

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง
ต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

..... กิ่งกัญญา วัฒนพงศ์

นางสาวชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี,

ปร.ด.(ประสาทวิทยาศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... วัชรานันท์ เกตุมงคล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกตุมงคล,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัณใจ อานาจสัตย์เชื้อ,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... วัชรานันท์ เกตุมงคล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกตุมงคล,

Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

.....

นางสาวชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์
ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์สุลี ทองวิเชียร,
ส.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์,

.....

รองศาสตราจารย์สมพร กันทรคุชฎี เตริยมชัยศรี,
ปร.ค.(ประสาทวิทยาศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกิดมงคล,
Ph.D.(Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร เกิดมงคล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ พร้อมกับให้กำลังใจด้วยดีตลอดมาขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียรที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และร่วมเป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ คุณชนิดา มัททวงกูร และ ครอบครัว คุณปิยะรัตน์ พลพงศ์ ที่ช่วยให้คำแนะนำและกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำ ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ พันจ่าอากาศหญิงสุนิต โชติกุล คุณดาวเรือง กองแก้ว รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร ที่ให้คำแนะนำ ในการตรวจเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ร่วมงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู้จินดา ทุกท่าน และสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัยซึ่งให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความหวังใจช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และทุกๆ ท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้การสนับสนุนกำลังใจ และมีส่วนช่วยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

VIOLENCE AND RELATED FACTORS TO PUBLIC HEALTH NURSING, HEALTH DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION.

ชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์ 4637647 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, ประ.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์), พัทธราพร เก็ดมงคล, Ph.D.(Nursing), ขวัญใจ อำนาคัตยชัยชื่อ, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นพยาบาลสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุเฉลี่ย 44 ปี มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางร่างกาย คือการได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของพยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 4.461$, p-value = 0.035) และของพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 13.730$, p-value < 0.001), วิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 21.233$, p-value < 0.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงทางกาย คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติ ($r = -0.120$, p-value = 0.038) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านจิตใจ คือการได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของพยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 9.207$, p-value = 0.002) และของพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 19.533$, p-value < 0.001), วิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 141.831$, p-value < 0.001) และมาตรการป้องกันความรุนแรงของงานเย็บบ้าน ($\chi^2 = 5.445$, p-value = 0.020) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงด้านจิตใจ คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขและเพื่อนร่วมงาน ($r = -0.207$, p-value = 0.000) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านเพศคือ สถานที่ปฏิบัติงานชุมชนเมือง ($\chi^2 = 7.387$, p-value = 0.007), การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 5.732$, p-value = 0.017) และวิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 39.197$, p-value < 0.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยรวมคือ สถานที่ปฏิบัติงานชุมชนแออัด ($\chi^2 = 12.249$, p-value < 0.001), การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของพยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 8.675$, p-value = 0.003) และพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 17.429$, p-value < 0.001), วิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 146.570$, p-value < 0.001) และมาตรการของงานเย็บบ้าน ($\chi^2 = 4.028$, p-value = 0.045) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงโดยรวม คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน ($r = -0.181$, p-value = 0.002) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ผู้บังคับบัญชาควรตระหนักและให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบายป้องกันความรุนแรง มาตรการการแก้ไข อบรมให้ความรู้ในการป้องกันและการจัดการกับความรุนแรง

คำสำคัญ: ความรุนแรง / พยาบาลสาธารณสุข / กรุงเทพมหานคร

130 หน้า.

VIOLENCE AND RELATED FACTORS TO PUBLIC HEALTH NURSING,
HEALTH DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION.

CHANICNANT PANPAYAK 4637647 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMPORN KANTHARADUSSADEE
TRIAMCHAI SRI, Ph.D., PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D.,
KWANJAI AMNATSATSUE, Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional study was to examine factors related to violence against public health nurses in the Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration (BMA). Study samples were three hundred public health nurses from sixty-eight health centers. Self-administered questionnaire was used to collect data. Statistics utilized for data analysis included percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Chi square.

The results revealed that the average age of samples was 44 years old. Almost all of the samples perceived violence at a high level. Factors related to physical violence included the accessibility to information about violence against general nurses ($\chi^2 = 4.461$, p-value = 0.035), about and public health nurses ($\chi^2 = 13.730$, p-value < 0.001) and about violence management ($\chi^2 = 21.233$, p-value < 0.001). Physical violence had a significantly negative relationship with the relationship between public health nurses and their clients ($r = -0.120$, p-value = 0.038). Factors correlated with emotional violence included the accessibility to information about violence against general nurses ($\chi^2 = 9.207$, p-value = 0.002) and public health nurses ($\chi^2 = 19.533$, p-value < 0.001), violence management ($\chi^2 = 141.831$, p-value < 0.001), and defensive measures to prevent violence against home-visit nurses ($\chi^2 = 5.445$, p-value = 0.020). Emotional violence had a significantly negative affect on the relationship between public health nurses and their colleagues ($r = -0.207$, p-value < 0.001). Factors related to sexual violence were community characteristic-outskirts ($\chi^2 = 7.387$, p-value = 0.007), the accessibility to information about violence against public health nurses ($\chi^2 = 5.732$, p-value = 0.017), and violence management ($\chi^2 = 39.197$, p-value < 0.001). Factors related to overall violence were community characteristic-slum ($\chi^2 = 12.249$, p-value < 0.001), the accessibility to information about violence against general nurses ($\chi^2 = 8.675$, p-value = 0.003) and public health nurses ($\chi^2 = 17.429$, p-value < 0.001), violence management ($\chi^2 = 146.570$, p-value < 0.001), and defensive measures to prevent violence against home-visit nurses ($\chi^2 = 4.028$, p-value = 0.045). Overall violence had a significantly negative relationship between public health nurses and their colleagues ($r = -0.181$, p-value = 0.002).

This study suggested that organization administrators should be aware of the violence problem and promote a prevention policy to resolve the problem.

KEY WORDS: VIOLENCE / PUBLIC HEALTH NURSE / BANGKOK

130 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญแผนภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
นิยามตัวแปร.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี.....	8
2. ความรุนแรงในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข.....	16
3. มาตรการป้องกันและจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน.....	29
4. บุคลิกภาพกับการเกิดความรุนแรง.....	33
5. การรับรู้ความรุนแรง.....	36
6. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพ.....	39
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	48
ประชากรตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ.....	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
การพิจารณาทางจริยธรรม.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลสาธารณสุข.....	54
ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข.....	57
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข.....	57
ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ...	58
ส่วนที่ 5 การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข.....	59
ส่วนที่ 6 มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร.....	60
ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง.....	62
บทที่ 5 อภิปรายผล	
ส่วนที่ 1 การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
ส่วนที่ 2 การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย.....	78
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	85
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	99
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก.....	118
ประวัติผู้วิจัย.....	130

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุขจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และ การปฏิบัติงาน.....	55
2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุขจำแนกตามบุคลิกภาพ.....	57
3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุขจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง.....	57
4 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ.....	58
5 การจัดการกับประเภทของความรุนแรงที่ได้รับของพยาบาลสาธารณสุข.....	59
6 วิธีการจัดการกับความรุนแรงประเภทต่างๆของพยาบาลสาธารณสุข.....	60
7 มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กรตามการรับรู้ของ พยาบาลสาธารณสุข.....	60
8 มาตรการป้องกันความรุนแรงสำหรับของพยาบาลสาธารณสุข 5 อันดับแรก.....	61
9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง.....	63
10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางกาย.....	64
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านจิตใจ.....	66
12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านเพศ.....	68
13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงโดยรวม.....	70

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรง.....	28
2 กระบวนการรับรู้.....	37
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกและกระแสความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ที่ปรากฏการณ์ของความรุนแรงนานัปการเกิดขึ้น ทั้งในเรื่องความปลอดภัยในชีวิต สิทธิเสรีภาพ และทรัพย์สิน กลุ่มที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มเด็กและสตรี ซึ่งปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีได้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว รายงานว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 16 พฤศจิกายน 2549 มีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงถึง 2,929 ราย และข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center: OSCC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 มีเด็กและสตรีถูกทำร้ายทั้งสิ้น 14,382 ราย พฤติกรรมที่ถูกกระทำรุนแรง 4 อันดับแรกคือ การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรงทางเพศ การทำร้ายจิตใจ และการค้าประเวณี โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำรุนแรงมากที่สุดคือ บุคคลใกล้ชิดกับผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติ คนรู้จัก และเพื่อนใกล้ชิด (ภูพาน ภูมิพงษ์ ฐ้วงศ์, 2549: 2) ซึ่งสถานที่กระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรีนั้น ได้แก่ บ้าน ในที่ทำงาน บนถนน บนรถประจำทาง อนึ่ง ความรุนแรงสามารถเกิดขึ้นกับผู้หญิงคนใดก็ได้ตลอดเวลา โดยไม่จำกัด อายุ อาชีพ และการศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรีมีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่ชีวิตส่วนตัวจนถึงระดับสังคม (นิจวรรณ วีรวัฒน์, 2540: 1-3)

ในปัจจุบันมีผู้หญิงจำนวนมากถูกลวนลามทางเพศ ทั้งทางกายและทางวาจา ในสถานที่ทำงาน รวมถึงไม่มีความปลอดภัยในการเดินทางไปทำงานหรือในที่อื่นๆ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2545: 5) ซึ่งสอดคล้องกับการสรุปชนิดของความรุนแรงที่พบได้ในสตรีวัยผู้ใหญ่ของยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2544) ว่า สตรีในวัยทำงานจะถูกลวนลามและถูกทำร้ายทางเพศและถูกทำร้ายจิตใจในที่ทำงาน ส่วนในต่างประเทศ จากรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเมืองชิคาโก (Chicago) พบว่าพยาบาลถูกผู้ป่วยใช้อาวุธปืนยิง สาเหตุเพียงเพราะผู้ป่วยรายนี้โกรธที่พยาบาลปฏิเสธให้เขาดื่มกาแฟในตอนเช้าตรู่ของวันหนึ่ง อีกเหตุการณ์หนึ่งในเมืองฮุสตัน (Houston) รัฐเท็กซัส (Texas) มีรายงานว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย

ถูกแทง โดยพนักงานผู้หนึ่งที่ไม่พอใจที่ถูกไล่ออกจากงาน และในเมืองไมอามี (Miami) รัฐฟลอริดา (Florida) เกิดเหตุสามีพยายามยิงภรรยาซึ่งเป็นพยาบาล และผู้ร่วมงานที่ทำงานเดียวกันในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอีกหลายคนได้รับบาดเจ็บ (Stewart-Amidei, 1999 อ้างใน ทัดดาว นิยมาศ, 2545: 3) และการจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรพยาบาล พบว่ามีบุคลากรพยาบาลจำนวนน้อยที่มีการเตรียมการเพื่อจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน บุคลากรพยาบาลแต่ละคนเมื่อเป็นผู้ถูกระทำ จะมีวิธีการจัดการกับความรุนแรงแตกต่างกัน โดยหาวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ควบคุมสถานการณ์เพื่อลดหรือป้องกันความรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้ร่วมงานหรือผู้ป่วยอื่น ได้แก่ บอกเล่าเหตุการณ์ความรุนแรงกับเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือผู้นิเทศงาน พยายามแก้ปัญหาด้วยความมั่นใจและเด็ดขาด เดินหนีจากสถานการณ์ ขอความช่วยเหลือ พูดคุยกับผู้ที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่ใส่ใจกับปัญหาและปฏิบัติตามปกติ หรือพยายามหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น (ทัดดาว นิยมาศ, 2545: 4) วิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรี ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการถูกระทำทารุณกรรมและความรุนแรงในที่ทำงานด้วย (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2544: 93) จากลักษณะงานของพยาบาล เป็นการปฏิบัติงานให้บริการและประสานงานทั้งแก่ผู้มารับบริการและบุคลากรทางการพยาบาลหรือผู้ร่วมงานอื่นๆ อาจทำให้เกิดการขัดแย้งและเกิดการถูกระทำความรุนแรงได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ทองสุกข์ บุญเกิด, 2542: 3 และทัดดาว นิยมาศ, 2545: 2) พยาบาลเป็นกลุ่มสตรีทำงานในโรงพยาบาลและในชุมชน มีความเสี่ยงต่อการถูกระทำความรุนแรง จากการศึกษานองนฤมล สิทธิคู่ตระกูล (2545) ถึงลักษณะและปริมาณการถูกระทำความรุนแรงของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลร้อยละ 78.3 ถูกระทำความรุนแรง โดยผู้กระทำความรุนแรงด้านร่างกายต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย, ผู้กระทำความรุนแรงด้านจิตใจต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลด้วยกันเอง และผู้กระทำความรุนแรงด้านเพศต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ซึ่งพยาบาลสาธารณสุขเป็นพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกัน ลักษณะงานคล้ายคลึงกัน จึงมีโอกาสเกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขได้เหมือนกัน

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครนั้น ต้องออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านดูแลครอบครัว และติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายฝ่ายในชุมชน รวมทั้งการเดินทางเพื่อเข้าชุมชนที่มีสภาพพื้นที่แตกต่างกันทั้งภูมิศาสตร์และประชากร บางพื้นที่มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากสภาพทางสังคม ปัญหาอาชญากรรม การถูกฉกชิงทรัพย์สิน และการถูกทำร้ายร่างกายขณะปฏิบัติงาน มีผู้ป่วยจากปัญหาทางจิตที่เป็นผลจากยาบ้าอยู่ในชุมชน ทางเดินภายในชุมชนที่มีมุมเปลี่ยว เป็นต้น แต่เนื่องจากข้อมูลการกระทำ

รุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขยังไม่มีการสำรวจและรายงานไว้อย่างชัดเจน ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสาธารณสุขจึงสนใจศึกษาว่าพยาบาลสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรงในการปฏิบัติงานในด้านใดบ้าง จึงได้ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์พยาบาลสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 ท่านที่มีประสบการณ์การเย็บบ้าน ดูแลครอบครัวและชุมชน เป็นเวลา 8-17 ปี ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2548 และจากการศึกษานำร่อง โดยใช้แบบสอบถามพยาบาลสาธารณสุขจำนวน 50 คน พบว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลสาธารณสุข สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้รับบริการไม่ให้การต้อนรับ ปฏิเสธการบริการจากพยาบาล ร้อยละ 56, ผู้รับบริการใช้วาจาที่ไม่สุภาพ เช่น พุดจาถูกสัพยอก ร้อยละ 50, เพื่อนร่วมงานใช้วาจาประชดประชัน กระแทกกระแทก ร้อยละ 46, ผู้รับบริการใช้วาก้าวร้าว หรือแสดงอารมณ์โกรธ ร้อยละ 42, ผู้รับบริการแสดงท่าทางที่ไม่สุภาพ ร้อยละ 40, พนักงานขับรถใช้วาจาไม่สุภาพ ร้อยละ 38, ผู้รับบริการพุดจาดูถูก หรือแสดงความไม่เชื่อถือ ร้อยละ 30 และผู้บังคับบัญชาใช้วาจาไม่สุภาพ ตะคอก ประชดประชัน ร้อยละ 24
2. ด้านร่างกาย ได้แก่ ถูกสุนัข แมว หรือสัตว์อื่นกัด ทำร้าย ร้อยละ 8, ถูกชิงทรัพย์ และติดเชื้อโรคติดต่อจากผู้ป่วย เช่น โรคฉี่หนู ร้อยละ 2
3. ด้านทางเพศ ได้แก่ ถูกผู้รับบริการลวนลามทางเพศ ร้อยละ 2

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลสาธารณสุขที่ออกปฏิบัติงานในชุมชน มีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงทางกาย ทางใจ และทางด้านเพศ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจ รวมถึงศักยภาพในการปฏิบัติงาน และเนื่องจากยังไม่เคยมีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิด ความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรุนแรง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ต่อพยาบาลสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ลดความเสี่ยง และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขเชิงรุกต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีลักษณะอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขมีอะไรบ้าง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ลักษณะความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข
3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ,บุคลิกภาพ,ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน,การรับรู้ความรุนแรง,ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา,ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน,ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ วิธีการจัดการกับความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข,มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติขององค์กร

นิยามตัวแปร

1. **งานพยาบาลสาธารณสุข** หมายถึง การบริการสาธารณสุขต่างๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ที่มีภาวะสุขภาพปกติ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต่างๆ และผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษาตัวในโรงพยาบาล (ประกา ถิมประสูตร, 2542: 8)

ในการวิจัยครั้งนี้ งานพยาบาลสาธารณสุข หมายถึง งานการพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ชลลดา ภัคดี ประพฤทธิ์, 2550: 89-92)

งานการพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึง การบริการเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการสำรวจประเมินภาวะสุขภาพและค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชน สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และให้การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และ

จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตามความต้องการ และสามารถดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ รวมถึงสภาพการณ์ใดๆ อันเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรืออย่างใดอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักงาน กทม. กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย ไปจนถึงบาดเจ็บสาหัส เช่น การผลัก หยิก ตบ ตี กระชาก ขว้างปาสิ่งของใส่ ไปจนถึงการใช้กำลังข่มขืนรุนแรง เช่น การบีบคอ ชกต่อย เตะ การใช้อาวุธประทุษร้ายร่างกาย การกักขัง เป็นต้น

ความรุนแรงด้านจิตใจ ได้แก่ การใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์ เพื่อก่อให้เกิดความเสียใจ ปวดร้าว กระตปกระเทือนใจ หวาดกลัว หวาดระแวง กังวลไม่สบายใจ คิดว่าตนเป็นต้นเหตุเป็นผู้ผิด รวมทั้งความกดดันทางอารมณ์อื่น ๆ เช่น การพุดจาคุกคาม คำว่าด้วยคำหยาบคาย ตะคอก ตวาด ประชดประชัน ขู่จะทำร้าย รวมทั้งการแสดงท่าที เช่น เลยมเย โกรธ ไม่พอใจ ซึ่งเป็นการกระทำที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ

ความรุนแรงด้านเพศ ได้แก่ การล่วงละเมิดหรือการคุกคามทางเพศ การพุดจาทะโลม การแสวงโดยมีเจตนาไปทางชู้สาว การเกี้ยวพาราสี การใช้สายตาโลมเลีย การกระทำอนาจาร เช่น การจับต้องอวัยวะที่เป็นของสงวน การใช้อวัยวะเพศถูไถ เป็นต้น รวมถึงการชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ การหลอกลวง บังคับ และข่มขืนให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอม

การประเมินความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศทำได้โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อยของความรุนแรง ที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของ Sitthilutrakul (2003)

3. พยาบาลสาธารณสุข หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3 ขึ้นไปที่บรรจุตำแหน่งทำหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้าน เรียกว่า พยาบาลครอบครัว หรือพยาบาลอนามัยชุมชน ปฏิบัติงานประจำศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงาน กทม. กรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ไม่รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่

ทำหน้าที่งานอนามัยโรงเรียน งานห้องปฏิบัติการพยาบาล งานสุขภาพจิต งานบำบัดและป้องกัน ยาเสพติด งานวัณโรค และหัวหน้าพยาบาล มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล และมีใบประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและสาขาการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

4. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในงานพยาบาล สาธารณสุข ประกอบด้วย

4.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ถ้าเกิน 6 เดือนถือว่าเป็น 1 ปี

4.2 บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งแสดงออกมาเป็นประจำจนเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะบุคลิกภาพ 2 ลักษณะ (สุพานี สฤณภูวนิช, 2549: 131) ดังนี้

4.2.1 บุคลิกภาพชนิด A ในด้านบวก จะเป็นคนกระฉับกระเฉง ขยัน ประารถความสำเร็จ มีมาตรฐานและเป้าหมายการทำงานสูง ชอบความสมบูรณ์แบบ ชอบการแข่งขันเพื่อให้เป็นผู้ชนะ แต่ในด้านลบ จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมทำอะไรแบบเร่งรีบ ใจร้อน ไม่ค่อยอดทน ชอบขัดจังหวะคนอื่น ชอบคิดหรือทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และอาจผลิผลตามได้

4.2.2 บุคลิกภาพชนิด B ในด้านบวก จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมง่ายๆ สบายๆ ผ่อนคลาย ไม่รีบเร่ง แต่อดทน ขณะที่ในด้านลบ จะต้องการการสนับสนุนจากคนอื่น ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง ไม่ค่อยกระตือรือร้น เรื่อยๆ เฉื่อยๆ ไม่ชอบแข่งขัน ไม่ใส่ใจในรายละเอียด

การจำแนกบุคลิกภาพในงานวิจัยนี้ ใช้แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์มาจาก Sithilutrakul (2003) โดยจำแนกบุคลิกภาพออกเป็นชนิด A และ B

4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดจากสถาบันต่างๆ ตามระบบการศึกษาของทบวงมหาวิทยาลัย จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรหลังปริญญาตรี (เฉพาะทาง) และปริญญาโท

4.4 ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน หมายถึง ระยะเวลาเต็มปีในการปฏิบัติงานพยาบาล สาธารณสุข ที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

4.5 การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง กระบวนการที่สมองตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และตีความหมายเป็นการรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์เดิมที่มีต่อสิ่งเร้านั้น นำไปสู่การแสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น ในที่นี้ การรับรู้ความรุนแรงจึงหมายถึง การตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง วัดโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุขที่ประยุกต์จาก Sithilutrakul (2003) โดยจำแนกการรับรู้ความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

5. **สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ** ในงานวิจัยนี้ หมายถึง พฤติกรรม และผลตอบสนองของสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข ประเมินได้โดยการใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของ Sitthilutrakul (2003) โดยจำแนกสัมพันธภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมดี ปานกลาง และไม่ดี

6. **ลักษณะของชุมชน** หมายถึง ชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร เคหะชุมชน ชุมชนเมือง

7. **วิธีการจัดการกับความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข** หมายถึง วิธีที่พยาบาลสาธารณสุขใช้จัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชนในขณะที่ปฏิบัติงาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8. **มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร** หมายถึง วิธีการหรือแนวทางที่หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดและนำไปใช้ในการป้องกันและจัดการกับความรุนแรง โดยจำแนกตามลักษณะของมาตรการ ได้เป็น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม และมาตรการด้านการบริหาร และยังรวมถึงมาตรการป้องกันความรุนแรงตามบทบาทต่างๆ สำหรับบุคลากรอีกด้วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขในชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2552

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความรุนแรง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาล
สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี
2. ความรุนแรงในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข
3. มาตรการป้องกันและจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน
4. บุคลิกภาพกับการเกิดความรุนแรง
5. การรับรู้ความรุนแรง
6. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพ
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี

แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรง เป็นการให้ความหมายของความรุนแรงตามทัศนะของ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักวิชาการ ประเภทของความรุนแรง ผลของความรุนแรงต่อสังคม
เศรษฐกิจต่อสตรี ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในแต่ละประเด็นต่อไป

1.1 ความหมายของความรุนแรง

ความรุนแรง หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ทั้งทางกาย
วาจา จิตใจ และทางเพศ โดยการบังคับ บังคับ ทุบตี คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะ
และในการดำเนินชีวิตส่วนตัว ซึ่งเป็นผลหรืออาจจะเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและ
จิตใจแก่ผู้ถูกระทำ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์, 2545: 1)

ความรุนแรง หมายถึง การจงใจหรือเจตนาในการใช้กำลังทางกาย หรืออำนาจคุกคาม
ตนเอง ผู้อื่น กลุ่มบุคคล หรือชุมชน ซึ่งผลจะก่อให้เกิดการบาดเจ็บการสูญเสียชีวิต ผลกระทบทาง
จิตใจ การพัฒนาทางกายหรือจิตใจอารมณ์ที่ผิดปกติ (WHO, 2002: 4)

ความรุนแรง หมายถึง การกระทำที่เป็นความก้าวร้าวทางร่างกาย การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม รวมทั้ง การทารุณกรรมและการละเลย ทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ (Kornbilt อ้างใน ภัทรวดี ทองชมพู, 2540: 9)

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของความรุนแรงว่า เป็นปรากฏการณ์ที่มีความสลับซับซ้อน ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ อาทิ ปัจจัยทางชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง (World Health Organization, 2002: 9)

Cambridge Advance Learner's Dictionary ให้ความหมายของความรุนแรงว่า เป็นการกระทำหรือคำพูดที่มีเจตนาจะสร้างความเจ็บปวดให้แก่ผู้อื่น (<http://dictionary.cambridge.org/define.asp?key=88367&CALD>)

Merriam-Webster Online Dictionary ให้ความหมายของความรุนแรงว่า การใช้กำลังทางร่างกายเพื่อกระทำประทุษร้าย หรือข่มขืนกระทำชำเรา รวมถึงการดูหมิ่นเหยียดหยาม (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/violence>)

ความรุนแรง หมายถึง การใช้วาจา กำลังร่างกาย หรืออาวุธ ในการทำร้ายผู้อื่น และเป็นการกระทำที่ออกนอกกรอบ นอกรอยของวิถีปฏิบัติทั่วไป เป็นลักษณะกระบวนการ (process) มากกว่าเป็นผลของการกระทำแบบใดแบบหนึ่ง นั่นคือประกอบด้วย ที่มาของความรุนแรง เป้าของความรุนแรง และเหยื่อของความรุนแรง (Galtung, 1969 อ้างใน แว่วรุ่ง นาวาบุญนิยม, 2544: 17)

จากการศึกษาของทัตดาว นิยมาศ (2545: 9-10) ความหมายของความรุนแรงในภาษาไทยมีใช้หลายคำ เช่น การทำร้าย การประทุษร้าย การทำร้าย เป็นต้น เช่นเดียวกับต่างประเทศที่มีหลายคำมีความหมายคล้ายคลึงกัน เช่น abuse , violence แต่ความหมายที่มักใช้ในความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่ครอบคลุมและชัดเจน คือคำว่า violence เพราะ abuse มักใช้กับความรุนแรงทางวาจา ส่วน violence มีความหมายครอบคลุมถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งทางวาจาและความรุนแรงทางร่างกายด้วยการใช้กำลัง รวมถึงการคุกคามทางเพศ (sexual harassment) นอกจากนั้นโรแซน เบิร์ก, แครอล และเพอร์เวล ได้ให้ความหมายไว้เช่นเดียวกับพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ ว่าความรุนแรง คือ การเจตนาหรือตั้งใจที่จะใช้กำลังกายหรืออำนาจต่อผู้อื่น หรือต่อตนเอง ต่อกลุ่ม หรือต่อชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่จะเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ การสูญเสียหรือเสียชีวิต ส่วนแอลเลียต ให้ความหมายของความรุนแรงว่า หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งอาจจะมีความรุนแรงที่มาจากทางวาจาหรือการกระทำด้วยการใช้กำลัง ที่แสดงการข่มขู่ คุกคาม การทำร้ายร่างกายและการฆาตกรรม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ความหมายของความรุนแรงเป็นการรับรู้ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการที่จะให้ความหมาย ทั้งนี้ขึ้นกับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลหนึ่งอาจจะให้ความหมายของระดับความรุนแรงเหมือนกันหรือแตกต่างกันได้

1.2 ประเภทของความรุนแรง (Typology of violence) แบ่งออกเป็น

1.2.1 ความรุนแรงแบบไม่ลงมือ (Passive Violence) หรือความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural Violence) เป็นความรุนแรงที่แฝงเร้น หรือแบบไม่ต้องลงมือทำ ก็ก่อความรุนแรงได้ทั่วสังคม (คานธี อ้างใน มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547: 30) โดย ดร.สตีเฟน อาร์โคเวย์ (Stephen R. Covey) ได้นำแนวคิดของคานธี มาเขียนหนังสือชื่อการนำแบบมีหลักการ (Principle Centered Leadership) แบ่งความรุนแรงแบบไม่ลงมือเป็นความผิดพลาดหรือบาปหนัก 7 ประการ ได้แก่

1) ความมั่งคั่งโดยไม่ทำงาน (Wealth without Work)

การกระทำกลุ่มนี้ได้แก่ การปั่นหุ้นและที่ดิน การเก็งกำไรจากกการค่าเงินและสินค้าโภคภัณฑ์ เป็นต้น กล่าวทางเศรษฐศาสตร์ก็คือการสร้างควมร่ำรวยโดยไม่สร้างมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งโรงงานนรกและระบบการขายตรงแบบปิระมิด (Multi-Level Management)

2) ความเพลิดเพลินโดยขาดความสำนึกผิดชอบ (Pleasure without Conscience)

ความผิดพลาดนี้มักเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากความร่ำรวย โดยเฉพาะเมื่อไม่ต้องทำงานหนักก็มีแนวโน้มที่จะแสวงหาความเพลิดเพลินใส่ตัว สร้างแบบอย่างการบริโภคและทัศนคติในการแสวงหาความเพลิดเพลินอย่างไม่ยั้งคิดแก่สังคม เช่น การเสพยา การติดเกมกีฬาที่โหดโผนตื่นเต้น หรือการพนัน เป็นต้น

