

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Comprehensive Safety Checklist from Violence of Outpatients Psychiatric services at
King Chulalongkorn Memorial Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
โดย	น.ส.อัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.กันต์ธีร์ อนันตพงศ์)	

อัจฉรา ลอยบัณชิตย์ : รายงานสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (Comprehensive Safety Checklist from Violence
of Outpatients Psychiatric services at King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่
ปรึกษาหลัก : อ. ดร.นพ.ชาวิท ตันวีระชัยสกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแบบสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน
โรงพยาบาล

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods research) ระยะที่ 1)
เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแบบ
สำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้
แนวคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12
คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแบบสำรวจ
ความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการทดสอบความ
ตรงเชิงโครงสร้าง จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและระยะที่ 2)เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative
research) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้วย

ผลการศึกษา : แบบสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล
เป็นข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) 4 ระดับคือ มีแล้ว มีบางส่วน ยังไม่มี
แต่มีแผนแล้ว และไม่มี คุณภาพเครื่องมือของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง
ฉบับ(Content Validity of Scale) เท่ากับ 0.98 มีค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดี ค่า
Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 มีค่าCorrected Item – rest Correlation สูงกว่า .02 ทุกข้อ และมีค่า
อำนาจจำแนก (Discrimination) อยู่ในระดับสูง สามารถจำแนกระดับระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้

สรุป : รายงานสำรวจฯ สามารถเครื่องมือที่ช่วยประเมินความปลอดภัยให้กับบุคลากรทางการแพทย์
ก่อน และขณะปฏิบัติงาน และสามารถช่วยป้องกันอันตรายจากความรุนแรงจากผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6470084130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Safety, Violence, Healthcare personnel, Psychiatric outpatient service
execution

Aschara Loybundid : Comprehensive Safety Checklist from Violence of Outpatients
Psychiatric services at King Chulalongkorn Memorial Hospital . Advisor: CHAVIT
TUNVIRACHAISAKUL, MD.Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. MONTHIRA UDCHUMPISAI, Ph.D.

Objective: This study aimed to develop a comprehensive safety checklist for
outpatient psychiatric services, focusing on violence prevention and response.

Methodology: This study employed mixed method methodology, consisting of two
phases. Phase 1) Qualitative research was conducted to develop the Comprehensive Safety
Checklist, involving in-depth interviews with 12 medical personnel, including medical teaching
staff, resident doctors, nurses, hospital porter, and security guard at King Chulalongkorn
Memorial Hospital. The developed checklist was validated by five experts to ensure construct
validity and checking correlation between question items and desired outcomes. Phase 2)
Quantitative research was 50 healthcare professionals were asked to evaluate their service with
the checklist, the data were used to analyse the quality of the checklist.

Results: The Comprehensive Safety Checklist consisted of 40 rating-scale items. The
rating were existing, partial existing, non-existing but tangential plan was made, and non-
existing. The Content Validity of Scale (S-CVI) was 0.98, indicating an excellent quality. The
internal consistency was high with Cronbach's Alpha of 0.88, and all items had a Corrected
Item – Total Correlation greater than 0.2. The checklist was able to discriminate significantly
between the 25th and 75th percentile groups.

Conclusion: The developed comprehensive safety checklist is a valuable tool for
evaluating the level of security for medical personnel before and during duty in outpatient
psychiatric services. It has excellent quality, high internal consistency, and discriminative

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จไปด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยให้ความช่วยเหลือ พลักดัน ชี้แนะ แก้ไขข้อผิดพลาดต่าง ๆ ตลอดการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ หากไม่มีอาจารย์คอยชี้แนะวิทยานิพนธ์เล่มนี้คงไม่เสร็จสมบูรณ์ ขึ้นมาได้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิทธิพร ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.กันต์ธีร์ อนันตพงศ์ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำ แก้ไขในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลป์ยาศิริ อาจารย์ ดร.เมธีวัชร ชิตเดชะ อาจารย์ ดร. นพรัตน์ ไชยขำนิ นางนภา จิรัฐจินตนา และพว.กันต์วีริชา พงษ์ประเสริฐ ที่ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ คอยตรวจสอบที่คอยให้คำแนะนำการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้รายการสำรวจฯ และขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกองทัพ สังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดเอกชน ที่ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่ เพื่อนน้องที่ทำงานทุกท่านที่เข้าใจ และอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนการทำงานให้ผู้วิจัยในการเรียนทำงานตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์จนกระทั่งสอบเสร็จสิ้น และ ขอขอบคุณพี่ เพื่อนน้องผู้ร่วมชั้นเรียนทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจให้กันและคอยให้ความช่วยเหลือตลอดการเรียนนี้ ผู้วิจัยรู้สึกโชคดีที่ได้เจอผู้ร่วมงานและผู้ร่วมชั้นเรียนที่ดีเช่นนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดา ที่เข้าใจและอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในสาขาที่ผู้วิจัยสนใจ และคอยเป็นกำลังใจ สนับสนุนในทุกเรื่อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

อัจฉรา ลอยบัณชิตย์

สารบัญ

	หน้า
.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	10
ที่มาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)	10
คำถามการวิจัย (Research questions)	13
คำถามหลัก	13
คำถามรอง	13
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Research objectives).....	13
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	13
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	13
คำสำคัญ (Key words).....	13
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definitions).....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefits and applications).....	14
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework).....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน	15

แนวคิดการดูแลความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาล.....	16
1. การจัดการความปลอดภัยด้านบุคลากร	17
2. การจัดการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม.....	18
ทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย	18
1. ทฤษฎีโดมิโนของอุบัติเหตุ (Domino Theory).....	18
2. Loss Causation Model.....	18
3. ทฤษฎีอุบัติเหตุเกิดจากหลายๆสาเหตุรวมกัน (Multiple Causation Theory)	19
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช	20
ผู้ป่วยจิตเวช	20
เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช.....	20
งานวิจัยความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
รูปแบบการวิจัย(Research design)	29
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	29
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)	29
เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก	29
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria).....	29
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)	30
เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurements).....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)	30
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)	32
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	35
ตอนที่ 1 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	35

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	37
ตอนที่ 3 ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้ง ฉบับของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	43
ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิต เวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลอื่นๆ	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	74
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผลการวิจัย	77
ข้อดีของการวิจัยครั้งนี้	94
ข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้	95
ข้อเสนอแนะ	95
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้	95
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	95
ภาคผนวก	97
บรรณานุกรม	132
ประวัติผู้เขียน	138

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	38
ตารางที่ 2 ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายการสำรวจความปลอดภัย จากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช	44
ตารางที่ 3 การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงใน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ	52
ตารางที่ 4 ผลการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	62
ตารางที่ 5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อ โดยใช้ t- test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ(\leq Percentile 25 th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th) และค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item – Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบราก (Cronbach’s Alpha)	63
ตารางที่ 6 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายกลุ่ม โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ(\leq Percentile 25 th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th) และค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายกลุ่ม โดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก (Cronbach’s Alpha)	66
ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการ วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)	66
ตารางที่ 8 แสดงข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์	71

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่มีอุบัติการณ์ของความรุนแรงเกิดขึ้นได้ง่าย เนื่องจากภาระหน้าที่และงานที่รับผิดชอบบริการด้านสุขภาพตลอดเวลาและเป็นการปฏิบัติงานในภาวะไม่ปกติสุขของผู้มารับบริการ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบด้าน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำจำกัดความของความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานว่า การกระทำที่ส่งผลหรืออาจส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามหรืออันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของบุคลากรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่⁽¹⁾ จากการศึกษาอุบัติการณ์ความรุนแรงในโรงพยาบาลของออสเตรเลีย และคณะ⁽²⁾ ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกพบว่า การเกิดความรุนแรงในโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบในแผนกจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของลู และคณะ⁽³⁾ ในประเทศจีนที่พบว่า พยาบาลแผนกผู้ป่วยจิตเวชเผชิญกับความรุนแรงจากผู้ป่วยเป็นความรุนแรงด้านการใช้วาจา ร้อยละ 79.3 การคุกคามข่มขู่ ร้อยละ 70.9 และการทำร้ายร่างกายร้อยละ 57.9 เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

ความชุกของการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลแผนกจิตเวชในระยะเวลา 1 ปีพยาบาลแผนกจิตเวชในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ความรุนแรงสูงถึงร้อยละ 54.5 พบความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.1 รองลงมาเป็นความรุนแรงด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 38.2 และความรุนแรงทางเพศร้อยละ 10.5 ผู้ก่อเหตุหลักของความรุนแรงคือผู้ป่วย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความกังวลต่อเหตุความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ประวัติการเกิดความรุนแรงในโรงพยาบาล และความแออัด ไม่สะดวกสบายของพื้นที่ในการปฏิบัติงาน⁽⁴⁾

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในแผนกผู้ป่วยจิตเวชนั้น อาจส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อสุขภาพของบุคลากรที่มีสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัย รวมถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะออกจากงานเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁽⁵⁾ ในขณะที่การจัดการความปลอดภัยในการทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลใดมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร จะทำให้โรงพยาบาลนั้นไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลใดมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร จะทำให้โรงพยาบาลนั้นไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ⁽⁸⁾

ระบบการจัดการความปลอดภัยในการทำงาน เป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยกำหนดให้มีหน่วยงานปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงานเพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคที่เกิดจากการทำงาน ประกอบด้วย ระบบการจัดการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากร การเป็นผู้นำและการควบคุม โดยความร่วมมือของบุคลากรในองค์การ และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่⁽⁹⁾ ตามแนวคิดระบบการจัดการความปลอดภัยของ Fernandez-Muniz และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่า ระบบการจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงานต้องเริ่มตั้งแต่ในระดับนโยบายขององค์กร ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อผูกพันขององค์กร 2) การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม 3) การฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านความปลอดภัย 4) การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 5) การวางแผนโดยการกำหนดแนวทางป้องกันเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน และ 6) การควบคุมทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

โรงพยาบาลเป็นหนึ่งในสถานที่ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่นับได้ว่าเป็นสถานที่ทำงานที่มีอุบัติการณ์ของความรุนแรงเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาระหน้าที่และงานที่รับผิดชอบมีลักษณะเฉพาะต้องบริการด้านสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง ปฏิบัติงานในภาวะไม่เป็นปกติสุขของผู้มารับบริการและมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบด้าน จากการสำรวจของสมาคมพยาบาลฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2006 โดยการสอบถามจากสมาชิกจำนวน 1,000 คน พบว่า ร้อยละ 86 ยอมรับว่าได้รับการกระทำที่เป็นความรุนแรงในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ ในอดีตที่ผ่านมาบ่อยครั้งที่พยาบาลมักจะยอมรับอย่างอดทนว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของงาน ซึ่งพยาบาลได้ถูกคาดหวังให้อดทนกับความรุนแรง แม้ว่าหน่วยงานจะมีโครงการที่ทำการฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาลให้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่อาจเกิดอันตรายได้ บ่งชี้ได้ และได้พัฒนากลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาความก้าวร้าวของผู้ร่วมงานและผู้ให้บริการตลอดจนอันตรายอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นก็ตาม⁽¹²⁾ Nolan และคณะ⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของ ความรุนแรงไว้ว่า คือการกระทำด้วยการใช้กำลัง เช่น การตบ ต่อย ตะแคง และกัด การใช้วัตถุเป็นเสมือนอาวุธ กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การถ่มน้ำลาย การข่วนและการหยิก หรือความรุนแรงที่มาจากการใช้วาจา เช่น การข่มขู่ และการด่าทอ ส่วน Elliott⁽¹⁴⁾ ให้ความหมายของความรุนแรงไว้ว่า หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ทั้งต่อตนเองและต่อ

ผู้อื่นซึ่งอาจจะเป็นความรุนแรงที่มาจากทางวาจาหรือการกระทำด้วยการใช้กำลัง ที่แสดงการข่มขู่ คุกคาม การทำร้ายร่างกายและการฆาตกรรม ส่วนRose⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายของความรุนแรงว่า เป็นการใช้กำลัง หรือวาจาที่เกิดจากบุคคลหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดความรู้สึกต่ออีกบุคคลหนึ่งว่า ได้รับการ คุกคามหรือเกิดการบาดเจ็บอย่างแท้จริงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁽¹⁶⁾

ดังนั้น ระบบการบริหารของโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญ และควรมีการประเมินด้านความปลอดภัย รวมถึงเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติงานให้เพียงพอต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยจิตเวช⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นสถานที่ที่พบอุบัติการณ์เกิดความรุนแรงสูง⁽²⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัย จากความรุนแรงจากผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทีม สุขภาพ และผู้ให้บริการเป็นผู้ใช้แบบประเมิน เพื่อให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่อไป



คำถามการวิจัย (Research questions)

คำถามหลัก

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชมีองค์ประกอบอะไรบ้าง

คำถามรอง

1. ผู้ใช้งานมีความเห็นต่อรายการสำรวจความปลอดภัยฯ อย่างไร
2. ผลของรายการสำรวจความปลอดภัยฯ ในโรงพยาบาล เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Research objectives)

เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ระยะที่ 1

ไม่มี

ระยะที่ 2

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชที่พัฒนาขึ้นสามารถมีองค์ประกอบครบถ้วน และได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งาน

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ไม่มี

คำสำคัญ (Key words)

ความปลอดภัย (Safety)

ความปลอดภัยบุคลากรทางการแพทย์ (Healthcare personnel)

การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช (Psychiatric outpatient service)

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definitions)

1. รายการสำรวจ (Checklist) หมายถึง รายการตรวจสอบ หรือแบบสำหรับตรวจสอบรายการด้วยการสร้างรายการข้อความที่สอดคล้องตามประเด็น และแยกเป็นกลุ่มชัดเจน ซึ่งการตรวจสอบมักจะทำทีละรายการ จากบนลงล่าง หรือวนเข้าไปข้างหน้า เพื่อให้ผลการตรวจสอบ ครบถ้วนสมบูรณ์ มักใช้ในการประเมิน ตรวจสอบความสนใจ กิจกรรมอุปกรณ์ เป้าหมาย ประเด็น หัวข้อ รายการ สิ่งที่ต้องทำ เป็นต้น

2. ผู้ให้บริการ (Service provider) หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่ผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย
3. ความปลอดภัยจากความรุนแรงในการให้บริการ (violence safety from service) หมายถึง ขณะที่เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการต้องมีสภาวะการณ์ที่ปราศจากภัยหรือพ้นจากภัยอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมความรุนแรงทั้งทางกายและ วาจา อาจส่งผลให้ได้รับการบาดเจ็บ การเสี่ยงภัยการสูญเสีย พิกการ หรือ เสียชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefits and applications)

1. เพื่อให้ผู้ให้บริการมีรายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการ
2. เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ให้บริการ
3. เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้ที่ต้องการศึกษาเรื่องรายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช มีองค์ประกอบโดยรวม ได้แก่ แนวปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการป้องกัน ค้นหาความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง รับมือเหตุการณ์ และทบทวนเหตุการณ์ ,ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม , จำนวนบุคลากร, ทักษะของบุคลากร พัฒนามาจากแนวคิด ระบบการจัดการความปลอดภัยของ Fernandez-Muniz และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งกล่าวว่า ระบบการจัดการความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ต้องเริ่มตั้งแต่ในระดับนโยบายขององค์กร และประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายความปลอดภัย เพื่อเป็นข้อผูกพันขององค์กร 2) การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม 3) การฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านความปลอดภัย โดยมุ่งไปที่การเพิ่มความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติงานที่จำเป็นในการทำงาน 4) การสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 5) การวางแผนโดยการกำหนดแนวทางป้องกันเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน และ 6) การควบคุมทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน

ผู้ให้บริการที่ใช้รายการสำรวจ ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการทุกระดับ ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่เวรเปล รพ. เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เห็นความสำคัญของความปลอดภัยในการทำงานของผู้ให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ความรู้ที่สำคัญจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน
2. แนวคิดการดูแลความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาล
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย ด้านแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช
4. งานวิจัยความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของความปลอดภัยในการทำงาน

มีหลายการศึกษาที่ให้นิยามเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่

สุรพล พยอมแย้ม (2541)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่มีอุปสรรคใด ๆ ขัดขวาง ซึ่งอุปสรรคนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ อุปสรรคที่ทราบและคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าตามข้อมูลที่มีอยู่ และอุปสรรคที่ไม่คาดคิด และมีได้ควบคุมไว้ก่อน อุปสรรคประเภทหลังนี้เรียกรวม ๆ กันว่า “อุบัติเหตุ(accident)”

โชคชัย บุเสมอ (2542)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า ความปลอดภัย หมายถึง สภาวะการปราศจากภัยหรือการพินัย รวมไปถึงการปราศจากอันตราย การบาดเจ็บ การเสี่ยงภัย หรือการสูญเสีย

วิฑูรย์ สิมะโชคดี และวีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2547)⁽²⁰⁾ ได้ให้ความหมายของความปลอดภัยว่า หมายถึง โดยปกติทั่วไปหมายถึง “การปราศจากภัย” ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นไปไม่ได้ที่ขจัดภัยทุกชนิดให้หมดไปโดยสิ้นเชิงความปลอดภัยจึงให้รวมถึง การปราศจากอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นด้วย ในความหมายเชิงวิศวกรรมความปลอดภัย นอกจากความหมายข้างต้นแล้วยังมีความหมายครอบคลุมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบกระเทือนต่อกระบวนการผลิตตามปกติทำให้เกิดความล่าช้า หยุดชะงัก หรือเสียเวลา แม้จะไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือพิการขึ้นก็ตาม

ชัยยุทธ ขวลิตนิธิกุล(2534)⁽²¹⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานว่า ความปลอดภัยในการทำงานหมายถึง สภาวะการที่ปราศจากภัยหรือพินัยจากภัยอันตรายจากการ

บาดเจ็บ การเสี่ยงภัยการสูญเสียโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งเกิดจากสาเหตุนำและสาเหตุโดยตรงจึงจำเป็นต้องมีการป้องกันอุบัติเหตุเหล่านั้น

ไพจิตร บุญยานุเคราะห์ (2534)⁽²²⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานว่า ความปลอดภัยในการทำงาน คือ สภาพที่ไม่มีภัยหรืออันตราย และไม่เสี่ยงต่อสภาพที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือไม่ก่อให้เกิดสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้แก่ การบาดเจ็บ พิการหรือตายการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและความเสียหายของทรัพย์สิน

โสภณ เสือพันธ์ (2538)⁽²³⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานว่าความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึงการที่ร่างกายปราศจากอุบัติเหตุภัยหรือทรัพย์สินปราศจากความเสียหายใดๆ เป็นสิ่งที่มนุษย์หรือสัตว์ย่อมต้องการความปลอดภัยทั้งสิ้น ความปลอดภัยจะเป็นประโยชน์มากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปฏิบัติหรือการกระทำของตนเอง

วิทยา อยู่สุข (2544)⁽²⁴⁾ ให้ความหมายของความปลอดภัยและอาชีวอนามัยว่า ความปลอดภัยในการทำงาน (Occupational Safety) หมายถึง การปราศจากโอกาสที่จะเกิดภัย ซึ่งในที่นี้มีความหมายเฉพาะภัยที่เกิดจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพและ อาชีวอนามัย (Occupational Health) หมายถึงการควบคุมดูแลอนามัยของผู้ประกอบอาชีพได้แก่การป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอนามัย รวมทั้งการคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพ ทุกประเภท

วีริศ จิรไชยภาส (2541)⁽²⁵⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานว่าความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง สภาพที่ปราศจากภัย หรือ ภัยภัย รวมถึงการปราศจากอันตรายบาดเจ็บ หรือการสูญเสียเสียหาย

Anderson (1989)⁽²⁶⁾ กล่าวว่า ความปลอดภัยเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นน้อยที่สุดระหว่างบุคคลจากความเป็นอันตราย โดยใช้หลักพื้นฐานในการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่นการบาดเจ็บ หรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

จึงสรุปได้ว่าความปลอดภัยในการทำงาน หมายถึง สภาพการณ์ที่ปราศจากภัยหรือพ้นจากภัยอันตรายจากการบาดเจ็บ การเสี่ยงภัยการสูญเสียโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการทำงาน บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต หรือเป็นโรค และความเสียหายทรัพย์สิน

แนวคิดการดูแลความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาล

การทำงานในโรงพยาบาลมีโอกาสพบสิ่งที่ไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ทั้งการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพบได้บ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง

แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆของโรงพยาบาล จากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง การถูกอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ การสัมผัสสารเคมี การปวดหลัง และความเครียดจากการทำงาน เป็นต้น ซึ่งแนวความคิดดูแลความปลอดภัยจากการทำงานในโรงพยาบาล จัดแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การจัดการความปลอดภัยด้านบุคลากร และการจัดการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้ (จิตตากรณ จิตรีเชื้อ, 2553)

1. การจัดการความปลอดภัยด้านบุคลากร

มีวิธีการหลายวิธี ได้แก่

1.1 การให้ความรู้แก่บุคลากร ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการทำงานและการป้องกันอันตรายจากการทำงานในยุคปัจจุบันที่การทำงานทางด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีเทคโนโลยีใหม่ๆเพิ่มมากขึ้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรได้รับความรู้ตามลักษณะงานนั้นๆ และได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ตามเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในการจัดอบรมให้ความรู้ควรครอบคลุมทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้นิเทศงาน และผู้บริหารจัดการและบุคลากรใหม่ควรได้รับการปฐมนิเทศ และอบรมก่อนที่จะได้รับการมอบหมายงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารหรือผู้ดูแลความปลอดภัยจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือสิ่งคุกคามในสถานที่นั้นๆ เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย และเน้นเตือนให้ผู้ปฏิบัติงานได้รายงานเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน เรียนรู้วิธีที่จะลดอันตราย และจัดให้พนักงานได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม และครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ ครอบคลุมถึงสถานการณ์ที่อันตราย และพร้อมที่จะแก้ไขเหตุอันตรายต่างๆในสถานที่ทำงาน

1.2 การป้องกันอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัยเป็นการกระทำที่เกิดจากตัวบุคลากรปฏิบัติงานด้วยวิธีการที่ไม่ปลอดภัย เช่น ขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ไม่ใส่เครื่องป้องกันร่างกายในขณะที่ปฏิบัติงานที่เสี่ยง ยกผู้ป่วยหรือยกของที่หนักด้วยท่าทางที่ไม่ปลอดภัย อิริยาบถในการทำงานอาจจะทำให้เกิดอันตราย เช่น การวิ่ง หรือกระโดด เป็นต้น และการจับอุปกรณ์ไฟฟ้าขณะที่มือเปียก นอกจากนี้สิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ คือ สภาพร่างกาย เช่น ร่างกายที่เหนื่อยล้า สายตาที่ผิดปกติ หรือมีการเจ็บป่วย,สภาพจิตใจ เช่น กลัวการติดเชื้อ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่องาน ขาดความมั่นใจเนื่องจากขาดความรู้ เป็นต้น

2. การจัดการความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมในการทำงาน คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวคนขณะทำงาน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อสุขภาพ หรือความปลอดภัยในการทำงาน การหาทางควบคุมป้องกัน และปรับปรุงให้สิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่ดีจะช่วยให้มีความปลอดภัยในการทำงาน การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานควรให้ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม

ทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย

มีหลายทฤษฎีเกี่ยวกับความปลอดภัย ได้แก่

1. ทฤษฎีโดมิโนของอุบัติเหตุ (Domino Theory)

