Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.10 NO.3 July-September 2025

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Situation Analysis of Violence Management of Medical Personnel in Emergency Department, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province.

(Received: August 17,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 27,2025)

ชุติมา คำประกอบ[1] อรอนงค์ วิชัยคำ[2] กุลวดี อภิชาตบุตร[3]
Chutima Khamprakob[1] Orn-Anong Wichaikhum[2] Kulwadee Abhichattibutra[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกับแนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 68 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกอุบัติการณ์ความรุนแรง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ในด้านโครงสร้าง โรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายจัดการความรุนแรงที่ชัดเจน บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ทราบแนวปฏิบัติ และขาดทักษะเฉพาะทาง แม้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยบางส่วน ด้านกระบวนการ หน่วยงานขาดแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรใช้การตัดสินใจเฉพาะหน้าและไม่รายงานเหตุการณ์อย่างเป็นทางการ ด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงลบต่อการรายงานเหตุการณ์ อันเนื่องมาจากความกังวลต่อผลกระทบและความไม่มั่นใจว่าการรายงานจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ

คำสำคัญ: ความรุนแรงในโรงพยาบาล, การจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

ABSTRACT

This survey research aimed to analyze the situation of violence management among medical personnel in the Emergency Department of Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. The study applied Donabedian's conceptual framework, which includes three dimensions: structure, process, and outcome. It also incorporated institutional guidelines for preventing and managing hospital violence, as outlined by the Ministry of Public Health. The sample comprised 68 medical personnel, selected through purposive sampling. Data collection tools included a semi-structured interview and an incident recording form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data underwent content analysis.

The findings showed that, structurally, the hospital lacked a clear policy on violence management. Most staff were unaware of standard protocols and had limited specialized training, despite some protective environmental measures. In terms of process, the department had no formal procedures in place, prompting staff to rely on individual judgment and report incidents informally. Regarding outcomes, personnel expressed negative attitudes toward formal reporting due to concerns over possible repercussions and skepticism about whether such reports would lead to meaningful organizational change.

Keywords: Hospital Violence, Hospital Violence Management

---

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] Corresponding Author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, Email: Orn-anong.w@cmu.ac.th
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ความรุนแรงในสถานพยาบาลนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีแรงกดดันสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าร้อยละ 38 ทั่วโลกเคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน โดยรูปแบบที่พบมากที่สุดคือการใช้วาจารุนแรงและการข่มขู่[1] การศึกษาในประเทศจีนพบว่า พยาบาลในห้องฉุกเฉินเผชิญความรุนแรงสูงถึงร้อยละ 62.4[2] ขณะที่ NHS ในสหราชอาณาจักรรายงานว่าบุคลากรในแผนกฉุกเฉินร้อยละ 45.8 เผชิญเหตุการณ์รุนแรง[3] สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 50 ของพยาบาลประสบความรุนแรงทางวาจา ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการลาออกที่สูงถึงร้อยละ 19[4] ปัจจัยกระตุ้นความรุนแรงในบริบทเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับความแออัด ความล่าช้าในการให้บริการ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสภาพแวดล้อมที่กดดันสูง ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาความรุนแรงไม่ใช่เรื่องเฉพาะบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบที่ควรได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ

ในประเทศไทย แม้กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่รายงานจากกองป้องกันการบาดเจ็บชี้ว่าแนวโน้มความรุนแรงยังคงเพิ่มขึ้น โดยช่วงปี 2555–2562 มีเหตุการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลอย่างน้อย 65 ครั้ง และเพิ่มเป็น 67 ครั้งในช่วงปี 2565–2566 โดยส่วนใหญ่เกิดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลักษณะความรุนแรงที่พบ ได้แก่ การด่าทอ ข่มขู่ และการทำร้ายร่างกาย โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเมื่อต้องเผชิญกับผู้ป่วยหรือญาติที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง งานวิจัยในประเทศยังพบว่า พยาบาลห้องฉุกเฉินเผชิญความรุนแรงถึงร้อยละ 84.7[5] และบุคลากรทางการแพทย์ประสบความรุนแรงทางวาจาสูงถึงร้อยละ 94.2[6] สะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องการมาตรการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ลักษณะของความรุนแรงในสถานพยาบาลมีทั้งทางวาจา การทำร้ายร่างกาย และการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งเกิดขึ้นจากทั้งผู้ป่วย ญาติ เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชา โดยเฉพาะในแผนกที่มีแรงกดดันสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน สาเหตุของความรุนแรงมักเกี่ยวข้องกับการรอคอยนาน การขาดการสื่อสาร และทรัพยากรไม่เพียงพอ[7] ผลกระทบของความรุนแรงส่งผลต่อบุคลากรทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟ และความตั้งใจลาออก ซึ่งกระทบต่อการให้บริการโดยรวม[8-10] ความรุนแรงเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการที่ครอบคลุม ทั้งการป้องกัน การดูแลหลังเหตุการณ์ และระบบรายงานที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นหน่วยงานหลักที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินกว่า 6,000 รายต่อเดือน ลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติซับซ้อนสูง ทำให้บุคลากรต้องทำงานภายใต้แรงกดดันตลอดเวลา ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรในปี 2566 พบว่าแทบทุกคนเคยประสบเหตุการณ์ความรุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดคือ การใช้วาจาก้าวร้าวและข่มขู่ ความรุนแรงส่วนใหญ่มาจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือความไม่พอใจในกระบวนการบริการ นอกจากนี้ยังพบว่า แนวทางปฏิบัติภายในหน่วยงานยังไม่มีความชัดเจน และระบบการรายงานยังไม่ถูกใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การจัดอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคลากรก็ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้บุคลากร

หลายคนขาดทักษะและความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์รุนแรง

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาระบบการจัดการความรุนแรงในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีลักษณะบริการเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงด้วยกรอบแนวคิดของ Donabedian[11] ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ควบคู่กับแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยงาน ทั้งนี้ เพื่อยกระดับระบบความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และลดผลกระทบของความรุนแรงในสถานพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือเป็นผู้ที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 2 ปี ทั้งความรุนแรงที่กระทำต่อร่างกาย และความรุนแรงที่กระทำต่อจิตใจ 2) มีความยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษา โดยการลงนามอย่างเป็นรายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ลาศึกษาต่อลาป่วยหรือลากิจมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป และหรือลาคลอดในระหว่างการเก็บข้อมูล

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะอิงตามหลักข้อมูลอิ่มตัว กล่าวคือ มีการสัมภาษณ์จนกระทั่งไม่พบข้อมูลหรือประเด็นใหม่เพิ่มเติม[13] การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 68 คน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ 34 คน 3) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 7 คน 4) เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 5 คน 5) ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน 6) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และ 7) พนักงานพิมพ์ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian)[11] และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] 3) เครื่องบันทึกเสียง และ 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์

เหตุการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (Coverage) ความชัดเจนของคำถาม (Clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (Appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถามในการสัมภาษณ์ (Sequence the questions) หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการจัดทำหนังสือขออนุญาตผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์แนวทางการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติมและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ก่อนเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารภายในหน่วยงาน เช่น แผนยุทธศาสตร์ นโยบาย คู่มือ และรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรง เพื่อทำความเข้าใจบริบทของหน่วยงานอย่างลึกซึ้ง จากนั้นได้เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และสถานที่สัมภาษณ์ให้เหมาะสมต่อการสนทนาอย่างเป็นส่วนตัว เช่น เครื่องบันทึกเสียง เอกสารแนะนำการวิจัย ใบยินยอม และแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว

3. การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานเป้าหมาย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30–40 นาทีต่อราย และดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมด พร้อมทั้งบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์จะมีการนัดสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง ข้อมูลถูกรวบรวมจนถึงจุดที่ข้อมูลเริ่มอิ่มตัว หลังจากสัมภาษณ์รายที่ 68 จึงสิ้นสุดกระบวนการเก็บข้อมูล และนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ข้อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้ศึกษาถอดเทปข้อมูลด้วยตนเอง แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ โดยข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาถอดเทป นำมาพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และอ่านทำความเข้าใจ จากนั้นนำมาพิจารณาความเหมือน ความต่าง และนำมาหาข้อสรุป เขียนบรรยายอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