3) ความรู้ที่ขาดหลักความประพฤติ (Knowledge without Character)

ความรู้หรือการศึกษาในโลกที่หลงติดการบริโภคทางวัตถุก็มักเป็นไปในทางเพื่อทำให้มีงานดีได้เงินมาก การศึกษาที่ปฏิบัติอยู่จึงถืออาชีพเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่ถือการพัฒนาบุคลิกเป็นศูนย์กลาง การศึกษาเพื่อสร้างบุคลิก (Character Education) อาจเน้นหลักความประพฤติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน เช่น ความเมตตา ความเป็นธรรม ความมีศักดิ์ศรี การช่วยเหลือส่วนรวม และบูรณภาพแห่งตน

4) การพาณิชย์ที่ขาดศีลธรรม (Commerce without Morality)

นั่นคือการพาณิชย์หรือธุรกิจที่ชุกาไรอยู่เหนือสิ่งอื่นใด เช่น สุขภาพของผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่คนงานไปจนถึงผู้บริโภคสินค้านั้น หรือการพิทักษ์รักษาสິงแวดล้อม หรือความรับผิดชอบต่อความเป็นธรรมและความสงบสุขในสังคม นอกจากนี้ การแข่งขันแย่งชิงอำนาจภายในองค์กรธุรกิจ และการต่อสู้แย่งชิงตลาดเพื่อการผูกขาด การกักตุนสินค้า การกดค่าแรงคนงานต่ำจนเกินเหตุ การสร้างงานที่ไม่มีความมั่นคงขึ้นเป็นรูปแบบหลัก เช่น การจ้างงานเป็นบางเวลาหรือบางช่วง เป็นต้น เหล่านี้จึงอยู่ในการพาณิชย์ที่ขาดศีลธรรม ซึ่งเป็นต้นตอใหญ่อย่างหนึ่งของความรุนแรงในสังคม

5) วิทยาศาสตร์ที่ปราศจากความเป็นมนุษย์ (Science without Humanity)

โดยการพัฒนาวิทยาศาสตร์ที่ปราศจากความเป็นมนุษย์จึงบังเกิดผลที่ว่า ขณะที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพิ่มพูนอย่างก้าวกระโดด ความก้าวหน้าทางแท้จริงของมนุษย์ ดูเหมือนเกิดขึ้นน้อยมาก เช่น ความไม่เท่าเทียมกันหรือ ความอยุติธรรมเดิมก็ยังปรากฏอยู่ นอกจากนี้ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางสงครามก็ก้าวไปสู่จุดที่จะทำลายอารยธรรมทั้งหมดของมนุษย์ลงไป

6) การสักการะที่ปราศจากความเสียสละ (Worship without Sacrifice)

การตีความหมายหรือการสั่งสอนทางศาสนาต่างๆ ในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะควบคุมผู้นับถือโดยอาศัยความกลัวการตกนรก การถูกสาปแช่ง การชำระโทษในนรกและอื่นๆ ซึ่งเป็นการสร้างความเกลียดและความหวาดกลัวขึ้นในจิต นำสู่ความขัดแย้งหรือสงครามทางศาสนาได้

7) การเมืองที่ปราศจากหลักการ (Politics without Principle)

การเมืองในปัจจุบันเต็มไปด้วยเกมแข่งชิงอำนาจและการสร้างภาพ การคิดลึนบนการเล่นพวก การยัดยัดเกี้ยวเกื้อ เหล่านี้ทำให้การเมืองกลายเป็นสิ่งสกปรก ซึ่งก็จะสร้างสังคมที่ไร้หลักการขึ้นมา

1.2.2 ความรุนแรงทางกายภาพ (Physical Violence) หมายถึง การใช้กำลังคุกคาม

หรือทำร้ายเพื่อควบคุมหรือครอบครองบุคคลหรือทรัพย์สินของบุคคลอื่น เช่นการจับไล่ออกจากเขตทำกิน หรือการบังคับให้มาทำงานให้ การครอบครองทรัพย์สินของผู้อื่นเพื่อสร้างความมั่งคั่งโดยไม่ต้องทำงานหนัก โดยความรุนแรงทางกายภาพอาจจำแนกได้เป็น ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชน ซึ่งรวมทั้งความรุนแรงในโรงเรียน ท้องถนน และในที่ทำงาน ความรุนแรงจากองค์กรอาชญากรรม ความรุนแรงจากองค์กรธุรกิจ ความรุนแรงจากรัฐ และความรุนแรงจากสงคราม

ความรุนแรงทางกายภาพพบว่ามี ความรุนแรง 2 ลักษณะ คือ (มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547: 30-32)

1. ความรุนแรงแบบบุคคล เป็นการกระทำของบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมักไม่ซับซ้อน ขนาดของความรุนแรงจำกัดในขอบเขตหนึ่งไม่มีการใช้พลังทางปัญญามาก ได้แก่ การทำร้ายกันในครอบครัวหรือท้องถนน

2. ความรุนแรงแบบองค์กร มีความซับซ้อน ขนาดของความรุนแรงมาก และไม่เน้นบุคคล

ขณะที่องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งประเภทของความรุนแรงไว้ ดังนี้ (WHO, 2002: 4-5 และ จรวยพร สุภาพ และคณะ, 2548: 7-10)

1) จำแนกตามผู้กระทำความรุนแรงเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1.1) ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence) ประกอบด้วยพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง (Self-abuse) เช่น การทำร้าย ร่างกายตนเอง (Self-mutilation) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ครอบคลุมตั้งแต่การมีความคิดที่จะจบชีวิต ตนเอง การวางแผนพยายามหาวิธีการ การพยายาม จนถึงการทำตัวตายสำเร็จ แต่กระบวนการนี้ไม่ จำเป็นจะต้องเป็นขั้นตอนดังกล่าวแล้วเสมอไป บางคนอาจจะมีความคิดในการจบชีวิตตนเองแต่ไม่ เคยกระทำ บางคนอาจจะพยายามฆ่าตัวตายโดยที่ไม่มีความตั้งใจอยากจบชีวิตตนเอง

1.2) ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal violence) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1) ความรุนแรงในครอบครัวหรือคู่สมรส (Family or intimate partner violence) คือความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส แต่เหตุการณ์ไม่ได้เกิดขึ้นในบ้านที่อยู่อาศัยเสมอไป อาจเกิดเหตุการณ์นอกบ้านที่อยู่อาศัยก็ได้ รูปแบบความรุนแรงในครอบครัวหรือคู่สมรส คือ การทารุณกรรมเด็ก (Child abuse) การทอดทิ้ง เด็ก (Neglected) ความรุนแรงในคู่สมรส (Violence by intimate partner) การทารุณกรรมผู้สูงอายุ

1.2.2) ความรุนแรงในชุมชน (Community violence) คือความรุนแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งอาจจะรู้จักกันหรือไม่รู้จักกันก็ได้ โดยทั่วไป เหตุการณ์มักจะเกิดขึ้นนอกบ้าน แต่อาจเกิดขึ้นในบ้านที่อยู่อาศัยก็ได้ รูปแบบความรุนแรงในชุมชน คือ ความรุนแรงในวัยรุ่น (Youth violence) ความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ (Random acts of violence) การล่วงละเมิดทางเพศ หรือการข่มขืนโดยคนแปลกหน้า (Sexual assault or rape by strangers) และความรุนแรงในสถานที่ต่างๆ (Violence in institutional setting) เช่น โรงเรียน สถาน ประกอบการ ทัณฑสถาน และสถานรับเลี้ยงหรือดูแลเด็กหรือผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.3) ความรุนแรงต่อกลุ่มบุคคล (Collective violence) คือความรุนแรงที่ บุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่มบุคคลคณะหนึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการต่อต้านหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อกลุ่ม บุคคลอีกคณะหนึ่ง เพื่อหวังผลประโยชน์ หรือบรรลุเป้าหมายทางการเมือง เศรษฐกิจ หรือสังคม รูปแบบของความรุนแรงต่อกลุ่มบุคคลมีหลากหลาย ได้แก่ การปฏิบัติการทางทหาร (Armed conflict) ทั้งภายในรัฐหรือระหว่างรัฐ การทำลายล้างเผ่าพันธุ์ (Genocide) การปราบปราม (Repression) และการกระทำอื่นๆ ที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน (Human right abuse) ลัทธิก่อการ ร้าย (Terrorism) และกลุ่มการประกอบอาชญากรรม (Organized violence crime)

2) จำแนกตามลักษณะการกระทำความรุนแรง (Nature of violence) เป็น 4 ประเภท ได้แก่

2.1) ความรุนแรงทางร่างกาย (Physical violence) คือการที่บุคคลใช้กำลังตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงการใช้กำลังขั้นรุนแรงกระทำต่อบุคคลอื่น เช่นการผลัก ทบตี ต่อย ตะกระทุบ กระชาก บีบคอ ล่ามโซ่ ขว้างปาสิ่งของใส่ จนกระทั่งถึงการใช้อาวุธหรือของมีคม เป็นต้น มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บสาหัส พิการ และเสียชีวิต

2.2) ความรุนแรงทางจิตใจ (Psychological) คือ การที่บุคคลกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่น โดยการใช้วาจา และ/หรือทำทีและการกระทำ เช่น การพุดจาคุกเขี่ยดุดาม การพุดประชดประชัน คำว่าด้วยคำหยาบ ตะคอก เปรียบเทียบเป็นสัตว์ ประณามว่าชั่วช้า การพุดข่มขู่ แสดงท่าทีโกรธ การประจานให้อับอายขายหน้า เป็นต้น มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำไม่สบายใจ เสียหน้า อับอาย เครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สุขภาพจิตไม่ดี

2.3) ความรุนแรงทางเพศ (Sexual violence) คือการที่บุคคลกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่นโดยการใช้อำนาจ หรือกำลังบังคับให้มีการร่วมเพศ หรือการลวนลาม การทำอนาจาร การข่มขืน เช่น สามีบังคับให้ภรรยาไม่พร้อมขณะที่ยังไม่ต้องการหรือในลักษณะที่ภรรยาไม่ชอบ การบังคับให้ขายบริการทางเพศ ผู้บังคับบัญชาข่มขู่ใจหรือบังคับข่มขู่ผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีเพศสัมพันธ์โดยมีการนำเสนอก้าวหน้าในการทำงาน การลวนลามเด็ก การบังคับถ่ายรูปลามกอนาจาร การข่มขืนกระทำชำเรา เป็นต้น มีผลทำให้ผู้ถูกกระทำบาดเจ็บทางร่างกายและสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อับอาย เครียด สุขภาพจิตไม่ดี โดยเฉพาะในสังคมไทยที่มีค่านิยมที่ว่าผู้หญิงถูกข่มขืน หรือบังคับให้ร่วมเพศ เป็นการสูญเสียความบริสุทธิ์ สูญเสียสิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิต ซึ่งทำให้ผู้หญิงที่ถูกบังคับขืนใจร่วมเพศมีการต่อสู้จนถูกทำร้ายจนเสียชีวิต หรืออับอาย เครียด จนฆ่าตัวตายในภายหลัง

2.4) การละเมิดสิทธิ หรือการทอดทิ้ง (Deprivation or neglected) คือการที่บุคคลกระทำความรุนแรงต่อบุคคลอื่น โดยการละเมิดสิทธิ หรือการทอดทิ้ง เช่น สามีละเมิดสิทธิของภรรยา โดยการบังคับ กักขัง หน่วงเหนี่ยว ไม่เลี้ยงดูตามสมควรแก่ฐานะ พ่อแม่ทอดทิ้งลูกโดยการไม่อุปการะเลี้ยงดู หรือลูกทอดทิ้งพ่อแม่ที่เจ็บป่วยหรือสูงอายุ ไม่ให้การอุปการะเลี้ยงดู เป็นต้น

1.3 ผลของความรุนแรงต่อสังคมและเศรษฐกิจ มีดังนี้

1.3.1 ผลโดยตรง เป็นความสูญเสียในด้านการรักษา บริการหรือค่าเสียหายที่เกิดโดยตรงจากความรุนแรง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ตำรวจ คดีความ ที่อยู่อาศัย สวัสดิการ สังคมและสังคมสงเคราะห์

1.3.2 ผลที่ไม่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ เป็นความเจ็บปวดและทรมาน ได้แก่ การเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย บาดเจ็บหรือพิการ เพิ่มอัตราตาย มีการใช้แอลกอฮอล์และยาสารเสพติด ภาวะซึมเศร้า

1.3.3 ผลทางเศรษฐกิจ ในด้านตลาดแรงงานและผลผลิต ได้แก่ การทำให้กำลังแรงงานในตลาดแรงงานลดลง มีการลดกำลังการผลิต รายได้ขาดหรือลดลง เกิดการขาดงาน

1.3.4 ผลทางสังคม เป็นผลต่อความสัมพันธ์และคุณภาพชีวิต ได้แก่ เกิดความฝังใจ และถ่ายทอดความรุนแรงสู่ลูกหลาน คุณภาพชีวิตลดลง ความมั่นใจในตนเองลดลง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด

1.4 ความรุนแรงต่อสตรี

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความหมายของความรุนแรงต่อสตรีในปฏิญญาสากลว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อสตรี ว่าหมายถึง การกระทำใด ๆ ที่เป็นความรุนแรงที่เกิดจากอคติทางเพศ ซึ่งเป็นผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่สตรี รวมทั้งการขู่ข่มขู่ คุกคาม กีดกันเสรีภาพ ทั้งในที่สาธารณะและในชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้ยังให้รวมถึงความรุนแรงต่อไป (AFPPD and UNFPA, 2001: 49)

1.4.1 ความรุนแรงต่อร่างกาย เพศ และจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งการทุบตี การทารุณกรรมทางเพศต่อเด็กและสตรีในบ้าน ความรุนแรงอันมีเหตุมาจากของหมั้นที่ฝ่ายหญิงให้กับครอบครัวสามี การข่มขืนโดยคู่สมรส การขลิบอวัยวะเพศสตรี และข้อปฏิบัติตามประเพณีต่างๆอันเป็นอันตรายต่อสตรี ความรุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากคู่สมรส และความรุนแรงที่เป็นการหาประโยชน์จากสตรี

1.4.2 ความรุนแรงต่อร่างกาย เพศ และจิตใจที่เกิดขึ้นภายในชุมชนทั่วไป รวมถึงการข่มขืน การทารุณกรรมทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ การข่มขืนในสถานที่ทำงาน ในสถาบันการศึกษาและสถานที่ต่างๆ การค้าหญิงและการบังคับค้าประเวณี

1.4.3 ความเพิกเฉยของรัฐต่อความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่เกิดทางร่างกาย ทางเพศและจิตใจ

ความรุนแรงต่อสตรี หมายถึง พฤติกรรมที่ใช้อำนาจ แรงบีบบังคับ การหลอกลวง และการชักชวนด้วยความตั้งใจต่อผู้หญิง โดยการกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ ทางเพศ ที่เกิดขึ้นทั้งที่บ้าน ที่สาธารณะ และที่ทำงาน ประกอบด้วยการทำร้ายร่างกายภรรยา ความรุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากคู่สมรส การล่วงละเมิดและการคุกคามทางเพศ การข่มขืนภรรยา การบังคับให้ผู้หญิงค้าประเวณี ทำให้ผู้หญิงรู้สึกอับอาย สูญเสียเกียรติยศ ชื่อเสียง และทำให้ความสามารถด้านร่างกายและจิตใจของผู้หญิงลดต่ำลง (นิจวรรณ วีรวัฒน์, 2540: 16)

1.5 รูปแบบความรุนแรงต่อสตรี

แบ่งตามลักษณะการกระทำความรุนแรงได้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม, 2540: 16-18)

1.5.1 การทำร้ายร่างกาย การทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย ไปจนถึงบาดเจ็บสาหัส เช่น การผลัก หยิก กัด ตบ ตี กระทบ ขว้างปาสิ่งของใส่ ไปจนถึงการใช้กำลังขั้นรุนแรง เช่น การบีบคอ ชกต่อย เตะ การใช้อาวุธประทุษร้ายร่างกาย การจับโยนลงน้ำ การล่ามโซ่กักขัง การจี้ด้วยบุหรี่หรือของร้อน การกรอกยาพิษ การราดด้วยน้ำกรด เป็นต้น

1.5.2 การทำร้ายจิตใจ โดยมากมักเป็นการใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์ เพื่อก่อให้เกิดความเสียใจ ปวดร้าว กระตบกระเทือนใจ หวาดกลัว หวาดระแวง กังวลไม่สบายใจ คิดว่าตนเป็นต้นเหตุเป็นผู้ผิด รวมทั้งความกดดันทางอารมณ์อื่นๆ เช่น การพุดจาคุกคาม คำว่าคำหยาบคาย ตะคอก ตวาด ประชดประชัน ประณามว่าชั่วช้าเลวทราม ขู่จะทำร้าย บังคับให้ฆ่าตัวตาย ทำลายสิ่งของหรือสัตว์เลี้ยงอันเป็นที่รัก รวมทั้งการแสดงท่าที เช่น เฉยเมย โกรธ ไม่พอใจ เป็นการกระทำที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ

1.5.3 การทำร้ายทางเพศ ได้แก่ การล่วงลามหรือการคุกคามทางเพศ การพุดจาแทะโลม แชว มีเจตนาไปทางชู้สาว การเกี้ยวพาราสี การใช้สายตาโลมเลีย การแอบดูเวลาเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำ การกระทำอนาจาร เช่น การกอดจูบลูบคลำอวัยวะที่เป็นของสงวน การใช้อวัยวะเพศถูไถร่างกายผู้หญิง เป็นต้น การชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการหลอกลวง บังคับ และข่มขืนให้มีเพศสัมพันธ์โดยหญิงไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอม

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในวัยต่างๆ มีดังต่อไปนี้ (ยุพิน อังสุโรจน์และคณะ, 2544: 86)

วัยทารกในครรภ์(Pre-birth)

- การทำแท้งเพื่อเลือกเพศ
- มารดาถูกทำร้ายร่างกายขณะตั้งครรภ์

ทารกขวบปีแรก(Infancy)

- การฆาตกรรมทารกเพศหญิงแรกเกิด
- การทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ

เด็ก (Girlhood)

- การถูกบังคับให้แต่งงาน
- การขลิบอวัยวะเพศหญิง(Female genital mutilation)

- การทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ
- การมีเพศสัมพันธ์ในครอบครัว (Incest)
- การค้าประเวณีเด็ก (Child Prostitution)
- การถ่ายภาพลามก (Pornography)

วัยรุ่นและผู้ใหญ่ (Adolescence and adulthood)

- การบังคับให้ค้าประเวณี กับชายสูงอายุ เพื่อหาค่าเล่าเรียน
- การมีเพศสัมพันธ์ในครอบครัว
- การถูกลวนลามทางเพศและการถูกทำร้ายทางเพศในที่ทำงาน
- การถูกข่มขืน
- การบังคับให้ค้าประเวณีและการถ่ายภาพลามก
- การขนถ่ายสารเสพติด
- การทำร้ายร่างกายโดยคู่สมรส
- การถูกข่มขืนโดยคู่สมรส
- การหมั้นที่ฝ่ายหญิงต้องให้ของหมั้นกับครอบครัวสามี
- การถูกฆาตกรรม
- การบังคับให้ตั้งครรภ์
- การทำร้ายทางจิตใจ

วัยชรา(Elderly)

- การถูกบังคับให้ฆ่าตัวตายเนื่องจากเป็นหม้าย
- การถูกทำร้ายทางเพศ ทางร่างกาย และทางจิตใจ

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรี

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปความหมายความรุนแรงต่อสตรี หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ก็ตามที่กระทำต่อสตรี แล้วก่อให้เกิดลักษณะการกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเพศ ซึ่งอาจเกิดด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้งสามด้านร่วมกัน และเหตุการณ์ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในที่สาธารณะและสถานที่ส่วนตัว

2. ความรุนแรงในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข

2.1 พยาบาลสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ มีจำนวน 68 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่เขตในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 50 เขต มีหน้าที่

รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยมีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของศูนย์บริการสาธารณสุขมีทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข

งานบริการภายในศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่

1. คลินิกต่างๆ ได้แก่ ตรวจรักษาโรคทั่วไป, ทันตกรรม, ฝากครรภ์, วางแผนครอบครัว, สุขภาพเด็กดี, สุขภาพสตรี, ส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง, ครอบครัวสมานฉันท์
2. คลินิกพิเศษในศูนย์บริการสาธารณสุขบางแห่ง ได้แก่ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด, เบาหวาน, วัณโรค, กามโรค, นิรนาม, โรคผิวหนัง, สูงอายุ, ทันตกรรมพิเศษ, สุขภาพจิต, ยาเสพติด, สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน

งานบริการนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่

1. บริการอนามัยโรงเรียน รับผิดชอบให้บริการในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร รัฐบาลและเอกชน โดยจัดกิจกรรมให้บริการอนามัยโรงเรียน ได้แก่ การให้สุขศึกษา การจัดสุขภาพภายในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ การให้ภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันโรค การตรวจสุขภาพนักเรียน กลุ่มเป้าหมาย การรักษาพยาบาลหรือส่งต่อและติดตามเยี่ยมนักเรียนที่พบปัญหา การสาธารณสุขมูลฐานในโรงเรียน การอบรมนักเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน การประชาสัมพันธ์และการดำเนินโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนักเรียน
2. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการให้พ้นจากปัญหาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ สังคมและอารมณ์ อันเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบำบัดรักษาตลอดจนการป้องกันปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนด้วย
3. บริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน กระตุ้นให้ประชาชนร่วมกันจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพโดยมีพยาบาลสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข
4. บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในชุมชน ประกอบด้วยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ หน่วยปฐมพยาบาลให้บริการในชุมชน ที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์บริการสาธารณสุขหรือตามที่หน่วยราชการหรือชุมชนขอมารวมทั้งตามสถานการณ์ฉุกเฉิน
5. บริการพยาบาลในชุมชน เป็นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

โดยในการเยี่ยมบ้าน จะมีพยาบาลสาธารณสุขประจำเขตตามอัตรากำลัง แบ่งกันรับผิดชอบพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งให้บริการหลัก 4 ด้าน คือ

1. ด้านการรักษาพยาบาล การเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อติดตามการบริการพยาบาล และเยี่ยมเพื่อให้บริการต่อเนื่อง
2. งานด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำแนะนำในการพยาบาล การให้สุขศึกษาและการดูแลสิ่งแวดล้อมของชุมชน
3. ด้านการควบคุมและป้องกันโรค การระบาดของโรค ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ให้สุขศึกษา ให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค และควบคุมโรค เมื่อมีการเจ็บป่วยและการระบาดของโรค โดยการติดตาม สอบสวนโรค เก็บเชื้อส่งตรวจ ควบคุมแหล่งเกิดโรค
4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การเยี่ยมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายคืนสู่สภาพเดิม โดยการแนะนำ ฝึกสอนผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องปลอดภัย

การเยี่ยมบ้านในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงของประเทศไทย มีเนื้อที่ 156,961 ตารางกิโลเมตร มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดของประเทศ มีประชากรอยู่อย่างถาวร และอยู่อย่างชั่วคราว มีจำนวน 1,165,752 หลังคาเรือน จำนวนครอบครัว 1,796,939 ครอบครัว มีประชากร 6,439,973 คน เป็นชาย 2,985,034 คน เป็นหญิง 3,454,939 คน จำนวนชุมชนแออัด 1,141 ชุมชน มีจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง เพื่อบริการด้านสาธารณสุขอยู่กระจายทั่วกรุงเทพมหานคร มีพยาบาลสาธารณสุขทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน 282 คน (นิลรัตนา ชาญไววิทย์, 2542: 18)

ขอบเขตบริการเยี่ยมบ้านของสำนักอนามัย มีดังนี้ (ชลลดา ภักดีประพจน์, 2550: 89-92)

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นบริการเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการสำรวจค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและให้การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพ

ซับซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคการแพทย์ติดตัวมาจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้การพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเปรียบเสมือนบ้านเป็นสถานพยาบาลของพยาบาลสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน (จรรยา เสียงเสนาะ และวารี ระกิติ, 2541: 283; สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2544: 67)

1. เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลต่างๆ ทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความต้องการ วางแผนการช่วยเหลือ และความต้องการ
2. เพื่อให้คำแนะนำด้านส่งเสริมสุขภาพ ในการก่อให้เกิดทัศนคติ และพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
3. เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค การปฏิบัติเพื่อพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งการรับมือกับโรค และป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ
4. เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง
5. เพื่อให้การพยาบาลที่จำเป็นและต่อเนื่องโดยสอนและสาธิตแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้จักบริการสาธารณสุขตามความเหมาะสม
7. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล คำแนะนำ และการช่วยเหลือต่างๆ

2.2 หน้าที่รับผิดชอบหลักของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

มีบทบาทเป็นพยาบาลสาธารณสุขและพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพนักงานสุขภาพชุมชนในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย บริหารจัดการและให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนที่ได้รับมอบหมาย มุ่งการให้การพยาบาลสาธารณสุขแบบทีมงาน ให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสานบริการทั้งการสาธารณสุข และการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการ โดยใช้องค์ความรู้ที่สำคัญทั้งด้านการสาธารณสุข การระบาดวิทยา สังคมวิทยา และการพยาบาล รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สนับสนุนการดูแลสุขภาพ ตลอดจนใช้ระบบการส่งต่อในกรณีที่เป็น โดยงานของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร อาจจำแนกตามลักษณะของงานได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ (ศรีวรรณ ดันศิริ และสิวพา เกียรติชนะบำรุง (บรรณาธิการ), 2546: 10-11)

ด้านบริหาร

1. วางแผนการปฏิบัติงานประจำวัน/สัปดาห์ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานประจำเดือน และประจำปี

2. ร่วมสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการ
3. ร่วมสำรวจวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงานบุคคลและ

สิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน

4. รับผิดชอบโครงการต่างๆ
5. ประเมินผลการทำงานภายในหน่วยงานและให้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

สุขภาพแก่ประชาชน

6. ร่วมปรึกษากับผู้ช่วย/หัวหน้าพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

แก่ชุมชน

7. ประสานงานและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. เป็นคณะกรรมการ 5 ส. และคณะกรรมการอื่นๆ ในด้านการพัฒนาคุณภาพการ

พยาบาล

ด้านบริการ

1. ดำเนินการสำรวจ วินิจฉัยปัญหา และวางแผนแก้ไข

2. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา

ความต้องการของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

3. เยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ

เป็นรายบุคคลและครอบครัวโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และผู้ป่วย

4. ร่วมประเมินและวิเคราะห์บุคคล/ครอบครัว/ชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ และต้องการ

การดูแลที่ยุ่ยากซับซ้อน และขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านการพยาบาล ในระดับที่สูงกว่า

5. ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ

6. ดูแลควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

7. ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

8. มีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

9. ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

10. ดำเนินการวางแผน ควบคุม ดูแลการเบิกจ่ายพัสดุ วัสดุ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ของ

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่รับผิดชอบ

11. ดำเนินการควบคุมคุณภาพและประเมินผลการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

พนังงาน สุขภาพชุมชน

12. รายงานปัญหาของผู้ป่วยและชุมชน ผลการให้บริการ ข้อมูลสำคัญอื่นๆ แก่ผู้บริหาร และทีมงาน เพื่อใช้ในการวางแผนการบริการต่อไป

ด้านวิชาการ

1. ใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนเพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล
2. ร่วมในการวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
3. สอนหรือเป็นครูพี่เลี้ยงให้แก่นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาอื่นๆ พนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข
4. ให้ความรู้ด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
5. เป็นวิทยากรในการอบรมความรู้พื้นฐาน ด้านการพยาบาลหรือการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้นำชุมชน ด้านสาธารณสุข เช่น ผู้นำนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนฯ

แนวทางปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของสำนักอนามัย(ชลดา ภักดีประพจน์, 2550: 90-92)

1. ที่มาของการเยี่ยมบ้าน
 - 1.1 การค้นหาข้อมูลสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ
 - 1.2 รับการส่งต่อจากคลินิกต่างๆ ของศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล กองบำเหน็จบำนาญ
2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน
 - 2.1 ขั้นตอนเตรียมก่อนการเยี่ยม
 - เลือกพื้นที่ดำเนินการ
 - เตรียมความรู้ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
 - เตรียมเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ
 - 2.2 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน
 - 2.2.1 สสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตามแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะใช้เป็นพื้นฐานของการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
 - 2.2.2 ประเมินสถานะสุขภาพครอบครัว เป็นการนำข้อมูลสุขภาพครอบครัวซึ่งได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจำแนกประเภทครอบครัวตามภาวะสุขภาพ ดังนี้

