บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความร่วมรู้สึก

ความร่วมรู้สึกกับการพยาบาล

กระบวนการสร้างความร่วมรู้สึก

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดความร่วมรู้สึก

พฤติกรรมการแสดงออกของความร่วมรู้สึก

การตอบสนองความร่วมรู้สึก

ระดับต่าง ๆ ของมาตรวัดความร่วมรู้สึก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความร่วมรู้สึก

"ความร่วมรู้สึก" (Empathy) มาจากคำในภาษาเยอรมันว่า "Einfülung" หมายถึง "รู้สึกเข้าไปถึง" (feeling into) โดยนักจิตวิทยานำคำว่า ความร่วมรู้สึกมาใช้ครั้งแรกในความหมายหลายประการคือ ความเข้าใจในสังคม (Social Perceptiveness) การเข้าถึงซึ่งความรู้สึกของบุคคลอื่น (Insight into another's feeling) ความเข้าใจหรือความสามารถในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Completence) (Baumgatner 1970: 31) และโรเจอร์ (Rogers 1951: 452) ได้นำศัพท์คำนี้มาใช้ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและให้ความหมายของความร่วมรู้สึกว่าเป็นการที่ผู้ปรึกษาได้เข้าใจโลกของผู้มาขอปรึกษาในลักษณะที่ผู้มาขอปรึกษามอง รับรู้โลกส่วนตัวของผู้มาขอปรึกษาราวกับว่าเป็นโลกของตนโดยไม่ลืมคำว่า "ราวกับ" ผู้ปรึกษาสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้มาขอคำปรึกษา ติดตาม

ความหมายในทุกประโยคของผู้มาขอปรึกษาอย่างใกล้ชิด สังเกตน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แล้วสื่อความเข้าใจนี้ให้ผู้มาขอปรึกษารับรู้

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของฝ่ายพัฒนา และฝึกปฏิบัติบุคลากรของคณะกรรมการบริการชุมชนและสังคมของเมืองออนตาริโอ สำหรับผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับสังคมสงเคราะห์เด็ก ณ เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา ในที่ประชุมดังกล่าวได้ให้คำจำกัดความของความร่วมรู้สึกว่า เป็นความสามารถในการที่จะฟังและเข้าใจบุคคลอื่น ทั้งที่แสดงออกทางวาจาและมิได้แสดงออกทางวาจา (Gelfand, Starak and Nevidon 1973: 596) ซึ่งการที่บุคคลหนึ่งจะเข้าใจในอีกบุคคลหนึ่งนั้นสามารถเข้าใจได้ 3 แบบ ดังนี้ (Benjamin 1974: 64)

แบบแรก เป็นการเข้าใจเรื่องราวของบุคคลจากการอ่านเรื่องราวของเขาหรือจากการได้ยินผู้อื่นพูด ซึ่งจะเห็นว่าเป็นความเข้าใจเรื่องราวที่มาจากการมองจากสายตาและความคิดของคนอื่น จะเห็นว่าเป็นความเข้าใจที่ไม่ดีนัก

แบบที่สอง เป็นการเข้าใจบุคคลนั้นจากความเห็นของตัวเอง โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก ความรู้และทักษะของตัวเอง จะเห็นว่าเป็นความเข้าใจและไม่เข้าใจในทัศนะของเราเองโดยโลกส่วนตัวเราเองจะเห็นว่าเป็นความเข้าใจดีกว่าแบบแรก

แบบที่สาม เป็นความเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่น โดยจำกัดโลกส่วนตัวของเราเองออกไปชั่วคราว และรับเอาโลกของเขามาโดยปราศจากการประเมิน แต่เข้าใจว่าสิ่งต่าง ๆ มีความหมายอย่างไรต่อบุคคลนั้น เป็นการตีความรู้สึกร่วมในโลกส่วนตัวของอีกบุคคลหนึ่ง โดยยังเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งความเข้าใจแบบนี้คือ ความร่วมรู้สึก หรือความเข้าอกเข้าใจในบุคคลอื่นนั่นเอง ซึ่งเป็นความเข้าใจที่พึงปรารถนามากที่สุด

ทรูซ์ และ คาร์คัฟฟ์ (Truax and Carkhuff 1977: 73) กล่าวว่าความร่วมรู้สึกนั้นมิใช่เป็นเพียงความสามารถของผู้ให้ความช่วยเหลือที่จะรู้สึก และเข้าใจโลกส่วนตัวของผู้มาขอความช่วยเหลือราวกับเป็นโลกของตนเอง หรือความสามารถที่เข้าใจในสิ่งที่ผู้มาขอความช่วยเหลือหมายถึงเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความไวของผู้ให้ความช่วยเหลือที่จะรับความรู้สึกที่แท้จริงในขณะนั้นของผู้มาขอความช่วยเหลือ และสามารถที่จะสื่อความเข้าใจนั้นให้ผู้มาขอความช่วยเหลือได้ทราบ

ซึ่ง เป็นความ เข้าใจอย่างถ่องแท้มีความไว และความตื่นตัวที่จะรับความรู้สึกนั้นตลอด เวลา

คาลิช (kalisch 1973: 1548) ได้กล่าวไว้ว่า การนำความรู้สึกของคนอื่นมาใส่ใจ เพื่อ เข้าใจ เขาโดยถ่องแท้โดยไม่สูญ เสียความ เป็นตัวของตัว เองนั้น เป็นรากฐานของความร่วมรู้สึก ซึ่ง เขาให้ความหมายของความร่วมรู้สึกว่า เป็นความสามารถที่จะ เข้าสู่ชีวิตของบุคคลอื่น เพื่อ เล็ง เห็นความรู้สึกและความหมายของ เขาอย่างที่ เป็นอยู่ในปัจจุบัน มิใช่ "ความรู้สึก เมื่อวันวาน" (Feeling of yesterday) และต้อง เป็นการ เล็ง เห็นความรู้สึกที่ถูกต้อง

รอนส เลย์ (Rawnsley 1980: 245) ได้กล่าวถึง ความร่วมรู้สึกไว้ 2 ลักษณะคือ

1. ด้าน เนื้อหา (content) หมายถึง อารมณ์ที่ เกิดขึ้น เนื่องจากบุคคลได้รับรู้อารมณ์ของผู้อื่น หรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่กำลังประสบอยู่

2. กระบวนการ (Process) หมายถึง กระบวนการที่ความรู้สึกถูกถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้ เมื่อบุคคลสองคนนี้มีความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ความร่วมรู้สึก ตามพจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาภาษาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2524 (2524: 40) หมายถึง การมีความร่วมรู้สึกอย่าง เดียวกัน อันมีมูลฐานมาจากที่ตน เอง เคยประสบ และมีพฤติกรรมอัน เดียวกัน

นอกจากนี้มีนักจิตวิทยาบางท่าน ได้กล่าวถึงความหมายของความร่วมรู้สึก โดยให้ความหมายในรูปของคำว่า ความ เห็นอก เห็นใจ ความ เข้าใจ ดังนี้

พรรณราย ทรัพยะประภา (2527: 128) กล่าวว่า ความ เห็นอก เห็นใจ เป็นความ เข้าใจในความคิดอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้อื่น

วัชรี ทรัพย์มี (2522: 110-111) กล่าวว่า ในกระบวนการให้คำปรึกษา ความ เข้าใจมิใช่ความรู้ เกี่ยวกับผู้บริการที่ได้มาจากผลการทดสอบประวัติของผู้รับบริการ หรือการศึกษาผู้รับบริการ เป็นรายบุคคลอย่างละ เอียด เท่านั้น แต่ เป็นความ เข้าใจความรู้สึกผู้รับบริการ โดยปราศจากการประ เมิน หรือแยกประ เภท ลักษณะปัญหาหรือต้น เหตุแห่งปัญหา การ เข้าใจความรู้สึก หมายถึงว่า "เขารู้สึกอย่างไร" เป็นการ เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของ เขามากกว่าการ เข้าใจ เขาจากสภาพทางภายนอก คือ พยายาม เข้าใจว่า เขามองโลกอย่างไร ในการที่จะ เข้าใจความรู้สึก ทัศนคติ และ

พฤติกรรมของผู้อื่นได้ ผู้ให้ความช่วยเหลือต้องเข้าใจว่าผู้รับบริการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างไร ผู้รับบริการไม่ได้มีการตอบสนองตามที่ถูกกำหนดขึ้น แต่จะตอบสนองตามที่เขารู้

นงคราญ ผาสุข (2528: 57) กล่าวถึง ความร่วมรู้สึกของพยาบาลว่า เป็นการแสดงออกของอารมณ์ในทางที่รับรู้ เข้าใจความรู้สึก ปัญหาและอารมณ์ของบุคคลอื่น ไม่ใช่เข้าใจเฉพาะความหมายของคำพูดของผู้อื่นเท่านั้น แต่เราจะไม่รู้สึกทุกข์ เศร้าและร้องไห้ไปกับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความพร้อมในการที่จะให้ความช่วยเหลือเขา

จากความหมายของคำจำกัดความของความร่วมรู้สึกดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความร่วมรู้สึก เป็นกระบวนการที่ผู้ให้ความช่วยเหลือ พยายามเข้าใจความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ขอความช่วยเหลือกำลังประสบอยู่ในขณะนั้น โดยไม่มีการคาดคะเน หรือประเมินถูก-ผิด ผู้ช่วยเหลือจะไม่นำทัศนะส่วนตัวของตนเองเข้าเกี่ยวข้อง แต่จะเข้าใจว่าผู้ขอความช่วยเหลือรู้สึกอย่างไร มองโลกของเขาอย่างไร ซึ่งการที่จะเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ขอความช่วยเหลือได้นั้น ผู้ช่วยเหลือจะต้องเข้าใจว่า เขาพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างไร ผู้ช่วยเหลือจะตอนสนองตามที่เขารับรู้ และสามารถทำให้ผู้ขอความช่วยเหลือทราบว่า ผู้ช่วยเหลือเข้าใจเขาอย่างแท้จริง

<u>แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมรู้สึก</u>

ความร่วมรู้สึก เป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ เพราะถ้าเราไม่สามารถเข้าใจผู้อื่นแล้ว เราจะไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้ ดัง คาร์คัฟฟ์ (Carkhuff 1977: 82) กล่าวว่า หากปราศจากความร่วมรู้สึกแล้วก็จะไม่มีพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือ ความร่วมรู้สึก เป็นความเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่นซึ่งจะมีประจำตัวคนทุกคนไม่มากก็น้อย (เปลื้อง ณ นคร 2495: 69) โดยจะอยู่ในรูปของสัญชาตญาณการเลียนแบบ ดัง แคทซ์ (Katz quoted in Zderad 1969: 658) กล่าวว่า มนุษย์เกิดมาเพื่อเข้าใจและเล็งเห็น และเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น ซึ่งความสามารถนี้ไม่ได้อยู่ในร่างกาย แต่อยู่ในระบบของความรู้สึกภายใน อันเป็นพรสวรรค์ทางจินตนาการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมนุษย์ แต่การแสดงออกของความร่วมรู้สึก และการพัฒนาความร่วมรู้สึกให้มีระดับสูงขึ้นในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากคนมีพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมแตกต่างกัน อนึ่งประเด็นที่จะต้องระวังเกี่ยวกับความร่วมรู้สึกคือ อย่านำความหมายของความร่วมรู้สึกไปปะปนกับคำว่าการถือตนตามแบบ (Identification) และความเห็นใจ (Sympathy)

การถือตนตามแบบ หรือการลอกเลียนแบบ เป็นกระบวนการของจิตใต้สำนึก และเป็นกลไกในการป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลด้วยการยึดถือ ความสำเร็จ หรือค่านิยมของผู้อื่นมาเป็นแบบฉบับของตนเอง มักจะเกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งการถือตนตามแบบเป็นผลมาจากการเรียนรู้แบบ ลองผิด-ลองถูก (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 63) ถ้าลอกเลียนแบบมากเกินไปอาจจะลืมว่าตนเป็นใคร

