

## การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง



นางจรรยา กิตติติก

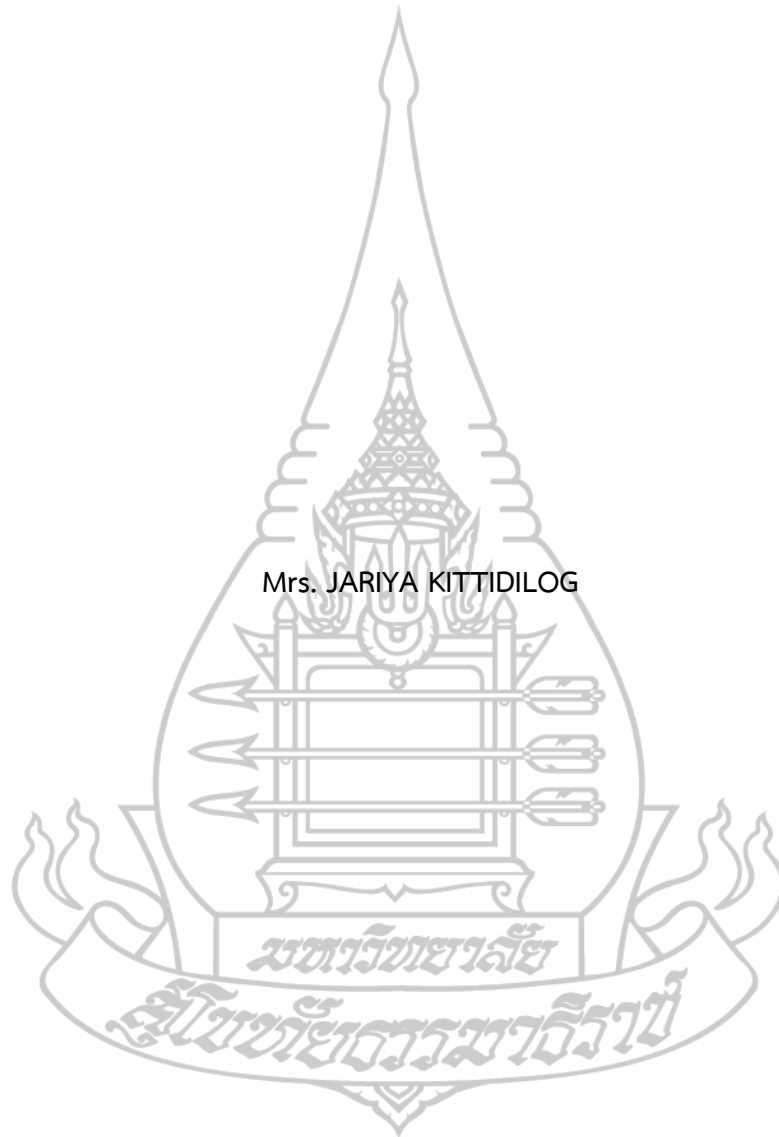
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ

บริหารทางการพยาบาล)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

Management of Violence in the Emergency Department of Rayong  
Hospital



Mrs. JARIYA KITTIDILOG

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง
ชื่อและนามสกุล	นางจรรยา กิตติดีลิก
แขนงวิชา / วิชาเอก	การบริหารทางการพยาบาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราพร เกิดมงคล)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา)	
.....	ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)	

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

ผู้วิจัย นางจรรยา กิตติดิลก รหัสนักศึกษา 2615100159

ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ปีการศึกษา 2566

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินตามการรับรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 10 คน ระยะที่ 2 การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองของพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน 24 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง และ (3) ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงด้วยคำถามปลายเปิด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่า IOC 0.96 ระยะที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ระบุว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการกระทำรุนแรงด้วยอาวุธร้อยละ 100 โดยพบอุบัติการณ์ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 และ 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 มากกว่า 6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4 โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ได้แก่ ไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน ร้อยละ 30 รองลงมา คือ ผู้ป่วยเมาสุรา ร้อยละ 27.14 ผู้ป่วยมีอาการป่วยจิตเวช ร้อยละ 21.43 และ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ ร้อยละ 17.14 ตามลำดับ การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงแล้ว คือ มีการปรับเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้แตกต่างกับตามระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรที่ได้รับ ความรุนแรงอย่างชัดเจนในส่วนของ การป้องกันความรุนแรงคือ กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ญาติทุก 30 นาที และในกรณีที่พบว่า ผู้รับบริการเมาสุรา หรือ ป่วยจิตเวช กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ข้างเตียงขณะทำหัตถการ และการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในเรื่องการเจรจาต่อรอง การป้องกันตัว การควบคุมความรุนแรง และการซ่อมแผนเสมือนจริง

**คำสำคัญ** พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน การจัดการความรุนแรง

Thesis title: “Management of Violence in the Emergency Department of Rayong Hospital”

Researcher: “Mrs. JARIYA KITTIDILOG”; ID: “2615100159”;

Degree: Master Nursing Science;

Thesis advisors: (1) Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol;(2) Assistant Professor Dr. Yosapon Leungsomnapa ; Academic year: 2023

### Abstract

The purpose of this mixed methods research is to explore the guidelines for managing violence in the emergency department of Rayong Hospital.

The research consists of 3 phases. Phase 1: in-depth interviews with ten personnel in charge of providing services in the emergency department. Phase 2: evaluate the perceptions of 24 nurses about the management procedure of violence in the emergency department in Rayong Hospital. The questionnaire, developed by the researcher, consisted of 3 parts, 1) general information; 2) management of violence in the emergency department; and 3) open-ended questions. The content validity of the questionnaire was analyzed by 6 experts. The IOC is 0.96. Phase 3: in-depth interview with the head nurse of Rayong hospital about the policy to manage violence in the emergency department. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The results found that in the past year, 100% of the professional nurses of the emergency department, Rayong Hospital, have been verbally abused. The incidence was reported as 1-2 times/year for 75% of nurses, 3-5 times/year for 16.6%, and more than 6 times/year for 8.4%. The factors that led to the violence were dissatisfaction from having to wait for service for a long time at 30%, followed by the patients being drunk at 27.14%, the patients having mental illness at 21.43%, and insufficient communication between nurses and relatives at 17.14%, respectively. Management measures when violence occurs are modifying the severity classification criteria and conducting nursing practice guidelines to be different according to severity levels, and establishing precise guidelines to care for the personnel who have been subjected to violence. In terms of violence prevention, nursing practices are set by providing information to relatives every 30 minutes. In cases where service recipients are found to be intoxicated or mentally ill, security personnel are assigned to be at the bedside during procedures. Training is also provided to all levels of staff, covering the topics of negotiation, self-defense, and violence control, including virtual reality rehearsals.

**Keywords :** Professional nurses, Emergency department, Violence management

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้ข้อคิด คำแนะนำ ให้กำลังใจเป็นอย่างดี ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ และขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความรู้ด้านต่างๆ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้แก่ ดร.นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ ดร.รุ่งนภา เขียวช่อฯ พญ.จิรภา สุรเบญจวงศ์, นายแพทย์ปรวิณ อัครพิदानนท์, นางศุภมาศ บำรุงรัตน์ และนางสุกัญญาสบายสุข ที่กรุณาให้คำแนะนำและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องในเนื้อหาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภูษิต ทรัพย์สมพล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง และนางสาวพิสมัย ฉายแสง หัวหน้าพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยให้เข้ารับการศึกษ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณกัลยาณมิตรผู้ร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

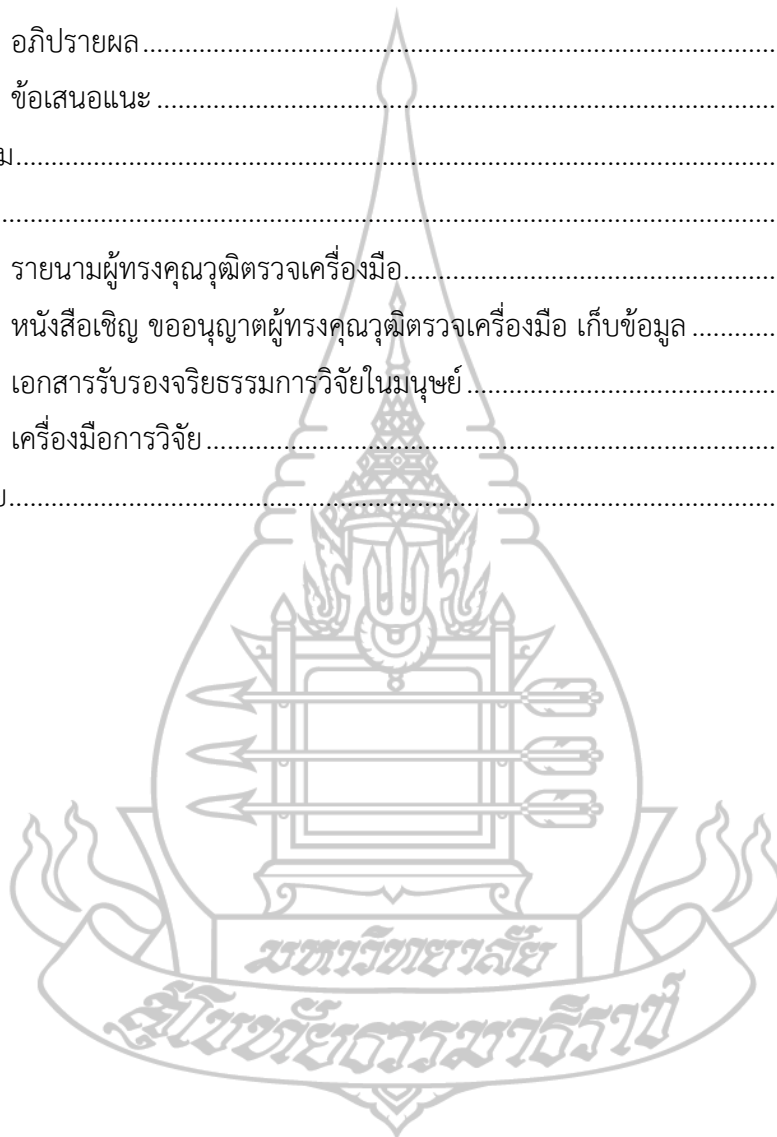
นางจริยา กิตติติลก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
<b>บทที่ 1</b> บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
3. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
4. สมมติฐานการวิจัย.....	4
5. ขอบเขตของการวิจัย.....	4
6. ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
7. นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
<b>บทที่ 2</b> วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน.....	6
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้อง.....	19
<b>บทที่ 3</b> วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
1. วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
2. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	29
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
4. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
<b>บทที่ 4</b> ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ตอนที่ 2 การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง.....	33

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 5</b> อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	47
1. อภิปรายผล .....	48
2. ข้อเสนอแนะ .....	51
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก.....	56
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ.....	57
ข. หนังสือเชิญ ขออนุญาตผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ เก็บข้อมูล .....	59
ค. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	68
ง. เครื่องมือการวิจัย .....	73
ประวัติผู้วิจัย.....	80





สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ประเภทของความรุนแรง .....	8
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม .....	31
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของประเภทความเสี่ยงจากความรุนแรงที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ถูกข่มขู่ด้วยวาจาในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา .....	32
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของประเภทความเสี่ยงจากความรุนแรงที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ถูกทำร้ายร่างกายในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา .....	33
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง.....	34
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มากกระทำ ความรุนแรง ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง.....	34
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของความปลอดภัยสถานที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง.....	35



## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยการจัดการความรุนแรง .....	3
ภาพที่ 2.1 แนวคิดทฤษฎีกดดันทั่วไป (General Strain Theory) ของ Robert Agnew (1985).....	20
ภาพที่ 2.2 Flow การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง.....	20



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรง ในโรงพยาบาลทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินซึ่งได้แก่ พยาบาล และมีแนวโน้มจะได้รับความรุนแรงเพิ่มมากที่สุด สาเหตุของการเกิดความรุนแรง จะเกิดจากพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากทำให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน อัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร เพราะจำเป็นต้องรีบเร่งในการให้บริการกับผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนให้พ้นจากภาวะคุกคามชีวิต ทำให้บรรยากาศตึงเครียด ส่งผลให้พยาบาลห้องฉุกเฉินทำงานหนัก เกิดภาวะเครียดสะสมในขณะทำงาน ทำให้พยาบาลบางรายแสดงอาการหงุดหงิด แสดงสีหน้าไม่พอใจในขณะปฏิบัติงาน ผู้รับบริการเกิดความไม่ประทับใจ ระยะเวลารอคอยการรักษาผู้ป่วยนาน ญาติรอนอกแผนกฉุกเฉินนานเกิดความไม่พึงพอใจ ข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารที่ต้องรีบเร่งเพื่อใช้เวลาให้กับผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ที่ทำงานเป็นกะจะมีโอกาสเกิดความรุนแรงสูง เนื่องจากต้องสัมผัสกับผู้ป่วยบริการเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงทั้งทางกายและทางวาจาสูงกว่า และการทำงานในช่วงเวรบายเวรดึก มีจำนวนบุคลากรจำนวนน้อยกว่าเวรเช้า (กติกิา เลียงสกุลและคณะ, 2564) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวช ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท กลุ่มผู้ป่วยดื่มสุรา กระทำ ความรุนแรงกับพยาบาลที่ให้การดูแลในแผนกฉุกเฉิน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะมีการกระทำความรุนแรงทางร่างกาย และทางวาจา จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงกับพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้างาน กระทบต่อการปฏิบัติงาน การย้ายแผนกของพยาบาลวิชาชีพ การลาออกจากวิชาชีพ เกิดความหวาดกลัวในการทำงาน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉินลดลง การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดความเสี่ยง รวมถึงความล่าช้าในการให้การพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รายงานข้อมูลการเกิดความรุนแรงของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555-2562 เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงกับพยาบาล มีการทำร้ายร่างกายจำนวน 22 เหตุการณ์ (จินตนา สุวิทวัส, 2021) การจัดการต่อเหตุการณ์ความรุนแรงหน้างาน ได้แก่ การเดินหนี การแจ้งหัวหน้าเวรแผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลตติยภูมิมีผู้มารับบริการจำนวนมาก เนื่องจากมีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย ทำให้ผู้รับบริการและญาติต้องเผชิญกับการรอรับการตรวจนานและบางครั้งอาจไม่ได้รับความประทับใจ ก่อให้เกิดความรุนแรงทั้งทางวาจาและทางร่างกายต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และ

บริเวณที่เกิดความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่พื้นที่รอตตรวจ รองลงมาคือพื้นที่คัดกรองผู้ป่วย และช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์มากที่สุด ได้แก่เวรป่วย (วันเพ็ญ สายไหมและคณะ, 2010) ความชุกของการประสบเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด รองลงมาเป็นความชุกเหตุความรุนแรงทางกาย และความชุกเหตุความรุนแรงทางเพศตามลำดับ ผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางกายคือ ผู้ป่วย ส่วนผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ ญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (นภัสวรรณ พชรธนาสาร, 2560)

จากเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย (Strategic Directions of 2P Safety of Thailand) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) โดยเน้นให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่ง “ER Safety เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย 2P Safety Goal” โดยผู้บริหารโรงพยาบาล กำหนดมาตรการดูแลสวัสดิภาพและความปลอดภัยให้กับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดทำแนวทางการป้องกันความรุนแรงและแนวทางการบริหารจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นในสถานบริการ โดยเฉพาะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กฤษณา สังข์มณีจินดา, 2564)

แนวทางการจัดการเมื่อเกิดความรุนแรง สถานพยาบาล Mother well Healthcare Centre ในเมือง Port Elizabeth ประเทศแอฟริกาใต้ จัดให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมด เรียนวิชาพลศึกษาเพื่อเรียนรู้การป้องกันตัวเอง และองค์กรพยาบาลวิชาชีพไทยแห่งแอฟริกาใต้ (Democratic Nursing Organisation of SA: Denosa) ประกาศให้ Phola Park Clinic ในเมือง Thokoza ได้ประกาศยกเลิกกะกลางคืน เพื่อรับประกันความปลอดภัยของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก องค์การแรงงานระหว่างประเทศ สภากาชาดสากล และสหภาพแรงงานบริการสาธารณสุขนานาชาติ จึงร่วมกันพัฒนา (กรอบการทำงานเพื่อจัดการกับความรุนแรงในสถานพยาบาล) (Framework guidelines for addressing workplace violence in the health) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโยบายการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณฉุกเฉิน และเป็นแนวทางให้กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป เพื่อป้องกัน และลดเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ควรทบทวนและแก้ไขระบบการรักษาพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การแจ้งผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย และวิธีการแสดงความเห็นอกเห็นใจที่แสดงโดยบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยลดจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลง (Serap Bingöl and Serpil Ince, 2021)

จากสถิติโรงพยาบาลระยองในปี พ.ศ. 2562-2566 มีพยาบาลในแผนกฉุกเฉินถูกกระทำรุนแรงทางด้านวาจา และด้านร่างกาย รวมทั้งหมด 21 ราย สาเหตุเกิดจาก ระยะเวลาารอคอยนาน จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 5.71) มีข้อจำกัดของการสื่อสาร จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 23.80) และถูกผู้ป่วยทำร้าย จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 19.04) ผู้กระทำความรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายร่างกาย จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.76) ผู้ป่วยอุบัติเหตุเมาสุราทำร้ายร่างกาย จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.76) และผู้ป่วยที่มีการทะเลาะวิวาทจาก

