



ประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ Experiences of Psychiatric Nurses and Helper Undergo Adverse Event at Work: Qualitative Study

ประชุมพร บัวคลี¹ ธวัชชัย เทปะปา¹

Prachumporn Buaklee¹ Thawatchai Tepapal¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

¹Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

Corresponding author; Prachumporn Buaklee Email: kaewsunyata@hotmail.com

Received: August 10, 2021 Revised: October 22, 2021 Accepted: March 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์นิยมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงานที่มีระดับความรุนแรงด้าน Clinical Risk ที่ระดับความรุนแรง E-I กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 14 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เผชิญกับสภาวะทุกข์ที่บีบคั้น ทั้งทางจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ มีผลให้บุคคลรู้สึกเปราะบาง ไม่ดีพอ จิตใจไม่สงบ และ ความผูกพันกับงานลดลงมีความคิดอยากเปลี่ยนงานมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะในสองลักษณะคือ 1) ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ และ 2) ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ผลการวิจัยเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการต้องกำหนดรูปแบบดูแลด้านจิตใจแก่บุคลากรให้เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมความเสี่ยงระดับองค์กร ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ; พยาบาลจิตเวช; ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย; เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;เหยื่อคนที่สอง



Experiences of Psychiatric Nurses and Helper Undergo Adverse Event at Work: Qualitative Study

Prachumporn Buaklee¹ Thawatchai Tepapal¹

¹Faculty of Nursing, Surattani Rajabhat University

Corresponding author; Prachumporn Buaklee Email: kaewsunyata@hotmail.com

Received: August 10,2021 Revised: October 22,2021 Accepted: March 7,2021

Abstract

This phenomenology qualitative study sought to understand the experiences of psychiatric nurses and nurse aids who experienced an adverse events at work with clinical risk at E-I level. The sample consisted of 14 psychiatric nurses and nurse aids from a psychiatric hospital in Southern Thailand who participated in an in-depth interview between October 2020 and February 2021. The findings indicate that most respondents suffered mentally, physically, socially, and spiritually. As a result, people feel vulnerable, inadequate, inattentive, and unengaged with work and have a desire to leave their current jobs. In addition, the respondents cited factors that interfered with recovery from an adverse event in two ways: 1) insensitivity to one's trauma 2) lack of job security. The findings from this study emphasize the importance of creating a methodically mental health care model that covers risks at the organization level, departmental level, and personnel level.

Keywords: qualitative study; psychiatric nurses; nurse aids; adverse event; second victim



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในทศวรรษที่ผ่านมาแม้สถานบริการสุขภาพทุกระดับให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของการทำงาน แต่ความคลาดเคลื่อนที่ไม่พึงประสงค์จากการทำงานยังคงปรากฏให้เห็น ความเสียหายทางด้านร่างกายจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (first victim) ในอีกนัยยะหนึ่งย่อมส่งผลอย่างใดอย่างหนึ่งต่อร่างกายจิตใจของบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้อง ในฐานะเหยื่อรายที่สอง (second victim) ในอุบัติการณ์นั้นด้วย¹⁻²

Second victim หรือ เหยื่อรายที่สอง เป็นคำที่บัญญัติโดยอัลเบิร์ต วู MD, MPH³ ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย อธิบายถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการทำงานก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บทุกขั้วทรมาน ความพิการ การเสียชีวิต และอันตรายทางด้านสังคมหรือจิตใจ ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อสภาพจิตใจของผู้ให้บริการ เช่น ความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง ภาวะเศร้าโศก สูญเสียความมั่นใจ ไม่สามารถรวบรวมสมาธิ และ ตื่นตระหนกง่าย กลับมาทำงานด้วยความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียสถานภาพในงาน⁴⁻⁶ หลีกเลี่ยงพื้นที่ที่มีคนไข้ ย่ำคิดอยู่กับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น⁷ นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกล้มเหลว โทษตนเอง สงสัยตนเองว่าไม่ดีพอ ไม่มีความสามารถ ขาดความรู้และทักษะทางคลินิก^{4,7} รวมถึงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหากไม่ได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจอย่างทันเวลา⁶ หลักฐานงานวิจัยชี้ว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเหล่านี้มีความต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม โดยแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อเยียวยาตนเอง หลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออุบัติการณ์ในงาน บุคลากรผู้ประสบเหตุจะสนใจที่จะทำงานน้อยลง มีความพึงพอใจในงานที่ทำงานน้อยลง และพร้อมที่จะเปลี่ยนงานมากขึ้น⁶⁻⁹

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานระบุปัจจัยที่มีส่วนผลักดันให้บุคลากรต้องตกอยู่ในฐานะเหยื่อรายที่สอง โดยปัจจัยภายนอกได้แก่ กำลังคนในการทำงานน้อย ไม่เพียงพอ ปริมาณงานที่มากเกินไป การติดฉลากหรือป้ายสื่อสารที่ไม่ชัดเจนนำไปสู่ความผิดพลาด ข้อบกพร่องของโครงสร้างการทำงาน และข้อผิดพลาดทางเทคโนโลยี วัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งระบุตัวคนผิด ต่ำหนิติเตียนบุคคลที่ก่อผิดพลาด การขาดความรู้ไม่เข้าใจปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง¹⁰⁻¹¹ รวมถึงมายาคติเกี่ยวกับวิชาชีพมองแพทย์พยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบไม่มีทางผิดพลาด³ และปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยความเป็นมนุษย์ (fallible beings) ในฐานะมนุษย์เราทุกคนผิดพลาดได้เพราะไม่มีใครสมบูรณ์แบบ มนุษย์ไม่ได้มีอำนาจเหนือปัจจัยบางอย่างที่ไม่ชัดเจนและควบคุมไม่ได้ และมนุษย์มีโอกาสที่จะเข้าใจผิด (human fallibility) มีการรับรู้คลาดเคลื่อนจากความอ่อนล้าในงานได้^{3,12-13} การดำเนินการเพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นโรงพยาบาลจะมีการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลดังนี้: 1) สุขภาพ ผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อโดยตรงและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ 3) องค์กร อย่างไรก็ตามองค์กรที่ให้ความสำคัญกับรายได้และผลกำไร มักลังเลที่จะตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเหยื่อรายที่สอง การมองข้ามเรื่องการช่วยเหลือบุคลากรนี้ เกิดจากความเชื่อว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเป็นผลมาจากความบกพร่อง ไร้ความสามารถและเป็นคนโชคร้ายของผู้ปฏิบัติงานเอง^{5,13}

วรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่ปรากฏงานวิจัยของประเทศไทยที่พูดถึงปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง พบเพียงการแบ่งปันประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชในงานสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “เปิดโลกนวัตกรรมการพยาบาลจิตเวชเพื่อการคืนสู่สุขภาวะ: ก้าวต่อไปเพื่ออนาคต” (explore psychiatric nursing innovation for recovery: next step for the future) ในวันที่ 14-19 มิถุนายน 2562 จัดโดยสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย การแบ่งปันประสบการณ์มีเป้าหมายเพื่อให้แวดวงวิชาการเกิดการตื่นตัวให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์สุขภาพจิต (mental health) ของบุคลากรวัยทำงานในแวดวงสาธารณสุข ผู้อยู่ในฐานะ Second Victim รวมถึงการชี้ให้เห็นปรากฏการณ์ที่รอการสำรวจ ทำความเข้าใจ

และพัฒนา โดยพยาบาลผู้เผชิญเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเมื่อหลายปีก่อน หลังเกิดเหตุการณ์ คำถาม คำพูด ปฏิกริยาอัตโนมัติของผู้คนในที่ทำงานยังก่อให้เกิดความสะเทือนใจของพยาบาล ผู้ประสบเหตุแม้เวลาผ่านไปหลายปีแล้วก็ตาม เรื่องเล่าในพื้นที่ปฏิบัติงานนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของประสบการณ์ที่สะท้อนปัญหาและแสดงถึงความต้องการการเยียวยาเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะ ของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขผู้ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเหยื่อรายที่สองในฐานะข้อมูลใน Clinical key, CINAHL, Pub Med พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในบุคลากรที่เป็นแพทย์ในบริบทที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป^{3,9,14-15} มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในพยาบาล^{5,7} และยังไม่พบการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลจิตเวช จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าถึงประสบการณ์ของพยาบาลและบุคลากรผู้ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้อย่างแจ่มชัด อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาวิธีการจัดการและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อรายที่สองในอนาคต ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์นิยมเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology) โดยมีคำถามการวิจัยว่า 1) ภาวะจิตสังคมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงานเป็นอย่างไร 2) ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ภายหลังจากที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบปรากฏการณ์นิยมเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology)¹⁶ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สองผ่านประสบการณ์ (the essence of lived experience) ของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยในบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจิตเวช และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย การศึกษานี้อาจช่วยให้เข้าใจถึงการรับรู้ประสบการณ์ รวมถึงสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ผู้ให้ข้อมูล (Informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทยจำนวน 14 ราย โดยถูกคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และแบบเครือข่าย (snowball sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 2) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานที่มีระดับความรุนแรงด้าน Clinical Risk ที่ระดับความรุนแรง E-I) เต็มใจที่จะทบทวนและถ่ายทอดประสบการณ์และให้ความยินยอมในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ รวมถึงมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล นำมาซึ่งความไว้วางใจในการเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกซึ่งเป็นอารมณ์



ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สร้างจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น Second victim โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เช่น ช่วยทบทวนอุบัติการณ์การทำงานที่เกิดขึ้นในวันนั้น เกิดอะไรขึ้น? หลังเกิดเหตุการณ์ มีอะไรเกิดขึ้นตามมาบ้าง? โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้ทรงคุณวุฒิด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบแนวคำถาม มีการทดลองใช้สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและมีการปรับคำถามให้ชัดเจนเข้าใจได้ง่าย ก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ REC-SRU 014/2020 และ SSR REC 5/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยให้ความสำคัญกับการเคารพศักดิ์ศรี สิทธิ และป้องกันผลเสียที่อาจเกิดแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสลงข้อมูลและเก็บข้อมูลไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย การนำเสนอผลการวิจัยอยู่ในลักษณะเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำประกาศเชิญชวนผู้สนใจที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อมีผู้แจ้งความประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงลงพื้นที่พบผู้ที่แจ้งความประสงค์โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์เชิงการวิจัยในทุกขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลตามหลักการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (semi structure in-depth interviews) จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 60-90 นาที และมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ภายในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิด ชื่อ-สกุล ที่แท้จริงโดยใช้รหัส กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องได้รับคำชี้แจงข้อมูลการวิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงรับทราบสิทธิที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบก่อนลงลายมือชื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิ (inform consent)

ระยะเวลาการวิจัย

ธันวาคม 2562 - มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

เทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด (in-depth interview) ได้รับการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามวิธีการของ Elo and Kyngas¹⁷ โดยการ อ่าน และทำความเข้าใจข้อมูล ตั้งตรรกะนี้ จัดระบบจำแนกหมวดหมู่ข้อมูล ตีความ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ และ สร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง และเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน อายุเฉลี่ย 46 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท และประมาณครึ่ง (ร้อยละ 57.1) มีสถานภาพสมรสคู่ และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีสถานภาพในงานเป็นพยาบาลประจำการเวรป่วย-ตึก ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงปัจจุบัน น้อยที่สุด 10 วัน ค่าเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 สำหรับข้อมูลด้านผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

พบว่า ประมาณครั้ง (ร้อยละ 57.1) มีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 6 เดือน เช่นเดียวกับเหตุการณ์ดังกล่าวยังรบกวนจิตใจจนถึงปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 57.1

ประสบการณ์การเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ประสบการณ์การเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน สรุปได้ 2 ประเด็นดังนี้ 1) การเผชิญความทุกข์รอบด้านทั้งจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ และ 2) การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญกับอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

