

สุนทรียสนทนาในการสอนการสื่อสารเพื่อการบำบัด: แนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาล

(วันที่รับบทความ: 13 ส.ค. 2569 วันที่แก้ไขบทความ: 15 ส.ค. 2569 วันที่ตอบรับบทความ: 17 ส.ค. 2569)

ศุภานัน ยอดแคล้ว¹ วชิรี อมรโรจน์วรวุฒิ²

บทคัดย่อ

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสมรรถนะสำคัญของนักศึกษาพยาบาลและเป็นส่วนเฉพาะของการสื่อสารทางสุขภาพ โดยเฉพาะในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่นักศึกษาต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพ เข้าใจประสบการณ์ของผู้รับบริการ และตอบสนองอย่างมีเป้าหมาย การเรียนรู้แบบมุ่งจำเทคนิคจึงอาจไม่เพียงพอสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและมีอารมณ์เข้มข้น บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดและแนวทางประยุกต์ใช้สุนทรียสนทนาในการสอนการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายจากฐานข้อมูลสากล ฐานข้อมูลไทย และเอกสารทฤษฎีต้นทาง บทความเสนอกรอบที่กำหนดให้สุนทรียสนทนาเป็นกระบวนการเรียนรู้ การสะท้อนคิดเป็นกลไกเปลี่ยนประสบการณ์ให้เป็นความเข้าใจ การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสมรรถนะผลลัพธ์ และการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นผลลัพธ์ปลายทาง พร้อมแนวทางจัดกิจกรรม 5 ระยะ กรณีศึกษา บทบาทอาจารย์ ตัวอย่างคำถาม และเกณฑ์ประเมินแบบหลายแหล่งข้อมูล แนวทางนี้ช่วยเชื่อมความรู้ ทักษะ การตระหนักรู้ในตนเอง และเหตุผลทางคลินิก โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทางจิตใจ ความสมัครใจ การรักษาความลับ ขอบเขตวิชาชีพ และการไม่ใช้วงเรียนรู้แทนการบำบัดทางจิตเวช

คำสำคัญ: สุนทรียสนทนา, การสื่อสารเพื่อการบำบัด, การสะท้อนคิด, นักศึกษาพยาบาล, อาจารย์พยาบาล

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

²คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: ศุภานัน ยอดแคล้ว, e-mail: suphanan.yod@neu.ac.th

Dialogue in Teaching Therapeutic Communication: A Guide for Nursing Instructors

(Received: August 13, 2026 Revised: August 15, 2026 Accepted: August 17, 2026)

Suphanan Yodklaew¹ Wacharee Amornrojanavaravutti²

Abstract

Therapeutic communication is a core nursing competency and a focused form of health communication, particularly in mental health and psychiatric nursing, where students use the self as a therapeutic instrument to establish relationships, understand service users' experiences, and respond purposefully. Memorizing communication techniques alone may be insufficient for complex and emotionally charged encounters. This academic article presents a conceptually grounded and practice-oriented approach to using dialogue to teach therapeutic communication. A narrative review of international and Thai databases and seminal theoretical sources was undertaken. The framework positions dialogue as the learning process, reflection as the mechanism that transforms experience into understanding, therapeutic communication as the competency outcome, and person-centered care as the distal outcome. A five-phase learning sequence is presented: creating a psychologically safe space, connecting with experience, listening and exploring meaning, professional reflection, and transfer to practice. A case example, instructor roles, sample prompts, and a multi-source assessment approach are provided. The framework integrates knowledge, communication skills, self-awareness, and clinical reasoning while maintaining psychological safety, voluntariness, confidentiality, and professional boundaries. Learning dialogue must not replace mental health treatment.

Keywords: dialogue, therapeutic communication, reflection, nursing students, nursing instructors

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University

²Dean, Faculty of Nursing, Northeastern University

Corresponding author: Suphanan Yodklaew, e-mail: suphanan.yod@neu.ac.th

บทนำ

การสื่อสารเพื่อการบำบัดมิใช่เพียงการเลือกใช้ถ้อยคำหรือเทคนิคการถาม แต่เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งอาศัยการฟัง ความเข้าใจ การสังเกต พฤติกรรมทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา การเคารพ ความเป็นบุคคล และการรักษาขอบเขตของสัมพันธภาพวิชาชีพ การวิเคราะห์แนวคิดพบว่า การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นทั้งเครื่องมือสร้างสัมพันธภาพ กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล สมรรถนะทางคลินิก และองค์ประกอบของการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ⁽¹⁾ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงต้องสามารถเชื่อมความรู้เชิงทฤษฎีกับการรับรู้อารมณ์ของตน การทำความเข้าใจ ความหมายของผู้รับบริการ และการเลือกตอบสนองที่สอดคล้องกับสถานการณ์

หลักฐานเชิงสังเคราะห์ชี้ว่า การพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลได้ผลเมื่อผู้เรียนมีโอกาสลงมือปฏิบัติ ได้รับข้อมูลป้อนกลับ และทบทวนประสบการณ์ มากกว่าการเรียนรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว ^(2,3) การจำลองสถานการณ์ ผู้ป่วยมาตรฐาน การแสดงบทบาทสมมติ การเรียนรู้แบบผสมผสาน และการสะท้อนคิด ล้วนช่วยสร้างพื้นที่ฝึกที่ปลอดภัยก่อนเผชิญผู้รับบริการจริง ^(2,3) ในบริบทการพยาบาลจิตเวช งานวิจัยไทยพบว่า การสะท้อนคิดเป็นกลุ่มร่วมกับสุนทรียสนทนาช่วยเพิ่มทักษะกระบวนการคิดทางการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ⁽⁴⁾ ขณะที่การ

เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองและผู้ป่วยจิตเวชมาตรฐานช่วยเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ^(5,6)

