

การพยาบาลองค์รวมเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงาน Holistic Nursing Care for Reducing Workplace Violence

สุรีย์ ธรรมิกบวร, ประ.ด. (การพยาบาล)¹

Suree Trumikaborworn, Ph.D. (Nursing)¹

นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล, ประ.ด. (การพยาบาล)²

Nareelux Suwannabol, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 13, 2025

Revised: November 23, 2025

Accepted: November 24, 2025

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในที่ทำงานของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และคุณภาพการบริการทางสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่ตึงเครียด การขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สภาพแวดล้อมการทำงานที่กดดัน รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ “การพยาบาลองค์รวม” เป็นแนวคิดในการลดความรุนแรงในที่ทำงาน โดยเน้นการมองบุคคลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ลดความตึงเครียดและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การดำเนินการเน้น 3 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการวางแผนป้องกันเหตุ 2) การวางระบบการตอบสนองต่อเหตุความรุนแรงอย่างมีมาตรการ และ 3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสื่อสารและเผชิญเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย สัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการบริการที่มีคุณภาพ โดยมีพยาบาลเป็นศูนย์กลางของการดูแลด้วยความเข้าใจในความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การพยาบาลองค์รวม การลดความรุนแรงในที่ทำงาน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nareelux.s@nrru.ac.th

Abstract

Workplace violence among healthcare professionals, particularly nurses, has become a critical issue that directly affects quality of life, safety, and the overall quality of healthcare services. Contributing factors include work-related stress, ineffective communication, high-pressure environments, and inappropriate behaviors of patients or their relatives. A holistic nursing approach is a conceptual framework to prevent and reduce workplace violence. The holistic perspective emphasizes caring for individuals as integrated beings—addressing physical, psychological, emotional, social, and spiritual dimensions. Through this approach, nurses can better assess and respond to patients' needs, thereby reducing tension and misunderstandings that may lead to violent incidents. Three main strategies are highlighted: 1) developing information technology systems to enhance communication and preventive planning, 2) establishing systematic response measures to manage violent incidents effectively, and 3) strengthening nurses' competencies in therapeutic communication and crisis management. The expected outcomes include creating a safe working environment, fostering mutual trust among healthcare personnel and patients, and improving the quality of care. Nurses thus play a central role in cultivating a culture of safety and compassion through holistic understanding of human needs.

Keywords: Holistic nursing care, Reducing workplace violence

บทนำ

ความรุนแรงในสถานพยาบาล เป็นภัยคุกคามต่อการทำงานอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความวิตกกังวลต่อความปลอดภัย ความปลอดภัยในการทำงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน โดยเฉพาะความปลอดภัยในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ซึ่งควรเป็นหน่วยที่ปลอดภัยที่สุด เพราะเป็นหน่วยที่ให้การดูแลรักษาและดำเนินการตลอด 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ ความรุนแรงมีทั้งความรุนแรงต่อร่างกาย ต่อจิตใจ เช่น การใช้คำพูดที่รุนแรง การใช้กำลังประทุษร้าย หากเกิดขึ้นในที่ทำงานโดยส่งผลต่อการทำงานของบุคลากร เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อความไม่มั่นใจในการทำงาน หรือก่อให้เกิดความวิตกกังวล หวาดระแวง

ต่อกัน ความรุนแรงมีทั้งระหว่างผู้ร่วมงาน และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สาเหตุของความรุนแรงที่เกิดจากผู้รับบริการ คือ การใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม และสาเหตุจากผู้ให้บริการ คือ เกิดจากพฤติกรรมบริการ (กฤษณา สังขมณีจินดา และคณะ, 2567) การป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานจึงมีความจำเป็นที่องค์กรควรให้ความสำคัญ ร่วมกันหาทางแก้ไขเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งความปลอดภัยเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สำคัญ สำหรับในมุมมองของผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น จะเกิดความไม่มั่นใจในการให้บริการของพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพลดลง ด้วยต่างระมัดระวังและมีความวิตกกังวลในระหว่างการปฏิบัติงาน นอกจากนี้

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อสถานที่ทำงาน เนื่องจากในสังคมมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็ว ส่งผลต่อการขยายความ ทั้งทางบวกและทางลบได้รวดเร็ว จึงส่งผลกระทบต่อรับรู้ ของบุคคล ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลได้ เพราะอาจเกิดการสื่อสารโดยยังไม่มี การค้นหาสาเหตุ ที่แท้จริงก่อนสื่อสาร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ นำเสนอความเชื่อมโยงของการพยาบาลตามแนวคิด สุขภาพองค์รวมกับการลดความรุนแรงในที่ทำงาน สารประกอบด้วย สถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน การพยาบาล องค์รวมเพื่อการลดความรุนแรงในที่ทำงาน ทักษะการ ปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม และแนวทางการสื่อสาร เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในที่ทำงานร่วมกันต่อไป

สถานการณ์ความรุนแรงในที่ทำงาน

ความรุนแรงในที่ทำงานโดยเฉพาะในโรงพยาบาล มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้น ดังข่าวที่สะท้อน ความรุนแรง กรณีญาติผู้ป่วยทำร้ายพยาบาลที่หอผู้ป่วย หนักจากการแจ้งห้ามเยี่ยม (สภากาชาด, 2568) นอกเหนือจากข่าวนี้อีกแล้ว มีการศึกษาที่พบว่า แนวโน้ม ความรุนแรงในที่ทำงานมีมากขึ้นและมีความรุนแรง เพิ่มขึ้น พบในหน่วยบริการทุกระดับ ทั้งระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผลของการถูกกระทำ ความรุนแรงตามความรู้สึกต่อเหตุการณ์มากที่สุด คือ มีความ รู้สึกโกรธ ร้อยละ 72.40 และรู้สึกสูญเสียความพึงพอใจ ในงาน ร้อยละ 76.20 (วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ รัชฎาจิรา, และณวีร์รัชยา ประเสริฐสุขจินดา, 2553) ความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนใหญ่มาจากญาติผู้ป่วย ร้อยละ 85.10 (อดุลย์ ฉายพงษ์, ศรีรัตน์ ล้อมพงษ์, และนันทพร ภัทรพุทธ, 2560) และพยาบาลห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองมีประสบการณ์ความ

