



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผล หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

Development and Efficacy Evaluation of a Gentle Communication for Gentle Healthcare Curriculum

วีร์ เมฆวิไลย (ปร.ด.)*, นิชาภา รัตนจันทร์ (วท.บ)**,
ภัทรวรรณ สุขยิรัญ (ปร.ด.)***, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ (พ.บ.)*
Wee Mekwilai (Ph.D.)*, Nichapha Rattanjan (B.Sc.)**,
Pattarawat Sukyirun (Ph.D.)***, Burin Suraaroonsamirt (M.D.)*

* สำนักวิชาการสุขภาพจิต

* Bureau of Mental Health Academic Affairs

** กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

** Bureau of Mental Health Service Administration

*** โรงพยาบาลศรีธัญญา

*** Srithanya Hospital

ชื่อผู้ประสานงาน: วีร์ เมฆวิไลย อีเมลผู้ประสานงาน: weepositive7@gmail.com

ARTICLE HISTORY

วันรับ:	12 ก.พ. 2569
วันแก้ไข:	13 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	24 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อบุคลากรและคุณภาพการดูแล แม้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกแสดงประสิทธิผล แต่การขยายผลมีข้อจำกัด การพัฒนาหลักสูตรการอบรมจึงจำเป็นสำหรับการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกตามแนวทาง R&D (2) ประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจ (3) ศึกษาแผนการนำไปใช้และอุปสรรค เป็นการวิจัยและพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการพัฒนาหลักสูตร 5 ขั้นตอน ใช้การออกแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนหลังกับบุคลากร 18 คน หลักสูตร 360 นาที 6 บท ผสมผสานบรรยาย Role - play Simulation และ Workshop วิเคราะห์ด้วย Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลักสูตรมีค่า IOC = 0.90 ความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.30 (d = 1.94) ทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.00 (d = 1.40) ทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.70 (d = 1.77) ความพึงพอใจร้อยละ 4.50/5.00 และร้อยละ 88.90 วางแผนนำไปใช้ทันที หลักสูตรมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะ สามารถขยายผลเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: การสื่อสารเชิงบวก; ความรุนแรง; บริการสุขภาพ; การลดความรุนแรง; วิจัยและพัฒนา

Abstract

Workplace violence in healthcare settings impairs staff well-being and care quality. Although a positive communication guidebook has proven effective in reducing violence, scaling up remains challenging. This study aimed to (1) develop a positive communication curriculum using a research and development framework, (2) assess knowledge, attitudes, skills, and satisfaction, and (3) explore implementation plans and barriers. A one-group pretest-posttest design was employed with 18 healthcare workers. The 360 - minute, 6 - module curriculum integrated lectures, role-play, simulation, and workshops. Content validity was strong (IOC = 0.90). Knowledge, attitudes, and skills improved significantly (28.33, 15.04, and 24.72 percent, respectively; all $p < 0.001$) with large to very large effect sizes ($d = 1.40 - 1.94$). Satisfaction was 4.50/5.00, and 88.89 percent planned immediate implementation. Findings support scaling up this curriculum to promote safer healthcare work environments.

Keywords: gentle communication; violence; health service; de-escalation; R&D

บทนำ

ความรุนแรงในบริการสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลจาก U.S. Bureau of Labor Statistics พบว่าอัตราการบาดเจ็บจากความรุนแรงในอุตสาหกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 10.40 : 10,000 คน ในปี 2018 เป็น 15.20 : 10,000 คน ในปี 2020⁽¹⁾ สะท้อนว่าบุคลากรสาธารณสุขเพียงร้อยละ 10 ของกำลังแรงงานทั้งหมด ประสบกับการบาดเจ็บจากความรุนแรงถึงร้อยละ 48 ของกรณีทั้งหมด สูงกว่าอาชีพอื่นถึง 5 เท่า⁽²⁾ ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ไม่แตกต่างกัน เมื่อพบว่าบุคลากรพยาบาล ประสบความรุนแรงทางวาจาร้อยละ 38.90 และทางกาย ร้อยละ 3.10 ภายใน 12 เดือน⁽³⁾ โดยแผนกฉุกเฉินมีอัตราสูงถึงร้อยละ 84.70⁽⁴⁾ ปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการเกิดความรุนแรงดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ คือความล้มเหลวในการสื่อสาร ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของเหตุการณ์ร้ายแรง

มากกว่าร้อยละ 70⁽⁵⁾ และพบวาร์้อยละ 67 ของข้อผิดพลาดในการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ⁽⁶⁾ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงไม่เพียงนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลในภาพรวม

ผลกระทบของความรุนแรงในบริการสุขภาพแผ่ขยายในหลายมิติ ในระดับบุคคล บุคลากรที่ประสบความรุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะหมดไฟในการทำงาน และภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง⁽⁷⁾ ซึ่งนำไปสู่การลาออก การขาดงาน และการสูญเสียประสิทธิภาพในระดับองค์กร และขยายผลไปสู่ระดับระบบ โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาสูญเสีย 18.27 พันล้านดอลลาร์ต่อปี เป็นค่าใช้จ่ายในการรับมือ 14.65 พันล้านดอลลาร์ และค่าใช้จ่ายในการป้องกัน 3.62 พันล้านดอลลาร์⁽⁸⁾ หากไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ วงจรผลกระทบนี้จะยิ่งซ้ำเติมวิกฤตการขาดแคลนบุคลากร

สาธารณสุขและส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว แม้งานวิจัยระหว่างประเทศจะแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารเชิงบวกและเทคนิค De-escalation มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรง^(9,10) แต่การประยุกต์ใช้ในไทยยังติดขัดเนื่องจากขาดเครื่องมือและแนวทางที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ภาษา และระบบสุขภาพ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพที่สามารถลดความรุนแรงทางกายร้อยละ 25 ทางวาจาร้อยละ 17.80 และรวมร้อยละ 19.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ แต่การขยายผลสู่บุคลากรในวงกว้างยังจำกัดเนื่องจากการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาทักษะที่ซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติและการให้ข้อมูลป้อนกลับ⁽¹²⁾ ขณะที่งานวิจัยด้านการฝึกอบรมชี้ว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการที่ผสม Role-play Simulation และ Debriefing มีประสิทธิภาพสูงกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง^(13,14) แต่ยังไม่มีการพัฒนาหลักสูตรในรูปแบบดังกล่าวที่ต่อยอดจากคู่มือซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในไทย

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่ต่อยอดจากคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลแล้ว^(15,16) มาสู่รูปแบบที่ขยายผลได้กว้างขวางและยั่งยืน ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายซึ่งสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้และทักษะอย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ โดยใช้แนวทางวิจัยและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ และวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากการดำเนินงานตามภารกิจปกติของสำนักวิชาการสุขภาพจิต เพื่อสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของหลักสูตรในสถานการณ์จริงซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการขยายผลแบบ Train-the-Trainer⁽¹⁸⁾ ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะการสื่อสารและการจัดการความขัดแย้งและกำหนดนโยบายสามารถวางแผนจัดสรรทรัพยากรสำหรับการป้องกันความรุนแรงในระบบสุขภาพไทยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การศึกษา

- (1) พัฒนาหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ
- (2) ประเมินความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของบุคลากรที่เข้าร่วมการอบรมจากการทดลองใช้หลักสูตร
- (3) ศึกษาแผนการนำไปใช้และอุปสรรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากการพัฒนาและทดลองใช้หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพของกรมสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานตามภารกิจปกติในการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569 การพัฒนาหลักสูตรดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา⁽¹⁷⁾ มีขั้นตอนสำคัญได้แก่ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความต้องการการออกแบบและพัฒนาหลักสูตร การทดสอบคุณภาพเบื้องต้น การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้หลักสูตรเพื่อประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นในการเพิ่มพูนความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ก่อน-หลังการอบรม

กระบวนการพัฒนาหลักสูตร

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความต้องการ

ทบทวนผลการพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ⁽¹⁵⁾ และผลการประเมินประสิทธิผลของคู่มือ⁽¹⁶⁾ และยังทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการออกแบบหลักสูตรการอบรมสำหรับผู้ใหญ่ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการสอนต่าง ๆ เช่น Role - play Simulation และ Debriefing จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, และ ERIC ระหว่างปี 2558 – 2568

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาหลักสูตร

2.1 การจัดตั้งคณะทำงาน จำนวน 3 คน ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ร่วมกันออกแบบโครงสร้างหลักสูตร กำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ และพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้

2.2 การพัฒนาโครงสร้างหลักสูตร วิเคราะห์เนื้อหาจากคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ ซึ่งมี 7 ส่วนหลัก นำมาจัดระบบใหม่ให้เหมาะสมกับการจัดการเรียนรู้แบบลำดับขั้น โดยแบ่งออกเป็น 6 บทเรียน ได้แก่ 1) ความสำคัญและผลกระทบของความรุนแรง 2) สาเหตุ รูปแบบ และปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรงในบริการสุขภาพ 3) หลักการสื่อสารเชิงบวกและทักษะพื้นฐาน 4) เทคนิค De-escalation 5) การประยุกต์ใช้และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และ 6) ระบบองค์กร นโยบาย โครงสร้างนี้ออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่⁽¹²⁾ และหลักการ Bloom's Taxonomy ที่เน้นพัฒนาจากความรู้พื้นฐานไปสู่การประยุกต์ใช้และการสร้างสรรค์⁽¹⁹⁾

