



โรงพยาบาลนครปฐม
Nakhonphanom Hospital

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม

COA No. 039/2022

NPH – REC No. 025/2022

ชื่อโครงการ	การพัฒนาแบบแผนการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม
รหัสโครงการ	025/2022
ชื่อผู้วิจัยหลัก/ หน่วยงานที่สังกัด	นางปริยาณูช ชินดา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครปฐม
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2565 2. โครงร่างวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2565 4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มผู้ป่วย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2565 5. หนังสือแสดงเจตนายินยอม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2565 6. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลนครปฐม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 7. แบบประเมินความเหมาะสม ยอมรับได้ ความเป็นไปได้ของรูปแบบ ความสอดคล้องของรูปแบบและคู่มือรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 8. แบบทดสอบความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 9. แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 10. แบบวัดความเชื่อมั่นในการจัดการกับผู้ป่วยก้าวร้าว ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 11. แบบประเมินผลการฝึกอบรม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 12. แบบประเมินความสอดคล้อง (IOC) ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 13. แบบแสดงความคิดเห็นประเด็นปัญหาในการสนทนากลุ่ม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565 14. รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565
วิธีทบทวน	คณะกรรมการชุด Full Board Review
	ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	26 / 07 / 2565
วันหมดอายุ	25 / 07 / 2566

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....
(พญ.สิริธร นิมิตวิไล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....
(กญ.อรอนงค์ เหล่าตระกูล)

กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลนครปฐม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
 โรงพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม

Effects of the development of aggressive and violent behavior management model in
 psychiatric patients for nursing personnel in NakhonPathom Hospitals

ปริยานุช ชื่นตา พย.ม Preyanuch Chuenta,M.N.S โรงพยาบาลนครปฐม นครปฐม NakhonPathom Hospital

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน โดย1)ศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช 2)พัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม และ3)ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่คัดเลือกแบบเจาะจงได้รับการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนด ประเมินผลการอบรมด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดความเชื่อมั่น ติดตามผลลัพธ์การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวหลังอบรม 1ปี ติดตามระดับความก้าวร้าวรุนแรงทุก1,3,6และ12ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าววิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยแบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ (MInD model) มีกระบวนการจัดการ 3 ระยะ ได้แก่การจัดการเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ (M: management prevention) การคุ้มครองป้องกัน (In: intervention protection) และการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค(D:development to prevention) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่ารูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯมีความเหมาะสม ยอมรับได้ และเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง ผลการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่าง 42 คนพบมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่นสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการติดตามผลลัพธ์หลังการอบรม 1ปี พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลง บุคลากรบาดเจ็บลดลง และติดตามระดับความก้าวร้าวรุนแรงกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช34รายทุก1,3,6และ12เดือนพบว่าระดับความก้าวร้าวรุนแรงลดลง

สรุป รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานได้

คำสำคัญ : การจัดการพฤติกรรม บุคลากรทางการแพทย์ พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาล ปริยานุช ชื่นตา : e-mail:aonct@hotmail.com

Abstract

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

Results The model (MinD model) consisted of 3 main processes: M-management prevention, In-intervention protection, and D-development to prevention. Expert assessed the MinD model demonstrated suitability, acceptability, and feasibility at high level. After training, 42 nurses were observed increased significantly in their knowledge, attitude, confidence. The outcomes at one year follow up found a decreased in incidence of incidence of aggressive and violent behaviors, a reduction in the number of referral and a decrease in the personnel injuries from the attacks. Follow up aggressive level in 34 psychiatric patients on one, three, six and twelfth of month found that a decrease aggressive level

Conclusion The MinD model should be considered to implement in Center hospital, general and community hospital according to their contexts.