3. ข้อมูลที่ได้จากบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ความรุนแรง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละตามประเภทของความรุนแรง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ study code: 2567 – EXP062 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA.No.1/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานพิมพ์ จำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศเพศหญิง ร้อยละ 72.06 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 48.53 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 66.18 ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 50 65 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.06 และมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความรุนแรงในที่ทำงานในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา มากถึง ร้อยละ 76.47 แต่ไม่มีผู้ใดเคยเข้ารับการอบรมด้านการจัดการความรุนแรง โดยลักษณะความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ความรุนแรงทางวาจา ร้อยละ 84.62 และความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 15.38

2. การจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

2.1 ด้านโครงสร้าง (Structure)

ลักษณะองค์กร จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารไม่มีการกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการไม่ยอมรับความรุนแรง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากไม่ทราบนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรุนแรง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลมีนโยบาย 3P Safety ที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน

ทรัพยากรและเครื่องมือ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ มีการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความปลอดภัย เช่น โซนรักษา โซนรอคอย มีประตูแบบ Double door พร้อมติดตั้งกล้องวงจรปิด และมีอุปกรณ์สำหรับควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานยังเสนอว่าควรมีการติดตั้งปุ่มสัญญาณฉุกเฉินระหว่างจุดคัดกรองกับโซนรักษา เพื่อขอความช่วยเหลือ

บุคลากรและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ มีการอัตรากำลังโดยรวมเพียงพอ แต่บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการรับมือความรุนแรง และมักพึ่งพาหัวหน้าเวรในการจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.2 ด้านกระบวนการ (Process)

กระบวนการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ให้ความคิดเห็นเหมือนกัน กล่าวคือ หน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการเหตุการณ์ความรุนแรง แต่มีการรับรู้ในการจัดการความรุนแรงเฉพาะหน้า ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การแจ้งหัวหน้าเวร และการติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจหากเหตุการณ์มีแนวโน้มรุนแรง เป็นต้น

การจัดการรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรง แต่รายงานอุบัติการณ์กลับมีน้อย ส่วนใหญ่จะรายงานด้วยวาจามากกว่าการลงข้อมูลในระบบ HRMS ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ความยุ่งยาก ความกลัวผลกระทบ หรือความรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติ **2.3**

2.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ทัศนคติและการรับรู้ของบุคลากรต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง จากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนมากมีแนวโน้มไม่รายงานเหตุการณ์ เพราะเคยมีประสบการณ์เชิงลบและมองว่าหากเหตุการณ์ไม่รุนแรงไม่จำเป็นต้องรายงาน และนิยมรายงานทางวาจามากกว่าบันทึกในระบบ HRMS บางกรณีรายงานต่อหัวหน้างานก่อนจึงบันทึกภายหลัง อีกทั้งมีความต้องการให้จัด

ฝึกอบรมวิธีการรายงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล

สถิติการรายงานอุบัติการณ์ จากการศึกษาพบว่า มีข้อมูลการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในระบบ HRMS ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีการบันทึกเพียง 3 เหตุการณ์ ตลอดทั้งปี ประกอบด้วยความรุนแรงทางวาจา 2 เหตุการณ์ และความรุนแรงทางกาย 1 เหตุการณ์ เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดจากทั้งผู้มารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ โดยความรุนแรงทางวาจามีสัดส่วนร้อยละ 66.67 และความรุนแรงทางกายร้อยละ 33.33 ซึ่งสะท้อนว่าจำนวนเหตุการณ์ที่รายงานมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับความเสี่ยงของลักษณะงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยจะวิเคราะห์สถานการณ์จากกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและการจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งจะอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษา ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ได้แก่