ทฤษฎีโดมิโน หรือทฤษฎีลูกโซ่ของอุบัติเหตุ (Accident Chain) คิดขึ้นโดย เฮนริช (Heinrich, H.W., 1959:119) ได้กล่าวว่า การบาดเจ็บ และความเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเปรียบเทียบกับโดมิโน 5 ตัวเรียงต่อกัน เมื่อตัวใดตัวหนึ่ง ล้ม ย่อมมีผลทำให้โดมิโนตัวถัดไปล้มตามกันไปด้วย โดยโดมิโนทั้ง 5 ตัว ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อม หรือภูมิหลังของบุคคล (social environment or background) 2) ความบกพร่องผิดปกติของบุคคล (defect of person) 3) การกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe acts/unsafe conditions) 4) อุบัติเหตุ (accident) 5) การบาดเจ็บ หรือเสียหาย (injury/damages) นั่นคือ สภาพแวดล้อมทางสังคมหรือภูมิหลังของคนใดคนหนึ่ง (ครอบครัวฐานะ ความเป็นอยู่การศึกษา) ก่อให้เกิดความบกพร่องหรือผิดปกติของคนนั้น (เช่น ทักษะคิดต่อความปลอดภัยที่ไม่ถูกต้องนิสัยชอบเสี่ยงความมั่งง่าย) ก่อให้เกิดการกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งจะนำมาสู่การเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บ หรือความเสียหายตามมาในที่สุด การป้องกันอุบัติเหตุตามทฤษฎีโดมิโนยึดหลักการตัดลูกโซ่ของอุบัติเหตุโดยกำจัดการกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (โดมิโนตัวที่ 3) ทำให้อุบัติเหตุไม่สามารถเกิดขึ้นได้ การเลือกกำจัดโดมิโนตัวที่ 3 เนื่องจากกำจัดโดมิโนตัวที่ 1 (สภาพแวดล้อมของสังคม หรือภูมิหลังของบุคคล) หรือโดมิโนตัวที่ 2 (ความบกพร่องผิดปกติของบุคคล) เป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยากกว่า เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและปลูกฝังจนเป็นคุณสมบัติส่วนบุคคลแล้ว

2. Loss Causation Model

Bird and Germain (1985) ได้คิดค้นแบบจำลองสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหาย

(Loss Causation Model) ขึ้นมา โดยได้พิจารณาสภาพการณ์ที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาโดยมีแนวคิดที่ว่าเหตุการณ์มีการผสมผสานเข้าด้วยกันของปัจจัยหรือสาเหตุภายใต้สภาพการณ์ที่เหมาะสม (Multiple Cause) ได้แก่ องค์ประกอบ 4 อย่าง คือ

1. คน (People) ซึ่งความหมายในที่นี้ไม่ได้หมายถึงพนักงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ตามแนวคิดเดิมๆ ที่เชื่อว่ากว่า 85 % ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากความผิดพลาดของพนักงาน แต่ในที่นี้จะหมายรวมถึง ผู้บริหารผู้ซึ่งกำหนดนโยบาย วิธีการปฏิบัติงาน วิศวกรและผู้ออกแบบ ช่างบำรุง ผู้จัดการที่ทำหน้าที่ในการคัดเลือก จ้าง การจัดตำแหน่ง และรวมถึงหัวหน้างานที่ทำหน้าที่แนะนำให้ข้อมูล

2. อุปกรณ์ (Equipment) องค์ประกอบนี้จะเกี่ยวข้องกับเครื่องมือ และเครื่องจักรทั้งหมดที่พนักงานต้องทำงานด้วยหรือใกล้ชิด เครื่องจักรที่ติดตั้งอยู่กับที่ ยานพาหนะ อุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับวัสดุต่างๆ เครื่องมือที่ต้องใช้มือทำงาน เครื่องป้องกันภัยส่วนบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งใหญ่ของการเกิดการบาดเจ็บ และเสียชีวิต

3. วัสดุ (Materials) รวมถึง วัตถุดิบ สารเคมีและสารอื่นๆ ซึ่งพนักงานใช้ทำงาน และเป็นส่วนประกอบในกระบวนการผลิต

4. สภาพแวดล้อม (Environment) รวมถึงทุกส่วนที่อยู่ล้อมรอบไม่ว่าจะเป็นตัวอาคาร รั้วที่ล้อมรอบผู้คน เครื่องมือและวัสดุ พื้นผิวที่สิ่งต่างๆ ตั้งอยู่ และการเคลื่อนที่

3. ทฤษฎีอุบัติเหตุเกิดจากหลายๆสาเหตุรวมกัน (Multiple Causation Theory)

Petersen (1971) ได้เสนอแนวความคิดของงานความปลอดภัยสมัยใหม่ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันโดยเสนอว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งนั้น มิได้มีแต่การกระทำ และสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยเท่านั้น แต่แท้ที่จริงแล้วยังมีอีกหลายสาเหตุที่ต่างก็มีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุเขาจึงเสนอว่า อุบัติเหตุเกิดจากหลายๆสาเหตุ เรียกเป็น (Multiple Causation Theory) สิ่งที่เราพบเห็นไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้น ล้วนเป็นอาการที่เราต้องสืบค้นต่อไปให้ได้ว่าอะไรคือรากแท้ของปัญหาซึ่งแน่นอนรากแท้ที่ว่านี้คือ ความล้มเหลวของระบบการบริหารความปลอดภัยขององค์กรนั้นๆนั่นเอง นั่นหมายความว่า ถ้าที่ทำงานใดมีการกระทำ หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ต้องมองต่อไปว่า ทำไมจึงเกิดสิ่งเหล่านั้น เราขาดระบบการตรวจที่ดี เราไม่มีการฝึกอบรมหรืออย่างไร การออกแบบโรงงานไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัยใช่หรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นรากแท้หรือสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาความปลอดภัยในการทำงาน การ

แก้ไขจึงต้องแก้ที่ตัวระบบบริหาร ลำพังการแก้ไขที่อาการแสดงเป็นการแก้ไขเฉพาะหน้านั้นเอง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช ⁽²⁷⁾ หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจจนทำให้มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และสูญเสียความสามารถในการรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง ที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานบริการทางสุขภาพที่มีหน่วยบำบัดรักษาทางจิตเวช ทั้งผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ หรือผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และแบบผู้ป่วยในโดยแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision) ตามที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำขึ้น เพื่อจำแนกโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ⁽⁸⁾ หมายถึง เครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ หรือผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และกรณีผู้ป่วยในโดยใช้วิธีการจำแนกตามคำอธิบาย (Prototype evaluation method) ซึ่งเนื้อหาของเครื่องมือจะระบุข้อความที่อธิบายถึงสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลขั้นต่ำที่พึงได้รับไว้อย่างกว้างๆ ทั้งนี้พยาบาลผู้ประเมินต้องจัดผู้ป่วยเข้าตามประเภทที่มีลักษณะเหมือน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ผลจากการประเมินจะทำให้ทราบถึงความต้องการการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับมากหรือน้อยตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละช่วงเวลา และนำผลที่ได้จากการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชมาวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การจำแนกประเภทผู้ป่วย ณ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ใช้หลักการจำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลำดับการดูแล การตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปยังงานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และจำแนกตามมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลให้บรรลุตามเป้าหมาย

1.การจำแนกด้วยมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การจำแนกตามสิ่งที่บ่งบอกถึงสภาพการเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน อันเนื่องมาจากการที่ระบบและกลไกการทำงานต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วน ไม่สามารถดำเนินไปตามปกติได้ในมิตินี้ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ข้อ คือ

1.1 สัญญาณชีพ (Vital signs) หมายถึง สิ่งแสดงสำคัญที่สุดที่ช่วยบ่งบอกถึงความปกติ หรือ ความผิดปกติของร่างกาย รวมถึงสามารถบ่งบอกถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความรีบด่วน ต้องการการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ดัชนีที่ใช้บ่งชี้ถึงการมีชีวิตหรือสัญญาณชีพ ประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นชีพจร อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิต ซึ่งค่าปกติและผิดปกติของดัชนีชีวิตสัญญาณชีพ

1.2 อาการ และอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึง สภาพการทำงานของระบบประสาท โดยการประเมินจากความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติงาน ของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การลืมตา การเคลื่อนไหว และการพูด ทั้งนี้การประเมิน อาการ และอาการแสดงทางระบบประสาทจะใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale: GCS)

1.3 พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย (Violence behavior) หมายถึง การกระทำของผู้ป่วย จิตเวชด้วยการใช้วาจา หรือใช้กำลังอย่างรุนแรงจนกระทั่งทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือ ทรัพย์สินซึ่งการประเมินพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย จะใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) แบ่งออกเป็น

คะแนน OAS = 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น พุดเสียงดัง แต่ยังสามารถ รับฟัง เตือนแล้วสงบลงได้เป็นต้น

คะแนน OAS = 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมไม่ได้มีท่าทีที่อาจ เกิด อันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

คะแนน OAS = 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน

1.4 การได้รับหัตถการพิเศษที่สำคัญต่อการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหรือ รักษาด้วยการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ซึ่งในที่นี่จะกล่าวถึงเฉพาะหัตถการ พิเศษชนิดไม่รุกราน (Non – invasive) คือ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยการใช้ยารักษาทางจิตเวชกลุ่มที่มี ดัชนี การรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) ต้องเฝ้าระวังพิเศษ ได้แก่ Lithium, Carbamazepine, Sodium valproate, Phenytoin, Clozapine เป็นต้น

2. การจำแนกด้วยมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ เพื่อวางแผนการดูแลให้บรรลุตาม เป้าหมาย โดยผู้ป่วยมีอิสระทางความคิด มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถเลือก ตัดสินใจ ในการ ดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง รู้จักช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถดูแล

สุขภาพกายและจิตใจของตนเองไม่ให้มีอาการกำเริบจนส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย และอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคม ได้อย่างมีคุณค่าตามอัตภาพ โดยประเมินจาก ความสามารถในการควบคุมอาการผิดปกติทางจิตเวช ความสามารถในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำอธิบายเกี่ยวกับการจัดประเภทของผู้ป่วยจิตเวชตามมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วยและมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ มีดังนี้

มิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วย :

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน/วิกฤต (Emergent)

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน (Urgent)

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgent)

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgent)

มิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ :

สัญลักษณ์สีแดง (คะแนน 4) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ ไม่สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ มีความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรงไม่สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวชุมชนได้ตามปกติ เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นทรัพย์สินหรือมีโอกาสถูกผู้อื่นทำร้าย จำเป็นต้องวางแผนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

สัญลักษณ์สีส้ม (คะแนน 3) หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้เป็นบางเวลาสามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่ไม่มีความซับซ้อน ได้เป็นครั้งคราว และสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นบางส่วน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้โดยต้องมีญาติ/ผู้ดูแลใกล้ชิด มีความผิดปกติทางจิตเวชชัดเจนแต่สามารถควบคุมอาการได้เป็นระยะจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ แต่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นทรัพย์สิน หรือถูกผู้อื่นทำร้าย

สัญลักษณ์สีเหลือง (คะแนน 2) หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้เป็นส่วนใหญ่สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เองเป็นส่วนใหญ่ สามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างหรือจากแหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้บ้าง สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องได้รับคำแนะนำ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เป็น

ครั้งคราว ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ โดยต้องมีผู้ดูแลให้รับประทานยา แต่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้

สัญลักษณ์สีเขียว (คะแนน 1) หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ สามารถจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองได้ รับประทานยา/ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ด้วยตนเอง จัดการ/ควบคุมอาการของตนเอง ไม่ให้กำเริบจนส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/อยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง รู้จักขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่เป็นภาระในการดูแล

การแปลผล

1. มิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วย พิจารณาตามผลการประเมินระดับความรุนแรงของสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากตัวบ่งชี้ทั้ง 4 ข้อร่วมกัน ตัดสินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากปัญหา/ประเด็นหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาหรือถูกพามาโรงพยาบาล หรือจากระดับความรุนแรงสูงสุดที่ประเมินได้จากตัวบ่งชี้ทั้ง 4 ข้อ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งประเมิน พบว่า

- ตัวบ่งชี้ข้อ 1.1 : สัญญาณชีพ พบว่า ไม่มีความผิดปกติ (ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1)

- ตัวบ่งชี้ข้อ 1.2 : อาการ และอาการแสดงระบบประสาท ไม่ผิดปกติ(ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1)

-ตัวบ่งชี้ข้อ 1.3 : พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย พบว่า มีประวัติทำร้ายตัวเอง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมิน OAS เท่ากับ 1 คะแนน (ระดับความรุนแรงเท่ากับ 2)

- ตัวบ่งชี้ข้อ 1.4 : การได้รับการรักษาด้วยหัตถการพิเศษ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยา (ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1) การตัดสินผลที่ได้จากการประเมินในผู้ป่วยรายนี้ ถือเป็นผู้ป่วยประเภท 2 (กึ่งเร่งด่วน) ตามตัวบ่งชี้ข้อ 1.3 : พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย ที่พบว่า มีประวัติทำร้ายตัวเอง

2. มิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระ พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดและตัดสินประเภทเป็นสิ่งที่ตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด เช่น ผู้ป่วยอยู่บ้านได้ตามปกติ แต่ต้องให้ญาติช่วยดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาและคอยให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฯลฯ ซึ่งตรงกับเกณฑ์กลุ่มสีเขียว

สรุปจากการประเมินทั้ง 2 มิติ คือ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยประเภท 2 สีเหลือง หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการให้ดูแลแบบกึ่งเร่งด่วน และมีความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระเป็นส่วนใหญ่

สามารถจัดการกับความเครียด ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เองเป็นส่วนใหญ่ สามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างหรือจากแหล่งช่วยเหลือทางสังคมได้บ้าง สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เป็นครั้งคราว ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ แต่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ การสรุปประเภทผู้ใช้บริการโดยการรวมมิติสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วย และมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระเข้าด้วยกัน ซึ่งควรประเมินสถานะความรุนแรงของความเจ็บป่วยก่อนเพื่อลำดับการดูแล เมื่อผู้ป่วยไม่มีปัญหาวิกฤต/ฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน หลังจากนั้นจึงประเมินสีตามประเภทผู้ป่วย ซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นไปได้ดังนี้

- 4 สีแดง ผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤต อาจเป็นทางกาย และ/หรือทางจิตและไม่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้มีความผิดปกติชัดเจน
- 3 สีส้ม ผู้ป่วยเร่งด่วนทางกาย หรือทางจิต และสามารถดำเนินชีวิตอิสระได้เป็นบางเวลา มีความผิดปกติทางจิตชัดเจน ญาติ/ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิด
- 2 สีเหลือง ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน สามารถดำรงชีวิตอิสระได้เป็นส่วนใหญ่ มีอาการทางจิตกำเริบเป็นครั้งคราว ต้องมีญาติ/ผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือเป็นบางส่วน
- 1 สีเขียว ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน และสามารถดำรงชีวิตอิสระได้

งานวิจัยความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

มีหลายการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานในโรงพยาบาล ได้แก่

สมบูรณ์ สุโสมิต (2557)⁽²⁸⁾ ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบระดับทัศนคติวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าตำแหน่งงานที่แตกต่างกันจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แตกต่างกัน ยกเว้นการยอมรับความเครียด และการปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ วิเคราะห์เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ ตามตัวแปรหน่วยงานบริการและจำแนกตามรายปัจจัย พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม บรรยากาศด้านความปลอดภัยความพึงพอใจในงาน และบรรยากาศในการทำงาน มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

รัชดากร ราชิวรงค์ (2556)⁽²⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของหัวหน้าหอวิกฤตในการจัดการความปลอดภัยของบุคลากร พบได้ทั้งหมด 9 ประเด็น 1. ทบทวนนโยบายและมาตรฐานเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 2. จัดระบบความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล 3. เรียนรู้สถานการณ์และวางแผนการป้องกัน 4. การป้องกันและลดผลกระทบจากความเสียหาย 5. ติดตามการทำงานของบุคลากรให้

เป็นไปตามมาตรฐาน 6.ส่งเสริมและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย 7.การกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติ
อย่างต่อเนื่อง 8.เงื่อนไขและอุปสรรคในการจัดการความปลอดภัย 9.บทเรียนในการจัดการความ
ปลอดภัยของบุคลากรในฐานะหัวหน้าหน่วยงาน

ปริศนา ทองอร่าม เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล และ อภิรดี นันทศุภวัฒน์ (2560)⁽³⁰⁾ ได้ศึกษา
ระบบการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า 1) คณะกรรมการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาลใน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับยอมรับได้ คณะเน้นในแต่ละด้านของการจัดการ
ความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาล พบว่า ด้านนโยบายความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
รองลงมา คือ การควบคุมและการทบทวนกิจกรรม การสื่อสารและส่งต่อข้อมูล การวางแผน
การฝึกอบรมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความปลอดภัย และการจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วม
ตามลำดับ 2) พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการจัดการความปลอดภัยมีความเหมาะสมใน
การลดอันตรายและการบาดเจ็บจากการทำงาน อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบการ
จัดการความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ 1) การเพิ่มแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
2) การเพิ่มการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงานและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทำตาม
แนวปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน 3) การเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกัน
อันตรายจากการทำงาน 4) การเพิ่มการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายในการทำงานให้บุคลากรได้ทราบ
อย่างทั่วถึง และ 5) การวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงในการทำงานทุกเรื่อง

ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร (2560)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการ
ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการ
ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมความ
ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ แตกต่างกันตาม
ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การอบรมความปลอดภัย และหน่วยงานที่ปฏิบัติ

อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร (2553)⁽³¹⁾ ได้ศึกษาเรื่องวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าบุคลากรห้องผ่าตัดโดยรวมมี
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยใกล้เคียงกันในระดับปานกลางโดยบุคลากรกลุ่มแพทย์
พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยต่ำสุดและมี
จำนวนบุคลากรที่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในทาง บวกน้อยที่สุดในด้าน
บรรยากาศในการทำงาน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรม

ความปลอดภัยเป็นรายปัจจัยระหว่างกลุ่มบุคลากรด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่าระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ในด้านบรรยากาศด้านความปลอดภัย ความเข้าใจในการบริหารจัดการ และความพึงพอใจในงาน มีความแตกต่างกัน

Neal et al. (2000)⁽³²⁾ ศึกษาปัจจัยทางด้านองค์การในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศออสเตรเลียเพื่อความปลอดภัยในองค์การจากกลุ่มตัวอย่าง 525 คน พบว่าวัฒนธรรมองค์การสามารถทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยได้ ความรู้และการได้รับการกระตุ้นสนับสนุนสามารถทำนายการยอมรับและความร่วมมือในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยส่งผลให้เกิดทั้งความรู้และความปลอดภัย วัฒนธรรมความปลอดภัยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การและการจัดการด้านความปลอดภัย ความรู้และการได้รับการกระตุ้นสนับสนุนเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัย

Singer et al. (2003)⁽³³⁾ ได้ทำการศึกษา วัฒนธรรมความปลอดภัยจากโรงพยาบาลในรัฐแคลิฟอร์เนีย 15 โรงพยาบาล พบว่า แต่ละอาชีพในโรงพยาบาลจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แตกต่างกัน องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัย ความมุ่งมั่นที่จะยกระดับองค์กรให้มีความปลอดภัยสูงสุดจนเป็นค่านิยม ความเชื่อ ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากผู้บริหารในด้านทรัพยากรรวมทั้งผลตอบแทน เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย ความปลอดภัยเป็นเป้าหมายสูงสุด แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผลิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารในทุกระดับขององค์กร ต้องมีความชัดเจน และเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ผลผลิตระดับสูงมีการกระทำที่ก่อให้เกิดความปลอดภัยน้อยมาก รายงานความรับผิดชอบและปัญหาที่เกิดขึ้น ค่านิยมของความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จะก่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานของระบบ

Carayon Pascale (2005)⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาความปลอดภัยในหอผู้ป่วยวิกฤตกับภาระงานของพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 ถึงปี ค.ศ.2005 พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัยในคน ได้แก่ ขาดสมรรถนะและประสบการณ์ ปัจจัยด้านระบบองค์กรเช่น ปัญหาของอุปกรณ์การแพทย์เสื่อมสภาพและไม่เพียงพอเป็นปัจจัยใหญ่ที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

Mark A. Barbara. (2007)⁽³⁵⁾ ศึกษาถึงความปลอดภัยในระดับปานกลางมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงานหรือไม่ เนื่องจากการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าพยาบาลปฏิบัติงานที่ค่อนข้างหนัก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการบาดเจ็บในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่แนวทางการปรับปรุงความปลอดภัยของพยาบาลได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับความปลอดภัยที่จะปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมบุคคลให้ผ่านการปฏิบัติตามกฎข้อบังคับใช้กับความปลอดภัย และการมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยเท่านั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของพยาบาล (ปวดหลังและโดนเข็มทิ่มตำ) เป็นโครงสร้างที่สำคัญของตัวแปร (ความเพียงพอ 43 ของเจ้าหน้าที่ ข้อตกลงของการว่าจ้างงานและเงื่อนไขข้อตกลงในการทำงาน) และมีผลกระทบต่อความปลอดภัย งานวิจัยนี้ศึกษาจากผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 281 หอจาก 143 โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ข้อตกลงของการว่าจ้างงานและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปลอดภัยของพยาบาล แต่ไม่ได้มีผลโดยตรงกับการบาดเจ็บของพยาบาล คือ ปวดหลังและโดนเข็มทิ่มตำ ซึ่งความสัมพันธ์ของระดับความปลอดภัยปานกลางนั้น จะเกี่ยวข้องระหว่างข้อตกลงของการว่าจ้างงานและการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำเท่านั้น ในขณะที่มีความปลอดภัยระดับปานกลางส่งผลกระทบต่อสภาพการทำงานทั้งเกี่ยวกับการโดนเข็มทิ่มตำ และการปวดหลัง ถึงแม้จะอยู่ในสถานะที่ไม่คาดคิด และการศึกษาครั้งนี้ค้นพบว่า การมีส่วนร่วมในการทำงานในเชิงบวก และสภาพการทำงานส่งผลให้เพิ่มความปลอดภัย และสามารถลดการบาดเจ็บของพยาบาล

D. A. Abozaid. (2022) ⁽³⁶⁾ศึกษาพบว่า การเข้าร่วมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความก้าวร้าว ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการรับรู้ของพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์ที่ก้าวร้าว และเพิ่มทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อความรุนแรงในที่ทำงาน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะการสื่อสารมีความสำคัญในการจัดการและกระจายสถานการณ์ที่อาจรุนแรงได้

National Institute for Occupational Safety and Health (2020) ⁽³⁷⁾พบว่า ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงในด้านสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนผัง การออกแบบ และสิ่งอำนวยความสะดวกของพื้นที่ทำงาน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ปัจจัยที่ให้โอกาสในการเข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงการตรวจจับ เช่น ทางเข้าหรือช่องบันไดที่ไม่มีคนดูแล แสงสว่างไม่เพียงพอ มุมอับ ห้องหรือตู้เสื้อผ้าที่ไม่ปลอดภัย
2. สิ่งที่กระตุ้นความเครียด เช่น ป้ายที่ทำให้สับสน สภาพอากาศไม่ดี ที่จอดรถหรือการเข้าถึงอาคารลำบาก ความร้อนหรือเครื่องปรับอากาศไม่เพียงพอ และระดับเสียงที่รบกวน
3. เปิดโอกาสให้ใช้เป็นอาวุธ เช่น เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่ปลอดภัย เครื่องตกแต่ง ของตกแต่ง สำนักงาน หรือเวชภัณฑ์
4. จำกัดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงอย่างเหมาะสม เช่น การขาดระบบรักษาความปลอดภัย สัญญาณเตือนภัย หรืออุปกรณ์ต่างๆ

