

ผลของโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อความสามารถในการสื่อสาร ของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

กาญจนา เชื้อเมืองพาน¹
ธีรวรรณ ธีระพงษ์²

(Received: August 8, 2018; Revised: September 1, 2018; Accepted: September 3, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีอายุไม่เกิน 65 ปี จำนวน 24 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 15 ชั่วโมง โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร และแบบวัดความสามารถในการสื่อสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ t -test

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมพัฒนาการสื่อสารสามารถพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้สูงขึ้นได้ โดยกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการสื่อสารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร การสื่อสาร ความสามารถในการสื่อสาร จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Email: annkanchana116@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร. ประจักษ์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Email: teerawan.teerapong@cmu.ac.th

Effects of Communication Program on Communication Ability of Health Care Volunteers for Patients in a Community in Maelao District, Chiang Rai Province

Kanchana Chuamuangphan³

Teerawan Teerapong⁴

Abstract

This research is a quasi-experiment through a pre-test and post-test design. The purpose of this research was to study the effects of communication program on communication ability of health care volunteers for patients in a community in Maelao district, Chiang Rai province. The sample consisted of 24 health care volunteers not over 65 years old. Using a simple random sampling method, classified as the experimental group and the control group. Each group consisted of 10 health care volunteers. The experimental group participated in communication program for 10 sessions with each session lasting 1.30 hours. Twice a week and communication program spent a total of 15 hours. The researcher led the group, and the control group did not participate in the program. The instruments used in this study included communication program and a communication ability questionnaire. Data were analyzed by mean, standard deviation and *t*-test.

The results of the research revealed that communication program could increase communication ability of health care volunteers as follow: The experimental group average scores after attending the communication program were higher than before

³ Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University
Email: annkanchana116@gmail.com

⁴ Asst. Prof., Ph.D, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University
Email: teerawan.teerapong@cmu.ac.th

attending the communication program at a statistically significant at a level of .01. The experimental group average scores after attending the communication program were higher than the control group at a statistically significant level of .05.

Keyword: Communication Program, communication, Communication Ability, Health Care Volunteers for Patients in a Community

บทนำ

การพัฒนาเป็นการเชื่อมโยงระหว่างสังคมกับพื้นที่ในชุมชน ต้องไม่ทอดทิ้งกัน ร่วมกันคิด และทุกพื้นที่ต้องมีอาสาสมัครเป็นเพื่อนร่วมทาง (Wasee, 2007) ซึ่งทางโรงพยาบาลแม่ลาว ได้ดำเนินโครงการจัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัด และส่งเสริมให้มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจิตอาสาเป็นผู้ดำเนินงานภายในศูนย์มิตรภาพบำบัดและเยี่ยมบ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ลาวเป็นพี่เลี้ยง (National Health Security Office, 2014) ดังนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการเข้าไปเยี่ยม ให้กำลังใจ แนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้น และดูแลผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในการทำงานของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนนั้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ และส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงาน ทั้งงานส่วนบุคคล และการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Phophanao, 2009, p. 3) จากการที่ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานร่วมกับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่เพียงพอ ทำให้การสื่อสารขาดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของจิตอาสาดูแลผู้ป่วย และความเข้าใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อใช้ในการถ่ายทอดความรู้ และดูแลผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน (Kukkong, 2015, p. 189)

ความสามารถในการสื่อสารในงานวิจัยนี้ พัฒนาโดยใช้โปรแกรมพัฒนาการสื่อสารภายในโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารจะประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องการสื่อสาร 2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสาร 3) การฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าใจ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความเชื่อมโยงกัน ตามที่ Sanmartin, Carbonell, & Banos (2011, p. 13) กล่าวว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าใจใจ (empathy) และความเชื่อในความสามารถของตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการสื่อสารเช่นกัน (Ozkana, Dallia, Bingolb, Metinc, & Yaralib, 2014, p. 440) ดังนั้นจิตอาสาควรมีความรู้เรื่องการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของ

Beaulieu กล่าวว่า เมื่อผู้ส่งสารมีความรู้ในเรื่องที่ต้องการส่ง รวมทั้งรู้กระบวนการในการส่งสาร สามารถเลือกวิธีการส่งสารได้เหมาะสมกับบุคคล เหมาะสมกับสารนั้นก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการสื่อสารได้ ในส่วนของความเชื่อในความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าปัจจัยที่มีประสิทธิภาพต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองมากที่สุดคือการฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Mastery Experiences) เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลประสบความสำเร็จด้วยตนเอง Bandura จึงเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Thimayom, 2007 p. 3) นอกจากนี้การเข้าถึงใจเป็นภาวะที่บุคคลเข้าใจและรับรู้ผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของเขาในขณะนั้น โดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตนเองไป และที่สำคัญคือบุคคลจะต้องสามารถสื่อสารถึงการรับรู้หรือการสัมผัสไปยังผู้อื่นได้ด้วย (Teerapong, 2006, p. 51) ดังนั้นการเข้าถึงใจจึงเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่จะช่วยให้กลุ่มจิตอาสาสามารถสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการสื่อสารที่มีคุณลักษณะการเข้าถึงใจด้วยนั้นจะทำให้จิตอาสาเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และความต้องการของผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน คุณลักษณะการเข้าถึงใจต้องได้รับการฝึกฝน เพื่อให้เกิดทักษะในการเข้าถึงใจ ซึ่งโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารนี้จะใช้การฝึกอบรมแบบกลุ่มเข้ามาช่วยพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาในชุมชน โดยการฝึกอบรมแบบกลุ่มจะช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจทักษะและความสามารถให้สูงขึ้น (Thananun, 2011, p. 49) เกิดการพัฒนาตนเองทุกด้าน เกิดการพัฒนาด้านทัศนคติ ค่านิยม เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Butkan, 2008, น. 14) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยใช้โปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมาเป็นเครื่องมือช่วยเอื้อประโยชน์ต่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อทำให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความสามารถในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม และนำความสามารถในการสื่อสารไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย ผู้พิการ และลดภาวะติดบ้าน ติดเตียงในผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนต่อไป

ศูนย์มิตรภาพบำบัดและจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

1. ที่มาและความสำคัญของศูนย์มิตรภาพบำบัด

ศูนย์มิตรภาพบำบัดเกิดจากการสานต่อเจตนารมณ์ของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์เริ่มต้นจากโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน หรือ “จิตอาสา” ให้คนไข้ที่ป่วยและหายแล้วให้กำลังใจที่มีจิตใจความเป็นมนุษย์ช่วยเหลือเพื่อนที่ยังเจ็บป่วยให้หายจากโรคต่างๆ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้นำร่องตั้งแต่ปี 2549 ในการจัดตั้ง “ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน” ปัจจุบันมีศูนย์มิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนนี้ กว่า 500 แห่งทั่วประเทศแล้ว (“Mop Rangwan Mittraphap Bambat Di Den Chitasa Chai Phalangchai funfu dulæ phupuai,” 2014) อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย เริ่มจัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัดเครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ลาว เมื่อปี 2554 และได้มีการขยายจัดตั้งศูนย์มิตรภาพบำบัดลงสู่ชุมชน 10 แห่ง แต่ละแห่งมีจิตอาสากลุ่มต่างๆ ในชุมชนมาร่วมดำเนินการ ปัจจุบันมีศูนย์มิตรภาพบำบัดที่ให้บริการในชุมชนทั้งหมด 11 แห่ง (NHSO, 2014)

2. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

จากการศึกษารวบรวมความหมายของจิตอาสา ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นนิยามศัพท์เฉพาะสำหรับงานวิจัยนี้ คือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีจิตใจที่พร้อมจะอุทิศทั้งแรงกาย แรงใจ และสติปัญญา เพื่อมาช่วยเหลือ ดูแลผู้อื่นที่ตกทุกข์และบกพร่องทางสุขภาพ เช่น ผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชน โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน กระทำด้วยความสมัครใจ และกระทำโดยไม่ใช่เพราะเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชน สร้างความร่วมมือ ประโยชน์ และความสุขให้เกิดขึ้นในชุมชน โดย Phra phaisan wisalo (as cited in Phongphanom, 2011, p. 9) ได้กล่าวถึงความสำคัญของจิตอาสาว่า การที่บุคคลมีจิตอาสา รู้จักให้ เราจะได้รับด้วยในเวลาเดียวกัน หนึ่งในสิ่งที่เราได้รับคือความสุข ยิ่งการให้นั้นเต็มไปด้วยความปรารถนาดี ความสุขและความภาคภูมิใจยิ่งทวีขึ้น รวมทั้งยังเป็นการทำให้ชีวิตมีพลังในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ให้กับชุมชน ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน คือการเน้นความสามัคคีในหมู่คณะ ช่วยกันแก้ไขปัญหาในการทำงาน มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสีแดง มีการติดตามกลุ่มสีแดงอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนเป็นสีส้มเมื่ออาการดีขึ้น ให้ระลึกไว้เสมอว่าสุขภาพดีของผู้ป่วยให้เริ่มที่

ครอบครัว เริ่มความเป็นจิตอาสาที่ตัวเราก่อน มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานศูนย์
มิตรภาพบำบัดแต่ละศูนย์มีมิตรภาพบำบัด และแบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจน ส่งเสริมการใช้
ภูมิปัญญาชาวบ้าน (คณะกรรมการเครือข่ายจิตอาสาระดับอำเภอ วันที่ 6 มิถุนายน 2557)

ความสามารถในการสื่อสาร

จากการรวบรวมความหมายความสามารถในการสื่อสาร ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของ
ความสามารถในการสื่อสารว่าหมายถึง ความสามารถในการใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางและสื่อ
ต่างๆ ของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความเข้าใจ
ความรู้สึก และทัศนคติของตนเอง โดยมีปฏิกริยาตอบโต้กันไปมาแบบต่อหน้ากัน เพื่อแจ้ง
ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนเลือกใช้การสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้
ผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนนำข้อมูลหรือความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารของ Beaulieu เพื่อพัฒนาความสามารถ
ในการสื่อสาร โดยแบบจำลองของ Beaulieu (1992 as cited in Chiphet, 2006, p. 63)
ได้อธิบายลักษณะและปัจจัยในกระบวนการสื่อสารว่ามองค์ประกอบของการสื่อสาร
5 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้ส่งสาร (Communication Source) หมายถึง บุคคลที่ส่งหรือ
ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์โดยการเข้ารหัส (Encode) ออกไปเป็น
สัญญาณ สัญลักษณ์ กิริยา ท่าทาง โดยมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อประสิทธิภาพการสื่อสาร คือ
ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude)
วัฒนธรรม (Culture) 2) สาร (Message) ได้แก่ ผลผลิต (Output) ของความรู้สึกนึกคิด
ความต้องการอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ หรือเนื้อหาสาระที่ผู้ส่งสารต้องการจะส่งออกไป 3)
ช่องทางสาร (Channel) คือ ช่องทางที่ใช้ในการส่งสารหรือถ่ายทอดข้อมูล 4) ผู้รับสาร
(receiver) หมายถึง บุคคลที่รับสารโดยการสื่อสารจะสำเร็จได้ผู้รับสารจะต้องมีคุณสมบัติ คือ
ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) 5)
ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) หมายถึง การประเมินผลการรับ-ส่งสารตรงกับกับสารที่ส่งไป
การมีปฏิกริยาตอบโต้กันไปมาแบบต่อหน้ากัน กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการสื่อสารจะ
มีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับทักษะในการสื่อสาร ทัศนคติ ความรู้ ระบบทางสังคม และ
วัฒนธรรมของผู้รับและผู้ส่งสาร ผ่านกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นกระบวนการนี้

