

นิพนธ์ต้นฉบับ

แนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

พีระศักดิ์ อัครนพคุณ, เนลินี ไชยเอื้อ และ สุชาดา ภัยหลีกถี้

สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัตถุประสงค์ ความรุนแรงในสถานที่ทำงานเป็นปัญหาทางสุขภาพระดับสากลโดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ การศึกษาส่วนใหญ่เน้นศึกษาในด้านความชุกและปัจจัยเสี่ยงของความรุนแรง และแนวทางปฏิบัติหลัก ๆ มักมุ่งเน้นไปที่ด้านอุปกรณ์หรือมาตรการต่าง ๆ แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่อาจยังไม่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประยุกต์รูปแบบวิธีการของระบบในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะบริเวณที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง ได้แก่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีการ การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบสอบถาม และเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล กลุ่มเป้าหมายครอบคลุมผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ทั้งหมดจำนวน 64 คน และผู้วิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรงของการให้บริการของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพัฒนาแนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรงโดยประยุกต์ร่วมกับแนวทางสากล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่

ผลการศึกษา ลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นความรุนแรงทางวาจามากกว่าลักษณะอื่น (ร้อยละ 34.9) บุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นสหสาขาวิชาชีพและสังกัดหลายหน่วยงาน การตอบสนองต่อความรุนแรงขึ้นกับประสบการณ์แต่ละบุคคล องค์การมีมาตรการในการสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรบางส่วน มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกจุด การจัดฝึกอบรมยังไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอสำหรับทักษะด้านอารมณ์และดำเนินการไม่สม่ำเสมอ การรับรู้ต่อมาตรการที่ดำเนินการอยู่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 66.6 จากข้อมูลสรุปเป็นแนวทางที่ดำเนินการเพื่อลดข้อจำกัดในมาตรการดังกล่าว ภายหลังจากนำแนวทางมาใช้จริง ได้ข้อสะท้อนในการสื่อสารนโยบายในองค์กรให้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป โรงพยาบาลควรมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินการแนวทางป้องกันและจัดการความรุนแรง ได้แก่ การประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร การดำเนินแผนและกิจกรรมที่เสริมมาตรการเชิงกายภาพและเชิงคุณภาพพร้อมกำหนดโครงสร้างผู้รับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาด้านสื่อสารและระบบการตอบสนองเหตุการณ์ความรุนแรงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ **เชียงใหม่เวชสาร 2563;59(2):65-79.**

คำสำคัญ: ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน แนวทาง บุคลากรสุขภาพ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: เนลินี ไชยเอื้อ, พบ., ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

อีเมล: naesine@kku.ac.th

วันรับเรื่อง 7 เมษายน 2563, วันส่งแก้ไข 13 เมษายน 2563, วันยอมรับการตีพิมพ์ 20 เมษายน 2563



บทนำ

สิ่งคุกคามทางจิตสังคมนับเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่ รวมถึงเป็นความท้าทายในเชิงการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (1-4) เนื่องจากสิ่งคุกคามประเภทอื่น เช่น ทางกายภาพ ทางเคมี หรือทางชีวภาพมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย มีเกณฑ์ของระดับอันตรายสามารถวัดระดับค่าได้ชัดเจน และมีค่าอ้างอิงที่เทียบถึงผลต่อสุขภาพ จนนำมาสู่มาตรการหรือแนวทางการแก้ไขปัญหามาอย่าง ต่อเนื่อง สำหรับประเภทของสิ่งคุกคามทางจิตสังคมนั้น เนื่องจากสิ่งคุกคามและระดับความรุนแรงนั้นส่วนใหญ่แสดงในรูปของข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความซับซ้อนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการวัดระดับความรุนแรงและการแปลผลที่ต้องมีวิธีการที่เหมาะสม จึงทำให้ในทศวรรษที่ผ่านมาไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ซึ่งแตกต่างจากสิ่งคุกคามประเภทอื่น

ความรุนแรงนับเป็นสิ่งคุกคามประเภทจิตสังคมที่เป็นปัญหาทางสุขภาพในวงกว้างและในระดับสากล โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีสัดส่วนถึงหนึ่งในสี่ของความรุนแรงในสถานที่ทำงานทั้งหมด (5) และมีสัดส่วนความรุนแรงที่ไม่ใช่ทางกายภาพสูงกว่าทางกายภาพ ในส่วนของความรุนแรงที่ไม่ใช่ทางกายภาพนั้น พบความรุนแรงทางวาจาเป็นสัดส่วนสูงที่สุด แม้ข้อมูลผู้กระทำอาจแตกต่างกันตามบริบทที่ทำการศึกษ แต่ครอบคลุมรูปแบบของความรุนแรงในสถานที่ทำงานเกือบทุกประเภท (6-9) เมื่อจำแนกตามประเภทของความรุนแรงในสถานที่ทำงานพบมากที่สุดว่า ผู้ก่อเหตุคือ ผู้มารับบริการ รวมถึงญาติหรือคนที่มาพร้อมกับผู้มารับบริการ ประเภทที่พบตามมากคือ ผู้ก่อเหตุคือผู้ร่วมงาน (6,10-12) อาจสรุปได้ว่า ความรุนแรงในสถานบริการ ส่วนใหญ่ผู้ก่อเหตุเป็นผู้รับบริการ

ญาติ หรือผู้ที่มาพร้อมกับผู้ป่วย และสถานที่หรือแผนกที่มีอุบัติการณ์ของความรุนแรงในโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ บริเวณห้องฉุกเฉินและแผนกจิตเวช

ประเทศไทยมีการพัฒนาและจัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลขึ้นมา ในปี พ.ศ. 2561 (13) โดยมีเนื้อหาหลัก ๆ ในการอธิบายแนวทางในการจัดการปัญหาในมุมกว้าง ดังนั้นการนำแนวทางปฏิบัติดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่ ที่มีบริบทแตกต่างกันไป แนวทางอาจจำเป็นต้องนำมาประยุกต์ให้สามารถใช้ได้จริง โดยเฉพาะสถานที่ทำงานที่เป็นบริเวณให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีลักษณะความไม่แน่นอน และอาจเกิดความรุนแรงขึ้นได้เสมอ การศึกษานี้จึงได้ทำความเข้าใจถึงความรุนแรงและปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรงและสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีต ตลอดจนวิธีการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่มีการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน มาพัฒนาแนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประยุกต์รูปแบบวิธีการของระบบในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล ให้สามารถปฏิบัติได้จริง