ส่วน Sympathy นั้นเป็นความเห็นอกเห็นใจในลักษณะที่ผู้ฟังเข้าไปมีอารมณ์ร่วมกับผู้พูดจนมิได้ตระหนักว่าผู้ฟังยังเป็นตัวของตัวเองอยู่ และ Sympathy จะเกิดขึ้นโดยการเอาตัวเราไปใส่ในเหตุการณ์ของคนอื่น มีความเข้าใจในความรู้สึกและความทุกข์ของเขา ผู้ป่วยทุกข์เราก็ทุกข์ไปด้วย ผู้ป่วยเศร้า และร้องไห้ เราก็เศร้าและร้องไห้ไปด้วย โดยสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งการเกิดอารมณ์เช่นนี้จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือไม่ประสบผลสำเร็จ

ความร่วมรู้สึก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก (Conscious Process) และไม่ใช่กลไกในการป้องกันตนเอง (Travelbee 1966: 140) แต่เป็นการนำเอาความรู้สึกของคนอื่นมาใส่ใจ เพื่อให้เข้าใจเขาโดยถ่องแท้ ว่าขณะนั้นเขาคิดและรู้สึกอย่างไร ทั้งนี้โดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งจะแตกต่างจาก Sympathy และ Identification คือ Sympathy นั้นผู้ฟัง หรือผู้ช่วยเหลือจะมีอารมณ์ร่วมไปด้วย และจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้การช่วยเหลือประสบความล้มเหลว ส่วน Identification จะเป็นการใช้กลไกในการป้องกันตนเอง นอกจากนี้ ความร่วมรู้สึกยังมีข้อจำกัดบางอย่างในส่วนที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะคือ เป็น "ความรู้สึกในขณะนั้น หรือกำลังประสบในขณะนั้น" ซึ่งหมายถึงว่า ผู้ช่วยเหลือหรือพยาบาลพยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ในขณะนั้น ส่วนความรู้สึกที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ก่อนหน้านี้ของผู้ป่วย หรือผู้ขอความช่วยเหลือ อาจทำให้ไขว้เขวและเข้าใจผิดได้ แต่การรับรู้ข้อมูลหรือพฤติกรรมที่มีมาก่อน อาจช่วยเสริมความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ขอความช่วยเหลือได้ หากไม่ขัดขวางความเข้าใจต่อสิ่งที่เขาแสดงออกขณะนั้น เช่น ในวันจันทร์พยาบาลรู้ว่าสมชายกำลังกลุ้มใจ เมื่อพยาบาลพบสมชายในวันอังคาร เธอคาดว่าเขาคงกลุ้มใจ จึงทำให้พยาบาลเข้าใจผิดคิดว่าเขากลุ้มใจ แต่จริง ๆ แล้วสมชายกำลังสับสน ฉะนั้น ในการเข้าหาผู้ป่วยหรือผู้ขอความช่วยเหลือโดยมีกรอบแห่งจิตใจ (Inlernal Frame of Reference) โดยความคิดที่คาดหมายอะไรไว้ก่อนนั้นทำให้ยากที่จะสอดคล้องหรือเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น

ความร่วมรู้สึกกับการพยาบาล

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องช่วยเหลือบุคคล ไม่ว่าคนเจ็บป่วย หรือคนดี ให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ฟื้นจากสภาพเจ็บป่วย ซึ่งโดยปกติบุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานได้ด้วยตนเอง แต่ในขณะที่เจ็บป่วยรุนแรง และมีปัญหาในด้านความจำกัดของร่างกาย เนื่องจากสภาวะของโรค และความจำเป็นในด้านการรักษาพยาบาล ย่อมเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกว่าความมีคุณค่าของตนเองลดลง ดังนั้น การช่วยเหลือของพยาบาลจึงเป็นการเพิ่มความรู้ เพิ่มกำลังกายและกำลังใจ ที่ผู้ป่วยขาดไปให้ช่วยตนเองได้เร็วที่สุด (ฟาริดา อิบราฮิม 2525: 5) ดังนั้นจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาลจึงไม่ใช่การรักษา แต่เป็นการส่งเสริมผลสำเร็จของการรักษา และคงรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ คือ มุ่งให้การพยาบาล "คนทั้งคน" ดัง เครน (Crane 1980: 124) กล่าวถึง จุดมุ่งหมายของการพยาบาลว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดทั้งความปลอดภัย และมั่นคง ซึ่งหมายถึง การช่วยเหลือบุคคลให้พบกับความต้องการพื้นฐาน ซึ่งถูกคุกคามอันเนื่องการเจ็บป่วย และความต้องการพื้นฐานไม่เพียงแต่การมีชีวิตรอดเท่านั้น ยังหมายถึงการได้แสดงออกซึ่งความเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ ซึ่งต้องการความปลอดภัย และความมั่นคง ได้รับการยอมรับและได้แสดงออกซึ่งความสามารถต่าง ๆ เป็นต้น ฉะนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ การพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการของบุคคลให้ถูกต้องเหมาะสมนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจในปฏิกริยา หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกทั้งทางวาจา และมิใช่เวลาซึ่งเป็นสิ่งที่ยากเนื่องจาก อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ของคนมีอยู่ 2 ระดับ ระดับหนึ่งเป็นที่สังเกตได้ง่าย จากพฤติกรรมที่เป็นคำพูด หรือมิใช่คำพูด ระดับนี้เรียกว่า ความรู้สึกในระดับผิวเผิน (Surface Feeling) อีกระดับหนึ่งเป็นระดับที่อยู่ลึก ๆ หรือบางทีก็แอบแฝง ซ่อนเร้นอยู่นี้เรียกว่า Underlying Feeling ซึ่งมีอิทธิพลมาก เพราะบางครั้งเจ้าของความรู้สึกนั้น ๆ มิได้ตระหนักถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง หรือมิเช่นนั้น ก็รู้สึกลำบากยากเย็นที่จะแสดงความรู้สึกที่แท้จริง ที่ซ่อนเร้นอยู่ออกมาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัฒนธรรมไทย มักจะอบรมเลี้ยงดูให้คนเป็นคนเก็บกด หรือระงับความรู้สึกต่าง ๆ เอาไว้ เนื่องจากเชื่อกันว่า การกระทำเช่นนี้แสดงความเป็น "ผู้ดี" หรือมิฉะนั้นก็อบรมให้คนปฏิเสธความรู้สึกต่าง ๆ อันแท้จริงของตนเอง เช่น สามารถพูดว่า "ไม่เป็นไร" ทั้ง ๆ ที่จริง ๆ แล้วรู้สึกไม่พอใจ โกรธ เสียใจ (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 67-68)

014397

จะเห็นว่า ข่าวสารทางอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Message) จะถ่ายทอดออกมาในลักษณะที่เป็น คำพูด และมิใช่คำพูด ซึ่งอาจแสดงออกมาตรง ๆ หรือมิได้แสดงออกมาตรง ๆ ก็ได้ ซึ่งการสื่อข่าวสารที่เป็นอารมณ์ ความรู้สึกออกมาอย่างแท้จริง รวมทั้งการรับรู้และการตอบสนองนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยากกว่าการสื่อที่เป็นเนื้อหาสาระ เนื่องจากว่า ความรู้สึกมักจะเกิดขึ้นได้ 4 ด้าน ที่สำคัญคือ ความโกรธ ความเศร้าโศกเสียใจ ความกลัว และความสุข บ่อยครั้งที่ความรู้สึกด้านหนึ่งไปครอบคลุมความรู้สึกด้านอื่น เช่น บางครั้งความเศร้าโศกเสียใจมาครอบคลุมความรู้สึกโกรธ หรือในทางตรงข้าม ความโกรธมาครอบคลุมความเสียใจ (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 69) ซึ่งเราจะพบมากในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยนอกจากจะมีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยด้านร่างกายแล้ว ยังมีปัญหาอื่น ๆ อีก เช่น ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งกระทบกระเทือนถึงบุคลิกภาพรวมทั้งหมดผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัวเกี่ยวกับอาการ และความรุนแรงของโรค กลัวความพิการ กลัวความตาย ไม่ค่อยกล้าซักถามแพทย์ หรือพยาบาล (Brown 1965: 11-15) ไม่กล้าบ่น หรือวิพากษ์วิจารณ์ เพราะกลัวจะถูกกลั่นแกล้งจากเจ้าหน้าที่ (Kelly 1976: 26-27)

ฉะนั้น สิ่งสำคัญของพยาบาลก็คือพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลบางสิ่งบางอย่างที่กระจัดกระจายสับสนออกมา เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองและรู้ปัญหาของตนเองในทุก ๆ ด้าน อันจะนำไปสู่การพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม ฉะนั้นพยาบาลจะต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยพยายามมองในกรอบอ้างอิงภายในของผู้ป่วย (Internal Frame of Reference) ว่าเขาคิดและรู้สึกอย่างไร นั่นก็คือการเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย หรือความร่วมรู้สึก (Empathy) นั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับ พรรณราย ทรัพยะประภา (2525: 63) กล่าวว่า ความร่วมรู้สึก (Empathy) เป็นส่วนสำคัญที่สุดของกระบวนการในการช่วยเหลือ เพราะถ้าเราไม่สามารถเข้าใจผู้อื่นได้อย่างดีเพียงพอแล้ว เราไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ความร่วมรู้สึก เป็นการแสดงออกของอารมณ์ในทางที่รับรู้ เข้าใจความรู้สึก ปัญหาและอารมณ์ของบุคคลอื่น มิใช่หมายถึง การเข้าใจความหมายของคำพูดของผู้อื่นเท่านั้น แต่เป็นการที่มีความรู้สึกเหมือนกับผู้อื่นชั่วคราว พยาบาลต้องมีความพร้อมในการที่จะให้ความช่วยเหลือเขา หากกล่าวโดยเฉพาะถึงความร่วมรู้สึกของพยาบาลที่เกิดขึ้นในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

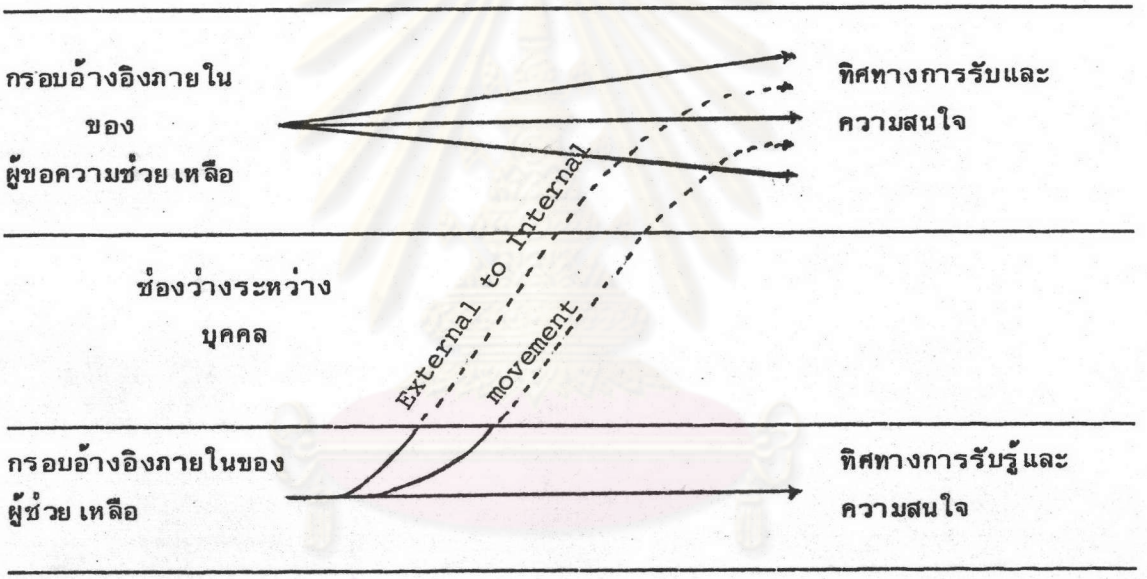
ในรูปการรักษานั้น พยาบาลที่มีความร่วมรู้สึก จะเป็นผู้ที่เข้าใจ และมีความรู้สึกคล้อยตามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง อันเป็นความสามารถที่สำคัญของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์ 2527: 91) ดังคำกล่าวของ เสตทเลอร์ (Stetler 1977: 432) กล่าวว่า ความร่วมรู้สึกเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นับเป็นวิธีการที่ช่วยในการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลจะเข้าใจความรู้สึก สภาวะ และพฤติกรรมของผู้ป่วย จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายได้ และนับว่าเป็นกระบวนการ ซึ่งพยาบาลสามารถเข้าถึงซึ่งความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยที่อยากให้มีคนเข้าใจ ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวคิดของ คาร์คัฟฟ์ (Carkhuff 1967: 82) ที่กล่าวว่า หากปราศจากความร่วมรู้สึก แล้วจะไม่มีพื้นฐานในการที่จะให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้เพราะถ้าเราไม่สามารถเข้าใจบุคคลอื่นอย่างดีเพียงพอแล้ว เราก็จะไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าความร่วมรู้สึกมีความสำคัญต่อการพยาบาลในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาพยาบาลสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังที่ ทรูซ์ (Traux 1967: 83) ได้ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำกลุ่มจิตบำบัดผล ปรากฏว่า ความร่วมรู้สึก เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในกระบวนการจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การเปิดเผยตนเอง การสำรวจตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่าความร่วมรู้สึกเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วย นอกจากนี้ ความร่วมรู้สึกยังมีส่วนสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลให้เด่นชัดขึ้น ในขณะเดียวกันก็ช่วยในการส่งเสริมมาตรฐานการทำงานของพยาบาลให้ดีขึ้น สามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการรักษาพยาบาล และการจัดเตรียมการบริการหรือยินยอมตามคำเรียกร้องของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

