

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างาน กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์

ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภารกิจของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์
2. หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน
 - 4.1 ความหมายของความปลอดภัย
 - 4.2 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานทั่วไป
 - 4.3 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5. การทำร้าย
 - 5.1 ความหมายของการทำร้าย
 - 5.2 กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้เกิดการทำร้าย
 - 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการถูกทำร้ายเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรง
 - 5.4 ระดับความรุนแรงของการทำร้าย
 - 5.5 พยาบาลวิชาชีพกับการถูกทำร้าย
6. การปรับตัว
 - 6.1 ความหมายของการปรับตัว
 - 6.2 การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ภารกิจของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Jenkins (1978) ได้ให้คำจำกัดความของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้บริการแก่ผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อมาถึงโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่จะต้องมีความพร้อมในการที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรในหน่วยงานนี้ต้องได้รับการฝึกฝน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในการประเมินสภาพของการบาดเจ็บในภาวะเฉียบพลันตลอดจนการปฏิบัติการช่วยชีวิตและการช่วยเหลือบุคคลทั้งคน (holistic nursing care) ในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อ้างใน ดารณี จามจุรี, 2535) นอกจากนี้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว ต้องตอบข้อซักถาม ชี้แจง ทำความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการอีกด้วย จากภารกิจในภาพรวมดังกล่าวสามารถนำมาแยกเป็นภารกิจหลักของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการให้บริการ ของกระทรวงสาธารณสุข (2540) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 จัดหน่วยงานบริการพยาบาล เชื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและการมีอุบัติเหตุรายหมู่

1.1.1 ตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยให้บริการที่จำเป็น ได้แก่ ติดต่อบริเวณ คัดกรองผู้ป่วย ห้องตรวจรักษา ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ รถเข็น/เปลนอน อยู่ในที่ ๆ สะดวก รวดเร็ว เหมาะสมต่อการให้บริการ

1.1.2 บริเวณรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่กำหนดไว้ชัดเจน และสะดวกต่อการให้บริการผู้ป่วยได้แก่ จุดคัดกรอง จุดรับผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย - ปานกลาง - ผู้ป่วยหนัก/วิกฤต และผู้ป่วยหมดหวัง/เสียชีวิต

1.1.3 ลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปและภายในหน่วยงานสะอาดไม่มีกลิ่นอับชื้น อากาศถ่ายเทดี จัดวางวัสดุครุภัณฑ์เป็นระเบียบ

1.2 อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ พร้อมใช้งานได้ทันที

1.2.1 มีการตรวจสอบจำนวนและประสิทธิภาพของเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นทุกวัน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ

1.2.2 มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นแต่ละอย่าง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2.3 มีการสำรองวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับให้บริการภาวะฉุกเฉินปกติและอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่

1.3 ทีมให้บริการพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาวะฉุกเฉิน ปกติและอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่

- 1.3.1 จำนวนทีมให้บริการแต่ละเวรประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน
- 1.3.2 บุคลากรแต่ละระดับทราบหน้าที่/บทบาท ของตนเอง ในแผนรับอุบัติเหตุหมู่
- 1.3.3 มีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะ ก่อนประจำการแก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ - อุจกเงิน และการเคลื่อนย้าย

1.3.4 มีการอบรม/เสริมความรู้/ทักษะ ระหว่างประจำการแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การพยาบาลผู้ป่วยอุจกเงิน

1.4 ระบบบริการพยาบาลที่สามารถ ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4.1 มีการบริการที่ส่งเสริมให้การบริการรวดเร็ว เช่น การต้อนรับ การอำนวยความสะดวก

1.4.2 มีระบบบริการ ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุหมู่ได้อย่างทันเหตุการณ์

1.4.3 มีระบบนัดสำหรับแจ้งผู้ป่วย หรือติดตามผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่อง

1.4.4 มีการจัดทำแผนพัฒนา ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-อุจกเงินรองรับอุบัติเหตุหมู่ และผู้ป่วยอุบัติเหตุ-อุจกเงิน ที่สอดคล้องกับสภาพของท้องถิ่น

1.4.5 มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ที่จำเป็นทุกวัน

1.4.6 มีการรับ-ส่งเวร ในแต่ละรอบเวรเกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายและ/หรือเหตุการณ์สำคัญ เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต ทรัพย์สินผู้ป่วย

1.4.7 ความพร้อมระบบบริการพยาบาลเชิงรุก ให้บริการในพื้นที่จุดเกิดเหตุ

1.4.8 มีระบบการบันทึกข้อมูล และ/หรือรายงานเกี่ยวกับอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุการณ์ชัดเจนและเป็นระบบ

1.4.9 มีการนำข้อมูลจากการบันทึกต่างๆ รายงานการรวบรวมข้อมูลสถิติที่สำคัญ มาวิเคราะห์หาแนวทาง/วิธีป้องกันและพัฒนาระบบงานให้เป็นรูปธรรม

1.4.10 มีแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย สอดคล้องกับนโยบายการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีต่างๆ และเจ้าหน้าที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

1.5 กระบวนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเป็นระบบและตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

1.5.1 ความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาพยาบาลอุจกเงิน

1.5.2 มีกระบวนการพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัย ของผู้ป่วย

1.5.3 มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล

1.5.4 มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยทุกราย โดยผู้ป่วยแต่ละรายบันทึกครอบคลุมข้อมูลการเจ็บป่วย ปัญหา/ความต้องการการพยาบาล การประเมินผลและการนัดหมายเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

1.6 มีกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

1.6.1 หัวหน้างานมีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรม การวิเคราะห์ประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการ

1.6.2 มีกระบวนการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

1.6.3 มีกระบวนการวิเคราะห์ ทบทวนหาข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสำหรับนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

1.6.4 มีการรายงานผล การเฝ้าติดตาม/การวิเคราะห์/ข้อมูลคุณภาพทางการพยาบาลให้กับผู้เกี่ยวข้องทราบ

1.6.5 มีการปรับปรุง ระบบบริการจากผลการเฝ้าติดตาม/ทบทวน และวิเคราะห์ข้อมูล

สรุป ภาระกิจของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ จัดหน่วยงานให้พร้อมที่จะให้บริการที่มีคุณภาพทั้งในยามปกติและไม่ปกติ จัดเตรียมบุคลากรที่ให้การพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้มีจำนวนเพียงพอและพร้อมที่จะให้บริการตลอดเวลา รวมทั้งมีระบบบริการที่สามารถให้บริการอย่างเป็นระบบและสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภทจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมและสอดคล้องตามสถานการณ์ หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นบุคคลสำคัญ ที่ต้องบริหารงานในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยยึดมาตรฐานการบริการพยาบาลทั้ง 9 มาตรฐานของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) เป็นเกณฑ์ และสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีดังนี้

2.1 กำหนดทิศทางการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงานชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานยอมรับและใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปรัชญา พันธกิจ ขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบในการให้บริการของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน

2.2 การจัดองค์การและการบริหารงานเอื้อต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่

2.2.1 มีแผนภูมิโครงสร้างการบริหารงานเป็นปัจจุบัน

2.2.2 มีคำบรรยายลักษณะงานของเจ้าหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็น

ปัจจุบัน

2.2.3 การบริหารงานภายในหน่วยงานส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วม

2.2.4 มีการประเมินผล ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนางานด้านบริหาร

บริการและวิชาการ

2.2.5 มีการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ มีการประสานงาน อย่างเป็นขั้นตอน รวดเร็วกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแก้ไขปัญหาในการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วม

2.2.6 จัดระบบบริการฉุกเฉิน โรงพยาบาลฉุกเฉินมีความพร้อมในการออกปฏิบัติงาน สมรรถนะดีและปลอดภัย ตลอดจนระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.2.7 จัดทำแผนพร้อมรับอุบัติเหตุภัย และมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร ให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละระดับ

2.2.8 ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การพัฒนาความดีความชอบโดยใช้ข้อมูลพื้นฐาน จากการประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.2.9 สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกคนรับผิดชอบ และเข้าใจเกี่ยวกับการจัดองค์กร และระบบการบริหารงานของหน่วยงาน

2.3 จัดทีมการพยาบาลให้มีความพร้อมในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ มีอัตรากำลังเพียงพอในการให้บริการตลอด 24 ชม. และสำรองไว้ในกรณีฉุกเฉิน

2.4 ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น สำหรับการปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4.1 ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ก่อนประจำการ

2.4.2 ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหน่วยงาน (Needs assessment) และนำผลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่

2.4.3 มีการฝึกทักษะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเกี่ยวกับ การช่วยฟื้นคืนชีพ การพยาบาล เฉพาะทาง การพยาบาลโรคที่พบบ่อยในหน่วยงาน

2.4.4 จัดกิจกรรมเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แก่เจ้าหน้าที่ประจำ เช่น การประชุมปรึกษารายกรณี (Case conference) จัดหาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไว้ในหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่นำมาศึกษาได้ง่าย

2.4.5 จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาค่านิยม และเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

2.4.6 ประเมินผลและปรับปรุงกลวิธีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้ง การประเมินผลกระบวนการให้บริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.5 มาตรฐานวิธีปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สะท้อนความรู้ และวิชาการที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น การคัดกรองผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการทรัพยากรของผู้ป่วย การจัดการกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต การส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การรักษาความปลอดภัย

2.6 การจัดสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกในหน่วยงานมีความเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและเป็นที่น่าพอใจผู้ให้บริการ

2.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการ เอื้อต่อการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.6.2 การจัดพื้นที่ของอาคารเป็นสัดส่วน มีความพร้อมและเหมาะสมสำหรับให้บริการรักษาพยาบาล เช่น จุดคัดกรองผู้ป่วย ห้องตรวจรักษาและ ให้การปฐมพยาบาล ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องใส่เฝือก ห้องล้างตัว / ล้างพิษ ห้องสังเกตอาการ และพื้นที่สำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่

2.6.3 จัดระบบการสัญจรให้สะดวกแก่การเคลื่อนย้ายหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

2.6.4 สิ่งอำนวยความสะดวกต่อผู้มารับบริการ ได้แก่ หน่วยประชาสัมพันธ์ ห้องบัตรตั้งอยู่ด้านหน้าของหน่วยงาน มีที่นั่งรอเพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการพักรอ มีป้ายแสดงทางไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องยา ห้องเอ็กซเรย์ ฯลฯ มองเห็นได้ชัดเจน และมีห้องสวมเพียงพอสําหรับผู้มาใช้บริการ

2.6.5 มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่นห้องประชุม ที่เปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องน้ำ ห้องส้วม

2.6.6 ลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปภายในหน่วยงาน สะอาดไม่มีกลิ่นอับชื้น กลิ่นเหม็นรบกวน มีแสงสว่าง อุณหภูมิเหมาะสมที่จะปฏิบัติงาน มีการระบายอากาศดีสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ และการจัดวางอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ เป็นระเบียบไม่กีดขวางทางเดิน

2.6.7 จัดบริเวณสำหรับอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว ได้แก่ บริเวณเก็บผ้ากันเปื้อน เทพมือ นอน/ของเสีย และทำความสะอาดเครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้แล้ว แยกจากบริเวณให้การรักษา

2.6.8 การรักษาความปลอดภัยของหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ

2.6.8.1 มีเจ้าหน้าที่เวรยามที่ติดต่อกันง่ายและสะดวก

2.6.8.2 มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถติดต่อภายนอก เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่

ตำรวจ

2.6.8.3 มีการฝึกซ้อม หรือทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับของหน่วยงาน คือ ซ้อมปฏิบัติ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ผิดปกติต่างๆ

2.7 อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการผู้ป่วยมีเพียงพอและพร้อมใช้งาน ได้ทันที ได้แก่ รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency cart) สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวกมีอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ครบ ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา มีระบบการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

2.8 มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลดำเนินอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

2.8.1 หัวหน้าหน่วยงานสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิเคราะห์ ประเมินผล และปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2.8.2 มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และติดตามผลการดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วม เช่น การวิเคราะห์ระบบงานบริการพยาบาล ทบทวนข้อบกพร่องของ กระบวนการดูแล / ให้บริการผู้ป่วย เป็นต้น