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

Corresponding author : Preeyanuch Chuenta : e-mail: aonct@hotmail.com

บทนำ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลก^{1,2} และมีแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{3,4} โดยเฉพาะพฤติกรรมที่กระทำต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ⁵ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทำงานที่มีลักษณะเฉพาะต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันในสถานะไม่ปกติของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นจึงเป็นความเสี่ยงของบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ⁶ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงด้านร่างกายก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจกับทีมบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด⁷ มากกว่าความรุนแรงด้านร่างกาย แต่ในระยะยาวอาจเกิดความเจ็บปวดเรื้อรังซึ่งทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง^{8,9} ความพึงพอใจในการทำงานลดลง ต้องออกจากวิชาชีพก่อนเวลาอันสมควร¹⁰ รวมทั้งองค์กรต้องสูญเสียทั้งภาพลักษณ์ในการให้บริการและงบประมาณ¹¹

จากการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2561-2564) ในเขตสุขภาพที่ 5 โดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต รวมถึงพยาบาลที่ให้บริการด้านหน้า กลุ่มตัวอย่าง 86 คนพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชกระทำรุนแรงต่อบุคลากรพยาบาลมากขึ้นส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ(ร้อยละ 41.5, 50.5, 50.3) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วย 1669 (ร้อยละ 37.3, 37.1, 41.1)และผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 28.4, 32.4, 32.4) กระทำด้วยวาจา (ร้อยละ 52.5) มากกว่ากระทำทางกาย (ร้อยละ 21.9) มักเกิดในช่วงบ่าย (ร้อยละ 49.7) พบมากที่สุดใ้หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 38.2) สาเหตุจากปัจจัยภายนอกได้แก่ขาดความรู้ด้านจิตเวชฉุกเฉิน (ร้อยละ 68.9) ขาดทักษะ (ร้อยละ 62.9) และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านจิตเวช (ร้อยละ 61.8) และหน่วยงานต่างๆไม่มีวิธีการจัดการหรือแนวปฏิบัติที่เป็นสายลักษณะอักษร ใช้วิธีการจัดการเฉพาะหน้า เฉพาะเหตุการณ์ ปัญหาที่สำคัญคือบุคลากรขาดความรู้ความเชื่อมั่น ขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง

ดังนั้นเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุม¹² ในหลากหลายปัจจัยและเหมาะสมกับบริบทและตอบสนองต่อนโยบายเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกรมสุขภาพจิต การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยการฝึกอบรมให้กับบุคลากร นอกเหนือจากการเรียนรู้ในระบบการศึกษาปกติ¹³ ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหลังการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะและทัศนคติในทางบวก^{14,15} มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคลจะทำให้รู้สึกปลอดภัยและมีความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น^{16,17} ผลลัพธ์สุดท้ายคือการป้องกันและลดการใช้มาตรการที่เข้มข้น¹⁸ ลดการเกิดอุบัติการณ์และการบาดเจ็บหลังการฝึกอบรม¹⁹

การศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการ

ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช โดยการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2552-2562 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามกรอบ PICO²⁰ ดังนี้ P:(population) ผู้ปฏิบัติจิต

เวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง: I:(intervention) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง: C:(comparisons) ไม่มี และ O:(outcome) ความปลอดภัย/การบาดเจ็บ สืบค้นจากฐานข้อมูล ThaiLIS, pubMED, Google Scholar and Wiley online Library jour โดยกำหนดความสำคัญในการสืบค้น management of violence in general hospital, aggressive and violence behavior in psychiatric patients in the health care setting พฤติกรรมรุนแรงและประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-overholt และความเป็นไปได้ของ pilot & Beck พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 22 เรื่อง ผู้วิจัยประเมินและคัดเลือกมีคุณภาพน่าเชื่อถือสำหรับการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 14 เรื่อง สรุปข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus groups) ใน 5 ประเด็นดังนี้ 1) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีเป้าหมายทั้งในระยะยาวและระยะสั้นอย่างไร 2) มีวิธีการอย่างไรในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช³ องค์ประกอบของวิธีการจัดการ 4) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและ 5) วิธีถ่ายทอดรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลนครปฐม สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ จำนวน 40 คน สรุปข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม โดยนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อจัดทำรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ และคู่มือรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ นำไปทบทวนโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายเดิมอีกครั้งเพื่อพิจารณาความเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขหลังจากนั้นนำไปทดสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คนเพื่อประเมินความเหมาะสม (suitability) คือรูปแบบมีเนื้อหาสาระที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการตรงตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การยอมรับได้ (acceptability) คือรูปแบบมีวิธีการไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติมากเกินความจำเป็น และความเป็นไปได้ (feasibility) คือรูปแบบสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมเหมาะสม และเพียงพอต่อการปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินร่างรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ ที่มี 3 ตอน ตอนที่ 1 ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ ตอนที่ 2 ประเมินความสอดคล้องของรูปแบบฯ ตอนที่ 3 ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และยอมรับได้ของคู่มือรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ โดยทดลองฝึกอบรมตามโปรแกรม 6 หน่วยการเรียนรู้ จำนวน 8 ชั่วโมงให้กับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 42 คน จาก 3 หน่วยบริการของโรงพยาบาลนครปฐม (ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช) มีเป้าหมายระยะสั้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (C:cognitive) เปลี่ยนแปลงเจตคติ (A: attitude) เพิ่มพูนสติหรือความเชื่อมั่น (M; mindfulness) และเพิ่มพูนทักษะ (P: psychomotor) ประเมินผลโดย 1) แบบทดสอบความรู้ เป็นแบบปรนัยถูกและผิด 25 ข้อ ค่า IOC = 0.71-1 ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค = 0.89 2) แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความก้าวร้าวและความรุนแรง (MAVAS) 27 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ พัฒนาโดยดักเบอร์รี่และคณะ²³ ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค = 0.86 3) แบบวัดความเชื่อมั่นในการจัดการผู้ป่วยก้าวร้าว (CIMPAS) พัฒนาโดยธศศิ²⁴ ค่าความเชื่อมั่นคอนบาค = 0.89 4) แบบประเมินการฝึกทักษะปฏิบัติ มีเกณฑ์วัด 2 ระดับคือผ่านหรือไม่ผ่าน และ 5) แบบประเมินผลการฝึกอบรมเพื่อประเมินด้านประโยชน์และการตอบสนองต่อผู้ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าดัชนี ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนที่แบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired-sample T-test) นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแปลความหมาย

หลังการนำไปใช้ในช่วง 1 ปีประเมินผลลัพธ์จากอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การบาดเจ็บของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน และการส่งต่อ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม การติดตามระดับความก้าวร้าวรุนแรง ตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงค่าเดียวเท่านั้นและคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้เป็นกึ่งเร่งด่วน เร่งด่วน อุกเขิน²¹

ผลการศึกษา

สภาพการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นปัญหาทางวิชาชีพที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช⁶ การจัดการมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีเหตุผลด้านจริยธรรมและเป็นอันตรายต่อบุคลากรและผู้ป่วย¹⁶ อย่างไรก็ตามสามารถป้องกันได้ ถ้าบุคลากรทุกคนมีเจตคติที่ดีต่อปัญหา สาเหตุและวิธีการจัดการในหน่วยงาน²² รวมทั้งมีการระบุแนวทางการป้องกันและจัดการความก้าวร้าวรุนแรงในสถานที่ทำงานอย่างชัดเจนตามนโยบายและกระบวนการบริหารความเสี่ยง

สาเหตุของของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง²⁶ เกิดจากอิทธิพลของพยาบาลซึ่งรวมถึงคุณค่ากระบวนการทางอารมณ์และทักษะพฤติกรรมของผู้ป่วย และลักษณะสถานการณ์วัฒนธรรม และวิธีปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การรับรู้ถึงความแตกต่าง องค์การอนามัยโลกสนับสนุนวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ²⁷ ตามรูปแบบสาธารณสุข (public health model) โดยมีจุดมุ่งเน้นการป้องกันความรุนแรงในที่ทำงานสามมิติคือการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นกลยุทธ์เชิงรุกป้องกันก่อนเกิดความรุนแรงเช่นจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการรักษา ประเมินความเสี่ยงทั้งสิ่งแวดล้อมและทางคลินิก การป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นกลยุทธ์ตอบสนองต่อสถานการณ์ มีการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกอย่างละเอียด มีการจัดการและการวางแผนที่ดี มีประสิทธิภาพและปลอดภัย การลดระดับความรุนแรง การจำกัดพฤติกรรมทางกายและการหยุดยั้งพฤติกรรม การใช้ยา กลุ่มประสาทที่ออกฤทธิ์เร็ว การใช้ห้องแยกและเพิ่มระดับการสังเกต นำไปสู่การพัฒนาแผนการจัดการความเสี่ยงตามความจำเป็น และการป้องกันทุติยภูมิ