<u>กระบวนการสร้างความร่วมรู้สึก</u>

เดราด (Zderad 1963: 659-660) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนในการสร้างความร่วมรู้สึกไว้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเอาใจเราไปใส่ใจเขา (Internalization) เป็นการเลียนแบบให้มีลักษณะความรู้สึกนึกคิดเหมือนผู้อื่นชั่วคราว โดยต้องพยายามมองโลกในแง่ของผู้ป่วย คือ ต้องพยายามทำความเข้าใจต่อกรอบอ้างอิงภายใน (Internal Frame of Reference) หรือโลกทัศน์ของเขา ได้แก่ ประสบการณ์ทั้งหมดที่เขาได้รับรู้อย่างรู้ตัวภายในจิตสำนึกในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึก การรับรู้ ความหมายขณะนั้นว่า เขาคิด เขารู้สึกอย่างไร ดังแผนภูมิที่ 1 โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องพยายามคิด และรู้สึกร่วมไปกับแนวคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้เห็นสถานการณ์ราวกับว่าตนเป็นผู้ป่วย ในความสัมพันธ์ระยะยาว จะทำให้เกิดการหยั่งรู้ในพฤติกรรมของผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 1 กรอบอ้างอิงภายใน และภายนอกของบุคคล

(Brammer 1979: 36)

ในขั้นนี้ พยาบาลจะต้องรวบรวมประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเองในขณะที่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยพยาบาลยังเป็นตัวของตัวเอง

ข้อแนะนำในการเอาใจเราไปใส่ใจเขาตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ขอความช่วยเหลือพูด แล้วตั้งคำถามดังนี้เสมอ ขณะนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร? เขามองเห็นปัญหาของตนเองอย่างไร? โลกในตัวของเขาเองเป็นอย่างไร?

2. การตอบสนองภายใน (Inner Response) ขั้นนี้ พยาบาลจะพยายามทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเอง และเข้าอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ รวมทั้งทำความรู้สึกได้เหมือนผู้ป่วย ฉะนั้น จะเกิดปฏิกริยาตอบโต้กันระหว่างความรู้สึกของพยาบาลเองในสถานการณ์ของผู้ป่วย และความรู้สึกของพยาบาลเมื่อคล้อยตามความรู้สึกผู้ป่วย

3. การทำให้เป็นรูปธรรม (Reobjectification) เป็นขั้นวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาอย่างละเอียดและมีเหตุผล แล้วจะแยกตัวเองออกจากเหตุการณ์ของผู้ป่วย และจะทดสอบการวิเคราะห์ที่ได้มากับความเป็นจริงจากประสบการณ์ในทำนองเดียวกัน และความรู้ หรือความนึกคิดของผู้ป่วย โดยผ่านการสื่อให้ผู้ป่วยทราบ

ส่วนขั้นตอนในการสร้างความรู้สึก (Empathy) ของพยาบาลเพื่อการรักษา มี 4 ขั้นตอน (วิลสัน อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2527: 92) ดังนี้

1. การลอกเลียนแบบ (Identification) คือ การโอนอ่อนผ่อนตามให้มีความรู้สึกเหมือนผู้ป่วยในขณะนั้น โดยนำตัวเราเองไปใส่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย

2. การรวมตัว (Incorporation) คือ การรวบรวมประสบการณ์ และความรู้สึกของพยาบาลเอง ในขณะที่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยพยาบาลยังเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งระยะนี้พยาบาลอาจจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้

3. ระยะการสะท้อนกลับ (Reverberation) คือ การมีปฏิกริยาตอบโต้กันระหว่างความรู้สึกของพยาบาลเอง ในสถานการณ์ของผู้ป่วย และความรู้สึกของพยาบาล เมื่อคล้อยตามความรู้สึกของผู้ป่วย ฉะนั้นในขั้นนี้ พยาบาลต้องผสมผสานความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 โดยพยาบาลยังเป็นตัวของตัวเองอยู่

4. การแยกตนเองออกมา (Detachment) เป็นระยะสุดท้าย คือ พยาบาลจะแยกตัวเองออกมาจากเหตุการณ์ผู้ป่วย

<u>ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดความร่วมรู้สึก</u>

ความสามารถในการสร้างความร่วมรู้สึกในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน และระยะเวลาในการเกิดความร่วมรู้สึกก็แตกต่างกัน เนื่องจากคนมีพื้นฐานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพทาง เศรษฐกิจ และสังคม ของผู้สร้างความร่วมรู้สึก (Empathizer) คือ ตัวพยาบาลเอง และ ผู้ร่วมสร้างความร่วมรู้สึก คือ ผู้ป่วยนั่นเอง ยิ่งกว่านั้นยังขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ฉะนั้น พอสรุปองค์ประกอบที่มีผลต่อการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกได้ ดังนี้

1. พยาบาล หรือผู้สร้างความร่วมรู้สึกเอง (Empathizer)

เมื่อพิจารณาด้านพยาบาล พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาการ เกิดความร่วมรู้สึก ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ และบุคลิกภาพ ซึ่งถือเป็นลักษณะทาง กายภาพของบุคคล (Demographic Characteristics) ดังนี้

1.1 เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคมระหว่างบุคคล และเป็นสิ่งที่ ธรรมชาติกำหนดมาตั้งแต่กำเนิด เพื่อแยกความแตกต่างของมนุษย์ แต่เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่าง ระหว่างบทบาททางสังคม ระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงแล้วจะเห็นว่า ธรรมชาติไม่ได้เป็นฝ่ายกำหนดขึ้น มาเป็นกฎเกณฑ์ แต่วัฒนธรรมและสังคมเป็นฝ่ายกำหนดความแตกต่างของบทบาททางสังคม ทำให้ ผู้ชาย และผู้หญิง มีการเรียนรู้ และมีแนวคิดแตกต่างกัน (Schaffer 1981: 1-35) เช่น ผู้ชายจะไม่คิดเล็กคิดน้อย ในเรื่องหยุมหยิมแบบเพศหญิง และผู้หญิงจะไม่คิดจริงจังเกินไปนักในเรื่อง บางเรื่อง ดังนั้นการที่จะเอาตัวเองเข้าไปอยู่ในโลกของบุคคลอื่นย่อมแตกต่างกัน ซึ่ง แมคโดนัลด์ (Macdonald 1977: 998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับความร่วมรู้สึก (Level of Empathy) ระหว่างนักศึกษาพยาบาลชาย และนักศึกษาพยาบาลหญิง โดยใช้แบบสำรวจความร่วมรู้สึกด้วยตน เองของ ฮอแกน (Hogan's Self-report Empathy Scale) ผลปรากฏว่า ระดับความร่วม รู้สึก (Level of Empathy) ในศึกษาพยาบาลชายสูงกว่านักศึกษาพยาบาลหญิงเล็กน้อย

1.2 อายุ เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่บอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล เช่น ด้านความ คิด อารมณ์ สังคม เป็นต้น ซึ่ง เปลื้อง ณ นคร (2495: 71) กล่าวว่า บุคคลที่จะเข้าใจ ในความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ดีนั้น จะต้องมีความคิดเป็นผู้ใหญ่ (Mental Maturity) นั่นคือ มีวุฒิภาวะสูงนั่นเอง จึงจะสามารถหยั่งรู้ความทุกข์หรือความรู้สึกของคนอื่นที่กำลังประสบอยู่ได้ ฉะนั้น จะเห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมรู้สึก ดังนั้น พยาบาลที่มีอายุมากขึ้น ย่อมมีวุฒิ ภาวะสูงขึ้น เนื่องจากบุคคลในแต่ละช่วงอายุจะผ่านประสบการณ์ ความรู้สึกด้านต่าง ๆ มากมาย เช่น ความรู้สึกเสียใจ ความเจ็บปวด บางคนก็ผ่านการสูญเสีย เป็นต้น ซึ่ง เดราด

(Zderad 1969: 661) กล่าวว่า ยิ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมาก และหลายด้านเท่าไร จะทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้นเท่านั้น และมองชีวิตกว้างไกล ครอบคลุม และลึกซึ้ง ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความร่วมรู้สึก

1.3 ประสบการณ์ บุคคลที่มีประสบการณ์การทำงานกับคนหลายประเภทจะทำให้มองชีวิตได้อย่างกว้างไกล ลึกซึ้ง และมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้นด้วย (จินตนา ญาติบรรทุง 2529: 21) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เดราด (Zderad 1969: 661) ว่าคนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกมาก จะมีวุฒิภาวะสูงขึ้น จะมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความร่วมรู้สึก ฉะนั้นประสบการณ์ในการทำงานจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึก

1.4 บุคลิกภาพ (Personality) เป็นการผสมผสานของลักษณะต่าง ๆ อันได้แก่ ความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ความถนัดตามธรรมชาติ สภาพทางอารมณ์ ด้านสรีรวิทยาและรูปร่างภายนอกรวมถึงพฤติกรรมการตอบสนอง และเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอันเป็นผลรวมจากการที่บุคคลรับรู้ คิด และแสดงออกมาให้เป็นหน่วยเดียวกัน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลนั้น ๆ (Guildford 1959: 7) ซึ่ง เดราด (Zderad 1969: 661) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึก คือ บุคลิกภาพที่สมบูรณ์ของผู้สร้างความร่วมรู้สึก และ โรเจอร์ (Rogers 1951: 58) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีบุคลิกภาพ และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ที่มีการยอมรับตนเอง และมีความเข้าใจตนเองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง นั่นคือ การรู้จักตนเอง ทั้งนี้เพราะบุคลิกภาพของมนุษย์ขึ้นอยู่กับอัตมโนทัศน์ของตนเอง ถ้าตนเองมีมโนทัศน์เช่นไรก็จะแสดงบุคลิกเช่นนั้นออกมา (โรเจอร์ อ้างใน สมศรี เชื้อหิรัญ 2524: 12) ทั้งนี้เนื่องจากว่า อัตมโนทัศน์เป็นลักษณะสำคัญที่ถือว่าเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพ หรือเป็นศูนย์กลางกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ความรู้สึก ความเข้าใจ การยอมรับ และการประเมิน ซึ่งเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ ลาซารัส (Lazarus 1963: 61) ว่า อัตมโนทัศน์ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล และทำให้บุคคลเข้าใจตนเอง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมไปตามที่ตนเป็น นอกจากนี้ ค่านิยมยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสิ่งหนึ่งในด้านจิตวิทยาของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก ค่านิยมเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เป็นตัวกำหนด ตัวตัดสิน ชี้นำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือไม่ถูกต้องก็ได้ (เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ 2529: 9) ดัง รัชช์ (Ruch 1948: 149) ได้กล่าว

