

Workplace Violence among Nurses in Psychiatric Units

*Jetsadakorn Sothorncharoensin, M.D.**

*Pornchai Sithisarankul, M.D., M.P.H, Ph.D.**

Abstract

Workplace violence is one of common occupational hazards in the healthcare facilities and a major public health problem worldwide. Workplace violence has been shown to have negative impact on worker's health, safety and productivity. That can lead to early resignation, permanent disability or even death. The likelihood of developing violence depends on many factors, including factors of potential victims, factors of potential perpetrators, organizational factors and environmental factors. Although the problem of workplace violence is becoming increasingly important, incidents of violence that occur in healthcare facilities are frequently evident. This is particularly true for psychiatric nurses who are responsible for a large number of psychiatric patients. Patients often have mood swings and sudden violence behavior. This article may lead executives to plan for setting management, developing measures, and finding appropriate guidelines to reduce the impact of workplace violence.

Keywords: workplace violence; psychiatric nurses

**Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

Received: September 20, 2021; Revised: October 29, 2021; Accepted: December 20, 2021

ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช

เจนภากร ไสธรรเจริญสินธุ์, พ.บ.*
พรชัย สิริศิริธัญกุล, พ.บ., ส.ม., ปร.ด.*

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานนับเป็นสิ่งคุกคามการทำงานอย่างหนึ่งที่ได้พบได้บ่อยในสถานพยาบาลและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ การลาออกจากงานก่อนเวลา ความพิการอย่างถาวร หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิตได้ โดยโอกาสในการเกิดความรุนแรงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ด้าน ทั้งปัจจัยของผู้ได้รับผลกระทบ ปัจจัยผู้ก่อเหตุ ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าปัญหาเรื่องความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานจะได้รับการพิจารณาให้ความสำคัญมากขึ้น แต่เหตุความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลก็ยังมีปรากฏให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง โดยเฉพาะในพยาบาลแผนกจิตเวชที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตจำนวนมาก ที่มักจะมีอารมณ์แปรปรวนและเกิดพฤติกรรมรุนแรงอย่างกะทันหันได้ โดยข้อมูลในบทความนี้ อาจสามารถช่วยผู้บริหารองค์กรในการวางแผนรับมือกับสถานการณ์ พัฒนามาตรการ และหาแนวทางลดผลกระทบจากเหตุความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน; พยาบาลแผนกจิตเวช

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้รับต้นฉบับ วันที่ 20 กันยายน 2564 แก้ไขบทความ 29 ตุลาคม 2564 รับลงตีพิมพ์
20 ธันวาคม 2564

บทนำ

สถานพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ แต่สถานพยาบาลกลับเป็นสถานที่ที่ไม่ปลอดภัยสำหรับบุคลากรในบางสถานการณ์ มีข้อมูลการรายงานสถิติจากสำนักงานสถิติแรงงานแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกาในระหว่างปี ค.ศ. 2011 ถึง ค.ศ. 2018 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีอุบัติการณ์การได้รับความรุนแรงขณะปฏิบัติงานสูงกว่าแรงงานโดยรวมทั้งหมดของประเทศ⁽¹⁾ โดยพยาบาลถือเป็นวิชาชีพที่ประสบกับเหตุความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานได้บ่อยครั้งกว่าสายวิชาชีพอื่นในระบบบริการสุขภาพ⁽²⁾ และเมื่อเทียบแผนกที่ปฏิบัติงานก็พบว่า พยาบาลแผนกจิตเวชมีความเสี่ยงมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นถึง 3.42 เท่า⁽³⁾ ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ การเสียชีวิต⁽⁴⁾ การสูญเสียงาน และรายได้ของคนทำงาน ยิ่งไปกว่านั้น อาจส่งผลเสียต่อบุคลากรคนอื่นๆ ต่อหน่วยงานและต่อประเทศได้⁽⁵⁾

ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน (Workplace violence)

สำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration: OSHA) ได้ให้คำจำกัดความว่า Workplace violence หรือความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานไว้ว่า การกระทำความรุนแรงหรือการคุกคามต่อคนทำงาน ซึ่งสามารถเกิดได้ทั้งในที่ทำงานและนอกที่ทำงาน ครอบคลุมตั้งแต่การคุกคามทางวาจา ไปจนถึงการทำร้ายร่างกายและฆาตกรรม⁽⁶⁾ ส่วนองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ได้ให้คำจำกัดความว่า การกระทำเหตุการณ์ หรือพฤติกรรมใดๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ถูกกระทำรู้สึกถูกทำร้าย ถูกคุกคาม เป็นอันตราย บาดเจ็บในระหว่างการทำงานหรือส่งผลโดยตรงต่อการทำงาน⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความว่าหมายถึง การกระทำที่ส่งผลหรืออาจส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามหรืออันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของบุคลากรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่⁽⁸⁾

โดยความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานสามารถจัดแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทตามสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Institute for Occupational Safety and Health; NIOSH)⁽⁹⁾ ดังนี้

1. เจตนาทางอาญา (Criminal intent) เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากบุคคลภายนอกจงใจก่อให้เกิดความรุนแรงในรูปแบบของการปล้น ขโมย บุกรุก รวมถึงการก่อการร้าย โดยผู้ก่อเหตุความรุนแรงไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ

2. ผู้มารับบริการ (Customer/Client) เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรและผู้รับบริการ โดยผู้ก่อเหตุความรุนแรงจะเป็นผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย, ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นความรุนแรงที่พบได้บ่อยที่สุด

3. บุคลากรกับบุคลากร (Worker-on-Worker) เป็นความรุนแรงระหว่างบุคลากรภายในองค์กรด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการกระทำความรุนแรงทางวาจา การก่อกวนกลั่นแกล้ง และผู้ถูกกระทำมักจะเป็นผู้ที่มีระดับชั้นต่ำกว่า

4. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal Relationship) เป็นความรุนแรงส่วนตัว โดยผู้ก่อเหตุความรุนแรงมักไม่ใช่บุคลากรแต่มีความสัมพันธ์กับผู้ถูกกระทำความรุนแรง และความรุนแรงมาเกิดขึ้นในสถานที่ปฏิบัติงาน ตัวอย่าง

เช่น สามีมองพยาบาลได้ทำการติดตามไปยังที่ทำงานในขณะเวลางาน ช่มชู้และสั่งให้กลับบ้าน

ลักษณะของความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน

ลักษณะของการกระทำความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานแบ่งเป็น 2 ลักษณะ⁽¹⁰⁾ ได้แก่

1. ความรุนแรงทางด้านร่างกาย (Physical violence) หมายถึง การใช้กำลังทางกายหรือใช้อาวุธกระทำความรุนแรงต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ โดยอาจกระทำด้วยวิธีการตี ตะ ดบ แทะ ยิง พลัก กัด หรือบีบ เป็นต้น ดังนั้นความรุนแรงทางด้านร่างกายจึงหมายรวมถึงการบุกรุกโจรม (Assault) การทารุณทางร่างกาย (Physical abuse) และการฆาตกรรม (Murder)⁽¹¹⁾

2. ความรุนแรงทางด้านจิตใจ (Psychological violence) หมายถึง การใช้อำนาจโดยเจตนา รวมถึงการคุกคามทางร่างกายต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ หรือการอยู่ในสังคม โดยเป็นการกระทำด้วยวิธีการทารุณทางวาจา (Verbal abuse) การกลั่นแกล้ง (Bullying/mobbing) การล่วงละเมิด (Harassment) การคุกคามข่มขู่ (Threats) และการล่วงละเมิดทางเพศ (Sexual harassment)⁽¹⁰⁾

แนวคิดการเกิดพฤติกรรมความรุนแรง

พฤติกรรมการก่อความรุนแรง อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุหรือหลายประการ โดยมีแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มากมายที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับที่สำคัญ⁽¹²⁾ มีดังนี้

1. ทฤษฎีปัจจัยทางชีวภาพ (Biological theories of aggression) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับชีววิทยาทางการแพทย์ โดยอิทธิพลทางชีวภาพในหลายๆ ด้าน มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง เช่น ด้านปัจจัยทางพันธุกรรม จากความผิดปกติที่โครโมโซมเพศ โดยเฉพาะในเพศชายที่มีความผิดปกติของโครโมโซมวายชนิดพิเศษ (Extra Y chromosome; XYY)⁽¹³⁾, ด้านสารสื่อประสาทพบว่า สารสื่อประสาทบางตัวมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของมนุษย์ เช่น สาร serotonin โดยบุคคลที่มีระดับของสาร serotonin อยู่ในระดับที่น้อยกว่าปกติจะแสดงลักษณะที่ก้าวร้าว⁽¹⁴⁾ ส่วนด้านฮอร์โมนพบว่า ในบุคคลที่มีฮอร์โมนเพศชาย testosterone ที่มากกว่าปกติจะมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าวได้⁽¹⁵⁾

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial theories of aggression) ประกอบด้วยทฤษฎีที่สำคัญ 3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความรุนแรง ดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Freud เชื่อว่า ความก้าวร้าวรุนแรงเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิด โดยการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่เกิดจากสัญชาตญาณ (Id) ได้แก่ สัญชาตญาณแห่งการมีชีวิตที่แสดงออกมาในรูปแบบแรงขับทางเพศและการเอาตัวรอด กับสัญชาตญาณแห่งความตายที่แสดงถึงความก้าวร้าว⁽¹⁶⁾ เพื่อเป็นการแสวงหาความสุขความพึงพอใจให้มากที่สุด แต่จะได้รับการควบคุมโดยหลักแห่งความเป็นจริง (Ego) และศีลธรรม (Superego) กล่าวคือ การกระทำความรุนแรงเกิดจากการใช้สัญชาตญาณที่มีอยู่ในทุกคน โดยที่ Ego และ superego ไม่สามารถควบคุมไม่ให้แสดงพฤติกรรมออกมาได้ นอกจากนี้ยังมองการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นเรื่องของการป้องกันตนเองจากการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง ภาวะเสพติด โรคจากความวิตกกังวล รวมถึงแรงปรารถนาแห่งความตาย⁽¹⁷⁾

2) สมมติฐานด้านความขัดแย้งและความก้าวร้าว (Frustration aggression hypothesis) Dollard และคณะ เชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความคับข้องใจ (Frustration) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดมาจากการถูกขัดขวางไม่ให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ แรงขับที่ขัดขวางอาจเกิดภายนอก

หรือภายในบุคคล โดยเมื่อความคับข้องใจเกิดขึ้นและถูกสะสมไว้นานในที่สุดก็จะเกิดเป็นความก้าวร้าวได้⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ การแสดงความก้าวร้าวรุนแรงยังสามารถส่งผ่านพฤติกรรมรุนแรงที่ได้รับไปยังบุคคลที่สามได้ ในกรณีที่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตอบโต้ต่อผู้ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ เรียกว่า แพะรับบาป⁽¹²⁾

3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) Bandura ได้อธิบายทฤษฎีนี้ว่าการแสดงความก้าวร้าวรุนแรงเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมที่เรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมจากตัวแบบ (Model) ส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ โดยอาจมีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาทันทีหรือมีการจดจำแล้วแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมาในภายหลัง สำหรับกระบวนการเรียนรู้นี้จะต้องอาศัยความสนใจ ความจำ การแสดงพฤติกรรม และการเสริมแรง ซึ่งตัวแบบที่สำคัญคือ ครอบครัว กล่าวคือ เด็กสามารถเรียนรู้ความก้าวร้าวรุนแรงได้จากการสังเกตจดจำและทำตามพฤติกรรมของพ่อแม่หรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ยิ่งถ้าได้เห็นการแสดงความก้าวร้าวแล้วได้ในสิ่งที่ต้องการก็จะยิ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นอีก แต่ถ้าได้รับการลงโทษก็จะหยุดแสดงพฤติกรรม⁽¹⁹⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช

1. ปัจจัยของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง

อายุ: เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์ พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงน้อยกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย⁽²⁰⁾ (OR 0.65 95%CI 0.47-0.91)⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกจิตเวชที่มีอายุน้อย (< 30 ปี) มีความเสี่ยงพบความรุนแรงน้อยกว่า (RR 0.26 95%CI 0.14-0.46)⁽²²⁾ และพยาบาลที่มีอายุ > 44 ปี มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงทางกายและทางวาจาด้วย⁽²⁰⁾

เพศ: จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ความรุนแรงทั้งทางร่างกายและวาจาในแผนกจิตเวชมักจะเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽²³⁾ 4.48 เท่า (95%CI 2.53-7.92) และ 15.64 เท่า (95%CI 9.21-26.84) ตามลำดับ⁽²⁰⁾ แต่บางการศึกษาในประเทศจีนก็พบว่าพยาบาลเพศชายจะถูกกระทำรุนแรงมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า (95%CI 1.1-5.6) เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศจีน พยาบาลเพศชายจะปฏิบัติงานเฉพาะในหอผู้ป่วยชายซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อเหตุความรุนแรง⁽²⁴⁾

ระดับการศึกษา : มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในแผนกจิตเวช⁽²⁰⁾ แต่ก็มีการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับการศึกษาที่สูง (ระดับปริญญาตรีขึ้นไป) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากกว่า 3 เท่า (95%CI 1.03-8.9) โดยผู้วิจัยให้ความเห็นว่าพยาบาลที่มีการศึกษาสูงได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดีจะมีความอ่อนไหวง่ายต่อการเกิดความรุนแรงหรือการล่งละเมิดมากกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาไม่สูง ซึ่งอาจส่งผลให้มีโอกาสการรายงานความรุนแรงที่มากขึ้น⁽²⁴⁾

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานแผนกจิตเวช ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงานน้อย (ARR 1.23 95%CI 1.18-1.32)⁽²⁰⁾, ขาดการฝึกอบรมในการจัดการความรุนแรง (RR 1.35 95%CI 1.09-1.68)⁽²²⁾, การทำงานที่หมุนเวียนกะการทำงาน (OR 4.7 95%CI 2.2-9.9)⁽²⁴⁾, ระดับความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับตั้งแต่ปานกลาง (OR 2.05 95%CI 1.19-3.51) ถึงสูงมาก (OR 3.21 95%CI 1.91-5.39)⁽³⁾

2. ปัจจัยของผู้ก่อเหตุความรุนแรง

มีการศึกษาพบว่าปัจจัยผู้ป่วยเพศชาย, อายุน้อย, มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia), มีประวัติดื่มสุรา, มีการใช้สารเสพติด, มีประวัติเกี่ยวกับความรุนแรงในอดีต^(25, 26), ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorder)^(27, 28), ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล⁽²⁹⁾ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานแผนกจิตเวช

3. ปัจจัยด้านองค์กร

มีการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เคยมีประวัติการเกิดเหตุความรุนแรงมีความเสี่ยงในการพบความรุนแรงมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีประวัติ 1.88 เท่า (95%CI 1.39-2.54), การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มความเสี่ยง 3.42 เท่า (95%CI 2.59-4.51)⁽³⁾, และองค์กรที่ให้ความสำคัญกับผู้ถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานจะมีความเสี่ยงพบความรุนแรงได้น้อยกว่าองค์กรที่ไม่ให้ความสำคัญ (OR 0.33 95%CI 0.14-0.79)⁽²⁹⁾

4. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน

สภาพแวดล้อมถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดความร้อนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานแผนกจิตเวช โดยพบว่า สภาพแวดล้อมภายในแผนกที่มีความแออัดเกินไปจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก^(23, 30, 31), แสงสว่างไม่เพียงพอ, ระบบระบายอากาศที่ไม่ดี, และสิ่งอำนวยความสะดวกในบริเวณแผนกที่ไม่เหมาะสม (เช่น ไม่มีห้องน้ำแยกเพศ, ไม่มีพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความร้อนแรง)⁽³⁰⁾ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เพิ่มความเครียดซึ่งนำไปสู่การเกิดความร้อนแรงได้

สถานการณ์ปัญหาความร้อนแรงในสถานพยาบาลต่อพยาบาลแผนกจิตเวช

พยาบาลแผนกจิตเวชมีอัตราการตกเป็นเหยื่อของเหตุความร้อนแรงสูงสุดเมื่อเทียบกับพยาบาลในแผนกอื่นๆ โดยมีการศึกษาพบว่า พยาบาลแผนกจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า⁽³²⁾ และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุความร้อนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานถึง 3.42 เท่า (OR 3.42; $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น⁽³⁾ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการกระทำของผู้ป่วยเป็นหลัก^(33, 34) สูงถึง 81.3%⁽²⁹⁾ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีอารมณ์ค่อนข้างแปรปรวนและอาการทางจิตอาจทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงอย่างกะทันหันได้⁽³⁵⁾ โดยมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิดความร้อนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความชุกของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช

Researcher/Year	Sample	Prevalence (%)
ณัฐญา กาใหญ่ /2007 ⁽³⁶⁾	88 Thai nurses in a psychiatric hospital	The one-year prevalence 88.64% - Verbal violence 62.5% - Bullying/mobbing 20.4% - Physical violence 23.9% - Sexual harassment 4.5%
Wen-Ching Chen et al. /2008 ⁽³³⁾	222 Taiwan nurses, nursing aids, and clerks in a psychiatric hospital	The one-year prevalence 61.7% - Verbal violence 50.9% - Sexual harassment 9.5% - Physical violence 35.1% - Racial harassment 4.5% - Bullying/mobbing 15.8%
Masoud Fallahi Khoshknab et al. /2012 ⁽³⁷⁾	200 Iran nurses in a psychiatric center	The one-year prevalence 71% - Mental violence 93.4%. - Verbal violence 19.1% - Physical violence 71.6% - Sexual violence 5.5%
Michal Itzhaki et al. /2018 ⁽³⁸⁾	114 Israel nurses in a large mental health center	The one-year prevalence 97.6% - Verbal violence 88.6% - Physical violence 56.1%
Wafa Basfr et al. /2019 ⁽²⁹⁾	310 Saudi Arabia nurses in 3 psychiatric hospital	The one-year prevalence 90.3% - Verbal violence 19.7% - Both 57.7% - Physical violence 14.2%

ตาราง 1 ความชุกของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช (ต่อ)

Researcher/Year	Sample	Prevalence (%)
Li Lu et al. /2019 ⁽³⁾	1906 China nurses in 11 major psychiatric hospital	The one-year prevalence 84.2% - Verbal violence 79.3% - Threats 70.9% - Physical violence 57.9%
Yudai Kobayashi et al. /2020 ⁽³⁹⁾	599 Japan nurses and assistant nurses in a mental health hospital	The one-year prevalence 44.7% - Verbal violence 62.3% - Physical violence 60.4% - Sexual violence 2.6%

ผลกระทบจากความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน

เมื่อมีความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะเป็นความรุนแรงเพียงเล็กน้อยก็ย่อมต้องมีผู้ที่ได้รับผลกระทบไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งสามารถแบ่งผลกระทบจากความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อร่างกายได้โดยตรง โดยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยตั้งแต่บาดแผลถลอก ฟกช้ำ กระตุกหัก พิกการ ไปจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และความรุนแรงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว อับอาย

สมาธิสั้น ขาดความมั่นใจในตนเองนอนไม่หลับ เครียด มีภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾ และโรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) นอกจากนี้ อาจนำไปสู่ทัศนคติในการทำงานที่ไม่ดี เช่น ขาดแรงจูงใจในการทำงานหรือไม่มีความพึงพอใจต่องาน และมีผลต่อพฤติกรรมได้ เช่น การขาดงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เกิดการสูญเสียรายได้⁽⁵⁾

2. ผลกระทบต่อองค์กร ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทางลบ ทำให้บรรยากาศในการทำงานเกิดความตึงเครียด ศักยภาพในการปฏิบัติงานคุณภาพงานรวมถึงผลผลิตของหน่วยงาน

ลดลง และองค์กรยังต้องเผชิญกับปัญหา การเจ็บป่วยขาดงานที่สูง การลาออกเป็นจำนวนมาก⁽⁵⁾ ซึ่งทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณและเวลาในการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผิดกรอบมบุคคลากรใหม่ และอาจสูญเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนา ปรับปรุงมาตรการความปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งผลให้องค์กรสูญเสียภาพลักษณ์และชื่อเสียงในระยะยาว รวมถึงผู้ที่มารับบริการอาจลดจำนวนลงด้วย⁽¹⁰⁾

3. ผลกระทบต่อสังคม ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการรักษา เยียวยา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ตลอดจนต้องเสียค่าสวัสดิการสำหรับการเกษียณอายุก่อนกำหนด ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคลากรใหม่เพื่อมาทดแทนผู้ที่ออกจากงานหรือเสียชีวิต เสียกระบวนการทำงานและผลผลิต⁽⁵⁾ โดยมีการศึกษาพบว่าอาจต้องใช้งบประมาณเพื่อจัดการกับผลกระทบจากความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 1-3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP)⁽⁴⁰⁾

แนวทางการลดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการปฏิบัติที่สามารถลดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชในด้านต่างๆ มีดังนี้

1. องค์กร ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับระบบการป้องกันและการจัดการ ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน โดย การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องความปลอดภัย⁽⁴¹⁾ สำรวจปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความรุนแรง มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเรื่อง ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร จัดสรรอัตรากำลัง ของบุคลากรในแต่ละตำแหน่งให้เพียงพอ และสนับสนุนให้มีการเขียน บันทึกรายงานเหตุการณ์ความรุนแรง⁽³⁶⁾ นอกจากนี้องค์กรยังควรกำหนดแนวทาง ปฏิบัติสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน วางระบบ การแจ้งเตือนบุคลากรภายในสถานพยาบาล ให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความรุนแรง พร้อม มีช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ เร่งด่วนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁾

2. บุคลากร ควรมีการฝึกอบรม ให้ความรู้ เตรียมความพร้อมในการป้องกัน และจัดการความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน แก่บุคลากรทุกคน เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง การตระหนักรู้ก่อนเกิดความรุนแรง การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนหรือสถานการณ์ ที่อาจเกิดความรุนแรง มีทักษะในด้านการติดต่อสื่อสาร การป้องกันตัวและการเอาตัวรอดที่จำเป็น รายละเอียดแนวทางการปฏิบัติ ต่างๆ รวมถึงขั้นตอนการรายงานเหตุความรุนแรง และเนื่องด้วยความรุนแรงในแผนก จิตเวชส่วนใหญ่มักเกิดจากการกระทำของ

ผู้ป่วย การจัดให้มีกิจกรรมเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วย⁽³⁰⁾ การฝึกอบรมกลุ่มบุคลากรเพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย โดยการใช้ยาและการผูกมัดตัว และการนำเหตุการณ์ความรุนแรงในอดีตมาเรียนรู้ ทบทวน และวิเคราะห์ก็สามารถช่วยลดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานได้⁽⁴²⁾

3. สภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน ควรมีการปรับสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้มีความปลอดภัย โดยควบคุมระดับเสียงในการสื่อสารและในการปฏิบัติงานต่างๆ ไม่ให้ดังมากเกินไป เนื่องจากอาจก่อให้เกิดความหงุดหงิดและความเครียดขึ้นได้ ลดความแออัดของผู้ป่วย จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรง มีอากาศถ่ายเทสะดวก กำจัดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ มีพื้นที่แยกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทางเข้าและทางออกต้องอยู่ในสายตาของบุคลากร⁽³⁰⁾ มีระบบเตือนภัย และกล้องวงจรปิด เพอร์นิเจอร์ยึดติดกับพื้น หลีกเลี่ยงสิ่งของมีคม และจัดพื้นที่ปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรให้มีความปลอดภัย เช่น ห้องที่สามารถล็อกประตู หน้าต่างได้แยกจากผู้ป่วย มีทางเข้าออก 2 ทาง ห้องน้ำแยกสำหรับบุคลากร เป็นต้น⁽⁸⁾

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยและมีความชุกของการเกิดเหตุความรุนแรงที่ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่จะพบรูปแบบความรุนแรงทางวาจามากที่สุด ซึ่งเกิดจากการกระทำของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ถูกกระทำ แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว องค์กร ตลอดจนสังคม และประเทศชาติอีกด้วย

สำหรับประเทศไทยการศึกษาเรื่องความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชมียุ่อย่างจำกัด ซึ่งยังขาดข้อมูลสถิติความรุนแรงที่ครอบคลุมรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยในการวิจัยนี้ ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในวิชาชีพพยาบาลแผนกจิตเวช ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผน จัดการและป้องกันปัญหาความรุนแรงได้ แต่อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องได้รับการศึกษาในประเทศไทยที่มากขึ้นเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงที่เกิดต่อบุคลากร และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติหรือพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ส่งผลให้คนทำงานสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดี ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Bureau of Labor Statistics. Fact sheet | workplace violence in healthcare, 2018 | April 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>.
2. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols J, Halfens R. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse education today* 2015;35(1):212-9.
3. Lu L, Lok K-I, Zhang L, Hu A, Ungvari GS, Bressington DT, et al. Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Archives of psychiatric nursing* 2019;33(5):68-72.
4. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and violent behavior* 2013;18(3):383-94.
5. OSH WIKI. Workplace violence [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 23]. Available from: https://oshwiki.eu/wiki/Workplace__violence.
6. Occupational Safety and Health Administration. Workplace violence [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.osha.gov/workplace-violence>.
7. International Labour Organization. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Meeting of Experts to Develop a Code of Practice on Violence and stress at Work Service: A Threat to Productivity and Decent Work; 2003 Oct 8-15; Geneva, Switzerland. International Labour Organization Geneva; 2003.
8. คັນยวิทย์ พึ่งประเสริฐ, จุฑามาศ เคารยะ, ภัทรีพันธุ์ ภาษา, ศาสวัต สุขพงษ์ไทย, ชนารัตน์ สุวรรณวิชัย. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. 2nded. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. The National Institute for Occupational Safety and Health. Types of workplace violence [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1__5.

10. International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva, Switzerland: International Labour Office; 2002.
11. International Labour Office. Work-related violence and its integration into existing surveys. 19th International Conference of Labour Statisticians; 2013 Oct 2-11; Geneva, Switzerland. International Labour Office; 2013.
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการปัญหาความรุนแรงในโรงพยาบาล. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
13. Schiavi RC, Theilgaard A, Owen DR, White D. Sex chromosome anomalies, hormones, and aggressivity. Archives of General Psychiatry 1984;41(1): 93-9.
14. Seo D, Patrick CJ, Kennealy PJ. Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. Aggression and violent behavior 2008;13(5):383-95.
15. Batrinos ML. Testosterone and aggressive behavior in man. International journal of endocrinology and metabolism 2012;10(3):563.
16. Björkly S. Psychological theories of aggression: principles and application to practice. Violence in Mental Health Settings: Springer 2006:27-46.
17. ÖZÇELİK ADÖ. Explanation and understanding of human aggression: freudian psychoanalytical analysis, Fromm's neo-freudian perspective and Bandura's social learning theory. International Journal of Social Science and Economic Research 2017;1(2):2151-64.
18. Breuer J, Elson M. Frustration-aggression theory. The Wiley handbook of violence and aggression 2017:1-12.
19. Lyons SD, Berge ZL. Social learning theory. UMBC Faculty Collection. 2012:3116-8.

20. Chen W-C, Sun Y-H, Lan T-H, Chiu H-J. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. *International journal of environmental research and public health* 2009;6(11):2812-21.
21. Chou K-R, Lu R-B, Mao W-C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of psychiatric nursing* 2002;16(4):187-95.
22. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services* 1998;49(11):1452-7.
23. Omérov M, Edman G, Wistedt B. Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002;56(3):207-13.
24. Zeng J-Y, An F-R, Xiang Y-T, Qi Y-K, Ungvari GS, Newhouse R, et al. Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry research* 2013;210(2):510-4.
25. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, De Girolamo G. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2015;10(6):e0128536. doi:10.1371/journal.pone.0128536.
26. d'Ettorre G, Pellicani V. Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and health at work* 2017;8(4):337-42.
27. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work* 2015;51(1):19-28.
28. Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T, & Campo J. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;105(5):390-5.
29. Basfr W, Hamdan A, Al-Habib S. Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings: perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 2019;19(1):e19-25.

30. DASEH A, Obaid O. Workplace violence: Patients against staff nurse in mental health care setting. *Journal of Natural Sciences Research* 2017;7(24):88-95.
31. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Psychiatric Services* 1991;42(12):1237-40.
32. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology* 2005;5(16):704-9.
33. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of occupational health* 2008;50(3):288-93.
34. Lam JN, McNiel DE, Binder RL. The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services* 2000;51(9): 1167-70.
35. Merecz D, Rymaszewska J, Mościcka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. Violence at the workplace—A questionnaire survey of nurses. *European psychiatry* 2006;21(7):442-50.
36. ณัฐญา กาใหญ่. ความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
37. Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS* 2012;15(14):680-4.
38. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, Kostistky H, Bar Noy D, Filshtinsky V, et al. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in psychiatry* 2018;59(9):1-6.

39. Kobayashi Y, Oe M, Ishida T, Matsuoka M, Chiba H, Uchimura N. Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(8):2747.
40. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Geneva, Switzerland. Amsterdam: International Labour Organization; 2001. p.1-81.
41. Jung-Der Wang T-SS. Workplace violence from psychiatric patients. *Journal of Occupational Safety and Health*. 2010;18:163-76.
42. Niu S-F, Kuo S-F, Tsai H-T, Kao C-C, Traynor V, Chou K-R. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS One* 2019;14:e0211183.