ 1 คน ออกมาพบผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม นอกห้องกิจกรรม
3. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มให้ตัวแทนเตรียมเรื่องเล่า ที่มีเนื้อหา เกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยวที่ผู้เล่าประทับใจ
4. ผู้นำกลุ่มเตรียมสมาชิกที่เหลือในห้องกิจกรรม โดยให้สมาชิกคนที่ 2 เป็นผู้ฟัง แสดงท่าทางที่ไม่สนใจผู้เล่าเรื่อง เช่น ไม่สบตา มองไปที่อื่น ไม่ซักถาม หรือแอบมอง เล่นโทรศัพท์
5. สมาชิกคนที่ 3 เป็น ผู้สังเกตการณ์ สังเกตและจดบันทึกลักษณะท่าทางทั้งของผู้เล่าและผู้ฟัง
6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้เล่า ผู้สังเกตการณ์สะท้อนความรู้สึกขณะเล่าเรื่อง
7. ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดเก้าอี้ ทำนั่ง ที่ช่วยเสริมลักษณะของการฟังอย่างตั้งใจ แบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

1.การจัดเก้าอี้เป็นมา 45 องศา ไม่นั่งแบบเผชิญหน้า (ดังแสดงภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 การวางมุมเก้าอี้เพื่อการฟังอย่างตั้งใจ

- 2.การวางสายตาไปยังผู้ฟัง ไม่จ้องหน้าตลอดเวลา ให้ละสายตาไปบริเวณไหล่หรือแขน ผู้ฟังไม่ควรส่งสายตาไปมองบริเวณอื่น ขณะตั้งใจฟังผู้พูด
- 3.ผู้ฟังเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย แสดงถึงท่าทางการตั้งใจฟัง
4. ทำนั่ง ไม่นั่งกอดอก เอียงคอ ควรวางมือไว้ด้วยการกุมมือ หรือแบมือแบบคว่ำบนหน้าขาของตนเองด้วยท่าที่ผ่อนคลาย
- 8.ให้สมาชิก สาทิตย์ย้อนกลับในการจัดทำทางการฟัง ร่วมกับให้มีการเล่าเรื่อง อีกรอบหนึ่ง โดยสลับให้ผู้สังเกตการณ์เป็นผู้ฟัง ผู้ฟังเป็นผู้เล่า และผู้เล่าเป็นผู้สังเกตการณ์
- 9.ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายผลของกิจกรรม ปรากฏว่าการเล่าเรื่องในรอบที่สอง สมาชิกมีการจัดทำที่นั่งที่ถูกต้องและเหมาะสม

### ผลการดำเนินกิจกรรม

สังเกตจากการฝึกปฏิบัติ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนและการฝึกท่าทางของความตั้งใจฟัง กิจกรรมท่าทางการฟังอย่างตั้งใจโดยกำหนดกิจกรรมให้ผู้ฟังไม่สนใจการสื่อสารของผู้พูด ผลการสังเกตและแลกเปลี่ยนแบ่งเป็นมุมมองของผู้พูดผู้ฟัง และผู้สังเกตการณ์ สรุปได้ดังนี้

มุมมองของผู้พูดส่วนใหญ่รู้สึกเสียใจที่ตั้งใจเล่าเรื่องที่ยากเล่าให้ฟังแต่คนฟังกลับแสดงท่าทีที่ไม่สนใจ ไม่ให้เกียรติ ทำให้เรารู้สึกว่าไม่อยากเล่าต่อ เสียความรู้สึก น้อยใจรู้สึกว่าเป็นเรื่องไม่น่าสนใจ หรือน่าเบื่อสำหรับคนอื่น เกิดความไม่มั่นใจทำให้ไม่กล้าเล่าหรือพูดคุยกับคนอื่น กลายเป็นคนที่ไม่กล้าแสดงออก

มุมมองของผู้ฟังส่วนใหญ่รู้สึกฝืน อึดอัด ไม่เป็นตัวของตัวเองที่ถูกบังคับให้ทำท่าทีที่ไม่สนใจผู้พูด บางคนบอกว่าปกติเป็นคนชอบรับฟังผู้อื่น ให้เกียรติผู้พูด ฟังอย่างตั้งใจ ไม่เสียงดัง ไม่ทำท่าทีที่ไม่สนใจ ชอบฟังเรื่องของผู้อื่น เพราะอาจนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

มุมมองของผู้สังเกตการณ์กล่าวว่า กิจกรรมนี้ สังเกตเห็นลักษณะและท่าทีที่ไม่เต็มใจผู้ฟัง และท่าทีของ ผู้พูดที่แสดงความอึดอัด และเร่งพูดให้จบตามโจทย์ที่กำหนด โดยมีสีหน้าแววตาที่เรียบเฉยในขณะที่เรื่องที่เล่านั้นเป็นเรื่องที่น่าประทับใจ แต่กลับได้รับปฏิกิริยาตอบสนองไม่เหมาะสมกับความคาดหวังของตน ทำให้บรรยากาศการสนทนา รู้สึกอึดอัดได้

กิจกรรม 3.3 ฟังเพลง เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ พร้อมทั้งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเพลงได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนต่อการสังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

**วิธีดำเนินการ** แบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษใบงาน ให้กับสมาชิกในกลุ่ม พร้อมกับบอกรายละเอียดการทำกิจกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มเขียนคำตอบและคำแสดงความรู้สึกของบทเพลงในกระดาษ
2. ผู้นำกลุ่มเปิดมิวสิควิดีโอขึ้นมา 1 เพลง ที่มีจำนวนคนร้องมากกว่า 3 คน จากนั้นให้สมาชิกเขียนคำตอบว่าเพลงนั้นมีผู้ร้องกี่คน
3. ผู้นำกลุ่มเปิดมิวสิควิดีโอแต่ละเพลง โดยเริ่มตั้งแต่ (1) เพลงง่ายๆ ที่สามารถจับความรู้สึกได้ ได้แก่ เพลง การเดินทาง ของชาติ สุชาติ ไปจนถึง (2) เพลงที่มีความซับซ้อนของอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ เพลง ไม่รัก..ไม่ต้อง ของนิวจิ๋ว และ (3) เพลงที่เป็นภาษาต่างประเทศที่สมาชิกไม่ทราบความหมายเนื้อร้องได้ทั้งหมด ได้แก่ เพลง I'm nothing at all เพื่อฝึกสังเกตอารมณ์ของเพลงแม้ไม่ทราบความหมายของเนื้อหา และ (4) เมื่อครบทุกเพลงแล้ว ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันเฉลยและอภิปรายถึงกิจกรรมที่ได้ทำไป

**ผลดำเนินการกิจกรรม**

สมาชิกทุกคนสามารถแสดงความรู้สึก และได้สะท้อนความคิดเห็นที่หลากหลายทั้งเหมือนกันและต่างกันในบางประเด็น เช่น รับรู้ความรู้สึกและความคิดของตนเองมากขึ้น รับรู้สิ่งรอบตัว และคนรอบข้าง กิจกรรมที่ได้ทำ ทำให้สามารถรู้จักตัวเองได้มากขึ้น และยังได้ฝึกทักษะการฟังอย่างละเอียดถึงแม้บางเพลงมีความซับซ้อนและไม่สามารถฟังออกได้ ต้องฟังอย่างตั้งใจเพื่อจับจุดหรือจับเนื้อหาในเพลงที่ได้ฟัง ถึงแม้จะฟังไม่ออกแต่ก็มีความพยายามที่ตั้งใจฟังมาก ส่วนใหญ่สามารถสังเกตตัวเองและสะท้อนออกมาผ่านการเขียนหรือการพูดได้ บางคนแสดงออกถึงความรู้สึกของตนคือเขียนตามความรู้สึกจริงๆ บางคนไม่เขียนอธิบายความรู้สึกที่ได้ฟังอย่างโดยตรง เพราะรู้สึกว่าไม่สามารถเขียนความรู้สึกออกมาได้หมด บางคนไม่แสดงความรู้สึกหรือแลกเปลี่ยนความเห็น แต่ให้ความสนใจกับเนื้อหาของเพลงและเข้าใจได้ดี

กิจกรรม 3.4 ฟังเสียงธรรมชาติ

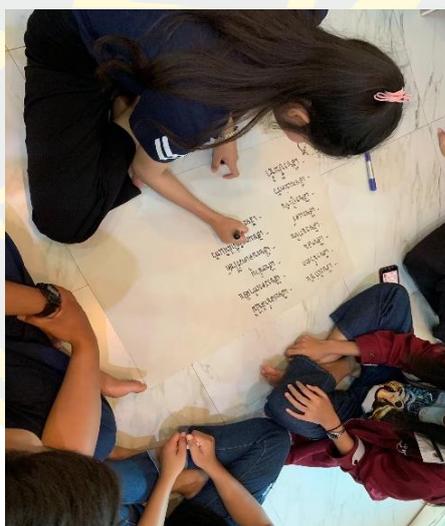
เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ พร้อมทั้งบอกถึงเสียงที่เกิดขึ้นในธรรมชาติได้ โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนต่อการสังเกตความรู้สึกหรือเสียงที่เกิดขึ้นได้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-9 คน และให้สมาชิกเดินเรียงแถวไปในบริเวณสวนหย่อม เป็นสถานที่สงบและเป็นธรรมชาติ โดยให้แต่ละกลุ่มย่อย เดินแถวคนละเส้นทาง เดินช้า ๆ ผ่อนคลาย ห้ามพูดคุย และให้สมาชิกสังเกตเสียงต่าง ๆ ที่ได้ยินขณะเดินตามแถว ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม บอกถึงเสียงที่ได้ยิน และเขียนลงบนกระดาษ

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม ระบุจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่าง ที่แต่ละกลุ่มได้ยิน บนกระดาษเขียนใหญ่ (ดังแสดงภาพที่ 10)

4. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยง ชี้ให้เห็นถึงการได้ยินในสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน แต่ความตั้งใจหรือการรับรู้ การตีความของผู้ฟังต่างกัน มีผลต่อจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่างกัน



ภาพที่ 10 กิจกรรมฟังเสียงธรรมชาติ

### ผลดำเนินกิจกรรม

สังเกตการฝึกของสมาชิก สมาชิกสามารถระบุเสียงในธรรมชาติได้ โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนได้แก่ การขาดความใส่ใจ การเผลอคิด ทำให้ออกจากการสังเกต แยกแยะความแตกต่างความรู้สึกขณะที่ได้ยินเสียงทั้งในตนเองและผู้อื่นได้

**กิจกรรม 3.5 ฟังเรื่องเล่า** เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ สามารถจับใจความสำคัญจากเรื่องที่ผู้อื่นเล่าได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่นำค่านิยม ความเชื่อ การ

ประเมินหรือความคิดของตนเองเข้าไปตัดสินเรื่องราวนั้นและนำเสนอสิ่งที่รับรู้ออกมาได้อย่างเหมาะสม

1. ให้สมาชิกกลุ่มจับกลุ่มย่อยตามความสมัครใจ กลุ่มละ 3 คน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มเลือกว่าใครจะเป็นผู้พูด-ผู้ฟัง ผู้สังเกตการณ์

2. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้ผู้พูด เล่าเรื่องราวอะไรก็ได้ที่อยากจะเล่า โดยขึ้นคำประโยคแรกว่า “คนแบบนี้ก็มีด้วย” เพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่าให้นึกย้อนถึงบุคคลในเหตุการณ์ที่มีอารมณ์และการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เรื่องเล่านั้น สามารถดึงอารมณ์และมุมมองที่เกิดความรู้สึกได้ โดยให้เวลาคิดทบทวนก่อนสักเล็กน้อย ส่วนผู้ฟังจะไม่พูดอะไรระหว่างที่ผู้พูดเล่า ให้ฟังอย่างตั้งใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมประมาณ 5 นาที

3. จากนั้นให้ผู้ฟังพยายามทบทวนข้อมูลที่ได้ฟัง สื่อกออกมาโดยการสะท้อนความรู้สึกและเนื้อหาทั้งของผู้เล่าและผู้ฟัง ผู้พูดและผู้สังเกตการณ์จะเป็นฝ่ายพิจารณาว่าผู้ฟังเล่าเรื่องราวและสะท้อนความรู้สึกได้ถูกต้องเพียงใด

4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้เล่าบอกถึงความรู้สึกขณะเล่าเรื่องนั้น ในประเด็นความรู้สึกที่เกิด การตระหนักตัวตนทางร่างกาย ใจ และความคิด และความรู้สึกต่อผู้ฟัง

5. ผู้พูด ผู้ฟังและผู้สังเกตการณ์ สลับบทบาทกัน ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมตามข้อ 2 และ 3

6. เมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มและ สมาชิกกลุ่มร่วมพูดคุยถึงความแตกต่างระหว่างการเป็นผู้พูดและผู้ฟัง ตลอดจนประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ โดยผู้นำกลุ่มเสริมเพิ่มเติมความรู้ตามใบความรู้ที่ 3 ดังนี้

หากเราลองมองสังคมในปัจจุบัน เราจะเห็นว่าผู้คนทั้งหลายต่างพูดกันมากขึ้นและรับฟังกันน้อยลง การไม่ฟังกันนับว่าเป็นสาเหตุหลักๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ทุกคนต่างก็มีความคิดเป็นของตัวเอง และพยายามจะสื่อความคิดนั้นให้คนอื่นได้รับรู้ จนบางครั้งที่ลืมที่จะรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างออกไป เลือกรับรู้เพียงสิ่งที่ต้องการเท่านั้น นับตั้งแต่หน่วยเล็กๆ ในครอบครัว ลูกไม่ฟังพ่อแม่ พี่ไม่ฟังน้อง พ่อแม่ไม่ฟังลูก ไปจนถึงระดับประเทศที่ผู้นำแต่ละคนต่างก็มีความคิดที่แตกต่างกัน จนบางครั้งก็ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น ซึ่งหากเราลองรับฟังกันด้วยหัวใจที่แท้จริงแล้ว เราจะพบว่าเสียงที่เกิดขึ้นทุกๆ เสียง เป็นเสียงที่มีคุณภาพและมีความหมาย ไม่ต่างอะไรกับเสียงของเราเลย

การรับฟังด้วยหัวใจ เป็นการฟังที่ไม่ยึดถือความคิดของตนเองเป็นหลัก ไม่ตัดสินผู้อื่นว่าถูกหรือผิด เพียงแค่ใช้หัวใจรับฟังอย่างตั้งใจ ทำตัวให้เหมือนเป็นแก้วเปล่าว่างๆ ที่สามารถรับทุกสิ่งเข้ามาได้เสมอ เกิดสภาวะเปิด แล้วเราก็จะรับรู้อะไรได้มากขึ้น ซึ่งโรเจอร์สเคยกล่าวไว้ว่า การสื่อสารที่แท้จริงนั้นเกิดขึ้นเมื่อเราฟังด้วยความเข้าใจ นั่นหมายถึงเราจะได้เห็นทั้งความคิดที่แสดงออกมาและ

ทัศนคติจากมุมมองของผู้พูด เราได้รู้สึกถึงความรู้สึกของผู้พูด เราเข้าถึงกรอบแนวคิด (frame of reference) ของเขา โดยการเอาใจใส่สิ่งที่เขากำลังพูดถึงนั่นเอง

การรับฟังด้วยหัวใจที่แท้จริงนั้น นับเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยในการเยียวยาช่วยเหลือผู้คนที่กำลังเป็นทุกข์ได้ ทุกวันนี้มีผู้คนอยู่ไม่น้อยที่กำลังเผชิญกับภาวะยากลำบาก เป็นทุกข์เพราะความอัดอั้นตันใจ มีความวิตกกังวลหรือความกลัวต่อสิ่งต่างๆ บางคนก็อยู่ด้วยความรู้สึกผิด บางคนก็อยู่ด้วยความคับแค้น หรือคับข้องใจ อารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ถูกกดให้จมอยู่ภายในจิตใจจนมองไม่เห็นทางออก เปรียบเสมือนถ้ำที่มีถมิด ซึ่งหากบุคคลเหล่านี้ ได้พบกับคนที่เขาสามารถไว้วางใจได้คนที่คอยรับฟังเขาด้วยหัวใจ คนที่ไม่ใช้ความคิด อคติส่วนตัวไปตัดสิน ก็จะช่วยให้เขาได้ระบายสิ่งที่อยู่ในใจ ทั้งหลายออกมา ทำให้ใจว่างมากขึ้น มีพื้นที่สำหรับสิ่งใหม่ๆ ได้เข้าไปเติมเต็ม ก็จะช่วยให้เขามีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ผลการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมกำหนดให้สมาชิกในกลุ่มมีผู้พูด ผู้ฟัง และผู้สังเกตการณ์ ซึ่งในกิจกรรมนี้ สมาชิกทุกคนจะได้เป็นผู้พูด ผู้ฟัง และผู้สังเกตการณ์ สลับกัน ด้วยมีหัวข้อเริ่มต้นด้วยประโยคว่า “คนแบบนี้ก็มีด้วย...” โดยผู้พูดจะเล่าถึงเหตุการณ์ของตนเอง เล่าถึงประสบการณ์ที่เคยเจอ เช่น คนที่ชอบเห็นแก่ตัวแต่พอตัวเองถูกเอาเปรียบนิดหน่อยรับไม่ได้ โดยการเป็นผู้ฟังที่ดี จะต้องไม่พูดแทรกหรือนำความคิดของตนเองไปตัดสินในเรื่องที่ผู้พูดกำลังเล่า ให้ฟังอย่างตั้งใจ จับใจความสำคัญของเรื่องให้ได้

พบว่า ส่วนใหญ่แสดงความรู้สึกว่าทุกคนควรทำหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดซึ่งแตกต่างกัน ไม่นำความคิดและมุมมองของตนเองไปตัดสินผู้อื่น ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามความคิด และมุมมองของแต่ละคน การเป็นผู้ฟังที่ดีไม่พูดแทรก สนใจและตั้งใจฟังผู้อื่น จึงจะเข้าใจประเด็นสำคัญ และสังเกตตัวเองได้ว่ามีความรู้สึกร่วมในอารมณ์ของผู้เล่า เช่น รู้สึกโกรธ ไม่พอใจร่วมไปด้วย และบางคนบอกว่า เรื่องที่ผู้เล่าเหมือนหรือคล้ายกันกับเรื่องที่ตนเองเคยประสบ จึงทำให้รู้สึกร่วมไปกับผู้เล่าอย่างมาก

### สรุปการประเมินผลกิจกรรมขั้นตอนที่ 3

การฝึกการฟังอย่างตั้งใจมีขั้นตอนเพื่อช่วยให้การฟังที่มีสมาธิและใส่ใจอย่างเต็มที่ต่อสิ่งที่กำลังฟังอยู่ โดยไม่ปล่อยให้ความคิดหรืออารมณ์ส่วนตัวมาเบี่ยงเบนความสนใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ บอกได้ถึงผลของการฝึกการฟังและบอกจุดดีจุดด้อยของการฟังของตนเองได้

จากการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองนั้นเป็นการฝึกที่มีลักษณะผสมผสานทั้งการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเองควบคู่กันไปด้วยจะทำให้การรับรู้เรื่องราวหรือความรู้สึกเกิดขึ้นอย่างชัดเจนและผู้ฝึกสามารถตอบสนองอย่างไตร่ตรองเป็นการฝึกที่ช่วยให้

การสนทนา การให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น เพิ่มความเข้าใจและความรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้อื่น สามารถให้การช่วยเหลือหรือสื่อสารได้ชัดเจนและตรงตามความต้องการได้

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาล

ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบและนำแบบวัดความรู้สึกร่วมกันชนิดแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) ของนักศึกษาพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือวัดในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดความรู้สึกร่วมกันสำหรับนักศึกษาพยาบาล ปรากฏว่าการวัดระดับความรู้สึกร่วมกันที่ผ่านมาในระยะแรกมีการใช้เครื่องมือเป็นแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ( Behavior observed ) การประเมินตามมาตรฐานการวัด หรือการเขียนรายงานเกี่ยวกับตนเอง โดยเนื้อหาในแบบวัดการวัดความรู้สึกร่วมกัน มีความหลากหลายขององค์ประกอบตามที่ผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎีที่มีองค์ประกอบความรู้สึกร่วมกันที่แตกต่างกันมาใช้ตามวัตถุประสงค์หรือกลุ่มประชากร แบบวัดความรู้สึกร่วมกันสำหรับกลุ่มประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาล มีแบบวัดที่ได้รับความนิยม เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและมีความเที่ยง ความตรง สามารถวัดความรู้สึกร่วมกันนักศึกษาพยาบาล ได้เหมาะสม ก็คือ แบบวัดที่มีชื่อว่า The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ของ วาร์ดและคณะ ( Ward et al., 2009 ) ซึ่งเป็นอาจารย์และนักวิจัยจากโรงพยาบาลและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ Thomas Jefferson University Hospital and Jefferson Medical College เมืองฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือวัดโดยใช้ชื่อว่า The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ซึ่งแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยได้พัฒนาจากแบบวัดความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาแพทย์ the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version ( JSPE S-version ) ที่โฮเจทและคณะ ( Hojat et al, 2007 ) พัฒนาขึ้นเป็นแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) เป็นแบบวัดสำหรับแพทย์และ นักศึกษาแพทย์ ตรวจสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยาของนักศึกษาแพทย์ ได้รับความสนใจจากผู้วิจัยจากหลากหลายประเทศมีการนำไปแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 25 ภาษา แบบวัด The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students ดังกล่าวใช้คำว่า พยาบาลแทนที่คำว่าแพทย์ของแบบวัด the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version ใน 12 ข้อ จาก 20 โครงสร้างองค์ประกอบของแบบวัดคือ 1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective taking ) เป็นปัจจัยหลักที่เป็นผลของการรู้คิด ( Cognitive ) ในสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นปัจจัยที่แสดงว่าพยาบาลยังมุ่งวัตถุประสงค์ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยการตั้งใจฟังความทุกข์ความกังวลของผู้รับบริการ และให้การตอบสนองผู้รับบริการ 2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) เป็นคุณลักษณะที่

แสดงสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล 3) ความสามารถรู้สึกเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ ( Standing in patient's shoes ) ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาแพทย์ ฉบับภาษาไทยของกานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2555) ที่ทำการศึกษาด้วยการตรวจสอบคุณสมบัติของ Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version ( JSPE ) แล้วมีผลเป็นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาแพทย์ ฉบับภาษาไทยของกานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2555) มาดัดแปลงคือใช้คำว่า พยาบาลแทนที่คำว่าแพทย์ ในแบบวัด และปรับข้อความในแบบวัดโดยยังให้คงมีความหมายตรงกับแบบวัด The Jefferson Scale of Empathy for Nursing Student ซึ่งเป็นต้นฉบับของวารด์และคณะ แบบวัดดังกล่าวมีจำนวนตัวแปรสังเกตได้จำนวน 20 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's Scale) กำหนดให้คะแนนแต่ละข้อคำถามมีระดับคะแนน 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึง 7=เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความร่วมมือรู้สึกที่มาก ได้ปรับข้อความตามการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการปรับแก้ข้อความจำนวน 10 ข้อได้แก่ข้อที่ 1 4 6 9 11 12 15 16 18 และ 20 เพื่อให้เกิดความกระชับเนื้อหาและอ่านเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงข้อความแบบวัดความรู้สึกร่วม