ความท้าทายสำคัญคือ นักศึกษาบางคนรู้ชื่อเทคนิคแต่ยังฟังเพื่อเข้าใจได้ไม่ลึกพอ รีบให้คำแนะนำ หลีกเลียงความเจ็บ หรือกังวลว่าจะตอบผิด เมื่อเผชิญความเศร้า ความโกรธ ความหลงผิด หรือการปฏิเสธการรักษา นักศึกษาจึงต้องพัฒนาทั้งความตระหนักรู้ในตนเองและความสามารถอยู่กับความไม่แน่นอน งานศึกษานักศึกษาพยาบาลพบระดับความตระหนักรู้ในตนเองค่อนข้างต่ำและความเครียดในระดับปานกลาง จึงเสนอให้มีโปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้และความผาสุกของผู้เรียน ⁽⁷⁾ ประเด็นนี้สนับสนุนการจัดการเรียนรู้ที่ได้ประเมินเฉพาะคำตอบที่ถูกต้อง แต่เปิดพื้นที่ให้ผู้เรียนสังเกตความคิด ความรู้สึก อคติ และแรงผลักดันของตนก่อนเลือกตอบสนอง

สุนทรียสนทนาเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ให้คุณค่ากับการฟังอย่างลึกซึ้ง การชะลอการตัดสิน การหลุดจากประสบการณ์จริง และการสำรวจความหมายร่วมกัน เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาพยาบาล กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการเรียนรู้ที่เชื่อมประสบการณ์ การคิดอย่างเป็นระบบ และการทบทวนตนเอง ⁽⁸⁾ อีกทั้งสอดคล้องกับบทบาทของอาจารย์พยาบาลยุคใหม่ที่ต้องสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และนวัตกรรมทางวิชาการ ⁽⁹⁾ รวมถึงการปลูกฝังความผูกพันและความภาคภูมิใจในวิชาชีพผ่านพื้นที่เรียนรู้ที่เคารพเสียงของผู้เรียน ⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ดี สุนทรียสนทนาไม่เท่ากับการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพราะวงสนทนามีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วม ขณะที่การสื่อสารเพื่อการบำบัดมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ และอยู่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ บทความนี้จึงเสนอกรอบที่ชัดเจนว่า สุนทรียสนทนาเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ การสะท้อนคิดเป็นกลไกที่ช่วยเปลี่ยนประสบการณ์เป็นความเข้าใจ และการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสมรรถนะผลลัพธ์ กรอบดังกล่าวช่วยป้องกันการใช้แนวคิดแทนกันอย่างคลาดเคลื่อน และทำให้อาจารย์สามารถออกแบบกิจกรรมที่เชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมทางคลินิกที่สังเกตและประเมินได้

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด ความเชื่อมโยง และแนวทางประยุกต์ใช้สุนทรียสนทนาในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการฟังอย่างลึกซึ้ง การตระหนักรู้ในตนเอง และทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งเสนอแนวทางออกแบบกิจกรรม บทบาทอาจารย์ การสะท้อนคิด และการประเมินผลที่สามารถนำไปใช้ในชั้นเรียน ห้องปฏิบัติการ และการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติ

วิธีการสืบค้นและสังเคราะห์เอกสาร

บทความนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายโดยสืบค้นเอกสารถึงวันที่ 9 กรกฎาคม 2569 จาก PubMed/MEDLINE, Google Scholar และ ThaiJO รวมทั้งเว็บไซต์หน่วยงานวิชาชีพและสำนักพิมพ์ของเอกสารทฤษฎีต้นทาง คำค้นภาษาอังกฤษประกอบด้วย “dialogue”,

“Bohmian dialogue”, “reflective learning”, “health communication”, “therapeutic communication”, “nursing students”, “nursing education” และ “debriefing” โดยใช้ AND และ OR เชื่อมคำค้น ส่วนคำค้นภาษาไทย ได้แก่ “สุนทรียสนทนา” “การสะท้อนคิด” “การสื่อสารทางสุขภาพ” “การสื่อสารเพื่อการบำบัด” และ “นักศึกษาพยาบาล” กำหนดช่วงปีเผยแพร่หลัก พ.ศ. 2559–2569 และเปิดรับเอกสารก่อนช่วงเวลาดังกล่าวเมื่อเป็นแหล่งทฤษฎีต้นทาง

เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เอกสารฉบับเต็ม ภาษาไทยหรืออังกฤษที่อธิบายแนวคิดสุนทรียสนทนา การสะท้อนคิด การสื่อสารเพื่อการบำบัด หรือผลของการจัดการเรียนรู้ด้านการสื่อสารในนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตัดเอกสารซ้ำ เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ และข้อเขียนที่ไม่มีแหล่งอ้างอิงออก จากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็นเป็น 3 แกน ได้แก่ สุนทรียสนทนาในฐานะกระบวนการเรียนรู้ การสะท้อนคิดในฐานะกลไก และการสื่อสารเพื่อการบำบัดในฐานะสมรรถนะผลลัพธ์ การทบทวนนี้ไม่ใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบ จึงไม่ใช่ผลเพื่อประมาณขนาดอิทธิพลหรือสรุปว่าวิธีหนึ่งเหนือกว่าวิธีอื่น การคัดกรองพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และเอกสารฉบับเต็ม ตรวจรายการซ้ำจากชื่อเรื่อง ผู้แต่ง และ DOI โดยให้ความสำคัญกับเอกสารทฤษฎีต้นทาง บทความที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ งานทบทวนเชิงระบบ และมาตรฐานจากองค์กรวิชาชีพ เอกสารที่นำมาสังเคราะห์และอ้างอิงในบทความมี

จำนวน 21 เรื่อง ทั้งนี้ได้บันทึกจำนวนผลลัพธ์ในแต่ละฐานข้อมูลไว้ตั้งแต่เริ่มต้น จึงรายงานเฉพาะจำนวนเอกสารที่นำมาสังเคราะห์เพื่อไม่ให้เกิดการประมาณข้อมูลย้อนหลัง

การสื่อสารเพื่อการบำบัดในฐานะสมรรถนะผลลัพธ์

การสื่อสารทางสุขภาพเป็นกรอบกว้างที่ครอบคลุมการแลกเปลี่ยนข้อมูล การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจร่วม และความร่วมมือกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ส่วนการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพที่มีเป้าหมายเฉพาะต่อความต้องการและประโยชน์ของผู้รับบริการ การแยกสองระดับนี้ช่วยให้อาจารย์ไม่ลดการสื่อสารทางสุขภาพเหลือเพียงการให้ข้อมูล และไม่ขยายการสื่อสารเพื่อการบำบัดจนขาดขอบเขตหรือเป้าหมายทางคลินิก

การสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นการสื่อสารอย่างมีเจตนาและมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการแสดงความคิดและความรู้สึก เข้าใจปัญหา ค้นหาทางเลือก และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ลักษณะสำคัญประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพบนความไว้วางใจและความเคารพ 2) การฟังและสังเกตอย่างตั้งใจ 3) การตอบสนองที่สะท้อนความหมายและความรู้สึก 4) การใช้คำถามปลายเปิด ความเงียบ การทวนความ การทำให้กระจ่าง และการสรุปอย่างเหมาะสม 5) การปรับการสื่อสารตามสภาวะ อารมณ์ วัฒนธรรม และความสามารถในการรับรู้ของผู้รับบริการ และ 6) การรักษาขอบเขตวิชาชีพและความลับ^(1,11)

สมรรถนะดังกล่าวมีสามมิติที่ต้องพัฒนาควบคู่กัน ได้แก่ ความรู้ว่าการตอบสนองใดเหมาะสมทักษะในการใช้เสียง สีหน้า ท่าทาง จังหวะ และความเงียบ และการใช้ตนเองอย่างตระหนักรู้ กล่าวคือ ผู้เรียนต้องสังเกตได้ว่าอารมณ์ ความเชื่อหรือประสบการณ์ส่วนตัวกำลังมีอิทธิพลต่อการฟังและการตอบสนองอย่างไร การประเมินจึงไม่ควรจำกัดที่การระบุชื่อเทคนิค แต่ต้องพิจารณาคุณภาพของสัมพันธภาพ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และเหตุผลทางคลินิกที่รองรับการเลือกใช้คำตอบ^(1,3)

ขอบเขตเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ สัมพันธภาพพยาบาล-ผู้รับบริการมีความไม่สมมาตรด้านอำนาจและข้อมูล พยาบาลจึงต้องรับผิดชอบต่อการรักษาความเป็นวิชาชีพ ไม่เปิดเผยตนเองเกินความจำเป็น ไม่สร้างการพึ่งพิง และไม่เปลี่ยนเป้าหมายไปตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของผู้ให้การดูแล⁽¹¹⁾ ประเด็นนี้ควรฝึกผ่านสถานการณ์ที่มีความกำกวม มิใช่สอนเป็นข้อห้ามแยกจากบริบท

ความท้าทายของการสอนการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ประการแรก ความรู้เชิงประกาศไม่รับประกันการปฏิบัติ ผู้เรียนอาจเลือกเทคนิคได้ถูกในข้อสอบ แต่เมื่ออยู่ต่อหน้าผู้รับบริการจริงกลับเร่งถามตามแบบประเมิน ใช้คำถามหลายข้อพร้อมกันหรือให้คำแนะนำก่อนเข้าใจประสบการณ์ การวิจย ทบทวนและการศึกษาการเรียนรู้แบบผสมผสานจึงสนับสนุนกิจกรรมที่ผู้เรียนได้ฝึก ปรับปรุง และรับข้อมูลป้อนกลับหลายรอบ^(2,3,12)

ประการที่สอง สถานการณ์จิตเวชมีความซับซ้อนและกระทบอารมณ์ ผู้เรียนอาจรู้สึกกลัว อึดอัด สงสาร หรือไม่มั่นใจใจ ความรู้สึกเหล่านี้ อาจทำให้หลีกเลี่ยงประเด็นสำคัญ ได้แย่งเนื้อหาความหลงผิดหรือลอบใจแบบเร่งรัด การเรียนรู้จึงต้องช่วยให้ผู้เรียนรู้เท่าทันปฏิกิริยาของตน และแยกสิ่งที่สังเกตได้ออกจากการตีความ⁽⁷⁾

ประการที่สาม ผู้เรียนมีประสบการณ์วัฒนธรรม และความพร้อมไม่เท่ากัน การอภิปรายแบบถาม-ตอบต่อหน้าชั้นอาจทำให้บางคนเงียบเพราะกลัวถูกประเมิน ขณะที่ผู้พูดคล่องอาจครอบงำวงสนทนา การจัดพื้นที่ที่มีข้อตกลงร่วม การไม่บังคับเปิดเผยเรื่องส่วนตัว และการกระจายโอกาสพูดอย่างเท่าเทียม จึงเป็นเงื่อนไขของการเรียนรู้อย่างปลอดภัย

ประการที่สี่ การประเมินมักเน้นผลลัพธ์ครั้งเดียว ทั้งที่สมรรถนะการสื่อสารพัฒนาเป็นลำดับ การประเมินที่เหมาะสมควรรวมการประเมินเพื่อพัฒนา เช่น บันทึกสะท้อนคิด การสังเกตโดยเพื่อน ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วยมาตรฐาน และการประเมินโดยอาจารย์ กับการประเมินตัดสินผลโดยใช้เกณฑ์เดียวกันอย่างโปร่งใส^(2,5,6)

แนวคิดและหลักการของสุนทรียสนทนา

แนวคิดสุนทรียสนทนา มีรากฐานสำคัญจาก Bohm ซึ่งอธิบาย dialogue ว่าเป็นการไหลเวียนของความหมายระหว่างผู้เข้าร่วม ผู้สนทนาร่วมกัน สังเกตความคิดและชะลอการยึดถือสมมติฐานของตน แทนการพยายามเอาชนะหรือเร่งข้อสรุป⁽¹³⁾ Isaacs พัฒนาแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติผ่าน

หลักการฟัง เคารพ ชะลอการตัดสิน และแสดงเสียงของตนอย่างจริงแท้ เพื่อให้กลุ่มสามารถคิดร่วมกันได้⁽¹⁴⁾ ขณะที่ Freire อธิบายการสนทนาในฐานะความสัมพันธ์การเรียนรู้ที่ผู้สอนและผู้เรียนร่วมตั้งคำถามและสร้างความรู้ แทนการรับความรู้แบบฝ่ายเดียว⁽¹⁵⁾ ดังนั้น สุนทรียสนทนาในบทความนี้จึงเป็นทั้งกระบวนการสำรวจความหมายและท่าทีทางการศึกษาที่ลดการผูกขาดคำตอบ

