

ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรง ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

Effectiveness of a Gentle Communication for Gentle Healthcare Guidebook on Violence Reduction in Regional and General Hospitals.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 22,2025 ; Accepted: December 24,2025)

วีร์ เมฆวิไล¹ พาสนา คุณาธิวัฒน์²บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์³

Wee Mekwilai¹ Passana Gunadhipadhana² Burin Suraaroonamrit³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ใช้การออกแบบกึ่งทดลองกับบุคลากร 50 คน จาก 5 โรงพยาบาล ระยะที่ 2 ติดตามผล 132 คน วิเคราะห์ด้วย Paired t-test, Independent t-test, Chi-square และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบการลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) โดยความรุนแรงทางกายลดลง 25.0% ทางวาจาลดลง 17.8% ความรู้สึกปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 3.0 เป็น 3.6 (Effect Size=0.55, $p<0.01$) ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งเพิ่มขึ้นจาก 3.1 เป็น 3.8 (Effect Size=0.58, $p<0.01$) การติดตามผล 3 เดือนพบผู้ใช้งานสม่ำเสมอ 65.2% โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ ($p<0.05$) ปัจจัยสำคัญต่อการใช้งานยั่งยืน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$) การอบรมเสริม ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$) และภาระงาน ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$)

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การสื่อสารเชิงบวก บริการสุขภาพ ความรุนแรง คู่มือ

Abstract

This study evaluated the Gentle Communication for Gentle Healthcare Guidebook's effectiveness in reducing hospital violence. A mixed-methods approach was employed in two phases: Phase 1 used a quasi-experimental design with 50 healthcare personnel from five hospitals; Phase 2 involved follow-up with 132 participants. Data were analyzed using paired t-tests, independent t-tests, chi-square tests, and content analysis.

Results showed significant violence reductions ($p<0.05$): physical violence decreased 25.0%, verbal violence 17.8%. Safety perception increased from 3.0 to 3.6 (Effect Size=0.55, $p<0.01$), and conflict management confidence improved from 3.1 to 3.8 (Effect Size=0.58, $p<0.01$). At 3-month follow-up, 65.2% maintained regular usage. General hospitals demonstrated higher effectiveness perception than regional hospitals ($p<0.05$). Key factors for sustainable implementation included supervisor support ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$), refresher training ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$), and workload management ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$).

Keywords: effectiveness, guidebook, healthcare violence, healthcare personnel, positive communication

บทนำ

ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลได้พัฒนาเป็นภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขระดับสากลที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคลากรทาง

การแพทย์และมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิที่ต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากและ

¹ ปร.ด.

² ศศ.ม.

³ พ.บ.

มีความซับซ้อนสูงในการให้บริการ ตามรายงานของสำนักงานสถิติแรงงานสหรัฐอเมริกา อุตสาหกรรมสุขภาพและบริการสังคมมีอุบัติการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน 14 ครั้งต่อพนักงานเต็มเวลา 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของอุตสาหกรรมอื่นๆ ถึง 3 เท่า¹ ที่น่าวิตกกังวลกว่านั้นคือ แม้บุคลากรทางการแพทย์จะคิดเป็นเพียง 10% ของแรงงานทั้งหมด แต่กลับได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานสูงถึง 48% ของกรณีทั้งหมด² การสำรวจล่าสุดเผยให้เห็นการเพิ่มสูงขึ้นของเหตุการณ์ความรุนแรงถึง 105.6% ต่อเตียงผู้ป่วย 100 เตียง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงปี 2020-2022³

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลมีความรุนแรงไม่แพ้ประเทศอื่นๆ การวิจัยในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ระบุว่า พยาบาลมีประสบการณ์ถูกใช้ถ้อยคำไม่เหมาะสม 38.9% ถูกทำร้ายร่างกาย 3.1% และถูกล่วงละเมิดทางเพศ 0.7% ภายในระยะเวลา 12 เดือน⁴ ส่วนการศึกษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ถึง 84.7% เคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรง⁵ การสำรวจแผนกฉุกเฉิน 16 แห่งในภาคกลางยังชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

ผลกระทบจากความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพมีหลายมิติและซับซ้อน ในระดับบุคคล บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงมักประสบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การหมดไฟในการทำงาน และความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ^{7,8} ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร แต่ยังลดคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹ ในระดับองค์กร โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน และอีก 3.62 พันล้านดอลลาร์สำหรับมาตรการป้องกัน¹⁰