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ	ข้อความดัดแปลง
1	การที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย และความรู้สึกของครอบครัวของผู้ป่วย ไม่มีอิทธิพลต่อการรักษาด้วย ยาหรือการผ่าตัด	การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ของพยาบาล มีอิทธิพลต่อการรักษาทางยา หรือการผ่าตัด
4	ในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ความเข้าใจในภาษากายมีความสำคัญ เหมือนกับการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด	การเข้าใจภาษากายมีความสำคัญเท่ากับการ สื่อสารด้วยวาจา ในความสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วย
6	เนื่องจากผู้คนล้วนมีความแตกต่างกัน จึง เป็นเรื่องยากที่จะมองสิ่งต่าง ๆ จากมุมมอง ของผู้ป่วย	ความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่เป็นเรื่อง ยากที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของ ผู้ป่วย
9	พยาบาลควรพยายามที่จะเปรียบตนเอง เหมือนว่าอยู่ใน ฐานะของผู้ป่วย เวลาให้ การดูแลพวกเขา	พยาบาลควรวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ ของผู้ป่วย ขณะให้การพยาบาล
11	ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นสามารถรักษา ให้หายได้ โดยเพียงการรักษาด้วยยาหรือ การผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการที่พยาบาล ผูกพันมีอารมณ์ความรู้สึกกับผู้ป่วยของพวกเขา ไม่มีอิทธิพลสำคัญต่อการรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัด	ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษา ให้หายได้โดยการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด เท่านั้น ดังนั้นความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของ พยาบาลกับผู้ป่วย จึงมีอิทธิพลอย่างมี นัยสำคัญต่อการรักษาทางยา หรือการผ่าตัด
12	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นไปในชีวิต ส่วนตัว ไม่มีประโยชน์ในการเข้าใจคำบอก เล่าอาการทางกายของพวกเขา	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ ส่วนตัว มีส่วนช่วยให้สามารถเข้าใจคำบอก เล่าอาการทางกายของพวกเขาได้
15	ความสามารถที่จะเข้าใจความคิด ความรู้สึก และ ประสบการณ์ของผู้อื่นนั้น เป็นทักษะการบำบัดรักษา ซึ่งหากขาด ทักษะดังกล่าวแล้ว ความสำเร็จในการ รักษาพยาบาลก็จะถูกจำกัดลง	การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มี ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของ ผู้อื่น
16	การที่พยาบาลเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของ ผู้ป่วย เช่นเดียวกับสภาวะทางอารมณ์ของ	การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและ ครอบครัวของพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อ

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ	ข้อความดัดแปลง
	ครอบครัวผู้ป่วย ถือเป็นส่วนประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย	ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
18	พยาบาลไม่ควรยอมให้ตนเองได้รับอิทธิพลของสายสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของพวกเขา	พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสายสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ
20	ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้อื่นนั้นเป็นปัจจัยในการบำบัดรักษาที่สำคัญในการให้การพยาบาล	ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล

จากนั้นได้นำแบบวัดตรวจสอบคุณภาพด้วยการเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าการตรวจสอบเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้ และศึกษาผลโดยใช้เทคนิคร่วมระหว่างการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ กับ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบความรู้สึกร่วมของนักศึกษาพยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

#### ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ( Content Validity ) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง ( Index of Item-Objective Congruence : IOC ) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยา 2 ท่าน , อาจารย์ผู้สอนนักศึกษาพยาบาล 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น ( Reliability ) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ( Cronbach's Alpha Coefficient ) โดยนำไปทดลองเก็บข้อมูล ( Try-out ) กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ .68 ค่า Cronbach alpha coefficient ซึ่งจะบ่งบอกถึงความสอดคล้องภายใน ( internal consistency ) ของเครื่องมือที่มีค่ามากกว่า .50 และวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ( Discrimination ) ได้ค่าอยู่ในช่วง .29 - .78

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติพื้นฐานบรรยาย ( Descriptive statistics ) ค่าเฉลี่ย ( Mean ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( Standard deviation ) ค่าความเบ้ ( Skewness ) และค่าความโด่ง ( Kurtosis ) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวที่ใช้ในการศึกษา และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วย

โปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26 ปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตได้ของความร่วมรู้สึกสำหรับ นักศึกษาพยาบาล จำนวน 20 ตัวแปร มี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.69-6.21 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อยู่ระหว่าง 0.96-2.05 ซึ่งค่าเฉลี่ยของแบบวัดโดยรวมเท่ากับ 89.8 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.67 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในความรู้สึกของพวกเขา (X2) ค่าเฉลี่ย 6.21 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 รองลงมาคือ ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล (X20) ค่าเฉลี่ย 5.90 ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 1.18 และ การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาล เป็นสิ่ง สำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (X16) ค่าเฉลี่ย 5.78 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.21 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรสังเกตได้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทำให้ เป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย (X6) มีค่าเฉลี่ย 2.69 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 1.29 และโดยรวมทุกข้อนั้นค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (ร้อยละ) อยู่ระหว่าง 15.46- 54.23 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยที่ได้สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาค่าความเบ้มีค่าอยู่ ระหว่าง 0.03-1.61 ซึ่งน้อยกว่า 3.00 และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.04-3.49 ซึ่งน้อยกว่า 10.00 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดมีลักษณะการแจกแจงใกล้เคียงกับโค้งปกติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความโด่ง ความเบ้ ของตัวแปรสังเกตได้

ตัวแปรสังเกตได้ ( X )	M	S.D.	CV (%)	Sk	Ku
X1. การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวของ พยาบาล มีอิทธิพลต่อการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด	3.78	2.05	54.23	0.31	1.17
X2. ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในความรู้สึก ของพวกเขา	6.21	0.96	15.46	1.61	3.49
X3. เป็นเรื่องไม่ยากสำหรับพยาบาล ที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย	3.45	1.49	43.19	0.13	0.59
X4. การเข้าใจภาษากายมีความสำคัญเท่ากับการสื่อสาร ด้วยวาจา ในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย	5.77	1.14	19.76	1.02	1.20
X5. อารมณ์ขันของพยาบาลส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษา ดีขึ้น	5.62	1.21	21.53	0.64	0.15
X6. ความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่เป็นเรื่องยากที่จะ	2.69	1.29	47.96	0.46	0.32

ตัวแปรสังเกตได้ ( X )	M	S.D.	CV (%)	Sk	Ku
เข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย					
X7. การให้ความสนใจต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น	4.86	2.03	41.77	0.44	1.24
สำคัญในการชักประวัติของผู้ป่วย					
X8. การที่เอาใจใส่ต่อประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย	4.35	1.96	45.06	0.15	1.24
มีอิทธิพลต่อผลการรักษา					
X9. พยาบาลควรวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย	4.78	1.65	34.52	0.57	0.39
ขณะให้การพยาบาล					
X10. ผู้ป่วยให้คุณค่ากับการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของ	5.73	1.05	18.32	0.59	0.25
พวกเขา ซึ่งนับเป็นการบำบัดรักษาไปในตัว					
X11. ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หาย	4.74	1.97	41.56	0.38	1.18
ได้โดยการรักษาทางยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้น					
ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงมี					
อิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรักษาทางยา หรือการ					
ผ่าตัด					
X12. การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มี	4.60	2.02	43.91	0.23	1.37
ส่วนช่วยให้สามารถเข้าใจคำบอกเล่าอาการทางกายของ					
พวกเขาได้					
X13. พยาบาลควรพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นใน	5.43	1.23	22.65	0.51	0.39
จิตใจของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจกับภาษากาย และการ					
แสดงออกซึ่งไม่ได้ผ่านคำพูด					
X14. ฉันเชื่อว่าสภาวะทางอารมณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องใน	4.89	2.01	41.10	0.51	1.17
การ รักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์					
X15. การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มี	4.92	1.53	31.10	0.73	0.04
ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น					
X16. การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและ	5.78	1.21	20.93	1.11	1.30
ครอบครัวของพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อความสัมพันธ์					
ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย					
X17. พยาบาลควรพยายามคิดเหมือนกับผู้ป่วยของพวกเขา	4.86	1.48	30.45	0.44	0.16
เขา เพื่อที่จะทำให้เกิดการพยาบาลที่ดีขึ้น					

ตัวแปรสังเกตได้ ( X )	M	S.D.	CV (%)	Sk	Ku
X18.พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสายสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ	5.23	1.42	27.15	0.62	0.13
X19.ฉันรู้สึกเฟลิดเฟลินไปกับการอ่านวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลหรือเฟลิดเฟลินไปกับงานศิลปะ	4.21	1.89	44.89	0.03	1.10
X20.ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล	5.90	1.18	20.00	0.96	0.30
โดยรวม (คะแนนต่ำสุด 67 คะแนน สูงสุด 140)	89.8	14.67			

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ( EFA ) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรสังเกตได้ในแต่ละองค์ประกอบ ปรากฏว่า ได้ค่า KMO มีค่าเท่ากับ .85 ซึ่งมากกว่า .50 และเข้าใกล้ 1.00 และค่า Bartlett's Test เท่ากับ 1861.78 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้

สำหรับการสกัดองค์ประกอบแบบ Principal Component Analysis (PCA) และหมุนแกนแบบหมุนฉากด้วยวิธี Varimax มีค่าไอ เกน ( Eigenvalues ) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.00 อยู่ระหว่าง 2.18-4.74 ค่า Anti-image (MSA) อยู่ระหว่าง .78-0.91 และค่า Extraction อยู่ระหว่าง .29-.78 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 20 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( perspec ) ตัวแปรสังเกตได้ x7, x8, x9, x11, x12, x14 และ x19 องค์ประกอบที่ 2 ความเมตตากรุณา ( compass ) ตัวแปรสังเกตได้ x2, x4, x5, x10, x13, x15, x16, x17 และ x20 และองค์ประกอบที่ 3 ความสามารถเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/ เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ ( ability ) ตัวแปรสังเกตได้ x1, x3,x6 และ x18 ทั้งนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนขององค์ประกอบและตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดได้ร้อยละ 54.72 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ตัวแปรสังเกตได้	องค์ประกอบ	$h^2$	MSA	M	SD
	การ ความ เหมือนยืน				
	เข้าใจ เมตตา อยู่ในจุด				
	ทัศนะ กรุณา เดียวกับ				
	ของผู้อื่น ผู้รับบริการ				

ตัวแปรสังเกตได้	องค์ประกอบ			h <sup>2</sup>	MSA	M	SD
	การ	ความ	เสมือนอื่น				
	เข้าใจ	เมตตา	อยู่ในจุด				
	ทัศนะ	กรุณา	เดียวกับ				
	ของผู้อื่น		ผู้รับบริการ				
x14	0.85	-	-	0.74	0.9	4.89	2.01
x12	0.85	-	-	0.75	0.9	4.6	2.02
x11	0.84	-	-	0.78	0.89	4.74	1.97
x7	0.82	-	-	0.71	0.89	4.86	2.03
x8	0.73	-	-	0.6	0.91	4.35	1.96
x2	0.66	-	-	0.45	0.9	4.21	1.89
x9	0.60	-	-	0.53	0.89	4.78	1.65
x10	-	0.78	-	0.63	0.88	5.73	1.05
x20	-	0.76	-	0.65	0.84	5.9	1.18
x4	-	0.69	-	0.5	0.84	5.77	1.14
x16	-	0.69	-	0.51	0.85	5.78	1.21
x13	-	0.66	-	0.45	0.85	5.43	1.23
x19	-	0.61	-	0.39	0.83	6.21	0.96
x17	-	0.54	-	0.49	0.85	4.86	1.48
x5	-	0.52	-	0.29	0.78	5.62	1.21
x15	-	0.46	-	0.34	0.89	4.92	1.53
x6	-	-	0.76	0.63	0.8	2.69	1.29
x3	-	-	0.74	0.63	0.82	3.45	1.49
x1	-	-	0.59	0.48	0.89	3.78	2.05
x18	-	-	0.57	0.38	0.84	5.23	1.42
Eigen values	4.74	4.02	2.18				
% of Variance	23.70	20.10	10.91				
Cumulative %	23.70	43.80	54.72				
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy					0.87		
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square					1861.75		
			<i>df</i>		190		
			<i>p</i>		.00		

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของ ความร่วมรู้สึกของของนักศึกษาพยาบาล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ขององค์ประกอบความร่วมรู้สึกของ นักศึกษาพยาบาลที่ได้จากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 26 ปรากฏว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบความร่วมรู้สึกของนักศึกษา พยาบาลอยู่ในช่วง .299-.472 และคู่ขององค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ การเข้าใจ ทัศนะของผู้อื่นกับความเมตตาากรุณา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .472 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 รองลงมาคือ คือคู่ขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนะของผู้อื่นกับเสมือนยืนอยู่ใน จุดเดียวกับผู้รับบริการ และคู่ขององค์ประกอบความเมตตาากรุณากับเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับ ผู้รับบริการ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .370 และ .299 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบความร่วมรู้สึกของนักศึกษา พยาบาลนี้แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบมีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้ เนื่องจาก ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทุกคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ที่ ไม่สูงจนเกินไป ( Hair et al., 2014 ) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

องค์ประกอบ	การเข้าใจทัศนะของ ผู้อื่น	ความเมตตา กรุณา	เสมือนยืนอยู่ในจุด เดียวกับผู้รับบริการ
การเข้าใจทัศนะของผู้อื่น	1.00		
ความเมตตากรุณา	.47*	1.00	
เสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับ ผู้รับบริการ	.37**	.29*	1.00

หมายเหตุ \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

3.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของ องค์ประกอบความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลในโมเดลการวัด ด้วยโปรแกรม LISREL 9.30 Student version ประกอบด้วย การเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ความเมตตาากรุณา และเสมือนยืนอยู่ใน จุดเดียวกับผู้รับบริการ โดยการหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) หรือเบตา (b) ค่า ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) การทดสอบค่าที (t-test) ที่แตกต่างจากศูนย์ที่ระดับนัยสำคัญทาง

สถิติเท่ากับ .05 ค่าสัดส่วนของค่าไค-สแควร์กับค่าองศาอิสระ (*Relative*  $\chi^2$ ) มีค่าน้อยกว่า 2.00 และค่า *p-value* ต้องมากกว่า .05 ค่าดัชนีความกลมกลืน (Goodness of Fit) ของโมเดลการวัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า GFI, AGFI และ CFI มีค่ามากกว่า .95 และค่าดัชนีความคาดเคลื่อนของการประมาณค่า พิจารณาจากค่า RMR, SRMR และ RMSEA มีค่าน้อยกว่า .05 และมีทิศทางสมเหตุสมผลตามทฤษฎี (พุทพงษ์ สุขสว่าง, 2557) ดังนี้

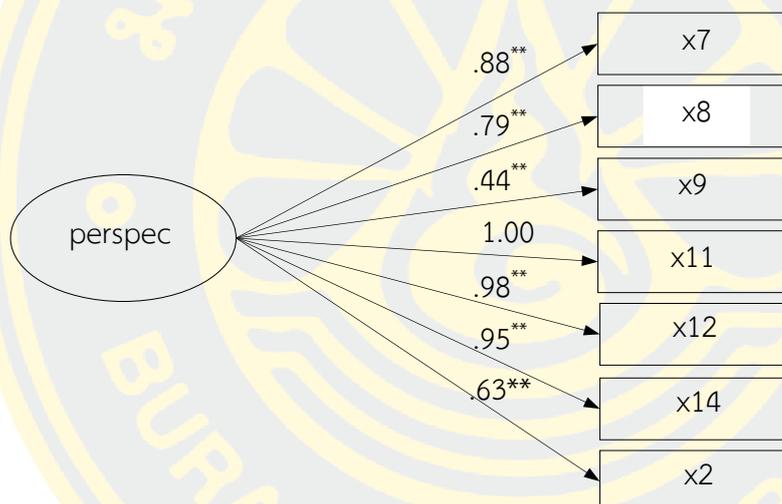
ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันของในโมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนระของผู้อื่น ปรากฏว่า มีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า  $\chi^2=9.01$ ,  $df=10$ ,  $p\text{-value}=.57$ , *Relative*  $\chi^2=1.10$ , GFI=.99, AGFI=.97, CFI=1.00, RMR=.06, RMSEA=.00, SRMR=.02 โดยค่า *p-value* มีค่ามากพอที่จะไม่ปฏิเสธสมมติฐานแสดงว่าผลการทดสอบค่า  $\chi^2$  แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถยอมรับได้ว่าโมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนระของผู้อื่นมีความตรงเชิงโครงสร้าง

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .44-1.00 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ( $R^2$ ) ของตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าตั้งแต่ .35-.81 ดังแสดงในตารางที่ 10 และภาพที่ 11

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันของในโมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนระของผู้อื่น

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
<b>ความสามารถในการเข้าใจทัศนระของผู้อื่น</b>				
การให้ความสนใจต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น สำคัญใน	.88	.06	13.65**	.59
การซักประวัติของผู้ป่วย (x7)				
การที่เอาใจใส่ต่อประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย มี	.79	.06	12.43**	.52
อิทธิพลต่อผลการรักษา (x8)				
พยาบาลควรวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย ขณะ	.44	.06	7.01**	.22
ให้การพยาบาล(x9)				
ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้โดย	1.00	-	-	.81
การรักษาทางยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้น				
ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงมี				
อิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรักษาทางยา หรือการผ่าตัด				
(x11)				

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีส่วนช่วยให้สามารถเข้าใจคำบอกเล่าอาการทางกายของพวกเขาได้ (x12)	.98	.06	17.21**	.75
ฉันเชื่อว่าสถานะทางอารมณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องในการรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์(x14)	.95	.06	16.09**	.70
ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในความรู้สึกของพวกเขา(x2)	.63	.07	9.39**	.35



$\chi^2=9.01$ ,  $df=10$ ,  $p\text{-value}=.57$ , Relative  $\chi^2=1.10$ ,  $GFI=.99$ ,  $AGFI=.97$ ,  $CFI=1.00$ ,  $RMR=.06$ ,  $RMSEA=.00$ ,  $SRMR=.02$

ภาพที่ 11 โมเดลการวัดขององค์ประกอบการเข้าใจทัศนระของผู้อื่น

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตา กรุณา ปรากฏว่า มีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า  $\chi^2=16.67$ ,  $df=23$ ,  $p\text{-value}=.83$ , Relative  $\chi^2=1.38$ ,  $GFI=.98$ ,  $AGFI=.97$ ,  $CFI=1.00$ ,  $RMR=.03$ ,  $RMSEA=.00$ ,  $SRMR=.04$  โดยค่า  $p\text{-value}$  มีค่ามากพอที่จะไม่ปฏิเสธสมมติฐานแสดงว่าผลการทดสอบค่า  $\chi^2$

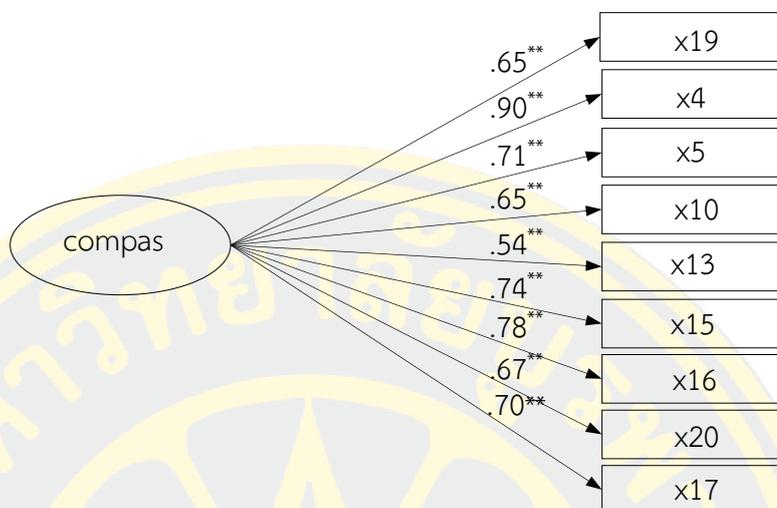
แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถยอมรับได้ว่าโมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตากรุณา มีความตรงเชิงโครงสร้าง

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .60-1.00 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ( $R^2$ ) ของตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าตั้งแต่ .10-.78 ดังแสดงในตารางที่ 11 และภาพที่ 12



ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของในโมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตา  
กรุณา

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
<b>ความเมตตากรุณา</b>				
ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการ พยาบาลหรือเพลิดเพลินไปกับงานศิลปะ(x19)	.65	.02	30.56**	.78
การเข้าใจภาษากายมีความสำคัญเท่ากับการสื่อสารด้วย วาจา ในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย(x4)	.90	.10	9.23	.31
อารมณ์ขันของพยาบาลส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น (x5)	.71	.09	7.62**	.17
ผู้ป่วยให้คุณค่ากับการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของ พวกเขา ซึ่งนับเป็นการบำบัดรักษาไปในตัว(x10)	.65	.08	8.06**	.19
พยาบาลควรพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในจิตใจ ของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจกับภาษากาย และการ แสดงออกซึ่งไม่ได้ผ่านคำพูด(x13)	.54	.08	6.64**	.10
การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มีความสามารถในการ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น(x15)	.74	.19	3.92**	.12
การเข้าใจสถานะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของ พยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย(x16)	.78	.15	5.30**	.21
ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล(x20)	.67	.09	7.67**	.16
พยาบาลควรพยายามคิดเหมือนกับผู้ป่วยของพวกเขา เพื่อที่จะทำให้เกิดการพยาบาลที่ดีขึ้น(x17)	.70	.18	3.82**	.11



$\chi^2=16.67$ ,  $df=23$ ,  $p\text{-value}=.83$ , Relative  $\chi^2=1.38$ ,  $GFI=.98$ ,  $AGFI=.97$ ,  $CFI=1.00$ ,  
 $RMR=.03$ ,  $RMSEA=.00$ ,  $SRMR=.04$

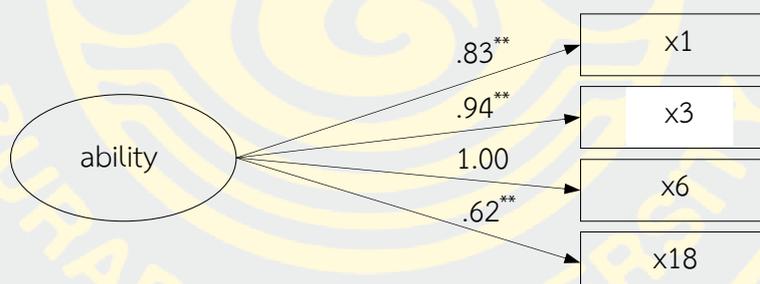
ภาพที่ 12 โมเดลการวัดขององค์ประกอบความเมตตากรุณา

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ ปรากฏว่า มีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่า  $\chi^2=.89$ ,  $df=1$ ,  $p\text{-value}=.34$ , Relative  $\chi^2=1.12$ ,  $GFI=1.00$ ,  $AGFI=.98$ ,  $CFI=1.00$ ,  $RMR=.04$ ,  $RMSEA=.00$ ,  $SRMR=.01$  โดยค่า  $p\text{-value}$  มีค่ามากพอที่จะไม่ปฏิเสธสมมติฐานแสดงว่าผลการทดสอบค่า  $\chi^2$  แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถยอมรับได้ว่าโมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการมีความตรงเชิงโครงสร้าง

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ( b ) พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .54-.90 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (  $R^2$  ) ของตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าตั้งแต่ .17-.64 ดังแสดงในตารางที่ 12 และภาพที่ 13

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
<b>เสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ</b>				
การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาล	.83	.22	3.78**	.17
มีอิทธิพลต่อการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด(x1)				
เป็นเรื่องไม่ยากสำหรับพยาบาล ที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย(x3)	.94	.20	4.71**	.42
ความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่เป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย(x6)	1.00	-	-	.64
พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสายสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ(x18)	.62	.14	4.48**	.20



$\chi^2=.89$ ,  $df=1$ ,  $p\text{-value}=.34$ , Relative  $\chi^2=1.12$ ,  $GFI=1.00$ ,  $AGFI=.98$ ,  $CFI=1.00$ ,  $RMR=.04$ ,  $RMSEA=.00$ ,  $SRMR=.01$