2.3 การกำหนดวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ และออกแบบกิจกรรม กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เชิงพฤติกรรม สำหรับแต่ละบทเรียน จากนั้นออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายแบบโต้ตอบ การสาธิตโดยวิทยากรกิจกรรมกลุ่มย่อย การสวมบทบาท การจำลองสถานการณ์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสะท้อนผลหลังกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมได้รับการออกแบบให้มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามลำดับ เริ่มจากสถานการณ์ง่าย ไปสู่สถานการณ์ที่ซับซ้อนและคาดเดาได้ยาก เพื่อสร้างความมั่นใจและความชำนาญอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2.4 การจัดทำแผนการสอน สำหรับแต่ละบทอย่างละเอียด ประกอบด้วยหัวข้อบทเรียน วัตถุประสงค์ การเรียนรู้ ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ละขั้นตอน และการประเมินผลแผนการสอนระบุบทบาทของวิทยากรและผู้เรียนอย่างชัดเจน รวมถึงคำถาม กระตุ้นการคิด ประเด็นสำคัญที่ต้องเน้น และข้อควรระวัง

ในแต่ละกิจกรรม นอกจากนี้ยังจัดทำสคริปต์สำหรับการสวมบทบาทและการจำลองสถานการณ์ แนวทางการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์และเน้นการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลวิชาชีพ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยจัดส่งเอกสารหลักสูตร ฉบับสมบูรณ์และแบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาที่ครอบคลุม 3 ส่วนหลัก คือ ความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตรโดยรวม ความตรงเชิงเนื้อหา รายบท และข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยใช้สูตร $IOC = \Sigma R/N$ กำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ 0.60 ขึ้นไป พบว่าโครงสร้างหลักสูตรโดยรวมมีค่า IOC เท่ากับ 0.92 รายบทพบค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.85-0.95 (บทที่ 1 = 0.87, บทที่ 2 = 0.93, บทที่ 3 = 0.90, บทที่ 4 = 0.95, บทที่ 5 = 0.88, บทที่ 6 = 0.85) แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพและนำมาปรับปรุงหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพหลักสูตร

ทดลองใช้หลักสูตรในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569 กับบุคลากรทางการแพทย์ 18 คน ของสถาบันราชานุกูล โดยมีการวัดความรู้ ทักษะคิด และทักษะก่อน-หลัง การอบรม รวมถึงการประเมินความพึงพอใจแผนการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการด้านหน้าที่เข้าร่วมการอบรมทดลองใช้หลักสูตร 18 คน จากกรมสมัครใจ เข้าร่วมโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการทดลองใช้หลักสูตรในระยะพัฒนา ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินคุณภาพและความเหมาะสมมากกว่าการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามหลักการของการทดลองใช้นวัตกรรมทางการศึกษา⁽²⁰⁾

โครงสร้างหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น

หลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ มีระยะเวลารวม 360 นาที จัดรูปแบบเข้มข้น 1 วัน กลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ วิธีการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต กิจกรรมสมมติบทบาท การจำลองสถานการณ์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย 5 ส่วน

1) ประเมินความรู้ 6 ข้อ วัดความเข้าใจหลักการสื่อสาร

เชิงบวก เทคนิค De - escalation การใช้ข้อความแบบ I - message การระบุสัญญาณเตือน การดูแลจิตใจตนเอง และบทบาททีมสหวิชาชีพ 2) ประเมินทัศนคติ 6 ข้อ วัดความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการสื่อสารเชิงบวก ประโยชน์ของเทคนิค De - escalation สิทธิผู้ป่วย ความสำคัญของการฟัง ความสุขในการทำงาน และความมั่นใจในการนำไปใช้ 3) ประเมินทักษะ 6 ข้อ วัดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การใช้น้ำเสียงสงบ การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง การเสนอทางเลือก และการจัดการ