ไม่หยุดนิ่งมีการเคลื่อนไหวเป็นพลวัต (Dynamic) ประกอบด้วยแหล่งสาร ซึ่งจะใส่รหัสสารและส่งสารผ่านสื่อหรือช่องทาง ผู้รับสารจะถอดรหัสที่แหล่งสารส่งมาให้ โดยผู้ส่งสารและผู้รับสารเปลี่ยนบทบาทกันไปมาในการสื่อสาร และให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของผู้ส่งสาร ซึ่งผู้ส่งสารในการศึกษาวิจัยนี้คือจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในส่วนของการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารนั้น ประสิทธิภาพในการสื่อสาร ไม่ได้มีเพียงคุณลักษณะเดียว แต่หากประกอบด้วยคุณลักษณะหลายประการที่เป็นปัจจัยร่วมกัน ดังนั้น Devito (2003) จึงได้เสนอรูปแบบคุณลักษณะของการสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ คือ 1. การเป็นคนเปิดเผย (Openness) 2. การเข้าถึงใจ (Empathy) 3. การสื่อสารทางบวก (Positiveness) 4. ความรู้สึกร่วม (Immedication) 5. การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Interaction management) 6. การแสดงออก (Expressiveness) 7. การให้ความสำคัญกับบุคคลอื่น (Other Orientation) (Khamphong, 2013, pp. 26-27)

การฝึกอบรมแบบกลุ่ม

จากการศึกษาความหมายของการฝึกอบรม ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการฝึกอบรมว่าหมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่บุคคล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Understand) ทักษะ (Skill) และทัศนคติ (Attitude) ด้วยวิธีการต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมสามารถจำแนกได้ 4 ประการหรืออาจเรียกย่อๆว่า KUSA ได้ดังนี้ 1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge; K) 2. เพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจ (Understand; U) 3. เพื่อเพิ่มพูนทักษะ (Skill; S) 4. เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude; A) (Bangmo, 2008, p. 14; Sitsira-attha, 2012, น. 6 as cited in Rungroth, 2016, pp. 46-47) ในงานวิจัยนี้จะใช้การฝึกอบรมแบบกลุ่ม ซึ่งการฝึกอบรมแบบกลุ่ม (Training Groups) จะมีโครงสร้างของกลุ่มที่เฉพาะเจาะจง และมีการกำหนดเป้าหมายตลอดจนโปรแกรมของการเรียนรู้ไว้ล่วงหน้า ผู้นำกลุ่มฝึกอบรมจะใช้ทั้งทักษะการสอนและทักษะการเอื้ออำนวย (Didactic and Facilitative Skills) ในการช่วยเหลือสมาชิกพัฒนาทักษะและสามารถเชื่อมโยงเปลี่ยนไปสู่การนำไปใช้ได้จริงหลังจากเข้าร่วมการฝึกอบรม

ซึ่งประโยชน์ของการฝึกอบรมแบบกลุ่ม ได้แก่ การฝึกอบรมช่วยทำให้ระบบและวิธีการทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น การฝึกอบรมช่วยลดค่าใช้จ่าย แรงงาน และเวลาในการปฏิบัติงานให้น้อยลง การฝึกอบรมช่วยลดเวลาเรียนวิธีปฏิบัติงานให้น้อยลง การฝึกอบรมช่วยให้เกิดความร่วมมือในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกได้ดีขึ้น และการฝึกอบรมช่วยส่งเสริมจิตใจ และศีลธรรมของผู้ปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

โปรแกรมพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อความสามารถในการสื่อสาร

โปรแกรมพัฒนาการสื่อสารเพื่อพัฒนาความสามารถในการสื่อสาร ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการสื่อสาร ความเชื่อในความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสาร และการฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าถึงใจ ดังนี้

1. ความรู้เรื่องการสื่อสาร

ในโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารจะให้ความรู้เรื่องการสื่อสารระหว่างบุคคลแก่จิตอาสา ดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองผ่านการฝึกอบรมแบบกลุ่ม โดยเอกสารประกอบการฝึกอบรม เรื่องความรู้เรื่องการสื่อสารมีเนื้อหา ดังนี้ การสื่อสารระหว่างบุคคล หมายถึง กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีสัมพันธภาพต่อกันมีการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความรู้สึก ทั้งในรูปวจนภาษาและอวจนภาษา ทั้งสองฝ่ายมีบทบาทเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร และเป็นการสื่อสารสองทางที่มุ่งให้เกิดความเข้าใจในความหมายร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร 5 ประการ คือ 1. เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง ผู้อื่นและโลกภายนอกได้ดีขึ้น (to learn) 2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ (to relate) 3. เพื่อจูงใจหรือมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้อื่น (to influence) 4. เพื่อความบันเทิง (to play) 5. เพื่อการช่วยเหลือ (to help) Devito (2004 as cited in Khamphong, 2013, p. 21) ในบางครั้ง การสื่อสารอาจจะมีประสิทธิภาพไม่เพียงพออันเนื่องมาจากอุปสรรคในการสื่อสารที่จะมีผลทำให้การสื่อสารไม่ประสบผลสำเร็จ คือ คนใช้สัญลักษณ์ หรือคำที่มีความหมายแตกต่างกัน การรับรู้ปัญหาต่างกัน มีการตีปัญหาต่างกัน สิ่งเหล่านี้จะขัดขวางต่อการสื่อสาร การพยายามเก็บความรู้สึกรู้จัก การใช้คำขัดขวางความคิด (Banner words) และขาดความปรารถนาที่จะเข้าใจความคิดเห็นและความรู้สึกของบุคคลอื่น Phornnapa (1979, as cited in Phenya, 1984, p. 14)

2. ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสาร

ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารหมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองทั้งในด้านการกำหนดศักยภาพของตนเองที่จะแสดงออกทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม และในด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการทำ ความเข้าใจว่าผู้อื่นคิดและมีปฏิกิริยากับพวกเขาอย่างไร เป็นความมั่นใจส่วนบุคคลเกี่ยวกับการสื่อสาร ทำให้มีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประสบความสำเร็จภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด Fuangfupong (2011, pp. 11-13) ได้กล่าวถึงแนวคิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าเริ่มมาจาก Albert Bandura ซึ่งเป็นจิตวิทยาในกลุ่มปัญญานิยม (Cognitive Group) ได้กล่าวไว้ว่า มนุษย์เป็นผู้ที่ปรับพฤติกรรมของตนเองมากกว่าที่จะให้ธรรมชาติเป็นตัวบังคับ (Bandura, 1986; Baroen, Maddux, & Snyder, 1997) แนวคิดนี้เกิดขึ้นจากรากฐานของการใช้หลักเหตุผล และงานวิจัยเชิงประจักษ์ ความเชื่อในความสามารถของตนเองนั้นจะเป็นตัวเสริมแรงให้มนุษย์ประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง (High-Self Efficacy) จะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ ส่งผลให้ตนเองมีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่สูง เพื่อทำในสิ่งที่ตนเองมุ่งหวังให้ประสบความสำเร็จ ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำ (Low-Self Efficacy) จะไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลให้ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำให้เป้าหมายที่มุ่งหวังประสบความสำเร็จ บุคคลกลุ่มนี้เมื่อเผชิญกับงานที่มีความยากขึ้นจะมองเป็นอุปสรรค เพราะพวกเขาไม่มีความสามารถเพียงพอ ในท้ายที่สุดจะกลายเป็นบุคคลที่มีความเครียด และมีอาการซึมเศร้า ความเชื่อในความสามารถของตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็น State-Like เพราะสามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ Bandura (1994, as cited in Fuangfupong, 2011, น. 14) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองนั้นสามารถที่จะพัฒนาได้โดยใช้แหล่งข้อมูลหลักทั้ง 4 แหล่ง คือ 1. ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive Mastery Experiences) 2. การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious Experience) 3. การชักจูงทางสังคม (Social Persuasion) 4. สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Somatic and Emotional States)

3. การฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าใจ

การเข้าใจใจหมายถึง ภาวะที่จิตอาสาสามารถรับรู้และเข้าใจผู้อื่นเหมือนโลกเดียวกัน โดยรับรู้และเข้าใจตรงกันในความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่เขากำลังเผชิญอยู่ โดยไม่ใช้อารมณ์ และเหตุผลเข้าไปตัดสิน และไม่สูญเสียความเป็นตัวเอง รวมไปถึงการสื่อสารความรู้สึกที่รับรู้ด้วยความเป็นมิตร และท่าทีที่เป็นธรรมชาติ Carl Rogers เป็นผู้ก่อตั้งทฤษฎีการให้การศึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง Rogers เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในตนเอง มีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่ความงอกงามและบรรลุภาวะสัจการแห่งตน เป้าหมายของการให้การศึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered counseling) ไม่เน้นปัญหา แต่เน้นตัวบุคคล ให้ความสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษากับผู้รับบริการ (Corey, 1996, p.179) ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสัมพันธภาพการปรึกษาทางจิตวิทยา ซึ่งการให้การศึกษาจะต้องสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้เกิดขึ้นตลอดกระบวนการปรึกษาอย่างสอดคล้องกลมกลืนกันของภาวะความสอดคล้อง การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และการเข้าใจ เพื่อที่จะสื่อสารอย่างมีคุณภาพไปยังผู้รับบริการ และพัฒนานตนเองไปสู่การเป็นบุคคลผู้มีชีวิตเต็ม (full functioning person) ในปี ค.ศ. 1957 Rogers (1992 as cited in Kitekeereerut, 2014, p. 149) ได้เขียนบทความเรื่อง “The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change” โดยมีใจความสำคัญเกี่ยวกับเงื่อนไขที่จำเป็นและพอเพียงในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยมีคุณลักษณะของผู้ให้การศึกษา 3 ประการ คือ 1. ความจริงแท้ (Genuineness) 2. การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) 3. การมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Understanding) ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างและพัฒนาการเข้าใจ Rogers (1975 as cited in Teerapong, 2006, p. 54) กล่าวว่าขั้นตอนที่ทำให้เกิดการเข้าใจนั้น คือการที่บุคคลสามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจ และต้องเอาใจใส่ สังเกต และรับฟัง สะท้อนอารมณ์ให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตัวเองเป็นเกณฑ์ สื่อถึงความเข้าใจของตนเองในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ นอกจากนี้จะต้องไม่คิด หรือตัดสินใจแทนเขา ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าการมีคุณลักษณะการเข้าใจเป็นสิ่งที่ดี ที่ทำให้เกิดความเอื้อเฟื้อและการช่วยเหลือผู้อื่น งานวิจัยส่วนใหญ่จะพัฒนาการเข้าใจ เพื่อให้มีการเข้าถึง

ใจในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเพื่อให้อยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การเข้าถึงใจยังเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างบุคคลมีประสิทธิภาพ ถ้าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีการสื่อสารที่มีคุณลักษณะของการเข้าถึงใจด้วย จะทำให้จิตอาสาสื่อสารด้วยความเข้าใจในประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ โดยไม่ตัดสินหรือประเมินค่า ทำความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และเหตุผลในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเอง และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขถึงแม้จะยังมีพยาธิสภาพของโรคหลงเหลืออยู่

โปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร ได้ประยุกต์ใช้เทคนิคและวิธีการฝึกอบรม โดยการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารจะผ่านการบรรยายเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจ ส่วนการพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารนั้นจะทำการทำกิจกรรมที่เน้นประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น และการชักจูงทางสังคม และส่วนการฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าถึงใจจะทำกิจกรรมฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ การฟังอย่างใส่ใจ การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข และการเข้าถึงใจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการสื่อสารในจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้รูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

1. ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ในอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมะนัง ซึ่งมีอายุไม่เกิน 65 ปี จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ใช้ในการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร ประกอบด้วยจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีอายุไม่เกิน 65 ปี ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดี

และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 24 คน และทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ การเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศ ระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ตอนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการสื่อสาร ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสามารถในการสื่อสารของ Rungroth (2016) ซึ่งอิงตามแนวคิดของ Beaulieu (1992) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล จำนวน 60 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา และเป็นกลุ่มจิตอาสาที่อยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ลาว และตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .87

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร ซึ่งภายในโปรแกรมจะประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องการสื่อสาร 2) ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสาร 3) การฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าถึงใจ โดยใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วยเอื้อในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม รูปแบบของกิจกรรมที่จัดขึ้นในโปรแกรมนั้น เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์หลักคือฝึกให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความสามารถในการสื่อสาร ซึ่งผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ที่มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 12 คน โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมใช้เวลาทั้งหมด 15 ชั่วโมง ก่อนเข้าทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ จำแนกตามเพศ อายุ และระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	12	100	12	100
ชาย	0	0	0	0
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 40 ปี	0	0	0	0
41 – 45 ปี	2	16.67	0	0
46 – 50 ปี	0	0	2	16.67
51 – 55 ปี	4	33.33	2	16.67
56 – 60 ปี	3	25.00	5	41.66
61 – 65 ปี	3	25.00	3	25.00
อายุเฉลี่ย 55.83 ปี (SD = 6.59) อายุเฉลี่ย 55.83 ปี (SD = 6.59)				
ระยะเวลาในการเป็นจิตอาสา ดูแลผู้ป่วยในชุมชน	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 – 3 ปี	5	41.66	3	25.00
4 – 6 ปี	2	16.67	2	16.67
7 – 9 ปี	3	25.00	5	41.66
10 ปีขึ้นไป	2	16.67	2	16.67
	ระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 5.08 ปี (SD = 3.61)		ระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 6.42 ปี (SD = 3.06)	

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองมี 12 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 55.83 ปี ($SD = 6.59$) และมีระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 5.08 ปี ($SD = 3.61$)

ส่วนจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมมี 12 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 57.33 ปี ($SD = 4.42$) และมีระยะเวลาในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเฉลี่ย 6.42 ปี ($SD = 3.06$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 12)		หลังทดลอง (n = 12)		df	t	p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนน ความสามารถ ในการสื่อสาร	209.25	16.49	225.42	17.85	11	5.37**	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ย 209.25 ($SD = 16.49$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ย 225.42 ($SD = 17.85$) แสดงให้เห็นว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 5.37, p < .01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 12)		หลังทดลอง (n = 12)		df	t	p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนน ความสามารถ ในการสื่อสาร	210.08	9.74	209.58	9.88	11	0.30	.767

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มควบคุมก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 210.08 (SD = 9.74) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 209.58 (SD = 9.88) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนความสามารถในการสื่อสารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.30, p < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		df	t	p - value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คะแนน ความสามารถ ในการสื่อสาร	225.42	17.85	209.58	9.88	22	2.68*	.015

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ย 225.42 (SD = 17.85) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ย 209.58 (SD = 9.88) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการสื่อสารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.68, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารสามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลให้ดีขึ้นได้

อภิปรายผลการวิจัย

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร

จิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2 โดยกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารนั้น ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสาร เท่ากับ 209.25 ($SD = 16.49$) ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสาร เท่ากับ 225.42 ($SD = 17.84$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า จิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า จิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารได้รับความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคลมากขึ้น ตัวอย่างประโยคที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรม “บางครั้งเราพูดแล้วเขาไม่รู้เรื่อง แมื่ก็คิดว่าแม่พูดไม่รู้เรื่อง เป็นว่ามันมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เราพูดกันไม่รู้เรื่อง” แสดงถึงการตระหนักรู้ในความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งความเข้าใจนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการสื่อสารที่สูงขึ้น และเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเองจากการที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม เมื่อจิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสาร จะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ และเกิดการพัฒนาความสามารถในการสื่อสาร สอดคล้องกับ Beaulieu (1992 as cited in Chipphet, 2006, p. 63) ที่กล่าวว่าผู้ส่งสารมีความรู้ในเรื่องที่ต้องการส่ง รวมทั้งรู้กระบวนการในการส่งสาร สามารถเลือกวิธีการส่งสารได้เหมาะสมกับบุคคล เหมาะสมกับสารนั้น ก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจากกิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการสื่อสารแก่จิตอาสาသူและผู้ป่วยกลุ่ม ส่งผลให้จิตอาสาသူและผู้ป่วยในชุมชนเกิดการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารได้