2.8.3 มีการประเมินผลสำเร็จของกิจกรรม หรือโครงการปรับปรุง/พัฒนาคุณภาพ งานบริการพยาบาล

2.8.4 กำหนดมาตรฐาน หรือวิธีการปฏิบัติงานจากผลการประเมินกิจกรรมการ พัฒนาคุณภาพ

2.8.5 เฝ้าระวังการติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2.9 ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ในหน่วยงานมีคุณภาพ

2.9.1 มีการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานครบถ้วน ไม่ซ้ำซ้อน ง่ายต่อการนำมาใช้

2.9.2 มีการเก็บข้อมูลของหน่วยงานเกี่ยวกับข้อมูลด้านการบริการ และข้อมูล เกี่ยวกับเกณฑ์วัดคุณภาพการพยาบาล

2.9.3 มีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เข้าใจวิธีการจัดเก็บและการ รวมรวมข้อมูล

2.9.4 มีการรายงานข้อมูลที่ครบถ้วน ทันเวลา

2.9.5 มีการสังเคราะห์ข้อมูล/ข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การจัดบริการ ผู้ป่วยการพัฒนาคูณภาพ และรายงานต่อหน่วยงาน / ผู้เกี่ยวข้อง

สรุป หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ กำหนดทิศทางการบริหารงานในหน่วยงานอย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกคนยอมรับและนำไปปฏิบัติได้ จัดเตรียมบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้มีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ จัดสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกและปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ มีการพัฒนาบุคลากร พัฒนาคูณภาพการพยาบาลและระบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) กำหนดไว้ดังนี้

3.1 การคัดกรองผู้ป่วย(Triage)

3.1.1 ตรวจประเมินอาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วทันทีที่มาถึง โดย

3.1.1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว

3.1.1.2 ประเมินทางเดินหายใจ

3.1.1.3 ประเมินการหายใจ

3.1.1.4 ประเมินระบบไหลเวียน

3.1.2 ให้ความช่วยเหลือตามแนวทางที่กำหนด เกี่ยวกับการช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ การห้ามเลือด การช่วยเหลือสนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation support) หรือการตามอวัยวะที่หัก

3.1.3 ระบุตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient Identification) ให้ชัดเจนเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว

3.1.4 วิเคราะห์จัดระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายบนพื้นฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ จำแนกเป็น

3.1.4.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (Emergent)

3.1.4.2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Urgent)

3.1.4.3 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (None - Urgent)

3.1.5 บันทึกข้อมูล การคัดกรองภาวะการเจ็บป่วย และปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่สำคัญต่อไปนี้

3.1.5.1 ระดับความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (Triage Level)

3.1.5.2 อาการและอาการแสดงที่สำคัญเมื่อแรกเริ่ม

3.1.5.3 สัญญาณชีพ

3.1.5.4 ระดับความรู้สึกตัวหรือ Glasgow coma scale กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท

3.1.5.5 กิจกรรมการพยาบาลเบื้องต้น

3.1.6 รายงานแพทย์ตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน

3.1.7 ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3.2 การประเมินปัญหาและการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

3.2.1 ประเมินอาการโดยใช้หลัก Primary survey อีกครั้งก่อนการประเมิน Secondary survey

3.2.2 ประเมินอาการตามหลัก Secondary survey จากข้อมูลที่ได้จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

3.2.2.1 ประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

3.2.2.2 กลไกการได้รับบาดเจ็บ (Mechanism of injury) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บ

3.2.2.3 การช็อก/การแพ้ยา

3.2.2.4 การตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าโดยละเอียด

3.2.3 ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยรวบรวมและบันทึกเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมกับธรรมชาติ ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติของหน่วยงาน

3.2.3.1 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมาก (Emergent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก ๆ 10-15 นาที

3.2.3.2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องได้รับการเฝ้าระวังทางระบบประสาททุกราย เช่น การประเมิน Glasgow coma scale

3.2.3.3 ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉิน (Urgent) จะต้องได้รับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 30 นาที หรือตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

3.2.3.4 ผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (Non-urgent) จะต้องได้รับการประเมินอาการอาการแสดงและสัญญาณชีพระหว่างรอรับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และบ่อยครั้งถ้าอาการเลวลง

3.2.4 ให้การช่วยเหลือแก้ไข บรรเทาอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตทันทีที่ตรวจพบปัญหา

3.2.5 ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติกรณีเตรียมการผ่าตัดฉุกเฉิน

3.2.6 ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีส่งต่อ หรือจำหน่ายและต้องมีการประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงซ้ำ ถ้าอาการเลวลง จะต้องแก้ไขตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติในการดูแล เจาะโรค/กลุ่มอาการ

3.2.7 บันทึกผลการประเมินอาการ และอาการแสดงที่สำคัญที่ตรวจพบลงในแบบฟอร์มหรือบัตรตรวจโรค และรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

3.3 การส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย

3.3.1 ประเมินอาการไม่สบายหรืออาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากหน่วยงาน

3.3.2 ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ความสบายด้านร่างกาย และจิตใจระหว่างอยู่ในห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ

3.3.3 ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบาย เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

3.3.4 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและช่วยแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาล

3.3.5 ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษาในกรณีมีอาการอาการไม่สบายไม่ทุเลาลง

3.3.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความไม่สบายหรืออาการรบกวนต่างๆ และวิธีการขอความช่วยเหลือ จากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นในขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินหรือ ห้องสังเกตอาการ

3.4 การส่งต่อการรักษา

3.4.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทุกรายทั้งในและนอกโรงพยาบาล จะต้องได้รับการดูแลก่อนการเคลื่อนย้ายตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เกี่ยวกับ

3.4.1.1 สัญญาณชีพ

3.4.1.2 ทางเดินหายใจและการหายใจ

3.4.1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต การได้รับสารน้ำทดแทน และการห้ามเลือดจากบาดแผล

3.4.1.4 บาดแผลแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะต้องได้รับการทำความสะอาด โดยใช้เทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ

3.4.1.5 ตามส่วนที่หักของกระดูก แขน ขา

3.4.1.6 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยระมัดระวังการเคลื่อนที่ของกระดูกส่วนที่หัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระดูกสันหลัง

3.4.1.7 ดูแลรักษาอวัยวะส่วนที่ขาดหรือบาดเจ็บ

3.4.2 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเหตุผล และอาการผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาตัว

3.4.3 ประสานงานและส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาล และอาการผู้ป่วยที่สำคัญกับหน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยไปรักษาต่อ

3.4.4 จัดเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ไปกับผู้ป่วย พร้อมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย

3.5 การให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย

3.5.1 พยาบาลวิชาชีพจะต้องให้ข้อมูล เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบทบาทความรับผิดชอบ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล โดย

3.5.1.1 ประเมินความต้องการและความพร้อม ในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ

3.5.1.2 ประสานงานกับแพทย์เจ้าของคนไข้ ถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์

3.5.1.3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนที่วางไว้ กับแพทย์เจ้าของไข้ โดยวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์

3.5.1.4 ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและญาติ ถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

3.5.1.5 แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3.5.1.6 ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล (ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย)

3.5.1.7 อธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ความสำคัญของการรักษาพยาบาลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา (Informed consent)

3.5.1.8 ผู้ป่วยที่กลับไปสังเกตอาการต่อเองที่บ้านจะต้องได้รับคำแนะนำและเอกสารการดูแลตนเอง/สังเกตอาการผิดปกติ

3.5.1.9 ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับคำแนะนำและบันทึกการรับรู้/ความเข้าใจไว้เป็นหลักฐาน

3.5.1.10 กรณีผู้ป่วยกลับบ้านโดยไม่สมัครใจรับการรักษา พยาบาลวิชาชีพต้องให้คำแนะนำ หรือเอกสารการดูแลตนเอง และชักชวนความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่มีสิทธิรับผิดชอบผู้ป่วยตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อกำกับ เพื่อแสดงการยอมรับและเข้าใจในคำอธิบายไว้เป็นหลักฐาน

3.5.1.11 กรณีที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ให้ระมัดระวังการรักษาความลับของผู้ป่วยและให้ปฏิบัติตามแนวทางวิธีปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนด

3.5.2 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล

3.5.2.1 พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยโดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพและเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติ ศาสนา

3.5.2.2 พยาบาลวิชาชีพต้องปกป้องผู้ป่วย ไม่ให้ถูกล่วงล้ำหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

3.5.2.3 ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ ต้องแน่ใจว่า

- 1) ได้บอกให้ผู้ผู้ป่วยได้รับทราบแม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว
- 2) ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
- 3) สถานที่/บริเวณให้การพยาบาลเป็นสัดส่วนมิดชิด

3.5.2.4 พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นแบบอย่างและควบคุมกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายด้วยความเคารพ ในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

สรุป หน้าทีความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ มีหน้าที่ในการคัดกรอง ประเมินและแก้ไขภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมความสุจริตของผู้ป่วยและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย

4. การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน

4.1 ความหมายของความปลอดภัย

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง คุณภาพ หรือสภาพความเป็นอยู่ที่ปลอดภัย อีตระ จากอันตราย การบาดเจ็บและการทำร้าย มีอุปกรณ์ เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุ หรือเป็นการลด อันตรายและผลกระทบต่าง ๆ ที่ไม่พึงปรารถนา (Webster, 1988:1181)

Fido and Wood (1989) ให้ความหมายว่า ความปลอดภัยเป็นสภาวะของควมมีอิสระ จากการไม่มีความเสี่ยงต่ออันตรายของบุคคล (cited in Cox and Cox, 1996)

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง สภาวะการปราศจากภัยหรือพ้นภัยรวมถึงการปราศจาก อันตราย (danger) การบาดเจ็บ (injury) การเสี่ยงภัย (risk) หรือการสูญเสีย (loss) (เฉลิมชัย รัชกิตติภรณ์, 2541)

กล่าวได้ว่าความปลอดภัย หมายถึง สภาพการณ์ที่ปราศจากภัยอันตรายต่าง ๆ ไม่มีความ เสี่ยง การสูญเสีย และการบาดเจ็บที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ

4.2 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานทั่วไป

ชัยยุทธ ขวลิตนิจกุล (2532) ให้ความหมาย ความปลอดภัยในการทำงาน (Occupational Safety and Health) ว่าหมายถึง ความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยในการทำงานของผู้ประกอบ อาชีพทั้งหลาย

ดร.นคร สิริยศอำรง (2542) กล่าวถึง ความปลอดภัยในการทำงานว่า เป็นความรู้สึกรอง บุคคลต่อลักษณะงานที่ทำ โดยที่ลักษณะงานนั้นต้องไม่เสี่ยงต่ออันตรายเกินไป หรืออาจหลีกเลี่ยง อันตรายที่อาจเกิดขึ้นโดยการเตรียมการป้องกันไว้ล่วงหน้า เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง ปลอดภัย

Ridley (1983) กล่าวถึงระบบความปลอดภัยในการทำงาน ว่าเป็นพื้นฐานในการป้องกัน อุบัติเหตุและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน สิ่งที่ต้องพิจารณาและจัดเตรียมเพื่อเป็น แนวทางในการปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

4.2.1 การวางแผนหรือการออกแบบเกี่ยวกับความปลอดภัย

4.2.2 ติดตั้งระบบความปลอดภัย

4.2.3 สถานที่และอุปกรณ์ในการติดตั้งที่ปลอดภัย

4.2.4 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ปลอดภัย

4.2.5 การใช้เครื่องมือที่ติดตั้งได้อย่างถูกต้อง โดยการอบรมและการนิเทศ

4.2.6 การวางแผนการรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ

4.2.7 สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความเหมาะสมเกี่ยวกับ แสงสว่าง ความร้อน และการระบายอากาศ