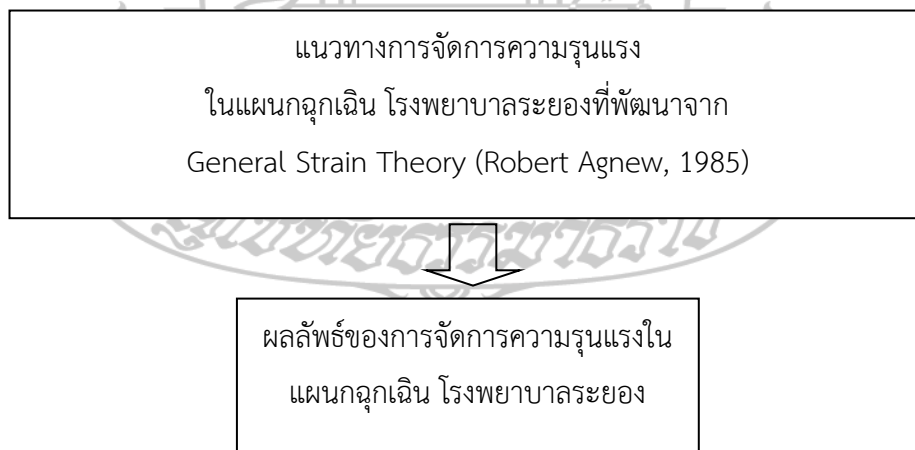
เหตุการณ์ข้างนอก 2 ราย (ร้อยละ 9.52) มีการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นหน้างาน โดยแจ้งพนักงานรักษาความปลอดภัยจำนวน 4 ครั้ง แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ 2 ครั้ง จากเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่า มีการกระทำรุนแรงด้านร่างกาย จำนวน 4 ครั้ง และด้านวาจา จำนวน 17 ครั้ง และเหตุการณ์มักเกิดขึ้นนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะในเวรบ่ายสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันเพ็ญ สายไหมและคณะ. (2010) เนื่องจากอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ Productivity 180 เกิดความแออัดในแผนกฉุกเฉิน มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก การสื่อสารข้อมูลไม่ทั่วถึง เนื่องจากต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตก่อน จึงได้มีการจัดทำแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ในปี 2563 แต่ยังไม่เคยศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้จัดทำวิจัยการจัดการความรุนแรงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยการจัดการความรุนแรง

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินสามารถจัดการความรุนแรง ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองได้

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน

#### 6. ข้อตกลงเบื้องต้น

บุคลากรในงานวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน

#### 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

**7.1 ความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน** หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากร ขณะปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีผู้กระทำความรุนแรงที่มีความตั้งใจกระทำความรุนแรง ใช้กำลังหรือสิ่งของในการกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย เช่น การทุบตี ทำร้ายด้านจิตใจ เช่น ดุด่า ดูหมิ่น เหยียดหยาม ทำให้ผู้ถูกกระทำรู้สึกด้อยค่า อับอาย เสียชื่อเสียง ศักดิ์ศรี รวมถึงการข่มขู่บันทึกภาพ เสียง และหรือวิดีโอ โดยมีการนำสิ่งนี้ไปเผยแพร่หรือไม่ก็ตาม

#### 7.2 ระดับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง :

**7.2.1 ความรุนแรงระดับเล็กน้อย** หมายถึง มีผู้กระทำความรุนแรงจำนวน 1 คนใช้คำพูดใช้เสียงดัง เป็นต้น และยังไม่อันตรายด้านร่างกายกับผู้ถูกกระทำ

**7.2.2 ความรุนแรงระดับวิกฤต** หมายถึง มีผู้กระทำความรุนแรงที่มีลักษณะ ดังนี้

1) ผู้กระทำความรุนแรง จำนวน 1 คนใช้อาวุธ ได้แก่ กระบอง มีด ปืน เป็นต้น จะทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน

2) ผู้กระทำความรุนแรง จำนวน > 2 คน ไม่มีอาวุธ ใช้คำพูดข่มขู่ กัดฟัน จะใช้กำลังทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน

**7.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองอย่าง จำนวน 24 คน

**7.4 ผู้กระทำความรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

**7.5 ผู้ถูกกระทำความรุนแรง** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน

**7.6 ความรุนแรงทางร่างกาย** หมายถึง การทำร้ายโดยใช้กำลัง เช่น ตบ ตี ทูบ ผลัก กัด ตี หรือใช้กำลังเพื่อข่มขู่ เป็นต้น รวมถึงการขว้างปาข้าวของจนเสียหาย

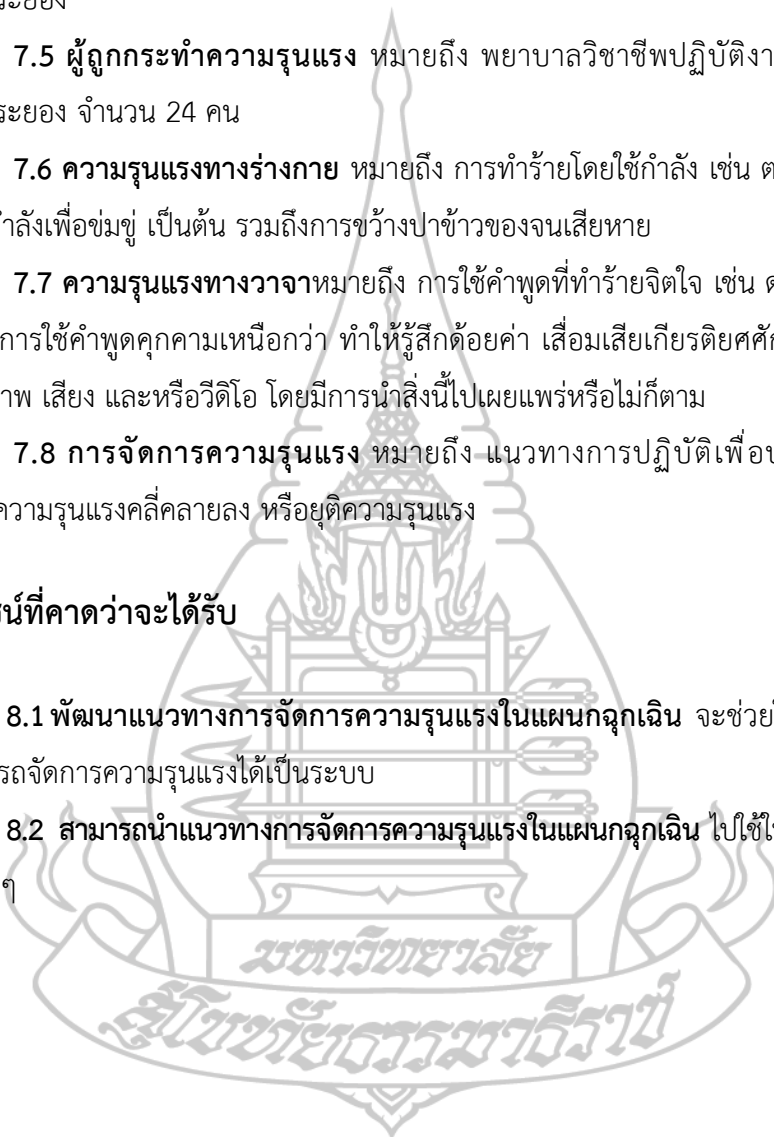
**7.7 ความรุนแรงทางวาจา** หมายถึง การใช้คำพูดที่ทำร้ายจิตใจ เช่น ดุด่า ดูหมิ่นเหยียดหยาม ข่มขู่ การใช้คำพูดคุกคามเหนือกว่า ทำให้รู้สึกด้อยค่า เสื่อมเสียเกียรติยศศักดิ์ศรี รวมถึงการข่มขู่บันทึกภาพ เสียง และหรือวิดีโอ โดยมีการนำสิ่งนี้ไปเผยแพร่หรือไม่ก็ตาม

**7.8 การจัดการความรุนแรง** หมายถึง แนวทางการปฏิบัติเพื่อบริหารจัดการให้สถานการณ์ความรุนแรงคลี่คลายลง หรือยุติความรุนแรง

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

**8.1 พัฒนาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน** จะช่วยให้บุคลากรแผนกฉุกเฉินสามารถจัดการความรุนแรงได้เป็นระบบ

**8.2 สามารถนำแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน** ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับหน่วยงานอื่นๆ



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนั้นการนำเสนอเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ จึงประกอบด้วย

#### 1. การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

##### 1.1 ความหมายของความรุนแรง

**1.1.1 ความรุนแรง (violence)** นิยามโดยองค์การอนามัยโลก (2563) ว่าเป็นการใช้กำลังหรือพลังทางกายโดยเจตนาต่อตนเอง ผู้อื่น หรือต่อกลุ่มหรือชุมชนอื่น โดยข่มขู่หรือแท้จริง เพื่อให้เกิดหรือมีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต การทำร้ายจิตใจ การเจริญเติบโตผิดปกติหรือการลิดรอน นิยามนี้ เกี่ยวข้องกับเจตนาของการก่อพฤติกรรมนั้น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา

**1.1.2 ความรุนแรงในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล** (ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ, 2561) หมายถึง ความรุนแรงในสถานที่ที่บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ หมายรวมถึง โรงพยาบาลทุกแห่งทุกขนาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหมอครอบครัว คลินิกทั่วไป ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ศูนย์กายภาพบำบัด ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยประเภทต่างๆ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บ้านหรือที่อาศัยของผู้ป่วยที่บุคลากรไปเยี่ยม หน่วยปฐมพยาบาลเคลื่อนที่ รวมถึงรถพยาบาลหรือยานพาหนะที่กำลังใช้รับส่งผู้ป่วย ความรุนแรงในที่นี้หมายถึง ความรุนแรงต่อร่างกาย หรือจิตใจที่เกิดจากความตั้งใจ อันรวมถึงการกระทำ ใช้กำลัง โดยใช้สิ่งของหรือไม่ก็ตาม เช่น ทุบตี ตบฟาด ผลัก หยิก บิด กำ เตะ ถีบ กัด ทิ่มแทง ยิง ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การล่วงเกินทางเพศ การทำร้ายจิตใจ เช่น การว่ากล่าว ดุถูก ดุหมิ่น เหยียดหยาม ข่มขู่ ตะคอก กดดัน การกระทำที่ทำให้ผู้อื่น รู้สึกด้อยค่า ต่ำต้อย อับอาย เสื่อมเสียเกียรติและศักดิ์ศรี เสียชื่อเสียง การข่มขู่ด้วยการกระทำและหรือคำพูด การทำให้กลัว การบันทึกเสียง ภาพ และหรือ วิดีโอ โดยมีการนำสิ่งเหล่านี้ ไปเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม และ ความรุนแรงนี้หมายรวมถึง ความรุนแรงที่เกิดกับบุคลากร ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ โดยมีผู้ก่อเหตุ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล หรือการติดตามบุคลากร หลังปฏิบัติหน้าที่ไม่รวมถึง ความรุนแรงหรือเหตุการณ์ในรูปแบบอื่น เช่นอุบัติเหตุ การให้ยาผิดชนิด เป็นต้น



**1.1.3 ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน** (วันเพ็ญ ไส้ไหม, 2010) หมายถึง การที่ผู้ป่วนญาติผู้ป่วนใช้วาจา กิริยาหรือการกระทำเป็นการคุกคาม หรือใช้กำลัง ต่อบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อันเป็นเหตุ ให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิต วิญญาณหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งประเมินตามการรับรู้ ของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกเป็น 2 ประเภท ด้วยกัน คือ ความรุนแรงทางวาจา และทางร่างกาย 1) ความรุนแรงทางวาจา หมายถึง การใช้คำพูด โดๆ ก็ตามที่มีจุดประสงค์ที่จะแสดงการดูถูกดูหมิ่น การตำหนิติเตียนหรือกล่าวโทษ ทำให้กลัว การไม่ให้เกียรติ การใช้น้ำเสียงตะคอก/ตะโกน การด่า/การใช้ คำหยาบ การใช้คำพูดคุกคาม วางตัวเหนือกว่าหรืออ้างตัวว่าเป็นผู้มีอุปการะคุณ การวิพากษ์วิจารณ์ให้เสื่อมเสีย 2) ความรุนแรงทางร่างกาย หมายถึง การสัมผัสร่างกายใดๆ ก็ตามที่มีผลให้บุคคลรู้สึกถูกรังแก คุกคาม หรือเกิดการบาดเจ็บที่ไม่เป็นที่ต้องการ ได้แก่ ผลัก ดึง ลาก กระทบ เตะ ตบ ตี กระทบ การชกต่อย ขว้างปา ด้วยวัตถุ การใช้อาวุธกรีดแทง

**1.1.4 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)** ให้ความหมายของ “workplace violence” ไว้ว่า คือ “การกระทำใดๆ อันเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของบุคคลหนึ่ง ต่อบุคคลอื่นในสถานที่ทำงาน โดยการกระทำดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ถูกกระทำรู้สึกเสียใจ (hurt) ถูกคุกคาม (threatened) อับอาย (humiliated) หรือบาดเจ็บ (injured)”

**1.1.5 Intarajit & Karinchai (1999) ความรุนแรง** หมายถึง เป็นพฤติกรรม และการกระทำใดๆ ที่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางร่างกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ โดยการบังคับข่มขู่ ทุบตี ต่อย ตลอดจนคุกคาม จำกัด และกีดกันสิทธิเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและในการดำเนินชีวิตส่วนตัว ซึ่งเป็นผลหรืออาจจะเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ถูกกระทำ

**1.1.6 Mackenzie (1975) ความรุนแรง** หมายถึง เป็นการใช้กำลังทางกาย เพื่อทำให้บาดเจ็บอย่างทรมานหรือเป็นเหตุให้เกิดการทำลายบุคคลหรือทรัพย์สิน โดยการใช้กำลังนั้น มักเป็นสาเหตุให้เกิดความบาดเจ็บทางร่างกายหรือเป็นการแทรกแซงเสรีภาพส่วนบุคคล

**1.1.7 สุภาพร กมลฉ่ำ (2564) ความรุนแรง** หมายถึง การกระทำที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ไม่ว่าจะผ่านทางร่างกาย วาจา และจิตใจ ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และมีลักษณะของการบังคับ ขู่เข็ญ ทำร้าย ทุบตี คุกคาม รวมถึงการกีดกันเสรีภาพต่างๆ ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลเกิดการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ

**1.1.8 รุนแรง ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน (2554)** หมายถึง หนักมาก, แรงมาก, เกินปรกติ, เช่น ดูว่าอย่างรุนแรง คัดค้านอย่างรุนแรง ความคิดเห็นรุนแรง

**1.1.9 ความรุนแรง (ภุชญา สังขมณีจินดา, 2564)** หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อร่างกายและ/หรือจิตใจ ที่เกิดจากความตั้งใจ อันรวมถึงการกระทำ ใช้กำลัง โดยใช้สิ่งของหรือไม่

ก็ตาม การกระทำที่ทำให้ผู้อื่นรู้สึกด้อยค่า ต่ำต้อย อับอาย เสื่อมเสีย เกียรติและศักดิ์ศรี เสียชื่อเสียง การข่มขู่ด้วยการกระทำและ/หรือคำพูด การทำให้กลัว การบันทึกเสียง ภาพและ/หรือวิดีโอ โดยมีการนำสิ่งเหล่านี้ไปเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นหรือไม่ก็ตาม

**1.1.10 ความรุนแรงในโรงพยาบาล หรือ ความรุนแรงในสถานพยาบาล (กฤษฎา สังขมณีจินดา, 2564)** หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดกับบุคลากรในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ โดยผู้ก่อเหตุทั้งภายในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

## 1.2 ชนิดของความรุนแรงในโรงพยาบาล

**1.2.1 ความรุนแรงทางวาจา** หมายถึงการใช้คำพูดใดๆก็ตามที่มีจุดประสงค์เพื่อแสดงถึงการดูถูก ดูหมิ่น การตะคอก การใช้คำสบถ การไม่ให้ความเคารพหรือไม่ให้เกียรติ โดยใช้ น้ำเสียงแสดงความโกรธ หรือก้าวร้าว ทำให้อับอายขายหน้า การตำหนิ ข่มขู่ คุกคาม ขู่ขวัญหรือทำให้กลัว

**1.2.2 ความรุนแรงทางร่างกาย** หมายถึง การใช้กำลังกายกระทำกับบุคลากรทางการพยาบาลหรือการสัมผัสร่างกายที่มีผลให้บุคคลรู้สึกว่าจะถูกกระทำทางร่างกายและการทำร้ายร่างกาย การตี การเตะ การตบ การหยิก การกัด การชกต่อย ฉุด ดึง ลาก ผลัก การขว้างปาด้วยวัตถุ และการทำร้ายร่างกายโดยใช้อาวุธ

**1.2.3 การคุกคามทางเพศ** หมายถึง การกระทำทางกายที่ใช้อวัยวะเพศ สัมผัส โอบกอด แสดงถึงความต้องการทางเพศ เช่น การใช้มือจับแตะหน้าอก ก้น แขน อวัยวะเพศ การข่มขืน การใช้สายตาและโลมที่แสดงเจตนาทางเพศรวมถึงการใช้วาจาชวนลามทางเพศ

## 1.3 ประเภทของความรุนแรง

ตารางที่ 2.1 ประเภทของความรุนแรง

ประเภทที่	ลักษณะ	คำอธิบาย
1	กระทำผิดกฎหมาย	ผู้ก่อเหตุ ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับการรับหรือให้บริการ แต่ตั้งใจก่อความรุนแรง ไม่ว่าจะในรูปแบบของการปล้น ขโมย บุกรุก ก่อการร้าย
2	มารับบริการ	ผู้ก่อเหตุเป็นผู้รับบริการ โดยผู้เสียหาย มักเป็นผู้ให้บริการ
3	ให้บริการ	ผู้ก่อเหตุเป็นผู้ให้บริการ โดยผู้เสียหาย เป็นผู้ให้บริการด้วยกัน
4	มีความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	ผู้ก่อเหตุมักจะไม่ใช่บุคลากร แต่มีความสัมพันธ์กับผู้เสียหาย ซึ่งเป็นบุคลากรขององค์กรนั้นๆ

International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization และ Public Service International (2005) ได้แบ่งประเภทของความรุนแรงออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