การเผชิญความทุกข์รอบด้าน

การเผชิญความทุกข์รอบด้าน เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับความทุกข์ทั้งทางจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ความทุกข์ทางจิตใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตใจ 9 ลักษณะ คือ ตกใจ เครียด คิดวน รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย ห่วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ โกรธ/ปฏิเสธ ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์ และมีบาดแผลทางใจ

ตกใจ: ตกใจ เป็นความรู้สึกแรก ณ นาทีที่พบว่าอุบัติเหตุการเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ความรู้สึกตอนนั้น...ตกใจ....ใจหายมากความรู้สึกตอนนั้น ที่มันเกิดขึ้นแล้ว ความรู้สึกจะไรต์ลงสุด(RN8) “...ความรู้สึกคือเรตกใจมาก เราไม่เคยเจอคนไข้แรงค์ก็อย่างนั้นนะ ไม่เคยเจอเลย” (RN1)

เครียด: ความเครียดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่นเครียดเมื่อรับรู้ถึงภาระหลายด้านที่ถาโถมเข้ามาให้ต้องจัดการ เครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ เครียดจากการต้องตัดสินใจ เครียดกับกระบวนการสอบสวนอุบัติเหตุ เครียดกับการต้องเผชิญความคาดหวังของญาติผู้ป่วย เครียดกับปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ โดยอธิบายด้วยคำว่า “เครียดหลายชั้น” ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“เครียดนะเราเจอเหตุการณ์ตอนค่าต้องตามไปโรงพัก แล้วงานที่ดูคนไข้ในตึกอีกไม่มีใครมาจัดการแทนนะตอนนั้นเครียดมาก งานประจำที่เคลียร์มันก็ต้องเดินซ้ำหน่อย..... “ความเครียดมันอยู่ตอนเกิดเหตุการณ์.....ตัวกระตุ้นที่หยอเข้ามา การสอบสวนก็มีการทำงานข้อมูลก็เริ่มมีเครียดมากขึ้น ๗.....“สำหรับกรณีนี้ที่เครียดมากก็เพราะว่าอันดับแรกเลยก็คือ 1. ญาติไม่พอใจมาก 2. เพราะว่าทรัพย์สินร.พ.เสียหาย และ 3. ก็คือหาคนไข้ไม่เจอ 4. เครียดที่เราควรตอบยังงี้ที่ไม่กระทบกับคนอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์ซึ่งมันเป็น stress หลายชั้น ในขณะที่เรากำลังเครียดอยู่แล้วแต่ทุกอย่างก็ถาโถมมาแล้วเราก็เลยต้องมานั่งดูแลญาติอีกเพื่อป้องกันไม่ให้มันเกิดอะไรไปมากกว่านี้ ป้องกันคนไข้ฟ้อง และให้ญาติรู้สึกที่เราได้ทำเต็มที่..... ความเครียดในลำดับถัดมามันอยู่ที่การคิดกับตนเองว่าแล้วเราจะทำอย่างไรหากเราเจอคนไข้ลักษณะนี้อีกในการทำงานในอนาคต เราจะทำงานอย่างไร เราจะป้องกันความผิดพลาดเหล่านี้ได้อย่างไร และเราจะจัดการกับปัจจัยที่เราไม่สามารถควบคุมได้อย่างไร เราจะทำงานของเราอย่างไรต่อไปไม่ให้เกิดความผิดพลาดนั้นแหละคือประเด็น”(RN2)

คิดวน: เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลคิดวนเวียนกับสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เพื่อทบทวนทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองเข้าใจ สามารถสื่อสารเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้

“...โลกภายในคือรู้สึกคิดวน ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่แบบนั้น ออกจากความคิดวนไม่ได้”. (RN8)

“หลังเกิดเหตุ คือคิดอยู่ตลอดว่าไม่น่าเลย เวิร์เรา หลายอาทิตย์แหละ เกือบเดือน แต่มันก็ค่อย ๆ ว่างไปบ้าง สะดุดบ้างเดินผ่านตรงที่เขา suicide บางทีเราพอเข้าใจไปดูแลแล้วเราแบบไม่น่าเลย ..ใจนี้มันคิดอยู่เรื่อยเลย ไม่น่าเลย คิดวน คิดซ้ำ เหตุการณ์เดิม ๆ”(helper4)

รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย: ความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย เกิดจากพยาบาลผู้ให้การดูแลเข้าใจ เห็นใจ ร่วมรับรู้ความรู้สึกทุกข์ของผู้ป่วย เหมือนความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้นกับตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล



“เหตุการณ์ครั้งนี้มันจะใหญ่สำหรับตัวเอง คนไข้เสียชีวิตผมก็ไม่เคยเจอ ทำให้เคลียร์ใจได้ยาก..... “เพราะเรารู้สึก sympathy คนไข้ด้วย สงสารเห็นใจ ใจสั่นเราก็ก่อนเหมือนจะตายไปกับคนไข้ด้วย”(RN8)

ห้วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย: ความห้วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยเกิดจากผู้ให้ข้อมูลคำนึงถึงความทุกข์ความลำบากที่อาจจะเกิดกับญาติเมื่อรับทราบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

“คิดถึงความรู้สึกญาติของพ่อแม่คนไข้ คนไข้อยู่เรือนจำก็ส่งมาตามระบบ คนไข้หนีออกในกระบวนการดูแลญาติก็จะต้องไปลุ้นในเรื่องของกฎหมายอีก ตอนนั้นห้วงความรู้สึกญาติมาก ๆ” (RN6)

วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ: ประสบการณ์จากอุบัติการณ์ในงานที่เคยเกิดขึ้นก่อให้เกิดความไม่เชื่อมั่น วิตกกังวลผิดพลาด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หลังเกิดเหตุการณ์ ตัวเราเองก็รู้สึกว่า เหมือนเรากังวลมากขึ้นเวลาทำงาน..เราก็กังวลที่เงาตลอดว่าเคสที่เราทำนี้ถูกต้องไหม”เหมือนรีเช็คตลอดว่าโอเคได้ไหม สเต็ปได้ไหมมันก็เหมือนกับว่ากังวลเกินเหตุไม่มั่นใจ. (RN5)