ภาพที่ 13 โมเดลการวัดขององค์ประกอบเสมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ

3.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลในลำดับที่สอง สามารถสรุปผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลในลำดับที่สอง ปรากฏว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า  $\chi^2=129.83$ ,

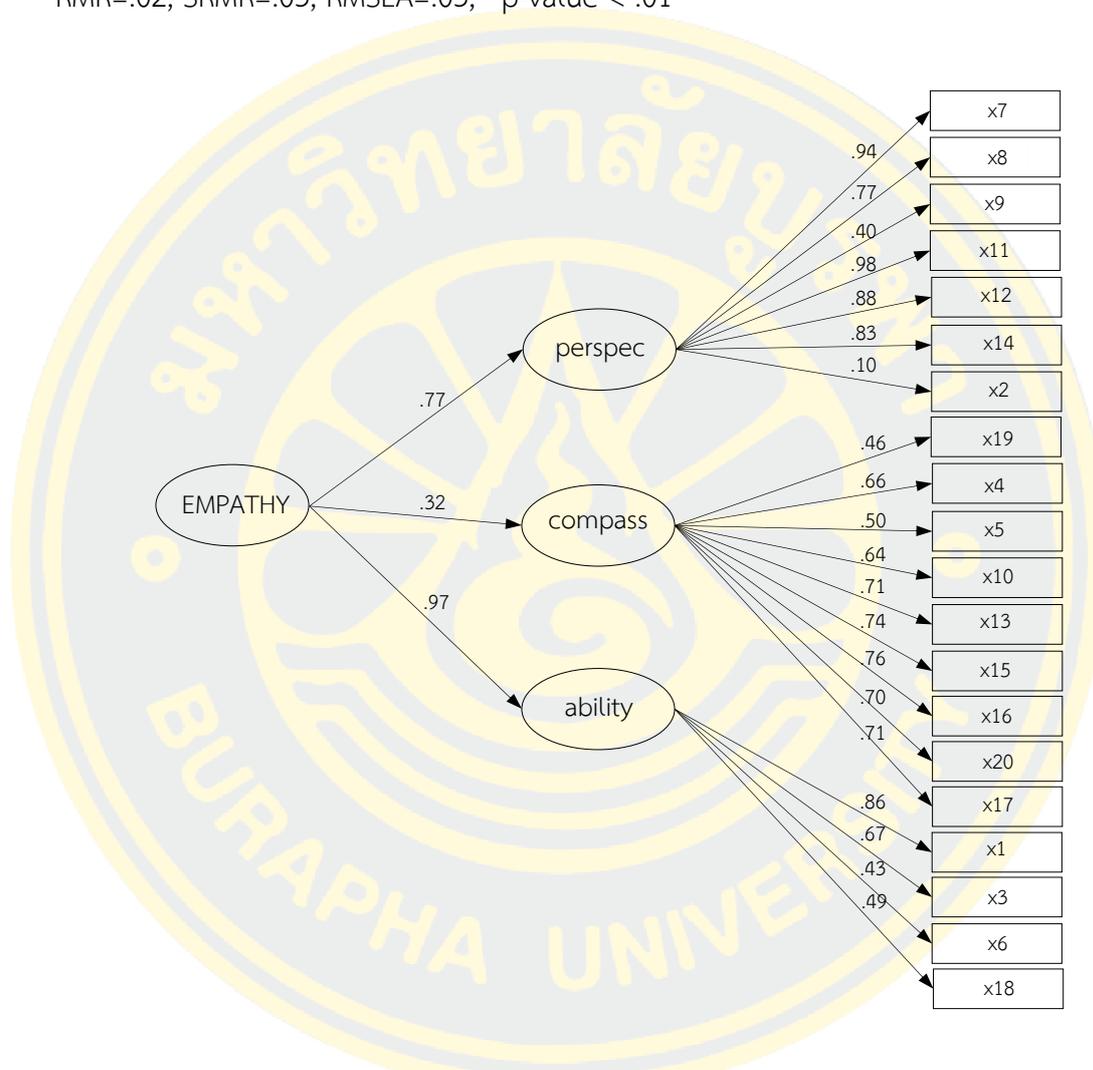
df=122, relative  $\chi^2=1.05$ , p-value=.15, GFI=.96, AGFI=.98, CFI=.99, RMR=.02, SRMR=.03, RMSEA=.03 โดยดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ relative  $\chi^2$  มีค่าน้อยกว่า 2 ดัชนี RMSEA, RMR และ SRMR มีค่าน้อยกว่า .05 และ ดัชนี GFI, AGFI และ CFI มีค่ามากกว่า .95 จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 20 ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ โดยมีองค์ประกอบความสามารถเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ (ability) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด รองลงมา คือ องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น (perspec) และองค์ประกอบความเมตตา กรุณา (compass) มีค่าน้ำหนักเท่ากับ .97, .77 และ .32 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 13 และ ภาพที่ 14

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น	.77	.17	6.18**	.37
การให้ความสนใจต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น สำคัญใน	.94	-	-	.73
การซักประวัติของผู้ป่วย (x7)				
การที่เอาใจใส่ต่อประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย มี	.77	.06	12.27**	.51
อิทธิพลต่อผลการรักษา (x8)				
พยาบาลควรวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย ขณะ	.40	.06	7.97**	.23
ให้การพยาบาล(x9)				
ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้โดย	.98	.08	12.49**	.88
การรักษาทางยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้น				
ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงมี				
อิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรักษาทางยา หรือการผ่าตัด				
(x11)				
การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีส่วนช่วย	.88	.06	14.88**	.66
ให้สามารถเข้าใจคำบอกเล่าอาการทางกายของพวกเขาได้				
(x12)				
ฉันเชื่อว่าสภาวะทางอารมณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องในการ	.83	.06	13.58**	.60
รักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์(x14)				
ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในความรู้สึกของ	.10	.03	2.88**	.03

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
พวกเขา(x2)				
ความเมตตากรุณา	.32	.19	2.47**	.21
ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลหรือเพลิดเพลินไปกับงานศิลปะ(x19)	.46	-	-	.06
การเข้าใจภาษากายมีความสำคัญเท่ากับการสื่อสารด้วยวาจา ในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย(x4)	.66	.23	2.84**	.35
อารมณ์ขันของพยาบาลส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น(x5)	.50	.18	2.70**	.17
ผู้ป่วยให้คุณค่ากับการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของพวกเขา ซึ่งนับเป็นการบำบัดรักษาไปในตัว(x10)	.64	.22	2.93**	.39
พยาบาลควรพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในจิตใจของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจกับภาษากาย และการแสดงออกซึ่งไม่ได้ผ่านคำพูด(x13)	.71	.25	2.88**	.35
การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น(x15)	.74	.26	2.85**	.24
การเข้าใจสถานะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย(x16)	.67	.24	2.8**	.31
ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล(x20)	.70	.24	2.91**	.37
พยาบาลควรพยายามคิดเหมือนกับผู้ป่วยของพวกเขา เพื่อที่จะทำให้เกิดการพยาบาลที่ดีขึ้น(x17)	.71	.23	3.07**	.23
ความสามารถเสมือนยืนจุดเดียวกับผู้รับบริการ	.97	.22	6.08**	.9
การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาล	.86	-	-	.48
มีอิทธิพลต่อการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด(x1)				
เป็นเรื่องไม่ยากสำหรับพยาบาล ที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย(x3)	.67	.11	6.03**	.41
ความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่เป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ จากมุมมองของผู้ป่วย(x6)	.43	.09	4.83**	.23
พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสาย	.49	.10	5.07**	.24

องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกตได้	b	SE	t	R <sup>2</sup>
สัมพันธ์ส่วนต้วระหว่างผู้ป่วยและญาติ(x18)				
$\chi^2=129.83$ , $df=122$ , $relative\chi^2=1.05$ , $p-value=.15$ , $GFI=.96$ , $AGFI=.98$ , $CFI=.99$ , $RMR=.02$ , $SRMR=.03$ , $RMSEA=.03$ , $**p-value < .01$				



ภาพที่ 14 โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

### ตอนที่ 3 ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การเปรียบเทียบความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมซึ่งพิจารณาจากการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมรู้สึกในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบ

ค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง และส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม

1.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ของแบบวัดความร่วมมือรู้สึก

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดความร่วมมือรู้สึก ก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยรวม

คะแนน	กลุ่ม (n)	M	SD	Min	Max
ก่อนทดลอง	ทดลอง (22)	102.90	10.07	86	124
	ควบคุม (22)	104.09	8.74	90	119
	รวม (44)	103.50	9.34	86	124
หลังทดลอง	ทดลอง (22)	112.14	11.26	84	131
	ควบคุม (22)	104.59	9.07	90	119
	รวม (44)	108.36	10.80	90	131
ระยะติดตาม	ทดลอง (22)	112.59	10.65	96	124
	ควบคุม (22)	111.22	12.04	96	123
	รวม (44)	111.91	11.26	96	124

หมายเหตุ ช่วงคะแนนมีค่าเท่ากับ 20 - 140 คะแนน

จากตารางที่ 14 กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนจากมาตรวัดความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลองเท่ากับ 102.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.07 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกเท่ากับ 112.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.26 ในระยะติดตาม ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกเท่ากับ 112.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.65 แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9 และ 1 ตามลำดับ)

1.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ความแปรปรวน ต้องมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้มาจากการสุ่มประชากรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ( Normal distribution ) และทดสอบความแปรปรวน ( Test of homogeneity of variance ) ของประชากรแต่ละกลุ่มของตัวแปรที่มีค่าเท่ากัน

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบข้อมูลการกระจายแบบปกติ Normality ของตัวแปรตามพบว่า คะแนนก่อนทดลอง คะแนนหลังทดลอง และระยะติดตาม มีค่า Shapiro-Wilk  $p$  เท่ากับ .240 .60 และ  $< .001$  แสดงผลว่าข้อมูลคะแนนก่อนทดลอง คะแนนหลังทดลอง มีการกระจายแบบปกติ แต่ข้อมูลระยะติดตามมีการกระจายข้อมูลไม่ปกติ จึงพิจารณาค่าความเบ้ ( skewness ) ของข้อมูลซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง  $-1.27 - 0.47$  ซึ่งน้อยกว่า 3.00 และค่าความโด่ง ( kurtosis ) มีค่าอยู่ระหว่าง  $-1.67 - 1.86$  ซึ่งน้อยกว่า 10.00 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงใกล้เคียงกับโค้งปกติ และมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกันพิจารณาได้จาก ค่า Levene's ค่า  $F = 1.97$  ( $p > .05$ ) แสดงว่า ข้อมูลมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นและการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความร่วมมือรู้สึกในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตาม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมของแต่ละแบบวัด ด้วยวิธีทดสอบ Tukey

1.2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือรู้สึก ก่อนกับหลังการเข้าโปรแกรมและระยะติดตาม ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ ( One-way repeated measures ANOVA )

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามในกลุ่มทดลอง (  $n=22$  )

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม		SS	df	F	p	ES
	M	SD	M	SD	M	SD					
คะแนน	102.90	10.07	108.04	12.29	112.59	10.65	1421	2	8.75	.00**	0.16

\*\* $p < .001$

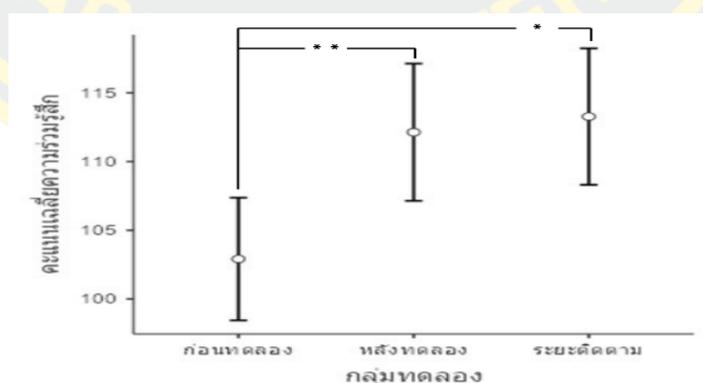
จากตาราง 15 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความร่วมรู้สึกหลังการทดลองและ ระยะติดตาม 1 เดือน อย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน โดยขนาดอิทธิพลของความแตกต่างอยู่ในระดับน้อย ( $ES=0.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมรู้สึกดังตาราง 16

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมรู้สึก ภายในกลุ่มทดลอง

คะแนนความร่วมรู้สึก	Mean Difference	SE	df	t	$p_{tukey}$
ก่อนทดลอง - หลังทดลอง	9.22	1.23	21	7.50	0.00**
ก่อนทดลอง - ระยะติดตาม	9.68	3.00	21	3.23	0.01*
หลังทดลอง - ระยะติดตาม	1.55	3.41	21	1.13	0.99

\* $p < .05$  \*\*  $p < .001$

จากตาราง 16 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมรู้สึก ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมรู้สึกก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับหลังทดลองและระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ.05 ตามลำดับ ( Mean differences = 9.22,  $p < .001$  และ 9.68,  $p < .05$  ตามลำดับ ) แต่ คะแนนเฉลี่ยหลังทดลองไม่แตกต่างกับคะแนนระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05



ภาพที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมรู้สึกในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังทดลองและระยะติดตาม

1.2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือรู้สึก ก่อนกับหลังการเข้าโปรแกรมและระยะติดตาม ภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ ( One - way repeated measures ANOVA )



ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามในกลุ่มควบคุม (n=22)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม		SS	df	F	p
	M	SD	M	SD	M	SD				
คะแนนความร่วมมือรู้สึก	104.09	8.74	104.59	9.07	111.22	12.04	698	2	4.00	.026*

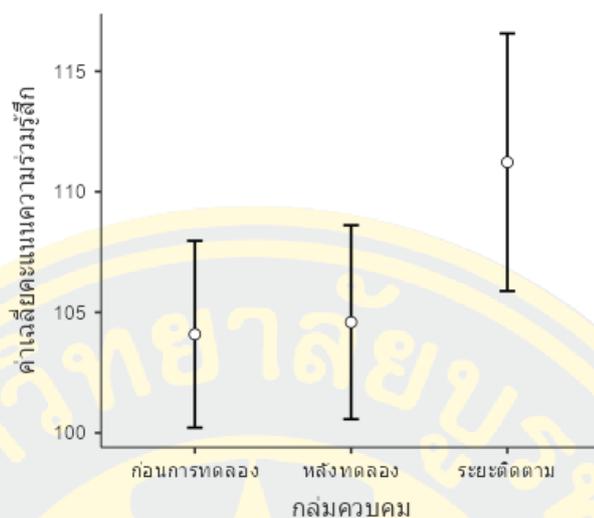
\* $p < .05$

จากตารางที่ 17 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือรู้สึกหลังการทดลองและ ระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกดังตาราง 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึก ภายในกลุ่มควบคุม

คะแนนความร่วมมือรู้สึก		Mean Difference	SE	df	t	$p_{tukey}$
ก่อนทดลอง	-หลังทดลอง	0.50	0.24	21	2.05	0.13
	-ระยะติดตาม	7.13	3.40	21	2.10	0.11
หลังทดลอง	-ระยะติดตาม	6.63	3.49	21	1.90	0.16

จากตารางที่ 18 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือรู้สึก ก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 1 เดือน ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือรู้สึกก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามไม่แตกต่างกัน



ภาพที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมรู้สึกในกลุ่มควบคุม ก่อนกับหลังทดลองและระยะติดตาม

1.2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมรู้สึก ก่อนกับหลังการเข้าโปรแกรม และระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Two - way repeated measures ANOVA)

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความร่วมรู้สึก

คะแนนความร่วมรู้สึก	SS	df	MS	F	p	$\eta_p^2$
กลุ่ม	218.94	1	218.94	1.42	.24	.03
เวลา	1555.68	1	1555.68	13.76	.001**	.24
กลุ่ม*เวลา	35.63	1	35.63	.32	.58	.00
Within (Error)	4747.68	42	113.04			

\*\*  $P < .01$

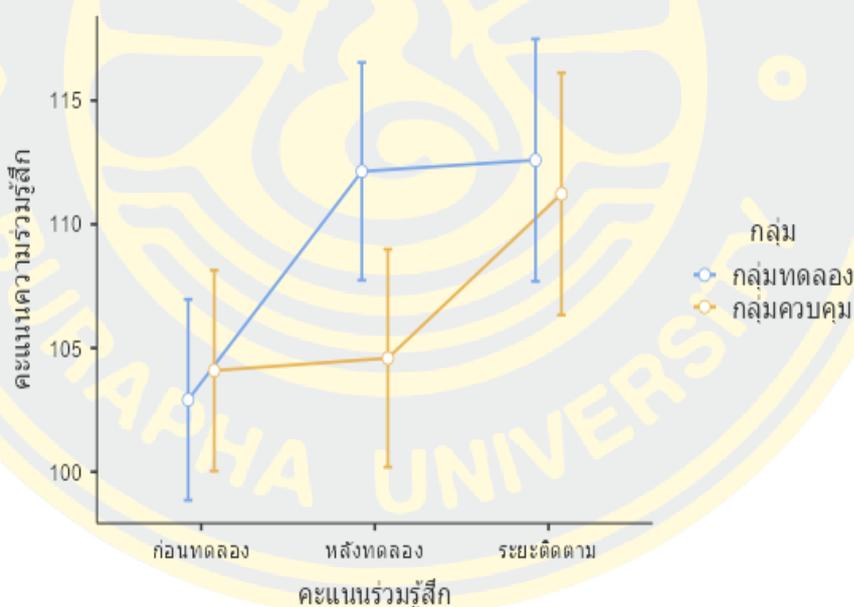
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแปรปรวนเปรียบเทียบคะแนนความร่วมรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างของค่าคะแนนความร่วมรู้สึกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างน้อย 1 คู่ จึงเปรียบเทียบรายคู่ของค่าคะแนนความร่วมรู้สึกดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลเปรียบเทียบรายคู่คะแนนความร่วมรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความร่วมรู้สึก		Mean Difference	SE	df	t	p	$\eta_p^2$
ก่อนทดลอง	-หลังทดลอง	4.86	0.62	42	7.76	$\leq 0.01^*$	0.09
ก่อนทดลอง	-ระยะติดตาม	8.41	2.26	42	3.71	0.00*	
หลังทดลอง	-ระยะติดตาม	3.55	2.43	42	1.45	0.46	

\* $p < .05$

เมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรปรากฏว่า คะแนนก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกับคะแนนหลังทดลอง ( $F = 7.76, p < .05$ ) และระยะติดตาม ( $F = 3.71, p < .05$ ) อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 มีขนาดอิทธิพลระดับน้อย ( $ES = .09$ )



ภาพที่ 17 การเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมรู้สึก ก่อนกับหลังทดลองและระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

## ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

### 2.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสังเกตพฤติกรรม ก่อนและหลังทดลองโดยรวมและรายข้อ

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสังเกตพฤติกรรม ก่อนและหลังทดลองโดยรวมและรายข้อ

พฤติกรรม	ก่อน				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1.เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีท่าทีแบบเปิด ได้แก่ การไม่ยืนหรือนั่งในลักษณะเผชิญหน้าตรง ไม่กอดอก สบตา หายฝ่ามือ	1.00	0.00	1.00	0.00	2.27	0.45	2.41	0.50
2.เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับบริการ	2.00	0.00	2.00	0.00	2.09	0.29	2.00	0.00
3.ปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน	2.00	0.00	2.00	0.00	2.68	0.47	2.50	0.51
4.สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยน้ำเสียงสุภาพนุ่มนวลเป็นมิตร สีหน้าสดใส	2.32	0.47	2.27	0.45	2.68	0.47	2.50	0.51
5.รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน ไม่ด่วนสรุปหรือคัดค้านเห็นด้วยในทันที	2.00	0.00	2.00	0.00	2.41	0.50	2.09	0.29
6.สะท้อนความรู้สึกของผู้รับบริการได้ถูกต้อง	1.00	0.00	1.00	0.00	2.00	0.00	2.00	0.00
7.กระตือรือร้นในการช่วยเหลือและหมั่นคอยถามไถ่ดูแลผู้รับบริการ	2.00	0.00	2.00	0.00	2.41	0.50	2.09	0.29
8.มีความสนใจและพูดให้	1.00	0.00	1.00	0.00	2.59	0.50	2.91	0.29

พฤติกรรม	ก่อน				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
กำลังใจเมื่อผู้รับบริการมีความทุกข์ ไม่สุขสบาย								
9.ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยโดย								
สีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือ	2.00	0.00	2.00	0.00	3.00	0.00	3.00	0.00
พฤติกรรมอื่นๆ								
10.รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย								
และญาติอย่างตั้งใจ	2.00	0.00	2.00	0.00	3.00	0.00	3.00	0.00
รวม	17.32	0.48	17.27	.48	25.14	1.52	24.5	1.53

จากตาราง 21 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 17.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกโดยรวม ก่อนการทดลองเท่ากับ 17.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.53

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกโดยใช้สถิติทดสอบที่ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ( Dependent t – test )

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึก

คะแนนพฤติกรรม	M	SD	df	t	p	Cohen's d
หลังทดลอง	25.14	1.52	21	27.525	.000***	5.87
ก่อนทดลอง	17.32	.48				

\*\*\* $p < .001$

จากตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกก่อนกับหลังทดลองของกลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมฝึก พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมฝึกมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (  $ES = 5.87$  )

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t – test )

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรม	M	SD	df	t	p	Cohen's d
หลังทดลอง	24.50	1.54	21	25.94	.001**	5.53
ก่อนทดลอง	17.27	.46				

\* $p < .01$

จากตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกก่อนกับหลังทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (ES= 5.53 )

2.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ( Independent t-test )

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรม	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p	Cohen's d
		M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	22	17.32	.48	25.14	1.52	.323	.748	.09
หลังทดลอง	22	25.14	1.52	24.50	1.54	.1381	.175	.42

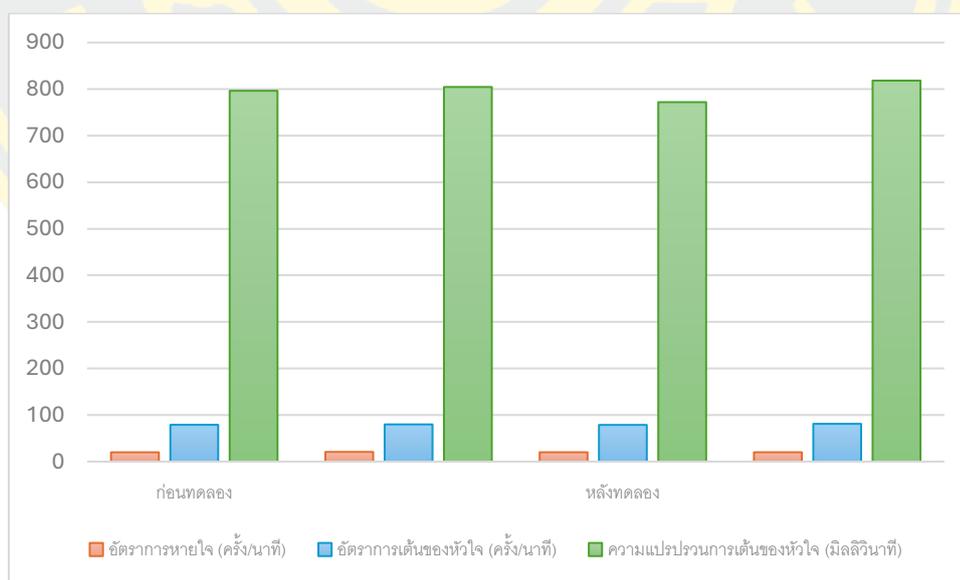
จากตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ปรากฏว่า ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการฝึก กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง โดยพิจารณาจาก

