

## การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

## Development of a Gentle Communication Guidebook for Gentle Healthcare Services.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

วีร์ เมกวิลัย<sup>1</sup> พาสนา คุณาธิวัฒน์<sup>2</sup>, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์<sup>3</sup>Wee Mekwilai<sup>1</sup> Passana Gunadhivadhana<sup>2</sup> Burin Suraaroonsamrit<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงในสถานพยาบาล เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การทดสอบคุณภาพ และการทดลองใช้ในระบบ การวิเคราะห์ความต้องการจากโรงพยาบาลพบเหตุการณ์ความรุนแรง 33 ครั้ง (2566-2567) บุคลากรต้องการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ตนเอง คู่มือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 ส่วนหลัก เน้นการสื่อสารเชิงบวกและเทคนิค de-escalation และปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย การทดสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (IOC = 0.88) ทดลองใช้ในบุคลากร 15 คน พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) ในด้านทักษะ (24.7%) ความรู้ (21.9%) และทัศนคติ (18.8%) Effect Size อยู่ระดับปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) ความพึงพอใจโดยรวม 4.1 คะแนน (ระดับมาก) และ 93.3% ตั้งใจนำไปใช้ การศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่ในการเสริมสร้างทักษะบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ต้องการการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial และติดตามระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

**คำสำคัญ:** การสื่อสารเชิงบวก ความรุนแรงในบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ คู่มือ วิจัยและพัฒนา

## Abstract

This study developed a positive communication guidebook to prevent healthcare violence using a five-phase Research and Development approach with one-group pretest-posttest design. Needs analysis from two hospitals revealed 33 violence incidents during 2023-2024, predominantly verbal/physical (30.3%), with emergency departments at highest risk. The 46-page guidebook features seven sections emphasizing positive communication skills and five culturally-adapted de-escalation techniques for Thai context. Expert validation yielded IOC = 0.88. Pilot testing with 15 healthcare personnel demonstrated significant improvements ( $p < 0.01$ ): skills (24.7%), knowledge (21.9%), and attitudes (18.8%), with moderate to moderate-large effect sizes (0.58-0.72). Overall satisfaction was 4.1 (high level) with 93.3% implementation intention. Results show promise for culturally-adapted communication training, though randomized controlled trials and long-term follow-up are needed for sustainability evaluation.

**Keywords:** de-escalation, healthcare violence, positive communication, practice guidebook

## บทนำ

ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพกำลังกลายเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบ

<sup>1</sup> นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต Corresponding Author, Wee Mekwilai Email: weepositive7@gmail.com

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

<sup>3</sup> นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

อย่างรุนแรงต่อบุคลากรทางการแพทย์และคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ระดับตติยภูมิที่มีผู้รับบริการจำนวนมากและความ ซับซ้อนของการให้บริการสูง จากข้อมูลของ สำนักงานสถิติแรงงานสหรัฐอเมริกา พบว่า อุตสาหกรรมสุขภาพและบริการสังคมมีอัตราการเกิด อุบัติเหตุจากความรุนแรงในที่ทำงาน 14 กรณีต่อ พนักงานเต็มเวลา 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าอัตรา โดยรวมของอุตสาหกรรมทั้งหมดถึง 3 เท่า<sup>1</sup> ข้อมูลที่ น่าตกใจมากกว่านั้นคือ แมื่อบุคลากรทางการแพทย์คิด เป็นเพียง 10% ของกำลังแรงงานทั้งหมด แต่กลับ ประสบกับการบาดเจ็บจากความรุนแรงในที่ทำงาน ถึง 48% ของกรณีทั้งหมด<sup>2</sup> การศึกษาล่าสุดยังพบ การเพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงถึง 105.6% ต่อเตียงผู้ป่วย 100 เตียงในช่วง 10 ปี โดยเฉพาะ ในช่วงปี 2020-2022<sup>3</sup>

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ความ รุนแรงในสถานบริการสุขภาพมีความรุนแรงไม่น้อย ไปกว่าประเทศอื่น การศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้พบว่า บุคลากรพยาบาลประสบกับการใช้ คำพูดที่ไม่เหมาะสม 38.9% ความรุนแรงทาง กายภาพ 3.1% และการล่วงละเมิดทางเพศ 0.7% ในช่วง 12 เดือน<sup>4</sup> ในขณะที่การศึกษาในแผนกฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบอัตราการ ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงสูงถึง 84.7% ของ บุคลากรทางการแพทย์<sup>5</sup> การศึกษาที่ครอบคลุม แผนกฉุกเฉิน 16 แห่งในภาคกลางของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มการเกิด พฤติกรรมรุนแรงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>6</sup>