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกี่ยวกับค่านิยมไว้ว่า ค่านิยมที่บุคคลยึดถืออยู่จะเป็นแรงจูงใจอันสำคัญที่มีต่อจุดมุ่งหมายในชีวิตของบุคคล เพราะว่าจุดมุ่งหมายใดของชีวิตได้มาแล้วคุ้มค่า ก็กล่าวได้ว่า จุดมุ่งหมายนั้นมีค่านิยมในระดับสูง จุดมุ่งหมายใดที่ได้มาจะไม่คุ้มค่าจุดมุ่งหมายนั้นก็มีค่านิยมน้อย และสิ่งใดที่คนเราพยายามหลีกเลี่ยง แสดงว่าบุคคลนั้นมีค่านิยมที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ ถือว่ามีค่านิยมในทางลบ จากแนวคิดดังกล่าว จะเห็นว่า ค่านิยมจะเป็นหลักการต่าง ๆ ที่บุคคลยึดถือในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นแสดงออกมา แต่ละบุคคลอาจให้ค่านิยมในแต่ละเรื่องแตกต่างกันไป และ วูดรัฟฟ์ (Woodruff 1958: 97) กล่าวถึงบทบาทของค่านิยมในพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ว่า บุคลิกภาพจะพัฒนาขึ้นมาได้ต้องอาศัยคุณค่าจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม อย่างไรก็ตามค่านิยมทั้งหมดที่แต่ละบุคคลยึดถืออยู่ ยังคงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Egocentric) คือค่านิยมเหล่านั้นเกิดจากการที่แต่ละบุคคลรู้สึกว่า มีความหมาย หรือมีความสำคัญสำหรับตน ฉะนั้น ค่านิยมจึงเป็นสิ่งที่กำหนดความเชื่อ ความปรารถนา การมองโลกของบุคคล และเป็นพื้นฐานของความคิด ตลอดจนการกระทำ

ฉะนั้นจะเห็นว่าอัตมโนทัศน์ และค่านิยม ต่างก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลิกภาพ และเป็นตัวแปรที่สำคัญของการพัฒนาการ เกิดความร่วมรู้สึก ดังนี้

1.4.1 อัตมโนทัศน์ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม และทำให้บุคคลเข้าใจตนเองดีขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นหน่วยรวมของความคิดที่มีระบบ ประกอบด้วยการรับรู้ลักษณะของสิ่งที่เป็น "ตัวเอง" และการรับรู้ความสัมพันธ์ที่ "ตัวเอง" มีกับผู้อื่นและสิ่งอื่น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งในขณะรู้ตัว และไม่รู้ตัว จึงเป็นรายละเอียดของเนื้อหาที่บุคคลใช้เพื่อชี้บอกธรรมชาติของตนเองและใช้ในการเปรียบเทียบกับผู้อื่น โดยอาศัยประสบการณ์ของการปะทะสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลรอบ ๆ ข้างว่าตนเองสามารถทำอะไรได้บ้าง อัตมโนทัศน์จึงเป็นเรื่องของความคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ซึ่งอาจไม่ตรงกับที่เป็นจริง แต่เป็นเสมือนข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับตนเองที่จะเป็นไปได้ และรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับรูปแบบของพฤติกรรมตามปกติของตน สิ่งเหล่านี้ไม่มีลักษณะคงที่แน่นอน สามารถเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ต่าง ๆ (Calhoun and Morse 1977: 319; Rogers 1959: 200)

การที่พยาบาล หรือผู้สร้างความร่วมรู้สึกจำเป็นจะต้องมีความเข้าใจตนเองก็เนื่องจากว่า การเข้าใจตนเองจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น (นงคราญ ฝาสุข 2528: 21) ทั้งนี้เพราะ ถ้าพยาบาลพยายามทำความเข้าใจตนเอง แล้วจะกลับมาค้นหาสาเหตุว่า

"ทำไม" เราจึงแสดงพฤติกรรมโต้ตอบแบบนั้นออกมา ทำแล้วคนที่เรากระทำโต้ตอบรู้สึกอย่างไร หรือผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น แสดงแล้วเรารู้สึกอย่างไร ถ้าเราพยายามถามตัวเองตลอดเวลา ก็จะทำให้เราเข้าใจคนอื่นมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว พอจะกล่าวได้ว่า ยิ่งพยาบาลมีความเข้าใจในตนเองมากเท่าไร ก็จะสามารถเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ดียิ่งขึ้นเพียงนั้น โดยผ่านประสบการณ์ของตนเอง และยังแสดงให้เห็นว่ามีอัตมโนทัศน์สูง วิคกิน และ เรนเนอร์ (Wiggins and Renner 1971: 411) กล่าวว่า ผู้ที่มีอัตมโนทัศน์สูงจะใช้ตนเองเป็นเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ตามความมุ่งหมายของตน ตรงข้ามกับผู้ที่มีอัตมโนทัศน์ต่ำ มักจะประสบความล้มเหลวอยู่เสมอ ฉะนั้น เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความร่วมรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยนั้น ความร่วมรู้สึกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นความสามารถของพยาบาลในการที่จะพยายามเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยว่าขณะนั้นเขามีความคิด ความรู้สึกอย่างไร และผู้ป่วยมองตัวเองอย่างไร โดยพยาบาลต้องเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง เป็นบุคคลที่มีความยืดหยุ่น รู้จักผ่อนปรน ดัง เดราด (Zderad 1969: 661) กล่าวว่า ลักษณะบุคลิกภาพของผู้สร้างความร่วมรู้สึกที่เป็นธรรมชาติ และมีลักษณะเป็นคนยืดหยุ่น รู้จักผ่อนปรน ไม่มีความกดดันทางอารมณ์และวิตกกังวล จะช่วยส่งเสริมในการพัฒนาความร่วมรู้สึก เพราะถ้าพยาบาลมีความวิตกกังวล และมีความกดดันทางอารมณ์มากจะทำให้ขาดความเห็นใจในบุคคลอื่น และถ้าไม่มีความยืดหยุ่น หรือผ่อนปรน จะทำให้การพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกมีขีดจำกัด นอกจากนี้ คาลิช (Kalisch 1973: 1548) ยังกล่าวว่า ความร่วมรู้สึก เป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้นพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดี ย่อมสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเอื้ออำนวยในการพัฒนาการเกิดความรู้สึกได้ดียิ่งขึ้น จากเหตุผลดังกล่าว จึงแบ่งอัตมโนทัศน์ของพยาบาลที่มีผลต่อการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยออกเป็น 3 ด้าน ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers quoted in Linzey and Hall 1965: 429) ดังนี้

ด้านที่ 1 คุณค่าตนเองด้านการศึกษา (Academic value) คือความรู้สึกต่อตนเองในด้าน สติปัญญา ความรู้ และความสามารถในการทำงาน

ด้านที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) คือ ความรู้สึกต่อตนเองในด้านที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนอื่น และความสามารถในการคบเพื่อน ฯลฯ

ด้านที่ 3 การปรับตัวทางอารมณ์ (Emotional Adjustment) ได้แก่ ความรู้สึกต่อตนเองด้านความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ความสุข และความเครียด เป็นต้น

1.4.2 ค่านิยม หมายถึงการที่บุคคลให้ความสำคัญกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เราสามารถประเมินค่านิยมของคนได้โดยการสังเกตการเลือกกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ต่าง ๆ การเลือกที่แสดงค่านิยมมีลักษณะแตกต่างจากการเลือกที่แสดงความชอบและความสนใจการเลือกที่แสดงถึงค่านิยมมักจะออกมาในรูปแบบการเลือกกระทำบางอย่าง เพื่อผลบางอย่างทั้ง ๆ ที่บางครั้งต้องสูญเสียผลอย่างอื่นบางอย่าง ค่านิยมจะแตกต่างจากเจตคติและความเชื่อ เพราะค่านิยมไม่ได้เกี่ยวข้องกับ สิ่งของ บุคคล แต่ค่านิยมจะสัมพันธ์กับทุกสิ่งโดยทั่วไป และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ นอกจากนั้น ค่านิยมยังเป็นมาตรฐานในการตัดสินใจว่าสิ่งใดเลว หรือดีใช้ในการตัดสินพฤติกรรมของแต่ละบุคคลด้วย ค่านิยมจะเหมือนเจตคติ และความเชื่อในแง่ สามารถเรียนรู้ได้จากบุคคลอื่นในสังคม บุคคลที่อยู่ในระบบสังคมที่มีวัฒนธรรมและงานอาชีพคล้ายคลึงกันจะมีค่านิยมและความเชื่อคล้ายคลึงกันด้วย ดังนั้นลักษณะของระบบสังคมจะเป็นสิ่งจำกัดทางเลือกในการยึดถือค่านิยมแต่ละคน เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมกับความร่วมรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย เดราด (Zderad 1969: 662) กล่าวว่าการที่จะพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกให้สูงขึ้นนั้น พยาบาลจะต้องตระหนักในความเป็นมนุษย์ ทั้งของตนเอง และผู้ป่วย คือต้องให้ความสำคัญในความเป็น "บุคคล" ของผู้ป่วยนั่นเอง

ปัจจุบันจุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ใช่การรักษาแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นการส่งเสริมผลสำเร็จการรักษา และจรรโลงไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ โดยมุ่งให้การพยาบาล "คนทั้งคน" ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม โดยถือว่าสิ่งเหล่านี้แยกจากกันมิได้ และให้ความสำคัญต่อการบริการผู้ป่วยโดยตรงเป็นรายบุคคล มิใช่ตามภารกิจ ดังนั้น วิชาชีพพยาบาลจึงดำเนินควบคู่ไปกับการให้บริการเสมอ เนื่องจากค่านิยมทางวิชาชีพเป็นความเชื่ออย่างแท้จริงที่บุคคลในวิชาชีพยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อวิชาชีพ ส่วนค่านิยมทางบริการเป็นความเชื่ออย่างแท้จริงที่บุคคลยึดถือเป็นแนวทางในการให้บริการต่อบุคคลอื่น (Corwin quoted in Kramer 1968: 117) ฉะนั้นจะเห็นว่า ค่านิยมทางวิชาชีพ และค่านิยมทางบริการจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกของ

พยาบาลวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วยให้สูงขึ้น

2. ความแตกต่างระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของพยาบาลกับผู้ป่วย

เดราด (Zderad 1969: 661) กล่าวว่า ถ้าผู้ช่วยเหลือและผู้ขอความช่วยเหลือมีความละม้ายคล้ายกัน หรือมีความใกล้เคียงกัน เกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ประสบการณ์ในด้านความรู้สึก จะช่วยส่งเสริมในการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึก ซึ่งแม้ว่า ความรู้สึก จะมีความสำคัญทางการพยาบาล แต่ก็มักจะประสบความลำบากในการสร้างความร่วมรู้สึก เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างผู้สร้างความร่วมรู้สึก กับผู้ร่วมสร้างความรู้สึกเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว (จำเนียร ช่วงโชติ 2521: 96) ดังนี้

2.1 อายุ ดังได้กล่าวแล้วว่า อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคลในด้านความคิด อารมณ์ สังคม เป็นต้น ฉะนั้น ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยมีอายุแตกต่างกันมาก จะทำให้การมองโลก มองปัญหา และมีแนวความคิดแตกต่างกันมาก จะทำให้ขาดความสามารถที่จะเอาตัวเองเข้าไปอยู่ในโลกของกันและกัน คือ พยาบาลอาจจะมองความรู้สึกนึกคิด และการมองโลก มองปัญหาของผู้ป่วยผิดพลาดได้ ถ้ายังมีประสบการณ์ไม่มากพอ

2.2 เพศ เพศเป็นตัวกำหนดบทบาททางสังคม ฉะนั้นการเรียนรู้และแนวความคิดของเพศหญิงและชายจะแตกต่างกัน ทำให้การมองโลก มองปัญหา แตกต่างกันด้วย ดังนั้น พยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นหญิง เป็นผู้ช่วยเหลือ และหากต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งเป็นเพศชาย บางครั้งพยาบาลอาจขาดความสามารถที่จะเข้าไปอยู่ในโลกของผู้ป่วยชายได้ และอาจจะมองโลกของผู้ป่วยผิดพลาดไปได้ว่า เขาคิดและรู้สึกอย่างไร