- ครอบครัวปกติ หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกมีความสมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม ไม่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง โรคทางพันธุกรรม และไม่ต้องรับการรักษาทางการแพทย์ใดๆ

- ครอบครัวเสี่ยง หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย สุนัข แอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย หรือมีประวัติโรคทางพันธุกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

- ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกมีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง โรคทางพันธุกรรม หรือต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์

- ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกมีปัญหาสุขภาพตามเกณฑ์ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสั้น/หลังผ่าตัด/หลังคลอด
- ผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมอาการไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ต้องมีคนช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวัน
- ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้/มีอุปสรรคการแพทย์
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.2.3 วางแผนให้การดูแลตามภาวะสุขภาพครอบครัว

- จัดลำดับการเยี่ยม เช่น เยี่ยมครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพก่อน ครอบครัวเสี่ยงหรือปกติ

- เตรียมแผนการให้บริการสุขภาพตามภาวะสุขภาพของครอบครัวและบุคคล

2.2.4 การเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และให้การพยาบาลรักษาในครอบครัวปกติ ครอบครัวเสี่ยง และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่ดูแลตนเองได้

- ประเมินภาวะสุขภาพ (บุคคลตามวัย) โดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจประเมินเบื้องต้น ตามแบบประเมินสภาวะสุขภาพบุคคล

- วินิจฉัยสภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ ตามแบบประเมินสภาวะสุขภาพ (บุคคลตามวัย) เป็นกลุ่มปกติ เสี่ยง หรือมีปัญหาสุขภาพ

- ให้บริการสุขภาพ ตามสภาวะสุขภาพ

2.2.5 การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดูแลสุขภาพกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

- ประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจประเมินเบื้องต้นตามแบบประเมินผู้ป่วยตามโรคหรือปัญหาที่พบ
- ประเมินสถานะสุขภาพ (กลุ่มตามวัย) โดยการสัมภาษณ์ สังเกต ตรวจประเมินเบื้องต้น ตามแบบประเมินสถานะสุขภาพบุคคล
- วินิจฉัยสถานะสุขภาพ ความเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ ตามแบบประเมินผู้ป่วยและแบบประเมินสถานะสุขภาพบุคคล (กลุ่มตามวัย) เพื่อให้ทราบความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ
- ให้บริการสุขภาพ ตามปัญหาสุขภาพที่พบ และสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- วางแผนและติดตามเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2.2.6 การอนามัยชุมชน เป็นการดูแลสุขภาพชุมชน โดย

- การประเมินชุมชนจากแบบบันทึกสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย การทำแผนที่ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการสรุปผลข้อมูล
- การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน
- การวางแผนแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน
- การปฏิบัติงานตามแผนงานอนามัยชุมชน
- การประเมินผลการดำเนินงานอนามัยชุมชน

สรุปการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีงานหลักคือ บริหารจัดการและให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานบริการทั้งการสาธารณสุข และการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการ ทั้ง 3 ด้าน คือ งานด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

2.3 ปัญหาความรุนแรงในชุมชน

สถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข คือในชุมชน ซึ่งลักษณะของชุมชนไทยนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละที่ตั้ง สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานครได้ให้ความหมายของชุมชนในการศึกษาข้อมูลชุมชนว่า ชุมชน หมายถึง ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง เกษนคร ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร และชุมชนเมืองที่กรุงเทพมหานครกำหนดขึ้น ทั้งนี้โดยประกาศของกรุงเทพมหานคร ดังนี้ (มานี ชูไทย, 2543: 117-118)

- ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนที่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบและขาดทรุดโทรม ประชาชนอยู่กันอย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย

และความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย โดยให้ถือเกณฑ์ความหนาแน่นของบ้านเรือนอย่างน้อย 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ ผู้อยู่อาศัยส่วนใหญ่อพยพมาจากที่อื่น ลักษณะการปลูกสร้างบ้านไม่ถาวร แออัด การครอบครองที่ดินส่วนใหญ่เป็นการบุกรุกหรือละเมิดสิทธิ์ ฐานะความเป็นอยู่และเศรษฐกิจไม่ดี มีความสัมพันธ์ต่อกันคล้ายชุมชนชนบท

- ชุมชนชานเมือง หมายถึง ชุมชนที่กรุงเทพมหานครได้จัดทำเป็นประกาศกำหนดชุมชนโดยมีพื้นที่ดำเนินการด้านเกษตรกรรมในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ มีบ้านเรือนไม่แออัด แต่ขาดการวางแผนทางด้านผังชุมชน เช่น ทางระบายน้ำ ทางเดินเท้า เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาน้ำท่วมขังทางสัญจร ไปมาของประชาชนในชุมชน

- ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร หมายถึง ชุมชนที่มีบ้านจัดสรรเป็นบ้านที่อยู่อาศัย ดำเนินการในภาคเอกชน โดยมีลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยวมีบริเวณ ทาวน์เฮาส์ ตึกแถว หรือบ้านแฝด ซึ่งถ้าอยู่ในกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครจะพิจารณาถึงความต้องการของประชาชนและความเหมาะสมในการที่จะเข้าไปดำเนินการพัฒนา ซึ่งได้ทำเป็นประกาศกำหนดชุมชน

- เกหะชุมชน หมายถึง ชุมชนที่ได้รับการจัดตั้ง ดำเนินการและดูแลโครงการโดยการเกหะแห่งชาติ มีสภาพเป็นแฟลต

- ชุมชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีความหนาแน่นของบ้านน้อยกว่าของชุมชนแออัด กล่าวคือ น้อยกว่า 15 หลังต่อ 1 ไร่ แต่มีความหนาแน่นของบ้านมากกว่าชุมชนชานเมือง ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นแบบทุดิยภูมิ เป็นครอบครัวขนาดเล็ก สภาพทางภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติน้อย อาชีพเป็นอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพเฉพาะทาง มีระบบสาธารณูปโภค สาธารณูปการสะดวกกว่าชุมชนชนบทมาก

ในประเทศไทยปัญหาความรุนแรงในชุมชน ตามสถิติอาชญากรรมของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี พ.ศ.2542 พบว่า มีคดีลักทรัพย์ที่แจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ 56,062 ราย ชิงทรัพย์ 1,978 ราย ชิงทรัพย์ 1,931 ราย การปล้นทรัพย์มี 857 ราย คดีที่มีต่อร่างกาย ชีวิตและเพศมีทั้งสิ้น 33,318 ราย ได้แก่การทำร้ายร่างกายที่เจ้าหน้าที่รับแจ้ง 18,892 ราย การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา 5,052 ราย คดียาเสพติด 238,527 ราย (ผู้จัดการ 29 มิ.ย. 2543 อ้างใน มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547: 35-36)

ในด้านปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความรุนแรงในชุมชนนั้น จากการสัมมนาวิชาการ โครงการศึกษาการสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นการนำเสนอผลการศึกษาใน 5 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร ราชบุรี นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี และเชียงราย โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษาเฉพาะในพื้นที่

กรุงเทพมหานคร มีดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2547: 74-100)

1. ปัญหาอาชญากรรมความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ของคนในชุมชน, การมีบริเวณบ้านในขอบรั้ว, มีแหล่งมั่วสุมยาเสพติดในชุมชน, มีโต๊ะบอล/หอยเถื่อน, มีร้านอินเทอร์เน็ต, ร้านบาร์, คอฟฟี่ชอปในชุมชน, มีช่อง, มีร้านคาราโอเกะ, อาบอบนวด, บ่อนการพนันในชุมชน, มีเด็กจรจัดไม่มีที่อยู่ ขอบทางในชุมชน, มีอันตรายประจำวันในชุมชน, มีคนตกงาน และการจัดระเบียบสังคมในชุมชน
2. ปัญหาเศรษฐกิจของชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การมีเด็กจรจัด และ มีคนตกงานในชุมชน
3. ปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ของคนในชุมชน, การเล่นเกมของของคนในชุมชน, มีโต๊ะบอล/หอยเถื่อนในชุมชน, การมีค่าแรงงานน้อยในชุมชน
4. ปัญหาเสพยาเสพติดในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ มีแหล่งมั่วสุมยาเสพติดในชุมชน, มีโต๊ะพนันบอล/หอยเถื่อน ช่อง ร้านขายเหล้า/บุหรี่ อาบอบนวดในชุมชน
5. ปัญหาโรคระบาดในท้องถิ่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ มีกองขยะ แหล่งน้ำเน่าขัง น้ำเสียจากโรงงาน มีการเลี้ยงสัตว์ได้ถูกบ้าน

ปัจจัยของการเกิดความรุนแรงในชุมชน (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2544: 83)

ความรุนแรงในชุมชนปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดความรุนแรง ได้แก่

1. การใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์
2. ความง่ายในการจัดหาปืน และอาวุธต่างๆ ที่ใช้เพื่อก่อความรุนแรง
3. ความไม่เสมอภาคทางเพศและการให้สิทธิพิเศษแก่บุตรชาย
4. ค่านิยมในสังคมที่นิยมความรุนแรง และความแข็งแกร่ง
5. การตกงาน ความยากจน และการเร่ร่อนไร้บ้าน
6. รายการต่างๆ ที่เผยแพร่ความรุนแรงทางโทรทัศน์และภาพยนตร์
7. สถานการณ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสู้รบ การต่อสู้ และเหตุการณ์ความรุนแรงต่างๆ

โดยบุคลากรที่ทำงานในชุมชนนั้นมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตรจากชุมชน ในการปฏิบัติงานเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย หรือเสี่ยงอันตราย โดยเฉพาะตอน กลางคืน มีการรายงานจากบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลและชุมชนว่ามีการทำร้ายทางร่างกาย การลวนลามทางเพศ การปล้น การแสดงความโกรธของผู้ป่วยและญาติต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำงานใน ชุมชน โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกคุกคามของบุคลากรสุขภาพมีดังต่อไปนี้ (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2544: 83)

1. การมียาหรือเงินอยู่ในสถานบริการทำให้เป็นเหยื่อของการจี้ปล้น
2. การมีกลุ่มผู้คนหลายประเภทอยู่ในสถานบริการ เช่นกลุ่มผู้ติดยา ติดยา ญาติใน หน่วยบริการฉุกเฉินที่รอนานจนเกิดความไม่พอใจ รวมถึงญาติผู้ป่วยที่ไม่พอใจต่อการบริการ
3. การมีบุคลากรสุขภาพจำนวนน้อย
4. การทำงานในห้องปฏิบัติการ หรือห้องแยกกับผู้ป่วยตามลำพัง
5. การทำงานในคลินิกที่ห่างไกลผู้คน หรือในถิ่นที่มีอาชญากรรมสูง
6. การที่บุคลากรขาดการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับการก้าวร้าว หรือความรุนแรง
7. การที่ไฟที่ถนนหรือที่จอดรถไม่สว่างเพียงพอ
8. การเผชิญกับผู้ป่วย ญาติ ที่อยู่ในภาวะเครียด เจ็บปวด โศกเศร้าหรือคับข้องใจ
9. การรอคอยในหน่วยบริการเป็นเวลานาน

นอกจากนี้ยังปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อความรุนแรงได้ ดังนี้ (สิระยา สัมมาวาจ, 2539 อ้างใน ทัดดาว นิยมาศ, 2545: 13-14)

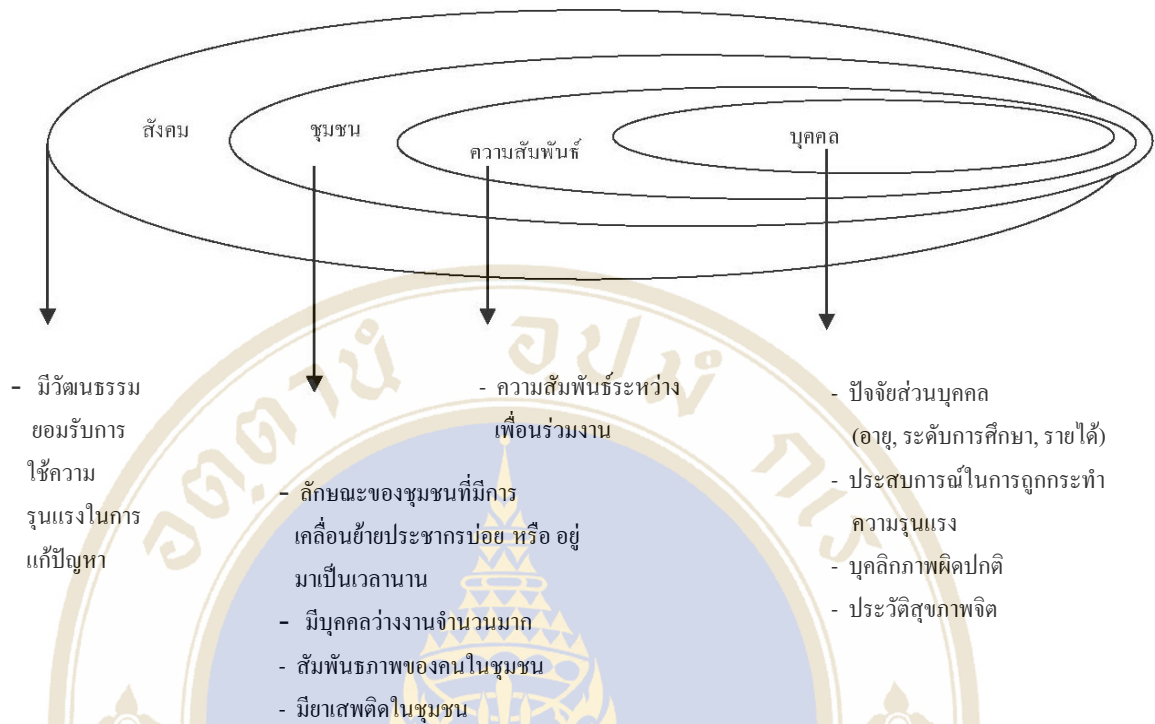
1. **อายุ** เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ของบุคคล บุคคลที่มีอายุ มากจะมีประสบการณ์และวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น รอบคอบ รู้จักชีวิต มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น สามารถปรับตัวให้สอดคล้อง กับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย
2. **เพศ** จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 21 ของความรุนแรงด้านอาชญากรรมเกิดกับเพศ หญิงโดยตรง และเพียงร้อยละ 2 ที่เกิดกับเพศชาย และยังพบว่าร้อยละ 85 ของความรุนแรงของ ผู้ถูกกระทำ เกิดกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
3. **ประสบการณ์ในการทำงาน** จะมีผลต่อบุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจ และความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น ย่อมเป็นเครื่องอบรมสั่ง สอนให้บุคคลมีความสุขุมรอบคอบขึ้น และความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลงไป คือสามารถปรับ อารมณ์ของตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยอาจควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร อาจ เกิดการโต้เถียง หรือกระทำกริยาในทำนองเดียวกับอีกฝ่าย อาจทำให้เกิดความรุนแรงได้

4. การฝึกอบรม นโยบายการส่งอบรมของหน่วยงานในด้านการอบรมทางจิตวิทยา

การอบรมการป้องกันตนเอง การอบรมทักษะในการติดต่อสื่อสาร หรือพฤติกรรมบริการ การอบรมเหล่านี้เป็นการอบรมที่เป็นประโยชน์ในการจัดการความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน ทั้งนี้เพราะการอบรมช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ เข้าใจงาน รู้วิธีการทำงานที่ถูกต้อง ทำให้มั่นใจในการแก้ปัญหาและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการทำงานได้ดี

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002: 9-10) ได้อธิบายถึงที่มาของการเกิดความรุนแรงตามตัวแบบทางนิเวศวิทยา (Ecological model) โดยจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรง ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- ระดับที่ 1 บุคคล พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อความรุนแรงมีหลายประการ เช่น คุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้), ประสบการณ์ในการถูกกระทำความรุนแรง, บุคลิกภาพผิดปกติ, ประวัติสุขภาพจิต
 - ระดับที่ 2 ความสัมพันธ์ เช่น ความสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อน, เพื่อนร่วมงาน
 - ระดับที่ 3 ชุมชน พบว่าบริบทของชุมชน อาทิ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และเพื่อนบ้าน มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรง
 - ระดับที่ 4 สังคม เช่น การมีวัฒนธรรมยอมรับการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา
- ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรง (World Health Organization, 2002: 9)

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชนมีหลายลักษณะและหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พยาบาลสาธารณสุขเป็นวิชาชีพหนึ่งของทีมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติงานในชุมชน ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขจึงเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชนได้

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ ดังนี้

ความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ รวมถึงสภาพการณ์ใดๆ อันเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรืออย่างใดอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงานเยี่ยงบ้านของพยาบาลครอบครัว โดยในการวิจัยนี้รวมถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในการทำงานด้วย แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึงบาดเจ็บสาหัส เช่น การผลัก หยิก ตบ ตี กระชาก ขว้างปาสิ่งของใส่ ไปจนถึงการใช้กำลังขึ้นรุนแรง เช่น การบีบคอ ชกต่อย เตะ การใช้อาวุธประทุษร้ายร่างกาย การกักขัง เป็นต้น

ความรุนแรงด้านจิตใจ ได้แก่ การใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์ เพื่อก่อให้เกิดความเสียใจ ปวดร้าว กระแทบกระเทือนใจ หวาดกลัว หวาดระแวง กังวลไม่สบายใจ คิดว่าตนเป็นต้นเหตุเป็นผู้ผิด รวมทั้งความกดดันทางอารมณ์อื่นๆ เช่น การพูดจาถูกด่าว่าด้วยคำหยาบคาย ตะคอก ตวาด ประชด ประช่น ขู่ว่าจะทำร้าย รวมทั้งการแสดงท่าที เช่น เฉยเมย โกรธ ไม่พอใจ ซึ่งเป็นการกระทำที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ

ความรุนแรงด้านเพศ ได้แก่ การลวนลามหรือการคุกคามทางเพศ การพูดจาเพ้อโลม การแซวโดยมีเจตนาไปทางชู้สาว การเกี้ยวพาราสี การใช้สายตาโลมเลีย การกระทำอนาจาร เช่น การจับต้องอวัยวะที่เป็นของสงวน การใช้อวัยวะเพศถูไถ เป็นต้น รวมถึงการชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ การหลอกลวง บังคับ และข่มขืนให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอม

3. มาตรการป้องกันและจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

3.1 มาตรการป้องกันและแนวทางการจัดการความรุนแรงในระดับบุคคล

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานนั้น เป็นสิ่งที่บุคลากรพยาบาลทุกคนจะต้องตระหนัก และมีความรู้ ในการที่จะป้องกันและจัดการกับความรุนแรงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยต้องอาศัยความคิดริเริ่มจากชุมชนและจากอีกหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบ่อยครั้งเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเป็นผู้ถูกกระทำความรุนแรง ในการหยุดความรุนแรงที่เป็นปัญหาซับซ้อนต้องใช้การเข้าถึง ปัญหาแบบองค์รวม (Multisecational approach) โดยเฉพาะผู้บริหารการพยาบาลจะต้องมีความรู้ และ ทราบถึงปัญหา สถานการณ์ของความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และเห็นถึงประโยชน์ในการบริหารจัดการกับความรุนแรงดังกล่าว ในการถูกกระทำความรุนแรงของบุคลากรทีมสุขภาพมักถูกกระทำ ทางวาจาและถูกกระทำต่อร่างกาย โดยการกระทำด้วยวาจาอาจเกิดจากบุคลากรทีมสุขภาพด้วยกันเอง ผู้ป่วย หรือญาติ การถูกกระทำด้วยวาจาส่วนใหญ่ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือภาวะเครียด สิ่งสำคัญในการป้องกันปัญหาคือ การพยายามที่จะทำความเข้าใจต่อสาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมดังกล่าว แนวทางจัดการเมื่อเผชิญกับความรุนแรงทางวาจา มีดังนี้ (ยุพิน อังสุโรจน์, 2544; ทัดดาว นิยามาศ, 2545 และวรุณยุพา รอยกุลเจริญ, 2548)

1. บอกผู้ที่กระทำว่าการที่พูดจาดังกล่าวไม่สามารถยอมรับได้ และท่านควรบอกให้ชัดเจนว่าท่านจะรับฟังเฉพาะวาจาที่เหมาะสม
2. ใจเย็น ไม่ดำเนินคดีเตียน วิพากษ์วิจารณ์หรือโต้เถียง
3. มีความระมัดระวังและตื่นตัวอยู่เสมอ และมีระยะห่างระหว่างท่านกับผู้ที่ทำให้กระทำ
4. แสดงให้เห็นว่าท่านรับรู้ว่ามีกำลังโกรธ และพยายามที่จะหาสาเหตุของความโกรธนั้น

5. อดทนและให้เวลาที่ผู้อื่นได้ระบายความรู้สึก
6. แสดงให้เห็นว่าตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้อื่นบอกทั้งด้วยวาจาหรือแสดงออกโดยการสบตาขณะพูดคุย
7. ถ้าบุคคลนั้นยังไม่หยุดพฤติกรรมดังกล่าว ให้พยายามถอนตัวออกบอกว่าท่านจะกลับมาใหม่ ถ้าบุคคลดังกล่าวใจเย็นกว่านี้หรือไม่ตะคอกใส่
8. ประสานงานกับทีมสุขภาพในการที่จะแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว

ส่วนแนวทางในการจัดการเมื่อเผชิญกับการถูกระงับร่างกาย ซึ่งอาจทำให้บาดเจ็บหรือถึงแก่ชีวิต มีดังนี้

1. การป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถอยหลัง การปิดมือ
 2. ขอความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 3. ตั้งสติและพูดว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และคอยสังเกตพฤติกรรมของบุคคลดังกล่าว
 4. แสดงท่าทีที่เปิดเผยไม่แสดงความหวาดกลัว และไม่ควรรื่นขิดกับบุคคลนั้นจนเกินไป
 5. ประสานงานกับทีมสุขภาพในการที่จะแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว
- สรุป มาตรการป้องกันและแนวทางการจัดการความรุนแรงในสถานที่ทำงานในระดับบุคคล หมายถึง วิธีการหรือการกระทำใดก็ตามที่พยาบาลสาธารณสุขใช้ในการป้องกันหรือควบคุมสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน

3.2 มาตรการป้องกันและแนวทางการจัดการความรุนแรงในระดับองค์กร

มาตรการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงานในระดับหน่วยงานหรือองค์กรสามารถแบ่งได้ เป็น 2 ประเภท คือ แบ่งตามลักษณะของมาตรการ และแบ่งตามบทบาท ได้ดังนี้ (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2544: 82-94; วรณยูพา รอยกุลเจริญ, 2548)

1. มาตรการการป้องกันความรุนแรงตามลักษณะของมาตรการ
 - 1.1 มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่
 1. การพัฒนาระบบสัญญาณฉุกเฉิน และมีระบบการเฝ้าระวังติดตาม
 2. การเพิ่มอุปกรณ์รักษาความปลอดภัย เช่น เครื่องมือตรวจสอบโลหะ เพื่อป้องกันในกรณีที่มีผู้พกพาอาวุธเข้ามาในสถานบริการสุขภาพ

3. การติดตั้งกล้องวงจรปิด ไฟส่องสว่างบริเวณทางเดิน สัญญาณเตือนภัย
กระຈกไค้งในอุโมงค์หรือทางแยก ติดกุกแฉลือคประตุน้าค่าง

4. ติดตั้งระบบที่จะติดต่อกับตำรวจได้สะดวก

5. การออกแบบสถานที่พักรอที่สุขสบาย สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความ
คิงคเรียด กรณิที่การรักษานันคองใช้เวลาคานาน

6. การจัดสถานที่ทำงานเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย โดย

- มีประตูทางออกฉุกเฉิน

- ที่นั่งทำงานของพยาบาลมีที่กั้นติดตั้งกระຈกที่สามารถเลื่อนได้ มีการ
ติดตั้งปุ่มฉุกเฉินเพื่อใช้กดเมื่อมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น

7. จัดห้องน้ำที่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติที่มาเยี่ยม

1.2 มาตรการด้านการบริหาร ได้แก่

1. วางนโยบายที่ให้มีบุคลากรมากกว่า 1 คนในขณะเยี่ยมบ้าน และควรมี
เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยไปด้วยถ้าต้องออกไปในแหล่งบริการที่ห่างไกล หรือเปลี่ยวในตอน
กลางคืน

2. มีการจำกัดบริเวณเข้าออก เช่น มีการใช้บัตรในการเข้าออก

3. มีการพัฒนาโดยการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้และกระตุ้นบุคลากรในเรื่อง
ความรุนแรง รวมทั้งมาตรการรักษาความปลอดภัยต่างๆ

2. มาตรการป้องกันความรุนแรงตามบทบาท

บทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการถูกกระทำใน
สถานที่ทำงานสามารถแบ่งตามบทบาทได้ 5 บทบาท ดังนี้

2.1 บทบาทของพยาบาล

1. จัดทำตารางการออกนอกสถานที่ให้ชัดเจนว่าไปที่ไหน เพื่อจะได้ติดต่อ
ช่วยเหลือได้

2. การประเมินสาเหตุที่เป็นไปได้ในการทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงรวมทั้ง
อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นต่อพยาบาล

3. การจัดทำแผนในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในกรณีที่มีความรุนแรงใน
สถานที่ทำงาน

4. การแสวงหาแหล่งขอความช่วยเหลือหรือผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา
ในการจัดการกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพในเวลาที่เหมาะสม

5. มีการรายงานเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น และมีการวิเคราะห์หาสาเหตุองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และถอดบทเรียนจากสิ่งที่เกิดขึ้น
6. มีส่วนร่วมในการจัดตั้งทีมที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะจากผู้เชี่ยวชาญในการจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน
7. มีส่วนร่วมในการดำเนินการและการประเมินในการจัดทำแผนหรือการจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน
8. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน หรือองค์กร เช่น การจัดการองค์ความรู้ หรือการทำวิจัย เป็นต้น

2.2 บทบาทของบุคลากรทีมสุขภาพ

1. มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการที่จะทำให้หน่วยงานปราศจากการถูกระทำความรุนแรงไม่ว่ากรณีใดๆ
2. ให้ความร่วมมือกับผู้ร่วมงานโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อป้องกันการถูกระทำความรุนแรงและรายงานเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น
3. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น และมีการติดตามกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.3 บทบาทของผู้บริหาร

1. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานไม่ว่าใครจะเป็นผู้กระทำหรือถูกระทำ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การมีขั้นตอนปฏิบัติที่ชัดเจน การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความไว้วางใจในเรื่องความปลอดภัย
2. การเตรียมแหล่งสนับสนุนในการป้องกันไม่ให้เกิดการถูกระทำความรุนแรง เช่น การจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอเพื่อตอบสนองต่อจำนวนของผู้ใช้บริการ การจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะกิจในการจัดทำแผนในการป้องกัน
3. การจัดระบบสื่อสารสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ ทั้งในเรื่องการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารในการขอความช่วยเหลือ และการกำหนดรหัสที่แสดงว่าเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น
4. การอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นข้อมูลที่จะช่วยชี้ว่าอาจจะทำให้เกิดการถูกระทำความรุนแรงขึ้นได้
5. การจัดอบรมให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงาน การแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดความขัดแย้ง หรือแนวทางแก้ไขปัญหาจากผู้เชี่ยวชาญ

6. การประเมินระบบในการป้องกันการถูกระทำความรุนแรงในสถานที่ทำงานและมีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2.4 บทบาทของผู้ป่วย

1. เพื่อให้การรักษาและการดูแลจากทีมสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยควรให้ความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ

2. การแสดงออกถึงการให้การยอมรับในสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพสอนหรือแนะนำ

2.5 บทบาทญาติของผู้ป่วย

1. เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสอนผู้ป่วยดูแลตนเอง

2. แลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

สรุป มาตรการป้องกันและแนวทางการจัดการความรุนแรงในระดับองค์กร หมายถึง วิธีการหรือแนวทางที่หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดและนำไปใช้ในการป้องกันและจัดการกับความรุนแรง โดยจำแนกตามลักษณะของมาตรการ ได้เป็น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม และมาตรการด้านการบริหาร และยังรวมถึงมาตรการป้องกันความรุนแรงตามบทบาทต่างๆ ของบุคลากรอีกด้วย

4. บุคลิกภาพกับการเกิดความรุนแรง

4.1 ความหมายของบุคลิกภาพ

ความหมายของบุคลิกภาพมีความหมายที่กว้าง มีผู้ให้ความหมายต่างๆ กัน ดังนี้
คลนทา หงษ์ทอง (2542: 30) บุคลิกภาพ หมายถึง ทักษะทางสังคมที่บุคคลสามารถแสดงออกมาได้อย่างเหมาะสมตามกาลเทศะ และลักษณะเด่นของบุคคลในสายตาผู้อื่น เช่น บุคลิกภาพแบบก้าวร้าว อ่อนน้อม เป็นต้น

