

ผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล: การศึกษานำร่อง¹

อำพร เนื่องจกานาค, วท.ม. (สุขภาพจิต)²
จุฑามาศ ทองประดับ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)³
นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชนั้น เป็นรายวิชาที่มีความแตกต่างจากศาสตร์การพยาบาลอื่น ๆ นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัดผ่านการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าใจปัญหาและมีทักษะการวางแผนแก้ไขของตนเอง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และฝึกทักษะผ่านหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลได้เหมือนการให้การพยาบาลด้านอื่น ๆ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนการสอนแบบ active learning โดยเป็นการใช้บุคคลที่ได้รับการเตรียมทักษะด้านการแสดงตามบทบาทที่กำหนดให้เสมือนผู้ป่วยจริง เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการพูดคุยสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความกระตือรือร้นต่อการเรียน มีแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ และสามารถฝึกทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่มีอาการเสมือนผู้ป่วยจริง ภายใต้สถานการณ์ที่ปลอดภัย นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรงจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง 2) เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจ ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์ ที่อธิบายว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ 1) การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) การสร้างความคิดรวบยอด และ 4) การประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ จนเกิดเป็นวงจรการเรียนรู้ ส่งผลต่อความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนส่งเสริมหัวหน้าโครงการวิจัยและนวัตกรรมรุ่นใหม่จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: juthamas.t@stin.ac.th

⁴อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน ผ่านการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนรู้จากวิดีโอสื่อการสื่อสารเพื่อการบำบัดร่วมกับการสรุปเนื้อหา กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 2) ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 3) แบบประเมินความเชื่อมั่นจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 4) สถานการณ์จำลองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 5) แบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด 2) แบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพร้อมกันวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบทีคู่ การทดสอบทีอิสระและการทดสอบแมนวิทนี-ยู

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00, 93.30) เกรดเฉลี่ยสะสม ($M = 3.19$, $SD = 0.35$; $M = 3.24$, $SD = 0.30$) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ($M = 2.62$, $SD = 0.47$; $M = 2.63$, $SD = 0.43$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 10.83$, $SD = 1.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.949$, $p < .001$) และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 13.17$, $SD = 4.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.357$, $p < .001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 14.23$, $SD = 1.83$) มากกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.149$, $p = .036$) อย่างไรก็ตามความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อน-หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.580$, $p > .05$) กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 19.17$, $SD = 1.90$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.866$, $p = .006$) และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความมั่นใจ ก่อน-หลังทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.088$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหา มีประสิทธิผลไม่แตกต่างกันในการส่งเสริมความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด แต่การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองมีประสิทธิผลดีกว่าการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหาในการส่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยสร้างความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษา

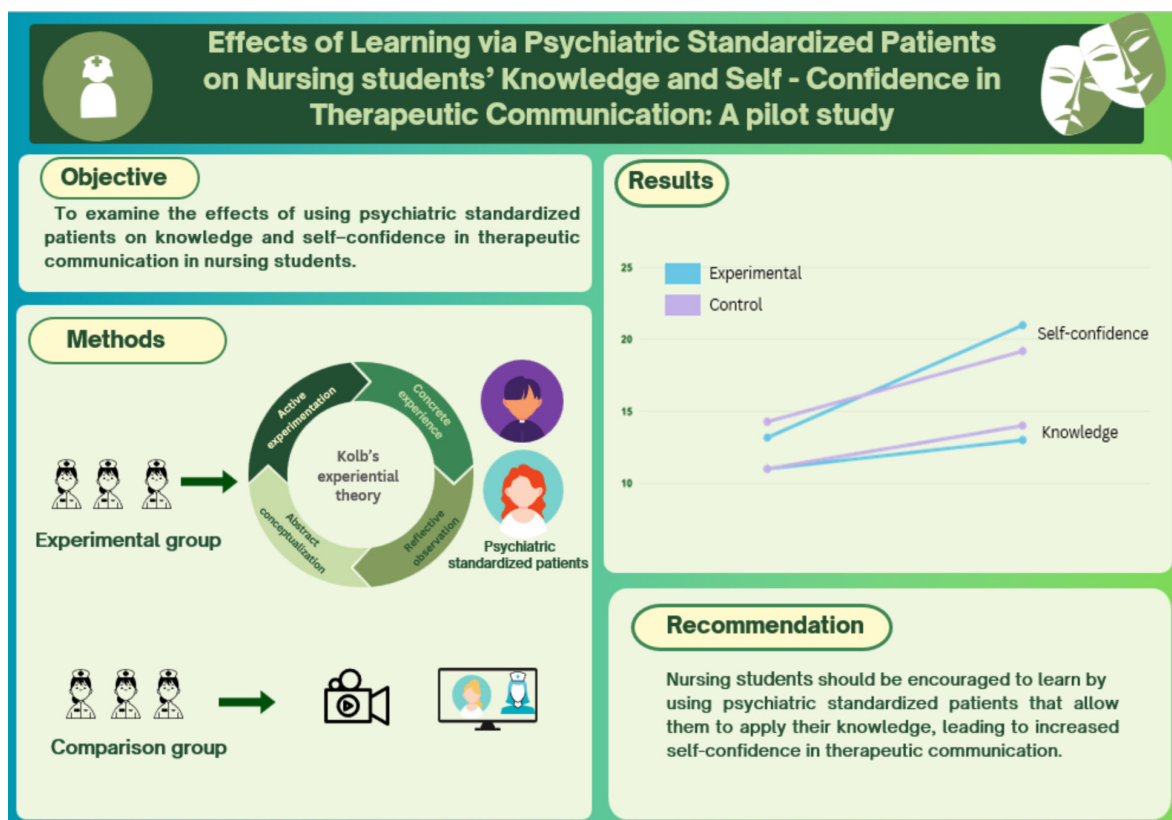
คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง การสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ ความมั่นใจ นักศึกษาพยาบาล
วันที่ได้รับ 16 ก.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 16 ม.ค. 68