ตารางที่ 1 โครงสร้างหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ

บท	หัวข้อ	เวลา (นาที)	วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก
1	บทนำ ความสำคัญ และผลกระทบ	60	<ul style="list-style-type: none"> เข้าใจปัญหาความรุนแรง เห็นความสำคัญของการสื่อสาร รู้จักเป้าหมายหลักสูตร 	<ul style="list-style-type: none"> Ice breaking จับคู่หาสาเหตุ Walk in Their Shoes การบรรยาย
2	ความรุนแรง สาเหตุ รูปแบบ ปัจจัยเสี่ยง	60	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า จำแนกรูปแบบความรุนแรง สังเกตสัญญาณเตือน 	<ul style="list-style-type: none"> Red Flag Spotting Risk Mapping การบรรยาย
3	หลักการสื่อสาร 6 หลักการ + ทักษะพื้นฐาน	60	<ul style="list-style-type: none"> เข้าใจหลักการ 6 ข้อ แปลงประโยคเชิงบวก ใช้ภาษากายเหมาะสม จัดการอารมณ์ตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> 6 Principles Match Sentence Makeover ฝึกเทคนิคหายใจ การบรรยาย
4	De - escalation เทคนิคลดความตึงเครียด	60	<ul style="list-style-type: none"> ใช้เทคนิค 5 ข้อได้ บูรณาการเทคนิค รู้เมื่อใดต้องหยุด 	<ul style="list-style-type: none"> Simulation/ Role-play Red Light Scenarios Debrief 2 รอบ การบรรยาย
5	ประยุกต์ใช้สถานการณ์จริง + ทีมสหวิชาชีพ	60	<ul style="list-style-type: none"> ประยุกต์ใช้ตามบริบท ทำงานเป็นทีมได้ 	<ul style="list-style-type: none"> กรณีศึกษา 3 กรณี Interprofessional Simulation การบรรยาย
6	ระบบองค์กร นโยบาย วัฒนธรรม ความยั่งยืน	60	<ul style="list-style-type: none"> ออกแบบนโยบายได้ สร้าง No-blame culture วางแผนปฏิบัติการ 	<ul style="list-style-type: none"> กรณีศึกษาความสำเร็จ Action Planning การบรรยาย
รวม		360		

ความเครียด ทั้ง 3 ชุดใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ ผู้เข้าร่วมการอบรมทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลัง การอบรม 4) การประเมินความพึงพอใจ 6 ข้อ วัดความพึงพอใจต่อเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ตัวอย่าง และกรณีศึกษา รูปแบบการนำเสนอ ความยาวเนื้อหา และความพึงพอใจโดยรวม ใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ เฉพาะหลังการอบรม 5) แบบสอบถามแผนการนำไปใช้ และอุปสรรค เป็นคำถามแบบเลือกตอบซึ่งเลือกได้ มากกว่าหนึ่งข้อ ครอบคลุมแผนการนำความรู้ไปใช้ อุปสรรคที่คาดว่าจะพบ ความต้องการการสนับสนุน และคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะ 4 ประเด็น คือ ส่วนที่ประทับใจมากที่สุด ส่วนที่ควรปรับปรุง เนื้อหา ที่อยากให้เพิ่มเติม และข้อเสนอแนะอื่น ๆ แบบประเมิน ทั้งหมด ผ่านการพิจารณาคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (CVI = 0.89) และมีค่า ความสอดคล้องภายใน ความรู้ ($\alpha = 0.81$), ทักษะ ($\alpha = 0.78$), ทักษะ ($\alpha = 0.83$)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 29.0 (ลิขสิทธิ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) การวิเคราะห์แบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก

1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ และความพึงพอใจทั้งก่อน-หลัง การอบรม ส่วนข้อมูลประชากร แผนการนำไปใช้ และอุปสรรค ใช้ค่าความถี่และร้อยละ การแปลผล คะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ 5 ระดับ คือคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 = ดีมาก, 3.51 - 4.50 = ดี, 2.41 - 3.50 = พอใช้, 1.51 - 2.50 = ควรปรับปรุง และ 1.00 - 1.50 = ปรับปรุงเร่งด่วน

2) การวิเคราะห์เชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทักษะ ทักษะก่อน-หลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p < 0.05$ คำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d โดยค่า Cohen's d น้อยกว่า 0.20 เป็นขนาดอิทธิพลเล็ก 0.20 - 0.49 เป็นขนาดอิทธิพล

เล็ก - ปานกลาง 0.50 - 0.79 เป็นขนาดอิทธิพล ปานกลาง และมากกว่า 0.80 เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่⁽²¹⁾ การคำนวณใช้สูตร $d = (M_2 - M_1) / SD_{pooled}$ โดย M_1 คือค่าเฉลี่ยก่อนการอบรม M_2 คือค่าเฉลี่ย หลังการอบรม และ SD_{pooled} คือส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานรวม

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะปลายเปิด วิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ตามธีม ธีมหลัก ได้แก่ จุดแข็งของการอบรม ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเนื้อหา ที่อยากให้เพิ่มเติม และข้อเสนอแนะอื่น ๆ วิเคราะห์ โดยผู้วิจัยสองท่านอย่างอิสระ ก่อนเปรียบเทียบผล และหาข้อสรุปร่วมกัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ ข้อมูลจาก การดำเนินงานตามภารกิจปกติของกรมสุขภาพจิต โดยไม่มีการระบุตัวบุคคล ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บ เป็นความลับ นำเสนอผลเป็นภาพรวมโดยไม่สามารถ ระบุตัวบุคคลได้ ผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้รับการแจ้ง วัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลและให้ความยินยอมในการใช้ ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วม 18 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.44 อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 44.44 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์การทำงาน 6 - 10 ปี ร้อยละ 33.33 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 27.78 และไม่เคยได้รับการอบรม De - escalation มาก่อน ร้อยละ 94.44 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลทุกตัวแปรมีการแจกแจงปกติ (ความรู้, $W = 0.93, p = 0.187$; ทักษะ, $W = 0.95, p = 0.34$; ทักษะ, $W = 0.94, p = 0.256$) จึงใช้ Paired t-test ในการวิเคราะห์

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หญิง	17	94.44
ชาย	1	5.56
อายุ		
20 - 30 ปี	3	16.67
31 - 40 ปี	8	44.44
41 - 50 ปี	4	22.22
51 - 60 ปี	3	16.67
ตำแหน่งงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	6	33.33
เจ้าหน้าที่บริการ	5	27.78
เจ้าพนักงานธุรการ	2	11.11
อื่น ๆ*	5	27.78
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	3	16.67
1-5 ปี	4	22.22
6-10 ปี	6	33.33
11-20 ปี	3	16.67
มากกว่า 20 ปี	2	11.11
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
ผู้ป่วยนอก	5	27.78
งานบริการทั่วไป	3	16.67
หอผู้ป่วยใน	2	11.11
งานทันตกรรม	2	11.11
อื่น ๆ	6	33.33
ประสบการณ์การอบรม De - escalation		
ไม่เคย	17	94.44
เคย	1	5.56

*หมายเหตุ: อื่น ๆ ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ นักโภชนาการ

ตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.53 เป็น 4.53 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.33) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก ($d = 1.94$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้เกี่ยวกับเทคนิค De-escalation มีการเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 34.51 และมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d = 2.31$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับหลักการสื่อสารเชิงบวกเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.36 ($d = 2.12$) แสดงว่าหลักสูตรสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคะแนนความรู้หลังการอบรมทุกข้ออยู่ในระดับดีถึงดีมาก (4.39 - 4.67)

ตารางที่ 4 พบว่า คะแนนทัศนคติโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.99 เป็น 4.59 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.04) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ($d = 1.40$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทัศนคติทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทัศนคติต่อประโยชน์ของเทคนิค De-escalation และความมั่นใจในการนำไปใช้เพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 17.01 และมีขนาดอิทธิพลสูง ($d = 1.56$ และ 1.48 ตามลำดับ) แสดงว่าผู้เข้าร่วมเกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของเทคนิค และมีความพร้อมในการนำไปประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ความสุขในการทำงานก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญร้อยละ 16.14 ($d = 1.21$) สะท้อนว่าการมีทักษะในการจัดการสถานการณ์ยากลำบากช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม M (SD)	หลังอบรม M (SD)	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
1. หลักการสื่อสารเชิงบวก	3.61 (0.50)	4.67 (0.49)	1.06 (0.80, 1.32)	29.36	8.49	<0.001	2.12
2. เทคนิค De-escalation	3.39 (0.50)	4.56 (0.51)	1.17 (0.90, 1.44)	34.51	9.25	<0.001	2.31
3. การใช้ I-message	3.50 (0.51)	4.50 (0.51)	1.00 (0.70, 1.30)	28.57	7.07	<0.001	1.76
4. การระบุสัญญาณเตือน	3.56 (0.51)	4.50 (0.51)	0.94 (0.65, 1.23)	26.40	6.73	<0.001	1.68
5. การดูแลจิตใจตนเอง	3.61 (0.50)	4.56 (0.51)	0.95 (0.68, 1.22)	26.32	7.54	<0.001	1.88
6. บทบาทที่ทีมสหวิชาชีพ	3.50 (0.51)	4.39 (0.50)	0.89 (0.60, 1.18)	25.43	6.46	<0.001	1.61
รวม	3.53 (0.62)	4.53 (0.37)	1.00 (0.73, 1.27)	28.33	7.78	<0.001	1.94