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543: 216) บุคลิกภาพ เป็นลักษณะโดดเด่นของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกแบบนั้นอยู่เป็นประจำ กับสถานการณ์เฉพาะอย่างจนเกิดเป็นนิสัยถาวร

สุพานี สฤษฏ์วานิช (2549: 115-116) กล่าวว่า บุคลิกภาพ เป็นภาพรวมของคนๆ นั้น ในแง่มุมต่างๆ คือ ลักษณะท่าทาง สิ่งที่ปรากฏให้คนอื่นเห็น (appearance) เป็นคุณลักษณะเฉพาะ เช่น ความมุ่งมั่น เอาใจจริงเอาใจ และพฤติกรรมที่แสดงออก (trait and behavior) เช่น อากัปกริยา การ

พุดจา ท่วงทีต่างๆ ที่แสดงออกมา ความรู้สึกหรือการตระหนักในตนเอง (awareness) เช่น ขี้อาย ไม่กล้า หรือมีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น

Connell (1983 อ้างใน คลนภา หงษ์ทอง, 2542: 29) ให้ความหมายว่า รูปแบบของความคิด พฤติกรรม และประสบการณ์ซึ่งทำให้แต่ละคนแตกต่างกัน และมีเอกลักษณ์ของตนในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ

โดยสรุป ความหมายของบุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกมาเป็นประจำจนเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล โดยการแสดงออกนั้นมีทั้งเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่

4.2 ที่มาของบุคลิกภาพ

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543: 238-239) กล่าวว่าบุคลิกภาพของผู้ใหญ่เกิดจาก

1. พันธุกรรม เป็นองค์ประกอบที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด คือ ลักษณะกายภาพ เช่น ร่างกาย หน้าตา เพศ สีผิว อารมณ์ การทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น โดยมียีนส์ (Genes) เป็นตัวกำหนด
2. สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายนอกตัวเรา เช่น ค่านิยมต่างๆ เจตคติ ทัศนคติ วัฒนธรรมของภาคหรือประเทศ บรรทัดฐาน ครอบครัว เพื่อนและกลุ่มสังคม เป็นต้น คนเราอยู่ในสิ่งแวดล้อมแบบใดก็มีบุคลิกภาพแบบสังคมนั้น
3. สถานการณ์ หมายถึงสภาพการณ์เฉพาะอย่าง เมื่อเกิดกับบุคคลใด สามารถเปลี่ยนแปลงบุคลิกเดิมได้ สถานการณ์ที่ว่าจะต้องแปลกหรือลักษณะเด่น เช่น การเสียของรัก การได้ของรัก การเปลี่ยนแปลงกะทันหัน การตกใจอย่างแรง ความกลัว ฯลฯ เหตุการณ์เหล่านี้จะทำให้แต่ละบุคคลเกิดบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงได้ สถานการณ์เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพได้รวดเร็ว ส่วนสิ่งแวดล้อมจะค่อยๆ ซึมซับแต่ละวินาทีตลอดชีวิตของคนสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมนั้น แล้วจึงสร้างบุคลิกภาพตามอิทธิพลของสังคมที่อยู่จึงแตกต่างกันกับสถานการณ์เฉพาะอย่างที่กล่าวมา

บุคลิกภาพ โดยทั่วไปมีอยู่ 2 ระดับ คือ (คลนภา หงษ์ทอง, 2542: 30)

1. บุคลิกภาพภายนอกที่ปรากฏชัดเจน (Manifest surface personality) คือลักษณะภาพของบุคคลหนึ่งๆ ที่คนอื่นสังเกต และทำความเข้าใจได้ง่ายโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นคำพูดชัดเจน ลักษณะที่ปรากฏ และการแสดงออกอื่นๆ เช่น ความสวย ความหล่อแคล้ว ความก้าวร้าว เป็นต้น
2. บุคลิกภาพภายในหรือบุคลิกภาพจริง (Inner or real personality) คือลักษณะการผสมผสานภายในของบุคคลอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งเป็นลักษณะที่แท้จริง และจะหมายถึงกระบวนการภายใน เช่น ความคิด ทัศนคติ แรงจูงใจ อารมณ์ เป็นต้น บุคลิกภาพภายในนี้ จะทราบ

ได้จากการแสดงพฤติกรรมได้ตอบสิ่งเร้าในลักษณะที่เป็นแบบฉบับที่แท้จริงของบุคคลนั้น ต้องอาศัยการสังเกตที่แม่นยำ หรือเครื่องมือวัดที่มีประสิทธิภาพ

4.3 ลักษณะบุคลิกภาพ

Shellcnberger et al. (อ้างใน คลนภา หงษ์ทอง, 2542: 31) ได้จำแนกลักษณะบุคลิกภาพออกเป็น 4 Type ดังนี้

1. Type A: Nuerovascular มีลักษณะความเครียดมีปฏิกิริยาต่อระบบสับจิตหลอดเลือด ซึ่งกระทบต่อหัวใจและการไหลของโลหิต คนกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากความเสียหายของหลอดเลือดเข้าหัวใจ และความดันโลหิตสูง อาการผิดปกติที่พบคือ ไมเกรน ปลายนิ้วมือเย็น (Raynaud) ปวดประจำเดือนรุนแรง โรคหัวใจและอาการเจ็บหัวใจ

2. Type B: Internal มีลักษณะความเครียดมีปฏิกิริยาเด่นชัดต่อระบบประสาท ผลกระทบคือ การเปลี่ยนแปลงใน Neuro-transmitter substance ภายในสมองและระบบประสาท ผลกระทบอาจเกิดจากสาเหตุภายใน เช่น โรคทางพันธุกรรม หรือสาเหตุภายนอก เช่น ความเครียด มากมายเกินธรรมดา หรือเป็นไปได้ทั้งภายใน ภายนอก ความผิดปกติที่พบบ่อยคือ การเศร้าซึม โดดเดี่ยว หวาดระแวง คิดเหวี่ยง หรือติดยา ติดยาเสพติดต่างๆ เช่น นิโคติน คาเฟอีน การใช้สารเคมีพวกนี้ มักจะลงเอยด้วยอันตรายจากผลข้างเคียง เช่น ตับ หรือปอดเสียหาย

3. Type C: Neuromuscular มีลักษณะความเครียด แสดงปฏิกิริยาออกที่การเพิ่มและระยะเวลาของการบีบตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อระบบประสาทต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่มีการปลุกเร้าที่สูงมาก อาจเป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมให้ปกติได้ หรือไม่สามารถทำให้กล้ามเนื้อกลับคืนมาอยู่ในสภาวะผ่อนคลายได้ อาการที่พบทั่วไป เช่น ปวดหัว ปวดคอ ปวดหลังตอนล่าง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และกระดูกข้อเสื่อมเร็ว

4. Type D: Neurohumeral การทำงานของต่อมไร้ท่อถูกระบบฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงไป อาการผิดปกติที่พบบ่อยคือ ไทรอยด์สูงผิดปกติ เป็นหวัด ไข้หวัดใหญ่ ติดเชื้อ โรคกระเพาะ และมะเร็งง่ายกว่าคนปกติทั่วไป

ขณะที่ สุพานี สฤษฏ์วานิช (2549: 131) ได้ศึกษาคุณลักษณะของบุคลิกภาพที่สำคัญต่อพฤติกรรมในองค์กร พบว่า คนที่มีบุคลิกภาพแบบ Type A ในด้านบวก จะเป็นคนกระตือรือร้น ขยัน ปรารถนาความสำเร็จ มีมาตรฐานและเป้าหมายการทำงานสูง ชอบความสมบูรณ์แบบ ชอบการแข่งขันเพื่อให้เป็นผู้ชนะ แต่ในด้านลบ จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมทำอะไรแบบเร่งรีบ ใจร้อน ไม่ค่อยอดทน ชอบขัดจังหวะคนอื่น ชอบคิดหรือทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และอาจผลิตผลไม่ได้

ส่วนคนที่มีบุคลิกภาพแบบ Type B ในด้านบวก จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมง่ายๆ สบายๆ ผ่อนคลาย ไม่รีบเร่ง แต่อดทน ขณะที่ในด้านลบ จะต้องการการสนับสนุนจากคนอื่น ชอบผัดวันประกันพรุ่ง ไม่ค่อยกระตือรือร้น เรื่อยๆ เฉื่อยๆ ไม่ชอบแข่งขัน ไม่ใส่ใจในรายละเอียด

จากการศึกษาของ Sitthilutrakul (2003: 91) พบว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพแบบ A และ B มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อการเกิดความรุนแรงทางจิตใจและทางเพศ

จากที่กล่าวมาบุคลิกภาพของคนมีต่างแบบกันไป ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงมุ่งศึกษาพยาบาลสาธารณสุขโดยจำแนกบุคลิกภาพเป็นแบบ A และ B

5. การรับรู้ความรุนแรง

5.1 ความหมายของการรับรู้

ในเรื่องความหมายของการรับรู้ (Perception) ได้มีนักจิตวิทยาและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความตระหนัก ต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง หรือทั้งหมด โดยมีการตีความหรือแปลความหมายของสมอง โดยอาศัยความจำ ประสบการณ์เดิม อารมณ์ ความรู้สึกของตน เป็นเครื่องช่วยในการตีความ หรือแปลความ และนำไปสู่ประเด็นทางจริยธรรมที่ว่า เมื่อเกิดการรับรู้และตระหนักขึ้นแล้ว ก็จะต้องคำนึงถึงความสำคัญในการที่จะนำไปปฏิบัติ /หรือไม่ปฏิบัติ และผลที่จะตามมาจากการปฏิบัติ/หรือไม่ปฏิบัติ นั้น ซึ่งจะเป็นแนวทางในการที่จะเลือกปฏิบัติ/หรือไม่ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (วันทิวา วัฒนะโชติ, 2540: 27)

การรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลได้รับโดยผ่านทางประสาทสัมผัส และตีความหมายของสิ่งนั้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิม อารมณ์ สติปัญญา เป็นเครื่องช่วยในการแปลความ ให้กลายมาเป็นสิ่งที่รับรู้ ซึ่งอาจตอบสนองออกมาในรูปของความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำ (ศิริโรจน์ โชติกสถิตย์, 2542: 54)

การรับรู้ ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary, 1988 อ้างในศิริโรจน์ โชติกสถิตย์, 2542: 54) ให้ความหมายว่าเป็น การแสดงออกซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความนึกคิดเฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิด หรือความประทับใจก็ได้ รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่างๆ

การรับรู้ คือ กระบวนการตระหนักรู้เหตุการณ์หรือคุณสมบัติ ความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัว ด้วยอวัยวะรับความรู้สึก ทั้งนี้โดยการเรียนรู้ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์ ฯลฯ ที่ได้สะสมอยู่ในตัวบุคคลผู้นั้นนับตั้งแต่เกิดเข้ามามีอิทธิพลร่วมอยู่ด้วย (รัชนี นพเกตุ, 2547: 85)

การรับรู้ คือ การตีความของข้อมูลจากการรู้สึก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการรู้สึก อันได้แก่ อวัยวะรับความรู้สึกทั้งภายในและภายนอก ทำหน้าที่รับความรู้สึกส่งเป็นกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อให้ตีความแล้วจึงรู้ว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกนั้นคืออะไร (ถวิล ธาราโกชน และศรีณย์ คำริสุข, 2548: 74)

สรุปความหมายของการรับรู้ คือ กระบวนการที่สมองตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และตีความหมายเป็นการรับรู้ต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์เดิมที่มีต่อสิ่งเร้านั้น นำไปสู่การแสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น

5.2 กระบวนการของการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ที่ผ่านการตีความจากการจัดระเบียบข้อมูลต่างๆ (ถวิล ธาราโกชน และศรีณย์ คำริสุข, 2548: 74)

กระบวนการเกิดการรับรู้ มีดังนี้



แผนภาพที่ 2 กระบวนการรับรู้ (รัชนี นพเกตุ, 2540: 3)

กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน ซึ่งมีการเลือก (selection) เป็นกระบวนการแรกสุดของการรับรู้ โดยที่การเลือกจะเกิดขึ้นจากการใส่ใจ (attention) ของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น นักจิตวิทยาจึงเรียกลักษณะนี้ว่า การใส่ใจที่จะเลือก (selective perception) การใส่ใจที่จะเลือก เป็นกระบวนการรับรู้ที่จะเลือกสิ่งเร้าเฉพาะที่บุคคลเกิดการใส่ใจ ซึ่งธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องใช้ในการเลือกเฟ้นสิ่งเร้าที่มีอยู่ทั้งนี้เพราะในเวลาหนึ่งๆ บุคคลจะต้องพบกับสิ่งเร้ามากมาย แต่ว่าบุคคลสามารถที่จะเอาใจใส่หรือสนใจในสิ่งเร้าเพียงหนึ่งหรือสองอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้ได้เด่นชัดเฉพาะ

สิ่งเร้าที่ตนเองให้ความสนใจเท่านั้น ส่วนสิ่งเร้าอื่นอาจจะรับรู้ได้เพียงเลือนราง และในสิ่งเร้าบางอย่างอาจรับรู้ไม่ได้เลย (ถวิล ธาราโกชน และศรัณย์ คำริสุข, 2548: 74-75)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ นั้น แบ่งได้ดังนี้ (ศิริรัตน์ โชติกสถิตย์, 2542: 56)

1. ปัจจัยทางกายภาพของผู้รับรู้ ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้รับรู้ ได้แก่ ทักษะคิด อารมณ์ ค่านิยม ความต้องการ ความสนใจ ความพอใจ ความรู้ และประสบการณ์ เป็นต้น
3. ปัจจัยด้านสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ลักษณะของสิ่งเร้า ความแตกต่างของสิ่งเร้า เช่น สิ่งเร้าที่มีความเข้มกว่า สิ่งเร้าที่มีความชัดเจน สิ่งเร้าที่มีการกระทำซ้ำบ่อยๆ เป็นต้น

การรับรู้ในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้ (ถวิล ธาราโกชน และศรัณย์ คำริสุข, 2548: 75-78)

1. การใส่ใจ (Attention) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการรับรู้ การใส่ใจเป็นกระบวนการเตรียมพร้อมในการที่จะรับรู้ เป็นการกระทำที่มุ่งไปสู่สิ่งเร้า ถ้าบุคคลใส่ใจสิ่งใดมากก็จะมี การรับรู้สิ่งนั้นมากเช่นกัน ทั้งนี้การใส่ใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ภาวะของผู้รับรู้ (State of perceiver) เป็นความแตกต่างกันของความ ต้องการ (need) แรงจูงใจ (motive) และการคาดหวัง (expectancy) ของแต่ละบุคคล และ คุณลักษณะของสิ่งเร้า (Stimulus Characteristics) เป็นสิ่งที่บุคคลได้พบ และรู้สึกซึ่งจะทำให้เกิดการใส่ใจมากขึ้นขึ้นอยู่กับความเข้ม (intensity) และขนาด (size) ของสิ่งเร้า เช่น แสง สีที่เข้มและขนาดที่ใหญ่จะดึงดูดความสนใจได้มากกว่า, การตรงข้ามกัน (contrast) การทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ผิดแผกไปจากเดิมจะทำให้เกิดการใส่ใจในสิ่งนั้นมากขึ้น, การทำซ้ำ (repetition) ในสิ่งเร้านั้นบ่อยๆหรือหลายๆครั้ง, การเคลื่อนไหว (movement) ของสิ่งเร้า เพื่อดึงดูดความสนใจ

2. ประสบการณ์เดิม (Previous Experience) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลสะสมมาตั้งแต่เกิด บุคคลจะใช้สิ่งเหล่านี้ ในการคาดคะเนหรือเตรียมการเพื่อการรับรู้ประสบการณ์เดิมเป็นเหมือนเครื่องมือในการตีความ ที่ทำให้การรับรู้ของบุคคลสอดคล้องกับสิ่งเร้านั้น

3. การเตรียมการคิดและสถานการณ์ห้อมล้อม (Mental Set and Context) ประสบการณ์ต่างๆทำให้บุคคลเกิดการคาดหวังในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับเขา การมีชีวิตอยู่ในสังคมที่อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมมากมาย เขาจะต้องตีความและรับรู้ในสิ่งเร้าที่ห้อมล้อม (Context)

พวกเขายู่ เขาจึงต้องพิจารณา วิเคราะห์ ไตร่ตรอง อันเป็นการเตรียมการคิด (Mental Set) ที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆอย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และตีความหมายเป็นการรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์เดิมที่มีต่อสิ่งเร้านั้น นำไปสู่การแสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น ในที่นี้ การรับรู้ความรุนแรงของงานพยาบาลสาธารณสุขจึงอาจเป็นผลของการตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง

6. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพ

คำว่า “สัมพันธภาพ” มีความหมายว่า ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525 อ้างใน คลนภา หงษ์ทอง, 2542: 25) ดังนั้น จากการทำงานของพยาบาลสาธารณสุขที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายวิชาชีพในทีมสุขภาพ และ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย การประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ซึ่งแต่ละคนจะมีบุคลิกและนิสัยแตกต่างกันไป เพื่อให้การดำเนินงานในการพยาบาลสาธารณสุขเป็นไปด้วยดี พยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (สุปราณี วสินอมร, 2535: 34)

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นทักษะที่สำคัญมากสำหรับการปฏิบัติงาน การดำเนินงานของบุคคลทุกคน โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องติดต่อกับบุคคลจำนวนมาก หลายประเภท งานพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการติดต่อกับบุคคลหลายประเภท หลายอาชีพ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันคือเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพดีที่สุด

ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นต้องเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ก่อนซึ่งมาสโลว์ ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานไว้ 5 ขั้น ดังนี้ 1. ความต้องการด้านร่างกาย 2. ความต้องการด้านความปลอดภัย 3. ความต้องการการเป็นที่รักเป็นเจ้าของ 4. ความต้องการเป็นที่นับถือและภาคภูมิใจ และ 5. ความต้องการด้านประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ถ้าเราเข้าใจความต้องการพื้นฐานนี้และสามารถสนองตอบได้ก็จะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีขึ้นได้

หลักในการสร้างสัมพันธภาพที่จะต้องปฏิบัติมีดังนี้

1. ต้องเปิดใจตนเอง โดย
 - 1.1 ต้องมีใจกว้าง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
 - 1.2 ให้ความสนใจผู้อื่นอย่างจริงใจ

- 1.3 มีความยุติธรรม ไม่อคติ จริงใจต่อผู้อื่น
- 1.4 พยายามขจัดความเกลียดชัง ความเสียหาย ความเห็นแก่ตัวของตน
- 1.5 สร้างบุคลิก ท่าที และบรรยากาศที่เป็นมิตร
- 1.6 ถ้าตนเองผิดต้องยอมรับผิด
2. ต้องมีความไว้วางใจผู้อื่น โดย
 - 2.1 พยายามฝึกฝนช่วยให้คนอื่นเป็นฝ่ายถูก
 - 2.2 พิสูจน์ให้คนอื่นเห็นว่าตนเองสมควรได้รับความไว้วางใจ
 - 2.3 พยายามหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง
 - 2.4 รู้จักกาลเทศะ
 - 2.5 แสดงความไว้วางใจผู้อื่น
3. ให้ความมั่นใจผู้อื่น โดยแสดงให้เห็นว่าท่านคิดและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น
เป็นสำคัญ
4. ให้ความเชื่อถือผู้อื่น และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาของการสร้างสัมพันธภาพมักเกิดจากการเข้าใจผิดว่าวิชาความรู้สำคัญกว่าจรรยา มารยาทการคบหาสมาคม ไม่เคารพศักดิ์ศรีของผู้อื่น คิดว่าตนเองเหนือกว่าผู้อื่น ดังนั้นการให้เกียรติผู้อื่น การอ่อนน้อมถ่อมตน การยอมรับนับถือศักดิ์ศรีของคนอื่น เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพถ้าจะให้เกิด และเป็น ไปด้วยดี จะต้องมีการปรับปรุงตัวเองทั้งสองฝ่าย ซึ่งการปรับปรุงตนเองนั้นควรยึดหลักการดังนี้

1. ต้องพยายามทำให้ตนเองมีอารมณ์เป็นผู้ใหญ่ สุขุมหนักแน่น เป็นตัวของตัวเอง ไม่หวัหระแว ไม่เป็นทาสของความกลัว ไม่อ่อนแอจนต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา หรือแค้นกระด้างจนเกิดความรู้สึกโกรธแค้นผู้อื่น
2. รู้จักปรับตนเองให้เข้ากับบุคคล เหตุการณ์ และสถานที่
3. รู้จักสังเกต จดและจำ ความสังเกตจะช่วยให้เข้ากับคนทุกชั้นทุกเพศ ทุกวัยได้ดี เมื่อสังเกตบ่อยๆ เข้าก็มีการจำได้ แต่หากความจำไม่สมบูรณ์ก็ควรบันทึกไว้ คนที่มีความจำดี เช่น จำชื่อสิ่งที่ชอบของคนอื่นได้ ทำให้คนที่เราริติดต่อรู้สึกพึงพอใจ
4. รู้จักตัวเอง รู้จักประมาณตน ไม่คิดว่าตนวิเศษคนเดียว
5. รู้จักประนีประนอม มีการเสียสละ เห็นอกเห็นใจคนอื่น
6. รู้จักหาเหตุผลและใช้เหตุผล
7. มีความมั่นใจในตนเอง และเป็นตัวของตัวเอง

สรุป จากการทำงานของพยาบาลสาธารณสุขที่ต้องมีการสื่อสารกับบุคคลต่างๆ ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความสำคัญ ถ้าสัมพันธภาพดีการทำงานก็จะเกิดประสิทธิภาพที่ดี แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างกันไม่ดีอาจเกิด ความรุนแรงขึ้นในงานของพยาบาลสาธารณสุขได้

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข พบข้อมูล ดังนี้

7.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำ ความรุนแรง

7.1.1 อายุ

นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม (2540) ศึกษาความรุนแรงต่อสตรีในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ถูกกระทำความรุนแรงมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 28.1 และ 24.1 ตามลำดับ

บุศรินทร์ คล่องพยาบาล (2542) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัว สัตว์ส่วน และลักษณะการถูกทำร้าย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาจากสามีทั้งทางด้าน จิตใจ ร่างกาย เพศ และเศรษฐกิจ ใช้แบบสัมภาษณ์ภรรยา จำนวน 337 คนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว พบว่า ภรรยาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี

ทัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการ กับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุในช่วง 21-30 ปี

นฤมล สิทธิคู่ตระกูล (2545) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อนพยาบาล ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 56.4

สมชาย อินโต (2536) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการก่ออาชญากรรมทางเพศประเภทคดีย่มขืนกระทำชำเรา โดยทำการเก็บข้อมูลจาก ผู้ต้องขังคดีย่มขืน ซึ่งศาลตัดสินแล้วจากเรือนจำกลางคลองเปรม ทักษสถานวัยหนุ่ม และเรือนจำ กลางบางขวาง ในปี พ.ศ. 2534 จำนวน 346 คน พบว่า อายุของหญิงที่ถูกข่มขืน ส่วนใหญ่อยู่ ระหว่าง 15-25 ปี

7.1.2 บุคลิกภาพ

คลนภา หงษ์ทอง (2542) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา จำนวน 350 ราย ในเขต อำเภอเมืองและอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่าบุคลิกภาพ Type B ของสามีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัว ($r = 0.379$, $p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งบุคลิกภาพ Type B มักมีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงต่อสตรีในครอบครัว

Bergess & Wallis (1953 อ้างใน คลนภา หงษ์ทอง, 2542: 123) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพของกลุ่มสมรสกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิตครอบครัว สรุปว่าครอบครัวที่ราบรื่น คู่สมรสจะมีบุคลิกภาพที่มั่นคงในอารมณ์ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ส่วนคู่สมรสและครอบครัวที่ไม่ราบรื่นนั้น คู่สมรสจะมีบุคลิกภาพที่ไม่มั่นคงทางอารมณ์ ต่ำหุนิดีเย็น และโยนความผิดให้กันและกัน แยกตัว โดดเดี่ยวมีความหวาดระแวงสงสัยต่อกัน

Sitthilutrakul (2003) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาล ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ บุคลิกภาพ Type A, Type B

7.1.3 ระดับการศึกษา

คลยา ธนะอุดม (2539) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัวศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 บางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลำดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา (ป.1-ป.6) มัธยมศึกษา (ม.1-ม.6) และอุดมศึกษา (อนุปริญญาขึ้นไป) พบว่า ความน่าจะเป็นในการถูกทำร้ายร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา มีความน่าจะเป็นเฉลี่ย ในการถูกทำร้ายร่างกายต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม (2540) ศึกษาความรุนแรงต่อสตรีในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียน ถูกกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำ (ป.1-ป.6) ระดับปานกลาง (ม.1-ม.6) และปวช.) และระดับสูง (อนุปริญญา หรือ ปวส.ขึ้นไป) ร้อยละ 30.2, 25.4 และ 21.8 ตามลำดับ

บุศรินทร์ คล่องพยาบาล (2542) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัว สัดส่วนและลักษณะการถูกทำร้าย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาจากสามีทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย เพศ และเศรษฐกิจ ใช้แบบสัมภาษณ์ภรรยา จำนวน 337 คนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว โดยแบ่งระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย พบว่า วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 50.5

7.1.4 ประสพการณ์ในการปฏิบัติงาน

ตัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 1-28 ปี

Sitthilutrakul (2003) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาล ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.7 ระยะเวลา 11-20 ปี ร้อยละ 28.9 ระยะเวลา มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.4

7.1.5 สถานที่

นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม (2540) ศึกษาความรุนแรงต่อสตรีในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 400 คน พบว่า การถูกกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกายของผู้หญิง 106 คน เกิดขึ้นที่บ้านมากที่สุด คือร้อยละ 92.5 รองลงมาคือเกิดขึ้นที่สาธารณะ และที่ทำงานร้อยละ 57.5 และ 46.2 ตามลำดับ

ตัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน มากที่สุด ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25.1 และแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องคลอด ร้อยละ 11.1

Sitthilutrakul (2003) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า สถานที่เกิดการกระทำความรุนแรงต่อพยาบาลมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 53.2 ห้องผ่าตัด ร้อยละ 15.6 หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 12.8

7.1.6 สัมพันธภาพ

คลยา ธนะอุดม (2539) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัวศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 บางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัมพันธภาพเป็น 3 กลุ่มคือ สัมพันธภาพระดับดี (รักใคร่กันดี) สัมพันธภาพระดับปานกลาง (ทะเลาะกันบ้างเป็นบางครั้ง) และสัมพันธภาพระดับไม่ดี (ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ หรือต่างคนต่างอยู่) พบว่า ความน่าจะเป็นในการถูกทำร้ายร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องสัมพันธภาพพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) กลุ่มที่มีสัมพันธภาพกับสามีดี และกลุ่มที่มีสัมพันธภาพกับสามีปานกลาง มีความน่าจะเป็นในการถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่มีสัมพันธภาพกับสามีไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คลนภา หงษ์ทอง (2542) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัวและผลสืบเนื่องทางสุขภาพ กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา จำนวน 350 ราย ในเขต อำเภอเมืองและอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสตรีและสามีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัว นั่นคือ สตรีที่มีสัมพันธภาพ กับสามีระดับดีจะเกิดความรุนแรงในครอบครัวต่ำ ในทางตรงกันข้ามสตรีที่มีสัมพันธภาพกับสามีระดับไม่ดีจะเกิดความรุนแรงในครอบครัวสูง

บุศรินทร์ คล่องพยาบาล (2542) ศึกษาความรุนแรงในครอบครัว สัดส่วนและลักษณะการถูกทำร้าย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาจากสามีทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย เพศ และเศรษฐกิจ ใช้แบบสัมภาษณ์ภรรยา จำนวน 337 คนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดสระแก้ว พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับการทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ เพศ

Sitthilutrakul (2003) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาล ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ สัมพันธภาพของพยาบาล

7.2 การรับรู้ความรุนแรง

Sitthilutrakul (2003) ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาล ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ การรับรู้ความรุนแรง

7.3 การจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

ทัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ในพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงราย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคือ ใช้วิธีพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง รองลงมาพูดคุยปกติและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่กระทำความรุนแรง ส่วนการจัดการกับความรุนแรงทางร่างกายคือ ใช้วิธีเดินหนี หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรง รองลงมาใช้วิธีการพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง และพูดคุยปกติและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่กระทำความรุนแรง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงานการถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาและทางร่างกาย