อัตราการหายใจ ( RR ) อัตราการเต้นของหัวใจ ( HR ) และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV ) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ ( Two - way Analysis of Variance: ANOVA ) และค่าขนาดอิทธิพล ( Effect size )

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ก่อนกับหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	19.95	2.40	20.77	2.54	20.14	2.23	20.11	2.38
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	79.00	2.74	79.90	3.41	78.80	3.74	81.10	1.93
ความแปรปรวนการเต้นของหัวใจ (มิลลิวินาที)	796.40	34.74	804.50	29.17	772.00	37.18	818.20	26.36



ภาพที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ

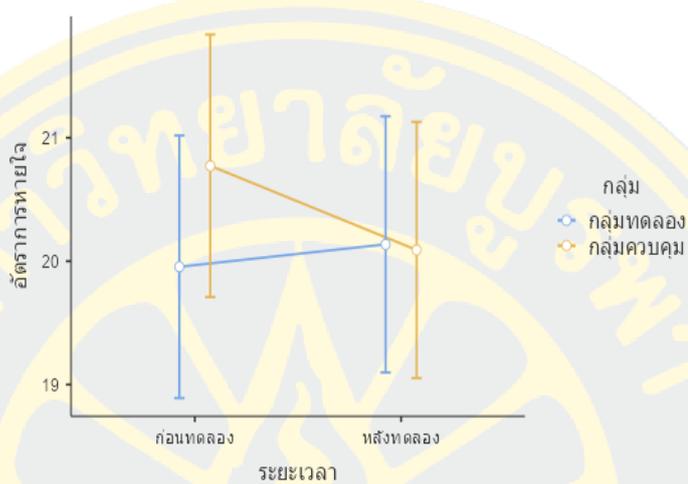
จากตาราง 25 และภาพ 18 พบว่าในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการหายใจ ในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.95 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.40 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.14 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.23 อัตราการเต้นของหัวใจก่อนทดลองเท่ากับ 79.00 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.74 หลังทดลองอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 78.80 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.74 และก่อนทดลองอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจค่าเฉลี่ยเท่ากับ 796.40 มิลลิวินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 34.74 หลังทดลองอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจค่าเฉลี่ยเท่ากับ 772.0 มิลลิวินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 37.18 ในกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.77 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.09 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 อัตราการเต้นของหัวใจก่อนทดลองเท่ากับ 79.90 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.41 หลังทดลองอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 81.10 ครั้ง/นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.93 และก่อนทดลองอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจค่าเฉลี่ยเท่ากับ 804.50 มิลลิวินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.17 หลังทดลองอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจค่าเฉลี่ยเท่ากับ 818.20 มิลลิวินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 26.36

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณ ของกลุ่มตัวอย่างคือตัวแปรตามต้องมีการแจกแจงแบบปกติ โดยพิจารณาจาก Shapiro-Wilk Multivariate Normality Test = 0.919  $p = .005$  มีความหมายว่าข้อมูลไม่แจกแจงปกติ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มและมีจำนวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน ข้อมูลจึงมีลักษณะการแจกแจงใกล้เคียงกับโค้งปกติ (Scheffe, 1970: p 102) เมื่อทดสอบความแปรปรวนของค่าปฏิบัติยาตอบสนองของร่างกาย ได้ค่า Levene's ค่า  $F = .58, .41$  ( $p > .05$ ) แสดงว่า ข้อมูลมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน จึงยอมรับข้อตกลงเบื้องต้นสามารถวิเคราะห์ความแปรปรวนได้

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta_p^2$
กลุ่ม	3.28	1	3.28	.44	.51	.01
เวลา	1.38	1	1.38	.31	.58	.00
กลุ่ม*เวลา	4.10	1	4.10	.92	.34	.02
Within (Error)	188.02	42	4.48			

จากตารางที่ 26 ผลเปรียบเทียบอัตราการหายใจก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า อัตราการหายใจไม่แตกต่างกัน



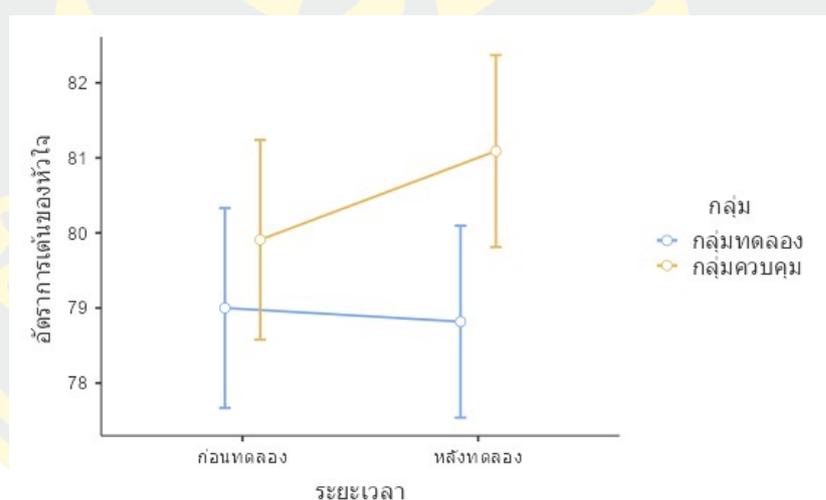
ภาพที่ 19 ผลเปรียบเทียบอัตราการหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	$\eta_p^2$
กลุ่ม	55.68	1	55.68	6.05	.02*	.13
เวลา	5.50	1	5.50	.59	.44	.02
กลุ่ม*เวลา	10.23	1	10.23	1.11	.29	.03
Within (Error)	386.27	42	9.19			

\* $P < .05$

จากตารางที่ 27 ผลเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 6.05, p = .02$ ) ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .13



ภาพที่ 20 ผลเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของอัตราผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	F	p	$\eta_p^2$	
กลุ่ม	16281.92	1	16281.92	9.71	.00**	.19
เวลา	627.55	1	627.55	1.61	.21	.04
กลุ่ม*เวลา	7999.10	1	7999.10	20.45	.00**	.33

Within (Error)	16425.84	42	391.09
----------------	----------	----	--------

\*\* $P < .01$

จากตารางที่ 28 ผลเปรียบเทียบอัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า อัตราผันแปรการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $F = 20.45$ ,  $p = .00$ ) ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .33



ภาพที่ 21 ผลเปรียบเทียบอัตราการผันแปรของการเต้นของหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลและเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในขั้นตอนวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกจำนวน 200 คน เลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์โควตา ขั้นตอนศึกษาผลการใช้โปรแกรมจำนวน 44 คน เลือกเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน โดยพิจารณาจากเกณฑ์คัดเข้า ( Inclusions criteria ) เกณฑ์การคัดออก ( Exclusion criteria ) ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง ( Experimental Design ) วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง ( Pretest – and Multiple Posttest Control Group design) ตัวแปรตามคือ คะแนนความร่วมมือรู้สึก คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต 2) แบบประเมินความเครียด 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 ) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความร่วมมือรู้สึก แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก และเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงบรรยายด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบด้วย t-test และ ANOVA

#### สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองเป็นเครื่องมือสำหรับผู้นำโปรแกรมไปใช้ฝึกนักศึกษาพยาบาลเพื่อเพิ่มความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ปฐมนิเทศ 2) การตระหนักรู้ตนเอง 3) การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ และ 4) ปัจฉิมนิเทศ ใน 4 ขั้นตอนประกอบด้วย กิจกรรม 9 กิจกรรม ได้แก่ 1)แนะนำตัว 2) บรรยาย 3) เราเป็นใครและทำไม 4) รู้ตัวทั่วพร้อม 5) อ่านข้อความบอกต่อ 6) ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ 7) ความรู้สึกของบทเพลง 8) ฟังเสียงธรรมชาติ 9) ฟังเรื่องเล่า การประเมินโปรแกรมการฝึกการฟัง

อย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง มีความเหมาะสมในระดับมากสำหรับเพิ่มความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้

2.การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 20 ตัวบ่งชี้คุณลักษณะ ได้แก่ องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น องค์ประกอบความเมตตา และองค์ประกอบความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ และ 2) องค์ประกอบความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ปรากฏว่า องค์ประกอบความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด รองลงมา คือ องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น และองค์ประกอบความเมตตา มีค่าเท่ากับ .97, .77 และ .32 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาได้เท่ากับ .78 กล่าวโดยสรุปแบบวัดความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลฉบับนี้มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่เหมาะสมสามารถนำไปวัดความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้

3.การฝึกด้วยโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองส่งผลให้คะแนนความร่วมรู้สึกของกลุ่มทดลองหลังฝึกและระยะติดตามมีคะแนนสูงกว่าก่อนฝึก จึงยอมรับตามสมมติฐานข้อที่ 2

4.การฝึกด้วยโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองส่งผลให้คะแนนความร่วมรู้สึกของกลุ่มทดลองหลังฝึกและระยะติดตามมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

5.การฝึกด้วยโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมความร่วมรู้สึกของกลุ่มทดลองหลังฝึกมีคะแนนสูงกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จึงยอมรับตามสมมติฐานข้อที่ 4

6.คะแนนพฤติกรรมความร่วมรู้สึกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังฝึกด้วยโปรแกรมการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 5

7. การฝึกด้วยโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองส่งผลให้ค่าปฏิกิริยาของร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองหลังฝึกมีอัตราแตกต่างจากก่อนฝึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับตามสมมติฐานข้อที่ 6

8. การฝึกด้วยโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งผลให้ค่าปฏิกิริยาของร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองหลังฝึกมีอัตราแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับตามสมมติฐานข้อที่ 7 ส่วนอัตราการหายใจของกลุ่มทดลองหลังฝึกมีอัตราไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม

### อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับเพิ่มความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน และมีความสัมพันธ์กัน โดยแต่ละขั้นตอนพัฒนาบนพื้นฐานที่สังเคราะห์มาจากแนวคิดหรือทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ( Client-centered Theory ) ด้วยการฝึกทักษะการสื่อสาร ( Communication skill ) ในแนวคิดการให้การปรึกษาของ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ส ( Carl R Rogers ) เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self-awareness ) และการฟังอย่างตั้งใจ ( Active listening ) เพื่อเพิ่มการทำงานของสมองในด้านความร่วมรู้สึก ซึ่งอาศัยกระบวนการกลุ่ม บทบาทสมมติ และการอภิปรายแลกเปลี่ยน การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ เพื่อประสานการทำงานของระบบเซลล์กระจก ( Mirror neurons system imagery process ) ที่ว่าเมื่อสมองถูกกระตุ้นด้วยการรับรู้ รวมไปถึงการกระตุ้นภายใน เช่น การระลึกถึงทำให้เซลล์กระจกทำงานและส่งสัญญาณประสาทนำเข้าไปยัง ระบบประสาทอัตโนมัติ ( Autonomic nervous system ) จึงมีปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ( Physiological response ) พร้อมทั้งการกระตุ้นนั้นส่งสัญญาณประสาทไปยังประสาทส่วนกลางซึ่งเป็นสมองส่วนคิด ช่วยแปลสัญญาณการมองเห็น จากสีหน้าแววตาผู้อื่น เกิดการเลียนแบบได้ และสมองสามารถเลียนแบบเมื่อรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นอีกด้วย

ข้อมูลจากกลไกดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดการยอมรับว่าความร่วมรู้สึกสามารถฝึกได้ การฝึกความร่วมรู้สึกทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง เกิดการจดจำ เมื่อมีการตระหนักรู้ในตนเองและมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจเกิดขึ้น ทำให้เมื่อรับสิ่งเร้าเข้ามา สมองก็จะมีร่วมรู้สึกที่รวดเร็ว แยกแยะระหว่างอารมณ์ตนเองและผู้อื่น และเกิดการรู้คิดถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปสู่พฤติกรรมบริการ การบำบัด การสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้ จึงได้โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสำหรับเพิ่มความร่วมรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลและผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญในระดับเหมาะสม และเมื่อนำไปทดลองใช้โปรแกรมนี้สามารถฝึกได้จริง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

ในขั้นตอนการฝึกการตระหนักรู้ตนเองนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีตัวตน ( Self ) ของ โรเจอร์ส ที่กล่าวว่าตัวตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ ที่เป็นส่วนของการรับรู้และค่านิยมเกี่ยวกับตัว

เรา ตัวตนพัฒนามาจากการที่อินทรีย์มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมเป็นประสบการณ์เฉพาะตน การทำงานของตัวตนในบุคคล ( Self-concept ) ต้องสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมกับมโนภาพแห่งตน ( Ideal self ) หากสอดคล้องกันมากแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จักตัวเองอย่างแท้จริง ( Real self ) ยอมรับตนเองสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพกล้าเปิดตนเองออกมารับประสบการณ์ใหม่ๆ เลือกตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ขึ้นอยู่กับการยอมรับของผู้อื่นและสังคม ตลอดจนเข้าใจในค่านิยมของตนเอง ในขณะที่สามารถยืดหยุ่นต่อสภาพการณ์ต่างๆ โดยไม่ยึดติดอยู่ในค่านิยมของตน เป็นต้น อันเป็นคุณลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์จะทำให้ผู้ฝึกได้นำข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่นำเข้ามา ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกได้ดำเนินกิจกรรมด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างวาดภาพที่คิดว่าเป็นภาพสะท้อนความเป็นตนเองได้มากที่สุดและสามารถเขียนข้อความประกอบภาพเพื่อแสดงการรับรู้ของตนเอง จากนั้นให้วาดภาพตนเองในอนาคตเป็นการยอมรับตนเอง การปรับตัวอย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงความเป็นไปได้และในระหว่างที่นำเสนอภาพวาดต่อกลุ่มเป็นการให้สมาชิกรู้จักการยอมรับผู้อื่น ลำดับต่อมากลุ่มทดลองได้เขียนกราฟชีวิต เป็นการฝึกให้ทบทวนตนเอง ให้ตระหนักตัวตนที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต การเผชิญกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตตนเองและการจัดทำผังเครือญาติ เป็นการฝึกตระหนักตัวตนที่มีรากฐานจากการเลี้ยงดูหรือวัฒนธรรม ประเพณีของเครือญาติสำหรับกิจกรรมรู้ตัวทั่วพร้อม เป็นการฝึกสังเกตการณ์รับรู้ของร่างกาย และสังเกตความรู้สึกตนเองเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบ การฝึกนักศึกษาพยาบาลในการตระหนักตัวตนนี้สอดคล้องกับความเห็นของสายฝน เอกวรางกูร (2562) ที่ว่า นักศึกษาพยาบาลจึงเป็นผู้ที่ควรได้รับการฝึกฝนให้มีทั้งความรับผิดชอบและซื่อสัตย์ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ทำบทบาทหน้าที่ของการเป็นนักศึกษาพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ นักศึกษาพยาบาลต้องรับการพัฒนาการตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเองตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพราะการตระหนักรู้ในตนเอง ( Self -awareness ) เป็นความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ อารมณ์ ตลอดจนจุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการของตนเองอย่างลึกซึ้ง ผู้ที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีจะมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น คนที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีย่อมเข้าใจถึงผลกระทบของอารมณ์ตนเองที่มีต่อผู้อื่นและต่อการปฏิบัติงาน และขั้นตอนการฝึกการฟังอย่างตั้งใจ ปรากฏว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกการฟังที่เริ่มจากกิจกรรมอ่านข้อความแล้วบอกต่อ เป็นการฝึกการฟังจับใจความที่ต้องอาศัยความตั้งใจ และได้ฝึกการแสดงท่าทางที่สะท้อนการฟังอย่างตั้งใจ ต่อผู้กำลังสนทนาหรือสร้างสัมพันธภาพด้วย ลำดับต่อมาฝึกฟังเพลง มีขั้นตอนจากการฟังว่าในเพลงนั้นมีจำนวนคนร้องเพลงกี่คน ต่อมาฟังว่าเพลงนั้นสื่ออารมณ์อย่างไร และฟังเพลงที่เป็นภาษาที่ไม่คุ้นเคยและแปลความหมายไม่ได้ทุกประโยค รวมทั้งให้มีการสะท้อนความคิด ความรู้สึกขณะฟังเพลงซึ่งเป็นการนำการตระหนักรู้ตนเองเข้ามาผสมผสานร่วมกับการฟัง ทำให้ผู้เข้าร่วมฝึกที่จะฟังร่วมไปกับตระหนักรู้ว่าตนเองกำลังรู้สึกอย่างไรกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ลำดับต่อมาได้ฝึกฟังเสียงธรรมชาติซึ่งเป็นการเพิ่มความละเอียดใน

การฟัง เพิ่มความตั้งใจในการฟังและการสังเกต และลำดับต่อมาได้มีการฝึกฟังเรื่องเล่าและสะท้อนเพื่อนร่วมกลุ่มที่เข้าโปรแกรมด้วยกันในกิจกรรมฟังเรื่องเล่า เป็นการฟังอย่างยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข ( Unconditional positive regard ) ซึ่งในการฝึกพบว่า กิจกรรมการฟังเรื่องเล่าทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้และฝึกที่จะฟังอย่างตั้งใจทำให้สามารถสะท้อนความรู้สึก ( Reflect of feeling ) เพื่อเป็นกระจกสะท้อนผู้มารับบริการหรือผู้อื่นให้ได้มากที่สุดจนกระทั่งผู้รับบริการเห็นตนเองอย่างชัดเจน ในขั้นตอนนี้เป็นข้อจำกัดในกิจกรรมการฟังเรื่องเล่าเนื่องจากผู้เข้าโปรแกรมที่เป็นผู้เล่าเรื่อง ยังคิดว่าผู้ฟังยังสะท้อนกลับไม่ชัดเจนและไม่ได้ช่วยให้ตนเองได้มองเห็นตนเองได้ชัดเจนขึ้น

โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมมือรู้สึกไว้ 4 ประการ ได้แก่การที่บุคคล 1) สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่สังเกต และรับฟัง 2) มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์ 3) สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา และ 4) ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ผลของการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Haley et al., (2017) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟังอย่างตั้งใจ การตระหนักรู้ตนเองและความร่วมมือและการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมืออย่างมีนัยสำคัญ (  $p < .001$  ) ความร่วมมือนั้นก็เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญ (  $p = .003$  ) ข้อสรุปของการศึกษาคือการพัฒนาการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ในตนเองนำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือและการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์แบบวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล อธิบายได้ดังนี้ แบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ มีจำนวนเท่ากับแบบวัดต้นฉบับ ( Ward et al, 2009; Hojat, 2007 ) สอดคล้องกับที่พบในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา ( Ward et al, 2009 ) อิตาลี ( Montanari et al, 2015 ) เกาหลี ( Kim & Ahn, 2018 ) ตุรกี ( Yanik & Saygili, 2014 ) และของต้นฉบับภาษาไทยที่ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ ( กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตรรุ่งภัก, 2555 ) ซึ่งพบ องค์ประกอบหลักจำนวน 3 องค์ประกอบคือ 1) ความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ( Perspective taking ) 2) ความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) และ 3) ความสามารถยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ ( Standing in patient's shoes ) รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้งหมดที่วิเคราะห์ได้ ข้อแตกต่างที่พบคือ จำนวนของตัวแปรสังเกตได้ ในแต่ละองค์ประกอบและในแต่ละแบบวัดไม่เท่ากัน

กล่าวคือ การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนข้อตัวแปรสังเกตได้จำนวน 20 ข้อ เท่ากับการศึกษาของต้นฉบับ (Ward et al, 2009; Hojat, 2007) และการศึกษาในประเทศเกาหลี สหรัฐอเมริกา แตกต่างจากการศึกษาในอิตาลีและตุรกี ที่พบตัวแปรสังเกตได้จำนวน 14 และ 18 ข้อ ตามลำดับ

นอกจากนั้นแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลฉบับภาษาไทยครั้งนี้ยังมีผลคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล เท่ากับ 89.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.67 มีค่าใกล้เคียงกับต้นฉบับดั้งเดิม (Ward et al, 2009) คือ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 114 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.5 ต้นฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและศึกษาในนักศึกษาแพทย์ (กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, 2555) คือค่าเฉลี่ยเท่ากับ 111.31 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.41 อธิบายได้ว่าความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลมีความเห็นใกล้เคียงกันตามข้อความของตัวแปรสังเกตได้ที่ประกอบเป็นองค์ประกอบหลักของความร่วมมือรู้สึก เป็นการยืนยันได้ว่าแม้จะใช้แบบวัดในประชากรต่างหลักสูตรทางวิชาชีพด้านสุขภาพ ต่างภาษาและสังคม แบบวัดความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลฉบับภาษาไทยนี้ยังมีองค์ประกอบที่เหมือนกับต้นฉบับและอีกหลายภาษา ส่วนข้อแตกต่างที่พบคือ แบบวัดฉบับภาษาไทยที่พัฒนานี้ องค์ประกอบที่สำคัญที่สุด กลับเป็นความสามารถยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ (Standing in patient's shoes) ซึ่งแตกต่างจากฉบับดั้งเดิม (Ward et al, 2009; Hojat, 2007) ที่แสดงไว้ว่า องค์ประกอบสำคัญที่สุดคือความสามารถในการเข้าใจทัศนคติของผู้อื่นและแตกต่างจากฉบับภาษาไทยที่ใช้ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ (กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, 2555) ที่พบว่า องค์ประกอบสำคัญที่สุดคือ ความเมตตา ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการมาจำนวนมากพอที่จะสามารถร่วมมือรู้สึกเหมือนยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ มีประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการในสถานบริการ ศึกษากรณีศึกษาที่หลากหลาย จนสามารถเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ผู้รับบริการเผชิญอยู่ได้ ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลยังมีความเห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองผู้ป่วยเนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และยังมีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ต้องพยายามในการที่จะเข้าใจมุมมองของแต่ละบุคคล ซึ่งการที่จะยอมรับความแตกต่างของบุคคลนั้น เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยประสบการณ์และระยะเวลาในการพยาบาลและให้บริการบุคคลจำนวนมากขึ้นไป

เมื่อวิเคราะห์จัดเรียงองค์ประกอบตามลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบได้ 1) องค์ประกอบความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ 2) องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนคติของผู้อื่น และ 3) องค์ประกอบความเมตตาคุณธรรมมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .97, .77 และ .32 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการหรือการเข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการส่งผลต่อความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด เมื่อศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบสามารถ

แสดงด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง ประกอบด้วย  $\chi^2=129.83$ ,  $df=122$ ,  $relative\chi^2=1.05$ ,  $p-value=.15$ ,  $GFI=.96$ ,  $AGFI=.98$ ,  $CFI=.99$ ,  $RMR=.02$ ,  $SRMR=.03$ ,  $RMSEA=.03$  แสดงว่าองค์ประกอบความรู้สึกร่วมกันของนักศึกษาพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