ผลกระทบของความรุนแรงในสถานบริการ สุขภาพมีความซับซ้อนและกระทบต่อหลายมิติ ใน ระดับบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ที่ประสบ เหตุการณ์ความรุนแรงมักเกิดผลกระทบทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟใน

การทำงาน และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง<sup>7, 8</sup> ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ บุคลากรเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการให้บริการผู้ป่วย และความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ลดลง<sup>9</sup> ในระบบ โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้จ่ายเงินถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อรับมือกับความ รุนแรงในที่ทำงาน และอีก 3.62 พันล้านดอลลาร์ สำหรับมาตรการป้องกัน<sup>10</sup> ความรุนแรงยังส่งผลต่อ การหมุนเวียนของบุคลากร การลาออก และ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการ เกิดขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานบริการ สุขภาพ The Joint Commission รายงานว่าการ สื่อสารที่ไม่ดีมีส่วนสำคัญในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ในโรงพยาบาลมากกว่า 60% ของกรณี ทั้งหมด โดยในครั้งแรกของปี 2023 จากเหตุการณ์ ร้ายแรง 720 กรณี พบว่า 18% ส่งผลให้ผู้ป่วย เสียชีวิต และ 63% ก่อให้เกิดอันตรายชั่วคราวรุนแรง<sup>11</sup> การศึกษาวิจัยระบุว่าความล้มเหลวในการสื่อสาร เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของข้อผิดพลาดทาง การแพทย์ที่เป็นอันตราย โดยประมาณการว่า 67% ของข้อผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับส่งต่อ ผู้ป่วย<sup>12</sup> ปัจจัยสำคัญที่มักนำไปสู่ความขัดแย้งและ ความรุนแรงประกอบด้วยความคาดหวังที่ไม่สมจริง ของผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน และการขาดแคลน ทรัพยากร<sup>13</sup>

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับอย่าง กว้างขวางในวงการสุขภาพว่าเป็นเครื่องมือสำคัญใน การป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการ สุขภาพ แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau ซึ่งสร้างรากฐานสำคัญสำหรับการสื่อสารบำบัด<sup>14</sup> งานวิจัยที่สำคัญได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ การสื่อสารเชิงบวกในการลดความขัดแย้งและป้องกัน

ความรุนแรง การศึกษาของ Gillam และคณะ พบว่าการแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารแสดงให้เห็นการลดลงของการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง<sup>15</sup> การศึกษาของ Howick และคณะ พบว่าผู้ปฏิบัติที่เพิ่มวิธีการแสดงความเอาใจใส่และสร้างความคาดหวังเชิงบวกสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>16</sup>

แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายเกี่ยวกับการประสิทธิผลของการสื่อสารเชิงบวก แต่ยังมีพบว่าการขาดแคลนคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยอย่างมีนัยสำคัญ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษาในประเทศไทยเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา แม้ว่าภาษาทางการจะเป็นภาษาไทยแต่ยังมีภาษาถิ่นมากมาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคการสื่อสาร<sup>17</sup> นอกจากนี้ปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญเนื่องจากบุคลากรสุขภาพต้องคำนึงถึงกฎเกณฑ์ทางศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีในการให้บริการ การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทไทยจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรสุขภาพไทยมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ คู่มือดังกล่าวควรคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ภาษา ศาสนา และสังคมที่เป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทย รวมถึงการปรับใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวกที่ได้รับการพิสูจน์แล้วจากงานวิจัยสากลให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น การมีคู่มือที่เป็นรูปธรรมและเฉพาะเจาะจงดังกล่าวจะช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคลากรสุขภาพไทยในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และทดลองใช้

คู่มือเพื่อหาคุณภาพ และประเมินประสิทธิภาพต่อความรู้ทักษะ ทศนคติและความพึงพอใจต่อการนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้คาดว่าจะสร้างประโยชน์อย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารของบุคลากร ป้องกันและจัดการความขัดแย้ง และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ

## ระเบียบวิธีวิจัย

### การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต<sup>18</sup> โดยใช้การออกแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำต้นร่าง การทดสอบคุณภาพ และการทดลองใช้พร้อมการประเมินประสิทธิภาพ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก และบุคลากรสนับสนุนที่มีการติดต่อกับผู้รับบริการโดยตรง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวิเคราะห์ความต้องการใช้บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจงจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการทดลองใช้บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน จากโรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลโยธธกระจายเป็นห้องฉุกเฉิน 5 คน แผนกผู้ป่วยใน 5 คน และแผนกผู้ป่วยนอก 5 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองใช้ด้วยสูตรสำหรับ One

Group Pretest-Posttest Design ผ่านโปรแกรม G\*Power version 3.1 กำหนด effect size = 0.8,  $\alpha$  = 0.05, power = 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 13 คน เพิ่ม dropout rate 15% ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 15 คน

เกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดต่อผู้ป่วยโดยตรง ปฏิบัติงานในแผนกเป้าหมายไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีประสบการณ์เผชิญสถานการณ์ความขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือญาติ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลา และยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกได้แก่ อยู่ระหว่างลาพักงานเกิน 1 เดือน มีแผนย้ายหน่วยงานหรือลาออกในช่วงการศึกษา และมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยใช้เครื่องมือ 5 ชุดหลัก โดยเครื่องมือที่ 1-4 ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ (1) แบบบันทึกและวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรง สำหรับรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลแบบย้อนหลัง 1 ปี ผ่านการ (IOC = 0.89) (2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง 5 ประเด็นหลัก ครอบคลุมประสบการณ์การเผชิญความขัดแย้ง ทักษะการจัดการ ความต้องการพัฒนา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ (IOC = 0.86) (3) แบบประเมินความปลอดภัยและทักษะการสื่อสาร พัฒนาตาม Health and Safety Climate Survey<sup>19</sup> ปรับให้เหมาะกับบริบทไทย มี 20 ข้อคำถาม 4 ด้าน ใช้มาตรวัด Likert scale 5 ระดับ (Cronbach's alpha = 0.87) และ (4) แบบประเมินประสิทธิภาพของคู่มือ ตาม Kirkpatrick's Four-Level Training Evaluation Model<sup>20</sup> มี 34 ข้อคำถาม 4 ส่วน (IOC = 1.00) และ (5) คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (IOC =

0.88) ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักของการศึกษา ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ บทนำ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรง หลักการสื่อสารเชิงบวก เทคนิค De-escalation 5 เทคนิค การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และภาคผนวก<sup>21</sup>

### การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ทบทวนสถิติเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาล 2 แห่ง ย้อนหลัง 1 ปี (ตุลาคม 2566-กันยายน 2567) สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ 8 คน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อคน และวิเคราะห์รูปแบบสาเหตุปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบผสมผสาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ ช่วง 10 ปี (2557-2567) จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, PsycINFO, Thai-Journal Citation Index ได้เอกสารสำคัญ 17 ฉบับ ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี และศึกษากฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง จัดตั้งคณะทำงานสหวิชาชีพ 7 คน ร่างเนื้อหาคู่มือตามกรอบแนวคิด ออกแบบรูปเล่ม กราฟิก และสื่อประกอบ รวมถึงระบบ QR Code เพื่อเชื่อมโยงสื่อดิจิทัล ได้คู่มือต้นร่างความยาวประมาณ 46 หน้า

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบคุณภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ พบค่า IOC อยู่ในระดับดี (0.85-0.93, รวม 0.88) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบ ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน (7 มีนาคม 2568) ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อชี้แจงคู่มือฯ ครอบคลุมการแนะนำแนวคิด การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บุคลากร 15 คนจาก

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รวม 3 แห่ง นำคู่มือไปทดลองใช้ในการปฏิบัติงาน 1 เดือนมีการติดตามทุก 2 สัปดาห์ ประเมินผลก่อน-หลังการทดลองในประเด็นเดียวกัน และสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากร 3 คน (โรงพยาบาลละ 1 คน)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์แบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการทดลอง คำนวณ Effect Size ด้วย Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญที่  $p < 0.05$  ใช้โปรแกรม SPSS version 29.0 ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์รูปแบบ และการวิเคราะห์ตามแก่นเรื่อง (Thematic analysis) จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองประเภทเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุม

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมโดยขอความยินยอมอย่างครบถ้วน แจ้งสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลา รักษาความลับด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ เก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย และไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล

### ผลการศึกษา

#### 1. สถานการณ์ความรุนแรงในบริการสุขภาพ

ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการรายงานเพียง 1 เหตุการณ์ในปี 2566 เป็น 33 เหตุการณ์ในปี 2567 รูปแบบความรุนแรงที่พบในปี 2567 มีความหลากหลาย ประกอบด้วย

ความรุนแรงทางวาจา/ ร่างกายต่อเจ้าหน้าที่ 10 ครั้ง (30.3%) การกระโดดตึก 7 ครั้ง (21.2%) การก่อความไม่สงบ 6 ครั้ง (18.2%) การทะเลาะวิวาท 3 ครั้ง (9.1%) การทำลายทรัพย์สิน 2 ครั้ง (6.1%) และเหตุการณ์อื่นๆ 7 ครั้ง (21.2%) ผลกระทบจากเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ 13 ราย ประชาชนได้รับบาดเจ็บ 5 ราย และมีผู้เสียชีวิต 11 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบที่มีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข

#### 1. การทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้ององค์ความรู้จากเอกสารวรรณกรรมที่ใช้ในการทบทวน

การทบทวนเผยให้เห็นวิวัฒนาการจากการศึกษาความชุกไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันที่มีหลักฐาน พบช่องว่างในบริบทไทยเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและการวิจัยประสิทธิผลระยะยาว แนวปฏิบัติที่ดีที่นำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ เทคนิค LEAP ของ Studer (2003)<sup>22</sup> โมเดล SAFEWARDS ของ Bowers (2011)<sup>23</sup> และเทคนิค de-escalation ของ Richmond (2012)<sup>24</sup> ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดการสื่อสารเชิงบวกที่บูรณาการทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการสื่อสารเชิงบำบัด ทฤษฎีการจัดการความขัดแย้ง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เข้ากับเทคนิค de-escalation พร้อมปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยใน 5 ประเด็น คือ การรักษาหน้า ความเชื่อเรื่องกรรม ระบบอาวุโส แนวคิดชุมชน และความหลากหลายภูมิภาค

#### 2. การออกแบบและทดสอบคุณภาพคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

##### โครงสร้างและเนื้อหาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพยาว 46 หน้า เหมาะสำหรับใช้งานจริงในโรงพยาบาลและการฝึกอบรม ออกแบบเน้นความเข้าใจง่ายด้วยสีโทนน้ำเงิน-ส้มที่สร้างความสงบ ตัวอักษรอ่านง่ายเหมาะสม

ทุกวัย ภาพประกอบและไอคอนสื่อความหมาย ชัดเจนและเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย รูปแบบ A4 สะดวกพิมพ์และจัดเก็บ แบ่งส่วนเนื้อหาชัดเจนด้วยสี และกรอบ หัวข้อใหญ่ใช้สีเข้มตัวหนา หัวข้อย่อยสี

อ่อนกว่า ช่องว่างเหมาะสม ใช้ bullet points และ numbering ให้เป็นระเบียบติดตามง่าย ทำให้คู่มือมี ประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้และนำไปใช้ได้ จริง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** โครงสร้างและเนื้อหาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ส่วนที่	หัวข้อ	เนื้อหาหลัก	จุดประสงค์
1	บทนำ	ความเป็นมา ความสำคัญ และเป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ของคู่มือ	สร้างความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความ จำเป็นในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิง บวก
2	ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับ ความรุนแรงในบริการ สุขภาพ	สาเหตุและรูปแบบของความรุนแรงใน สถานพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณ เตือน	ให้บุคลากรสามารถระบุและประเมิน สถานการณ์ที่อาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้
3	หลักการสื่อสารเชิงบวกใน งานบริการสุขภาพ	พื้นฐานการสื่อสารเชิงบวก การปรับ มุมมองและทัศนคติในการสื่อสาร ข้อควร ทำและข้อควรหลีกเลี่ยง	เสริมสร้างพื้นฐานการสื่อสารที่เหมาะสม
4	เทคนิควิธี De-escalation สำหรับลดความตึงเครียด และป้องกันความรุนแรง	เทคนิคหลัก 5 เทคนิค: การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening), การแสดงความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ (Empathy), การใช้ น้ำเสียงที่สงบ (Calm Voice), การ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid Arguments), การเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ (Offer Options)	พัฒนาทักษะการจัดการสถานการณ์ขัดแย้ง อย่างมีประสิทธิภาพ
5	การประยุกต์ใช้ใน สถานการณ์จริง	กรณีศึกษาและตัวอย่างสถานการณ์ แนว ทางการจัดการตามบริบทเฉพาะของแต่ละ แผนก บทบาทของทีมสหวิชาชีพ	ให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในบริบทเฉพาะ ของแต่ละหน่วยงาน
6	การสร้างระบบและ วัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อ การสื่อสารเชิงบวก	นโยบายและมาตรการสนับสนุน ระบบ จัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ การ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและระบบบริการ	สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการสื่อสาร เชิงบวกในระดับองค์กร
7	ภาคผนวก	การดูแลจิตใจตนเองสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ ตัวอย่างบทสนทนาที่ดี (I-message) และที่ควรปรับปรุง แผนการ ฝึกอบรม De-escalation technique คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้อง	สนับสนุนการเรียนรู้และการนำไป ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง

### 3. การทดสอบคุณภาพของคู่มือการสื่อสาร เชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีประสบการณ์เฉลี่ย 24.0 ปี (10-30 ปี) ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 ท่าน แพทย์

เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิต นักจิตวิทยา คลินิก และพยาบาลวิชาชีพ ได้ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) รวม 0.88 เกินเกณฑ์มาตรฐาน ( $\geq 0.80$ )<sup>25</sup> ภาคผนวกได้คะแนนสูงสุด (0.93) รองลงมาคือบทนำ

(0.92) และหลักการสื่อสารเชิงบวก (0.91) เทคนิค De-escalation ได้คะแนนต่ำสุด (0.85) แต่ที่ยอมรับได้ ส่วนอื่นๆ ได้คะแนนระดับดี (0.86-0.89) การประเมิน ครอบคลุมความถูกต้องทางวิชาการ

ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ความชัดเจนของ ภาษา และความสามารถนำไปใช้ปฏิบัติ ยืนยันว่า คู่มือมีคุณภาพและพร้อมนำไปทดลองใช้ รายละเอียด แสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

ส่วนที่	หัวข้อ	IOC	การตีความ <sup>25</sup>
1	บทนำ	0.92	ดีมาก
2	ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ	0.88	ดี
3	หลักการสื่อสารเชิงบวกในงานบริการสุขภาพ	0.91	ดีมาก
4	เทคนิค De-escalation สำหรับลดความตึงเครียด	0.85	ดี
5	การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง	0.86	ดี
6	การสร้างระบบและวัฒนธรรมองค์กร	0.89	ดี
7	ภาคผนวก	0.93	ดีมาก
รวม		<b>0.88</b>	<b>ดี</b>

นอกจากนี้ ความเห็นเชิงคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ เนื้อหามีความถูกต้องทันสมัย แต่ควรเพิ่ม ข้อมูลผลข้างเคียงในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ ความเหมาะสมกับบริบทไทยดี แต่ควรเพิ่มตัวอย่างการ สื่อสารในบริบทศาสนาและความเชื่อดั้งเดิม ความ เข้าใจง่ายโดยรวมดี แต่ยังมีศัพท์เฉพาะทาง ควรเพิ่ม อภิธานศัพท์และภาพประกอบ ความสามารถนำไปใช้ จริงดี แต่ควรเพิ่มแนวทางปรับใช้ในสถานการณ์ จำกัดเวลาหรือบุคลากร และการประเมินผลควรเพิ่ม เครื่องมือประเมินตนเองและแนวทางติดตามระยะ ยาว การปรับปรุงดำเนินการใน 6 ประเด็น คือ ปรับ ภาษาให้ชัดเจน เพิ่มข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพิ่มกรณีศึกษา บริบทไทย เพิ่มคำเตือนและภาพประกอบ เพิ่ม ตัวอย่างแผนกเฉพาะ และเพิ่มเครื่องมือประเมิน ผลลัพธ์คือคู่มือมีความปลอดภัยสูงขึ้น ระดับความ เข้าใจเพิ่มจาก 72% เป็น 87% มีความเหมาะสมกับ บริบทและใช้งานได้จริงมากขึ้น ทำให้คู่มือฉบับ ปรับปรุงมีคุณภาพสูงขึ้นพร้อมทดลองใช้

#### 4. การทดลองใช้ (Pilot Study)

ผู้เข้าร่วมทดลองใช้จำนวน 15 คน ได้รับการ คัดเลือกแบบชั้นภูมิจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง (6 คน) และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง (9 คน) โดย พยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนสูงสุด (40.0%) รองลงมา คือเจ้าหน้าที่สนับสนุน (40.0%) และแพทย์ (20.0%) การกระจายแผนกครอบคลุมตั้งแต่เสี่ยงสูง เช่น ห้อง ฉุกฉุบ (13.3%) และจิตเวช (6.7%) ไปจนถึงแผนก สนับสนุนต่างๆ ผู้เข้าร่วมมีอายุเฉลี่ย 32.4 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 8.1 ปี (ช่วง 2.5-18.0 ปี) ผลการ ประเมินประสิทธิภาพของคู่มือ พบการปรับปรุงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < 0.01$ ) โดยด้าน ทักษะปรับปรุงสูงสุด (24.7%) จาก  $14.6 \pm 3.2$  เป็น  $18.2 \pm 2.8$  คะแนน ด้านความรู้ปรับปรุง 21.9% จาก  $12.8 \pm 2.1$  เป็น  $15.6 \pm 2.0$  คะแนน และด้านทัศนคติ ปรับปรุง 18.8% จาก  $3.2 \pm 0.6$  เป็น  $3.8 \pm 0.5$  คะแนน การทดลองของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทุกด้านแสดง ว่า บุคลากรมีความสามารถสม่ำเสมอมากขึ้น ค่า Effect Size อยู่ในระดับปานกลางถึงปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้