หลักปฏิบัติสำคัญประกอบด้วย 1) ฟังเพื่อเข้าใจ มีใจฟังเพื่อเตรียมตอบ 2) เคารพศักดิ์ศรีและความแตกต่าง 3) ชะลอการตัดสินและตรวจสอบสมมติฐานของตน 4) พูดอย่างจริงแท้โดยรับผิดชอบต่อประสบการณ์ของตน และ 5) สร้างพื้นที่ปลอดภัยที่สมาชิกเลือกพูดหรือเว้นการพูดได้ หลักฐานในนักศึกษาพยาบาลไทยพบว่า การเรียนรู้ที่พัฒนาสุนทรียสนทนา การสะท้อนคิด และการฟังอย่างลึกซึ้งทำให้คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน⁽¹⁶⁾ การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลจึงต้องเพิ่มการรักษาความลับ ขอบเขตวิชาชีพ และการเชื่อมกลับสู่เหตุผลทางคลินิก^(4,8) ในเชิงปฏิบัติ สุนทรียสนทนาประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง การเคารพ การเปล่งเสียงจากประสบการณ์ และการแขวนลอยข้อสันนิษฐานชั่วคราวเพื่อสำรวจความหมายร่วมกัน จึงแตกต่างจากการอภิปรายที่มุ่งโต้แย้งหรือหาข้อสรุป การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดที่มุ่งช่วยเหลือผู้รับบริการ การสะท้อนคิดที่มุ่งทบทวนประสบการณ์ และการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองที่มีกรอบการเรียนรู้เฉพาะ อย่างไรก็ตาม การพักข้อสันนิษฐานไว้ชั่วคราวมิได้หมายถึงการละทิ้งวิจารณ์ญาณทาง

วิชาชีพ เมื่อพบสัญญาณเสี่ยงต้องให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเป็นอันดับแรก

การสะท้อนคิดทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมวงสนทนากับสมรรถนะทางคลินิก ผู้เรียนทบทวนเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึก การประเมิน การวิเคราะห์ ข้อสรุป และแผนปฏิบัติครั้งต่อไปตามวงจรของ Gibbs⁽¹⁷⁾ หลักฐานร่วมสมัยพบว่า คำถามสะท้อนคิดที่ฝังในบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาการสะท้อนที่พันระดับบรรยาย⁽¹⁸⁾ และการอภิปรายหลังสถานการณ์ที่วางแผนเป็นระบบ เปิดรับการสนทนา และให้คุณค่าด้านบวกเอื้อต่อการคิดสะท้อนของผู้เรียนพยาบาล⁽¹⁹⁾ การสะท้อนคิดจึงต้องนำไปสู่การอธิบายเหตุผล ตรวจสอบมุมมอง และทดลองพฤติกรรมใหม่ มิใช่เพียงรายงานความรู้สึก

ตารางที่ 1 ความเชื่อมโยงจากกระบวนการเรียนรู้สู่สมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบำบัด

องค์ประกอบการเรียนรู้	สิ่งที่เกิดกับผู้เรียน	พฤติกรรมเป้าหมายในการสื่อสารเพื่อการบำบัด
การฟังอย่างลึกซึ้ง	ชะลอการตอบและติดตามความหมาย	ฟังต่อเนื่อง สังเกตคำพูด-อวัจนภาษา และไม่ขัดจังหวะ
การชะลอการตัดสิน	แยกข้อเท็จจริงออกจากการตีความ	ตรวจสอบความเข้าใจและหลีกเลี่ยงการตีตรา
การพูดจากประสบการณ์	ตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ของตน	ใช้ตนเองอย่างเหมาะสมและไม่ผลักภาระอารมณ์ให้ผู้รับบริการ
การสำรวจความหมายร่วม	มองเห็นหลายมุมและความไม่แน่นอน	ใช้คำถามปลายเปิด การทวนความ และการทำให้กระจ่าง
การสะท้อนคิด	เชื่อมประสบการณ์กับเหตุผลทางวิชาชีพ	เลือก ปรับ และอธิบายการตอบสนองตามบริบท

ความเชื่อมโยงระหว่างสุนทรียสนทนากับการสื่อสารเพื่อการบำบัด

ความเชื่อมโยงอธิบายเป็นห่วงโซ่ 4 ส่วน คือ สุนทรียสนทนาสร้างประสบการณ์การฟังและคิดร่วมกัน การสะท้อนคิดทำให้ผู้เรียนเห็นรูปแบบภายในและเหตุผลที่กำกับการสื่อสาร ผู้เรียนถ่ายโอนความเข้าใจสู่สมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบำบัด และสมรรถนะดังกล่าวสนับสนุนการดูแลที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การถ่ายโอนไม่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อาจารย์ต้องชวนเชื่อมประสบการณ์กับพฤติกรรมทางคลินิก เช่น วิเคราะห์ว่าความรู้สึกเมื่อถูกเร่งให้ตอบสนองสัมพันธ์กับการใช้ความเจียบและคำถามปลายเปิดอย่างไร (ตารางที่ 1)

แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้

แนวทางต่อไปนี้ออกแบบสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ใช้เวลา 90–120 นาที กลุ่มละประมาณ 8–12 คน และสามารถปรับใช้ก่อนหรือหลังสถานการณ์จำลอง ทั้งนี้อาจารย์ควรแจ้งวัตถุประสงค์และเกณฑ์ประเมินล่วงหน้า ทั้ง 5 ระยะเป็นโครงช่วยอำนวยความสะดวกจากแนวคิดของ Bohm, Isaacs และ Freire ร่วมกับวงจรการสะท้อนคิดของ Gibbs และหลักฐานการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดและการอภิปรายหลังสถานการณ์^(13–19) มิใช่สูตรตายตัว อาจย้อนกลับสู่ระยะก่อนหน้า อยู่กับความเงียบ หรือชะลอข้อสรุปตามความพร้อมของผู้เรียนได้

ระยะที่ 1 เตรียมพื้นที่ปลอดภัย (10–15 นาที)

จัดที่นั่งเป็นวงโดยไม่มีสิ่งกีดขวาง ตกลงร่วมกันเรื่องการฟังโดยไม่ขัดจังหวะ การไม่เปิดเผยเรื่องของเพื่อนนอกชั้นเรียน สิทธิที่จะเว้นการตอบ การวิจารณ์พฤติกรรมโดยไม่ตัดสินบุคคล และช่องทางขอความช่วยเหลือหากเกิดความไม่สบายใจ อาจารย์เริ่มด้วยการฝึกหยุดนิ่งและรับรู้ลมหายใจสั้น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนกลับมาอยู่กับปัจจุบัน

ระยะที่ 2 เชื่อมโยงประสบการณ์ (15–20 นาที)