รุนแรง ร้อยละ 86.50 (Pitja, Auemaneekul, & Powwattana, 2023)

การเกิดความรุนแรงในที่ทำงานมีสาเหตุมาจาก ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังการศึกษาของกฤษณา สังขมณีจินดา และคณะ (2567) ที่พบว่า สาเหตุการ เกิดความรุนแรงที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดจาก ผู้รับบริการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม โดยมีสาเหตุร่วม คือ การใช้สารเสพติด หรือการดื่มสุรา และสาเหตุจากผู้ให้ บริการ คือ เกิดจากพฤติกรรมบริการ แนวทางแก้ไข ปัญหาความรุนแรงในที่ทำงานมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลายด้าน สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเกิด จากความไม่พึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่ เกิดจากการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูง เช่น มีความห่วงกังวลต่อการเจ็บป่วย การไม่ได้รับการ พยาบาลในเวลาที่ต้องการขณะอยู่ในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ยังเกิดจากญาติมีการใช้สารเสพติด หรือการ ดื่มสุรา จากปัจจัยดังกล่าว การมุ่งให้การดูแลเพื่อรักษา โรคทางกาย รักษาชีวิตผู้ป่วย จึงไม่เพียงพอในมุมมอง ของผู้ป่วยและญาติ ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวม เมื่อร่างกายป่วย ทุกมิติของสุขภาพจะป่วยไปด้วย และ เมื่อสภาพจิตใจป่วย ทุกมิติย่อมป่วยด้วยเช่นกัน สิ่งเหล่านี้ พยาบาลทุกคนได้รับการสอนและบ่มเพาะให้เข้าใจ ความเป็นองค์รวมของสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ด้วยภาระงานการดูแลสุขภาพมิติร่างกายมีมาก ทำให้ การดูแลสุขภาพมิติอื่นๆ ขาดความสมบูรณ์ พยาบาล ไม่สามารถให้การดูแลในทุกมิติของสุขภาพไปพร้อมๆ กันได้ ในมุมมองของผู้เขียนเห็นความจำเป็นว่าต้องม ีการออกแบบและเสริมสร้างความเข้าใจในองค์ประกอบ ของการพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความรุนแรงใน ที่ทำงาน และเสนอแนวทางที่ชัดเจนเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ที่เป็นรูปธรรม

พยาบาลผู้ให้บริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อ การร่วมแก้ไขปัญหาความรุนแรงในที่ทำงาน การพัฒนา ศักยภาพผู้ให้บริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ความรุนแรงในที่ ทำงานนอกจากจะเกิดจากระบบบริการแล้ว สิ่งแวดล้อม

ในการทำงานที่มีความตึงเครียด กดดัน เหนื่อยล้า ล้วนมีผลต่อการสื่อสารและการให้บริการทั้งสิ้น พยาบาลผู้ให้บริการย่อมไม่ต้องการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดที่ยากต่อการดูแล แนวทางการลดความรุนแรงในที่ทำงานจึงต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการสร้าง ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีให้กับผู้ป่วย และการบริหารจัดการเชิงระบบให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การดูแล ให้อนุคลากรทำงานตามสมรรถนะอย่างเหมาะสมทั้งด้าน เวลาและความรู้ความสามารถ เพื่อไม่ให้เกิดความกดดัน หรือความเครียดจากการมีชั่วโมงการทำงานเกินค่า มาตรฐาน ซึ่งสภาการพยาบาลได้ประกาศนโยบาย ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย คือ ไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่จากการ ศึกษาพบว่า พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า มาตรฐานเฉลี่ย 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์สุภวัฒน์, 2557)

แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน

ความรุนแรงในที่ทำงานเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การจัดการจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย ซึ่ง แนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงานสามารถ ดำเนินการอย่างเป็นระบบใน 3 ส่วน ดังนี้ (พีระศักดิ์ อ้วนพคุณ, เนลินี ไชยเอีย, และสุชาดา ภัยหลีกส์, 2563)

1. การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการวางแผนป้องกันเหตุ หมายถึง การมีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการป้องกัน และส่งเสริมให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น เพิ่ม การสื่อสารด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลที่วางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลด การเผชิญหน้าในการสื่อสารในกรณีต่าง ๆ ที่จะเพิ่ม ความเครียดทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย (อจันรา ณรงษ์, พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุภาพรรณ น้อยพิทักษ์, พงศกรณ

วิจิตเวชไพศาล, และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล, 2565) เช่น การใช้ AI ในการตอบคำถามหรือในการจัดทำ ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดการความรุนแรง เพื่อ เพิ่มการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน เช่น ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง เช่น ดื่มสุรา หรือเคยมีประวัติก่อความรุนแรง บุคลากร ควรร่วมกันวางแผนการดูแลที่เน้นการป้องกันการ ก่อความรุนแรงร่วมด้วย

2. การวางระบบการตอบสนองต่อเหตุความ รุนแรงอย่างมีมาตรการ หมายถึง การวางระบบเผชิญ เหตุ ป้องกันเหตุไว้อย่างเป็นระบบ และมีการสื่อสาร ในองค์กรให้ทราบและถือปฏิบัติ เช่น การประกาศ เป็นนโยบาย การพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดทำ แนวทางการจัดการความรุนแรงในระยะก่อนเกิดเหตุ เช่น การทำประตูปิดเปิดในห้องฉุกเฉิน การติดตั้ง กล้องวงจรปิด การสแกนนิ้วมือก่อนเข้าห้อง การจัดการ ระหว่างเกิดเหตุ เช่น การติดตั้งไซเรนหน้าห้อง เมื่อ ไซเรндังจะมีเจ้าหน้าที่มายังจุดเกิดเหตุ มีการประเมิน สถานการณ์ และเข้าควบคุม ส่วนการจัดการหลังเกิดเหตุ มีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การเยียวยาทางจิตใจ และ การสอบสวนเหตุการณ์ (อมรารักษ์ ลาภเหลือ, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทช์ บุญมีพงศ์, และสมเกียรติ ศิริรัตนพุกภัย, 2565)

