

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

## การพัฒนาารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

The development of aggressive and violent behavior management model in  
psychiatric patients for nursing personnel in general and the community hospitals

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, ปร.ด.<sup>1</sup>, นาฏลดา น้าภา, พย.ม.<sup>1</sup>, ธีราภา ธาณี, ส.ม.<sup>1</sup>, สุภาพร จันทร์สาม, พย.ม.<sup>2</sup>  
Akkaradech Klinpiboon, Ph.D.<sup>1</sup>, Natladda Numpa, M.N.S.<sup>1</sup>, Theerapa Thanee, M.P.H.<sup>1</sup>, Supaporn Jansam, M.N.S.<sup>2</sup>

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี<sup>1</sup>, โรงพยาบาลยโสธร<sup>2</sup>  
Prasrimahabodi Psychiatric Hospital<sup>1</sup>, Yasothon Hospital<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

**วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน โดย 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช 2) พัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน และ 3) ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ บุคลากรทางการพยาบาลที่คัดเลือกแบบเจาะจงได้รับการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนด ประเมินผลการอบรมด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดความเชื่อมั่น ติดตามผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวฯ หลังการอบรม 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยแบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

**ผล** รูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ (MIInD model) มีกระบวนการจัดการ 3 ระยะ ได้แก่ การจัดการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการณ์ (M: management prevention) การคุ้มครองป้องกัน (In: intervention protection) และการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (D: development to prevention) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ารูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ มีความเหมาะสม ยอมรับได้และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง ผลการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 42 คน พบมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่นสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการติดตามผลลัพธ์หลังการอบรม 1 ปีพบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลง และบุคลากรบาดเจ็บลดลง

**สรุป** รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานได้

**คำสำคัญ:** การจัดการพฤติกรรม บุคลากรทางการพยาบาล พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาล

**ติดต่อผู้พิมพ์:** อัครเดช กลิ่นพิบูลย์; e-mail: tu.akk@hotmail.com

## Abstract

**Objective** To develop and evaluate the model for management aggressive and violent behaviors in psychiatric patients for nursing personnel in general and community hospitals.

**Materials and methods** The research and development approach was applied in 3 stages: 1) situational analysis and review of the related factors to aggressive and violence behaviors in psychiatric patients, 2) developing the model for management aggressive and violent behaviors in psychiatric patients for nursing staff in general and community hospitals, and 3) evaluating the model. Experts assessed the model regarding the suitability, the possibility and the feasibility. The nursing personnel were purposively sampled to attend the training program and received pre/post-test in knowledge, attitude, and confidence. The data were analysed using percentage, means, standard deviation, paired samples t-test and the qualitative data were analyzed using content analysis.

**Results** The model (MInD model) consisted of 3 main processes: M-management prevention, In-intervention protection, and D-development to prevention. Experts assessed the MInD model demonstrated suitability, acceptability, and feasibility at a high level. After training, 42 nurses were observed increased significantly in their knowledge, attitude, and confidence. The outcomes at one year follow up found a decreased in incidence of aggressive and violent behaviors, a reduction in the number of referral and a decrease in the personnel injuries from the attacks.

**Conclusion** The MInD model should be considered to implement in general and community hospital according to their contexts.

**Key words:** aggressive behavior, behavior management, hospital, nursing personnel, violent behavior

**Corresponding author:** Akkaradech Klinpiboon; e-mail: tu.akk@hotmail.com

## บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลก<sup>1,2</sup> และมีแนวโน้มความถี่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>3,4</sup> โดยเฉพาะพฤติกรรมที่กระทำต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ<sup>5</sup> บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทำงานที่มีลักษณะเฉพาะต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันในภาวะไม่ปกติสุขของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นจึงเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ<sup>6</sup> พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจกับทีมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด<sup>7</sup> มากกว่าความรุนแรงด้านร่างกาย แต่ในระยะยาวอาจเกิดความเจ็บปวดเรื้อรังซึ่งทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง<sup>8,9</sup> ความพึงพอใจในการทำงานลดลง ต้องออกจากวิชาชีพก่อนเวลาอันสมควร<sup>10</sup> รวมทั้งองค์กรต้องสูญเสียทั้งภาพลักษณ์ในการให้บริการและงบประมาณ<sup>11</sup>

จากการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2556 – 2558) ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต 120 คน และการสำรวจในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 388 คน พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชกระทำรุนแรงต่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 40.5, 50.5, 50.3) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วย 1669 (ร้อยละ 36.3, 36.1, 41.0) และผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 29.4, 31.4, 31.4) กระทำด้วยวาจา (ร้อยละ 51.5) มากกว่ากระทำทางกาย (ร้อยละ 20.9) มักเกิดขึ้นในช่วงเวรป่วย (ร้อยละ 49.7) พบมากที่สุดที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ร้อยละ 43.6) และหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 39.2)

สาเหตุจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขาดความรู้ด้านจิตเวชฉุกเฉิน (ร้อยละ 69.8) ขาดทักษะ (ร้อยละ 62.9) และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านจิตเวช (ร้อยละ 61.8) และหน่วยงานต่าง ๆ ไม่มีวิธีการจัดการหรือแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ใช้วิธีการจัดการเฉพาะหน้า เฉพาะเหตุการณ์ ปัญหาที่สำคัญคือบุคลากรขาดความรู้ความเชื่อมั่น ขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ดังนั้น เพื่อการแก้ไขที่รากเหง้าของปัญหา<sup>12</sup> ครอบคลุมในหลากหลายปัจจัยและเหมาะสมกับบริบท และตอบสนองต่อนโยบายเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยการฝึกอบรมให้กับบุคลากร นอกเหนือจากการเรียนรู้ในระบบการศึกษาปกติ<sup>13</sup> ซึ่งมีผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหลังฝึกอบรม บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในทางบวก<sup>11,14,15</sup> มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล จะทำให้รู้สึกปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น<sup>16,17</sup> ผลลัพธ์สุดท้ายคือการป้องกันและลดการใช้มาตรการที่เข้มงวด<sup>18</sup> ลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์และการบาดเจ็บหลังการฝึกอบรม<sup>19</sup>

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 10

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2007 – 2016 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตามกรอบ PICO ดังนี้ P (population) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง; I (intervention) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง; C (comparisons) ไม่มี และ O (outcome) ความปลอดภัย/การบาดเจ็บ สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiLIS, PubMed, Science Direct (Elsevier), Google Scholar and Wiley Online Library Journals โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น management of violence in general hospital, aggressive and violent behavior in psychiatric patient, violence in the health care setting, พฤติกรรมรุนแรง และประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt<sup>20</sup> และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของ Polit & Beck<sup>21</sup> พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 53 เรื่อง ผู้วิจัยประเมินและคัดเลือกมีคุณภาพและน่าเชื่อถือสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 22 เรื่อง สรุปข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus groups) ใน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไร 2) มีวิธีการอย่างไรในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช 3) องค์ประกอบของวิธีการจัดการ 4) เครื่องมือที่ใช้

ในกระบวนการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และ 5) วิธีการถ่ายทอดรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ คัดเลือกแบบเจาะจงแบ่งเป็น 5 กลุ่มจังหวัด จำนวน 120 คน สรุปข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 โดยนำข้อมูลที่ได้ออกมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ และคู่มือรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ นำไปทบทวนโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายเดิมอีกครั้งเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดสอบ<sup>22</sup> โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม (suitability) คือรูปแบบมีเนื้อหาสาระที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการตรงตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การยอมรับได้ (acceptability) คือรูปแบบมีวิธีการไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติมากเกินความจำเป็น และความเป็นไปได้ (feasibility) คือรูปแบบสามารถนำไปใช้ได้อย่างสมเหตุสมผล เหมาะสม และเพียงพอต่อการปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินร่างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ ที่มี 3 ตอน ตอนที่ 1 ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ ตอนที่ 2 ประเมินความสอดคล้องของรูปแบบฯ ตอนที่ 3 ประเมินความ

เหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของคู่มือรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ โดยทดลองฝึกอบรมตามโปรแกรม 6 หน่วยการเรียนรู้ จำนวน 16 ชั่วโมงให้กับบุคลากรทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 42 คน จาก 6 หน่วยบริการของโรงพยาบาลโสธร (ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง จิตเวชและสุขภาพจิต เวชศาสตร์ชุมชน) มีเป้าหมายระยะสั้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (C: cognitive) เปลี่ยนแปลงเจตคติ (A: attitude) เพิ่มพูนสติหรือความเชื่อมั่น (M: mindfulness) และเพิ่มพูนทักษะ (P: psychomotor) ประเมินผลโดย 1) แบบทดสอบความรู้ เป็นแบบปรนัยถูกและผิด 25 ข้อ ค่า IOC=0.71-1 ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค=0.89, 2) แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความก้าวร้าวและความรุนแรง (MAVAS) 27 ข้อ เป็นมาตราวัด 5 ระดับพัฒนาโดย ดักเบอร์รี่และคณะ<sup>23</sup> ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค=0.86, 3) แบบวัดความเชื่อมั่นในการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าว (CIMPAS) พัฒนาโดยครีเอรี่<sup>24</sup> ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค=0.89, 4) แบบประเมินการฝึกทักษะปฏิบัติ มีเกณฑ์วัด 2 ระดับ คือ ผ่าน หรือไม่ผ่าน และ 5) แบบประเมินผลการฝึกอบรมเพื่อประเมินด้านอรรถประโยชน์และการตอบสนองต่อผู้ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าดัชนี ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนที่แบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired-sample T-test) นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปลความหมาย

หลังการนำไปใช้ในช่อง 1 ปีประเมินผลลัพท์จากอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การบาดเจ็บ

ของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน และการส่งต่อ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโสธร จังหวัดยโสธร

## ผล

### สภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นปัญหาทางวิชาชีพที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่ให้บริการกับผู้ป่วยจิตเวช<sup>6</sup> การจัดการมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีเหตุผลด้านจริยธรรมและเป็นอันตรายต่อบุคลากรและผู้ป่วย<sup>16</sup> อย่างไรก็ตามสามารถป้องกันได้ ถ้าบุคลากรทุกคนมีเจตคติที่ดีต่อปัญหา สาเหตุและวิธีการจัดการในหน่วยงาน<sup>22</sup> รวมทั้งมีการระบุนโยบายการป้องกันและจัดการความก้าวร้าวรุนแรงในสถานที่ทำงานอย่างชัดเจนตามนโยบายและกระบวนการบริหารความเสี่ยง<sup>25</sup>

สาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<sup>26</sup> เกิดจากอิทธิพลของพยาบาลซึ่งรวมถึงคุณค่ากระบวนการทางอารมณ์และทักษะทางพฤติกรรมลักษณะของผู้ป่วย และลักษณะของสถานการณ์วัฒนธรรม และวิธีปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การรับรู้ถึงความแตกต่างของบุคคลมีความแตกต่างกัน

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนวิธีจัดการที่มีประสิทธิภาพ<sup>27</sup> ตามรูปแบบสาธารณสุข (public health model)<sup>28</sup> โดยมีจุดมุ่งเน้นการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานสามมิติ คือ การป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นกลยุทธ์เชิงรุกป้องกันก่อนเกิดความรุนแรง เช่น จัดสภาพแวดล้อมเพื่อการรักษา ประเมินความเสี่ยงทั้งสิ่งแวดล้อมและทางคลินิก

การป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นกลยุทธ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ มีการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างละเอียด มีการจัดการและวางแผนการดูแลที่ดี มีประสิทธิภาพและปลอดภัย การลดระดับความรุนแรง การจำกัดพฤติกรรมทางกาย และการหยุดยั้งพฤติกรรม การใช้ยากลุ่มประสาทรักษาที่ออกฤทธิ์เร็ว การใช้ห้องแยกและเพิ่มระดับการสังเกตนำไปสู่การพัฒนาแผนการจัดการความเสี่ยงตามความจำเป็น และการป้องกันแบบทุติยภูมิ (tertiary prevention) หลังอุบัติการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นต้องมีการเรียนรู้การปฏิบัติที่ไม่สามารถทำได้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในอนาคตเพื่อใช้ความพยายามอื่น ๆ เพิ่มเติมจะทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และอุบัติการณ์ลดน้อยลง