ใช้สถานการณ์กระตุ้น เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ไม่มีใครเข้าใจฉันหรอก” หรือปฏิเสธการสนทนาให้ผู้เรียนสังเกตคำตอบแรกที่ผุดขึ้น ความรู้สึกทางกาย อารมณ์ และสมมติฐาน โดยยังไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด คำถามนำ ได้แก่ “ประโยคนี้กระทบเราอย่างไร” และ “เราอยากทำอะไร เพราะเหตุใด”

ระยะที่ 3 ฟังและสำรวจความหมาย (25–30 นาที)

ให้ผู้เรียนผลัดกันเล่ามุมมองครั้งละ 2–3 นาที ผู้ฟังไม่ซักถามระหว่างเล่า จากนั้นทวนสิ่งที่ได้ยินโดยไม่ตีความ เจ้าของเรื่องยืนยันหรือแก้ไขความเข้าใจ อาจารย์สังเกตจังหวะการพูด การขัดจังหวะ การริบแนะนำ และความเงียบ แล้วใช้คำถามเปิดเพื่อให้วงเห็นความหมายหลายระดับ

ระยะที่ 4 สะท้อนคิดเชิงวิชาชีพ (20–25 นาที)

เชื่อมประสบการณ์กับหลักการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยพิจารณา 4 คำถาม: เกิดอะไรขึ้น เรารับรู้และตีความอย่างไร การตอบสนองใดอาจช่วยหรือขัดขวางผู้รับบริการ และครั้งต่อไปจะเลือกทำอะไร ให้ผู้เรียนทดลองสร้างคำตอบมากกว่าหนึ่งแบบ พร้อมอธิบายเหตุผล ข้อดี ข้อจำกัด และสัญญาณที่จะใช้ประเมินผล

ระยะที่ 5 ถ่ายโอนสู่การปฏิบัติ (20–30 นาที)

ฝึกบทบาทสมมติหรือผู้ป่วยมาตรฐานเป็นรอบสั้น ๆ ผู้สังเกตใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ปฏิบัติ หลังแต่ละรอบ ผู้ปฏิบัติประเมินตนเองก่อน ผู้รับบทหรือผู้ป่วยมาตรฐานสะท้อนผลกระทบที่ได้รับ เพื่อนให้ข้อมูลจากพฤติกรรมที่สังเกตได้ และอาจารย์สรุปประเด็นสำคัญ จากนั้นให้ทดลองซ้ำโดยเปลี่ยนคำตอบหนึ่งจุด

กรณีศึกษา: จากคำตอบอัตโนมัติสู่การสื่อสารเพื่อการบำบัด

กรณีศึกษาสมมตินี้ใช้เพื่อการเรียนรู้ มิใช่ข้อมูลผู้ป่วยจริง นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 สนทนากับผู้รับบริการชายอายุ 22 ปีซึ่งเข้ารับการรักษาล้างทำร้ายตนเอง ผู้รับบริการก้มหน้า พูดเบาว่า “ไม่มี

ใครเข้าใจผมหรือ อยู่ไปก็เป็นการ” นักศึกษารู้สึกตกใจและตอบทันทีว่า “อย่าคิดแบบนั้นเลยล่ะ ทุกคนเป็นห่วงคุณ” ผู้รับบริการเจ็บ หันหน้าออก และไม่สนทนาต่อ คำตอบดังกล่าวมีเจตนาดี แต่เป็นการปลอบใจแบบเร่งรัดและอาจปิดโอกาสที่ผู้รับบริการจะสื่อความทุกข์ ทั้งยังต้องคำนึงว่าข้อความดังกล่าวเป็นสัญญาณเสี่ยงที่ต้องประเมินความปลอดภัยตามแนวทางของหน่วยบริการ

ในวงสนทรีสนทนา อาจารย์ไม่เริ่มด้วยการตัดสินว่าคำตอบผิด แต่เชิญนักศึกษาสังเกตว่าได้ยินอะไร รู้สึกอย่างไร และสมมติฐานใดทำให้รับปลอบ นักศึกษาพบว่าตนกลัวความเจ็บและเชื่อว่าต้องทำให้ผู้รับบริการรู้สึกดีทันที เพื่อนร่วมวงทวนสิ่งที่ได้ยินโดยไม่แนะนำ จากนั้นอาจารย์ชวนแยกข้อเท็จจริงออกจากการตีความ และถามว่า “หากเป็นผู้รับบริการ คำตอบนี้อาจทำให้รู้สึกอย่างไร” กระบวนการช่วยให้นักศึกษาเห็นผลของความกังวลของตนต่อการฟัง โดยไม่ลดคุณค่าหรือตีตราผู้เรียน

เมื่อนำไปฝึกซ้ำ นักศึกษาหยุดสั้น ๆ จัดท่าทีให้อยู่ระดับสายตา และตอบว่า “คุณรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจ และการอยู่ต่อทำให้คุณรู้สึกเป็นภาระ ฉันอยากเข้าใจสิ่งที่คุณกำลังเผชิญมากขึ้น ตอนนี้คุณกำลังคิดทำร้ายตนเองหรือมีแผนจะทำอะไรกับตนเองหรือไม่” คำตอบนี้ประกอบด้วยการสะท้อนความหมาย การยอมรับความรู้สึก การเชิญชวนให้เล่าต่อ และการประเมินความเสี่ยงอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่ให้ถามความคิด แผน วิธีการ และความเร่งด่วนของการทำร้ายตนเองโดยตรงเมื่อมีข้อบ่งชี้⁽²⁰⁾ หากพบความ

เสี่ยง นักศึกษาต้องไม่รักษาความลับไว้คนเดียว แต่ต้องอยู่กับผู้รับบริการและรายงานอาจารย์หรือทีมรักษาทันที กรณีนี้แสดงจุดเชื่อมสำคัญว่า สนทรีสนทนาช่วยให้ผู้เรียนเห็นกระบวนการภายใน การสะท้อนคิดช่วยวิเคราะห์ผลและวางแผนใหม่ ส่วนการสื่อสารเพื่อการบำบัดปรากฏเป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เมื่อพบความเสี่ยง นักศึกษาต้องอยู่กับผู้รับบริการ ไม่ปล่อยให้ย่ำแย่ ลดการเข้าถึงสิ่งของอันตรายเท่าที่ อยู่ในขอบเขต เรียกพยาบาลผู้รับผิดชอบหรืออาจารย์ทันที ส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ เช่น ISBAR และบันทึกตามแนวทางหน่วยงาน โดยนักศึกษาไม่ตัดสินระดับความเสี่ยงหรือจัดการสถานการณ์ลำพัง^(19,20)