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสื่อสาร และเผชิญเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การจัด กิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกัน แก้ไขสถานการณ์ เช่น การพัฒนาด้านการสื่อสาร การพัฒนาทักษะการ เผชิญเหตุ จากการศึกษาพบว่า การจัดอบรมเกี่ยวกับการ จัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีความจำเป็น ต่อการเตรียมพร้อมทักษะในการป้องกันความรุนแรง ในที่ทำงาน (อิสรา ศรีทอง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, 2566)

จากแนวทางการจัดการความรุนแรงในที่ทำงาน ข้างต้น สามารถนำแนวคิดการพยาบาลองค์กรร่วมมา ประยุกต์ใช้ได้ เนื่องจากจะช่วยในการมองบุคคลอย่าง

เป็นองค์รวม และนำมาสู่การให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และลดโอกาสเกิดความเสี่ยงทั้งจากปัจจัยด้านตัวบุคคลและด้านสภาพแวดล้อม

การพยาบาลองค์รวมเพื่อการลดความเสี่ยงในการทำงาน

แนวคิดการพยาบาลองค์รวม เป็นการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลประกอบด้วยมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว หากมิติใดมีความเปราะบางหรือเกิดปัญหาสุขภาพในทุกมิติจะมีการปรับตัวให้เข้าสู่สมดุล การให้การพยาบาลโดยมุ่งเพียงมิติใดมิติหนึ่งจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในการลดความเสี่ยงในการทำงาน การพยาบาลองค์รวมยังครอบคลุมถึงสุขภาพองค์รวมของผู้ให้บริการ ซึ่งบทความนี้จะเน้นเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้ แนวคิดการพยาบาลองค์รวมของดอสซี่และคีแกน (Dossey & Keegan, 2016) ระบุว่า สุขภาพองค์รวมของบุคคลมีบทบาทสำคัญในการดูแลความสมดุลสุขภาพของตนเอง จึงต้องพัฒนาตนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้ง 6 มิติ โดยทุกมิติมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วย มิติร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ อารมณ์ การตัดสินใจ และจิตวิญญาณ โดยสุขภาพมิติจิตวิญญาณมีความสำคัญและครอบคลุมทุกมิติ คุณลักษณะสำคัญของสุขภาพองค์รวม คือ การมีความสมดุล (balancing) ของทุกมิติ มีความกลมกลืน (harmony) กับบริบทแวดล้อม และความเป็นหนึ่งเดียวกันเชื่อมโยงกันของสุขภาพแต่ละมิติ (coherence) ดังตัวอย่าง พยาบาล A แม้จะเรียนรู้และเข้าใจในการสื่อสาร แต่ในขณะที่มีความอ่อนล้าจากภาระงานมากหรือมีความเครียดสูง ความอดทนจะมีโอกาสต่ำกว่าปกติ หรือหากพยาบาล A มีความกังวลสูงมาก ความอดทนต่อสิ่งต่างๆ จะลดลง เพราะความกังวลจะไปกระทบมิติร่างกาย จิตใจ และ

จิตวิญญาณ หากสามารถปรับจนเข้าสู่สมดุลได้ จะเข้าสู่ภาวะปกติ แต่หากระหว่างการปรับ มีปัจจัยเร้าแทรก เช่น มีการคุกคามทางวาจาจากญาติผู้ป่วย พยาบาลอาจไม่สามารถปรับเข้าสู่สมดุลได้ จะเกิดความหุนหันพลันแล่น นำไปสู่ความอดทนต่อการงานหรือสิ่งเร้าได้ลดลง พยาบาลจึงต้องมีการประเมินและรักษาสมดุลสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้พร้อมในการปฏิบัติงาน อันเป็นการลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการทำงาน และจากความเข้าใจสภาวะการเสียสมดุลสุขภาพในมุมผู้ป่วย หากพยาบาลตระหนักว่าผู้ป่วยรายใดหรือกลุ่มใดมีโอกาสเสียสมดุลสุขภาพ การให้การพยาบาลจะมีการออกแบบที่ลดความเครียด และวางระบบให้มีสิ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่อนคลายความเครียด ความอ่อนล้าที่มีทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างดีจากแนวคิดนี้ พยาบาลที่เผชิญกับภาระงานที่มีสิ่งเร้าด้านลบมาก เช่น แผนกฉุกเฉินที่ญาติผู้ป่วยจะมาด้วยความกังวล ห่วงใยในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างมาก หากพบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในขณะที่สภาพร่างกายอ่อนล้าหรือมีความตึงเครียดสูงจากภาระงาน จากเพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่บรรยากาศทางกายภาพในแผนกที่ปฏิบัติงาน ย่อมทำให้ความอดทนต่อสิ่งเร้าลดลง มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้นได้ พยาบาลจึงต้องประเมินความพร้อมของตนเองในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ

จากแนวคิดการพยาบาลองค์รวมข้างต้น พยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ป่วย เพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเหมาะสมในทุกมิติ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง การประเมินและวินิจฉัยความจำเป็นในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เช่น หากพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลสูง ต้องการการดูแลทันที และพยาบาลสามารถจัดบริการได้ตรงตามความต้องการ ย่อมดีกว่าที่พยาบาลจะให้บริการไปโดยไม่รู้สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วย เช่น

การให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังกังวล ข้อมูลที่ให้ไปอาจไม่ถูกรับรู้ หรือถูกรับรู้เพียงผ่านๆ ไม่ได้ทำความเข้าใจ สำหรับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงานจากผู้ป่วยและญาติตามแนวคิดการพยาบาลองค์กรนั้น จะต้องคำนึงถึงทุกมิติสุขภาพในขณะที่ให้การพยาบาล ดังนั้น ทุกกิจกรรมการพยาบาลจะตัดสินใจจากการประเมินในทุกมิติสุขภาพของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ต้องสะท้อนถึงการให้เกียรติเคารพในสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย เนื่องจากทุกคนมีสิทธิ มีอิสระในการตัดสินใจ และจะต้องไม่ถูกกีดกันด้วยความแตกต่างใดๆ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนด เพื่อลดปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น หากไม่สามารถจัดสรรเวลาในการให้การพยาบาลได้ อาจหาตัวช่วยในรูปแบบอื่นๆ เช่น การใช้หุ่นยนต์อัจฉริยะ หรือการมอบหมายผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ในบางกิจกรรม ทั้งนี้ การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการพยาบาลองค์กร พยาบาลควรได้รับการอบรมพัฒนาทักษะอย่างเป็นระบบ โดยสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลองค์กรเพื่อลดความรุนแรงในที่ทำงานได้ดังนี้