“วิตกกังวลไปหมดเลย วิตกว่าเราจะโดนตำหนิอะไร เพื่อนที่ทำงานบ้าง หัวหน้าบ้าง หัวหน้าฝ่ายบ้าง ผอ. อะไรอย่างเนี่ย เรื่องแบบนี้วิตกไปหมด ญาติอีกจะเรียกร้องค่าเสียหายอะไรจากเราหมด สารพัด ความคิดกับความรู้สึกเหล่านี้มันถาโถมเข้ามา”(helper3)

โกรธ และปฏิเสธ: เป็นความรู้สึกยากลำบากที่จะทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความโกรธคับข้องอยู่ภายใน “คือมันโกรธไปหมดถามตัวเองว่าอะไรทำไม ๆ ๆ ทำไมมันถึงต้องเป็นแบบนี้ทำไมต้องเรา แล้ววันนั้นเวลาไม่มีใครพูดไม่เข้าหูอารมณ์ของผมปรี๊ดเลยนะแต่ก็พยายามที่จะนิ่ง เพราะถ้าโวยวายไปก็เท่านั้นแหละ” (RN2)

ไม่ยอมพูดถึงเหตุการณ์: ผู้ให้ข้อมูลต้องการความสงบเพื่อคิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ต้องการรื้อฟื้นในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

“ถ้ามีคนมาถามว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไรเราไม่อยากเล่า...คิดในใจคิดว่าอย่ามาถามอารมณ์ที่ไม่อยากให้ใครมาถามกินระยะเวลานานตลอด ถ้าเหตุการณ์นั้นยังไม่ได้คลี่คลายนะก็ไม่อยากให้ใครมาถามยังไม่อยากเล่าเพราะต้องนั่งทบทวน ให้ตนเองเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น และรายงาน...ไม่อยากเล่ารวมถึงในที่ประชุมใหญ่ ๆ ด้วยไม่อยากเข้าไปไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์ตรงนั้นหรือแม้กระทั่งเหตุการณ์คลี่คลายแล้วเราก้ยังไม่อยากเล่า” (RN2)

มีบาดแผลทางใจ: เป็นภาวะเปราะบางทางใจอันเป็นผลสืบเนื่องจากการเผชิญอุบัติการณ์

“พอเราทำงานต่อแล้วเจอคนไข้ที่มีลักษณะใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน มันก็จะกระตุ้นให้เรา รู้สึกแย่....เหมือนเรามีแผลอยู่.. มัน trauma อยู่ในใจเรา แบบหลากหลายความรู้สึกมาก ที่มันเข้ามา มันเป็นความรู้สึกแบบทำไมต้องเป็นเรา ๆ ที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ (RN5)

“ถ้าพูดตามประสบการณ์วันนั้นคือฟ้าผ่า มันเหมือนกับฟ้าผ่า เพราะว่ามันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดโดยไม่ได้ตั้งตัวแล้วเรารู้สึกว่า เราบาดเจ็บทางใจเยอะ.....มันหายช้า.....” (RN7)

2. ความทุกข์ทางกาย (physical distress) ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางกายในลักษณะของการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บ: เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ เช่น แขนหัก ถูกกัด จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “คนไข้ก็ดิ้นไม่ยอมไป เราก้จับแขน ผมก็จับจนกว่าที่มันจะเข้ามาช่วยก็จับ..... จับที่ข้อมือพอเข้ามันบวมหมอเอ็กซเรย์..หมอบอกกระดูกแตก” (Helper3)

“คนไข้มีการโวยวายก็ restrain เขา เขาก็ระแวง พอจะผูกเขาที่เตียง เขาเอี้ยวตัวมากัดที่ขา ทำให้ผมเป็นแผลที่ขาข้างขวา....ผลกระทบเบื้องต้นก็คือหมอให้เจาะเลือดตรวจหาไวรัสตับอักเสบบ เพราะว่ามันเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคนไข้ได้” (Helper1)



3.ความทุกข์ทางสังคม ความทุกข์ทางสังคมเกิดจากสัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อกันและกันในที่มเปลี่ยนแปลงไปภายหลังอุบัติการณ์ ผู้เผชิญเหตุการณ์ไม่ยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนอยู่ ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ ออกมา 2 ลักษณะ ดังนี้

ความผูกพันที่ต้องคัดรลดลงอยากออกจากงาน: เป็นการใคร่ครวญถึงชีวิตการทำงานปัจจุบัน แล้วพบว่างานนี้อาจไม่เหมาะกับตน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ช่วงแรกของเหตุการณ์อยากออกจากงานมาก ๆ คิดจะย้ายกลับไปทำงานที่เก่า.... สิ่งที่เกิดขึ้นมันทำให้เบื่อกับทำงานมาก ๆ....คิดกับตัวเองว่าจะอยู่ต่อหรือจะลาออกดี เราเหมาะกับงานนี้หรือไม่มันจะไหวไหม..... ช่วงนั้นเราคิดเลยว่า เราคิดผิดหรือเปล่านะที่เราเลือกมาทำงานที่นี่” (RN5).