2.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มนุษย์ที่อาศัยอยู่ในชุมชน สถานที่เดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน และถ้าอยู่รวมกันเป็นเวลานานมักจะมี ทัศนคติในการดำรงชีวิตคล้าย ๆ กัน ไม่ว่าจะโดยกลไก ทางชีวภาพ หรือทางสังคมก็แล้วแต่ เพราะจะถูกอบรมเลี้ยงดูในกรอบของวัฒนธรรมเดียวกัน ฉะนั้น ถ้าพยาบาลกับผู้ป่วยมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันมาก จะมีผลทำให้ทัศนคติความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกัน และเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลย่อมมีผลทำให้การมองโลกแตกต่างกัน ฉะนั้น พยาบาลอาจจะมองโลกหรือความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ผิดพลาดไปได้

2.4 ประสบการณ์ความรู้สึก (Feeling Experience) เปลื้อง ณ นคร กล่าวว่า บุคคลที่เคยผ่าน หรือเคยประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ มากับตนเองบ้างแล้ว เช่น เคยปวดฟัน เคยอดอยาก เคยสูญเสีย เป็นต้น จะทำให้เข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่น ซึ่งกำลังประสบกับสภาวะที่ตนเองเคยประสบได้เป็นอย่างดี โดยอาศัยการผ่านประสบการณ์ตนเอง ฉะนั้น ถ้าพยาบาลไม่เคยผ่านประสบการณ์ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ยากในการที่เข้าถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย จะมีก็เพียงผิวเผินเท่านั้น

ปัจจัยทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาข้างต้น เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างผู้สร้างความร่วมรู้สึกกับผู้ร่วมสร้างความร่วมรู้สึก คือ พยาบาลกับผู้ป่วยนั้น มีผลทำให้การพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกมีขีดจำกัด

3. สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Environment)

เดราด (Zderad 1969: 661) กล่าวว่า ปัจจัยใด ๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดภาวะกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และทำให้ความสนใจในบุคคลอื่นลดลง จะทำให้การพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกมีขีดจำกัด

งานพยาบาลเป็นงานที่หนัก เหนื่อยทั้งกายและใจ เนื่องจากเป็นงานที่ต้องทำเกี่ยวกับชีวิตของมนุษย์ ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลอย่างมาก ต้องมีความอดทนเสียสละ และต้องสนองความคาดหวังของสังคมต่อวิชาชีพพยาบาลที่ต้องการให้พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างดี และนอกจากนี้ พยาบาลยังเป็นตัวกลางที่ต้องให้ความร่วมมือ และประสานงานกับบุลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นความต้องการจากสังคมรอบข้างพยาบาล ถ้าพยาบาลไม่สามารถแสดงบทบาทดังกล่าวได้เหมาะสม จะทำให้พยาบาลมีความคับข้องใจ วิตกกังวล มีความเครียดสูง โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่ต้องเผชิญกับความกดดัน ความคับข้องใจสูง เช่น ในสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตอยู่เสมอ และต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน อยู่ระหว่างความเป็น และความตาย ต้องการการตัดสินใจอย่างรีบด่วน เช่นในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Levenstein 1985: 44) นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของหน่วยงาน เช่น อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ในการทำงานไม่เพียงพอ และจำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย เช่น ขาดงานบ่อย โอนย้าย หรือลาออก ทำให้ต้องมีพยาบาลเสริม ถ้าหากพยาบาลต้องทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมง เป็นต้นว่า 10-20 ชั่วโมง และต่อเนื่องกันหลายวันเกิน 4-5

วันต่อสัปดาห์ จะทำให้พยาบาลเกิดความเครียดได้ (Shubin 1978: 23) ซึ่งจะมีผลทำให้ไปสะกัดกั้นการพัฒนาการเกิดความร่วมรู้สึกได้ ฉะนั้น สำหรับวิชาชีพพยาบาลแล้ว ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ภาระงานที่รับผิดชอบโดยรวมทั้งสภาพแวดล้อมของหน่วยงานด้วย เช่น อุปกรณ์เครื่องใช้ และความเหมาะสมของจำนวนบุคลากรกับจำนวนผู้ป่วย

<u>พฤติกรรมการแสดงออกของความร่วมรู้สึก</u>

ในหนังสือชื่อ "Between Parent and Child" จิโนท์ (Ginott 1965: 22-23) ได้กล่าวถึง แนวทางความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดา และบุตรไว้ น่าสนใจมาก ตัวอย่างดังนี้ เมื่อบุตรบอกบิดา-มารดาว่า "ครูตีก้นผม" บิดา-มารดา ไม่จำเป็นต้องถามรายละเอียด และไม่ควรพูดว่า "ลูกไปทำอะไรจึงโดนตี" หรือ "พ่อ-แม่เสียใจมาก" แต่บิดา-มารดาควรจะแสดงให้บุตรเข้าใจในความรู้สึกเจ็บปวด อับอาย อยากแก้แค้น การที่บิดา-มารดาจะเข้าใจถึงความรู้สึกดังกล่าวนั้น จะต้องมองตัวเขาและนึกถึงประสบการณ์ที่ตนเคยได้รับ ซึ่งทำให้เขาทราบว่า เขารู้สึกอย่างไร เมื่อถูกตีในที่ชุมชนต่อหน้าเพื่อน ๆ และอาจพูดว่า "ลูกคงอับอายมาก" หรือ "ตอนนั้นลูกคงเกลียดครูมาก" หากบิดา-มารดาประเมินการกระทำหรือถามถึงสาเหตุความรุนแรงของความรู้สึกของบุตรจะไม่หมดไป แต่ความรู้สึกนั้นจะทุเลาลง ถ้าผู้ฟังยอมรับด้วยความเห็นใจ

จากตัวอย่างดังกล่าว จะเห็นว่าสามารถใช้เป็นตัวอย่างของการแสดงออกของความร่วมรู้สึก ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมที่สุด และพอจะประเมินได้ว่า พฤติกรรมการแสดงออกหรือการสื่อความร่วมรู้สึกที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ และให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยนั้น ต้องแสดงออกควบคู่กัน ทั้งทางวาจา (Verbal) และมิใช่วาจา (Non-verbal) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเจอร์ (Rogers 1951: 60) ซึ่งเชื่อว่า การสื่อสารด้วยวาจาและเสียงเป็นเรื่องที่สำคัญในกระบวนการของความร่วมรู้สึก โดยพฤติกรรมที่มิใช่วาจา จะเป็นตัวเสริมแรงการรับรู้ที่แสดงออกทางวาจาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในจิตใจ

จากการศึกษาของ แมนซ์ฟิลด์ (Mansfield 1973: 528-529) เกี่ยวกับพฤติกรรมทางวาจาและมิใช่วาจา ซึ่งจะเอื้ออำนวยในการสื่อความร่วมรู้สึก พบว่า พฤติกรรมที่เอื้ออำนวยในการสื่อความร่วมรู้สึก ได้แก่ พฤติกรรมทางวาจา ส่วนพฤติกรรมมิใช่วาจา ได้แก่ ภาษาท่าทาง เช่น การโน้มตัวไปข้างหน้าเวลาพูดกับผู้ป่วย การแสดงออกทางสีหน้า การประสานสายตา

น้ำเสียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาร์ด และเทปเปอร์ (Haase and Tepper 1972: 417-423) ในการสื่อความร่วมรู้สึกของพฤติกรรม มิใช่วาจา พบว่าส่วนประกอบของพฤติกรรมที่มิใช่วาจาในการสื่อความร่วมรู้สึก ประกอบด้วย การประสานสายตา การโน้มตัวไปข้างหน้า และระยะห่าง

ฉะนั้น สรุปได้ว่า ความร่วมรู้สึก สามารถแสดงออกได้ด้วยวิธีการ 2 ประการดังนี้

1. พฤติกรรมการแสดงออกที่มิใช่วาจา (Non-Verbal Behavior)
2. การแสดงออกทางวาจาหรือคำพูด (Verbal Expression)

1. พฤติกรรมการแสดงออกที่มิใช่วาจา

ส่วนประกอบของพฤติกรรมที่มิใช่วาจา ที่จะช่วยเอื้ออำนวยในการสื่อความร่วมรู้สึก อันเป็นการสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลมีความเข้าอกเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น ได้แก่

1.1 การแสดงออกทางสีหน้า (Facial Expression) เป็นภาษาท่าทางที่สำคัญที่สุด นักมนุษยวิทยาเชื่อว่า การแสดงออกทางสีหน้าเป็นผลของปฏิกริยาตามธรรมชาติของกล้ามเนื้อเส้นประสาทของใบหน้า และการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งจะควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ ลักษณะพื้นฐานของการแสดงออกทางใบหน้า มี 6 ลักษณะคือ รังเกียจ ประหลาดใจ มีความสุข โกรธ เสียใจ และ กลัว (Munn 1980: 89-93) การแสดงออกทางสีหน้า จะบ่งบอกถึงว่าพยาบาลมีความตั้งใจฟัง และสนใจในความรู้สึกของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น ซึ่งการแสดงออกทางสีหน้าจะใช้ประกอบขณะที่ฟัง และมีการตอบสนองทางวาจา (Mansfield 1973: 528) ซึ่งการแสดงออกทางสีหน้า อันจะเป็นการช่วยสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลมีความเข้าใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะแสดงออกด้วยวิธีการ 3 ทาง คือ (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 51-56)

1.1.1 การประสานสายตา (Eye Contact) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสนใจอย่างจริงจังในตัวอีกฝ่าย ซึ่งการจะเขียนถึงอิทธิพลของดวงตาในการสื่อความถึงความเอาใจใส่ (Caring) และความเข้าใจนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ค่อนข้างยาก แต่ถ้าท่านลองทบทวนถึงประสบการณ์ของท่านเองเมื่อมีคนมองท่านอย่างตั้งใจแล้ว ก็พอจะทราบได้ว่า บางครั้ง การใช้สายตาของผู้อื่นก็อาจมีลักษณะบางอย่างที่ต้องการดึงความสนใจของท่านเอาไว้ บางครั้ง ก็อาจสื่อความออกมาใน

ทำนองว่า "มองที่ฉันสิ ฉันได้ยินคุณ ฉันเข้าใจ" และท่านก็มีความรู้สึกว่า เขาแคร์ท่านอย่างแท้จริง ว่ากำลังมีความรู้สึกอย่างไร

1.1.2 การพยักหน้า (Head Nods) การพยักหน้าสามารถบอกได้ว่า กำลังตั้งใจฟัง และเข้าใจในสิ่งที่เขาพูด หรือให้การยอมรับ แต่ถ้าพยักหน้ามากเกินไปก็อาจทำให้ไขว้เขวได้ การใช้เป็นบางครั้งบางคราวควบคู่ไปกับการประสานสายตา จะช่วยให้กำลังใจและนับสนุนผู้ป่วยเป็นอย่างดี

1.1.3 ความมีชีวิตชีวาในการแสดงสีหน้าในลักษณะต่าง ๆ (Animation) เช่น การยิ้ม การขมวดคิ้ว การไม่แสดงยินดียินร้าย ฯลฯ การแสดงความมีชีวิตชีวาในการแสดงออกทางสีหน้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าพยาบาลมีความตื่นตัว กระตือรือร้น และตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจกล่าวได้ว่า การแสดงออกทางสีหน้า เสมือนกระจกเงาของความรู้สึกของผู้ป่วย เพราะจะสามารถสะท้อนให้เห็นชนิด และความหนักเบา หรือความมากน้อยของผู้ป่วยที่แสดงออกมา การไม่แสดงออกทางสีหน้าเลย จะเป็นการบ่งบอกถึงการขาดความสนใจ แต่ถ้าแสดงมากเกินไปจนกระทั่งผิดธรรมดาก็ไม่เหมาะสมเช่นกัน