1.1 ลักษณะองค์กร

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินงานภายใต้นโยบาย 3P Safety ครอบคลุมด้านความปลอดภัยผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน แต่ยังไม่มีนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง (Zero Tolerance Policy) ที่เป็นลายลักษณ์อักษรและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนขาดความเข้าใจขั้นตอนป้องกันและจัดการเหตุอย่างเป็นระบบ และต้องพึ่งการตัดสินใจตามประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งตาม Donabedian[11] ถือเป็นจุดอ่อนด้านโครงสร้าง เพราะการบริการคุณภาพต้องมีนโยบายและระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่พบว่าหลายโรงพยาบาลขาดคู่มือและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เช่นเดียวกับ Adib-Hajbaghery et al.[14] ที่ระบุว่าหน่วยงานที่ขาดนโยบายและคู่มือมักเผชิญเหตุซ้ำ ขณะที่ Aljohani et al.[15] พบว่าการกำหนดนโยบายไม่ยอมรับความรุนแรงและสื่อสารทั่วถึงช่วยลดอัตราเหตุและสร้างมาตรฐานการปฏิบัติ กรมการแพทย์[12] จึงกำหนดให้ทุกสถานพยาบาลต้องมีนโยบายอย่างเป็นทางการ พร้อมโครงสร้างการทำงานและกลไกติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ทรัพยากรและเครื่องมือ

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีการจัดเตรียมทรัพยากรด้านความปลอดภัย เช่น กล้องวงจรปิดในพื้นที่เสี่ยง ระบบประตู Double Door อุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยก้าวร้าว และยาควบคุมอาการฉุกเฉิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบโครงสร้างสำคัญตามกรอบ Donabedian[11] ที่สนับสนุนให้การจัดการเหตุรุนแรงมีประสิทธิภาพและปลอดภัย อย่างไรก็ตามยังขาดปุ่มสัญญาณฉุกเฉิน (Panic Button) และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขอความช่วยเหลือทันทีในช่วงวิกฤต การขาดอุปกรณ์เหล่านี้อาจทำให้การตอบสนองล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยง กรมการแพทย์[12] แนะนำให้หน่วยบริการมีอุปกรณ์ครบถ้วน ใช้งานได้ตลอดเวลา และตรวจสอบสภาพสม่ำเสมอ สอดคล้องกับอริยฉัฏร กาฬหว้า และจักรกฤษณ์ พลราชม[16] ที่พบว่าหน่วยงานที่ติดตั้งกล้องวงจรปิด ปุ่มฉุกเฉิน และระบบไฟแจ้งเตือนครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง สามารถลดเหตุรุนแรงซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Adib-Hajbaghery et al.[14] และ Aljohani et al.[15] ที่ระบุว่าการมีระบบสัญญาณเตือนและกล้องครอบคลุมทุกจุดเสี่ยงช่วยสร้างความมั่นใจและลดเหตุรุนแรงในสถานพยาบาล ดังนั้น การจัดหาปุ่ม

สัญญาณฉุกเฉินและระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติตามแนวทางกรมการแพทย์[12] จะช่วยเสริมโครงสร้างด้านความปลอดภัยให้สมบูรณ์และสนับสนุนการจัดการเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 บุคลากรและการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อปริมาณผู้รับบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและจัดการเหตุรุนแรง เมื่อเกิดเหตุการณ์มักพึ่งพาหัวหน้าเวรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์สูงในการจัดการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการเหตุรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ตามกรอบ Donabedian[11] บุคลากรเป็นหัวใจสำคัญในด้านโครงสร้างที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อกระบวนการและผลลัพธ์ของการจัดการเหตุรุนแรง ขณะที่แนวทางของกรมการแพทย์[12] กำหนดให้บุคลากรทุกระดับต้องได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและจัดการเหตุรุนแรงอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎี เทคนิคการสื่อสาร การระงับเหตุ และการประสานงานข้ามหน่วยงาน เพื่อสร้างความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติจริง ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร หงษ์เวียงและอภิญญา จำปามูล[17] ที่พบว่าการฝึกอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรง รวมถึงการศึกษาของ Yu-Fang Li et al.^10^ พบว่าการฝึกอบรมต่อเนื่องและการซ้อมสถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการจัดการเหตุรุนแรงอย่างชัดเจน และจากการศึกษาของ Yu-Fang Li et al.[10] และ Aljohani et al.[15] ระบุว่าการฝึกซ้อมร่วมกันของทีมสหสาขาจะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มการประสานงาน และลดผลกระทบต่อบุคลากรและผู้ป่วยได้

2. ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่

2.1 กระบวนการจัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แม้ว่าบุคลากรจะมีความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนการดำเนินการเบื้องต้นเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ความรุนแรง เช่น การประเมินสถานการณ์ การแจ้งหัวหน้าเวร หรือการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีที่เหตุการณ์มีแนวโน้มทวีความรุนแรง แต่กลับยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ต้องพึ่งพาการตัดสินใจเฉพาะหน้าและประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งอาจทำให้การตอบสนองไม่สม่ำเสมอและมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของทั้งบุคลากรและผู้ป่วย สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Donabedian[11] ที่ระบุว่ากระบวนการที่มีคุณภาพต้องมีขั้นตอนและมาตรการชัดเจนเพื่อลดความเสี่ยง และการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่ชี้ว่าการขาดแผนและการฝึกซ้อมทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจและมักหลีกเลี่ยงการดำเนินการเชิงรุก ขณะที่แนวทางกรมการแพทย์[12] กำหนดให้หน่วยงานเสี่ยงสูง เช่น แผนกฉุกเฉิน ต้องมีแผนจัดการเหตุรุนแรงเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมการป้องกัน การตอบสนอง และการฟื้นฟู พร้อมฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองสม่ำเสมอ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร หงษ์เวียงและอภิญญา จำปามูล[17] ที่พบว่าการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้บุคลากรต้องใช้การตัดสินใจเฉพาะหน้าในการจัดการเหตุการณ์ความรุนแรง และการศึกษาของ Gillespie et al.[18] ยังพบว่าหน่วยงานที่มีแนวทางปฏิบัติและการฝึกซ้อมต่อเนื่องสามารถลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และเสริมทักษะการตัดสินใจได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.2 การจัดการรายงานอุบัติการณ์

ผลการศึกษาพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินการผ่านระบบ Hospital Risk Management System (HRMS) ซึ่งเป็นช่องทางการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม บุคลากรส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามักรายงานเฉพาะกรณีที่มีความรุนแรงสูงหรือเกิดความเสียหายชัดเจนต่อบุคลากรหรือผู้ป่วย ส่วนเหตุการณ์รุนแรงระดับต่ำ เช่น การถูกด่าทอหรือคุกคามทางวาจา มักไม่ถูกรายงาน เนื่องจากมองว่าเป็นเหตุการณ์ปกติในงานฉุกเฉิน หรือมองว่าการรายงานไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ อีกทั้งขั้นตอนการกรอกข้อมูลใน HRMS ถูกมองว่าซับซ้อนและใช้เวลานาน ทำให้บุคลากรเลือกที่จะไม่รายงานในบางกรณี ซึ่งจากแนวคิดของ Donabedia[11] กล่าวว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย หากกระบวนการรายงานไม่เอื้อต่อความสะดวกและการเข้าถึง ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การวิเคราะห์เชิงระบบเพื่อป้องกันเหตุซ้ำทำได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yu-Fang Li และคณะ[10] ในไต้หวันที่พบว่าการปรับระบบรายงานอุบัติการณ์ให้ใช้งานง่ายขึ้น พร้อมการฝึกอบรมบุคลากรและให้ feedback อย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มอัตราการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 50 ภายในหนึ่งปี ขณะที่การศึกษาของ ชนากานต์ อนันตริยกุล[19] ชี้ให้เห็นว่า การสร้างวัฒนธรรมที่ตอบสนองต่อความผิดพลาดโดยไม่ลงโทษ (non-punitive response) และการสื่อสารผลการดำเนินการหรือแนวทางใหม่หลังการทบทวนเหตุการณ์อย่างโปร่งใสและทั่วถึง จะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรกล้าที่จะรายงานเหตุการณ์มากขึ้นดังนั้น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ควรปรับปรุงระบบ HRMS ให้มีขั้นตอนที่กระชับ ใช้เวลาน้อย รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเรื่องความสำคัญของการรายงานทุกระดับความรุนแรง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สะท้อนสถานการณ์จริงมากขึ้น การให้ feedback ที่ชัดเจนต่อผู้รายงาน รวมถึงการประกาศมาตรการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากข้อมูลรายงาน จะช่วยเสริมแรงจูงใจและสร้างความเชื่อมั่นว่าการรายงานมีคุณค่าและส่งผลต่อการพัฒนาระบบความปลอดภัยของหน่วยงานอย่างแท้จริง

3. ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่

3.1 ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์

จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีทัศนคติหลากหลายต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง โดยบางส่วนมองว่าการรายงานเป็นเพียงขั้นตอนทางเอกสารที่ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ขณะที่บางส่วนมีความเชื่อว่าการรายงานจะนำมาซึ่งการถูกซักถามหรือตำหนิ ส่งผลให้บุคลากรเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการรายงานอย่างเป็นทางการ และใช้การบอกเล่าแบบไม่เป็นทางการแทน พฤติกรรมนี้สะท้อนข้อจำกัดด้านการรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของข้อมูลรายงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian[11] ในองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ (Outcome) ที่ชี้ว่าทัศนคติของบุคลากรเป็นผลสะท้อนจากคุณภาพของโครงสร้างและกระบวนการ หากโครงสร้างการสนับสนุนไม่เพียงพอและกระบวนการรายงานไม่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน ทัศนคติในเชิงลบจะเกิดขึ้นและลดแรงจูงใจในการรายงานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้แนวทางของกรมการแพทย์[12] เน้นย้ำให้มีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) และบรรยากาศไม่ลงโทษ (just culture) เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรรายงานเหตุการณ์โดยสมัครใจและมีความมั่นใจว่าข้อมูลจะถูกนำไปใช้ประโยชน์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์และมณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ[20] ชี้ว่าการสร้างวัฒนธรรมที่ไม่ตำหนิผู้รายงาน (non-punitive culture) และการสื่อสารผลการดำเนินการหลังการรายงานอย่างโปร่งใส จะช่วยกระตุ้นให้บุคลากรรายงานเหตุการณ์มากขึ้น **3.2 สถิติการรายงานอุบัติการณ์**

จากผลการศึกษาพบว่า การรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนเพียง 3 เหตุการณ์ โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากทั้งผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง ซึ่งอุบัติการณ์นี้ถือว่ามีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยและญาติในสภาวะวิกฤตที่มีความตึงเครียดสูง ส่งผลให้มีความเป็นไปได้สูงที่จำนวนเหตุการณ์จริงจะมากกว่าจำนวนที่ได้รับการบันทึกอย่างมีนัยสำคัญ ภาวะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบรายงานที่ยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจหรือความเชื่อมั่นเพียงพอให้บุคลากรกล้าที่จะแจ้งเหตุ โดยพิจารณาตามกรอบแนวคิดของ Donabedian[11] ผลลัพธ์ถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่เกิดจากการผสานกันอย่างเหมาะสมระหว่างโครงสร้าง (Structure) และกระบวนการ (Process) หากโครงสร้างขององค์กรไม่เอื้อต่อการรายงาน เช่น การขาดช่องทางที่สะดวกและปลอดภัย หรือหากกระบวนการขาดมาตรการสนับสนุน เช่น ระบบ feedback ที่ชัดเจนและการถอดบทเรียนหลังเหตุการณ์ ย่อมทำให้บุคลากรหลีกเลี่ยงการรายงาน หรือมองว่าการรายงานไม่มีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ[5] ที่ระบุว่าความซับซ้อนของระบบความกังวลต่อผลกระทบ และวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เปิดกว้าง เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาล รวมถึงการศึกษาของ Song et al[21] ที่พบว่าเกือบครึ่งของพยาบาล (49.6%) ไม่แน่ใจว่ามีระบบรายงานหรือไม่ และไม่ทราบว่าควรรายงานเหตุการณ์ประเภทใดและรายงานอย่างไร แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบรายงานที่ชัดเจน ใช้งานง่าย และมีกลไก feedback ที่สร้างแรงจูงใจเชิงบวก ตามที่ Gillespie et al.[18] พบว่าระบบรายงานที่ดีจะช่วยพัฒนาองค์กรแทนการลงโทษ และเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] ซึ่งระบุว่าทุกเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลไม่ว่าจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยต้องได้รับการบันทึกอย่างเป็นระบบ และต้องมีการนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับองค์กร