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม M (SD)	หลังอบรม M (SD)	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
1. ทัศนคติต่อการสื่อสารเชิงบวก	4.00 (0.49)	4.67 (0.49)	0.67 (0.44, 0.90)	16.75	6.10	<0.001	1.52
2. ประโยชน์ De-escalation	3.94 (0.42)	4.61 (0.50)	0.67 (0.44, 0.90)	17.01	6.24	<0.001	1.56
3. สิทธิผู้ป่วย	4.17 (0.38)	4.67 (0.49)	0.50 (0.26, 0.74)	11.99	4.47	<0.001	1.12
4. ความสำคัญของการฟัง	4.11 (0.47)	4.61 (0.50)	0.50 (0.28, 0.72)	12.17	4.77	<0.001	1.19
5. ความสุขในการทำงาน	3.78 (0.55)	4.39 (0.50)	0.61 (0.34, 0.88)	16.14	4.84	<0.001	1.21
6. ความมั่นใจในการนำไปใช้	3.94 (0.42)	4.61 (0.50)	0.67 (0.43, 0.91)	17.01	5.93	<0.001	1.48
รวม	3.99 (0.49)	4.59 (0.35)	0.60 (0.37, 0.83)	15.04	5.60	<0.001	1.40

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 5 พบว่า คะแนนทักษะโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.60 เป็น 4.49 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก ($d = 1.77$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทักษะทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 27.62 และมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ($d = 1.88$) รองลงมาคือทักษะการใช้น้ำเสียงสงบที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.25 ($d = 1.83$) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของเทคนิค De-escalation ที่ได้รับการฝึกฝนผ่านกิจกรรม Role-play และ Simulation คะแนนทักษะหลังการอบรมทุกข้ออยู่ในระดับดี (4.39 - 4.56) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะเหล่านี้ในระดับสูง

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยคะแนนโดยรวมอยู่ที่ 4.50 (SD = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจต่อเนื้อหา ตัวอย่างและกรณีศึกษามีคะแนนสูงสุด 4.56 แสดงว่าเนื้อหาหลักสูตรเหมาะสม

และตรงกับความต้องการ กรณีศึกษาที่นำมาใช้มีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่ผู้เข้าร่วมอบรมได้เผชิญในการปฏิบัติงาน ส่วนความพึงพอใจต่อความยาวเนื้อหาอยู่ในระดับดี (4.33) แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาปรับปรุงการจัดเวลาในอนาคต

ผลการสำรวจแผนการนำความรู้ไปใช้ อุปสรรคที่คาดว่าจะพบ และความต้องการสนับสนุน พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 วางแผนจะนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานทันที และร้อยละ 72.2 จะแบ่งปันความรู้กับเพื่อนร่วมงาน แสดงถึงความตั้งใจในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริง อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมระบุว่า ภาระงานที่มากเกินไปเป็นอุปสรรคหลักร้อยละ 77.8 รองลงมาคือการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารร้อยละ 50.0 สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการนำความรู้ไปใช้ ในบริบทการทำงานจริง ด้านความต้องการสนับสนุน ผู้เข้าร่วมต้องการคู่มือหรือเอกสารอ้างอิงร้อยละ 83.3 และการติดตามผลและให้คำปรึกษาร้อยละ 66.7

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังการอบรม (n=18)

รายการประเมิน	ก่อนอบรม M (SD)	หลังอบรม M (SD)	MD (95% CI)	ร้อยละ เพิ่มขึ้น	t	p	Cohen's d
1. การฟังอย่างตั้งใจ	3.72 (0.46)	4.56 (0.51)	0.84 (0.57, 1.11)	22.58	6.60	<0.001	1.65
2. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ	3.61 (0.50)	4.50 (0.51)	0.89 (0.62, 1.16)	24.65	6.89	<0.001	1.72
3. การใช้น้ำเสียงสงบ	3.67 (0.49)	4.56 (0.51)	0.89 (0.63, 1.15)	24.25	7.33	<0.001	1.83
4. การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง	3.44 (0.51)	4.39 (0.50)	0.95 (0.68, 1.22)	27.62	7.53	<0.001	1.88
5. การเสนอทางเลือก	3.56 (0.51)	4.44 (0.51)	0.88 (0.60, 1.16)	24.72	6.69	<0.001	1.67
6. การจัดการความเครียด	3.61 (0.50)	4.50 (0.51)	0.89 (0.62, 1.16)	24.65	7.06	<0.001	1.76
รวม	3.60 (0.58)	4.49 (0.38)	0.89 (0.63, 1.15)	24.72	7.09	<0.001	1.77

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะปลายเปิด พบว่า ผู้เข้าร่วมประทับใจกิจกรรม Role - play และ Simulation มากที่สุด เนื่องจากช่วยให้เข้าใจเทคนิคได้ชัดเจน และสามารถฝึกปฏิบัติได้จริง ด้านข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้องการเพิ่มเวลาสำหรับการฝึกปฏิบัติมากขึ้น และควรมีวิดีโอตัวอย่าง ด้านเนื้อหาที่อยากให้เพิ่มเติมต้องการเทคนิคการจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด และด้านข้อเสนอแนะอื่น ๆ เสนอให้จัดการอบรมเป็นทีมตามหน่วยงาน เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ร่วมกันได้ สำหรับการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรในรุ่นต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการออกแบบหลักสูตรที่สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มากในด้านความรู้ (d = 1.94)