ปัจจัยเสี่ยงด้านองค์กร คือ ปัจจัยที่เกิดจากนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมขององค์กร ได้แก่ ทักษะคติของผู้บริหารและพนักงานที่ไม่ระมัดระวังต่อการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงาน ขั้นตอนการรักษาความปลอดภัยไม่เพียงพอ ขาดการฝึกอบรมและความพร้อมของพนักงาน นโยบายที่ยุ่งยากหรือไม่มีเลยสำหรับการรายงานและการจัดการภาวะวิกฤต ระดับพนักงานต่ำ ขยายกะ ความต้องการทำงานล่วงเวลา การควบคุมทางวิศวกรรมจะจัดการกับความเสียด้านสิ่งแวดล้อมโดยการกำจัดอันตรายออกจากสถานที่ทำงานหรือสร้างสิ่งกีดขวางระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับอันตรายนั้น ได้แก่ การออกแบบเพื่อความปลอดภัย (ทางออก 2 ทางต่อห้อง, การจัดวางเฟอร์นิเจอร์, แสงสว่างที่ดีขึ้น) ส่วนการแต่งกายเพื่อความปลอดภัยควรถอดสิ่งของต่างๆ ออกจากร่างกายที่อาจใช้เป็นอาวุธหรือหยิบจับได้ ฝ้ายควรซ่อนไว้เพื่อไม่ให้จับได้ เครื่องประดับหลีกเลียงต่างหูหรือสร้อยคอที่สามารถดึงได้ เสื้อผ้าที่คับเกินไปสามารถจำกัดการเคลื่อนไหว เสื้อผ้าที่หลวมเกินไปหรือผ้าพันคออาจถูกจับได้ แวนตา กุญแจ หรือป้ายชื่อที่ห้อยลงมาจากเชือกหรือโซ่อาจเป็นอันตรายได้

จากบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล มีการกล่าวถึงการอบรม การให้ความรู้ รวมถึงการจัดการความปลอดภัยส่วนบุคคล แต่ยังไม่พบประเด็นที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาการสำรวจเพื่อความง่ายต่อการประเมินในทางปฏิบัติให้กับบุคลากร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods research) เพื่อพัฒนาเครื่องมือรายการสำรวจฯ ผ่านการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นทดลองใช้ในผู้ให้บริการ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มีการลงนามโดยความสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีตำแหน่งหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เป็นต้น
2. มีประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อย่างน้อย 2 ปี
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. สามารถเข้าใจและพิจารณารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ให้บริการที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. มีประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย น้อยกว่า 2 ปี

3. มีความผิดปกติด้านการฟัง การพูด การมองเห็น และการสื่อสาร
4. ไม่อยู่ปฏิบัติงานในช่วงเก็บข้อมูลการวิจัย

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องร่วมในการศึกษาเพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึก แต่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และไม่ซ้ำกับกลุ่มที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มผู้ทดลองใช้เครื่องมือ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ ในโรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

ไม่มีการคำนวณของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพ แต่มีการกำหนดตัวอย่างแต่ละชั้น ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และครบถ้วน นำไปสู่การร่างรายการสำรวจ
2. ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน
3. กลุ่มทดลองใช้ จำนวน 40-50 ราย

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร (Measurements) มหาวิทยาลัย

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที

ส่วนที่2 การสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อใช้เวลาประมาณ 40 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยมีหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้ประสานงานติดต่อกับผู้ให้บริการ

3. ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก
4. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารายการสำรวจตามขั้นตอนดังนี้
 - 4.1 ทบทวนวรรณกรรม
 - 4.2 หากรอบแนวคิด หรือทฤษฎี
 - 4.3 ร่างรายการสำรวจ
 - 4.4 สัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน โดยแนวคำถามแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

เริ่มต้นการสนทนา

1. แนะนำตัวเอง และบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์
2. พุดคุยซักถามทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
3. ขออนุญาตบันทึกเทป

คำถามเริ่มต้น

1. ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ท่านอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ประเภทใด
2. ท่านเคยเจอเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยอะไรบ้าง

คำถามเจาะประเด็น

1. ปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชจากประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร
2. ท่านคิดว่าปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเกิดจากอะไรบ้าง
3. เมื่อมีปัญหามความปลอดภัยในที่ทำงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและท่านตัดสินใจหรือแก้ไขอย่างไรบ้าง
4. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชอย่างไรบ้าง
5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

ผู้วิจัยจะดำเนินขั้นตอนสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการนัดหมายล่วงหน้าและสัมภาษณ์ต่อหน้าตามวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการเว้นระยะห่าง สวม

หน้ากาอนามัยตลอดเวลาตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากสถานการณ์โควิด นอกจากนั้นผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง สัมภาษณ์เพื่อถอดบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4.5 ขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช 1 ท่าน

4.6 ปรับและแก้ไขรายการสำรวจตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 2 ครั้ง

4.7 นำไปทดลองสำรวจโดยผู้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลอื่นๆ

4.8 สรุปผลการสำรวจ และนำข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานมาปรับปรุงพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามความเข้าใจและความเชื่อของการวิจัยเชิงคุณภาพ (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)⁽³⁸⁾ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพต้องใช้กระบวนการทั้งระบบความคิด (Conceptualization) การตีความ (Interpretation) และจินตนาการ (Imagination) เพื่อให้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หลังการสัมภาษณ์เสร็จทุกครั้งผู้วิจัยจะนำเสียงที่ได้จากการบันทึกตอนสัมภาษณ์มาทำการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากการฟังซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินเนื้อหาที่ได้มาว่าข้อมูลมีคุณภาพ และสาระเพียงพอต่อการวิเคราะห์หรือไม่ หากยังไม่ชัดเจนจะกลับไปสอบถามอีกครั้งกับผู้เข้าร่วมวิจัยให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม และจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน ทำเช่นนี้จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเพียงพอซึ่งข้อมูลมีความอิมตัว นำมาสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมา จากนั้นได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยวิธีการของ สุภางค์ จันทวานิช (2554) ซึ่งตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น และได้เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย

หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัดโดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI หรือ Index of Concordance: IOC หรือ Item Objective Congruence : IOC) คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังสมการ

$$\text{IOC หรือ CVI} = R/N$$

R = คะแนนรวมที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ⁽³⁸⁾

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI)สามารถทำได้ 2 วิธี คือ ค่าความตรงเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-Level CVI/Average: S-CVI/Ave) และความตรงตามเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นตรงกัน (Scale-Level CVI/Universal Agreement: S-CVI/UA)

1.การหาค่า S-CVI/Ave คือ การหาค่าเฉลี่ยของ I-CVI ทุกข้อคำถามในเครื่องมือวิจัยนั้นๆ (Polit & Beck, 2017) โดยการนำค่า CVI ของข้อคำถามทุกข้อมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถาม เช่น ข้อคำถามที่ 1-5 มีค่า I-CVI เท่ากับ .80+.80+.80+1.00+1.00 ค่า S-CVI/Ave จะเท่ากับ $4.4/5 = .88$ เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ ค่า S-CVI/Ave ควรมีค่า .90 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2014) ค่าS-CVI/Ave ของเครื่องมือวิจัยที่แปลมาอาจใช้ค่า .80 ได้ (Polit & Hungler, 1999)

2.การหาค่า S-CVI/UA ทำได้โดยการหาสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านประเมินความเกี่ยวข้องในระดับ 3 หรือ 4 ต่อจำนวนข้อคำถามทั้งหมด เช่น จากข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องในระดับ 3 หรือ 4 จำนวน 26 ข้อ ค่า S-CVI/UA จะเท่ากับ $26/30 = .87$ ค่า S-CVI/UA ควรมีค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) สำหรับการหาความตรงชนิดนี้ โอกาสที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจะมีความเห็นตรงกันนั้นเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะกรณีที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก (Polit & Beck, 2017) การหาค่าความตรงชนิดนี้จึงไม่ค่อยพบในรายงานวิจัยทั่วไป แต่จะพบในการวิจัยประเภทที่ต้องการให้เครื่องมือวิจัยมีความตรงตามเนื้อหาสูง เช่น การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัย⁽³⁹⁾

สำหรับการวัดทางจิตวิทยา การแปลความหมายถ้าค่า $\text{IOC} \geq 0.5$ แสดงว่า ข้อความนั้นใช้ได้ แต่ถ้าค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องทำการปรับปรุงแก้ไข และทำการตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) วัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากวิธีของค่าของครอนบราค (Cronbach's Alpha) คำนวณดังสมการ

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2}\right)$$

α คือ สัมประสิทธิ์แอลฟา

K คือ จำนวนข้อคำถาม

$\sum S_i^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_i^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวม

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ซึ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเที่ยง
มากกว่า .9	ดีมาก
มากกว่า .8	ดี
มากกว่า .7	พอใช้
มากกว่า .6	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า .5	ต่ำ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5	ไม่สามารถรับได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รายงานสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตอนที่ 2 ผลการสร้างพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตอนที่ 3 ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลอื่นๆ

ตอนที่ 1 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน มีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการสร้างรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสิ่งแวดล้อม

ภายในห้องตรวจ : ด้านหลังห้องตรวจมีประตูแบบผลัก/เลื่อน ไม่มีสิ่งของขวางทาง หรือวางหน้าประตู ไม่ล็อกประตู มีทางหนีที่ทะเลหากันได้ ไม่มีหน้าต่าง ควรมีตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ และตรวจสอบว่าใช้งานได้ โทนสีห้องควรเป็นสีอ่อนสบายตา มีกล่องวงจรปิด มีเว้นระยะห่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ควรจัดเก็บอุปกรณ์ของมีคม เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด กรรไกร คัตเตอร์ เป็นต้น

ภายนอกห้องตรวจ : ควรมีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธเมื่อเครื่องร้องเตือน พร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว มีตู้สำหรับฝากกระเป๋า มีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจที่นั่งสำหรับผู้ป่วยอยู่ตรงกลางแผนกควรติดกันป้องกันการใช้เป็นอาวุธ หน้าต่างควรล็อก มีประตูปิดทางเข้า- ออกเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง เคาน์เตอร์ควรมีฉากกัน

2) ด้านบุคลากร

บุคลากรมีประสบการณ์ สามารถประเมินอาการ แยกระดับความก้าวร้าวผู้ป่วยจิตเวชได้ ผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ผ่านการอบรมทักษะการป้องกันตัวเองขั้นพื้นฐาน ผ่านการอบรมทักษะการเอาตัวรอด การเจรจากับผู้ป่วยในสถานการณ์ความรุนแรง ผ่านการซ้อม Code ดาวม่วง มีการกระจายเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยยืนอยู่ตามจุด

3) ด้านระบบ

มีรายชื่อผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก้าวร้าวรุนแรงแจ้งเตือนผ่านระบบคอมหรือมีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ มีการใช้แบบประเมิน OAS มี Code ดาวม่วง มีระบบรักษาความปลอดภัยโดยรปภ. ประจำข้างหน้าแผนก 1 ท่าน และรปภ.เดินข้างในแผนก 1 ท่าน มีแอปพลิเคชันให้ญาติได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจ

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ข้อมูล สรุปเป็นประเด็นต่างๆ และศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลมาพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1 โดยมีคำชี้แจงดังนี้

- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชมีตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย ให้เลือกคำว่า “มี”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชมีบางส่วนตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย ให้เลือกคำว่า “มีบางส่วน”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้มีแผนดำเนินการหรือโครงการชัดเจนที่พัฒนาตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย ให้เลือกคำว่า “มีแผน”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชไม่มีตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย ให้เลือกคำว่า “ไม่มี”

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

หัวข้อ	แหล่งที่มา	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
<p>ด้านสภาพแวดล้อม</p> <p>ภายในห้องตรวจ</p> <p>1. ด้านหลังห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เช่น แบบผลัก หรือ มีทางเปิดโล่ง ไม่มีสิ่งของขวางบริเวณประตู</p> <p>2. ประตูทางเข้าห้องตรวจเป็นแบบเลื่อนสามารถเปิดได้งายกรณีฉุกเฉิน</p> <p>3. ห้องตรวจมีลักษณะโชนสีอ่อนเพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา</p> <p>4. ตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถกดได้สะดวก</p> <p>5. ห้องตรวจมีลักษณะมืดและไม่มีหน้าต่าง</p> <p>6. เว้นระยะห่างการกั้นระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย</p> <p>7. ภายในห้องตรวจมีทางหนีที่ทะลุหากันได้</p> <p>8. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ของมีคม เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด กรรไกร คัตเตอร์ เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือกล่องที่มิดชิด</p>	<p>NIOSH⁽³⁷⁾, แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก, แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน</p>				

NIOSH=National Institute for Occupational Safety and Health

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการพัฒนาการสำรวจความปลอดภัยจากความรู้แรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย

หัวข้อ	แหล่งที่มา	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
<p>ภายในแผนก</p> <p>9. มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธเมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว</p> <p>10. มีตู้สำหรับฝากกระเป๋า หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันการพกพาอาวุธ</p> <p>11. ทิ้งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ตรงกลาง เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วย</p> <p>12. ทิ้งนั่งเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกันการนำมาใช้เป็นอาวุธ</p> <p>13. หน้าต่างปิดล็อก เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นทางหลบหนี กระโดดลง</p> <p>14. มีประตูเปิดทางเข้า-ออก 2 ทาง เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง</p> <p>15. เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้น เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน</p> <p>16. จัดสิ่งแฉดล้อมไฟส่อง มีแสงสว่างเพียงพอ</p> <p>17. ระดับเสียงไม่รบกวน</p>	<p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก, NIOSH⁽³⁷⁾</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก, จิตเวช ฉุกเฉิน สาธารณสุข</p> <p>สัมภาษณ์เชิงลึก</p> <p>จิตเวชฉุกเฉิน สาธารณสุข</p> <p>NIOSH⁽³⁷⁾</p>				

NIOSH = National Institute for Occupational Safety and Health

ตารางที่ 1 (ต่อ)ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรู้แรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย

หัวข้อ	แหล่งที่มา	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
18.เครื่องปรับอากาศเพียงพอ อากาศไม่ร้อน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย	NIOSH ⁽³⁷⁾				
19.ป้ายบอกทางไม่สับสน ลดสิ่งกระตุ้น	NIOSH ⁽³⁷⁾				
20.ห้องสำหรับแยกผู้ป่วย ลดสิ่งกระตุ้น	จิตเวชฉุกเฉิน สาธารณสุข				
21.มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก	สัมภาษณ์เชิงลึก				
ด้านระบบบริหารจัดการ	สัมภาษณ์เชิงลึก, NIOSH ⁽³⁷⁾				
22.มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ใน OPD card					
23.มีการประเมินผู้ป่วยทุกรายทั้งกายและจิตใจ	JCI 7th Edition ⁽⁴⁰⁾				
24.มีการคัดกรองระดับความรุนแรงด้วยแบบประเมิน OAS	สัมภาษณ์เชิงลึก, จิตเวช ฉุกเฉิน สาธารณสุข, JCI 7th Edition ⁽⁴⁰⁾				

NIOSH = National Institute for Occupational Safety and Health , JCI = Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals

ตารางที่ 1 (ต่อ) ผลการพัฒนาการสำรวจความปลอดภัยจากความรู้แรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย

หัวข้อ	แหล่งที่มา	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
25. มีแผนแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ	จิตเวชฉุกเฉิน สาธารณสุข, JCI 7th Edition ⁽⁴⁰⁾				
26. มีระบบแจ้งเตือน หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เช่น Code ความวุ่น	สัมภาษณ์เชิงลึก, จิตเวชฉุกเฉิน สาธารณสุข				
27. มีแอปพลิเคชันให้ญาติได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจ	สัมภาษณ์เชิงลึก				
28. ประเมินความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	JCI 7th Edition ⁽⁴⁰⁾				
29. มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมทุก 6 เดือน	มาตรฐานรพ. และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5				
ด้านระบบรักษาความปลอดภัย					
30. มีรปภ. ประจำข้างหน้าแผนก 1 ท่าน	สัมภาษณ์เชิงลึก, NIOSH ⁽³⁷⁾				
31. มีรปภ. เฝ้าตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน	สัมภาษณ์เชิงลึก				

NIOSH = National Institute for Occupational Safety and Health , JCI = Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals

ตารางที่ 1 (ต่อ)ผลการพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรู้แรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย

หัวข้อ	แหล่งที่มา	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน					
32.มีประสบการณ์สามารถประเมินอาการ แยกระดับความก้าวร้าวผู้ป่วยจิตเวชได้	สัมภาษณ์เชิงลึก				
33.ผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช	สัมภาษณ์เชิงลึก				
34.ผ่านการฝึกทักษะการสื่อสารในการจัดการสถานการณ์ความรุนแรง	BMC ⁽³⁶⁾				
35.มีการแต่งกายรัดกุม เสื้อผ้าไม่คับไม่หลวมเกินไป ฝืนใจถอดรองเท้า ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้	NIOSH ⁽³⁷⁾				

NIOSH=National Institute for Occupational Safety and Health, BMC = BioMed Central

ตอนที่ 3 ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้วิจัยได้นำเสนอรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช 1 ท่าน และมีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะทั้งหมด 2 ครั้ง แสดงดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายข้อของการสำรวจความปลอดภัยผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
1	0.8	- ด้านหลังห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เช่น ประตู แบบเลื่อน/ผลัก/หรือเปิดโล่ง - ข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ประตุควรเลื่อนหรือผลัก	1	1	
2	0.6		2	1	- ประตูห้องตรวจด้านหน้า และด้านหลังเป็นแบบเลื่อน หรือผลัก หรือเปิดโล่งทะลุหากันได้โดยยังคงความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วย
3	1		3	1	
4	1		4	1	
5	0.6	- จำเป็นต้องไม่มี หรือมีแล้วจำกัดการเปิด	5	0.8	
6	0.8	- เว้นระยะห่างการนั่งระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยเท่าให้ร	6	1	
7	1	- คล้ายข้อที่ 1 - ทะลุหากันห้องใด			

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ)ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
8	1	- การกรอ คัดเตอร์ จำเป็นต้องมีในห้องตรวจหรือไม่	7	1	
9	0.8	- เป็นการบริหารจัดการความปลอดภัย	8	0.8	- ตัดออก
10	0.8		9	1	
11	0.6	- ตรงกลางคืออะไร - ตรงกลางระหว่างอะไร	10	1	
12	1	- ที่นั่งใคร	11	1	
13	0.8	- หน้าต่างเปิดได้แต่ไม่เกิน 2 นิ้ว	12	1	- หน้าต่างปิดล็อก หรือเปิดได้แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นทางหลบหนี
14	0.8		13	1	
15	0.8	- เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่แข็งแรงไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	14	1	

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายการสำรวจความปลอดภัยจากผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
16	1		15	1	- เรียกชื่อผู้ป่วยข้างเคียงตามที่ตกลง
17	1		16	1	
18	1	- พัฒลมพอใหม่	17	1	- ระดับเสียงและเสียงประกาศไม่รบกวน
19	1		18	1	
20	1	- มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วย ลดสิ่งกระตุ้น	19	1	
21	1	- มีกล่องวางจับบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่งรอตรวจ	20	1	
ข้อเสนอแนะด้านสภาพแวดล้อม			21	1	
- ควรมีปุ่มฉุกเฉินสำหรับเรียกพยาบาล					
- ควรเพิ่มเรื่องอุปกรณ์สำหรับการหนีก้าวร้าว เช่น ยา สายรัด					

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
			22	1	
			23	1	
22	1		24	1	
23	0.8	- กว้างไป ใครประเมิน ประเมินยังไม่	25	1	
24	1	- OAS ใช้คำเต็ม	26	1	
25	1	- ดูและไร	27	1	
26	1	- ให้ตัด เช่น Code ดาม่วง ออก	28	1	
			29	1	
27	0.5	- ก่อนให้ญาติใช้แอปพลิเคชันประเมินผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะต้อง ประเมินก่อนว่าญาติมีความเข้าใจ และรู้อาการของผู้ป่วยมาก น้อยเพียงใด แบบประเมินจึงมีประสิทธิภาพ - จำเป็นต้องเป็นแอปพลิเคชันหรือไม่	30	1	- อาจประเมินแค่บางราย

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายการสำรวจความเปลี่ยนแปลงจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
28	0.6	- ประเมินความเสี่ยงควรทำทุกเดือน เพื่อพัฒนางานให้ เหมาะสม ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นซ้ำ และมีวิธีการจัดการกับ ความเสี่ยงที่ได้มีประสิทธิวิธามากขึ้น - ความเสี่ยงของอะไร	31	1	
29	1		32	1	
ข้อเสนอแนะด้านระบบบริหารจัดการ					
- ควรเพิ่มการฝึกซ้อม การจัดการความรุนแรง ระบบการตรวจ ขั้นตอนการรับบริการที่ไม่สืบสน					
30	1		33	0.8	
31	0.6	- จำเป็นหรือไม่	34	1	
			35	1	- ไม่รู้จะสื่อเรื่องอะไร ต้องการเรื่องเดิน ตรวจเยี่ยม หรือ ต้องการ เรื่องการเข้าไปช่วยเหลือได้ทันที เมื่อเกิดเหตุ

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรายการสำรวจความเปลี่ยนแปลงภัยจากความเสี่ยงจากภัยพิบัติในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
		ข้อเสนอแนะด้านระบบรักษาความปลอดภัย - ควรระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของรพ. ให้ชัดเจน เช่น รพ.ก.ที่ประจำแผนก มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มาใช้บริการคัดกรองที่เป็นอาวุธ, รพ.ก.ที่เดินตรวจความเรียบร้อยของแผนกควรเดินทุก 1 ชั่วโมงคอยสังเกต ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน รพ.ก.สามารถเรียกทีมเข้าช่วยเหลือได้ - น้อยไป หรืออาจรวมกับหัวข้ออื่น			
32	1		36	1	- ปรับเป็น บุคลากรมีประสบการณ์ ในการในการประเมินความก้าวร้าว ไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือ บุคลากรได้ผ่านการอบรมการประเมิน ระดับความก้าวร้าว เป็นต้น - ตัดออก
33	1		37	1	

I-CVI = Item Content Validity Index

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายการสำรวจความปลอดภัยจากผู้ช่วยนอกรงการวิจัย
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	ข้อ ที่	I-CVI ครั้งที่ 2	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2
34	1		38	1	
35	1	- หมายเหตุขอแก้ไข คำนี้ใหม่	39	1	
			40	1	
ข้อเสนอแนะด้านบุคลากรปฏิบัติงาน					
- ควรมี team response management เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เพื่อการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
- อาจจะมีเพิ่มความเสี่ยง การสื่อสารของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย					
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประเมิน					
- ควรมีหัวข้อ “ข้อเสนอแนะ” ให้ผู้ใช้งานได้เขียนเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาแบบประเมินให้ครอบคลุมมากขึ้น					
- มีแผน ควบคุมปรับปรุง เป็น ยังไม่มี แต่วางแผนจะมีในอนาคต/ไม่มีแต่วางแผนแล้ว					