Effects of Learning via Psychiatric Standardized Patients on Nursing students' Knowledge and Self – Confidence in Therapeutic Communication: A pilot Study¹

Amporn Nueangjaknak, M.Sc (Mental Health)²

Juthamas Thongpradab, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)³

Nantapuk Chanapan, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction The teaching and learning process of practicum courses in mental health and psychiatric nursing is different from other nursing fields. Nursing students need to use themselves as therapeutic tools through therapeutic communication, helping psychiatric patients understand their problems and develop their own problem-solving skills. This makes it impossible to learn and practice these skills through models in the learning resource center of nursing (LRC) like other nursing fields. Learning by using psychiatric standardized patients is an active learning approach. It involves individuals trained in role-playing to act as if they were actual patients, allowing nursing students to engage in communication and interaction with

¹Supported by the STIN's New Principal Investigator fund

²Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

³Corresponding author, Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

⁴Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

them. This approach stimulates students to be enthusiastic about learning, motivates them to pursue knowledge, and enables them to practice therapeutic communication skills. Students apply their knowledge in actual practice with psychiatric standardized patients with symptoms that resemble actual patients in a safe environment. Nursing students can actively participate in the learning process and practice nursing care on their own. They can repeat their practices multiple times without causing harm to actual patients, gradually developing confidence in their nursing practice.

Objectives This study aimed to: 1) compare knowledge and self-confidence in therapeutic communication within the experimental group before and after the program; 2) compare knowledge and self-confidence in therapeutic communication between the experimental group and the comparison group; and 3) compare the mean differences in knowledge and self-confidence in therapeutic communication between the experimental group and the comparison group.

Design This study employed a quasi-experimental design with a two-group pretest and posttest. It was based on Kolb's experiential learning theory, which explains that the learning process involves the transformation of experience through four stages: 1) concrete experience, 2) reflective observation, 3) abstract conceptualization, and 4) active experimentation. These stages develop a learning cycle, which influences both knowledge and self-confidence in therapeutic communication.

Methodology This study comprised 60 undergraduate nursing students who completed the mental health and psychiatric nursing course during the 2023 academic year. According to the inclusion criteria, participants were purposively selected and assigned to either an experimental or comparison group, with each group consisting of 30 students. The comparison group received learning through therapeutic communication videos and content briefs by the instructor, while the experimental group received learning through the use of psychiatric standardized patients. The program included 1) the teaching plan utilizing psychiatric standardized patients, 2) psychiatric standardized patients, 3) the standardized patient reality evaluation form, 4) scenarios for standardized patients, and 5) the observation form for therapeutic communication with psychiatric standardized patient. Data collection instruments included 1) a questionnaire on therapeutic communication knowledge and 2) an assessment of self-confidence in therapeutic communication. Data were collected simultaneously from both the control and experimental groups. The data were then analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test, and Mann Whitney U test.

Results Most participants in both the experimental and comparison groups were female (90.00% and 93.30%, respectively). The cumulative GPAs were not significantly different between the experimental ($M = 3.19$, $SD = 0.35$) and comparison group ($M = 3.24$, $SD = 0.30$), and the average GPAs for mental health and psychiatric nursing course were not significantly different ($M = 2.62$, $SD = 0.47$; $M = 2.63$, $SD = 0.43$, respectively). After the program, the experimental group showed knowledge ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) higher than before the program ($M = 10.83$, $SD = 1.64$) with a statistical significance ($t = -11.949$, $p < .001$). Additionally, self-confidence in therapeutic communication in the experimental group ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) was higher than before the program ($M = 13.17$, $SD = 4.11$) significantly ($t = -17.357$, $p < .001$). After the program, the comparison group had knowledge in therapeutic communication ($M = 14.23$, $SD = 1.83$) higher than the experimental group ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) with a statistical significance ($t = -2.149$, $p = .036$); however, the mean difference in knowledge between the experimental and comparison groups was not significantly different ($Z = -1.580$, $p > .05$). After the program, the experimental group had self-confidence in therapeutic communication ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) higher than the comparison group ($M = 19.17$, $SD = 1.90$) with a statistical significance ($t = 2.866$, $p = .006$) and the mean difference was greater than the comparison group ($t = 4.088$, $p < .001$).

Recommendation The results of this study indicate that learning with psychiatric standardized patients and using videos along with content briefs are equally effective in promoting knowledge in therapeutic communication. However, learning with psychiatric standardized patients was more effective than using videos with content briefs in enhancing nursing students' confidence in therapeutic communication. In the teaching and learning process, nursing instructors and other related personnel can utilize psychiatric standardized patients to help develop self-confidence in therapeutic communication before practicing in real situations.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 82-101

Keywords psychiatric standardized patients/ therapeutic communication/ knowledge/ self – confidence/ nursing students

Received 16 July 2024, Revised 25 December 2024, Accepted 16 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและได้รับประสบการณ์ตรง (active learning) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง ผ่านสื่อหรือกิจกรรมการเรียนรู้โดยผู้สอน มีหน้าที่ในการออกแบบการเรียนรู้หรือชี้แนะแนวทางการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพื้นฐานความแตกต่างของผู้เรียนแต่ละคน¹ ผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ ค้นคว้าด้วยตนเอง เน้นการปฏิบัติที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เรียนทุกคน ใช้กิจกรรมและสื่อการสอนที่หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ที่ผ่านการปฏิบัติจริงจะช่วยให้ผู้เรียนเก็บประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในระบบความจำระยะยาวได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบ passive learning หากผู้เรียนมีโอกาสได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง หรือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับสถานการณ์ต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้ยิ่งขึ้น²