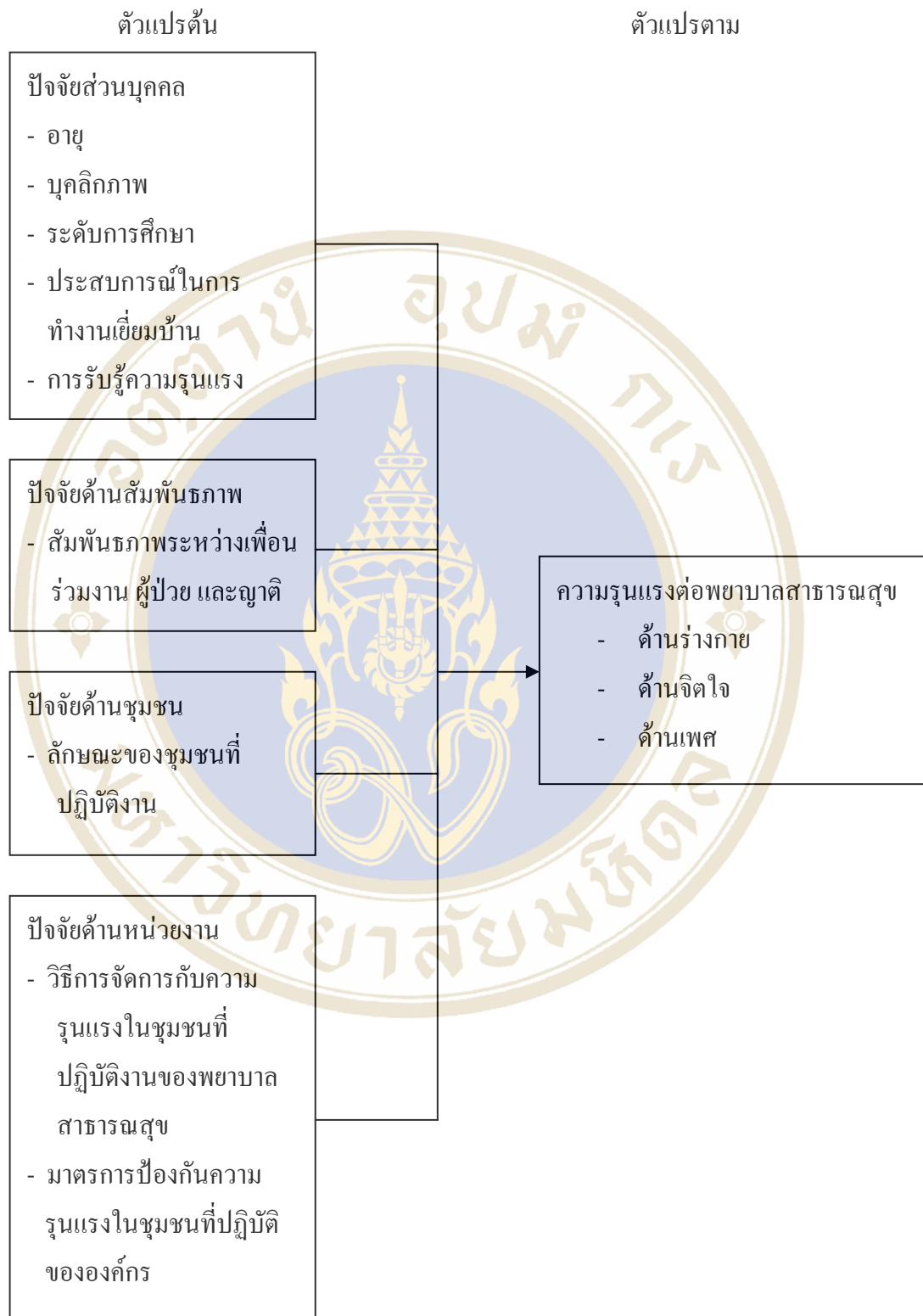
สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข มีดังนี้

- อายุ
- บุคลิกภาพ
- ระดับการศึกษา
- ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน
- การรับรู้ความรุนแรง
- สถานที่ทำงาน
- การจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน
- การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านความรุนแรง
- สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงได้นำมาจัดจำแนกตัวแปรออกเป็นกลุ่มตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002: 9-10) ดังแผนภาพที่ 3





แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากรตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขโดยทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จากศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 315 คน

โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกประชากรตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การเลือกผู้ยินยอมให้ทำการวิจัย (Inclusion criteria)

- 1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข โดยทำหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- 1.2 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 1.3 ไม่ได้อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอดบุตร
- 1.4 สนใจเข้าร่วมวิจัย

2. เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยออก (Exclusion criteria)

- 2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข โดยทำหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ไม่อยู่ หรือไม่มาทำงาน หรือย้ายสถานที่ทำงานในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยกำลังเก็บข้อมูล
- 2.2 ประชากรตัวอย่างขอยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ประชากรผู้ยินยอมตนขอยกเลิกไม่ตอบแบบสอบถาม ไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Siththilutrakul (2003) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำรง บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงานในสำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร ประสบการณ์การทำงานก่อนมาทำงานเย็บบ้าน หน้าที่ในการปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการทำงานเย็บบ้าน ประเภทของชุมชนที่เข้าปฏิบัติงาน การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ และพยาบาลสาธารณสุข การได้รับการปฐมพยาบาลหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน ข้อคำถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีจำนวนคำถามรวม 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข เป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วยแบบวัดบุคลิกภาพ Type A จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดบุคลิกภาพ Type B จำนวน 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงโดย Siththilutrakul (2003) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดในพยาบาลประจำการใช้ทดสอบแล้วว่าตรงกับการวัดบุคลิกภาพของพยาบาล โดยมีลักษณะคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนน
ไม่เห็นด้วย/ไม่เป็นจริง	1
ไม่แน่ใจ	2
เห็นด้วย/เป็นจริง	3

การแปลผลคะแนนบุคลิกภาพ Type A

คะแนนรวมมากแสดงว่าพยาบาลมีบุคลิกภาพ Type A สูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่าพยาบาลมีบุคลิกภาพ Type A ต่ำ การตัดสินใจแบ่งโดยอิงกลุ่มที่ศึกษาด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. บุคลิกภาพ Type A ต่ำ หมายถึง การที่พยาบาลมีบุคลิกภาพ Type A น้อยกว่าค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($< \mu - \sigma$)
2. บุคลิกภาพ Type A ปานกลางหมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนบุคลิกภาพ Type A ระหว่างค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\mu \pm \sigma$)
3. บุคลิกภาพ Type A สูง หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนบุคลิกภาพ Type A มากกว่าค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \mu + \sigma$)

การแปลผลคะแนนบุคลิกภาพ Type B

คะแนนรวมมากแสดงว่าพยาบาลมีบุคลิกภาพ Type B สูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่าพยาบาลมีบุคลิกภาพ Type B ต่ำ การตัดสินแบ่งโดยอิงกลุ่มที่ศึกษาด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. บุคลิกภาพ Type B ต่ำ หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนบุคลิกภาพ Type B น้อยกว่า ค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($< \mu - \sigma$)
2. บุคลิกภาพ Type B ปานกลาง หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนบุคลิกภาพ Type B ระหว่างค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\mu \pm \sigma$)
3. บุคลิกภาพ Type B สูง หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนบุคลิกภาพ Type B มากกว่าค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \mu + \sigma$)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข เป็นแบบให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว แบ่งมาตรวัดเป็น 3 ระดับ คือ เป็น ไม่เป็น ไม่แน่ใจ มีทั้งหมด 32 ข้อ แบบวัดดัดแปลงจากแบบวัดของ Sitthilutrakul (2003)

การแปลผลคะแนน

การตัดสินแบ่งออกเป็นการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ปานกลาง และต่ำโดยอิงเกณฑ์ด้วยการใช้ช่วงของคะแนนดิบหารด้วยจำนวนชิ้นของกลุ่มข้อมูลเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อยของความรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 2 ข้อ ดังนี้ 1. ข้อมูลความรุนแรงเกี่ยวกับเหตุการณ์ 2. ลักษณะการทำงานที่ถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุด โดยแบบสอบถามสร้างจากแบบสอบถามความรุนแรงที่เกิดกับทีมพยาบาลของ Little (1999) แปลโดย Sitthilutrakul (2003) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข และผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย,ญาติ เป็นแบบให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว แบ่งเป็น 4 มาตรวัด มีทั้งหมด 17 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของ Sitthilutrakul (2003) โดยแบบวัดประกอบด้วย ข้อความที่มีลักษณะด้านบวก 11 ข้อ และข้อความที่มีลักษณะลบ 6 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 10, 16, 17)

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ด้านบวก (คะแนน)	ด้านลบ (คะแนน)
ไม่เป็นจริงเลย	1	4
เป็นจริงเล็กน้อย	2	3

เป็นจริงค่อนข้างมาก	3	2
เป็นจริงมากที่สุด	4	1

การแปลผลคะแนน

การตัดสินใจแบ่งโดยอิงกลุ่มที่ศึกษาด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. สัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมไม่ดี หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($< \mu - \sigma$)
2. สัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมระดับปานกลาง หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมระหว่างค่าเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\mu \pm \sigma$)
3. สัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมระดับดี หมายถึง การที่พยาบาลมีคะแนนสัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมมากกว่าค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($> \mu + \sigma$)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่พยาบาลสาธารณสุขจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ เป็นแบบให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ มีทั้งหมด 32 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ เป็นแบบให้เลือกตอบ มีทั้งหมด 32 ข้อผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเรียบร้อย และความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านตรวจสอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยทดสอบช่วงเวลาวันที่ 17-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 แล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรายองค์ประกอบ และความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวม ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข เท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบอของ ความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิด ในกระบวนการปฏิบัติงาน	เท่ากับ 0.83
ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข และ ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย,ญาติ	เท่ากับ 0.84
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่พยาบาลสาธารณสุขจัดการกับ ความรุนแรงที่ได้รับ	เท่ากับ 0.98
ส่วนที่ 7 มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้าน สาธารณสุขของหน่วยงาน	เท่ากับ 0.75
ความเที่ยงของทั้งฉบับ	เท่ากับ 0.74

โดยเมื่อตรวจสอบค่าความตรงรายข้อพบว่ามียางข้อมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ จึงมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นรายข้อ เพื่อให้ประชากรตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความเข้าใจในแบบสอบถามมากขึ้น และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ตามขั้นตอนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจึงมีคุณภาพเพียงพอในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม 2552 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ส่งโครงร่างและแบบสอบถามให้คณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยตรวจ

พิจารณา

3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปแจกกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงกับผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข ถึงรายละเอียดของแบบสอบถาม

5. เก็บแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ลงรหัส และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูล

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่ออธิบายให้ทราบลักษณะของประชากรตัวอย่างได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยแสดงด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation และ Chi-square test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม: การพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัย โดยก่อนการเก็บข้อมูลจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล และขออนุญาตการทำวิจัยในคนจากกรุงเทพมหานคร โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมสากล และตามคำประกาศเฮลซิงกิ ดังนี้

1. แบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะถือเป็นความลับจะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล
2. การแจกแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปแจกผู้ยินยอม หรือใส่ซองถ้าไม่พบผู้ยินยอมด้วยตนเอง
3. การรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลา ในการรับคืนจากผู้ยินยอมด้วยตนเอง
4. แบบสอบถามที่ได้รับคืน จะเก็บรักษาไว้และจะไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มิได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยเด็ดขาด
5. ภายหลังที่ใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามให้เรียบร้อย
6. การนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวม ไม่นำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

หลังจากผ่านการอนุมัติข้อพิจารณาทางจริยธรรมแล้ว จึงจัดทำจดหมายถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย และประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งประชากรตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และแม้ประชากรตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ก็สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และขณะตอบแบบสอบถาม หากเกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ไม่อยากตอบคำถาม สามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อประชากรตัวอย่างและการปฏิบัติงานของประชากรตัวอย่าง หลังจากประชากรตัวอย่างรับทราบข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ และตกลงให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยแล้ว จึงจะให้ลงนามยินยอมให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะความรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 315 คน ได้แบบสอบถามคืน 300 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

ส่วนที่ 5 การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 6 มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของ
หน่วยงาน

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลสาธารณสุข

จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่อายุระหว่าง 39-49 ปี ร้อยละ 60.7 (อายุเฉลี่ย 44 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 79.3 ประสบการณ์ทำงานในสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 46.0 ก่อนมาทำหน้าที่เยี่ยมบ้านเคยทำงานในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 76.7 ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 2-10 ปี ร้อยละ 49.3 (ประสบการณ์เฉลี่ย 9.8 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9) ประเภทของชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ชุมชนแออัด ร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ ชุมชนเมือง ร้อยละ 57.7 การได้รับข่าวสารความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลประจำการและพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงการได้รับการปฐมพยาบาลหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคย ร้อยละ 59.7, 62.7 และ 93.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และการปฏิบัติงาน (N=300)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
28-38	59	19.7
39-49	182	60.7
50-60	59	19.7
$(\mu = 44, \sigma = 6.5, \min = 28, \max = 58)$		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	234	78.0
ประกาศนียบัตรหลังปริญญาตรี		
สุขภาพจิตและจิตเวช	4	1.3
เวชปฏิบัติ	17	5.7
ปริญญาโท	45	15.0
สถานภาพ		
โสด	32	10.7
คู่	238	79.3
ม่าย หย่า แยก	30	9.9
ประสบการณ์ทำงานในสำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร (ปี)		
≤ 1	9	3.0
2-10	102	34.0
11-20	138	46.0
21-30	44	14.7
> 30	7	2.3
$(\mu = 13.4, \sigma = 7.9, \min = 1, \max = 34)$		
การปฏิบัติงานก่อนการทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน		
โรงพยาบาล	230	76.7
ศูนย์บริการสาธารณสุข	66	22.0
อื่นๆ	4	1.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงาน (ต่อ) (N=300)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงานเย็บบ้าน (ปี)		
≤ 1	20	6.7
2-10	148	49.3
11-20	111	37.0
21-30	21	7.0
(μ= 9.8, σ = 6.9, min = 1, max = 30)		
ประเภทของชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเย็บบ้าน (เลือกได้มากกว่า 1 ประเภท)		
ชุมชนแออัด	264	88.0
ชุมชนเมือง	173	57.7
ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร	170	56.7
ชุมชนชานเมือง	128	42.7
เคหะชุมชน	116	38.7
อื่นๆ	18	6.0
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลประจำการ		
ไม่เคย	179	59.7
เคย	121	40.3
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลสาธารณสุข		
ไม่เคย	188	62.7
เคย	112	37.3
การได้รับการปฐมพยาบาลหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน		
ไม่เคย	281	93.7
เคย	19	6.3

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ด้านบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพ ทั้งแบบ A และ B ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 และ 74.2 ตามลำดับ โดยประชากรตัวอย่างที่มีบุคลิกภาพแบบ A และ B ในระดับสูง มีร้อยละ 16.4 และ 17.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามบุคลิกภาพ (N=299)

ลักษณะบุคลิกภาพ	จำนวน	ร้อยละ
Type A		
ต่ำ (<29.8)	42	14.0
ปานกลาง (29.8-40.5)	208	69.6
สูง (>40.5)	49	16.4
Type B		
ต่ำ (<18.94)	26	8.7
ปานกลาง(18.94-24.78)	222	74.2
สูง(>24.78)	51	17.1

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจำแนกระดับการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงโดยรวม (N=298)		
ระดับต่ำ (2-24)	4	1.3
ระดับปานกลาง (25-46)	17	5.7
ระดับสูง (47-68)	277	93.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง		จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงด้านร่างกาย (N=299)			
ระดับต่ำ	(0-6)	2	0.6
ระดับปานกลาง	(7-13)	5	1.7
ระดับสูง	(14-20)	292	97.7
การรับรู้ความรุนแรงด้านจิตใจ (N=299)			
ระดับต่ำ	(0-7)	11	3.6
ระดับปานกลาง	(8-15)	34	11.4
ระดับสูง	(16-22)	254	84.9
การรับรู้ความรุนแรงด้านเพศ (N=298)			
ระดับต่ำ	(0-8)	5	1.7
ระดับปานกลาง	(9-17)	24	8.0
ระดับสูง	(18-26)	269	90.3

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลางและระดับดี ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.3 และ 47.0 ตามลำดับ ส่วนสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

สัมพันธภาพของพยาบาลสาธารณสุข		จำนวน	ร้อยละ
กับผู้ร่วมงาน (N=298)			
ระดับไม่ดี	(16-24)	17	5.7
ระดับปานกลาง	(25-32)	141	47.3
ระดับดี	(33-40)	140	47.0

ตารางที่ 4 สัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลสาธรรณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ (ต่อ)

สัมพันธภาพของพยาบาลสาธรรณสุข	จำนวน	ร้อยละ
กับผู้ป่วยและญาติ (N=300)		
ระดับไม่ดี (13-18)	5	1.7
ระดับปานกลาง (19-23)	108	36.0
ระดับดี (24-28)	187	62.3

ส่วนที่ 5 การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธรรณสุข

การจัดการกับประเภทของความรุนแรงของพยาบาลสาธรรณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ความรุนแรงด้านเพศ และความรุนแรงด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การจัดการกับประเภทของความรุนแรงที่ได้รับของพยาบาลสาธรรณสุข (N=300)

ประเภทความรุนแรง	การจัดการกับความรุนแรง	
	ไม่มี	มี
ด้านร่างกาย	271 (90.3)	29 (9.7)
ด้านจิตใจ	146 (48.7)	154 (51.3)
ด้านเพศ	248 (82.7)	52 (17.3)

เมื่อพิจารณาวิธีการจัดการกับความรุนแรง พบว่า พยาบาลสาธรรณสุขมีการจัดการความรุนแรงด้านร่างกาย 3 อันดับแรก คือ พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 27.6) เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 20.7) และรายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 13.8) ส่วนการจัดการความรุนแรงด้านจิตใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 32.5) พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 29.2) และเดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 14.3) วิธีจัดการความรุนแรงทางเพศ 3 อันดับแรก มีดังนี้ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 34.6) และพุดระบายกับเพื่อน (ร้อยละ 13.5) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 วิธีการจัดการกับความรุนแรงประเภทต่างๆของพยาบาลสาธารณสุข

วิธีการจัดการ	ความรุนแรง		
	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านเพศ
	(N=29)	(N=154)	(N=52)
1 รายงานผู้บังคับบัญชาด้วยบันทึก	1 (3.4)	5 (3.2)	0
2 รายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา	4 (13.8)	9 (5.8)	0
3 แจ้งความ	2 (6.9)	1 (0.6)	0
4 พุดระบายกับผู้ร่วมงาน	4 (13.8)	50 (32.5)	18 (34.6)
5 พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง	8 (27.6)	45 (29.2)	4 (7.7)
6 เดินหนี หรือ หลีกเลียง	6 (20.7)	22 (14.3)	18 (34.6)
7 พุดระบายกับเพื่อน	3 (10.3)	19 (12.3)	7 (13.5)
8 ได้ตอบด้วยวิธีการเดียวกัน	1 (3.4)	3 (1.9)	5 (9.6)

ส่วนที่ 6 มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร

มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขจำแนกเป็นมาตรการของศูนย์บริการสาธารณสุขและมาตรการของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกด้านเท่ากันคือ ร้อยละ 22.0 ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านเพศ และด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข (N=300)

ความรุนแรง	ศูนย์บริการสาธารณสุข		กลุ่มงานเยี่ยมบ้าน	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
ด้านร่างกาย	234 (78.0)	66 (22.0)	271 (90.3)	29 (9.7)
ด้านจิตใจ	234 (78.0)	66 (22.0)	146 (48.7)	154 (51.3)
ด้านเพศ	234 (78.0)	66 (22.0)	248 (82.7)	52 (17.3)

มาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาธารณสุขตามการรับรู้ของประชากร ตัวอย่าง พบว่า ในด้านร่างกาย 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่สวมใส่ของมีค่าขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 13.6) เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) แต่งกายให้เหมาะสม (ร้อยละ 6.1) ส่วนด้านจิตใจพบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) อบรมจริยธรรมแก่เจ้าหน้าที่ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 4.5) และด้านเพศ พบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 9.1) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 4.5) หลีกเลี้ยง หรือ เดินหนี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 3.0) (ตารางที่ 8)

ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเพศ คือ ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง (ร้อยละ 68.9, 14.3, 25.0 ตามลำดับ) มาตรการที่พบรองลงมาในด้านร่างกาย คือ ไม่สวมใส่ของมีค่า (ร้อยละ 48.3) และแจ้งตำรวจ (ร้อยละ 13.8) ในด้านจิตใจ คือ วางตัวเฉย ไม่แสดงกริยาตอบโต้ (ร้อยละ 1.9) พุดจาด้วยวาจาสุภาพ อ่อนหวาน (ร้อยละ 1.9) ส่วนด้านเพศ คือ แต่งกายสุภาพถูกระเบียบ (ร้อยละ 7.7) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 5.8) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 มาตรการป้องกันความรุนแรงสำหรับพยาบาลสาธารณสุข 5 อันดับแรก

มาตรการของศูนย์บริการสาธารณสุข		มาตรการของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน	
ด้านร่างกาย	(N=66)		(N=29)
- ไม่สวมใส่ของมีค่าขณะปฏิบัติงาน	9 (13.6)	- ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง	20 (68.9)
- เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป	5 (7.6)	- ไม่สวมใส่ของมีค่า	14 (48.3)
- แต่งกายให้เหมาะสม	4 (6.1)	- แจ้งตำรวจ	4 (13.8)
- แจ้งตำรวจ	3 (4.5)	- เยี่ยมบ้านด้วยความระมัดระวัง	2 (6.9)
- จัดอบรมศิลปะป้องกันตัว	2 (3.0)	- พกมียาติดตัวเพื่อใช้ป้องกันตัว	2 (6.9)
ด้านจิตใจ	(N=66)		(N=154)
- เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป	5 (7.6)	- ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง	22 (14.3)
- อบรมจริยธรรมแก่เจ้าหน้าที่	3 (4.5)	- วางตัวเฉยไม่แสดงกริยาตอบโต้	3 (1.9)
- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	3 (4.5)	- พุดจาด้วยวาจาสุภาพอ่อนหวาน	3 (1.9)
- มีบุคลิกภาพใจเย็น อ่อนน้อม	2 (3.0)	- อบรมจริยธรรมแก่เจ้าหน้าที่	2 (1.3)
- ถ่อมตน		- หลีกเลี้ยง หรือ เดินหนี	2 (1.3)
- รายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา	2 (3.0)	- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	

ตารางที่ 8 มาตรการป้องกันความรุนแรงสำหรับพยาบาลสาธารณสุข 5 อันดับแรก (ต่อ)

มาตรการของศูนย์บริการสาธารณสุข		มาตรการของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน	
ด้านเพศ	(N=66)		(N=52)
- เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป	6 (9.1)	- ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง	13 (25.0)
- แจ้งตำรวจ	3 (4.5)	- แต่งกายสุภาพ ถูกระเบียบ	4 (7.7)
- หลีกเลี่ยงหรือเดินหนีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	2 (3.0)	- แจ้งตำรวจ	3 (5.8)
- บันทึกรายงานถึงผู้บังคับบัญชา	2 (3.0)	- บันทึกรายงานถึงผู้บังคับบัญชา	2 (3.8)
- หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง, แต่งกายสุภาพถูกระเบียบ, จัดรถรับส่งในพื้นที่ปฏิบัติงาน	1 (1.5)	- หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง	2 (3.8)

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลสาธารณสุขทางด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านเพศ และความรุนแรงโดยรวม ผลการวิจัยพบว่า

1. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ทั้ง 3 ด้านและความรุนแรงรวม (ทางกาย $r = -0.039$, $p\text{-value} = 0.504$, ทางจิตใจ $r = 0.015$, $p\text{-value} = 0.796$, ทางเพศ $r = -0.017$, $p\text{-value} = 0.770$, ภาพรวม $r = -0.002$, $p\text{-value} = 0.969$)

2. พยาบาลสาธารณสุขที่มีบุคลิกภาพแบบ A ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ทั้ง 3 ด้านและความรุนแรงรวม (ทางกาย $r = -0.112$, $p\text{-value} = 0.053$, ทางจิตใจ $r = 0.074$, $p\text{-value} = 0.200$, ทางเพศ $r = 0.099$, $p\text{-value} = 0.089$, ภาพรวม $r = 0.105$, $p\text{-value} = 0.070$)

3. พยาบาลสาธารณสุขที่มีบุคลิกภาพแบบ B ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ทั้ง 3 ด้าน และความรุนแรงรวม (ทางกาย $r = 0.025$, $p\text{-value} = 0.669$, ทางจิตใจ $r = 0.090$, $p\text{-value} = 0.122$, ทางเพศ $r = 0.021$, $p\text{-value} = 0.712$, ภาพรวม $r = 0.075$, $p\text{-value} = 0.198$)

4. ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงทั้ง 3 ด้าน และความรุนแรงรวม (ทางกาย $r = 0.011$, $p\text{-value} = 0.854$, ทางจิตใจ $r = 0.026$, $p\text{-value} = 0.650$, ทางเพศ $r = 0.109$, $p\text{-value} = 0.060$, ภาพรวม $r = 0.055$, $p\text{-value} = 0.343$)

5. การรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรง ทั้ง 3 ด้าน และความรุนแรงรวม (ทางกาย $r = 0.040$, $p\text{-value} = 0.486$, ทางจิตใจ $r = 0.075$, $p\text{-value} = 0.197$, ทางเพศ $r = -0.017$, $p\text{-value} = 0.774$, ภาพรวม $r = 0.055$, $p\text{-value} = 0.341$)

6. สัมพันธภาพระหว่างพหุบาลสาธิตสุขกับผู้ร่วมงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความร้อนทางกาย ($r = -0.094$, $p\text{-value} = 0.105$) และทางเพศ ($r = -0.056$, $p\text{-value} = 0.338$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความร้อนทางด้านจิตใจ ($r = -0.207$, $p\text{-value} = 0.000$) และความร้อนรวม ($r = -0.181$, $p\text{-value} = 0.002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

7. สัมพันธภาพระหว่างพหุบาลสาธิตสุขกับ ผู้ป่วยและญาติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความร้อนทางด้านจิตใจ ($r = -0.072$, $p\text{-value} = 0.213$) ทางด้านเพศ ($r = -0.044$, $p\text{-value} = 0.449$) และในด้านความร้อนรวม ($r = -0.088$, $p\text{-value} = 0.130$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความร้อนทางกาย ($r = -0.120$, $p\text{-value} = 0.038$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร้อน

ปัจจัย	ความร้อน ทางกาย	ความร้อน ทางจิตใจ	ความร้อน ทางเพศ	ความร้อน รวม 3 ด้าน
	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)
อายุ	-0.039 (0.504)	0.015 (0.796)	-0.017 (0.770)	-0.002 (0.969)
บุคลิกภาพแบบ A	0.112 (0.053)	0.074 (0.200)	0.099 (0.089)	0.105 (0.070)
บุคลิกภาพแบบ B	0.025 (0.669)	0.090 (0.122)	0.021 (0.712)	0.075 (0.198)
ประสบการณ์ใน การเยี่ยมบ้าน	0.011 (0.854)	0.026 (0.650)	0.109 (0.060)	0.055 (0.343)
การรับรู้ความ รุนแรง	0.040 (0.486)	0.075 (0.197)	-0.017 (0.774)	0.055 (0.341)
สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ร่วมงาน	-0.094 (0.105)	-0.207 (0.000)**	-0.056 (0.338)	-0.181 (0.002)**
สัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและญาติ	-0.120 (0.038)*	-0.072 (0.213)	-0.044 (0.449)	-0.088 (0.130)

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

จากการทดสอบโดยใช้ค่าไค-สแควร์ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลสาธารณสุขทางด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านเพศ และความรุนแรงโดยรวม ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางร่างกาย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องความรุนแรงของพยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 4.461$, p-value = 0.035) การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 13.730$, p-value < .001) และวิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 21.233$, p-value < 0.001) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางกาย

ปัจจัย	ความรุนแรงทางกาย		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
1. การศึกษา			0.693	0.707
- ปริญญาตรี	211	23		
- สูงกว่าปริญญาตรี	60	6		
2. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน				
- ชุมชนแออัด			0.792	0.374
• เข้าปฏิบัติ	237	27		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	34	2		
- ชุมชนชานเมือง			0.022	0.883
• เข้าปฏิบัติ	116	12		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	155	17		
- ชุมชนจัดสรร			0.319	0.572
• เข้าปฏิบัติ	155	15		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	116	14		
- ชุมชนเคหะ			1.662	0.197
• เข้าปฏิบัติ	108	8		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	163	21		
- ชุมชนเมือง			2.860	0.091
• เข้าปฏิบัติ	152	21		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	119	8		