เกิดช่องว่างความสัมพันธ์ในที่มทำงาน: ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการต้องทำงานแบบโดดเดี่ยวในที่มทำงานแบบตัวใครตัวมัน ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราเลือกที่จะไม่พูดเพราะว่าเวลาใครมาอยู่เวรร่วมกัน..งานเขาเราก็จะไม่เข้าไปทำแทนโดยเด็ดขาด เราจะทำเฉพาะในส่วนของเรา แล้วเขาก็ทำในส่วนของเขา.....เมื่อมีเหตุการณ์อะไรขึ้นเขาไม่ได้มาช่วยอะไรเราเลยนะ ไม่ได้มายอมรับผลการกระทำของเขาเลยนะแล้วเราก็ต้องรับคนเดียวเราก็กินคนเดียวคิดว่าเราไม่ยุ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเขา ก็คือแยกกันทำไปเลย.... (RN5)

4.ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคลากรสูญเสียสภาวะทางปัญญา ไม่เชื่อมั่นศรัทธาในตนเองและสิ่งอื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตวิญญาณออกมา 4 ลักษณะ คือ 1) รู้สึกผิด/ตำหนิตนเอง 2) บุคลิกตัวตนเปลี่ยนไปหลังเผชิญเหตุการณ์ 3) เสียความเชื่อมั่นต่อระบบคุณค่าที่เคยยึดถือ 4) สิ้นหวัง ท้อแท้ เพราะไม่สามารถควบคุมสิ่งใดได้

รู้สึกผิด/ตำหนิตนเอง: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการทำหน้าที่ของตน ทำให้รู้สึกไม่ดีกับตนเอง

“รู้สึกผิดที่เราดูคนไข้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนที่เราเซ็นชื่อกับอาการคนไข้บ่อยไป พอหลังเกิดเหตุการณ์เราก็มึนๆ มีความรู้สึกว่าเราทำงานบกพร่อง” (RN 1)

บุคลิกตัวตนเปลี่ยนไปหลังเผชิญเหตุการณ์: ผู้ให้ข้อมูลพบว่าความบีบคั้นที่เกิดขึ้นภายหลังเผชิญอุบัติการณ์ส่งผลให้บุคลิกตัวตนแปรปรวนไปจากเดิม

“...คนในครอบครัวเขาก็บอกว่า เอ๊ะทำไมช่วงนี้ขี้หงุดหงิดใจร้อน....โกรธง่ายขึ้น รู้สึกว่าเราก้าวร้าวขึ้น” (RN 7)

เสียความเชื่อมั่นต่อระบบคุณค่าที่เคยยึดถือ: อุตการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลับมาทบทวนระบบคุณค่าในวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังมา และพบว่ายังมีคุณค่าอื่น ๆ ในชีวิตนอกเหนือจากคุณค่าในวิชาชีพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เมื่อก่อนการทำงาน ไม่เคยนึกถึงเวลา เราจะนึกถึงคนไข้และผู้ร่วมงานคนอื่น เมื่อก่อนบ่อยมากที่กลับบ้าน 19:00 น-20:00 น เป็นเรื่องปกตินะ เพราะว่าเราจะอยู่กับเพื่อนกับพี่ ๆ น้อง ๆ ช่วยดูแลคนไข้ตอนเย็น แต่สุดท้ายพอเกิดเหตุแบบนี้เราก็ต้องกลับมาทบทวนว่าจริง ๆ แล้วชีวิตของคนเรานั้นไม่ได้มีแต่เรื่องงาน..... ตอนเรียนพยาบาลเนี่ย อาจารย์จะสอนว่าให้คิดถึงผู้อื่น คิดถึงส่วนรวม เสียสละ คำสอนทั้งหมดนี้ก่อนเกิดเหตุเราก็อำนาจด้วยความภาคภูมิใจ แต่พอหลังเกิดเหตุ ต้องเอากลับมาทบทวนหมดเลย ว่าการเสียสละที่ผ่านมาของเราเนี่ยะมันมากเกินไปไหม หรือมันพอดีแล้ว หรือมันเป็นยังงี้....จากที่เคยทุ่มเทเต็มร้อย ก็เหลือสักครึ่งนึงได้.....ที่บอกว่าเหลือครึ่งนึงนั่นสิ่งที่ผูกพันอยู่ไม่ใช่ตัวงานนะ แต่เป็นตัวคนคือเพื่อนร่วมงาน...เปลี่ยนความตั้งใจเปลี่ยนความคาดหวัง (RN 7)

สิ้นหวัง ท้อแท้: สิ้นหวัง ท้อแท้เกิดจากการผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไร้พลังอำนาจในการควบคุม

“หลังจากเกิดเหตุการณ์ทำให้รู้สึกเหนื่อยท้อแท้ และความเหนื่อยท้อแท้นั้นไม่ได้เกิดจากการรู้สึกตัวตัวเอง



ไม่ได้ทำให้เต็มที่ เพราะเราทำเต็มที่ สุดกำลังที่เรามีแล้วตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ เราก็กวนวาย ทำตลอดในเคสนี้แล้วมันก็ยังเกิดขึ้นอีกที่จริง ๆ” (RN4)

“รู้สึกท้อตัวเอง ทำงานต่อไปไม่ค่อยได้ ผิดหวัง แล้วก็รู้สึกท้อถอย.....การจะเปลี่ยนแปลงระบบที่เป็นอยู่ ไม่ได้คิดว่าทำได้ คงจะลำบากในสิ่งที่เราเจอ มันเขยื้อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ด้วยตัวเอง” (RN2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ ใน 2 รูปแบบ คือ ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

1. ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ

ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจหมายถึงกระบวนการสอบสวนเหตุการณ์การที่ละเลยความรู้สึกและมิติทางจิตใจของผู้ประสบเหตุการณ์อุบัติการณ์ในการทำงาน อธิบายได้ด้วยชุดประสบการณ์ใน 5 ลักษณะ คือ 1) การถูกตัดสิน 2) การต้องบอกเล่าอุบัติการณ์ซ้ำ ๆ 3) การถูกคาดหวัง 4) การต้องทำหน้าที่ต่อเนื่องแม้ใจยังไม่พร้อม และ 5) ไม่ได้รับการเยียวยาด้านจิตใจ

การถูกตัดสิน: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผ่านประสบการณ์ว่ากระบวนการสอบสวนพุ่งเป้ามาที่สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน มากกว่าพิจารณาเหตุปัจจัยที่เป็นเหตุของอุบัติการณ์โดยรอบ