(tertiary prevention) หลังอุบัติการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นต้องมีการเรียนรู้การปฏิบัติที่ไม่สามารถทำได้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในอนาคตเพื่อใช้ความพยายามอื่นๆเพิ่มเติมจะทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและอุบัติการณ์ลดน้อยลง

การฝึกอบรมบุคลากรที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอุบัติการณ์ด้านผู้ป่วย ลดการผูกมัด และใช้วิธีการผูกมัดที่เหมาะสม เพิ่มความมั่นใจของพนักงาน²⁹ จึงควรใช้ฐานความคิดเพื่อให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ โดยฝึกอบรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ผู้ป่วย วัฒนธรรม การปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ควรฝึกทักษะเพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติอย่างพอเพียง รูปแบบการฝึกอบรมควรให้วิทยากรมีอิสระในการปรับแต่งโปรแกรมเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของเจ้าหน้าที่ เหมาะสมกับทรัพยากรขององค์กรและมุ่งเน้นพิเศษในการฝึกทีมเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง²⁶ และใช้วิธีการเชิงประจักษ์ กำหนดเนื้อหาหลักสูตร ให้ง่ายต่อการฝึกอบรม เน้นทักษะเชิงพฤติกรรม การซ้อมทีมฉุกเฉินในสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นจริง²² มีการวัดผลก่อนและหลัง ฝึกอบรมที่แม่นยำ เชื่อถือได้ โดยใช้แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความก้าวร้าว ความมั่นใจ และทักษะในการจัดการกับความก้าวร้าวมาใช้ในการประเมินผู้เข้าฝึกอบรม

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลนครปฐม

มี 5 องค์ประกอบและกระบวนการจัดการใน 3 ระยะ แสดงดังแผนภาพที่ 1 ผลการทดสอบรูปแบบการจัดการพฤติกรรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ยอมรับได้ และความเป็นไปได้ของรูปแบบฯอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.9, 4.9, 4.7$) สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง

ผลการประเมินรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

การฝึกอบรมทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คนพบว่าค่าเฉลี่ยจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 1 และผลลัพธ์ตามเกณฑ์ได้ร้อยละ 100 ทั้งคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหลังฝึกอบรมมากกว่าร้อยละ 80 ความคิดเห็นต่อการรับรู้และการใช้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงอยู่ในระดับมาก และการฝึกทักษะป้องกันตนเองและการจำกัดพฤติกรรมผ่านเกณฑ์

MInD Model



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล
โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังฝึกอบรม

คะแนนค่าเฉลี่ย		X	D	S	T	p
ด้านความรู้	ก่อนฝึกอบรม	17.8	3.2	1.67	-14.1*	.00
	หลังฝึกอบรม	21.3				
ด้านทัศนคติ	ก่อนฝึกอบรม	86.2	4.8	0.1	-10.6*	.00
	หลังฝึกอบรม	98.7				
ด้านความเชื่อมั่น ความมั่นใจ	ก่อนฝึกอบรม	27.3	1.0	0.4	-16.2*	.00
	หลังฝึกอบรม	35.6				

การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายหลังใช้ในทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 1 ปี ในระดับหน่วยงานและระดับบุคคลพบจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชลดลงจำนวนอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชลดลงและจำนวนบุคลากรบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานและระดับบุคคลก่อน-หลัง ฝึกอบรมในรอบ 1 ปี