I-CVI = Item Content Validity Index

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจามีค่า I-CVI ครั้งที่ 1 ตั้งแต่ 0.6 – 1.00 และ ค่า S-CVI เท่ากับ 0.88 ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด คือ ค่า S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis,1992 ; Grant & Davis,1997 ; Polit & Beck, 2004 ; Waltz et al., 2005) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อรายการสำรวจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งพบว่า ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจามีค่า I-CVI ครั้งที่ 2 ตั้งแต่ 0.8 – 1.00 และ ค่า S-CVI เท่ากับ 0.98 ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด คือ ค่า S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis,1992 ; Grant & Davis,1997 ; Polit & Beck, 2004 ; Waltz et al., 2005) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อรายการสำรวจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากรายการสำรวจความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกกิตติเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
1	<u>ด้านสภาพแวดล้อม</u> ภายในห้องตรวจ ด้านหลังห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เช่น แบบผลัก หรือมีทางเปิดโล่ง ไม่มีสิ่งของ ขวางบริเวณประตู	1	<u>ด้านสภาพแวดล้อม</u> ภายในห้องตรวจ ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เพื่อสามารถเปิดใช้กรณีฉุกเฉิน	<u>ด้านสภาพแวดล้อม</u> ภายในห้องตรวจ ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เพื่อสามารถเปิดใช้กรณีฉุกเฉิน
2	ประตูทางเข้าห้องตรวจเป็นแบบเลื่อน สามารถเปิดได้ทั้งกรณีฉุกเฉิน	2	ประตูของห้องตรวจเปิดได้อย่างสะดวก โดย ประตูด้านหน้าเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก และ ประตูด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบเลื่อนหรือ ผลัก หรือเปิดโล่งทะลุทากันได้โดยยังคงความ เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย	ประตูของห้องตรวจเปิดได้อย่างสะดวก โดย ประตูด้านหน้าเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก และ ประตูด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบเลื่อนหรือ ผลัก หรือเปิดโล่งทะลุทากันได้โดยยังคงความ เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
3	ห้องตรวจมีลักษณะโชน เพื่อให้อากาศถ่ายเท และสบายตา	3	ห้องตรวจมีลักษณะโชน เพื่อให้อากาศถ่ายเท และสบายตา	ห้องตรวจมีลักษณะโชน เพื่อให้อากาศถ่ายเท และสบายตา
4	ตำแหน่งกรงฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถ กดได้สะดวก	4	ตำแหน่งกรงฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถ กดได้สะดวก	ตำแหน่งกรงฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถ กดได้สะดวก

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อที่	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
5	ห้องตรวจมีลักษณะมืดชิดและมีหน้าต่าง	5	ห้องตรวจมีลักษณะมืดชิดและหากมี หน้าต่าง เป็นหน้าต่างที่สามารถฉีกกักตกร เปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร	ห้องตรวจมีลักษณะมืดชิดและหากมีหน้าต่าง เป็นหน้าต่างที่สามารถฉีกกักตกรเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร
6	เว้นระยะห่างการการันระหว่างแพทย์ และ ผู้ป่วย	6	เว้นระยะห่างการการันระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 เมตร	เว้นระยะห่างการการันระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 เมตร
7	ภายในห้องตรวจมีทางหนีที่ปลอดภัย		-(รวมไปอยู่กับข้อที่ 1)	-
8	มีการจัดเก็บอุปกรณ์ของมีคม เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด กรรไกร คัตเตอร์ เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือกล่องที่มิดชิด	7	มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือกล่องที่มิดชิด	มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือกล่องที่มิดชิด
		8	อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ใบมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในห้องตรวจ ข้อเสนอแนะ : ตัดออก	อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ใบมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในห้องตรวจ

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ฉบับใช้งานจริง
9	ภายในแผนก มีเครื่องตรวจจับอากาศอยู่ในบริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธเมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อม ทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว		ย้ายไปอยู่ที่ 23	ย้ายไปอยู่ที่ 23
10	มีตู้สำหรับฝากกระเป๋ หรือมีโต๊ะวางกระเป๋า หน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันการพกพาอาวุธ	9	ภายนอกห้องตรวจ มีตู้สำหรับฝากกระเป๋สำหรับผู้ป่วย หรือ มีโต๊ะวางกระเป๋หน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกัน การพกพาอาวุธ	ภายนอกห้องตรวจ มีตู้สำหรับฝากกระเป๋สำหรับผู้ป่วย หรือมีโต๊ะ วางกระเป๋หน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกัน การพกพาอาวุธ
11	ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ ตรงกลาง เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วย	10	ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ ตรงกลางแผนกแม่ทอลบมม เพื่อสามารถสังเกตเห็น พฤติกรรมผิดปกติได้ง่าย	ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ ตรงกลางแผนกแม่ทอลบมม เพื่อสามารถสังเกตเห็น พฤติกรรมผิดปกติได้ง่าย
12	ที่นั่งเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกันการนำมาใช้เป็น อาวุธ	11	ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกัน การนำมาใช้เป็นอาวุธ	ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกัน การนำมาใช้เป็นอาวุธ

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ฉบับใช้งานจริง
13	หน้าต่างปิดล็อก เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เส้นทางหลบหนี กระโดดลง	12	หน้าต่างปิดล็อก หรือเปิดแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เส้นทางหลบหนี กระโดดลง	หน้าต่างปิดล็อก หรือเปิดแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เส้นทางหลบหนี กระโดดลง
14	มีประตูปิดทางเข้า-ออก 2 ทาง เมื่อเกิดเหตุการณความรุนแรง	13	ในแผนกมีประตูปิดทางเข้า-ออก 2 ทางหลัก เมื่อเกิดเหตุการณความรุนแรง	ในแผนกมีประตูปิดทางเข้า-ออก 2 ทางหลัก เมื่อเกิดเหตุการณความรุนแรง
15	เคาน์เตอร์ควรมีฉากกัน เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	14	เคาน์เตอร์ควรมีฉากกันที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	เคาน์เตอร์ควรมีฉากกันที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
16	จัดสิ่งแวดลอมให้เล็ง มีแสงสว่างเพียงพอ	15	มีกริ่งฉุกเฉินสำหรับเรียกปภ.ที่เคาน์เตอร์พยาบาล	มีกริ่งฉุกเฉินที่เคาน์เตอร์พยาบาล สำหรับเรียกกรปภ.หรือทีมช่วยเหลือ
17	ระดับเสียงไม่รบกวน	16	จัดสิ่งแวดลอมให้เล็ง มีแสงสว่างเพียงพอ	จัดสิ่งแวดลอมให้เล็ง มีแสงสว่างเพียงพอ
	ระดับเสียงไม่รบกวน	17	ระดับเสียงในสิ่งแวดลอม และเสียงประกาศไม่รบกวน	ระดับเสียงในสิ่งแวดลอม และเสียงประกาศไม่รบกวน

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อเสนอแบบสอบถามการสำรวจฯ ฉบับใช้งานจริง
18	เครื่องปรับอากาศเพียงพอ อากาศไม่ร้อน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วย	18	มีการระบายอากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิ เหมาะสม	มีการระบายอากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิ เหมาะสม
19	ป้ายบอกทางไม่สับสน ลดสิ่งกระตุ้น	19	ป้ายบอกทางไม่สับสน	ป้ายบอกทางไม่สับสน
20	ห้องสำหรับแยกผู้ป่วย ลดสิ่งกระตุ้น	20	มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วยที่มีความ รุนแรง เพื่อลดสิ่งกระตุ้น	มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วยที่มีความ รุนแรง เพื่อลดสิ่งกระตุ้น
21	มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก	21	มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถง นั่งรอตรวจ	มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่ง รอตรวจ
		22	มีชุดอุปกรณ์สำหรับจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าว ที่หยิบใช้ได้ง่าย เช่น ยา อุปกรณ์การตรึง ผู้ป่วย เป็นต้น	มีชุดอุปกรณ์สำหรับจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าวที่ หยิบใช้ได้ง่าย เช่น ยา อุปกรณ์การตรึงผู้ป่วย เป็นต้น
		23	ด้านระบบบริหารจัดการ มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มี การตรวจค้นอาวุธ เมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อม ทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว	ด้านระบบบริหารจัดการ มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการ ตรวจค้นอาวุธ เมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อมทำ สัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
22	<u>ด้านระบบบริหารจัดการ</u> มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคย มีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ ในเวชระเบียน คอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ ใน OPD card	24	มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคย มีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ ในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card)	มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคยมี ประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ ในเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD card)
23	มีการประเมินผู้ป่วยทุกรายทั้งกายและจิตใจ	25	เจ้าหน้าที่มีการประเมินคิดกรองเบื้องต้นใน ผู้ป่วยทุกราย โดยการพูดคุย สังเกตอาการ ผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็น ต้น	เจ้าหน้าที่มีการประเมินคิดกรองเบื้องต้นใน ผู้ป่วยทุกราย โดยการพูดคุย สังเกตอาการ ผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็นต้น
24	มีการคัดกรองระดับความรุนแรงด้วยแบบ ประเมิน OAS	26	มีการคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มี ความเสียงดังแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่นๆ	มีการคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มี ความเสียงดังแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่นๆ
25	มีแผนแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ	27	มีแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความ รุนแรง เช่น Semi-urgency, Urgency, Emergency เป็นต้น	มีแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความ รุนแรง เช่น Semi-urgency, Urgency, Emergency เป็นต้น

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากรายการเสริมในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
26	มีระบบแจ้งเตือน หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เช่น Code ตาม่วง	28	มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เทียบเคียงกับการแจ้งเหตุไฟไหม้	มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เทียบเคียงกับการแจ้ง CPR/แจ้งเหตุไฟไหม้
		29	มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง	มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง
27	มีแอปพลิเคชัน ให้ญาติได้ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าตรวจ	30	กรณีผู้ป่วยมีญาติมา ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ โดยใช้แบบประเมิน/แอปพลิเคชัน	กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีญาติมาด้วย ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ โดยใช้แบบประเมิน/แอปพลิเคชัน
28	ประเมินความเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	31	มีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
29	มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมทุก 6 เดือน	32	มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยอย่างน้อยทุก 6 เดือน	มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยอย่างน้อยทุก 6 เดือน

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
30	ด้านระบบรักษาความปลอดภัย มีรปภ. ประจำข้างหน้าแผนก 1 ท่าน	33	มีระบบการตรวจ ชั้นตอนการรับบริการที่ ไม่ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มี ปัญหาด้านความเข้าใจ	มีขั้นตอนการรับบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่ ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหา ด้านความเข้าใจ
31	มีรปภ. เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน	34	ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีรปภ. ประจำข้างหน้าแผนกอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มา รับบริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหา สิ่งของที่เป็นอาวุธ และให้ความช่วยเหลือได้ ทันที เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง	ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีรปภ. ประจำข้างหน้าแผนกอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มา รับบริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหา สิ่งของที่เป็นอาวุธ และให้ความช่วยเหลือได้ ทันที เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง
		35	กรณีที่มีผู้ป่วยก้าวร้าวเสียงจะเกิดสถานการณ์ ความรุนแรง มีรปภ. เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและคอยเฝ้า ระวังผู้ป่วย	กรณีที่มีผู้ป่วยก้าวร้าวเสียงจะเกิดสถานการณ์ ความรุนแรง มีรปภ. เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและคอยเฝ้า ระวังผู้ป่วย

ตารางที่ 3 (ต่อ) การปรับแก้และพัฒนาข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอบถ้อยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ก่อนปรับแก้	ข้อ ที่	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ปรับแก้ครั้งที่ 1	ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจ ฉบับใช้งานจริง
32	ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ สามารถประเมินอาการ แยกระดับความก้าวร้าวผู้ป่วยจิตเวชได้	36	บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์สามารถ ประเมินอาการ แยกระดับความก้าวร้าวใน ผู้ป่วยจิตเวชได้	บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์หรือผ่าน การอบรมการทักษะในการประเมินอาการ และแยกระดับความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้
33	ผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช	37	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมเกี่ยวกับ โรคทางจิตเวช	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมเกี่ยวกับ โรคทางจิตเวช
34	ผ่านการฝึกทักษะการสื่อสารในการจัดการ สถานการณ์ความรุนแรง	38	บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการสื่อสาร ใช้น้ำเสียง และท่าทางนุ่มนวลกับผู้ป่วย	บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการสื่อสาร ใช้น้ำเสียง และท่าทางนุ่มนวลกับผู้ป่วย
		39	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการฝึกทักษะในการ จัดการสถานการณ์ความรุนแรง	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการฝึกทักษะในการ จัดการสถานการณ์ความรุนแรง
35	มีการแต่งกายรัดกุมเสื้อไม่คับไม่หลวม เกินไป ฝ้ายควรอ่อนไหว ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้	40	บุคลากรในหน่วยงานมีการแต่งกายรัดกุม เสื้อไม่คับไม่หลวมเกินไป เก็บผมที่ยาวให้ เรียบร้อย ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้	บุคลากรในหน่วยงานมีการแต่งกายรัดกุม เสื้อไม่คับไม่หลวมเกินไป เก็บผมที่ยาวให้ เรียบร้อย ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้

ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลอื่นๆ

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 40 ข้อ นำไปทดลองใช้เครื่องมือวิเคราะห์ปริมาณที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งได้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน มีแพทย์ 33 คน พยาบาล 8 คน ผู้ช่วยพยาบาล 8 คน พนักงานบริการ 1 คน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 4 คน กรุงเทพมหานคร 2 คน กงทัพ 1 คน มหาวิทยาลัย 33 คน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 คน เอกชน 1 คน ครอบคลุม 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคตะวันตก ภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และจังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรายการสำรวจฯ โดยวิเคราะห์ดังนี้

- 4.1 ผลการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงดังตารางที่ 4
- 4.2 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อ โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item – Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha) แสดงดังตารางที่ 5
- 4.3 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายกลุ่ม โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายกลุ่ม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha) แสดงดังตารางที่ 6
- 4.4 วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) แสดงดังตารางที่ 7
- 4.5 แสดงข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 4 ผลการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อที่	\bar{X}	S.D.	ข้อที่	\bar{X}	S.D.
1	2.93	0.26	21	2.21	1.20
2	2.68	0.48	22	2.36	1.16
3	2.93	0.26	23	1.39	1.37
4	2.57	0.88	24	1.64	1.39
5	2.68	0.67	25	2.75	0.65
6	2.82	0.39	26	2.11	1.20
7	2.64	0.68	27	2.68	0.67
8	2.89	0.57	28	2.11	1.29
9	0.86	1.11	29	2.11	1.23
10	2.68	0.48	30	1.29	1.36
11	2.79	0.42	31	2.07	1.18
12	2.46	0.84	32	1.89	1.29
13	2.32	1.09	33	2.61	0.69
14	2.39	0.99	34	2.29	1.24
15	1.50	1.37	35	2.11	1.29
16	2.75	0.44	36	2.61	0.69
17	2.32	0.72	37	2.64	0.49
18	2.54	0.58	38	2.79	0.42
19	2.61	0.69	39	2.54	0.69
20	2.21	1.17	40	2.54	0.51

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อ โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item - Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha)

ข้อแบบ สอบถาม ข้อที่	กลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25 th)		กลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th)		t	p - value	Item - Total Correlation	Item - rest Correlation	Alpha if removed
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.					
1	2.85	0.38	3.00	0.00	-1.591	0.124	0.178	0.138	0.881
2	2.62	0.51	2.73	0.46	-0.647	0.523	0.255	0.196	0.881
3	2.85	0.38	3.00	0.00	-1.591	0.124	0.502	0.481	0.878
4	2.23	1.17	2.87	0.35	-2.015	0.054	0.257	0.201	0.881
5	2.38	0.87	2.93	0.26	-2.334	0.028	0.370	0.324	0.879
6	2.69	0.48	2.93	0.26	-1.686	0.104	0.300	0.250	0.880
7	2.38	0.87	2.87	0.35	-1.973	0.059	0.380	0.324	0.879
8	3.00	0.00	2.80	0.77	0.929	0.362	0.171	0.146	0.881
9	0.38	0.96	1.27	1.10	-2.243	0.034	0.020	-0.016	0.883
10	2.54	0.52	2.80	0.41	-1.483	0.150	0.302	0.241	0.880
11	2.62	0.51	2.93	0.26	-2.136	0.042	0.386	0.337	0.878
12	2.08	1.04	2.80	0.41	-2.486	0.020	0.373	0.322	0.879
13	1.77	1.30	2.80	0.56	-2.790	0.010	0.499	0.454	0.876
14	2.15	1.28	2.60	0.63	-1.194	0.243	0.062	-0.004	0.885
15	0.85	1.14	2.07	1.33	-2.577	0.016	0.202	0.137	0.882
16	2.69	0.48	2.80	0.41	-0.637	0.529	0.314	0.266	0.880
17	2.31	0.63	2.33	0.82	-0.092	0.927	0.343	0.283	0.880
18	2.46	0.66	2.60	0.51	-0.627	0.536	0.349	0.289	0.880
19	2.23	0.83	2.93	0.26	-3.110	0.004	0.497	0.445	0.876

ตารางที่ 5 (ต่อ) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อสอบสอบถามรายข้อ โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item – Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha)

ข้อสอบ สอบถาม ข้อที่	กลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25 th)		กลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th)		t	p - value	Item – Total Correlation	Item- rest Correlation	Alpha if removed
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.					
20	1.38	1.26	2.93	0.26	-4.659	0.000	0.653	0.614	0.873
21	1.38	1.33	2.93	0.26	-4.442	0.000	0.537	0.491	0.876
22	1.69	1.44	2.93	0.26	-3.294	0.003	0.542	0.503	0.876
23	0.54	1.05	2.13	1.19	-3.738	0.001	0.422	0.370	0.878
24	0.54	1.05	2.60	0.83	-5.806	0.000	0.543	0.494	0.876
25	2.54	0.88	2.93	0.26	-1.667	0.108	0.334	0.283	0.879
26	1.77	1.30	2.40	1.06	-1.416	0.169	0.446	0.390	0.878
27	2.38	0.87	2.93	0.26	-2.334	0.028	0.521	0.476	0.876
28	1.15	1.34	2.93	0.26	-5.034	0.000	0.517	0.468	0.876
29	1.15	1.21	2.93	0.26	-5.548	0.000	0.682	0.646	0.873
30	0.15	0.55	2.27	1.03	-6.588	0.000	0.406	0.355	0.878
31	1.31	1.11	2.73	0.80	-3.940	0.001	0.696	0.659	0.872
32	1.23	1.24	2.47	1.06	-2.850	0.008	0.452	0.396	0.877
33	2.31	0.85	2.87	0.35	-2.321	0.028	0.418	0.371	0.878
34	1.46	1.45	3.00	0.00	-4.121	0.000	0.484	0.437	0.877
35	1.23	1.42	2.87	0.35	-4.314	0.000	0.567	0.520	0.875
36	2.15	0.80	3.00	0.00	-4.105	0.000	0.618	0.575	0.874
37	2.38	0.51	2.87	0.35	-2.958	0.007	0.488	0.437	0.877
38	2.62	0.51	2.93	0.26	-2.136	0.042	0.483	0.439	0.877
39	2.23	0.83	2.80	0.41	-2.341	0.027	0.585	0.539	0.875

ตารางที่ 5 (ต่อ) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อ โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item – Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha)

ข้อแบบ สอบถาม ข้อที่	กลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25 th)		กลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th)		t	p - value	Item – Total Correlation	Item- rest Correlation	Alpha if removed
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.					
40	2.31	0.48	2.73	0.46	-2.398	0.024	0.489	0.435	0.877

****p < 0.05, Cronbach's Alpha = 0.88**

จากตารางที่ 5 พบว่า มีข้อแบบสอบถามที่ไม่สามารถจำแนกระดับระหว่างกลุ่มสูงกับกลุ่มต่ำได้ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 (p-value = 0.124), ข้อ 2 (p-value = 0.523), ข้อ 3 (p-value = 0.124), ข้อ 6 (p-value = 0.104), ข้อ 8 (p-value = 0.362), ข้อ 10 (p-value = 0.150), ข้อ 14 (p-value = 0.243), ข้อ 16 (p-value = 0.529), ข้อ 17 (p-value = 0.927), ข้อ 18 (p-value = 0.539), ข้อ 25 (p-value = 0.108), ข้อ 26 (p-value = 0.169)

และ มีค่า Corrected Item – Total Correlation : CITC ต่ำกว่า .2 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 (CITC = 0.178), ข้อ 8 (CITC = 0.171), ข้อ 9 (CITC = 0.020), ข้อ 14 (CITC = 0.062)

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายกลุ่ม โดยใช้ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25th) กับกลุ่มสูง (\leq Percentile 75th) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายกลุ่ม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha)

ข้อแบบ สอบถาม แต่ละ ด้าน	กลุ่มต่ำ (\leq Percentile 25 th)		กลุ่มสูง (\leq Percentile 75 th)		t	p -value	Alpha if removed
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1	47.54	7.36	59.87	2.83	-6.0137	<0.001	0.816
2	15.08	4.25	29.2	2.98	-10.2866	<0.001	0.866
3	14.38	3.59	20.2	1.08	-5.9759	<0.001	0.768

**p < 0.001

จากตารางที่ 6 พบว่า มีข้อแบบสอบถามรายกลุ่มสามารถจำแนกระดับระหว่างกลุ่มสูงกับกลุ่มต่ำได้ มีค่า p - value < 0.001 และมีค่า Cronbach's Alpha ด้านที่ 1 = 0.816 ,ด้านที่ 2 = 0.866 และด้านที่ 3 = 0.768

ตารางที่ 7 วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ข้อที่	แบบสอบถาม	ความปลอดภัยจากความ รุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช(factor)		
		1	2	3
1	ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เพื่อสามารถเปิดใช้ กรณีฉุกเฉิน		0.573	

ตารางที่ 7 (ต่อ)วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ข้อที่	แบบสอบถาม	ความพลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช(factor)		
		1	2	3
2	ประตูของห้องตรวจเปิดได้อย่างสะดวก โดยประตูด้านหน้าเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก และประตูด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก หรือเปิดโล่งทะลุหากันได้โดยยังคงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย		0.307	-0.362
3	ห้องตรวจมีลักษณะโทนสีอ่อน เพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา	0.483	0.374	-0.365
4	ตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถกดได้สะดวก	0.502		-0.465
5	ห้องตรวจมีลักษณะมิดชิดและหากมีหน้าต่างเป็นหน้าต่างที่สามารถจำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร	0.509		-0.546
6	เว้นระยะห่างการกั้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เมตร			
7	มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม่บรรทัด เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือกล่องที่มีมิดชิด	0.442		
8	อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ไขมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในห้องตรวจ			
9	มีตู้สำหรับฝากกระเป๋าสำหรับผู้ป่วย หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันการพกพาอาวุธ		0.370	
10	ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ตรงกลางแผนก ไม่หลบมุม เพื่อสามารถสังเกตพฤติกรรมผิดปกติได้ง่าย		0.557	
11	ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกันการนำมาใช้เป็นอาวุธ		0.590	
12	หน้าต่างปิดล็อก หรือเปิดได้แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นทางหลบหนี กระโดดลง	0.640		