1. มิติจิตใจ: ประเด็นสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากสัมพันธภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงโดยเฉพาะด้านจิตใจ (ทิพวรรณ เรืองชูพงศ์, 2566) กิจกรรมการพยาบาลจึงควรเน้นการส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเริ่มจากการมีความเอื้ออาทร ใส่ใจ อำนวยความสะดวก ที่มาจากการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เช่น การอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมแม้ไม่ใช่เวลาที่กำหนด ในกรณีที่ญาติเดินทางมาเป็นระยะทางไกลและมาไม่ทันเวลา เพื่อแสดงความเอื้อเฟื้อและความเมตตาต่อญาติ ทั้งนี้ ในระหว่างการพูดคุยสอบถาม ควรให้เวลาในการประเมินภาษากายและความกังวลที่ญาติมี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติต่อทุกคนเหมือนกันโดยขาดการประเมิน เพื่อช่วยลดความคับข้องใจของญาติ การปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้ช่วยให้เกิด

สัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจและความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลองค์กรที่เน้นการดูแลอย่างเข้าใจและเคารพในแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

การสร้างสัมพันธภาพนี้อาจสร้างร่วมกันทั้งทีมการพยาบาล โดยพยาบาลออกแบบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เช่น การสนับสนุนสิ่งของหรือกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ เช่น จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยขาดซ้อนในการรับประทานอาหาร พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดที่พบเห็นร่วมกันดูแลจัดหาให้โดยมีต้องร้องขอ การปิดไฟในมุมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับสบายขึ้น สิ่งเหล่านี้ไม่ได้มีการกำหนดไว้ที่ใด แต่เป็นการดูแลเอาใจใส่ จะนำมาซึ่งความประทับใจ สร้างทัศนคติที่ดีต่อกัน แม้ในบางครั้งเมื่อมีความสงสัยหรือเกิดความไม่พึงพอใจใดๆ จะกล้าสอบถาม และพร้อมร่วมแก้ไข

2. มิติอารมณ์: ประเด็นสำคัญคือผู้รับบริการส่วนใหญ่จะมีความเครียด ความกังวลในระดับหนึ่งจากความเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาลควรเน้นการลดปัจจัยกระตุ้น และส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยลดความตึงเครียด โดยจัดกิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมสร้างความผ่อนคลาย เช่น สิ่งแวดล้อมที่ช่วยในการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีเนื้อหาที่ชัดเจน กำหนดเวลา ระบุผู้รับผิดชอบในการตอบคำถามอย่างชัดเจน และประกาศแจ้งให้ทราบเด่นชัดที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย อาจเป็นป้ายไฟที่มีสีชัดเจน สังเกตเห็นได้ง่าย จัดพื้นที่เฉพาะสำหรับให้สอบถาม เพราะในสถานการณ์ที่บุคลากรสุขภาพมีการกิจยุ่ง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้มีการสื่อสารข้อมูลจำเป็นจะทำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตนได้ตรงตามที่แต่ละฝ่ายคาดหวัง ลดโอกาสก่อภาวะกดดันทางอารมณ์ต่อกัน โดยจัดให้มีมุมหรือสถานที่ที่ปลอดภัยผ่อนคลายได้ในเวลาที่รู้สึกตึงเครียด จัดหาที่นั่งที่สบาย มีน้ำสะอาดหรือเครื่องดื่มที่สะดวกต่อการหยิบดื่ม จัดหาไม้ประดับเพื่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดธรรมชาติ สร้างความรู้สึกผ่อนคลายได้แม้เวลาเคร่งเครียด

(Al Khatib, Samara, & Ndiaye, 2024; Feng, Liu, Liu, Chi, & Osmani, 2024; Ziaei, Massoudifar, Rajabpour-Sanati, Pourbagher-Shahri, & Abdolrazaghnejad, 2018)

3. มิติการตัดสินใจ: การจัดกิจกรรมการพบญาติและ/หรือผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่กำหนดช่วงเวลาชัดเจน เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยมีความมั่นใจและทราบว่า มีโอกาสซักถามข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความกังวลและสร้างความสบายใจในกระบวนการรับบริการ ส่วนการบริหารจัดการผู้ให้คำตอบหรือผู้ร่วมรับฟัง ควรเป็นหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีม เพื่อพร้อมในการให้คำตอบที่ชัดเจน การตอบคำถามที่ชัดเจนมาจากการรับฟังคำถามหรือข้อสงสัยอย่างตั้งใจ จนสามารถให้คำตอบที่ตรงกับความต้องการได้ ไม่รีบสรุป ต้องฟังให้เข้าใจก่อน เช่น อาจได้รับการส่งต่อว่าผู้ป่วยถามเจ้าหน้าที่ ถามญาติทุกคนในคำถามเดิมซ้ำๆ ว่าตนจะคลอดเมื่อใด พยาบาลควรวิเคราะห์ว่าคำถามที่แท้จริงคืออะไร หากเป็นความกังวลที่ไม่สามารถให้คำตอบได้ พยาบาลควรค้นหาผ่านการรับฟังอย่างตั้งใจ เช่น “พยาบาลสังเกตว่าคุณมีความกังวลบางอย่าง พยาบาลยินดียินดีรับฟัง” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความกังวลออกมา เมื่อพยาบาลฟังอย่างตั้งใจจะช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบคำตอบด้วยตนเอง กล่าวคือ ในขณะที่พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยจะมีโอกาสทบทวนและเข้าใจความต้องการของตนเองมากขึ้น ทำให้รับรู้ว่าคุณพยาบาลแสดงออกอย่างเหมาะสมอย่างไร ใช้คำพูดอย่างไร การที่พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าคุณพยาบาลยอมรับ เข้าใจ ใส่ใจในการดูแลพร้อมตอบสนองความต้องการ ผู้ป่วยจึงแสดงออกอย่างเหมาะสมเพราะได้รับการตอบสนองในมิติอารมณ์แล้ว ซึ่งการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง (จิรัชชัยชนะ, 2567)

4. มิติจิตวิญญาณ: การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดูแลมิติจิตวิญญาณระหว่างให้การพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยพร้อม