**1.3.1 การกระทำต่อร่างกาย (Physical violence)** ได้แก่ การใช้กำลังกระทำ ความรุนแรงทางกาย หรือมีการใช้อาวุธต่อสู้กันทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ทางเพศโดยการข่มขืน หรือทางจิตใจ โดยการกระทำด้วยวิธีการตี ตบ เตาะ ต่อย แทะ ยิง ผลัก กัด หยิก ช่วน และการฆาตกรรม

**1.3.2 การกระทำต่อจิตใจ (Psychological violence)** ได้แก่ การจงใจโดยการใช้ อำนาจ การคุกคาม ข่มขู่ด้วยกำลังทางร่างกาย ซึ่งการกระทำนั้นส่งผลให้เกิดผลเสียต่อร่างกายแล้วยัง ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต จริยธรรม จิตวิญญาณ และการอยู่ในสังคม ทั้งการกระทำด้วยวิธีการใช้คำพูด การก่อกวนกลั่นแกล้ง การล่วงเกินทางเพศ และการคุกคามข่มขู่ โดยอธิบายได้ ดังนี้

1) **การทารุณทางวาจา (Verbal abuse)** หมายถึง การใช้วาจาต่อบุคคลๆ หนึ่งหรือ กลุ่มบุคคล โดยก่อให้เกิดความอับอาย การดูหมิ่น หรือการแสดงวาจาที่ขาดการเคารพใน ศักดิ์ศรีหรือคุณค่าความเป็นคน แสดงวาจากล่าวคำหยาบคาย ตะโกนใส่ หรือเอ่ยชื่อบุคคลนั้นด้วยชื่อ ที่ไม่เหมาะสม

2) **การก่อกวนกลั่นแกล้ง (Bullying)** หมายถึง การแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว โดยการกระทำนี้ ได้พึงกระทำเป็นระยะเวลาแสดงถึงความอาฆาต ประสงค์ร้าย ดุร้ายต่อบุคคล หรือ กลุ่มบุคคล เพื่อให้เกิดความสิ้นหวัง หดพลังและความอับอาย

3) **การล่วงเกิน (Harassment)** หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบใดๆก็ตามที่ได้แสดงออกมา ทางสีหน้า ท่าทาง คำพูด และการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงการดูหมิ่น ไม่ให้เกียรติ โดยการแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ ส่งผลต่อคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นคน

4) **การคุกคามข่มขู่ (Threat)** หมายถึง การแสดงออกในการใช้กำลังทางกาย หรือมีการใช้อำนาจต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกหวาดระแวงรู้สึกกลัวว่าจะถูกกระทำทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ หรือก่อให้เกิดผลกระทบอื่นๆ

5) **การล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual harassment)** หมายถึงการแสดง พฤติกรรมที่กระทำโดยเกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคล ที่โดนกระทำ ซึ่งการล่วงละเมิดทางเพศที่เป็นสาเหตุว่าผู้ถูกกระทำรู้สึกว่ามีโดนคุกคาม ทำให้เสื่อมเสีย หรือความอับอายขายหน้านั้น ซึ่งนอกเหนือจากการข่มขืน เช่น การแตะเนื้อต้องตัวโดยไม่ยินยอม การใช้คำพูดหรือการใช้สายตาจ้องมองโดยมีเจตนาทางเพศด้วย

ประเภทความรุนแรงในสถานปฏิบัติงานการเกิดความรุนแรงในสถานปฏิบัติงาน (ทรงวุฒิ สังข์บุญ, 2562)แบ่งตามลักษณะการกระทำความรุนแรง ได้ 2 ประเภทได้แก่ 1) การกระทำโดยกายภาพ (Physical assault)คือ การกระทำโดยตรงต่อร่างกายของที่มีสุขภาพขณะปฏิบัติงาน หรือใช้กำลังโดยใช้สิ่งของหรือไม่ก็ตามเช่น ทบ ตี ตบ กัด ผลัก ถีบ เตะ ทิ่มแทง และการล้วงเกินทางเพศ 2) การกระทำโดยไม่ใช้ทางกายภาพ (Non-physical assault) คือ การกระทำที่มีผลกระทบต่อด้านจิตใจโดยตรงหรือโดยอ้อม ได้แก่ การกระทำความรุนแรงทางวาจา (verbal violence) ถูกเหยียดหยาม ดูหมิ่น กดดัน กระทำให้พยาบาลขณะปฏิบัติงานรู้สึกด้อยค่า อับอาย การข่มขู่ทำให้อกหัก การบันทึกเสียง ภาพ และวิดีโอ โดยการนำสิ่งเหล่านี้เผยแพร่

#### 1.4 สาเหตุของการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

จากการศึกษาของนันทสภัส ประสานทอง (2555) ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรงไว้ ดังนี้

1) บุคลิกภาพ คนที่มีบุคลิกภาพอันธพาล ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ระวังความโกรธไม่ได้ พวกต่อต้านสังคม หรือคนที่มีปัญหาในการเข้าสังคม มีความผิดปกติทางอารมณ์มักจะก่อความรุนแรงได้ง่าย

2) การรวมกลุ่มทางสังคม พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากการรวมกลุ่มทางสังคม เช่น กองเชียร์ที่เข้าชมการแข่งขันฟุตบอลที่ต่างก็เชียร์ทีมที่ตนชอบ มักจะทะเลาะวิวาท ทำร้ายฝ่ายตรงข้ามอย่างที่เป็นข่าวอยู่เสมอๆ กลุ่มวัยรุ่นที่รวมตัวกัน เพราะการรวมกลุ่มกันจะก่อให้เกิดความฮึกเหิมยั่วยุให้เกิดความรุนแรงได้ง่าย

3) พฤติกรรมของเหยื่อ มีความรุนแรงประเภทที่เหยื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาชญากรรมลงมือกระทำความรุนแรง เช่น การด่าทอ การทำร้าย การทุบตี หรือการฆ่าคู่สามีภรรยา เพราะเหยื่อเป็นผู้ที่ทำร้าย หรือ ด่าว่าให้อีกฝ่ายเจ็บช้ำน้ำใจสะสมความแค้น จนเหยื่อลงมือทำร้ายแม้แต่การฆ่ายกครั้นก็มาจากสาเหตุนี้

4) การดื่มสุรา และใช้สารเสพติด มีการศึกษาว่าผู้ที่ดื่มสุรามักจะก้าวร้าวมากขึ้น การดื่มสุรา ทำให้ขับรถโดยเร็ว ส่วนการใช้สารเสพติดนั้นก็เป็สิ่งหนึ่งทีก่อให้เกิดความรุนแรง การต้องการเสพยาหรือต้องการเงินเพื่อนำไปซื้อยาทำให้เกิดอาชญากรรมตามมา ไม่ว่าจะ จี้ ปล้น ฆ่า เพื่อต้องการทรัพย์สิน เพราะเมื่อมีการดื่มสุราหรือสารเสพติด ผู้เสพจะไม่สามารถควบคุมสติและอารมณ์ของตนได้

5) สิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่อยู่ เช่น อยู่ในกลุ่มคนที่มีอาวุธพร้อมมือและหมายที่จะทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ย่อมทำให้ผู้ที่อยู่ในแวดล้อมความรุนแรง รับเอาความรุนแรงนั้นหรือสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นก่อให้เกิดความรุนแรง เช่น การอยู่ท่ามกลางฝูงชนที่แออัดยัดเยียด อากาศร้อน เสียงดัง ความกดดันทางจิตใจ ความกดดันทางสังคม เช่น กลุ่มผู้ประท้วงการเมือง ส่วนการดู

ภาพยนตร์หรือคู่มือที่เผยแพร่ความรุนแรงก็ยังคงเป็นข้อโต้แย้งอยู่ว่าทำให้คนดูมีพฤติกรรมรุนแรงหรือไม่

6) สภาพร่างกาย สาเหตุทางร่างกายที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ เช่น ความเหนื่อยล้า ความหิว ความอดนอน ฯลฯ หรือการมีความผิดปกติของต่อมเอนโดคราย ต่อมไทรอยด์ เป็นพิษ ภาวะขาดน้ำตาลในเลือด ความผิดปกติของสมอง เช่น เนื้องอกในสมอง ทำให้ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ก่อความรุนแรงขึ้นมา

7) มีความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือโรคทางจิตเวช เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้ง่าย เพราะผู้กระทำไม่รู้สึกรู้ตัว และไม่ต้องอาศัยเหตุจูงใจอื่นใดประกอบเลย

นอกจากนั้น ชุตินา รักละหม่อม และคณะ (2552) ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในสังคม ดังนี้

- 1) มีความขัดแย้งกันจนเกิดอารมณ์ ที่เป็นต้นเหตุในการใช้ความรุนแรง
- 2) มีความผิดปกติทางจิตใจ คือเป็นคนก้าวร้าว ชอบการกระทำที่รุนแรง ขาดความเมตตาปราณี
- 3) เกิดจากครอบครัวที่มีการขัดแย้งกัน พ่อแม่ทะเลาะทุบตีและด่าว่ากัน จนลูกนั้นซึมซับอาจเกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบเพราะเห็นเป็นเรื่องปกติ
- 4) มีค่านิยมผิดๆ ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น เห็นว่าสามีทำร้ายภรรยาเป็นเรื่องผิดปกติ ความรุนแรงเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นต้น จึงส่งผลทำให้ไม่มีผู้ใดเข้าไปช่วยเหลือ เพราะเห็นว่าไม่ควรเข้าไปยุ่ง
- 5) สามีหรือภรรยาไม่รับผิดชอบต่อครอบครัว โดยทิ้งให้อีกฝ่ายเลี้ยงลูกเองตามลำพัง
- 6) มีการเลียนแบบสื่อต่างๆ ที่มีเรื่องราวของการใช้ความรุนแรง เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ เป็นต้น
- 7) มีการล่อลวง มอมยา แล้วหลอกหรือปลดเอาทรัพย์สินไป
- 8) การแต่งกายค่อนข้างล่อแหลมของผู้หญิงมีส่วนทำให้เกิดคดีอนาจารและข่มขืนได้
- 9) การคุยทางอินเทอร์เน็ตมีส่วนหลอกลวงกัน

**1.5 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน (ทรงวุฒิ สังข์บุญ, 2562) ได้แก่**

### **1.5.1 ปัจจัยด้านองค์กร (Organization)**

ปัจจัยด้านองค์กร ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบได้แก่ การบริหารจัดการ องค์กร ความเหมาะสมของอัตรากำลัง แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน ลักษณะการบริการ ภาระงาน สภาพสิ่งแวดล้อมแผนกฉุกเฉิน รวมถึงสถานที่ และลักษณะของแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น สภาพแวดล้อมและบริบทการให้บริการในแผนกฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนให้พ้นจากภาวะคุกคามชีวิต บริบทการให้บริการลักษณะนี้ อาจ

ก่อให้เกิดบรรยากาศเครียดเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ปัจจัยส่งเสริมด้านการจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอ ส่งเสริมให้พยาบาลในแผนกฉุกเฉินทำงานอย่างหนักเกิดความเครียดสะสมในขณะที่ทำงาน ทำให้พยาบาลบางรายแสดงอาการหงุดหงิด แสดงสีหน้าไม่พอใจในขณะที่ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการอาจไม่ได้รับความประทับใจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการใช้ความรุนแรงต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ ปัจจัยการบริหารและจัดการองค์กรโดยเฉพาะ การจัดการเรื่องภาระงาน (job description) แผนกฉุกเฉินควรเป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการคุกคามต่อชีวิต แต่ในความเป็นจริง พบว่ามีการให้บริการผู้ป่วยในระดับที่ไม่ฉุกเฉินด้วย นำไปสู่สถานการณ์ผู้ป่วยล้นแผนก สถานที่ในแผนกฉุกเฉินคับแคบ ญาติผู้ป่วยต้องรอผู้ป่วยนอกแผนกฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยการรักษายาวนาน และ ความไม่สมดุลระหว่างความคาดหวังของผู้มา รับบริการกับบริการที่โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้

### 1.5.2 ปัจจัยด้านผู้ก่อเหตุ (Perpetrators)

ลักษณะของผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยทางระบบประสาท และลักษณะบุคลิกภาพก้าวร้าว เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูง ที่จะใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยติ่มสุรา และผู้ป่วยทางระบบประสาท อาจจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้บุคคล เวลาสถานที่เปลี่ยนแปลง ย่อมจะใช้ความรุนแรงทางร่างกายต่อพยาบาลผู้ให้การดูแลได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสติ อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ นอกจากนี้ลักษณะผู้รับบริการที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว ส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้รับบริการมักแสดงกริยาให้ผู้อื่นรู้สึกว่าคุณเอง มีอำนาจในการสั่งการบุคคลเหล่านี้จะแสดงความรุนแรงด้วยการใช้วาจาข่มขู่ หรือการใช้ น้ำเสียงที่ดุดันต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการที่เคยมีประวัติใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินพบว่ามีโอกาสก่อเหตุการณืซ้ำเมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้น

### 1.5.3 ปัจจัยด้านผู้ถูกกระทำ (Victims)

ปัจจัยด้านลักษณะพยาบาลวิชาชีพที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงานในแผนกฉุกเฉิน ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน อายุของพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพมักเป็นผู้ถูกกระทำเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงานน้อย และระดับความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุการณืความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจาก พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย ไม่สามารถประเมินสถานการณ์การใช้ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้ รวมถึงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อผู้ที่จะใช้ความรุนแรงเห็นว่ายังอายุน้อย สามารถที่จะพูดข่มขู่ หรือใช้ ถ้อยคำไม่สุภาพได้ ออกคำสั่งโดยใช้ถ้อยคำที่รุนแรงได้ พยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินที่ยังขาดประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าจึงเป็นกลุ่มที่มี

ความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเหยื่อความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน นอกจากนี้การจัดการปัญหาด้านความรุนแรงไม่เหมาะสมสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการใช้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ก่อความรุนแรงที่ Eds คือการที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้รับแจ้งอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกังวลใจ ความเครียดและความเศร้าที่พวกเขาได้รับเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ก่อเหตุรุนแรง (Serap Bingöl and Serpil Ince, 2021)

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการถูกรบกวนความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 91.4 คือ เมาสูรา (วันเพ็ญ ไส้ไหมและคณะ, 2010) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงทางกาย คือ เพศชาย มีประสบการณ์การทำงานน้อย อาชีพพนักงานผู้ช่วย ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ อายุน้อย ประสบการณ์การทำงานน้อย ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน มีลักษณะงานต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยและญาติ มีการทำงานหมุนเวียนกะ และมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เกินกว่า 48 ชั่วโมง (นภัสวรรณ พชรธนาสาร, 2560)

#### **แนวทางการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน**

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศ ไทย (Strategic Directions of 2P Safety of Thailand) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) เน้นให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่ง “ER Safety เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย 2P Safety Goal” จากสถานการณ์ความรุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ 2517 – 2562 พบว่ามีความถี่ของการเกิดความรุนแรงบ่อยขึ้น และความรุนแรงทวีมากขึ้น บางเหตุการณ์ได้นำเสนอออกสื่อโทรทัศน์ จากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทางแพทยสภาได้ออกมาแถลงการณ์กรณีการเกิดความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน และขอให้ผู้บริหารโรงพยาบาล มีมาตรการดูแลสวัสดิภาพและความปลอดภัย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างขวัญและให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการจัดทำแนวทางการป้องกันความรุนแรงและแนวทางการบริหารจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นในสถานบริการโดยเฉพาะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (กฤษณา สังขมณีจินดา, 2564)

การจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานจากการศึกษาของวันเพ็ญ ไส้ไหม และคณะ, (2010) บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 ใช้วิธีเดินหนีหรือหลีกเลี่ยง ร้องลงมา คือขอความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงาน และหัวหน้าเวร เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงานถึงร้อยละ 77.1 ทั้งนี้ การจะเขียนบันทึกรายงานหรือไม่ขึ้นกับความรุนแรงของเหตุการณ์ และการพิจารณาของผู้บังคับบัญชา ส่วนหน่วยงานได้ดำเนินการสอบสวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่เขียนบันทึกรายงานคิดเป็นร้อยละ 95.8 และมีการดำเนินการต่อ

กรณีร้องเรียนจากผู้ที่กระทำความรุนแรง คือ การติดต่อ/ชี้แจงสาเหตุของปัญหาที่ผู้ร้องเรียน ไม่พอใจ และก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 87.5 จากผลการศึกษาศาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ป้องกัน และจัดการเหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ และบุคลากรทางการพยาบาล ควรจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรุนแรง และส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการความรุนแรง อย่างเหมาะสม

รูปแบบการจัดการและแนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Plan assessment) 2). การระบุที่มาของปัญหาความรุนแรง (Identify violence and determine risk rating) 3). การจัดทำ แผนเพื่อป้องกันความรุนแรง (Develop action plan to control violence) 4) การประกาศใช้แผน (Implement action plan) 5). การประเมินผล (Evaluate) การจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรง พบว่าการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การเดินหนี/หลีกเลี่ยงการปะทะมากที่สุดร้อยละ 56.3 รองลงมาพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน/เพื่อน/ครอบครัวร้อยละ 40 เหตุผลของการไม่รายงาน เหตุการณ์ต่อผู้บังคับบัญชาหรือบอกเล่าบุคคลอื่น เหตุเป็นเรื่องปกติร้อยละ 38.9 รองลงมาเหตุเป็น เรื่องไม่สำคัญร้อยละ 22.6 นอกจากนี้ยังพบว่ามี การสอบสวนหาสาเหตุของการถูกกระทำ ความรุนแรง ร้อยละ 58.9 แต่ยังไม่พบว่ามี การสอบสวนหาสาเหตุของการถูกกระทำ ความรุนแรงถึงร้อยละ 21.9 การดำเนินการกับผู้กระทำความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน โดยตักเตือนด้วยวาจา ปลายลักษณะอักษร ร้อยละ 57.4 และไม่มีการดำเนินการใดๆ ร้อยละ 30.4 ผลการศึกษาของกตีกา เลียงสกุล และคณะ (2564) การจัดการกับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุยกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 26.54 แต่มีการเขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์เพียง ร้อยละ 7.90 (กฤษณา สังข์มณีจินดาและ คณะ, 2564)

แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดการความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน (ทรงวุฒิ สังข์บุญ, 2562)

1 แนวทางการป้องกันความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน การบริหารจัดการความ รุนแรงในแผนกฉุกเฉินนั้น มีวัตถุประสงค์ในการป้องกัน ควบคุม และลดความเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุการณ์ ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน แนวทางการจัดการความเสี่ยงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ เกิดความรุนแรง ดังนี้

#### 1) ปัจจัยด้านองค์กร

การควบคุมสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินควรเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ และระบุอันตรายในสถานที่ทำงาน (worksite analysis and hazard identification) ซึ่งการควบคุม และจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นแสดงให้เห็นถึงสถานที่ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยโดยแยกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้



(1) ออกแบบสภาพแวดล้อม ต้องคำนึงถึงตั้งแต่ประตูแผนกฉุกเฉินที่ต้องควบคุมการปิดเปิด ผู้ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาสามารถเข้าพื้นที่ให้บริการได้มีพื้นที่จัดเตรียมไว้สำหรับการรอคอยของญาติผู้มารับบริการ การจัดโต๊ะเจ้าหน้าที่ เตียงผู้ป่วย ควรออกแบบให้มีพื้นที่ในการรองรับความรุนแรงที่เกิดขึ้น และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ควรจัดเก็บเพื่อลดความเสี่ยงในการใช้เป็นอาวุธในการก่อความรุนแรง

(2) การรักษาความปลอดภัยในแผนกฉุกเฉินจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่หน่วยรักษาความปลอดภัยประจำการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งจะให้ช่วยเหลือ และระงับเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน รวมถึงการใช้เครื่องตรวจสอบอาวุธ ก่อนเข้ารับบริการทั้งญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ

(3) ด้านนโยบาย ควรส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน และเฝ้าติดตามอุบัติการณ์โดยเฉพาะเหตุการณ์ในระดับที่มีโอกาสเกิดความรุนแรง (near misses) ปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้บริหาร และพยาบาลผู้รายงาน โดยไม่กระทำการใดๆต่อพยาบาลปฏิบัติงานที่รายงานเหตุการณ์เพื่อเพิ่มจำนวนการรายงาน นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาสร้างนโยบายการจัดการความเสี่ยงในแผนกฉุกเฉิน โดยอาศัยความมุ่งมั่นในการจัดการ และความร่วมมือในการให้ข้อมูล ของทุกฝ่ายในองค์กร (management commitment and worker participation) กำหนดบทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างชัดเจน รวมถึงมอบหมายงานด้านต่างๆในแนวทางการจัดการความเสี่ยงในแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาทุกระดับรับทราบหน้าที่ของตนเอง นอกจากนี้การจัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ลดสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดแก่ผู้รับบริการและญาติ อาจจะช่วยลดสาเหตุการใช้ความรุนแรงและลดปัจจัยเสี่ยงการใช้ความรุนแรง ขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินได้

## 2) ปัจจัยด้านผู้ถูกระทำ

การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน เรื่องความปลอดภัย (safety and health training) สร้างความตระหนักรู้ต่อนโยบายการป้องกันความรุนแรง แนวปฏิบัติในการป้องกัน และการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ในระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ ขณะเกิดเหตุการณ์ และการรับมือหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถรับมือกับเหตุการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดกับพยาบาล การอบรมให้ความรู้แก่พนักงานทุกระดับที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ดังตัวอย่างประเด็นหัวข้อในการอบรม ดังนี้

- (1) นโยบายด้านการป้องกันความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน และโรงพยาบาล
- (2) ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ความรุนแรง การทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน
- (3) แนะนำเครื่องมือในการป้องกัน หรือการเตือนภัยเมื่อเกิดการใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน
- (4) การให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรง ตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ผู้รับบริการมาใช้บริการ (early recognize of warning signs)
- (5) การบริหารจัดการในการให้โรงพยาบาลผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรง
- (6) การใช้แนวปฏิบัติการป้องกัน และการจัดการความเสี่ยงด้านการใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

การที่องค์กรให้ความสำคัญกับการอบรมให้ความรู้แนวทางปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และระบบพยาบาลที่เลี้ยงแก่พยาบาลจบใหม่ ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน อาจจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้

### 3) ปัจจัยด้านผู้ก่อเหตุ

การบริหารจัดการพื้นที่ให้บริการเป็นสัดส่วนควรแยกผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตออกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น มีอุปกรณ์ในการป้องกันการใช้ความรุนแรง เช่น เก้าอี้ หรือเตียง ที่มีสายรัดตรึงผู้ป่วย การให้บริการผู้ป่วยที่มีการก้าวร้าวจากความผิดปกติของระบบประสาท หรือการใช้สารเสพติด พยาบาลผู้ให้การดูแล ควรได้รับการอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ อาจจะจำเป็นต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการเข้าหาผู้รับบริการ รวมถึงการรายงานหรือขอความช่วยเหลือเร่งด่วน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง รวมทั้งการใช้เครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ในการคัดกรองผู้รับบริการ เช่น การใช้หลักการ STAMP ซึ่ง S (staring and eye contact) หมายถึง จ้องตามากกว่าปกติ T (tone and volume of voice) หมายถึง พุดจาเสียงดัง A (anxiety) หมายถึง ดูวิตกกังวล M (mumbling) หมายถึง พุดพึมพำคนเดียว P (pacing) หมายถึง เดินกลับไปกลับมา หากมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึงบุคคลนั้นมีความเสี่ยงในการก่อเหตุ หากมีความเสี่ยงใช้ความรุนแรง ควรมีแนวทางการจัดการตั้งแต่ต้น

การสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการในประเด็น ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการของแผนกฉุกเฉิน และความพึงพอใจในการใช้บริการ สำหรับขั้นตอนต่อมาเมื่อทำการประเมินทบทวนประเด็นครบถ้วน นำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ ปรับปรุงบริการ การอำนวยความสะดวกด้านการบริการให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการแบบ one stop

service ผู้รับบริการและญาติสามารถสอบถามข้อมูลบริการในแผนกฉุกเฉิน ลำดับการให้บริการ รวมถึงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้มารับบริการ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลแผนกฉุกเฉินควรคำนึงถึงเพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดในการรอคอยการรักษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจจะเป็นสาเหตุของการใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน การค้นหาแนวทางป้องกัน และแนวทางการ ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ระหว่างปฏิบัติงานอาจจะมี ความจำเป็นในการลด ปัจจัยทางด้านผู้ก่อเหตุได้

## 2. แนวทางการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์

การจัดการด้านผู้ให้บริการ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ของแผนก ใน การรับมือและระงับเหตุการณ์ ควรมีการแบ่งหน้าที่ ใครควรจะเป็นผู้ดูแลผู้รับบริการ การสร้างรหัสขอ ความช่วยเหลือ (code) ในการประกาศให้บุคลากรอื่นๆ หรือ แผนกอื่นๆ รับทราบข้อมูลเหตุการณ์ใช้ ความรุนแรงในโรงพยาบาล การรับมือกับเหตุการณ์ ควรอาศัยหลักการอย่าเข้า (ไม่เข้าไปใน สถานการณ์ที่ยังควบคุมไม่ได้ อยู่ในระยะปลอดภัย) หนี (ออกจากพื้นที่เมื่อเล็งเห็นว่า จะเกิด อันตราย) เจรจา (วางตัว บุคลิกภาพเหมาะสมที่จะเจรจา ต้องอาศัยการฝึกฝน) ป้องกันตัว (รีบสร้าง โอกาสในการหนี และขอความช่วยเหลือ)

การจัดการด้านองค์กร การแยกผู้รับบริการอื่นออกจากเหตุการณ์เป็นสิ่ง ที่ ต้องดำเนินการ การสร้างแนวปฏิบัติพื้นที่ให้บริการสำรอง เมื่อแผนกฉุกเฉินไม่สามารถให้บริการได้ จากเหตุการณ์ที่ยังไม่สงบควรคำนึงถึงการให้บริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งควรมีแผนการ ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินสำรอง สถานที่ให้บริการทดแทน (substitution) เมื่อเกิดความรุนแรงในระดับ ที่ต้องยุติให้บริการ ในแผนกฉุกเฉิน เช่น เหตุการณ์ก่อการร้าย การข่มขู่วางระเบิด จำเป็นต้องมีระบบ การเคลื่อนย้ายผู้รับบริการไปยังแผนกอื่น ซึ่งมีแนวทางชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอย่าง ต่อเนื่อง

## 3. แนวทางการจัดการหลังเกิดความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน

1) การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ สิ่งสำคัญหลังจากเกิดเหตุการณ์การใช้ ความรุนแรงในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีระบบการเยียวยาพยาบาลผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ไม่ว่าจะเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับใดก็ตาม ต้องมีระบบที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงบริการเยียวยาจากเหตุการณ์ความรุนแรงได้ จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเยียวยาทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะคงรักษาความยั่งยืนของพยาบาล ในการทำงานในแผนกฉุกเฉิน การให้บริการปรึกษาจิตแพทย์ในการรักษาบาดแผลในใจเพื่อป้องกัน การเกิดความเครียดสะสม ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ความรู้สึกอึดอัดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่ง เหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญในการย้ายแผนก หรือการลาออกของพยาบาลแผนกฉุกเฉิน

2) การจัดการด้านองค์กร การรายงานการบาดเจ็บทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ถูกระทำในเหตุการณ์นั้นๆ รวมถึงรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การทบทวนเหตุการณ์ ปัจจัย และสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ แล้วนำมาวางแผนการป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรงในอนาคต การบันทึกประวัติการใช้ความรุนแรงในแผนก เมื่อผู้รับบริการกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป พบประวัติ หรือมีความเสี่ยงดังที่กล่าว ควรมีแนวทางในการดูแลให้บริการอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการรักษาพยาบาลตาม และหลักจริยธรรมของวิชาชีพ

### การจัดการความรุนแรง

Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2002) ได้แบ่งการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานนั้นต้องประกอบไปด้วย

1) การจัดการความรุนแรงจากหน่วยงาน หน่วยงานหรือผู้บริหารที่มีอำนาจย่อมมีความสามารถในการจัดการป้องกันการเกิดความรุนแรงภายในองค์กรได้ โดยเน้นการสร้างนโยบายที่ป้องกันกันเกิดความรุนแรงที่ชัดเจน การสร้างจัดโปรแกรมการป้องกันหรือมาตรฐานการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ภายในองค์กรให้ชัดเจน อันได้แก่

(1) การจัดให้มีการศึกษาหรือชี้แจงความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยให้แก่บุคลากร และการอธิบายถึงพฤติกรรมที่จะไม่ได้รับการยอมรับภายในองค์กร และเมื่อเกิดความรุนแรงภายในองค์กร เมื่อมีใครเห็นจะต้องชี้แจงและรายงานความเป็นจริง

(2) การสร้างระบบความปลอดภัยภายในองค์กร เช่น การตรวจบัตรประจำตัวการผ่านเข้าออกภายในองค์กร การติดตั้งกล้องวงจรปิด แสงพิเศษและระบบเตือนภัย เพื่อลดการเข้าถึงโดยบุคคลภายนอกที่อาจนำพาความรุนแรงภายในหน่วยงาน การจัดตั้งหน่วยรักษาความปลอดภัย

(3) การจัดตั้งระบบความปลอดภัยทางการเงินเพื่อจำกัดปริมาณการครอบครองเงินสด ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน เช่น ตู้นิรภัย

(4) การจัดให้มีเจ้าหน้าที่ภาคสนามที่มีเครื่องมือสื่อสารในการเตือนภัยหรืออุปกรณ์เสียง เพื่อแจ้งเมื่อเกิดความรุนแรงภายในองค์กร

(5) การควบคุมบุคลากรในองค์กร ไม่ให้นำพาตนเองเข้าสู่สถานที่ใดๆที่ทำให้รู้สึกว่าจะตนเองไม่ปลอดภัย

(6) การเข้าถึงบุคลากรในองค์กรเพื่อสร้างสัมพันธภาพในการทำงาน สร้างมิตรภาพอันป้องกันผลกระทบทางจิตใจที่อาจส่งผลเสียทางอารมณ์จนเกิดความรุนแรงภายในองค์กร

2) การจัดการความรุนแรงส่วนบุคคล ถึงแม้ว่าภายในองค์กรหรือหน่วยงานนั้นๆ จะมีระบบการป้องกันเกี่ยวกับการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานอย่างชัดเจน ก็ไม่มีอะไรสามารถรับประกันได้ว่าพนักงานหรือบุคลากรจะไม่กลายเป็นผู้ถูกระทำความรุนแรงในสถานที่

ทำงาน ดังนั้นบุคคลนั้นต้องสามารถจัดการกับเหตุการณ์ สามารถต่อรองและลดการเกิดความรุนแรงได้ ดังนี้

- (1) เรียนรู้วิธีการรับรู้ให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น อาจโดยการไม่เผชิญกับความรุนแรงในสถานการณ์ที่คิดว่าไม่สามารถต่อรองได้
- (2) การแจ้งหัวหน้างานหรือผู้ที่มีอำนาจจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นกับตัว รายงานเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น อาจโดยการเขียนหรือการบอกเล่า
- (3) การหลีกเลี่ยงการเดินทางคนเดียวในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยหรือสถานการณ์ที่คิดว่าอาจเกิดอันตรายเกิดขึ้นกับตนเอง
- (4) การไม่พกพาสิ่งของมีค่าเป็นจำนวนมากเกินไปอันเป็นสาเหตุของการเกิดอันตรายต่อตนเองได้

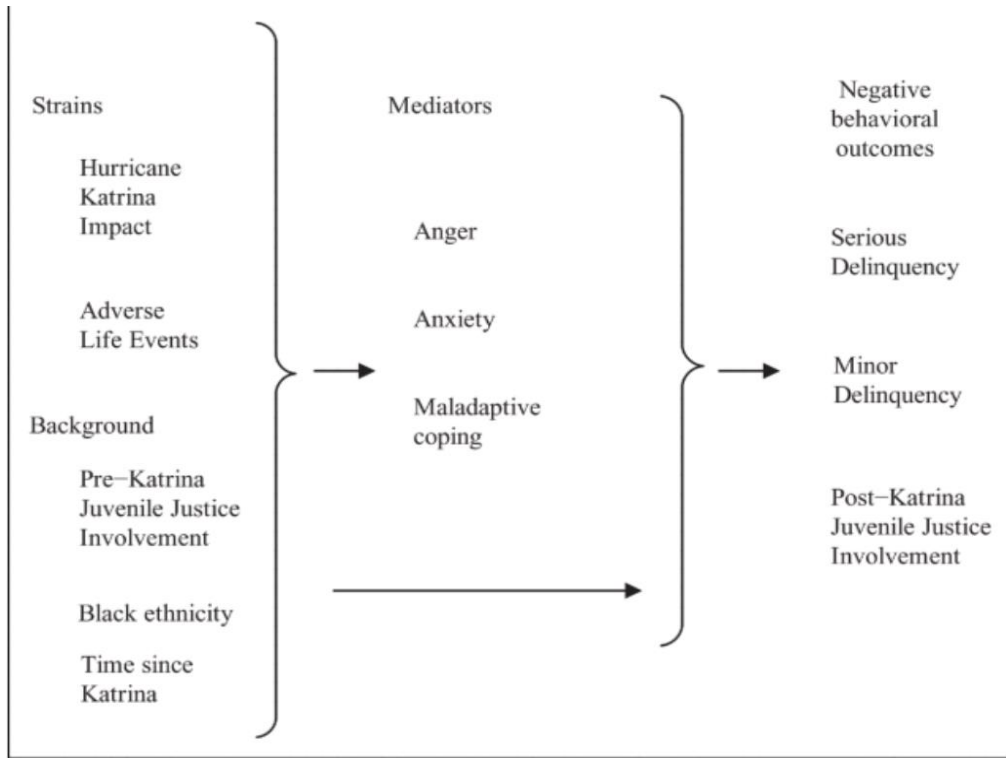
## 2. แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีกดดันทั่วไป (General Strain Theory) ของ Robert Agnew (1985) ที่ได้พัฒนามาจากทฤษฎีความกดดันดั้งเดิมของเมอร์ตัน (Merton, 1934) โดยทฤษฎีนี้ มองว่าสาเหตุของความกดดันสามารถแบ่งออกได้ 3 สาเหตุ

2.1.1 ความกดดันที่เกิดจากการไม่ได้รับส่งผลต่อสิ่งที่คาดหวัง (Failure to Achiever Positively Values Goals)