ตัวอย่างคำถามของอาจารย์

- คำถามเพื่อสังเกต: “เมื่อได้ยินประโยคนี้ คุณสังเกตอะไรในคำพูด น้ำเสียง ท่าทาง และในตนเอง”
- คำถามเพื่อแยกการตีความ: “ส่วนใดเป็นสิ่งที่สังเกตได้ และส่วนใดเป็นข้อสรุปของเรา”
- คำถามเพื่อสำรวจสมมติฐาน: “เราเชื่ออะไรอยู่ จึงอยากตอบเช่นนั้น”
- คำถามเพื่อมองจากผู้รับบริการ: “หากเราเป็นผู้รับบริการ คำตอบนี้อาจทำให้รู้สึกหรือทำอะไรต่อ”
- คำถามเพื่อเชื่อมหลักการ: “เทคนิคใดเหมาะสม เหตุใด และมีความเสี่ยงอะไรหากใช้ไม่ถูกจังหวะ”

• คำถามเพื่อถ่ายโอน: “ครั้งต่อไปคุณ จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ข้อใด และจะรู้ได้อย่างไร ว่าดีขึ้น”

บทบาทของอาจารย์พยาบาล

อาจารย์ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก การมีผู้ใช้ผู้ผูกขาดคำตอบ โดยต้องรักษาสมดุลระหว่าง การเปิดพื้นที่กับการกำกับมาตรฐานวิชาชีพ บทบาท ก่อนกิจกรรมคือคัดเลือกสถานการณ์ให้เหมาะสมกับ ระดับผู้เรียน ประเมินความเสี่ยง วางข้อตกลง และ เตรียมช่องทางช่วยเหลือ ระหว่างกิจกรรม อาจารย์ เป็นแบบอย่างของการฟัง สังเกตพลวัตอำนาจ เชิญชวนสมาชิกที่ยังไม่มีโอกาสพูด หยุดการสื่อสารที่ทำให้ เกิดการตีตรา และชี้ชวนให้แยกข้อเท็จจริงออกจากสมมติฐาน สมรรถนะสำคัญเพิ่มเติมคือการถือ พื้นที่ อ่านพลวัตอำนาจ เชื้อเชิญเสียงที่เงียบ จำกัด เสียงครอบงำ รับรองความขัดแย้งหรืออารมณ์เข้มข้น และปิดวงด้วยการตรวจสอบสถานะผู้เรียน (check-out) หรือการดึงความสนใจกลับสู่ปัจจุบัน (grounding)

หลังการสนทนา อาจารย์ต้องช่วยเชื่อม บทเรียนสู่หลักฐานและการตัดสินใจทางคลินิก ข้อมูลป้อนกลับควรเฉพาะเจาะจง อิงพฤติกรรม และ เสนอทิศทางการพัฒนา เช่น แทนคำว่า “ยังไม่เห็นใจ ผู้ป่วย” ให้ระบุ “เมื่อผู้รับบริการหยุดพูด คุณถาม คำถามใหม่ทันที ลองเว้นจังหวะ สะท้อนความรู้สึก และตรวจสอบความเข้าใจก่อน” แนวทางนี้ลดการ ตัดสินตัวตนและทำให้ผู้เรียนเห็นสิ่งที่ทดลองปรับได้ จุดเปลี่ยนจากการเปิดพื้นที่สร้างความหมายร่วมไปสู่ การสะท้อนคิดหรือแก้ไขพฤติกรรมเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียน

พร้อมเชื่อมประสบการณ์กับเหตุผลทางวิชาชีพ หรือ เมื่อพบพฤติกรรมที่อาจกระทบความปลอดภัย ซึ่ง อาจารย์ต้องให้ข้อมูลป้อนกลับและกำกับตาม มาตรฐานทันที

อาจารย์ต้องไม่ใช้วงสนทนาเพื่อบังคับ เปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัว ไม่วินิจฉัยผู้เรียน และ ไม่ทำหน้าที่นักบำบัดในชั้นเรียน หากเนื้อหากระตุ้น ความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญ ควรหยุด ให้ทางเลือก ถอนตัว ดูแลความปลอดภัยเบื้องต้น และเชื่อมต่อบ ระบบช่วยเหลือของสถาบันตามความเหมาะสม

การประเมินผลการเรียนรู้

การประเมินควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และใช้หลักฐานหลายแหล่ง ได้แก่ การสังเกตโดย อาจารย์ การประเมินตนเอง การสะท้อนจากเพื่อน และข้อมูลจากผู้ป่วยมาตรฐานหรือผู้รับบท โดย ประเมินทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเรียนรู้ เกณฑ์ ควรสื่อสารล่วงหน้าและใช้เพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ ก่อนนำไปตัดสินผล ควรแยกวงสุนทรียสนทนาเพื่อ การเรียนรู้เชิงก่อรูปออกจากประเมินตัดสินผล ไม่ให้คะแนนจากปริมาณการพูดหรือระดับการ เปิดเผยเรื่องส่วนตัว เพื่อลดอิทธิพลของอำนาจผู้สอน และการตอบเพื่อเอาใจ (ตารางที่ 2)

อาจกำหนดระดับคุณภาพ 4 ระดับ ได้แก่ 4 = ปฏิบัติได้สม่ำเสมอและปรับตามบริบทพร้อม อธิบายเหตุผล 3 = ปฏิบัติได้เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังต้องชี้แนะบางจุด 2 = ปฏิบัติได้บางส่วนแต่ไม่ สม่ำเสมอหรือเหตุผลยังไม่ชัด และ 1 = ยังไม่แสดง พฤติกรรมหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสัมพันธภาพ เกณฑ์ระดับต่ำต้องตามด้วยแผนฝึกซ้ำและข้อมูล

บ่อนกลับ มิใช่เพียงคะแนน การตัดสินผลควรรวม
หลักฐานจากแบบสังเกต สถานการณ์จำลอง และ
ตารางที่ 2 กรอบประเมินสมรรถนะการสื่อสารเพื่อการบำบัด