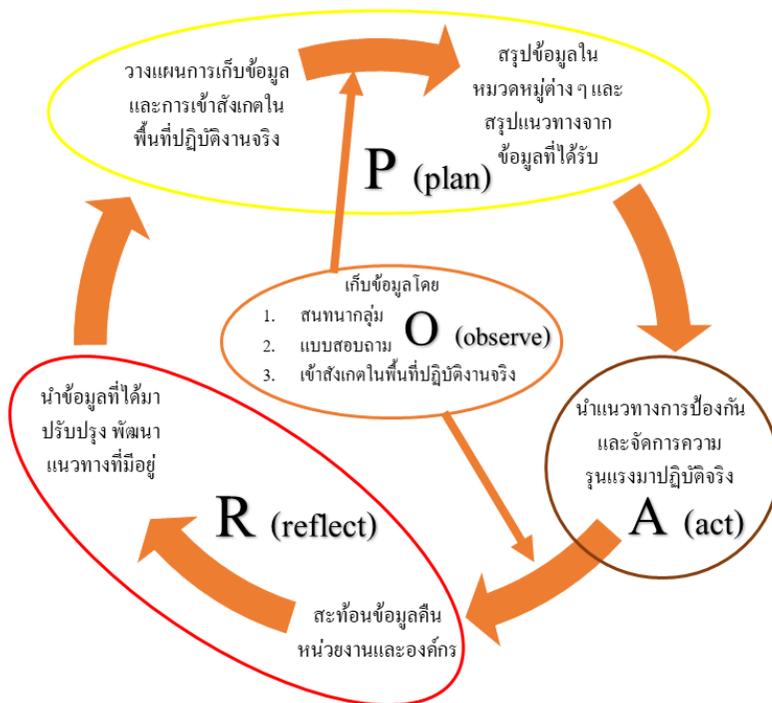
วิธีการ

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่ง

ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 การดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลัก โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยทำ 1 วงรอบของการวิจัยปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ทำการวางแผน ได้รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของความรุนแรงที่เกิดขึ้น 2) ดำเนินการกิจกรรมแก้ไขปัญห โดยนำเสนอให้กับบุคลากรของหน่วยงานเป็นผู้นำไปใช้ 3) ทำการสังเกต ด้วยการจัดให้มีข้อเสนอแนะต่อกิจกรรมการแก้ไขปัญหาจากบุคลากร และ 4) การสะท้อนคิด กำหนดข้อสรุปแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น นำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ (รูปที่ 1)

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการมี 4 วิธี ได้แก่ 1) สันทนาการกลุ่มทั้งหมด 4 ครั้ง ประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้างาน และระดับปฏิบัติการ จำนวน 10

คน โดยมีแนวคำถามที่ใช้กรอบความคิดและแนวทางการปฏิบัติเพื่อระบุความรุนแรงในสถานที่ทำงานในภาคสุขภาพ (framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector) มีเนื้อหาของแนวคำถาม ได้แก่ ประเด็นลักษณะขององค์กร บุคคล และสถานการณ์การทำงานที่เป็นความเสี่ยง และการจัดการในระยะต่าง ๆ ของเหตุการณ์ความรุนแรงในบริบทปัจจุบัน 2) การศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสำรวจจากกลุ่มบุคลากรสุขภาพ จำนวน 54 คน โดยเครื่องมือได้มีการประยุกต์มาจากงานวิจัยเรื่องความชุก ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุ ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ (14) 3) การสังเกตในพื้นที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในความดูแลของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งเชิงโครงสร้างและระบบบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยผู้วิจัย และ 4)



รูปที่ 1. กรอบดำเนินการศึกษาตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ศึกษาเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์ การบริหารขององค์กร แผนตอบโต้ภาวะในหน่วยงานฉุกเฉิน โครงการอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (15)

การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) มาแสดงถึงความเชื่อมโยงกันของข้อมูลต่าง ๆ แล้วทำการวิเคราะห์ด้วยกระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) มีขั้นตอนคือ 1) การใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาวางแนวทางของการรวบรวมข้อมูล 2) จัดระบบข้อมูล แยกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่ต่าง ๆ 3) ตีความข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมโยงในภาพรวม และได้บทสรุปที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย (16) และ 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายข้อมูลพื้นฐาน ระดับความวิตกกังวลต่อความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ปัจจัยกระตุ้นต่อความรุนแรง และการรับรู้ต่อมาตรการที่ดำเนินการ

ภายหลังการสรุปข้อมูล ได้นำแนวทางที่ได้จากการวิเคราะห์มาเริ่มใช้ และสังเกต ก่อนนำข้อมูลหลังการใช้แนวทางจริงในช่วงแรกมาสะท้อนกลับในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงแนวทางให้มีความกระชับและสะดวกต่อการนำไปใช้ในวงรอบถัดไปของงานวิจัยมากขึ้น

