

การสำรวจสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการกระทำ ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต¹

ทิพวรรณ เรืองชูพงศ์ พย.บ.²

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในสถานพยาบาลเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงสูงในขณะกำลังปฏิบัติงานเพื่อการกู้ชีวิต หรือบรรเทาภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ความรุนแรงในสถานพยาบาลจึงเป็นการคุกคามทุกแง่มุมของความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรุนแรง (ความชุกของความรุนแรง ลักษณะของความรุนแรง มูลเหตุจุดจบของการกระทำ ความรุนแรง และผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์) ที่ผู้รับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก เลือกตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 111 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 79 ราย บุคลากรทางการแพทย์อื่นจำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจความรุนแรงจากผู้รับบริการประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และประสบการณ์ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 วัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ความชุกของความรุนแรงที่กระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์โดยผู้รับบริการในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 51.4 เป็นความรุนแรงทางวาจาสูงสุด (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือความรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ 30.6) และความรุนแรงทางจิตใจ เช่น การบันทึกภาพเสียง และวิดีโอ (ร้อยละ 29.7) เมื่อวิเคราะห์แยกตามวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความชุกของความรุนแรงโดยรวมในพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 53.2) สูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น (ร้อยละ 46.9) และความชุกของความรุนแรงที่หน่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 74.2) สูงกว่าหน่วยวิกฤต (ร้อยละ 42.5) มูลเหตุจุดจบของการกระทำ ความรุนแรงมีหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด (ร้อยละ 63.2) การรอคอยการรักษา (ร้อยละ 56.1) สภาวะการเจ็บป่วย (ร้อยละ 50.9) และการสื่อสารที่ไม่ดี (ร้อยละ 40.4) หลังเกิดความรุนแรง มีเพียงร้อยละ 12.3 เท่านั้นที่ตัดสินใจรายงานเหตุการณ์อย่างเป็นทางการเข้าสู่ระบบ สาเหตุที่ตัดสินใจไม่รายงาน ได้แก่ การรายงานไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.0) และมีงานอื่นต้องทำ (ร้อยละ 40.0) ผลกระทบต่อการทำงานหลังเกิดเหตุความรุนแรง ได้แก่ ความมั่นใจและความพึงพอใจในงานอาชีพน้อยลง (ร้อยละ 94.7) มีความคิดที่จะลาออกจากงานหรือย้ายไปทำงานอื่น (ร้อยละ 89.5) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (ร้อยละ 82.5) พยายามปรับปรุงการทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเดิม (ร้อยละ 77.2) การลางานเนื่องจากรู้สึกเครียด (ร้อยละ 71.9) และความเสี่ยงในการทำงานผิดพลาดสูงขึ้น (ร้อยละ 61.4)

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงานควรกำหนดนโยบายและจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและจัดการความรุนแรงทุกรูปแบบต่อพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงให้ปลอดภัย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีผู้รับบริการที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด หรือในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการหนาแน่น ตลอดจนจัดการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารสภาการพยาบาล 2566; 38(2) 1-14

คำสำคัญ ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยฉุกเฉิน หน่วยวิกฤต โหมดเชิงนิเวศวิทยา

วันที่ได้รับ 27 ธ.ค. 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 เม.ย 2566 วันที่รับตีพิมพ์ 18 เม.ย 2566

¹ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Email: tipruang@gmail.com

A Survey of Workplace Violence from Clients against Healthcare Workers in Emergency and Intensive Care Units¹

Tippawan Ruangchuphong B.N.S.²

Abstract

Introduction Violence in healthcare settings is unacceptable. Healthcare workers, who perform crucial lifesaving tasks and emergency care, should not be exposed to high-risk situations that can jeopardize their human-being and the quality of care provided to clients. In addition, underreporting these incidents leads to inaccurate data, which hinders the development of effective prevention strategies and management plans.

Objective To investigate the prevalence, characteristics, underlying causes, and impacts on work of workplace violence directed at nurses and other healthcare workers in emergency and intensive care units.

Design A survey research using the Ecological model as the conceptual framework

Methodology A total of 111 healthcare workers, including 79 nurses and 32 other healthcare workers, from the emergency and intensive care units of a university hospital in Phitsanulok province were recruited through convenience sampling. Data were collected using a two-part survey on workplace violence: 1) demographic data, and 2) experiences of workplace violence. The instrument was validated by three experts, achieving an item-objective congruence (IOC) of .96. The two-day test-retest reliability resulted in a correlation coefficient (r) of .991. Data were analyzed using descriptive analysis.

Results The study revealed that 51.4% of healthcare workers in emergency and intensive care units experienced violence from clients. Verbal violence was most common (46.0%), followed by physical violence (30.6%), and psychological violence, such as unauthorized image, audio, or video recording (29.7%). Registered nurses experienced a higher prevalence of violence (53.2%) compared to other healthcare workers (46.9%). Emergency unit workers reported higher rates of violence (74.2%) than those in intensive care units (42.5%). The underlying causes of violence included perpetrators being under the influence of alcohol or drugs (63.2%), long waiting times for treatment (56.1%), illness conditions (50.9%), and poor communication (40.4%). After experiencing violence, only 12.3% of victims officially reported the incidents. Reasons for not reporting included believing that reporting would not make any changes (48.0%) and having other tasks to complete (40.0%). The impacts of workplace violence included decreased confidence and job satisfaction (94.7%), considering quitting or changing workplaces (89.5%), impaired job performance (82.5%), attempts to improve performance to avoid future problems (77.2%), taking leave due to distress (71.9%), and increased risk of practical errors (61.4%).

Recommendations It is essential for the administrators to urgently develop policies and implement specific risk management guidelines to prevent and manage all forms of violence against nurses and other healthcare workers, ensuring their safety. This is particularly important in situations involving clients under the influence of alcohol or drugs, or in congested settings with a high volume of clients. Additionally, training nurses and other healthcare workers in effective communication skills is crucial for fostering a safe and supportive work environment.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2566; 38(2) 1-14

Keywords workplace violence/ nurses/ healthcare workers/ emergency department/ Intensive Care Unit/ the ecological model

Received 27 December 2023 Revised 16 April 2023 Accepted 18 April 2023

¹This research was funded by Faculty of Medicine, Naresuan University

²Professional Nurse, Head of Emergency Department, Faculty of Medicine, Naresuan University
Email: tipruang@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรุนแรงในสถานพยาบาลเป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญ ส่งผลกระทบในวงกว้างและในระดับสากล เนื่องจากเป็นสิ่งที่คุกคามทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมแก่บุคลากรทางการแพทย์¹ ในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ความรุนแรงเป็นปัญหาสุขภาพในระดับโลก² และในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) องค์การอนามัยโลกและภาคีเครือข่ายนานาชาติทั้งด้านแรงงาน อาชีวอนามัย องค์กรพยาบาลนานาชาติ การบริการสาธารณะ ได้ร่วมกันนิยามความรุนแรงในสถานที่ทำงานว่าเป็นอุบัติการณ์ที่ผู้ปฏิบัติงานถูกข่มเหง ข่มขู่หรือทำร้าย ที่มีความเชื่อมโยงกับการทำงาน หรือในขณะที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดการเดินทางไปและกลับจากที่ทำงาน เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย สุวีติภาพ หรือสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทั้งแบบโจ่งแจ้งหรือแอบแฝง³ และนำไปสู่แนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหานี้