บันทึกสะท้อนคิด โดยกำหนดให้ทุกมิติได้น้อย
ระดับ 2 และมิติความปลอดภัยต้องผ่าน พฤติกรรม

มิติ	พฤติกรรมบ่งชี้	หลักฐานที่ใช้ประเมิน
การอยู่กับผู้รับบริการ	ใส่ใจ ไม่ขัดจังหวะ ใช้ความเจียบและอวัจนภาษา เหมาะสม	แบบสังเกต/วิดีโอ
การสำรวจความหมาย	ใช้คำถามปลายเปิด ทวนความ สะท้อนความรู้สึก และทำให้กระจ่าง	สถานการณ์จำลอง/ผู้ปวย มาตรฐาน
การตระหนักรู้ในตนเอง	ระบุอารมณ์ สมมติฐาน และผลต่อการตอบสนอง ของตนได้	บันทึกสะท้อนคิด/อภิปรายหลัง สถานการณ์
เหตุผลทางคลินิก	อธิบายเหตุผล ข้อจำกัด และปรับการสื่อสารตาม ข้อมูลใหม่	คำถามหลังปฏิบัติ/แฟ้มสะสมงาน
จริยธรรมและขอบเขต	เคารพสิทธิ ความลับ ความแตกต่าง และรักษา ขอบเขตวิชาชีพ	แบบสังเกต/กรณีศึกษา
ความปลอดภัย	รับรู้สัญญาณอันตราย ขอความช่วยเหลือ ส่งต่อ ข้อมูลแบบ ISBAR และอธิบายข้อยกเว้นของการ รักษาความลับได้	สถานการณ์จำลอง/กรณีศึกษา

วิกฤตที่ถือว่าไม่ผ่านแม้คะแนนรวมถึงเกณฑ์ ได้แก่
ไม่รายงานความเสี่ยง เปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ
หรือทิ้งผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงไว้ลำพัง

เงื่อนไข ความปลอดภัย และข้อควรระวัง

การจัดสุนทรียสนทนาต้องเริ่มจากความ
ปลอดภัยทางจิตใจ แต่ความปลอดภัยมิได้หมายถึง
การหลีกเลี่ยงความเห็นต่าง หากหมายถึงการที่
ผู้เรียนสามารถตั้งคำถาม ยอมรับความไม่รู้ และรับ
ข้อมูลบ่อนกลับโดยไม่ถูกลดคุณค่า อาจารย์ควรย้ำว่า
การรักษาความลับมีขอบเขต หากพบความเสี่ยงต่อ

การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ต้องดำเนินการตามระบบ
ช่วยเหลือและนโยบายสถาบัน เงื่อนไขหลักจึง
ประกอบด้วยความปลอดภัยทางจิตใจ ความสมัครใจ
การรักษาความลับภายใต้ข้อยกเว้นด้านความ
ปลอดภัย ขอบเขตวิชาชีพ และการไม่ใช้วงสนทนา
แทนการบำบัด ก่อนเริ่มควรทำ check-in และยืนยัน
ความยินยอมต่อกติกา ส่วนการปิดวงควรทำ check-
out หรือ grounding

การใช้วงสนทนากับชั้นเรียนขนาดใหญ่ควร
แบ่งกลุ่มย่อยและพัฒนาผู้นำกลุ่มให้เข้าใจข้อตกลง
เดียวกัน หากเวลาจำกัด ควรลดจำนวนประเด็น

มากกว่าตระยะสะท้อนคิด เพราะการสนทนาที่ไม่มี การเชื่อมสู่เหตุผลทางวิชาชีพอาจจบเพียงการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมินไม่ควรให้ คะแนนจากปริมาณการพูดหรือการเปิดเผยเรื่อง ส่วนตัว แต่พิจารณาคุณภาพการฟัง การใช้เหตุผล และการปรับพฤติกรรม อาจารย์และพยาบาลที่เลี้ยง ควบได้รับการเตรียมด้านการอำนวยความสะดวก การจัดการ อารมณ์เข้มข้น การรักษาขอบเขต และช่องทางส่งต่อ ผู้เรียนเข้าสู่ระบบให้คำปรึกษาหรือบริการสุขภาพจิต ของสถาบัน

ข้อจำกัดของแนวทางนี้คือ หลักฐานที่ศึกษา ผลของสุนทรียสนทนาโดยตรงต่อสมรรถนะการ สื่อสารเพื่อการบำบัดยังมีจำกัด หลักฐานบางส่วนมา จากการสะท้อนคิด การจำลองสถานการณ์ และการ เรียนรู้การสื่อสารในภาพรวม (2-6,12,16,18,19) ดังนั้น กรอบที่นำเสนอเป็นการสังเคราะห์เชิงแนวคิดและ แนวปฏิบัติที่ควรนำไปทดลอง ประเมินผล และปรับ ตามบริบท ไม่ควรกล่าวอ้างว่าเป็นรูปแบบที่ได้รับการ ยืนยันเหนือวิธีอื่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนางาน วิชาการ

อาจารย์ที่เริ่มใช้ควรทดลองกับหนึ่งหน่วย การเรียน บันทึกแผนกิจกรรม เวลา คำถามที่ใช้ ปัญหาที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของผู้เรียน แล้วทบทวน ร่วมกับทีมรายวิชา ตัวชี้วัดเบื้องต้นอาจประกอบด้วย คะแนนจากสถานการณ์จำลอง คุณภาพบันทึก สะท้อนคิด ความมั่นใจของผู้เรียน และข้อเสนอแนะ จากผู้ปวยมาตรฐาน เมื่อมีข้อมูลเพียงพอจึงพัฒนา เป็นการวิจัยในชั้นเรียน เช่น การวิจัยกึ่งทดลอง การ

วิจัยแบบผสมผสาน หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทั้งนี้ ควรใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ ตรวจสอบความ เทียบตรงของเกณฑ์ประเมิน และดำเนินการด้าน จริยธรรมการวิจัยตามข้อกำหนด