4.2.8 การฝึกอบรม ความสามารถในการทำงานของเจ้าหน้าที่

4.2.9 มีการนิเทศตรวจตราอย่างเหมาะสม

4.2.10 มีการบังคับใช้นโยบายและกฎระเบียบความปลอดภัย

4.2.11 เพิ่มการป้องกันเจ้าหน้าที่ที่มีข้อบกพร่องในการทำงาน

4.2.12 สวมใส่อุปกรณ์และเสื้อผ้าที่ใช้ในการป้องกันอันตราย

4.2.13 เน้นวิธีการทำงานที่ปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

4.2.14 ปรับหรือทบทวนระบบการทำงานในหน่วยงานอย่างน้อยปีละครั้ง

4.2.15 ศึกษาผลย้อนกลับโดยคณะกรรมการความปลอดภัย จากการฝึกอบรม

และติดตามการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในระบบการทำงานที่ปลอดภัย

การจัดการความปลอดภัยในงาน เป็นการจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในการทำงานให้มีความปลอดภัย ผู้บริหารเป็นผู้ที่มีบทบาทและมีหน้าที่ในการจัดและดำเนินการ โดยการจัดวาง อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการทำงานให้ปลอดภัย ตรวจสอบเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ ใช้วิธีการทำงานที่ปลอดภัย จัดให้มีเวรยามดูแลรักษาความปลอดภัย อบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย ให้แก่ผู้ทำงานและมีคู่มือความปลอดภัยในการทำงาน (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2335)

4.3 การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
Sommargren (1990) แบ่งความปลอดภัยในการทำงานออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.3.1 ด้านกายภาพ

สิ่งที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงานทางด้านกายภาพ ได้แก่ ไฟฟ้า เสียง และรังสี อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ทางกายภาพบางอย่างต้องใช้ไฟฟ้า เช่น เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีใช้ในหน่วยงานอาจเกิดการชำรุดเสียหาย ทำให้กระแสไฟลัดวงจรและเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ โดยเฉพาะโลหะและน้ำเป็นตัวนำไฟฟ้าที่ดี ดังนั้น การป้องกันการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากไฟฟ้าที่ดีที่สุด คือ การทำให้พื้นแห้งเสมอ การมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับไฟฟ้า รู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอันตรายจากไฟฟ้าได้ มีการตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอ ส่วนอันตรายจากเสียง ผลกระทบของเสียงที่ดังผิดปกติทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ควรมีการควบคุมความดังของเสียง แก้ไขเสียงที่ดังผิดปกติของเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเสียงอื่น ๆ ในหน่วยงาน รวมทั้งอันตรายจากรังสีอาจทำให้เกิดโรคต่างๆ การป้องกันอันตรายจากรังสีเอ็กซ์เรย์ทำได้โดยการจัดให้มีอุปกรณ์การป้องกันร่างกายสัมผัส

กับรังสีขณะทำการเอ็กซ์เรย์ ควรอยู่ห่างจากบริเวณที่เอ็กซ์เรย์อย่างน้อย 10 ฟุต และเสริมความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากรังสีเอ็กซ์เรย์ให้กับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน

4.3.2 ด้านชีวภาพ

การปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีการฟุ้งกระจายของเชื้อโรคต่างๆ เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อราและเชื้อโรคอื่นๆ ที่สามารถถ่ายทอดจากผู้ป่วยไปยังพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่สิ่งที่พยาบาลต้องระมัดระวังให้มากในปัจจุบัน คือ เชื้อ HIV และ Hepatitis B ที่สามารถติดต่อได้โดยตรงและโดยอ้อม หัวหน้างานควรตระหนักถึงการมอบหมายงานให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างเหมาะสม เช่น พยาบาลที่ตั้งครรภ์อาจมีภาวะเสี่ยงต่อการสัมผัสผู้ป่วยที่มีเชื้อ Hepatitis B หัดเยอรมัน (Rubella) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องป้องกัน ต้องให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานเกี่ยวกับอันตรายทางชีวภาพ (Biological Hazards) เช่น การล้างมือและฟอกผิวหนังให้สะอาด การใส่ถุงมือ ผูกผ้าปิดปาก-จมูก (Mask) สวมแว่นตา (Eyewear) และใส่ชุดป้องกันหรือผ้ากันเปื้อน นอกจากนี้อาจให้ภูมิคุ้มกัน (Immunization) ควรเน้นให้เจ้าหน้าที่ใช้หลักการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ (Universal Precaution) และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อให้มีจำนวนเพียงพอ เพราะถ้าเจ้าหน้าที่เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อจะทำให้ร่างกายอ่อนแอไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพและอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้

4.3.3 ด้านสารเคมี

พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีต่าง ๆ ควรตระหนักถึง การเป็นพิษและอันตรายที่เกิดจากสารเคมีนั้น ๆ การสัมผัสสารเคมีอาจเป็นการสัมผัสโดยทันทีทันใด (Acute) ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือ สัมผัสอย่างเรื้อรัง (Chronic) ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาจมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นผิวหนังเป็นผื่นแดง หายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังสัมผัสกับสารเคมีในระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนในระยะยาวอาจมีผลเสีย ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคตับ โรคปอด โรคมะเร็ง หรือระบบสืบพันธุ์ผิดปกติ สารเคมีเหล่านี้ ได้แก่ ยาต้านมะเร็ง ก๊าซออกซิเจน (ซึ่งอาจเกิดระเบิดได้จากแรงดันที่เพิ่มขึ้น) สบู่หรือ สารทำความสะอาดต่าง ๆ ที่อาจระคายเคืองต่อผิวหนัง หัวหน้างานควรให้ความรู้ คำแนะนำในการจัดเตรียมและการใช้สารเคมีเหล่านั้นอย่างถูกต้อง ควบคุมดูแลให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และใช้อุปกรณ์ในการป้องกันเมื่อต้องปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับสารเคมีนั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน

4.3.4 ด้านจิตสังคม

ด้านจิตสังคม หมายถึง สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากอารมณ์หรือจิตใจ จากสถานการณ์บีบคั้นต่าง ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลระดับต่าง ๆ ในหน่วยงาน เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา จากการทำงานร่วมกันอาจมีความคิดเห็นขัดแย้งกันในด้านการรักษาพยาบาล ผู้ร่วมงานไม่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ หรือ การมีบทบาทที่ขัดแย้งกัน สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความเครียดซึ่งมีทั้งทางบวก (Eustress) และทางลบ (Distress) ทำให้ร่างกายต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่แต่ละคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และผลของความเครียดจะเป็นทางบวกหรือ ทางลบขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ที่ผ่านมา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคลโดยการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น ความตึงเครียดของร่างกาย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารและการนอนที่ผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว และความเจ็บป่วยอื่น ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ความสามารถในการตัดสินใจชะงักหรือช้าลงมีผลต่อการปฏิบัติงาน เพิ่มอุบัติเหตุในการทำงานและทำให้เกิดการขาดงานได้ หัวหน้างานควรให้ความสนใจเอาใจใส่ดูแลให้เจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แก้ไขความขัดแย้ง สร้างขวัญกำลังใจ และเป็นที่ปรึกษาที่ดีของทุกคนในหน่วยงาน

Saness (1997) กล่าวว่า หัวหน้างานต้องสำรวจและประเมินความปลอดภัยด้านกายภาพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

ด้านสถานที่ (Workplace) จุดที่ให้บริการต่าง ๆ เช่น จุดคัดกรอง หน่วยประชาสัมพันธ์ หน่วยรักษาความปลอดภัย และโดยเฉพาะห้องรักษาพยาบาล ต้องควบคุมและจำกัดผู้ที่ จะเข้าไป โดยเฉพาะขณะให้การรักษาพยาบาล โดยการติดตั้งกระจกกันกระสุนปืน (bullet-resistant glass) ตลอดทางเข้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ด้านอุปกรณ์ (Equipments)

1. มีอุปกรณ์ในการป้องกันที่ปลอดภัย (protective/security equipment) ในขณะทำงาน ได้แก่ เครื่องตรวจจับอาวุธ (metal detectors)

2. โทรทัศน์วงจรปิด (closed-circuit television or cameras) โดยเฉพาะบริเวณที่พักรอ (waiting areas) บริเวณคัดกรอง (triage areas) หน่วยประชาสัมพันธ์และต้อนรับ (reception area) และบริเวณห้องแยกผู้ป่วย (seclusion areas)

3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใช้ ได้แก่ วิทยุเคลื่อนที่ (portable radio) สเปรย์ป้องกันตัว (disabling liquid spray) คทา (mace) มีการตรวจอาวุธ ข้อห้ามในการพกอาวุธ

(weapon / contra band safe) มีที่เก็บปืน (gun lockers) ไม้ตะบอง (night sticks) ไฟฉาย (flashlights)

ด้านแสงสว่าง (Lighting) มีแสงสว่างอย่างพอเพียงทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน บริเวณที่ไม่มีแสงสว่าง หรือมีเงามืด จะเป็นจุดบอดที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ควรมีแสงสว่างอย่างเหมาะสมและใช้การได้ตลอดเวลา

ด้านบุคลากร (Personnel)

1. การควบคุมและการจำแนกบุคคล (Personnel identification and control) ควรจัดแยกบุคคลระหว่าง เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ โดยการแต่งกายด้วยเครื่องแบบที่แตกต่างกัน มีป้ายชื่อ หรือ สัญลักษณ์ที่สามารถจำแนกได้ชัดเจน

2. จัดเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยให้มีจำนวนเหมาะสม (Security staffing / development) เนื่องจากเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยไม่ได้ประจำอยู่ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ต้องเดินลาดตระเวน เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินควรตามได้ทันที

3. มีระบบการติดต่อสื่อสารฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัย (Security / emergency communication) ในกรณีที่มีเหตุการณ์รุนแรง สามารถใช้อุปกรณ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้ทันที ได้แก่ วิทยุโทรเลข (radio transmitters) วิทยุเคลื่อนที่ (portable radios) ปุ่มสำหรับกดเตือนภัย (panic buttons) หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินสายด่วน (emergency telephone numbers) วิทยุติดตามตัว (beepers) โทรศัพท์เคลื่อนที่/มือถือ (cellular phone) รหัสเฉพาะที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน (duress code)

4. การฝึกอบรม (Training) ทุก ๆ คนในหน่วยงานเป็นคนสำคัญทุกคน (everyone is a key person) โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลแรกที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องมีความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติได้ และบุคลากรทุกคนควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เทคนิคการมัดผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง

5. ผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วยงานควรชี้แจงให้บุคลากรทุกคนเข้าใจเกี่ยวกับแผนผังในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน และทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามแผนนั้นได้

6. การรายงานเหตุการณ์ (Incident reporting) เอกสารการรายงานเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นกฎเกณฑ์ที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปเป็นหลักฐานในการแก้ไขปรับปรุงบริเวณที่เกิดเหตุให้ดีขึ้น

นอกจากนี้ Alspach (1993) ได้นำข้อเสนอแนะของ Kurtowicz และจากที่อื่น ๆ มาเรียบเรียงเป็นขั้นตอนเพิ่มเติม ซึ่งหัวหน้างานควรคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

1. จำแนกแนวโน้มการเกิดความรุนแรง

1.1 ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมรุนแรงในอดีต หรือพฤติกรรมก่อนที่จะถูกจับตัวไว้ในโรงพยาบาล

1.2 สังเกตอาการนำของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การตะโกน ร้องเสียงแหลม พุดเพื่อแเจ้อ ใช้เสียงข่มขู่และก้าวร้าว อาการกระสับกระส่าย เขย่าที่ก้นเตียง สีหน้าแสดงความโกรธ ท่าทางไม่เป็นมิตร นากลิ้ว และสิ่งอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งเหยิง

1.3 มีลักษณะสัญญาณของการระงับภัย เช่น หลีกเลี่ยงการเดินทางเข้าหาผู้ป่วยโดยตรง การสัมผัส หรือการรบกวนที่ไม่จำเป็นขณะที่ผู้ป่วยแสดงอาการและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อย่างน้อยที่สุดควรขอให้ผู้ร่วมงานมาอยู่ด้วยก่อน

1.4 บันทึกการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นของผู้ป่วยว่า เป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาหรือไม่ มีอาการทางจิตหรือไม่

1.5 บันทึกประวัติผู้ป่วยถึงแม้ว่าการบันทึกประวัติจะเป็นการปองชี้ที่เที่ยงตรงน้อยที่สุด เช่น ชายหนุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติด อาจเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ และควรตระหนักว่า ในเหตุการณ์ที่ปกติ ทุกๆ คนสามารถทำให้เกิดความรุนแรงได้