แนวทางการดูแล ร่วมสร้างเป้าหมายผลลัพธ์การดูแลในแต่ละช่วงเวลา แต่ละวัน เพื่อให้มีความสำเร็จ เกิดพลังใจ และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบ การเปิดบทสวดมนต์ การเปิดเสียงธรรมชาติที่ผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีช่วงเวลานั่งอยู่กับตนเอง อันเป็นการเยียวยาตนเอง หรือการจัดให้ญาติและผู้ป่วยได้มีช่วงเวลาดีๆ ร่วมกันแม้ขณะเจ็บป่วย เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การนิมนต์พระมาให้พร ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การผูกแขนรับขวัญตามประเพณีเพื่อลดความกลัว ซึ่งการมีความกลัวจะทำให้การรับรู้ผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนได้ หากมิติจิตวิญญาณได้รับการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความสงบนิ่ง ตัดสินใจได้ดี ลดโอกาสเกิดความรู้สึกผิด (เจตพล แสงกล้า และศรีรินทร์ เกรย์, 2565)

5. มิติร่างกาย: การจัดกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบายและตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม โดยการจัดห้องตรวจ จัดหอผู้ป่วยให้มีที่นั่งที่สบาย พักผ่อนได้ ไม่มีเสียงรบกวน มีมุมที่มีความเป็นส่วนตัวหากมีความจำเป็นในการดูแลหรือมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว หรือมีการตัดสินใจในการดูแลความเจ็บป่วย การจัดการความปวดในเวลาที่คุณป่วยควรได้รับการดูแล ทั้งนี้ควรมีการประเมินความต้องการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในบางครั้งพยาบาลประเมินว่าความต้องการนั้นไม่เร่งด่วน แต่ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการที่เร่งด่วน พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินเพิ่มเติมและให้การดูแลที่สะท้อนถึงการรับรู้เข้าใจ และเอาใจใส่ เช่น อาการปวดแผล ไม่ได้มาจากพยาธิสภาพของแผลอย่างเดียว แต่มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความกังวล ความกลัว พยาบาลจึงควรออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยอาจใช้ทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ มาเป็นกรอบในการออกแบบ เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยในการเยียวยาผู้ป่วย (สิริรัตน์ จันทรมะโน, พูนพิลาศ ไรจนสุพจน์, และพิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์, 2563)

หรือทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ที่เน้นว่าความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คือ การตอบสนองด้านร่างกายให้ได้รับความปลอดภัย สุขสบาย (นภาพร หงษ์ทอง, 2564)

ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม

พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการทำให้เกิดความรุนแรงในที่ทำงาน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นและทบทวนความพร้อมของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้มั่นใจว่ามีความพร้อมในการให้การพยาบาล ซึ่งตามแนวคิดการพยาบาลองค์รวม พยาบาลจะต้องมีสุขภาพที่สมดุลในทุกมิติ ดังนั้น พยาบาลที่จะให้การพยาบาลองค์รวมได้ดีจะต้องมีทักษะเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยดังนี้

1. ทักษะการประเมินและคงไว้ซึ่งสุขภาวะของพยาบาล การมีสุขภาวะของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง หากพยาบาลมีความไม่สมดุล เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์สูงมาก ดังการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 60.48 ± 14.79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีชั่วโมงการทำงานสูงสุด 120 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีนี้มีโอกาสที่จะทนต่อความกดดันทางอารมณ์ลดลง (สมพร หงษ์เวียง และอภิญญา จำปามูล, 2562) ดังนั้น พยาบาลควรมีเวลาการปฏิบัติงานที่เหมาะสมตามกำหนด คือ ไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพื่อลดความอ่อนล้าที่อาจส่งผลกระทบต่อความอดทนในกิจกรรมการทำงาน หรือส่งผลกระทบต่อตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมได้ (จุฬารพร กระเทศ และคณะ, 2564) นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องประเมินสุขภาวะตนเอง หากรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาวะลดลงและจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องระมัดระวังตนเองมากขึ้น และหลีกเลี่ยงการเผชิญสถานการณ์ที่สร้างความกดดันเพิ่ม และหากมีความไม่สมดุลมากจะต้องแจ้งให้ทีมการพยาบาลทราบเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไข สำหรับแนวทางการพัฒนาทักษะการประเมินและคงไว้ซึ่ง

สุขภาวะนั้น การประเมินสามารถใช้แบบประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดเพื่อคัดกรองเบื้องต้นได้ และแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ คือ การพัฒนาทักษะการบริหารเวลา ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ และทักษะการดูแลสุขภาพกายด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร

2. ทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ซึ่งหมายถึง การฟังที่ผู้ฟังรับฟังผู้พูดโดยไม่ตัดสิน ตั้งใจฟังให้สามารถรับรู้ได้ทั้งเนื้อหาและความรู้สึกของผู้พูด การฟังอย่างตั้งใจจะทำให้รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างดี เพราะปัญหาความรุนแรงที่สำคัญมาจากปัญหาการสื่อสาร ดังนั้นทักษะนี้จึงต้องนำมาพิจารณาเพิ่มศักยภาพของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยและญาติ การฟังอย่างตั้งใจสามารถปฏิบัติได้แม้ในภาวะการทำงานที่เร่งรีบ และสามารถเพิ่มเวลาในการเข้าไปรับฟังมากขึ้นในช่วงที่สามารถจัดสรรเวลาได้ ซึ่งหากจัดให้การรับฟังเป็นกิจกรรมหนึ่งในการพยาบาล จำเป็นต้องมีการบริหารเวลาเพื่อทำให้เกิดขึ้นได้จริง ซึ่งจะสามารถลดความไม่เข้าใจหรือมองในมุมความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการได้มากขึ้น (กัญญกร คำพรรณ, สิริวิวัฒน์ ศรีเครือดง, และสุวัฒน์ รักขันโท, 2565)