นอกจากนี้ ความรุนแรงยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคลากร อัตราการลาออก และปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล The Joint Commission รายงานว่า การสื่อสารที่บกพร่องเป็นปัจจัยสำคัญในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลมากกว่า 60% ของกรณีทั้งหมด โดยในครึ่งปีแรกของปี 2023 จากเหตุการณ์ร้ายแรง 720 กรณี มีผู้ป่วยเสียชีวิต 18% และได้รับอันตรายชั่วคราวรุนแรง 63%¹¹ งานวิจัยชี้ว่า ความล้มเหลวในการสื่อสารเป็นสาเหตุหลักของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เป็นอันตราย โดยประมาณ 67% ของความผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย¹² ปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรงประกอบด้วย ความคาดหวังที่ไม่สมจริงของผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารที่ขาดความชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไป และทรัพยากรที่จำกัด¹³

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ แนวคิดนี้มีพื้นฐานจากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau ซึ่งวางรากฐานสำคัญของการสื่อสารบำบัด¹⁴ หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสื่อสารเชิงบวกในการลดความขัดแย้งและป้องกันความรุนแรง การวิจัยของ Gillam และคณะ พบว่าการฝึกทักษะการสื่อสารช่วยลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง¹⁵ ในขณะที่การศึกษาของ Howick และคณะ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่แสดงความเอาใจใส่และสร้างความคาดหวังเชิงบวกสามารถปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ แต่ยังคงพบว่ามีกรณีขาดแคลนคู่มือ

หรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว จากการศึกษาก่อนหน้านี้โดย วีร์ เมฆวิไลย์ และคณะ¹⁷ ซึ่งได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดยบูรณาการปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ากับเทคนิค de-escalation สาทล คู่มือผ่านการทดสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.88) และทดลองใช้เบื้องต้นเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สามารถทดสอบประสิทธิผลในเชิงลึกในด้านผลกระทบต่อการลดเหตุการณ์ความรุนแรง และปัจจัยที่มีผลต่อการนำไปใช้เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการขยายผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล และระยะการขยายผลและติดตามผลในระยะยาว¹⁸

ระยะที่ 1 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการออกแบบ One Group Pretest-Posttest Design กำหนด effect size = 0.6, α = 0.05, power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน เพิ่ม dropout rate 10% จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน (โรงพยาบาลละ 10 คน)

การคัดเลือกโรงพยาบาลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จาก 5 ภูมิภาค (เหนือ ใต้ อีสาน กลาง และกรุงเทพมหานคร อย่างละ 1 แห่ง) ตามเกณฑ์ดังนี้ (1) เป็นโรงพยาบาลระดับ S, M1 หรือ M2 (2) มีเตียงไม่น้อยกว่า 200 เตียง (3) มีเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างน้อย 5 ครั้ง

ต่อปี และ (4) ผู้บริหารให้ความร่วมมือ การคัดเลือกบุคลากรใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากแผนกเสี่ยงสูง ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วยใน และแผนกจิตเวช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) เคยเผชิญสถานการณ์ความขัดแย้ง (3) สามารถเข้าร่วมการศึกษาครบ 3 เดือน และ (4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 การขยายผลและติดตามผลในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดพารามิเตอร์ ดังนี้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power = $1 - \beta$) = 0.80, ขนาดของผลกระทบ (Effect size) = 0.45 และการทดสอบแบบสองทาง (Two-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างพื้นฐาน 98 คน เพิ่ม dropout rate 10% โดยใช้สูตร $n_{\text{adjusted}} = n / (1 - \text{dropout rate}) = 98 / 0.90 = 109$ คน อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูลออนไลน์ได้ข้อมูลสูงถึง 132 คน ซึ่งเกินกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบย้อนหลัง (Retrospective Pre-Post Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลและติดตามการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วนหลัก รวม 52 ข้อ ซึ่งออกแบบให้ครอบคลุมการวัดผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลประชากรศาสตร์พื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ วิชาชีพ การศึกษา ประสบการณ์ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการใช้คู่มือ และประสบการณ์การฝึกอบรมที่เคยได้รับ (2) จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง 3 ข้อ แบ่งเป็นความรุนแรงทางวาจาและทางกาย ผู้ตอบระบุจำนวนเหตุการณ์เฉลี่ยต่อเดือนทั้งก่อนและหลังใช้คู่มือ 3 เดือน (3) ความรู้สึกปลอดภัยในการทำงาน 5 ข้อ