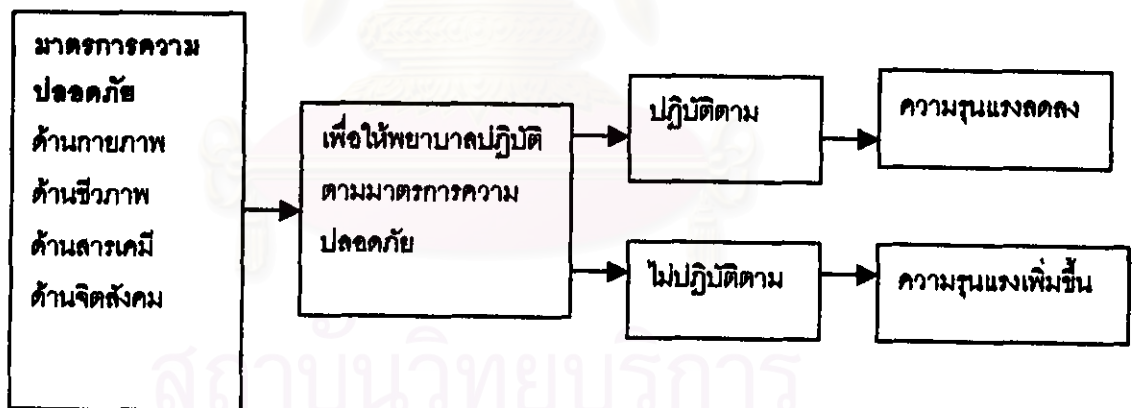
2. พยายามป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสงบและมีสัมมาคารวะ ไม่แสดงอารมณ์โกรธ ไม่ใช้เสียงข่มขู่หรือก้าวร้าว อย่าเข้าใกล้ผู้ป่วยจนกว่าผู้ร่วมงานมาอยู่ใกล้ ๆ แต่ถ้าจำเป็นและทำได้ควรแยกผู้ป่วยออกไป

3. หลีกเลี่ยงการหันหลังให้ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และควรมองหาทางออกฉุกเฉินที่สะดวกไว้

4. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล ที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้บริหารและพยาบาลผู้ชำนาญทางจิตเวช เพื่อร่วมกันจัดทำระเบียบและวิธีการจัดการกับเหตุการณ์รุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องปฏิบัติหน้าที่เสี่ยงต่ออันตรายจากโรคภัยต่าง ๆ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการถูกทำร้าย การจัดสภาพการทำงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก หัวหน้างานควรจัดสภาพการทำงานให้มีความเหมาะสมโดยคำนึงถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเฉพาะความปลอดภัยในการทำงาน ต้องประเมินความปลอดภัยอย่างละเอียดถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้บุคลากรมีภาวะเสี่ยงต่อความปลอดภัย ภาวะเสี่ยงจากขั้นตอนการทำงาน จากกรรบกวนของแฉง เสียง รังสี สภาพอากาศ การแพร่กระจายเชื้อ การสัมผัสสารเคมีที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อบุคลากรและผู้มาใช้บริการ ปัญหาที่เกิดจากการทำงาน รวมทั้งสัมพันธภาพของบุคลากร หัวหน้างานควรหมั่นตรวจตราอยู่เสมอ จัดหาวิธีที่ทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีความปลอดภัย หามาตรการในการป้องกันภาวะเสี่ยง ให้

ความรู้แก่บุคลากรในการจัดการต่อความรุนแรงต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุการถูกทำร้ายได้ สามารถให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรได้ทันทีและตลอดเวลา นั่นคือ หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีหน้าที่ในการจัดสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความปลอดภัยในการทำงานให้ครอบคลุมทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี และด้านจิตสังคมให้มีความเหมาะสมมากที่สุด เพราะสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีและปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูง และเป็นผลดีแก่หน่วยงานในระยะยาว ในทางตรงกันข้ามถ้าสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน เช่น ภายในหน่วยงานไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็น การระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอ มีเสียงดัง วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มีจำนวนไม่เพียงพอ และไม่มีสภาพพร้อมใช้งาน ขาดแคลนบุคลากร ขาดแคลนอุปกรณ์ในการใช้ป้องกันอันตรายต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน สร้างความเครียดและความไม่สบายใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมออกมา ทั้งนี้โดยรู้ตัวและไม่รู้ตัวได้ในขณะปฏิบัติงานให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือกับผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดความรุนแรงหรือความเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การติดเชื้อโรค หรือการถูกทำร้าย เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการจัดการความปลอดภัยที่มีต่อการได้รับความรุนแรง

ที่มา : ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Sommargren (1990); Alspach (1993); and Saness (1997)

5. การทำร้าย (Assault)

5.1 ความหมายของการทำร้าย

การทำร้าย (Assault) หมายถึง การปะทะต่อความรุนแรงทางด้านร่างกายและคำพูดหรือความพยายามที่ทำอันตรายต่อร่างกายผู้อื่น หรือการต่อสู้ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในสถานที่ที่มีการป้องกัน รวมทั้งการถูกข่มขืน (Webster, 1988:82)

Sommargren (1990) กล่าวว่า การทำร้าย (Assault) เป็นการคุกคาม หรือความพยายามที่จะทำอันตรายต่อร่างกายของบุคคลอื่น (cited in Spicer and Robinson, 1990)

Momison (1990) กล่าวว่า ความรุนแรง (Violence) หมายถึงพฤติกรรมที่รวมถึงการแสดงออกทางคำพูด ทำทางหรือพฤติกรรมทางร่างกาย ซึ่งคุกคามต่อตนเอง ผู้อื่นและต่อทรัพย์สินหรือทำอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อทรัพย์สิน (cited in Stilling, 1992)

Sommargren (1990) กล่าวว่า ความรุนแรง หมายถึงพลังทางร่างกายที่ใช้ในการทำลายสิ่งของหรือบุคคลให้ได้รับบาดเจ็บ ไม่เพียงแต่ทำร้ายร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการก้าวร้าวทางคำพูดด้วย

Finneman, Dansen & Holfen (1994) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นลักษณะที่พบได้ในบุคคลทั่วไป และพฤติกรรมนั้นจะแสดงออกทางคำพูดและการกระทำ โดยมีเป้าหมายที่สิ่งของหรือบุคคลทั่วไป (อ้างใน กชพงศ์ สารการ, 2542)

พฤติกรรมรุนแรง (Violence Behaviour) เป็นแรงผลักดันที่แสดงออกมาและมีผลทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือถูกก้าวร้าว (Webster cited in Aispach, 1993:13)

การถูกทำร้ายเกิดเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่ง จินห์จุทา ชัยเสนา (2541:38) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากพลังผลักดันของความคับข้องใจ (Frustration) ความโกรธ (Anger) ความตึงเครียด (Tension) และความไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นระดับสูงสุดของพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาจมีการแสดงออกทางสีหน้าหรือไม่ขณะเกิดพฤติกรรมรุนแรงบุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเองทำให้มีการแสดงออกทางคำพูดและการใช้กำลัง ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

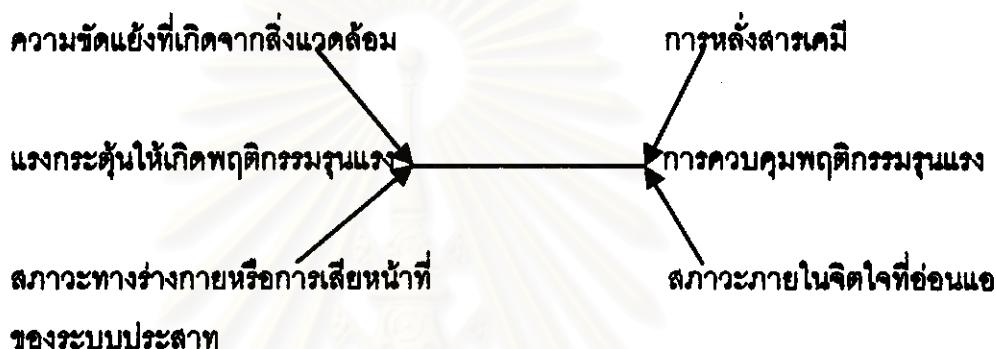
พรรณพิมล หล่อตระกูล (2539:1) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไป ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ ในครอบครัวและสังคม พบได้ทุกยุคทุกสมัย ความรุนแรงและความก้าวร้าวมักใช้ร่วมกันไป aggression ใช้เป็นคำรวม หมายถึง แรงจูงใจ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ประสงค์จะทำลายสิ่งของหรือบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. aggression ที่แสดงออกทางการกระทำและคำพูด (physical and verbal aggression)

2. aggression ที่ปรากฏในความคิด ความรู้สึก อารมณ์และจินตนาการ (latent aggression)

เพียร์ตี เบียมมงคล (2536 : 95) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง เป็นภาวะรุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว มีลักษณะแสดงออกมาทันทีทั้งคำพูดและใช้กำลังทำให้บุคคลอื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของถูกทำลายเสียหาย (cited in Capmbell,1981)

5.2 กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้เกิดการทำร้าย



ที่มา: เพียร์ตี เบียมมงคล ดัดแปลงจากสคอดอล (Skodal,1984)

กลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เกิดจากการขาดสมดุลระหว่างแรงกระตุ้น (impulse) และการควบคุม (control) เมื่อแรงกระตุ้นของความก้าวร้าวสูงขึ้น แต่การควบคุมภายในยังคงมีอยู่ พฤติกรรมรุนแรงจะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อแรงกระตุ้นของความก้าวร้าวเกินกว่าระดับที่บุคคลจะควบคุมได้ตามปกติ หรือเมื่อการควบคุมอ่อนแอ ไม่สามารถจะควบคุมแรงกระตุ้นความก้าวร้าวได้ แม้ว่าแรงขับเคลื่อนความก้าวร้าวจะน้อยก็ตาม พฤติกรรมรุนแรงจะเกิดขึ้นได้

องค์ประกอบที่จะทำให้ความก้าวร้าวสูงขึ้น หรือทำให้การควบคุมภายในอ่อนแอ อาจเกิดจากโรคจิตที่เกิดจากภาวะของจิตใจ (functional psychosis disorder) หรือโรคจิตที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย (organic mental disorder)

5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการทำร้ายเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการทำร้ายเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรง มีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

5.3.1 ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์และร่างกาย

5.3.1.1 กรรมพันธุ์และสภาพแรกเกิด

- 5.3.1.2 ผลจากระบบประสาท
- 5.3.1.3 ผลจากระบบต่อมไร้ท่อ
- 5.3.2 ความบกพร่องหรือการขาดการรับรู้
- 5.3.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตพยาธิสภาพ
- 5.3.4 ปัจจัยด้านพัฒนาการและอายุ
 - 5.3.4.1 พัฒนาการด้านจิตสังคม
 - 5.3.4.2 ความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น
- 5.3.5 เพศ
- 5.3.6 สุราและยาเสพติด
- 5.3.7 ปัจจัยด้านจิตสังคม
 - 5.3.7.1 ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันและการส่งเสริม
 - 5.3.7.2 ลักษณะและพฤติกรรมของผู้ถูกกระทำรุนแรง
 - 5.3.7.3 อิทธิพลจากการเลี้ยงดูในครอบครัว
 - 5.3.7.4 อิทธิพลจากสังคมในโรงเรียน
 - 5.3.7.5 อิทธิพลจากกลุ่ม
 - 5.3.7.6 การส่งเสริมการใช้ความรุนแรงในสังคม
 - 5.3.7.7 สภาวะแวดล้อมประจำวันที่พบเห็นการใช้ความรุนแรง
 - 5.3.7.8 ผลกระทบจากสื่อต่าง ๆ
 - 5.3.7.9 การขาดการควบคุมในสังคม