การฝึกอบรมบุคลากรที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอุบัติการณ์ด้านผู้ป่วย ลดการผูกมัด และใช้วิธีการผูกมัดที่เหมาะสม เพิ่มความมั่นใจของพนักงาน ความพึงพอใจผู้ป่วยและลดความกลัวของพนักงาน<sup>29</sup> จึงควรใช้ฐานคิดเพื่อให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ได้ โดยฝึกอบรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ผู้ป่วย วัฒนธรรมวิธีปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ควรฝึกทักษะเพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติอย่างเพียงพอ รูปแบบการฝึกอบรมควรให้วิทยากรมีอิสระในการปรับแต่งโปรแกรมเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของเจ้าหน้าที่ เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กร และมุ่งเน้นเป็นพิเศษในการฝึกทีมเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<sup>26</sup> และใช้วิธีการเชิงประจักษ์กำหนดเนื้อหาหลักสูตรให้ง่ายต่อการฝึกอบรม เน้นทักษะเชิงพฤติกรรม การซ่อมทีมฉุกเฉินในสถานการณ์จำลองที่เคยเกิดขึ้นจริง<sup>22</sup> มีการวัดผลก่อนและหลัง

ฝึกอบรมที่แม่นยำตรง เชื่อถือได้ โดยใช้แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความก้าวร้าว ความมั่นใจ และทักษะในการจัดการกับความก้าวร้าวมาใช้ในการประเมินผู้เข้าฝึกอบรม<sup>30</sup>

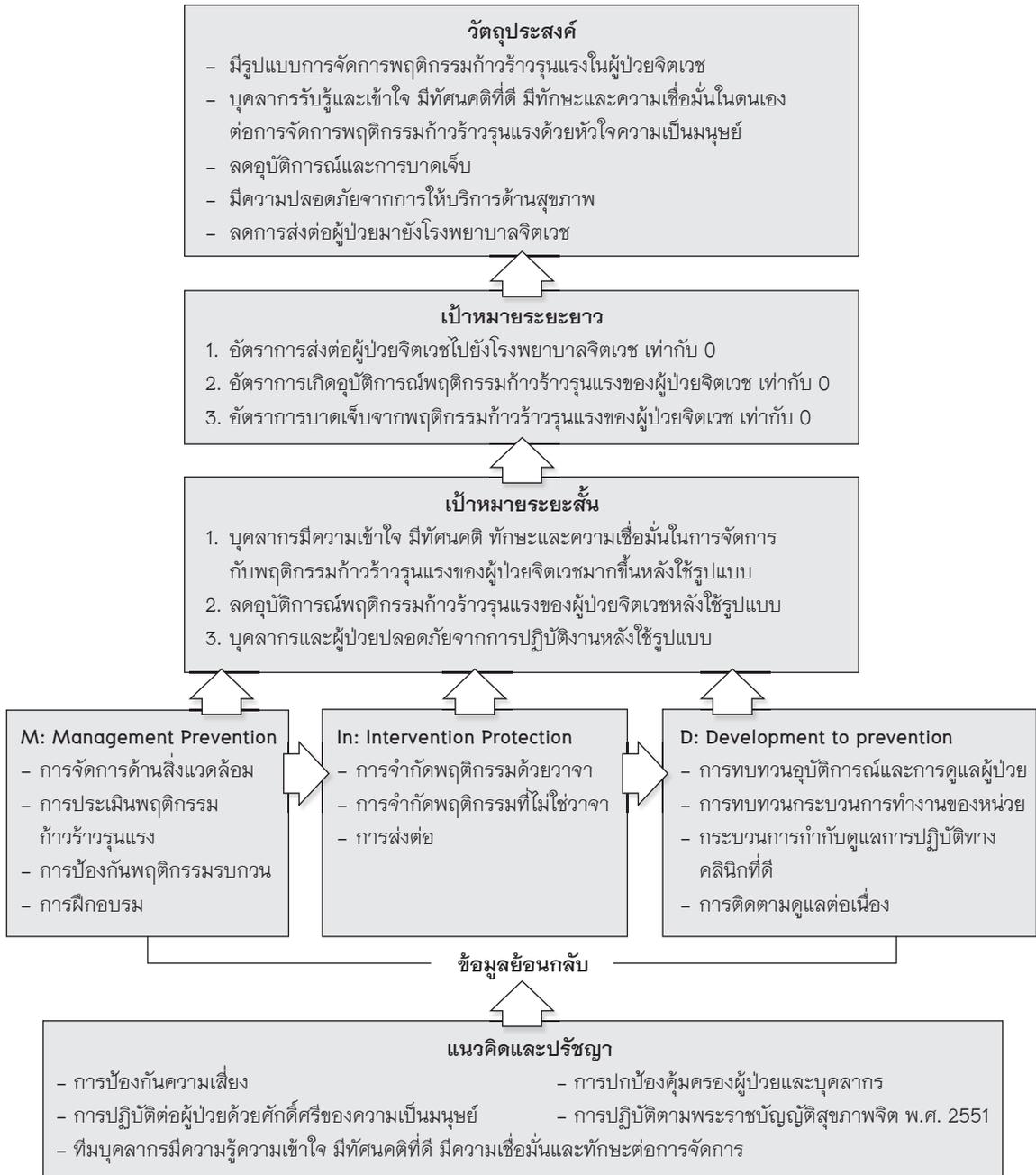
### **รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน**