ประเมินทั้งก่อนและหลังในคำถามเดียวกัน ครอบคลุมห้ามิติคือ การรับรู้ความเสี่ยง (5 ระดับ) ความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (6 ระดับ) การสนับสนุนจากองค์กร (5 ระดับ) ความรู้สึกปลอดภัยโดยรวม (4 ระดับ) และความมั่นใจโดยรวม (10 ระดับ) (4) การรับรู้ประสิทธิผล 3 ข้อ ใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ วัดสามด้านคือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง การปรับปรุงบรรยากาศ และการเพิ่มความมั่นใจ นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย (5) ความถี่การใช้งานและความรู้ทักษะ 13 ข้อ แบ่งเป็นห้าองค์ประกอบ ได้แก่ ความถี่การใช้คู่มือ (5 ระดับ) ความรู้เนื้อหา (15 คะแนน จาก 3 ข้อ) ความถี่ใช้เทคนิค (12 คะแนน จาก 3 ข้อ) ประสิทธิภาพที่รับรู้ (10 คะแนน จาก 2 ข้อ) และความพึงพอใจพร้อมคุณภาพคู่มือ (4 ข้อ) (6) ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค 7 ข้อ แบ่งเป็นสามหมวดคือ ปัจจัยสนับสนุน (การสนับสนุนจากหัวหน้า การอบรมเสริม) อุปสรรค (ภาระงาน ข้อจำกัดต่างๆ) และความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม (7) บริบทองค์กรและพื้นที่ 3 ข้อ ครอบคลุมวัฒนธรรมท้องถิ่น สภาพแวดล้อมการทำงาน และลักษณะชุมชน และ (8) ข้อคิดเห็นเชิงคุณภาพ 5 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประโยชน์ อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความเต็มใจแนะนำผู้อื่น

แบบสอบถามพัฒนาผ่าน 4 ขั้นตอนหลัก เริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม จากนั้นร่างแบบสอบถามฉบับต้นแบบให้ครอบคลุมตัวแปรทั้งหมด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน คำนวณค่า IOC และคัดเลือกข้อที่มีค่า ≥ 0.80 จากนั้นทดสอบนำร่องกับบุคลากร เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเป็นไปได้ในการใช้งาน

การตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha จากข้อมูลทดสอบนำร่องพบว่าทุกส่วนมีค่ามากกว่า 0.80 ได้แก่ ความรู้สึก

ปลอดภัยก่อนใช้ ($\alpha=0.87$) ความรู้สึกปลอดภัยหลังใช้ ($\alpha=0.89$) ความรู้เนื้อหา ($\alpha=0.82$) ความถี่ใช้เทคนิค ($\alpha=0.85$) และประสิทธิผลที่รับรู้ ($\alpha=0.88$) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับดี

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

¹⁹ พัฒนาผ่าน 3 ขั้นตอน (ต้นร่าง ฉบับทดลองใช้ และฉบับสมบูรณ์) ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ (1) บทนำ (2) ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรุนแรงในบริการสุขภาพ (3) หลักการสื่อสารเชิงบวก (4) เทคนิค De-escalation 5 เทคนิคหลัก ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การใช้น้ำเสียงที่สงบ การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง และการเสนอทางเลือก (5) การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง (6) การสร้างระบบและวัฒนธรรมองค์กร และ (7) ภาคผนวก คู่มือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.88 ผลิตรูปแบบสิ่งพิมพ์และดิจิทัล พร้อมสื่อประกอบ เช่น อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ สไลด์ และ QR Code

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Mixed-methods Analysis) โดยแบ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าดัชนี IOC ในการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยกำหนดค่า IOC ≥ 0.80 ว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ ใช้การทดสอบ Paired Sample t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้คู่มือในกลุ่มเดียวกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คำนวณขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ใช้ Independent Sample t-test เปรียบเทียบ

ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และใช้การทดสอบไคสแควร์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้งานคู่มือ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การเชื่อมโยงข้อมูล ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายและเสริมผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และนำข้อมูลเชิงปริมาณมาสนับสนุนประเด็นที่พบจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

โปรแกรมที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics version 26.0 (ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้โปรแกรม NVivo version 14 และใช้ Microsoft Excel 2019 ในการจัดการข้อมูลเบื้องต้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 033-2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานสากล โดยขอความยินยอมสมัครใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และความเสี่ยงชัดเจน แจ้งสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบการทำงาน รักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ จัดเก็บข้อมูลปลอดภัยด้วยระบบล็อกและรหัสผ่าน เฉพาะทีมวิจัยเข้าถึงได้ ไม่เปิดเผยข้อมูลระบุตัวบุคคล

ผลการศึกษา

1. การทดลองใช้ในระบบและการประเมินประสิทธิผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน จาก 5 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย ครอบคลุมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในทุกภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ (24%) โรงพยาบาลทั่วไปภาคกลาง (20%) โรงพยาบาล