รายงานการสังเคราะห์งานวิจัยของ Spector, Zhou ZE และ Che⁴ จากงานวิจัย 136 เรื่องจากนานาประเทศมีจำนวนพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 151,347 ราย พบว่าร้อยละ 36.4 เคยประสบกับความรุนแรงทางร่างกาย (physical violence) ร้อยละ 66.9 ได้รับความรุนแรงที่ไม่ใช่ด้านร่างกาย (non-physical violence) ร้อยละ 39.7 เป็นลักษณะของการตั้งใจกลั่นแกล้งทำร้าย (bullying) และร้อยละ 32.7 เป็นการคุกคามทางเพศ (sexual harassment) สถานที่รายงานเหตุการณ์ความรุนแรงทางร่างกายที่พบมากที่สุดคือ หน่วยฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยสูงอายุ และแผนกจิตเวช

สำหรับการศึกษาปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด⁶⁻¹⁵ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเวลาย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี รายงานการศึกษาเป็นสี่ประเด็น คือ ศึกษาความชุกของการได้รับความรุนแรงในกลุ่มบุคลากรโดยรวม⁵⁻⁸ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาล^{6,10-11} ศึกษาในประเด็นของความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานในภาพรวม^{5,7,10-11} การศึกษารวมทุกหน่วยงานหรือหลายหน่วยงาน^{5,8,9-11,13,15} การศึกษาเฉพาะที่หน่วยฉุกเฉิน^{6,12,14} ที่แผนกจิตเวช⁹ และศึกษาในประเด็นความรุนแรงที่มาจากผู้มารับบริการที่เป็นผู้ก่อความรุนแรงโดยตรง^{6,9,12-14} ประมวลผลการศึกษาในภาพรวมจากรายงานดังกล่าว พบรายงานความรุนแรงที่ได้รับจากผู้รับบริการมี

ระดับความชุกตั้งแต่ร้อยละ 54.5-88.4 และมากกว่าร้อยละ 80 ของเหตุการณ์รุนแรงเป็นความรุนแรงทางวาจา มากกว่าร้อยละ 30 เป็นความรุนแรงทางร่างกาย

สาเหตุของความรุนแรงที่กระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์โดยผู้รับบริการที่รายงาน อาทิเช่น การเจ็บป่วยกะทันหันที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การขาดความมั่นใจระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ¹⁶ ส่วนผลกระทบของความรุนแรงในสถานพยาบาลต่อบุคลากรทางการแพทย์มีรายงานไว้บางส่วนสำหรับการศึกษาในประเทศไทย¹² ผลกระทบที่รายงานในด้านภาวะทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า¹² ส่วนรายงานในต่างประเทศพบสอดคล้องกับรายงานในประเทศไทย เช่น มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน^{12,20} เป็นสาเหตุหลักของความไม่พึงพอใจในงาน^{12,21} ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่ออัตราการขาดงาน การลาออกและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย¹² ซึ่งปัญหาความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานนี้ยังสามารถส่งผลให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดีของสถานบริการ รวมไปถึงงบประมาณขององค์กรจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ได้รับความรุนแรงผลกระทบขาดงานและชดเชยการลาออก²¹

ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลที่เกิดจากผู้มารับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัญหาที่ยอมรับไม่ได้ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทย ผู้บริหารและหน่วยงานต้องแสวงหาทั้งการป้องกันและแก้ไขเมื่อความรุนแรงเกิดขึ้น ทั้งนี้พบว่าเมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงขึ้นแล้วมีการรายงานปัญหาให้ผู้บริหารหรือรายงานในระบบความเสี่ยงที่ต่ำกว่าสถานการณ์จริง¹⁴ สาเหตุที่เลือกไม่รายงานคือการไม่เห็นประโยชน์ของการรายงาน สะท้อนถึงความล้มเหลวและการขาดความเชื่อมั่นว่าปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาล หรือแนวทางที่ดำเนินการอยู่ไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้

อย่างไรก็ตาม พบว่าการศึกษาและรายงานผลการศึกษาเฉพาะกลุ่มพยาบาลโดยตรงยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรุนแรงในภาพรวมที่ไม่จำเพาะถึงผู้ก่อความรุนแรงที่เป็นผู้มารับบริการ ส่วนรายงานการศึกษาที่จำเพาะของความรุนแรงจากผู้มารับบริการมีได้รายงานจำแนกระหว่างพยาบาลกับบุคลากรทั่วไป¹⁰⁻¹¹ ที่สำคัญสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภทของบุคลากรมีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์ความชุกโดยรวม

ทั้งองค์กรอาจไม่สะท้อนสภาพการปฏิบัติงานและผลกระทบที่แท้จริงเนื่องจากสภาพการปฏิบัติงานแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน การศึกษารวมกับหน่วยงานอื่นที่มีความเสี่ยงต่ำ ทำให้ความชุกที่ได้อาจไม่สะท้อนสถานการณ์จริงที่ปรากฏ ทั้งนี้ สถานที่ที่มีักพบรายงานความรุนแรงได้บ่อยกว่าสถานที่อื่นได้แก่ ห้องฉุกเฉิน^{1,15} แผนกหรือส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช^{1,6,18} และหน่วยวิกฤต¹⁹ หน่วยฉุกเฉินกับหน่วยวิกฤตมีสภาพการทำงานหลายประการที่คล้ายกัน โดยเฉพาะการเป็นหน่วยงานในสถานพยาบาลที่มีระดับความตึงเครียดสูง นอกจากนี้ รายงานวิจัยที่ปรากฏส่วนใหญ่ แม้จะทำการศึกษากลุ่มพยาบาล ผู้วิจัยส่วนใหญ่มิได้เป็นพยาบาลวิชาชีพโดยตรง พยาบาลวิชาชีพโดยลักษณะงาน มีโอกาสเสี่ยงพบพฤติกรรมความรุนแรงมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ อันเนื่องมาจากลักษณะงานที่ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง เป็นงานที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย¹⁷

จากประเด็นที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จำเป็นต้องศึกษาความชุกของอุบัติการณ์ความรุนแรงจากผู้มารับบริการ ความชุกของอุบัติการณ์ในกลุ่มพยาบาลผู้ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงโดยตรงและบุคลากรทางการแพทย์อื่น และทำการศึกษาในหน่วยงานที่มีธรรมชาติของสถานการณ์ตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยอาการหนัก มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน รวมไปถึง ผลกระทบของความรุนแรงต่อบุคลากร อีกทั้งผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่หน่วยฉุกเฉินและอยู่ในเหตุการณ์ของความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและความต้องการข้อมูลที่ครอบคลุมปัญหาของหน่วยงานและโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่การวิจัยโดยพยาบาลเป็นผู้ทำการศึกษามีความสามารถทำให้เกิดมุมมองที่จำเพาะและตรงประเด็นของวิชาชีพ จึงนำมาสู่การวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาก็คงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและแนวทางการจัดการปัญหาด้านความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรุนแรงในสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่เกิดจากผู้ป่วยและ/หรือญาติกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