ตัวชี้วัด	การฝึกอบรม	
	ก่อน	หลัง
ระดับองค์กร/หน่วยงาน		
- จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวไปยังโรงพยาบาลจิตเวช	124	63
- จำนวนอุบัติการณ์จากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช	63	34
ระดับบุคคล		
- จำนวนบุคลากรบาดเจ็บทางกายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	3	1
จำนวนผู้ป่วยทางกายจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	2	2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการติดตามระดับความก้าวร้าวรุนแรง ระยะหลังอบรมการจัดการทันที ระยะติดตามผล 1, 3, 6 และ 12 เดือน (N2=34)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	หลังอบรม 1 ปี การจัดการทันที (ราย)	ระดับความก้าวร้าวรุนแรง			
		ติดตาม 1 เดือน (ราย)	ติดตาม 3 เดือน (ราย)	ติดตาม 6 เดือน (ราย)	ติดตาม 12 เดือน (ราย)
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง					
- ฉกฉก (3 คะแนน)	2	-	-	-	-
- เร่งด่วน (2 คะแนน)	2	1	-	-	-
- กิ่งเร่งด่วน (1 คะแนน)	-	3	2 (ปกติ) = 2	ปกติ 4	ปกติ 4
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น ทั้งหมด คำพูดและการแสดงออก					
- ฉกฉก (3 คะแนน)	10	-	-	-	-
- เร่งด่วน (2 คะแนน)	13	13	12	7	-
- กิ่งเร่งด่วน (1 คะแนน)	5	15	16	21	3 (ปกติ 25)
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อ ทรัพย์สิน					
- ฉกฉก (3 คะแนน)	1	1	-	-	-
- เร่งด่วน (2 คะแนน)	1	1	-	-	-
- กิ่งเร่งด่วน (1 คะแนน)	-	-	2	2	ปกติ 2

กิ่งเร่งด่วน : ต้องจัดการภายใน 24 ชม.

เร่งด่วน : ต้องจัดการภายใน 2 ชม.

ฉกฉก : ต้องจัดการทันที

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความก้าวร้าวรุนแรงในระยะหลังการจัดการทันที เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องจัดการทันที 13 ราย เป็นผู้ป่วยเร่งด่วนต้องจัดการภายใน 2 ชม. จำนวน 16 ราย ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วนต้องจัดการภายใน 24 ชม. จำนวน 5 ราย และติดตามระดับความก้าวร้าวรุนแรงลดลงภายในระยะเวลา 12 เดือน มีผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วนที่ต้องจัดการภายใน 24 ชม. จำนวน 3 ราย และมีระดับความก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับปกติ 31 ราย

วิจารณ์

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯมี 5 องค์ประกอบได้แก่ แนวคิดและปรัชญา วัตถุประสงค์/เป้าหมาย กระบวนการจัดการ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการ และการทบทวนและประเมินผล ในแต่ละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในเชิงเหตุและผล คล้ายกับกรอบแนวคิด PDCA หรือ Deming cycle สามารถใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำความเข้าใจในความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ และองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ³¹ สามารถนำไปใช้อธิบาย ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆหรือตัวแปรต่างๆที่มี ตามลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบได้ง่ายขึ้น และทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไปได้³²

รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และรูปแบบที่ใช้ในต่างประเทศ ร่วมกับข้อเสนอแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทที่ได้จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในโรงพยาบาลนครปฐมจึงมีความเหมือนและแตกต่าง โดยรูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯนี้มีจุดเด่นที่กระบวนการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯนี้มีจุดเด่นที่กระบวนการจัดการใช้วิธีที่หลากหลาย เหมือนกับรูปแบบสาธารณสุข(public health model) เนื่องจากสาเหตุของความก้าวร้าวไม่มีปัจจัยใดที่โดดเด่นเพียงปัจจัยเดียววิธีการใดเพียงวิธีการเดียวก็ไม่สามารถให้ผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน³⁸ จึงต้องมีขั้นตอนการปฏิบัติตามระยะของสถานการณ์ที่ชัดเจน^{28,33,34} สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและสามารถตอบสนองต่อการจัดการเพื่อป้องกันอุบัติการณ์(management prevention)การคุ้มครองป้องกันเมื่อเกิดอุบัติการณ์ (intervention protection) และการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค(development to prevention) และที่มีความแตกต่างที่โดดเด่นที่สุดคือมีการฝึกทักษะการป้องกันตนเองและการเอาตัวรอดจากสถานการณ์วิกฤตให้กับบุคลากร โดยไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย วิธีการที่ใช้เป็นเพียงการเอาตัวเองออกจากสถานการณ์หรือหลุดพ้นจากการถูกผู้ป่วยจับ ดึง เตะ ต่อย ตี หรือถูกล็อกด้วยมือหรือแขนในท่าต่างๆซึ่งแตกต่างจากข้อเสนอแนะในวิธีการจัดการหรือการต่อสู้ป้องกันตนเองของสถาบันอื่นรวมทั้งการควบคุมตัวหรือการรวบตัวผู้ป่วยด้วยมือเปล่า (manual restrain) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน โดยยึดแนวคิด ทฤษฎีการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ข้อกำหนดด้านจริยธรรมทางวิชาชีพ การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตพ.ศ.2551 หลักการทางสรีรวิทยาและหลักการพื้นฐานต่างๆเช่น แรงโน้มถ่วง (gravity) แรงเสียดทาน (friction) การใช้โครงสร้างทางร่างกาย (body structure) ออกแบบให้การรวบตัวเพื่อกำจัดการเคลื่อนไหวด้วยมือเปล่าได้ผล ไม่เป็นอันตรายต่อกระดูก กล้ามเนื้อและจุดอ่อนของร่างกาย ช่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง ลดการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากร¹³