ศูนย์ภาคใต้ (22%) โรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (18%) และโรงพยาบาลทั่วไปภาคตะวันออก (16%) กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและเป็นตัวแทนที่ดีของบุคลากรสุขภาพในประเทศไทย โดยประกอบด้วยพยาบาล (50%) สหวิชาชีพ (30%) และแพทย์ (20%) การกระจายตามเพศพบว่าเป็นเพศหญิง 64% และเพศชาย 36% ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรบุคลากรสุขภาพโดยทั่วไป กลุ่มอายุ 25-35 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (44%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี (56%) และมีผู้จบปริญญาโทและปริญญาเอก/วุฒิปดรรวม 44% ประสบการณ์การทำงาน 5-15 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (56%) ระดับตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติการ (70%) ส่วนหัวหน้างานและผู้บริหารรวม 30% กระจายตัวในแผนกต่างๆ โดยเฉพาะงานผู้ป่วยใน (32%) ห้องฉุกเฉิน (20%) งานผู้ป่วยนอก (18%) หอผ่าตัด (12%) งานจิตเวช (8%) และแผนกสนับสนุนอื่นๆ (10%)

ผู้เข้าร่วม 88% รายงานว่าเคยประสบสถานการณ์ความขัดแย้งหรือความรุนแรงในการทำงานโดยเฉลี่ย 3.2 ครั้งต่อเดือน โดยพบมากที่สุด ในแผนกฉุกเฉิน (5.8 ครั้ง/เดือน) อย่างไรก็ตาม มีเพียง 26% ที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารหรือการจัดการความขัดแย้ง และเพียง 12% ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาล แสดงให้เห็นช่องว่างในการพัฒนาทักษะ ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง (5.8/10) โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปีมีความมั่นใจสูงกว่า (7.2) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี (4.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงจูงใจในการเข้าร่วมการศึกษาคือความต้องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร (74%) และความสนใจในเทคนิคใหม่ (68%)

1.1 ประสิทธิภาพของคู่มือ (One Group Pretest-Posttest)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงก่อนและหลังการใช้คู่มือ (n = 50)

ประเภทเหตุการณ์	ก่อน	หลัง	% เปลี่ยนแปลง	95% CI	p-value
ความรุนแรงทางวาจา	45	37	-17.8 %	-31.2, -4.4	0.012
ความรุนแรงทางกาย	12	9	-25.0%	-48.6, -1.4	0.041
รวมทั้งหมด	57	46	- 19.3 %	-33.1, -5.5	0.008

จากตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญของประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในการลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเภท ความรุนแรงทางกายลดลงมากที่สุด 25.0% (95% CI: -48.6, -1.4, p=0.041) จาก 12 ครั้งเป็น 9 ครั้ง ซึ่งมีความหมายสำคัญทั้งทางสถิติและทางปฏิบัติต่อความปลอดภัยของบุคลากร ความรุนแรงทางวาจาลดลง 17.8%

(95% CI: -31.2, -4.4, p=0.012) จาก 45 ครั้งเป็น 37 ครั้ง เมื่อพิจารณาผลรวมทั้งหมดพบการลดลง 19.3% (95% CI: -33.1, -5.5, p=0.008) จาก 57 ครั้งเป็น 46 ครั้ง ช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่ไม่รวมค่าศูนย์ในทุกกรณียืนยันว่าการลดลงเป็นผลจากการใช้คู่มือจริง ไม่ใช่ความบังเอิญ ผลลัพธ์นี้เป็นหลักฐานสำคัญที่สนับสนุนการขยายผลการใช้คู่มือในวงกว้าง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกปลอดภัยก่อนและหลังการใช้คู่มือ

ด้านการประเมิน	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	t	p-value	Effect Size (Cohen's d) ²⁰
การรับรู้ความเสี่ยง (5 คะแนน)	2.8±0.6	3.4±0.5	-4.73	<0.001	0.67
ความมั่นใจจัดการความขัดแย้ง (6 คะแนน)	3.1±0.7	3.8±0.6	-4.12	<0.001	0.58
การสนับสนุนจากองค์กร (5 คะแนน)	3.3±0.8	3.7±0.7	-2.87	0.006	0.41
ความรู้สึกปลอดภัยรวม (4 คะแนน)	3.0±0.9	3.6±0.6	-3.92	<0.001	0.55

จากตารางที่ 2 แสดงผลการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกต่อความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากร สุขภาพ พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p<0.01) โดยการรับรู้ความเสี่ยงปรับปรุงสูงสุด (Effect Size=0.67) จาก 2.8 เป็น 3.4 คะแนน ช่วยเพิ่มความตระหนักและการเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งเพิ่มขึ้นชัดเจน (Effect Size=0.58) จาก 3.1 เป็น 3.8 คะแนน การสนับสนุนจากองค์กรปรับปรุงระดับปานกลาง (Effect Size=0.41) ความรู้สึกปลอดภัยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size=0.55) จาก 3.0 เป็น 3.6 คะแนน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