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนการสอนแบบ active learning โดยเป็นการใช้บุคคลที่ได้รับการเตรียมทักษะด้านการแสดงตามบทบาทที่กำหนดให้เสมือนผู้ป่วยจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพูดคุยสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นต่อการเรียน มีแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสวีเดนและแลนด์ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในการฝึกทักษะการให้การปรึกษาเพื่อสร้างกลยุทธ์ในการเลืกลูกบุญหรือและการบำบัดรักษาด้วยยาช่วยให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁴

และการศึกษาผลการเรียนรู้โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองสำหรับการฝึกทักษะการสื่อสารของนักศึกษาเภสัชกร พบว่าการบรรยายในห้องปฏิบัติการร่วมกับใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้เรื่องของการบำบัดรักษาและการประเมินทักษะการสื่อสารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ รวมถึงการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล โดยการฝึกทักษะสื่อสารและการประเมินร่างกายผู้ป่วยจิตเวชจำลองด้วยแบบประเมินศีรษะจรดเท้า (head-to-toe assessment) ซึ่งผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น และมีมุมมองเชิงบวกต่อการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในเรื่องของสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยและสมจริง ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้จุดที่ต้องปรับปรุงในทักษะการสื่อสาร ช่วยเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและสร้างความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง⁶

รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นรายวิชาที่มีความแตกต่างจากศาสตร์การพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เนื่องจากการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดตราบาป (stigma) จากสังคม นักศึกษาพยาบาลต้องมีทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการบำบัดผ่านการฝึกปฏิบัติโดยใช้ตนเองเป็นผู้บำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจนำไปสู่การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยมีวิธีแก้ไขปัญห และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงและเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านประสบการณ์จริง การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษา

ในด้านพุทธรพิสัย (cognitive domain)^{7, 8} โดยมีส่วนช่วยให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้จากรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองกระตุ้นให้นักศึกษามีการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องมาล่วงหน้า สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาในการเรียนรู้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (attitude domain) นักศึกษายังสามารถนำประสบการณ์จากการได้รับความรู้ ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองมาเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงได้ และการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองยังช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain)⁹ โดยเป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย นักศึกษาสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้ง โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรงจนนักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และรับรู้สมรรถนะในการพยาบาลด้านจิตเวชเพิ่มขึ้น¹¹ ลดความกลัวของนักศึกษาพยาบาล¹² ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น¹³ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชมากขึ้น¹² โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14, 15} แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าความมั่นใจในตนเองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนตามปกติ^{16, 17}

ปัจจุบันประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งในด้านทรัพยากรและงบประมาณในการจัดการเรียนรู้สถานการณ์จำลองโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งต้องมีการใช้เครื่องมือในการจัดทำสื่อการสอนที่มีความเฉพาะ เช่น ข้อมูลสถานการณ์ ห้องฝึกปฏิบัติ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลองซึ่งมีต้นทุนสูง รวมทั้งข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองให้ได้รับมาตรฐานเดียวกัน ยังมีจำนวนจำกัดและไม่ครอบคลุมทุกสถาบันการศึกษา อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลามากในการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เพื่อให้แสดงบทบาทเหมือนกับผู้ป่วยจิตเวชจริง หากมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองจะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องความเสมือนจริงจากการจัดการเรียนการสอนโดยการให้แสดงบทบาทสมมติ (role play) ที่ให้นักศึกษาเป็นผู้แสดงบทบาทสมมติและสลับกันเป็นบทบาทพยาบาลและผู้ป่วย ช่วยให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์จากการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่มีอาการเสมือนผู้ป่วยจริง ภายใต้สถานการณ์ที่ปลอดภัย ลดความกลัว และเพิ่มความมั่นใจของนักศึกษาได้ นอกจากนี้การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นการดูแลในเรื่องของจิตใจที่เปราะบาง ยากที่จะเข้าถึงหากขาดความเข้าใจ (empathy) ขาดการสร้างควมไว้วางใจ (trust) นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัดผ่านการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าใจปัญหาและมีทักษะการวางแผนแก้ไขของตนเอง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และฝึกทักษะผ่านหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลได้เหมือนการให้การพยาบาลด้านอื่น ๆ เช่น การฉีดยา ทำแผล ให้อาหาร

ทางสายยาง เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นทักษะสำคัญในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ต้องอาศัยความเข้าใจในหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ความเฉพาะ หากไม่มีพื้นฐานความรู้ที่ดี นักศึกษาพยาบาลอาจไม่สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ดังนั้นความรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมักมีความซับซ้อนและความท้าทาย หากนักศึกษาพยาบาลขาดความมั่นใจ อาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการสื่อสารเพื่อการบำบัดหรือการให้การพยาบาลและการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเพิ่มความมั่นใจจึงช่วยให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์จริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพิ่มพูนความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้ ก่อน-หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
6. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความมั่นใจ ก่อน-หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's experiential theory)¹⁸ ที่อธิบายว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of experience) และสามารถอธิบายได้ด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (concrete experience) ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยผู้สอนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต (reflective observation) เป็นการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากการปฏิบัติการเรียนรู้นี้ช่วยให้ผู้เรียนได้สัมผัสประสบการณ์จากผู้อื่น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น 3) การสร้างความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นการที่ผู้เรียน