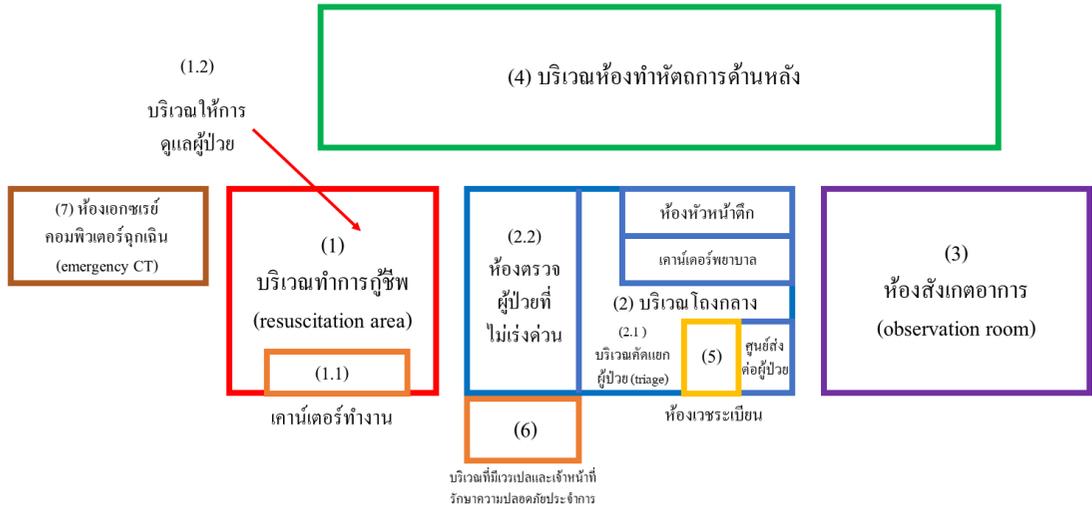
ผลการศึกษา

จากการวางแผนเก็บข้อมูล ทั้งจากการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และการสังเกต ในระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงมกราคม 2563 ได้ข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรงของการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินในพื้นที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

ข้อมูลบริบทพื้นฐานและการดำเนินงานของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บริเวณห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 7 พื้นที่ ได้แก่ 1) บริเวณทำการกู้ชีพ (resuscitation room) 2) บริเวณโถงกลาง ประกอบด้วย บริเวณคัดแยกผู้ป่วย (triage) บริเวณห้องตรวจผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน บริเวณโต๊ะทำงานพยาบาลและห้องหัวหน้าตึก และศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย 3) บริเวณห้องเฝ้าสังเกตอาการ (observation room) จุดนี้จะเชื่อมกับบริเวณโถงกลาง มีประตูเลื่อนอัตโนมัติคั่นไว้ 4) บริเวณห้องทำหัตถการด้านหลัง ประกอบด้วย ห้องตรวจภายใน ห้องตรวจนิเวศ และห้องตรวจทำแผล บริเวณนี้ไม่มีบุคลากรประจำจุด 5) ห้องเวชระเบียน 6) บริเวณที่มีเวรเปลและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำการอยู่ และ 7) ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ฉุกเฉิน (emergency CT) (รูปที่ 2)

บุคลากรที่ให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สังกัดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล พนักงานการแพทย์ และคนงาน การจัดการให้บริการมีลักษณะงานเป็นงานกะ พบเวรเข้ากับเวรบายจะมีจำนวนผู้ให้บริการประมาณ 20 คน ส่วนเวรตึกจะมีประมาณ 9 คน 2) อาจารย์แพทย์สังกัดโครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือภาควิชาศัลยกรรม เวรละ 1 คน แพทย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สังกัดโครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่สังกัดภาควิชาต่าง ๆ เวรเช้าและเวรบาย (เวรละ 6-7 คน) และเวรตึก (4 คน) แพทย์สาขาวิชาอายุรศาสตร์ สังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์ เวรเช้า (3 คน) เวรบาย (2 คน) และเวรตึก (1 คน) และจะมีแพทย์ที่มารับปรึกษาจากแผนกอื่น ๆ ซึ่งมีจำนวนไม่แน่นอน และ 3) อื่น ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย สังกัดงาน



รูปที่ 2. ผังทางกายภาพของห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบริเวณโดยรอบที่เกี่ยวข้อง

รักษาความปลอดภัยจำนวน 1-2 คน เจ้าหน้าที่เวชระเบียน สังกัดงานเวชระเบียนและสถิติ 1-2 คน และพนักงานเวรเปล สังกัดหน่วยรับ-ส่งผู้ป่วย 7-8 คนต่อเวรโดยประมาณ โดยรวมมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงเวลาเดียวกัน 20-30 คน

สำหรับการดำเนินงานในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินในห้องตรวจผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า การให้บริการในแต่ละบริเวณมีความแออัดของผู้มารับบริการค่อนข้างมากโดยเฉพาะเวรเช้าและเวรบ่าย โดยสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. บุคลากรมีความเข้าใจการใช้พื้นที่บริเวณห้องฉุกเฉินเป็นอย่างดี สามารถให้บริการได้อย่างเป็นระบบ พื้นที่ของห้องฉุกเฉินได้จัดบริเวณให้บริการตามความหนักเบาของผู้ป่วยไว้ชัดเจน ปัญหาที่พบคือ บุคลากรต่างแผนก เช่น แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ได้เข้ามาปฏิบัติงานไม่เป็นประจำ ไม่มีระยะเวลาที่แน่นอน อาจทำให้เกิดความหนาแน่นในพื้นที่บางเวลาได้

2. ตำแหน่งของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

ประจำการ จะจัดเก้าอี้ให้นั่งอยู่ตรงบริเวณใกล้กับที่อยู่เวรเปล พบว่าระหว่างปฏิบัติหน้าที่อาจไม่ได้สอดส่องพื้นที่ตลอดเวลา เนื่องจากระยะเวลาปฏิบัติงานที่นานและต่อเนื่อง ตำแหน่งที่นั่งประจำอยู่ด้านนอกและหันหน้าออกจากห้องฉุกเฉิน

3. บริเวณห้องตรวจผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนจะถูกใช้เป็นบริเวณให้ผู้มารับบริการที่มีภาวะทางจิตเวชเข้ามารอ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีทางเข้าออกหลายทาง แต่เป็นจุดอับของการมองเห็นจากตำแหน่งของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เช่นเดียวกับบริเวณทำการกู้ชีพ หากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นภายในบริเวณทำการกู้ชีพ จะบดบังการมองเห็นที่ชัดเจน เนื่องจากมีประตูเลื่อนเปิดปิดอัตโนมัติที่เป็นลักษณะกระจกฝ้าปิดกั้นทางเข้า-ออก ซึ่งมีจุดประสงค์ปกป้องความลับของผู้ป่วย และเป็นการแบ่งเขตผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามา

4. บริเวณโดยรอบของห้องฉุกเฉิน พบกล้องวงจรปิดอยู่ตามจุดต่าง ๆ ซึ่งค่อนข้างครอบคลุมบริเวณที่มีการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ มีจุดอับบ้างบางจุด เช่น ตรงทางเชื่อมบริเวณทำการกู้ชีพกับห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ฉุกเฉิน

การวางแผนการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ผลวิจัยในการวางแผนส่วนนี้ นำเสนอ 2 ส่วน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเป็นความรุนแรงทางวาจามากกว่าลักษณะอื่น ส่วนประเภทของความรุนแรงในสถานที่ทำงานมากที่สุดคือ ผู้ก่อเหตุคือผู้มารับบริการหรือผู้ที่มาด้วยกันกับผู้มารับบริการ (ความรุนแรงทางวาจามีร้อยละ 34.9 ความรุนแรงทางกายมีร้อยละ 2.4 และภาวะที่สงสัยว่าอาจก่อให้เกิดความรุนแรงมีร้อยละ 42.9) ซึ่งข้อมูลยังคงสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ทั้งในและต่างประเทศ (9,12,14,17) และพบภาวะที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงในบริบทปัจจุบันมากขึ้น เนื่องจากอาจไม่ได้เกิดเป็นความรุนแรงขึ้นทั้งหมด

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการตอบสนองชัดเจน การรายงานเหตุการณ์น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (6,18,19) อาจเกิดจากความไม่อยากรายงาน เพราะความยุ่งยากของระบบ รวมถึงในส่วนของแพทย์เองก็ไม่มีกรจัดการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งพบว่า การรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็ความรุนแรงในสถานที่ทำงานรูปแบบใดก็ตาม น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะคำตอบส่วนมากคือเลือกที่จะไม่รายงาน รองลงมาคือ กังวลผลกระทบในเชิงลบต่อหน้าที่การงาน และบางส่วนกล่าวถึงการไม่มีเวลาในการลงข้อมูลเพื่อรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที รวมถึงคาดว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการรายงาน

2. ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานในลำดับแรกตามลำดับมากขึ้น จากผู้ให้

ข้อมูลในประเด็นดังกล่าว 35 คน ได้แก่ การรอรับบริการที่นานเป็นตัวกระตุ้น (11 คน) รองลงมาคือ การเมาสุราหรือการใช้สารเสพติด (8 คน) ส่วนปัจจัยกระตุ้นที่ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นอันดับสองมากที่สุด ได้แก่ ความบกพร่องของการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง (9 คน) และบางคนได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า สิ่งที่จะนำมาใช้เป็นตัวชี้ให้เกิดความตระหนักว่าอาจเกิดความรุนแรงขึ้นได้คือ คำพูด กิริยา ท่าทางของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็ตัวกระตุ้นให้เกิดขึ้นในการแสดงออกถึงการที่ไม่ได้ทำตามที่ต้องการ

การจัดการแก้ไขปัญหาความรุนแรงของการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลวิจัยส่วนกิจกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาความรุนแรงของการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การสังเกตและให้ข้อเสนอแนะต่อกิจกรรม จะนำเสนอ 3 ส่วน ได้แก่

1. นโยบายและมาตรการในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นโยบายและกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นด้านโครงสร้างพื้นฐานและอาคารสถานที่ มีการวางระบบการบริหารจัดการอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และการรักษาความปลอดภัย (facility management system: FMS) ให้ได้ตามมาตรฐาน JCI โดยมีมาตรการที่ระบุการติดตั้งประตูนิรภัยที่ควบคุมด้วยสภาพแวดล้อมระบบ key card ในพื้นที่สำคัญ การติดตั้งระบบกล้องวงจรปิดให้ครอบคลุมพื้นที่ มีระบบเตือนภัยและการเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนด้านการจัดการและการดูแลบุคลากรครอบคลุมทั้งเรื่องการพัฒนาสมรรถนะ แนวทางความก้าวหน้า คำตอบแทน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์อย่าง

เหมาะสม สร้างระบบบริหารจัดการที่ดี ที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร ควบคู่กับการมีธรรมาภิบาลและมาตรฐานการทำงานที่มีผลสัมฤทธิ์สูง โดยใช้ระบบสารสนเทศเกณฑ์มาตรฐานสากล และเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence, EdPEX) (15)

สำหรับอุปสรรคในเชิงการป้องกันทางกายภาพของโรงพยาบาลพบว่า มีการติดกล้องวงจรปิด แต่ยังไม่มีการแจ้งเตือนในบริเวณดังกล่าวอยู่ภายใต้การคุ้มครองความปลอดภัยด้วยกล้องวงจรปิดซึ่งทำให้บุคคลทั่วไปไม่มีความเกรงกลัวว่าการกระทำของตนจะถูกบันทึกไว้ จึงกล้าก่อเหตุความรุนแรง ส่วนการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการให้บริการกับผู้ป่วยสำหรับแพทย์นั้น ในปัจจุบันยังมีการจัดไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากไม่มีนโยบายที่กำหนดชัดเจนให้ดำเนินการประจำ โดยเนื้อหาการอบรมสำหรับแพทย์ ได้แก่ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดเหตุผู้มารับบริการจับหรือถือคิ้ว บรรยายโดยอาจารย์จากแผนกจิตเวช และจะยังไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอสำหรับทักษะด้านอารมณ์ (soft skill) เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการต่อรอง และการตระหนักหรือระวังเมื่อมีความเสี่ยงก่อนเกิดเหตุการณ์ ส่วนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จะมีหัวข้อบรรยายเกี่ยวข้องกับ การสังเกต การจดจำบุคคลหรือวัตถุต้องสงสัย รวมถึงการจำลองสถานการณ์การตรวจพบบุคคลหรือวัตถุต้องสงสัย และมีโครงการฝึกอบรมการต่อสู้ป้องกันตัวทางยุทธวิธีมาตรฐานสากลและการเอาตัวรอดในสถานการณ์ฉุกเฉิน (combat intelligent officer program: C.I.O.) ทั้งนี้ เนื้อหาจะมีการสอนเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมตัวคนร้าย การแย่งอาวุธจากคนร้ายในกรณีตนเองถูกจี้ด้วยอาวุธมีดหรือปืนจากทางด้านหน้า การเอาตัวรอด

ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์กดดัน และทักษะการต่อสู้ต่าง ๆ เป็นต้น

2. การจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1) การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในการจัดการความรุนแรง เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ ด้วยการจัดอบรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรม risk conference เป็นเรื่องการไกล่เกลี่ย โดยผู้ที่จะถูกส่งไปอบรมคือ พยาบาลหัวหน้าเวร (in-charge nurses) ซึ่งผู้เข้าอบรมต้องมีคุณสมบัติคือ ต้องมีอายุงานไม่ต่ำกว่า 4 ปี และผ่านการอบรมเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง และอบรมเกี่ยวกับลักษณะการสื่อสาร

2) การเตรียมการตอบสนองต่อความรุนแรงเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ การตอบสนองต่อความรุนแรงที่ผ่านมา บุคลากรได้ให้ความคิดเห็นว่า การเกิดความรุนแรง เป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ การจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะของบุคลากรที่เป็นผู้ผลญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินการ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาลุกลาม จนกระทั่งเกิดความเสียหายได้ สามารถสรุปได้ดังนี้

(1) กรณีที่ผู้มารับบริการมีอาการเมาสุรา ให้บุคลากรแจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยทันที และกรณีที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ต้องจัดบริเวณที่ตรวจแยกเป็นการเฉพาะ ทำการปรึกษาจิตแพทย์ทันที ไม่ให้ใช้เวลารอในส่วนนี้ และให้แจ้งเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเช่นเดียวกัน

(2) การรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในช่วงขณะเกิดเหตุการณ์ หรือคาดว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จะมีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และหัวหน้างานตามลำดับชั้น โดยเริ่มจากการแจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร (in-charge nurses)

หรือหากไม่ใช่พยาบาลหัวหน้าเวรก็สามารถรายงานผู้จัดการการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรืออาจารย์แพทย์ที่อยู่เวรนั้น ๆ ได้ ลำดับถัดไปจะเป็นการรายงานต่อที่ปรึกษา (supervisor) ในแผนก และ supervisor ของงานบริการพยาบาล

(3) ข้อมูลที่นำมาใช้ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงนั้น ได้แก่ พฤติกรรม คำพูด ท่าทาง ประวัติในระบบเวชระเบียน ข้อมูลจากผู้ป่วยปฏิบัติงานในบริเวณคัดแยกผู้ป่วย และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานเอง ซึ่งบุคลากรได้นำมาใช้ใน 2 แนวทาง ได้แก่

3.1 หากเคยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงที่มีความคล้ายคลึงกัน ในกรณี que เริ่มมีการปะทะกันเกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ ก็จะทำให้บุคคลที่สามารถเข้ามาช่วย และการแยกตัวผู้ถูกทำร้ายออกไป เพื่อหลีกเลี่ยงการปะทะโดยตรง

3.2 มีการจัดพื้นที่แยกจากกันเพื่อสอบถามข้อมูลเหตุการณ์ มีการไกล่เกลี่ย ขอโทษ โดยกรณีไหนที่ร้องเรียนก็แก้ปัญหา ไกล่เกลี่ยเป็นราย ๆ ไป ส่วนกรณีไหนที่ไม่ร้องเรียนก็อาจสิ้นสุดที่หน้างาน และไม่มีการดำเนินการต่อ

3. การรับรู้ต่อมาตรการการป้องกันและ

จัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงาน จากผู้ตอบแบบสอบถาม 39 คน ให้ความคิดเห็นว่า หน่วยงานมีมาตรการป้องกันความรุนแรง และไม่มีมาตรการป้องกันความรุนแรง ในอัตราส่วนเท่ากับ 2 ต่อ 1 (ร้อยละ 66.7 และ 33.3 ตามลำดับ) โดยมาตรการที่ตอบว่ามีมากที่สุดคือ มีระบบและแนวทางการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ชัดเจน รองลงมาคือ มีระบบรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับในกลุ่มผู้ที่ตอบว่า หน่วยงานยังไม่มีมาตรการป้องกันความรุนแรงได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ต้องการให้มีหน่วยงาน หรือมีเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันทีเมื่อเกิดเหตุ โดยที่บุคลากรที่ปฏิบัติการเบื้องต้นไม่ต้องเผชิญเหตุการณ์เพียงลำพัง นอกจากนี้ บุคลากรที่ประสบเหตุควรมีการช่วยเหลือเยียวยาที่เป็นรูปธรรม (ตารางที่ 1)

แนวทางการจัดการความรุนแรงในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากผลการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงตามระยะของการเกิดเหตุการณ์ 3 ระยะ เพื่อนำไปใช้จริงดังนี้

1. ระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ คือ การเตรียม

ตารางที่ 1. การรับรู้ต่อมาตรการการป้องกันและจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากร

การรับรู้ตามมาตรการ (N=39)	จำนวน	
1. มีมาตรการการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน	26 (66.7)	
2. มาตรการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	มีระบบและแนวทางการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ชัดเจน	16 (61.5)
	มีระบบรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอและเหมาะสม	14 (53.8)
	มีนโยบายหรือประกาศที่เกี่ยวข้องกับการต่อต้านหรือป้องกันความรุนแรงในองค์กรที่ชัดเจนและรับทราบโดยทั่วกัน	10 (38.5)
	มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในด้านต่าง ๆ	10 (38.5)

ความพร้อมในส่วนต่าง ๆ ก่อนเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) การเตรียมความพร้อมเชิงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ระบบเตือนภัยและกล้องวงจรปิดยังมีจุดที่เป็นจุดอับอยู่ และต้องเพิ่มจุดประสงค์ของระบบในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานด้วย ในต่างประเทศมีการพูดถึงบางรูปแบบของเครื่องมือในการคัดกรองความรุนแรง เช่น เครื่องตรวจจับโลหะติดตั้งบริเวณทางเข้าออกห้องฉุกเฉิน (20) ซึ่งทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่ามีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น (21) แต่การศึกษานี้พบว่าแนวโน้มความคิดเห็นของบุคลากรถึงความจำเป็นของเครื่องตรวจจับโลหะนี้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการมีกล้องวงจรปิดที่ใช้งานได้ การมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำจุดอยู่ หรือการมีแสงสว่างเพียงพอทั้งในบริเวณภายในและภายนอกอาคาร (22) นอกจากนี้ยังมีการติดตั้งระบบการยืนยันตัวตนในทางเข้าบริเวณสำคัญ เช่น บริเวณทำการกู้ชีพ เพื่อคัดกรองผู้ไม่เกี่ยวข้องออกจากพื้นที่ ระบบการแจ้งเตือนเป็นการภายในหากพบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงให้บุคลากรรับทราบความเสี่ยงและระวังก่อนเกิดเหตุเพิ่มมากขึ้น ในจุดดังกล่าวควรมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยประจำอยู่ ซึ่งมีอยู่แล้ว และอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในแง่เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่จำเป็นก็ควรมีการจัดเตรียมไว้