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางกาย (ต่อ)

ปัจจัย	ความรุนแรงทางกาย		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
- อื่นๆ			.046	.831
• เข้าปฏิบัติ	16	2		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	255	27		
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรง				
- ของพยาบาลประจำการ			4.461	0.035*
• ได้รับ	104	17		
• ไม่ได้รับ	167	12		
- ของพยาบาลสาธารณสุข			13.730	0.000*
• ได้รับ	92	20		
• ไม่ได้รับ	179	9		
- จากการปฐมนิเทศ			0.871	0.351
• ได้รับ	16	3		
• ไม่ได้รับ	255	26		
4. วิธีการจัดการความรุนแรง			21.233	0.000*
• ไม่มี	150	121		
• มี	3	26		
5. มาตรการป้องกันความรุนแรง			0.086	0.770
- ของศูนย์บริการสาธารณสุข				
• ไม่มี	212	22		
• มี	59	7		
- ของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน			0.262	0.609
• ไม่มี	190	81		
• มี	19	10		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร
 พยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 9.207$, p-value = 0.002) การได้รับข้อมูลข่าวสารพยาบาลสาธารณสุข

($\chi^2 = 19.533$, p-value <0.001) วิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 141.831$, p-value <0.001) และ
มาตรการป้องกันของงานเย็บบ้าน ($\chi^2 = 5.445$, p-value = 0.020) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านจิตใจ

ปัจจัย	ความรุนแรงด้านจิตใจ		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
1. การศึกษา			0.689	0.708
- ปริญญาตรี	113	121		
- สูงกว่าปริญญาตรี	33	33		
2. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน				
- ชุมชนแออัด			9.086	.003*
● เข้าปฏิบัติ	120	144		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	26	10		
- ชุมชนชานเมือง			.159	.690
● เข้าปฏิบัติ	64	64		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	82	90		
- ชุมชนจัดสรร			.064	.950
● เข้าปฏิบัติ	83	87		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	63	67		
- ชุมชนเคหะ			.135	.714
● เข้าปฏิบัติ	58	58		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	88	96		
- ชุมชนเมือง			.002	.964
● เข้าปฏิบัติ	84	89		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	62	65		
- อื่นๆ			1.802	.179
● เข้าปฏิบัติ	6	12		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	140	142		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านจิตใจ (ต่อ)

ปัจจัย	ความรุนแรงด้านจิตใจ		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรง				
- ของพยาบาลประจำการ			9.207	.002*
● ได้รับ	46	75		
● ไม่ได้รับ	100	79		
- ของพยาบาลสาธารณสุข			19.533	.000*
● ได้รับ	36	76		
● ไม่ได้รับ	110	78		
- จากการปฐมนิเทศ			.350	.554
● ได้รับ	8	11		
● ไม่ได้รับ	138	143		
4. วิธีการจัดการความรุนแรง			141.831	.000*
- ไม่มี	126	20		
- มี	27	127		
5. มาตรการป้องกันความรุนแรง				
- ของศูนย์บริการสาธารณสุข			2.912	.088
○ ไม่มี	120	114		
○ มี	26	40		
- ของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน			5.445	.020*
○ ไม่มี	111	35		
○ มี	98	56		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านเพศ ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานชุมชนชนเมือง ($\chi^2 = 7.387$, p-value = 0.007) การได้รับข้อมูลข่าวสารพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 5.732$, p-value = 0.017) และวิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 39.197$, p-value < 0.001) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านเพศ

ปัจจัย	ความรุนแรงด้านเพศ		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
1. การศึกษา			2.635	.268
- ปริญญาตรี	190	44		
- สูงกว่าปริญญาตรี	58	8		
2. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน				
- ชุมชนแออัด			1.105	.293
• เข้าปฏิบัติ	216	48		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	32	4		
- ชุมชนชานเมือง			7.387	.007*
• เข้าปฏิบัติ	97	31		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	151	21		
- ชุมชนจัดสรร			1.183	.277
• เข้าปฏิบัติ	137	33		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	111	19		
- ชุมชนเกาะ			3.407	.065
• เข้าปฏิบัติ	90	26		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	158	26		
- ชุมชนเมือง			.386	.534
• เข้าปฏิบัติ	141	32		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	107	20		
- อื่นๆ			1.458	.227
• เข้าปฏิบัติ	13	5		
• ไม่เข้าปฏิบัติ	235	47		

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงด้านเพศ (ต่อ)

ปัจจัย	ความรุนแรงด้านเพศ		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรง				
- ของพยาบาลประจำการ			2.442	.118
• ได้รับ	95	26		
• ไม่ได้รับ	153	26		
- ของพยาบาลสาธารณสุข			5.723	.017*
• ได้รับ	85	27		
• ไม่ได้รับ	163	25		
- จากการปฐมนิเทศ			.034	.854
• ได้รับ	16	3		
• ไม่ได้รับ	232	49		
4. วิธีการจัดการความรุนแรง			39.197	.000*
- ไม่มี	147	101		
- มี	6	46		
5. มาตรการป้องกันความรุนแรง				
- ของศูนย์บริการสาธารณสุข			2.819	.093
o ไม่มี	198	36		
o มี	50	16		
- ของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน			1.967	.161
o ไม่มี	177	71		
o มี	32	20		

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยรวม ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานชุมชนแออัด ($\chi^2 = 12.249$, p-value <0.001) การได้รับข้อมูลข่าวสารพยาบาลประจำการ ($\chi^2 = 8.675$, p-value = 0.003) การได้รับข้อมูลข่าวสารพยาบาลสาธารณสุข ($\chi^2 = 17.429$, p-value <0.001) วิธีการจัดการความรุนแรง ($\chi^2 = 146.570$, p-value <0.001) และมาตรการของงานเยี่ยมบ้าน ($\chi^2 = 4.028$, p-value = 0.045) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงโดยรวม

ปัจจัย	ความรุนแรงโดยรวม		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
1. การศึกษา			1.490	.475
- ปริญญาตรี	102	132		
- สูงกว่าปริญญาตรี	33	33		
2. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน			12.249	.000*
- ชุมชนแออัด				
● เข้าปฏิบัติ	109	155		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	26	10		
- ชุมชนชานเมือง			.141	.707
● เข้าปฏิบัติ	56	72		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	79	93		
- ชุมชนจัดสรร			.123	.725
● เข้าปฏิบัติ	75	95		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	60	70		
- ชุมชนเคหะ			.036	.849
● เข้าปฏิบัติ	53	63		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	82	102		
- ชุมชนเมือง			.448	.503
● เข้าปฏิบัติ	75	98		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	60	67		
2. ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน				
- อื่นๆ			1.053	.305
● เข้าปฏิบัติ	6	12		
● ไม่เข้าปฏิบัติ	129	153		

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงโดยรวม (ต่อ)

ปัจจัย	ความรุนแรงโดยรวม		χ^2	(p-value)
	ไม่มี	มี		
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรง				
- ของพยาบาลประจำการ			8.675	.003*
• ได้รับ	42	79		
• ไม่ได้รับ	93	86		
- ของพยาบาลสาธารณสุข			17.429	.000*
• ได้รับ	33	79		
• ไม่ได้รับ	102	86		
- จากการปฐมนิเทศ			.069	.793
• ได้รับ	8	11		
• ไม่ได้รับ	127	154		
4. วิธีการจัดการความรุนแรง			146.570	.000*
- ไม่มี	121	14		
- มี	32	133		
5. มาตรการป้องกันความรุนแรง				
- ของหน่วยงาน			2.550	.110
O ไม่มี	111	123		
O มี	24	42		
- ของงานเยี่ยมบ้าน			4.028	.045*
O ไม่มี	102	33		
O มี	107	58		

จากผลการศึกษา กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติ

ด้านจิตใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

ด้านเพศ พบเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง

ความรุนแรงโดยรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ พยาบาลสาธารณสุข วิธีการจัดการความรุนแรง และมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเย็บบ้าน ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

บทที่ 5

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 การอภิปรายระเบียบวิธีการวิจัย

ส่วนที่ 1 การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 78.0) มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 9.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9) โดยประเภทของชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านมากที่สุดคือ ชุมชนแออัด (ร้อยละ 88) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุขและไม่ได้รับการปฐมนิเทศหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน (ร้อยละ 62.7 และ 93.7 ตามลำดับ) แต่ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ (ร้อยละ 40.3) (ตารางที่ 1)

จากผลการวิจัยจะพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับวัยกลางคน มีพื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ประสบการณ์เยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 2-10 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี เถาดีดดา (2536), ฝ้ายวิจัยและเผยแพร่ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2539), วรณิข พัวไพโรจน์ (2539), นิลรัตน์ ชาญไวยวิทย์ (2542) ที่ศึกษาพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์เยี่ยมบ้านอยู่ในระหว่าง 1-5 ปีมากที่สุด วุฒิการศึกษาส่วนมาก ปริญญาตรี

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นลักษณะเฉพาะของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ส่วนมากจะเป็นการโอนย้ายมาจากโรงพยาบาล ทำให้มีอายุเฉลี่ยสูง และทำให้มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านค่อนข้างน้อย

2. บุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ด้านบุคลิกภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้ง 2 แบบ คือ แบบ A และ B ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 69.6 และ 74.2 ตามลำดับ) โดยลักษณะของบุคลิกภาพแบบ A ที่พบมากที่สุดคือการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย แบบ B ที่พบมากที่สุดคือ การไม่ยอมมีปัญหากับใครๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sittthilutrakul (2003: 56) ที่ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาลในพยาบาลประจำการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบ A และแบบ B อยู่ในระดับปานกลาง, ขณะที่ สิริลักษณ์ ตันชัยสวัสดิ์ (2535: 86) พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแนวโน้มแบบ B และ จุฑามาศ จันทร (2543: 135) พบว่า เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้งแบบ A และตรงข้ามแบบ A ร้อยละ 72.3

วิชาชีพพยาบาลไม่ว่าจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เป็นวิชาชีพที่ผู้รับบริการได้ตั้งความหวังหรือคาดหวังไว้สูงที่จะได้รับบริการที่ดีเลิศ เอาใจใส่คนไข้สม่ำเสมอ อย่างทั่วถึง มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับวิชาชีพ อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจ ให้กำลังใจคนไข้ อุทิศเวลาในการดูแล มีจรรยาบรรณประจำใจและวิชาชีพ (ไพลิน ถิระวัฒน์ และวาสนา จันทรสว่าง, 2539: 61) และ จากบัญญัติจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาพยาบาลนานาชาติ (นันทนา น้ำฝน, 2538: 37-38) มีมาตรฐานของพยาบาลว่า พยาบาลพึงให้บริการสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนตลอดจนประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และในการพยาบาลผู้ป่วยพยาบาล พึงส่งเสริมสภาพแวดล้อม ที่ให้ความเคารพต่อค่านิยมในขนบธรรมเนียม และความเชื่อทางลัทธิ ศาสนาของผู้ป่วย เก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และมีวิจารณ์ญาณอันดีในการที่จะถ่ายทอดเรื่องราวเหล่านั้น จะเห็นได้ว่าวิชาชีพพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูง และต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพ จึงทำให้พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ต้องปฏิบัติงานในชุมชน มีบุคลิกภาพแบบผสมผสานทั้งแบบ A และแบบ B คือมีมั่นใจในตนเองสูง เป็นคนเจ้าระเบียบ ทำงานตลอดเวลาไม่ค่อยพัก อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี ไม่ชอบถกเถียงกับผู้อื่น เพราะต้องปรับตัวเข้ากับประชาชนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนร่วมมือในการปฏิบัติงาน

3. การรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

จากผลการวิจัย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทุกด้าน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงที่พยาบาลสาธารณสุขรับรู้ว่าเป็นความรุนแรงจะเป็นความรุนแรงที่มีระดับความรุนแรงและมีผลต่อร่างกายสูง ซึ่งผลของความรุนแรงบางด้านอาจมีผลถึงแก่ชีวิต โดยบุคคลจะมีการรับรู้ตามสิ่งเร้าซึ่งในเวลาหนึ่งๆ บุคคลจะต้องพบกับสิ่งเร้ามากมายแต่ว่าบุคคลสามารถที่จะเอาใจใส่หรือสนใจในสิ่งเร้าเพียงหนึ่งหรือสองอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้ได้เด่นชัดเฉพาะสิ่งเร้าที่ตนเองให้ความสนใจเท่านั้น ส่วนสิ่งเร้าอื่นอาจจะรับรู้ได้เพียงเลือนลาง และในสิ่งเร้าบางอย่างอาจรับรู้

ไม่ได้เลย (ถวิล ธาราโกชน์ และศรัณย์ คำริสุข, 2548: 74-75) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Sitthilutrakul (2003: 57) ที่พบว่า พยาบาลมีการรับรู้การถูกกระทำความรุนแรงทางกาย จิตใจ ทางเพศ อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ดลนภา หงษ์ทอง (2542: 71) ในกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 15-44 ปี พบว่าสตรีมีคะแนนการรับรู้บทบาททางเพศส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1

4. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 และ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3 สอดคล้องกับ การศึกษา Sitthilutrakul (2003:62) ที่ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาลในพยาบาลประจำการพบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ร่วมงานทางด้านสุขภาพอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535 : 87) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 24.88 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำงาน วรนุช กิตติสัมพันธ์ (2538: 53) พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.5 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงาน การดำเนินงานของบุคคลทุกคน โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องติดต่อกับบุคคลจำนวนมาก หลายประเภท งานพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการติดต่อกับบุคคลหลายประเภท หลายอาชีพ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพ ดีที่สุด (สุปราณี วศินอมร, 2535 : 34) งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้ความสามารถที่จะต้องจูงใจให้ ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามเพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยความยินดีเต็มใจ ให้ความร่วมมือ โดยรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นมิตร เป็นกันเอง ให้เกียรติอย่างแท้จริง (พูนพิลาศ โรจนสุพจน์, 2541: 25) และ ตามบัญญัติจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาพยาบาลนานาชาติ (นันทนา น้ำฝน : 2538, 38) ในเรื่อง พยาบาลกับผู้ร่วมงาน คือ พยาบาลพึงรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ส่งเสริมความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน ทั้งในและนอกวงการพยาบาล และพยาบาลพึงกระทำการอันควรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อ เห็นว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือบุคคลอื่นใดก็ตาม ซึ่งการปฏิบัติงาน ของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการบริการเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการสำรวจค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและให้การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพในชุมชน และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการ

จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพต่างๆในชุมชน และ เป็นบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวมาจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้การพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเปรียบเทียบบ้านเป็นสถานพยาบาล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า พยาบาลสาธารณสุข ผู้นำอนามัย กรุงเทพมหานครมีการสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข ในการให้บริการเชิงรุก

5. การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข ด้านการจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ในความรุนแรงทุกด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการมากกว่า 1 วิธี ในการถูกกระทำความรุนแรง สอดคล้องกับทศดาว นิยมาศ (2545: 70) ที่ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคือ ใช้วิธีพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง รองลงมาพูดคุยปกติและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่กระทำความรุนแรง และเดินหนีหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรง ส่วนการจัดการกับความรุนแรงทางร่างกาย คือใช้วิธีเดินหนีหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรง รองลงมาใช้วิธีการพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง และพูดคุยปกติ และชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่กระทำความรุนแรง บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงานการถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาและทางร่างกาย

การจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการที่ทำให้เหตุการณ์ของความรุนแรงนั้น ไม่ลุกลามขยายเป็นเรื่องราวใหญ่โตที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและแม้กระทั่งผู้ป่วย (Rau-Foster, อ้างใน ทศดาว นิยมาศ, 2545: 71)

6. มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน

พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีมาตรการป้องกันความรุนแรงทั้งในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุขและของกลุ่มงานเยี่ยมบ้านในทุกข้อ (ตารางที่ 7) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าหน่วยงานยังไม่เห็นว่าการแก้ไขและป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขเป็นนโยบายหลักของศูนย์บริการสาธารณสุข อาจสืบเนื่องจากผลการวิจัยใน

ด้านการจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ทำให้การรายงานในเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีน้อย

7. การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, บุคลิกภาพ, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์ในการทำงานเย็บผ้า และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนิจวรรณ วีรวัฒน์ (2540: 129) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระบาดรุนแรงทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาชีพ รายได้ และความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระบาดรุนแรงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกระบาดรุนแรงทางด้านเพศ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ

จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงทางกาย ส่วนสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงทางด้านจิตใจและความรุนแรงโดยรวม ซึ่งหมายความว่าหากพยาบาลสาธารณสุขมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานจะเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดความรุนแรงได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sitthilutrakul (2003: 98) ที่พบว่า สัมพันธภาพของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงด้านจิตใจ

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านลักษณะของชุมชนมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ

จากผลการวิจัยพบว่า ชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกด้านจิตใจและความรุนแรงโดยรวม ส่วนชุมชนชานเมืองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงด้านเพศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง ได้แก่ชุมชนแออัดและชุมชนชานเมือง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของชุมชนแออัดมีพื้นที่ที่เป็นมุมอับ ลับตาคนจำนวนมาก และชุมชนชานเมืองมีลักษณะบ้านเรือนตั้งอยู่ห่างกัน ทำให้มีพื้นที่เปลี่ยว ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงานในพื้นที่ลักษณะดังกล่าว ควรเพิ่มความระมัดระวังในการปฏิบัติงานให้มากยิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ วิธีการจัดการกับความรุนแรงในที่ทำงาน และมาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเพศ

จากผลการวิจัยพบว่า วิธีการจัดการความรุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงโดยรวม และรายด้านทุกด้าน มาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรุนแรงด้านจิตใจและความรุนแรงโดยรวม ในกรณีนี้อาจเนื่องมาจากว่าหน่วยงานที่มีได้รับรายงานการเกิดความรุนแรงต่อบุคลากรเป็นจำนวนมากก็ย่อมจะแสวงหาวิธีการ หรือ มาตรการในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหามาให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงทำให้พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างวิธีการจัดการความรุนแรง และมาตรการป้องกันความรุนแรงของหน่วยงาน กับการเกิดความรุนแรงได้

ส่วนที่ 2 การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional Survey Research) เพื่อศึกษาความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้ทราบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพราะสามารถสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ อีกทั้งวิธีการศึกษานี้มีข้อดี คือ สะดวก ประหยัด และง่ายในการเก็บข้อมูล รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้

2.2 ประชากรตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน จาก 68 ศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเองแบ่งเป็นแบบสอบถามฉบับนี้ มี 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบอของของความรุนแรง ทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย,ญาติ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่พยาบาลสาธารณสุขจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้าน

สาธารณสุขของหน่วยงาน

ด้านคุณภาพเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในส่วนที่ 2-7 คำนวณโดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.98 ซึ่งจากค่าความเชื่อมั่นที่ได้เครื่องมืออยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากโดยทั่วไปเครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่ดีควรมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ, 2531: 17) และแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Sitthilutrakul (2003) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำรง บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อเทียบค่าความเชื่อมั่นแล้วมีค่าใกล้เคียงกับแบบสอบถามเดิมแสดงว่า เครื่องมือนี้สามารถเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ดี

2.4 วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 - 31 มกราคม พ.ศ.2552 โดยการชี้แจงถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของผลที่ได้จากการวิจัยและรายละเอียดของแบบสอบถามแก่หัวหน้าพยาบาลแต่ละศูนย์ แจกแบบสอบถามแก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างผ่านหัวหน้าพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมทั้งนัดหมายการส่งแบบสอบถามคืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามรวบรวมใส่ซองปิดผนึกมิดชิดคืนแก่หัวหน้าพยาบาล เพื่อรักษาข้อมูลเป็นความลับ ด้วยวิธีดังกล่าวทำให้ข้อมูลที่ได้นำเชื่อถือและปราศจากอคติเพราะกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีอิสระในการตอบไม่จำกัดเวลา และข้อมูลที่ได้อาจไม่มีการเปิดเผยให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในการวิจัยได้รับรู้ แต่อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการอธิบายข้อสงสัยในแบบสอบถามโดยตรงแก่กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาการทำงานของกลุ่มตัวอย่างทำให้ไม่สะดวกในการส่งแบบสอบถามด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างโดยตรง แต่เนื่องจากแบบสอบถามเป็นการถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่างเองดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง จึงสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามได้

2.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ใช้การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square Test) ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นระดับ Ordinal Scale ซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกได้เพียงอันดับมากน้อยของระดับตัวแปร และบอกได้เพียงว่า ระดับใดมีค่ามากกว่าหรือน้อยกว่ากันเท่านั้น (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2545 : 5) และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นระดับ Interval scale ซึ่งเป็นข้อมูลตัวเลขที่มีลักษณะต่อเนื่องมีความหมายเชิงปริมาณ บอกได้ว่าระดับใดมีปริมาณมากน้อยกว่ากันเท่าใด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2545 : 6)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาลักษณะความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปีวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข

ประชากรตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 315 คน จาก 68 ศูนย์บริการสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Sitthilutrakul (2003) แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อยของความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข และผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยญาติ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่ท่านจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน มกราคม 2552 จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ (Analysis statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไค-สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 39-49 ปี ร้อยละ 60.7 (อายุเฉลี่ย 44 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 79.3 ประสบการณ์ทำงานในสำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 46.0 ก่อนมาทำหน้าที่เยี่ยมบ้านเคยทำงานในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 76.7 ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 2-10 ปี ร้อยละ 49.3 (ประสบการณ์เฉลี่ย 9.8 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9) ประเภทของชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ชุมชนแออัด ร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ ชุมชนเมือง ร้อยละ 57.7 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของพยาบาลพยาบาลประจำการ พยาบาลสาธารณสุข และการได้รับการปฐมนิเทศหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคย ร้อยละ 59.7, 62.7 และ 93.7 ตามลำดับ

2. ข้อมูลบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ด้านบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้ง 2 แบบ คือ แบบ A และ B ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 และ 74.2 ตามลำดับ โดยประชากรตัวอย่างที่มีบุคลิกภาพแบบ A และ B ในระดับสูง มีร้อยละ 16.4 และ 17.1 ตามลำดับ

3. ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจำแนกระดับการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

4. ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3

5. ข้อมูลการจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาขารณศุข

การจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลสาขารณศุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการกับความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ความรุนแรงด้านเพศ และความรุนแรงด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาวิธีการจัดการกับความรุนแรง พบว่า พยาบาลสาขารณศุขมีการจัดการความรุนแรงด้านร่างกาย 3 อันดับแรก คือ พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 27.6) เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 20.7) และรายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 13.8) ส่วนการจัดการความรุนแรงด้านจิตใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 32.5) พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 29.2) และเดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 14.3) วิธีการจัดการความรุนแรงทางเพศ 3 อันดับแรก มีดังนี้ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 34.6) และพุดระบายกับเพื่อน (ร้อยละ 13.5)

6. มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาขารณศุขของหน่วยงาน

มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กรตามการรับรู้ของ พยาบาลสาขารณศุขจำแนกเป็นมาตรการของศูนย์บริการสาขารณศุข และมาตรการของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาขารณศุขทุกด้านเท่ากันคือ ร้อยละ 22.0 ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านเพศ และด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ)

มาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาขารณศุขตามการรับรู้ของประชากร ตัวอย่าง พบว่า ในด้านร่างกาย 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่สวมใส่ของมีค่าขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 13.6) เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) แต่งกายให้เหมาะสม (ร้อยละ 6.1) ส่วนด้านจิตใจพบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) อบรมจริยธรรมแก่เจ้าหน้าที่และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 4.5) และด้านเพศ พบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 9.1) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 4.5) หลีกเลี่ยง หรือ เดินหนีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 3.0)

ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุดทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และเพศ คือ ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง (ร้อยละ 68.9, 14.3, 25.0 ตามลำดับ) มาตรการที่พบรองลงมาในด้านร่างกาย คือ ไม่สวมใส่ของมีค่า (ร้อยละ 48.3) และ แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 13.8) ใน

ด้านจิตใจ คือ วางตัวเฉย ไม่แสดงกริยาตอบโต้ (ร้อยละ 1.9) พุดจาด้วยวาจาสุภาพ อ่อนหวาน (ร้อยละ 1.9) ส่วนด้านเพศ คือ แต่งกายสุภาพ ถูกระเบียบ(ร้อยละ 7.7) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 5.8)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

จากผลการศึกษา กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติ

ด้านจิตใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

ด้านเพศ พบเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนชนเมือง การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง

ความรุนแรงโดยรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข วิธีการจัดการความรุนแรง และมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเย็บบ้าน ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถเสนอแนะดังนี้

ด้านองค์กร

1. ผู้บริหารขององค์กรควรตระหนักถึงความสำคัญว่า ได้มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นในกระบวนการทำงานของพยาบาลสาธารณสุข และควรนำข้อมูลไปวางแผนนโยบายการป้องกัน และวิธีการจัดการความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนชนเมือง

2. ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการหรือปฐมนิเทศเกี่ยวกับการป้องกัน และการจัดการความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเย็บบ้านทุกคน

3. ผู้บริหารขององค์กรควรมีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป

4. ผู้บริหารควรจัดให้มีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ สำหรับบุคลากรในองค์กร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการความรู้เพื่อเป็นมาตรการในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงของบุคลากรในหน่วยงานต่อไป

ด้านบุคลากรพยาบาลสาธารณสุข

1. พยาบาลสาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ประยุกต์จัดทำคู่มือในการป้องกันและจัดการกับความรุนแรงที่เกิดในงานพยาบาลสาธารณสุข

2. พยาบาลสาธารณสุขควรจัดทำบันทึกเหตุการณ์และการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. จากผลการวิจัยจะพบว่า การที่พยาบาลสาธาณสุขมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดความรุนแรงได้ ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาพยาบาลสาธารณสุขในกลุ่มอื่น เช่น พยาบาลอนามัยโรงเรียน, พยาบาลจิตเวช เป็นต้น รวมถึงควรศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในสังกัดอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุข ด้วย

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำสู่การพัฒนานโยบายขององค์กร ด้านการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

VIOLENCE AND RELATED FACTORS TO PUBLIC HEALTH NURSING, HEALTH DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION.

ชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์ 4637647 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สมพร กันทรคุชฌี เตรียมชัยศรี, ประ.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์), พัทธพร เกิดมงคล, Ph.D. (Nursing), ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลก และกระแสความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน ที่ปรากฏการณ์ของความรุนแรงนานับการเกิดขึ้น ทั้งในเรื่องความปลอดภัยในชีวิต สิทธิเสรีภาพ และทรัพย์สิน กลุ่มที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มเด็กและสตรี ซึ่งปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีได้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว รายงานว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม -16 พฤศจิกายน 2549 มีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงถึง 2,929 ราย และข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center: OSCC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 มีเด็กและสตรีถูกทำร้ายทั้งสิ้น 14,382 ราย พฤติกรรมที่ถูกกระทำรุนแรง 4 อันดับแรกคือ การทำร้ายร่างกาย ความรุนแรงทางเพศ การทำร้ายจิตใจ และการค้าประเวณี โดยบุคคลที่เป็นผู้กระทำรุนแรงมากที่สุดคือ บุคคลใกล้ชิดกับผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติ คนรู้จัก และเพื่อนใกล้ชิด (ภูพาน ภูมิพงศ์ ชูวงศ์, 2549: 2) ซึ่งสถานที่ที่กระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรีนั้น ได้แก่ บ้าน ในที่ทำงาน บนถนน บนรถประจำทาง อนึ่ง ความรุนแรงสามารถเกิดขึ้นกับผู้หญิงคนใดก็ได้ตลอดเวลา โดยไม่จำกัด อายุ อาชีพ และการศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาความรุนแรงในเด็กและสตรี

มีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่ชีวิตส่วนตัวจนถึงระดับสังคม (นิจารณ วีวัฒน์โนคม, 2540: 1-3)

วิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรี ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการถูกระงับการกระทำทารุณกรรมและความรุนแรงในที่ทำงานด้วย (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2544: 93) จากลักษณะงานของพยาบาล เป็นการปฏิบัติงานให้บริการและประสานงานทั้งแก่ผู้มารับบริการและบุคลากรทางการพยาบาลหรือผู้ร่วมงานอื่นๆ อาจทำให้เกิดการขัดแย้งและเกิดการถูกระงับการกระทำทารุณแรงได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ทองสุกข์ บุญเกิด, 2542: 3 และพัทธดา นิยามาศ, 2545: 2) พยาบาลเป็นกลุ่มสตรีทำงานในโรงพยาบาลและในชุมชน มีความเสี่ยงต่อการถูกระงับการกระทำทารุณแรงจากการศึกษาของนฤมล สิทธิอยู่ตระกูล (2545) ถึงลักษณะและปริมาณการถูกระงับการกระทำทารุณแรงของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดหน่วยงานของรัฐ 6 แห่ง ภายในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลร้อยละ 78.3 ถูกระงับการกระทำทารุณแรง โดยผู้กระงับการกระทำทารุณแรงด้านร่างกายต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย, ผู้กระงับการกระทำทารุณแรงด้านจิตใจต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลด้วยกันเอง และผู้กระงับการกระทำทารุณแรงด้านเพศต่อพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ซึ่งพยาบาลสาธารณสุขเป็นพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกัน ลักษณะงานคล้ายคลึงกัน จึงมีโอกาสเกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุขได้เหมือนกัน

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครนั้น ต้องออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านดูแลครอบครัว และติดต่อประสานงานกับบุคคลหลายฝ่ายในชุมชน รวมทั้งการเดินทางเพื่อเข้าชุมชนที่มีสภาพพื้นที่แตกต่างกันทั้งภูมิศาสตร์และประชากร บางพื้นที่มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากสภาพทางสังคม ปัญหาอาชญากรรม การถูกฉกชิงทรัพย์สิน และการถูกทำร้ายร่างกายขณะปฏิบัติงาน มีผู้ป่วยจากปัญหาทางจิตที่เป็นผลจากยาบ้าอยู่ในชุมชน ทางเดินภายในชุมชนที่มีมุมเปลี่ยว เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลสาธารณสุขที่ออกปฏิบัติงานในชุมชน มีโอกาสที่จะได้รับความรุนแรงทางกาย ทางใจ และทางด้านเพศ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจ รวมถึงศักยภาพในการปฏิบัติงาน และเนื่องจากยังไม่เคยมีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรุนแรง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ต่อพยาบาลสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ลดความเสี่ยง และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขเชิงรุกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข

คำจำกัดความ

ความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และทางเพศ รวมถึงสภาพการณ์ใดๆ อันเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม หรืออย่างใดอย่างหนึ่งในการปฏิบัติงานเยี่ยงบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย ไปจนถึงบาดเจ็บสาหัส เช่น การผลัก หยิก ตบ ตี กระชาก ขว้างปาสิ่งของใส่ ไปจนถึงการใช้กำลังขั้นรุนแรง เช่น การบีบคอ ชกตอย เตะ การใช้อาวุธประทุษร้ายร่างกาย การกักขัง เป็นต้น

ความรุนแรงด้านจิตใจ ได้แก่ การใช้วาจาคุกคามทางอารมณ์ เพื่อก่อให้เกิดความเสียใจ ปวดร้าว กระตบกระเทือนใจ หวาดกลัว หวาดระแวง กังวลไม่สบายใจ คิดว่าตนเป็นต้นเหตุเป็นผู้ผิด รวมทั้งความกดดันทางอารมณ์อื่นๆ เช่น การพุดจาคุกคาม คำว่าด้วยคำหยาบคาย ตะคอก ตวาด ประชดประชัน ขู่ว่าจะทำร้าย รวมทั้งการแสดงท่าที เช่น เฉยเมย โกรธ ไม่พอใจ ซึ่งเป็นการกระทำที่มีผลโดยตรงต่อจิตใจ

ความรุนแรงด้านเพศ ได้แก่ การลวนลามหรือการคุกคามทางเพศ การพุดจาทะโลม การแซวโดยมีเจตนาไปทางขู้สาว การเกี้ยวพาราสี การใช้สายตาโลมเลีย การกระทำอนาจาร เช่น การจับต้องอวัยวะที่เป็นของสงวน การใช้อวัยวะเพศถูไถ เป็นต้น รวมถึงการชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ การหลอกลวง บังคับ และข่มขืนให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่ยินยอม

การประเมินความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศทำได้โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อยของความรุนแรง ที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของ Sittthilutrakul (2003)

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ถ้าเกิน 6 เดือนถือว่าเป็น 1 ปี

2. บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งแสดงออกมาเป็นประจักษ์เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะบุคลิกภาพ 2 ลักษณะ (สุพานี สฤษฏ์วานิช, 2549: 131) ดังนี้

2.1 บุคลิกภาพชนิด A ในด้านบวก จะเป็นคนกระฉับกระเฉง ขยัน ประสิทธิภาพสำเร็จ มีมาตรฐานและเป้าหมายการทำงานสูง ชอบความสมบูรณ์แบบ ชอบการแข่งขันเพื่อให้เป็นผู้ชนะ แต่ในด้านลบ จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมทำอะไรแบบเร่งรีบ ใจร้อน ไม่ค่อยอดทน ชอบขัดจังหวะคนอื่น ชอบคิดหรือทำอะไรหลายอย่างในเวลาเดียวกัน และอาจผลิตผลมาได้

2.2 บุคลิกภาพชนิด B ในด้านบวก จะเป็นคนที่มีพฤติกรรมง่ายๆ สบายๆ ผ่อนคลาย ไม่รีบเร่ง แต่อดทน ขณะที่ในด้านลบ จะต้องการการสนับสนุนจากคนอื่น ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง ไม่ค่อยกระตือรือร้น เรื่อยๆ เฉื่อยๆ ไม่ชอบแข่งขัน ไม่ใส่ใจในรายละเอียด

การจำแนกบุคลิกภาพในงานวิจัยนี้ ใช้แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งประยุกต์มาจาก Sitthilutrakul (2003) โดยจำแนกบุคลิกภาพออกเป็นชนิด A และ B

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดจากสถาบันต่างๆ ตามระบบการศึกษาของทบวงมหาวิทยาลัย จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปริญญาตรี ประกาศนียบัตรหลังปริญญาตรี (เฉพาะทาง) และปริญญาโท

ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน หมายถึง ระยะเวลาเต็มปีในการปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง กระบวนการที่สมองตีความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ และตีความหมายเป็นการรับรู้ต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์เดิมที่มีต่อสิ่งเร้า นั้น นำไปสู่การแสดงออกต่อเหตุการณ์นั้น ในที่นี้ การรับรู้ความรุนแรงจึงหมายถึง การตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อตนเอง วัดโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุขที่ประยุกต์จาก Sitthilutrakul (2003) โดยจำแนกการรับรู้ความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ ในงานวิจัยนี้หมายถึง พฤติกรรมและผลตอบสนองของสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่เกิดความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข ประเมินได้โดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามของ Sitthilutrakul (2003) โดยจำแนกสัมพันธภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สัมพันธภาพกับบุคคลแวดล้อมดี ปานกลาง และไม่ดี

ลักษณะของชุมชน หมายถึง ชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 5 ลักษณะได้แก่ ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร เคหะชุมชน ชุมชนเมือง

วิธีการจัดการกับความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข หมายถึง วิธีที่พยาบาลสาธารณสุขใช้จัดการกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชนในขณะที่ปฏิบัติงาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร หมายถึง วิธีการหรือแนวทางที่หน่วยงานหรือองค์กรกำหนดและนำไปใช้ในการป้องกันและจัดการกับความรุนแรง โดยจำแนกตามลักษณะของมาตรการ ได้เป็น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม และมาตรการด้านการบริหาร และยังรวมถึงมาตรการป้องกันความรุนแรงตามบทบาทต่างๆ สำหรับบุคลากรอีกด้วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงานที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

ตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, บุคลิกภาพ, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน, การรับรู้ความรุนแรง

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ลักษณะของชุมชนที่ปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านหน่วยงาน ได้แก่ วิธีการจัดการกับความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข, มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กร

ตัวแปรตามคือ ความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านเพศ

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรุนแรงต่องานพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประชากรตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุขโดยทำหน้าที่เยี่ยมบ้านของศูนย์บริการ

สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ และความบ่อยของความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน, ผู้ป่วยและญาติ แบบสอบถามวิธีที่พยาบาลสาธารณสุขจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ และแบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบค่าไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 39-49 ปี ร้อยละ 60.7 (อายุเฉลี่ย 44 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5) ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.0 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 79.3 ประสบการณ์ทำงานในสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 46.0 ก่อนมาทำหน้าที่เยี่ยมบ้านเคยทำงานในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 76.7 ประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านอยู่ระหว่าง 2-10 ปี ร้อยละ 49.3 (ประสบการณ์เฉลี่ย 9.8 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9) ประเภทของชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ชุมชนแออัด ร้อยละ 88.0 รองลงมา คือ ชุมชนเมือง ร้อยละ 57.7 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของพยาบาลพยาบาลประจำการ พยาบาลสาธารณสุข และการได้รับการปฐมพยาบาลหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกัน ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคย ร้อยละ 59.7, 62.7 และ 93.7 ตามลำดับ

2. ข้อมูลบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ด้านบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้ง 2 แบบ คือแบบ A และ B ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 และ 74.2 ตามลำดับ โดยประชากรตัวอย่างที่มีบุคลิกภาพแบบ A และ B ในระดับสูง มีร้อยละ 16.4 และ 17.1 ตามลำดับ

3. ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจำแนกระดับการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

4. ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3

5. ข้อมูลการจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ความรุนแรงด้านเพศ และความรุนแรงด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาวิธีการจัดการกับความรุนแรง พบว่า พยาบาลสาธารณสุขมีการจัดการความรุนแรงด้านร่างกาย 3 อันดับแรก คือ พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 27.6) เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 20.7) และรายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 13.8) ส่วนการจัดการความรุนแรงด้านจิตใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน (ร้อยละ 32.5) พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง (ร้อยละ 29.2) และเดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 14.3) วิธีจัดการความรุนแรงทางเพศ 3 อันดับแรก มีดังนี้ พุดระบายกับผู้ร่วมงาน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ เดินหนีหรือหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 34.6) และพุดระบายกับเพื่อน (ร้อยละ 13.5)

6. มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน

มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชนที่ปฏิบัติงานขององค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลสาธารณสุขจำแนกเป็นมาตรการของศูนย์บริการสาธารณสุข และมาตรการของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกด้านเท่ากันคือ ร้อยละ 22.0 ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ประชากรตัวอย่างรับรู้ว่ามีมาตรการป้องกันความรุนแรงด้านจิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านเพศ และด้านร่างกาย (ร้อยละ 51.3, 17.3, 9.7 ตามลำดับ)

มาตรการป้องกันความรุนแรงของศูนย์บริการสาธารณสุขตามการรับรู้ของประชากรตัวอย่าง พบว่า ในด้านร่างกาย 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่สวมใส่ของมีค่าขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 13.6)

เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) แต่งกายให้เหมาะสม (ร้อยละ 6.1) ส่วนด้านจิตใจพบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 7.6) อบรมจริยธรรมแก่เจ้าหน้าที่และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 4.5) และด้านเพศ พบว่า 3 อันดับแรก คือ เยี่ยมบ้านให้ไป 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 9.1) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 4.5) หลีกเลี้ยง หรือ เดินหนีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 3.0)

ส่วนมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ที่พบมากที่สุดทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และเพศ คือ ไม่เยี่ยมบ้านตามลำพัง (ร้อยละ 68.9, 14.3, 25.0 ตามลำดับ) มาตรการที่พบรองลงมาในด้านร่างกาย คือ ไม่สวมใส่ของมีค่า (ร้อยละ 48.3) และ แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 13.8) ในด้านจิตใจ คือ วางตัวเฉย ไม่แสดงกริยาตอบโต้ (ร้อยละ 1.9) พุดจาด้วยวาจาสุภาพ อ่อนหวาน (ร้อยละ 1.9) ส่วนด้านเพศ คือ แต่งกายสุภาพ ถูกระเบียบ (ร้อยละ 7.7) แจ้งตำรวจ (ร้อยละ 5.8)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง

จากผลการศึกษา กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ป่วยและญาติ

ด้านจิตใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

ด้านเพศ พบเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลสาธารณสุข และวิธีการจัดการความรุนแรง

ความรุนแรงโดยรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงที่เกิดกับพยาบาลประจำการ - พยาบาลสาธารณสุข วิธีการจัดการความรุนแรง และมาตรการป้องกันความรุนแรงของกลุ่มงานเยี่ยมบ้าน ส่วนเชิงลบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุขกับผู้ร่วมงาน

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผลการวิจัยจะพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับวัยกลางคน มีพื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ประสบการณ์เย็บบ้านอยู่ระหว่าง 2-10 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี เถลัดดา (2536), ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2539), วรณิข พัวไพโรจน์ (2539), นิลรัตน์ ชาญไววิทย์ (2542) ที่ศึกษาพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์เย็บบ้านอยู่ระหว่าง 1-5 ปีมากที่สุด วุฒิกีการศึกษาส่วนมาก ปริญญาตรี

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นลักษณะเฉพาะของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ส่วนมากจะเป็นการโอนย้ายมาจากโรงพยาบาล ทำให้มีอายุเฉลี่ยสูง และทำให้มีประสบการณ์ในการเย็บบ้านค่อนข้างน้อย

2. บุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ด้านบุคลิกภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้ง 2 แบบ คือ แบบ A และ B ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.6 และ 74.2 ตามลำดับ) โดยลักษณะของบุคลิกภาพแบบ A ที่พบมากที่สุดคือการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย แบบ B ที่พบมากที่สุดคือ การไม่ยอมมีปัญหากับใครๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthilutrakul (2003: 56) ที่ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาลในพยาบาลประจำการพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบ A และแบบ B อยู่ในระดับปานกลาง, ขณะที่ ลิริลักษณ์ ตันชัยสวัสดิ์ (2535: 86) พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแนวโน้มแบบ B และ จุฑามาศ จันทร (2543: 135) พบว่า เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพทั้งแบบ A และตรงข้ามแบบ A ร้อยละ 72.3

วิชาชีพพยาบาลไม่ว่าจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เป็นวิชาชีพที่ผู้รับ บริการ ได้ตั้งความหวังหรือคาดหวังไว้สูงที่จะได้รับบริการที่ดีเลิศ เอาใจใส่คนไข้สม่ำเสมอ อย่างทั่วถึง มีบุคลิกภาพที่ดีเหมาะสมกับวิชาชีพ อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจ ให้กำลังใจคนไข้ อุทิศเวลาในการดูแล มีจรรยาบรรณประจำใจและวิชาชีพ (ไพลิน ถิระวัฒน์ และวาสนา จันทรสว่าง, 2539: 61) และ จากบัญญัติจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาพยาบาลนานาชาติ (นันทนา น้ำฝน, 2538: 37-38) มีมาตรฐานของพยาบาลว่า พยาบาลพึงให้บริการสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และในการพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลพึงส่งเสริมสภาพแวดล้อม ที่ให้ความเคารพต่อค่านิยมในขนบธรรมเนียม และความเชื่อทางลัทธิ ศาสนาของ

ผู้ป่วย เก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และมีวิจาร์ณญาณอันดีในการที่จะถ่ายทอดเรื่องราวเหล่านั้น จะเห็นได้ว่าวิชาชีพพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูง และต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพ จึงทำให้พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่ต้องปฏิบัติงานในชุมชน มีบุคลิกภาพแบบผสมผสานทั้งแบบ A และแบบ B คือมีมั่นใจในตนเองสูง เป็นคนเจ้าระเบียบ ทำงานตลอดเวลาไม่ค่อยพัก อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี ไม่ชอบถกเถียงกับผู้อื่น เพราะต้องปรับตัวเข้ากับประชาชนในชุมชน เพื่อให้ประชาชนร่วมมือในการปฏิบัติงาน

3. การรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

จากผลการวิจัย ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงทุกด้าน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงที่พยาบาลสาธารณสุขรับรู้ว่าเป็นความรุนแรงจะเป็นความรุนแรงที่มีระดับความรุนแรงและมีผลต่อร่างกายสูง ซึ่งผลของความรุนแรงบางด้านอาจมีผลถึงแก่ชีวิต โดยบุคคลจะมีการรับรู้ตามสิ่งเร้าซึ่งในเวลานั้นๆ บุคคลจะต้องพบกับสิ่งเร้ามากมายแต่ว่าบุคคลสามารถที่จะเอาใจใส่หรือสนใจในสิ่งเร้าเพียงหนึ่งหรือสองอย่าง ทำให้เกิดการรับรู้ได้เด่นชัดเฉพาะสิ่งเร้าที่ตนเองให้ความสนใจเท่านั้น ส่วนสิ่งเร้าอื่นอาจจะรับรู้ได้เพียงเลือนลาง และในสิ่งเร้าบางอย่างอาจรับรู้ไม่ได้เลย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Sittthilutrakul (2003: 57) ที่พบว่า พยาบาลมีการรับรู้การถูกระทำความรุนแรงทางกาย จิตใจ ทางเพศ อยู่ในระดับปานกลาง

4. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย และญาติ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลสาธารณสุข กับ ผู้ร่วมงาน พบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.3 และ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.3 สอดคล้องกับ การศึกษา Sittthilutrakul (2003: 62) ที่ศึกษาความรุนแรงและผลกระทบต่อพยาบาลในพยาบาลประจำการพบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ร่วมงานทางด้านสุขภาพอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2535 : 87) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 24.88 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำงาน วรณัฐ กิตติสัมพันธ์ (2538: 53) พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.5 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติงาน การดำเนินงานของบุคคลทุกคน โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องติดต่อกับบุคคลจำนวนมาก หลายประเภท งานพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการติดต่อกับบุคคลหลายประเภท หลายอาชีพ ทั้งนี้

โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ประชาชน ให้มีประสิทธิภาพดีที่สุด งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้ความสามารถที่จะต้องจงใจให้ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยยอมปฏิบัติตาม เพื่อให้มีสุขภาพดี ด้วยความยินดีเต็มใจ ให้ความร่วมมือ โดยรู้สึกว่ายพยาบาลเป็นมิตร เป็นกันเอง ให้เกียรติอย่างแท้จริง และตามบัญญัติจรรยาบรรณวิชาชีพของสภาพยาบาลนานาชาติ (นันทนา น้ำฝน : 2538, 38) ในเรื่องพยาบาลกับผู้ร่วมงาน คือ พยาบาลพึงรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ส่งเสริมความร่วมมือกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวงการพยาบาล และพยาบาลพึงกระทำการอันควรเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เมื่อเห็นว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือบุคคลอื่นใดก็ตาม ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นบริการเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการสำรวจค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและให้การพยาบาลรักษาเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพต่างๆในชุมชน และ เป็นบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวมาจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้การพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยเปรียบเสมือนบ้านเป็นสถานพยาบาล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า พยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครมีการสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุข ในการให้บริการเชิงรุก

5. การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

การจัดการความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุขด้านวิธีการจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข พบว่า ในความรุนแรงทุกด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการมากกว่า 1 วิธี ในการถูกกระทำความรุนแรง สอดคล้องกับทักดาว นิยมาศ (2545: 70) ที่ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่เลือกวิธีการจัดการกับความรุนแรงทางวาจามากที่สุดคือ ใช้วิธีพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง รองลงมาพูดคุยกดดันและชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่ทำให้เกิดความรุนแรง และเดินหนีหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรง ส่วนการจัดการกับความรุนแรงทางร่างกาย คือใช้วิธีเดินหนีหรือ

หลีกเลี่ยงสถานการณ์ความรุนแรง รองลงมาใช้วิธีการพูดคุยระบายให้เพื่อนร่วมงานฟัง และพูดคุยปกติ และชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องที่กระทำ ความรุนแรง บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงานการถูกระทำความรุนแรงทางวาจาและทางร่างกาย

การจัดการกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการที่ทำให้เหตุการณ์ของความรุนแรงนั้น ไม่ลุกลามขยายเป็นเรื่องราวใหญ่โตที่จะทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้ร่วมงานและแม้กระทั่งผู้ป่วย (Rau-Foster, อ้างใน ทัดดาว นิยมาศ, 2545: 71)

6. มาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน

พยาบาลสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีมาตรการป้องกันความรุนแรงทั้งในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุขและของกลุ่มงานเยี่ยมบ้านในทุกข้อ (ตารางที่ 7) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าหน่วยงานยังไม่เห็นว่าการแก้ไขและป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขเป็นนโยบายหลักของศูนย์บริการสาธารณสุข อาจสืบเนื่องจากผลการวิจัยในด้านการจัดการกับความรุนแรงของพยาบาลที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ทำให้การรายงานในเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีน้อย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านองค์กร

1. ผู้บริหารขององค์กรควรตระหนักถึงความสำคัญว่าได้มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นในกระบวนการทำงานของพยาบาลสาธารณสุข และควรนำข้อมูลไปวางแผนนโยบายการป้องกันและวิธีการจัดการความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง
2. ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการหรือปฐมนิเทศเกี่ยวกับการป้องกัน และการจัดการความรุนแรงในงานพยาบาลสาธารณสุขแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านทุกคน
3. ผู้บริหารขององค์กรควรมีการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป
4. ผู้บริหารควรจัดให้มีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ สำหรับบุคลากรในองค์กร เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการความรู้เพื่อเป็นมาตรการในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงของบุคลากรในหน่วยงานต่อไป

ด้านบุคลากรพยาบาลสาธารณสุข

1. พยาบาลสาธารณสุขควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ประยุกต์จัดทำคู่มือในการป้องกันและจัดการกับความรุนแรงที่เกิดในงานพยาบาลสาธารณสุข
2. พยาบาลสาธารณสุขควรจัดทำบันทึกเหตุการณ์และการจัดการความรุนแรงที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
3. จากผลการวิจัยจะพบว่า การที่พยาบาลสาธาณสุขมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดความรุนแรงได้ ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาพยาบาลสาธารณสุขในกลุ่มอื่น เช่น พยาบาลอนามัยโรงเรียน, พยาบาลจิตเวช เป็นต้น รวมถึงควรศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านในสังกัดอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุข ด้วย
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำสู่การพัฒนานโยบายขององค์กร ด้านการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน

VIOLENCE AND RELATED FACTORS TO PUBLIC HEALTH NURSING,
HEALTH DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION.

CHANICNANT PANPAYAK 4637647 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMPORN KANTHARADUSSADEE
TRIAMCHAI SRI, Ph.D., PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D.,
KWANJAI AMNATSATSUE, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background

It is evident that numerous forms of violence have occurred as the world has been developing. Violence against life security, liberty and rights, and properties has appeared as a significant problem in human society. The majority of the victims are children and women. The severity of the problem has increased overtime. Information from the Office of Family and Women Affair reported from January 1st to November 16th, 2006 revealed that 2,929 children and women were abused. Also, the report of One Stop Crisis Center (OSCC) showed that from October, 2005 to September, 2006, 14,382 children and women were mistreated. The first four common abuses included physical abuse, sexual abused, emotional abuse, and commercial sex force. The most common violence doers were those with close relationship with victims such as parents, relatives, and close friends (Phupan Phumipong chuwong, 2549: 2). Most violence occurred in houses, work offices, and on the road and bus. Furthermore, violence can happen with any women at anytime regardless of age, career, and education. Violence against children and women is a sophisticated problem that affects individuals as well as the entire society. (Nitjawan Weerawattthanodom, 2540: 1-3)

Almost all of nurses are females; therefore, they are at risk of abuse and violence in their workplace (Yupin Aungsuroj and et al., 2544: 93). Because nurses are service providers, it is inevitable to meet, collaborate and deal with both clients and other health providers. It is likely that there might be conflicts which lead to physical and emotional violence. (Tongsook Boongird, 2542: 3 and Thaddao Niyamas, 2545: 2) The study of Naruemon Sitthilutrakul (2545) regarding types and frequency of violence against nurses among nurses who worked in six governmental hospitals of Bangkok metropolitan found that 78.3% of nurses were abused. Physical abuse mostly was committed by patients. However, emotional abuse typically was done by their colleagues. In terms of sexual abuse, most doers were doctors. This evidence can be referred to public health nurse due to the similar work characteristic. In the other word, public health nurses possibly have been abused as well.

Public health nurses working in the Department of Health, BMA regularly practice home visits in some unsafe communities due to drug, unemployment, crime, gambling, and etc. Besides, they have to collaborate with many stakeholders in community. Thus, public health nurses can be considered at-risk subpopulation in Bangkok.

It is clear that public health nurses who work in community are likely to receive physical, emotional, and sexual violence. This, in turn, reduces their spirit, inspiration, and capability to work effectively. Unfortunately, information about violence against public health nurses in the Department of Health, BMA is not clear. Consequently, the researcher was interested to conduct a study in regards to violence and factors related to violence against public health nurses in of the Department of Health, BMA. The results can be used as baseline information to resolve the problem, reduce risk, and encourage public health nurses.

Research Objectives

1. To describe characteristics of violence against public health nurses in the Department of Health, BMA.
2. To examine factors related to violence against public health nurses in the Department of Health, BMA.

3. To examine the relationship between associated factors and violence against public health nurses in the Department of Health, BMA.

Definition of Terms

Violence against public health nurses: refers to any performance that violates individual right classified into three main types: physical, emotional, and sexual violence. This includes any situation that contributes to physical, psychological and social harms occurring during home visit practice performed by public health nurses in the Department of Health, BMA. Violence against public health nurses was classified into three types:

Physical violence: refers to any behavior that causes physical injury such as push, pinch, slap, hit, throw stuff to, jerk, punch, kick, attack with weapons, detainment, and so on. Physical violence results in mild to severe injuries

Emotional violence: refers to verbal abuse that leads to sadness, grieve, hurt, fear, mistrust, worry, and guilty. Also, emotional violence refers to other behaviors that cause emotional tensions, for example, looking down, scold, bawl, intimidation, and jeering. Expression of angry, ignorance, dissatisfaction that hurt one's feeling can be considered emotional violence as well.

Sexual violence: refers to sexual-related violation such as sexual assault, sexual insult, asking for intercourse, lewdness, and rape.

Evaluation of violence in public health nursing work regards physical, emotional, and sexual violence. An evaluation scale is used to obtain information about types of violence committed and frequency of violence committed during work practice. The scale was modified from the existing scale developed by Sitthilutrakul (2003).

Personal factors: refers to demographic characteristics of public health nurses that might account for violence against public health nurses. These factors consisted of:

1. Age: full-year age of public health nurse samples on the date of data collection.

2. Personality: unique characters of individuals that are often performed until they become personal identity. In this study, personality was considered in two types (SUPANEE SARIDWANIT, 2549: 131)

2.1 Type-A Personality: in a positive direction, Type-A Personality refers to good characteristics, for instance, being active, being hard-working, striving for success, having high-standard in work, perfectionist, being competitive, and seeking for victory. However, in a negative direction, Type-A personality refers to problematic characteristics such as being impatient, being in a hurry all the time, like blustering, loving to have many pieces of work in hands at the same time, and lacking of carefulness.

2.2 Type-B Personality: in a positive direction, Type-B Personality refers to good characteristics, for instance, being easy going, being relaxed, and being patient. Yet, in a negative direction, Type-B personality refers to problematic characteristics such as being inactive, being less competition, need encouragement and support from others, and never paying attention to small details.

3. Education: a highest level of education of public health nurse samples classified into three groups: 1) bachelor degree, 2) certification of nurse specialist, and 3) master degree.

4. Experience of home visit: a full year of work as public health nurses who practice home visit for households in Bangkok metropolitan areas.

5. Perception toward violence: a brain's process to identify stimulating factors that come to mind. Identification is the perception toward those stimulating factors. Perception varies from person to person depending upon previous experience in accordant with any stimulating factor. This leads to different reactions of individuals to any same stimulating factor. In this study, perception toward violence refers to public health nurses' evaluation as to severity of violence that happened to them. Perception toward violence scale was modified from the existing scale developed by Sitthilutrakul (2003). Severity was classified into three levels: severe, moderate, and mild.

Relationship with colleagues and clients: refers to relationship between public health nurse and their colleagues and clients. The relationship was evaluated

using scale that was modified from the existing scale developed by Sitthilutrakul (2003). Relationship was classified into three levels: good, fair, and poor.

Community characteristic: refers to physical environment of community where public health nurses practice home visit, classifying into five characteristics: 1) Slum, 2) outskirts, 3) high-graded housing development, 4) low-graded housing development, and 5) urban

Violence management of public health nurses: refers to the way public health nurses use to deal with violence occurring to them when practicing home visit in community. Violence management was measured by the scale developed by the researcher.

Organizational defensive measures to prevent violence against public health nurses: refers to measures or methods at an organizational level to prevent and eliminate violence that might happen to public health nurses who practice home visit in community. Measures were considered in three aspects: 1) an environment aspect, 2) an management aspect, 3) a personal aspect. Organizational defensive measure was measured by the scale developed by the researcher.