นำความรู้จากการทบทวนเอกสาร การสืบค้นจากฐานข้อมูล ความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา และความรู้จากการสะท้อนคิดการปฏิบัติของกลุ่มผู้เรียนเพื่อเชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ และ 4) การประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) เป็นการที่ผู้เรียนนำแนวทางหรือองค์ความรู้ที่ได้จากความคิดรวบยอดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง จนเกิดเป็นวงจรการเรียนรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองอย่างเป็นรูปธรรม จากการได้ลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เรียนต้องนำความรู้ที่ได้มาจากรายวิชา ทฤษฎีการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เมื่อสถานการณ์ดำเนินการจนเสร็จสิ้น ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิด ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ทั้งการสื่อสารเพื่อการบำบัด อารมณ์ ความรู้สึกขณะให้การพยาบาล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

เป็นต้น จากกระบวนการสะท้อนคิด อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิมจากทฤษฎี ทำให้เกิดเป็นการสร้างความคิดรวบยอดจากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เมื่อผู้เรียนได้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองหรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้เรียนจะสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกิดจากความคิดรวบยอดไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้โดยสามารถบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวงจรการเรียนรู้ของ Kolb จากการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้เรียนจะมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด (knowledge in therapeutic communication) มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด (self - confidence in therapeutic communication) เมื่อปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง (Figure 1)

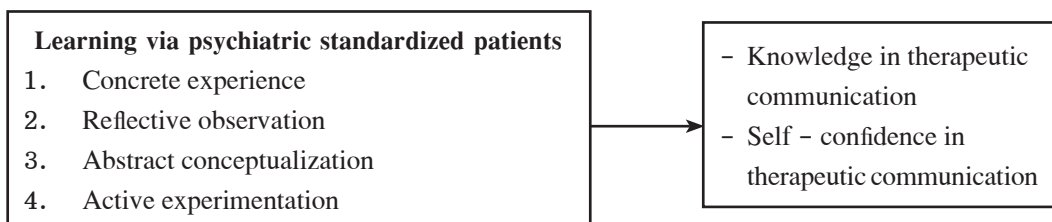


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi - experimental design with two - group pretest and posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน

การเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรค ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลหรือเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ได้ครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4¹⁹ กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) 0.78 จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะ การสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล¹⁴ โดยอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10²⁰ รวมทั้งสิ้น 60 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาจากเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ตามเกณฑ์คะแนนระดับสูง (3.01–4.00) ปานกลาง (2.51–3.00) และต่ำ (< 2.50) ร่วมกับเกรดรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคทฤษฎี) ตามเกณฑ์คะแนนระดับสูง (3.01 – 4.00) ปานกลาง (2.01 – 3.00) และต่ำ (1.00 – 2.00)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์

1.1.1 ขั้นนำหรือการแนะนำก่อนปฏิบัติ (pre – briefing phase) ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที ผู้สอน

ปฐมนิเทศ อธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ อธิบายสถานการณ์แจ้งให้ผู้เรียนทราบว่าผู้ป่วยในการเรียนเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำลอง พร้อมทั้งแจ้งบทบาทผู้เรียน จรรยาบรรณ และการเคารพสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากนั้นเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถามและตอบข้อสงสัย และ briefing ผู้ป่วยจิตเวชจำลองก่อนเข้าสถานการณ์จำลองที่ตนเองได้รับ

1.1.2 ขั้นสอนหรือการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (scenario running) ใช้เวลา 30 นาที ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช โดยให้ผู้เรียนสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ตามที่ได้รับมอบหมายล่วงหน้า ให้เกิดการปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (concrete experience) ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

1.1.3 ขั้นสรุปหรือการสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing phase) ใช้เวลา 20 นาที โดยผู้สอนให้ผู้เรียนบอกความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชอย่างเป็นขั้นตอน (reflection observation) ให้ผู้เรียนอธิบายเหตุผลของการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้สอนใช้คำถามเชิงบวกในการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับที่พบเจอจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจนเกิดเป็นความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาแสดงการสะท้อนคิดและความรู้สึกจากการสร้างความคิดรวบยอดของตนเองรวมถึงบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ตนเองจะได้ปฏิบัติและนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง (active experimentation)

1.2 ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง จำนวน 8 คน ได้มีการประสานงานกับอาจารย์จากคณะอักษรศาสตร์ สาขาศิลปการละคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครนิสิตและศิษย์เก่าที่ผ่านการอบรมการแสดงในบทบาทผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ได้แก่ เพศชาย หรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เรียนพื้นฐานการแสดงหรือกำลังศึกษาด้านการแสดงและการละคร และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยอาการ อาการแสดงหรือโรคที่เกี่ยวข้องทางจิตเวช โดยการวิจัยครั้งนี้ มีการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองเป็นระยะเวลา 1 วัน มีการบรรยายเรื่องอาการและอาการแสดงของโรคจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคจิตจากสารเสพติด (substance induced psychotic disorder) รวมทั้งการทดลองปฏิบัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (workshop) ซึ่งได้มอบหมายบทบาทผู้ป่วยจิตเวชจำลองในแต่ละโรคตามความเหมาะสมของบุคลิกภาพ ลักษณะภายนอกของผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ของกรณีศึกษา โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองได้รับคำตอบแทนในการเป็นผู้ป่วยจำลอง และจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลในกรณีที่ไม่สามารถนำบทบาทที่ได้รับออกจากความเป็นตนเองได้หรือบทบาทที่ได้รับมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยมีจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ประเมินความเหมือนจริงในเรื่องการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยใช้แบบประเมินความเหมือนจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้ที่มีค่าคะแนนรวมของความเหมือนจริงในระดับมาก และระดับมากที่สุดถือว่าผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ภายหลังได้รับการอบรมผู้ป่วยจิตเวช