3. ทักษะการเผชิญเหตุ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเมื่อมีเหตุการณ์ความรุนแรง พยาบาลจะสามารถจัดการเชิงระบบและป้องกันตนเองได้ เพราะดังที่กล่าวมาข้างต้น แม้บางครั้งพยาบาลจะให้การพยาบาลอย่างดีแล้ว แต่ในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติด หรือดื่มสุรา มีโอกาสเกิดความรุนแรงได้ พยาบาลจำเป็นต้องดูแลตนเองให้ปลอดภัย และสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ซึ่งหน่วยงานจะต้องมีการวางแผนเตรียมการ จัดทำคู่มือการดำเนินการ และซักซ้อมความเข้าใจอย่างเป็นระบบ และมีการตรวจสอบระบบการจัดการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ทักษะที่สำคัญคือการคาดการณ์ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น การพัฒนาทักษะ

การเผชิญเหตุ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือ การสื่อสารกับผู้ที่กำลังเผชิญหน้า และการสื่อสารกับทีมพยาบาล สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องมีการเตรียมอย่างเป็นระบบ ให้เกิดความมั่นใจเพียงพอว่าจะสามารถเผชิญเหตุได้ ซึ่งรูปแบบการเผชิญเหตุมีทั้งรูปแบบการแก้ไขปัญหาการจัดการกับอารมณ์ และการขอการสนับสนุน การที่สามารถเผชิญหน้าด้วยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งจัดการก่อนปัญหาจะเกิด จะช่วยลดการเกิดความรุนแรงซ้ำได้ (อมราภรณ์ ลาภเหลือ และคณะ, 2565; Babaei et al., 2025)

แนวทางการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความขัดแย้งและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาล ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการสื่อสารที่อิงตามแนวทางของ Richmond et al. (2012 as cited in Rabin et al., 2025) เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ อันจะช่วยลดความตึงเครียด ป้องกันความรุนแรง และทำให้สถานการณ์สงบลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Babaei et al., 2025; Cai et al., 2023; Ziaei et al., 2018)

1. หลักการสื่อสารเพื่อป้องกันและลดการก้าวร้าว

1.1 ใช้ท่าที่สงบและเป็นมิตร พูดด้วยน้ำเสียงสุภาพ นุ่มนวล ไม่แข็งกร้าว ใช้ภาษาที่เปิดเผยกว้าง เช่น การสบตาเป็นระยะ ไม่จ้องนาน ไม่ไขว่แว่นหรือกอดอก หลีกเลี่ยงการแสดงท่าที่เร่งรีบหรือไม่สนใจ

1.2 รับฟังอย่างตั้งใจ ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกโดยไม่ขัดจังหวะ พยักหน้าหรือใช้พูดคำสั้น ๆ เช่น “ค่ะ/ครับ” “เข้าใจค่ะ/ครับ” เพื่อแสดงว่ากำลังฟัง ทวนคำพูดของผู้ป่วยและญาติเพื่อยืนยันความเข้าใจ เช่น ญาติ “ทำไมหมอไม่มาดูแลคุณไสเลย” พยาบาล “เข้าใจว่าคุณกังวลเรื่องการรักษาของคุณพ่อมากใช่ไหมค่ะ”

1.3 ใช้คำพูดที่ช่วยลดอารมณ์ (de-escalation phrases) เปลี่ยนคำพูดจากการโต้แย้ง เป็นการให้ทางเลือก เช่น “อย่าตะโกน” ปรับเป็น “ช่วยคุยกันดี ๆ นะคะ พยาบาลอยากช่วยคุณค่ะ” “อย่าทำแบบนี้” ปรับเป็น “ลองมาหาทางออกด้วยกันดีไหมคะ”

1.4 แสดงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ใช้คำพูดแสดงความเข้าใจ เช่น “พยาบาลเข้าใจว่าคุณรู้สึกกังวลเรื่องคนไข้” “พยาบาลขอโทษที่คุณต้องเจอสถานการณ์นี้ เดี่ยวเรามาหาทางแก้กันนะคะ”

ตัวอย่างแนวทางการสื่อสารเพื่อลดการก้าวร้าวในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) และแผนกฉุกเฉิน (ER) มีดังนี้

ก) กรณีตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยหนัก: สถานการณ์ คือ ญาติอารมณ์เสีย เพราะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักนอกเวลาที่กำหนด

แนวทางการสื่อสารของพยาบาล “เข้าใจว่าคุณเป็นห่วงคนไข้มากนะคะ พยาบาลขอโทษที่ต้องจำกัดเวลาเยี่ยม เนื่องจากเราต้องดูแลคนไข้ให้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ค่ะ” “เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ ICU มีข้อจำกัดเรื่องเวลาเยี่ยม แต่พยาบาลสามารถช่วยแจ้งอาการของคนไข้ให้ได้นะคะ” “ตอนนี้ทีมแพทย์กำลังดูแลอยู่ ถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลงสำคัญ พยาบาลจะรีบแจ้งให้ทราบค่ะ” นอกจากนี้ควรมีการป้องกันล่วงหน้า โดยแจ้งระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยให้ญาติทราบตั้งแต่แรก กำหนดจุดสำหรับผู้ป่วยและญาติในการรับข้อมูลข่าวสารอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมให้แพทย์หรือพยาบาลแจ้งความคืบหน้าของอาการและการรักษา เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษา

ข) กรณีตัวอย่างในแผนกฉุกเฉิน: สถานการณ์ คือ ญาติไม่พอใจที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันที ขณะที่แพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical case) ที่มาถึงก่อน

แนวทางการสื่อสารของพยาบาล “พยาบาลเข้าใจว่าคุณกังวลเรื่องอาการของคนไข้มากนะคะ ตอนนี้ทีมแพทย์กำลังดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ และเราจะ

รับผิดชอบของคุณแน่นอนค่ะ” “คนไข้ทุกคนได้รับการประเมินตามระดับความรุนแรงของอาการ (triage) คนไข้ที่อาการรุนแรงที่สุดจะได้รับการรักษาก่อนเพื่อความปลอดภัยของทุกคนค่ะ” “พยาบาลจะช่วยติดตามอาการของคุณและรีบแจ้งให้ทราบเป็นระยะนะคะ” นอกจากนี้ควรมีการป้องกันล่วงหน้า โดยติดป้ายอธิบายระบบการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ให้เข้าใจง่าย อบรมบุคลากรให้สื่อสารข้อมูลอย่างใจเย็น ชัดเจน และเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. เทคนิคการสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ

2.1 กรณีญาติไม่พอใจเพราะรอนาน วิธีการตอบกลับ “ขอโทษที่ต้องให้รอนานนะคะ ตอนนี้แพทย์กำลังดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ค่ะ พยาบาลจะช่วยติดตามให้ค่ะ” “พยาบาลเข้าใจว่าการรอคอยอาจทำให้กังวล เราจะรีบแจ้งให้ทันทีที่มีข้อมูลค่ะ”

2.2 กรณีผู้ป่วยไว้วางใจเสียงดัง วิธีการตอบกลับ “พยาบาลเห็นว่าคุณกำลังเครียดอยู่ พยาบาลอยู่ตรงนี้เพื่อช่วยนะคะ” “ช่วยลดเสียงลงนิดนึงได้ไหมคะ พยาบาลอยากฟังและช่วยแก้ปัญหาค่ะ”

2.3 กรณีญาติไม่พอใจเรื่องการรักษา วิธีการตอบกลับ “พยาบาลเข้าใจว่าคุณเป็นห่วงสุขภาพของคนไข้ พยาบาลจะช่วยประสานงานกับแพทย์ให้ทันทีค่ะ” “มาลองดูข้อมูลร่วมกันไหมคะ เพื่อให้เข้าใจแผนการรักษาชัดเจนขึ้น”

3. แนวทางการจัดสถานที่เพื่อป้องกันและลดปัญหาการก้าวร้าวของผู้ป่วยและญาติใน ICU และ ER การออกแบบและจัดสถานที่ที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเครียด ความกังวล และลดความเสี่ยงในการเกิดความขัดแย้งหรือพฤติกรรมก้าวร้าวจากผู้ป่วยและญาติได้

3.1 แนวทางการจัดสถานที่ในแผนกผู้ป่วยหนัก เป้าหมาย คือ ลดความเครียดของญาติ สร้างบรรยากาศที่สงบ และควบคุมจำนวนผู้เข้าเยี่ยมเพื่อลดความแออัด โดยจัดสถานที่ให้มีห้องรับรองญาติที่สะอาด สงบ มีที่นั่งเพียงพอ ไม่แออัด มีเครื่องดื่ม น้ำดื่ม

และควรมีมุมสงบสำหรับญาติที่ต้องการความเป็นส่วนตัว สำหรับเคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ จุดสื่อสารข้อมูล ควรมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ใช้บอร์ดแจ้งระเบียบการเยี่ยมและเวลาเยี่ยมที่ชัดเจน หรือมีระบบแจ้งเตือนอิเล็กทรอนิกส์บริเวณทางเข้า ICU มีระบบคัดกรองผู้เข้าเยี่ยม เช่น การลงทะเบียนล่วงหน้า ส่วนห้องพูดคุยกับแพทย์ ควรมีบรรยากาศที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

3.2 แนวทางการจัดสถานที่ในแผนกฉุกเฉิน เป้าหมาย คือ ลดความแออัด ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ ควบคุมการเข้าถึงพื้นที่รักษาเพื่อป้องกันความวุ่นวาย ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด โดยในแผนกฉุกเฉินควรมีพื้นที่แยกชัดเจนระหว่างผู้ป่วยหนักกับผู้ป่วยทั่วไป มีเจ้าหน้าที่แจ้งข้อมูลให้ญาติทราบถึงลำดับความสำคัญในการรักษา สำหรับพื้นที่รอคอยของญาติ ควรมีพื้นที่ที่สะดวกสบาย มีเก้าอี้เพียงพอ จัดให้มีจอหรือบอร์ดแสดงลำดับคิวและข้อมูลที่แสดงสถานะของผู้ป่วย มีป้ายแสดงขั้นตอนการรักษาเพื่อให้ญาติเข้าใจระบบ ส่วนจุดให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ควรมีเจ้าหน้าที่คอยแจ้งข้อมูลการรักษาแก่ญาติเป็นระยะ ใช้ระบบเสียงโดยการประกาศ หรือมีการแจ้งเตือนทาง SMS ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ในกรณีการแจ้งข่าวร้ายควรมีห้องแยกสำหรับญาติ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความเป็นส่วนตัว

4. แนวทางการสนทนาในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด แม้จะมีการบริหารจัดการอย่างดีแล้ว แต่ผู้ป่วยและญาติยังอาจมีความตึงเครียดและความกังวลสูงหากประเมินได้ ควรให้การพยาบาลตามแนวคิดสุขภาพองค์รวม คือ ดูแลทุกมิติของสุขภาพให้เกิดความสมดุล ซึ่งมีแนวทางดังนี้

4.1 การให้ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การฟังอย่างตั้งใจ ให้ความสนใจอย่างเต็มที่กับผู้ป่วยและญาติ ฟังความคิดเห็นและข้อกังวลโดยไม่ตัดสิน แสดงความเข้าใจและเห็นใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

และญาติ เช่น “พยาบาลเข้าใจว่าคุณรู้สึกกังวลมาก”

4.2 การเคารพพื้นที่ส่วนตัว (respect personal space) การรักษาระยะห่างที่เหมาะสม (ประมาณ 1–3 ฟุต) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถูกคุกคาม ให้คำอธิบาย หากต้องเข้าใกล้ว่าเป็นเพราะต้องให้การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกสบายใจ

4.3 การใช้ภาษาที่ไม่คุกคาม (non-threatening nonverbals) การใช้ภาษาที่ผ่อนคลายและไม่คุกคาม เช่น การสบตา การพยักหน้า การพูดด้วยน้ำเสียงที่สงบและไม่เร่งรีบ

4.4 การตั้งขอบเขตที่ชัดเจน (set limits) การตั้งขอบเขตที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่น “เราสามารถพูดคุยกันได้ แต่ต้องไม่มีการใช้ความรุนแรง” พร้อมอธิบายผลที่ตามมาหากไม่ปฏิบัติตามขอบเขตที่กำหนด เช่น อาจไม่สามารถให้การดูแลได้เนื่องจากบุคลากรเกรงจะไม่ปลอดภัย

4.5 การให้เวลาในการตัดสินใจ (allow time for decisions) โดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยและญาติในการคิดและตัดสินใจ ไม่เร่งรีบหรือกดดัน อธิบายข้อมูลอย่างชัดเจน และให้เวลาในการประมวลผล