และทักษะ (d = 1.77) ซึ่งให้เห็นว่าการผสมผสานวิธีการสอนหลากหลาย โดยเฉพาะกิจกรรม Role - play และ Simulation ที่ผู้เข้าร่วมประทับใจมากที่สุด มีส่วนสำคัญในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีความหมาย การที่ผู้เรียนได้ทดลองทักษะในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เรียนรู้จากข้อผิดพลาด และได้รับ Feedback ทันทีจากวิทยากรและเพื่อนร่วมอบรม ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจริง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่เน้นการเรียนรู้ตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนความคิด การสร้างแนวคิด และการทดลองในสถานการณ์ใหม่⁽²²⁾

ความรู้เกี่ยวกับเทคนิค De-escalation มีการพัฒนาสูงสุด (เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.5, d=2.31) และทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงมีขนาดอิทธิพลสูงสุด (d = 1.88) สะท้อนว่าเนื้อหาและเทคนิคเหล่านี้เป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคลากรส่วนใหญ่ สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าร้อยละ 94.4

ไม่เคยได้รับการอบรม De - escalation มาก่อน การได้เรียนรู้เทคนิคที่เป็นรูปธรรม มีขั้นตอนชัดเจน สามารถฝึกปฏิบัติได้จริง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การพัฒนาทักษะการหลีกเลี่ยงการโต้เถียงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหนึ่งในหลักการสำคัญที่ตรงข้ามกับสัญชาตญาณของมนุษย์ การที่ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะนี้ได้ อย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการฝึกอบรม อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลที่สูงมาก ($d = 1.40-1.94$) ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ($n=18$) มีแนวโน้มให้ค่า Cohen's d สูงเกินจริง⁽²⁰⁾ ประกอบกับการวัดทันทีหลังการอบรมอาจเกิด Testing effect และ Demand characteristics การศึกษาในอนาคตที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และการติดตามผลระยะยาวจะช่วยยืนยันขนาดของผลกระทบที่แท้จริงได้

การเพิ่มขึ้นของทัศนคติด้านความมั่นใจในการนำไปใช้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.01, $d = 1.48$) และความสุขในการทำงาน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.14, $d = 1.21$) เป็นตัวชี้วัดสำคัญของผลกระทบเชิงจิตวิทยาของหลักสูตร การที่บุคลากรรู้สึกมั่นใจและมีความสุขมากขึ้นสะท้อนว่าหลักสูตรไม่เพียงเสริมสร้างความรู้และทักษะเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้าง Self - efficacy ของตนเองในการจัดการสถานการณ์ยากลำบาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการนำความรู้ไปใช้จริง การมีเครื่องมือและความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงานที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม คะแนนทัศนคติก่อนการอบรมอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอยู่แล้ว โดยเฉพาะด้านสิทธิผู้ป่วย ($M = 4.17$) และความสำคัญของการฟัง ($M = 4.11$) ซึ่งมีช่องว่างในการพัฒนาค่อนข้างจำกัด สะท้อนถึง Ceiling Effect ที่อาจทำให้ขนาดอิทธิพลด้านทัศนคติ ($d = 1.40$) ต่ำกว่าด้านความรู้และทักษะ⁽²⁰⁾ และอธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสื่อสารและสิทธิผู้ป่วยในระดับสูงเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว แต่ยังคงขาดความรู้และทักษะที่เป็นรูปธรรมในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งหลักสูตรนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในหลายประการ ขนาดอิทธิพลที่พบในการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ ($d = 1.77 - 1.94$) อยู่ในระดับที่สูงกว่างานวิจัยพัฒนาคู่มือเดิม ($d = 0.58 - 0.72$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การอบรมแบบเชิงปฏิบัติการมีประสิทธิภาพสูงกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า การแทรกแซงด้วยทักษะการสื่อสารลดการรับรู้ความก้าวร้าวได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบการเพิ่มขึ้นของทัศนคติและความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ขัดแย้ง การศึกษาปี 2007 ที่เน้นความสำคัญของกิจกรรม Role - play ในการพัฒนาทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมที่ประทับใจกิจกรรม Role - Play และ Simulation มากที่สุด⁽¹³⁾