จำลองทุกคนได้รับการประเมินความเหมือนจริง โดยทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินความเหมือนจริง

1.3 แบบประเมินความเหมือนจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือคะแนนรวมตั้งแต่ 5-25 คะแนน ซึ่งมีการแปลผลดังนี้ มีความเหมือนจริงระดับน้อย (5-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน) ระดับมาก (15-20 คะแนน) และระดับมากที่สุด (20-25 คะแนน)

1.4 สถานการณ์จำลองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง พัฒนาโดยผู้วิจัย เอี่ยมมชัย²¹ ใช้ในการให้รายละเอียดของการดำเนินสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น (episode) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ภูมิหลัง ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ประวัติการรักษา เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่การพยาบาลและการดูแลรักษาของโรคทางจิตเวชให้กับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแต่งเรื่องราว (plot) ของผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (substance induced psychotic disorder) ซึ่งเป็นสถานการณ์เดียวกันกับวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด

1.5 วิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยสร้างวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและปัญหาทางจิตเวชในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตจากสารเสพติด วิดีโอนี้ยังไม่เคยนำไปใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาก่อน โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่แสดงใน

วิดีโอเป็นนักแสดงจำนวน 4 คนจากผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่ใช้ในกลุ่มทดลองและผ่านเกณฑ์การประเมินความเหมือนจริงในการแสดงแล้วทุกคนผู้แสดงเป็นพยาบาลคือทีมผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 2 คน โดยทุกคนมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการบันทึกวิดีโอผู้แสดงเป็นพยาบาลทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาทำความเข้าใจประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช และทบทวนเทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาก่อนล่วงหน้าโดยเนื้อหาในวิดีโอมีทั้งเทคนิคการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้ฝึกการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับความเหมาะสมของการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด

1.6 แบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) พัฒนาโดยวุฒิกัทร เอี่ยมมีชัย²¹ ตามหลักการของ Ross และ Rolheiser²² สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้ในการบันทึกการสังเกตการณ์สถานการณ์จำลองเหมือนจริง สะท้อนคิดและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและการศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดด้วยตนเอง (self-assessment) โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสังเกตสถานการณ์ “do well” คือสิ่งที่นักศึกษาทำได้ดีควรปฏิบัติต่อไปให้เชี่ยวชาญหรือควรมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น การใช้คำถามปลายเปิด-ปิด เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด การจัด (setting) ทำนั้ง น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การประเมินสภาพจิต เป็นต้น “do difference” คือสิ่งที่นักศึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงหรือโอกาสที่เป็นไปได้และนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในขั้นตอนการสรุปผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับเพศ เกรดเฉลี่ยสะสม เกรดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2 แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ วัดความรู้ระดับจำ 2 ข้อ เข้าใจ 3 ข้อ นำไปใช้ 12 ข้อ และวิเคราะห์ 3 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาก

2.3 แบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 5 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 5-25 คะแนน มีการแปลผลดังนี้ การรับรู้ความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระดับน้อย (5-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน) ระดับมาก (15-20 คะแนน) และระดับมากที่สุด (20-25 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ของแผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเท่ากับ .84 แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เท่ากับ .75 และแบบ

ประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เท่ากับ .87 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิธีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศิลปะการแสดง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) เท่ากับ .87

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมีความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ .72 และแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 ซึ่งยอมรับได้²³

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เอกสารรับรองโครงการเลขที่ COA No. 07.1/2023 IRB-STIN 005/66 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2567 – 23 เมษายน 2568 ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการให้คะแนนของรายวิชาใด ๆ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจโดยการลงนาม การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันผู้วิจัยทำบันทึกถึงคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เปิดรับอาสาสมัครและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลซึ่งดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จัดกิจกรรมในวันทัศนศึกษาว่างจากการเรียน โดยนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกวันทั้งนี้นักศึกษาได้เสร็จสิ้นการเรียนการสอนและการสอบวัดประเมินผลของรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเรียบร้อยแล้ว และการวิจัยนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน มีผู้สนใจอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เตรียมแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง แผนการสอน โจทย์สถานการณ์ วิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบแบบสังเกตการณ์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจำลองสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการประชุมทีมวิจัยอีก 2 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ ให้เข้าใจแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน โดยหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจำนวน 1 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมของข้อมูลกลุ่มทดลองและผู้ร่วมวิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบ และบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัด

2. เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ทุกขั้นตอนเอกสารตำราที่ควรศึกษาเพื่อให้บทวน ค้นคว้าความรู้ก่อนเข้าเรียน และขอให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา

10 นาทีในวันทีกลุ่มตัวอย่างเลือก ซึ่งดำเนินการก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดวันในการดำเนินการทดลอง

3. เตรียมสถานที่ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ได้แก่ห้องเรียน โดยจัดสภาพแวดล้อมเหมือนการจำลองหอผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นบรรยากาศผ่อนคลาย ปลอดภัย เหมือนบ้าน มีมุมสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม มุมพักผ่อน โดยจำลองให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยจิตเวชจำลองนี้แล้วจะมีนักศึกษาพาให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล (One-to-one relationship)

4. ดำเนินการวิจัยพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม ในสัปดาห์ถัดมา ช่วงเวลา 13.00 – 17.00 น. ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำลองในห้องเรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์จำลองเหมือนห้องผู้ป่วยจิตเวชจริง จำนวน 2 ห้องเรียน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.1.1 การแนะนำกิจกรรม (pre-briefing phase) ใช้เวลา 20 นาที ในการรับฟังการปฐมนิเทศวัตถุประสงค์การเรียนรู้โจทย์สถานการณ์ บทบาทผู้เรียนในการปฏิบัติการสถานการณ์จำลอง จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัย และขออาสาสมัครในการเป็นตัวแทนกลุ่มทดลอง 4 คนต่อกลุ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารเพื่อการบำบัดรายบุคคลกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตจากสารเสพติด

4.1.2 การปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเหมือนจริง (scenario running) ให้ตัวแทนกลุ่มทดลอง

ฝึกปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง โดยมีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้ (1) ตัวแทนกลุ่มทดลองเริ่มต้นสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง โดยใช้ระยะเวลาสถานการณ์ละ 30 นาที (2) กลุ่มทดลองที่เหลือทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ผ่านห้องกระจกมองด้านเดียว (one – way mirror room) พร้อมกับบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสะท้อนคิดในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง และ (3) หลังจากการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแต่ละสถานการณ์เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยให้เวลา กลุ่มทดลอง 10 นาที เพื่อเตรียมรวบรวมข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เพื่อนำมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิดให้เกิดความคิดรวบยอด

4.1.3 การสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing phase) ใช้เวลา 20 นาที ให้กลุ่มทดลองทั้งผู้ที่แสดงเป็นพยาบาลและกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สังเกตการณ์ที่เหลือทั้งหมด แสดงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองและในสถานการณ์จำลองทั้ง 4 สถานการณ์ สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การสื่อสารเพื่อการบำบัด การพยาบาลจิตเวชอย่างเป็นขั้นตอน ทั้งในบทบาทของพยาบาลจิตเวชและผู้สังเกตการณ์โดยใช้คำถามกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายเหตุผลของการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่พบเจอจากสถานการณ์จำลอง รวมถึงการพัฒนาเป็นความคิดรวบยอดของแต่ละบุคคล และแนวทางในการนำความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในสถานการณ์จำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชจริงได้

4.1.4 กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงจำนวน 4 สถานการณ์ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติสถานการณ์ละ 60 นาทีและดำเนินการต่อเนื่องกันทั้ง 4 สถานการณ์จนครบ

4.1.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองทันที

4.2 กลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถานที่เป็นห้องเรียนปกติ โดยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยขอให้กลุ่มเปรียบเทียบศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองโรคจิตเภทโรคซึมเศร้าโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งวิดีโอมีความยาวประมาณ 20-30 นาทีต่อเนื่องกันทั้ง 4 สถานการณ์พร้อมบันทึกข้อมูลที่สังเกตเห็นจากวิดีโอสื่อสารเพื่อการบำบัดลงในแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง

4.2.2 หลังจากการศึกษาวีดิโอสื่อสารเพื่อการบำบัดแต่ละสถานการณ์เสร็จสิ้นแล้วกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับเวลา 10 นาทีเพื่อเตรียมรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตวิดีโอสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เพื่อนำมารวบรวมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.2.3 กลุ่มเปรียบเทียบรับฟังการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัดได้แก่องค์ประกอบที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเทคนิคการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมการบำบัด พร้อมยกตัวอย่างการใช้เทคนิค

การสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ ที่ได้จากวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นเวลา 15 นาที และแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและสะท้อนความรู้สึกในสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นเวลา 15 นาที

4.2.4 ผู้วิจัยขอให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังการเรียนรู้จากวิดีโอและการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัดเสร็จสิ้นทันที

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ Independent t-test และ Fisher's Exact Probability test

2. เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อน-หลังการทดลอง (mean difference) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นปกติ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจก่อน-หลังการทดลอง (mean difference) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.19 (SD = 0.35, Min-Max = 2.25-3.80) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2.62 (SD = 0.47, Min-Max = 2.50-3.50) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.30) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.24 (SD = 0.30) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2.63 (SD = 0.43) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าเพศ เกรดเฉลี่ยสะสม และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนการทดลองความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.949, p < .001$; $t = -17.357, p < .001$ ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1 Comparisons of knowledge and self - confidence in therapeutic communication before and after program in the experimental group using Paired t-test (n = 30)

	before		after		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Knowledge	10.83	1.64	13.10	2.23	-11.949	<.001
Self - confidence	13.17	4.11	20.97	2.87	-17.357	<.001

การเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.149, p = .036$) (Table 2) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Mann Whitney U test พบว่า

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.580, p = .114$)

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.866, p = .006$) (Table 2) และพบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.088, p < .001$)

Table 2 Comparisons of knowledge and self-confidence in therapeutic communication between experimental and comparison groups using Independent t-test

	Control group (n = 30)		Experimental group (n = 30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Knowledge						
before	11.23	1.52	10.83	1.64	-0.978	.332
after	14.23	1.83	13.10	2.23	-2.149	.036
Self - confidence						
before	14.27	2.53	13.17	4.11	-1.021	.312
after	19.17	1.90	20.97	2.87	2.866	.006

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และมีความมั่นใจจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์ โดยนักศึกษา กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองจากประสบการณ์ด้วยตนเองจากการได้ลงมือปฏิบัติจริง (concrete experience) ได้นำความรู้ที่ได้มาจากรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองได้ และมีโอกาสได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น สะท้อนคิดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (reflective observation) ทั้งการสื่อสารเพื่อการบำบัด ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ซึ่งการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากการปฏิบัติ ช่วยให้กลุ่มทดลองได้ซึมซับประสบการณ์จากผู้อื่น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เกิดกระบวนการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิมจากทฤษฎี เกิดความคิดรวบยอดจากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง สามารถนำความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติ และความรู้จากการสะท้อนคิดการปฏิบัติของกลุ่มผู้เรียน เชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ (abstract conceptualization) และผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกิดจากความคิดรวบยอดไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้โดยสามารถบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงได้อย่างเหมาะสม (active experimentation) จึงมีความรู้

ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) ในกลุ่มทดลองที่แสดงให้เห็นถึงการนำความรู้จากรายวิชาทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เช่น ตัวอย่างที่ 3 กล่าวว่า “รู้สึกว่าได้นำความรู้จากวิชาทฤษฎีมาใช้ในการฝึกคิดวิเคราะห์ตามสถานการณ์จำลอง ขณะสังเกตการณ์ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทพูดมาแบบนี้ เราควรใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดใดเพื่อตั้งคำถามหรือตอบคำถาม ให้บทสนทนาดำเนินต่อไปได้” เช่นเดียวกับตัวอย่างที่ 6 กล่าวว่า “การจัดทำนั่งของเพื่อนขณะสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชเหมาะสม การใช้ น้ำเสียงได้สุภาพอ่อนโยน นุ่มนวล เป็นกันเองและมีความเข้าอกเข้าใจ (empathy) ดูเป็น พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช”

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 อาจเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนรู้จากวิดีโอ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และยังได้รับฟังการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัด และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ก่อนตอบแบบทดสอบ หลังการทดลอง ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) ในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่แสดงให้เห็นว่า การศึกษาวิดีโอและการบรรยายสรุปสาระสำคัญ ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากขึ้น เช่น ตัวอย่างที่ 7 กล่าวว่า “วิดีโอทำให้เห็นวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช และการใช้เทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ แต่มีความยาวพอสมควร การมีอาจารย์ช่วยสรุปสาระสำคัญ ให้ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น” และ ตัวอย่างที่ 21 กล่าวว่า

“ชอบที่มีการบรรยายสรุปและเปิดโอกาสให้นักศึกษาสอบถามข้อสงสัย ทำให้นักศึกษากล้าสอบถามมากขึ้น ไม่กดดัน” อย่างไรก็ตาม ความรู้ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5) ซึ่งให้เห็นว่าวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดและการบรรยายสรุป ส่งผลให้ความรู้เพิ่มขึ้นไม่ต่างจากการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 และ 6 แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองสามารถเพิ่มความมั่นใจ จากการได้เรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง ทั้งประสบการณ์ตรงที่ได้ลงมือปฏิบัติเอง และจากการสังเกตการณ์ซ้ำ ๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ศึกษาจากการดูวิดีโอ โดยนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่ได้เป็นตัวแทนในการรับบทบาทเป็นพยาบาลจิตเวชตัวอย่างที่ 13 กล่าวว่า “ตอนแรกรู้สึกกลัวมากถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจำลอง แค่ได้ยินว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชก็กังวลว่าเราจะคุยกับผู้ป่วยจิตเวชได้หรือเปล่า แต่พอได้คุยกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองเหมือนได้คุยกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจริง ๆ เห็นความคิดแล่นเร็ว (flight of idea) ตรงกับที่เรียนในรายวิชาทฤษฎีมาเลย ทำให้ความรู้สึกเราเปลี่ยนไปเลยว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้น่ากลัวเหมือนที่เราคิดไว้ทำให้รู้สึกอยากช่วยเหลือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทุษร้ายจิตเวชให้ต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง เพราะช่วยทำให้ควบคุมอาการได้” ตัวอย่างที่ 22 กล่าวว่า “เมื่อได้เป็นพยาบาลตอนแรกกังวลมาก กลัวทำไม่ได้แต่เมื่อได้เห็นเพื่อนทำได้ก็คิดว่าน่าจะทำได้เหมือนกัน เมื่อได้คุยกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองแล้วรู้สึกว่

เหมือนคุยกับผู้ป่วยปกติ แต่แค่จะมีอาการหลงผิด (delusion) คิดไม่เหมือนคนปกติ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นกว่าก่อนคุยมาก กล้าคุยกับผู้ป่วยจริง เพราะรู้แล้วว่าต้องสื่อสารยังไง” และกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สังเกตการณ์ตัวอย่างที่ 3 แสดงความคิดเห็นว่า “การได้เห็นเพื่อนแสดงเป็นพยาบาลช่วยทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นว่าต้องสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร เมื่อเห็นเพื่อนทำได้ก็รู้สึกว่าตัวเองก็คงทำได้เหมือนกัน” สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยให้นักศึกษาได้เตรียมตัวก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในเรื่องของการซักประวัติ การสัมภาษณ์ ทักษะการสื่อสารเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง²⁴ และผลการศึกษาที่พบว่าการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพิ่มทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจ^{14, 25} จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้จากข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมองว่าการมีสื่อการเรียนรู้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชจำลองและวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นวิธีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติจริงที่มีประโยชน์ ช่วยให้นักศึกษามองเห็นภาพและเข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ลดความกลัวและความวิตกกังวล และเกิดความมั่นใจในการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เช่น กลุ่มทดลองตัวอย่างที่ 14 กล่าวว่า “เพื่อนเก่งมากที่สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวชได้ พอได้มาฝึกก่อนรู้สึกว่ามองภาพผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไป ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด คิดว่าตอนฝึกปฏิบัติหน้าจะทำได้” กลุ่มเปรียบเทียบตัวอย่างที่ 29 กล่าวว่า “พยาบาลที่แสดงในวิดีโอแสดงได้ดี มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้ทบทวนความรู้ก่อนปฏิบัติจริงได้ซ้ำ ๆ”