1. องค์ประกอบความสามารถเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ มีตัวบ่งชี้จำนวน 4 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .57-.76 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวบ่งชี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montanari et al (2015) ที่พบว่าองค์ประกอบความสามารถเหมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการนั้นนักศึกษาพยาบาลมีความเห็นตามตัวแปรสังเกตได้ว่าเป็นเรื่องไม่ยากสำหรับพยาบาล ที่จะเข้าใจสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ป่วย แต่ความแตกต่างระหว่างบุคคลทำให้เป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ป่วย และนักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยว่าการเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาลมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสายสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพราะความรู้สึกร่วมกันเป็นการแสดงถึงความสามารถในการทำความเข้าใจและร่วมรับรู้ต่อความรู้สึก การคิด การกระทำและเข้าใจผู้อื่น เปรียบเสมือนการนำตนเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะภายในของผู้อื่นและแยกแยะระหว่างสภาวะภายในของตนเองกับผู้อื่นและทุกคนสามารถพัฒนาความรู้สึกร่วมกันได้อยู่เสมอ (จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2558; Lockwood, 2016) สอดคล้องกับนักประสาทวิทยาที่ได้จำแนกความรู้สึกร่วมกันออกเป็น 2 ด้านตามผลการศึกษาที่พบการทำงานของสมองของสมอง ได้แก่ 1) ด้านของการรู้คิด ( Cognitive empathy ) คือความสามารถในการเข้าใจประสบการณ์ภายในและความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งสามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองของผู้อื่นได้ และ 2) ด้านของอารมณ์ความรู้สึก ( Affective empathy หรือ Emotional empathy ) คือความสามารถในการเข้าไปร่วมอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งแต่ละด้านมีองค์ประกอบย่อยแยกย่อยออกไปตามแนวคิดและทฤษฎีของแต่ละแนวคิดหรือทฤษฎี (กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาค, 2555; Lockwood, 2016 )

2. องค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่น มีตัวบ่งชี้จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .60-.85 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวบ่งชี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yanik and Saygili (2014) ได้ศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบวัดความรู้สึกร่วมกันในนักศึกษาพยาบาลตราบเท่าที่พบว่าองค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนะของผู้อื่นมีตัวบ่งชี้ที่นักศึกษาพยาบาลมีความเห็นว่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นสามารถรักษาให้หายได้ไม่ใช่โดยการรักษาทางยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น และความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วยมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา และการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีส่วนช่วยให้

สามารถเข้าใจคำบอกเล่าอาการทางกายของพวกเขาได้ นักศึกษาเชื่อว่าสภาวะทางอารมณ์นั้นมีความเกี่ยวข้องในการรักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์ การศึกษานี้ยังพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่อพยาบาลมีความเข้าใจในความรู้สึกของพวกเขาและการให้ความสนใจต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญในการช้ชีวิตของผู้ป่วย การที่เอาใจใส่ต่อประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อผลการรักษา และพยาบาลควรวางตนเองอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล

3. องค์ประกอบความเมตตากรุณา มีตัวบ่งชี้จำนวน 9 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .46 -.78 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกตัวบ่งชี้ โดยนักศึกษาพยาบาลเห็นด้วยว่าการเข้าใจภาษากายมีความสำคัญเท่ากับการสื่อสารด้วยวาจา อารมณ์ขันของพยาบาลส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยให้คุณค่ากับการที่พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของพวกเขา ซึ่งนับเป็นการบำบัดรักษาไปในตัว พยาบาลควรพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในจิตใจของผู้ป่วย โดยให้ความสนอกกับภาษากาย และการแสดงออกซึ่งไม่ได้ผ่านคำพูด การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลควรพยายามคิดเหมือนกับผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้เกิดการพยาบาลที่ดีขึ้น สอดคล้องกับบริบทการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิต คือการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการให้บริการด้วยสัมพันธภาพที่ดี เข้าถึงปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง โดยรับฟังข้อมูลของผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน (สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากผลการศึกษาของ หทัยรัตน์ บุชยพรรณพงศ์ (2563) ที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้กล่าวไว้ว่าแม้จะมีการปลูกฝังแบบแผนการพยาบาลที่เต็มเปี่ยมด้วยความดีงาม ความรัก ความเมตตา กรุณา แต่ถ้าเน้นที่ความรัก ความเมตตา กรุณา พยาบาลคงช่วยผู้รับบริการเพียงระดับหนึ่ง เท่านั้น แต่ยังไม่ถึงที่สุด เพราะยังไม่รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาและ ความต้องการอย่างไร มีแต่ความอยากช่วยด้วยเจตนาที่ดี ดังนั้นการพยาบาลจึงหยุดแค่ ความเมตตา กรุณาไม่พอต้องเข้าใจผู้ป่วยและเข้าใจชีวิตจริงของผู้ป่วยด้วยมองเห็นและเข้าใจในปัญหาให้เหมือนผู้รับบริการมองเห็นและเข้าใจ ซึ่งทำให้มีข้อมูลที่น่ามาใช้เป็นในการวางแผนและหาทางแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่าสามารถอธิบายความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 54.72 สำหรับในส่วนที่เหลือร้อยละ 45.28 อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากที่ได้กล่าวมา ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาล ที่ศึกษาในหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกนั้น เป็นหลักสูตรที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนอง

ความต้องการพยาบาลของพื้นที่ กล่าวคือ สถาบันผลิตพยาบาลภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้วิทยาลัย 30 แห่งทั่วประเทศรับนักเรียนจากโรงเรียนในเขตสุขภาพทั่วประเทศ กำหนดจำนวนรับเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามโควตาที่เข้ามารับการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นักเรียนจะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเป็นพยาบาลสูง จึงมีความรัก ความชอบในวิชาชีพ มีความเมตตาและปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ สำหรับปัจจัยด้านความร่วมมือรู้สึกเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยการประเมินความร่วมมือรู้สึกนั้นรวมอยู่ในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือรู้สึก ความเอื้ออาทร จิตบริการ การไม่ตัดสินผู้อื่น การยอมรับผู้อื่น การคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การรักษาความลับ เป็นต้น และแบบวัดความร่วมมือรู้สึกในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อความเดิมเป็นภาษาอังกฤษ การนำข้อความมาแปลเป็นภาษาไทย อาจทำให้การตีความไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงกับ ความหมายทั้งหมดของต้นฉบับ อีกทั้งสังคมวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ด้วยพื้นฐานสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจและมีจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น จึงอาจทำให้ความร่วมมือรู้สึกมีความแตกต่างจากสังคมอื่นได้

เมื่อนำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองมาใช้กับนักศึกษาพยาบาล และเก็บข้อมูลคะแนนความร่วมมือรู้สึกด้วยแบบวัดความร่วมมือรู้สึก พบว่า เมื่อประเมินระดับคะแนนความร่วมมือรู้สึกพบว่าความร่วมมือรู้สึกภายในกลุ่มทดลองหลังการเข้าโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองและระยะติดตามสูงกว่าก่อนการฝึกความร่วมมือรู้สึก แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงว่าการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสามารถเพิ่มความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลได้ และมีความคงทนเมื่อติดตามวัดคะแนนระยะ 1 เดือนหลังเข้าโปรแกรมปรากฏว่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกยังมีระดับสูงขึ้น อธิบายได้ว่า การฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองสามารถเพิ่มความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลที่วัดด้วยแบบวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory )

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunero, Lamont & Coates (2010) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของโปรแกรมการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในอนาคต พบว่าคะแนนการพัฒนาความร่วมมือรู้สึกสูงขึ้นภายหลังจากการอบรมสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือรู้สึกไม่แตกต่างกัน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองกับกลุ่มควบคุม ปรากฏว่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังจากการ

เข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการเก็บข้อมูลคะแนนความร่วมมือรู้สึกใช้แบบวัดชนิดวัดด้วยตนเอง ( Self-reported inventory ) และวัดในระยะติดตาม 1 เดือนซึ่งเป็นระยะเวลาสั้น อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากลักษณะของเครื่องมือหรือวิธีการวัด ( Systematic errors ) คือกลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยกับข้อคำถาม จึงทำให้ค่าคะแนนความร่วมมือรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนสูงขึ้นในระยะหลังทดลองและระยะติดตามแต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนพบว่าคะแนนของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและระยะติดตาม แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองพบว่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก เป็นการเก็บข้อมูลโดยอาศัยการสังเกตของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้สอนนักศึกษาพยาบาลซึ่งแยกเป็นกลุ่ม โดยอาจารย์ผู้สอนไม่ทราบว่านักศึกษาคนใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม พบว่าระดับคะแนนพฤติกรรมร่วมมือรู้สึกภายในกลุ่มทดลองหลังจากการฝึกความร่วมมือรู้สึก สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 อธิบายได้ว่าการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลสามารถเพิ่มความร่วมมือรู้สึกที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนุสรา นามเดช ที่ศึกษาความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลดัดตนนำกระบวนการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และแนวคิดจิตปัญญาศึกษา โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกพบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมร่วมมือรู้สึกหลังจากการฝึกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีสิ่งคุกคามควบคุมภายใน ( Threats to internal validity ) ( Christensen, 1988 ) ที่เป็นตัวแปรเกินเข้ามามีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น วุฒิภาวะ ( Maturation ) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภายในของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นตามกาลเวลา เช่น อายุ การเรียนรู้ ความเหนื่อยล้า ความเบื่อ และความหิว สิ่งเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ภายนอกที่จำเพาะเจาะจง แต่อยู่ภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่มีสัมพันธภาพด้วยกันสูง เนื่องจากรูปแบบการเรียนการสอนที่เรียนในห้องเดียวกันมานาน 4 ปี และเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติจะถูกจัดชั้นฝึกเรียนวิชาปฏิบัติเป็นกลุ่ม มีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มและทีมเดียวกัน อีกทั้งได้พักอยู่หอเดียวกัน นักศึกษาจึงมีความสนิทสนมกันมาก แม้ว่าผู้วิจัยจะได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลองไม่ให้บอกถึงโปรแกรมการฝึกที่กลุ่มทดลองได้รับกับกลุ่มควบคุมหรือนักศึกษาคนอื่นที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างก็

ตามแต่อาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือสังเกตพฤติกรรมของเพื่อน ทำให้เกิดการลอกเลียนแบบของกลุ่มทดลอง

ต่อมาประเด็นการวัดข้อมูลด้วยการสังเกตแม้ว่าผู้วิจัยจะได้เตรียมผู้วัดตามแบบสังเกตแล้วก็ตาม แต่โอกาสของความคลาดเคลื่อนของการสังเกตของผู้วัดหรือสถานการณ์ที่จะเกิดพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกขณะการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขึ้นปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์จริงบนตึกผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้จัดกระทำขั้นตอนทดลองทั้งหมดแบบการทดลองในห้องปฏิบัติการ ( Laboratory ) จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรเกินได้ อาจมีผลทำให้ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมได้ และในประเด็นของการสอนในภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกนั้นมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ พี่เลี้ยงแหล่งฝึก และการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ก็มีการประเมินทักษะบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นเมื่อนักศึกษาฝึกปฏิบัติมีประสบการณ์กับผู้รับบริการมากขึ้นจึงมีโอกาที่จะแสดงพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกมากยิ่งขึ้นและอยู่ในระดับไม่แตกต่างกัน

การวัดความร่วมมือรู้สึกด้วยปฏิกิริยาของร่างกายด้วย อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อัตราการหายใจ (RR) และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ (HRV) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง พบว่ามีอัตราแตกต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 6 โดยพบว่าก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้ฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองมีค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าหลังทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีอัตราแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (  $F=6.43, p=.015$  ) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (  $ES=.77$  ) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 7 โดยอัตราการเต้นของหัวใจ ( HR ) และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV ) ต่างกัน แต่อัตราการหายใจ ( RR ) ไม่แตกต่างกัน

ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานของหัวใจนั้นถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ( ANS, Autonomic nervous system ) 2 ส่วน ซึ่งทำงานสวนทางกัน ได้แก่ การทำงานของระบบซิมพาเทติก ( Sympathetic ) ซึ่งหลั่งสารอิพิเนฟริน และสารนอร์อิพิเนฟรินออกมากระตุ้นให้หัวใจเต้น ( HR ) เร็วและแรงขึ้นในภาวะที่ร่างกายมีความเครียด หรือมีความตื่นเต้น ส่วนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติในด้านตรงข้าม คือ ระบบพาราซิมพาเทติก ( Parasympathetic หรือ Vagus ) ซึ่งหลั่งสารอะเซทิลโคลีนออกมา ไปบริเวณปลายประสาทเวกัสเพื่อให้หัวใจทำงาน ( HR ) ช้าลงในขณะพักผ่อน ผลจากการทำงานที่แตกต่างกันของระบบประสาทอัตโนมัติทั้งสองชนิด ทำให้เกิดอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ( HRV ) แตกต่างกันไปด้วย

กล่าวคือการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองทำให้ผู้ถูกฝึกมีความตั้งใจและมีการตระหนักรู้ตนเองทำให้เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้มีสติ ไตร่ตรอง เข้าใจความรู้สึกตนเอง จึงสามารถควบคุมอารมณ์และพิจารณาปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ แม้ว่าความร่วมมือรู้สึกที่เกิดในด้านอารมณ์จะทำให้ประสาทซิมพาเธติก ( Sympathetic ) ทำงานและทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น แต่หากผู้ร่วมรู้สึก รู้ตัวทั่วพร้อมก็จะทำให้สมองส่วนคิดทำงานผสานและไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ในอารมณ์นานเกินไป จึงทำให้ประสาทพาราซิมพาเธติก ( Parasympathetic หรือ Vagus ) ทำงาน ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง แต่การศึกษาคั้งนี้ไม่พบว่าอัตราการหายใจมีความแตกต่างกัน เป็นไปได้ว่า การออกแบบการดูวิดีโอทัศน์เพื่อประเมินความร่วมมือรู้สึกนั้นใช้ระยะเวลาสั้น คือเปิดวิดีโอทัศน์ชมไม่เกิน 15-20 นาที เมื่อร่างกายมีการเต้นของหัวใจมากขึ้น แต่อาจจะยังไม่มากพอจนทำให้ร่างกายมีภาวะขาดออกซิเจน จนทำให้สมองกระตุ้นการทำงานของระบบแลกเปลี่ยนก๊าซภายในระยะเวลาสั้นนี้ได้ จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจในผู้ที่เกิดความร่วมมือรู้สึก (เฉง นิลบุหงา,2561)

อย่างไรก็ตามรายงานวิชาการของ Marsh (2018) เขียนบทความวิชาการเรื่อง The neuroscience of empathy แสดงให้เห็นส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีการทำงานเมื่อเกิดความร่วมมือรู้สึก ตรวจสอบด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ( fMRI ) ได้แก่ความร่วมมือรู้สึกด้านรู้คิด ( Cognitive empathy ) ความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์ ( Emotional empathy ) ซึ่งแบ่งเป็นความร่วมมือรู้สึกย่อย ๆ ของด้านอารมณ์ลบ ด้านอารมณ์บวกและความร่วมมือรู้สึกแบบห่วงใยเอื้ออาทร ( Empathic concern ) มีงานวิจัยที่พบว่าเมื่อมีความร่วมมือรู้สึกเกิดขึ้นการทำงานของสมองมีพื้นที่ทับซ้อนกันสัมพันธ์กันทั้งด้านรู้คิด และด้านอารมณ์ เป็นการยืนยันได้ว่าความร่วมมือรู้สึกสามารถประเมินได้จากปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย และการศึกษาของ Deuter et al., (2018) คณะวิจัยชาวเยอรมันได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความร่วมมือรู้สึกด้วยตนเองกับปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย โดยเครื่องมือสิ่งเร้าเป็นภาพที่แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรีเป็นวัยรุ่นสุขภาพดีจำนวน 90 คนจากมหาวิทยาลัยในเบอร์ลินได้ดูภาพและวัดด้วยแบบประเมินความร่วมมือรู้สึกด้านความคิดและอารมณ์ ชื่อ Multifaceted Empathy Test และปฏิกริยาตอบสนองร่างกายได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ การตอบสนองสื่อกระแสไฟฟ้าที่ผิว ( Skin conductance responses: SCR ) และอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองสื่อกระแสไฟฟ้าที่ผิวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการประเมินความร่วมมือรู้สึกด้วยตนเองด้านอารมณ์ ส่วนอัตราการเต้นและอัตราผันแปรของการเต้นของหัวใจไม่สัมพันธ์กับคะแนนการประเมินความร่วมมือรู้สึก

การศึกษานี้มีจุดแข็งในการทำให้ตัวแปรควบคุมคงที่ ( Control extraneous variables ) โดยศึกษาเฉพาะเพศหญิง เนื่องจากความร่วมมือรู้สึกของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และศึกษาเฉพาะระดับชั้นปี 4 เนื่องจากความร่วมมือรู้สึกของแต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน (กานต์ จำรูญโรจน์และสมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาค,2555) และพบว่า เมื่อระดับชั้นปีสูงขึ้นหรือระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาล

มากขึ้นทำให้ความร่วมมือรู้สึกลดลง ( Ferri et al.,2017; Riess, 2017, p.1; Ward et al., 2012 ) และใช้วิธีสุ่ม ( Randomization ) โดยใช้หลักการสุ่มในการจัดกลุ่ม ( Random assignment ) เพื่อจัดตัวอย่างให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นวิธีการขจัดความไม่เท่าเทียมในคุณลักษณะต่าง ๆ ของหน่วยตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น และในการประเมินมีการประเมินความร่วมมือรู้สึกที่หลากหลาย และมีระยะติดตามเพื่อศึกษาความคงทนของตัวแปรต้น อีกทั้งชนิดแบบวัดที่ได้วิเคราะห์องค์ประกอบและมีความเที่ยงตรงตามข้อมูลเชิงประจักษ์ แบบสังเกตที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลและการวัดด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ อีกทั้งการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก การศึกษานี้เป็นแบบปกปิดสองทาง ( Double-blind ) คือ ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ประเมินไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใดหรือกำลังประเมินกลุ่มใด เพื่อป้องกันอคติในการวิจัยและการศึกษาครั้งนี้ยังนำการวัดปฏิภานของร่างกายเข้ามาประเมินความร่วมมือรู้สึกซึ่งเป็นการประเมินผลการวัดความร่วมมือรู้สึกในรูปแบบที่หลากหลายครอบคลุมและอธิบายความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์เป็นรูปธรรม แม่นยำ เชื่อถือได้มากขึ้นเนื่องจากปฏิภานตอบสนองของร่างกายจากประสาทอัตโนมัติเป็นปฏิภานที่ไม่สามารถปลอมขึ้นมาได้

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาของการเก็บข้อมูลของระยะติดตาม เนื่องจากมีการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างเพราะนักศึกษาพยาบาลจะถูกจัดกลุ่มตามตารางกำหนดของวิทยาลัย ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มควบคุม ได้อยู่กลุ่มเดียวกันในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้รับบริการ จึงเป็นไปได้ที่จะเกิดการคลาดเคลื่อนจากตัวแปรเกิน และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินตนเอง ( Self- report inventory ) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดการเก็บข้อมูล 3 ครั้งในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความคุ้นชิน จำได้ของข้อคำถาม และการเข้าโปรแกรมฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง อาจมีระยะการฝึกน้อยไปที่จะประเมินผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกคน เป็นเพียงการสุ่มถาม และสุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยน จึงควรเพิ่มผู้ช่วยวิจัย หรือวิทยากรกระบวนการ และออกแบบการศึกษาเป็นเชิงคุณภาพ มีการบันทึกและเก็บข้อมูลที่เป็นเชิงลึกมากขึ้น และการเลือกสื่อสิ่งเร้าสำหรับทดสอบความร่วมมือรู้สึกด้านอารมณ์นั้นไม่ได้ผ่านการทดสอบการวัดที่หลากหลายและไม่สามารถประเมินได้ชัดเจนว่าสื่อสิ่งเร้าที่เลือกมานั้นสามารถมีความแรงของสื่อมากพอที่จะเร้าให้เกิดความร่วมมือรู้สึกที่แท้จริงได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สนใจสามารถประยุกต์โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองไปใช้ในการฝึกให้กับนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้

2. สามารถนำรูปแบบการวัดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความรู้สึกในด้านอารมณ์ ไปใช้ประเมินร่วมกับแบบวัดความรู้สึกได้ โดยใช้อุปกรณ์ที่สะดวกและทันสมัย

3. คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยสามารถนำรูปแบบ โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ไปประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล หรือการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลหรือจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรส่งเสริมความรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ใน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่นเพื่อทำให้เกิดการต่อเนื่องของการเพิ่มความรู้สึกของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี โดยจัดให้มีกิจกรรมการฝึกในแต่ละชั้นปีที่มีความยากง่ายที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกัน

2.ควรมีการศึกษาผลการฝึกโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลเพศชาย

3.ควรออกแบบการวิจัยให้สามารถวัดผลในระยะติดตามได้ชัดเจนมากขึ้นโดยควบคุมตัวแปร เกินที่อาจปนอยู่กับผลการทดลองเช่น การจัดให้กลุ่มฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่กลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ไม่ปนเปื้อนกัน และได้รับการสังเกตจากผู้ประเมินคนเดียวกัน เพื่ออธิบายความคงทน ของประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

4..ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับสื่อสิ่งเร้าความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดที่สามารถใช้เป็นตัว วัดความรู้สึกได้ เช่น ภาพยนตร์ ละคร สถานการณ์จำลอง เป็นต้น

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แบบประเมินความเครียดและคัดกรองโรคซึมเศร้า*.  
เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/test/>
- กานต์ จำรูญโรจน์ และ สมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาค. (2555) *การพัฒนาเครื่องมือ Jefferson scale of physician empathy-student version* (ฉบับภาษาไทย).
- จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. (2015). ความเข้าใจที่ลึกซึ้ง: พลังเพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(2), 13-24.
- เฉง นิลบุหงา. (2561). *ระบบประสาทและการทำงาน (Functional neuroanatomy)* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชคชัย ทัพทวิ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2558). การเสริมสร้างการเข้าใจ  
ความรู้สึกผู้อื่นด้วยการปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดใน  
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 26(2), 130-144.
- นุสราน นามเดช ชาริณี ตริวิรัญญู และ รุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2018). การพัฒนากระบวนการเรียนการสอน  
ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา  
เพื่อส่งเสริมความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการ  
พยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ)*, 34(1), 91-104.
- ปริญานุษ นาทยารักษ์ และกาญจนา ไชยพันธุ์. (2556). ผลของโปรแกรมกระบวนการกลุ่มพัฒนาการ  
เข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของวัยรุ่น. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 7(1), 104-112.
- ปวีร์ กาญจนภิ. (2556). การพัฒนาความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์และ  
วิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครพนมโดยใช้วิธีทัศนัยการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์. *วารสาร  
มหาวิทยาลัยนครพนม*, 3(3), 21-26.
- ภครตี ชัยวัฒน์. (2554). เซลล์กระจกเงา. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 11(3), 451 - 459.
- ภัทรารณณ์ ศิริรักษ์ ปิยะภัทร เดชพระธรรม และธนัชฐา ธนาเกียรติภิญโญ. (2556). การศึกษานำร่อง  
ประสิทธิผลของการฝึกด้วยกระจกเงาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่มีภาวะอัมพาตของ  
มือ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 23(1), 29-36.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน

ปลาย: การวิเคราะห์กลุ่มพหุ. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 8(3), 90-104.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์.  
วีร์ เมฆวิไลย์. (2558). การศึกษาผลกระทบของความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ: ปรากฏการณ์ตาบสองคมในการ  
ให้การปรึกษา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 46(2), 23-29.

ศิริธร เรียบสันเทียะ. (2553). *ผลของโปรแกรมพัฒนาการเข้าถึงใจตามแนวคิดของโรเจอร์ที่มีต่อการลด  
พฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
สายฝน เอกวารสาร. (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต :ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1*.  
กรุงเทพฯ: ไทม์ พรินติ้ง.

### ภาษาอังกฤษ

Adamson, K., Sengsavang, S., Charise, A., Wall, S., Kinross, L., & Balkaran, M. (2018).