นอกจากนี้รูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงฯยังได้กำหนดเป้าหมายระยะสั้นเพื่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรใน 4 ด้าน เรียกว่า CAMP concept คือเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (C:cognitive) เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติ (A:attitude) เพื่อเพิ่มพูนสติหรือความเชื่อมั่น (M:mindfulness) และเพื่อเพิ่มพูนทักษะ (P:psychomotor) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่มุ่งส่งเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล^{11,14,15} และในระยะยาวมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์และสร้างระบบการทำงานที่ปลอดภัยทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ1735 โดยเฉพาะความมุ่งหมายเพื่อตอบสนองต่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย

และการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลรูปแบบฯจากการนำไปใช้โดยการฝึกอบรม พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านทัศนคติ และด้านความเชื่อมั่นต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผ่านการฝึกอบรมทักษะครบตามเกณฑ์การประเมินนั้น เป็นผลมาจากประสิทธิผลของแผนการฝึกอบรมที่มีองค์ประกอบเนื้อหาสาระที่เฉพาะเหมาะสมกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและฝึกทักษะปฏิบัติในรายบุคคลและแบบทีม ทั้งด้านการจัดการด้วยวาจาและการจัดการทางกายภาพ 36 และองค์ประกอบในเนื้อหาสาระครอบคลุมตามหลักการประเมินผลหลังฝึกอบรม¹⁹ ทำให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในทางบวก^{12,14,16} มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล รับรู้ถึงความปลอดภัยและมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มมากขึ้น^{17,18} ในการวิจัยครั้งนี้แม้จะพบว่าคะแนนความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อมั่นหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 38.1) ยังคงมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับไม่แน่ใจ ซึ่งอาจเป็นผลจากการเรียนรู้และการฝึกอบรมในช่วงเวลาสั้นๆมีการฝึกทักษะปฏิบัติเพียง 8 ชั่วโมง จึงไม่อาจส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมีความสามารถหรือมีความสามารถมากได้

การประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบด้านการบรรลุตฤประสงค์พบว่าเกิดความรู้ความเข้าใจในระดับมากที่สุด มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้งานช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากเป็นผลจากข้อสรุปการสนทนากลุ่มที่ร่วมกันกำหนดเนื้อหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบท^{28,34} ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง และยังเป็นความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ทั้งในการปฏิบัติงานและชีวิตประจำวัน รวมทั้งการใช้เทคนิควิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของทีมวิทยากรในลักษณะการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะ การแสดงบทบาทสมมุติ การฝึกปฏิบัติที่เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้เข้าฝึกสนใจ ตั้งใจเรียนรู้การจัดการด้วยกลวิธีต่างๆในสถานการณ์อันตราย ทั้งด้วยวิธีการจัดการใช้คำพูดโดยการฝึกอบรมให้เป็นผู้ฟังที่ดี ไม่ด่วนตัดสินใจ มีการเอาใจใส่ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง³⁷ และการใช้โปรแกรมทักษะทางกายในการปฏิบัติที่เหมาะสมถูกต้อง มีความมั่นคงปลอดภัย สามารถใช้สลายพฤติกรรมรุนแรงหรือตอบสนองต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³ และได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริงอย่างครบถ้วนผ่านตามเกณฑ์ทุกคน จนเกิดความเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ทัศนคติและความเชื่อมั่นในตนเองให้มากที่สุดในเวลาจำกัด^{11,14,15} และมีความพึงพอใจที่ได้รับความรู้และทักษะใหม่³⁵ อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นว่าการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายทั้งบุคลากรและผู้ป่วย และเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย เป็นงานที่ย่างยาก ซับซ้อน เทคนิคการควบคุมผู้ป่วยด้วยตนเองมีความซับซ้อนและยากที่จะทำสำเร็จเนื่องจากเหตุผลด้านจริยธรรม¹⁷

การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบฯในช่วง 1 ปีพบอุบัติการณ์และการส่งต่อผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปยังโรงพยาบาลจิตเวชลดลง ซึ่งช่วยให้ลดงบประมาณการส่งต่อ จาก 222,560 เป็น 124,280 หรือร้อยละ 30.5 การบาดเจ็บทั้งบุคลากรและผู้ป่วยลดลง¹⁹ แม้จะไม่มากแต่ถือว่าเป็นก้าวร้าวของการใช้วิธีการที่เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมในประเด็นที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบท และการติดตามระดับความก้าวร้าวในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 34 ราย หลังการอบรม พบว่าข้อมูลระดับความก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างในเดือนที่ 1,3,6 และ 12 เดือนมีแนวโน้มลดลงตามลำดับจนสู่ภาวะปกติในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชบางราย

สรุป

ผลของรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงช่วยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้ครอบคลุมหลากหลายปัจจัยเหตุ เหมาะสมกับบริบทหลังรับการอบรมบุคลากรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในทางบวก มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและอารมณ์ของบุคคล ทำให้รู้สึกปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์สุดท้ายคือการป้องกันและลดการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและบุคลากรและลดการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.กฤษณ์ รักษาติเจริญ ดร อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ นพ. สรวิต พงษ์วัฒนาสุข และพญ.พชรภรณ์ ลำเลียงพล ที่ให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson A. West SG. Violence against mental health professionals :when the treater becomes the victim. *Innovclin Neurosis* 2011;8:34-9
2. Drach-Zahavy A Goldblatt H, Granot M, Hirschman S, Kostinski H, Control :patient aggression in psychiatric setting. *Qual health Res* 2012-22:43-53
3. Ametz J .Hamblin L, Essenmacher L, Upfla M, Ager J, Luborsky, M. Understanding patient-to-worker violence in hospital :a Qualitive analysis of document incident reoorts. *J Adv Nurs* 2015:71:338-48
4. Nation Institution for Health and Care Excellence Violence and Aggressive :short-trem management in meatal health , health and management and community setting .Manchester:National Institution for Health and Care Excellance:2015
5. Stevenson kn ,Jack SM O Mara l, leGris J.Registered nurses experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient unit an interpretive descriptive study *BMC nurses* 2015 :14;35
6. Spencer S, Stone T McMillan Violence and aggressive in mental health inpatients unit an evaluation of aggressive minimization programs. *HNE Handover: For Nurse and Midwives* 2013:3-42
7. D Ettore G, Pellcan V. workplace violence toward mental mental heathcare workers employed in psychiatric ward .*Saf Health Work* 2017:8:337-42
8. Franz S, Zeh a, Schablon A, Kuhert S, Nienhaus A. Aggressive and violence againt health care workers in Geramany-a cross section retrospective survey.*BMC Health Serv RES* 2010:51
9. Campell JC ,Messing JM ,J,Agnew J.Fitzgerald s. Flower B, et,al.Workplace violence :prevalence and risk factor in the seat at work study .*J Occup Environ Med* 2011:53:82-9
10. Ceravolo DJ ,Schwartz DG. Foltz-Ramos KM, Castner J.Strengthening to overcome lateral *J.Nur Manag* 2012:20:599-606