การวิเคราะห์คุณภาพพบปัจจัยส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ 2 ประการ ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสุด โดยจัดสรรเวลาและทรัพยากร สร้างวัฒนธรรมยอมรับการเปลี่ยนแปลง และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ (2) เนื้อหาคู่มือเข้าใจง่าย ใช้ภาษาเรียบง่าย มีภาพประกอบ และตัวอย่างที่เกี่ยวข้องงานจริง เหมาะกับความรู้และประสบการณ์ผู้อ่าน ปัจจัยอุปสรรคคือภาระงานหนัก ทำให้ขาดเวลาเรียนรู้ การเข้าอบรมไม่สม่ำเสมอ เกิดความเครียด มองการเรียนรู้เป็นภาระเพิ่ม ขาดโอกาสฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ทักษะเสื่อม และระบบใหม่ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. การติดตามการใช้งานภายหลังการขยายผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การติดตามระยะยาวจาก 132 จากทั้งหมด 136 แห่ง (อัตราตอบกลับ 97.0%) ซึ่งเป็นอัตราที่ยอมรับได้และแสดงความสนใจของบุคลากรที่ดี การกระจายตามสาขาอาชีพพบว่าพยาบาล (51.5%) และแพทย์ (33.3%) มีสัดส่วนรวม 84.8% แสดงการยอมรับในกลุ่มผู้ให้บริการหลัก นอกจากนี้มีนักจิตวิทยา (6.1%) และนักสังคมสงเคราะห์ (4.5%) แสดงการขยายผลไปยังบุคลากรสนับสนุน โรงพยาบาลทั่วไปมีสัดส่วนสูงกว่า (74.2% ต่อ 25.8%) อาจเกี่ยวข้องกับความรู้พร้อมในการปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน

กลุ่มอายุงาน 5-10 ปีมีสัดส่วนสูงสุด (36.4%) เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์และความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะ บุคลากรใหม่มีสัดส่วน 27.3% แสดงการส่งต่อคู่มือสู่รุ่นใหม่ แผนกผู้ป่วยในมีสัดส่วนสูงสุด (62.9%) สอดคล้องกับการใช้ทักษะการสื่อสารบ่อยครั้ง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (18.9%) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการทักษะจัดการสถานการณ์เฉียบพลัน และแผนกจิตเวช (6.8%) แสดงการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษที่ต้องการเทคนิคการสื่อสารเฉพาะทาง

2.1 ระดับการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในระยะยาว

ความยั่งยืนในการใช้คู่มือหลังผ่านไป 3 เดือน พบผู้ใช้งานสม่ำเสมอ (ใช้ทุกวันและบ่อย) รวม 65.2% เป็นสัดส่วนสูง แสดงคู่มือมีประโยชน์จริงและตอบสนองความต้องการอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ทุกวัน 36.4% แสดงเทคนิคกลายเป็นส่วนหนึ่งของ

การปฏิบัติงานประจำ กลุ่มใช้ปานกลางและใช้น้อยรวม 31.8% อาจเกิดจากข้อจำกัดเวลา ลักษณะงานไม่เผชิญความขัดแย้งบ่อย หรือต้องการเวลาปรับตัว มีเพียง 3.0% ไม่ใช้งานเลย ซึ่งเป็นสัดส่วนต่ำมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่งไปยังงานที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ผลการติดตามเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จและสนับสนุนการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นในวงกว้าง

2.2 การรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

การประเมินประสิทธิผลคู่มือระยะยาวจากผู้ใช้งาน พบผลสอดคล้องการวัดเชิงปริมาณ การปรับปรุงบรรยากาศการทำงานมีประสิทธิผลสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3) โดย 90.9% รับรู้การปรับปรุงเชิงบวก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในงาน การลดเหตุการณ์ความรุนแรงมีประสิทธิผลระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.2) โดย 90.1% ประเมินมีประสิทธิผล สอดคล้องข้อมูลเชิงปริมาณ ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ยากลำบากเพิ่มขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 4.1) โดย 87.9% ประเมินเพิ่มขึ้น มีเพียง 1.5% ประเมินไม่เปลี่ยนแปลง และไม่มีผู้ใดประเมินทางลบ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำ (0.7-0.9) แสดงความสอดคล้องของความเห็นในกลุ่มผู้ประเมิน

2.3 การเปรียบเทียบประสิทธิผลตามประเภทโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสิทธิผลตามประเภทโรงพยาบาล (n=132)

ด้านการประเมิน	โรงพยาบาลศูนย์ (n=34)	โรงพยาบาลทั่วไป (n=98)	t	p-value
การลดเหตุการณ์ความรุนแรง	4.1 (0.9)	4.3 (0.7)	-2.15	0.032*
การปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน	4.2 (0.8)	4.4 (0.6)	-2.48	0.014*
ความมั่นใจในการจัดการ	4.0 (1.0)	4.2 (0.8)	-1.89	0.060