การศึกษาปี 2012 ระบุว่าประสิทธิภาพของการฝึกอบรม De - escalation ขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ฝึก⁽²³⁾ และการให้ Feedback สะท้อนผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า ผู้เข้าร่วมเสนอให้เพิ่มเวลาการฝึกปฏิบัติ และต้องการการติดตามผลและให้คำปรึกษาหลังการอบรม แสดงว่า Feedback และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการฝึกอบรม การศึกษาเกี่ยวกับการจัดอบรมแบบ Train - the - trainer สนับสนุนข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมที่ต้องการให้จัดอบรมเป็นทีมตามหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และนำไปปรับใช้ร่วมกันได้⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการพัฒนาคู่มือในด้านของขนาดอิทธิพลที่สูงกว่า ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในวิธีการจัดการเรียนรู้ และระยะเวลาของการแทรกแซง หลักสูตรใช้เวลา 360 นาที และมีกิจกรรมที่หลากหลาย ในขณะที่คู่มือเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองอาจมีเวลาและความเข้มข้นในการฝึกปฏิบัติ น้อยกว่า นอกจากนี้ การวัดผลในการศึกษาค้นคว้าเป็นการวัดทันทีหลังการอบรม อาจสะท้อนการเรียนรู้ในระยะสั้น ในขณะที่การศึกษาค้นคว้าคู่มือเดิมมีการติดตามผลระยะยาวแสดงถึงการลดลงของเหตุการณ์ความรุนแรงจริงในโรงพยาบาล⁽¹⁶⁾ ความแตกต่างนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น

ในการติดตามผลระยะยาวของหลักสูตรเพื่อประเมินว่าความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดความรุนแรงจริงในระยะยาวได้หรือไม่ การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การใช้การออกแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่ได้จากการสมัครใจซึ่งอาจเกิด Selection bias และเครื่องมือวัดความรู้และทักษะอาศัยการรายงานตนเองมากกว่าการวัดเชิงวัตถุวิสัย ผลการศึกษาจึงควรตีความในบริบทของการพัฒนาหลักสูตรมากกว่าการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพพบว่าหลักสูตรมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.3 ทัศนคติเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.0 และทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7 ทั้งหมดมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ถึงใหญ่มาก ($d = 1.40 - 1.94$) ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจในระดับดีมาก (4.50 จาก 5.00) และร้อยละ 88.9 วางแผนนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานทันที ขณะที่ภาระงานมากและการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร เป็นอุปสรรคหลักที่คาดว่าจะพบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีศึกษาประสิทธิผลด้วย Randomized Controlled Trial พร้อมติดตามผลระยะยาวและประเมินทักษะด้วยวิธีที่หลากหลาย นอกจากนี้ ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมต่าง ๆ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และขยายผลไปยังบริบทอื่นเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor. Workplace violence in healthcare, 2018 [Internet]. Washington (DC): Bureau of Labor Statistics; 2020 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prioritizing our healthcare workers: The importance of addressing the intersection of workplace violence and mental health and wellbeing [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 May 29 [cited 2026 Feb 10]. Available from: https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2024/05/29/hcw_violence_mh/
3. Phaksuwan C, Maneesriwongul W, Duffy ME. Workplace violence against nurses in general hospitals in Thailand. Pac Rim Int J Nurs Res. 2021;25(3):465-77.
4. Sripichyakan K, Thungjaroenkul P, Charoensuk S. Workplace violence among nurses in a university hospital. Thai J Nurs Res. 2008;12(3):209-19.
5. Dingley C, Daugherty K, Dering MK, Persing R. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in patient safety: New directions and alternative approaches. Vol. 3. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

6. Joint Commission. Reducing handoff communication failures and inequities in healthcare [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2024 Aug 22 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2024/08/reducing-handoff-communication-failures-and-inequities-in-healthcare>
7. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 2014;19(5):492-501. doi: 10.1016/j.avb.2014.07.010
8. American Hospital Association. The burden of violence to U.S. hospitals [Internet]. Washington (DC): American Hospital Association; 2024 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.aha.org/costsofviolence>
9. Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2019;27(1):170-81. doi: 10.1111/hsc.12636
10. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
11. วีร์ เมฆวิไลย์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ (Gentle communication for gentle healthcare). กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส ปรีนติ้ง; 2568.
12. Knowles MS. The adult learner: A neglected species. 3rd ed. Houston (TX): Gulf Publishing; 1984.
13. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ.* 2007;7:3. doi: 10.1186/1472-6920-7-3
14. Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc.* 2007;2(2):115-25. doi: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
15. วีร์ เมฆวิไลย์, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.* 2568;10(3):999-1010.
16. วีร์ เมฆวิไลย์, พาสณา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. ประสิทธิภาพของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.* 2568;10(4):796-807.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
18. Pearce J, Mann MK, Jones C, van Buschbach S, Olf M, Bisson JI. The most effective way of delivering a train-the-trainers program: A systematic review. *J Contin Educ Health Prof.* 2012;32(3):215-26. doi: 10.1002/chp.21148

19. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York (NY): Longman; 2001.
20. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research: An introduction. 8th ed. Boston (MA): Pearson Education; 2007.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2nd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2015.
23. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864