Yudofsky et al. (1986) ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกาย (Physical Aggression) และทางคำพูด (Verbal Aggression) ของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมและแบ่งพฤติกรรมที่แสดงออก เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด(Verbal Aggression) ได้แก่
 - 1.1 การส่งเสียงดังและการตะโกนด้วยความโกรธ
 - 1.2 พูดจาตู่ถูกผู้อื่น สบประมาทผู้อื่น เช่น พูดว่า "คุณเป็นคนโง่"
 - 1.3 พูดจาสาปแช่งอย่างชั่วร้าย ใช้ภาษาที่เลวร้ายด้วยความโกรธ พูดจาข่มขู่ผู้อื่น
 - 1.4 ใช้คำพูดข่มขู่และคุกคามผู้อื่น เช่น พูดว่า "ฉันจะมาคุณ"
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายต่อตนเอง (Physical Aggression Against Self) ได้แก่
 - 2.1 หยิก ขีดข่วนผิวหนัง หรือ ตีตนเอง
 - 2.2 โขกศีรษะตนเอง กำหมัดชกต่อยสิ่งของ กระแทกตัวเองลงกับพื้น

2.3 มีรอยฟกช้ำ หรือรอยไหม้ตามร่างกาย

2.4 ทำอันตรายต่อ แขน ขาของตนเอง กัดตนเองจนเลือดออก ทำร้ายตนเองจนไม่รู้สึกรู้ตัว

3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อวัตถุ สิ่งของ (Physical Aggression Against Objects) ได้แก่

3.1 ปิดประตูเสียงดัง ทำเสื้อผ้ากระจุยกระจาย ทำห้องเดอะเดอะสกปรก

3.2 ขว้างสิ่งของลงบนพื้น เตะเฟอร์นิเจอร์ ขีดเขียนลงบนพื้น

3.3 ทำสิ่งของแตก ทบกระจกหน้าต่างแตกกระจาย

3.4 ทำให้เกิดเพลิงไหม้ ขว้างวัตถุที่เป็นอันตรายร้ายแรง

4. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อร่างกายผู้อื่น (Physical Aggression Against Other People)

ได้แก่

4.1 แสดงท่าทางข่มขู่ จับเหวี่ยง ดึงเสื้อผ้า

4.2 ชกต่อย เตะ ผลัก ดึงผม

4.3 ทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ มีรอยฟกช้ำ

4.4 ทำร้ายร่างกายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีกระดูกหัก มีบาดแผลฉีกขาด

และบาดเจ็บภายในร่างกาย

5.4 ระดับความรุนแรงของการทำร้าย

ระดับความรุนแรงของการทำร้าย (Severity of assaults) แบ่งตาม Fottrell (1980)ซึ่งใช้ทั้งประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็นดังนี้

ระดับที่ 1 (Grade 1) ตรวจร่างกายแล้วไม่พบว่ามีอาการบาดเจ็บ

ระดับที่ 2 (Grade 2) มีการบาดเจ็บของร่างกายเล็กน้อย เช่น รอยเขียวช้ำ รอยถลอกมีบาดแผลฉีกขาดเล็กน้อย

ระดับที่ 3 (Grade 3) มีการบาดเจ็บของร่างกายมาก เช่น มีบาดแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ กระดูกหัก สูญเสียระดับความรู้สึก จำเป็นต้องได้รับการตรวจพิเศษเช่น ตรวจเลือด หรือร่างกายไม่สามารถทำงานได้ พิกการ หรือเสียชีวิต

Noble and Rodger (1989) ศึกษาระดับความรุนแรงของผู้ที่ถูกทำร้ายจำนวนมากกว่า 12,000 คน ในระยะเวลา 13 ปี พบว่า ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 1 ร้อยละ 59 ระดับที่ 2 ร้อยละ 39 และระดับที่ 3 ร้อยละ 2 (cited in Wykes, 1994)

อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงของการถูกทำร้ายไม่ควรพิจารณาเพียงด้านร่างกายอย่างเดียว ควรพิจารณาผลกระทบต่อด้านจิตใจภายหลังถูกทำร้ายด้วย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเกลียด ต่ำหนิตนเอง เป็นต้น

5.5 พยาบาลวิชาชีพกับการถูกทำร้าย

Alspach (1993) กล่าวว่า จากผลการวิจัยปี 1989 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายในการปฏิบัติงานมากที่สุดคือ พยาบาลประมาณร้อยละ 87 และการถูกทำร้ายที่ได้รับคือการทำร้ายร่างกายประมาณร้อยละ 46 ปัจจุบันเสี่ยงนั้นได้แก่

5.5.1 พยาบาลส่วนมากเป็นผู้หญิง

5.5.2 ธรรมชาติของการทำงานต้องสัมผัสร่างกายกันอย่างใกล้ชิด

5.5.3 สถานที่ทำงานเปิดตลอด 24 ชั่วโมงและเข้าถึงบริการได้ง่าย

5.5.4 เวลากลางวันเป็นเวลาที่มีความรุนแรงเกิดบ่อย

5.5.5 ระบบรักษาความปลอดภัยไม่มีความเหมาะสม

5.5.6 ผู้ร่วมงานอาจเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความรุนแรงเองได้

5.5.7 บริเวณที่จอดรถไม่มีความปลอดภัย

5.5.8 สถานที่ทำงานตั้งอยู่ในบริเวณที่มีการก่ออาชญากรรมสูง

5.5.9 สถานที่ทำงานตั้งอยู่ในบริเวณที่มีคนจนอยู่มาก

5.5.10 สถานที่ทำงานมียา อุปกรณ์การให้ยา อาหาร และมีที่เก็บเงิน

5.5.11 พยาบาลขาดการอบรมเกี่ยวกับการจัดการและการป้องกันการเกิดการถูก

ทำร้าย

5.5.12 การขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องอยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงและอาจทำร้ายพยาบาล

5.5.13 พยาบาลขาดประสบการณ์ ในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

นอกจากนี้ Gates (1995) ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงของพยาบาลต่อการถูกทำร้ายหรือเกิดความรุนแรงอาจมีสาเหตุมาจากประชาชนที่เดินเข้าออกตลอดเวลา ผู้ป่วยที่มีญาติอยู่ด้วย ทางเดินมีแสงสว่างน้อยมองเห็นได้ไม่ชัดเจน (cited in Smith-Pittman and Mckoy, 1999) และที่สำคัญคือพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเผชิญกับผู้คนที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหามากมาย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยที่รอตรวจนาน ผู้ป่วยติดยา ผู้ที่ว่างงานไม่มีงานทำ มีความเครียดในชีวิตและเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อได้รับบาดเจ็บ กลุ่มนี้อาจทำให้เกิดความรุนแรงและทำร้ายพยาบาลได้ (Drury, 1999)

Shepherd (1994) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งที่พยาบาลได้รับทุกวัน เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพที่ต้องพบกับผู้ป่วยและญาติเสมอ ประมาณ 3/4 ของพยาบาลที่ได้รับความรุนแรง ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ แต่ไม่มีการบันทึกเหตุการณ์เป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลต้องอยู่กับการเสี่ยงตลอดเวลา เสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยและญาติทำร้ายขณะให้

การพยาบาล สาเหตุอาจมาจากการไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง การขาดความรอบคอบ ทำงานในห้องแยกคนเดียว ผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งให้รอนานเกิดความคับข้องใจ อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาได้ และเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมีจำนวนไม่พอ

ในปี 1994 สมาคมพยาบาลฉุกเฉิน หรือ ENA (Emergency Nurses Association) ได้สำรวจ โดยการสอบถามเกี่ยวกับการถูกทำร้ายที่เกิดในหน่วยงานอุบัติเหตุจากหัวหน้างาน จำนวน 4,600 คน (ได้รับการตอบกลับ 1,400 คน) พบว่า การถูกทำร้าย ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดขึ้นบ่อยครั้ง การถูกทำร้ายที่ได้รับมากที่สุด คือ การถูกทำร้ายทางคำพูด ร้อยละ 97 หรือ มากกว่า 20 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 87 ถูกทำร้ายร่างกายโดยไม่มีอาวุธ 1-5 ครั้งต่อปี และร้อยละ 24 ถูกทำร้ายร่างกายด้วยอาวุธ 1-5 ครั้งต่อปี ร้อยละ 67 ของเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บและร้อยละ 18 ของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถทำงานได้

Shepherd and Mezey (1994) ได้กล่าวถึงผลกระทบจากการถูกทำร้ายของพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อจิตใจ (Psychological Effects)
 - 1.1 อารมณ์ซึมเศร้า
 - 1.2 ความรู้สึกผิด
 - 1.3 สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง
 - 1.4 รู้สึกสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ
 - 1.5 สงสัยตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานต่อไป
 - 1.6 รู้สึกโกรธแบบไม่มีจุดหมายหรือทิศทาง
 - 1.7 อารมณ์ฉุนเฉียว
 - 1.8 วิตกกังวลไปทั่ว
 - 1.9 สมาธิหรือความตั้งใจในการทำงานลดลง
2. ผลกระทบต่อร่างกาย (Physical Effects)
 - 2.1 นอนไม่หลับ
 - 2.2 ผื่นร้าย
 - 2.3 สูญเสียความอยากอาหาร
 - 2.4 มีอาการทางกาย เช่น เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ และ อื่น ๆ
 - 2.5 กิจกรรมทางเพศลดลง
3. ผลกระทบต่อพฤติกรรม (Behavioral Effects)
 - 3.1 ตีمةแอลกอฮอล์มากขึ้น
 - 3.2 สูบบุหรี่มากขึ้น

3.3 ใช้จ่ายความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

3.4 ตกใจง่าย

3.5 ขาดงาน

3.6 หลีกเลี่ยงการพบผู้ป่วย

3.7 ไม่อยากเข้าสังคม

3.8 ไม่สนใจการทำงาน

3.9 รู้สึกกลัวว่าจะถูกทำร้ายอีก

ผลกระทบในระยะยาวของการถูกทำร้าย (Long-term effects)

1. ขาดงานบ่อยขึ้นจนลาออก

2. มีอาการเบื่อหน่าย

3. เกิดโรคเครียด

Miers and Shapland (cited in Wykes, 1994) ได้เสนอขั้นตอน (Procedures) ในการปฏิบัติภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง ดังนี้

1. รายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงานเกี่ยวกับ สถานที่เกิดเหตุ สาเหตุที่เกิด เวลาที่เกิดเหตุ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้หรือไม่

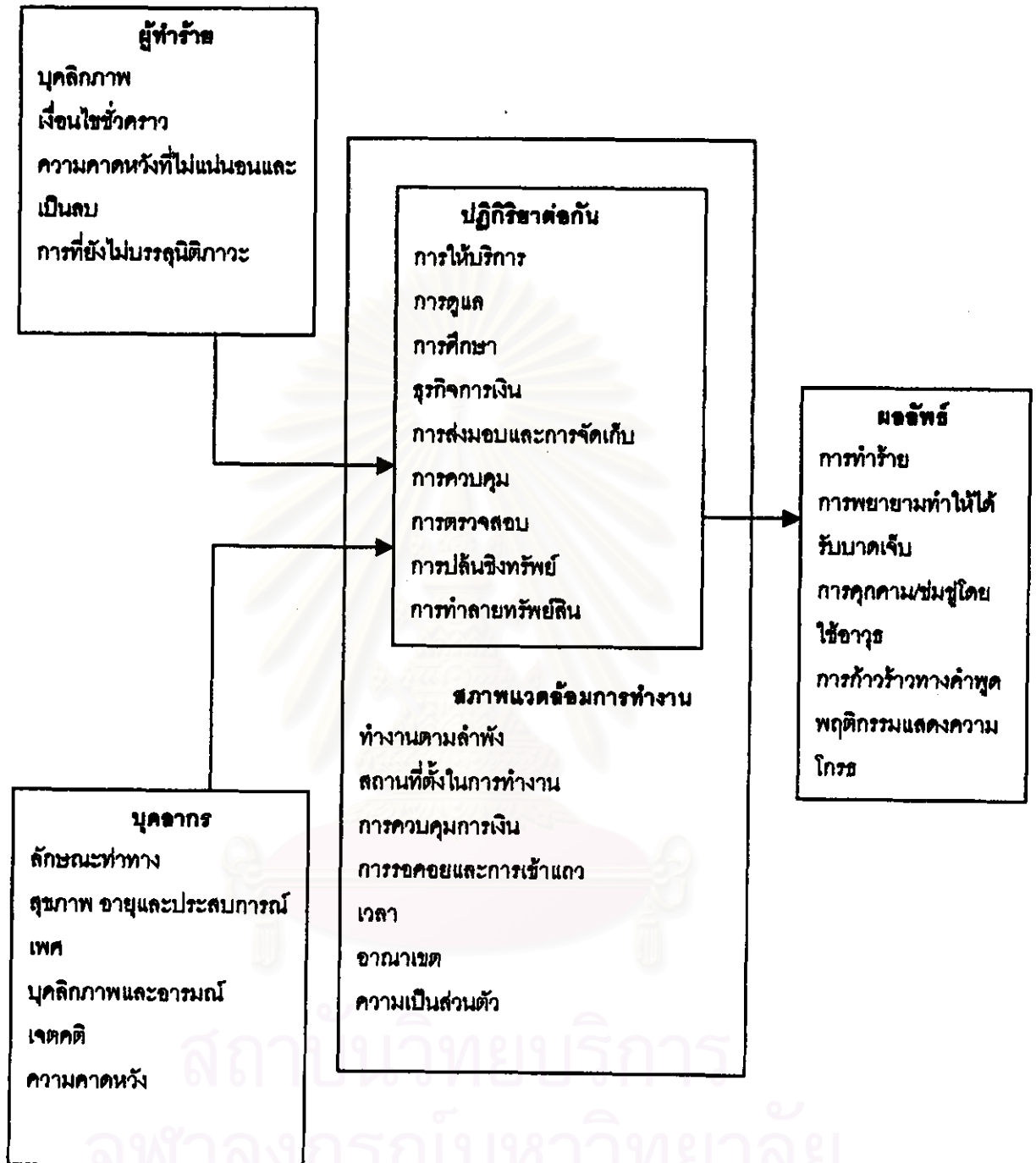
2. ควบคุมผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรง

3. บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและเก็บรักษาข้อมูลไว้ เพื่อนำมาพัฒนา มาตรการในการป้องกันและแนวทางในการปฏิบัติ

4. ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย โดยมีนโยบายให้การช่วยเหลือ ที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกคนรับทราบ

5. ผู้ปฏิบัติงานควรทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ค่าตอบแทน และการประกันภัยส่วนบุคคล

6. คำนี้ถึงมาตรการในการป้องกันเหตุการณ์เดียวกันที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต เนื่องจาก ในหน่วยงานมีผู้ปฏิบัติงานหลายคน หลายระดับที่มีหน้าที่แตกต่างกัน ถ้ามีเหตุการณ์เหมือนเดิม เกิดขึ้นซ้ำอีก จะทำให้ผู้ที่ได้รับเหตุการณ์นั้นเกิดความรู้สึกผิดและตำหนิตนเอง



แผนภูมิที่ 2 แสดงสาเหตุที่เกิดการทำร้าย

ที่มา : MacKey, C. Violent to health care professional : A Health and Safety perspective.

London : Chapman & Hall, 1994, pp14.

เมื่อพยายามลดการทำร้ายจะทำให้เกิดความเครียด Harris (1989) สรุปสาเหตุความเครียดของพยาบาล (อ้างในสมจิตต์ แก้วเกรียงไกร, 2538) ว่ามี 2 สาเหตุกว้าง ๆ ดังนี้

1. สาเหตุภายในตัวบุคคล (Endogenous Stressors) ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นประสบการณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ ของพยาบาล เช่น การสูญเสียสิ่งที่รัก ความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สาเหตุภายนอกตัวบุคคล (Exogenous Stressors) ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และครอบครัว ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น เช่น สภาพผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การขาดบุคลากร การขาดการสนับสนุนให้ก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เป็นต้น

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ เพราะต้องรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การเกิดอุบัติเหตุหรือ การถูกทำร้าย ต้องอดทนอยู่เวรป่วย เวรตึก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบงานบริการด้านอื่น ๆ ตอบข้อซักถามของญาติและผู้ป่วยหรือบุคคลภายนอกที่เข้ามาติดต่อ การประสานงานกับผู้ร่วมงานระดับต่าง ๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดได้

ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ความเครียดแบ่งออกได้ 4 ระดับ (คาราวรรณ ต๊ะปีนตา, 2539 Frain & Valiga, 1979 , อ้างใน ปองลดา พรมจันทร์, 2542)

ระดับที่ 1 เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ (day to day stress) เป็นความเครียดระดับต่ำที่บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติเป็นปกติวิสัยไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตมักเป็นความเครียดที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่าจะมีโอกาสเกิดขึ้น เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มีศักยภาพในอันที่จะได้ตอบให้หมดไปในระยะสั้น ๆ เช่น การไปทำงานในภาวะรถติด

ระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ (mild stress) ความเครียดในระดับนี้เกิดจากมีสิ่งคุกคามแต่เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ซึ่งบุคคลมักปรับตัวได้สำเร็จโดยความเครียดจะหมดไปในเวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น เช่น การเดินทางไปสัมภาษณ์เพื่อสมัครเข้าทำงาน

ระดับที่ 3 เป็นความเครียดระดับกลาง (moderate stress) บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามมากกว่าระดับที่ 2 เนื่องจากได้รับเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความเครียดระดับนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกายที่เริ่มมองเห็นได้ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียน พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลงเพื่อพยายามลดความเครียด มีการแสดงออกทาง

คำพูด ท่าทาง เริ่มเกิดความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน เนื่องจากจะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การต้องเข้ารับการรักษา การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

ระดับที่ 4 เป็นความเครียดที่รุนแรงมากที่สุด (severe stress) จะมีการประเมินค่าสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเองสูงเนื่องจากสถานการณ์นั้นยังคงดำเนินอยู่ ทำให้เกิดความเครียดเป็นสัปดาห์ เดือน หรือเป็นปี ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวและแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น การขาดงาน ไม่สนใจดูแลครอบครัว

Shepherd (1994) กล่าวว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับพยาบาลภายหลังได้รับความรุนแรง คือ ความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย พฤติกรรมและสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ความเครียดอาจเกิดภายหลังได้รับความรุนแรงแล้วเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และลดลงได้โดยได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittington and Wykes (1992) ที่ว่า ความรุนแรงและภาวะคุกคามของความรุนแรงจากผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลในหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นสาเหตุของความเครียด ผลกระทบจากความเครียดสำหรับพยาบาลบางคนคงอยู่เป็นเวลานานหลายสัปดาห์ (cited in Carson et al., 1995)

เขาวลักษณะ มหาสิทธิวิวัฒน์ และ ลัดดา แสนสีหา (2539) กล่าวว่า ความเครียด เป็นความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบในชีวิตประจำวัน เพราะการดำเนินชีวิตของบุคคลต้องมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ ความเครียดเป็นความรู้สึกพื้นฐานของบุคคล ถ้าบุคคลเผชิญความเครียดและแก้ไขได้เหมาะสมจะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุข แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ และสะสมความเครียดไว้ก็จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ อีกมาก

จะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอและทุกวัน โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกระตุ้นความเครียด ความเครียดที่มาจากสาเหตุเดียวกันหรือแตกต่างกัน แต่ระดับความรุนแรงของความเครียดมีไม่เท่ากันเนื่องจากความแตกต่างของบุคคลในด้านพื้นฐาน อารมณ์ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นก็ต้องหาทางผ่อนคลาย เพื่อให้ความเครียดนั้นลดลงหรือหายไปด้วยการปรับตัวซึ่งแต่ละบุคคลก็มีวิธีแตกต่างกัน

จากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) มองความเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลประเมินว่า ความเครียดนั้นมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองและตนเองต้องใช้อิทธิพลอย่างเต็มที่หรือมากกว่าที่ตนเองมีอยู่ว่าสมดุลงกันหรือไม่ ซึ่งเป็นการประเมินภาวะเครียดโดยใช้สติปัญญา (Cognitive process of appraisal) การประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) คือ การที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่ามีความสำคัญและรุนแรงต่อสวัสดิภาพของตนเองในลักษณะใด โดยประเมินออกมา 3 ลักษณะคือ

1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่นั้นไม่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องใช้การปรับตัว

1.2 มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง (Benign - positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่นั้นส่งผลดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 เป็นภาวะเครียด (Stress appraisal) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่นั้นตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือมากกว่าที่มีอยู่และส่งผลกระทบต่อตนเองใน 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) คือ การที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดขึ้นกับตนเองแล้วเป็นอันตรายหรือสูญเสีย เช่น การบาดเจ็บ ภาวะความเจ็บป่วย การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

1.3.2 เป็นสิ่งคุกคาม (Threat) คือ การที่บุคคลประเมินหรือคาดการณ์ว่าสถานการณ์นั้น ๆ ตนเองอาจได้รับอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล โกรธ เป็นต้น

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (Challenge) คือ การที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่ตนเองสามารถควบคุมได้ ไม่เกินความสามารถที่ตนเองจะเรียนรู้และเอาชนะได้ ทำให้เกิดความตื่นเต้น และมีแรงที่จะต่อสู้

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินผลที่จะเกิดตามมาจากกาปรับตัวแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ

การประเมินการตัดสินใจใหม่ (Reappraisal) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือการเผชิญความเครียดที่ได้ทำไปแล้ว เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ช่วยทำให้การตัดสินใจดีขึ้น

การเผชิญความเครียด Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามทั้งจากภายในและภายนอก มี 2 แบบคือ

1. แบบแก้ปัญหา (Problem -focused) เป็นการปรับตัวโดยใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสิ่งที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปในทางที่ดี โดยใช้วิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีและเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม อาจเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม

2. แบบใช้อารมณ์ (Emotional-focused) เป็นการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสิ่งที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์

และความรู้สึกเครียด เช่น หลีกหนี ถอยห่างจากเหตุการณ์ วิธีนี้เป็น การช่วยลดความรู้สึกเครียด เท่านั้นแต่ปัญหายังคุกคามอยู่

จากการเผชิญความเครียดของพยาบาลวิชาชีพต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงานโดยเฉพาะการถูกทำร้ายซึ่งพยาบาลอาจประเมินสถานการณ์ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายหรือสร้างความเครียดต่อตนเอง พยาบาลอาจเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งหรืออาจใช้ทั้ง 2 วิธีก็ได้ ขึ้นกับสถานการณ์ปัญหาและความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้มากน้อยเพียงใด ถ้าสามารถปรับตัวได้ดีก็จะทำให้มีสุขภาพดี มีความสุขในการทำงานและพร้อมที่จะปฏิบัติงานต่อไป แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ต่อการปฏิบัติงาน หรือด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการปรับตัวของแต่ละบุคคล

ผลลัพธ์ของการปรับตัว

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ผลที่เกิดจากการเผชิญความเครียด (Stressful Encounters) แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคมและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การที่บุคคลมีการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ย่อมสะท้อนให้เห็นจากการที่บุคคลรักษาไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2.ขวัญกำลังใจ (Morale) เป็นผลทางอารมณ์ซึ่งมักเกิดในระยะยาว สำหรับผลในระยะสั้นจะเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญและจะแปรเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ ขวัญกำลังใจเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการที่ตนเองสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3. ภาวะสุขภาพ (Somatic Illness) บุคคลจะมีการปรับตัวด้านสุขภาพเพื่อสนองตอบต่อการเผชิญปัญหา 2 ด้าน คือ

3.1 การตอบสนองทางด้านร่างกาย หรือการปรับตัวทางร่างกาย มี 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1.1 การปรับตัวทั่วร่างกาย (General Adaptation Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายโดยอาศัยกระบวนการทางชีวเคมี

3.1.2 การปรับตัวเฉพาะแห่ง (Local Adaptation Syndrome)

เป็นการปรับตัวเมื่อร่างกายได้รับอันตรายเท่านั้น

3.2 การตอบสนองทางด้านจิตใจ เป็นการปรับกระบวนการทางเคมีของระบบประสาทและกลไกทางบุคลิกภาพ เพื่อช่วยในการลดหรือขจัดความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) ได้เน้นว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัวต่อความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมองที่ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านนั้นคือบุคคลที่มีการปรับตัวที่ดีต้องมีการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นบุคคลที่มีการทำหน้าที่ในสังคมได้เหมาะสม มีขวัญกำลังใจที่ดีและมีสุขภาพที่ดี