มี 5 องค์ประกอบ และกระบวนการจัดการ 3 ระยะ แสดงดังแผนภาพที่ 1 ผลการทดสอบรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ยอมรับได้ และความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.9, 4.9, 4.7$ ) สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง

### **ผลการประเมินรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฯ**

การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบวัดทัศนคติ และแบบวัดความเชื่อมั่นในการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 1 และผลลัพธ์ตามเกณฑ์ได้ร้อยละ 100 ทั้งคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหลังฝึกอบรมมากกว่าร้อยละ 80 ความคิดเห็นต่อการต่อการรับรู้และการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ อยู่ในระดับมาก และการฝึกทักษะป้องกันตนเองและการจำกัดพฤติกรรมผ่านตามเกณฑ์

### MInD Model



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังฝึกอบรม

คะแนนเฉลี่ยรวม		$\bar{X}$	$\bar{D}$	S	t	p
ด้านความรู้	ก่อนฝึกอบรม	18.3	3.1	1.75	-11.4*	.00
	หลังฝึกอบรม	21.4				
ด้านทัศนคติ	ก่อนฝึกอบรม	97.2	4.2	0.1	-10.5*	.00
	หลังฝึกอบรม	104.2				
ด้านความเชื่อมั่น	ก่อนฝึกอบรม	25.7	1.0	0.4	-16.2*	.00
	หลังฝึกอบรม	36.5				

การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายหลังใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ 1 ปี ในระดับหน่วยงานและระดับบุคคล พบจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชลดลง จำนวน

อุบัติการณ์จากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชลดลง และจำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานและระดับบุคคลก่อนและหลังฝึกอบรมในระยะ 1 ปี

ตัวชี้วัด	การฝึกอบรม	
	ก่อน	หลัง
<b>ระดับองค์กร/หน่วยงาน</b>		
- จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวช	128	89
- จำนวนอุบัติการณ์จากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช	49	19
<b>ระดับบุคคล</b>		
- จำนวนบุคลากรบาดเจ็บทางกายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	2	1
- จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางกายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	2	2

## วิจารณ์

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวคิดและปรัชญา วัตถุประสงค์/เป้าหมาย กระบวนการจัดการ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการ และการทบทวนและประเมินผล ในแต่ละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในเชิงเหตุและผล คล้ายกับกรอบแนวคิด PDCA หรือ Deming cycle สามารถใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้น ๆ และองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบ<sup>31</sup> สามารถนำไปใช้อธิบาย ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ หรือตัวแปรต่าง ๆ ที่มี ตามลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบได้ง่ายขึ้น และทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไปได้<sup>32</sup>