“การเอาแนวปฏิบัติออกมาจากเขาก็บอกว่ามันเป็นการทบทวนแต่ว่า ความรู้สึกเราก็ดูว่ามันไม่ใช่การทบทวน แต่มันเป็นการหาคนผิด มาหาจุดระยะเวลาที่ผิดเหมือนกับพยายามหาข้อที่เขาได้วางเอาไว้ ชะมากกว่า แต่เขาใช้คำว่าทบทวน แต่เราว่ามันคือกล่าวโทษโดยไม่ดูปัจจัยอื่น ๆ ” (RN 4)

“การทบทวนอุบัติการณ์ให้เราเล่าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วก็จะมีคนถามเป็นระยะว่าใครคิดว่าตรงไหนที่เป็นรูรั่ว ก็จะถูกบีบคั้นให้ตอบให้ได้ว่า ทำไมถึงเป็นแบบนั้น ทั้งน้ำเสียง ทั้งประโยคการพูด ทำไมถึงปล่อยปละละเลย ทำไมทำไม ต้องถามทำไมตลอดเลย แล้วไม่ใช่ผมคนเดียว คือพยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือก็รู้สึกไม่ต่างกันนะ”....กรรมการสอบสวน ส่วนใหญ่เขาไม่ได้มองถึงประเด็นอื่น เขาจะมองไปที่สมรรถนะของคนที่อยู่เวรในวันนั้น เพราะเขากำลังหาจุดบกพร่อง” (RN 7)

“ลักษณะคำถามที่สร้างความลำบากใจตอนนั้นคือคำว่า “อยู่กันยังงี้” “อยู่กันยังงี้ใครใช้หนี้” ทำให้ตอบยาก “ทำอะไรกันอยู่?... บางทีคำถาม เขาก็จะถามอยู่ระยะหนึ่ง ถามเหมือน...เราผิด” (RN6)

การต้องบอกเล่าอุบัติการณ์ซ้ำ ๆ: เป็นประสบการณ์ความทุกข์ที่เกิดจากการตอกย้ำสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านการเล่าซ้ำ ๆ ทำให้ความทุกข์ในใจคลี่คลายได้ยาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การทบทวนเคส ต้องเล่าซ้ำมีการส่งเวรเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ทำให้แผลมันจะหายมันก็ไม่หายสักที (RN 4)

“บางทีมันเล่าซ้ำ ๆ แล้วเรารู้สึกว่ามันไม่ค่อยดีนะก็มีระดับหัวหน้าที่เขาถามอยู่ว่าอะไรเป็นยังไง ตั้งแต่หัวหน้าตึก หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการอะไรอย่างนั้น หัวหน้ากลุ่มงาน ตอนนั้นในระบบคือการเก็บความเสี่ยง เรามันเป็นกระดาก บางทีเขาอ่านแล้วเขาไม่เข้าใจ เขาก็มาถามเราว่าเออน้องเป็นยังไง เราต้องเล่าซ้ำ ๆ บางทีเราเล่าแล้วเรารู้สึกไม่ดี” (RN 1)

ความคาดหวัง: การถูกคาดหวังให้เป็นผู้คลี่คลายสถานการณ์ ผลกระทบ จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ณ. เวลานั้น ถามตัวเองตลอดว่าอะไรละ! นี่ฉันต้องรับผิดชอบคนเดียวเลยใช่ไหม ต้องเป็นเจ้าภาพคือต้องดำเนินการทั้งหมดใช่ไหม...ระบบเป็นแบบ...พี่คนนี้จะแหละที่ต้องรับผิดชอบทุกอย่างสิ ต้องเขียนรายงาน...ต้องตอบคำถาม...ต้องจัดการทุกอย่าง ในขณะที่คนอื่นร่วมเวรไม่ต้อง แบบนี้มันใช่ไหม?” (RN2)

ทำหน้าที่ต่อเนื่องแม้ใจยังไม่พร้อม: ภายหลังอุบัติการณ์ ผู้ให้ข้อมูลไม่มีโอกาสได้พักใจ ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ตามเวรที่ได้รับมอบหมาย ต่อเนื่องแม้ว่ากายใจยังไม่พร้อม



“ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้นมันมีมาก...เพราะว่าขณะที่เรากำลังเกิดความรู้สึกตั้งหลายอย่าง เราก็ไม่ได้หยุดทำงานนะ วันต่อมาเราก็ก็นั่งอยู่เวรเหมือนเดิม ถ้ามีเวรตึกก็ก็ต้องขึ้นเวรตึก ถ้ามีเวรบายก็ก็ต้องขึ้นเวรบาย ในขณะที่ที่เราขึ้นเวรตึกมา เราก็ก็นั่งตั่งสติตั้งสมาธิของเรา ตั้งสติ ซึ่งมันก็จะไม่ค่อยเต็มร้อย เรายังไม่สามารถตั้งสติของเราให้อยู่กับปัจจุบันในเวรวันนั้นได้ สมรรถนะในการทำงานลดลงเยอะ แต่ก็ไม่ได้รับการแก้ไขหรือได้รับการช่วยเหลืออะไร เพราะว่าเราก็ก็นั่งทำงานต่อไปในทุกๆวันเหมือนเดิม” (RN7)

ไม่ได้รับการเยียวยาทางจิตใจ: เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะระบบเยียวยาที่มีอยู่เน้นการดูแลการบาดเจ็บทางกาย มากกว่าการดูแลใจ

“ระยะหลังมีข้อกำหนดของสปสช. ที่กำหนดถึงการจ่ายเยียวยา เยอะแยะมากมาย แต่ มันเป็นการเยียวยาสิ่งที่มองเห็นเช่นบาดเจ็บจากการทำงานแล้วมีบาดแผล ต้องเข้ารับการรักษาสาหัสหรือไม่สาหัส..... ถ้าเป็นการบาดเจ็บทางด้านร่างกายคนจะเห็นชัด คนก็อาจจะคำนึงถึงและให้การช่วยเหลือได้ง่ายกว่า แต่การบาดเจ็บทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองได้ยาก พอมองเห็นยากคนก็ให้ความสำคัญน้อย... น้อยมาก (RN7)