6. การปรับตัว

6.1 ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัว (Adaptation) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่หรือรูปแบบได้ดีขึ้นเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ (Webster, 1988:15)

โยธิน คັນสนยุทธและคณะ (2533) ให้ความหมายว่า การปรับตัว หมายถึง การพยายามที่จะแก้ไขผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ แสวงหาวิถีทางที่จะตอบสนองความต้องการของคน ไม่ว่าจะเป็ความต้องการทางกายหรือทางจิต

กันยา สุวรรณแสง (2536) ให้ความหมายว่า การปรับตัว เป็นกิจกรรมที่สำคัญของชีวิต การปรับตัวของแต่ละบุคคลขึ้นกับบุคลิกภาพ สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ การดำเนินชีวิตของคนเราย่อมมีอุปสรรคขัดขวาง ทำให้เกิดความเครียด จึงต้องพยายามปลดปล่อยความเครียดนั้นออกไป เพื่อรักษาสภาพแห่งความสมดุลของชีวิตไว้ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้บุคคลเกิดการปรับปรุงพฤติกรรมของตนที่เรียกว่า " การปรับตัว "

อวีวรรณ สัตยธรรม (2539) ให้ความหมายว่า การปรับตัว คือ การที่บุคคลประพฤติเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ การปรับตัวของบุคคลเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสังคม บุคคลที่ประพฤติได้เป็นผลสำเร็จเข้าสังคมได้สังคมตัดสินว่า คนนี้ปกติ

จินดาวรรณ อุดมพัฒน์นากร (2539) กล่าวว่า การปรับตัว เป็นผลลัพธ์การตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น หรือปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

วิภาพร มาพบสุข (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ให้ความหมายว่า การปรับตัว เป็นผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะเป็นปัญหา

ด้านความต้องการ ด้านอารมณ์และด้านบุคลิกภาพอื่น ๆ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาเหล่านั้นเป็นไป ด้วยความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม จนบุคคลนั้นสามารถจะอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นได้อย่าง เป็นสุข

Lazarus (1969) กล่าวว่า การปรับตัวมาจากชีววิทยาซึ่ง Darwin เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่า "การปรับตัว" โดยสรุปว่า สิ่งที่มีชีวิตที่สามารถปรับตัวได้ให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วย ภัยอันตรายเท่านั้นที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ (อ้างใน นิภา นิรยาชน, 2520)

Kates (1978) กล่าวว่า การปรับตัว เป็นการตอบสนองของบุคคลในระยะยาวเพื่อให้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย

Taylor (1994) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองต่อสิ่งทำให้เกิดความเครียด ซึ่ง ความเครียดในความเป็นอยู่ของมนุษย์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง

สรุป การปรับตัว เป็นกระบวนการตอบสนองของร่างกายที่มีต่อสิ่งเร้ารอบตัวที่ทำให้เกิด ความเครียดในชีวิตประจำวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้บุคคลต้องปรับปรุงพฤติกรรมหรือ ปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

6.2 การปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่นเดียวกับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนทั่วไป ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสภาพ เหตุการณ์ที่ไม่ปกติสุข จากสภาพความเจ็บป่วยที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ความต้องการ ของญาติหรือผู้ใช้บริการซึ่งบางครั้งพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ทันที ภาวะเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการถูกทำร้าย สภาพแวดล้อมเหล่านี้เป็นสิ่งที่เกิดได้ทุกวัน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเป็นสิ่งที่สร้างความเครียดให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ พยาบาลต้องมีการประเมินตัดสินใจว่า ความเครียดต่าง ๆ เหล่านี้โดยเฉพาะการถูกทำร้าย มีผลต่อ ตนเองมากน้อยเพียงใด สามารถใช้ความรู้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่หรือต้องแสวงหาแหล่งช่วย เหลือเพิ่มเติม เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดนั้น ๆ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนและควบคุมตนเอง โดย การแสดงออกมาทางพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้ คือ การปรับตัวเพื่อให้เหมาะสมและ สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

ถ้าพยาบาลสามารถปรับตัวได้ ทำให้ชีวิตมีความสุข มีสุขภาพจิตดี มีความสำเร็จในชีวิต สามารถตอบสนองตามความต้องการของร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้ชีวิตปลอดภัย

อยู่รอดได้แม้จะอยู่ในสถานการณ์อันตรายหรือมีภัยพิบัติต่าง ๆ มีบุคลิกภาพดีทุก ๆ ช่วงวัยของชีวิต สามารถจัดการความทุกข์ ความเครียด ความขัดแย้งทางใจออกไปได้

ถ้าพยาบาลไม่สามารถปรับตัวได้ จะมีบุคลิกไม่ดี พฤติกรรมไม่เหมาะสม ขาดความมั่นใจ ที่พหุคนอื่น ตกใจง่าย ไม่ชอบเข้าสังคม เปลี่ยนอาชีพบ่อย ๆ เนื่องจากปรับตัวเข้ากับชนิดของงานไม่ได้ ติดยาเสพติด สุรา มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร โรคประสาท โรคจิตจากความเครียดและความวิตกกังวล (วิภาพร มาพบสุข, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

จากการศึกษาของ Wykes and Whittington (1989) ศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลภายหลังถูกทำร้าย พบว่า อาการที่เกิดขึ้นภายหลังถูกทำร้าย ได้แก่ เครียด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารผิดปกติ โกรธ ตำหนิตนเอง ปวดศีรษะ ตกใจ มีความตึงเครียดของร่างกาย เจ็บปวดบริเวณที่ถูกทำร้าย ไม่อยากกลับไปทำงาน และกลัวผู้ป่วยที่ทำร้าย

จากการศึกษาของ Cameron (1998) ศึกษาการตอบสนองของพยาบาลภายหลังถูกทำร้ายทางคำพูดจำนวน 151 คน ใน Acute care facility ที่ Southern California พบว่า ร้อยละ 54 ของพยาบาลมีความรู้สึกไม่พอใจ ร้อยละ 42 เกิดความวิตกกังวลและรู้สึกอารมณ์เสีย และร้อยละ 4 เกิดความกังวลใจ ส่วนผลกระทบที่มีต่อการทำงาน คือ ร้อยละ 52 เกิดความผิดพลาดในการทำงานมากขึ้น ร้อยละ 51 ขวัญและกำลังใจลดลง ร้อยละ 40 ผลงานลดลง และร้อยละ 29 เป็นการเพิ่มงานให้กับผู้ร่วมงานมากขึ้น

เนื่องจากความเครียดจากการทำงานเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ พยาบาลจึงต้องเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเองให้มีความมั่นคง เข้มแข็ง มีความพร้อมในการปรับตัวเผชิญต่อความเครียดซึ่ง Lazarus & Folkman (1984) มองผลการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียดต่อผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ในสังคม ด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ

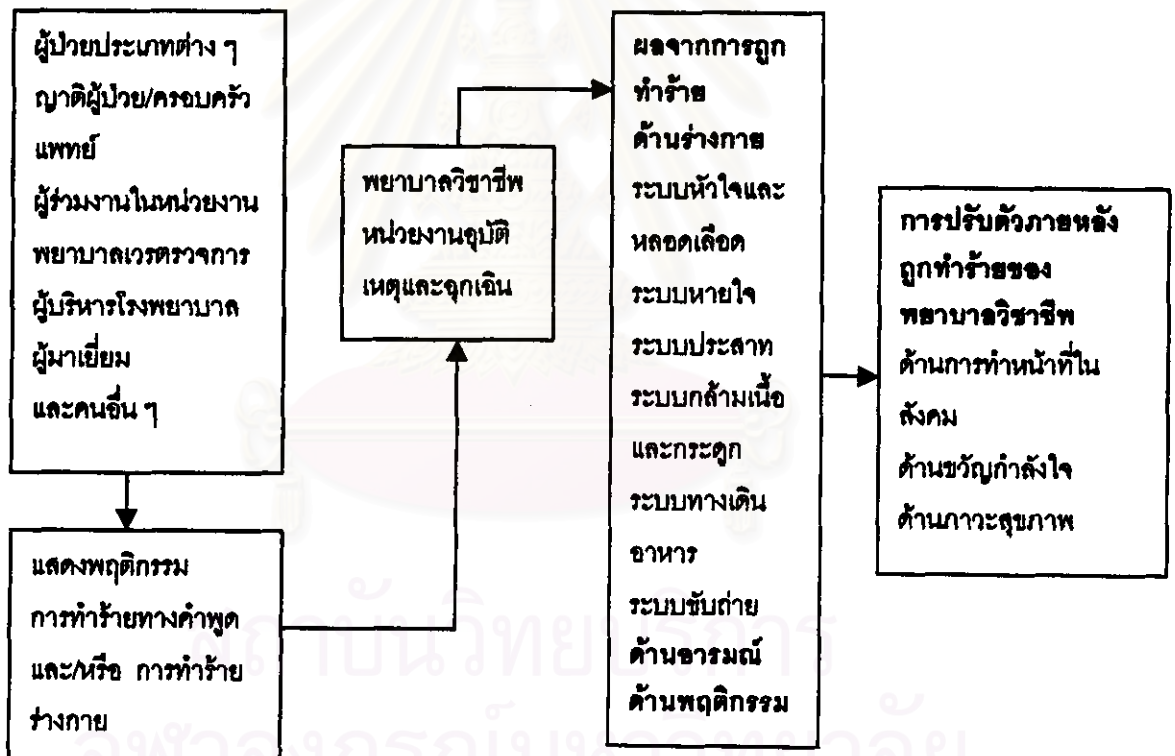
ด้านการทำหน้าที่ในสังคม เป็นการดำรงรักษาไว้ซึ่งบทบาทในหน้าที่ต่าง ๆ ของพยาบาลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม การรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว คือ ปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สังคม และเพื่อนร่วมงาน สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ด้านขวัญกำลังใจ เป็นสถานการณ์ทางจิตที่แสดงออกมาในรูปพฤติกรรม เช่น ความหวัง ความกลัว ความเชื่อมั่น ความพึงพอใจในการกระทำของตนเองตามวัตถุประสงค์ที่ตนเองตั้งไว้ ความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงาน ความเต็มใจในการทำงาน ความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ทัศนคติต่อหน่วยงาน การมีขวัญกำลังใจดีเป็นการแสดงถึงการปรับตัวที่ดีของพยาบาลต่อหน่วยงาน

ด้านภาวะสุขภาพ จากการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียดมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ แสดงออกมาในรูปของความเจ็บป่วย เช่น ความผิดปกติของอารมณ์และ

ระบบประสาท ความดันโลหิตสูง แผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น พยาบาลต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ได้ ถ้าปรับตัวไม่ได้อาจทำให้ภาวะสุขภาพจิตเสียได้

การปรับตัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เมื่อพยาบาลถูกทำร้ายย่อมแสดงการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมต่าง ๆ อาจแสดงออกมาภายนอกอย่างชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ได้ บางครั้งพยาบาลเองอาจไม่ได้สังเกตว่าตนเองแสดงการตอบสนองออกไป ซึ่งก็คือการปรับตัวของพยาบาลภายหลังถูกทำร้าย Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่าผลลัพธ์ของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องปรับทั้ง 3 ด้าน คือ มีการทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีขวัญกำลังใจดีและมีสุขภาพดี



แผนภูมิที่ 3 แสดงการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ที่มา : ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัวของ Lazarus & Folkman (1984)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชดา เข็มยิ่งพานิช (2531) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดความเครียด SCL-90 (Symptom Checklist-90) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการทำงานมากที่สุด ได้แก่ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ลักษณะงาน ผู้ร่วมงานขาดการเอาใจใส่ช่วยเหลือกัน ขาดการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจต่อผู้ได้บังคับบัญชาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

त्मจิต สุวรรณศรี (2533) ได้ศึกษาการพัฒนาการปรับตัวทางสังคมโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2532 จำนวน 18 คน ผลการวิจัยปรากฏว่าหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวทางสังคมสูงขึ้น มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ในทุกด้าน (อ้างใน สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2538)