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ นี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และรูปแบบที่ใช้ในต่างประเทศร่วมกับข้อสรุปแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทที่ได้จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิตในเขตสุขภาพที่ 10 จึงมีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง โดยรูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ นี้มีจุดเด่นที่กระบวนการจัดการใช้วิธีการที่หลากหลาย เหมือนกับรูปแบบสาธารณสุข (public health model)<sup>28</sup> เนื่องจากสาเหตุของความก้าวร้าวไม่มีปัจจัยใดที่โดดเด่นเพียงปัจจัยเดียว วิธีการใดเพียงวิธีการเดียวก็ไม่สามารถให้ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน<sup>38</sup> จึงต้องมีขั้นตอนการปฏิบัติตามระยะของสถานการณ์ที่ชัดเจน<sup>28,33,34</sup> สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบท และสามารถตอบสนองต่อการจัดการเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ (management prevention) การคุ้มครองป้องกันเมื่อเกิดอุบัติการณ์

(intervention protection) และการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (development to prevention) และที่มีความแตกต่างที่โดดเด่นที่สุด คือมีการฝึกทักษะการป้องกันตนเองและการเอาตัวรอดจากสถานการณ์วิกฤตให้กับบุคลากร โดยไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย วิธีการที่ใช้เป็นเพียงการเอาตัวเองออกจากสถานการณ์หรือหลุดพ้นจากการถูกผู้ป่วยจับ ดึง เตะ ต่อย ตี หรือถูกล็อกด้วยมือหรือแขนในท่าต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างจากข้อแนะนำในวิธีการจัดการหรือการต่อสู้ป้องกันตนเองของสถาบันอื่น ๆ รวมทั้งการควบคุมตัวหรือการรวบตัวผู้ป่วยด้วยมือเปล่า (manual restraint) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน โดยยึดแนวคิด ทฤษฎีการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ข้อกำหนดด้านจริยธรรมทางวิชาชีพ การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 หลักการทางสรีรวิทยาและหลักการพื้นฐานต่าง ๆ เช่น แรงโน้มถ่วง (gravity) แรงเสียดทาน (friction) การใช้โครงสร้างทางร่างกาย (body structure) ออกแบบให้การเข้ารวบตัวเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยมือเปล่าได้ผล ไม่เป็นอันตรายต่อกระดูก กล้ามเนื้อ และจุดอ่อนของร่างกาย ช่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง ลดการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากร<sup>19</sup>

นอกจากนี้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯ ยังได้กำหนดเป้าหมายระยะสั้นเพื่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน 4 ด้าน เรียกว่า CAMP concept คือเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (C: cognitive) เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติ (A: attitude) เพื่อเพิ่มพูนสติหรือความเชื่อมั่น (M: mindfulness) และเพื่อเพิ่มพูนทักษะ (P: psychomotor) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มุ่งส่งเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติงานของ

บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล<sup>11,14,15</sup> และในระยะยาว มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติเหตุ และสร้างระบบการทำงานที่ปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ<sup>17,35</sup> โดยเฉพาะความมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลรูปแบบฯ จากการนำไปใช้ โดยการฝึกอบรม พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านความเชื่อมั่นต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผ่านการฝึกทักษะครบตามเกณฑ์การประเมินนั้น เป็นผลมาจากประสิทธิผลของแผนการฝึกอบรมที่มีองค์ประกอบในเนื้อหาสาระที่เฉพาะ เหมาะสมกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีการฝึกทักษะปฏิบัติในรายบุคคลและแบบทีม ทั้งด้านการจัดการด้วยวาจา และการจัดการทางกายภาพ<sup>36</sup> และมียุทธศาสตร์ประกอบในเนื้อหาสาระสำคัญครอบคลุมตามหลักการประเมินผลหลังฝึกอบรม<sup>19</sup> ทำให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในทางบวก<sup>12,14,16</sup> มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล รับรู้ถึงความปลอดภัยและมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น<sup>17,18</sup> ในการวิจัยครั้งนี้แม้จะพบว่า คะแนนความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 38.1) ยังคงมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับไม่แน่ใจ ซึ่งอาจเป็นผลจากการเรียนรู้และการฝึกอบรมในช่วงเวลาสั้น ๆ มีการฝึกทักษะปฏิบัติเพียง 6 ชั่วโมง จึงไม่อาจส่งผล