ในส่วนของความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้เกิดการเรียนรู้แล้วนำไปประยุกต์ใช้ในเหตุการณ์จริง มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของบุคคลตัวแบบ เพื่อให้ยึดถือเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตัวเอง และได้แลกเปลี่ยนเรื่องราวที่ตนเองประทับใจ และเรื่องราวที่ตนเองรู้สึกว่าย่างทำได้ไม่ดีพอเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1994 as cited in Fuangfupong, 2011, p. 14) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อในความสามารถของตนเอง คือ (1) ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (2) การได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (3) การชักจูงทางสังคม และ (4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งใน 4 ปัจจัยนี้ Bandura เชื่อว่าปัจจัยที่มีประสิทธิภาพต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองมากที่สุดคือการฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Mastery Experiences) เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลประสบความสำเร็จด้วยตนเอง Bandura จึงเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วยความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Thimayom, 2011, p. 3) และเทคนิคที่ใช้ในการฝึกอบรมแบบกลุ่มคือการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ และช่วยพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารให้เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Shaftel & Shaftel (1697, p. 67-71 as cited in Chansukon, 2007, p. 28) ที่กล่าวว่าการแสดงบทบาทสมมติเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้แต่ละบุคคลได้แสดงความคิด ความรู้สึกต่างๆ ที่ซ่อนอยู่ภายในมานาน ให้เปิดเผยออกมาช่วยให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง เกิดความเข้าใจในตนเอง ขณะเดียวกันก็จะทำให้เกิดความเข้าใจในความคิด ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้อื่นเช่นกัน และนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนเจตคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของตนให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม เมื่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้ความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Ozkana, Dallia, Bingolb, Metinc, & Yaralib (2014, p. 440) ที่กล่าวว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการสื่อสาร ตัวอย่างประโยคที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรม เช่น “เราได้มาลองทำ

แบบนี้ก็ดีเนาะ มันทำให้เราได้รู้ว่าเราต้องพูดอย่างไรเมื่อเจอสถานการณ์ที่เป็นแบบนี้” “งานดูแลผู้ป่วยถ้าจะถามว่าเหนื่อยไหม มันก็เหนื่อย แต่มันเหนื่อยแบบมีความสุข สุขที่ได้ทำให้ผู้ป่วย พวกเรา สู้ๆ” เป็นต้น ประโยคเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าสมาชิกภายในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้และเกิดประสบการณ์ในการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน โดยประสบการณ์ที่สมาชิกกลุ่มได้ในครั้งนี้สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ได้ นอกจากนี้สมาชิกในกลุ่มยังเกิดความภาคภูมิใจในตนเองในการทำหน้าที่เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน ถึงแม้ว่าบางครั้งจะรู้สึกเหนื่อยกับการทำหน้าที่นี้ แต่เพราะว่าสมาชิกในกลุ่มได้กำลังใจจากคนที่เป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ได้กำลังใจจากครอบครัว คนใกล้ชิด ทำให้มีกำลังใจในการเป็นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความภาคภูมิใจ และกำลังใจที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองเพื่อการสื่อสารเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารได้รับการฝึกปฏิบัติการสื่อสารอย่างเข้าใจ เพื่อให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความสามารถในการสื่อสารเพิ่มขึ้น โดยสมาชิกกลุ่มสามารถบอกเล่าและอธิบายอารมณ์และความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมได้ชัดเจน และสามารถรับรู้อารมณ์และบอกอารมณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มได้ถูกต้อง เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มมีความสนใจ ใส่ใจในขณะที่ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสังเกต มีความตั้งใจในการฟัง ไม่แย้งกันพูด และไม่พูดแทรกขณะที่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มกำลังพูด และใส่ใจความรู้สึกของสมาชิกที่กำลังแสดงเสียงส่ออารมณ์อยู่ในบางครั้งมีสมาชิกบางคนที่มีความรู้สึกที่แตกต่างไปจากกลุ่ม สมาชิกคนนั้นสามารถบอกความรู้สึกที่ตนรู้สึกได้อย่างเปิดเผย โดยไม่รู้สึกว่าตนเองแตกต่าง อาจจะเนื่องมาจากบรรยากาศภายในกลุ่มที่มีความปลอดภัย เป็นกันเอง ไม่เครียด ไม่อึดอัด สนุกสนาน เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ และสมาชิกในกลุ่มก็พร้อมรับฟังความรู้สึกที่แตกต่าง และยอมรับความรู้สึกที่แตกต่างโดยไม่มีการพูดหรือแสดงท่าทีที่บ่งบอกถึงการปฏิเสธความรู้สึกที่แตกต่างเลย และสมาชิกที่มีความรู้สึกที่แตกต่างก็ไม่ได้แสดงท่าทีแบ่งแยกหรือรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจ ยอมรับตนเองและผู้อื่นตามความเป็นจริง และเกิดการพัฒนาการเข้าใจได้ ตัวอย่างประโยคที่เกิดขึ้นขณะที่ทำกิจกรรม