ผาณิต สกุลวัฒนะ (2537) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกต่างๆ 9 แผนก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ วอลตัน มาทำการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางและพบว่า การบริหารจัดการและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ ถ้ามีการจัดการและสภาพแวดล้อมในการทำงานดีคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพก็ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงานได้อย่างดี

Lanza (1983) ศึกษาปฏิบัติการตอบสนองของพยาบาลประจำการที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายทางร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยศึกษาย้อนหลังเป็นระยะเวลา 1 ปี (สิงหาคม 1979 - สิงหาคม 1980) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการจำนวน 67 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้แบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 108 ข้อ พบว่า พยาบาลที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ในระยะสั้น คือ โกรธ วิตกกังวล รู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ อารมณ์ฉุนเฉียว ฯลฯ ในระยะยาว คือ โกรธ วิตกกังวล กลัวผู้ป่วยทำร้าย รู้สึกเสียใจกับผู้ป่วยที่ทำร้าย การตอบสนองด้านสังคมในระยะสั้นคือ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานเปลี่ยนไป ไม่อยากกลับมาทำงาน การตอบสนองด้านร่างกายระยะสั้นคือ ตกใจง่าย แบบแผนการนอนถูกรบกวน เจ็บปวดตามร่างกาย ปวดศีรษะและในระยะยาวคือ

เกิดความตึงเครียดของร่างกาย เจ็บปวดตามร่างกาย (ระยะสั้นคือ ระยะเวลาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ และระยะยาวคือ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ถึง 1 ปี)

Cox(1991)ได้ศึกษาผลกระทบและการแก้ไขตามการรับรู้จากการถูกทำร้ายทางคำพูดของพยาบาลทั่วสหรัฐอเมริกา ยกเว้นรัฐนิวแฮมป์เชียร์ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลหัวหน้างานจำนวน 459 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 709 คน รวม 1,168 คน โดยใช้แบบสอบถามการถูกทำร้ายทางคำพูดจำนวน 100 ข้อ พบว่า ร้อยละ 69 ของกลุ่มตัวอย่างถูกทำร้ายทางคำพูดจากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย แพทย์ ผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชา พยาบาลเวรตรวจการ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารระดับสูง ภายหลังจากถูกทำร้ายพยาบาลวิชาชีพรู้สึกโกรธ และรู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ พยาบาลหัวหน้างานแก้ไขโดยใช้พฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม วิธีแก้ไขความขัดแย้ง การขอความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงาน มีการสื่อสารมากขึ้นและเดินออกจากที่เกิดเหตุไปก่อน ส่วนพยาบาลประจำการแก้ไขโดยใช้พฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม เดินออกจากที่เกิดเหตุหนีจากผู้ที่ทำร้ายและอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากถูกทำร้ายทางคำพูด คือ ผลต่อการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเบื่องานเป็นเวลานาน ขวัญกำลังใจลดลง ไม่ตั้งใจในการทำงาน รู้สึกไม่มีความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน ผลงานลดลง เกิดความผิดพลาดในการทำงาน มีการโอนย้ายมากขึ้น ขาดแคลนบุคลากร ทัศนคติต่องานเปลี่ยนไปและมีปัญหาทางกฎหมาย

Mahoney (1991) ศึกษาการตอบสนองของพยาบาลวิชาชีพภายหลังจากทำร้ายหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในรัฐเพนซิลเวเนีย โดยใช้แบบสอบถาม Self Report Questionnaires จำนวน 91 ข้อ มีทั้งคำถามปลายปิดและปลายเปิด จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,209 คน (จากทั้งหมด 2,000 คน) พบว่าร้อยละ 97.7 เคยได้รับการทำร้ายในขณะปฏิบัติงานเป็นการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางคำพูดและการคุกคาม ช่มชู้ มีการตอบสนองต่อการถูกทำร้าย 3 ด้าน คือ การตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น โกรธ วิดกกังวล รู้สึกฉุนเฉียว การตอบสนองด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บปวดบริเวณที่ได้รับการทำร้าย นอนไม่หลับและการตอบสนองด้านสังคม เช่น รู้สึกกลัวคนแปลกหน้า รู้สึกกลัวผู้ที่ทำร้าย และกลัวว่าจะถูกทำร้ายอีก นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 60ของพยาบาลที่ถูกทำร้ายบอกว่ามีผลกระทบต่อการทำงาน ร้อยละ20ลาออกจากอาชีพพยาบาล ร้อยละ16.9 ขอย้ายไปหน่วยงานอื่น ส่วนพยาบาลที่สามารถจัดการกับการถูกทำร้ายได้มีการระมัดระวังตัวมากขึ้น

Ryan & Poster (1991) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของพยาบาลต่อการถูกทำร้ายว่าก่อนปี 1983 ไม่มีการอภิปรายกันเกี่ยวกับผลกระทบจากการถูกทำร้ายของพยาบาล เนื่องจากภาระงานต่ำกว่าความเป็นจริงและขาดความสนใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่อการถูกทำร้ายที่พบบ่อยที่สุด เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ คือ โกรธ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวน 61 คน ถูกทำร้ายร่างกาย 44 คน และในจำนวนนี้ 41คน มีการตอบสนองด้านอารมณ์และ

ความรู้สึกนี้ยังคงอยู่มากกว่า 1สัปดาห์ และมากกว่า 1 ปีพยาบาลวิชาชีพ 10 คนในจำนวน 41 คน ยังคงมีความรู้สึกโกรธอยู่

Carr (1992) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของนักศึกษาในวิทยาลัยก่อนสำเร็จ การศึกษาที่มีมากถึงร้อยละ 40 โดยศึกษามาจากนักศึกษาใหม่ และนักศึกษาที่ศึกษาอยู่ก่อนแล้ว จากมหาวิทยาลัย จอร์จทาวน์ จำนวน 213 คน พบว่านักศึกษาจำนวน 40 คน ต้องการลาออก ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกอยากลาออก คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยวซึ่ง นักศึกษาใหม่ส่วนใหญ่จะรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่านักศึกษาเก่าเพราะต้องปรับตัวทั้งด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตัวแปรที่ทำนายที่ดีที่สุด คือ การปรับตัวทางสังคม และการปรับตัวทางการเรียน (อ้างในสุวีริยา สุวรรณโคตร,2538)

Cooper, Saxe-Braithwaite, and Anthony (1996) ศึกษาการถูกทำร้ายทางคำพูดของ บุคลากรในโรงพยาบาล Oshawa General Hospital ในออนตาริโอประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่าง คือแพทย์และพยาบาลจำนวน 120 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง ให้แบบสอบถาม Tennessee Self Concept Scale ดัดแปลงโดย Fitt (1965)และปรับปรุงใหม่ในปี1988 รวมกับ Verbal Abuse Survey ของ Cox(1988)พบว่ากลุ่มตัวอย่างถูกทำร้ายทางคำพูดจากแพทย์ร้อยละ 38.2 จากญาติ ผู้ป่วยร้อยละ 27.6 จากผู้ป่วยร้อยละ 23.7 จากพยาบาลวิชาชีพและจากพยาบาลเวรตรวจการ ร้อยละ 5.3 เท่ากัน ผลที่เกิดขึ้นภายหลังถูกทำร้ายด้านสุขภาพ คือ โกรธ (66คน) วิตกกังวล(42คน) ด้านการทำหน้าที่ในสังคมคือ ไม่อยากพบผู้ทำร้าย (53 คน) สามารถเผชิญหน้ากับคนอื่น ๆ ได้ (20 คน) รู้สึกต่อต้านไม่อยากเป็นมิตร (2 คน) ไม่อยากทำงาน (2 คน) ระดับของการจัดการต่อการ ถูกทำร้ายทางคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง คือจัดการได้ในระดับดีมาก 2 คน ระดับดี 13 คน ระดับ พอใช้ 7 คน และระดับไม่ดี 6 คน

Manderino (1997) ศึกษาการถูกทำร้ายทางคำพูดจากแพทย์ของพยาบาล ในรัฐมิสซูรี โดยใช้ Lazarus's transactional model of stress coping กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 300 คน ได้รับการตอบกลับเพียง 130 คน โดยใช้ The Verbal Abuse Scale (VAS) จำนวน 65 ข้อเป็น Rating scale (0-6) ตามแบบของ Likert พบว่าร้อยละ 90 ของพยาบาลวิชาชีพ ถูกทำร้ายทางคำพูดโดยเฉลี่ย 6-12 ครั้งต่อปี และภายหลังถูกทำร้ายทางคำพูด ผลที่เกิดขึ้นด้าน อารมณ์คือ โกรธ คับข้องใจ รู้สึกรังเกียจ และมีความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง วิธีการแก้ปัญหาคือ ขอความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน

Levin et al.(1998) ศึกษาการถูกทำร้ายของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุเพื่อหาตัวแปร ผล กระทบที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาของพยาบาลที่ถูกทำร้ายโดยการทำ Focus Group ของ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของพยาบาลมี ปัจจัย ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานที่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านร่างกายคือ

กระดูกหัก มีบาดแผล มีอาการปวดเรื้อรัง ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย และมีความรู้สึกอึดอัด วาบที่หลัง ด้านอารมณ์ คือ โกรธ และผลกระทบต่อการทำงาน คือ เบื่อหน่ายการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ ต้องหยุดงาน ขอย้ายหน่วยงาน เลียขั้วรถกำลังใจ อยากเปลี่ยนอาชีพใหม่ และอยากลาออกจากงาน

Pozzi and Crest (1998) ศึกษาการถูกทำร้ายและการได้รับความรุนแรงของเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (EMS) จาก Albuquerque Fire Department จำนวน 331 คน ขณะปฏิบัติหน้าที่ โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกภายหลังถูกทำร้ายของ Lanza(1983) พบว่าเจ้าหน้าที่ EMS ถูกทำร้ายร้อยละ 90 (299คน) จากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและคนที่อยู่รอบข้าง (bystander) และภายหลังที่ถูกทำร้าย ผลที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจคือ ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ EMS รู้สึกโกรธ และร้อยละ 69 ของเจ้าหน้าที่ EMS มีอารมณ์ฉุนเฉียว

Gate et al. (1999) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการทำร้ายของผู้ป่วยต่อพยาบาล (Caregivers) ในสถานเลี้ยงคนชรา โดยการทำ Focus Group ระหว่างหัวหน้างานพยาบาลจำนวน 6 คนและพยาบาลจำนวน 54 คน พบว่า พยาบาลถูกทำร้ายทั้งทางคำพูดและทางร่างกายทุกวัน เกิดขึ้นขณะให้อาหาร อาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้าให้กับผู้ป่วย มักเกิดช่วงผลัดปายและผลัดเตียง ผลที่เกิดขึ้นภายหลังถูกทำร้ายด้านจิตใจได้แก่ รู้สึกเจ็บใจ โกรธ คับข้องใจ ไม่พอใจ ขุ่นเคือง ก้าว ฯลฯ เมื่อยางานผู้บริหารก็ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือหรือปลอบโยนให้กำลังใจ ส่วนใหญ่ช่วยเหลือกันเองเพื่อลดความเครียดจากการถูกทำร้ายซึ่งเป็นความรุนแรงที่ได้รับ

Lewis and Dehn (1999) ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อพยาบาลและผลกระทบจากความรุนแรงที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องตรวจผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน Mid-western ของโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับการตอบกลับ จำนวน 72 คน (จากทั้งหมด 163 คน) โดยการให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการถูกผู้ป่วยทำร้ายซึ่งดัดแปลงมาจาก Psychotherapist survey โดย Guy et al.(1990) พบว่าพยาบาลจำนวน 12 คน ถูกทำร้ายร่างกายด้วยการใช้อาวุธ เช่น มีด ที่เขียนหรือ เหล็กและถูกทำร้ายทางคำพูด 52 คน และ 27 คนถูกทำร้ายทั้งทางคำพูดและทางร่างกายจากผู้ป่วยที่ติดสุราและติดยา และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผลกระทบภายหลังถูกทำร้าย คือความผาสุกทางอารมณ์ลดลง ผื่นร้าย กำลังใจในการทำงานลดลง ต้องขาดงาน รู้สึกกระทบกระเทือนทางจิตใจ และต้องใช้เวลาในการลืมเหตุการณ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