ตารางที่ 7 (ต่อ)วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดย
การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ข้อที่	แบบสอบถาม	ความพลอตภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช(factor)		
		1	2	3
13	ในแผนกมีประตูปิดทางเข้า-ออก 2 ทางหลัก เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง	0.487		-0.437
14	เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	0.338		
15	มีเครื่องฉุกเฉินที่เคาน์เตอร์พยาบาล สำหรับเรียกรปภ.หรือทีมช่วยเหลือ			
16	จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอ		0.333	
17	ระดับเสียงในสิ่งแวดล้อม และเสียงประกาศไม่รบกวน		0.324	
18	มีการระบายอากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิเหมาะสม		0.472	
19	ป้ายบอกทางไม่สับสน	0.466	0.365	
20	มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงความรุนแรง เพื่อลดสิ่งกระตุ้น	0.737		
21	มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่งรอตรวจ	0.687	-0.340	
22	มีชุดอุปกรณ์สำหรับจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าวที่หยิบใช้ได้ ง่าย เช่น ยา อุปกรณ์การตรึงผู้ป่วย เป็นต้น	0.729		
23	มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธ เมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว	0.515		
24	มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card)	0.566		
25	เจ้าหน้าที่มีการประเมินคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยทุกราย โดยการพูดคุย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็นต้น	0.319		0.503

ตารางที่ 7 (ต่อ)วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ข้อที่	แบบสอบถาม	ความพลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช(factor)		
		1	2	3
26	มีการคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่นๆ	0.396	-0.357	0.367
27	มีแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เช่น Semi -urgency, Urgency, Emergency เป็นต้น	0.522		
28	มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณ ขอความช่วยเหลือ เทียบเคียงกับการแจ้งCPR/แจ้งเหตุไฟไหม้	0.533		
29	มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง	0.709	-0.338	
30	กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีญาติมาด้วย ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ โดยใช้แบบประเมิน/แอปพลิเคชัน	0.525		0.303
31	มีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	0.490		
32	มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัย อย่างน้อยทุก 6 เดือน	0.473		
33	มีขั้นตอนการรับบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความเข้าใจ		0.365	0.452
34	มีรปภ.ประจำข้างหน้าแผนกอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มาใช้บริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหาสิ่งของที่เป็นอาวุธ และให้ความช่วยเหลือได้ทันที เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง	0.663	-0.330	

ตารางที่ 7 (ต่อ)วิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis)

ข้อที่	แบบสอบถาม	ความพลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช(factor)		
		1	2	3
35	กรณีที่มีผู้ป่วยก้าวร้าวเสี่ยงจะเกิดสถานการณ์ความรุนแรง มีรปภ.เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและคอยเฝ้าระวังผู้ป่วย	0.719		
36	บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมการทักษะในการประเมินอาการ และแยกระดับความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้	0.560	0.331	0.432
37	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช		0.407	
38	บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการสื่อสาร ใช้น้ำเสียงและท่าทางนุ่มนวลกับผู้ป่วย	0.332	0.503	
39	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการฝึกทักษะในการจัดการสถานการณ์ความรุนแรง	0.629		
40	บุคลากรในหน่วยงานมีการแต่งกายรัดกุม เสื้อผ้าไม่คับไม่หลวมเกินไป เก็บผมที่ยาวให้เรียบร้อย ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้	0.351		0.339

*KMO = 0.313

จากตารางที่ 7 พบว่า factor ที่ 1 มีข้อแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 39 และ 40

factor ที่ 2 มีข้อแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 37 และ 38

factor ที่ 3 มีข้อแบบสอบถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 25 และ 33

มีข้อคำถามที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8 และ 15

จากการพิจารณาข้อแบบสอบถามหลังจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยเห็นว่าควรตั้งชื่อ factor ต่างๆ ดังนี้ factor ที่ 1 ชื่อ “ด้านสภาพแวดล้อม” factor ที่ 2 ชื่อ “ด้านระบบบริหารจัดการ” ส่วน factor ที่ 3 ชื่อ “ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน” เนื่องจากผลวิเคราะห์จัดให้ข้อแบบสอบถามเชิงปฏิเสธมาอยู่รวมกันใน factor นี้ ผู้วิจัยจึงควรยุบ factor ที่ 3 และจัดข้อแบบสอบถามเชิงปฏิเสธกลับสู่ factor เดิมที่ข้อแบบสอบถามนั้นเคยอยู่ตอนทำ content validity (ดูแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ได้ในภาคผนวก)

ตารางที่ 8 แสดงข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อแบบสอบถาม	ค่าอำนาจ จำแนก (p-value > .05)	ค่าความ เชื่อมั่น (ต่ำกว่า .2)	ค่า factor loading (ต่ำกว่า .3)	พิจารณาตัด/ ควรปรับปรุง
1.ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เพื่อสามารถเปิดใช้กรณี ฉุกเฉิน	✓	✓		คงไว้ เนื่องจาก จำเป็นต้องมี
2.ประตูของห้องตรวจเปิดได้อย่าง สะดวก โดยประตูด้านหน้าเป็น แบบเลื่อนหรือผลัก และประตู ด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบเลื่อน หรือผลัก หรือเปิดโล่งทะลุหากันได้ โดยยังคงความเป็นส่วนตัวของ ผู้ป่วย	✓			ควรปรับปรุง
3.ห้องตรวจมีลักษณะโทนสีอ่อน เพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา	✓			ควรปรับปรุง
4.ตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ ผู้ตรวจสามารถกดได้สะดวก	✓			ควรปรับปรุง

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อแบบสอบถาม	ค่าอำนาจ จำแนก (p-value > .05 และ t < 1.75)	ค่าความ เชื่อมั่น (ต่ำกว่า .2)	ค่า factor loading (ต่ำกว่า .3)	พิจารณาตัด/ ควรปรับปรุง
5.ห้องตรวจมีลักษณะมืดชิดและ หากมีหน้าต่าง เป็นหน้าต่างที่ สามารถจำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร	✓			ควรปรับปรุง
6.เว้นระยะห่างการการนั่งระหว่าง แพทย์และผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 เมตร			✓	ควรปรับปรุง
7.มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็น อาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบ กระดาษ ไม้บรรทัด เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือ กล่องที่มีมิดชิด	✓			ควรปรับปรุง
8.อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ไขมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ ในห้องตรวจ	✓	✓	✓	ควรตัดทิ้ง
9.มีตู้สำหรับฝากกระเป๋าสำหรับ ผู้ป่วย หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้า ห้องตรวจ เพื่อป้องกันการพกพา อาวุธ	✓	✓		
10.ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอ ตรวจอยู่ตรงกลางแผนก ไม่หลบมุม เพื่อสามารถสังเกตพฤติกรรม ผิดปกติได้ง่าย		✓		ควรปรับปรุง

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อแบบสอบถาม	ค่าอำนาจ จำแนก (p-value > .05 และ t < 1.75)	ค่าความ เชื่อมั่น (ต่ำกว่า .2)	ค่า factor loading (ต่ำกว่า .3)	พิจารณาตัด/ ควรปรับปรุง
14.เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่ แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อ ป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิด เหตุฉุกเฉิน	✓	✓		
15.มีเครื่องฉุกเฉินที่เคาน์เตอร์ พยาบาล สำหรับเรียกรปภ.หรือ ทีมช่วยเหลือ	✓	✓	✓	ควรตัดทิ้ง
16.จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง มีแสง สว่างเพียงพอ	✓			ควรปรับปรุง
25.เจ้าหน้าที่มีการประเมินคัด กรองเบื้องต้นในผู้ป่วยทุกราย โดย การพูดคุย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็นต้น	✓			ควรปรับปรุง

จากตารางที่ 8 พบว่า มีข้อแบบสอบถามที่มีคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16 และ 25 โดยผู้วิจัยเห็นว่าข้อแบบสอบถามข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 10, 16, และ 25 ควรปรับสำนวนภาษาเพื่อให้ข้อแบบสอบถามมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่วนข้อที่ 8 และ 15 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และประชุมกับอาจารย์ที่ปรึกษาคิดว่าควรตัดทิ้ง เนื่องจากมีความใกล้เคียงกับข้ออื่นสามารถตัดออกได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 3 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน นำมาสรุปประเด็นสำคัญ และ ทบทวนวรรณกรรม นำมาพัฒนาเครื่องมือ ขอความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน จากนั้นทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ราย เป็นแพทย์ 33 ราย พยาบาล 8 ราย ผู้ช่วยพยาบาล 8 ราย พนักงานบริการ 1 ราย พบว่าทำงานโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 4 ราย กรุงเทพมหานคร 2 ราย กองทัพ 1 ราย มหาวิทยาลัย 33 ราย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 ราย เอกชน 1 ราย ครอบคลุม 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคตะวันตก ภาคตะวันออก ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และจังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาใน 3 ประเด็น

1. ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ “รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ 12 ท่าน และนำมาสรุปประเด็นสำคัญ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนารายการสำรวจขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 21 ข้อ (ภายในห้องตรวจ จำนวน 8 ข้อ ภายในแผนก จำนวน 13 ข้อ) ด้านบริหารจัดการ จำนวน 8 ข้อ ด้านระบบรักษาความปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ และด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ หลังจากนั้นได้นำรายการสำรวจฯ ขอความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 พัฒนารายการสำรวจขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 22 ข้อ (ภายในห้องตรวจ จำนวน 8 ข้อ นอกห้องตรวจ จำนวน 14 ข้อ) ด้านบริหารจัดการ จำนวน 11 ข้อ และให้รวมด้านระบบรักษาความปลอดภัยกับด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เป็นด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ

มีการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (Corrected Item – Total Correlation) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha) และวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) สามารถแบ่งข้อแบบสอบถามได้เป็น 7 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value ต่ำกว่า .05 และค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) สูงกว่า .2 มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 และมีค่า factor loading สูงกว่า .3 ทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4,5,11,12,13,19,20,21,22,23,24,27,28, 29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39 และ 40 ผู้วิจัยคิดว่า ข้อแบบสอบถามทั้งหมด 25 ข้อมีคุณภาพดีเยี่ยม เนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น (Reliability) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ซึ่งทำให้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำ

กลุ่มที่ 2 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value ต่ำกว่า .05 มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 มีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 แต่ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) ต่ำกว่า .2 จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 9 ผู้วิจัยคิดว่าข้อนี้มีความจำเป็นต้องมีในรายการสำรวจ เนื่องจากมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งทำให้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำ

กลุ่มที่ 3 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value ต่ำกว่า .05 และค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) สูงกว่า .2 มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 แต่มีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 15 ผู้วิจัยคิดว่าข้อนี้มีความจำเป็นต้องมีในรายการสำรวจ เนื่องจากมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น (Reliability) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ซึ่งทำให้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำ

กลุ่มที่ 4 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value สูงกว่า .05 แต่ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) สูงกว่า .2 มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 และมีค่า factor loading สูงกว่า .3 มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2,3,7,10,16,17,18,25 และ 26 ผู้วิจัยคิดว่าข้อนี้มีความจำเป็นต้องมีในรายการสำรวจ เนื่องจากมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรง

เชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น(Reliability) ซึ่งทำให้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำ

กลุ่มที่ 5 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value สูงกว่า .05 และมีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 แต่ค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) สูงกว่า .2 มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6 เนื่องจากมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น(Reliability) ซึ่งทำให้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำ

กลุ่มที่ 6 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value สูงกว่า .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) ต่ำกว่า .2 แต่มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 และมีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 และ 14 ผู้วิจัยคิดว่ายังคงมีความจำเป็นที่ต้องมีข้อที่ 1 เนื่องจากเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน หลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตให้มีการจัดสถานที่ควรมีลักษณะมีช่องทางเข้าออก 2 ทาง และข้อที่ 14 เนื่องจากเคาน์เตอร์มีฉากกันสามารถป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ และได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มที่ 7 มีข้อแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) p-value สูงกว่า .05 มีค่าสัมประสิทธิ์ค่าความเชื่อมั่น (CITC) ต่ำกว่า .2 มีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 แต่มีค่า Cronbach's Alpha = 0.88 มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8 ผู้วิจัยคิดว่าควรตัดข้อนี้ออกจากแบบสอบถาม

2.ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจามีค่า I-CVI ครั้งที่ 1 ตั้งแต่ 0.6 – 1.00 และ ค่า S-CVI เท่ากับ 0.88 ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด คือ ค่า S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis,1992 ; Grant & Davis,1997 ; Polit & Beck, 2004 ; Waltz et al., 2005) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อรายการสำรวจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง พบว่า ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจามีค่า I-CVI ครั้งที่ 2 ตั้งแต่ ตั้งแต่ 0.8 – 1.00 และ ค่า S-CVI เท่ากับ 0.98 ข้อแบบสอบถามรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพ

ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด คือ ค่า S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Davis,1992 ; Grant & Davis,1997 ; Polit & Beck, 2004 ; Waltz et al., 2005) จำนวน 40 ข้อ

3.ผลการทดลองใช้รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลอื่นๆ

3.1 ค่าวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อแบบสอบถามรายข้อที่ไม่สามารถจำแนกจำแนกระดับระหว่างกลุ่มสูงกับกลุ่มต่ำได้ จำนวน 2 ข้อ จาก 40 ข้อ ได้แก่ ข้อ 25 และ ข้อ 26

ค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของข้อแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ พบว่า มีข้อแบบสอบถามที่มีค่า Corrected Item – Total Correlation : CITC ต่ำกว่า .2 จำนวน 4 ข้อ จาก 40 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 8, 9 และ 14 ส่วนค่า Cronbach’s Alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

3.2 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง(Construct Validity) ของแบบสอบถามพบว่าหลังการวิเคราะห์หองค์ประกอบ (Factor Analysis)มีข้อแบบสอบถามที่มีค่า factor loading ต่ำกว่า .3 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8 และ 15 และสามารถตั้งชื่อด้านและแบ่งตามข้อแบบสอบถามเป็น 3 ด้านได้ดังนี้

ด้านที่ 1 “ด้านสภาพแวดล้อม” มีข้อแบบสอบถามจำนวน 25 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 39 และ 40

ด้านที่ 2 “ด้านระบบบริหารจัดการ” มีข้อแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 37 และ 38

ด้านที่ 3 “ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน” มีข้อแบบสอบถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 25 และ 33 หลังจากพิจารณาคุณภาพของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าควรพิจารณาปรับข้อแบบสอบถามข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 10, 16, และ 25 และพิจารณาตัดข้อแบบสอบถามข้อที่ 8 และ 15 ออก

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพเครื่องมือของรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ นำมาพัฒนาสร้างเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านพิจารณาและแสดงความคิดเห็น แก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหา และสำนวนภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข และเพิ่มเติมข้อแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content

Validity)โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง โดยคำนวณค่า S-CVI เท่ากับ 0.98 ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาปรับสำนวนภาษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนของข้อแบบสอบถาม และดำเนินการทดลองใช้งาน

หลังทดลองใช้งาน พบว่าคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยมเช่นกัน โดยมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) สูง สามารถจำแนกระดับระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำได้ ส่วนค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ พบว่า มีข้อแบบสอบถามที่มีค่า Corrected Item – Total Correlation : CITC สูงกว่า .2 และพบว่าค่า Cronbach's Alpha ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 (Construct Validity) ของแบบสอบถามพบว่าหลังการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) สามารถตั้งชื่อด้านและแบ่งข้อแบบสอบถามออกเป็น 3 ด้านได้ ข้อแบบสอบถามที่มีค่า factor loading ส่วนใหญ่สูงกว่า .3

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ 12 ท่าน และนำมาสรุปประเด็นสำคัญ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนารายการสำรวจขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 21 ข้อ (ภายในห้องตรวจ จำนวน 8 ข้อ ภายในแผนก จำนวน 13 ข้อ) ด้านบริหารจัดการ จำนวน 8 ข้อ ด้านระบบรักษาความปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ และด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 ข้อ หลังจากนั้นได้นำรายการสำรวจฯ ขอความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 พัฒนารายการสำรวจขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 22 ข้อ (ภายในห้องตรวจ จำนวน 8 ข้อ ภายนอกห้องตรวจ จำนวน 14 ข้อ) ด้านบริหารจัดการ จำนวน 11 ข้อ และ ให้รวมด้านระบบรักษาความปลอดภัยกับด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เป็นด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ ในแต่ละด้านมีประเด็นที่มีความสำคัญดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็นภายในห้องตรวจ จำนวน 8 ข้อ ภายนอกห้องตรวจ จำนวน 14 ข้อ มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

ประตูห้องตรวจ จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประตูภายในโรงพยาบาล พบว่า มีลักษณะและข้อกำหนดสำคัญ คือ 1.รูปแบบการเปิดของประตู 2.ขนาดช่องประตู 3.วัสดุและอุปกรณ์ติดตั้งประตูจึงนำมาจำแนกลักษณะประตูในกรณีศึกษา 5 แผนกดังนี้ แผนกฉุกเฉิน(ER) แผนกผู้ป่วยนอก(OPD) แผนกผู้ป่วยใน(IPD) แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) แผนกศัลยกรรมผ่าตัด(SUR) ประตูในโรงพยาบาล ในแต่ละแผนกมีข้อกำหนดของลักษณะประตูที่แตกต่างกันไปตามพื้นที่ใช้สอย ดังนั้น การเข้าถึงพื้นที่ต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลนั้นต้องอย่างรวดเร็วไม่มีสิ่งกีดขวาง สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นและเปลนอนได้อย่าง สะดวกและคล่องตัว⁽⁴¹⁾และมีการศึกษาพบว่า วิศวกรรมออกแบบการจัดการกับความเสียงด้านสิ่งแวดล้อมโดยการกำจัดอันตรายออกจากสถานที่

ทำงานโดยการออกแบบเพื่อความปลอดภัย ระบุว่าต้องมีทางออก 2 ทางต่อห้อง⁽³⁷⁾ และพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สถานที่ที่จัดไว้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินควรมีลักษณะดังนี้ มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ต้องมีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง⁽⁴²⁾ และหลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กล่าวว่าการจัดเตรียมสถานที่สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตควรมีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง⁽⁴³⁾ ซึ่งตรงกับกำกับการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวถึงเรื่อง “ประตูทางเข้าออก 2 ทาง และอาจเป็นแบบเลื่อนหรือแบบผลัก ไม่ควรมีสวิตช์ขวางบริเวณประตู”

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า ควรแยกประเด็นเรื่องของประตูทางเข้าออก 2 ทาง กับรูปแบบของประตูทางเข้าและทางออกควรแยกข้อกัน ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นความสำคัญของประตูทั้ง 2 ข้อดังนี้ ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง สามารถเปิดได้อย่างสะดวก โดยประตูด้านหน้าและด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบผลักหรือเลื่อน หรือหลังห้องตรวจเปิดโล่งทะลุหากันได้โดยยังคงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถหนีออกในกรณีฉุกเฉินได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น ซึ่งแต่ละโครงสร้างของสถานพยาบาลอาจแตกต่างกัน แต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประตูสามารถใช้งานง่ายและสะดวก และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “ในแผนกมีประตูปิดทางเข้า - ออก 2 ทางหลัก เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง” ได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยว่า เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถจำกัดพื้นที่ได้ สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และสามารถระบายผู้ป่วยท่านอื่นออกจากพื้นที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่าเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถจำกัดพื้นที่ได้ ทำให้ควบคุมสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

โทนสีห้องตรวจ จากการศึกษาท่อนหน้าพบว่า การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายใน ควรเน้นการสร้างบรรยากาศที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลายและรื่นรมย์มากกว่าความรู้สึกตื่นเต้นและเร้าใจ โดยการใช้แสงธรรมชาติและแสงประดิษฐ์ในการตกแต่งบริเวณโดยรอบ ลักษณะรูปแบบการใช้แสงควรเป็นแบบกระจายไปทั่วบริเวณ โดยให้สีน้ำหนกของแสงเท่าๆกัน และใช้แสงสีขาวเพื่อการมองเห็นที่ชัดเจนและความสะดวกในการใช้พื้นที่ การใช้สีในการตกแต่งพื้นที่ควรเน้นสีโทนเย็นที่มีการใช้สีขาวผสมในการตกแต่งผนัง เพอร์นิเจอร์เป็นต้น เพื่อเป็นการลดค่าของสีให้มีความนุ่มนวลมากขึ้น⁽⁴⁴⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอาจได้รับการกระตุ้นด้วยสีที่ต่างกันของแต่ละแผนกได้เช่น แผนกที่ต้องการความกระตือรือร้นสูง อาจเพิ่มการใช้สีโทนร้อนในแผนกฉุกเฉิน เช่น สีเหลือง หรือสีส้ม บางส่วนของพื้นที่ เช่น ผ้าม่าน หรือขอบประตูเป็นต้น หรือการใช้สีโทนเย็นสำหรับโซนผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากการรับรู้สีโทนเย็นส่งผลต่อศักยภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุชาวไทยอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติเช่น การใช้สีม่วงน้ำเงินอ่อน ที่ผ่านาน หรือการใช้สีผนังเป็นโทนเย็นจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและเพิ่มความพึงพอใจในการมองเห็นได้⁽⁴⁵⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวถึงเรื่อง “ห้องตรวจมีลักษณะโทนสีอ่อน เพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา” จากนั้นได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยว่า “ห้องตรวจมีลักษณะโทนสีอ่อน เพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา” สีของห้องตรวจจึงสิ่งจำเป็นอย่างมากเพื่อลดการกระตุ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกสงบ สบายใจ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า โทนสีห้องที่มีลักษณะโทนสีอ่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตา ลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ได้

ห้องตรวจมิดชิด ไม่มีหน้าต่าง จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับปานกลางในทุกปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดข้อผิดพลาด ด้านความปลอดภัย ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3 แต่ปัจจัยด้านความเป็นส่วนตัว และด้านความสะดวกสบายมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 3 แสดงว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่พอรับได้ในด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยของสถานที่ แต่ไม่ค่อยได้รับความพอใจด้านความสะดวกสบายของสถานที่ เนื่องจากไม่มีความเป็นส่วนตัวสามารถสรุปได้ดังนี้คือ ด้านความเป็นส่วนตัว พบว่า ผู้ใช้บริการไม่ค่อยมีความพอใจต่อความมิดชิดและเป็นส่วนตัวของห้องตรวจ การควบคุมเสียงรบกวนภายในอาคาร และความสงบไม่วุ่นวายของโรงพักกรอ ทั้งนี้ จำนวนเก้าอี้บริเวณโรงพักที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจน้อย⁽⁴⁶⁾ และยังพบการศึกษาว่า การแบ่งกันพื้นที่มีการกันห้องอย่างเป็นสัดส่วนด้วยผนัง และมีความมิดชิด เพื่อเพิ่มความเป็นส่วนตัว ได้แก่ พื้นที่แช่สมุนไพร พื้นที่ห้องตรวจ ตามหลักความลับของผู้ป่วย คือแพทย์ต้องไม่ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยเป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณชน แพทย์มีหน้าที่ในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยในการรักษาความลับทั้งในทางตรง คือ ไม่เปิดเผย ข้อมูลที่ได้มาจากบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องรับรู้ทั้งทางตรง และทางอ้อม⁽⁴⁷⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ได้กล่าวถึงเรื่อง “ห้องตรวจมีลักษณะมิดชิด และไม่มีหน้าต่าง” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก แต่มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่า ห้องตรวจสามารถมีหน้าต่างได้ แต่จำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร ผู้วิจัยนำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขได้ข้อสรุปว่า ห้องตรวจมีลักษณะมิดชิดและหากมีหน้าต่างเป็นหน้าต่างที่สามารถจำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร มีความจำเป็นอย่างมากที่ห้องตรวจควรมิดชิดเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ลดการกระตุ้นความหวาดระแวง หากมีหน้าต่างจำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกระโดดออกทางหน้าต่างเมื่อมีอาการก้าวร้าวรุนแรง และจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้มีแนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก(OPD) ควรเป็นหน่วยบริการที่เป็นพื้นที่นอกอาคาร เป็นแบบ one stop service แต่ถ้าเป็นในอาคารควรแยกหรือแบ่งโซนจาก OPD ทั่วไปในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หรือมีระบบ

การไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม กำหนดทิศทางลมให้เหมาะสม (จากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผ่านผู้ป่วย และออกสู่ภายนอก หรือผ่านระบบการกรองอากาศ)⁽⁴⁸⁾

ระยะห่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า พื้นที่ห้องตรวจ มีการกั้นห้อง ประตูทางเข้ามีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร ภายในห้องมีการเว้นระยะห่าง ระหว่างโต๊ะตรวจกับเตียงตรวจอย่างน้อย 150 เซนติเมตร รวมถึงมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ได้แก่ ชั้นวางเอกสาร และชั้นวางอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจที่เพียงพอ⁽⁴⁷⁾ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ กล่าวถึงเรื่อง“เว้นระยะห่างการนั่งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เมตร”ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีข้อรายการสำรวจนี้ เนื่องจากการเว้นระยะห่าง 1 เมตร ลดความเสี่ยงการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยในระยะประชิด มีระยะห่างในการหลบหนีเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง และจากสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 ได้มีแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก(OPD) ควรเป็นหน่วยบริการที่เป็นพื้นที่นอกอาคาร เป็นแบบ one stop service แต่ถ้าเป็นในอาคารควรแยกหรือแบ่งโซนจาก OPD ทั่วไปในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หรือมีระบบการไหลเวียนอากาศอย่างเหมาะสม กำหนดทิศทางลมให้เหมาะสม (จากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ผ่านผู้ป่วย และออกสู่ภายนอก หรือผ่านระบบการกรองอากาศ) พื้นที่รอตรวจที่เพียงพอ และยังคงมีการเว้นระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและโต๊ะตรวจ 1-2 เมตร⁽⁴⁸⁾

อุปกรณ์ของมีคม จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สถานที่ที่จัดไว้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินควรมีลักษณะดังนี้ มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย⁽⁴²⁾และหลักปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กล่าวว่า การจัดเตรียมสถานที่สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตควรมีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย⁽⁴³⁾จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์กล่าวถึงเรื่อง“มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด เป็นต้น ไวไฟในตู้ หรือ กล่องที่มิดชิด” ผู้วิจัยนำประเด็นนี้เสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการจัดเก็บอุปกรณ์ของมีคม เพื่อลดการนำมาเป็นอาวุธในการทำร้ายตัวเอง และผู้อื่น ,“อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ไขมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในห้องตรวจ”ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลที่ระบุว่า อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น เช่น กรรไกร คัตเตอร์ ไขมีด เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในห้องตรวจ

จากการนำไปทดลองใช้รายการสำรวจพบว่า ในแต่ละสถานพยาบาลได้ยึดเป็นข้อปฏิบัติตามมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีความเห็นหาข้อมูลที่คล้ายคลึงกับข้อที่ 7 ผู้วิจัยจึงตัดสินใจตัดออกจากรายการสำรวจฯ เพื่อให้รายการสำรวจกระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีตู้สำหรับฝากกระเป๋าสำหรับผู้ป่วย หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันการ พกอาวุธ” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลกล่าว ยังไม่มีการศึกษาประเด็นนี้ จึงได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีตู้สำหรับฝากกระเป๋าสำหรับผู้ป่วย หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจ เนื่องจากป้องกันการพกพาอาวุธของผู้ป่วย และญาติ ลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงได้

ที่นั่งระหว่างรอตรวจ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ระยะเวลาในพื้นที่ พื้นที่พักคอยมีการจัดเรียงเก้าอี้สำหรับพักคอย ที่เว้นระยะในการจัดวาง อย่างน้อย 90 เซนติเมตร โดยหันหน้าไปทางเคาน์เตอร์ ห้องการเงินและจ่ายยา หรือสามารถมองเห็นพื้นที่ให้บริการจุดถัดไปได้ง่าย พื้นที่ตรวจโรคควรมีระยะของพื้นที่ระหว่างโต๊ะตรวจกับเตียงตรวจไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร มีระยะที่เพียงพอต่อผู้ใช้วีลแชร์ อีกทั้งไม่ก่อให้เกิดการเอียงตัว บิดตัว หรือเอี้ยวตัว ขณะที่ใช้งานบริการพื้นที่ข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยของตำแหน่ง และการจัดผังเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่เหมาะสม มีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้ใช้พื้นที่เกิดข้อจำกัดภายในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนที่⁽⁴⁷⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ตรงกลางแผนก” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่ม “ไม่หลบมุม เพื่อสามารถสังเกตพฤติกรรมผิดปกติได้ง่าย” ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ตรงกลางแผนก ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย และสามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงได้ และยังพบการศึกษาว่า ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงในด้านสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนผัง การออกแบบ และสิ่งอำนวยความสะดวกของพื้นที่ทำงาน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1. ปัจจัยที่ให้โอกาสในการเข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงการตรวจจับ เช่น ทางเข้าหรือช่องบันไดที่ไม่มีคนดูแล แสงสว่างไม่เพียงพอ มุมอับ ห้องหรือตู้เสื้อผ้าที่ไม่ปลอดภัย 2. สิ่งกีดขวางความเครียด เช่น ป้ายที่ทำให้สับสน สภาพอากาศไม่ดี ที่จอดรถหรือการเข้าถึงอาคารลำบาก ความร้อนหรือเครื่องปรับอากาศไม่เพียงพอ และระดับเสียงที่รบกวน 3. เปิดโอกาสให้ใช้เป็นอาวุธ เช่น เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่ปลอดภัย เครื่องตกแต่ง ของตกแต่ง สำนักงาน หรือเวชภัณฑ์ 4. จำกัดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงอย่างเหมาะสม เช่น การขาดระบบรักษาความปลอดภัย สัญญาณเตือนภัย หรืออุปกรณ์ต่างๆ⁽³⁷⁾ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกันการนำมาใช้เป็น

อาวุธ” จึงได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน สามารถป้องกันการนำที่นั่งมาใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตัวเองและผู้ป่วย

สิ่งแวดล้อมระหว่างรอตรวจ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สถานที่ที่จัดไว้ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินควรมีลักษณะดังนี้ มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง ไม่อึดอัด ลดสิ่งกระตุ้น โดยลดสิ่งกระตุ้นจากเสียงหรือคน⁽⁴²⁾ และผลการศึกษาพบว่า การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายใน ควรเน้นการสร้างบรรยากาศที่ให้ความรู้สึกผ่อนคลายและรื่นรมย์มากกว่าความรู้สึกตื่นเต้นและเร่าใจ โดยการใช้แสงธรรมชาติและแสงประดิษฐ์ในการตกแต่งบริเวณโดยรอบ ลักษณะรูปแบบการใช้แสงควรเป็นแบบกระจายไปทั่วบริเวณ โดยให้มีน้ำหนักของแสงเท่าๆกัน และใช้แสงสีขาว เพื่อการมองเห็นที่ชัดเจนและความสะดวกในการใช้พื้นที่ การใช้สีในการตกแต่งพื้นที่ควรเน้นสีโทนเย็นที่มีการใช้สีขาผสมในการตกแต่งผนังเพอร์นิเจอร์ เป็นต้น เพื่อเป็นการลดค่าของสีให้มีความนุ่มนวลมากขึ้น⁽⁴⁴⁾ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในข้อนี้ ได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่าการที่มีสิ่งแวดล้อมที่โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นได้

การศึกษาก่อนหน้าพบว่า ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงในด้านสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนผัง การออกแบบ และสิ่งอำนวยความสะดวกของพื้นที่ทำงาน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1.ปัจจัยที่ให้โอกาสในการเข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงการตรวจจับ เช่น ทางเข้าหรือช่องบันไดที่ไม่มีคนดูแล แสงสว่างไม่เพียงพอ มุมอับ ห้องหรือตู้เสื้อผ้าที่ไม่ปลอดภัย 2.สิ่งที่กระตุ้นความเครียด เช่น ป้ายที่ทำให้สับสน สภาพอากาศไม่ดี ที่จอดรถหรือการเข้าถึงอาคารลำบาก ความร้อนหรือเครื่องปรับอากาศไม่เพียงพอ และระดับเสียงที่รบกวน 3. เปิดโอกาสให้ใช้เป็นอาวุธ เช่น เพอร์นิเจอร์ที่ไม่ปลอดภัย เครื่องตกแต่ง ของตกแต่ง สำนักงาน หรือเวชภัณฑ์ 4.จำกัดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงอย่างเหมาะสม เช่น การขาดระบบรักษาความปลอดภัย สัญญาณเตือนภัย หรืออุปกรณ์ต่างๆ⁽³⁷⁾ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “ระดับเสียงในสิ่งแวดล้อม และเสียงประกาศไม่รบกวน”, “มีการระบายอากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิเหมาะสม”, “ป้ายบอกทางไม่สับสน” จึงได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากทั้งระดับเสียง การระบายอากาศ อุณหภูมิเหมาะสม ป้ายบอกทางไม่สับสน ล้วนช่วยลดสิ่งกระตุ้นทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ระดับเสียงในสิ่งแวดล้อม และเสียงประกาศไม่รบกวน มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีการระบาย

อากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิเหมาะสม สภาพอากาศอาจมีผลต่ออารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ ส่วนป้ายบอกทางมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลังเล และหงุดหงิด ลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงได้

ห้องสำหรับแยกผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงได้ซึ่งมีคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมดังนี้ จัดเตรียมห้องแยกที่สงบเงียบและปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง⁽⁴²⁾ และมีผลการศึกษาว่าพยาบาลวิชาชีพมีการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าห้องแยกมากที่สุด ร้อยละ 95.65 เท่ากันในผู้ป่วยที่ใช้มือผลัก หรือใช้กำปั้นต่อย หรือใช้เท้าเตะ หรือมีพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการทำร้ายผู้อื่น และผู้ป่วยกระทำรุนแรงที่ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย เช่น ขว้างปาสิ่งของ ทำลายสิ่งของ เป็นต้น มีการประเมินผู้ป่วยที่เป็นข้อห้ามในการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกคือ ผู้ป่วยทำร้ายตนเองโดยการหยิกข่วนหรือกัด หรือทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บร้อยละ 34.78 และผู้ป่วยมีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือพยายามทำร้ายตนเอง ร้อยละ 31.52⁽⁴⁹⁾

ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงความรุนแรง เพื่อลดสิ่งกระตุ้น” จึงได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์ความรุนแรง จำเป็นต้องมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วย เพื่อสามารถเข้ารักษาผู้ป่วยและควบคุมอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วโดยมีทีมแพทย์เข้ามาช่วยเหลือได้ทันที ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงควรมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วย เพื่อควบคุมสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และลดสิ่งกระตุ้นกับผู้ป่วยคนอื่นๆ อีกด้วย

ชุดอุปกรณ์สำหรับการจัดการผู้ป่วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เช่น ผ้าผูกยึดควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียว แต่นุ่ม มีลักษณะพร้อมใช้ผ้าผูกยึดที่นิยมใช้คือผ้าผูกยึด ข้อมือและข้อเท้า (wrist and ankle restraints) และเสื้อผูกยึดลำตัว (body restraint) เก้าอี้ผูกยึดควรมีลักษณะแข็งแรงไม่มีเหลี่ยมมุมที่อาจเกิดอันตรายควรยึดติดกับพื้นหรือผนังเพื่อป้องกัน การเคลื่อนย้าย เติงตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถผูกยึดผู้ป่วยได้และไม่เสี่ยงต่อการพลิกคว่ำ⁽⁴²⁾ และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า “มีชุดอุปกรณ์สำหรับการจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าวที่หยิบใช้ได้ง่าย เช่น ยา อุปกรณ์การตรึงผู้ป่วย เป็นต้น” เพื่อเตรียมความพร้อมในการควบคุมสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยได้นำความเห็นมาค้นคว้า ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่าควรมีชุดอุปกรณ์สำหรับการจัดการผู้ป่วยในกรณีก้าวร้าว เพื่อสามารถเข้าช่วยเหลือและควบคุมสถานการณ์ความรุนแรงได้ทันที

กริ่งฉุกเฉิน จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงาน จะต้องมีการกำหนดนโยบายจัดการความรุนแรงอย่างเหมาะสม และ ปรับปรุงสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยสถานที่ในการทำงานจัดให้มีการติดตั้งอุปกรณ์ในการตรวจตราการผ่านเข้า-ออก ในสถานที่ทำงานมีการติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิดทั้งในบริเวณภายในและภายนอกของหน่วยงาน มีการติดตั้งป้ายต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นป้ายห้ามพกพาอาวุธเข้ามาในหน่วยงาน ป้ายแสดงข้อมูลในกรณีฉุกเฉิน มีการติดตั้งระบบสัญญาณเตือนภัยหรือปุ่มขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินถูกกระทำ ความรุนแรง เป็นต้น และทางหน่วยงานจะต้องมีมาตรการในการดูแลควบคุมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจนและมีแนวทางในการดำเนินการในกรณีเกิดเหตุความรุนแรงและจัดการหลังเกิดเหตุอย่างชัดเจน⁽⁵⁰⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “ตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถกดได้สะดวก” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีข้อรายการสำรวจฯ นี้ เนื่องจากกริ่งฉุกเฉินสามารถกดเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่นอกห้องตรวจ เนื่องจากในห้องตรวจปิดมิดชิด ไม่สามารถมองเห็นได้ มีแค่แพทย์และผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีกริ่งฉุกเฉินใกล้กับผู้ตรวจ และผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า “มีกริ่งฉุกเฉินที่เคาน์เตอร์พยาบาล สำหรับเรียกพยาบาลหรือทีมช่วยเหลือ” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลกล่าว ยังไม่มีการศึกษาถึงประเด็นนี้ ผู้วิจัยความเห็นในข้อที่กล่าวว่า “มีกริ่งฉุกเฉินที่เคาน์เตอร์พยาบาล สำหรับเรียกพยาบาลหรือทีมช่วยเหลือ” มีประเด็นที่คล้ายคลึงกับข้อก่อนหน้านี้ จึงได้ตัดข้อนี้ออก และมีความเห็นด้วยว่าควรมีกริ่งฉุกเฉิน เพื่อสามารถขอความช่วยเหลือจากทีมได้อย่างรวดเร็ว

กล้องวงจรปิด จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงาน จะต้องมีการกำหนดนโยบายจัดการความรุนแรงอย่างเหมาะสม และ ปรับปรุงสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยสถานที่ในการทำงานจัดให้มีการติดตั้งอุปกรณ์ในการตรวจตราการผ่านเข้า-ออก ในสถานที่ทำงานมีการติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิดทั้งในบริเวณภายในและภายนอกของหน่วยงาน มีการติดตั้งป้ายต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นป้ายห้ามพกพาอาวุธเข้ามาในหน่วยงาน ป้ายแสดงข้อมูลในกรณีฉุกเฉิน มีการติดตั้งระบบสัญญาณเตือนภัยหรือปุ่มขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินถูกกระทำ ความรุนแรง เป็นต้น และทางหน่วยงานจะต้องมีมาตรการในการดูแลควบคุมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจนและมีแนวทางในการดำเนินการในกรณีเกิดเหตุความรุนแรงและจัดการหลังเกิดเหตุอย่างชัดเจน⁽⁵⁰⁾ และยังพบการศึกษาว่า เมื่อแยกผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรงในห้องแยกตัว มีการใช้กล้องวงจรปิดในการสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการอย่างใกล้ชิดและเพิ่มความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่และบุคลากร⁽⁵¹⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีกล่องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่งรอตรวจ” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า มีกล่องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่งรอตรวจ มีความสำคัญในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ความรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า กล่องวงจรปิดมีความสำคัญในการเฝ้าระวังและสามารถบันทึกเหตุการณ์เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นได้

หน้าต่าง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “หน้าต่างปิดล็อกหรือเปิดได้แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นทางหลบหนี กระโดดลง” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลกล่าว ยังมีการศึกษาถึงประเด็นนี้ จึงได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มหน้าต่างเปิดได้แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เนื่องจากถ้าเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ ไม่เกิน 5 เซนติเมตร สามารถป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วยไม่ให้กระโดดออกทางหน้าต่างได้ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้อีกด้วย ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ในกรณีที่ตึกสูงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกระโดดหนีทางหน้าต่าง ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุความรุนแรงกับผู้ป่วยได้

เคาน์เตอร์ฉากกั้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลกล่าว ยังไม่มีการศึกษาถึงประเด็นนี้ จึงได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพราะ การมีฉากกั้นสามารถป้องกันอันตรายเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงได้ แต่ถ้าฉากไม่แข็งแรงเคลื่อนย้ายได้ อาจจะเป็นอาวุธที่ใช้ในการก่อเหตุความรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า การที่มีฉากกั้นที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ สามารถป้องกันอันตรายเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินให้กับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ได้

ด้านที่ 2 ด้านระบบบริหารจัดการ จำนวน 11 ข้อ ในแต่ละด้านมีประเด็นที่มีความสำคัญดังนี้

เครื่องตรวจจับอาวุธ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงาน จะต้องมีการกำหนดนโยบายจัดการความรุนแรงอย่างเหมาะสม และ ปรับปรุงสถานที่และสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยสถานที่ในการทำงานจัดให้มีการติดตั้งอุปกรณ์ ในการตรวจตราการผ่านเข้า-ออก ในสถานที่ทำงานมีการติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิดทั้งในบริเวณภายในและภายนอกของหน่วยงาน มีการติดตั้งป้ายต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นป้ายห้ามพกพาอาวุธเข้ามาในหน่วยงาน ป้ายแสดงข้อมูลในกรณีฉุกเฉิน มีการติดตั้งระบบสัญญาณ เตือนภัยหรือปุ่มขอความช่วยเหลือกรณีถูกกระทำความรุนแรง เป็นต้น และทางหน่วยงานจะต้องมีมาตรการในการดูแลควบคุมความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจนและมีแนวทางในการดำเนินการในกรณีเกิดเหตุความรุนแรง

และจัดการหลังเกิดเหตุอย่างชัดเจน⁽⁵⁰⁾ และยังพบการศึกษาว่า การรักษาความปลอดภัยในแผนกฉุกเฉินจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่หน่วยรักษาความปลอดภัยประจำการตลอดเวลา 24 ชั่วโมงพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและระงับเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน รวมถึงการใช้เครื่องตรวจสอบอาวุธ ก่อนเข้ารับบริการทั้งญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ⁽⁵²⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธ เมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า ควรจะมีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า แต่เครื่องยังไม่ค่อยเสถียร จึงจำเป็นต้องมีการตรวจค้นอาวุธเมื่อเครื่องร้องเตือน พร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว เพิ่มความปลอดภัยให้กับบุคลากรและผู้ช่วยลดความเสี่ยงการพกอาวุธในการก่อเหตุความรุนแรง ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ลดการพกพาอาวุธที่อาจนำมาก่อเหตุความรุนแรง

สัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงในด้านสิ่งแวดล้อม คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนผัง การออกแบบ และสิ่งอำนวยความสะดวกของพื้นที่ทำงาน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1. ปัจจัยที่ให้โอกาสในการเข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงการตรวจจับ เช่น ทางเข้าหรือช่องบันไดที่ไม่มีคนดูแล แสงสว่างไม่เพียงพอ มุมอับ ห้องหรือตู้เสื้อผ้าที่ไม่ปลอดภัย 2. สิ่งที่กระตุ้นความเครียด เช่น ป้ายที่ทำให้สับสน สภาพอากาศไม่ดี ที่จอดรถหรือการเข้าถึงอาคารลำบาก ความร้อนหรือเครื่องปรับอากาศไม่เพียงพอ และระดับเสียงที่รบกวน 3. เปิดโอกาสให้ใช้เป็นอาวุธ เช่น เพอร์นิเจอร์ที่ไม่ปลอดภัย เครื่องตกแต่ง ของตกแต่ง สำนักงาน หรือเวชภัณฑ์ 4. จำกัดความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์รุนแรงอย่างเหมาะสม เช่น การขาดระบบรักษาความปลอดภัย สัญญาณเตือนภัย หรืออุปกรณ์ต่างๆ⁽³⁷⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card)” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การที่มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีประวัติความก้าวร้าวรุนแรง ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เจ้าหน้าที่สามารถเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติก่อเหตุความรุนแรงเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น สามารถเข้าช่วยเหลือได้ทันที

การประเมินคัดกรอง จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า พยาบาลจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมิน คัดกรองอาการทางจิต รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ ที่ปลอดภัย ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย รวมถึงการ

ส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ส่วนการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินจะเน้นการประสานงานกับบุคลากร ด้านสุขภาพและประชาชน โดยการให้ความรู้อาการหรือพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกับการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมินอาการหรือสัญญาณเตือน และวิธีการจัดการอาการทางจิต⁽⁵³⁾ และยังพบการศึกษาว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ปรับประยุกต์ตามแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ให้สอดคล้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทาง จิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรม ค้นพบกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ขาดยาได้รับการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายกรณี⁽⁵⁴⁾ และยังพบการศึกษาว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามระดับความรุนแรง เช่น Semi -urgency, Urgency, Emergency และมีแผนผังการจัดการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง⁽⁴²⁾

ผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษานี้ได้เสนอแนะว่า “เจ้าหน้าที่ที่มีการประเมินคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยทุกราย โดยการพูดคุย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็นต้น” เนื่องจากว่าการประเมินคัดกรองเบื้องต้นเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้เจ้าหน้าที่เฝ้าระวัง และประเมินอาการผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้วิจัยจึงเห็นถึงควรรสำคัญในข้อนี้ ได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่น ๆ ทำให้สามารถประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ก่อเหตุรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า การคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่น ๆ เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น สามารถเข้าช่วยเหลือได้ทันที

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เช่น Semi -urgency, Urgency, Emergency เป็นต้น” ผู้วิจัยจึงเห็นถึงควรรสำคัญในข้อนี้ ได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า การแบ่งระดับความรุนแรงทำให้สามารถบริหารจัดการความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว และมีระบบในการเข้าช่วยเหลือ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาให้การดูแลอย่างเป็นระบบได้อย่างรวดเร็ว,จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณ ขอความช่วยเหลือ เทียบเคียงกับการแจ้ง CPR/แจ้งเหตุไฟไหม้” ผู้วิจัยจึงเห็นถึงควรรสำคัญในข้อนี้ ได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณ ขอความช่วยเหลือ มีความจำเป็นมากในการเข้าควบคุมสถานการณ์ความรุนแรง แต่ละโรงพยาบาลอาจมีรหัสการแจ้งเตือนที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า การที่มีระบบเข้า

มาช่วยเหลือการทำงาน ทำให้เพิ่มความปลอดภัยให้กับบุคลากร และทำให้คลายสถานการณ์ความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว

การฝึกอบรม จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลชัยภูมิ มีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง เพราะเป็นผลมาจากประสิทธิผลของแผนการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับการจัดการผู้ป่วยจิตเภท และมีการฝึกปฏิบัติในรายบุคคลและทีมทั้งด้านการจัดการด้วยวาจา และทางกายภาพทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ อีกทั้งมีทัศนคติในทางบวก มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย รับรู้ถึงความปลอดภัยและความเชื่อมั่นในการ จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรียานุช ชื่นตา เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากชุมชนสู่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า การอบรมบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ ทักษะและความเชื่อมั่นสูงกว่าก่อนอบรม บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในระดับมาก ผลการติดตามผลลัพธ์หลังการฝึกปฏิบัติทักษะ 1 ปี พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลง และบุคลากรบาดเจ็บลดลง และการฝึกอบรม ทำให้ผู้เข้าอบรมสนใจและมีความตั้งใจ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะทัศนคติ และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้และทักษะใหม่ ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ช่วยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทได้ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทหลังรับการอบรมบุคลากรมีความรู้ทักษะและทัศนคติในทางบวก มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยทำให้รู้สึกปลอดภัย มีความเชื่อมั่นในการจัดการผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี⁽⁵⁵⁾ และยังพบการศึกษาว่า การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน เรื่องความปลอดภัย(safety and health training) สร้างความตระหนักรู้ต่อบริบทการ ป้องกันความรุนแรง แนวปฏิบัติในการป้องกัน และการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน ในระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ ขณะเกิดเหตุการณ์และการรับมือหลังเกิดเหตุการณ์เพื่อให้พยาบาลสามารถรับมือกับเหตุการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดกับพยาบาล การอบรมให้ความรู้แก่พนักงานทุกระดับที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ดังตัวอย่างประเด็นหัวข้อในการอบรม ดังนี้ 1) นโยบายด้านการป้องกันความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินและโรงพยาบาล 2) ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ความรุนแรงการทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน 3) แนะนำเครื่องมือในการป้องกัน หรือการเตือนภัยเมื่อเกิดการใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน 4) การให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้รับบริการมาใช้บริการ(early recognize of warning signs) 5) การบริหารจัดการในการให้การพยาบาลผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงในการใช้

ความรุนแรง และ6)การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและ การจัดการความเสี่ยงด้านการใช้ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน การที่องค์กรให้ความสำคัญกับการอบรมให้ความรู้แนวทางปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ทำงานและระบบพยาบาลที่เลี้ยงแก่พยาบาลฉบับใหม่ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินอาจจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์ได้⁽⁵²⁾

ผู้ทรงคุณวุฒิของการศึกษานี้ได้เสนอแนะว่า“มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง” เป็นสิ่งที่จำเป็นกับบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยจิตเวชนอก ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับบุคลากร และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความเสี่ยง จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า โรงพยาบาลจำเป็นต้องนำแนวทางเชิงรุกมาใช้เพื่อการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วยการพัฒนากลยุทธ์การลดความเสี่ยงโดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือขจัดผลกระทบที่อาจเป็นอันตรายของความเสี่ยงที่ทราบหรือที่เป็นไปได้วิธีการหนึ่งคือแผนงานการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นทางการอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “มีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง”⁽⁴⁰⁾ จึงได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การประเมินความเสี่ยงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เป็นมาตรฐานของ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals และเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานมากยิ่งขึ้น สามารถช่วยประเมินไม่ให้เกิดความรุนแรงจากการทำงานได้ และยังพบการศึกษาว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ⁽⁵⁶⁾ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยอย่างน้อยทุก 6 เดือน”

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษานี้มีความเห็นว่า การตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ต้องมีการตรวจสอบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงได้

ขั้นตอนการรับบริการ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนสามารถลดระยะเวลาบริการ ลดระยะเวลารอคอย ส่งผลให้ลดระยะเวลาบริการทั้งหมดเฉลี่ย ผู้รับบริการในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังได้รับการบริการที่มีคุณค่าโดยกิจกรรมการพยาบาลโดยผู้จัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น⁽⁵⁷⁾ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า “มีขั้นตอนการรับบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความเข้าใจ” ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรังเกียจ หรืออารมณ์เสีย ลดสิ่งกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยเห็นด้วย และมีความเห็นว่า การที่มีขั้นตอนการรับบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงได้

การคัดกรองผ่านแอปพลิเคชัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “กรณีที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีญาติมาด้วย ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ โดยใช้แบบประเมิน/แอปพลิเคชัน” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าหาข้อมูลยังไม่พบข้อมูลกล่าว ยังไม่มีการศึกษาถึงประเด็นนี้ จึงได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า การที่ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ สามารถช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ เนื่องจากญาติใกล้ชิดกับผู้ป่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยเห็นด้วย และมีความเห็นว่า ควรให้ญาติประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ จะช่วยให้คัดกรองผู้ป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น

ด้านที่ 3 ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ ในแต่ละด้านมีประเด็นที่มีความสำคัญดังนี้

เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การรักษาความปลอดภัยในแผนกฉุกเฉินจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่หน่วยรักษาความปลอดภัยประจำการตลอดเวลา 24 ชั่วโมงพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและระงับเหตุการณ์ความรุนแรงในแผนกฉุกเฉิน รวมถึงการใช้เครื่องตรวจสอบอาวุธ ก่อนเข้ารับบริการทั้งญาติและผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ⁽⁵²⁾ และผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดความรุนแรงในต้นองค์กร คือ ปัจจัยที่เกิดจากนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ การปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมขององค์กร ได้แก่ ทศนคติของผู้บริหารและพนักงานที่ไม่ระมัดระวังต่อการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงาน ขั้นตอนการรักษาความปลอดภัยไม่เพียงพอ ขาดการฝึกอบรมและความพร้อมของพนักงาน นโยบายที่ยุ่งยากหรือไม่มีเลยสำหรับการรายงานและการจัดการภาวะวิกฤต ระดับพนักงานต่ำ ขยายกะ ความต้องการทำงานล่วงเวลา⁽³⁷⁾ และพบการศึกษาว่า ความปลอดภัยของบุคลากรเมื่อเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ต้องมาตรฐานการดูแลความปลอดภัย มีสัญญาณการเตือนภัยแจ้ง

24 ชั่วโมง ทีมสุขภาพต้องมีการประสานงานกับตำราจ เพื่อขอความช่วยเหลือดูแลความปลอดภัยให้กับบุคลากร และบุคลากรทุกคนต้องได้รับการฝึกอบรมด้านความปลอดภัย⁽⁵⁸⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “มีรปภ.ประจำข้างหน้าแผนกอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มาใช้บริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหาสิ่งของที่เป็นอาวุธ และให้ความช่วยเหลือได้ทันที เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง” ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในข้อนี้ ได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่า ควรจะมีรปภ.ประจำข้างหน้าแผนกทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยของผู้ที่มาใช้บริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหาสิ่งของที่เป็นอาวุธ และให้ความช่วยเหลือได้ทันที เมื่อเกิดเหตุความรุนแรง ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัย และสามารถเข้าช่วยเหลือได้อย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “กรณีที่มีผู้ป่วยก้าวร้าวเสี่ยงจะเกิดสถานการณ์ความรุนแรง มีรปภ.เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและ คอยเฝ้าระวังผู้ป่วย” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า ควรจะมีรปภ.เดินตรวจข้างในแผนกดูแลความเรียบร้อยและคอยเฝ้าระวังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าก่อเหตุความรุนแรง ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า การที่มีรปภ.เดินตรวจข้างในแผนก ทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานมากยิ่งขึ้น

การอบรมของบุคลากร จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน เรื่องความปลอดภัย(safety and health training) สร้างความตระหนักรู้ต่อยุทธศาสตร์การป้องกันความรุนแรง แนวปฏิบัติในการป้องกัน และการจัดการความรุนแรงในแผนกฉุกเฉินในระยะก่อน เกิดเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุการณ์และการรับมือหลังเกิดเหตุการณ์เพื่อให้พยาบาลสามารถรับมือกับเหตุการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัยสูงสุดกับพยาบาล⁽⁵²⁾ และยังพบการศึกษาว่า บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องทักษะการใช้อุปกรณ์และวิธีการเข้าควบคุมผู้ป่วยเมื่อมีอาการก้าวร้าว และเฝ้าระวังผู้ป่วยในห้องแยก⁽⁵¹⁾ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมการทักษะในการประเมินอาการ และแยกระดับความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า การที่บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมการ

ทักษะในการประเมินอาการ และแยกระดับความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น สามารถประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก หากคัดกรองได้รวดเร็ว ก็จะลดความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงได้,จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ ได้กล่าวถึงเรื่อง “บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช” ผู้วิจัยได้นำเสนอขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยตรงกันกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีความเห็นว่า บุคลากรในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช จะสามารถทราบอาการและประเมินระดับความรุนแรงของโรคจิตเวชได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ทำให้บุคลากรมีความรู้ในการประเมินอาการ และแยกอาการเฉพาะโรคได้อย่างถูกต้อง,ยังพบการศึกษาว่า การเข้าร่วมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความก้าวร้าว ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการรับรู้ของพยาบาลในการรับมือกับสถานการณ์ที่ก้าวร้าว และเพิ่มทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อความรุนแรงในที่ทำงานในภาคการดูแลสุขภาพ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะการสื่อสารมีความสำคัญในการจัดการและกระจายสถานการณ์ที่อาจรุนแรง ได้รับการเอาใจใส่มากขึ้นในหลักสูตรทักษะการสื่อสารและข้อควรระวังสากลสำหรับความรุนแรงในการศึกษาทางการแพทย์ตลอดจนการฝึกอบรมงานอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมการป้องกันความรุนแรงร่วมกับนโยบายการจัดการความรุนแรงที่ครอบคลุม รวมทั้งมาตรการทางวิศวกรรมและความมุ่งมั่นในการบริหาร เพื่อป้องกันความรุนแรงในการทำงาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีการรับประกันการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบของสุขภาพจิตและอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อความรุนแรงในที่ทำงาน⁽³⁶⁾ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการสื่อสาร ใช้น้ำเสียงและท่าทางนุ่มนวลกับผู้ป่วย”

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การที่มีทักษะในการสื่อสารและท่าทางที่นุ่มนวลกับผู้ป่วยจิตเวชนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสงบ ลดสิ่งกระตุ้นทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ,ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่า “บุคลากรในหน่วยงานผ่านการฝึกทักษะในการจัดการสถานการณ์ความรุนแรง” ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า ความรู้ความสามารถของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญมาก สามารถประเมินความรุนแรงได้ในเบื้องต้น และมีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ความรุนแรงได้

การแต่งกาย จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การแต่งกายเพื่อความปลอดภัยควรถอดสิ่งของต่างๆ ออกจากร่างกายที่อาจใช้เป็นอาวุธหรือหยิบจับได้ ผมยาวควรซ่อนไว้เพื่อไม่ให้จับได้ เครื่องประดับหลีกเลี่ยงต่างหูหรือสร้อยคอที่สามารถดึงได้ เสื้อผ้าที่คับเกินไปสามารถจำกัดการ

เคลื่อนไหว เสื้อผ้าที่หลวมเกินไปหรือผ้าพันคออาจถูกจับได้ แวนตา กุญแจ หรือป้ายชื่อที่ห้อยลงมา จากเชือกหรือโซ่อาจเป็นอันตรายได้(37) ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์จับประเด็นความสำคัญได้ว่า “บุคลากรในหน่วยงานมีการแต่งกายรัดกุม เสื้อผ้าไม่คับไม่หลวมเกินไป เก็บผมที่ยาวให้เรียบร้อย ไม่ใส่เครื่องประดับที่สามารถดึงได้” จึงได้ขอความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า การแต่งกายมีส่วนในเรื่องของความปลอดภัยเช่นกัน ควรแต่งกายให้เหมาะสมเพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยนำมาเป็นอาวุธ ทำร้ายเจ้าหน้าที่ได้ ผู้วิจัยเห็นด้วยและมีความเห็นว่า การแต่งกายที่รัดกุมทำให้บุคลากรมีความคล่องตัวในการทำงาน และลดการมีอาวุธที่อาจทำให้ออกเหตุความรุนแรงได้

ผู้วิจัยพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นต่างๆในรายการสำรวจฯ นำเสนอสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการปรับเปลี่ยนบางข้อ หรือตัดออกบางข้อที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทำให้รายการสำรวจความปลอดภัยมีจำนวนทั้งหมด 38 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 20 ข้อ (ภายในห้องตรวจ จำนวน 7 ข้อ ภายนอกห้องตรวจ จำนวน 13 ข้อ) ด้านบริหารจัดการ จำนวน 11 ข้อ และให้รวมด้านระบบรักษาความปลอดภัยกับด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เป็นด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า แบบสอบถามที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มีคุณภาพดีเยี่ยม เนื่องจากแบบสอบถามมีทั้งความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่น (Reliability) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ซึ่งทำให้แบบสอบถามฉบับนี้สามารถวัดได้ถูกต้องแม่นยำข้อดีของการวิจัยครั้งนี้

ข้อดีของการวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือรายการสำรวจความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจากข้อมูลหลายแหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ฉุกเฉิน แนวปฏิบัติตามมาตรฐานของ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals เป็นต้น และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทำเป็นวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพดีเยี่ยม สามารถนำไปใช้ในการประเมินก่อน ขณะ

ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และยังสามารถลดความเสี่ยงในการความรุนแรงกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อีกด้วย

ข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยอาจทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้าง การปฏิบัติงาน ระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้พัฒนารายการสำรวจสอดคล้องเหมาะสมกับการใช้งานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หากมีการนำเครื่องมือที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจจะต้องปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม และรายการสำรวจ มีจำนวนข้อที่เยอะ มีเนื้อหาความซ้ำซ้อนกันในบางข้อ อาจมีผลต่อการนำไปใช้งานจริงด้วยเวลาและภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าการมีเครื่องมือรายการสำรวจความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่ช่วยประเมินความปลอดภัยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ก่อน และขณะปฏิบัติงาน และสามารถช่วยป้องกันอันตรายจากความรุนแรงจากผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ดังนั้นการประเมินความปลอดภัยในการทำงานเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างมาก และนอกจากนี้การมีเครื่องมือที่ช่วยประเมินก่อนปฏิบัติงานยังช่วยให้มีแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาเครื่องมือต่อ เพื่อสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจมีการปรับปรุงแก้ไขตามเหมาะสม
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อสามารถพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพและเป็นสากลมากยิ่งขึ้น
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ และนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อเพิ่มคุณภาพของเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. นำแบบประเมินที่ปรับปรุงจากการวิเคราะห์ EFA และปรับจำนวนข้อคำถามให้ลดลงทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน(Confirmatory Factor Analysis: CFA)เพื่อได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และจำนวนข้อลดลง







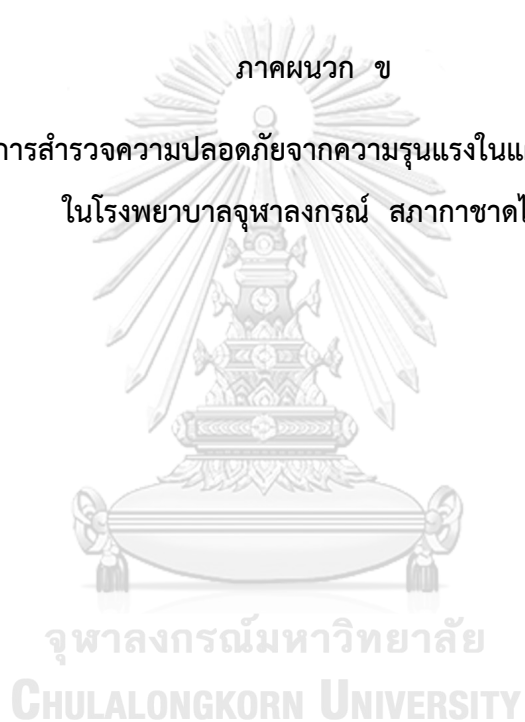
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความสอดคล้องของนิยามกับข้อแบบสอบถามรายการ
 สํารวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. อาจารย์ดร.เมธีวีชัย ชิตเดชะ | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. อาจารย์ดร. นพรัตน์ ไชยขำนิ | อาจารย์ประจำสาขาสุขภาพจิต
และจิตเวช สำนักพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 4. นางนภา จิรัฐจินตนา | หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. พว.กัณฑ์วีริษา พงษ์ประเสริฐ | พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด
ไทย |

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างรายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อที่	แบบสอบถาม	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
1	ด้านสภาพแวดล้อม (ภายในห้องตรวจ) ห้องตรวจมีประตูทางเข้าออก 2 ทาง เพื่อสามารถเปิดใช้กรณีฉุกเฉิน				
2	ประตูของห้องตรวจเปิดได้อย่างสะดวก โดยประตูด้านหน้าเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก และประตูด้านหลังห้องตรวจเป็นแบบเลื่อนหรือผลัก หรือเปิดโล่งทะลุหากันได้โดยยังคงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย				
3	ห้องตรวจมีลักษณะโทนสีอ่อน เพื่อให้รู้สึกสงบ และสบายตา				
4	ตำแหน่งกริ่งฉุกเฉินอยู่ใกล้ผู้ตรวจสามารถกดได้สะดวก				
5	ห้องตรวจมีลักษณะมืดซิดและหากมีหน้าต่างเป็นหน้าต่างที่สามารถจำกัดการเปิดได้ไม่เกิน 5 เซนติเมตร				
6	เว้นระยะห่างการกั้นระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 เมตร				
7	มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นอาวุธ เช่น ปากกา คลิปหนีบกระดาษ ไม้บรรทัด เป็นต้น ไว้ในตู้ หรือ กล่องที่มีมิดชิด				
8	ด้านสภาพแวดล้อม (ภายนอกห้องตรวจ) มีตู้สำหรับฝากกระเป๋าสำหรับผู้ป่วย หรือมีโต๊ะวางกระเป๋าหน้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันการพกพาอาวุธ				
9	ที่นั่งสำหรับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจอยู่ตรงกลางแผนก ไม่หลบมุม เพื่อสามารถสังเกตพฤติกรรมผิดปกติได้ง่าย				
10	ที่นั่งรอของผู้ป่วยเชื่อมติดกัน เพื่อป้องกันการนำมาใช้เป็นอาวุธ				
11	หน้าต่างปิดล็อก หรือเปิดได้แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้เป็นทางหลบหนี กระโดดลง				
12	ในแผนกมีประตูปิดทางเข้า-ออก 2 ทางหลัก เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง				
13	เคาน์เตอร์ควรมีฉากกั้นที่แข็งแรงเคลื่อนย้ายไม่ได้ เพื่อป้องกันอันตรายเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน				
14	จัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอ				
15	ระดับเสียงในสิ่งแวดล้อม และเสียงประกาศไม่รบกวน				

รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อที่	แบบสอบถาม	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
16	มีการระบายอากาศที่เพียงพอ อุณหภูมิเหมาะสม				
17	ป้ายบอกทางไม่สับสน				
18	มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงความรุนแรง เพื่อลดสิ่งกระตุ้น				
19	มีกล้องวงจรปิดบริเวณทางเข้าออก และ โถงนั่งรอตรวจ				
20	มีชุดอุปกรณ์สำหรับจัดการผู้ป่วยกรณีก้าวร้าวที่หยิบใช้ได้ง่าย เช่น ยา อุปกรณ์การตรึงผู้ป่วย เป็นต้น				
21	ด้านระบบบริหารจัดการ มีเครื่องตรวจจับอาวุธอยู่บริเวณทางเข้า มีการตรวจค้นอาวุธ เมื่อเครื่องร้องเตือนพร้อมทำสัญลักษณ์เมื่อตรวจแล้ว				
22	มีสัญลักษณ์แจ้งผ่านเจ้าหน้าที่ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติก้าวร้าวรุนแรง เช่น แจ้งผ่านระบบคอมพิวเตอร์ หรือสัญลักษณ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card)				
23	เจ้าหน้าที่มีการประเมินคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยทุกราย โดยการพูดคุย สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เสียงดัง ก้าวร้าว ตาขวาง เป็นต้น				
24	มีการคัดกรองระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน Overt Aggression Scale หรือแบบประเมินอื่นๆ				
25	มีแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เช่น Semi -urgency, Urgency, Emergency เป็นต้น				
26	มีระบบแจ้งเตือน หรือระบบจัดการ หรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เทียบเคียงกับการแจ้ง CPR/แจ้งเหตุไฟไหม้				
27	มีการฝึกซ้อม และการจัดการความรุนแรง เพื่อให้เกิดความพร้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง				
28	กรณีที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีญาติมาด้วย ญาติได้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ โดยใช้แบบประเมิน/แอปพลิเคชัน				
29	มีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
30	มีการตรวจสอบอาคารและสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยอย่างน้อยทุก 6 เดือน				


รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อที่	แบบสอบถาม	มี	มี บาง ส่วน	มี แผน	ไม่มี
31	มีขั้นตอนการรับบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย ไม่ซับซ้อน หรือมีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความเข้าใจ				
32	ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีรปภ.ประจำข้างหน้าแผนกอย่างน้อย 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความ เรียบร้อยของผู้ที่มาใช้บริการก่อนเข้ารับบริการ และทำการค้นหา สิ่งของที่เป็นการข่มขู่ และให้ความช่วยเหลือได้ทันที เมื่อเกิดเหตุความ รุนแรง				
33	กรณีที่มีผู้ป่วยก้าวร้าวเสี่ยงจะเกิดสถานการณ์ความรุนแรง มีรปภ. เดินตรวจข้างในแผนก 1 ท่าน มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยและ คอยเฝ้าระวังผู้ป่วย				
34	บุคลากรในหน่วยงานมีประสบการณ์หรือผ่านการอบรมการทักษะ ในการประเมินอาการ และแยกระดับความก้าวร้าวในผู้ป่วย จิตเวชได้				
35	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช				
36	บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะการสื่อสาร ใช้น้ำเสียงและท่าทาง นุ่มนวลกับผู้ป่วย				
37	บุคลากรในหน่วยงานผ่านการฝึกทักษะในการจัดการสถานการณ์ ความรุนแรง				
38	บุคลากรในหน่วยงานมีการแต่งกายรัดกุม เสื้อผ้าไม่คับไม่หลวม เกินไป เก็บผมที่ยาวให้เรียบร้อย ไม่ใส่เครื่องประดับ ที่สามารถดึงได้				

**คำชี้แจง:รายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชมีตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “มี”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชมีบางส่วนตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “มีบางส่วน”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้มีแผนดำเนินการหรือโครงการชัดเจนที่พัฒนาตาม
รายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “มี
แผน”
- หากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชไม่มีตามรายละเอียดของรายการสำรวจความปลอดภัย กรุณา
ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำว่า “ไม่มี”



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่มอาจารย์ แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน)	AF 06-05/6.1
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย รายการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 81805-07
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 062-994-9669

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)


ชื่อ อาจารย์ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 61509
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-930-3858

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ผศ.ดร.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4092 ต่อ 2142
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-844-7961