ด้านการประเมิน	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	t	p-value	%เพิ่มขึ้น	Effect Size (Cohen's d) <sup>26</sup>
ความรู้ (20 คะแนน)	12.8±2.1	15.6±2.0	-4.82	<0.001	21.9%	0.68 (ปานกลาง)
ทัศนคติ (5 คะแนน)	3.2±0.6	3.8±0.5	-3.67	0.003	18.8%	0.58 (ปานกลาง)
ทักษะ (25 คะแนน)	14.6±3.2	18.2±2.8	-4.21	0.001	24.7 %	0.72 (ปานกลาง-ใหญ่)

#### 4. ความพึงพอใจจากการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมทดลองใช้ให้ระดับความพึงพอใจที่น่าพอใจทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวม 4.1 จาก 5 คะแนน อยู่ในระดับ "มาก" ด้านประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงสุด (4.4±0.5) แสดงว่าผู้เข้าร่วมรับรู้คุณค่าของคู่มือชัดเจน รองลงมาคือเนื้อหาและความถูกต้อง (4.3±0.6) และความเหมาะสมกับงาน (4.2±0.5) แสดงว่าคู่มือมีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง ความเข้าใจง่าย (4.1±0.7) อยู่ระดับดีแต่มีความแปรปรวน

เล็กน้อยจากพื้นฐานการศึกษาที่แตกต่างกัน การออกแบบและรูปแบบได้คะแนนต่ำสุด (3.9±0.8) แต่อยู่ระดับปานกลาง-ดี ความตั้งใจนำไปใช้สูงถึง 93.3% (14 จาก 15 คน) โดยเหตุผลหลักคือเทคนิคเหมาะสมและปรับใช้ได้จริง (85.7%) ได้ความรู้ใหม่ที่มีประโยชน์ (78.6%) และเพิ่มความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (71.4%) การวิเคราะห์ตามอาชีพ พบพยาบาลและแพทย์มีความตั้งใจนำไปใช้ 100% ตามด้วยเจ้าหน้าที่สนับสนุน 83.3% รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ด้านการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 5)	SD	ระดับความพึงพอใจ <sup>27</sup>
เนื้อหาและความถูกต้อง	4.3	0.6	มาก
ความเข้าใจง่าย	4.1	0.7	มาก
ความเหมาะสมกับงาน	4.2	0.5	มาก
การออกแบบและรูปแบบ	3.9	0.8	ปานกลาง
ประโยชน์ที่ได้รับ	4.4	0.5	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.1	0.6	มาก

#### 5. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพครอบคลุม 4 ด้านหลัก ด้านเนื้อหาควรเพิ่มกรณีศึกษาที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน เพิ่มเทคนิคสำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการสื่อสาร และการ

จัดการกับญาติที่มาเป็นกลุ่มใหญ่ ด้านรูปแบบการนำเสนอให้เพิ่มภาพประกอบและแผนภูมิในส่วนเทคนิคปฏิบัติ และจัดทำวิดีโอสาริตสั้นๆ ที่เข้าถึงผ่าน QR Code ด้านการฝึกปฏิบัติต้องการการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม โดยเฉพาะ Role Playing และ Simulation รวมถึงกิจกรรมติดตามผลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ใช้ ด้านการสนับสนุนองค์กรเห็นว่าการนำคู่มือไปใช้จะมี

ประสิทธิภาพมากขึ้นหากมีการสนับสนุนจากผู้บริหารและบุคลากรเข้ากันโยบายองค์กร พร้อมข้อเสนอแนะให้จัดทำแนวทางสำหรับผู้บริหารในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้งาน ข้อเสนอแนะเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคู่มือฉบับสมบูรณ์และการวางแผนการทดลองใช้ในระยะยาวต่อไป

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพครั้งนี้ให้ผลลัพธ์ที่สำคัญหลายประการที่สมควรได้รับการวิเคราะห์อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในบริบทของการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาลของประเทศไทย ดังนี้