Research Valuables

Independent variables

- Personal factors: age, personality, education, experience of home visit, and Perception toward violence
- Relationship factor: relationship with colleagues and clients
- Community factor: community characteristics
- Organization factor: violence management of public health nurses and Organizational defensive measures to prevent violence against public health nurses

Dependent variables

- Violence against public health nurses was composed of :
 1. Physical violence
 2. Emotional violence
 3. Sexual violence

Research Methodology

A research design of this study was a cross-sectional study to examine violence against public health nurses in the Department of Health, BMA and related factors. Samples included three hundred registered nurses in the Department of Health, BMA who practiced home visit at least six months. The research tool consisted seven parts: 1) personal factors, 2) evaluation scale of personality types, 3) evaluation scale of perception toward violence against public health nurses, 4) Violence against public health nurses phenomenal and frequency of occurrence, 5) evaluation scale of relationship with colleagues and clients, 6) violence management of public health nurses, and 7) Organizational defensive measures to prevent violence against public health nurses. Data were analyzed employing descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation and analytical statistics— Chi-square and Pearson's Product Moment Correlation.

Results

1. Personal Factors

In terms of demographic characteristics of the samples, the majority of samples (60.7%) were in the age range of 39-49 years old ($\bar{X}$ = 44 years old, SD = 6.5). Most of the samples (78%) graduated with the bachelor degree and 79.3% were married. Regarding work experience, almost half of the samples (46%) have been working in the Department of Health, BMA for 11-12 years. Approximate three third (76.7%) used to work in hospital as general nurses. Around half of the samples (49.3) had experience in practicing home visit in the range of 2-10 years ($\bar{X}$ = 9.8 years, SD = 6.9). On the subject of community characteristics, the most common community where public health nurses practice home visit was slum community (88%) and the second common was outskirts community (57.7%). Concerning the accessibility of information about violence against general and public health nurses, 59.7% disclosed that they have never accessed this kind of information. Also, 62.7% and 93.7 of them have received neither orientation nor training in regards to violence prevention.

2. Personality of Public Health Nurses

Most public health nurses in the study had both type-A and type-B personality in a medium level (69.6% and 74.2% respectively). However, it was found

that 16.4% of the samples had dominant type-A personality and 17.1% of the samples had dominant type-B personality.

3. Perception toward Violence against Public Health Nurses

The majority of public health nurse in this study had high perception toward violence against public health nurse concerning each type of violence and overall violence.

4. Relationship between Public Health Nurses and Colleagues and Clients

Public health nurses had fair-level relationship with their colleagues (47%) and good-level relationship with their clients (62.3%)

5. Violence Management of Public Health Nurses

The greatest number of public health nurse in this study (51.3%) indicated that they mostly deal with emotional violence. 17.3% and 9.7% deal with sexual and physical violence respectively. Considering the reaction to the physical violence, the most common reaction was gave explanation to the doers for them to understand and stop his/her behaviors (27.6%). The second common reaction was avoidance by walking away (20.7%) and the third common was reporting to the organization administrators and sharing with colleagues to relieve tension (13.8%). For emotional violence, the first three common reactions were sharing with colleagues to relieve tension (32.5%), giving explanation to the doers for them to understand and stop his/her behaviors (29.2%) and avoiding by walking away (14.3%). Regarding sexual violence, the first three common reactions were sharing with colleagues to relieve tension and avoiding by walking away (34.6%) and giving explanation to the doers for them to understand and stop his/her behaviors (29.2%) and sharing with close friends (13.5%)

6. Organizational defensive measures to prevent violence against public health nurses

Organizational defensive measures based on public health nurses' perception was classified into two ways—the measures of health center and the

measures of home visit division. The results divulged that samples perceived organizational defensive measures of health center in the same level for all types of violence (22%). Nevertheless, their perception toward organizational defensive measures of home visit division varied by types of violence—emotional violence, sexual violence, and physical violence (51.3%, 17.3%, and 9.7% respectively).

The first three organizational defensive measures of health center for physical violence included avoiding wearing valuable items when practicing home visit (13.6%), avoiding practicing home visit alone (7.6%), and proper dressing up (6.1%). The first three organizational defensive measures of health center for emotional violence were avoiding practicing home visit alone (7.6%), promote moral and ethics among public health nurses and building good relationship with clients (4.5%). The first three organizational defensive measures of health center for sexual violence were composed of avoiding practicing home visit alone (9.1%), going to the police and avoiding by walking away (3%).

The first three organizational defensive measures of home visit division for physical violence included avoiding practicing home visit alone (68.9%), avoiding wearing valuable items when practicing home visit (48.3%) and going to the police (13.8%). The first three organizational defensive measures of health center for emotional violence were avoiding practicing home visit alone (14.3%), being patient and giving polite communication with clients (1.9%). The first three organizational defensive measures of health center for sexual violence were composed of avoiding practicing home visit alone (25%), proper dressing up (7.7%), and going to the police (5.8%).

1. Factors Related to Violence against Public Health Nurses

First, the results showed that physical violence had a positive relationship with accessibility to information about violence against general and public health nurses and violence management but had a negative relationship with the relationship between public health nurses and clients.

Second, the results disclosed that emotional violence had a positive relationship with community characteristic—slum community, accessibility to information about violence against general and public health nurses and violence

management but had a negative the relationship with relationship between public health nurses and their colleagues.

Third, the results revealed that sexual violence had a positive relationship with community characteristic—urban community, accessibility to information about violence against general and public health nurses and violence management.

Finally, the results divulged that overall violence had a positive relationship with community characteristic—slum community, accessibility to information about violence against general and public health nurses and organizational defensive measures of home visit division but had a negative relationship with the relationship between public health nurses and their colleagues.

Discussion

1. Demographic Characteristics

It was found that an average age of the samples was in a middle age. The educational level of most samples was a bachelor degree. Experience in practicing home visit varied from 2-10 years. These findings related to those of Mayuree Paoladda (2536) and Public Health Nursing BMA (2539), Wooranit Puepairoj (2539), Ninrattana Chanvawit (2542) which found that age of public health nurses in their studies was thirty years old and over, having 1-5 years of home-visit experience and graduating with a bachelor degree.

These demographic characteristics were quite unique for public health nurses in the Department of Health, BMA. It was the fact that most public health nurses had experience in hospital work for a period of time before moving to the Department of Health, BMA. This could explain why an average age of these nurses was pretty high but home-visit experience was pretty low.

2. Personality of Public Health Nurses

Most public health nurses in the study had a combination of type-A and type-B personality in a medium level (69.6% and 74.2% respectively). The most common type-A personality found was comfort to express their ideas explicitly; whereas, the most common type-B personality found was avoiding to have troubles with others. This well correlated with the study of Sitthilutrakul (2003: 56) conducted

among nurses in hospital which the majority of samples also had a combination of type-A and type-B personality in a medium level. However, this finding was not supported by the study of Siriluk Tanchaisawat (2535: 86) which revealed that most nurse samples had type-B personality. Moreover, Juthamas Janthorn (2543: 135) found that most nursing staff (72.3%) had partly- type-A and opposite- type-A personalities.

Generally, people had high expectation on both general and community nurses to provide best practice to their clients, to have good personality, to be polite, to be friendly, to be supportive, to have professional ethics, and to devote their time to clients (Pailin Thiravat and Wassana Chansawang, 2539: 61). In addition, professional codes and ethics stated by International Nursing Council (Nantana Nanfon, 2538: 37-38) indicated that nurses should provide health services to individuals, families and communities as well as collaborate with stakeholders. In nursing practice, nurses should promote healthy environment concerning patients' beliefs, culture, and religion. Furthermore, nurses should well keep patients' information secret and if necessary, they must give patients' information as carefully as they can. It was obvious that nurse profession required high responsibility to strongly keep codes and ethics. With these grounds, it was not surprised to found that most public health nurses whose work mostly involved with community had a combination personality between type A and B—high confidence, being strict, being patient, being hard-working, avoiding arguing with others. These kinds of personality helped public health nurse build good rapport with community and gain community involvement.

3. Perception toward Violence against Public Health Nurses

Most of nurse samples perceived violence in a sever level for all types of violence. Situations where samples perceived as violence were likely to be violence that brought serious consequences and might cause death. Naturally, individuals perceived only one or two stimulating factors although there were various stimulating factors happening to them at the same time. Individual chose to perceive only stimulating factors they were interested. Some stimulating factors were absolutely ignored. The finding from this study contradicted with at least two studies. The first one disclosed that nurses perceived physical, emotional, and sexual violence in a

medium level Sitthilutrakul (2003: 57) and the second one found that women aged 15-44 years old (69.1%) perceived sexual violence in a medium level.

4. Relationship with Colleagues and Clients

Nurse samples had fair relationship with their colleagues (47.3%) and high relationship with their clients (62.3%). This finding was in the same direction with the study of Sitthilutrakul (2003: 62) which revealed that the relationship between nurses in hospital and their health team was in a fair level. The study of Siriluk Tanchaisawat (2535: 87) regarding factors related to stress of registered nurses in Songkhanakarin hospital showed that most nurse samples (24.88%) had relationship with their colleagues

However, the study of Voranuch Kitsambun (2538: 53) presented a bit different results—nurses (53.5%) had a high-level of human relationship. Relationship building skill was essential for work effectiveness especially those whose work had to contact with lots of people. Nursing services require a multi-disciplinary teamwork in order to bring high-quality services to patients and people. Nursing services call for the ability to motivate clients to give good cooperation. Clients should feel the friendliness of nurses so that they will cooperate well in any nursing service. This leads to health and well-being. Based on professional codes and ethics stated by International Nursing Council (Nantana Nanfon, 2538: 37-38) regarding nurses and colleagues, it was stated that nurses should keep relationship with colleagues and others outside a nursing arena to promote good collaboration. Nurse should rescue patients from any harm carried out by their colleagues or others.

Work characteristics of public health nurse in the Department of Health, BMA was providing nursing services to individuals, families and communities. Public health nurses practiced home visit and investigate health problems of people. Main tasks were health promotion, disease prevention, rehabilitation, and basic curing. Health education and empowerment became one strategy to gain health of clients. Additionally, public health nurses had to promote civic involvement in health activities and implement health programs in community. Besides, it was necessary for public health nurses to encourage health groups in community. For home visit, patients who needed to continuously receive nursing care at home were post-operation patients,

chronic disease patients with other complications, chronic disease patients with disability, patients with medical equipments after discharged from hospital, and patients at the end-of-life stage. These aforementioned patients needed special care. Home visit was a significant way to provide nursing care, health education and rehabilitation and encourage health promotion and disease prevention at home. In this way, home was considered a health setting.

The results of this study showed that public health nurses in the Department of Health, BMA had good relationship with their clients which was important for them to provide aggressive services.

5. Violence Management of Public Health Nurses

It was clear that public health nurse samples used more than one strategy to deal with all types of violence happening to them. This was confirmed by the study of Thaddao Niyamas (2545: 70) regarding violence in workplace and management of nursing staff which supported that numerous nursing staff deal with verbal abuse by sharing problems with close friends to relieve tension, give explanation to the doers for them to stop his/her behaviors, and walking away. For physical abuse, they mostly walked away, shared problems with close friends to relieve tension, and gave explanation to the doers for them to stop his/her behaviors. The majority of nursing staff did not write a report of verbal and physical violence happening to them.

Most nursing staff chose compromised management to deal with violence in order to prevent serious consequences that might bring harms to them, their colleagues, and even the patients themselves (Rau-Foster, Cited in Thaddao Niyamas, 2545: 71).

6. Organizational Defensive Measures to Prevent Violence against Public Health Nurses

The majority of public health nurses perceived organizational defensive measures to prevent violence neither from health center nor from the home visit division (see table 7). This inferred that organization did not consider violence against public health nurses an important problem. Thus, there was no organizational policy to resolve this problem. It was possible that violence management of public health nurses

was not clear and concrete and violence occurrence was lower reported. This could deter organization interest to solve the problem.

Recommendation for Practice

Organization

1. Organization administrators should be aware of violence occurring during a work process and have an effective policy to prevent and eliminate violence against public health nurses especially those who practiced home visit in risky areas such as slum and urban community.
2. Organization administrators should provide training or orientation in relation to violence prevention to home-visit nurses.
3. Organization administrators should help support public health nurses who encounter violence in order to encourage them to continue their future work.
4. Organization administrators should promote organization knowledge management so that nurses can share experience and learn for each other. Information from knowledge management can be utilized to created violence prevention measures.

Public Health Nurses

1. Public health nurses should use the study results to develop a handbook to prevent and eliminate violence against public health nurses
2. Public health nurses should record violence and management as an evidence-based report. Also, this record can be used for knowledge management.
3. Public health nurses should build good relationship with clients and other stakeholders because it might be a significant way to prevent violence against them.

Recommendation for Future Research

1. This study was conducted only in public health nurses who practiced home visit. Future research should concern other groups of public health nurse such as school health nurses, psychiatrist nurses, and so forth. In addition, further research should be conducted among home-visit nurses in other organizations
2. Action research should be taken into consideration in order to develop organization policies to prevent violence against home-visit nurses.

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา วาณิชยบัญชา. (2549). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร.
- กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2546). คู่มือสำนักอนามัย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดับเบิ้ลยู เจ (เอเซีย) พรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2549). ปฐมภูมิแห่งองค์ความรู้เรื่องสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญเรือน กิติวัฒน์. (2543). พลศาสตร์ของการสื่อสาร หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จรววยพร สุภาพ และคณะ. (2548). การพัฒนารูปแบบการป้องกันจากองค์ความรู้ความรุนแรงทางเพศและทางร่างกายต่อเด็กและสตรี. รายงานการวิจัย. ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา เลียงเสนาะ และวารี ระกิติ. (2541). “พยาบาลอนามัยชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน” เอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน หน่วยที่ 1-7. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- จุฑามาศ จันท. (2543). ลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเองและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุมพล รอดคำดี. (2543). พลศาสตร์ของการสื่อสาร หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ชลลดา ภักดีประเสริฐ. (2550). “การพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (การเยี่ยมบ้าน)” คู่มือการปฐมนิเทศบุคลากรสายงานพยาบาล. เอกสารอัดสำเนา. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

คลยา ธนะอุดม. (2539). ความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คลนภา หงษ์ทอง. (2542). ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีในครอบครัว และผลสืบเนื่องทางสุขภาพ: กรณีศึกษาสตรีที่สมรสแล้วในเขตจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาขารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ถวิล ชาราโภชน์ และศรีณย์ คำวิสุข. (2548). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: หจก. ทิพย์วิสุทธิ.

ทัดดาว นิยมาศ. (2545). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทองสุกศรี บุญเกิด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทนา น้ำฝน. (2538). เอกลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ. สงขลา: เทมการพิมพ์.

นิจวรรณ วีรวัฒน์. (2540). ความรุนแรงต่อสตรี: ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-44 ปีที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิลรัตน์า ชาญไวยวิทย์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับประสิทธิผลกิจกรรมเยี่ยมบ้านของพยาบาลสาขารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาขารณสุขพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. (2531). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2545). **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บุศรินทร์ คล่องพยาบาล. (2542). **ความรุนแรงในครอบครัว: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการถูกทำร้ายของภรรยาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภา ลิมประสูตร. (2542). “วิสัยทัศน์: การพยาบาลสาธารณสุข: บริการที่ควรจะทบทวน” **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 13 (กันยายน-ธันวาคม); 5 -11.
- ฝ่ายมาตรฐานการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2547). **ปฐมนิเทศบุคลากรสายงานพยาบาล สำนักอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาลสาธารณสุข.
- ฝ่ายวิจัยและเผยแพร่ กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย.
- ภัทรวดี ทองชมพู. (2540). “ความรุนแรงต่อสตรี” **จดหมายข่าวเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ**. 4 (พฤศจิกายน 49–กุมภาพันธ์ 50); 9 -10.
- ภูพาน ภูมิพงศ์ ฐีวงศ์. (2549). “สถิติความรุนแรงต่อเด็ก-สตรีฟุ้ง” **หนังสือพิมพ์เดลินิวส์**. สัปดาห์พิเศษ, 7 ธันวาคม 2549; 2.
- พูนพิลาศ โรจนสุพจน์. (2541). **ภาพลักษณ์พยาบาลของสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). **วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทมการพิมพ์
- ไพลิน ถิระวัฒน์ และวาสนา จันทรสว่าง. (2539). **ภาพลักษณ์ของพยาบาลโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา**. รายงานการวิจัย
- รัจรี นพเกตุ. (2540). **จิตวิทยาเพื่อการรับรู้**. กรุงเทพมหานคร: ขงพลเทรดดิ้ง.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2543). **การวัดด้านจิตพิสัย**. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- มยุรี เถาลัดดา. (2536). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). เอกสาร

ประกอบการสัมมนาโครงการการศึกษาการสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและ
เตือนภัยทางสังคม ครั้งที่ 2. เอกสารอัดสำเนา.

มานี ชูไทย. (2543). **สุขภาพในชุมชน หลักและวิธีปฏิบัติ**. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มาลี สอนิเกษตริน. (2542). **พลศาสตร์ของการสื่อสาร** หน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 15.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ยุวดี ภาษา และคณะ. (2543). **วิจัยทางการแพทย์**. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ. (2544). “พยาบาลพร้อมช่วยท่าน ร่วมป้องกันความรุนแรง” วารสาร
พยาบาล. 50(เมษายน-มิถุนายน); 82-94.

วรรณช กิตติสัมพันธ์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลจิตเวช** สังกัดกรม
สุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณช พัวไพโรจน์. (2539). **การศึกษาแนวคิดหลักทางการแพทย์ของพยาบาลสาธารณสุขใน
กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

วันทิวา วัฒนะโชติ. (2540). **การสื่อสารบอกความจริงเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายตามการรับรู้และการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

แววรุ่ง นาวาบุญนิยม. (2544). **ความรุนแรงต่อภรรยา: ข้อเท็จจริงจากผู้ถูกกระทำทารุณเปรียบเทียบกับผู้กระทำทารุณ และทรงสนจากชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีวรรณ ดันศิริ และสิวพา เกียรติชนะบำรุง (บรรณาธิการ). (2546). **หน้าที่ความรับผิดชอบของ
บุคลากรสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3).**
กรุงเทพมหานคร: คัมปาย อิมเมจจิง.

ศิริรัตน์ โชติกสอิดิย์. (2542). **การศึกษาเปรียบเทียบ ลักษณะครอบครัว การปฏิบัติตามบทบาทที่
ศาสนากำหนด การรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี
และความรุนแรงในครอบครัวต่อสตรี: กรณีศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วที่**

นั้บถือศาสนาพุทธ กับศาสนาอิสลามในจังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาขารณสุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สิริลักษณ์ ตันชัยสวัสดิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาขารณสุพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิดา สุวรรณรงค์. (2545). ความหมายของความรุนแรง: เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่ได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปราณี วชิรอมร. (2535). การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: จุฬาทองการพิมพ์.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง. (2544). การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุพานี สฤณภูวนิช. (2549). พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่: แนวคิด และทฤษฎี. กรุงเทพมหานคร: ซี เอ็ด ยูเคชั่น.
- สำนักกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2545). นโยบายและแผนขจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี. ม.ป.ท.
- อรชร ณ ระนอง. (2537). การดำเนินงานสาขารณสุในชุมชนเมือง. กรุงเทพมหานคร: อาทรการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- AFPPD and UNFPA. (2001). **Intercountry workshop for parliamentary advocacy for the elimination of violence against women**. Proceedings and contributed papers. (19th – 21st June).
- Cambridge Advance Learner's Dictionary. (online) <http://dictionary.cambridge.org/define.asp?key=88367&CALD>. 28 June 2009.
- Fitzwater E. (2000). Violence and Home Care: A focus Group Study. **Home Health Care Nurse**. Vol.18 No.9 (October).
- Kendra M. (1996). Perception of Risk by Home Health Care Administrators and Field Workers. **Public Health Nursing**. Vol.13 No.6 (December).

- Patricia A., et al. (2000). Personal Safety, Violence, and Home Health. **Public Health Nursing**. Vol.17 No.1 (January/February).
- Merriam-Webster Online Dictionary. (online) <http://www.merriam-webster.com/dictionary/violence>. 28 June 2009.
- Shepherd J. (1994). **Violence in Health Care: A Practical Guide to Coping with Violence and Caring for Victims**. New York: Oxford University Press.
- Sitthilutrakul, Naruemon. (2003). **Violence Against Nurses and The Consequences**. Thesis for The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Public Health Nursing. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Schulte J., Nolt B., Williams R., Spinks C., and Hellsten J. (1998). Violence and Threats of Violence Experienced by Public Health Field-Workers. **JAMA**. Vol.280 No.5 (August).
- The Health and Safety Executive. (1996). **Violence at work a guide for employers**. <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg69.pdf>
- Work and Health Research Center. (2006). **The Risk of Violence in Mental Health Work**. Maryland: University of Maryland.
- World Health Organization. (2002). **World report on violence and health: summary**. Switzerland: Geneva.
- Wykes T. (1994). **Violence and Health Care Professionals**. London: Chapman & Hall.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพแบบสอบถาม

- 
1. คุณดาวเรือง กองแก้ว สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 2. พันจ่าอากาศหญิง สุนิต โชติกุล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
 3. รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 4. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล



ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประมุข โอศิริ)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2551

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 25 กันยายน 2552

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย

โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง

ความรุนแรงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่อพยาบาลสาธารณสุข

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วันที่ให้คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย (นางสาวชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์) ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บข้อมูล การรายงานผลการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

แบบสอบถามหมายเลข.....

วันที่ทำการเก็บข้อมูล.....

แบบสอบถาม**คำชี้แจง**

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท สาขา เอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา ลักษณะความรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในงาน พยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานในการ กำหนดนโยบายและมาตรการลดความเสี่ยงที่มาจากความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้าน สาธารณสุขต่อไป

แบบสอบถามฉบับนี้ มี 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อนของ ความรุนแรง ทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างท่านและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วย,ญาติ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่ท่านจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามมาตรการป้องกันความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้าน สาธารณสุขของหน่วยงานของท่าน

ขอความกรุณาให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องระบุนาม สกุล ข้อมูลที่ได้ จะถือเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อชีวิต และการทำงานของ ท่านทั้งสิ้น

ชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ต้องการตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (อายุเต็มปี)

2. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

☐ ปริญญาตรี ☐ ประกาศนียบัตรหลังปริญญาตรี (เฉพาะทาง) ระบุ..... ☐ ปริญญาโท

3. สถานภาพ ☐ สด ☐ คู่อยู่ด้วยกัน ☐ คู่แยกกันอยู่ ☐ ม่าย ☐ หย่า

4. ประสบการณ์ทำงานในสำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร.....(ระยะเวลาเต็มปี)

5. ก่อนท่านปฏิบัติงานพยาบาลเยี่ยมบ้านท่านปฏิบัติงานด้านใดมาก่อนที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

6. หน้าที่ในการปฏิบัติงานในปัจจุบัน.....

7. ประสบการณ์ในการทำงานเยี่ยมบ้าน.....ปี (ระยะเวลาตั้งแต่เข้ามาทำงานที่สำนักงานมัช จำนวนเต็มปี)

8. ลักษณะของชุมชนที่ท่านไปเยี่ยมบ้านมากที่สุด (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย)

☐ ชุมชนแออัด ☐ ชุมชนชานเมือง ☐ ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร
☐ เทศบาลเมือง ☐ ชุมชนเมือง ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

9. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลประจำการ

☐ เคย เรื่อง ☐ การปฏิบัติงาน ระบุ.....
☐ ส่วนตัว ระบุ.....
☐ ครอบครัว ระบุ.....
☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ ไม่เคย

10. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน

☐ เคย เรื่อง.....
☐ ไม่เคย

11. ท่านเคยได้รับการปฐมพยาบาลหรือการอบรมเกี่ยวกับความรุนแรงและการป้องกันการเกิดความรุนแรงในการปฏิบัติงานในชุมชน (ระยะเวลาตั้งแต่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน สำนักงานมัช)

☐ เคย (เรื่อง.....)

☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพของพยาบาลสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อเดียว การเลือกตอบมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วย/เป็นจริง

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง

ไม่แน่ใจ

หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความจริง

ไม่เห็นด้วย/ไม่เป็นจริง

หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	เห็นด้วย/ เป็นจริง	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย/ ไม่เป็นจริง
1. ท่านเป็นคนพูดเร็ว			
2. ท่านมักจะพูดตัดบทหรือพูดเต็มประโยคให้คนอื่นเสมอ			
3. คนรอบข้างไม่ชอบและไม่เป็นมิตรกับท่าน			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพยาบาลสาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ตรงช่องคำตอบท้ายข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นการกระทำรุนแรง คำตอบของท่านไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดระบุประเภทของความรุนแรงตามการรับรู้ของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) การเลือกตอบมีเกณฑ์ ดังนี้

เป็น หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นว่าเป็นการกระทำรุนแรง
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจว่าเป็นการกระทำรุนแรง
 ไม่เป็น หมายถึง ข้อความนั้นท่านเห็นว่าไม่เป็นการกระทำรุนแรง

การถูกกระทำ	ไม่เป็น	ไม่แน่ใจ	เป็น			
			ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านเพศ	อื่นๆ ระบุ.....
1. กระทบกระเทือน, สร้อย						
2. ใช้อาวุธซึ่งทรัพย์สิน						
3. สัตว์กัด						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และความบ่อยของความรุนแรง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางเพศที่เกิดในกระบวนการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน ในระยะเวลาดั้งแต่ท่านปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความ

ข้อ	ลักษณะของการถูกกระทำ	ไม่ เคย	เคย	ผู้กระทำ (ระบุ)	ระบุจำนวน ครั้งของ การถูก กระทำ	ขณะ ปฏิบัติงาน ตามคำพัง	ขณะ ปฏิบัติงาน 2 คน ขึ้นไป
1	ใช้อาวุธหรือทรัพย์สิน						
2	กระชากกระเป๋า, สร้อย						
3	ผลัก กระชาก เขย่า						
							
							
							
							
							

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างท่านและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อเดียว การเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงค่อนข้างมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงค่อนข้างมาก
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงมากที่สุด
1. ท่านและเพื่อนร่วมงานไม่เคยพูดปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ของกันและกันเลย				
2. ผู้ร่วมงานของท่านไม่เคยเสนอตัวช่วยเหลือท่านเมื่อท่านมีปัญหา				
3. ท่านและเพื่อนร่วมงานใช้เวลาว่างในวันหยุดไปเที่ยวหรือพักผ่อนร่วมกันเสมอ				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีที่ท่านจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ท่านมีวิธีการจัดการกับความรุนแรงที่ท่านได้รับ (ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ถ้าไม่มีความรุนแรงดังกล่าวเกิดขึ้นกับท่านในแต่ละข้อ ไม่ต้องตอบแบบสอบถามในข้อนั้น)

- 1 ไม่ทำอะไร (เฉยๆ)
- 2 รายงานผู้บังคับบัญชาด้วยบันทึก
- 3 รายงานผู้บังคับบัญชาด้วยวาจา
- 4 แจ้งความ
- 5 พูกระบายกับเพื่อนร่วมงาน
- 6 พุดชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้กระทำความรุนแรง
- 7 เติมน้ำ หรือ หลีกเลี้ยง
- 8 พูกระบายกับเพื่อน
- 9 ได้ตอบด้วยวิธีการเดียวกัน
- 10 อื่นๆ ระบุ.....

ข้อ	ลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้น	วิธีที่ท่านจัดการกับความรุนแรงที่ได้รับ									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (ระบุ)
1	ใช้อาวุธจี้ขังทรัพย์										
2	กระชากกระเป๋า, สร้อย										
3	ผลัก กระชาก เขย่า										
											
											
											
											
											

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้มาตรการป้องกันและ/หรือแก้ไขความรุนแรงในการปฏิบัติงานด้าน

สาธารณสุข

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับหน่วยงานของท่านมากที่สุด

ข้อ	ลักษณะความรุนแรงที่เกิดขึ้น	มาตรการป้องกันและ/หรือแก้ไขความรุนแรงของศูนย์ฯ ท่าน			มาตรการป้องกันและ/หรือแก้ไขความรุนแรงของงานเย็บบ้านศูนย์ฯ ของท่าน		
		ไม่มี	ไม่ทราบ	มี (ระบุ.....)	ไม่มี	ไม่ทราบ	มี (ระบุ.....)
1	ใช้อาวุธจี้ขังทรัพย์						
2	กระชากกระเป๋า, สร้อย						
3	ผลัก กระชาก เขย่า						
							
							
							
							
							

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวชนิกนันท์ พันธุ์พยัคฆ์
วัน เดือน ปีเกิด	6 ธันวาคม พ.ศ. 2514
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร, พ.ศ. 2533 – 2536 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2546–2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การพยาบาลสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ 6 ว ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ประสงค์-สุตสาคร ตู้อินดา แขวง/เขต สวนหลวง กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2362-5239 E-mail: chanicnant3@hotmail.com
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	525/265 ถนน สุขุมวิท ตำบล สำโรงเหนือ อำเภอ เมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10270