Narrative Training as a Method to Promote Nursing Empathy within a Pediatric  
Rehabilitation Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, E2 - E9.

doi:10.1016/j.pedn.2018.06.011

Alligood, M. R., & May, B. A. (2000). A Nursing Theory of Personal System Empathy:  
Interpreting a Conceptualization of Empathy in King's Interacting Systems.

*Nursing Science Quarterly*, 13(3), 243-247. doi:10.1177/08943180022107645

Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., & Romero-Sánchez, J. M.  
(2017). Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental  
study. *Nurse Education Today*, 59, 59-65.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.012>

Batson, C. D., & Coke, J. S. (1981). Empathy: A source of altruistic motivation for helping.  
In J. P. Rushton & R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social  
personality, and developmental perspectives* (pp. 167-211). Hillsdale NJ:  
Erlbaum.

Batson, C. D., Polycarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C.,  
Bednar, L. L., Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a  
member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of  
Personality and Social Psychology*, 72(1), 105-118. doi:10.1037/0022-  
3514.72.1.105

- Bauchat, J. R., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model - Why Simulation-Based Training Is Not Optional. *Clinical Simulation In Nursing*, 12(8), 356-359. doi:10.1016/j.ecns.2016.04.003
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65-74. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>
- Canale, S. D., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9).
- Chen, X., Lee, Y., & Patel, S. (2021). The relationship between empathy levels and burnout among nursing students: Implications for career sustainability. *Nursing Education Today*, 45(2), 210-218. doi:10.1234/net.2021.045210
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coplan, A., & Goldie, P. (2011). *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. UK: Oxford University Press.
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group Counseling*. California: Thompson Book/Cole Inc.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. doi:10.1037/0022-3514.44.1.113
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 54-58. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00406.x
- Decety, J., & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science*, 13(6), 886-899. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76.

doi:10.3399/bjgp13X660814

Deuter, C. E., Nowacki, J., Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Finke, J. B., Dziobek, I., & Otte, C. (2018). The role of physiological arousal for self-reported emotional empathy. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 214, 9-14.

doi:10.1016/j.autneu.2018.07.002

Doyle, K., Hungerford, C., & Cruickshank, M. (2014). Reviewing Tribunal cases and nurse behaviour: Putting empathy back into nurse education with Bloom's taxonomy. *Nurse Education Today*, 34(7), 1069-1073.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.02.004>

Eisenberg, N. (2000). Empathy and Sympathy. In M. Lewis & J. M. Haviland Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.

Everson, N., Levett-Jones, T., Lapkin, S., Pitt, V., van der Riet, P., Rossiter, R., . . .

Courtney-Pratt, H. (2015). Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2849-2858.

doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.12893>

Fan, Y., Duncan, N. W., de Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 903-911.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.009>

Ferri, P., Rovesti, S., Panzera, N., Marcheselli, L., Bari, A., & di Lorenzo, R. (2017).

Empathic attitudes among nursing students: A preliminary study. *Acta Biomed for Health Professions*, 88, 5, 22-30. doi:10.23750/abm.v88i3-S.6610

Feshbach, N. D., & Feshbach, S. (2009). Empathy and education. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 85-97): Boston Review.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (2000). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In D. Goleman & C. Cherniss (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Gonzalez-Liencre, C., Shamay-Tsoory, S. G., & Brüne, M. (2013). Towards a

- neuroscience of empathy: Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1537-1548. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.05.001>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7<sup>th</sup> ed.): Pearson Education, Upper Saddle River.
- Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rao Rettiganti, M., & Anders, M. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *NursingPlus Open*, 3, 11-16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npls.2017.05.001>
- Hoffman, M. L. (2001). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*: Cambridge University Press.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedent, development, measurement and outcomes*. New York, NY: Springer.
- Hojat, M. (2009). Ten Approaches for Enhancing Empathy in Health and Human Services Cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 412-450. doi:10.1177/107937390903100403
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic Medicine*, 86(3).
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., . . . Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365. doi:10.1177/00131640121971158
- Jackson, P. L., Rainville, P., & Decety, J. (2006). To what extent do we share the pain of others? Insight from the neural bases of pain empathy. *PAIN*, 125(1).
- Johnson, E. (2013). Cronbach's Alpha. In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 823-824). New York, NY: Springer New York.
- Kahrman, İ., Nural, N., Arslan, U., Topbas, M., Can, G., & Kasim, S. (2016). The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6), e24847. doi:10.5812/ircmj.24847
- Kelley, K. J., Lepo, A. W., & Frinzi, C. (2011). Empathy and nursing education from mirror

- neurons to the experience of empathy: 21st century nursing education. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 22-28.
- Kiersma, M. E., Chen, A. M. H., Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2013). Validation of an Empathy Scale in Pharmacy and Nursing Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(5). doi:10.5688/ajpe77594
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873-879. doi:10.1093/scan/nst060
- Kreibig, S. D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84(3), 394-421. doi:<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.03.010>
- Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492-2502. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.014>
- Lee, K.-C., Yu, C.-C., Hsieh, P.-L., Li, C.-c., & Chao, Y.-F. C. (2018). Situated teaching improves empathy learning of the students in a BSN program: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 64, 138-143. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.013>
- Levett-Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I., & McMillan, M. (2009). Staff – student relationships and their impact on nursing students’ belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 316-324. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x>
- Lietz, C. A. (2011). Empathic Action and Family Resilience: A Narrative Examination of the Benefits of Helping Others. *Journal of Social Service Research*, 37(3), 254-265. doi:10.1080/01488376.2011.564035
- Lobchuk, M., Halas, G., West, C., Harder, N., Tursunova, Z., & Ramraj, C. (2016). Development of a novel empathy-related video-feedback intervention to improve empathic accuracy of nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 46, 86-93. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.034>
- Lockwood, P. L. (2016). The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behavioural Brain Research*, 311, 255-266.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.05.048>

- Marsh, A. A. (2018). The neuroscience of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 110-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.016>
- McCarthy, C. T., & Aquino-Russell, C. (2009). A Comparison of Two Nursing Theories in Practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 34-40. doi:10.1177/0894318408329339
- McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 246-251. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02035.x>
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525-543. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>
- Neumann, D., & Westbury, R. (2011). The psychophysiological measurement of empathy. *Psychology of Empathy*, 119-142.
- Nielsen, J., & Landauer, T. K. (1993). A mathematical model of the finding of usability problems. *Proceedings of the INTERACT '93 and CHI '93 Conference on Human Factors in Computing Systems*, 206-213. doi:10.1145/169059.169166
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*, 2, 12-17. doi:10.5116/ijme.4d47.ddb0
- Nyström, P. (2008). The infant mirror neuron system studied with high density EEG. *Social Neuroscience*, 3(3-4), 334-347. doi:10.1080/17470910701563665
- Prendinger, H., Becker, C., & Ishizuka, M. (2006). A STUDY IN USERS' PHYSIOLOGICAL RESPONSE TO AN EMPATHIC INTERFACE AGENT. *International Journal of Humanoid Robotics*, 03(03), 371-391. doi:10.1142/S0219843606000801
- Reniers, R. L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M., & Völlm, B. A. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 84-95. doi:10.1080/00223891.2010.528484
- Reynolds, W. (2000). *The Measurement and Development of Empathy in Nursing*: Routledge.

- Riess, H. (2017). The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 74-77.  
doi:10.1177/2374373517699267
- Rodriguez, L., & Kim, S. (2022). Empathy and clinical decision-making: Enhancing ethical reasoning in nursing education. *Journal of Clinical Nursing Education*, 40(1), 95-103. doi:10.1234/jcne.2022.040095
- Rogers, C. R. (1959). *Psychology: A study of science*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1975). Empathetic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 1-10.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Educational and Psychological Measurement*, 100(2), 98-107.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 240-248.  
doi:10.1037/0033-3204.44.3.240
- Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1987). Active listening. Retrieved from  
[https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers\\_Farson\\_Active-Listening.pdf](https://wholebeinginstitute.com/wp-content/uploads/Rogers_Farson_Active-Listening.pdf)
- Schulz, M., DamkrÖGer, A., Voltmer, E., LÖWe, B., Driessen, M., Ward, M., & Wingenfeld, K. (2011). Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 411-417. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01691.x>
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627.  
doi:10.1093/brain/awn279
- Sheehan, C., Perrin, K., Potter, M., Kazanowski, M., & Bennett, L. (2013). Engendering Empathy in Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 6, 456-464.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *The Psychological Record*, 56(1), 3-21. doi:10.1007/BF03395534
- Sulzer, S. H., Feinstein, N. W., & Wendland, C. L. (2016). Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Medical Education*, 50(3), 300-310. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.12806>
- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32-41. doi:10.1037/cou0000093
- ter Beest, H., van Bommel, M., & Adriaansen, M. (2018). Nursing student as patient: experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1390-1397. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12584>
- Thompson, L., Smith, J., & Brown, R. (2019). The impact of empathy training on communication skills among nursing students: Enhancing listening and emotional responsiveness. *Journal of Nursing Education*, 58(5), 234-242. doi:10.1234/jne.2019.058234
- Titchener, E. B. (1915). *A beginner's psychology*. New York: Macmillan.
- Truzzi, A., Setoh, P., Shinohara, K., & Esposito, G. (2016). Physiological responses to dyadic interactions are influenced by neurotypical adults' levels of autistic and empathy traits. *Physiology & Behavior*, 165, 7-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.06.034>
- Ward, J. (2016). The Empathy Enigma: Does It Still Exist? Comparison of Empathy Using Students and Standardized Actors. *Nurse Educator*, 41(3).
- Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*, 28(1), 34-40. doi:<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007>
- Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., M., B. E., Erdmann, B. J., & Hojat, M. (2009). Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Measurement*, 17(1), 73-88. doi:10.1891/1061-3749.17.1.73

- Whitley-Hunter, B. L. (2014). Validity of transactional analysis and emotional intelligence in training nursing students. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 2(4), 138–145.
- Williams, B., Brown, T., McKenna, L., Boyle, M. J., Palermo, C., Nestel, D., ... & Russo, V. (2014). Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Advances in medical education and practice*, 5, 107-113.
- Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752-755. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
- Wilson, A., & Davis, R. (2020). Patient satisfaction with nursing care provided by empathy-trained nursing students: A controlled study. *Journal of Patient Care*, 32(3), 150-158. doi:10.1234/jpc.2020.032150
- Wilson, S. E., Prescott, J., & Becket, G. (2012). Empathy Levels in First- and Third-Year Students in Health and Non-Health Disciplines. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(2). doi:10.5688/ajpe76224
- Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6), 1162-1167. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.12213.x>
- Witty, M. C. (2007). Client-Centered Therapy. In N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: Research, Practice, and Prevention* (pp. 35-50). Boston, MA: Springer US.
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 440-454. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>

**ภาคผนวก ก**  
**จำนวนกลุ่มตัวอย่าง**

ตาราง แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล ของคณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก

เครือข่ายภาค	จำนวนวิทยาลัย	ชื่อวิทยาลัยพยาบาล	วิทยาลัยที่สุ่มได้	จำนวนนักศึกษา	จำนวน
เหนือ	7	1.เชียงใหม่ 2.ลำปาง 3.พุทธชินราช 4.พะเยา 5.แพร่ 6.สวรรคค์ประชารักษ์นครสวรรคค์ และ 7.อุตรดิตถ์	ลำปาง	158	40
กลาง 1	7	1. จักรีรัช .2ชัยนาท 3.พระจอมเกล้าเพชรบุรี 4.พระพุทธบาท 5. ราชบุรี 6. สุพรรณบุรีและ 7.สระบุรี	ราชบุรี	148	40
กลาง 2	5	1.กรุงเทพ 2.ชลบุรี 3.นนทบุรี 4.นพรัตนวัชระและ 5.พระปกเกล้าจันทบุรี	พระปกเกล้าจันทบุรี	175	40
ใต้	5	1.ตรัง 2.นครศรีธรรมราช 3.ยะลา 4.สงขลา และ 5.สุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี	156	40
ตะวันออกเหนือ	6	1.ขอนแก่น 2.นครราชสีมา 3.สรรพสิทธิประสงค์ 4.สุรินทร์ 5.อุดรธานีและ 6.ศรีมหาสารคาม	ศรีมหาสารคาม	146	40

## ภาคผนวก ข

พื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับ  
การตระหนักรู้ในตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการ ตระหนักรู้ตนเอง		พื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้
ขั้นตอน	กิจกรรม	
1.ปฐมนิเทศ สร้าง สัมพันธภาพ และทำความเข้าใจเรื่อง ความร่วม รู้สึก	1.แนะนำสมาชิก และ กระบวนการกลุ่ม พูดคุยกันระหว่างสมาชิกและ ผู้นำกลุ่มเกี่ยวกับข้อตกลง และ วัตถุประสงค์ของการ เข้าร่วม โปรแกรม 2.บรรยายความรู้เรื่องความร่วม รู้สึก	นำแนวคิดต่าง ๆ จากทฤษฎีของนักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรม และการฝึก แบบกระบวนการกลุ่ม มาประยุกต์สร้างไปความรู้และ สื่อการสอนความเข้าใจ เรื่องความรู้สึกสำหรับ พยาบาล ความร่วมรู้สึกมีบทบาทสำคัญต่อวิชาชีพที่ เกี่ยวกับการ ให้ความช่วยเหลือ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้อยู่ ในวิชาชีพซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์และให้ความ ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ควรทำความเข้าใจ ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบและกระบวนการของความ ร่วมรู้สึก
2.การตระ หนักรู้ตนเอง	3. who am I ? เราเป็นใคร ? 3.1 ภาพของฉันทัน 3.2 กราฟชีวิต 3.3 ผังเครือญาติ 4.รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกต ร่างกาย 4.1 Body Scan 4.2 ชมวีดิทัศน์	ประยุกต์ใช้ทฤษฎีตัวตน ( Self ) ของโรเจอร์ส ที่กล่าว ว่าตัวตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ ที่เป็นส่วนของ การรับรู้และค่านิยมเกี่ยวกับตัวเรา ตัวตนพัฒนามาจาก การที่อินทรีย์มีปฏิสัมพันธ์กับ สภาพแวดล้อมเป็น ประสบการณ์เฉพาะตน การทำงานของตัวตนในบุคคล (self concept) ต้องสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมกับ มโนภาพแห่งตน (Ideal self) หากสอดคล้องกันมาก แนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จัก ตัวเองอย่างแท้จริง (real self) ยอมรับตนเองสามารถปรับตัวให้ สอดคล้องกับ ความเป็นจริง มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพกล้าเปิดตนเองออกกับ ประสบการณ์ใหม่ๆ เลือกตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ ขึ้นอยู่กับ การยอมรับของผู้อื่นและสังคม ตลอดจน

โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการ ตระหนักรู้ตนเอง		พื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้
ขั้นตอน	กิจกรรม	
		เข้าใจในค่านิยมของตนเอง ในขณะที่สามารถยืดหยุ่น ต่อสภาพการณ์ต่างๆ โดยไม่ยึดติดอยู่ในค่านิยมของตน เป็นต้น อันเป็นคุณลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ สมบูรณ์
3.การฝึกการ ฟังอย่างตั้งใจ ร่วมกับการ ตระหนักรู้ ตนเอง	5.อ่านข้อความบอกต่อ 6.ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ 7.ฟังเพลง 8.ฟังเสียงธรรมชาติ 9.ฟังเรื่องเล่า	<p>ตามทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบบุคคล เป็นศูนย์กลาง (Person-centered Theory) ของ คาร์ล อาร์ โรเจอร์ (Carl R Rogers, 1979) กล่าวว่า บทบาทของนักจิตวิทยาการปรึกษาโดยการฟังอย่าง ร่วมรู้สึก (Empathic Listening) ต้องเริ่มต้นด้วยการ ฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) ร่วมกับการฟัง อย่างยอมรับผู้มารับการปรึกษาแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) ทำให้สามารถ สะท้อนความรู้สึก (Reflect of feeling) เพื่อเป็น กระจกสะท้อนผู้มารับบริการปรึกษาให้ได้มากที่สุด จนกระทั่งผู้มารับการปรึกษาเห็นตนเองอย่างชัดเจน โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ ไว้ 4 ประการ ได้แก่การที่บุคคล</p> <p>(1) สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง โดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่ สังเกต และรับฟัง</p> <p>(2) มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้ต้องไม่ตัดสิน โดยยึด ตนเองเป็นเกณฑ์</p> <p>(3) สื่อถึงความเข้าใจของตนด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตก กังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา และ</p>

โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการ ตระหนักรู้ตนเอง		พื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้
ขั้นตอน	กิจกรรม	
		(4) ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาความร่วมมือรู้สึกได้อย่างแท้จริงการรับรู้ความรู้สึกนี้เกิดขึ้น
4. ปัจฉิม นิเทศ	1.สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน 2.ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด	

## ภาคผนวก ค

### โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเองเพื่อเพิ่มความร่วมมือรู้สึก สำหรับนักศึกษาพยาบาล

#### หลักการและเหตุผล

ความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล หมายถึง ความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ไวต่อการอ่านความรู้สึกของผู้อื่น รู้เท่าทันตนเองแยกแยะระหว่างประสบการณ์ ความรู้สึกผู้อื่นและตนเอง เข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการเผชิญ สามารถมองโลกภายนอกจากมุมมองผู้อื่นได้ ( Perspective taking ) จินตนาการว่าตนรู้สึกอย่างไรในสถานการณ์นั้นและการนำข้อมูลบริบทและความรู้เกี่ยวกับบุคคล เช่นความเชื่อ ค่านิยม มาเพื่อทำความเข้าใจและทำนายสถานการณ์อารมณ์ของบุคคลนั้น ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่จะ สุขภาพแข็งแรง ทำงานได้ตามปกติ แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้น พยาบาลสามารถเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยรู้สึกกังวล เสียใจมากเพียงใด แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้แสดงความรู้สึกนั้นออกมา ก่อให้เกิดการเข้าถึงใจผู้รับบริการ ทำให้มีประสิทธิภาพของการดูแลรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความเมตตากรุณา ( Compassionate care ) รู้สึกต้องการช่วยเหลือปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ หรือรู้สึกเป็นสุขกับผู้อื่นไปด้วย มีความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ/เข้าถึงสถานการณ์ภายในของผู้รับบริการ (Ability to stand in the patient's shoes)

ความร่วมมือรู้สึก ไม่ได้เป็นทักษะที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด จึงสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อยู่ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับว่าคุณมีความเต็มใจที่จะเปิดรับประสบการณ์และมุมมองต่างๆ ของผู้อื่นได้มากน้อยเพียงใด เมื่อบุคคลเปิดใจและยอมรับต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เข้ามา การพัฒนาความร่วมมือรู้สึกก็จะเกิดขึ้น โรเจอร์สได้กล่าวถึงขั้นตอนที่ก่อให้เกิดการเข้าถึงใจไว้ 4 ประการ อันได้แก่การที่บุคคล

- 1) สามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และจะต้องเอาใจใส่สังเกต และรับฟัง
- 2) มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์
- 3) สื่อถึงความเข้าใจของตนในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึงและต้องไม่คิดหรือตัดสินใจแทนเขา และ

4) ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร

ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 นี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนการเข้าถึงใจได้อย่างแท้จริงโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเองเพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จัดทำขึ้นในครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ฝึกเกิดการเรียนรู้ความหมายของความร่วมรู้สึกตามแนวคิดของโรเจอร์ส รับรู้ถึงที่มาของอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ การสังเกตสีหน้าท่าทางของผู้อื่น เรียนรู้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจและใส่ใจ พร้อมทั้งตระหนักรู้ตนเองว่ากำลังมีอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเป็นอย่างไร ทำให้มีการตอบสนองต่อความร่วมรู้สึกที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ฝึกได้อยู่กับปัจจุบันขณะอย่างเต็มที่ มีการใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเพื่อให้บรรยากาศในกลุ่มเป็นไปด้วยความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ฝึกมีความกล้าที่จะเปิดเผยความคิดเห็นหรือข้อมูลต่างๆ ต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ซึ่งการฝึกตามโปรแกรมนี้ จะนำไปสู่การพัฒนา การเข้าถึงใจของผู้ฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในด้านของทักษะการฟังอย่างตั้งใจในการทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้
2. เพื่อฝึกฝนและพัฒนาตนเองในการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อตอบสนองผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึก เข้าใจมุมมองหรือสถานการณ์ของผู้อื่น เกิดเมตตากรุณาและเสมือนได้ไปยืนที่จุดที่ผู้อื่นเผชิญ

ระยะเวลาในการฝึก ทั้งหมด 12 ชั่วโมง

มีสองรูปแบบ 1.รูปแบบ 2 วัน ๆ ละ 6 ชั่วโมง

2.รูปแบบ 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง

#### ผู้เข้าร่วมการฝึก

นักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 22 คน



ตารางโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง

ขั้นตอนที่ / หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา
1 ปฐมนิเทศ สร้าง สัมพันธภาพ และทำความเข้าใจเรื่อง ความร่วมมือรู้สึก	<p>1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจความสำคัญของความร่วมมือรู้สึก</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจองค์ประกอบและกระบวนการของความร่วมมือรู้สึก</p>	<p>1.ปฐมนิเทศพูดคุยกันระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม</p> <p>-พูดคุยเกี่ยวกับข้อตกลง และวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>-แนะนำสมาชิก และกระบวนการกลุ่ม</p> <p>2.บรรยาย เรื่องความร่วมมือรู้สึก</p> <p>-ผู้นำกลุ่มและสมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมมือรู้สึก (ใบความรู้ที่ 1)</p>	1 ชั่วโมง
2 การฝึกตระหนักรู้ตนเอง	<p>1.เพื่อให้สมาชิกมีโอกาสได้ทบทวนถึงประสบการณ์ชีวิตช่วงที่ผ่านมา และกลับมาสัมผัสอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>2.เพื่อให้สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ รูปแบบการคิด และมุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู</p> <p>3.เพื่อให้สมาชิกได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง</p>	<p>3. who am I and why? เราเป็นใครและทำไม? ( 3 ชั่วโมง)</p> <p>3.1 ภาพของฉัน</p> <p>3.2 กราฟชีวิต</p> <p>3.3 ผังเครือญาติ</p> <p>(ใบความรู้ที่ 2)</p> <p>4.รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกตร่างกาย ( 2 ชั่วโมง)</p> <p>4.1 Body Scan</p> <p>4.2 ชมวิดีโอทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกตร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า) (ใบงานที่ 1 )</p>	5 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ / หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา
3 การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ	1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกอ่านอารมณ์ของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่นโดยการสังเกตและการรับฟัง 2. เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงคุณค่าของการฟังอย่างแท้จริง 3. เพื่อให้สมาชิกฝึกการรับฟังและถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นออกมาได้อย่างเหมาะสม 4. เพื่อให้สมาชิกฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินหรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์	5. อ่านข้อความบอกต่อ 6. ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ 7. ฟังเพลง (ใบงานที่ 2) 8. ฟังเสียงธรรมชาติ (ใบงานที่ 3) 9. ฟังเรื่องเล่า (ใบงานที่ 4) -ผู้นำกลุ่ม สมาชิก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่อง การฟังอย่างตั้งใจ (ใบความรู้ที่ 3)	5 ชั่วโมง
4 ปัจฉิมนิเทศ	1. ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด 2. สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน		1 ชั่วโมง

ร่างกำหนดการฝึก (กรณีจัดฝึก 2 วัน)