2) การเตรียมความพร้อมในเชิงคุณภาพ องค์การดำเนินการเตรียมความพร้อมในเชิงคุณภาพไปแล้วบางส่วน เครื่องมือที่จะบูรณาการหลักการในทุก ๆ ด้านเข้าด้วยกันคือ การฝึกอบรม ในระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ การจัดการอบรมมีจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และศักยภาพในการรับมือกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ควรจัดให้กับบุคลากรทุกคนที่มีโอกาสพบความรุนแรงใน

สถานที่ทำงานได้ ทั้งระดับหัวหน้างานและระดับปฏิบัติการ โดยหัวข้อที่การอบรมควรบรรจุไว้ และจัดให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกคน รวมถึงดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ได้อ้างอิงจากหัวข้อการอบรมที่มีในแนวทางสากล ความคาดหวัง และข้อคิดเห็นของบุคลากร (20,22,23) ได้แก่ 1) นโยบายที่เกี่ยวข้อง 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง เช่น ลักษณะเสี่ยงของบุคคลที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรง การตระหนักรู้สถานการณ์หรือทักษะรอบด้านทางความคิดและสังคม (early recognition/non-technical skill) ถึงพฤติกรรมนำหรือสัญญาณเตือนที่อาจนำมาสู่ความรุนแรงได้ 3) เทคนิคการจัดการเมื่อตนเองพบสถานะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง หรือเมื่ออยู่ในสถานการณ์ความรุนแรง เทคนิคการสื่อสาร 4) แผนฉุกเฉินที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบและเข้าใจร่วมกัน 5) ระบบการรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ไปแล้ว สิทธิของบุคลากร และการเข้าถึงการดูแลบุคลากรภายหลังเกิดเหตุการณ์

2. ระยะเกิดเหตุการณ์และการปฏิบัติงาน ในระยะขณะเกิดเหตุการณ์ นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติปกติของการทำงานในเชิงการให้บริการแล้ว การกำหนดแนวทางที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงานว่า เหตุการณ์ในรูปแบบใดที่ควรจะต้องดำเนินการขอความช่วยเหลือและรายงานเหตุการณ์ก็เป็นสิ่งสำคัญ (24) จากประเด็นความสับสนว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ากับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าต้องรายงานหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเพียงภาวะบางอย่างที่ยังไม่นำมาสู่ความรุนแรงต่อบุคลากร จึงควรกำหนดระดับของการรายงานให้ชัดเจนว่าเหตุการณ์รูปแบบไหนบ้างที่ต้องรายงานเหตุการณ์

3. ระยะหลังเกิดเหตุการณ์ การรายงาน และการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงในสถานที่ทำงาน รูปแบบรายงานควรทำให้สามารถรายงาน

ได้ง่ายและเข้าถึงสะดวก พบว่ามีส่วนหนึ่งให้ความเห็นในเรื่องการไม่มีเวลาในการรายงาน อาจมีประเด็นความยากลำบากในการรายงานร่วมด้วย ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรายงาน ซึ่งเคยมีการศึกษากล่าวถึงปัญหาของความยากของการรายงานในระบบซึ่งคาดว่าเป็นรูปแบบของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่กรอกข้อมูลได้ยาก ซึ่งใช้การแก้ไขโดยใช้การรายงานด้วยเอกสารซึ่งมีความสะดวกมากกว่าในการกรอก (25) ในส่วนของความปลอดภัยและการรักษาความลับในการรายงานก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดจากบุคลากรด้วยกันเองเป็นผู้กระทำ ซึ่งพบปัญหาในด้านการรายงานเนื่องจากบทบาทของผู้ก่อเหตุหรือผู้ถูกกระทำในองค์กร และจากประเด็นข้อจำกัดในการรายงานด้านความกังวลผลกระทบในเชิงลบต่อหน้าที่การงาน ซึ่งอาจเป็นความรุนแรงในประเภทนี้ได้

ความสำเร็จในการดำเนินการ

ภายหลังการสรุปข้อเสนอร่างแนวทางดังกล่าวและนำไปใช้ในการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าการดำเนินการในประเด็นต่าง ๆ ค่อนข้างดำเนินการได้ยาก เนื่องจากการรับรู้ของบุคลากรถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ยังจำกัด ทางผู้วิจัยได้ประสานกับหน่วยงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของคณะแพทยศาสตร์ และได้นำประเด็นดังกล่าวเข้าเสนอเป็นวาระการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2563 และได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่าให้ร่างนโยบายที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนในหน่วยงานและระดับหน่วยงาน เพื่อเสนอต่อผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ และยกร่างแผนการอบรมให้แก่บุคลากร

ทุกระดับและมีความต่อเนื่อง และในการประชุมครั้งถัดมาเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้เพิ่มเติมประเด็นเรื่องความสำคัญของการฝึกอบรมและแผนการบรรจุการฝึกอบรมดังกล่าวแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ จะเห็นได้ว่าการทำงานร่วมกันในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ หลากหลายหน่วยงาน และต่างสายบังคับบัญชา ต้องอาศัยนโยบายและหลักการในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายในการทำงานร่วมกันมาประยุกต์

แนวทางภายหลังการดำเนินการช่วงแรกของการวิจัย

จากผลการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นตอนสะท้อนคิด ผู้วิจัยได้ทำการสรุปและมีข้อเสนอแนะประเด็นสำคัญในการดำเนินการเพื่อให้มีความกระชับ และสะดวกต่อการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 2)

1. ระยะก่อนเกิดเหตุการณ์

1) ร่างนโยบายและรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสนอคณะผู้บริหารให้ประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และสื่อสารแก่บุคลากรทุกระดับ