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหา มีประสิทธิผลไม่แตกต่างกันในการส่งเสริมความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด แต่การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองมีประสิทธิผลดีกว่าการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหาในการส่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยสร้างความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบวิจัยเพื่อทดสอบผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามผล ตลอดจนศึกษาผลต่อทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Onsri P. The instructor's role towards 21st century learning skills. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;19(3):8-13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/47564/39429> (in Thai)
2. Pantaewan P. Development of student in the 21st century with active learning in nursing profession. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(3):17-24. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73072/58764> (in Thai)
3. Norkaeo D. Simulation based learning for nursing education. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2015;31(3):112-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56415/46992> (in Thai)
4. Humair J-P, Cornuz J. A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. J Gen Intern Med. 2003;18(12):1023-7. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.20732.x> PMID: 14687261
5. Seybert AL, Kobulinsky LR, McKaveney TP. Human patient simulation in a Pharmacotherapy course. Am J Pharm Educ. 2008;72(2): 1-37. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2384212/> PMID: 18483603
6. Ince S. The effects of using standardized patients on nursing students' head, neck and neurological examination skills, self-confidence and satisfaction. Cyprus J Med Sci. 2024; 9(2): 137-144. Available from: <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2021-74>
7. Kanungpiarn T, Mulalin T, Jiramanasawong A, Klaraeng W, Suratawon R. The development of blended learning model in mental health and psychiatric nursing for student nurse. The Journal of Boromrajonani College of Nursing, Suphanburi. 2024;7(1): 147-64. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/269717> (in Thai)
8. Robkob W, Inchaithep S, Thinwang W. Development of learning outcomes based on learning and evaluation redesigned using standardized patient in simulation-based learning (SBL) in mental health and psychiatric nursing courses. Journal of Health Sciences Scholarship. 2022;9(1):229-52. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/254666/173144> (in Thai)
9. Jai Z, Balinas JM. Teaching strategies in psychiatric nursing based on bloom's taxonomy of educational objectives. Cureus. 2024;16(4):1-5. <https://doi.org/10.7759/cureus.57759> PMID: 38590977

**ผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล:
การศึกษานำร่อง**

10. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: implementation to learning and teaching management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):29-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/85254> (in Thai)
11. Speeney N, Kameg KM, Cline T, Szpak JL, Bagwell B. Impact of a standardized patient simulation on undergraduate nursing student knowledge and perceived competency of the care of a patient diagnosed with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(6):845-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.009> PMID: 30454626
12. Witt MA, McGaughan K, Smaldone A. Standardized patient simulation experiences improves mental health assessment and communication. Clin Sim Nurs. 2018;23:16-20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.08.002>
13. Kameg B, Fradkin D, Lee H. Effect of standardized patient simulation on nursing students' attitudes toward psychiatric nursing and patients with mental health problems. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2021;59(8):15-21. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210513-01> PMID: 34142918
14. Khamwong M, Kunlaka S, Sirimai W, Noochusuk C. Effect of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication practice of nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):201-12. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/241963> (in Thai)
15. Donovan LM, Mullen LK. Expanding nursing simulation programs with a standardized patient protocol on therapeutic communication. Nurse Educ Pract. 2019;38:126-31. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.015> PMID: 31276971
16. Liaw SY, Scherpbier A, Rethans J-J, Klainin-Yobas P. Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. Nurse Educ Today. 2012;32(6):35-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.006> PMID: 22064013
17. Blum CA, Borglund S, Parcells D. High-fidelity nursing simulation: impact on student self-confidence and clinical competence. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2010;7(1):1-15. <https://doi.org/10.2202/1548-923x.2035> PMID: 20597857
18. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall; 1984. Available from: https://www.fullerton.edu/cice/_resources/pdfs/sl_documents/Experiential%20Learning%20-%20Experience%20As%20The%20Source%20Of%20Learning%20and%20Development.pdf
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power: a flexible statistical power analysis program for the social, behavior, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146> PMID: 17695343
20. Little R, Rubin D. Statistical analysis with missing data, 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2019.
21. Lammeechai W. Plus-delta framework: workplace-based learning. SHEE J. 2022;3:25-8. Available from: <https://shee.si.mahidol.ac.th/knowledge/ebook/2566/1-66/files/basic-html/page33.html> (in Thai)
22. Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. The teaching effectiveness of standardized patients. J Nurs Educ. 2006;45(4). <https://doi.org/10.3928/01484834-20060401-03> PMID: 16629278
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97. <https://doi.org/10.1002/nur.20147> PMID: 16977646

24. Doolen J, Giddings M, Johnson M, Guizado de Nathan G, O Badia L. An evaluation of mental health simulation with standardized patients. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2014;11(1): 55–62. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0075> PMID: 24620017
25. Cahyono BD, Zuhroidah I, Sujarwadi M. Effectiveness of standardized patients and role-play simulation methods in improving self-confidence and therapeutic communication skills of nursing students. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan.* 2020;9(1):9–15. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v9i1.128>