คนไข้ต่อใส่หน้าเราแก้มมีรอยฉลอก... พูดให้กำลังใจกันดีกว่าไม่ใช่ถามว่าเข้าไปถึงใจให้คนไข้ต่อ เอาเงินมาชดเชยให้เรา 200 เรื่องเงิน 500 1000 พี่ไม่ได้สนใจตรงนั้น แต่กำลังใจ ความเข้าใจสำหรับพื้นที่สำคัญมาก (Helper 4)

2. ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

ความไม่ปลอดภัยในการทำงานหมายถึงข้อจำกัดด้านความปลอดภัย อธิบายได้ด้วยชุดประสบการณ์ใน 2 ลักษณะ คือ ระบบการบริหารงานที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย และ ความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบการบริหารงานที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย: เป็นการรับรู้ข้อจำกัดในงานที่มีผลต่อความปลอดภัย เช่นข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคนทำงาน การกำหนดขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล และมุมมองเรื่องความปลอดภัยของ ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกันมีผลต่อการกำหนดบริหารการทำงาน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“ในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ อัตรากำลังคนก็จะมีแค่สองคนก็คือพยาบาลกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำอะไรไม่ได้ เพราะว่าเราจะไม่จัดคนไว้รองาน ...เมื่อเกิดเหตุการณ์ปั๊มก็จะมีคนแก้ไขเปลี่ยนแปลง พอเหตุการณ์ผ่านไปแล้วยียอดน้อย...เขาก็จะ มองจำนวนของคนไข้เป็นหลักเขาไม่ได้มองว่าถ้าเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินด่วนหรือกระทั่งหัน เมื่อไหร่ที่เราลดคนมันก็จะเกิดความเสี่ยงแบบนั้นเกิดขึ้น ซึ่งเราก็บอกไม่ได้ว่ามันจะเกิดช่วงไหน” (RN1)

“แม้แต่การ restrain ก็มีรายละเอียดปลีกย่อยแต่มีกำลังคนแค่ 2 คนในเวรตึกแล้วมันไม่ใช่มีงานแค่นั้นนะ มันยังมีงานอื่นๆ อีกคือ 1 คนต้องทำให้ได้ทั้งหมด แล้วไหนจะต้องเตรียมคนไข้ไป ECT คือมันมีรายละเอียดปลีกย่อยที่อธิบายได้ไม่หมดแต่พอเราอธิบายแบบนี้ เขาก็ตอบว่างานที่ไม่เร่งด่วนไม่จำเป็นก็ไม่ต้องทำ เขาก็จะออกไปแวนนั้นอีก (RN4)

“ทุกวันนี้เห็นว่า การทำหน้าที่ของแต่ละบทบาทของพยาบาลมันไม่ตรง พยาบาลต้องแบกรับอะไรมากมาย มันเยอะอย่างเช่นคิดเงิน นอกเวลาเราก็ก็นั่งคิดเงินกลายเป็นงานของเรา ในขณะที่เราต้องมาทำหน้าที่บทบาทของคนอื่น...งานตัวเองก็ต้องทำ .สุดท้ายอะไรก็มาลงอยู่ที่คนทำงาน” (RN2)

ความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงานหมายถึง โครงสร้างอาคารที่เป็นความเสี่ยง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“ตึกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาคารมันไม่เหมาะกับผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ต้น เพราะว่าเวลาเราอยู่ที่เคาน์เตอร์มันน่าจะมองเห็นผู้ป่วยในทุกกรณีถ้าเราอยู่ที่เคาน์เตอร์เราจะมองไม่เห็นแม้กระทั่งทางเข้าห้องน้ำ...สมัยนั้นนั่นกล่องวงจรปิดก็ไม่มี...แล้วกระบบของการได้มาซึ่งตึกของผู้ป่วย พยาบาลไม่ได้มีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นเรื่องโครงสร้างเหล่านี้เลย ...ประเด็นความเสี่ยงของโครงสร้างตึกกรรมการเขาจะไม่มองเห็น