สรุป

สุนทรียสนทนามีศักยภาพเป็นกระบวนการ จัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลฝึกฟังอย่าง ลึกซึ้ง ชะลอการตัดสิน มองเห็นสมมติฐาน และ ตระหนักรู้ปฏิกิริยาของตน การสะท้อนคิดทำหน้าที่ เปลี่ยนประสบการณ์เหล่านี้ให้เป็นความเข้าใจและ แผนปรับพฤติกรรม ก่อนถ่ายโอนไปสู่การสื่อสารเพื่อ การบำบัดซึ่งเป็นสมรรถนะผลลัพธ์ การนำไปใช้อย่าง มีคุณภาพต้องกำหนดผลลัพธ์ที่สังเกตได้ จัดพื้นที่ ปลอดภัย เชื่อมการสนทนากับสถานการณ์ทางคลินิก ให้ข้อมูลย้อนกลับหลายแหล่ง และประเมินทั้ง พฤติกรรม เหตุผล และความสามารถในการปรับตาม บริบท อาจารย์ต้องรักษาความสมัครใจ ความลับ ขอบเขตวิชาชีพ และไม่เปลี่ยนวงเรียนรู้เป็นพื้นที่ บำบัด เมื่อดำเนินการอย่างเป็นระบบ แนวทางนี้จะ ช่วยให้การสอนก้าวจากการจำชื่อเทคนิคไปสู่การใช้ ตนเองอย่างมีสติ มีเหตุผล และรับผิดชอบต่อ ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Abdolrahimi M, Ghiyasvandian S, Zakerimoghdam M, Ebadi A. Therapeutic communication in nursing students: a Walker & Avant concept analysis. Electron Physician. 2017;9(8):4968-77. doi:10.19082/4968.

2. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, Gutiérrez-Puertas V, Granados-Gómez G, Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2241. doi:10.3390/ijerph17072241.
3. Hong S, Lee JY. Evaluation of therapeutic communication education for nursing students based on constructivist learning environments: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2022;119:105607. doi:10.1016/j.nedt.2022.105607.
4. อรัญญา บุญธรรม, พิมพัรัตน์ โทกุล. ผลของการใช้การสะท้อนคิดเป็นกลุ่มร่วมกับสุนทรียสนทนา เพื่อเสริมสร้างทักษะกระบวนการคิดทางการพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2565;15(4):17-26.
5. มณูชพาณี ขำวงษ์, สุทธนันท์ กัลละ, วิไลลักษณ์ ศิริมัย, ซาลินี หนูชูสุข. ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2563;36(1):201-12.
6. Nueangjaknak A, Thongpradab J, Chanapan N. Effects of learning via psychiatric standardized patients on nursing students' knowledge and self-confidence in therapeutic communication: a pilot study. *J Thai Nurse Midwife Counc*. 2025;40(1):82-101. doi:10.60099/jtnmc.v40i01.270236.
7. Hamaideh SH, Abuhammad S, Abu Khait A, Al-Modallal H, Hamdan-Mansour AM, Masa'deh R, et al. Levels and predictors of empathy, self-awareness, and perceived stress among nursing students: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024;23:131. doi:10.1186/s12912-024-01774-7.
8. ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร, วิไลวรรณ วัฒนานนท์. การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง โดยประยุกต์ใช้การคิดอย่างเป็นระบบ ตะกร้า 3 ใบ และสุนทรียสนทนา. *ขอนแก่น: สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น*; 2569.
9. วชิรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร. บทบาทผู้นำพยาบาลยุคใหม่ในการขับเคลื่อนองค์กรวิชาชีพไม่แสวงหาผลกำไรผ่านเครือข่ายวิชาการและนวัตกรรม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. 2568;17(2):1-12.
10. วิไลวรรณ วัฒนานนท์, ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร. การเสริมสร้างความผูกพันต่อสถาบันและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ: บทบาทและแนวทางการดำเนินงานของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัย

- พยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและสุขภาพชุมชน สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. 2569;1(1):1–23.
11. College of Nurses of Ontario. Professional boundaries and nurse-client relationships: practice standard [Internet]. Toronto: College of Nurses of Ontario; 2025 [cited 2026 Aug 3]. Available from: <https://www.cno.org/standards-learning/educational-tools/practice-support-tools/boundaries-in-the-nurse-client-relationship>
 12. Furnes M, Kvaal KS, Høye S. Communication in mental health nursing—Bachelor students' appraisal of a blended learning training programme—an exploratory study. BMC Nurs. 2018;17:20. doi:10.1186/s12912-018-0288-9.
 13. Bohm D. On dialogue. London: Routledge; 1996.
 14. Isaacs W. Dialogue and the art of thinking together: a pioneering approach to communicating in business and in life. New York: Currency; 1999.
 15. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Herder and Herder; 1970.
 16. นกตล เลื่อนนักรบ, ประภาพร เมืองแก้ว, วราภรณ์ ยศทวี, ดวงดาว เทพทองคำ, วาสนา ครุฑเมือง, สุปราณี หมื่นยา, วิภาวรรณ นวลทอง. ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้การเรียนรู้ออนไลน์ในระบบเปิดสำหรับมหาชน (MOOCs) เพื่อพัฒนาระบบการสนทรียสนทนา กระบวนการสะท้อนคิดและกระบวนการฟังอย่างลึกซึ้งของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. 2562;11(2):201–12.
 17. Gibbs G. Learning by doing: a guide to teaching and learning methods. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic; 1988.
 18. Janssen L, Schick K, Neurohr T, Pittroff SID, Reiser S, Bauer J, et al. Reflect to interact: fostering medical students' communication through reflection-focused e-learning. BMC Med Educ. 2024;24:541. doi:10.1186/s12909-024-05368-4.
 19. Oliveira SN, Martini JG, Caravaca-Morera JA, Prado ML, Canever BP, Bortolato-Major C, et al. Debriefing, a dialogical space for the development of reflective thinking in nursing. Rev Gaucha Enferm. 2024;45:e20230041. doi:10.1590/1983-1447.2024.20230041.en.
 20. World Health Organization. mhGAP training manual for the mhGAP

intervention guide for mental,
neurological and substance use
disorders in non-specialized health
settings—version 2.0 (for field testing)
[Internet]. Geneva: World Health
Organization; 2017 [cited 2026 Aug 9].
Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512639>

21. Agency for Healthcare Research and
Quality. TeamSTEPPS additional video:
SBAR in inpatient medical teams
[Internet]. Rockville (MD): Agency for
Healthcare Research and Quality; 2023
[cited 2026 Aug 15]. Available from:
[https://www.ahrq.gov/teamstepps-
program/resources/additional/sbar.html](https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/resources/additional/sbar.html)