เพื่อศึกษาความชุกของความรุนแรง ลักษณะของความรุนแรง ที่เกิดจากผู้ป่วยและ/หรือญาติกระทำต่อ

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต

เพื่อศึกษามูลเหตุปัจจัยให้เกิดความรุนแรง การรายงานเหตุการณ์ และผลกระทบความรุนแรงที่ได้รับขณะปฏิบัติงานที่เกิดจากผู้ป่วยและ/หรือญาติกระทำต่อพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเพื่อทำความเข้าใจเรื่องความรุนแรง (The ecological model for understanding violence) ที่องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545)²⁻³ โดยพัฒนามาจากทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

จากนิยามของคำว่าความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานดังกล่าวมาแล้วข้างต้น กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาอธิบายว่า ปัญหาความรุนแรงเกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน³ โดยจำแนกความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 4 ประเภทได้แก่ 1) ความรุนแรงในรูปแบบของการก่ออาชญากรรม 2) ความรุนแรงจากผู้มารับบริการ/ผู้ป่วย 3) ความรุนแรงจากผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน 4) ความรุนแรงจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดของตัวบุคลากร³

นอกจากนี้ รูปแบบหรือลักษณะของความรุนแรงที่กล่าวถึง มีการนิยามและจำแนกอย่างหลากหลายเนื่องจากเกี่ยวข้องกับบริบทสังคม สามารถพบเห็นเป็นประจำในลักษณะของความรุนแรงทางร่างกาย (physical violence) ความรุนแรงทางด้านจิตใจ (psychological violence) ความรุนแรงทางด้านร่างกายหมายถึง การใช้กำลังทางกายภาพต่อบุคคลหรือกลุ่ม จนเกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจ เช่น การตี การเตะ การตบ การแทง การยิง ผลัก กัด หรือแม้แต่การหยิก²² ส่วนความรุนแรงทางจิตใจ เป็นการใช้อำนาจโดยเจตนา รวมถึงการข่มขู่จะทำร้ายร่างกาย เพื่อการทำร้ายจิตใจ การควบคุม บังคับจิตใจ ทำให้รู้สึกอับอาย รู้สึกด้อยค่า หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นลง ความรุนแรงทางวาจา (verbal violence) จัดอยู่ในความรุนแรงทางด้านจิตใจด้วย²² โดยหมายถึง การใช้วาจาเพื่อการกลั่นแกล้ง การทะเลาะวิวาท การล่วงละเมิดและการคุกคาม เป็นพฤติกรรมที่ทำให้อับอาย ทำให้เสื่อมเสีย หรือบ่งชี้ถึงการขาดความเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในประเด็นของความรุนแรงทางด้านวาจา ความรุนแรงทางด้านร่างกาย และความรุนแรงทางด้านจิตใจ

ที่นอกเหนือไปจากการใช้วาจา

กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเพื่อให้เข้าใจเรื่องความรุนแรง อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (individual) และปัจจัยแวดล้อม (contextual factors) รวมทั้งความเชื่อมโยงว่าความรุนแรงเป็นผลลัพธ์ของอิทธิพลในหลายระดับที่ส่งผลต่อพฤติกรรม โดยพิจารณาการทำงานร่วมกันที่ซับซ้อนระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ ชุมชน และปัจจัยทางสังคม และสะท้อนระดับของความรุนแรงที่มีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้

บุคคล เป็นระดับแรกในทางชีววิทยาที่เพิ่มโอกาสในการตกเป็นเหยื่อหรือผู้ก่อความรุนแรง ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ การใช้สารเสพติด หรือประวัติการถูกล่วงละเมิด ในการศึกษาครั้งนี้ บุคคลหมายถึงผู้ก่อความรุนแรงที่เป็นผู้มารับบริการ เช่น ผู้ป่วย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการโดยตรงเช่น ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน บุคคลอาจมีปัจจัยเหนี่ยวนำในตนเองเช่น การใช้ยา สารเสพติด ภาวะเจ็บป่วย ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต บุคลิกนิสัย และภาวะเจ็บป่วยที่ฉุกเฉิน วิกฤต

สัมพันธ์ภาพเป็นระดับที่สองที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการประสบความรุนแรงในฐานะเหยื่อหรือผู้กระทำความผิด ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดหรือความสัมพันธ์เชิงลบสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมความรุนแรงได้ ในศึกษานี้สัมพันธ์ภาพ เป็นได้ทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ก่อความรุนแรงด้วยกันเอง มีทั้งเชิงบวกในรูปแบบของความห่วงใยต่อภาวะเจ็บป่วย และเชิงลบในรูปแบบของการยั่วยุให้เกิดการทะเลาะหรือขัดแย้งแก่กันเองและต่อผู้อื่น รวมไปถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้มาขอรับบริการซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์เป็นได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบแก่กันอันเนื่องมาจากการสื่อสาร

ชุมชนเป็นปัจจัยระดับที่สามเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำให้มีความสัมพันธ์ทางสังคมเกิดขึ้นเช่นสถานที่

และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ล่อแหลม ความหนาแน่นแออัด สถานที่เสี่ยงหรือปลอดภัย สามารถป้องกันการเกิดความรุนแรง ซึ่งเมื่อบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีปัจจัยอื่นเหนี่ยวนำก็จะมีผลต่อการสร้างพฤติกรรมความรุนแรงได้ ในศึกษานี้คือลักษณะสถานบริการสุขภาพคือหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตที่ผู้มารับบริการขอใช้บริการอยู่ ทำการศึกษาในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยอาการวิกฤตฉุกเฉิน

สังคม เป็นปัจจัยระดับที่สี่ที่ช่วยทั้งสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมหรือยับยั้งความรุนแรง ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่สนับสนุนความรุนแรงว่าเป็นวิธีการที่ยอมรับได้ในการแก้ไขความขัดแย้ง ปัจจัยทางสังคมยังรวมถึงนโยบายด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การศึกษา สังคมและกลยุทธการป้องกัน ด้านสังคม ในศึกษานี้เป็นประเด็นของการจัดระบบบริการสุขภาพ และประเมินประเด็นของนโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาในระดับสังคม

ในศึกษานี้ ศึกษาในทุกระดับขององค์ประกอบทางนิเวศวิทยาที่อาจมีความเกี่ยวเนื่องกันทางใดทางหนึ่ง พฤติกรรมความรุนแรงที่กระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ตามแนวคิดระบบนิเวศวิทยา มูลเหตุจูงใจจากระดับบุคคลสัมพันธ์ภาพ ชุมชน อัตราความชุกของความรุนแรง ลักษณะความรุนแรง เป็นผลของการกระทำอันเนื่องมาจากปัจจัย 4 ระดับ โดยจำแนกความรุนแรงออกเป็นความรุนแรงทางวาจา ความรุนแรงทางร่างกาย และความรุนแรงทางจิตใจ ทำการศึกษาใน 2 หน่วยงานคือหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหน่วยงาน ศึกษาตามกลุ่มวิชาชีพคือ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งสองแห่ง (Figure 1)

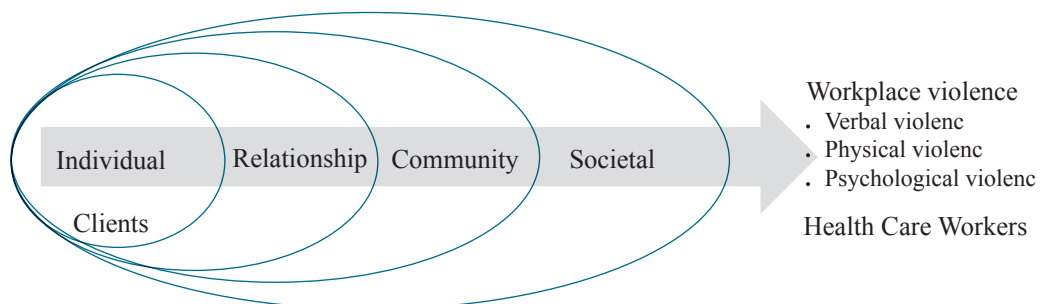


Figure 1 The conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย การวิจัยพรรณนาเชิงสำรวจ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาเป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วย วิกฤต ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้และ พนักงานขับรถพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย หน่วยฉุกเฉิน หน่วยวิกฤตโรคหัวใจ หน่วยวิกฤต ศัลยกรรม หน่วยวิกฤตอายุรกรรม และหน่วยวิกฤตศัลยกรรม ทรวงอก จำนวนประชากรทั้งสิ้น 152 คน คำนวณขนาด ตัวอย่างจากสูตรของ Yamane²³ จากจำนวนประชากร ทั้งหมดกับโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวน ตัวอย่างอย่างน้อย 111 ราย เลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 111 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 79 คน ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 17 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 9 คนและพนักงานขับรถพยาบาลจำนวน 6 คน ในช่วงเวลา ที่ทำการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นโดย ผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) ระดับการศึกษาสูงสุด (เลือกตอบจาก ตัวเลือกดังนี้ มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา ตอนปลาย อนุปริญญา/ ปวส. ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญา ตรี) สถานที่ปฏิบัติงาน (เลือกตอบจากตัวเลือกดังนี้ หน่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทรวงอก) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงาน ปัจจุบัน (ปี) ตำแหน่งงาน (เลือกตอบจากตัวเลือกดังนี้ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย และ พนักงานขับรถ) และระดับตำแหน่งในการปฏิบัติงาน (เลือก ตอบจากตัวเลือกดังนี้ ระดับบริหาร ระดับปฏิบัติการ และ ระดับชำนาญการ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านประสบการณ์ความ รุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานภายใน 1 ปีย้อนหลัง มีจำนวน

ข้อคำถาม 14 ข้อ รวม 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ข้อคำถามที่ เกี่ยวกับการมีประสบการณ์ ความรุนแรงและลักษณะ เหตุการณ์ความรุนแรง (จำนวน 7 ข้อ) ลักษณะการตอบ เป็นการเลือกว่าใช่ หรือไม่ใช่ 2) มูลเหตุจูงใจของการเกิด ความรุนแรงรวมถึงผลกระทบที่ได้รับ (จำนวน 3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ 2) มูลเหตุ จูงใจของการเกิดความรุนแรงรวมถึงผลกระทบที่ได้รับ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะการตอบคือให้เลือกคำตอบที่ตรงกับ มูลเหตุจูงใจตามประสบการณ์ที่พบและเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และ 3) ข้อคำถามเรื่องการลงรายงานเหตุการณ์ (จำนวน 4 ข้อ) ใช้วิธีการเลือกตอบโดยให้ระบุเรื่องการลงรายงานว่า ลงรายงานหรือไม่ลงรายงาน ในส่วนที่ไม่ลงรายงานมีช่องให้ เลือกเหตุผลตรงกับประสบการณ์ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ นำความถี่ของข้อมูลที่เลือกตอบมาคำนวณเป็นร้อยละ โดย ไม่มีการนำไปวิเคราะห์เป็นค่าคะแนนผลรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายคุณภาพ หัวหน้างานการพยาบาลและอาจารย์พยาบาล ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของเครื่องมือวิจัย นำมาหาค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) ได้เท่ากับ .96 จึงนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครที่มี ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อ มั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test retest reliability) ในระยะเวลา ห่างกัน 2 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 หมายเลขโครงการ P3-0202/2564 กลุ่มครองสิทธิ์ของอาสาสมัครโดยเก็บข้อมูล เป็นความลับ ไม่ทำการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสามารถยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ได้ด้วยตนเองโดยอิสระ หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมในการ วิจัยอาสาสมัครจะทำการลงนามในแบบขอความยินยอม เข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจก่อนทำการตอบแบบสอบถาม วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการเก็บข้อมูล ทำการอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบ ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยกำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการส่งคืนแบบสอบถามมายังผู้วิจัยโดยตรงด้วยวิธีการแนบซองพร้อมชื่อของผู้วิจัย เมื่อรวบรวมแบบสอบถามได้ครบถ้วน จึงทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบหากเกิดข้อผิดพลาดหา ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณา หากสามารถตอบเพิ่มเติมได้ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบอีกครั้งและรวบรวมข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของความรุนแรงของเหตุฉุกเฉิน และผลกระทบโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิจัยครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวนทั้งสิ้น 111 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.9) อายุเฉลี่ย 32.8 ปี (SD = 8.02) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

(ร้อยละ 71.2) มากกว่าร้อยละ 70.0 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี โดยร้อยละ 30.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (Table 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 79 คน (ร้อยละ 71.2) บุคลากรทางการแพทย์อื่น 32 คน (ร้อยละ 28.8) ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลจำนวน 17 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 9 คนและพนักงานขับรถพยาบาลจำนวน 6 คน ร้อยละ 95.5 เป็นระดับปฏิบัติการ และเป็นระดับผู้บริหารหรือผู้ป่วย ร้อยละ 4.5

ผลการวิเคราะห์ความชุกจำแนกตามหน่วยงานและตามกลุ่มวิชาชีพ คำนวณความชุกของความรุนแรงเทียบกับจำนวนตัวอย่างของแต่ละหน่วยงานและแต่ละกลุ่มวิชาชีพพบว่า ความชุกของความรุนแรงในพยาบาลที่หน่วยฉุกเฉินสูงกว่าที่หน่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 94.1 และ 41.9 ตามลำดับ และความชุกของความรุนแรงในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่หน่วยฉุกเฉิน สูงกว่าที่หน่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 50.0 และร้อยละ 44.4 ตามลำดับ (Table 2)

เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามลักษณะความรุนแรงโดยรวมพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ประสบการณ์ความรุนแรงมากกว่า 1 ลักษณะ โดยเป็นความรุนแรงทางวาจามากที่สุด (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือความรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ 30.6) และความรุนแรงทางด้านจิตใจ (ร้อยละ 29.7) ความชุกของความรุนแรงทางวาจาความรุนแรงทางด้านร่างกายและความรุนแรงทางด้านจิตใจในพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.4, 31.6

Table 1 Demographic data of the participants (n=111)

Items	ER (n=31)		ICUs (n=80)		Total
	Nurses	Healthcare workers	Nurses	Healthcare workers	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Gender					
Male	4(3.6)	7(6.3)	6(5.4)	2(1.8)	19(17.1)
Female	13(11.7)	7(6.3)	56(54.5)	16(14.4)	92(82.9)
Educational level					
Diploma or lower	-	9(8.1)	-	15(13.5)	24(21.6)
Undergraduate	15(13.5)	5(4.5)	56(50.5)	3(2.7)	79(71.2)
Postgraduate	2(1.8)	-	6(5.4)	-	8(7.2)
Work experiences (years)					
≤3 years	1(0.9)	1(0.9)	26(23.4)	5(4.5)	33(29.7)
>3-5 years	3(2.7)	3(2.7)	9(8.1)	4(3.6)	19(17.1)
>5-10 years	6(5.4)	2(1.8)	12(10.8)	5(4.5)	25(22.5)
>10 years	7(6.3)	8(7.2)	15(13.5)	4(3.6)	34(30.6)

Table 2 Prevalence and types of workplace violence by groups and settings (n=111)

Characteristics	n	Number of victim (cases)	Prevalence	
			within subgroup (%)	Total (%)
Experience of workplace violence	111	57		51.4
Total nurses	79	42	53.2	37.8
ER nurses	17	16	94.1	14.4
ICUs nurses	62	26	41.9	23.4
Healthcare workers	32	15	46.9	13.5
ER HCWs	14	7	50.0	6.3
ICUs HCWs	18	8	44.4	7.2
ER	31	23	74.2	20.7
ICUs	80	34	42.5	30.6
Characteristics of violence				
verbal violence	111	51		46.0
Nurses	79	39	49.4	
HCWs	32	12	37.5	
ER	23	22	95.7	
ICUs	34	29	85.3	
physical violence	111	34		30.6
Nurses	79	25	31.6	
HCWs	32	9	28.1	
ER	23	6	26.1	
ICUs	34	28	82.4	
psychological violence	111	33		29.7
Nurses	79	27	34.2	
HCWs	32	6	18.8	
ER	23	19	82.6	
ICUs	34	14	41.2	

ER Emergency room; ICUs Intensive Care Units; HCWs Healthcare Workers

และ 34.2 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่น (Table 2)

ผลการวิเคราะห์ความชุกโดยรวมของความรุนแรงตามหน่วยงาน พบว่าหน่วยฉุกเฉินมีความชุกของความรุนแรง (ร้อยละ 74.2) สูงกว่าหน่วยวิกฤต (ร้อยละ 42.5) เมื่อวิเคราะห์ตามลักษณะของความรุนแรงพบว่า ที่หน่วยฉุกเฉินเป็นความรุนแรงทางวาจา และความรุนแรงทางด้านจิตใจในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 95.7 และ 82.6 ตามลำดับ ในขณะที่หน่วยวิกฤต พบความชุกร้อยละ 85.3 และ 41.2 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความชุกของความรุนแรงทางร่างกายที่หน่วยวิกฤต (ร้อยละ 82.4) สูงกว่าที่หน่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 26.1) (Table 2)

ผลการศึกษามูลเหตุเชิงใจให้เกิดความรุนแรง การรายงานเหตุการณ์และผลกระทบความรุนแรงที่ได้รับ พบว่ามูลเหตุเชิงใจของการก่อความรุนแรงลำดับแรก คือ ผู้มารับบริการเมาสุรา/สารเสพติด (ร้อยละ 63.2) รองลงมาคือการรอคอยการรักษาที่ยาวนาน (ร้อยละ 56.1) อาการและอาการแสดงจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.9) และการสื่อสารที่บกพร่อง (ร้อยละ 40.4) ส่วนสถานการณ์ที่ฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นมูลเหตุเชิงใจต่ำที่สุด (ร้อยละ 8.8) (Table 3)

เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามหน่วยงาน พบว่าความรุนแรงที่หน่วยฉุกเฉินมีมูลเหตุเชิงใจที่สูงมาก จากการเมาสุรา/สารเสพติดของผู้รับบริการ (ร้อยละ 73.9) รองลงมาคือ

Table 3 Underlying causes of violence classified by workplaces

Underlying causes*	ER (n=23)	ICUs (n=34)	Total (n=57)	
	n (%)	n (%)	n	%
Alcohol consumption/drug abuse	17(73.9)	19(55.9)	36	63.2
Long waiting times	10(43.5)	22(64.7)	32	56.1
Illness conditions	12(52.2)	17(50.0)	29	50.9
Poor communication	7(30.4)	16(47.1)	23	40.4
Urgent situation	1(4.3)	4(11.8)	5	8.8

*chose more than one answer

Table 4 Reasons for underreporting when experiencing violence (n=50)

Reasons	n	%
Reporting would not make any changes	24	48.0
Having other tasks to complete	20	40.0
Too complicated process and uninteresting	4	8.0
Unfamiliar with the policy	2	4.0

Table 5 Impacts on the working life of victims after experiencing violence (n=57)

Impacts	Nurse (n=42) n(%)	HCW (n=15) n(%)	ER (n=23) n(%)	ICU (n=34) n(%)	Total (n=57) n(%)
Decreased confidence and less satisfaction	42(100)	12(80)	22(95.7)	32(94.1)	54(94.7)
Considering quitting or changing workplaces	39(92.9)	12(80)	22(95.7)	29(85.3)	51(89.5)
Impaired job performance	35(83.3)	12(80)	20(87)	27(79.4)	47(82.5)
Attempts to improve performance	32(76.2)	12(80)	18(78.3)	26(76.5)	44(77.2)
Taking leave due to distress	31(73.8)	10(66.7)	20(87)	21(61.8)	41(71.9)
Increased risk of practical errors	25(59.5)	10(66.7)	11(47.8)	24(70.6)	35(61.4)

อาการและอาการแสดงจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ร้อยละ 52.2) การรอคอยที่ยาวนาน (ร้อยละ 43.5) และปัญหาการสื่อสาร (ร้อยละ 30.4) ส่วนที่หน่วยวิกฤต พบการรอคอยที่ยาวนานเป็นมูลเหตุของใจหลักของการก่อความรุนแรง (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือการเมาสุรา/สารเสพติดของผู้รับบริการ (ร้อยละ 55.9) อาการและอาการแสดงจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.0) และปัญหาการสื่อสาร (ร้อยละ 47.1) (Table 3)

การรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงในระบบบริหารจัดการความเสี่ยงพบว่า ผู้ที่ประสบความรุนแรง ลงรายงานในระบบทุกครั้งมีจำนวนเพียง 7 รายจาก 57 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 12.3 ของผู้ประสบความรุนแรง สาเหตุที่ไม่ได้รายงานเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างระบุเหตุผลว่าเมื่อลงบันทึกเหตุการณ์แล้วไม่พบการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือมีภาระงานมากไม่มีเวลาลงบันทึกรายงาน (ร้อยละ 40.0) (Table 4)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการปฏิบัติงาน โดยรวม พบว่า ภายหลังเกิดเหตุการณ์รู้สึกขาดความเชื่อมั่นในงานที่ทำและความพึงพอใจในงานลดลง (ร้อยละ 94.7) ต้องการลาออกหรือย้ายหน่วยงาน (ร้อยละ 89.5) ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องให้ผู้อื่นทำหน้าที่แทน (ร้อยละ 82.5) พยายามปรับปรุงการทำงานตนเองเพื่อมิให้

เกิดปัญหาเช่นเดิม (ร้อยละ 77.2) ลางานเนื่องจากภาวะเครียดจากเหตุการณ์ (ร้อยละ 71.9) และเพิ่มโอกาสผิดพลาดในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 61.4) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มบุคลากรและหน่วยงาน พบในลักษณะเดียวกันทั้งในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ทั้งหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต (Table 5)

ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประมาณครั้งหนึ่งของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นทั้งที่ปฏิบัติงานที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต ประสบความรุนแรงจากผู้รับบริการ โดยพบว่าความชุกของความรุนแรงที่หน่วยฉุกเฉินสูงกว่าที่หน่วยวิกฤต และความชุกของความรุนแรงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่น ลักษณะความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางวาจา และทางด้านจิตใจ มูลเหตุของใจของการก่อความรุนแรงคือการเมาสุรา/สารเสพติดของผู้มารับบริการ การรอคอยที่ยาวนาน ลักษณะความเจ็บป่วย และการสื่อสารที่ไม่ดี หลังประสบเหตุมักไม่รายงานเหตุการณ์ลงในระบบ และเกิดผลกระทบต่อการทำงานหลายประการ โดยเฉพาะความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในงาน ต้องการลาออกหรือย้ายหน่วยงาน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ

การอภิปรายผล

การศึกษาความชุกของความรุนแรงโดยรวมที่ผู้รับบริการกระทำต่อบุคลากรทางการแพทย์ขณะปฏิบัติงานในครั้งนี้ พบว่าบุคลากรของทั้งสองหน่วยงานระบุว่ามีการประสบการณั้ได้รับความรุนแรงจากผู้รับบริการโดยมีความชุกโดยรวมร้อยละ 51.4 พบว่าอยู่ในช่วงของความชุกที่รายงานก่อนหน้านี้ ตั้งแต่ร้อยละ 37.31 จนถึงร้อยละ 88.4^{6,9,12,14} ร้อยละ 46.0 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเป็นความรุนแรงทางวาจา เช่น การต่อว่า ดุจก ตะคอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบความรุนแรงทางวาจาสูงเป็นอันดับแรก^{8-9,12-14} ความชุกของความรุนแรงทางด้านจิตใจเช่น การบันทึกภาพเสียง คลิปวิดีโอ ร้อยละ 29.7 และร้อยละ 30 ของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมทั้งที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต ประสบความรุนแรงทางร่างกาย

ผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนภาพเหตุการณ์สถานการณ์ที่สำคัญว่าในขณะที่บุคลากรกำลังปฏิบัติงานในสถานการณ์ตึงเครียดเพื่อช่วยชีวิตหรือบรรเทาความรุนแรงจากการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ บุคลากรเหล่านั้นกลายเป็น

เป็นผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงที่ผู้ก่อเหตุคือผู้มารับบริการนั่นเอง และพบว่ามูลเหตุของใจที่ระบุนเกิดจากการเมาสุรา/สารเสพติดของผู้มารับบริการ อธิบายถึงการย้ายทางอารมณ์จนถึงการขาดสติ รวมไปถึงการไม่มั่นใจ ไม่เคารพและให้เกียรติการปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพในการให้บริการ สะท้อนภาพลักษณ์ของสถานบริการสุขภาพที่กำลังปฏิบัติงาน รวมไปถึงมุมมองของผู้คนในสังคมไทยในปัจจุบันที่มองประเด็นความรุนแรงเป็นเรื่องสามารถกระทำได้ไม่ว่าจะเป็นใคร และสถานที่ใด ที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.9 ยังสามารถสะท้อนมุมมองการกระทำในเชิงเพศที่อ่อนแอได้เช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลยังคงเป็นผู้ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น แม้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกันทั้งที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤต โดยมีความชุกร้อยละ 37.8 จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด แม้ผลการศึกษาจะสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{12,14} ผู้วิจัยพบว่าหากการคำนวณความชุกของความรุนแรงโดยนำจำนวนตัวอย่างทั้งหมดมาเป็นฐาน โดยเฉพาะการทำการศึกษาทั้งสถานพยาบาล หรือหลายหน่วยงาน โดยมีได้คำนึงถึงสัดส่วนของกลุ่มประชากรย่อยที่แตกต่างกัน ความชุกที่คำนวณได้จะไม่เป็นไปในทิศทางที่แท้จริง เช่น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จากความชุกร้อยละ 37.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบความชุกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพถึงร้อยละ 53.2 และคิดเป็นร้อยละ 73.7 ของจำนวนผู้ประสบความรุนแรงทั้งหมด (Table 2) ทั้งนี้ ลักษณะงานพยาบาลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้รับบริการโดยตรงตั้งแต่ การประเมินสภาพร่างกาย การเจาะตรวจเลือด การให้การพยาบาลและการให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ กลายเป็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดคำถามถึงความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีความรับผิดชอบโดยตรงต่อผู้รับบริการสูงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น

ความชุกของความรุนแรงที่หน่วยฉุกเฉินมีความแตกต่างจากหน่วยวิกฤต โดยพบความรุนแรงทางวาจาเป็นลำดับแรก (ร้อยละ 95.7) มากกว่าหน่วยวิกฤต รองลงมาคือความรุนแรงทางด้านจิตใจ (ร้อยละ 82.6) ส่วนหน่วยวิกฤต พบความรุนแรงทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 82.4) สูงกว่าที่หน่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 26.1) อธิบายได้ว่าสถานที่ห้องฉุกเฉินเป็นบริการด้านหน้า มีผู้มารับบริการไม่จำกัดตลอดเวลาผู้มา