เขาจะมองว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ะยะหลังเมื่อเวลาผ่านไปเป็น 10 ปีจึงค่อยมาเปลี่ยน” (RN7) สายไฟในห้องคนไข้ไม่ควรมียืด สายไฟมันไม่โอเค ผ้าเพดานที่มันเปิดได้ก็โอเคหลบหนีได้ด้วยทั้งปีนผ้าเพดานซึ่งบางที.. เราไม่รู้ว่าคนไข้เขาคิดอะไรอยู่ คือบางคนไม่ได้จะหลบหนีหรอกทุกแ้ว แต่รู้ผ้าเพดานเพราะมีหูแ้วประสาหลอน... แก่ไขแปลนอาคารมันก็ทำยาก มันสร้างมาอย่างนั้น” (RN 1)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยได้ข้อมูลชัดเจนว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานที่เกิดขึ้น ส่งผลเป็นสภาวะทุกข์ที่บีบคั้นทางจิตใจ ร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ของบุคคลผู้ประสบเหตุ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง กระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ที่มุ่งทำความเข้าใจอุบัติการณ์มากจนเกินไป อาจทำให้ขาดความไวในการรับรู้ความรู้สึกภายในของบุคลากรผู้ประสบอุบัติการณ์ นำมาสู่การเก็บจำความคิดความรู้สึก ต้องแสวงหาพื้นที่ปลอดภัยในการเยียวยาตนเอง รวมถึงรับรู้ตีความจากประสบการณ์ว่าระบบลดทอนคุณค่าของผู้ปฏิบัติมีผลให้ความผูกพันกับงานลดลงมีความคิดอยากเปลี่ยนงานมากขึ้น ข้อสังเกตหนึ่งจากงานวิจัยนี้คือ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีการรับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบจากอุบัติการณ์ในการทำงานที่เกิดขึ้นต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตำแหน่งและความรับผิดชอบในงานที่ต่างกัน เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีสถานะเป็นลูกจ้าง ทำหน้าที่ภายใต้การกำกับของพยาบาลประจำเวร ลักษณะงานเป็นเหมือนด่านหน้าในการควบคุมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายมากกว่าพยาบาล ในขณะที่พยาบาลมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบด้านจิตใจสูงกว่าเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เนื่องมาจากพยาบาลทำงานภายใต้ข้อกำหนดของจรรยาบรรณวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงตามที่ระบุในแนวปฏิบัติหรือ Clinical Practice Guidelines อย่างชัดเจน และพยาบาลทั้งหมดเป็นข้าราชการ อุบัติการณ์จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น ปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สองไม่ใช่เรื่องใหม่ในพื้นที่การทำงานของสาธารณสุข เพียงแต่ที่ผ่านมาเป็นเพียงประสบการณ์ภายในของปัจเจกบุคคล ทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การสนับสนุนผู้ประสบเหตุเป็นไปอย่างเชื่องช้า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Megan Headley¹⁸ ที่พูดถึงความจำเป็นที่จะต้องยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการต้องกำหนดรูปแบบดูแลด้านจิตใจแก่บุคลากรให้เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมความเสี่ยงระดับองค์กร (risk management team) ระดับหน่วยงาน (head) และระดับบุคคล (staff) ข้อค้นพบนี้ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ที่มุ่งลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ก็มีนัยยะต่อการสร้าง ความสามัคคีสมานฉันท์ในสังคมการทำงานภายใต้องค์กรที่มีโครงสร้างที่เป็นจุดอ่อนและการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ และการกดทับความเป็นมนุษย์ของคนทำงาน รวมถึงตอบสนองนโยบายเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขปี 2561 (personnel safety goals: SIMPLE Thailand 2018) ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ที่ต้องการขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (patient and personnel safety goals) และตอบสนองแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพความรู้เพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงาน ให้บุคลากรวัยทำงานมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. การยอมรับ ตระหนักรู้ ถึงการมีอยู่จริงของปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง จะนำมาสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ป้องกันไม่ให้ผู้ที่เผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานต้องบาดเจ็บทางจิตใจซ้ำ
2. ควรมีคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของบุคลากรผู้ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน เช่นเดียวกับการประกาศสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจเป็นแนวปฏิบัติตรงกันภายในหน่วยงานว่าภายหลังเหตุการณ์ฯ จะต้องดำเนินการ และปฏิบัติต่อบุคคลอย่างถูกต้องอย่างไร เช่น กำหนดการดูแลระยะแรก หลังเผชิญเหตุการณ์ทันที การดูแล



ติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมในระยะถัดมา มีแนวทางปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

3. พัฒนาช่องทางการให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแก่บุคลากร ให้มีความสำคัญกับการรับฟังเพื่อความเข้าใจ โดยไม่ด่วนตัดสิน หลีกเลี่ยงกระบวนการสอบสวนโดยยึดเอากรอบมาตรฐานเป็นตัวตั้งเพียงอย่างเดียว เพราะจะเป็นการปิดกั้นการฟังอย่างลึกซึ้งตั้งแต่เริ่มต้น

4. ทบทวนขอบเขตหน้าที่การทำงานของพยาบาลให้ชัดให้พยาบาลทำงานสร้าง-ส่งเสริม-และฟื้นฟูสุขภาพ ตามกรอบหน้าที่ของตนเอง ไม่ควรเพิ่มความเสี่ยงในการทำงานของพยาบาลโดยให้พยาบาลทำงาน อื่น ๆ นอกเหนือกรอบงานพยาบาล

5. ควรมีระบบการทบทวนแนวปฏิบัติต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบช่องว่างในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานเก่าและใหม่สามารถเข้าใจสิ่งที่พึงกระทำและไม่พึงกระทำไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ควรยึดติดกับแนวปฏิบัติเดิม ๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเห็นว่าวิธีในการทำงาน หรือแนวปฏิบัติใดอาจมีช่องว่างในการนำไปปฏิบัติจริง

References

1. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M, Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. J Gen Intern Med. 2006;21(5):419–23.doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00420.x.
2. Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions [internet]. 2011 [cited 2021 December 15]. Available form: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/second-victim-phenomenon-harsh-reality-health-care-professions>.
3. Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000; 320(7237):726–7.doi:10.1136/bmj.320.7237.726
4. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. Nurs Clin North Am. 2012;47(3): 383–93.doi:10.1016/j.cnur.2012.05.008
5. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs.2011;30(6):339–45.doi:10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
6. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):325–31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035.
7. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2017;15(9):2333–64.doi: 10.111124/JBISRIR-2016-003254.
8. Mokhtari Z, Hosseini MA, Khankeh HR, Fallahi-Khoshknab M, Nasrabadi AN. Barriers to support nurses as second victim of medical errors: A qualitative study. Australas Med J.2018;11(12):556–60. doi:10.21767/AMJ.2018.3515
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. JPatientSaf.2020;16(2): e61–74. <https://doi.org/10.1097/PTS.10.1097/0000000000000589>



10. Miller RG; Scott SD; Hirschinger LE. Improving patient safety: the intersection of safety culture, clinician and staff support, and patient safety organizations [internet]. 2011 [cited 2021 December 25]. Available from: <http://www.centerforpatientsafety.org/wp-content/themes/patient-safety/pdf/Second-Victims-White-Paper.pdf>
11. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):271–278. doi:10.1136/bmjqs-2011-000084
12. Carr S. Disclosure and apology: What's missing? *PSQH* [internet]. 2010 [cited 2020 December 15]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/disclosure-and-apology-whats-missing/>
13. Edrees HH, Wu AW. Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs. *J Patient Saf.* 2017. doi:10.1097/PTS.0000000000000321
14. Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135–62. doi:10.1177/0163278712458918
15. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, Gallagher TH, The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(8):467–76. doi:10.1016/s15537250(07)33050-x.
16. Miller WL, Crabtree BF. Primary care research: a multimethod typology and qualitative road map. In: Crabtree BF, Miller WL, (editors.) *Doing qualitative research*. Newburg Park: SAGE;1992.p.3>28.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107–15
18. Headley M. Are second victims getting the help they need?. *PSQH* [internet]. 2018 [cited 2020 December 18]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/are-second-victims-getting-the-help-they-need/>