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป (n=98, 74.2%) มีคะแนนสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์

(n=34, 25.8%) อย่างมีนัยสำคัญในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 ต่อ 4.1, p=0.032) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 ต่อ

4.2, $p=0.014$) เนื่องจากขนาดเล็กกว่า การสื่อสารง่ายกว่า บุคลากรใกล้ชิดกัน และผู้ป่วยมีความซับซ้อนน้อยกว่า โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยซับซ้อนมีความกดดันสูง ทำให้การนำเทคนิคไปใช้ท้าทายกว่า ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (4.2 ต่อ 4.0, $p=0.060$)

แสดงคู่มือเสริมสร้างความมั่นใจได้ทุกประเภท โรงพยาบาล ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์สำหรับปรับกลยุทธ์การนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละโรงพยาบาล

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานคู่มือการสื่อสารเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง (n=132)

ปัจจัย	ใช้งานสม่ำเสมอ (n=86)	ใช้งานไม่สม่ำเสมอ (n=46)	χ^2	p-value
การสนับสนุนจากหัวหน้างาน			18.42	<0.001***
ได้รับการสนับสนุนดี	74 (86.0%)	28 (60.9%)		
ได้รับการสนับสนุนน้อย	12 (14.0%)	18 (39.1%)		
การเข้าอบรมเสริม			12.67	<0.001***
เข้าร่วม 2 ครั้งขึ้นไป	48 (55.8%)	15 (32.6%)		
เข้าร่วม 1 ครั้ง	28 (32.6%)	19 (41.3%)		
ไม่เข้าร่วม	10 (11.6%)	12 (26.1%)		
ภาระงาน			9.73	0.002**
ภาระงานปกติ	54 (62.8%)	20 (43.5%)		
ภาระงานหนัก	32 (37.2%)	26 (56.5%)		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตารางที่ 4 แสดงปัจจัยส่งผลต่อความยั่งยืนในการใช้คู่มือ การสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ระดับสูงสุด ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$) ผู้ได้รับการสนับสนุนดีใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 60.9% ในกลุ่มสนับสนุนน้อย การเข้าอบรมเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$) กลุ่มอบรม 2 ครั้งขึ้นไปใช้งานสม่ำเสมอ 55.8% เทียบกับไม่อบรม 11.6% ภาระงานส่งผลสำคัญ ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$) ผู้มีภาระปกติใช้งานสม่ำเสมอ 62.8% เทียบกับภาระหนัก 43.5% ผู้มีปัจจัยสนับสนุนครบทั้งสามมีอัตราใช้งานต่อเนื่อง 87.5% ขณะที่ขาดทั้งสามปัจจัยมีอัตราเพียง 23.1% ข้อมูลนี้สำคัญสำหรับวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนการใช้งานคู่มืออย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิผลในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าคู่มือการสื่อสารเชิงบวกสามารถลดเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกประเภท โดยเฉพาะความรุนแรงทางกายที่ลดลงถึง 25.0% ($p=0.041$) และความรุนแรงทางวาจาลดลง 17.8% ($p=0.012$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารสามารถลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Price และคณะ¹³ ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมเทคนิค de-escalation มีผลกระทบเชิงบวกต่อการจัดการความรุนแรงในสถานพยาบาล

การลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงทางกายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยทางกายภาพของบุคลากร ซึ่งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการหยุดงานจากการบาดเจ็บ ตามที่ Press Ganey Associates¹⁰ รายงานว่าโรงพยาบาลใน

สหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึง 14.65 พันล้านดอลลาร์ในปี 2023 เพื่อจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน การลดเหตุการณ์ความรุนแรงจึงมีความหมายทั้งในเชิงความปลอดภัยและเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ผลกระทบต่อความรู้สึกปลอดภัยของบุคลากร

การศึกษาพบว่าคู่มือส่งผลให้ความรู้สึกปลอดภัยโดยรวมของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size=0.55, $p<0.01$) จาก 3.0 เป็น 3.6 คะแนน โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงที่ปรับปรุงสูงสุด (Effect Size=0.67) จาก 2.8 เป็น 3.4 คะแนน ผลลัพธ์นี้มีความสำคัญเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นไม่ได้หมายความว่าบุคลากรมีความกังวลมากขึ้น แต่เป็นการเพิ่มความสามารถในการคาดการณ์และเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรงตามที่ The Joint Commission¹¹ ระบุว่า การสื่อสารที่บกพร่องเป็นปัจจัยสำคัญในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลมากกว่า 60%

ความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งที่เพิ่มขึ้น (Effect Size=0.58, $p<0.01$) จาก 3.1 เป็น 3.8 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าคู่มือช่วยให้บุคลากรมีเครื่องมือและเทคนิคที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ยากลำบาก การลดลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 0.7 เป็น 0.6 แสดงว่าระดับความมั่นใจมีความสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของประสิทธิภาพของการฝึกอบรม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Hildegard Peplau¹⁴ ที่เน้นความสำคัญของการสื่อสารที่มีคุณภาพในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความยั่งยืนในการใช้งานคู่มือ

การติดตามผลระยะยาว 3 เดือนพบอัตราการตอบกลับสูงถึง 97.0% (132 จาก 136 แห่ง) แสดงให้เห็นถึงความสนใจและการมีส่วนร่วมของ

บุคลากรที่ดี ผู้ใช้งานสม่ำเสมอ (ใช้ทุกวันและบ่อย) มีสัดส่วนรวม 65.2% ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงสำหรับการติดตามหลังจากผ่านไป 3 เดือน โดยเฉพาะผู้ใช้งานเป็นประจำทุกวันถึง 36.4% แสดงให้เห็นว่าเทคนิคในคู่มือกลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน ความยั่งยืนนี้มีความสำคัญต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในองค์กร ซึ่งแตกต่างจากโปรแกรมฝึกอบรมทั่วไปที่มีมักพบปัญหาการลดลงของการนำความรู้ไปใช้หลังจากผ่านไประยะหนึ่ง

ที่น่าสนใจคือมีเพียง 3.0% เท่านั้นที่ไม่ใช้งานคู่มือเลย ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ย้ายงานหรือเปลี่ยนตำแหน่งไปยังงานที่ไม่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นเหตุผลที่สมเหตุสมผลและไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพหรือความเหมาะสมของคู่มือ ผลการติดตามนี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาคู่มือ และเป็นหลักฐานสนับสนุนการขยายผลการใช้งานไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ในวงกว้าง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่องพบว่า การสนับสนุนจากหัวหน้างานมีความสัมพันธ์ระดับสูงสุด ($\chi^2=18.42$, $p<0.001$) โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนดีมีแนวโน้มใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 60.9% ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เน้นความสำคัญของภาวะผู้นำในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนวัตกรรม การสนับสนุนจากหัวหน้างานไม่เพียงแต่ในรูปแบบการอนุญาตให้ใช้เวลาในการศึกษาคู่มือ แต่รวมถึงการให้กำลังใจ การสอบถามผลการใช้งาน และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้

การเข้าร่วมอบรมเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้งานต่อเนื่อง ($\chi^2=12.67$, $p<0.001$) โดยกลุ่มที่เข้าอบรม 2 ครั้งขึ้นไปมีสัดส่วนการใช้งานสม่ำเสมอสูงสุด (55.8%) เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าอบรม (11.6%) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็น

เห็นว่าการอบรมเสริมช่วยฟื้นฟูความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้งานจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง (Continuous Learning) ที่เน้นความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ

ภาระงานเป็นปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญ ($\chi^2=9.73$, $p=0.002$) โดยผู้ที่มีภาระงานปกติสามารถใช้งานสม่ำเสมอได้ 62.8% เทียบกับ 43.5% ในกลุ่มที่มีภาระงานหนัก ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการภาระงานและการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาทักษะ ซึ่งสะท้อนปัญหาโครงสร้างของระบบสุขภาพที่บุคลากรมักมีภาระงานมากเกินไป ตามที่ Duan และคณะ⁷ รายงานว่าภาระงานที่มากเกินไปส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน ภาวะหมดไฟ และความตั้งใจลาออกของบุคลากรสุขภาพ

การวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีผลร่วมกัน โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน เข้าอบรมเสริมสม่ำเสมอ และมีภาระงานที่เหมาะสม มีอัตราการใช้งานอย่างต่อเนื่องสูงถึง 87.5% ในขณะที่กลุ่มที่ขาดปัจจัยสนับสนุนทั้งสาม มีอัตราการใช้งานต่อเนื่องเพียง 23.1% ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารในการวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนการใช้งานคู่มือ โดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุนจากผู้นำ การจัดอบรมติดตามอย่างสม่ำเสมอ และการบริหารจัดการภาระงานให้เหมาะสม

ความแตกต่างตามประเภทโรงพยาบาล

การศึกษาพบความแตกต่างที่น่าสนใจระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลทั่วไปมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญในด้านการลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 เทียบกับ 4.1, $p=0.032$) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 เทียบกับ 4.2, $p=0.014$) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย โรงพยาบาลทั่วไปมักมีขนาดเล็กกว่า การสื่อสารภายในองค์กรเป็นไปได้ง่ายกว่า และบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ทำให้การ