2) พิจารณาบทบาทของคณะทำงานในการดำเนินการและติดตามการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล ในบริบทปัจจุบันคือคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3) ทบทวนแผนปฏิบัติการฉุกเฉินเดิมและรายชื่อผู้ติดตามลำดับเหตุการณ์

4) ร่างแผนและโครงการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 การจัดฝึกอบรมหัวข้อสำคัญตามผลการวิจัยแก่บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 2. รายละเอียดกิจกรรมระยะของเหตุการณ์และโครงสร้างที่รับผิดชอบ

รายละเอียดการ	รายละเอียดการดำเนินการ	โครงสร้างที่รับผิดชอบ
1) ระยะก่อนเกิดเหตุการณ์	(1) การวางแผนและรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสนอคณะผู้บริหารให้ประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนและสื่อสารแก่บุคลากรทุกระดับ (2) พิจารณาคณะทำงานในการดำเนินการและติดตามการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล (3) ทบทวนแผนปฏิบัติการฉุกเฉินและรายชื่อผู้ติดต่อตามลำดับเหตุการณ์ (4) ร่างแผนและโครงการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 4.1 การจัดฝึกอบรมหัวข้อสำคัญตามผลการวิจัยแก่บุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง 4.2 การขอติดตั้งกล้องวงจรปิดในบริเวณจุดอบติ่ม และ key card ผ่านบริเวณทำการกู้ชีพ 4.3 ร่างข้อกำหนดและรายละเอียดในการคัดกรองบุคคลกรใหม่ก่อนเข้างาน 4.4 ศึกษารูปแบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือบุคลากร (employee assistance program: EAP)	- คณะผู้บริหาร - งานนโยบายและแผน ฝ่ายวางแผนและพัฒนาคุณภาพ - คณะกรรมการความปลอดภัย - อชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน - ผู้วิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการความปลอดภัย อชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน - ข้อ 4.1 โดยสำนักงานอชีวอนามัยและความปลอดภัย - ข้อ 4.2 โดยฝ่ายกายภาพและสภาพแวดล้อม - ข้อ 4.3 โดยฝ่ายทรัพยากรบุคคลและสำนักงานอชีวอนามัยและความปลอดภัย - ข้อ 4.4 โดยผู้วิจัยและสำนักงานอชีวอนามัยและความปลอดภัย
2) ระยะเกิดเหตุการณ์	(1) สื่อสารให้บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการ (2) สื่อสารแลปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีอยู่ภายหลังการพบทวนและพิจารณาการซ่อมแผน	- ต้นสังกัดบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายการพยาบาล - หน่วยรักษาความปลอดภัย
3) ระยะหลังเกิดเหตุการณ์	(1) เน้นย้ำความสำคัญของการบินทักและรายงานเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการแสดงให้เห็นถึงขนาดที่แท้จริงของปัญหา รวมไปถึงแนวโน้มของรูปแบบและลักษณะของความรุนแรงในสถานที่ทำงานให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (2) สร้างการตอบสนององภายหลังเกิดเหตุการณ์ต่อผู้ได้รับผลกระทบที่เข้าถึงได้ เน้นของกาฟื้นฟูและเยียวยา	- ต้นสังกัดของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายการพยาบาล - หน่วยรักษาความปลอดภัย - อยู่ระหว่างการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดคิดในการจัดทำระบบป้องกัน - การให้คำปรึกษา แนะนำและดำเนินการโดยสำนักงานอชีวอนามัยและความปลอดภัย

4.2 การขอติดตั้งกล้องวงจรปิดในบริเวณจุดอับเติม และ key card ผ่านบริเวณทำการกู้ชีพ

4.3 ร่างข้อกำหนดและรายละเอียดในการคัดกรองบุคลากรใหม่ก่อนเข้างาน

4.4 ศึกษารูปแบบให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่บุคลากร (employee assistance program: EAP)

2. ระยะเกิดเหตุการณ์

1) สื่อสารให้บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการ

2) สื่อสารแผนปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีอยู่ภายหลังการทบทวน และพิจารณาการซ่อมแผน

3. ระยะหลังเกิดเหตุการณ์

1) เน้นย้ำความสำคัญของการบันทึกและรายงานเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการแสดงให้เห็นถึงขนาดที่แท้จริงของปัญหา รวมไปถึงแนวโน้มของรูปแบบและลักษณะของความรุนแรงในสถานที่ทำงานให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2) สร้างการตอบสนองภายหลังเกิดเหตุการณ์ต่อผู้ได้รับผลกระทบในเชิงการฟื้นฟูและเยียวยา

สรุป

โดยสรุปแนวทางการจัดการความรุนแรงที่สำคัญและสามารถดำเนินการได้ก่อนคือ นโยบาย กฎหมาย และแนวทางที่เกี่ยวข้องต้องมีการประกาศและสื่อสารให้รับทราบโดยทั่วกันทุกภาคส่วนความร่วมมือในการจัดการและป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงานในบริบทโรงพยาบาล ต้องอาศัยความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันขององค์กร การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มองเห็นปัญหาในภาพรวมร่วมกัน และดำเนิน

การตามแผนงานอย่างพร้อมเพรียงกัน และการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อการจัดการและป้องกันความรุนแรงควรมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ควรมีคณะทำงานที่ดำเนินการติดตามแผน โครงการ และความคืบหน้าในแต่ละรายการที่ดำเนินการแล้ว ติดตามการจัดเก็บและสรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และทบทวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาต่อเนื่ง (รูปที่ 3)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยขยายผลการวิจัยนี้ โดยนำการวิจัยไปทดลองใช้และประเมินผลในระยะยาว รวมถึงขยายขอบเขตพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้นจากบริเวณที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เพื่อให้เกิดวงรอบของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาแนวทางให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลมากขึ้น อาจรวมถึงโรงพยาบาลอื่นที่มีความแตกต่างของบริบทและขนาด

2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจในเชิงลึกเพิ่มเติมกับสาเหตุการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานของการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉพาะประเภทที่ยังมีข้อจำกัดในด้านการรายงานและสถิติ ได้แก่ ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดจากบุคลากรด้วยกันเองเป็นผู้กระทำ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การวิจัยนี้ทำในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษาระดับตติยภูมิในภูมิภาค ด้วยรูปแบบการศึกษาที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน อาจมีข้อจำกัดในรายละเอียดบางอย่างที่อาจต้องพิจารณาเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่าง