11. Mihai A, Domokos L, Tirintica R, Radu A, Training in management of aggressive behaviour-experience in Romania. In Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H. 2013. p.468
12. National Institution Health and Clinical Excellence (NICE) Violence and Aggressive behaviours in people with mental health problems. Manchester. National health and Clinical Excellence :2017
13. Kynoch K, Wu CJ, Chang AM interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting :a systematic review .Worldviews Evid Based Nurs 2011 :8:76-86
14. Pekara J, Treslova M. The Experiences with nurses trainings concerning prevention of violence in the Czech Republic in years 2010-2013. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. P.:448-50.
15. Zwitter MS. Violence in the health care setting: empowering nursing students through the use of de-escalation training. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8th European congress on violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. p.440-2
16. Snorrason J, Saebarsson GS, Bjarnason HT experience of Staff using manual restraint techniques in Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8th European Congress on violence in Clinical psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. P. 463-4
17. Jones D. Violence in the workplace: an endemic but not an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editor Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. 31-4.
18. Carlo SL, Moylan LB. Integration of the Audio-Visual Moylan Assessment of Progressive Aggression Tool (MAPAT) in A USA State wide training program of mental health workers in. Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al, editors in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26 Ghent, Belgium Amsterdam 2013. P 434-9
19. Livingston JD, Vervoort J, Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. J Nurs 2010.6.15-28

20. จุฬาลักษณ์ โภภลตรี.(2555).การคำนวณขนาดตัวอย่างสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,20(3),192-198
21. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ.(2561)การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชเขตสุขภาพที่10 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561:26(3):207-219
22. McCann TV, Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of access in acute old age psychiapy inpatient units. *BMJ Psychiatry* 2014:14-80
23. Duxbury J. Hahn S, Needham I, Pulsford D. The management of Aggression and Violence Attitude Scale ZMAVAS) : a cross-nation comparative study *J Adv Nurs* 2008:62;596-606
24. Thackrey M. Clinician confidence in coping with patient aggression; assessment and enhancement .*Professional Psychology: Research and Practice* 1987:18:57-60
25. WorkSafe Victoria. Prevention and management of aggression in health service. Victoria: WorkSafe Victoria:2010
26. Farrell GA, Shafieei T, Salmon P. Facing up to challenging behavior a model for training in staff-client interaction *J Adv nur* 2010:66:1644-55
27. Paterson B, Leadbetter D .Miller G. Beyond tolerance : a varied approach to workplace. *Br J Nurs* 2005:14:746-51
28. Sethi D, Habibular S, McGee K, Bennett S, Hyder AA, et all. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva: world Health Organization :2004
29. McDonnell AA, Gould A, Adams T. Sallis J. Anker R,Staff training in physical intervention : a systematic literature review. Bath: Studio 3 training system:2014
30. Middleby- Clements JL, Grenyer BF.Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudees. *Aust N Z Psychiatry* 2007:41:187-91
31. Chinn PL, Kramer MK integrated theory & knowledges deveiopment in nursing. 8 edition .St Louis: Elsevier:2008
32. Sudthae K. The development of form of academic administration for small schools Mahasarakham: Mahasarakham rajabhat university :2010.Zin Thai)
33. Baker SN. Management of acute afitation in the emergency *Nurs J* 2012:34:306-18
34. Jones D. Violence in the workplace:am endemic but not an inevitable problem of 21 century healthcare delivery IN :Callaghan P , Oud N, Bjorngaard JH, NiJiman H, Palmstierna T, ALmvik R, et al., editors. Proceeding of the8 European Congress on Violence in Clinical Psychiatry.2013 Oct 23-26:Ghent, Belgium.Amsterdam:Kavanash:2013 P.31-4

35. Guay S, Boyer R, Jarvis J, Dugal N. Evaluation of changes in perceived self-efficacy in managing patient aggression after completing workplace prevention training. In: Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent, Belgium. Amsterdam: Kavanash; 2013. P 459-62.
36. Bower L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggressive and violence incidents on UK acute psychiatry ward. *Psychiatry Serv* 2006;57:1022-6.
37. Karpilovsky H. Reducing aggression on a psychiatric unit through interdisciplinary staff education. In Callaghan P, Oud N, Bjorngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, et al., editors. Proceedings of the 8 European Congress on violence in Clinical Psychiatry. 2013 Oct 23-26; Ghent Belgium. Amsterdam: 2013. p.452.
38. Peker BC, Gillespie GL. Workplace: a call for action. *J Hospital Adm* 2014;3:34-40.
39. Saimai W, Thanira S, Phasertsukjinda N. Workplace violence and its management by nursing personnel in emergency department. *Ramathibodi Nursing Journal* 2016;121-35(in Thai).