1.2 ระยะทางและท่าทาง (Distance and Posture) ฮอล (Hall quoted in Munn 1980: 91) เชื่อว่า ระยะทางหรือช่วงห่างระหว่างบุคคล (The Use of Space) เป็นวิธีการสื่อสารอันหนึ่ง ช่วงระยะที่บุคคลหนึ่งยืนหรือนั่งห่างจากบุคคลหนึ่ง ในระยะที่ติดต่อสื่อสื่อสารกัน จะบอกให้ทราบถึงสัมพันธภาพของบุคคลทั้ง 2 ฝ่ายด้วย ดังนั้น ตำแหน่งที่พยาบาลยืน หรือสภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะบอกได้แน่ชัดถึงความรู้สึกหรือสัมพันธภาพที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย การที่พยาบาลยืนหรือนั่ง และโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยอยู่หน้าผู้ป่วยในระยะพอสมควร จะแสดงถึงความไว้วางใจ ความอบอุ่น และการยอมรับในพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ ฮาร์ด (Haase 1972: 419) ก็พบว่า วิธีการสื่อแบบไม่ใช้วาจาวิธีนี้พบมากในบุคคลที่มีระดับความร่วมรู้สึกสูง

1.3 น้ำเสียง (Tone of Voice) น้ำเสียงจะบอกถึงความหมายที่แตกต่างกัน น้ำเสียงที่สูงต่ำ เน้นหนัก เบา การทอดเสียง และจังหวะในการพูด จะช่วยบอกถึงสภาวะอารมณ์ว่ากำลังโกรธ พอใจ สนใจ หรือคับข้องใจ เป็นต้น น้ำเสียงจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการแสดงออกถึงความรู้สึกที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย เพราะสามารถที่จะบ่งบอกได้ถึงความรู้สึกของ

พยาบาลว่า สามารถ เข้าใจผู้ป่วยได้มากน้อย เพียงใด ฉะนั้น น้ำ เสียงที่แสดงความรู้สึก (Feeling Tone) ของพยาบาลต้อง เป็นระดับ เดียวกับผู้ป่วย กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโกรธ น้ำ เสียงของพยาบาลก็จะ เป็น เสียงโกรธในทำนอง เดียวกัน ถ้าผู้ป่วย เศร้า (Sadness) น้ำ เสียงของพยาบาลก็จะทำให้ เศร้า แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลร่วมความรู้สึกนั้นกับผู้ป่วย เพียงแต่ยืมความรู้สึกมา เท่านั้น ในขั้นแรก เป็นการยากที่พยาบาลจะทำให้น้ำ เสียง และความรู้สึก เหมือนผู้ป่วย เพราะอาจ เป็นการ เสแสร้าง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้ามีการฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ ก็จะสามารถทำได้ และเป็นธรรมชาติยิ่งขึ้น (Kalisch 1973: 1549)

2. การแสดงออกทางวาจา (Verbal Expression)

การสื่อทางวาจา หรือคำพูด จะประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนเนื้อหา (content) และความรู้สึก (affect) (พรรณราย ทรัพยะประภา 2525: 47) ฉะนั้น การแสดงออกของความร่วมรู้สึก (Empathy) ทางวาจานั้นจะต้องอาศัยทักษะการสะท้อนกลับ (Reflecting) ซึ่ง เป็นทักษะที่แสดงออกให้ผู้ป่วยได้ทราบว่า พยาบาลไม่ เพียงแต่ได้ยินสิ่งที่ เขาพูด เท่านั้น แต่ยัง เข้าใจสิ่งที่อยู่ภายในใจของ เขาด้วย การสะท้อนกลับอาจจะ เน้นในด้าน เนื้อหาของคำพูด หรือความรู้สึกของ เขาก็ได้ เป็นการนำ เอาสิ่งที่อยู่ในใจของ เขาออกมาตีแผ่ด้วยคำพูดที่ชัด เจนอัน เปรียบ เสมือนกระจกเงาที่สะท้อนให้ เห็นตัวของ เขา เอง การสะท้อนความรู้สึก เป็นทักษะที่มีประโยชน์มาก เพราะ เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลสามารถก้าวไปสู่โลกภายในของผู้ป่วยได้ และช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกในสิ่งที่ เขาอาจจะไม่ เผยออกมาในสถานการณ์อื่น ๆ การสะท้อนกลับความรู้สึก มี 3 ด้านคือ ด้านความรู้สึก ประสบการณ์ และ เนื้อหาสาระของปัญหา (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 240-243) ดังนี้

การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการแสดงออกด้วยคำพูดถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นการดึง เอาความรู้สึกที่แสดงออกมาอย่างคลุม เครือให้กระจ่างชัด เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ เข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของ เขา

ตัวอย่างการสะท้อนความรู้สึก

: ดูเหมือนราวกับว่า คุณท้อใจ เกี่ยวกับการบำบัดรักษาทางกาย ซึ่งถ้าพยาบาล เพียงพูดว่า "ฉันรู้ว่าคุณรู้สึกอย่างไร" ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่า พยาบาล เข้าใจในความรู้สึกที่แท้จริงของ เขาถูกต้อง หรือไม่

การสะท้อนประสบการณ์ (Reflecting Experience) เป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การสะท้อนความรู้สึก ที่กล่าวออกมาเป็นวาจา โดยพยาบาลอ่านจากภาษากาย (Body Language) ของผู้ป่วยที่สื่อออกมา และแสดงออกถึงความรู้สึกในลักษณะต่าง ๆ เช่น การพูดเร็ว หน้าแดง การถอนหายใจ เปลี่ยนอิริยาบถ ฯลฯ

ตัวอย่าง

: "คุณยิ้ม" (อธิบายพฤติกรรม) ก็จริงแต่ดิฉันว่าคุณรู้สึกเจ็บปวดอยู่ภายใน (สะท้อนความรู้สึก)

การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Content) เป็นการสะท้อนความคิด หรือความเห็นที่สำคัญ โดยใช้ภาษาง่าย ๆ บางครั้งก็เป็นการกล่าวซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยพูดออกมา หรือช่วยเน้นคำที่สำคัญ ให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากเขาพูดไม่ถูก หรือไม่รู้จะใช้คำพูดว่าอย่างไร

ตัวอย่าง

ก. "คำพูดของเธอตัดรอนผมทั้งหมดเลย"

ข. "มันเจ็บปวดมากจริง ๆ"

การสะท้อนกลับความรู้สึกดังกล่าว ทั้งสามประการ มักจะใช้ควบคู่กันไปเสมอ เพราะในทางปฏิบัติจริง ๆ มักจะมีแนวโน้มที่จะรวมกันเองอยู่แล้ว พยายามให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด นั่นคือ เนื้อหา ถ้าสนใจว่าเขาพูดอะไร หรือวิธีการที่เขาพูดนั้น ก็คือ ความรู้สึก ในการสะท้อนกลับความรู้สึกนั้น จะต้องมีความเข้าใจในความรู้สึก และอารมณ์ที่แท้จริงในขณะนั้น มิใช่ทำแบบท่องจำ หรือแบบนกแก้วนกขุนทอง เพราะถ้าการสะท้อนไม่ถ่ายทอดความเข้าใจในผู้ป่วย ก็จะไม่มีประโยชน์ ดังที่ ชเลียน (Shlien 1961: 302) ได้อธิบายถึง ความสำคัญของการสื่อสาร (Communication) ว่าคนอื่นอาจตีความ แนะนำ หรือสนับสนุน ในสิ่งที่เราสะท้อนออกไปได้

นอกจากนี้ การสะท้อนกลับความรู้สึก (Refections of feelings) ไม่ควรทำแบบแถลงการ เพราะจะเป็นการชี้ให้เห็นว่า พยาบาลกำลังจะบอกผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยคิด และรู้สึกอย่างไร การสะท้อนนั้นควรเป็นแบบเงื่อนไข ผ่อนปรน และสนับสนุน และให้ผู้ป่วยสามารถแย้ง หรือรับรู้ความรู้สึกของพยาบาลได้ เพราะความรู้สึกในด้านสังคม และวัฒนธรรม

มักจะขัดขวางผู้ป่วยมิให้พูดว่า "ผิด" แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในลักษณะที่เขารู้สึกเมื่อพูดว่า "จริงด้วย คุณพูดถูกต้องแล้ว" บางครั้งผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะยอมรับความรู้สึกบางอย่าง ก็ต้องปล่อยให้ปฏิเสธไปชั่วคราว ซึ่งก็นับว่าเป็นการดี ที่จะดูว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกและมีประสบการณ์อย่างไรแน่ เช่น พยาบาลอาจใช้คำว่า "กลัว" เมื่ออธิบายความรู้สึกของผู้ป่วย แต่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยกำลังรู้สึก "กังวล" (Anxiety) หรือเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาษาหรือคำพูด ที่แสดงออกถึงการสะท้อนความรู้สึกต้องระวังการใช้อย่างหนัก ภาษาที่ใช้ควรเป็นภาษาของผู้ป่วย คือ ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับวัฒนธรรม และระดับการศึกษาของผู้ป่วย เพราะถ้าพยาบาลใช้ภาษาไม่ตรงกับภาษาผู้ป่วย เขาก็ไม่สามารถที่จะรับรู้ว่าพยาบาลเข้าใจในตัวเขาถูกต้อง และทำให้เขาไม่สามารถเข้าใจในความรู้สึกของตัวเขาเองด้วย คาเมอรอน (Cameron 1968: 769) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลที่สามารถเข้าใจในคำพูดของผู้ป่วย โดยแน่ใจว่าเขาไม่ได้เสแสร้ง และถ้าผู้ป่วยพูดอย่างเห็นด้วยว่า "คุณพูดภาษาของผม" จะสามารถใช้เป็นเครื่องชี้ให้ทราบว่า พยาบาลกำลังเข้าถึงซึ่งความเข้าอกเข้าใจในระดับบุคคลของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า การสะท้อนความรู้สึกเป็นทักษะที่มีความละเอียดอ่อน และทำได้ค่อนข้างยาก ต้องฟังอย่างลึกซึ้ง และเข้าใจลึกซึ้ง ต้องการความสามารถอย่างสูงในการจับประเด็น (Recognizing) และหาศัพท์ชี้ประเด็น (Verbalizing) (โสรีช์ โพธิ์แก้ว 2525) เนื่องจากการสะท้อนความรู้สึก สามารถจะเจาะลึกเข้าไปถึงจิตใจของผู้พูดได้ จึงอาจจะทำให้ผู้พูดเกิดความกลัวขึ้นได้ หากพยาบาลสะท้อนความรู้สึกลึก ๆ ของผู้ป่วยเร็วเกินไป ฉะนั้น การสะท้อนความรู้สึกอาจเริ่มโดยการเลียนแบบ ซึ่งอาจเป็นการเลียนแบบที่น่าเบื่อหน่าย แต่ก็เป็นการสะท้อนความเข้าใจในความร่วมรู้สึกที่ลึกซึ้ง

<u>การตอบสนองด้วยความร่วมรู้สึก</u>

การรับรู้และการตอบสนองด้วยความร่วมรู้สึกนั้น มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อเป็นการช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง เพื่อจะได้เข้าใจตนเองมากขึ้น (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 128) มีนักจิตบำบัดเรียกการสื่อความร่วมรู้สึก (Communication of Empathy) ว่าเป็นการสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จิโนท์ (Ginott 1965: 35-36) ซึ่งกล่าวถึงความร่วมรู้สึกว่าเป็นเสมือนกระจกฉายให้เห็น อารมณ์

ความรู้สึก โดยรับการสะท้อนอย่างไม่บิดเบือน และ จูราด (Jourad 1973) ได้กล่าวว่า การสื่อความร่วมรู้สึกของพยาบาลนั้น สามารถ เสริมสร้างตัวตนที่แท้จริง และการ เปิดเผยตน เอง ของผู้ป่วย โดยการยอมรับความ เข้าใจในสิ่งที่เขาแสดงออก (Jourad Cited by Kalisch 1973: 1549) ดังนั้น การตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูง จะ เป็นกุญแจสำคัญในการที่จะนำไปสู่วัตถุประสงค์นั้น

การตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูงนั้น จะต้องอาศัยความ เข้าใจอย่างแท้จริง ต่อความรู้สึกแบบต่าง ๆ ของมนุษย์ และมีประสบการณ์เพียงพอที่จะรับความรู้สึกทั้งหมดของผู้ป่วย แม้เขาจะแสดงออกเพียงบางส่วนเท่านั้น พยาบาลจะสื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า เขามีความสนใจฟัง และติดตาม เรื่องและความรู้สึกของผู้ป่วยตลอดเวลา คำพูดของพยาบาลจะ เหมาะสมกับอารมณ์ความรู้สึก และ เนื้อความที่ผู้ป่วยแสดงออกอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความรู้สึก และความ เข้าใจประสบการณ์ของตนอย่างถ่องแท้ ส่วนการตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำนั้น พยาบาลอาจแปลความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างผิด ๆ โดยอาจตีความ เอาตามความคิดของตน เอง โดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือไม่ก็มุ่งสนใจไปที่ เนื้อหามากกว่าจะคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น และอาจจะประ เมินตัวผู้ป่วย ให้คำแนะนำ หรือแสดงความรู้สึก หรือประสบการณ์ของตน เองออกมา (Truax and Carkhuff 1977: 43)

จะ เห็นว่าการตอบสนองความร่วมรู้สึก เป็นทักษะที่มีความละ เอียดอ่อน และทำได้ค่อนข้างยากในระยะแรก ฉะนั้น ต้องมีการฝึกบ่อย ๆ ข้อแนะนำในการฝึกการตอบสนองความรู้สึก มีดังนี้ (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 128-130)

1. จะต้องใจจดจ่อที่พฤติกรรมที่ เป็นคำพูด (Verbal) และที่มิใช่คำพูด (Non-Verbal) ต้องสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยมิได้แสดงออกด้วย เพื่อจะช่วยให้ เกิดความ เข้าใจอย่างถูกต้อง

2. ควรสร้างการตอบสนองด้านความ เข้าใจ และความร่วมรู้สึกด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถ เข้าใจได้มากที่สุด ซึ่งระดับ เสียง การแสดงออกด้วยลักษณะท่าทางต้องสัมพันธ์กับระดับ เสียง และสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อจะช่วยสื่อความให้ทราบถึงความ เข้าใจของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา ซึ่งก่อนหน้านั้น เขาไม่อาจจะแสดงออกมาได้

3. การตอบสนองด้วยความร่วมรู้สึก ควรเริ่มตั้งแต่ตอนเริ่มต้นของความสัมพันธ์ ถ้าพยาบาลสามารถตอบสนองความรู้สึกต่าง ๆ และเนื้อหาที่ผู้ป่วยแสดงออกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ก็จะสามารถสร้างพื้นฐานด้านความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยได้ และหลังจากนั้น ควรจะพยายามเพิ่มระดับให้สูงขึ้นไปเรื่อย ๆ

4. พยาบาลจะต้องตีความ (Interpret) การตอบสนองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองในอันดับต่อไป

<u>ระดับต่าง ๆ ของมาตรวัดความร่วมรู้สึก</u>

ความร่วมรู้สึก เป็นที่ยอมรับว่ามีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการจิตบำบัด จากแนวความคิดที่เสนอขึ้น เพื่ออธิบายกระบวนการได้นำไปสู่การศึกษาวิธีการที่จะวัดระดับความร่วมรู้สึก ทรูซ์ (Truax 1976: 177-183) ได้เริ่มสร้างมาตรเพื่อประเมินระดับความร่วมรู้สึกในปี ค.ศ. 1957 ในระยะแรกมาตรนี้มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับสมมติฐานเกี่ยวกับเงื่อนไข หรือองค์ประกอบที่สำคัญ ในการทำจิตบำบัดที่ โรเจอร์ (Rogers) เสนอในปี ค.ศ. 1957 และได้สร้างขึ้นจากการสัมมนา กับโรเจอร์ (Rogers) ในปีเดียวกัน ต่อมาพบว่าความร่วมรู้สึกมิได้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเองของผู้ขอความช่วยเหลือมากเท่ากับความร่วมรู้สึกอย่างถูกต้องเหมาะสม มาตรนี้ได้แบ่งความร่วมรู้สึกออกเป็น 9 ระดับ และพบว่ามาตรนี้ใช้ได้ทั้งในจิตบำบัดและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ต่อมา คาร์คัฟฟ์ (Carkhuff 1969: 315) ได้สร้างมาตรประเมินความร่วมรู้สึกขึ้นใหม่ ซึ่งส่วนหนึ่งได้มาจากมาตรความร่วมรู้สึกอย่างถูกต้องเหมาะสมของ ทรูซ์ (Truax) โดยคาร์คัฟฟ์ ได้นำเสกลของทรูซ์มาปรับจาก 9 ระดับ มาเป็น 5 ระดับ เพื่อที่จะลดความกำกวมและเพิ่มความเชื่อถือได้ และยังไม่ปรากฏว่ามีผู้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างมาตรความร่วมรู้สึกอย่างถูกต้อง เหมาะสม 9 ระดับของทรูซ์ และมาตรความร่วมรู้สึก 5 ระดับ ของ คาร์คัฟฟ์ จึงกล่าวได้ว่า มาตรทั้ง 2 มีความเท่าเทียมกันและอาจวิเคราะห์รวมกันไปได้

ต่อมา จอร์จ เอ็ม กาซ์ดา (George M. Gazda, 1973) นำเสกลของคาร์คัฟฟ์มาปรับ (modify) จาก 5 ระดับมาเป็น 4 ระดับ เพื่อใช้ในการฝึกครู ผู้บริหารการศึกษาและนักศึกษา (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 120) ผู้วิจัยเห็นว่ามาตรประเมินค่า 4 ระดับของกาซดา นี้น่าจะนำมาเป็นแนวในการวิเคราะห์ และฝึกนิสิตนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจาก ไม่ซับซ้อนมากเกินไป และเหมาะสำหรับที่จะใช้ฝึกกับบุคลากรทั่วไป ที่มิใช่

บุคลากรทางวิชาชีพจิตวิทยาการปรึกษาโดยตรง และเหมาะสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี (พรรณราย ทรัพยะประภา 2527: 120) ผู้วิจัยจึงได้ยึดแนวทางการประเมินความร่วมรู้สึก (Empathy Scale) 4 ระดับ ของ กาซดา ซึ่งแปลโดย พรรณราย ทรัพยะประภา (2527: 130-131) เป็นเกณฑ์ โดยผู้วิจัยปรับมาใช้กับการพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง เพื่อความเหมาะสมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ มาตรการประเมินความร่วมรู้สึก 4 ระดับ มีดังนี้

ระดับที่ 1

พยาบาลมองข้ามทั้งความรู้สึกแบบเปิดเผย เด่นชัดที่อยู่ภายนอก และความรู้สึก ที่ซ่อนเร้นภายในของผู้ป่วย พยาบาลอาจไม่สนใจ เฉยเมย มักคิดเรื่องอื่น ๆ อาจให้คำแนะนำ หรือเสนอตัวอย่างจากประสบการณ์ตนเอง แต่มิได้ตระหนักถึงความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลที่ทำงานอยู่ในระดับนี้ อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วย และทำให้เขามีส่วนร่วม หรือปรับตัวได้น้อยลงกว่าเดิม

กล่าวโดยสรุป : เป็นการตอบสนองที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูด หรือเป็นการตอบสนองที่สร้างความสะเทือนใจ (Hurtful) ให้แก่ผู้ป่วย และไม่ท้าวความถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทางคำพูด (Surface Feelings)

ระดับที่ 2

บางครั้งพยาบาลสื่อความหมาย ตระหนักที่ถูกต้องของความรู้สึกระดับตื้นของผู้ป่วย แต่บางทีก็ไม่ถูกต้องกับความรู้สึกระดับพื้นผิวนั้น พยาบาลอาจตีเนื้อหาสาระของการแสดงออกของผู้ป่วยผิดไป และมองข้ามความรู้สึก ซึ่งมิดเมือน ซ่อนเร้น จะเห็นว่าในระดับนี้ พยาบาลไม่เข้าใจความหมายทั้งหมด ซึ่งระดับนี้ ก็ยังไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้เช่นกัน เพราะความรู้สึกและอารมณ์ไม่ตรงกัน

กล่าวโดยสรุป : เป็นการตอบสนองที่สื่อความให้ทราบบ้างเพียงบางส่วนของความรู้สึกที่แสดงออกทางคำพูด (Surface Feelings) ของผู้ป่วย แต่ยังไม่ถูกต้องทีเดียวนัก

ระดับที่ 3

บ่งจุดกึ่งกลางของการสื่อสารแบบใช้ความร่วมรู้สึก ซึ่งเป็นระดับที่พยาบาลเริ่มช่วยผู้ป่วย โดยพยาบาลตระหนักได้อย่างถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้สึกที่เปิดเผย และความหมายที่มีต่อผู้ป่วยรวมทั้งตระหนักถึงว่ามีความรู้สึกที่ซ่อนเร้นอยู่ แต่ยังตีความไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับเนื้อหา และไม่ทราบว่า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีความหมายอย่างใดต่อผู้ป่วย พยาบาลสนใจที่จะเข้าใจอารมณ์ซ่อนเร้นของผู้ป่วย และสื่อความหมายว่า "ฉันพยายามเข้าใจ" ซึ่งลักษณะของการสะท้อนอารมณ์ซ่อนเร้นที่พยาบาลพยายามแสดงออกนี้ ทำให้ผู้ป่วยแย้งกับการเล็งเห็นของพยาบาล

กล่าวโดยสรุป : เป็นการตอบสนองที่พยาบาลพยายามแสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลมีความพยายามที่จะเข้าใจในระดับที่ผู้ป่วยแสดงตนออกมาแต่ยังไม่ถูกต้อง และไม่ทราบความหมายแต่สามารถสะท้อนความรู้สึกที่แสดงออกมาทางคำพูด (Surface Feeling) ได้อย่างถูกต้อง

ระดับที่ 4

พยาบาลตอบสนองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อความรู้สึกในระดับที่แสดงออกมาทางคำพูด และในระดับลึกของผู้ป่วยทั้งหมด คือ พยาบาลเล็งเห็น และสะท้อนด้วยคำพูด น้ำเสียงและพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เกี่ยวกับความรู้สึกในระดับที่แสดงออกทางคำพูด และระดับลึกก่อนที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยพยาบาล "อยู่ด้วยกันกับ" ผู้ป่วย หรือได้ปรับความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในระดับเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งบุคคลทั้งสองอาจร่วมกันสำรวจประสบการณ์ในการเป็นมนุษย์ที่ไม่เคยสำรวจมาก่อน

กล่าวโดยสรุป : การตอบสนองที่แสดงให้ทราบว่าพยาบาลมีความเข้าใจลึกซึ้งลงไปถึงสิ่งที่อยู่ภายใต้ระดับของการรู้ตัว และแสดงออกให้ทราบถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่ซ่อนเร้นอยู่ ซึ่งเรียกว่า Underlying Feeling และใช้การตอบสนองถึงเนื้อหาในส่วนที่เป็นการส่งเสริมความรู้สึกในความหมายที่ลึกซึ้งลงไปอีก

จากมาตรประเมินความร่วมรู้สึก จะเห็นว่า ในระดับทั้ง 4 ระดับ 1 และ ระดับ 2 บ่งถึงการขาดความรู้สึก ระดับ 3 เป็นจุดแรกที่พยาบาลเริ่มให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรจะมีความร่วมรู้สึกตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ถ้าต่ำกว่าระดับนี้ จะเป็นอันตราย เพราะความรู้สึกที่ชัดแจ้งที่อยู่พื้นผิวนั้น ผู้ป่วยสามารถอธิบายได้เอง ในขณะที่ความรู้สึกซ่อนเร้น อารมณ์ระดับที่ลึกและต่ำกว่าพื้นผิว ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายได้ หรือไม่สามารถอธิบายได้ก่อนมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะตระหนักหรือไม่ตระหนักว่า เขามีความรู้สึกซ่อนเร้น ซึ่งถ้าระดับความร่วมรู้สึกของพยาบาลต่ำ หรือขาดความร่วมรู้สึก ก็ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและรู้ปัญหาของตนเองได้ ฉะนั้น พยาบาลจะต้องเจาะให้ลึกกว่าความรู้สึกพื้นผิวในแง่ของเนื้อหา หรือสาระ และอารมณ์