ให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมีความสามารถหรือมีความสามารถมากได้

การประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ด้านการบรรลุวัตถุประสงค์ พบว่าเกิดความรู้ความเข้าใจในระดับมากที่สุด มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้งาน ช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก เป็นผลมาจากข้อสรุปการสนทนากลุ่มที่ร่วมกันกำหนดเนื้อหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบท<sup>28,34</sup> ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง และยังเป็นความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ทั้งในการปฏิบัติงาน และในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการใช้เทคนิควิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของทีมวิทยากรในลักษณะของการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะ การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติที่เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้เข้าฝึกอบรมสนใจ ตั้งใจเรียนรู้วิธีการจัดการด้วยกลวิธีต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่อันตราย ทั้งด้วยวิธีการใช้คำพูดโดยการฝึกอบรมให้เป็นผู้ฟังที่ดี ไม่ด่วนตัดสินใจ มีการเอาใจใส่ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง<sup>37</sup> และการใช้โปรแกรมทักษะทางกายในการปฏิบัติที่เหมาะสมถูกต้อง มีความมั่นคงและปลอดภัย สามารถใช้สลายพฤติกรรมรุนแรง หรือตอบสนองต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>23</sup> และได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริงอย่างครบถ้วนผ่านตามเกณฑ์ทุกคน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และมีความเชื่อมั่นในตนเองให้มากที่สุดในเวลาจำกัด<sup>11,14,15</sup> และมีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้และทักษะใหม่<sup>35</sup> อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นว่าการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด

อันตรายทั้งบุคลากรและผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย เป็นงานที่ยากและซับซ้อน เทคนิคการควบคุมผู้ป่วยด้วยตนเองมีความซับซ้อนและยากที่จะทำสำเร็จเนื่องจากเหตุผลด้านจริยธรรม<sup>17</sup>

การประเมินผลหลังใช้รูปแบบฯ ในช่วง 1 ปี พบว่าเกิดอุบัติการณ์และการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชลดลง ซึ่งช่วยลดงบประมาณการส่งต่อ จาก 322,560 บาท เป็น 224,280 บาท หรือ ลดลงร้อยละ 30.5 การบาดเจ็บทั้งบุคลากรและผู้ป่วยลดลง<sup>19</sup> แม้จะไม่มากแต่ถือว่าเป็นก้าวแรกของการใช้วิธีการที่เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมในประเด็นปัจจัยที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบท<sup>12</sup>

### สรุป

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฯ ช่วยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้ครอบคลุมหลายปัจจัยเหตุ เหมาะสมกับบริบทหลังรับการอบรมบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในทางบวก มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล ทำให้รู้สึกปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์สุดท้าย คือ การป้องกันและลดการใช้มาตรการที่เข้มข้น ลดอุบัติการณ์และการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากร และลดการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลจิตเวช

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ รศ.ดร.กฤตยา แสวงเจริญ ที่ให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

**ความรู้เดิม:** พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปพบได้บ่อยแต่ยังไม่มีวิธีการจัดการหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

**ความรู้ใหม่:** รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช (MIInD Model) มี 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ M: management prevention, In: intervention protection และ D: development to prevention

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงฯ สามารถนำไปใช้ฝึกอบรมให้บุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหาได้ดีขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Anderson A, West SG. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov Clin Neurosci* 2011;8:34-9.
2. Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Granot M, Hirschmann S, Kostinski H. Control: patients' aggression in psychiatric settings. *Qual Health Res* 2012;22:43-53.
3. Arnetz J, Hamblin L, Essenmacher L, Upfal M, Ager J, Luborsky, M. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *J Adv Nurs* 2015;71:338-48.
4. National Institution for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and management in mental health, health and community settings. Manchester: National Institution for Health and Care Excellence; 2015.
5. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs* 2015;14:35.