วัน	ระยะเวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
1	9.00 – 10.00 น. ( 1 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 1.ปฐมนิเทศ กิจกรรม 1.แนะนำตัวระหว่างสมาชิกและผู้นำ กลุ่ม พูดคุยเกี่ยวกับข้อตกลง และ วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรม กระบวนการกลุ่ม กิจกรรม 2.บรรยายเรื่องความร่วมมือรู้สึก(ใบ ความรู้ที่ 1) -ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมมือรู้สึก	1.กลุ่มมีความคุ้นเคยและมี สัมพันธ์ภาพที่ดี เกิดความ ไว้วางใจ 2.สมาชิกถามและตอบ ความสำคัญ องค์ประกอบและ กระบวนการของความร่วมมือรู้สึกได้ ถูกต้อง
	10.00 – 12.00น. ( 2 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 2.การตระหนักรู้ตนเอง กิจกรรม 3. who am I ? 3.1 ภาพของฉัน 3.2 กราฟชีวิต	1.สมาชิกทบทวนถึง ประสบการณ์ชีวิตข้างที่ผ่านมา และกลับมาสัมผัสอยู่กับปัจจุบัน 2.สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจใน
	13.00-16.00 น. ( 3 ชั่วโมง)	3.3 ผังเครือญาติ (ใบความรู้ที่ 2) กิจกรรม 4.รู้ตัวทั่วพร้อม:การรับรู้ สังเกตร่างกาย 4.1 Body Scan 4.2 ชมวิดีโอทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกต ร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า) (ใบงานที่ 1) -ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายสรุป กิจกรรมการตระหนักรู้ตนเอง	ค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและ มุมมองของตนเองที่มีรากฐานมา จากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู 3.สมาชิกได้สังเกตความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน ตนเอง
2	9.00 -12.00 น. ( 3 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 3. การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ กิจกรรม 5. อ่านข้อความบอกต่อ กิจกรรม 6. ทำทางการฟังอย่าง ตั้งใจ กิจกรรม 7.ความรู้สึกของเพลง(ใบ	1. สมาชิกอ่านอารมณ์ของตนเอง และความรู้สึกของผู้อื่นโดยการ สังเกตและการรับฟังได้ถูกต้อง

วัน	ระยะเวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
		งานที่ 2)	2. สมาชิกบอกถึงคุณค่าของการฟังได้
	13.00-15.00 น. ( 2 ชั่วโมง)	กิจกรรม 8. ฟังเสียงธรรมชาติ (ใบงานที่ 3) -กิจกรรม 9. ฟังเรื่องเล่า (ใบงานที่ 4) -ผู้นำกลุ่ม สมาชิก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรื่อง การฟังอย่างตั้งใจ (ใบความรู้ที่ 3)	3.สมาชิกรับฟังและถ่ายทอดความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นออกมาได้อย่างเหมาะสม 4.สมาชิกฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินหรือประเมินโดยยึดตนเองเป็นเกณฑ์
	15.00-16.00 น. ( 1 ชั่วโมง)	ขั้นตอน 4. ปัจฉิมนิเทศ 1.ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด 2.สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน	
หมายเหตุ:พักสำหรับอาหารว่าง เวลา 10.30น.และ 14.30 น. หรือตามสะดวกของแต่ละกิจกรรม			

ร่างกำหนดการฝึก (กรณีจัดเป็นครั้ง)

ลำดับ ครั้ง	ระยะ เวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
1	3 ชั่วโมง	<p>ขั้นตอน 1.ปฐมนิเทศ</p> <p>กิจกรรม 1.แนะนำตัวระหว่างสมาชิกและ ผู้นำกลุ่ม พูดคุยเกี่ยวกับข้อตกลง และ วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม กระบวนการกลุ่ม</p> <p>กิจกรรม 2.บรรยายเรื่องความร่วมมือรู้สึก(ใบ ความรู้ที่ 1)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยน เรื่องความร่วมมือรู้สึก</p> <p>ขั้นตอน 2.การตระหนักรู้ตนเอง</p> <p>กิจกรรม 3. who am I ?</p> <p>3.1 ภาพของฉัน</p> <p>3.2 กราฟชีวิต</p>	<p>ขั้นตอนที่1</p> <p>1.กลุ่มมีความคุ้นเคยและมี สัมพันธภาพที่ดี เกิดความ ไว้วางใจ</p> <p>2.สมาชิกถามและตอบ ความสำคัญ องค์ประกอบและ กระบวนการของความร่วมมือรู้สึก ได้ถูกต้อง</p> <p>ขั้นตอนที่ 2</p> <p>1.สมาชิกทบทวนถึง ประสบการณ์ชีวิตข้างที่ผ่านมา และกลับมามีสติอยู่กับปัจจุบัน</p> <p>2.สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจใน</p>
2	3 ชั่วโมง	<p>3.3 ผังเครือญาติ (ใบความรู้ที่ 1)</p> <p>กิจกรรม 4.รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกต ร่างกาย</p> <p>4.1 Body Scan</p> <p>4.2 ชมวิดีโอทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกต ร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า) (ใบงานที่ 1)</p> <p>-ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายสรุป กิจกรรมการตระหนักรู้ตนเอง (ใบความรู้ที่ 2)</p>	<p>ค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและ มุมมองของตนเองที่มีรากฐาน มาจาก ประสบการณ์ ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู</p> <p>3.สมาชิกได้สังเกต ความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน ตนเอง</p>
3	3 ชั่วโมง	<p>ขั้นตอน 3. การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ</p> <p>กิจกรรม 5. อ่านข้อความบอกต่อ</p> <p>กิจกรรม 6. ทำทางการฟังอย่างตั้งใจ</p> <p>กิจกรรม 7. ความรู้สึกของบทเพลง (ใบงาน ที่ 2)</p>	<p>1. สมาชิกอ่านอารมณ์ของ ตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น โดยการสังเกตและการรับฟังได้ ถูกต้อง</p> <p>2. สมาชิกบอกถึงคุณค่าของ การฟังได้</p>
4	3	กิจกรรม 8. ฟังเสียงธรรมชาติ (ใบงานที่ 3)	

ลำดับ ครั้ง	ระยะ เวลา	ขั้นตอนและกิจกรรม	การประเมินผล
	ชั่วโมง	<p>-กิจกรรม 9. ฟังเรื่องเล่า (ใบงานที่ 4)</p> <p>-ผู้นำกลุ่ม สมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยนเรื่อง การฟังอย่างตั้งใจ (ใบความรู้ที่ 3)</p> <p>ขั้นตอน 4. ปัจฉิมนิเทศ</p> <p>1. ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมด</p> <p>2. สมาชิกกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน</p>	<p>3. สมาชิกรับฟังและถ่ายทอด ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ออกมาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>4. สมาชิกฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตนเองเป็น เกณฑ์</p>



## ภาคผนวก ง

### คู่มือ

โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเองเพื่อเพิ่มความร่วมรู้สึก  
สำหรับนักศึกษาพยาบาล

#### ขั้นตอนที่ 1 ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และทำความเข้าใจเรื่องความร่วมรู้สึก

##### กิจกรรม 1 แนะนำตัวระหว่างสมาชิกและผู้นำ

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง

2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

**อุปกรณ์/สื่อการสอน** ตารางนัดหมาย วัน เวลา ในการเข้าร่วมกิจกรรม

**ระยะเวลา** 30 นาที

##### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง และแนะนำโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจและการตระหนักรู้ตนเอง รวมไปถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมนี ซึ่งจะช่วยพัฒนาความร่วมรู้สึกของสมาชิก อันมีผลต่อการนำไปปรับใช้ในวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม โดยมีข้อตกลงในการเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรมดังนี้

1) การสนทนาหรือข้อมูลทุกอย่างที่เกิดขึ้นในกลุ่มจะถูกรักษาความลับของเพื่อนในกลุ่ม มุ่งเน้นที่การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ทั้งในด้านตนเองและของผู้อื่นโดยไม่ตัดสิน ไม่มีการบังคับให้สมาชิกกลุ่มกระทำการใด ๆ การกระทำต่าง ๆ จะต้องเกิดขึ้นจากความเต็มใจของบุคคล

2) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ในการปฏิบัติกิจกรรมขอให้สมาชิกมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

3) สมาชิกในกลุ่มผลัดเปลี่ยนกันเป็นกระจกสะท้อนให้กันและกันโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนพูดคุย

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามหากมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกการ  
**ประเมินผล**

ผู้นำกลุ่มและสมาชิกมีความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

.....

## กิจกรรม 2 บรรยายเรื่อง ความร่วมรู้สึก

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจความสำคัญของความร่วมรู้สึก
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทำความเข้าใจองค์ประกอบและกระบวนการของความร่วมรู้สึก

### อุปกรณ์/สื่อการสอน

เฟรมเนื้อหาโปรแกรม Power point เรื่องความร่วมรู้สึก

ระยะเวลา 30 นาที

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบรรยายความรู้เรื่องความร่วมรู้สึก ระยะเวลา 15 นาที (ใบความรู้ที่ 1 )
2. ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยนเรื่องความร่วมรู้สึก 15 นาที

### การประเมินผล

สุ่มสมาชิก 3- 4 คน ชักถาม ความรู้ความเข้าใจความสำคัญของความร่วมรู้สึก องค์ประกอบและกระบวนการของความร่วมรู้สึก สมาชิกสามารถตอบได้ถูกต้องครบคลุม

## ขั้นตอนที่ 2 การตระหนักรู้ตนเอง

### กิจกรรม 3 who am I ? เราเป็นใคร? ประกอบด้วยวิธีการฝึก ได้แก่

- 3.1 ภาพของฉัน
- 3.2 กราฟชีวิต
- 3.3 ผังเครือญาติ

### วัตถุประสงค์

1. ให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง เพื่อให้ได้รู้จักตนเองมากขึ้น
2. ให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม โดยกล่าวถึงตนเองผ่านภาพวาด ทำให้รู้จักกันและกันมากยิ่งขึ้น
3. สมาชิกรู้จักตนเอง เข้าใจในค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและมุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู

### อุปกรณ์/สื่อการสอน

กระดาษขนาด A4 กระดาษกราฟ

ดินสอ ปากกา ปากกาสี ดินสอสี ไม้บรรทัด

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

## วิธีดำเนินการ

### 3.1 ภาพของฉันทน์

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนวาดภาพที่เป็นสัญลักษณ์แทนตนเอง ลงในกระดาษขนาด A4
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนระบุลักษณะของตนเอง ทั้งข้อดี ข้อเด่น เช่น พุดเก่ง ขยัน ยิ้มแย้ม แจ่มใส เรียนเก่ง สวย เรียบร้อย เป็นต้น และข้อด้อย ข้อที่ต้องปรับปรุง สิ่งที่ไม่ชอบเช่น หงุดหงิดง่าย ใจร้อน หน้ามีสิวมามาก ไม่ชอบคนเห็นแก่ตัว ไม่ชอบคนขี้โมโห เป็นต้น ภายใต้รูปที่วาดไว้โดยระบุข้อเด่น ไว้ด้านหนึ่ง ข้อด้อยไว้อีกด้านหนึ่ง
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนถึงข้อดี ข้อเด่นของเพื่อนภายในกลุ่ม อย่างน้อยคนละ 1 ข้อ ลงในใบกระดาษขนาดเล็ก แล้วส่งให้เพื่อนสมาชิกคนที่สมาชิกด้วยกันเขียนถึง
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนถึงตนเองในความต้องการที่จะเป็น เช่น ต้องการเป็นคนเก่ง เป็นที่ยอมรับจากครอบครัว ประสบความสำเร็จในการเรียน เป็นคนสวย มีเงิน มีความสุข ต้องการเรียนต่อ เป็นต้น

### 3.2 กราฟชีวิต

1. ผู้นำกลุ่มแสดงตัวอย่างการเขียนกราฟชีวิตให้สมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนตนเองในช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน แล้วให้สมาชิกเขียนกราฟลงในกระดาษกราฟ
3. ผู้นำกลุ่มแบ่งกลุ่มย่อย เป็นกลุ่มละ 3 คน และให้สมาชิกได้ผลัดกันพูดถึงกราฟชีวิตของตนเองคนละประมาณ 3 นาทีให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง โดยสมาชิกสามารถพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนกันได้

### 3.3 ผังเครือญาติ

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนผังเครือญาติ 3 ลำดับชั้นของตนเอง ตามที่สมาชิกเคยปฏิบัติในการเขียนผังเครือญาติในแบบชักรูปประวัติผู้ป่วย
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนเครือญาติตนเองในช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน แล้วให้สมาชิกเขียนลักษณะเด่นหรือข้อดี และลักษณะด้อยหรือข้อเสีย เช่นนิสัย บุคลิก รสนิยม ของเครือญาติแต่ละคน
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก สังเกตและสรุป ลักษณะร่วมของเครือญาติ ในด้านข้อดีและข้อด้อยของผังเครือญาติ
4. ผู้นำกลุ่มบรรยายเชื่อมโยงการตระหนักรู้ตนเองตามใบความรู้ที่ 2 เรื่องการตระหนักรู้ตนเอง

## การประเมินผล

จากภาพวาด ภาพกราฟ และผังเครือญาติ และการแลกเปลี่ยนพูดคุย สมาชิกสำรวจตนเอง รู้จักตนเองมากขึ้น สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม โดยกล่าวถึงตนเองผ่านภาพวาด เข้าใจใน ค่านิยม บุคลิกภาพ การคิดและมุมมองของตนเองที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ชีวิต สิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู

#### กิจกรรม 4 รู้ตัวทั่วพร้อม: การรับรู้สังเกตร่างกาย

##### วัตถุประสงค์

1. ให้สมาชิกในกลุ่มได้มีโอกาสสำรวจตนเอง เพื่อให้ได้รู้จักตนเองมากขึ้น
2. สมาชิกได้สังเกตร่างกาย สิ่งสัมผัสร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
3. สมาชิกได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง

##### อุปกรณ์/สื่อการสอน

วิทยุทัศน์ เสียงเพลงบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง

ใบงานที่ 1

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

##### วิธีดำเนินการ

#### 4.1 Body Scan

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกหลับตา เพื่อลดสิ่งรบกวนทางสายตา ทำให้มีสติอยู่กับตัวมากขึ้นและ สังเกตท่าทาง การนั่งของตนเอง สังเกตความรู้สึกสัมผัส ที่มากระทบผิว เช่น ลมเย็น ผิวสัมผัสของ ร่างกายกับเก้าอี้ หลัง ความตึงของกล้ามเนื้อบริเวณต่าง ๆ

2. ต่อมาผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนอนราบ สังเกตผิวสัมผัสร่างกาย ตั้งแต่หัวจรดเท้า ต่อมาให้ สังเกตการ เคลื่อนไหวของผนังหน้าอกและช่องท้องขณะหายใจเข้าออก

3. ผู้นำกลุ่มเปิดเพลงบรรเลง และให้สมาชิกยังคงสังเกตร่างกายในท่านอน ประมาณ 15 นาที

#### 4.2 ชมวิทยุทัศน์ (ฝึกการรับรู้สังเกตร่างกายเมื่อมีสิ่งเร้า)

1. ผู้นำกลุ่มเปิดวิทยุทัศน์ที่มีเนื้อเรื่องลึกลับ มีความตึงเครียด สลับกับวิทยุทัศน์ที่เป็นมิวสิควิดีโอที่มีเนื้อเรื่องสนุกสนานหรือเพลิดเพลิน อ่อนหวาน โดยให้สมาชิกสังเกตร่างกายขณะดูวิทยุทัศน์

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิก เขียนการสังเกตร่างกายที่สังเกตได้ ในใบงานที่ 1

3. ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปราย สรุปกิจกรรมตระหนักรู้ตนเอง โดยผู้นำกลุ่มเสริมความรู้ ความเข้าใจตามใบความรู้ที่ 2

### การประเมินผล

สังเกตขณะปฏิบัติกิจกรรม สมาชิกมีลักษณะผ่อนคลาย จากการแลกเปลี่ยนพูดคุยในกลุ่ม สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเอง สังเกตการร่างกาย สิ่งสัมผัสร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้สังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตนเอง ได้แก่ การเคลื่อนไหวของทรวงอก การเปลือยคิดออกจากการสังเกต

### ขั้นตอนที่ 3 การฝึกการฟังอย่างตั้งใจ

#### กิจกรรม 5 อ่านข้อความบอกต่อ

##### วัตถุประสงค์

1. สมาชิกเข้าใจถึงความตั้งใจฟัง และข้อควรระวังในการสื่อสาร

##### อุปกรณ์/สื่อการสอน

กระดาษข้อความ ป้ายหรือกระดานเขียน

ระยะเวลา 25 นาที

##### วิธีดำเนินการ

1. ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-7 คน จำนวน 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่ม เข้าแถวเรียงตอน
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกที่เข้าแถวเป็นคนแรก อ่านข้อความที่เตรียมไว้ให้ จากนั้น ให้ไปบอกต่อกับ สมาชิกที่ต่อแถวคนถัดไป จนถึงสมาชิกคนสุดท้าย
3. ให้สมาชิกคนสุดท้าย เขียนข้อความที่ได้รับฟังมา บนป้ายหรือกระดานเขียน
4. ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายผลของกิจกรรมที่ได้

##### การประเมินผล

สุ่มถามสมาชิก 3-4 คน ถึงผลที่ได้ของกิจกรรม สมาชิกสามารถระบุข้อดีข้อด้อยของการสื่อสารของการฟังได้

#### กิจกรรม 6 ท่าทางการฟังอย่างตั้งใจ

##### วัตถุประสงค์

1. สมาชิกเข้าใจและได้ฝึกท่าทางของความตั้งใจฟัง

##### อุปกรณ์/สื่อการสอน

กระดาษ ป้ายหรือกระดานเขียน

ระยะเวลา 30 นาที

##### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3 คนตามสมัครใจ แบ่งบทบาทเป็นผู้เล่าเรื่อง ผู้ฟัง ผู้สังเกตการณ์

2. ผู้นำกลุ่มขอตัวแทนกลุ่มละ 1 คน ออกมาพบผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม นอกห้องกิจกรรม

3. ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มให้ตัวแทนเตรียมเรื่องเล่า ที่มีเนื้อหา เกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยวที่ผู้เล่าประทับใจ

4. ผู้นำกลุ่มเตรียมสมาชิกที่เหลือในห้องกิจกรรม โดยให้สมาชิกที่เป็นผู้ฟัง แสดงท่าทางที่ไม่สนใจผู้เล่าเรื่อง เช่น ไม่สบตา มองไปที่อื่น ไม่ซักถาม หรือแอบมอง เล่นโทรศัพท์

5. สมาชิกผู้สังเกตการณ์ สังเกตและจดบันทึกลักษณะท่าทางทั้งของผู้เล่าและผู้ฟัง

6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้เล่า ผู้สังเกตการณ์สะท้อนความรู้สึกขณะเล่าเรื่อง

7. ผู้นำกลุ่มสาธิตการจัดเก้าอี้ ทำนั่ง ที่ช่วยเสริมลักษณะของการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่

1. การจัดเก้าอี้เป็นมา 45 องศา ไม่นั่งแบบเผชิญหน้า

2. การวางสายตาไปยังผู้ฟัง ไม่จ้องหน้าตลอดเวลา ให้ละสายตาไปบริเวณไหล่หรือแขน ผู้ฟังไม่ควรส่งสายตาไปมองบริเวณอื่น ขณะตั้งใจฟังผู้พูด

3. ผู้ฟังเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย แสดงถึงท่าทางการตั้งใจฟัง

4. ทำนั่ง ไม่นั่งกอดอก เอียงคอ ควรวางมือไว้ด้วยการกุมมือ หรือแบมือแบบคว่ำบน

หน้าขาของตนเองด้วยท่าที่ผ่อนคลาย

8. ให้สมาชิก สาธิตย้อนกลับในการจัดทำทางการฟัง

9. ผู้นำกลุ่มและสมาชิก อภิปรายผลของกิจกรรม

#### การประเมินผล

สังเกตจากการฝึกปฏิบัติ และการพูดคุยแลกเปลี่ยนและการฝึกท่าทางของความตั้งใจฟัง

#### กิจกรรม 7 ฟังเพลง

##### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ พร้อมทั้งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเพลงได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนต่อการสังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

##### อุปกรณ์

มิวสิควิดีโอเพลงต่างๆ สำหรับประกอบการทำกิจกรรม จำนวน 4 เพลง

ใบงานที่ 2

##### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มในให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-9 คน และให้สมาชิกเดินเรียงแถวไปในบริเวณสวนหย่อม เป็นสถานที่สงบและเป็นธรรมชาติ โดยให้แต่ละกลุ่มย่อย เดินแถวคนละเส้นทาง เดินช้า ๆ ผ่อนคลาย ห้ามพูดคุย และให้สมาชิกสังเกตเสียงต่าง ๆ ที่ได้ยินขณะเดินตามแถว ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม บอกถึงเสียงที่ได้ยิน และเขียนลงบนใบงานที่ 3

3. ผู้นำกลุ่มระบุจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่าง ที่แต่ละกลุ่มได้ยิน บนกระดานเขียนหรือจอภาพใหญ่

4. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยง ชี้ให้เห็นถึงการได้ยินในสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน แต่ความตั้งใจหรือการรับรู้ การตีความของผู้ฟังต่างกัน มีผลต่อจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่างกัน

#### **การประเมินผล**

สังเกตการฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ การบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเพลงได้อย่างเหมาะสม สมาชิกระบุความแตกต่างของความรู้สึกของตนเองกับสมาชิกอื่น ๆ ขณะฟังเพลงได้ สมาชิกแยกแยะอารมณ์ตนเองและผู้อื่นในเวลาเดียวกันได้

#### **กิจกรรม 8 ฟังเสียงธรรมชาติ**

##### **วัตถุประสงค์**

เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ พร้อมทั้งบอกถึงเสียงที่เกิดขึ้นในธรรมชาติได้ โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนต่อการสังเกตความรู้สึกหรือเสียงที่เกิดขึ้นได้

##### **อุปกรณ์**

ใบงานที่ 3

##### **วิธีดำเนินการ**

1. ผู้นำกลุ่มในให้สมาชิกแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-9 คน และให้สมาชิกเดินเรียงแถวไปในบริเวณสวนหย่อม เป็นสถานที่สงบและเป็นธรรมชาติ โดยให้แต่ละกลุ่มย่อย เดินแถวคนละเส้นทาง เดินช้า ๆ ผ่อนคลาย ห้ามพูดคุย และให้สมาชิกสังเกตเสียงต่าง ๆ ที่ได้ยินขณะเดินตามแถว ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละกลุ่ม บอกถึงเสียงที่ได้ยิน และเขียนลงบนใบงานที่ 3

3. ผู้นำกลุ่มระบุจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่าง ที่แต่ละกลุ่มได้ยิน บนกระดานเขียนหรือจอภาพใหญ่

4. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยง ชี้ให้เห็นถึงการได้ยินในสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน แต่ความตั้งใจหรือการรับรู้ การตีความของผู้ฟังต่างกัน มีผลต่อจำนวนและชนิดเสียงที่แตกต่างกัน

#### **การประเมินผล**

สังเกตการฝึกของสมาชิก สมาชิกสามารถระบุเสียงในธรรมชาติได้ โดยตระหนักถึงสิ่งอาจทำให้เกิดการบิดเบือนได้แก่ การขาดความใส่ใจ การเพลาจิต ทำให้เอกจากการสังเกต แยกแยะความแตกต่างความรู้สึกขณะที่ได้ยินเสียงทั้งในตนเองและผู้อื่นได้

## กิจกรรม 9 ฟังเรื่องเล่า

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการฟังอย่างใส่ใจ สามารถจับใจความสำคัญจากเรื่องที่ผู้อื่นเล่าได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่นำค่านิยม ความเชื่อ การประเมินหรือความคิดของตนเองเข้าไปตัดสินเรื่องราวนั้นและนำเสนอสิ่งที่รับรู้ออกมาได้อย่างเหมาะสม