“ถ้าเป็นเรา อารมณ์โกรธจะแรงกว่านี้ แต่เป็น(ชื่อสมาชิกคนที่แสดงเสียงโกรธ) เขาเป็นคนใจเย็น พุดเบา เขาเลยแสดงอารมณ์โกรธแบบนี้ มันทำให้เราได้รู้เลยว่าอารมณ์เหมือนกัน แต่คนเราก็ก็นแสดงอารมณ์ต่างกันได้ คนเราไม่เหมือนกัน” ซึ่งสอดคล้องกับ Rogers (1975 as cited in Teerapong, 2006, p. 54) กล่าวว่าขั้นตอนที่ทำให้เกิดการเข้าถึงใจนั้น ได้แก่ การที่บุคคลสามารถรับรู้โลกส่วนตัวของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องโดยมีความต้องการที่จะเข้าใจต้องเอาใจใส่ สังเกต และรับฟัง มีความเข้าใจโดยพยายามจับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อสะท้อนให้ได้รับทราบ ทั้งนี้จะต้องไม่ตัดสิน หรือประเมินโดยยึดตัวเองเป็นเกณฑ์ สื่อถึงความเข้าใจของตนเองในการรับรู้ความรู้สึกนึกคิดด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ และกระตือรือร้น และไม่แสดงท่าทีหวาดกลัวหรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่ตนรับรู้ นอกจากนี้จะต้องไม่กล่าวถึงสิ่งที่ผู้อื่นไม่ได้กล่าวถึง และต้องไม่คิด หรือตัดสินใจแทนเขา ตรวจสอบในสิ่งที่ตนรับรู้ว่าตรงกับความรู้สึกของผู้อื่นหรือไม่เมื่อจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีทักษะการเข้าถึงใจเพิ่มขึ้นเกิดการพัฒนาศักยภาพในการสื่อสารอย่างเข้าใจ จนนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Hogan & Hinley (1970 as cited in Kitekeereerut, 2014, p. 150) พบว่า การเข้าถึงใจและความสามารถในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กัน เพราะการเข้าถึงจิตใจผู้อื่นเป็นภาวะที่บุคคลเข้าไปสัมผัสรับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่บุคคลอื่นกำลังประสบอยู่ โดยไม่ยึดความคิดความรู้สึกของตนเองเป็นเกณฑ์และไม่สูญเสียความเป็นตัวเอง นอกจากนี้ยังสามารถสื่อความเข้าใจในการรับรู้ถึงความหมายหรือความต้องการที่แท้จริงของบุคคลนั้นได้ เพื่อให้บุคคลนั้นเกิดความเข้าใจในความรู้สึกของตนเองชัดเจนขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร

จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 โดยจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารนั้น หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสาร เท่ากับ 225.42 (SD = 17.84) และในส่วนของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร หลังการทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสาร เท่ากับ 209.58 (SD = 9.88) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร จึงไม่มีโอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนาทักษะผ่านการฝึกอบรมแบบกลุ่ม ที่เน้นให้จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารได้ทำความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ฝึกความสามารถในการสื่อสาร ผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มที่เอื้อให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึก เรื่องราว และประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร มีความสามารถในการสื่อสารสูงกว่าจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1.1 ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าโปรแกรมพัฒนาการสื่อสารสามารถพัฒนาความสามารถในการสื่อสารของจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้ที่ต้องการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารให้กับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนสามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนในเขตพื้นที่อื่นๆ ได้ โดยจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนจะต้องมีอายุไม่เกิน 65 ปี และมีการและสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

1.2 งานวิจัยครั้งนี้ ใช้เทคนิคการฝึกอบรมแบบกลุ่มในการดำเนินโปรแกรม ดังนั้น ผู้ที่สนใจจะนำโปรแกรมฯ ไปใช้ควรมีความรู้และความสามารถเกี่ยวกับเทคนิคการฝึกอบรมแบบกลุ่มเป็นอย่างดี

1.3 เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มมีอายุมาก ฉะนั้นการดำเนินกลุ่มอาจจะใช้เวลาเพิ่มขึ้นในแต่ละกิจกรรม ผู้ที่นำโปรแกรมฯ ไปใช้ในกลุ่มจิตอาสาที่อยู่ในวัยเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ควรเพิ่มการอธิบายที่ละเอียดมากขึ้น และอาจจะมีการสาธิตในบางกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเข้าใจตรงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นจิตอาสาและผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น อาจมีการนำการวิจัยนี้ไปศึกษาและพัฒนาการสื่อสารแก่กลุ่มอื่นๆ ด้วย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มจิตอาสาที่เป็นเยาวชน บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในบริบทที่หลากหลาย เช่น ระดับการศึกษา อายุ เป็นต้น

2.2 ควรมีการติดตามผลในระยะหลังทดลอง โดยวัดความสามารถในการสื่อสารซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองเป็นเวลา 1, 3, 6 เดือน เพื่อสำรวจว่าความสามารถในการสื่อสารนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และเป็นการตรวจสอบว่าเมื่อเวลาผ่านไปความสามารถในการสื่อสารจะยังคงอยู่หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- Beaulieu, L. J. (1992). *Communication process and leadership*. Retrieved from <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/CD/CD1300.pdf>
- Butkan, C. (2008). *phon khong kan fuk oprom bæp klum ruam kap thritsadi ræng chungchai phua kan pongkan rok Et khong kæn nam nakrian matthayommasuksa amphœ nikhom khamsoi changwat Mukdahan*. [The effects of peer groups training together with protection motivation theory for AIDS prevention among students' leaders in secondary school at Nikomkumsoi District, Mukdahan Province] (Doctoral dissertation thesis, Mahasarakham University).
- Chansukon, C. (2007). *botbat sommotti botbat thi mai khuan mong kham: kora ni suksa kan rian kanson klum wicha sangkhommasuksa* [Role Play the Role That Should Not Be Overlooked: A Case Study in Social Studies] *Journal of Educational*, 8(3), 28-35.
- Chipheth, D. (2006). *phon khong kan fuk thaksa kansusan nai huana ho phupuai to samphanthaphap rawang huana ho phupuai kap phayaban prachamkan* [The Effect of Communication Skills Training on Head Nurse-staff Nurses Relationship]. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 18(2), 60-72.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Fuangfupong, K. (2011). *kanrapru khwamsamat khong toneng kan mong lok nai ngæ di læ khwam phukphan nai ngan : korani suksa phanakngan borisat phalit læ chamnai khruangsamang læ ya raksa rok hæng nung* [Perception of Self-Efficacy, Optimism and Job Engagement: A Case Study of Employees of Personal and Health Care] (Doctoral dissertation thesis, Thammasat University)