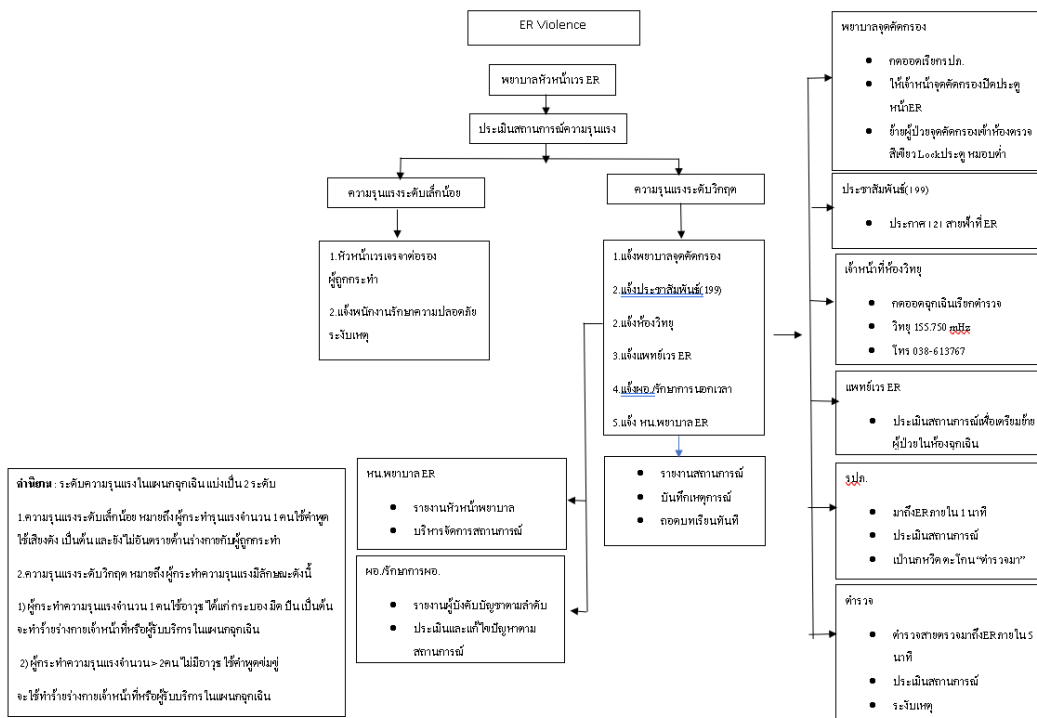
2.2.2 ความกดดันที่เกิดจากการถูกถอดถอน หรือสูญเสียสิ่งที่มีค่าของบุคคล (Removal of Positively Values Stimuli)

2.2.3 ความกดดันที่เกิดจากการประสบเหตุการณ์ที่ร้ายแรง (Confrontation with Negative Stimuli)



ภาพที่ 2.1 แนวคิดทฤษฎีการกดดันทั่วไป (General Strain Theory) ของ Robert Agnew (1985)

## 2.2 แนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง



ภาพที่ 2.2 Flow จัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

ทรงวุฒิ สังข์บุญ (2562) ศึกษา ความหมายของความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน ประเภทการใช้ความรุนแรง ในสถานที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงผลกระทบจากความรุนแรงขณะที่ทำงาน และแนวปฏิบัติงานสำหรับการจัดการความรุนแรง ในขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ทั้งการป้องกันและจัดการความเสี่ยง การจัดการขณะเกิดเหตุการณ์ และการจัดการหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการความเสี่ยง ความรุนแรง ในขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพ

ศันยวิทย์ พิงประเสริฐและคณะ.(2561) จัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้าง และพัฒนาระบบป้องกัน และจัดการความรุนแรงของตนได้อย่างเหมาะสม สามารถแก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากรและผู้รับบริการ

Ching-Yao Wei, Shu-Ti Chiou, Li-Yin Chien, Nicole Huang (2016) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานต่อพยาบาล เพื่อศึกษาความชุกของความรุนแรงและความสัมพันธ์กับลักษณะองค์กรของโรงพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพในการลดความรุนแรง ของพยาบาลในไต้หวัน พบว่า พยาบาล ร้อยละ 49.6 เคยถูกระทำ ความรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี โดยถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 19.1 ถูกทำร้ายที่ไม่ใช่ด้านร่างกายร้อยละ 46.3 ส่วนใหญ่เป็นแผนกฉุกเฉิน พบร้อยละ 55.5 พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง มากกว่าโรงพยาบาลเอกชน สถานที่ทำงาน ใหญ่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง มากกว่าสถานที่ทำงานเล็ก ดังนั้น ความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีผลต่อความปลอดภัยของพยาบาล

Jing-Shia Tang, Chien-Liang Chen, Zhi-Ran Zhang, Lin Wang (2007) ศึกษาถึงอุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินของพยาบาล ในภาคใต้ของไต้หวัน พบว่า พยาบาลถูกทำร้ายด้านวาจาร้อยละ 92 ถูกทำร้ายทางด้านร่างกายร้อยละ 30 ซึ่งการล้วงละเมิดทางวาจา สูงสุดร้อยละ 49 ในกะกลางคืน และล้วงละเมิดทางร่างกายร้อยละ 44 ในกะกลางคืน สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจาก ระยะเวลารอคอยนานร้อยละ 89, การรับรู้ที่แตกต่างกันร้อยละ 87, ขาดการสื่อสารร้อยละ 82 พยาบาลส่วนใหญ่ที่ถูกกระทำรุนแรงมีอายุน้อย ประสบการณ์น้อย ดังนั้น จากการศึกษาสรุปว่า ควรจัดพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการทำงานในกะกลางคืน และผู้บังคับบัญชา ควรจัดการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้รับมือกับความรุนแรง

Lauretta Luck, Debra Jackson, Kim Usher (2007) ศึกษาองค์ประกอบของการสังเกตได้ถึงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และเพื่อนผู้ป่วย เมื่อมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรม 5 ประการ (STEMP) ที่สามารถสังเกตได้ว่าผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และเพื่อนผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรุนแรงได้แก่ การจ้องตา

(Staring and eye contact) น้ำเสียงและระดับโทนเสียง (Tone and volume of voice) ความวิตกกังวล (Anxiety) การพึมพำ (Mumbling) และการพูดที่เน้นจังหวะ (Pacing provides a useful)

Jessica Gacki-Smith, Altair M. Juarez, Lara Boyett (2009) ศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลแผนกฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 25 มีความรุนแรงทางร่างกาย มากกว่า 20 ครั้ง ใน 3 ปี และ มากกว่าร้อยละ 20 มีการล่วงละเมิดทางวาจา มากกว่า 200 ครั้ง ใน 3 ปี และผู้ที่ถูกรังแกไม่กล้าที่จะโต้ตอบ และขาดการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉิน ขาดการรายงานความรุนแรง

วันเพ็ญ ไส้ไหม และคณะ (2010) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าร้อยละ 84.7 (จำนวน 105 คน) ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ถูกรังแกหรือความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ลักษณะความรุนแรงทางวาจา พบมากที่สุดร้อยละ 82.9 ปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดการถูกรังแกหรือความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 91.4 คือ เมาสูรา สำหรับผลของการถูกรังแกหรือความรุนแรงตามความรู้สึกต่อเหตุการณ์มากที่สุด ร้อยละ 72.4 คือ มีความรู้สึกโกรธ และ ร้อยละ 76.2 รู้สึกสูญเสียความพึงพอใจในงาน การจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 ใช้วิธีเดินหนีหรือหลีกเลี่ยง รองลงมาคือ ขอความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานและหัวหน้าเวร เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง บุคลากรส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงานถึงร้อยละ 77.1 ทั้งนี้ การจะเขียนบันทึกรายงานหรือไม่ขึ้นกับความรุนแรงของเหตุการณ์และการพิจารณาของผู้บังคับบัญชา ส่วนหน่วยงานได้ดำเนินการสอบสวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่เขียนบันทึกรายงานคิดเป็นร้อยละ 95.8 และมีการดำเนินการต่อกรณีร้องเรียนจากผู้ที่กระทำความรุนแรงคือ การติดต่อ ชี้แจง สาเหตุของปัญหาที่ผู้ร้องเรียน ไม่พอใจและก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 87.5 จากผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันและจัดการเหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ควรจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง และส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการจัดการความรุนแรง อย่างเหมาะสม

Serap Bingöl , Serpil Ince (2021) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน: มุมมองญาติของผู้ป่วย พบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 55.6 เป็นผู้ชายและร้อยละ 54.7 แต่งงานแล้ว ตามคำแถลงของผู้เข้าร่วมจากญาติของผู้ป่วย 520 คน 141 คน ร้อยละ 27.1 ถูกพบเห็นความรุนแรงทางวาจาต่อเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉิน 76 คน ร้อยละ 14.6 ถูกพบเห็นการใช้ความรุนแรงต่อเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 1.7 ถูกข่มขู่ด้วยวาจา เจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉินโดยเฉพาะกับพยาบาล ตามที่ผู้เข้าร่วม ปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้คนก่อความรุนแรงที่ EDs คือ การที่ผู้ป่วยหรือญาติของพวกเขาไม่ได้รับแจ้งอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 40 กล่าวว่าความวิตกกังวล



และความกังวลใจที่เกิดจากญาติของผู้ป่วย ความเครียดและความเศร้าที่พวกเขาได้รับเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้คนก่อเหตุรุนแรง เพื่อป้องกันและลดเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ควรทบทวนและแก้ไขระบบการรักษาพยาบาล การศึกษาของเราเปิดเผยว่าการแจ้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและวิธีการแสดงความเห็นอกเห็นใจที่แสดงโดยบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยลดจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลง แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ การศึกษานี้กล่าวถึงประสบการณ์เชิงลบของญาติผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์เหล่านี้ การได้รับความคิดเห็นจากญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้สำหรับเหตุการณ์รุนแรงในห้องฉุกเฉินทำให้การศึกษานี้มีความพิเศษเฉพาะตัว

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO, 2563) ให้ความหมายของการใช้ความรุนแรง หมายถึง “การกระทำที่มีเจตนาที่แสดงออกมาทางร่างกาย การขู่บังคับ การแสดงอำนาจต่อตนเอง บุคคลอื่น กลุ่มบุคคล หรือชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต ความสะเทือนใจ ความสูญเสีย หรือ การถูกทอดทิ้ง” และจากความหมายของการกระทำความรุนแรงนี้เมื่อพิจารณาในมิติขององค์ประกอบของ ความรุนแรง (Components of Violence) พบว่าการเกิดภาวะความรุนแรงมี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำให้เกิดผลของการกระทำ (Intentionality) สามารถแสดง ในรูปแบบของ

- Intentional Physical Force
- Sexual
- Psychologica

2) เหยื่อ (Victim) หมายถึง ผู้ถูกกระทำ ซึ่งมีหลายระดับ ได้แก่

- Person/Individual
- Group/Interpersonal
- Community
- Society

3) ผลลัพธ์ (Result) หมายถึง ผลจากการกระทำที่จากความตั้งใจที่มีต่อเหยื่อแสดงออก ในรูปของ

- Injury
- Death
- Psychological harm
- Maldevelopment/ Deprivation

Ogundipe et al. (2013:758) กล่าวว่า ED เป็นพื้นที่ที่มีความเครียดสูงซึ่งผู้ป่วยจำนวนมาก อาจมีเงื่อนไขที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บ และพวกเขาหรือความสัมพันธ์ของพวกเขาอาจมีอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่อาจโน้มน้ำหนักให้เกิดความรุนแรงต่อผู้ดูแล

Ogundipe et al.'s (2013): ศึกษาพยาบาลที่ไนจีเรียเชื่อว่าความรุนแรงของ ED จะลดลงเมื่อพยาบาลใช้พฤติกรรมต่อไปนี้: ความพร้อมใช้งาน ร้อยละ 85 ความเคารพร้อยละ 85 การสนับสนุนร้อยละ 53 และ การตอบสนองร้อยละ 68 อันที่จริง ในการศึกษาเดียวกัน เหตุผลหลักที่รับรู้ถึงความรุนแรง (คะแนนเฉลี่ยสูงสุด) คือความแออัดยัดเยียดของ ED ด้านสิ่งแวดล้อม เวลารอนาน และความผิดหวังของผู้ป่วย' และระบบรักษาความปลอดภัยไม่เพียงพอ

Ogundipe et al. (2013:760) Ramacciati et al., (2017) พบว่าการรอ ED เป็นเวลานานสำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ติดตาม (เกี่ยวข้องกับ ร้อยละ56 ของเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงที่รายงาน) รวมกับ ED ที่มีผู้คนหนาแน่นตามมาอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สองร้อยละ 56

Ramacciati et al. (2017) ศึกษาเรื่องความรุนแรงยังถูกกระตุ้นโดยการรับรู้ที่ไม่มีบุคคลใด "รับผิดชอบ" อย่างชัดเจน และนี่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 42

แองแลนด์และคณะ (2014) : สัมภาษณ์พยาบาล ED 12 คนเพื่อสำรวจการรับรู้ของพวกเขาเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของ ED และการตอบสนองของพวกเขาชี้ให้เห็นถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างท่วมท้น เวลารอนาน ความแออัดยัดเยียดและการสื่อสารที่ไม่ดีถูกเน้นเป็นสาเหตุหลัก เวลารอนานที่กล่าวถึง โดยเฉพาะเกี่ยวกับผู้ป่วยที่รอพบแพทย์หรือขอเตียงในหอผู้ป่วย

กฤษณา สังขมณีจินดาและคณะ (2564) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงที่พบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะพบด้วยกัน 3 ประเภท คือ 1) ความรุนแรงทางด้านร่างกายโดยอาจเกิดขึ้นได้โดยตรงคือ ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ หรือทางอ้อมโดยการทำร้ายบุคคลอื่นแล้วมากระทบถึงเจ้าหน้าที่ 2). ความรุนแรงทางด้านจิตใจ เป็นการกระทำโดยวาจา สายตา หรือกระทำการใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความอับอาย และ 3) ความรุนแรงทางด้านทรัพย์สิน เป็นการทำร้ายทรัพย์สิน หรืออุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ โดยองค์กรหน่วยงานมีรูปแบบ/แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่จะเป็นในเหตุการณ์ที่มีการทำร้ายร่างกาย สิ่งของ ที่เป็นเหตุการณ์รุนแรง และบุคลากรในหน่วยงานทราบไม่ทั่วถึงทางที่วิจัยจึงมีความเห็นในการจัดทำรูปแบบการจัดการและแนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Plan assessment) 2) การระบุที่มาของปัญหาความรุนแรง (Identify violence and determine risk rating) 3) การจัดทำแผนเพื่อป้องกันความรุนแรง (Develop action plan to control violence) 4) การประกาศใช้แผน (Implement action plan) 5) การประเมินผล (Evaluate) การจัดการปัญหาการใช้ความรุนแรง พบว่าการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การเดินหนี/หลีกเลี่ยงการปะทะมากที่สุดร้อยละ 56.3 รองลงมาพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน/เพื่อน/

ครอบครัวร้อยละ 40 เหตุผลของการไม่รายงานเหตุการณ์ต่อผู้บังคับบัญชาหรือบอกเล่าบุคคลอื่น เหตุ เป็นเรื่องปกติร้อยละ 38.9 รองลงมาเหตุเป็นเรื่องไม่สำคัญร้อยละ 22.6 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการ สอบสวนหาสาเหตุของการถูกระทำ ความรุนแรงร้อยละ 58.9 แต่ยังไม่พบว่าไม่ทราบว่ามี การสอบสวนหาสาเหตุของการถูกระทำ ความรุนแรงถึงร้อยละ 21.9 การดำเนินการกับผู้กระทำความรุนแรงใน สถานที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน โดยตัดเตือนด้วยวาจา/ลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 57.4 และไม่มีการ ดำเนินการใดๆ ร้อยละ 30.4

กติกิา เลี้ยงสกุล และคณะ (2564) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด ความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าความชุกของการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่ง หนึ่งในการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.09 ความรุนแรงทางวาจาร้อยละ 45.87 การกลั่นแกล้งรังแก ร้อยละ 11.62 ความรุนแรงทางกาย ร้อยละ 7.95 ความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 2.75 จุดเกิดเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน คลินิกผู้ป่วยนอก/คลินิกเฉพาะโรค ผู้ป่วยคือผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางกายและ ความรุนแรงทางเพศสูงที่สุด ญาติผู้ป่วยคือผู้ก่อเหตุความรุนแรงทางวาจาสูงที่สุด ผู้ร่วมงานในแผนก เดียวกันคือผู้กลั่นแกล้งรังแกสูงที่สุด ผลกระทบ เสียใจ โกรธ เศร้า การจัดการกับความรุนแรงที่ เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุยกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 26.54 แต่มีการเขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์เพียง ร้อยละ 7.90 พยาบาลที่มีประสบการณ์  $\leq 1$  ปี เกิดความรุนแรงน้อย เนื่องจากปฏิสัมพันธ์กับ ผู้รับบริการน้อย ประสบการณ์ 5-10 ปี ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ และ 11-20 ปี ในโรงพยาบาลตติยภูมิ และสาเหตุของการเกิดความรุนแรงเกิดจาก ความแออัดเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก มีข้อจำกัด ในเรื่องการสื่อสารที่ต้องรีบเร่งเพื่อใช้เวลาให้กับผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ที่ทำงานเป็นกะจะมีโอกาสเกิดความ รุนแรงสูง เนื่องจากต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงทั้งทาง กายและทางวาจาสูงกว่า และการทำงานในช่วงเวรบาย เวิร์ด มีจำนวนบุคลากรจำนวนน้อยกว่าเวรเช้า

จินตนา สุวิทวัส. (2021) ได้ศึกษาความรุนแรงในโรงพยาบาลในประเทศไทย หลายการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ถูกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย ได้แก่ การหยิก ผลัก ดึง ลาก ถูกระทำความรุนแรงทางวาจา ได้แก่ การกล่าวตำหนิ กล่าวโทษ การใช้น้ำเสียงตะคอก ตะโกน ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ ได้แก่ การพูดจาลามกถูกกลั่นแกล้งลามกทางเพศ หรือ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่ง สถานการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากเอกสาร ประกอบการประชุมวิดิโอคอนเฟอร์เรนซ์ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานย้อนหลัง 7 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 – 2562 เรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 64 เหตุการณ์แบ่งเป็นทะเลาะวิวาท 29 เหตุการณ์ ทำร้ายเจ้าหน้าที่ 22 เหตุการณ์ ทำลายทรัพย์สิน 4 เหตุการณ์ ก่อความไม่สงบ 1 เหตุการณ์ กระโดดตึก 6 เหตุการณ์ พนักงานเปลทะเลาะกับผู้ป่วย 1

เหตุการณ์ ญาติผู้ป่วยคนอื่นลวนลามผู้ป่วย 1 เหตุการณ์ จากเหตุการณ์ทั้งหมดส่งผลให้มีเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเสียชีวิต 3 ราย บาดเจ็บ 15 ราย ประชาชนเสียชีวิต 9 ราย บาดเจ็บ 58 ราย