6. Spencer S, Stone T, McMillan M. Violence and aggression in mental health inpatient unit: an evaluation of aggression minimization programs. *HNE Handover: For Nurses and Midwives* 2013;3:42-48.
7. D'Ettoire G, Pellican V. workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Saf Health Work* 2017;8:337-42.
8. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany—a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:51.
9. Campbell JC, Messing JM, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *J Occup Environ Med* 2011;53:82-9.
10. Ceravolo DJ, Schwartz DG, Foltz-Ramos KM, Castner J. Strengthening communication to overcome lateral violence. *J Nurs Manag* 2012;20:599-606.
11. Mihai A, Domokos L, Tirintica R, Radu A, Nirestean A. Training in management of aggressive behaviour—experience in Romania. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 468.
12. National Institution Health and Clinical Excellence (NICE). *Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems*. Manchester: National Institution Health and Clinical Excellence; 2017.
13. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM. Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011;8:76-86.
14. Pekara J, Trešlová M. The experiences with nurses' trainings concerning prevention of violence in the Czech Republic in years 2010–2013. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p.:448-50.
15. Zwitter MS. Violence in the health care setting: empowering nursing students through the use of de-escalation training. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 440-2.
16. Snorrason J, Sævarsson GS, Bjarnason HT. Experience of staff using manual restraint techniques. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 463-4.
17. Jones D. Violence in the workplace: an endemic but not an inevitable problem of 21<sup>st</sup> century healthcare delivery. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 31-4.
18. Ciarlo SL, Moylan LB. Integration of the Audio-Visual Moylan Assessment of Progressive Aggression Tool (MAPAT) in a USA state wide training program of mental health workers. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 434-9.
19. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs* 2010;6:15-28.
20. Melnyk BM, Fineout-Overhot E, Stillwell SB, Williamson KM. *Evidence based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice*. *Am J Nurs* 2009;109:49-52.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

22. McCann TV, Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMJ Psychiatry* 2014;14-80.
23. Duxbury J, Hahn S, Needham I, Pulsford D. The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study *J Adv Nurs* 2008;62:596-606.
24. Thackrey M. Clinician confidence in coping with patient aggression: assessment and enhancement. *Professional Psychology: Research and Practice* 1987;18:57-60.
25. WorkSafe Victoria. Prevention and management of aggression in health services. Victoria: WorkSafe Victoria; 2010.
26. Farrell GA, Shafiei T, Salmon P. Facing up to "challenging behaviour": a model for training in staff-client interaction. *J Adv Nurs* 2010;66:1644-55.
27. Paterson B, Leadbetter D, Miller G. Beyond zero tolerance: a varied approach to workplace violence. *Br J Nurs* 2005;14:746-51.
28. Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, et al. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: World Health Organization; 2004.
29. McDonnell AA, Gould A, Adams T, Sallis J, Anker R. Staff training in physical intervention: a systematic literature review. Bath: Studio 3 training system; 2014.
30. Middleby-Clements JL, Grenyer BF. Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudes. *Aust N Z Psychiatry* 2007;41:187-91.
31. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory & knowledge development in nursing. 8<sup>th</sup> edition. St Louis: Elsevier; 2008.
32. Sudthae K. The development of forms of academic administration for small schools. Mahasarakham: Mahasarakham Rajabhat University; 2010. (in Thai)
33. Baker SN. Management of acute agitation in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J* 2012;34:306-18.
34. Jones D. Violence in the workplace: an endemic but not an inevitable problem of 21<sup>st</sup> century healthcare delivery. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 31-4.
35. Guay S, Boyer R, Jarvis J, Dugal N. Evaluation of changes in perceived self-efficacy in managing patient aggression after completing workplace prevention training. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 459-62.
36. Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2006;57:1022-6.
37. Karpilovsky H. Reducing aggression on a psychiatric unit through interdisciplinary staff education. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8<sup>th</sup> European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p. 452.
38. Pekar BC, Gillespie GL. Workplace violence: a call for action. *J Hospital Adm* 2014;3:34-40.
39. Saimai W, Thanjira S, Phasertsukjinda N. Workplace violence and its management by nursing personnel in emergency department. *Ramathibodi Nursing Journal* 2010;6:121-35. (in Thai)