4.6 การเพิกเฉยต่อคำถามที่ท้าทาย (ignore challenging questions) หากผู้ป่วยหรือญาติถามคำถามที่ท้าทายหรือยั่วเย้า ควรหลีกเลี่ยงการตอบโต้และเปลี่ยนหัวข้อไปยังประเด็นที่สำคัญกว่า

สรุป

ความรุนแรงในที่ทำงานเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและคุณภาพชีวิตของพยาบาล การใช้แนวทางการพยาบาลองค์รวมเป็นกรอบในการจัดการและป้องกันความรุนแรงถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้พยาบาลมองเห็นความเชื่อมโยงของมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในตนเองและผู้ป่วย โดยเน้นการจัด

กิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อมสร้างความปลอดภัย กิจกรรมการพบญาติและ/หรือผู้ป่วย กิจกรรมที่สอดแทรกการดูแลมิติจิตวิญญาณ และกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบายและตอบสนองการเจ็บป่วย นอกจากนี้ การพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการวางระบบตอบสนองต่อเหตุ และการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานได้เหมาะสมยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้สภาพแวดล้อมการทำงานปลอดภัย สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ และยกระดับคุณภาพบริการทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา สังขมณีจินดา, รุ่งภา จันทรา, พรธยา หวานบุญ, จารุวัฒน์ สาลีพันธ์, รชยา ยิกุลสังข์, และพลซ เพ็งแก้ว. (2567). สถานการณ์ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดรัฐเขตภาคใต้. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 17(4), 79–88.
- กัญกร คำพรรณ, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง, และสุวัฒน์ รักขันโท. (2565). การฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อเยียวยาความทุกข์ตามหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*, 8(1), 309–328.
- จิณัฐ ชัยชนะ. (2567). การสื่อสารทางด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 25(49), 87–97.
- จุฬาพร กระเทศ, ญัญญา พัฒนะวานิชนันท์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา, วินัย ไตรนาถวัลย์, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, และวีรยุทธ ศรีทุมสุข. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 561–573.

- เจตพล แสงกล้า, และศรีรินทร์ เกรย์. (2565). การสวดมนต์ กับความสุขและสุขภาพจิตของพุทธศาสนิกชนไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 16(1), 24–39.
- ทิพวรรณ เรืองชูพงศ์. (2566). การสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(2), 1–14.
- นภาพร หงษ์ทอง. (2564). วิเคราะห์ความต้องการของมาสโลว์ในมุมมองของพระพุทธศาสนา. *วารสารปณิธาน*, 17(2), 121–151.
- พีระศักดิ์ อัสวนพคุณ, เนสินี ไชยเอื้อ, และสุชาดา กัยเหล็ก. (2563). แนวทางการป้องกันและจัดการความรุนแรงที่เหมาะสมในโรงพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(2), 65–79.
- เรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรตินันท์สุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเป็นเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร*, 41(4), 58–69.
- วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และณวีร์ชยา ประเสริฐสุขจินดา. (2553). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 16(1), 121–135.
- สภาการพยาบาล. (2568). *แถลงการณ์ฉบับที่ 2 สภาการพยาบาลฯ พร้อมสนับสนุนการดำเนินคดีตามกฎหมายอย่างถึงที่สุด. สืบค้นจาก* <https://www.hffocus.org/content/2025/02/33197>
- สมพร หงษ์เวียง, และอภิญญา จำปามูล. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 190–197.
- สิริรัตน์ จันทระมโน, พูนพิลาส โรจนสุพจน์, และพิมพ์ฉัตร ตรีกุลต่อวงศ์. (2563). การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น ผู้ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 27–40.
- อดุลย์ ฉายพงษ์, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, และนันทพรภัทรพุทธ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลของการถูกกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 413–422.
- อมรารักษ์ ลากเหลือ, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทบุญมีพงศ์, และสมเกียรติ ศิริรัตนพุกภัย. (2565). *การพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาความรุนแรงในโรงพยาบาล (รายงานผลการวิจัย)*. นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.
- อัจฉรา ณรังษี, พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุภาพรณน้อยพิทักษ์, พงศกรณ์ วิจิตเวชไพศาล, และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2565). การสื่อสารไร้ซึ่งการสัมผัสในทางการแพทย์. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 4(1), 34–40.
- อิสรา ศรีทอง, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และสุจินดา จารุพัฒน์ มารู้โอ. (2566). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและแนวปฏิบัติในการป้องกันความรุนแรงต่อพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล*, 29(3), 363–378.

- Al Khatib, I., Samara, F., & Ndiaye, M. (2024). A systematic review of the impact of therapeutical biophilic design on health and wellbeing of patients and care providers in healthcare services settings. *Frontiers in Built Environment*, 10, 1467692. doi:10.3389/fbuil.2024.1467692
- Babaei, K., Aryaee Far, M. R., Seyedi, S. M., Arazi, T., Rohaninasab, M., & Movahedi, A. (2025). Active endurance: An effective strategy for nurses to manage workplace violence. *BMC Nursing*, 24(1), 849. doi:10.1186/s12912-025-03310-7
- Cai, J., Wu, S., Wang, H., Zhao, X., Ying, Y., Zhang, Y., & Tang, Z. (2023). The effectiveness of a workplace violence prevention strategy based on situational prevention theory for nurses in managing violent situations: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1164. doi:10.1186/s12913-023-10188-1
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Feng, H., Liu, Y., Liu, Z., Chi, Z., & Osmani, M. (2024). Sustainable healing and therapeutic design driven well-being in hospital environment. *Buildings*, 14(9), 2731. doi:10.3390/buildings14092731
- Pitja, P., Auemaneekul, N., & Powwattana, A. (2023). Factor related to violence among nursing professionals at emergency rooms of community hospitals in metropolitan area. *Thai Journal of Public Health*, 53(2), 482–500. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/261063/180783>
- Rabin, S., Akinfemiwa, O., Bradley, M., Clayton, G. C., Cozzi, N., & Gottlieb, M. (2025). Protecting frontline workers: Strategies for preventing and mitigating violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 85(3), 263–269. doi:10.1016/j.annemergmed.2024.06.022
- Ziaei, M., Massoudifar, A., Rajabpour-Sanati, A., Pourbagher-Shahri, A. M., & Abdolrazaghnejad, A. (2018). Management of violence and aggression in emergency environment; A narrative review of 200 related articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1), e7. doi:10.22114/AJEM.v0i0.117