นักสำรวจ พชรธนาสาร (2560) ศึกษาความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของ การประสบเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานในช่วง 12 เดือนก่อนทำการศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 61. โดยพบความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด รองลงมาเป็นความชุกเหตุความรุนแรงทาง กาย และความชุกเหตุความรุนแรงทางเพศตามลำดับ ผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางกาย และ ทางเพศคือ ผู้ป่วย ส่วนผู้ก่อเหตุหลักของเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ ญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงทางกาย คือ เพศชาย มีประสบการณ์การทำงานน้อย อาชีพพนักงานผู้ช่วย ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และจำนวนบุคลากรไม่ เพียงพอ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเหตุความรุนแรงทางวาจา คือ อายุน้อย ประสบการณ์การทำงานน้อย ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน มีลักษณะงานต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยและญาติ มีการทำงานหมุนเวียนกะ และมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เกินกว่า 48 ชั่วโมง

พีระศักดิ์ อิศวนพคุณ, เนลินี ไชยเอื้อ และ สุชาดา ภัยหลีกส์ (2563) ศึกษา แนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมในโรงพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัย ปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมโดยมี วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประยุกต์รูปแบบวิธีการของระบบในการ ป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริงผลการศึกษา ลักษณะความ รุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นความรุนแรงทางวาจามากกว่าลักษณะอื่น (ร้อยละ 34.9) บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เป็นสหสาขาวิชาชีพและสังกัดหลายหน่วยงาน การตอบสนองต่อความรุนแรงขึ้นกับประสบการณ์แต่ ละบุคคลองค์กรมีมาตรการในการสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรบางส่วน มีการติดตั้งกล้องวงจรปิด แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกจุด การจัดฝึกอบรมยังไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอสำหรับทักษะด้าน อารมณ์และดำเนินการไม่สม่ำเสมอ การรับรู้ต่อมาตรการที่ดำเนินการอยู่มีส่วนน้อยเพียงร้อยละ 66.6 จากข้อมูลสรุปเป็นแนวทางที่ดำเนินการเพื่อลดข้อจำกัดในมาตรการดังกล่าว ภายหลังจากนำแนวทาง มาใช้จริง ได้ข้อสะท้อนในการสื่อสารนโยบายในองค์กรให้ชัดเจนมากขึ้น ดังนั้น โรงพยาบาลควรมี นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการแนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรง ได้แก่ การประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร การดำเนินแผนและกิจกรรมที่เสริมมาตรการเชิงกายภาพ และเชิงคุณภาพพร้อมกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาด้านสื่อสารและระบบการ ตอบสนองเหตุการณ์ความรุนแรงให้เหมาะสมกับสถานการณ์

สมพร หงษ์เวียงและอภิญา จำปามูล (2562) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อ การบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงและปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่าโดยรวมการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $3.81 \pm 0.78$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p \leq 0.01$  คือปัจจัยส่วนบุคคล (ระยะเวลาในการให้บริการ การฝึกอบรม และทัศนคติ) ( $r = -.153, .632$ , และ  $.483$  ตามลำดับ) ปัจจัยองค์กรด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย และด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม ( $r = .632$  และ  $.533$ ) ปัจจัยคัดสรรที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานคือปัจจัยส่วนบุคคลด้านทัศนคติ ปัจจัยองค์กรด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย (การมอบหมายงานและการช่วยเหลือเกื้อกูล) ปัจจัยองค์กรด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 47 ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลและพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานคือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านทัศนคติ ปัจจัยองค์กรด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย (การมอบหมายงานและการช่วยเหลือเกื้อกูล) และปัจจัยองค์กรด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม

ชุตินา มงคลบุตร และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์(2561) ศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการความรุนแรง ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน เป็นกลุ่มบุคลากรผู้สอน 66 คน และกลุ่มบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการสอน 184 คน จากมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มบุคลากรผู้สอนไม่เคยได้รับประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ 100) แต่กลุ่มบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการสอนเคยมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายร้อยละ 2.7 โดยผู้กระทำเป็นผู้ร่วมงานในกลุ่มงานเดียวกัน สาเหตุจากความเครียดและความโกรธ สำหรับการถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจในกลุ่มบุคลากรผู้สอนและกลุ่มบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการสอนเคยถูกกระทำร้อยละ 48.5 และ 68.5 ตามลำดับ ในกลุ่มบุคลากรผู้สอนผู้กระทำเป็นผู้ร่วมงานในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งไม่ทราบสาเหตุของการถูกกระทำ แต่กลุ่มบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการสอนผู้กระทำเป็นหัวหน้างานหรือผู้บริหาร สาเหตุมาจากความบกพร่องหรือผิดพลาดในการสื่อสาร ซึ่งกลุ่มบุคลากรผู้สอนและกลุ่มบุคลากรฝ่ายสนับสนุนการสอนมีวิธีการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยการตอบโต้ผู้กระทำรุนแรงต่อตนเองด้วยลักษณะเดียวกันในบางครั้ง ร้อยละ 54.3 และ 58.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยแจ้งหรือรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงให้ผู้มีอำนาจเหนือกว่ารับทราบเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงต่อตนเอง สถาบันการศึกษาจึงควรมีการจัดหามาตรการป้องกันและเฝ้าระวังการกระทำรุนแรงในสถานที่ทำงาน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 1. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉินที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จำนวน 3 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยที่ให้บริการด้านหน้าแผนกฉุกเฉิน จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามหลักจำนวน 2 ข้อ คือ 1) ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง คืออะไร และ 2) ในขณะนี้เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นมีการจัดการอย่างไร

การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเสียงทุกราย

**ระยะที่ 2** การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองของพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 2) แบบสอบถามการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ 5 ข้อ และคำถามปลายเปิด 4 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญกับความรุนแรง และชนิดของความรุนแรง 3) ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงด้วยคำถามปลายเปิด เป็นคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีค่าสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.96

**ระยะที่ 3** การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน ใช้เวลาสัมภาษณ์ 30 นาที โดยนำแบบสัมภาษณ์ตั้งข้อความถามถึงนโยบายการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง โดยการบันทึกเทปและถอดเทปสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาล มาวิเคราะห์เนื้อหา

## 2. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (NS 22/2566) และ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง (COA No. RYH 009/2567) ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลประโยชน์จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งแนวทางการเก็บข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หรือปฏิเสธการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมทำวิจัย และลงลายมือชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองอย่างเต็มใจแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลของผู้วิจัยจะเก็บปกปิดเป็นความลับ การนำเสนอจะแสดงในภาพรวมและไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ สำหรับกลุ่มที่มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การบันทึกเสียงจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วเท่านั้น

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแต่ละระยะดำเนินการดังนี้

**ระยะที่ 1** การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินตามการรับรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน 2 คน

**และระยะที่ 3** การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาล

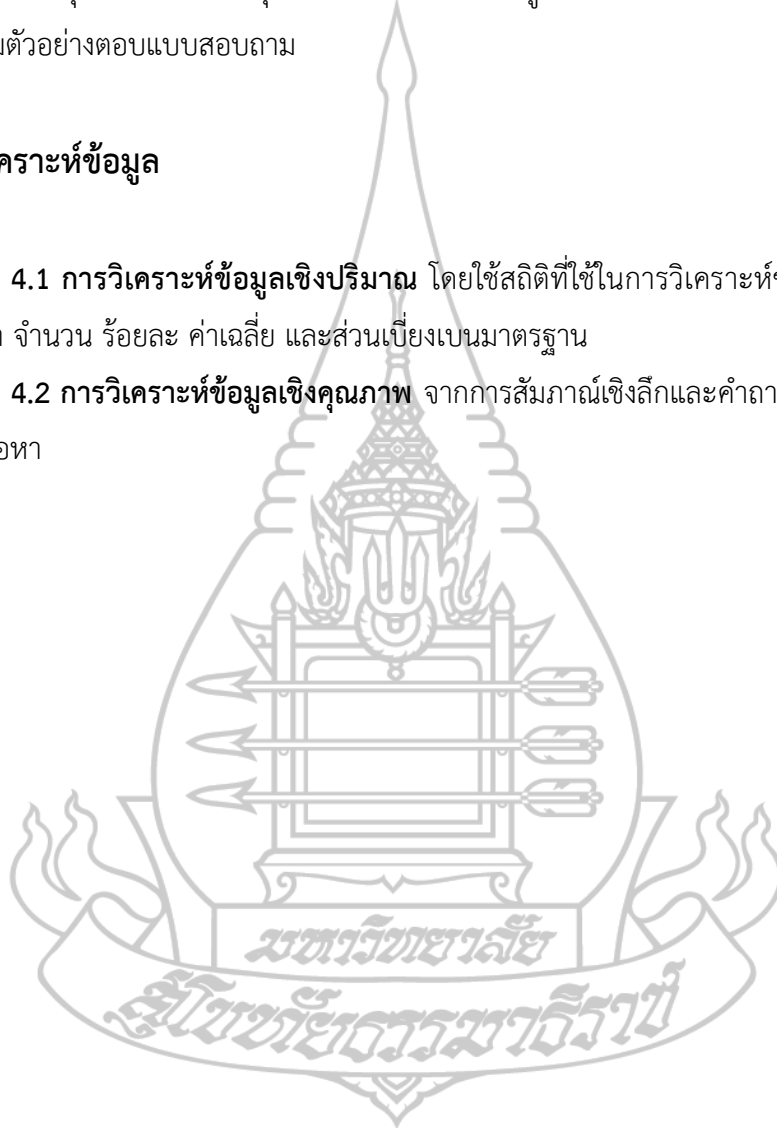
ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งแนวทางการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อในใบยินยอมแล้ว จึงนัดหมายเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก การเก็บข้อมูลทำในสถานที่ที่มิดชิด ปลอดภัย ใช้เวลาประมาณคนละ 30 นาที และได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียง

**ระยะที่ 2** การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองของพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน 24 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งแนวทางการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างนำกลับมาคืนผู้วิจัยเมื่อตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

**4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ** โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยตามลำดับ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

#### 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย อายุตัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 อายุงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8-10ปี คิดเป็นร้อยละ 19.27

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพแสดงและวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=24 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>1. อายุตัว (ปี)</b>		
20-29 ปี	5	20.83
30-39 ปี	7	29.17
40-49 ปี	8	33.33
50-59 ปี	4	16.67
<b>X=39.13    S.D.=10.64</b>		
<b>รวม</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.1 พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุเฉลี่ย 39.13 ปี ช่วงอายุมากที่สุดเป็นช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่อายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.17 อายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.83 อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 แสดงข้อมูลตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=24 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>2. อายุงาน(ปี)</b>		
0-1 ปี	2	8.3
2-3 ปี	2	8.3
4-7 ปี	4	16.7
8-10 ปี	5	20.8
มากกว่า10ปี	11	45.9
<b>X = 14.55 S.D.=20.21</b>		
<b>รวม</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.2 พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุงานเฉลี่ย 14.55 ปี ช่วงอายุงานที่มากที่สุดเป็นช่วงอายุงานที่มากกว่า 10 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุงาน 8-10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ช่วงอายุงาน 4-7 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ ช่วงอายุงาน 2-3 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ช่วงอายุงาน 0-1 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 แสดงข้อมูลตามลำดับ

## ตอนที่ 2 การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากความรุนแรงในสถานที่ทำงาน เมื่อจำแนกตามประเภทความรุนแรง พยาบาลกลุ่มตัวอย่างถูกกระทำรุนแรงในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์การถูกกระทำรุนแรงทางวาจามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่พบว่าถูกกระทำรุนแรงด้านร่างกาย

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของประเภทความเสี่ยงจากความรุนแรงที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

ข้อมูลประเภทความเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>พยาบาลถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาในขณะที่ปฏิบัติงาน</b>		
จำนวน 1-2 ครั้ง/ปี	18	75.0
จำนวน 3-5 ครั้ง/ปี	4	16.6
จำนวนมากกว่า 6 ครั้ง/ปี	2	8.4
<b>รวม</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.3 พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างถูกละเมิดทางวาจา มากที่สุด จำนวน 1-2 ครั้งต่อปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาได้แก่ถูกกระทำทางวาจาจำนวน 3-5 ครั้ง/ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ถูกกระทำทางวาจาจำนวนมากกว่า 6-10 ครั้ง/ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4

2.2 วิเคราะห์เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

ข้อมูลเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรง	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ผู้มาขอรับบริการไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน	21	30.00
ผู้มาขอรับบริการเมาสุรา	19	27.14
ผู้มาขอรับบริการป่วยจิตเวช	15	21.43
การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ	12	17.14
ผู้มาขอรับบริการถูกกระทำรุนแรงมาจากภายนอกและกระทำต่อเนื่องมาที่แผนกฉุกเฉิน	3	4.29
<b>รวม</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

\*พยาบาล 1 คน อาจพบเหตุการณ์มากกว่า 1 อย่าง

จากตารางที่ 4.4 พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง มากที่สุดได้แก่ ผู้มาขอรับบริการไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน จำนวน 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมา ผู้มาขอรับบริการเมาสุรา จำนวน 19 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.14 ผู้มาขอรับบริการป่วยจิตเวช จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.43 การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ จำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.14 และ ผู้มาขอรับบริการถูกกระทำรุนแรงมาจากภายนอกและกระทำต่อเนื่องมาที่แผนกฉุกเฉิน จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.29 แสดงข้อมูลตามลำดับ

2.3 วิเคราะห์ผู้ที่มีมากระทำความรุนแรง ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง  
ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีมากระทำความรุนแรง ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง  
(n=24)

ประเภทผู้มากระทำความรุนแรง	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ผู้ป่วย	20	62.50
ญาติ	12	37.50
<b>รวม</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

\*พยาบาล 1 คน อาจพบผู้มากระทำความรุนแรงมากกว่า 1 ประเภท

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผู้ที่มีภาระทำความรุนแรง มากที่สุดได้แก่ ผู้มารับบริการ จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาได้แก่ ญาติ จำนวน 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.50 แสดงตามลำดับ

#### 2.4 วิเคราะห์ความปลอดภัยสถานที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความปลอดภัยของสถานที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลระยอง

การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความปลอดภัย ของสถานที่ทำงานในแผนกฉุกเฉิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความปลอดภัยระดับปานกลาง	16	66.67
ความปลอดภัยระดับมาก	8	33.33
<b>รวม</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน  
ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง มากที่สุดได้แก่การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน  
16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก จำนวน 8 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 33.33 แสดงตามลำดับ

**4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์  
ข้อมูลเกี่ยวกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาล  
ระยอง จากพยาบาลวิชาชีพ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน สรุปประเด็นดังนี้

**4.2.1 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงกับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลระยอง** ผลการวิเคราะห์พบว่า เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงกับพยาบาล เกิดจาก  
ผู้ป่วยเมาสุรา ผู้ป่วยรอนาน ผู้ป่วยจำนวนมากอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจิตเวช การ  
สื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยถูกกระทำรุนแรงมาจาก  
ภายนอกและกระทำต่อเนื้อที่แผนกฉุกเฉิน

#### 4.2.2 วิธีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

ผลการวิเคราะห์พบว่า วิธีการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงมีหลายวิธี ได้แก่ การรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ การรายหัวหน้าหรือผู้ป่วย หรือการไม่รายงานเพราะเป็นเหตุการณ์เล็กน้อยสามารถไกล่เกลี่ยได้ จากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่าส่วนใหญ่มีการรายงานตามลำดับการบังคับบัญชา และที่ไม่รายงานเนื่องจากเป็นเหตุการณ์เล็กน้อยสามารถไกล่เกลี่ยได้

#### 4.2.3 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

ผลจากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่าพยาบาลวิชาชีพทราบแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน ได้แก่ เมื่อเจอเหตุการณ์ความรุนแรง ให้ประเมินสถานการณ์ แจ้งเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แจ้งหัวหน้าเวร รปภ. ตำรวจ และรายงานบังคับบัญชาตามระดับตามแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

#### 4.2.4 เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงกับเพื่อนร่วมงาน คุณมีแนวทางการช่วยเหลืออย่างไร

จากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่าพยาบาลมีการจัดการตามแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน 24 คน ได้แก่ การเจรจาไกล่เกลี่ยการประเมินสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและตำรวจ

#### 4.2.5 จากเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน คุณคิดว่าควรจะมีการอบรมอย่างไร ใครควรจะได้รับการอบรม

จากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่าควรมีการอบรมการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินทุกคนในเรื่อง การเจรจาต่อรอง การป้องกันตัวการควบคุมความรุนแรง และการซ้อมแผนเสมือนจริงให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

#### 4.2.6 มีแนวทางการจัดการที่จะป้องกันความรุนแรงไม่ให้เกิดซ้ำ

จากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่า แนวทางการจัดการที่ป้องกันความรุนแรง ไม่ให้เกิดซ้ำ ได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การบริการด้วยความสุภาพ มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำแผนก การจัดสถานที่ให้มีความปลอดภัย

#### 4.2.7 ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างไรเกี่ยวกับแนวทางการจัดการ

##### ความรุนแรง

จากการสอบถามคำถามแบบปลายเปิด พบว่า ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง มีดังนี้

1) ควรใช้แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินเดิม  
2) ควรเพิ่มเติมการดำเนินการทางกฎหมายเพื่อป้องกันสิทธิของเจ้าหน้าที่และ  
ได้รับการเยียวยา

3) ควรมีการซ้อมแผนให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนและทบทวนแนวทางเพื่อให้  
ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทราบ

4) ควรมีช่องทางการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ถูกกระทำรุนแรง

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าพยาบาล อายุ 59 ปี

#### 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหัวหน้าพยาบาล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของหัวหน้าพยาบาล พบว่า หัวหน้าพยาบาลมีนโยบายจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ได้แก่การจัดโครงสร้างสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัย การจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ การช่วยเหลือเยียวยาเจ้าหน้าที่ที่ถูกกระทำรุนแรง และการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความรุนแรงให้กับ