1.1 กำหนดนโยบายวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการไม่ยอมรับความรุนแรงอย่างเป็นทางการ

1.2 จัดให้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการความรุนแรง ทั้งในด้านทักษะการสื่อสาร การประเมินสถานการณ์ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างเหมาะสม

2. ระดับหน่วยงาน

2.1 จัดให้มีพื้นที่และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เช่น มีการติดตั้งปุ่มสัญญาณฉุกเฉินระหว่างจุดคัดกรองกับโซนรักษา เพื่อขอความช่วยเหลือ

2.2 พัฒนาระบบรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงภายในหน่วยงานให้สะดวก และไม่ลงโทษผู้รายงาน

3. ระดับบุคคล

3.1 บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงทุกครั้งที่พบเห็นหรือประสบเหตุทันที

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2018). Violence in the health sector: Global research and evidence. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/275479

2. Xiao X, Zhang Y, Kong D, Li S, Yu Z.(2024). Prevalence and factors associated with workplace violence against nurses in China: A cross-sectional study. BMC Nurs. 2024;23(1):58. doi:10.1186/s12912-024-01234-5
3. Smith J, Taylor R, Ahmed H, et al.(2023). Workplace violence against emergency department nurses in the UK: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1211471. doi:10.3389/fpubh.2023.1211471
4. Al-Qadi MM.(2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. J Adv Nurs. 2021;77(7):3359-69. doi:10.1111/jan.14887
5. วันเพ็ญ ไสไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, ณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา.(2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลรามาธิบดี. 2553 ม.ค.-เม.ย.;16(1):121-35.
6. นภัสวรรณ พชรธนสาร, สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์.(2561). ความชุก ลักษณะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561 พ.ค.-ส.ค.;8(2):212-25.
7. Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L.(2019). Violence towards emergency nurses: The Italian National Survey 2016–2017. J Nurs Manag. 2019;27(4):792-805. doi:10.1111/jonm.12737
8. World Health Organization.(2023). Workplace violence in the health sector: Policy and prevention strategies. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077054
9. Lanctôt N, Guay S.(2021). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggress Violent Behav. 2021;56:101508. doi:10.1016/j.avb.2020.101508
10. Yu-Fang Li YF, Hsu HT, Hsieh YH.(2021). Effectiveness of an enhanced workplace violence prevention program: A quasi-experimental study. J Nurs Scholarsh. 2021;53(2):225-34. doi:10.1111/jnu.12641
11. Donabedian A.(1966). Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.
12. กรมการแพทย์.(2561). แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. Guest G, Bunce A, Johnson L.(2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
14. Adib-Hajbaghery M, Khamechian M, Alavi NM.(2019). Workplace violence against nurses and their experiences of it in Iran: A qualitative study. Nurs Midwifery Stud. 2019;8(3):163-70. doi:10.4103/nms.nms_9_19
15. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A.(2021). Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. Public Health. 2021;196:186-97. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009
16. อริยฉัฎร กาฬหว้า, จักรกฤษณ์ พลราชม.(2563). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563 ก.ย.-ธ.ค.;13(3):27-35.
17. สมพร หงษ์เวียง, อภิญญา จำปามูล.(2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(2):190-7.
18. Gillespie GL, Grubb PL, Brown K, Boesch MC, Ulrich DL.(2020). Nurses eat their young: A novel bullying workshop for student nurses. J Nurs Educ Pract. 2020;10(5):27-35. doi:10.5430/jnep.v10n5p27
19. ชนากานต์ อนันตริยกุล.(2565). วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 4-5. 2565;10(30):59-76.

20. เปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์, มณีรัตน์ รัตนามหัทธนะ.(2013). เหตุใดบุคลากรทางการแพทย์ไม่รายงานความคลาดเคลื่อนทางยา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในประเทศไทย. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013; 2556 กุมภาพันธ์ 16-17; มหาสารคาม, ประเทศไทย.
21. Song C, Wang G, Wu H.(2020). Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China. Int J Nurs Sci. 2020 Dec 3;8(1):65-70. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.11.006. PMID: 33575447; PMCID: PMC7859538.