เช่น เมื่อผู้ป่วยอธิบายเหตุการณ์อย่างสงบ แต่อาจโกรธในใจ พยาบาลที่มีความร่วมรู้สึกระดับสูงจะสามารถสะท้อนเสียงแบบโกรธ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถหยั่งรู้และเข้าใจอารมณ์ตนเอง และเข้าใจความหมายของความรู้สึกนึกคิดภายในใจแน่ชัด ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยผ่านขบวนการของความร่วมรู้สึก จะช่วยทำให้ผู้ป่วย มีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า สามารถเอาชนะความรู้สึกโดดเดียว ในโลกที่มีปัญหาของตนเองพอสมควร

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ความร่วมรู้สึกจะมีประโยชน์หรือมีประสิทธิภาพ ก็ต่อเมื่อพยาบาลสามารถสื่อ หรือตอบสนองความร่วมรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ แต่ก็เป็นสิ่งที่ค่อนข้างลำบากในบางครั้ง เพราะพยาบาลก็คือมนุษย์ปุถุชนนั่นเอง ฉะนั้น การที่จะเข้าใจผู้ป่วยถูกต้อง สมบูรณ์ตลอดเวลาย่อมเป็นไปไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม แม้พยาบาลไม่สามารถที่จะเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม (Accurately Empathy) ก็ตาม แต่ถ้าหากพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้ว่า ได้พยายามทำความเข้าใจผู้ป่วยก็จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก ดัง โรเจอร์ (Rogers quoted in Kalisch 1973: 1548) กล่าวไว้ว่า "ฉันรู้สึกประทับใจบ่อยครั้งเมื่อพบว่า ในความพยายามที่อาจจะผิดพลาดที่จะรับความสับสนของผู้ป่วย แต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือเขาได้" ฉะนั้น ไม่ต้องสงสัยเลยว่า ถ้าเราสามารถเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างถ่องแท้ และสามารถแสดงออกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ยิ่งจะเป็นการช่วยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมที่สุด

<u>งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</u>

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมรู้สึก ได้รับความสนใจและทำการศึกษากันค่อนข้างกว้างขวางในต่างประเทศ โดยเฉพาะเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความร่วมรู้สึก ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยมาก่อน ซึ่งจะได้นำเสนอดังต่อไปนี้

ไบซ์ (Bice 1972: 880 A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบเก็บตัวและเปิดเผยตนเอง กับการเรียนรู้เกี่ยวกับที่จะตอบสนองความร่วมรู้สึก ตัวอย่างประชากรเป็นนิสิตปริญญาตรี 20 คน ซึ่งไม่เคยได้รับการฝึกหัดการตอบสนองความร่วมรู้สึกมาก่อน ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบแสดงตัว- เก็บตัว กับการตอบสนองความร่วมรู้สึก

เทย์เลอร์ (Taylor 1973: 143 A) ได้ศึกษาผลของเพศผู้ปรึกษาที่มีต่อระดับความร่วมรู้สึก โดยผู้ปรึกษาที่เป็นเพศชายและหญิง โดยใช้มาตรวัดความร่วมรู้สึกของคาร์คัฟฟ์เป็น

เกณฑ์ในการวัด ตัวอย่างประชากร เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาชายและหญิง จำนวน 94 คน โดยให้ตอบสนองต่อข้อความที่แสดงปัญหาของผู้มาขอปรึกษาทั้งหญิงและชาย จำนวน 15 ข้อ ซึ่งปัญหาประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ 3 ด้าน ผลการวิจัยปรากฏว่า เพศของผู้มาขอปรึกษาไม่มีผลต่อการแสดงความร่วมรู้สึกของผู้ปรึกษา ยกเว้น เมื่อผู้มาขอปรึกษาและผู้ปรึกษาเป็นชายทั้งคู่ ซึ่งพบว่า ระดับความร่วมรู้สึกจะลดลง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะความคาดหวังในบทบาท นอกจากนี้ยังพบว่า อารมณ์ของผู้มาขอปรึกษาเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อระดับความร่วมรู้สึก ผู้ปรึกษาจะตอบสนองความร่วมรู้สึกอยู่ในระดับต่ำ เมื่อผู้มาขอปรึกษามีอารมณ์โกรธ และเกลียดชัง และอยู่ในระดับสูง เมื่อผู้มาขอปรึกษามีอารมณ์ตื่นเต้น-เบิกบาน (Elation-Excitement)

แฮนด์ส (Hands 1974: 3245 A) ได้ศึกษาผลของการตอบสนองความร่วมรู้สึกด้วยระดับสูงและต่ำ โดยใช้ขบวนการภายในระหว่างจิต (Intrapsychic Process) ตัวอย่างประชากรเป็นนิสิตปริญญาโทอาสาสมัคร จำนวน 30 คน โดยให้ตอบสนองต่อข้อความของผู้มาขอปรึกษาที่บันทึกไว้ในโทรทัศน์วงจรปิด จากนั้นจึงประเมินมาตรวัดกระบวนการภายในระหว่างจิตและให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์และบุคลิกภาพของตน และให้ผู้ตัดสินที่ได้รับการฝึกหัดให้ประเมินมาตรความร่วมรู้สึกของคาร์คัฟฟ์ ประเมินการตอบสนองความร่วมรู้สึกของตัวอย่างประชากร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ได้รับการประเมินว่าตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูง จะใช้กระบวนการถือตนตามแบบ (Identification) ในการที่จะเข้าใจการสื่อของผู้มาขอปรึกษา และการที่ผู้ปรึกษามุ่งความสนใจไปที่คำพูดของผู้มาขอปรึกษาจะช่วยให้เกิดกระบวนการตีความ (Interpretation) และกระบวนการถือตนตามแบบ นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลิกภาพของผู้มาปรึกษาด้านต่าง ๆ คือ อายุ เพศ ประสบการณ์ทางอาชีพ ประสบการณ์ส่วนตัวในการทำจิตบำบัด ระดับการศึกษา เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Traumatic life Event) ความอดทนและความยืดหยุ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แมโดแนลด์ (Macdonald 1977: 998) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับความร่วมรู้สึก (Level of Empathy) ระหว่างนักศึกษาพยาบาลชาย และนักศึกษาพยาบาลหญิง โดยใช้แบบสำรวจความร่วมรู้สึกของฮอร์แกน (Hogen's Self-report Empathy Scales) ผลปรากฏว่า ระดับความร่วมรู้สึก (Level of Empathy) ในนักศึกษาพยาบาลชายสูงกว่านักศึกษาหญิงเล็กน้อย

โทมัส (Thomas 1974: 6395-6396 A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการสื่อสาร และรูปแบบเฉพาะเจาะจงของการปฏิสัมพันธ์ทางวาจา กับความร่วมรู้สึก ตัวอย่างประชากรเป็นนิสิตปริญญาโท ที่เริ่มเข้าศึกษาในสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยามาก่อน จำนวน 24 คน ซึ่งตัวอย่างประชากรจะได้พบกับนิสิตอาสาสมัครระดับปริญญาตรีในการช่วยเหลือ 5 ครั้ง ซึ่งได้รับการบันทึกเสียงไว้ และนำมาประเมินระดับความร่วมรู้สึก โดยใช้มาตรประเมินความร่วมรู้สึกของทรูซ์ แล้วแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ประกอบด้วยกลุ่มที่แสดงความร่วมรู้สึกในระดับสูง 7 คน และแสดงความร่วมรู้สึกในระดับต่ำ 7 คน แล้วนำมาวิเคราะห์การปฏิสัมพันธ์ทางวาจา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูงมีการยอมรับและให้แรงเสริมในทางบวกแก่ผู้มาขอปรึกษามากกว่าผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกอยู่ในระดับต่ำ

2. ผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูงจะทำความกระจ่างแก่ผู้มาขอปรึกษาได้มากกว่าผู้ที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกอยู่ในระดับต่ำ

3. ผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำจะพูดมากกว่าผู้ที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูง เช่น การเสนอความคิดเห็น ความจริงและข้อมูล

4. ผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูงจะถามคำถามน้อยกว่าผู้ที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำ

5. ผู้มาขอปรึกษาของผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูงจะพูดมากกว่าผู้มาขอปรึกษาของผู้ที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำ

6. ผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำจะใช้การพูดขยายความโดยตรงมากกว่าผู้ที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูง เช่น การเสนอความจริง ข้อมูล ความคิดเห็น

7. ผู้มาขอปรึกษาของผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับสูง ใช้การขยายความโดยเสนอความจริง ข้อมูล หรือความคิดเห็นมากกว่าผู้มาขอปรึกษาของผู้ปรึกษาที่ตอบสนองความร่วมรู้สึกในระดับต่ำ

พาร์สัน (Parsons 1978: 5257 A) ได้ศึกษาความแตกต่างผลของการจับคู่ระหว่างผู้ปรึกษากับผู้มาขอปรึกษาในลักษณะของกระบวนการของข่าวสาร (information processing characteristics) ซึ่งเรียกว่า ระดับของมโนทัศน์ (Conceptual Level) ที่มีผลต่อความร่วมรู้สึกโดยมีสมมุติฐานว่า การจับคู่ระหว่างผู้ปรึกษา กับผู้มาขอปรึกษาโดยระดับมโนทัศน์จะมีผลให้ความร่วมรู้สึกอยู่ในระดับสูงกว่า คู่ที่ไม่มีการจับคู่ และการจับคู่ผู้ปรึกษา กับผู้มาขอปรึกษามีความแตกต่างระหว่าง เพศ ประสบการณ์ในการปรึกษาจะมีผลต่อความร่วมรู้สึก ตัวอย่างประชากร เป็นผู้ปรึกษาฝึกหัด จำนวน 11 คน และคณะผู้ปรึกษาของมหาวิทยาลัยนิวยอร์ค 10 คน และผู้มาขอปรึกษาจากการสุ่ม 42 คน ผลการวิจัย พบว่า ระดับมโนทัศน์ไม่สามารถทำนายระดับความร่วมรู้สึกได้ เพศของผู้ปรึกษาและผู้มาขอปรึกษา และการจับคู่ระหว่าง เพศของผู้ปรึกษาและผู้มาขอปรึกษาไม่สามารถทำนายการแสดง หรือการตอบสนองความร่วมรู้สึกได้ ประสบการณ์ของผู้มาขอปรึกษา เกี่ยวกับการปรึกษา เชิงจิตวิทยา ไม่สามารถทำนายความร่วมรู้สึกได้ และพบว่าคณะผู้ปรึกษาของมหาวิทยาลัยได้รับการประ เมินจากผู้มาขอปรึกษาว่าสามารถตอบสนองความร่วมรู้สึกอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ปรึกษาฝึกหัด

คอว์เลย์ (Cawley 1979: 6268 A) ได้ศึกษาผลของตัวแปร เกี่ยวกับหัว เรื่องที่ผู้มาขอปรึกษากล่าวถึง การแสดงอารมณ์ของผู้มาขอปรึกษาต่อการแสดงความร่วมรู้สึกของผู้ปรึกษา โดยหัว เรื่องมีระดับความรุนแรงแตกต่างไปตั้งแต่ เรื่องที่ไม่รุนแรง เช่น การหาข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาจนถึง เรื่องที่รุนแรง เช่น ความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย การแสดงอารมณ์ที่มีระดับของความรุนแรงแตกต่างกันไป ตัวอย่างประชากร เป็นนักศึกษาในสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา 44 คน ซึ่งจะได้พบกับนักศึกษาการละครที่แสดงบทบาทสมมุติ เป็นผู้มาขอปรึกษาและจะ เสนอปัญหาซึ่งแตกต่างกันไปตามระดับของความรุนแรงทั้งในด้านหัวข้อเรื่อง และอารมณ์ ผลการวิจัยปรากฏว่า ความแตกต่างในการแสดงอารมณ์ เพศ หรือกริยาร่วมระหว่างหัวข้อเรื่องอารมณ์ที่แสดงและ เพศไม่มีผลต่อการแสดงความร่วมรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หัวข้อ เรื่องที่พูดคือ หัวข้อที่รุนแรง เช่น ตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายทำให้ผู้ปรึกษาแสดงความร่วมรู้สึกในระดับสูงมากกว่าหัวข้อเรื่องที่ไม่รุนแรง