#### สถานการณ์ความรุนแรงและความสอดคล้องกับบริบทสากล

ผลการศึกษาพบอัตราเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลไทย 33 ครั้งต่อปี โดยความรุนแรงทางวาจา/ ร่างกายคิดเป็นสัดส่วนสูงสุด (30.3%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Somani และคณะ<sup>4</sup> ที่พบความรุนแรงจากการใช้คำพูดไม่เหมาะสม 38.9% ต่อบุคลากรพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาของ Kvas และ Seljak<sup>5</sup> ที่รายงานอัตราความรุนแรงสูงสุดในแผนกฉุกเฉิน ความสอดคล้องนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาความรุนแรงในบริการสุขภาพของไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศอื่นๆ อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดเหตุการณ์ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าข้อมูลสากล ซึ่งอาจเป็นผลจากการรายงานที่ไม่ครบถ้วน (underreporting) ตามที่ Duan และคณะ<sup>7</sup> ระบุว่า เป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพหลายประเทศ โดยเฉพาะความรุนแรงรูปแบบที่ไม่ชัดเจนหรือไม่รุนแรงมากพอที่จะถือเป็น "เหตุการณ์"

การที่ห้องฉุกเฉินมีเหตุการณ์สูงสุดสะท้อนลักษณะของแผนกที่มีความเครียดสูง ความรีบร้อน และความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัย

เสี่ยงที่ Price และคณะ<sup>13</sup> ระบุว่าเป็นตัวกระตุ้นความขัดแย้งและความก้าวร้าว ทฤษฎี Frustration-Aggression ของ Dollard<sup>28</sup> สามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยและญาติประสบกับการรอคอยที่นานเกินไป การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพ จะเกิดความผิดหวังที่แปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว

#### ประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

ผลการทดลองใช้แสดงการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยด้านทักษะมีการปรับปรุงสูงสุด (24.7%) รองลงมาคือความรู้ (21.9%) และทัศนคติ (18.8%) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam<sup>15</sup> และคณะ ที่พบการลดลงของการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจหลังการแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของสัดส่วนการปรับปรุงในแต่ละด้านสะท้อนลักษณะการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ตามทฤษฎี Social Cognitive Theory ของ Bandura การเปลี่ยนแปลงด้านทักษะเกิดขึ้นได้เร็วกว่าเพราะเป็นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติและการสังเกต ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต้องใช้เวลาานานกว่าเนื่องจากเกี่ยวข้องกับระบบความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคล<sup>17, 22</sup>

Effect Size ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงปานกลาง-ใหญ่ (0.58-0.72) แสดงว่าการแทรกแซงมีประสิทธิภาพที่มีความหมายทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับ meta-analysis ของ Howick และคณะ<sup>16</sup> ที่พบผลกระทบเชิงบวกของการสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาติดตามที่สั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการสรุปผลในระยะยาว

#### ความเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย

การพัฒนาคู่มือที่คำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมไทยเป็นจุดเด่นสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ การบูรณา

การแนวคิดเรื่องการรักษาหน้า ความเชื่อเรื่องกรรม ระบบอาวุโส แนวคิดชุมชน และความหลากหลาย ภูมิภาค เข้ากับเทคนิค de-escalation สาภล สะท้อนความเข้าใจในบริบทสังคมไทยที่ซับซ้อน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มักนำเทคนิคจากต่างประเทศมาใช้โดยตรงโดยไม่ปรับให้เหมาะสมกับ บริบทท้องถิ่น

ทฤษฎี Cultural Adaptation Framework ของ Bernal และ Sáez-Santiago<sup>29</sup> สามารถอธิบาย ความสำคัญของการปรับแต่งทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะในมิติของภาษา (language) ที่ต้องคำนึงถึงภาษาถิ่นและวิธีการสื่อสารแบบไทย และมิติของคุณค่า (values) ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทาง พุทธศาสนาและวัฒนธรรมการให้เกียรติผู้อาวุโส อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้างนี้ยังไม่ได้ทดสอบ ประสิทธิภาพของการปรับแต่งทางวัฒนธรรมโดยตรง เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางมาตรฐานสากล

#### ข้อจำกัดและความท้าทายในการนำไปใช้

แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของคู่มือ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญหลาย ประการ ประการแรก การศึกษาใช้ One Group Pretest-Posttest Design ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ Hawthorne Effect<sup>30</sup> ที่ผู้เข้าร่วมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะรู้ว่าตนเองกำลังถูก ศึกษา ประการที่สอง ระยะเวลาติดตาม 1-3 เดือน ยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่ง Kirkpatrick's Model<sup>22</sup> ระบุว่า การประเมินระดับที่ 4 (Results) ต้องใช้ ระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน ประการที่สาม การ ทดลองในโรงพยาบาลที่จำกัด อาจไม่สะท้อนความ หลากหลายของบริบทโรงพยาบาลทั่วประเทศ

โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชน ที่อาจมีลักษณะการบริการและประชากรผู้ป่วยที่ แตกต่าง ประการสุดท้าย การประเมินผลยังเน้นไปที่ การเปลี่ยนแปลงของบุคลากรเป็นหลัก โดยยังไม่ได้ ประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติโดยตรง

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อยอด

จากผลการศึกษาและข้อจำกัดที่พบ การศึกษา ครั้งต่อไปควรใช้ Randomized Controlled Trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ พร้อมทั้งขยาย ขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาติดตามให้นานขึ้น การประเมินผลควรครอบคลุมทั้งมุมมองของบุคลากร และผู้รับบริการ รวมถึงตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น อัตรา การลาออกของบุคลากร จำนวนข้อร้องเรียน และ ดัชนีความพึงพอใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสนับสนุนออนไลน์ เช่น Mobile Application หรือ E-learning Platform จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความยั่งยืนของ การใช้งานคู่มือ การจัดตั้ง Community of Practice เพื่อให้บุคลากรแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการเสริมสร้าง วัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการสื่อสารเชิงบวก

#### สรุป

การศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นเฉพาะ สำหรับบริบทไทย ในการเสริมสร้างทักษะของ บุคลากรสุขภาพให้สามารถจัดการความขัดแย้งและ ป้องกันความรุนแรงได้ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้ใน วงกว้างต้องอาศัยการสนับสนุนจากระดับนโยบาย และการพัฒนาระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม เพื่อ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ ไทย

## เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor.(2018). Workplace violence in healthcare: 2018 survey results. Washington, DC: BLS; 2019. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/foi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
2. Occupational Safety and Health Administration.(2016). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor; 2016. OSHA 3148-06R.
3. International Association for Healthcare Security & Safety Foundation.(2020). Healthcare crime survey 2020. Lombard, IL: IAHS Foundation; 2020. Available from: <https://www.iahss.org/page/CrimeSurvey>
4. Somani R, Karmaliani R, McFarlane J, Asad N, Hirani S, Shehzad S, et al.(2015). Prevalence of workplace violence against nurses and associated factors: A cross-sectional study in Karachi, Pakistan. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1686-92.
5. Kvas A, Seljak J.(2014). Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev.* 2014;61(3):344-51.
6. Gillam SW, Gillam AR, Cashin AG.(2021). Workplace violence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *West J Emerg Med.* 2021;22(4):756-67.
7. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al.(2019). The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: The mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):93.
8. Magnavita N, Heponiemi T.(2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(2):203-10.
9. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al.(2015). Underreporting of workplace violence: Comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. *Workplace Health Saf.* 2015;63(5):200-10.
10. Press Ganey Associates.(2019). The influence of violence on the patient experience. South Bend, IN: Press Ganey.
11. The Joint Commission.(2018). Sentinel Event Alert 59: Physical and verbal violence against health care workers. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
12. Leonard M, Graham S, Bonacum D.(2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(Suppl 1):i85-90.
13. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K.(2018). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry.* 2018;212(2):94-102.
14. Peplau HE.(1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* New York: Springer Publishing Company.
15. Gillam SW, Gillam AR, Cashin AG.(2021). Workplace violence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *West J Emerg Med.* 2021;22(4):756-67.
16. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al.(2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;111(7):240-52.
17. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C.(2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today.* 2013;33(2):90-102.

- 18.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2555). คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 19.Neal A, Griffin MA, Hart PM.(2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Sci.* 2000;34(1-3):99-109.
- 20.Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: The four levels. 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.(2006).
- 21.วีร์ เมฆวิไลย, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พรอสเพอริส ปับริ่ง.
- 22.Studer Q.(2003). *Hardwiring excellence: Purpose, worthwhile work, making a difference.* Gulf Breeze, FL: Fire Starter Publishing.
- 23.Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D.(2011). Adverse events and the outcome of different approaches to de-escalation. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;18(7):637-45.
- 24.Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al.(2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry (AAEP) Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17-25.
- 25.Turner RC, Carlson L.(2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of Testing.* 2003;3(2):163-171.
- 26.Cohen J.(1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 27.Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology.* 1932;22(140):1-55.
- 28.Dollard J, Doob LW, Miller NE, Mowrer OH, Sears RR.(1939). *Frustration and aggression.* New Haven, CT: Yale University Press.
- 29.Bernal G, Sáez-Santiago E.(2006). Culturally centered psychosocial interventions. *J Community Psychol.* 2006;34(2):121-32.
- 30.McCambridge J, Witton J, Elbourne DR.(2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(3):267-77.