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยตามลำดับ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉินตามการรับรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน 10 คน ระยะที่ 2 การประเมินการจัดการความรุนแรงในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยองของพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน จำนวน 24 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง และ 3) ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความรุนแรงด้วยคำถามปลายเปิด แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่า IOC 0.96 ระยะที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้าพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายแนวทางการจัดการความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ระบุว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการกระทำรุนแรงด้วยวาจา โดยพบอุบัติการณ์ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 และ 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 มากกว่า 6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4 โดยปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรง ได้แก่ ไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน ร้อยละ 30 รองลงมา คือ ผู้ป่วยเมาสุราร้อยละ 27.14 ผู้ป่วยมีอาการป่วยจิตเวช ร้อยละ 21.43 และการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอร้อยละ 17.14 ตามลำดับ ผู้ที่มากกระทำรุนแรง ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.50 เป็นผู้มารับบริการ รองมาร้อยละ 37.50 เป็นญาติ แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน คือ 1) การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงแล้ว คือมีการปรับเกณฑ์ การจำแนกระดับความรุนแรงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้แตกต่างกับตามระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรที่ได้รับความรุนแรงอย่างชัดเจน และ 2) การป้องกันความรุนแรงคือ กำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ญาติ ทุก 30 นาที และในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยเมาสุรา หรือ ป่วยจิตเวช กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ข้างเตียงขณะทำหัตถการ และการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่



## 1. อภิปรายผล

จากการศึกษาแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ผลการศึกษาอภิปรายดังนี้

### 1.1 ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแผนกฉุกเฉิน

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง ระบุว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการกระทำรุนแรงด้วยวาจา โดยพบอุบัติการณ์ 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 และ 3-5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 16.6 มากกว่า 6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 8.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jing-Shia Tang, Chien-Liang Chen, Zhi-Ran Zhang (2007) จากการศึกษาถึง อุบัติการณ์ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินของพยาบาล ในภาคใต้ของไต้หวัน พบว่า พยาบาลได้รับความรุนแรงด้วยวาจาถึง ร้อยละ 92 และ Jessica Gacki-Smith, Altair M. Juarez, Lara Boyett (2009) ศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลแผนกฉุกเฉิน ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีการล่วงละเมิดทางวาจา มากกว่า 200 ครั้ง ใน 3 ปี และการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ (2010) ที่ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าถูกกระทำรุนแรงในสถานที่ทำงาน ลักษณะความรุนแรงทางวาจาพบมากที่สุดร้อยละ 82.9 เช่นเดียวกับกตিকা เลี้ยงสกุล และคณะ (2564) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าร้อยละ 47.09 ความรุนแรงทางวาจา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของนภัสวรรณ พชรธนาสาร (2560) ศึกษาความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกเหตุความรุนแรงทางวาจามากที่สุด

### 1.2 ปัจจัยที่นำไปเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่นำไปเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน อันดับแรก คือ ไม่พึงพอใจที่ต้องรอรับบริการนาน ซึ่งมีจำนวนถึง ร้อยละ 30 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยที่เร่งด่วนและผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำกัด ต้องให้บริการผู้ป่วยที่เร่งด่วนก่อนเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตให้ทันเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนรอคอยนานจนเกิดความไม่พึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ไสไหม และคณะ (2010) ซึ่งศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผลการวิจัยของSerap Bingöl , Serpil İnce (2021) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในแผนกและสอดคล้องกับ Jing-Shia Tang, Chien-Liang

Chen, Zhi-Ran Zhang, Lin Wang (2007) ศึกษาถึง อุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินของพยาบาล ในภาคใต้ของไต้หวัน พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยเกิดจาก ระยะเวลารอคอยนานร้อยละ 89

ปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรงอีกประการหนึ่ง คือ การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 17.14 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีอัตรากำลังจำกัด พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินให้ความสำคัญกับบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้การสื่อสารกับญาติล่าช้า หรือ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ เกิดความไม่พึงพอใจ มีการกระทำรุนแรงทางวาจาสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Serap Bingöl , Serpil İnce (2021) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน: มุมมองญาติของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้คนก่อความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน คือ การที่ผู้ป่วยหรือญาติของพวกเขาไม่ได้รับแจ้งอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย

สภาพของผู้ป่วย ก็เป็นปัจจัยที่นำไปให้เกิดความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยเมาสุราทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน สูงถึง ร้อยละ 27.14 และผู้ป่วยมีอาการป่วยจิตเวช ทำให้เกิดความรุนแรง ร้อยละ 21.43 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ ไส้ไหม และคณะ (2010) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมที่ทำให้เกิดการถูกกระทำรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 91.4 คือ เมาสุรา กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมารับบริการแผนกฉุกเฉินได้มาก ทั้งจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากการวิวาท ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรม อันเนื่องมาจากขาดสติสัมปชัญญะ หรือ มีความบกพร่องของการรู้คิด ทำให้ส่วนใหญ่มักไม่สามารถให้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้ ไม่ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ บางครั้งก็ทำร้ายเจ้าหน้าที่ ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบาก อีกทั้งสภาวะการทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่แออัดด้วยผู้ป่วยและญาติ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถป้องกันตัวเองจากความรุนแรงได้อย่างเต็มที่

### 1.3 แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน

จากเหตุผลข้างต้น จึงมีการปรับแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินที่ดำเนินการ ประกอบด้วย การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงแล้ว และ การป้องกันความรุนแรงดังต่อไปนี้

#### 1.3.1 การจัดการเมื่อเกิดความรุนแรงแล้ว ประกอบด้วย

การปรับเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้แตกต่างไปตามระดับความรุนแรง กำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรที่ได้รับ ความรุนแรงอย่างชัดเจน เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้น กล่าวคือ มีการประกาศเป็นนโยบายชัดเจนในการปรับเกณฑ์ความ

รุนแรงออกเป็น 2 ระดับเป็นความรุนแรงเล็กน้อยและความรุนแรงระดับวิกฤต เพื่อให้จัดการกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิระศักดิ์ อิศวนพคุณ, เนสินี ไชยเอื้อ และ สุชาดา ภัยหลีกลี่ (2563) ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลควรมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการแนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรง ได้แก่ การประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร การดำเนินแผนและกิจกรรมที่เสริมมาตรการเชิงกายภาพและเชิงคุณภาพพร้อมกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาด้านสื่อสารและระบบการตอบสนองเหตุการณ์ความรุนแรงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และการวิจัยของ ทรวงวุฒิ สังข์บุญ (2562) ที่พบว่าแนวปฏิบัติงานสำหรับการจัดการความรุนแรง ในขณะที่ปฏิบัติงานในแผนฉุกเฉิน ทั้งการป้องกันและจัดการความเสี่ยง การจัดการขณะเกิดเหตุการณ์ และการจัดการหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการความเสี่ยงความรุนแรงในขณะที่ปฏิบัติงานในแผนฉุกเฉิน อย่างมีประสิทธิภาพ และงานวิจัยของ ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ และคณะ. (2561) ศึกษาจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการรุนแรงในโรงพยาบาล พบว่ามีการจัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการรุนแรงในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน บุคลากรในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลต่างๆ สามารถนำไปใช้

### 1.3.2 การป้องกันความรุนแรง

การกำหนดแนวทางการปฏิบัติกรพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ญาติทุก 30 นาที และในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยเมาส์รา หรือ ป่วยจิตเวช กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่ข้างเตียงขณะทำหัตถการโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีลักษณะเมาส์รา หรือ เป็นผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การช่วยเหลือพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินและการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ ซึ่งแนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายบริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมรับทราบและปฏิบัติตามแนวทาง ดังการศึกษาของ กฤษณา สังข์มณีจินดา และคณะ (2564) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าทางองค์กรหน่วยงานมีรูปแบบ/แนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจัดทำรูปแบบการจัดการและแนวทางการแก้ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1). การวางแผน (Plan assessment) 2). การระบุที่มาของปัญหาความรุนแรง (Identify violence and determine risk rating) 3). การจัดทำแผนเพื่อป้องกันความรุนแรง (Develop action plan to control violence) 4). การประกาศใช้แผน (Implement action plan) 5). การประเมินผล (Evaluate)

นอกจากนี้การกำหนดให้เจ้าหน้าที่ในแผนกฉุกเฉินต้องให้ข้อมูลแก่ญาติภายใน 30 นาที จะช่วยให้ญาติได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ลดความเครียด ความวิตกกังวล อันอาจนำไปสู่ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในแผนกฉุกเฉิน ได้

## 2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ควรมีการจัดการเงินนโยบายโดยมีการดูแลและเยียวยาให้กับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับผลกระทบระดับรุนแรง

2.2 นำแนวทางการจัดการความรุนแรงไปใช้ในแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล





### บรรณานุกรม

- กตিকা เลี้ยงสกุล และคณะ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 117-133.
- กฤษณา สังข์มณีจินดาและคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม, กรุงเทพมหานคร
- จินตนา สุวิทวัส. (2021). ความรุนแรงในโรงพยาบาล : การป้องกันและการคุ้มครองสิทธิของบุคลากรทางการแพทย์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(1), Srinagarind Med J , 92-96
- จุไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์.(2556). การวิจัยแบบผสมผสาน. *วารสารจันทร์เกษมสาร*. 19 (37) กรกฎาคม – ธันวาคม 2556.
- ทรงวุฒิ สังข์บุญ. (2562). การจัดการความเสี่ยงความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 34(1), 14-24.
- นภัสวรรณ พชรธนาสาร. (2560). ความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พีระศักดิ์ อัครวนพคุณ, เนลินี ไชยเอื้อย, สุชาดา ภัยหลีกลี. (2563). แนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมในโรงพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. *เชียงใหม่เวชสาร* 2563, 59(2), 65-79.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personal Safety (2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561 – 2564) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.*
- สมพร หงษ์เวียง, และอภิญญา จำปามูล. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 38-48
- สุภาพร กมฉ่ำ. (2564) การให้ความหมายความรุนแรงในโลกออนไลน์ :กรณีศึกษา นิสิตจุฬาลงกรณ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 15 (42) (กันยายน-ตุลาคม), P 88-101

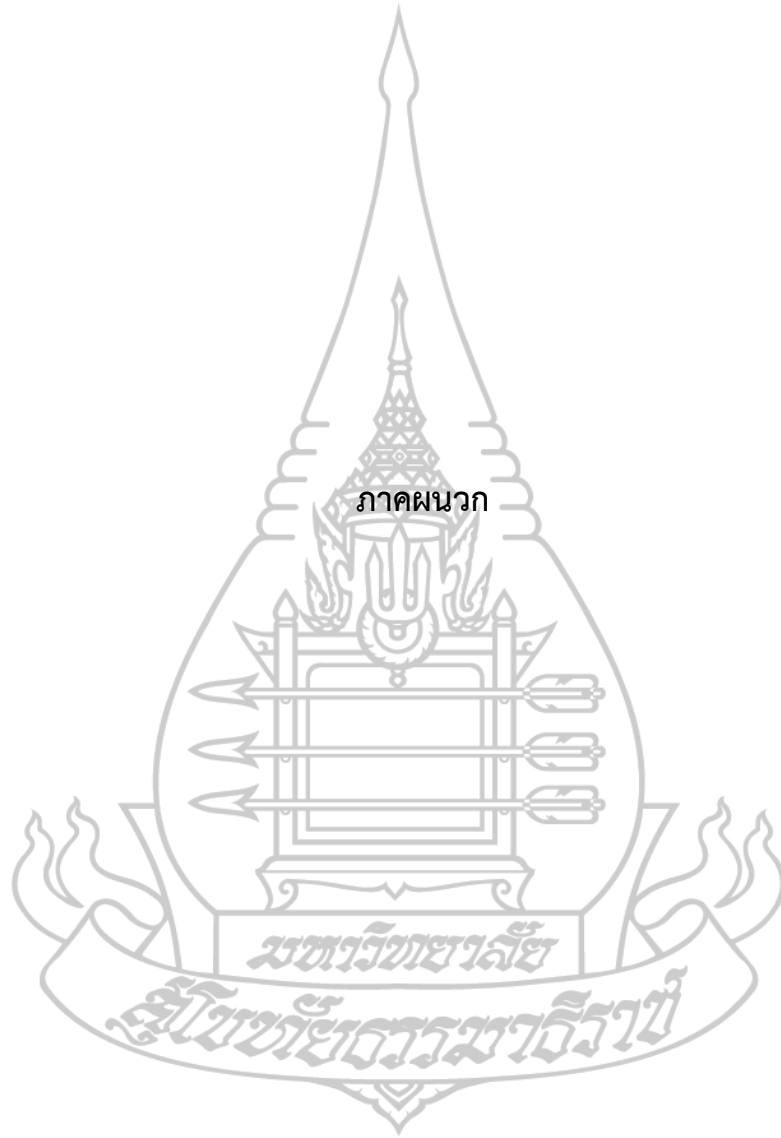
- ศันยวิทย์ พึ่งประเสริฐและคณะ. (2561). แนวปฏิบัติ ในการป้องกัน และจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. <http://surl.li/odipjg>. สืบค้นวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566
- (2566). แนวปฏิบัติ ในการป้องกัน และจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร.องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. (2566) <http://surl.li/odipjg>. สืบค้นวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566
- อริยฉัตร กาพหว่า, และจักรกฤษณ์ พลราชม. (2562). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 13(3): 27-35.
- อมรรัตน์ ดันติทิพย์พงศ์. (2561). การศึกษาความรุนแรงจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศิริราชเกิดปี 2561. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11; 32*, 1249–1260.
- Ching-Yao Wei, Shu-Ti Chiou, Li-Yin Chien, Nicole Huang. (2016). Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing studies*. 56(2016), 63-70
- Fiona Timmins & Bernard Timmins. (2021). An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 14(2), 139-151.
- Hfocus. (2019). บุคลากรสาธารณสุขทั่วโลกเผชิญความรุนแรงใน โรงพยาบาลต่อเนื่อง ห้องฉุกเฉินเสี่ยงสุด. *สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566 จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17347>
- Lauretta Luck, Debra Jackson, Kim Usher. (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *JAN Leading Global Nursing Research*. 59(1), 11-19.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2016). Workplace Violence OSHA FACT Sheet. U.S. Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration.

World Health Organization. Violence against healthworkers [internet]. 2018 [cited 2023 April 15]. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/)

Ferrinho, P.; Antunes, A.R.; Biscaia, A.; Conceição, C.; Fronteira, I.; Craveiro, I.; Flores, I.; Santos, O. Workplace Violence in the Health Sector – Portuguese Case Studies. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper







ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง
นายแพทย์ปรวิณ อัครปิตานนท์	นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาล ระยอง
ดร.รุ่งนภา เขียวช่อ	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
พญ.จิรภา สุรบถฉายวงศ์	จิตแพทย์
ดร.นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์	หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
นางศุภมาศ บำรุงรัตน์	พยาบาลวิชาชีพสาขาจิตเวช
นางสุกัญญา สบายสุข	หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันโรคทรวงอก



ภาคผนวก ข

หนังสือขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ขออนุญาตผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ เก็บข้อมูล





ที่ อว 0602.26/ว 1315

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๑ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

ด้วยนางจรรยา กิตติติลลภ รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้แพทย์หญิงจิรภา สุรบญวงษ์ นายแพทย์ปรวิน อัศวบิดานนท์ ดร.นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ และคุณศุภมาศ บำรุงรัตน์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เป็นอย่างดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620

ที่ อว 0602.26/ว 1303



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๖ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประเมินความเชื่อถือโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เรียน แพทย์หญิงจิรภา สุรบถอจวงศ์

ด้วย นางจริยา กิตติฉิลก รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแม่ถูกเงินโรงพยาบาลระยอง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเชื่อถือโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*Myda*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

ที่ ฮว 0602.26/ว 1303



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
 จังหวัดนนทบุรี 11120

26 ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจประเมินความเชื่อถือโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เรียน อาจารย์ศุภมาศ บำรุงรัตน์

ด้วย นางจริยา กิตติติก รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
 มหบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน  
 โรงพยาบาลระยอง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิศักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ  
 อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเชื่อถือ  
 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
 โทรสาร 0-2503-2620

ที่ ฮว 0602.26/ว 1315



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตึกบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๑ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ด้วยนางจริยา กิตติติกุล รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้ ดร.รุ่งนภา เชี่ยวขำ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เป็นอย่างดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ฮว 0602.26/ว 1303



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์  
ตำบลบางพลู อำเภอป่าแก้ว  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๖ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจประเมินความเชื่อถือโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เรียน ดร.รุ่งนภา เขียวชะอำ

ด้วย นางจริยา กิตติติลก รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์  
ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลระยอง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ  
อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเชื่อถือ  
โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620

ที่ อว 0602.26/ว 1303



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

26 ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจประเมินความเชื่อถือโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เรียน ดร.นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

ด้วย นางจรียา กิตติติลลภ รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเชื่อถือ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*mya*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
รักษาราชการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8036-7  
โทรสาร 0-2503-2620

ที่ อว 0602.26/ว 1303



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๖ ธันวาคม 2565

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประเมินความเชื่อถือโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เรียน อาจารย์สุกัญญา สบายสุข

ด้วย นางจริยา กิตติติลก รหัสนักศึกษา 2615100159 นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลระยอง" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ ทูธธาพิทักษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเชื่อถือ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

/พญณ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620



ที่ ฮว ๐๖๐๖.๒๖/๑๓๓๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ตำบลบางตุ้ อำเภอลำปางเหนือ  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

ด้วย นางจริยา กิตติพิติกษ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การจัดการรูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธิพิติกษ์ผล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและพนักงานรักษาความปลอดภัย ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง จำนวน ๓๔ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย ขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*Pranruthee Niamsri*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรนฤทัย น้อยหมั่นไว)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๖๖-๙  
โทรสาร ๐-๒๕๐๔-๒๖๖๐  
โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๑๖๓-๕๓๕๓ (นางจริยา กิตติพิติกษ์)



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No. ....22/2566.....

### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการคัดกรองการเกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน  
 โรงพยาบาลระยอง  
 รหัสโครงการ : -  
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางจริยา กิตติติงก  
 สถานที่ทำวิจัย : แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่า มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควร  
 ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ พ.ศ.อ.หญิง ดวงมณี ปิ่นเฉลียว)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ให้การรับรอง : .....29/09/2566..... วันที่หมดอายุการรับรอง : .....29/09/2567.....

พลิกด้านหลัง

**เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง**

1. โครงการวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร
3. เครื่องมือการวิจัย
4. ผู้วิจัย

**เงื่อนไข**

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่า เป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากไม่รับรองโครงการวิจัยขออายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ โดยยื่นเรื่องขอต่ออายุ พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 3 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ต้องดำเนินการส่งให้คณะกรรมการพิจารณารับรอง
7. โครงการวิจัยของอาจารย์หรือบุคลากรไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย และบทความหรือผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระให้ส่งบทความหรือผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการเสร็จ

AF 05-09

COA No. RYH 009/2567

RYH REC No.E003/2567



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 138 ถ.สุขุมวิท ต.ท่าประดู่ อ.เมือง จ.ระยอง โทร. 0-3861-1104 ต่อ 2240

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง  
: Management of Violence in the Emergency Department of Rayong Hospital.

เลขที่โครงการวิจัย : RYH REC No.E003/2567

ผู้วิจัยหลัก : นางจริยา กิตติฉิลลิก

สังกัดหน่วยงาน : งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง

วิธีทบทวน : Expedited review

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์  
ความก้าวหน้า : คำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : โครงการงานวิจัย ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 16 มกราคม 2567  
: เลื่อนมือสำหรับโครงการวิจัย ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 16 มกราคม 2567  
: เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 16 มกราคม 2567

ลงนาม ..... ลงนาม.....  
(นางปิยฉัตร ปธานราชฤทธิ์) (นพ.สมบูรณ์ มะลิขาว)

เลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
Approved

ประธาน  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
Approved

วันที่รับรอง : 19 มกราคม 2567

วันหมดอายุ : 19 มกราคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

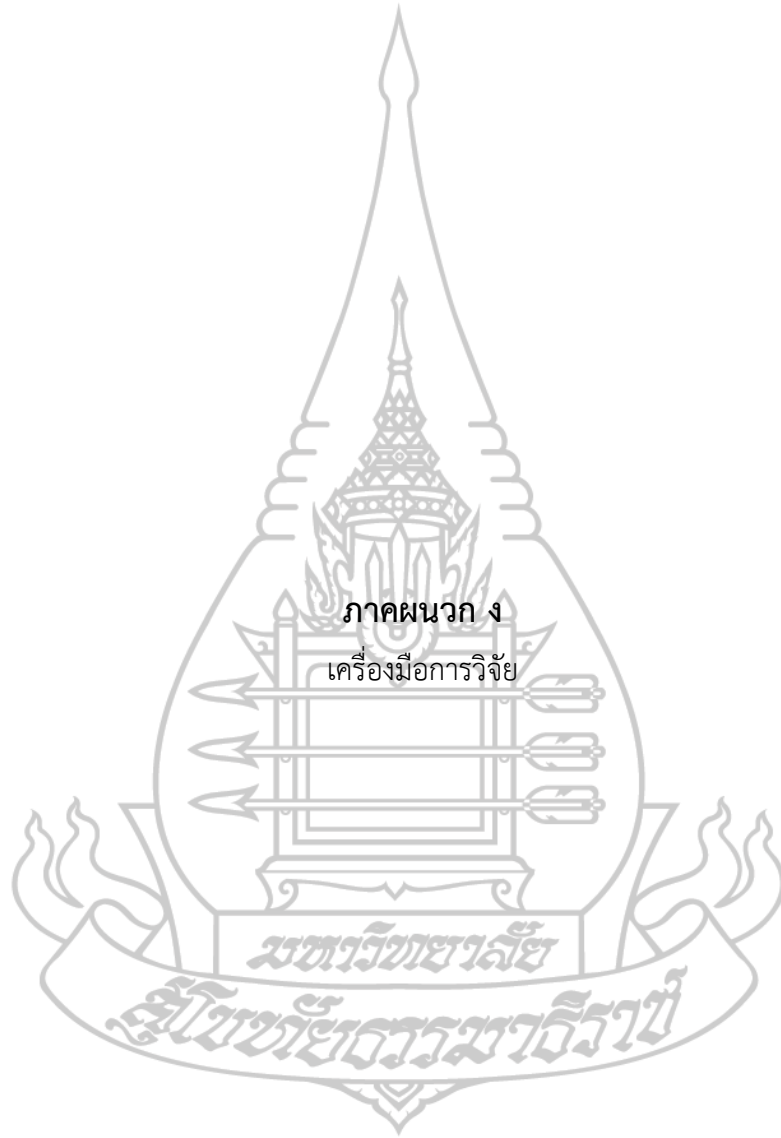


นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

49. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยชุดที่คณะกรรมการจริยธรรมรับรองอย่างเคร่งครัด
50. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ B2RRayong@gmail.com เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
51. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในการวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
52. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
53. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินจนเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
54. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง

**\*\* เอกสารการรับรองจะประกอบด้วย** รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรอง และโครงการวิจัยที่รับรอง พร้อมลายเซ็นครบถ้วน

Approved



แบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Consent Form)

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจากนางจริยา กิตติ  
ติลก ผู้วิจัย เกี่ยวกับการเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยในโครงการวิจัยเรื่อง การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลระยอง ได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์การวิจัย  
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ  
แก้ไขและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้  
และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและจะไม่มีผลกระทบ  
ใดๆ ต่อ ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสารชี้แจง หากไม่ได้รับ  
การปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอม

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....

(นางจริยา กิตติติลก)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ เอกสารชี้แจงและยินยอมนี้ให้จัดทำ เป็น 2 ชุด มอบให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด และผู้วิจัย 1 ชุด

แบบสัมภาษณ์ ใช้แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสัมภาษณ์  
ผู้บริหารทางการแพทย์ : หัวหน้าพยาบาล

“จากเหตุการณ์ความรุนแรงที่แผนกฉุกเฉิน ท่านมีนโยบายอย่างไรที่จะป้องกันการเกิดความรุนแรง  
ของพยาบาล”



## แบบสอบถาม

เรื่อง :การจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

คำชี้แจง ก่อนตอบแบบสอบถามขอความกรุณาอ่านคำชี้แจงแต่ละตอนโดยละเอียดและกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. แบบสอบถามนี้มีจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ตอน คือ
  - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 1 ข้อ
  - ตอนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง
2. ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวม และจะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆเกี่ยวกับการทำงานของท่าน

คำนิยาม : 1) ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน หมายถึง การที่ผู้ป่วย หรือญาติ ใช้วาจา กิริยาหรือการกระทำเป็นการคุกคาม หรือใช้กำลัง ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในขณะปฏิบัติหน้าที่ในแผนกฉุกเฉิน อันเป็นเหตุ ให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกายหรือจิตใจ

2) ระดับความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง :

2.1) ความรุนแรงระดับเล็กน้อย หมายถึง มีผู้กระทำรุนแรงจำนวน 1 คนใช้คำพูด ใช้เสียงดัง เป็นต้น และยังไม่อันตรายด้านร่างกายกับผู้ถูกกระทำ

2.2) ความรุนแรงระดับวิกฤต หมายถึงมีผู้กระทำความรุนแรงที่มีลักษณะดังนี้ 1) ผู้กระทำรุนแรงจำนวน 1 คนใช้อาวุธ ได้แก่ กระบอง มีด ปืน เป็นต้น จะทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน 2) ผู้กระทำรุนแรงจำนวน > 2คน ไม่มีอาวุธ ใช้คำพูดข่มขู่ กดดัน จะใช้กำลังทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉิน

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( ) และหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. คุณทำงานในแผนกฉุกเฉิน เป็นระยะเวลา .....ปี .....เดือน

### ตอนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความรุนแรง ในแผนกฉุกเฉิน

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงใน ( ) และหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1.1 คุณเคยถูกข่มขู่ด้วยวาจาในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน.....ครั้ง

1.2 คุณเคยถูกทำร้ายร่างกายในขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน.....ครั้ง

1.3 เหตุการณ์อะไรที่ทำให้เกิดความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง

(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

( ) รอรับบริการนาน ( ) ขาดการสื่อสาร ( ) มีเหตุการณ์รุนแรงจากภายนอก

( ) ผู้ป่วยเมาสุรา ( ) ผู้ป่วยจิตเวช ( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.4 คุณช่วยเขียนอธิบายเหตุการณ์ที่คุณประสบว่าเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ที่มากระทำความรุนแรงกับคุณคือใคร

( ) ผู้รับบริการ ( )ญาติ ( ) ผู้ป่วย ( ) เพื่อนร่วมงาน ( ) หัวหน้าของผู้มารับบริการ

( ) อื่นๆ ระบุ.....

( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ

1.5 หลังจากเกิดเหตุการณ์ คุณเคยรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

คุณเคยทราบแนวทางการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระยอง อย่างไร

.....

.....

.....

.....

คุณรู้สึกว่ามีความปลอดภัยสถานที่ทำงานปัจจุบัน

( ) เล็กน้อย ( ) ปานกลาง ( ) มาก ( ) มากที่สุด

1.6 เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงกับเพื่อนร่วมงาน คุณมีแนวทางการช่วยเหลืออย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....

จากเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกคุณ คุณคิดว่าควรจะมีการอบรมอย่างไร ใครควรได้รับการอบรม

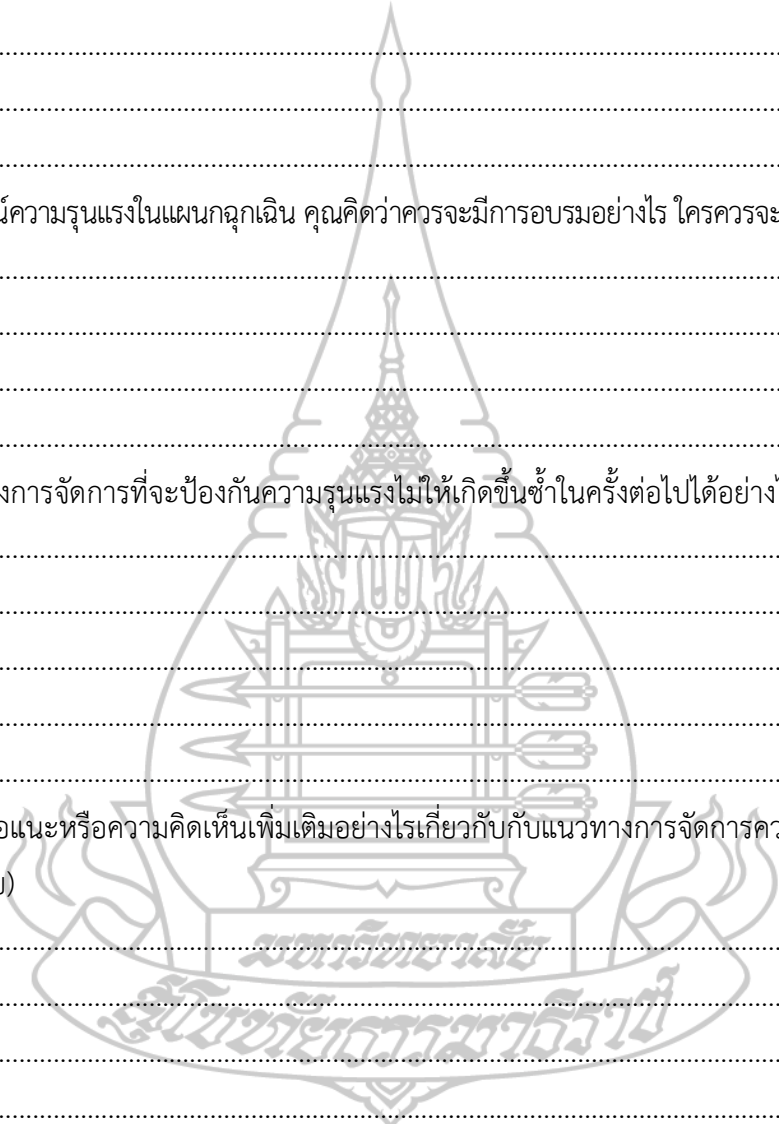
.....  
.....  
.....  
.....

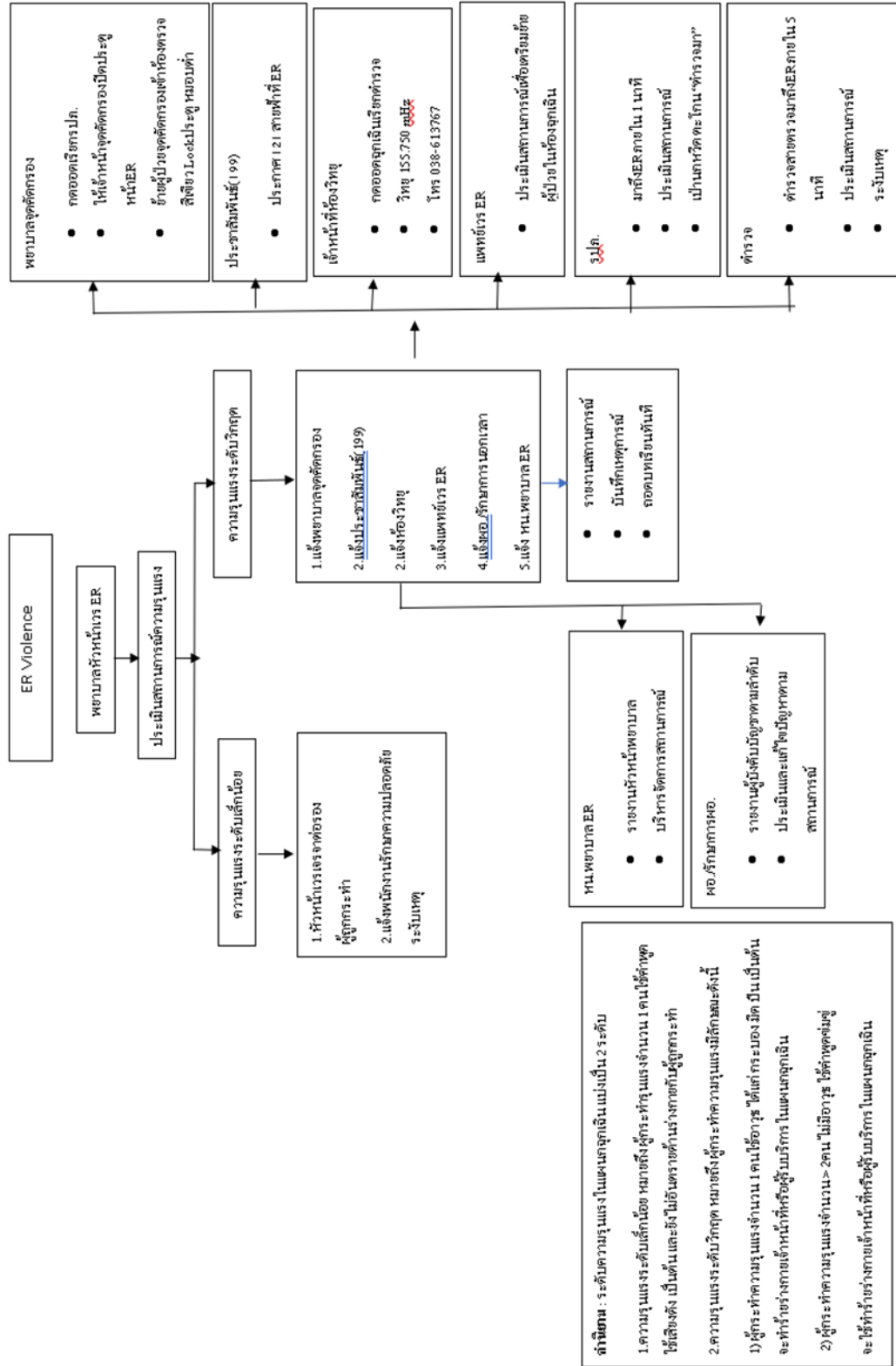
คุณมีแนวทางการจัดการที่จะป้องกันความรุนแรงไม่ให้เกิดซ้ำในครั้งต่อไปได้อย่างไร

.....  
.....  
.....  
.....

คุณมีข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างไรเกี่ยวกับกับแนวทางการจัดการความรุนแรง (เอกสารแนบ)

.....  
.....  
.....  
.....





**คำนิยาม** - ระดับความรุนแรงในแผนฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 ระดับ

1. ความรุนแรงระดับเล็กน้อย หมายถึง ผู้กระทำความรุนแรงจำนวน 1 คน ใช้คำพูดใช้เสียงดัง เป็นต้น และยังไม่อันตรายร้ายแรงแก่ตัวผู้ถูกรังทำ
2. ความรุนแรงระดับวิกฤต หมายถึง ผู้กระทำความรุนแรงมีลักษณะดังนี้
  - 1) ผู้กระทำความรุนแรงจำนวน 1 คน ใช้อาวุธ ที่ได้กระทำความผิด เป็น เป็นต้น จะทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการ ในแผนฉุกเฉิน
  - 2) ผู้กระทำความรุนแรงจำนวน > 2 คน ไม่มีอาวุธ ใช้คำพูดข่มขู่

จะ ใช้ทรัพยากรร่างกายเจ้าหน้าที่หรือผู้รับบริการ ในแผนฉุกเฉิน



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางจริยา กิตติติก
วัน เดือน ปี เกิด	13 ตุลาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี พ.ศ.2535 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2541
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