- Khamphong, P. (2013). *kanphatthana thaksa kansusan rawang bukkhon khong bukkhalakon klum kanphayaban rongphayaban phon na kæo changwat sakon nakhon* [Development of interpersonal communication skills of nursing organizational staff at Ponnakaew Hospital, Sakon Nakhon] (Doctoral dissertation thesis, Khon Kaen University).
- Kitekeereerut, S. (2014). *phon khong prokræm phatthanakan khaothung chitchai phu un khong naksuksa duai kanhai kan pruksa klum* [Effects if Empathy Development Program for Students by Group Counselling]. *Journal of Education*, 37(1), 148-156.
- Kukkong, P. (2015). *samatthana dan kansusan sukkhaphap khong asasamak sathanasuk changwat Khon Kaen* [Health Communication Competency of Village Health Volunteers in Khon Kaen Province]. *Humanity and Social Science Journal (GTHJ)*, 21(2), 187-197.
- Mop Rangwan Mittraphap Bambat Di Den Chitasa Chai Phalangchai funfu dulæ phupuai [The Award for Outstanding Volunteer Treatment Friendship Power Rehabilitation Care for Patients]. (2014). *MGR Online*. Retrieved From <https://mgronline.com/qol/detail/9570000128055>
- National Health Security Office. (2014). *Sor Por Sor Chaw. khet nung Chiang Mai nam thim khana tham ngan longphun thi ruam ngan mahakam talatnat khwam di chit asa khrang thi ha pracham pi nungphanharoijhasipchet mi chai mi thim mi thun ruam kuanun phua khwam manchai* [NHSO Security field. 1, Chiang Mai, the working group. The Expo volunteer work market good times. "Be a team has a joint support for confidence."]. Retrieved From <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTI4Nw==>

- Ozkana, H., Dalia, M., Bingolb, E., Metinc S. C., & Yaralib, D. (2014). Examining the relationship between the communication skills and self-efficacy levels of physical education teacher candidates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152(2014), 440 – 445. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.09.228
- Phenya, P. (1974). *phonkan hai kham pruksa bæp klum thi mi to kanphatthana kansusan rawang bukkhon* [The effect of group counseling on the development of interpersonal communication] (Master Thesis, Srinakharinwirot University)
- Phongphanom, T. (2011). *sing topthæen chak kan pen asasamak tam tritsati kan lækplian thang sangkhom : korani sukxa asasamak chao Yipun nai munnithi ban romsai* [社会交換理論からみた日本人がボランティア活動を行う理由：バーンロムサイ財団を事例に] (Doctoral dissertation thesis (Japanese), Chiang Mai University).
- Phophanao, S. (2009). *kanphatthana kansusan nai samnakngan khet phunthi kansuksa Nakhon Ratchasima khet song* [Development Communication in Educational Service Area 2 Nakhon Ratchasima] (Doctoral dissertation thesis, Mahasarakham University).
- Rungroth, R. (2016). *kanphatthana khwamsamat nai kansusan rawang bukkhon doi chai prokræm fuk oprom chæng chittawitthaya* [Development of The Interpersonal Communication Competences by Using Psychological Training Program] (Master Thesis, Srinakharinwirot University)
- Sanmartín, M. G., Carbonell, A. E., & Banos, C. P. (2011). Relationships among empathy, prosocial behavior, aggressiveness, self-efficacy and pupils' personal and social responsibility. *Psicothema*, 23(1), 13-19.

- Srinon, C. (2003). *phonkan fuk oprom doi chai klum phua chuai phuan phua phatthana khwamsamat nai kan pangkan kan sep yaba nai nakrian chan matthayommasuksa pi thi song rongrian thetsaban si wat bang phraek nua changwat nonthaburi* [The Effects of Training Using a Group to Help a Friend to Develop the Ability to Prevent Drug of Student Grade 2, Wat Bang Phraek Nua Municipal School]. (Doctoral dissertation thesis, Srinakharinwirot University).
- Teerapong, T. (2006). *phon khong klum phatthana ton lae kan pruksa chaeng chittawitthaya naeo phut nen sin lae panya to samphanthaphap kan pruksa chaeng chittawitthaya lae phon nuang to khwamphungphochai khong phu rap borikan* [Effect of Buddhist Personal Growth and Counseling Group Emphasizing Sila and Panna on Counseling Relationship and It's Consequence on Client Satisfaction]. (Doctoral dissertation thesis, Chulalongkorn University)
- Thananun, S. (2011). *kanphatthana sapphayakon manut (Phim khrang thi hok)* [Human Resource Development (6th ed.)]. Bangkok: TPN Press.
- Thimayom, P. (2011). *phon khong kan prokraem phatthanakan rapru khwamsamat khong ton thi mi to phruttikamkan dulae khon eng khong phu rap borikan ammaphat khrungsik* [Using of the Effect of Self-Efficacy Program on Self-Care Behavior of Hemiparesis Clients]. (Doctoral dissertation thesis, Srinakharinwirot University)
- Wasee, P. (2007). *Chit Asa Nai Rongphayaban* [Volunteer in The Hospital]. Retrieved From <https://www.gotoknow.org/posts/312855>