ขอรับบริการทั้งผู้ป่วย ญาติ เพื่อน หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้ามาถึงในหน่วยงานได้ค่อนข้างง่ายกว่าหน่วยวิกฤตและหน่วยงานอื่นๆ สภาพความแออัด ความเร่งด่วนของภาวะเจ็บป่วย ต้องมีการสื่อสารและเผชิญหน้าระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติตลอดเวลาทำให้ง่ายต่อการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ได้บ่อยครั้ง ส่วนหน่วยวิกฤต ความรุนแรงทางด้านร่างกายที่รายงานเป็นในลักษณะของผู้ป่วยที่อาจไม่รู้สติ ต่อต้านการดูแลรักษาพยาบาลแบบไม่เจตนา ส่วนความรุนแรงที่หน่วยฉุกเฉินเป็นความรุนแรงที่มีลักษณะเจตนาจากการขาดสติหรือขาดการควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความไม่พึงพอใจ

ประเด็นของความรุนแรงจึงมักอภิปรายกันในเชิงของ “เจตนาและไม่เจตนา”²² การศึกษาครั้งนี้ พบมูลเหตุเชิงใจของการกระทำ ความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานพบว่า ผู้กระทำ ความผิดที่ได้รับอิทธิพลจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (ร้อยละ 63.2) เวลารอคอยการรักษา (ร้อยละ 56.1) สภาพการเจ็บป่วย (ร้อยละ 50.9) และการสื่อสารที่ไม่ดี (ร้อยละ 40.4) ในประเด็นนี้ เมื่อนำผลการศึกษามาพิจารณาร่วมกับแบบจำลองเนวิควิต²⁻³ ที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานเกิดจากหลายปัจจัย และมีตั้งแต่ระดับบุคคลคือผู้มาขอรับบริการ สัมพันธภาพที่เห็นปัญหาการสื่อสารที่บกพร่อง สภาพของสถานที่ซึ่งเป็นลักษณะของชุมชนในขณะเกิดเหตุ และสังคมที่รวมไปถึงนโยบายป้องกัน สาเหตุหลักของความรุนแรงเกิดมาจากการเมาสุรา/สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ และจากการรายงานของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข²⁴

ภายหลังเกิดความรุนแรง มีเพียงร้อยละ 12.3 เท่านั้นที่ตัดสินใจรายงานเหตุการณ์อย่างเป็นทางการในระบบทุกครั้ง พบว่าสาเหตุที่ตัดสินใจไม่รายงาน ได้แก่ การรายงานไปแล้วไม่พบมีการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.0) และมีงานอื่นต้องทำ (ร้อยละ 40.0) เหตุผลดังกล่าวสะท้อนทั้งความต้องการและการขาดความเชื่อมั่นของนโยบายการบริหารจัดการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การที่ไม่รายงานเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางวาจา²⁵ และความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่แผนกฉุกเฉินเป็นสิ่งที่พอจะยอมรับได้²⁶ หรือมองว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นได้²⁷ นอกจากนี้ ความรุนแรงทางด้านจิตใจที่นอกเหนือไปจากทางด้านวาจาเป็นในลักษณะของการถ่าย

คลิป ถ่ายภาพเพื่อการนำไปเผยแพร่ผ่านสื่อสาธารณะจากผู้มารับบริการ ซึ่งต่างจากความรุนแรงทางด้านจิตใจจากผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน ซึ่งมีเจตนาเพื่อความพึงพอใจที่สามารถใช้อำนาจควบคุมผู้อื่น ทั้งในรูปแบบของการใช้วาจาและอำนาจ เช่น การกดดันต่อผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชา การเร่งรัดหรือติดตามงานอย่างไม่สมเหตุผล²⁷ การไม่รายงานเหตุการณ์ความเสียหายอาจเป็นในเรื่องของการหลีกเลี่ยงการถูกตำหนิจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นประจำไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้กระทำรู้สึกคุ้นชินจนลืมหวั่นหนักถึงความถูกต้อง ต่างจากความรุนแรงที่ผู้ก่อความรุนแรงเป็นผู้รับบริการที่มาแล้วก็สงบลงเมื่อการให้บริการสิ้นสุดลง แม้จะมุ่งทำให้เกิดความรู้สึกอับอายขาดความมั่นคงในงานแต่ก็เพื่อต้องการให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

ปัญหาความรุนแรงในสถานพยาบาลนั้น พิจารณาในลักษณะของความชุก เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และจากความชุกร้อยละ 94.1 ของพยาบาลที่หน่วยฉุกเฉินล้วนเคยประสบเหตุการณ์มาแล้วทั้งสิ้นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (Table 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงได้ระบุถึงผลกระทบต่อการทำงานหลังเกิดเหตุความรุนแรงถึงการขาดความมั่นใจและความพึงพอใจในอาชีพ/งานปัจจุบันน้อยลง (ร้อยละ 94.7) ต้องการที่จะลาออกหนีสภาพปัญหา โดยมีความคิดที่จะลาออกจากการงานหรือย้ายไปทำงานอื่น (ร้อยละ 89.5) และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (ร้อยละ 82.5) พยายามปรับปรุงการทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเดิม (ร้อยละ 77.2) การลางานเนื่องจากรู้สึกเครียด (ร้อยละ 71.9) และความเสี่ยงในการทำงานผิดพลาดสูงขึ้น (ร้อยละ 61.4) ทั้งนี้ยังมีรายงานถึงความรู้สึกหวาดกลัว ตึงเครียด กังวล โกรธผู้ก่อเหตุ รวมไปถึงความรู้สึกเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น^{10, 15}

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว อีกทั้งไม่ได้ใช้หลักความน่าจะเป็นในการเลือกตัวอย่าง การอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรจึงมีข้อจำกัด นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ยังขาดการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ ทำการสำรวจตั้งแต่มูลเหตุเชิง

ของการกระทำ ความรุนแรง ความชุก ลักษณะความรุนแรง จำแนกตามหน่วยงานและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าความรุนแรงต่อบุคลากรนั้นเกิดจากหลายปัจจัย ส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งในหน่วยผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤตมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาดังนี้

ปัญหาความรุนแรงจากผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และป้องกันได้ ผู้บริหารทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงานควรกำหนดนโยบายและจัดทำแผนปฏิบัติการรวมทั้งแนวปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและจัดการความรุนแรงทุกรูปแบบต่อพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงให้ปลอดภัย

โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีผู้รับบริการที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด หรือในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการหนาแน่น

การฝึกอบรมทั้งพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตให้มีทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือมีความขัดแย้งในระหว่างที่บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีและความปลอดภัยในการทำงาน

การศึกษาวិชาয়ครั้งต่อไปในประเด็นของวิธีการจัดการความรุนแรง รวมทั้งความคาดหวังต่อนโยบายการป้องกันและเยียวยาผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ. ดร. นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์ ดร.วิสาข์ สุพรรณไพบุลย์ คุณกนกวรรณ แพรขาว คุณมนทัญญู ปาละ อาจารย์กิตติศักดิ์ คัมภีระ คุณปรารถนา อนุกปัญญกุล และคุณกรทิพย์ จีเพชร ในความเอื้อเฟื้อทำให้ผลงานสำเร็จลุล่วงด้วยดีและขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยวิกฤตที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Assavanopakun P, Chaiear N, Paileeklee S. Appropriate guideline for preventing workplace violence in hospital using a participatory action research. Chiang Mai Med J. [Internet]. 2020 Apr. 1 [cited 2023 Mar. 25];59(2):65-79. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ-MedCMJ/article/view/243593> (in Thai)

2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002 Oct 5;360(9339):1083-8. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0. PMID: 12384003.
3. Richards J. Management of workplace violence victims. Geneva; 2003; 1-56. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvmanagement-victimspaper.pdf?sfvrsn=7c9b3992_2
4. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. Int J Nurs Stud. 2014 Jan;51(1):72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23433725. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
5. Pandee P, Jiamjarasrangsri W. Prevalence and related factors of workplace violence in subdistrict health promoting hospital in 10th regional health of Thailand. Chula Med J. 2020;64(4):409-15. DOI : 10.14456/clmj.2020.52. Available from: http://clmjjournal.org/_fileupload/journal/465-2-8.pdf (in Thai)
6. Patcharatanasan N, Lertmaharit S. The Prevalence characteristics and related factors of workplace violence in healthcare workers in emergency departments of government hospitals in region 6 health provider. JPMAT [Internet]. 2018 Sep. 21 [cited 2023 Mar. 7];8(2):212-25. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/146654> (in Thai)
7. Chayyaphong A, Lormphongs S, Phatarabuddha N. Factors related to effects of workplace violence among nurses in primary care hospital, Samut Prakan Province. Dis Control J [Internet]. 2017 Dec. 29 [cited 2023 Mar. 7];43(4):413-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/151793> (in Thai)
8. Winapa K, Sakarinkhul P. Workplace Violence with Stress and Quality of Life among Healthcare Workers in a Tertiary Care Hospital. Buddhachinaraj Medical Journal. 2020; 37(1): 2-13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/245224/166420> (in Thai)
9. Sothorncharoensin J, Sithisarankul P. Workplace Violence among Nurses in Psychiatric Units. JPMAT [Internet]. 2021 Dec. 24 [cited 2023 Mar. 7];11(3):

- 732-48. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/252024> (in Thai)
10. Sidthipongsa S, Sasithornsonthi J, Wongrathanandha C, Manonai J, Aekplakorn W. Prevalence, risk factors for, and impacts of workplace violence on nurses in a medical school in Thailand. *Chiang Mai Med J*. [Internet]. 2021 Oct. 1 [cited 2022 Mar. 7];60(4): 437-47. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CMMJ-edCMJ/article/view/253917> (in Thai)
11. Chaiwuth S, Chanprasit C, Kaewthummanukul T, Chareosanti J, Srisuphan W, Stone TE. Prevalence and Risk Factors of Workplace Violence Among Registered Nurses in Tertiary Hospitals. *PRIJNR* [Internet]. 2020 Sep. 16 [cited 2023 Mar. 7];24(4):538-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/227889> (in Thai)
12. Saimai W, Thanjira S, Phasertsukjinda N. Workplace violence and its management by nursing personnel in emergency department. *Rama Nurs J* [Internet]. 2013 Jun. 7 [cited 2023 Mar. 25];16(1):121-35. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8935> (in Thai)
13. Tanthitippong A. Study of Workplace violence among personnel at Vachira Phuket Hospital in the year 2018. *Reg11MedJ* [Internet]. 2019 Feb. 14 [cited 2023 Mar. 7];32(4):1249-60. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/176082> (in Thai)
14. Nithimathachoke A, Wichienopparat W. High Incidence of Workplace Violence in Metropolitan Emergency Departments of Thailand; a Cross Sectional Study. *Arch Acad Emerg Med*. 2021 Mar 25;9(1):e30. doi: 10.22037/aaem.v9i1.1140. PMID: 34027425; PMCID: PMC8126349.
15. Liengsakul K, Lakkanasirorat M, Arab V. The Prevalence and Affected Factors of Workplace Violence against Staff Working in a Public Secondary Care Hospital in Southern Thailand. [Internet]. 2021 Mar. 20 [cited 2023 Mar. 25];4(1):117-33. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/246650> (in Thai)
16. Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*. 2007;1(2):1-7. Available from: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/violence-and-aggression-towards-health-care-professionals.pdf>
17. Yoo HJ, Suh EE, Lee SH, Hwang JH, Kwon JH. Experience of violence from the clients and coping methods among ICU nurses working a hospital in South Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2018 Mar 10;S1976-1317(17)30673-4. doi: 10.1016/j.anr.2018.02.005. Epub ahead of print. PMID: 29535021.
18. ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs*. 2016 Jan;24:61-5. doi: 10.1016/j.ienj.2015.06.005. Epub 2015 Jul 15. PMID: 26188629.
19. Cheraghi MA, Noghan N, Moghimbeygi A, Bikmoradi A. Analysis of Intensive care nurses' workplace violence. *Summer*. 2012;5(13): 87-94. Available from: https://www.researchgate.net/publication/236853656_Analysis_of_Intensive_Care_Nurses'_Workplace_Violence
20. Babaei N, Rahmani A, Avazeh M, Mohajjelaghdam AR, Zamanzadeh V, Dadashzadeh A. Determine and compare the viewpoints of nurses, patients and their relatives to workplace violence against nurses. *J Nurs Manag*. 2018 Jul;26(5):563-570. doi: 10.1111/jonm.12583. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29573119.
21. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Saf Health Work*. 2021 Sep;12(3):289-295. doi: 10.1016/j.shaw.2021.04.004. Epub 2021 May 3. PMID: 34527388; PMCID: PMC8430427.
22. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector / Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. 2002: 3. Available from : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617>
23. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill, Inc.; 1973.
24. Department of Medical Services. Ministry of Public Health. *Guideline for Preventing Workplace Violence in hospital*. 2nd ed. Ministry of Public Health. Department of Medical Services; 2018. (in Thai)
25. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2016 May;19(2):75-81. doi: 10.1016/j.aenj.2015.03.006. Epub 2015 May 23. PMID: 26012889.

26. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators? PLoS One. 2020 Apr 2;15(4):e0230793. doi: 10.1371/journal.pone.0230793. PMID: 32240231; PMCID: PMC7117706.
27. Sungbun S. Management of Violence Risk in Workplaces: Emergency Departments. TJNC [Internet]. 2019 Feb. 8 [cited 2023 Mar. 25];34(1): 14-2. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/143763> (in Thai)
28. Chiangkhong A, Aoumaneekul N, Junthanasote P, Kaewboonchoo O, Chansathitporn N Factors related to workplace violence among nurses working in industry. J Pub Health Nurse [Internet]. 2016 Feb. 2 [cited 2023 Mar. 25];26(3):45-62. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/47824>