### อุปกรณ์ ใบงานที่ 4

### วิธีดำเนินการ

1. สมาชิกกลุ่มจับกลุ่มย่อยตามความสมัครใจ กลุ่มละ 3 คน จากนั้นให้แต่ละคู่เลือกกว่าใครจะเป็นผู้พูด-ผู้ฟัง ผู้สังเกตการณ์
2. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้ผู้พูด เล่าเรื่องราวอะไรก็ได้ที่อยากจะทำ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่าให้นึกย้อนถึงบุคคลในเหตุการณ์ที่มีอารมณ์และการตัดสินใจมีส่วนร่วมทำให้เรื่องเล่า สามารถถึงอารมณ์และมุมมองที่เกิดความร่วมรู้สึกได้ โดยให้เวลาคิดทบทวนก่อนสักเล็กน้อย ส่วนผู้ฟังจะไม่พูดอะไรระหว่างที่ผู้พูดเล่า ให้ฟังอย่างตั้งใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมประมาณ 5 นาที
3. จากนั้นให้ผู้ฟังพยายามทบทวนข้อมูลที่ได้ฟัง สื่่อออกมาโดยการสะท้อนความรู้สึกและเนื้อหาทั้งของผู้เล่าและผู้ฟัง ผู้พูดและผู้สังเกตการณ์จะเป็นฝ่ายพิจารณาว่าผู้ฟังเล่าเรื่องราวและสะท้อนความรู้สึกได้ถูกต้องเพียงใด
4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้เล่าบอกถึงความรู้สึกขณะเล่า ในประเด็นความรู้สึกที่เกิด การตระหนักรู้ตนเองทางร่างกาย ใจ และความคิด และความรู้สึกต่อผู้ฟัง
5. ผู้พูด ผู้ฟังและผู้สังเกตการณ์ สลับบทบาทกัน ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมตามข้อ 2 และ 3
6. เมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มและ สมาชิกกลุ่มร่วมพูดคุยถึงความแตกต่างระหว่างการเป็นผู้พูดและผู้ฟัง ตลอดจนประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ โดยผู้นำกลุ่มเสริมเพิ่มเติมความรู้ตามใบความรู้ที่ 3

### การประเมินผล

จากการพูดคุยแลกเปลี่ยน สมาชิกสามารถจับใจความสำคัญจากเรื่องที่ผู้อื่นเล่าได้ ตลอดจนเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยไม่นำค่านิยม ความเชื่อ การประเมินหรือความคิดของตนเองเข้าไปตัดสินเรื่องราวนั้นและนำเสนอสิ่งที่รับรู้ออกมาได้อย่างเหมาะสม



## ภาคผนวก จ

## ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- 1.ค่า CVI โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง
  - 2.ตารางที่ ค่า IOC ด้านเนื้อหาของแบบวัดความรู้สึกลำหรับนักศึกษาพยาบาล
  - 3.ตารางที่ ค่า IOC ด้านเนื้อหาของแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกลำหรับนักศึกษาพยาบาล
  - 4.ตารางที่ ค่า ค่า IOC สื่อวิดิทัศน์เพื่อเป็นสิ่งเร้าสำหรับวัดความร่วมมือรู้สึกลำหรับนักศึกษาพยาบาล
- 1.ตารางที่..ค่า CVI โปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

หัวข้อประเมิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ข้อที่ ได้คะแนน 3- 4	ข้อเสนอแนะ
	1	2	3		
1. โปรแกรมฝึกฯ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี	3	3	4	1	
2. กิจกรรมในโปรแกรม มีความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี	3	3	4	1	
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ในโปรแกรมมีความเหมาะสม	3	3	3	1	
4. โปรแกรมมีการลำดับการดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน	3	4	4	1	
5. ขั้นตอนสามารถปฏิบัติไม่ยุ่งยาก	3	4	4	1	
6. ขั้นตอนการฝึกการตระหนักรู้ตนเอง					
6.1 วัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี	3	3	3	1	
6.2 สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม	3	3	3	1	
6.3 กิจกรรมเหมาะสมกับช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่าง	3	3	3	1	
6.4 วิธีดำเนินการสอดคล้อง เหมาะสมกับวัตถุประสงค์	3	3	3	1	

หัวข้อประเมิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ข้อที่ ได้คะแนน 3- 4	ข้อเสนอแนะ
	1	2	3		
6.5 การประเมินผลเหมาะสม สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์	3	3	3	1	
7.ขั้นตอนการฝึกการฟังอย่างตั้งใจ					
7.1 วัตถุประสงค์สอดคล้องกับเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี	3	3	3	1	
7.2 สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม	3	3	3	1	
7.3 กิจกรรมเหมาะสมกับช่วงวัยของกลุ่ม ตัวอย่าง	3	3	3	1	
7.4 วิธีด าเนินการสอดคล้อง เหมาะสมกับ วัตถุประสงค์	2	3	3	0	ตอบวัตถุประสงค์ ไม่ครบ
7.5 การประเมินผลเหมาะสม สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์	1	2	2	0	เขียนไม่ครบ
8.ความเหมาะสมของระยะเวลากิจกรรม	3	4	4	1	
9.ความเหมาะสมภาพรวมของโปรแกรมการศึกษา	3	3	3	1	
10.ความเหมาะสมของคู่มือโปรแกรมการศึกษา	3	3	3	1	
รวมจำนวนข้อที่ได้คะแนน 3- 4				17	
จำนวนข้อทั้งหมด				19	
ค่า CVI โดยรวม	0.89				





ข้อ ที่	ทิศ ทาง ข้อ ความ	ข้อความ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ร ว ม	ค่า I O C	การ คัด เลือก
			1	2	3			
11	ลบ	ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นสามารถรักษาให้หายได้โดย การรักษาทางยาหรือการผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นความสัมพันธ์ ทางอารมณ์ของพยาบาลกับผู้ป่วย จึงไม่มีอิทธิพลอย่างมี นัยสำคัญต่อการรักษาทางยา หรือการผ่าตัด	1	1	1	1	1	เลือก
12	ลบ	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ไม่มีส่วน ช่วยให้สามารถเข้าใจคำบอกเล่าอาการทางกายของพวกเขาได้	1	1	1	1	1	เลือก
13	บวก	พยาบาลควรพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในจิตใจ ของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจกับภาษากาย และการ แสดงออกซึ่งไม่ได้ผ่านคำพูด	1	1	1	1	1	เลือก
14	ลบ	ฉันเชื่อว่าสภาวะทางอารมณ์นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องในการ รักษาความเจ็บป่วยทางการแพทย์	1	1	1	1	1	เลือก
15	บวก	การให้การพยาบาลจะถูกจำกัด หากไม่มีความสามารถใน การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น	1	1	1	1	1	เลือก
16	บวก	การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของ พยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย	1	1	1	1	1	เลือก
17	บวก	พยาบาลควรพยายามคิดเหมือนกับผู้ป่วยของพวกเขา เพื่อที่จะทำให้เกิดการพยาบาลที่ดีขึ้น	1	1	1	1	1	เลือก
18	บวก	พยาบาลไม่ควรปล่อยให้ตนเองได้รับอิทธิพลจากสาย สัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและญาติ	1	1	1	1	1	เลือก

ข้อ ที่	ทิศ ทาง ข้อ ความ	ข้อความ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ร ว ม	ค่า I O C	การ คั ด เลือก
			1	2	3			
19	ลบ	ฉันไม่รู้สึกรอคอยไปกับการอ่านวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาลหรือผลิตผลไปกับการศิลปะ	1	1	1	1	1	เลือก
20	บวก	ฉันเชื่อว่าความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญในการให้การพยาบาล	1	1	1	1	1	เลือก

## 3. ตารางค่า IOC ด้านเนื้อหาของแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ข้อ ที่	ข้อความ	ผู้ทรงคุณวุฒิ			รวม	ค่า IOC	การ เลือก
		1	2	3			
1	เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีท่าทีแบบเปิด ได้แก่ การไม่ยืนหรือนั่งในลักษณะเผชิญหน้าตรง ไม่กอดอก สบตา หายฝ่ามือ	1	1	1	1	1	เลือก
2	เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับบริการ	1	1	1	1	1	เลือก
3	ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน	1	1	1	1	1	เลือก
4	สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยน้ำเสียงสุภาพนุ่มนวล เป็นมิตร สีหน้าสดใส	1	1	1	1	1	เลือก
5	รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้รับบริการ โดยไม่ตัดสิน ไม่ด่วนสรุปหรือคัดค้าน เห็นด้วยในที่	1	1	1	1	1	เลือก
6	สะท้อนความรู้สึกของผู้รับบริการได้ถูกต้อง	1	1	1	1	1	เลือก
7	กระตือรือร้นในการช่วยเหลือและหมั่นคอยถามไถ่ดูแลผู้รับบริการ	1	1	1	1	1	เลือก
8	มีความสนใจและพูดให้กำลังใจเมื่อผู้รับบริการมีความทุกข์ ไม่สุขสบาย	1	1	1	1	1	เลือก
9	ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยโดยสีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือพฤติกรรมอื่นๆ	1	1	1	1	1	เลือก
10	รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ	1	1	1	1	1	เลือก

ตารางค่า IOC สื่อดีทัศน์เพื่อเป็นสิ่งเร้าสำหรับวัดความร่วมมือรู้สึกของนักศึกษาพยาบาล

ประเด็นที่ประเมิน	ผู้ทรงคุณวุฒิ			ค่า IOC	การคัดเลือก
	1	2	3		
1. วิดีทัศน์ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี	1	1	1	1	เลือก
2. เนื้อหาสามารถสร้างความร่วมมือรู้สึกในภาพรวมได้	1	1	1	1	เลือก
เรื่อง เจ็ดดาตลาดแตก 2.1 เนื้อหาสามารถสร้างความร่วมมือรู้สึกในองค์ประกอบความสามารถในการเข้าใจทัศนยะของผู้อื่น (Perspectivetaking) ได้	1	1	0	0.67	เลือก
เรื่อง น้องอ้ม 2.2 เนื้อหาสามารถสร้างความร่วมมือรู้สึกในองค์ประกอบ ความเมตตาการุณา (Compassionate care) ได้	1	1	1	1	เลือก
เรื่อง อุบัติเหตุก่อนแต่งงาน 2.3 เนื้อหาสามารถสร้างความร่วมมือรู้สึกในองค์ประกอบความสามารถเสมือนไปยืนอยู่ในจุดเดียวกับผู้รับบริการ (Ability to stand in the patient's shoes) ได้	1	0	1	0.67	เลือก
3. เนื้อหาสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงในร่างกายได้ เช่น อากาศชนลุก เหงื่อซึม ใจสั่น น้ำตาไหล หน้าตึง	1	1	1	1	เลือก
4. เนื้อหาเหมาะสมกับช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่าง	1	1	1	1	เลือก
5. เนื้อหาไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต	1	1	1	1	เลือก
6. สื่อดีมีระยะเวลาเหมาะสม	1	1	1	1	เลือก

## ภาคผนวก ฉ

### เอกสารแสดงความยินยอมและคำชี้แจง

1. คำชี้แจงการเก็บข้อมูลด้วย google form
2. เอกสารชี้แจงผู้ร่วมวิจัย
3. เอกสารแสดงความยินยอม

#### 1. คำชี้แจงการเก็บข้อมูลด้วย google form

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ขอเรียนเชิญตอบแบบสอบถาม ก่อนตัดสินใจตอบแบบสอบถาม กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ด้วยข้าพเจ้า นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ เป็นนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สังกัดวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้จัดทำโครงการวิจัยเรื่อง การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรมและปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่สร้างคามพึงพอใจต่อผู้รับบริการต่อไป ในการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ ท่านต้องมีคุณลักษณะดังนี้

1. เพศหญิง

2. กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบัน

พระบรมราชชนก

หากท่านยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามออนไลน์ในหน้าถัดไป โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยมีข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านต่อการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้สึกต่อผู้รับบริการที่ท่านปฏิบัติขณะฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล และประสบการณ์ที่ท่านพบเจอในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ

ขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาคั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ปรากฏในรายงานหรือจะไม่ถูกรายงานไปยังวิทยาลัยหรือระบบการเรียนหรือการระบุตัวตนบุคคลไปยังท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้

โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนหรือ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของท่าน ท่านมีสิทธิ์ปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวเมื่อรู้สึกไม่สบายใจก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล การปฏิเสธหรือถอนตัวจะไม่ส่งผลกับสิทธิต่าง ๆ และไม่ส่งผลต่อการเรียนหรือการประเมินผลใด ๆ ทั้งสิ้น ภายในชุดแบบวัดจะไม่มีการระบุชื่อรหัสนักศึกษา หรือเบอร์โทรติดต่อแต่ผู้วิจัยจะใช้รหัส (code) สำหรับการแยกกลุ่มวิทยาลัยพยาบาลตามเครือข่ายเท่านั้น ข้อมูลของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยการลงรหัส ที่มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นเวลา 1 ปีหลังจากนั้นจะถูกทำลายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้น

งานวิจัยนี้ใช้วิธีให้ความยินยอมโดยการร่วมมือ (Consent by action) ผู้เข้าร่วมวิจัยตกลงยินยอมเข้าร่วมโดยการทำแบบสอบถาม ไม่จำเป็นต้องเซ็นชื่อเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากผลวิจัยจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ สร้างองค์ความรู้ในเรื่องการเพิ่มความร่วมรู้สึก (Empathy) สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผ่านการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานไปสู่สาธารณชน

หากนักศึกษามีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ หน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ โทร 056213471 โทรศัพท์มือถือหมายเลข 0834882512 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อและถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้แจ้งไว้ สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

## 2.เอกสารชี้แจงผู้ร่วมวิจัย

### เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

#### (Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย) โครงการวิจัยเรื่อง: การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย

เรียน ...นักศึกษาผู้ร่วมโครงการวิจัย.....

ข้าพเจ้า นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ เป็นนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สังกัดวิทยาลัยวิทยาการวิจัย และวิทยาการ ปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญนักศึกษาเข้าร่วมโครงการฝึกความร่วมมือ รู้สึกโดยการฝึกการฟัง อย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเองก่อนที่นักศึกษาตกลงเข้าร่วม กิจกรรมดังกล่าวขอเรียนให้นักศึกษา ทราบรายละเอียดของโครงการฯ ดังนี้

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความร่วมมือรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อ ประโยชน์ใน การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่สร้างความพึงพอใจต่อ ผู้รับบริการต่อไป หาก นักศึกษา ตกลงที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนี้ นักศึกษาจะได้รับการประเมิน พฤติกรรมความร่วมมือรู้สึก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการฝึกขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แหล่ง ฝึก และข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้นักศึกษาร่วมกิจกรรมของโปรแกรมที่จัดขึ้นซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 วัน โดยท่านจะได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีหลังจากนั้น ท่านจะได้รับการฝึกโปรแกรมตามกำหนดการ ใช้ ระยะเวลาเข้าโปรแกรม 12 ชั่วโมง แบ่งเป็น 4 ชั้นตอน 9 กิจกรรมเมื่อสิ้นสุดการฝึกตามโปรแกรม แล้ว ท่านจะได้รับชมวิดีโอทัศน์และใส่เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อวัดความแปรปรวนอัตราการเต้น หัวใจ ตลอดระยะเวลาการชมวิดีโอทัศน์ จำนวน 3 เรื่อง ๆ ละประมาณ 3-5 นาที เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้า หัวใจจะไม่เป็นอันตรายแก่ร่างกายของท่าน เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับแพทย์ที่ผิวหนังด้านนอกเพื่อวัด การตอบสนองเท่านั้น ใช้เวลาติดประมาณ 2 นาทีแล้วใส่ติดไว้จนจบการชมวิดีโอทัศน์ ประมาณ 15 นาที หลังจากนั้น ตอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีจากนั้นอีก 1 เดือนท่านจะได้ตอบแบบวัดความร่วมมือรู้สึกอีกครั้งและได้รับการประเมินพฤติกรรมขณะขึ้นฝึก ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยหลังจากเข้าโปรแกรมแล้ว ภายในชุดแบบวัดจะไม่มีกระดาษชื้อรหัส นักศึกษา หรือเบอร์โทรติดต่อแต่ผู้วิจัยจะใช้รหัส (code) สำหรับการแยกกลุ่มทดลองและควบคุม เท่านั้น

AF 06-02

ข้อมูลของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยการลงบันทึกรหัส ที่มีเพียง ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นเวลา 1 ปีหลังจากนั้นจะถูกทำลายด้วยการลบ ข้อมูลไฟล์ทั้งหมด

สถานที่ในการทำกิจกรรมคือ ห้องบัวสวรรค์ ชั้น 2 อาคารอำนวยการ วิทยาเขต นครสวรรค์ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์และขอความกรุณาสวม เสื้อและกางเกงแยกชิ้นกัน เพื่อ ความสะดวกในการทำกิจกรรม

การเข้าร่วมกิจกรรมนั้นเป็นไปได้โดยสมัครใจ นักศึกษาอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนักศึกษาทั้งสิ้น คณะแนวแบบสอบถามและแบบสังเกตพฤติกรรมไม่มีผลกระทบต่อคะแนนการเรียนการสอนของนักศึกษา

ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการ และไม่มีค่าชดเชยเสียเวลา

หากนักศึกษามีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ  
หน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ โทร 056213471  
โทรศัพท์มือถือหมายเลข 0834882512 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อและถ้า  
ผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลข  
โทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th เมื่อนักศึกษาพิจารณาแล้วเห็นสมควร  
เข้าร่วมในการวิจัยนี้ขอความกรุณาลงนามใน เอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย  
และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



## เอกสารแสดงความยินยอม

### ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย) โครงการวิจัยเรื่อง การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรมและปฏิบัติการตอบสนองของร่างกาย .....

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และ ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดง ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม .....พยาน  
(.....)

## ภาคผนวก ข

### เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินความเครียด
2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

#### 1.แบบประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ขอให้ท่านประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 -3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

#### การแปลผล

คะแนน 0 – 4 ความเครียดน้อย

คะแนน 5 – 7 ความเครียดปานกลาง

คะแนน 8 – 9 ความเครียดมาก

คะแนน 10 – 15 ความเครียดมากที่สุด

## 2.แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หงุดหงิด เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

## การแปลผล

ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 Q

## แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1.เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3.หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4.เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5.เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ครอบครัวมืดหวัง	0	1	2	3
7.สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8.พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ภาคผนวก ข  
ใบรับรองจริยธรรม

สำเนาที่ IRB4-238/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย :G-HU168/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : การเพิ่มความร่วมรู้สึกสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการ  
ตระหนักรู้ใน ตนเอง: การศึกษาเชิงพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางอัญสุรีย์ ศิริโสภณ

หน่วยงานที่สังกัด : วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า  
โครงการวิจัย ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีใน  
ความเป็นมนุษย์ไม่มีการ ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและ  
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสาร  
ตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน  
พ.ศ. 2565

2.เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

3.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

4.เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.

2565

5.เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.  
2565 6. เอกสารอื่นๆ ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 5 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 วันที่หมดอายุ : วันที่ 5 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

ลงนาม นางสาวพิมพ์พรรณ เลิศล้ำ

(นางสาวพิมพ์พรรณ เลิศล้ำ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ 4  
(กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)



## ภาคผนวก ฅ

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบวัดความร่วมมือรู้สึก ก่อนทดลอง หลัง  
ทดลองและระยะติดตาม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
จำแนกตามรายชื่อ

ข้อ คำถาม	ก่อน				หลังทดลอง				ระยะติดตาม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1	5.14	1.16	5.09	1.06	6.45	0.85	5.13	.94	6.73	0.45	6.64	0.49
2	6.45	0.85	6.59	0.66	5.18	1.22	6.59	0.66	5.41	0.59	5.32	0.47
3	5.18	1.22	5.09	1.10	6.05	1.13	5.13	.99	6.18	0.85	6.36	0.72
4	6.05	1.13	5.91	1.06	5.18	1.40	5.90	1.06	6.00	1.38	5.91	1.47
5	5.18	1.40	5.36	1.21	6.23	1.06	5.36	1.21	6.27	0.88	6.14	0.94
6	5.05	1.21	5.27	1.07	4.00	1.44	5.27	1.07	4.77	1.11	5.14	0.83
7	5.64	1.29	5.86	1.35	4.23	1.66	5.86	1.35	4.91	0.86	5.18	0.66
8	4.68	1.75	4.68	1.58	6.00	1.34	4.72	1.38	6.23	0.86	5.95	0.84
9	4.86	1.75	4.95	1.81	4.95	1.61	4.95	1.61	4.50	2.22	4.50	2.01
10	6.23	1.06	6.18	1.09	6.23	1.06	6.31	.99	6.27	0.88	6.14	0.94
11	4.00	1.44	4.32	1.04	4.00	1.44	4.63	.90	4.77	1.11	5.14	0.83
12	4.23	1.66	4.32	1.35	4.23	1.66	4.63	1.25	5.00	0.75	4.95	0.84
13	6.00	1.34	6.23	1.19	6.00	1.34	6.09	1.26	6.23	0.86	5.95	0.84
14	4.95	1.61	4.77	1.79	4.95	1.61	4.95	1.78	5.41	1.09	5.09	1.06
15	4.45	2.04	4.45	2.22	4.45	2.04	4.72	1.85	5.91	1.19	6.09	0.97
16	6.14	1.03	6.09	1.10	6.14	1.03	6.09	1.10	5.41	0.90	5.14	0.83
17	3.86	1.78	3.82	1.79	6.45	0.85	3.86	1.75	5.41	1.14	4.91	0.86
18	5.91	1.19	5.86	1.20	5.18	1.22	5.86	1.20	5.82	0.90	5.86	0.83
19	2.82	1.50	3.14	1.49	6.05	1.13	4.00	1.15	5.32	1.08	4.95	0.99
20	6.09	1.01	6.09	1.10	6.09	1.01	6.09	1.10	6.05	0.89	5.86	0.83

หมายเหตุ รายชื่อคะแนนสูงสุด(Max) = 7 คะแนน คะแนนต่ำสุด(Min) = 1 คะแนน



## ภาคผนวก ญ

ภาพกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

แสดงภาพใน QR code

กิจกรรม วาดภาพตนเองและตนใน  
อนาคต



กิจกรรมกราฟชีวิต



กิจกรรมฟังเครื่องญาติ



กิจกรรมรู้ตัวทั่วพร้อม



ความรู้สึที่เข้าร่วมกิจกรรม





## ภาคผนวก ฎ

### รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. ผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพโปรแกรมการฝึกการฟังอย่างตั้งใจร่วมกับการตระหนักรู้ในตนเอง

1. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบว์แมนน์ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. ดร.สุทธิพงษ์ เกียรติวิชัย อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด  
ประเทศไทย

3. อาจารย์วาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน อาจารย์ประจำหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก

#### 2. ผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพแบบวัดความรู้สึกลำบากสำหรับนักศึกษาพยาบาล

1. ผศ. ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบว์แมนน์ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. ดร.สุทธิพงษ์ เกียรติวิชัย อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด  
ประเทศไทย

3. ดร.มธุรดา บรรจงการ อาจารย์ประจำหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม  
ราชชนก

#### 3. ผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพแบบสังเกตพฤติกรรมความรู้สึกลำบากและสื่อสิ่งเร้า

1. อาจารย์วาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน อาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราช  
ชนนีสวรรคค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. ดร.วรรณศิริ นิลเนตร อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ดร.มธุรดา บรรจงการ อาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	อัญสุรีย์ ศิริโสภณ
วัน เดือน ปี เกิด	29 พฤศจิกายน 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดอุทัยธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	46/158 ม.10 ต.วัดไทรย์ อ.เมือง จ.นครสวรรค์
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ประวัติการศึกษา	ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