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัยได้” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่มอาจารย์ แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน)	AF 06-05/6.1
			หน้า 2/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานจะมีระบบจัดการความปลอดภัยในการทำงานซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงานเพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยต้องมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ไม่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร ในขณะที่ความรุนแรงในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชยังเป็นปัญหาและพบได้บ่อยทั้งกับผู้ป่วยเองและบุคลากรได้แก่ การกระทำด้วยการใช้กำลัง เช่น การตบ ต่อย เตะ และกัด การใช้วัตถุเป็นเสมือนอาวุธ กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การถ่มน้ำลาย การขว้างและการหยิก หรือความรุนแรงที่มาจากการใช้วาจา เช่น การข่มขู่ และการคำทอ


ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคลากร และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการป้องกันและรับมือเหตุการณ์รุนแรงอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขอรายชื่อบุคลากรที่มีสภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยประมาณ 10 - 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 2 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกพร้อมการพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รับความยินยอม ผู้ให้ข้อมูลจะลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่มอาจารย์ แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน)	AF 06-05/6.1 หน้า 3/5
---	--	--	------------------------------

ประมาณ 5 นาที และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อใช้เวลาประมาณ 40 นาที รวมแล้วใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 45 นาที พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ โดยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หรือไม่ต้องการให้บันทึกเสียงในช่วงนั้นๆ หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะระบุเป็นรหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างถึงตัวบุคคล ข้อมูลบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนาซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว นอกจากนั้นเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (password) ในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านให้ข้อมูลในรูปแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเล่าประสบการณ์หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (saturation)

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้ท่านเสียเวลา และอาจเกิดอาการเหนื่อยล้าจากการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาจะได้ข้อมูลซึ่งนำไปสู่การพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลสัมภาษณ์แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความเป็นจริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยทราบหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่มอาจารย์ แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน)	AF 06-05/6.1 หน้า 4/5
---	--	--	------------------------------

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้มีความหมายว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่จะมีของที่ระลึกมูลค่าประมาณ 150 บาท

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนา ซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว เสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ใน ฮาร์ดไดร์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้ รหัส (password) ในการเปิด และมีเฉพาะทีมผู้วิจัยที่สามารถเปิดและเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) เสียงสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเปิดเผยต่อ

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ โทร 062-994-9669 ที่อยู่ รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 หรือส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่มอาจารย์ แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน)	หน้า 5/5

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์ 062-994-9669 หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ตามกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)	หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย รายการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 81805-07
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 062-994-9669

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)


ชื่อ อาจารย์ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 61509
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-930-3858

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ผศ.ดร.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4092 ต่อ 2142
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-844-7961

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัยได้” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)	หน้า 2/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานจะมีระบบจัดการความปลอดภัยในการทำงานซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงานเพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยต้องมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ไม้มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร ในขณะที่ความรุนแรงในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชยังเป็นปัญหาและพบได้บ่อยทั้งกับผู้ป่วยเองและบุคลากรได้แก่ การกระทำด้วยการใช้กำลัง เช่น การตบ ต่อย เตะ และกัด การใช้วัตถุเป็นเสมือนอาวุธ กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การถ่มน้ำลาย การขว้างและการหยิก หรือความรุนแรงที่มาจากการใช้วาจา เช่น การข่มขู่ และการคำทอ


ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคลากร และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการป้องกันและรับมือเหตุการณ์รุนแรงอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขอรายชื่อบุคลากรทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยประมาณ 10 - 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 2 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกพร้อมการพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รับความยินยอม ผู้ให้ข้อมูลจะลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)	หน้า 3/5

ประมาณ 5 นาที และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อใช้เวลาประมาณ 40 นาที รวมแล้วใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 45 นาที พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ โดยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หรือไม่ต้องการให้บันทึกเสียงในช่วงนั้นๆ หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะระบุเป็นรหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างถึงตัวบุคคล ข้อมูลบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนาซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว นอกจากนั้นเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (password) ในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านให้ข้อมูลในรูปแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเล่าประสบการณ์หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (saturation)

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้ท่านเสียเวลา และอาจเกิดการเหน็ดเหนื่อยจากการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาจะได้อำนาจซึ่งนำไปสู่การพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลสัมภาษณ์แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความเป็นจริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยทราบหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)	หน้า 4/5

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้มีความหมายว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่จะมีของที่ระลึกมูลค่าประมาณ 150 บาท

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนา ซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว เสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ใน ฮาร์ดไดร์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้ รหัส (password) ในการเปิด และมีเฉพาะทีมผู้วิจัยที่สามารถเปิดและเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) เสียงสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเปิดเผยต่อ

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ โทร 062-994-9669 ที่อยู่ รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 หรือส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล)	หน้า 5/5

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์ 062-994-9669 หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ตามกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย)	หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย รายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 81805-07
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 062-994-9669

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)


ชื่อ อาจารย์ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 61509
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-930-3858

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ผศ.ดร.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4092 ต่อ 2142
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-844-7961

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัยได้” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย)	หน้า 2/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานจะมีระบบจัดการความปลอดภัยในการทำงานซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงานเพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยต้องมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ไม่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร ในขณะที่ความรุนแรงในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชยังเป็นปัญหาและพบได้บ่อยทั้งกับผู้ป่วยเองและบุคลากรได้แก่ การกระทำด้วยการใช้กำลัง เช่น การตบ ต่อย เตะ และกัด การใช้วัตถุเป็นเสมือนอาวุธ กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การถ่มน้ำลาย การขว้างและการหยิก หรือความรุนแรงที่มาจากการใช้วาจา เช่น การข่มขู่ และการคำทอ


ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคลากร และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการป้องกันและรับมือเหตุการณ์รุนแรงอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขอรายชื่อบุคลากรทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยประมาณ 10 - 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 2 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกพร้อมการพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รับความยินยอม ผู้ให้ข้อมูลจะลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย)	หน้า 3/5

ประมาณ 5 นาที และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อใช้เวลาประมาณ 40 นาที รวมแล้วใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 45 นาที พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ โดยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หรือไม่ต้องการให้บันทึกเสียงในช่วงนั้นๆ หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะระบุเป็นรหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างถึงตัวบุคคล ข้อมูลบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนาซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว นอกจากนั้นเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (password) ในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านให้ข้อมูลในรูปแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเล่าประสบการณ์หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (saturation)

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้ท่านเสียเวลา และอาจเกิดการเหน็ดเหนื่อยจากการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาจะได้ข้อมูลซึ่งนำไปสู่การพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลสัมภาษณ์แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความเป็นจริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยทราบหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย)	หน้า 4/5

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้มีความหมายว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่จะมีของที่ระลึกมูลค่าประมาณ 150 บาท

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนา ซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว เสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ใน ฮาร์ดไดร์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้ รหัส (password) ในการเปิด และมีเฉพาะทีมผู้วิจัยที่สามารถเปิดและเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) เสียงสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเปิดเผยต่อ

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ โทร 062-994-9669 ที่อยู่ รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 หรือส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย)	หน้า 5/5

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์ 062-994-9669 หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ตามกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่เวรเปล)	หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย รายการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 81805-07
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 062-994-9669

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษา)


ชื่อ อาจารย์ดร.นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4000 ต่อ 61509
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-930-3858

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ผศ.ดร.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4092 ต่อ 2142
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-844-7961

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และอยู่ในเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัยได้” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่เวรเปล)	หน้า 2/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

การจัดการความปลอดภัยในการทำงาน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานจะมีระบบจัดการความปลอดภัยในการทำงานซึ่งเป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติและมีวิธีดำเนินงานเพื่อลดหรือขจัดสภาพที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะเข้าไปเป็นหน่วยงานหลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องผ่านการรับรองตามกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยต้องมีระบบการจัดการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ไม่มีความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร ในขณะที่ความรุนแรงในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชยังเป็นปัญหาและพบได้บ่อยทั้งกับผู้ป่วยเองและบุคลากรได้แก่ การกระทำด้วยการใช้กำลัง เช่น การตบ ต่อย เตะ และกัด การใช้วัตถุเป็นเสมือนอาวุธ กระทำพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การถ่มน้ำลาย การขว้างและการหยิก หรือความรุนแรงที่มาจากการใช้วาจา เช่น การข่มขู่ และการคำทอ


ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติตัวของบุคลากร และการจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการป้องกันและรับมือเหตุการณ์รุนแรงอย่างชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขอรายชื่อบุคลากรทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยประมาณ 10 - 12 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่าน แพทย์ประจำบ้าน 2 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน ผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่เวรเปล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย 1 ท่าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกพร้อมการพิทักษ์สิทธิ เมื่อได้รับความยินยอม ผู้ให้ข้อมูลจะลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ ใช้เวลาในการตอบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่เวรเปล)	หน้า 3/5

ประมาณ 5 นาที และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อใช้เวลาประมาณ 40 นาที รวมแล้วใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 45 นาที พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ โดยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หรือไม่ต้องการให้บันทึกเสียงในช่วงนั้นๆ หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะระบุเป็นรหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างถึงตัวบุคคล ข้อมูลบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนาซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว นอกจากนั้นเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (password) ในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านให้ข้อมูลในรูปแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเล่าประสบการณ์หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยให้สัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (saturation)

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้ท่านเสียเวลา และอาจเกิดการเหน็ดเหนื่อยจากการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาจะได้อำนาจซึ่งนำไปสู่การพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลสัมภาษณ์แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความเป็นจริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้วิจัยทราบหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่เวรเปล)	หน้า 4/5

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้มีความหมายว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่จะมีของที่ระลึกมูลค่าประมาณ 150 บาท

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนา ซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว เสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ใน ฮาร์ดไดร์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้ รหัส (password) ในการเปิด และมีเฉพาะทีมผู้วิจัยที่สามารถเปิดและเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) เสียงสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ภายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเปิดเผยต่อ

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ โทร 062-994-9669 ที่อยู่ รพ.จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย 1873 ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 หรือส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
		ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย(กลุ่ม เจ้าหน้าที่เวรเปล)	หน้า 5/5

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัย คือ นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์ 062-994-9669 หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ตามกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-07/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง รายการสำรวจความปลอดภัยจากความร้อนในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 สภากาชาดไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่
 อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
 เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
 โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
 เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
 ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ
 จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
 เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น
 จนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
 ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
 ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
 คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
 วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ
 ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
 ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
 การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
 กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
 การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์
 เท่านั้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม	AF 06-07/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
2. อายุ..... ปี		
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หม้าย/แยก/หย่า
4. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 1. ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือ ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาโททางการพยาบาล <input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโทสาขาอื่นๆ ระบุ.....	
5. ศาสนา	<input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม <input type="checkbox"/> 3. คริสต์ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ.....	
สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช		
6. ทำหน้าที่	<input type="checkbox"/> 1. อาจารย์แพทย์ <input type="checkbox"/> 2. แพทย์ประจำบ้าน <input type="checkbox"/> 3. พยาบาล <input type="checkbox"/> 4. ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> 5. เจ้าหน้าที่เวรเปล <input type="checkbox"/> 6. เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย	
7. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช.....ปีเดือน		
8. การเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา/เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน (ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุหัวข้อที่เคยเข้าร่วม.....	

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

สำหรับผู้ที่ให้ข้อมูลที่เป็นญาติของผู้ป่วย

6. การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย.....
7. ระยะเวลาการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....ปี.....เดือน
8. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางกฎหมายโดยเป็น

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางและรูปแบบการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งเป็นเพียงแนวทางที่สามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนตามบริบทของกระบวนการสนทนา ปฏิสัมพันธ์ของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การวิจัยในแต่ละสถานการณ์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะปรับคำถามให้มีความลึกซึ้งเฉพาะเจาะจง ตามความซับซ้อนของการสะสมข้อมูลจากการวิเคราะห์ สำหรับประเด็นคำถามในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

- 1) เพื่อวิเคราะห์แนวทางและรูปแบบการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) เพื่อพัฒนารายการสำรวจความปลอดภัยจากความรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 1. ปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชจากประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร
 2. เมื่อมีปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและท่านตัดสินใจหรือแก้ไขอย่างไรบ้างอย่างไร
 3. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชอย่างไรบ้าง
 4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการประเมินความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

บรรณานุกรม

1. ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ, จุฬามาศ เสารยะ, ภัทรีพันธุ์ ภาษา, ศาสวัต สุขพงษ์ไทย, สุวรรณวิชัย, ชนารัตน์. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Solveig Osborg O, Solfrid L, Ivar P, Torleif R, Jaap van W. Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nordic journal of psychiatry*. 2017;71(8):551-60.
3. Li Lu, Lok Ka-In, Zhang Ling, Hu Ailing, Ungvari Gabor S, Bressington Daniel T, et al. Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Archives of psychiatric nursing*. 2019;33(5):68-72.
4. เจษฎากร โสธรเจริญสินธุ์ และพรชัย สิทธิศรีบุญกุล. ความชุก และปัจจัย ที่ มีความ สัมพันธ์กับการ เกิด ความรุนแรง ในสถานที่ปฏิบัติ งานของพยาบาลแผนกจิตเวชในหน่วยบริการ สังกัดกรมสุขภาพจิตเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และ ปริมณฑล. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2564;39(2):203-11.
5. Yudai Kobayashi, Oe Misari, Ishida Tetsuya, Matsuoka Michiko, Chiba Hiromi, Uchimura Naohisa. Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(8):2747.
6. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
7. ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร. การ ศึกษา พฤติกรรม ความ ปลอดภัย ใน การ ทำงาน ของ พยาบาล วิชาชีพ โรง พยาบาล มหาวิทยาลัย ของ รัฐ. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2562;31(1):61-71.
8. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). *Hospital and Healthcare Standards* The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) 2015.
9. วิทยา อยู่สุข. สาระการเรียนรู้วิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย. ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
10. Beatriz Fernandez-Muniz, Montes-Peon Jose Manuel, Vazquez-Ordas Camilo Jose. Safety management system: Development and validation of a multidimensional scale. *Journal of Loss Prevention in the process Industries*. 2007;20(1):52-68.

11. Emergency Nurses Association. (n.d.)Public policy agenda 2007-2008. 2008 [May 10, 2008:[Available from: <http://www.ena.org/government/policy/PPA2007Final.pdf>.
12. International Council of Nurses. Positive practiceenvironments: Quality workplaces = qualitypatient 2006 [updated August 12, 2007. Available from: <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>.
13. Soares J. Nolan P., Dallender J., Thomsen S., & Arnetz B., A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. 2001.
14. Pamela P Elliott. Violence in health care. Nursing management. 1997;28(12):38.
15. Rose M. . A survey of violence toward nursing staffin one large Irish accident and emergency department. Journal of Emergency Nursing. 1997;23(3):214-9.
16. วันเพ็ญ ไส้ไหม, สุดาพรรณ ธัญจิรา ณวิรัชยา ประเสริฐ สุขจินดา. ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. Ramathibodi Nursing Journal. 2010;16(1):121-35.
17. Manar Al-Azzam, Al-Sagarat Ahmad Yahya, Tawalbeh Loai, Poedel Robin J. Mental health nurses' perspective of workplace violence in Jordanian mental health hospitals. Perspectives in psychiatric care. 2017;54(4):477-87.
18. สุรพล พะยอมเยี่ยม. จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ2541.
19. โชคชัย บุญเสมอ. วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส; 2542.
20. วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ วิฑูรย์ สิมะโชคดี. วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น); 2547.
21. ชัยยุทธ ชวลิตนธิกุล. อาชีวอนามัย เล่มที่ 1 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พิมพ์ครั้งที่ 8 ed. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2534.
22. ไพจิตร บุญยานุเคราะห์. นิยามและบทบาทของวิศวกรรมความปลอดภัย. วารสารโรงงาน. 2534;10:50-4.
23. โสภณ เสือพันธ์. ความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ: เอ็มพันธ์; 2538.
24. วิทยา อยู่สุข. อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม2544.
25. วีรศ จิรไชยภาส. การสร้างและพัฒนาแบบสอบถามวัดเจตคติด้านความปลอดภัยในการทำงานของบริษัทปูนซีเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน): คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
26. P Anderson. Safety management for mechanical plant construction,. London: Kluwer

publishing; 1989.

27. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การ
จำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2): เศษการพิมพ์ 44; 2559.
28. สมบูรณ์ สุโขสิต. วัฒนธรรม ความปลอดภัย ของ พยาบาล วิชาชีพ โรง พยาบาล ตำรวจ. JOURNAL
OF THE POLICE NURSES. 2014;6(1):219-29.
29. รัชดากร ราชีวงศ์, วาสิณี วิเศษฤทธิ์. ประสบการณ์ ของ หัวหน้า หอ ผู้ป่วย วิกฤต ใน การ จัดการ ความ
ปลอดภัย ของ บุคลากร. JOURNAL OF THE POLICE NURSES. 2016;8(1):182-92.
30. ปรีศนา ทองอร่าม, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญ กุลอภิรัตน์ สุก วัฒน. ระบบ การ จัดการ ความ ปลอดภัย ใน การ
ทำงาน สำหรับ พยาบาล: กรณี ศึกษา โรง พยาบาล มหาราช นคร เชียงใหม่. Nursing Journal. 2017;44(3):134-43.
31. อารีย์ แก้วทวี และ จรรยา วงศ์กิตติถาวร. วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2553;28(3).
32. Andrew Neal, Griffin Mark A, Hart Peter M. The impact of organizational climate on safety
climate and individual behavior. Safety science. 2000;34(1-3):99-109.
33. Sara J Singer, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SKS, Park KC. The culture of
safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. BMJ Quality & Safety.
2003;12(2):112-8.
34. Pascale Carayon, Gürses Ayşe P. A human factors engineering conceptual framework of
nursing workload and patient safety in intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing.
2005;21(5):284-301.
35. Barbara A Mark, Hughes Linda C, Belyea Michael, Chang Yunkyung, Hofmann David,
Jones Cheryl B, et al. Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work
conditions on nurse injuries? Journal of safety research. 2007;38(4):431-46.
36. Dena Ali Abozaid, Momen Mohamed, Ezz Nahla Fawzy Abou El, Ahmed Hanaa
Abdelhakiem, Al-Tehewy Mahi Mahmoud, El-Setouhy Maged, et al. Patient and visitor aggression
de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. BMC nursing. 2022;21(1):63.
37. United States. Occupational Safety, Administration Health. Guidelines for Preventing
Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers: US Department of Labor,
Occupational Safety and Health Administration; 1996.
38. สุกางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธา; 2554.
39. มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์. วารสาร

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(2):329-43.

40. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 7 th ed ed. Illinois: Joint Commission Resources
Oak Brook; 2021.

41. Yodsaporn Preesanga. การประยุกต์ใช้แบบจำลองสารสนเทศอาคาร (BIM) ในการตรวจสอบการใช้งานประตูภายในอาคารกรณีศึกษาประตูในโรงพยาบาลอาคารภูมิสิริ มังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. Sarasatr. 2021;4(4):753-61.

42. นางสาวลัดกษณ์ สุวรรณไมตร, นางสาวอุษา ลิมชีวะ, นางสาวชุริภรณ์ เสียงล้ำ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

43. นางพรทิพย์ วชิรดิถก, นายธีระ ศิริสมุค, นางรสสุคนธ์ ชมชื่น, ดร.นิภาพร ลกรวงศ์. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตไร้รอยต่อ สำหรับห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.); 2562.

44. ครู เกษตร, ปรีชญา, ร อนุสรณ์ ท ราง กู, ช ันธุ์ พ น. การออกแบบ สภาพแวดล้อม ทางกายภาพของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและประสิทธิภาพการรักษา. 2559.

45. Sumavalee Chindapol. การสำรวจคุณภาพแสงสว่างและความต้องการปรับปรุงในพื้นที่ผู้ป่วยนอก ศูนย์ สรี รพัฒน์ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. JOURNAL OF ENVIRONMENTAL DESIGN. 2020;7(1):74-91.

46. Tanut Waroonkun, Sararit Titaya. แนวทาง การปรับปรุง ห้องตรวจ ผู้ป่วย นอก โรงพยาบาล มหาราช นคร เชียงใหม่ ตามแนวคิด สิ่งแวดล้อม เพื่อ การ เยียวยา. Built Environment Inquiry. 2019;18(2):35-50.

47. Meonfun Sukmon. แนวทางปรับปรุงพื้นที่ใช้งานส่วนให้ บริการ การ แพทย์ แผน ไทย ภายใต้ แนวคิด การ ออกแบบ เพื่อ ทุก คน กรณี ศึกษา สถาบัน การ แพทย์ แผน ไทย อภัย ภูเบศ ร โรงพยาบาล เจ้าพระยา อภัย ภูเบศ ร. Sarasatr. 2022;5(2):259-71.

48. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยสำหรับสถานพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

49. ประภาพร นพ สุวรรณ. การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องเข้าห้องแยกโรงพยาบาลสวนปรุง= Nursing practice of professional nurses in the seclusion of violent patients at Suan Prung psychiatric hospital. 2006.

50. อมรรรัตน์ ตันติ ทิพย์ พงศ์. การศึกษา ความรุนแรงจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลวชิระ ภูเก็ต ปี 2561. Region 11 Medical Journal. 2018;32(4):1249-60.

51. Jaakko Varpula, Välimäki Maritta, Lantta Tella, Berg Johanna, Soininen Päivi, Lahti Mari.

Safety hazards in patient seclusion events in psychiatric care: A video observation study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022;29(2):359-73.

52. ทรง วุฒิ สัจจ์ บุญ. การ จัดการ ความ เสี่ยง ความ รุนแรง ขณะ ปฏิบัติ งาน ใน แผนก นุ กเงิน. *Thai Journal of Nursing Council*. 2019;34(1):14-24.

53. Siriyupa Nunsunanon. บทบาท พยาบาล จิตเวช ใน การ ส่งเสริม การ เข้าถึง การ ดูแล จิตเวช นุ กเงิน. *Vajira Nursing Journal*. 2020;22(2):118-26.

54. กายสิทธิ์ แก้ว ยา ศรี, รัตน์ บุญ มา สุ น ท รา วิ. การ พัฒนา รูป แบบ การ เฝ้า ระวัง คัด กรอง และ ดูแล ผู้ ป่วย จิตเวช ใน ชุมชน จังหวัด เลย. *วารสาร วิจัย และ พัฒนา ระบบ สุขภาพ*. 2022;15(2):328-42.

55. ผกา มา ศ สุ จิตติ ว นิ ช, วั ง สันติภาพ คง นา. การ พัฒนา สมรรถนะ ทีม บุคลากร ใน การ ดูแล ผู้ ป่วย จิต เภท ที่ มี พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง โรง พยาบาล ชัยภูมิ. *วารสาร วิชาการ ทางการ พยาบาล และ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ*. 2022;2(2):46-58.

56. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565 เมษายน 2565. 256 p.*

57. ช ญา ภา เย ย โปธิ์. การ พัฒนา รูป แบบ บริการ คลินิก เบาหวาน โดย ประยุกต์ ใช้ แนวคิด แบบ ลี น โรง พยาบาล พัทธภูมิพิสัย จังหวัด มหาสารคาม. *วารสาร โรง พยาบาล มหาสารคาม*. 2020;17(3):54-63.

58. Jean Galloway. Personal safety when visiting patients in the community. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002;8(3):214-22.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอัจฉรา ลอยบัณฑิตย์
วัน เดือน ปี เกิด	23 มกราคม 2535
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2557 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย)
ที่อยู่ปัจจุบัน	7/1 หมู่ 6 หมู่บ้านหนองกระดุกเนื้อ ตำบลหนองนมวัว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ 60150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY