

สิ่งแวดล้อมในการทำงานและความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ของบุคลากรทางการพยาบาล Working Environment and Workplace Violence among Nursing Personnel

วริศรา ดิษบรรจง* วีระพร ศุทธากรณ์** ธาณี แก้วธรรมานุกุล**

บทคัดย่อ

สิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาล ถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตราความชุกของการถูกกระทำ ความรุนแรง และระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานต่อการถูกกระทำ ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 311 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคเหนือ จำนวน 3 แห่ง รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ผลการวิจัยพบว่า อัตราความชุกในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาของการปฏิบัติงานพบบุคลากรทางการพยาบาลถูกกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายเท่ากับ 3.9 รายต่อประชากร 100 ราย และการถูกกระทำ ความรุนแรงทางจิตใจอย่างน้อย 1 ลักษณะขึ้นไปเท่ากับ 57.6 รายต่อประชากร 100 ราย ลักษณะของการถูกกระทำ ความรุนแรงทางจิตใจ ได้แก่ การถูกกระทำทางวาจา (ร้อยละ 57.2) การถูกล่วงเกิน (ร้อยละ 14.8) และการถูกคุกคามข่มขู่ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และถูกก่อกวนพบในช่วงร้อยละ 3.9 – 5.1 ระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลแบ่งเป็นความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงต่ำ พบจำนวนร้อยละของบุคลากรที่รายงานว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานอยู่ในระดับความเสี่ยงสูงมีดังนี้ ด้านการออกแบบสถานที่ทำงาน ได้แก่ บริเวณที่จอดรถ และนอกอาคาร (ร้อยละ 70.1) ด้านระบบมาตรการรักษาความปลอดภัย ได้แก่ การควบคุมการผ่านเข้า-ออกสถานที่ทำงาน (ร้อยละ 81.0) ด้านการออกแบบระบบการทำงาน ได้แก่ การกำหนดวิธีการทำงาน (ร้อยละ 63.3) และด้านวัฒนธรรมองค์กร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร (ร้อยละ 83.3)

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญของปัญหาความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพ นามัยควรตระหนักร่วมกัน ตลอดจนหาแนวทางป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

คำสำคัญ: ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน บุคลากรทางการพยาบาล

Abstract

Working environment is an important factor leading to workplace violence among nursing personnel. The aims of this study were to explore the prevalence rate of workplace violence, identify the risk levels of working environment related to violence. Study sample was 311 nursing personnel working in 3 public hospitals in the northern region which were not under the Ministry of Public Health. Data collection was conducted during January to February, 2008.

* นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย ร้อยเอ็ดหญิง พยาบาลโรงพยาบาลค่ายกาวิละ

** อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

The results showed that the prevalence rate of physical violence during the previous year of work was 3.9 per 100 persons and psychological violence, including at least 1 characteristic, was 57.6 per 100 persons. The characteristics of psychological violence included verbal abuse (57.2 %), harassment (14.8 %), and threats, sexual harassment, and bullying (3.9-5.1 %). The risk levels of working environment related to workplace violence assessed by the perception of nursing personnel were classified as high and low level. The largest percentage reported of the high risks in working environments included workplace design aspects at the parking areas and external building perimeters (70.1%); security system aspects namely controlling access to the workplace (81.0%); work organizational aspects related to determinants of work practices (63.3%) and organizational culture aspects of interpersonal relationships among colleagues (83.3%).

The findings of this study indicate the significance of the workplace violence problems among public hospitals in the northern region which are not under the Ministry of Public Health. Related professions including occupational health nurses should recognize and work together in order to prevention as well as minimize the risks of workplace violence.

Key words: workplace violence, working environment, nursing personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ที่หลายประเทศทั่วโลกต่างให้ความสนใจ และศึกษากันอย่างกว้างขวาง (Cooper & Swanson, 2002) บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบกับในและนอกสถานบริการสุขภาพ (Estryn-Behar, Conway, Heijden, & Hasselhorn, 2008; Well & Bowers, 2002) การศึกษาอุบัติการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบการถูกกระทำทางร่างกายตั้งแต่ร้อยละ 4 - 70 ส่วนทางจิตใจพบตั้งแต่ร้อยละ 30-100 (เกสรดา ศรีพิชญากิจ, ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, และบังอร ศุภวิฑิตพัฒนา, 2545; เฉลิมรัฐ คำชูชาติ, 2548; ทัดดาว นิยมาศ, 2545; ทองคุรุ บุญเกิด และพวงเพ็ญ ชุนพราน, 2543; ศรีทัย สิริพิทย์, 2541) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นกำลังหลักในทีมสุขภาพ มีอุบัติการณ์ถูกกระทำความรุนแรงอยู่ในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภายหลังการถูกกระทำความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งต่อผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และองค์กรการทำงาน (Sripichyakan, Thungpunkum & Supavitpatana, 2002; Stanko, 2001) ดังนั้นการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานจึงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ซึ่งมาตรการป้องกันที่ดีที่สุดควรมุ่งเน้นที่การป้องกัน หรือลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (International Labour Organization [ILO], 2002)

ตามกรอบแนวคิดของเชพเพิลล์ และได มาร์ติโน (Chappell & Di Martino, 2002) กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่สำคัญมี 2 ประการคือ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ภาวะสุขภาพ บุคลิกภาพ ทศนคติและความคาดหวัง ภาพลักษณ์ภายนอก และทักษะในการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้นๆ และ 2) ปัจจัยเสี่ยงในสถานที่ทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านลักษณะการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สำหรับด้านลักษณะการทำงานเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์การทำงาน ดังนี้คือ การทำงานคนเดียวโดยลำพัง การทำงานกับสาธารณชน การทำงานเกี่ยวข้องกับสิ่งของที่มีค่า มีราคา เช่น เงิน ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่มีราคาแพง การทำงานกับผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนง่าย เนื่องจากอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีอาการผิดปกติทางจิต รวมทั้งบางหน่วยงานมีลักษณะงาน ที่เปิดรับต่อสถานการณ์ความรุนแรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะการทำงานเช่นนี้สามารถนำไปสู่การเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้ (ILO, 2002) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานแบ่งเป็น 2 ด้านคือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (physical environment) และด้านองค์การการทำงาน (organizational setting) (Di Martino, 2002) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ประกอบด้วย 1) การออกแบบสถานที่ทำงาน และ 2) ระบบมาตรการรักษาความปลอดภัย สำหรับสิ่งแวดล้อมด้านองค์การการทำงาน ประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบการทำงาน และ 2) วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาล

สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (physical environment)

หมายถึง การจัดสถานที่ทำงานที่ไม่ปลอดภัย ทำให้บุคลากรต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย 1) การออกแบบสถานที่ทำงานที่ไม่ปลอดภัยต่อบุคลากร เช่น ห้องทำงานที่ไม่มีช่องทางสำหรับหลบหลีก หรือหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดสถานการณ์คับขัน ห้องทำงาน แยกออกไปตั้งอยู่โดดเดี่ยว อยู่ในที่ลับตาคน ห้องแยกผู้ป่วยที่ไม่สามารถเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือบริเวณที่จอดรถ และนอกอาคารสถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ การออกแบบสถานที่ทำงานที่ไม่ปลอดภัยดังกล่าว ทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรง และ 2) ระบบมาตรการรักษาความปลอดภัยที่ไม่รัดกุมเพียงพอ เช่น ระบบการจัดเก็บของมีค่า ได้แก่ เงิน ยา เวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง หรือยาเสพติด นอกจากนี้การขาดการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากร เช่น ไม่มีการตรวจสอบการผ่านเข้า-ออกสถานที่ทำงาน ไม่มีการตรวจค้น การพกพาอาวุธ หรือไม่มีการจัดระบบการเฝ้าระวังเมื่อบุคลากรต้องออกไปทำงานนอกสถานที่ ส่งเสริมให้บุคลากรถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้ (Curbow, 2001) ในทางกลับกันหากโรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพที่ดีก็สามารถป้องกันการเกิด ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน หรือช่วยลดสถานการณ์ที่จะทวีความรุนแรงได้ (Well & Bower, 2002)

สิ่งแวดล้อมด้านองค์กรการทำงาน หมายถึง กระบวนการทำงาน การออกแบบวิธีการทำงานงานขององค์กรที่ดีมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (ILO, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมด้านองค์กรการทำงานที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ประกอบด้วย 1) ด้านการออกแบบระบบการทำงาน และ 2) ด้านวัฒนธรรมองค์กร (Cooper & Swanson, 2002; Di Martino, 2003) การออกแบบระบบการทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ได้แก่ 1) การขาดการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร เช่น สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย (Duncan, Hyndman, Estabrooks, Hesketh, Humphrey, Wong et al., 2001) บุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรมการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงานจะไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม การมีภาระงานหนักเกินไป เป็นสาเหตุให้บุคลากรเครียด ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยไม่พึงพอใจอาจเป็นสาเหตุให้บุคลากรถูกกระทำ ความรุนแรงได้ (Di Martino, 2003) และ 2) การกำหนดวิธีการทำงานที่ดีมีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการทำงานที่ล่าช้า และปล่อยให้ผู้ใช้บริการรอานาน (Lynch, Appelboam, & McQuillan, 2003) การทำงานติดต่อกันยาวนานเกินไป หรือไม่มี

เวลาหยุดพักระหว่างทำงาน ทำให้บุคลากรเกิดความเครียด เหนื่อยล้า หรือการขาดการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานในสถานการณ์การทำงานที่เสี่ยงสูง เช่น การทำงานภายใต้ความกดดันด้านเวลาในการทำงาน ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงได้เช่นกัน (Di Martino, 2002)

วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาล เป็นแบบแผนการประพฤติปฏิบัติที่บุคลากรในองค์กรยึดถือร่วมกันโดยมีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐาน ค่านิยม ข้อตกลงเบื้องต้น และพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร (Rogers, 2003) วัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้การเกิด ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายขององค์กรที่บุคลากรขาดการรับรู้และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (Di Martino, 2002) และ 2) รูปแบบการบริหารงานภายในองค์กรของผู้บริหารในระดับต่างๆ เช่น การบริหารงานแบบเพิกเฉยต่อปัญหา หรือเพิกเฉยการ ไม่เคารพในสิทธิหรือศักดิ์ศรีของบุคลากร (Gerberich, Church, McGovern, Hansen, Nachreiner, Geisser et al., 2004) และ 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในทางลบ เช่น ขาดการเคารพซึ่งกันและกัน ขาดการยอมรับระหว่างเพื่อนร่วมงาน แบ่งพรรคแบ่งพวก หรือแบ่งชั้นวรรณะ ขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขาดการให้คำปรึกษาจากหัวหน้างาน สัมพันธภาพในลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่ความขัดแย้ง กระตุ้นให้บุคลากรถูกกระทำ ความรุนแรง (Morgan, Crossley, Stewart, Arcy, Forbes, Normand et al., 2008) นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการขาดการสื่อสาร หรือให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ (Chappell & Di Martino, 2002) ประกอบกับองค์กรที่เพิกเฉยในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จึงทำให้บุคลากรมักเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (Mayhew & Chappell, 2005)

โรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง จำนวน 3 จังหวัดในเขตภาคเหนือ แบ่งเป็นภาคเหนือตอนบน ตอนกลาง และตอนล่าง มีการจัดอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดอัตรา การครองเตียงตามปริมาณภารกิจ เมื่อพิจารณาสิ่งแวดล้อมในการทำงานโดยเฉพาะด้านกายภาพที่มีการตรวจตรวจการผ่านเข้า-ออกที่เข้มงวดโดยเวรรักษาการณของโรงพยาบาล จึงอาจมีความเสี่ยงแตกต่างไปจากโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ นอกจากนี้วัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลดังกล่าว เช่น การแบ่งลำดับชั้นยศ อย่างชัดเจน และมีการปฏิบัติตามระบบสั่งการ กฎ ระเบียบ วินัยอย่างเคร่งครัด รวมถึง มีรูปแบบการบริหารงานแบบลำดับชั้นในเชิงทฤษฎีกล่าววาระบบเช่นนี้ก่อให้เกิดความกดดันในการทำงาน

ได้ง่าย (ขวัญจิต พุกกะวัน, 2545) จึงกล่าวได้ว่าลักษณะสิ่งแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้ อาจทำให้บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงานแตกต่างจากโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ ข้อค้นพบจากการศึกษาจะนำไปสู่การจัดทำมาตรการควบคุมป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจอัตราความชุกของการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคเหนือจำนวน 10 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคเหนือที่มีขนาด 150 เตียง และอนุญาตให้เข้าศึกษาจำนวน 3 แห่ง มีบุคลากรทางการพยาบาลรวม 434 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากอัตราความชุกจากการศึกษาของเกสรา ศรีพิชญานุการ และคณะ (2545) ได้จำนวน 384 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณมีขนาดใกล้เคียงกับจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ดังนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 434 คน เพื่อข้อมูลที่อาจได้มาไม่ครบ หรือไม่มีความสมบูรณ์ที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบนจำนวน 145 คน ตอนกลางจำนวน 151 คน และตอนล่าง จำนวน 138 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล หรือเทียบเท่า หรือพนักงานช่วยการพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี ที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างช่วยราชการ และถูกจ้างชั่วคราว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสำรวจสถานที่ทำงานเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ และด้านองค์การการทำงาน นำข้อมูลที่ได้มาประกอบการพัฒนาแบบสอบถาม และอภิปรายผลการศึกษา
2. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมด้านองค์การการทำงาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .93 ส่วนรายด้าน ได้แก่ ด้านการออกแบบระบบการทำงานเท่ากับ .74 และด้านวัฒนธรรมองค์กรมีค่าเท่ากับ .93

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ศึกษา ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อขออนุญาตสำรวจสถานที่ทำงานและส่งแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมให้เซ็นชื่อลงในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย และมอบหมายให้ผู้ประสานงานเป็นผู้แจก และรวบรวมส่งกลับคืน ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ วิเคราะห์ผลการวิจัยในภาพรวมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล คำนวณหาอัตราความชุกของการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลจำแนกเป็นการถูกกระทำทารุณแรงทางร่างกาย และทางจิตใจ ส่วนข้อมูลสิ่งแวดล้อมในการทำงาน วิเคราะห์เป็นความถี่ และร้อยละของสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านองค์การการทำงาน ทั้งโดยรวม และรายด้าน ตามค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการถูกกระทำทารุณแรง 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ (1.00-1.66) ความเสี่ยงสูง (1.67-2.33) และไม่สามารถประเมินได้ (2.34-3.00)

ผลการศึกษา

อัตราความชุกของการถูกกระทำทารุณแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาของการปฏิบัติงาน พบอัตราความชุกของการถูกกระทำทารุณแรงทางร่างกายเท่ากับ 3.9 ราย ต่อประชากร 100 ราย และการถูกกระทำทางจิตใจอย่างน้อย 1 ประเภทขึ้นไปพบ 57.6 ราย ต่อประชากร 100 ราย เมื่อพิจารณาการถูกกระทำทารุณแรงทาง

จิตใจอย่างใดอย่างหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาร้อยละ 57.2 รองลงมาเป็น การถูกล่วงเกินร้อยละ 14.8 ส่วน การถูกคุกคามข่มขู่ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการถูกก่อกวน พบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือในช่วงร้อยละ 3.9 ถึงร้อยละ 5.1

สำหรับระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของบุคลากร ทางกายภาพ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงสูง พบว่ามีบุคลากรที่รายงานว่า สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับความเสี่ยง สูงดังนี้คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพโดยรวม ประกอบด้วย การออกแบบสถานที่ทำงานมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.6 และระบบ มาตรการรักษาความปลอดภัยมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.5 สำหรับสิ่งแวดล้อมด้านองค์การการทำงานโดยรวม ประกอบด้วย การ ออกแบบระบบการทำงานมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.0 และวัฒนธรรมองค์การมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 74.6 ส่วนผล การศึกษาระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมรายชื่อต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานแสดงไว้ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความเสี่ยงของการออกแบบสถานที่ทำงานรายชื่อต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (n=311)

การออกแบบสถานที่ทำงานรายชื่อ	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
การออกแบบสถานที่ที่ปลอดภัย			
ช่องทางหลบหลีก/หลีกเลี่ยง	30 (9.6)	56 (18.0)	225 (72.3)
การออกแบบผังเฟอร์นิเจอร์	54 (17.4)	88 (28.3)	169 (54.3)
การจัดสถานที่ให้บริการ			
สถานที่ทำงานแยกอยู่โดดเดี่ยว	132 (53.7)	167 (42.4)	12 (3.9)
การป้องกันการผ่านเข้า - ออก	11 (3.5)	101 (32.5)	199 (64.0)
มีอุปกรณ์ที่นำมาใช้ทำร้ายบุคลากร	113 (36.3)	183 (58.8)	15 (4.8)
มีโทรศัพท์ / มุมอ่านหนังสือขณะรอ	12 (3.9)	34 (10.9)	265 (85.2)
การแยกสถานที่จอดรถจัดเวช/ยาเสพติด	55 (17.7)	165 (53.1)	91 (29.3)
ระยะการมองเห็นสถานที่ทำงาน			
แสงสว่างเพียงพอมองเห็น	6 (1.9)	28 (9.0)	277 (89.1)
มีมุมอับใช้กำบัง/หลบซ่อนของผู้ร้าย	144 (46.3)	145 (46.6)	22 (7.1)
การติดตั้งระบบควบคุมในห้องแยกผู้ป่วย			
มีห้องแยกสังเกตอาการ	53 (17.0)	124 (39.9)	134 (43.1)
มีการติดตั้งกริ่งขอความช่วยเหลือ	23 (7.4)	116 (37.3)	172 (55.3)
มีการติดตั้งโทรศัพท์นั่งจรปิด	22 (7.1)	225 (72.3)	64 (20.6)
บริเวณที่จอดรถ และนอกอาคาร			
มีการตรวจสอบการผ่านเข้า-ออก	6 (1.9)	63 (20.3)	242 (72.8)
มีเวรตรวจตราที่จอดรถ	16 (5.1)	100 (32.2)	195 (62.7)
มีแสงไฟในเวลากลางคืน	21 (6.8)	190 (61.1)	100 (32.2)
ทางเดินจนถึงสถานที่ทำงานลำบาก	176 (56.6)	125 (40.2)	10 (3.2)
มีป้ายเตือนระวังการโจรกรรมรถ/ของมีค่า	15 (4.8)	168 (54.0)	128 (41.2)
ที่จอดรถไกลจากที่ทำงาน	201 (64.6)	89 (28.6)	21 (6.8)
มีเวรตรวจตรารอบอาคารสม่ำเสมอ	15 (4.8)	80 (25.7)	216 (69.5)
โรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูง			
การใช้ยาเสพติดสูง	258 (83.0)	26 (8.4)	27 (8.7)
กลุ่มอันธพาลมาก	248 (79.7)	35 (11.3)	28 (9.0)
การก่ออาชญากรรมสูง	232 (74.6)	46 (14.8)	33 (10.6)



จากตารางที่ 1 ระดับความเสี่ยงของการออกแบบสถานที่ทำงานรายข้อต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน จำแนกเป็นการออกแบบสถานที่ที่ปลอดภัย การจัดสถานที่ให้บริการสุขภาพ ระยะการมองเห็นสถานที่ทำงาน การติดตั้งระบบควบคุมในห้องแยกและบริเวณที่จอดรถ และนอกอาคาร พบว่า มีระดับความเสี่ยงสูงอยู่ในช่วงร้อยละ 8.4 - 72.3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความเสี่ยงของระบบมาตรการรักษาความปลอดภัยรายข้อต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (n=311)

ระบบมาตรการรักษาความปลอดภัยรายข้อ	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
ระบบจัดเก็บของมีค่า			
มีระบบจัดเก็บของมีค่า	21 (6.8)	87 (28.0)	203 (65.3)
การตรวจค้นและเก็บอาวุธ	34 (10.9)	211 (67.8)	66 (21.2)
ระบบรักษาความปลอดภัย/เฝ้าระวัง			
มีเวรยามพร้อมช่วยเหลือ	19 (6.1)	35 (11.3)	257 (82.6)
มีระบบขอความช่วยเหลือในลิฟท์	59 (19.0)	102 (32.8)	150 (48.2)
การแจ้งเมื่อทำงานนอกสถานที่	52 (16.7)	74 (23.8)	185 (59.5)
การออกทำงานนอกสถานที่เป็นคู่	18 (5.8)	24 (7.7)	269 (86.5)
การพกเครื่องมือสื่อสาร	40 (12.9)	85 (27.3)	186 (59.8)
การระบุบุคคล			
ติดบัตรประจำตัวเวลาทำงาน	5 (1.6)	47 (15.1)	259 (82.3)
การแลกบัตรผ่านเข้า-ออก	15 (4.8)	124 (39.9)	172 (55.3)
การระบุผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	40 (12.9)	132 (42.4)	139 (44.7)
การตรวจสอบการผ่านเข้า-ออก			
มีป้ายห้ามบุคคลภายนอกเข้า	24 (7.7)	150 (48.2)	137 (44.1)
มีการควบคุมการผ่านเข้า-ออก			
การใส่กุญแจ	19 (6.1)	132 (42.4)	160 (51.4)
การกดกริ่งไฟฟ้า	28 (9.0)	190 (61.1)	93 (29.9)
การควบคุมทางเชื่อมไปหน่วยงานอื่น	29 (9.3)	244 (78.5)	38 (12.2)
การเข้าถึงระบบไฟฟ้าประจำอาคาร	101 (32.5)	198 (63.7)	12 (3.9)
จุดผ่านเข้า-ออกมีที่หลบซ่อนของผู้ร้าย			
ใต้บันได	195 (62.7)	84 (27.0)	32 (10.3)
ลิฟท์	187 (60.1)	77 (24.8)	47 (15.1)
ห้องเก็บของ	139 (44.7)	136 (43.7)	36 (11.6)
ห้องว่างที่ไม่ใช้งานและไม่ใส่กุญแจ	154 (49.5)	116 (37.3)	41 (13.2)

จากตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงของระบบมาตรการรักษาความปลอดภัยรายข้อต่อการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน จำแนกเป็นการจัดเก็บของมีค่า ระบบรักษาความปลอดภัย/เฝ้าระวัง การระบุตัวบุคคลที่เข้ามาในสถานที่ทำงาน และการตรวจสอบการผ่านเข้า-ออกสถานที่ทำงาน มีความเสี่ยงสูงอยู่ในช่วงร้อยละ 7.7 - 78.5

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับความเสี่ยงของการออกแบบระบบการทำงานรายชื่อต่อการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (n=311)

การออกแบบระบบการทำงานรายชื่อ	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
การเตรียมพร้อมด้านบุคลากร			
การจัดสรรบุคลากรต่อการดูแลผู้ป่วย	19 (6.1)	130 (41.8)	162 (52.1)
การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่	15 (4.8)	28 (9.0)	268 (86.2)
มีตารางเวรสำรอง (on call)	21 (6.8)	87 (28.0)	203 (65.3)
บุคลากรต้องทำงานล่วงเวลา	231 (74.3)	67 (21.5)	13 (4.2)
เคยอบรมเรื่องความรุนแรงในสถานที่ทำงาน	35 (11.3)	164 (52.7)	112 (36.0)
การกำหนดวิธีการทำงาน			
การทบทวนประสิทธิภาพของงาน	12 (3.9)	18 (5.8)	281 (90.4)
ภาระงานด้านเอกสาร	129 (41.5)	155 (49.8)	27 (8.7)
การทำงานในสถานการณ์วิกฤต	113 (36.3)	182 (58.5)	16 (5.2)
มีช่วงเวลาพักระหว่างทำงาน	15 (4.8)	135 (43.4)	101 (51.8)
มีแนวทางเผชิญสถานการณ์วิกฤต	48 (15.4)	114 (36.7)	149 (47.9)

จากตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงของการออกแบบระบบการทำงานรายชื่อต่อการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน จำแนกเป็นการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร และการกำหนดวิธีการทำงาน มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงในช่วงร้อยละ 5.8 – 58.5

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับความเสี่ยงของวัฒนธรรมองค์กรรายชื่อ ต่อการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (n=311)

วัฒนธรรมองค์กรรายชื่อ	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
การกำหนดนโยบายในสถานที่ทำงาน			
มีนโยบายป้องกันความรุนแรง	44 (14.1)	84 (27.0)	183 (58.8)
มีแผนอบรมเรื่องความรุนแรง	41 (13.2)	101 (32.5)	169 (54.3)
มีนโยบายสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ			
จัดแสงสว่างให้เพียงพอ	15 (4.8)	40 (12.9)	256 (82.3)
ควบคุมเสียงดัง	30 (9.6)	138 (44.4)	143 (46.0)
มีอุณหภูมิเหมาะสม	20 (6.4)	54 (17.4)	237 (76.2)
การระบายอากาศดี	24 (7.7)	114 (36.7)	173 (55.6)
รูปแบบการบริหารงานในองค์กร			
การสนับสนุน/ช่วยเหลือของผู้บริหาร	35 (11.3)	82 (26.4)	194 (62.4)
การบริหารแบบเผด็จการ	200 (64.3)	63 (20.3)	48 (15.4)
การเพิกเฉยต่อการจัดการปัญหา	188 (60.5)	68 (21.9)	55 (17.7)
สัมพันธภาพระหว่างบุคลากร			
ความขัดแย้งในการทำงาน	243 (78.1)	72 (23.1)	8 (2.6)
การแบ่งพรรคพวก/ชั้นวรรณะ	219 (70.7)	62 (19.9)	30 (9.6)
การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงาน	30 (9.6)	66 (21.2)	215 (69.1)
การช่วยเหลือกันในการทำงาน	12 (3.9)	15 (4.8)	284 (91.3)
มีช่องทางให้คำปรึกษาแก่บุคลากร	30 (9.6)	64 (20.6)	217 (69.8)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

วัฒนธรรมองค์กรรายชื่อ	ระดับความเสี่ยง		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถประเมินได้ จำนวน (ร้อยละ)
สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับผู้ใช้บริการ			
มีการสื่อสาร/มีช่องทางรับความคิดเห็น	14 (4.5)	20 (6.4)	277 (89.1)
มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการ	11 (3.5)	15 (4.8)	285 (91.6)
ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ใช้บริการ	7 (13)	13 (4.2)	291 (93.6)
การเปิดเผยในการแก้ไขความขัดแย้ง	242 (77.8)	54 (17.4)	15 (4.8)

จากตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงของวัฒนธรรมองค์กรรายชื่อ ต่อการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน จำแนกเป็นการกำหนดนโยบายขององค์กร รูปแบบการบริหารงานภายในองค์กร และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงในช่วงร้อยละ 4.2 - 44.4

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาอัตราชุกของการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาของการปฏิบัติงานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาคือ พบอัตราความชุกของการถูกระทำความรุนแรงทางจิตใจสูงกว่าการถูกระทำทางร่างกาย อาจอธิบายได้ว่าการกระทำ ความรุนแรงต่อจิตใจสามารถทำได้ง่าย และหาหลักฐานในการพิจารณาความผิดได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นผู้กระทำความรุนแรงต่อจิตใจจึงไม่เกรงกลัวความผิด หรือยับยั้งชั่งใจในการกระทำ รวมทั้งไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อพิจารณาถึงขนาดของปัญหาการถูกระทำทางร่างกายในการศึกษาที่ผ่านมาพบตั้งแต่ร้อยละ 4-70 ส่วนทางจิตใจพบตั้งแต่ ร้อยละ 30-100 (เฉลิมรัฐ คำชูชาติ, 2548; ทัดดาว นิยมาศ, 2545; Celik, Aqirbas, & Uqurluoqlu, 2007; Gerberich et al., 2004; May & Grubbs, 2002; Privitera, Weisman, Cerulli, Tu, & Groman, 2005) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา

ระดับความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามการรับรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งทางด้านกายภาพ และด้านองค์กรการทำงาน ได้ชี้ให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางประเด็นที่รายงานว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จึงเป็นข้อห่วงใยที่ควรนำไปทบทวน และจัดลำดับความเสี่ยงในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย สำหรับสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ได้แก่ ด้านการออกแบบสถานที่ทำงาน พบว่า บริเวณที่จอดรถ และนอกอาคารสถานที่ที่มีระดับความเสี่ยงต่อการถูกระทำความรุนแรง เนื่องจากบริเวณดังกล่าว

มีแสงสว่างไม่เพียงพอโดยเฉพาะในเวลากลางคืนร้อยละ 61.1 ประกอบกับทางเดินจากที่จอดรถถึงสถานที่ทำงานเป็นจุดลับตาคน/มุมอับ และบริเวณที่จอดรถอยู่ไกลเกินกว่าจะร้องขอความช่วยเหลือร้อยละ 40.2 สอดคล้องกับการศึกษาของศรีทัย สิริพิทย์ (2541) ที่รายงานว่า สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพภายในโรงพยาบาลไม่มีความปลอดภัย ทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศ คือ แสงสว่างบริเวณทางเดินไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถมองเห็นผู้ที่เดินเข้ามาใกล้ได้ชัดเจน เช่น ทางเดินระหว่างหอพักจนถึงสถานที่ทำงาน

ด้านระบบมาตรการรักษาความปลอดภัย พบว่า ระบบจัดเก็บของมีค่า ได้แก่ การตรวจค้น และจัดเก็บอาวุธที่ผู้ป่วยพกพาเข้ามาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงร้อยละ 67.8 สอดคล้องกับการบอกเล่าของพยาบาลแผนกฉุกเฉินในการศึกษานี้ที่กล่าวว่า เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยเมาสุราดื่มมิดขึ้นมาสโรว์ และแหว่งไปมาในรถพยาบาลขณะส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น ทำให้พยาบาลตกใจและหวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย เมื่อพิจารณาพร้อมกับโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีการก่ออาชญากรรมสูงร้อยละ 14.8 และมีกลุ่มอันธพาลจำนวนมากร้อยละ 11.3 สะท้อนให้เห็นว่า ระบบมาตรการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลทั้งที่ไม่รัดกุมเพียงพอ ทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อการถูกระทำ ความรุนแรง จากการศึกษาของแคทเลต (Catlette, 2005) รายงานว่า ระบบการตรวจค้นอาวุธในผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน โดยการใช้เครื่องตรวจจับเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ควรมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตรวจค้นอาวุธที่ตัวผู้ป่วย และจัดเก็บอย่างปลอดภัย

ด้านการออกแบบระบบการทำงาน ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านบุคลากร โดยเฉพาะการอบรมเรื่องการป้องกันการถูกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีความเสี่ยงสูงร้อยละ 52.7 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.8 ระบุว่าไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน มีหลาย การศึกษาที่ผ่านมาอธิบายว่า บุคลากรที่ไม่เคยได้รับการอบรม

ในเรื่องดังกล่าว อาจไม่สามารถจัดการ หรือเผชิญกับเหตุการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม และอุบัติการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรงมักเกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องดังกล่าว (ทัตดาว นิยมาศ, 2545; Vertia, 2003) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าเคยเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 43.1 มีการศึกษาที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ จบการศึกษาใหม่ปีแรก มักมี ประสบการณ์เกิดความขัดแย้งและถูกกระทำ ความรุนแรงจาก บุคลากรในสาขาอาชีพเดียวกัน จึงเสนอแนะให้มีการอบรมแก่ บุคลากรในปีแรกที่เริ่มปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับ บุคลากรเมื่อต้องเผชิญกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานจาก บุคลากรในระดับเดียวกัน (McKenna, Smith, Poole, & Coverdale, 2003) รวมถึงการอบรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับ บุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ระดับบริหารตลอดจนระดับปฏิบัติ การซึ่งจะเป็นกลยุทธ์สำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้ บุคลากรให้มีความตระหนักต่อสถานการณ์ กล้าแสดงออก และ เชื่อมั่นในการเผชิญต่อสถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน อย่างเหมาะสม (ทัตดาว นิยมาศ, 2545; Ametz & Ametz, 2001; Catlette, 2005; Di Martino, 2002; Lynch et al., 2003; McPhaul & Lipscomb, 2004; Nachreiner, Gerberich, Ryan, & McGovern, 2007)

ด้านวัฒนธรรมองค์กร พบว่า การกำหนดแผนการอบรม เรื่องความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และการกำหนดนโยบายในด้านการ ป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีความเสี่ยงสูงร้อยละ 32.5 และร้อยละ 27.0 ตามลำดับ นอกจากนี้รูปแบบการบริหาร งานภายในองค์กรแบบเพิกเฉยต่อปัญหา หรือเพิกเฉยการพบว่ามี ความเสี่ยงสูงร้อยละ 21.9-20.3 ส่วนด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคลากรในการทำงาน มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงถึงร้อยละ 83.3 จากการแสดงความคิดเห็นไว้ในการศึกษา ของทัตดาว นิยมาศ (2545) ระบุว่า การกำหนดนโยบายขององค์กร เพื่อให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยลด การเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน โดยสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า หากองค์กรที่มีการกำหนดนโยบาย หรือมาตรการป้องกัน ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน เช่น จัดอบรมบุคลากรให้มีทักษะใน การเผชิญ และจัดการกับความขัดแย้ง มีทักษะการสื่อสาร หรือ การจัดการกับความเครียดในการทำงาน จะเป็นประโยชน์อย่าง มากต่อการป้องกันการถูกกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (Di Martino, 2002) นอกจากนี้รูปแบบการบริหารงานในเชิงลบยังม ี ความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงได้เช่นกัน (Morgan et al., 2008) โดยเฉพาะในองค์กรที่เป็นหน่วยงานราชการในสังคมไทย มักมีการบริหารงานแบบใช้อำนาจเผด็จการ หรือการแบ่งลำดับชั้น

(Sripichyakan et al., 2002) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือจากหัวหน้างานการบริหารงานแบบเผด็จการ และเพิกเฉยต่อการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งภายในองค์กร มีระดับ ความเสี่ยงสูงในช่วงร้อยละ 20.9 - 21.3 ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่าการ จัดการของหัวหน้าหน่วยงานภายหลังจากที่บุคลากรถูกกระทำ ความรุนแรงเป็นไปในลักษณะที่ไม่ดำเนินการใดๆ ในช่วงร้อยละ 58.3 - 83.3 ในทางตรงข้ามหากองค์กรมีการสนับสนุน ช่วยเหลือจาก หัวหน้างาน (Di Martino, 2003) มีการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ในการทำงานจะสามารถป้องกันการเกิดความรุนแรงในสถานที่ ทำงานได้ (Findorff, McGovern, Wall, Gerberich, & Alexander, 2004) สำหรับสัมพันธภาพระหว่างบุคลากร พบว่ามีความเสี่ยงสูง อยู่ในช่วงร้อยละ 4.8-23.1 แม้ว่าผลการศึกษานี้จะพบความเสี่ยง ในระดับที่ไม่มาก แต่จากหลายการศึกษาที่ผ่านมารายงานว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกกระทำ ความรุนแรงทางวาจาเกิดจาก การมีปัญหาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน อาทิเช่นไม่สามารถ สื่อสาร หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในการทำงานได้ (Duncan et al., 2001; Lin & Liu, 2004) จากการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพพบใหม่จำนวนมากที่ถูกกระทำ ความรุนแรง เนื่องจากมีความขัดแย้งกับบุคลากรในภายในระดับวิชาชีพเดียวกัน (McKenna et al., 2003) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุมาจากสถานภาพ ทางสังคม และเศรษฐกิจ หรือความมีอำนาจทางหน้าที่การงานของ บุคลากรที่เหลื่อมล้ำแตกต่าง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในเชิงลบ ทั้งการแบ่งชั้นวรรณะ การขาดความเคารพนับถือจากผู้ร่วมงาน และการขาดความช่วย เหลือกันในการทำงาน สามารถกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางจิตใจ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละลักษณะ (Oweis & Diabat, 2005; Tomev, Daskalova, & Ivanova, 2003)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ทำการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่ สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรที่ศึกษาได้ นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูล อาจทำให้ได้ ข้อค้นพบที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากข้อคำถามเป็นเรื่องที่ บุคลากรเกรงว่าจะเกิดผลกระทบต่อนตนเองจึงอาจไม่เปิดเผยข้อมูล ที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำข้อค้นพบไปสู่การปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมในการ ทำงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากร โดยเฉพาะ สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง โดยทีม ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรร่วมกันประเมิน สิ่งแวดล้อมซ้ำอีกครั้ง เพื่อนำไปสู่การร่วมกันกำหนดนโยบาย ป้องกันการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