รูปที่ 3. รูปแบบการจัดการความรุนแรงในการบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เหมาะสม

ยิ่งในบริบทขนาดโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์

2. เนื่องจากผู้เข้าร่วมในการวิจัย เป็นการถูกคัดเลือกเข้าโดยลักษณะงานที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในสถานที่ทำงานสูงตามองค์การอนามัยโลก จึงอาจมีจำนวนผู้เข้าร่วมไม่มาก และจำนวนผู้เข้าร่วมแต่ละครั้งอาจไม่ได้ครอบคลุมผู้เข้าร่วมทุกคน จากลักษณะงานที่ต้องมีผู้ปฏิบัติในหน้างานตลอด 24 ชั่วโมง

จริยธรรมในงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2562 หมายเลข HE621045

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์และได้รับความร่วมมือจากคุณสุนทรภาพร วันสุพงษ์ ผู้ตรวจการ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในการเก็บข้อมูลและเข้าสังเกตในพื้นที่ ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใด ๆ ในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Occupational Safety and Health. Violence: occupational hazards in hospitals. Washington D.C.: NIOSH; 2002.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Executive summary. In: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007. p. 6-10.
3. European Agency for Safety and Health at Work. Introduction. In: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007. p. 11-3.

4. Leka S, Jain A. Executive summary. In: Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 1-3.
5. United States. Occupational Safety and Health Administration. Workplace violence in health-care: understanding the challenge [Internet]. 2015. [cited 2019 May 12]. Available from: <https://bit.ly/3a3Gr27>.
6. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*. 2003;63: 311-21.
7. Keyvanara M, Maracy MR, Ziari NB. A study conducted on the demographic factors of victims of violence in support and administrative departments of hospital in 2013. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2015. [cited 2019 August 12]. Available from: <https://bit.ly/3a9201W>.
8. Liu H, Zhao S, Jiao M, Wang J, Peters DH, Qiao H, et al. Extent, nature, and risk factors of workplace violence in public tertiary hospitals in China: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:6801-17.
9. Saimai W, Thanjira S, Phasertsukjinda N. Workplace violence and its management by nursing personnel in Emergency Department. *Ramathibodi Nurs J*. 2553;16:121-35.
10. Chen W-C, Hwu H-G, Kung S-M, Chiu H-J, Wang J-D. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health*. 2008;50:288-93.
11. Cheung T, Yip PSF. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health* [Internet]. 2017. [cited 2019 August 12]. Available from: <https://bit.ly/2QEa4Qx>.
12. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017. [cited 2019 August 12]. Available from: <https://bit.ly/2U9iLUS>.
13. Puengprasert S, Saoraya J, Luecha P, Sukpongtha S, Suwanwichai C. Guideline for preventing workplace violence in hospital. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Medical Services.; 2018. [in Thai]
14. Patcharatanasan, N, Lertmaharit S. The Prevalence characteristics and related factors of workplace violence in healthcare workers in emergency departments of government hospitals in Region 6 Health Provider. *J Prev Med Assoc Thai*. 2018;8:212-25. [in Thai]
15. Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Strategic plan for management, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, B.E. 2561-2564. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. [in Thai]
16. Chirawatkul S. Qualitative research in health science. 2nd ed. Bangkok: Witthayaphat; 2010. [in Thai]
17. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017. [cited 2019 August 12]. Available from: <https://bit.ly/39gHoDK>.
18. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med*. 2013; 31:197-205.
19. Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev*. 2014;61:344-51.
20. United States. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health-care and social-service workers. Washington, D.C.: OSHA; 2016.
21. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *J Emerg Med*. 2012;43: 523-31.
22. Thammanutham J, Pinsuwan S, Khunkitti K, Wittayapipath T, Towsakul N, Chaiear N, et al. Nursing practitioners' opinions on international guideline for preventing workplace violence. Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2017. [in Thai]
23. Wiskow C. Guidelines on workplace violence in the health sector. Geneva: International

- Labour Office; 2003.
24. Boston-Fleischhauer C, Herleth A, Langr M. A call to action on point-of-care violence in hospitals and health systems. *J Nurs Adm.* 2019;49:116–7.
25. Morphet J, Griffiths D, Beattie J, Innes K. Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: a descriptive exploratory study. *J Nurs Manag.* 2019;27:781–91.

Appropriate guideline for preventing workplace violence in hospital using a participatory action research

Assavanopakun P, Chaiear N and Paileeklee S

Division of Occupational Medicine, Department of Community Medicine, Khon Kaen University

Objectives Workplace violence is known as a global health problem, especially in health sector. Most studies aimed to determine prevalence and risk factors. Major well-established guidelines mostly focused on hardware and workplace procedures, therefore guidelines may not be appropriated to Thailand healthcare setting. This study aimed to develop and apply a practical form of preventing workplace violence system in hospital, especially emergency room, as high-risk area of workplace violence's occurrence.

Methods A participatory action research was conducted. Study population included various stakeholders, hospital executives, occupational health and safety management, health personnel, total of 64, and researcher. Current information regarding workplace violence was collected by focus group discussions, observation, questionnaire, and was analyzed in various terms related to workplace violence. A practical form of system was developed from well-established guidelines and collected information.

Results Verbal violence had the highest proportion (34.9%) amongst workers which were multidisciplinary professions and various affiliations. Respondence in workplace violence was individual. There were some measures in preventing workplace violence which were incomplete, CCTV did not cover all areas, training programs did not focus on soft skill as important and nor arrange evenly. The proportion of worker's perception to current measures was 66.6%. A practical form of system was contemplated for reducing measure's limitation. Communication of policies was raised after conference reflection with stakeholders.

Conclusion Hospital should describe policies and practices in preventing workplace violence included announcing policy in written declaration, conducting activities which enhanced physical and qualitative protective measures, and developing appropriated communication and respond-to-event system. *Chiang Mai Medical Journal* 2020;59(2):65-79.

Keywords: workplace violence, guidelines, health personnel, emergency medical services, participatory action research