นำเทคนิคใหม่ไปใช้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โรงพยาบาลทั่วไปมีความซับซ้อนของผู้ป่วยน้อยกว่า ทำให้เทคนิคการสื่อสารพื้นฐานสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า

ในทางตรงกันข้าม โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และมีความกดดันด้านเวลาและทรัพยากรมากกว่า ทำให้การนำเทคนิคใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากกว่า และผลลัพธ์อาจไม่ชัดเจนเท่า อย่างไรก็ตาม ในด้านความมั่นใจในการจัดการ แม้โรงพยาบาลทั่วไปจะมีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย (4.2 เทียบกับ 4.0) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.060$) แสดงให้เห็นว่าคู่มือสามารถเสริมสร้างความมั่นใจได้ในทุกประเภทโรงพยาบาล ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์สำหรับการปรับแต่งกลยุทธ์การนำคู่มือไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละประเภท

การรับรู้ประสิทธิผลโดยรวม

การประเมินประสิทธิผลของคู่มือในระยะยาวพบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการวัดเชิงปริมาณ โดยการปรับปรุงบรรยากาศการทำงานได้รับการรับรู้ว่ามีประสิทธิผลสูงสุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3) โดยมีผู้ให้คะแนน "ดีขึ้นมาก" และ "ดีขึ้นปานกลาง" รวมกันถึง 90.9% การปรับปรุงบรรยากาศการทำงานมีผลกระทบวงกว้างต่อทั้งคุณภาพชีวิตการทำงาน ความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพที่เป็นปัญหาในหลายประเทศ

การลดเหตุการณ์ความรุนแรงได้รับการรับรู้ว่ามีประสิทธิผลในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.2) โดยมีผู้ประเมินว่า "มีประสิทธิผลมาก" และ "มีประสิทธิผลปานกลาง" รวมกันเป็น 90.1% การรับรู้นี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่แสดงการลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์

ยากลำบากเพิ่มขึ้นได้รับการรับรู้ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.1) โดยมีผู้ประเมินว่า "เพิ่มขึ้นมาก" และ "เพิ่มขึ้นปานกลาง" รวมกันเป็น 87.9% ความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากการมีเครื่องมือและเทคนิคที่เหมาะสมในการจัดการสถานการณ์ที่น่าสนใจคือในทุกด้านที่ประเมิน มีผู้ประเมินว่า "ไม่เปลี่ยนแปลง/ไม่มีประสิทธิผล" เพียง 1.5% เท่านั้น และไม่มีผู้ใดประเมินในทางลบ แสดงให้เห็นว่าคู่มือไม่ได้ก่อให้เกิดผลเสียแต่อย่างใด และมีประสิทธิผลเชิงบวกอย่างกว้างขวาง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำ (0.7-0.9) แสดงความสอดคล้องของความเห็นในกลุ่มผู้ประเมิน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ดีของความเหมาะสมและประสิทธิภาพของคู่มือ

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้จะให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก การศึกษาใช้ One Group Pretest-Posttest Design ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้อย่างเหมาะสม และอาจมีผลจาก Hawthorne Effect²¹ ที่ผู้เข้าร่วมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะรู้ว่าตนเองกำลังถูกศึกษา ประการที่สอง ระยะเวลาติดตาม 3 เดือนยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ประการที่สาม การทดลองในโรงพยาบาล 5 แห่ง อาจไม่สะท้อนความหลากหลายของบริบทโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่อาจมีลักษณะการบริการและประชากรผู้ป่วยที่แตกต่าง

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพในการลดเหตุการณ์ความรุนแรง เสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัย และเพิ่มความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยสากล^{14,15,16} และยืนยันความเหมาะสมของการปรับแต่งเทคนิคการสื่อสารเชิงบวกให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมไทย ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การอบรมเสริมที่สม่ำเสมอ และการบริหารจัดการภาระงานที่เหมาะสม การขยายผลการใช้คู่มือในวงกว้างควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และจัดเตรียมระบบสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพไทย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาและข้อจำกัดที่พบ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยและการพัฒนาต่อไป ดังนี้ (1) ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์และสามารถควบคุมปัจจัยกวนได้ดีขึ้น (2) ควรขยายระยะเวลาติดตามผลให้ยาวนานขึ้นอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบระยะยาว (3) ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor.(2019). Workplace violence in healthcare: 2018 survey results. Washington, DC: BLS; 2019. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/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.วีร์ เมฆวิสัย, พาสนา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์.(2025). การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2025 Sep 30;10(3):999-1010.
- 18.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2555). คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 19.วีร์ เมฆวิสัย, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์.(2568). คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: พรอสเพอริส ปับริ่ง; 2568.
- 20.Cohen J.(1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 21.Thiese MS.(2014). Observational and interventional study design types; an overview. *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(2):199-210. doi: 10.11613/BM.2014.022