2. หน่วยงานด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำผลการศึกษาไปจัดทำแผน หรือนโยบายในระดับ โรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และนำไปสู่การจัดกิจกรรมด้านความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน

3. โรงพยาบาลที่มีแผนในการก่อสร้างอาคารสถานที่ หรือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล สามารถใช้ผลการศึกษาเป็น เกณฑ์ในการกำหนดแผนการก่อสร้างหรือปรับปรุง เพื่อป้องกัน หรือลดความเสี่ยงการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

เอกสารอ้างอิง

- เกสรา ศรีพิชญากุล, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และ บังอร ศุภวิทิตพัฒนา. (2545). สถานการณ์ของความรุนแรงในที่ทำงานที่เป็นสถานบริการสุขภาพ วิจัยของคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พยาบาลสาร [ฉบับพิเศษ], 201 - 215.
- ขวัญจิต พฤษะวัน. (2545). การปฏิบัติเพื่อความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิมรัฐ คำชูชาติ. (2548). ความรุนแรงที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งวิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- หัตตดาว นิยมาศ. (2545). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทองศุกร บุญเกิด, และ พวงเพ็ญ ชูณหพราน. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังการถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(2), 37-47.
- ศรัทธัย สิริพิทย์. (2541). การคุกคามทางเพศต่อพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Sciences and Medicine*, 52, 417-427.
- Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in Level I Trauma Centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31, 519-525.
- Celik, S. S., Aqirbas, I., & Uqurluoqlu, O. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359-366.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2002). Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector. Geneva: Switzerland.
- Cooper, C. L., & Swanson, N. (2002). Workplace Violence In The Health Sector-State of the Art. ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector. Geneva: Switzerland.
- Curbow, B. (2001). Origins of violence at work .In C.L. Cooper & N. Swanson (Eds.), *State of the Art*. (pp. 35-48). Geneva: Switzerland. ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector.
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil,Bulgaria, Labanon, Portugal, South Africa, Thailand and additional Australian study. Geneva: ILO.
- Di Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector. Geneva: Switzerland.



- Duncan, S. M., Hyndman, K., Estabrooks, C. A., Hesketh, K., Humphrey, C. K., Wong, J. S., et al. (2001). Nurses, experience of violence in Alberta and British Columbia hospital. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32(4), 57-58.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, O., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., et al. (2008). Violence risks in nursing-results from the European "NEXT" study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.
- Findorff, M. J., McGovern, M. P., Wall, M., Gerberich, S. G., & Alexander, B. (2004). Risk factor for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention*, (10), 296-302.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, M. N., Geisser, S.M., et al. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, (61), 495-503.
- International Labour Organization [ILO]. (2002). Programme on Safety and Health at Work and the Environment: SafeWork I ntroduction to violence at work.
- Lin, Y. H., & Liu H.E. (2005). The impact of workplace violence on nurses in Taiwan. *International journal of nursing studies*. [Abstract]. September, 42(7), 773-778.
- Lynch, J., Appelboam, R., & McQuillan, P. J. (2003). Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. *Sociology of health & illness*, 28(2), 154-177.
- May, D. D., & Grubbs, L. M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal Emergency of Nursing*, 28(3), 11-17.
- Mayhew, C., & Chappell, D. (2005). Violence in health care. *Medical Association Journal*, October, 183 (7), 346-347.
- McKenna, G. B., Smith, A. N., Poole, J. S., & Coverdale, H. J. (2003). Experience before and throughout the nursing career Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.
- McPhaul, K., & Lipscomb, J. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Journal of Issues in Nursing*, 9(3).
- Morgan, D. G., Crossley, M. F., Stewart, N. J., D. Arcy, C., Forbes, D. A., Normand, S. A., et al. (2008). Taking the hit focusing on caregiver "error" masks organizational level risk factors for nursing aide assault. *Qualitative Health Research*, 18(3), 334-346.
- Nachreiner, M. N., Gerberich, S. G., Ryan, A. D., & McGovern, P. M. (2007). Minnesota nurses study: perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health*, 45, 672-678.
- Oweis, A., & Diabat, M. K. (2005). Jordanian nurses perception of physicians, verbal abuse: finding from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 881-888.
- Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Journal of Occupational Medicine*, 55(6), 480-486.
- Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice*. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Sripichayan, K., Thungpunkum, P., & Supavitipatana, B. (2002). A case study in Thailand: Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector, forthcoming working paper.
- Stanko, A. E. (2001). Knowledge about the impact of violence at work in the health sector. In C.L.Cooper & N. Swanson (Eds.), *State of the Art*. (pp. 49-60). Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector.
- Tomev, L., Daskalova, N., Ivanova, V. (2003). Workplace violence in the health sector: Country case study Bulgaria. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI joint programme on workplace violence in the health sector. forthcoming working paper.
- Vartia, M. (2003). Workplace bullying a study on the work environment, well being and health. academic dissertation department of psychology, University of Helsinki.
- Wells, J., & Bower, L. (2002). How prevalence is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. *Journal of Advanced Nurse*, 39(3), 230-240