

ประสบการณ์ของพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความต้องการการสนับสนุนในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

อิสริย์ ปญญาวรรณ*, เฉลิมศรี ปันตา*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบสุขภาพส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ทั้งในฐานะผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง (first victim) และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (second victim) ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงประสิทธิภาพการทำงาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลกระทบ ความต้องการการสนับสนุน และความแตกต่างระหว่างประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความต้องการการสนับสนุนในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุน รวบรวมข้อมูลจากพยาบาล 318 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: พบว่าพยาบาลร้อยละ 74.84 เคยประสบเหตุการณ์เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และ/หรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 74.84) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นทั้งประเภทผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และ/หรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 49.58) รองลงมาคือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 48.32) และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง (ร้อยละ 2.10) ส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์ 1-2 ครั้ง และเหตุการณ์เกิดขึ้นครั้งล่าสุดมากกว่า 12 เดือน ส่งผลกระทบระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด ด้านความเครียดทางจิตใจ ร้อยละ 37.81 ความเครียดทางกาย ร้อยละ 15.97 ความมั่นใจในการทำงาน ร้อยละ 14.71 ความคิดลาออก ร้อยละ 12.18 และการขาดงาน/ลางาน ร้อยละ 3.36 พยาบาลที่เจอเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งสามกลุ่มมีความต้องการการสนับสนุนไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลกระทบอย่างมากต่อพยาบาลทั้งทางจิตใจและร่างกาย ดังนั้นควรพัฒนาระบบการสนับสนุนและการป้องกันที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดความเครียดและผลกระทบของพยาบาล

คำสำคัญ: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความต้องการการสนับสนุน พยาบาล ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

*ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Corresponding Author: Issaree Panyawan E-mail: issaree.k@cmu.ac.th

Received: 19 November 2024

Revised: 25 December 2025

Accepted: 9 March 2025

EXPERIENCES OF NURSES AFFECTED BY ADVERSE EVENTS AND SUPPORT NEEDS IN A TERTIARY HOSPITAL

Issaree Panyawan*, Chalerm Sri Panta*

ABSTRACT

BACKGROUND: Adverse events in healthcare systems affect both patients and medical personnel, particularly nurses who face experiences both as direct victims (first victims) and as those involved in adverse events (second victims). These events impact physical and mental health, as well as work efficiency.

OBJECTIVE: To study the types of adverse events, their impacts, support needs, and the relationship between types of adverse events and support needs in a tertiary hospital.

METHODS: This descriptive research utilized general information questionnaires, adverse event impact questionnaires, and support needs questionnaires. Data were collected from 318 nurses. Data analysis employed descriptive statistics and chi-square tests.

RESULTS: The study found that 74.84% of nurses had experienced first victim and/or second victim incidents. Most adverse events were classified as both first and second victim incidents (49.58%), followed by second victim incidents (48.32%) and first victim incidents (2.10%). The majority of participants had encountered 1–2 adverse events, with the most recent occurrence being more than 12 months prior. These events had moderate to severe impacts on psychological stress (37.81%), physical stress (15.97%), work confidence (14.71%), thoughts of resignation (12.18%), and absenteeism/leave (3.36%). Nurses who experienced all three types of adverse events showed no significant differences in their support needs.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Adverse events significantly impact nurses both psychologically and physically. Therefore, appropriate support and prevention systems should be developed to help reduce nurses' stress and impact.

KEYWORDS: adverse events, support needs, nurses, first victim, second victim

*Department of Nursing, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Corresponding Author: Issaree Panyawan E-mail: issaree.k@cmu.ac.th

Received: 19 November 2024 Revised: 25 December 2025 Accepted: 9 March 2025

ความเป็นมา

การพยาบาลเป็นงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพ พยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม หน้าที่นี้มาพร้อมกับความเสี่ยงและความท้าทายในการเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ เช่น อุบัติเหตุจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ความผิดพลาดในการให้ยา และการติดเชื้อในสถานที่ปฏิบัติงาน องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 1 ใน 10 รายได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาล และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านรายต่อปี¹ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ การนอนหลับผิดปกติ ความเครียดสะสมจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจทำให้ภาวะเหล่านี้รุนแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีตามมา²⁻³ สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบและองค์กร ปัจจัยด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ปัจจัยและพฤติกรรมของมนุษย์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และปัจจัยภายนอก¹⁻⁴

เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น พยาบาลอาจตกอยู่ในสถานะของผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง (first victim) หรืออาจตกอยู่ในสถานะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (second victim) เหตุการณ์ first victim มักเกิดจากการบาดเจ็บจากเข็มหรือของมีคม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก โดยเฉพาะพยาบาล⁵⁻⁶ เหตุการณ์ดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อร้ายแรงหลายโรค⁷⁻⁸ แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างรุนแรงด้วย นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องเผชิญกับประสบการณ์ second victim ซึ่งเกิดขึ้นจากการรู้สึกผิดหรือ ความรู้สึกที่ตนเองเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การศึกษาพบว่าพยาบาลสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยาในสหรัฐอเมริกา

จำนวนมากประสบปัญหาทางจิต และบางส่วนถึงขั้นตัดสินใจลาออกจากงาน⁹ เช่นเดียวกับในประเทศสิงคโปร์¹⁰

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของพยาบาลรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวมอีกด้วย พยาบาลที่ประสบเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดงานบ่อย การลดประสิทธิภาพในการทำงาน หรือแม้แต่การตัดสินใจลาออกจากงาน¹¹ การสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น การให้การสนับสนุนพยาบาลที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการรับมือกับความเครียด การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน รวมถึงการมีนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของพยาบาล จะช่วยลดผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นและส่งเสริมให้พยาบาลสามารถกลับมาปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ การลงทุนในการสนับสนุนพยาบาลจึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะจะช่วยรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ และส่งผลให้ระบบสุขภาพโดยรวมมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น การทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การพัฒนา ระบบสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการของพยาบาลได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล และความปลอดภัยในการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อไป

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งนี้มีความซับซ้อนของการให้บริการ มีจำนวนผู้ป่วยและหัตถการทางการแพทย์จำนวนมาก ทำให้พยาบาลมีโอกาสเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้สูง อย่างไรก็ตาม เคยมีการสำรวจประสบการณ์การเป็น second victim

แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกถึงประสบการณ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงความต้องการการสนับสนุนที่เหมาะสม ทั้งการเป็น first victim และ second victim อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร ทำให้ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของพยาบาลได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ ผลกระทบ และความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะช่วยให้ในการพัฒนาระบบการดูแลบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลได้อย่างแท้จริงอันจะนำไปสู่สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และมีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของบุคลากรในมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ตอนที่ II-1.2 (ระบบบริหารความเสี่ยง) และแนวคิด 3P Safety (Patient-Personnel-People Safety) ที่เน้นความปลอดภัยของทุกคน รวมถึงการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาผลกระทบและความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ใช้การสำรวจเป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์แบบรายงานด้วยตนเอง (self-report electronic questionnaire) เพื่อเก็บข้อมูลจากพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความต้องการการสนับสนุน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งจำนวน 1,536 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie & Morgan¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่น่าเชื่อถือ รวมเป็น 350 คน

เกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria)

ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง 2) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี โดยไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ หรือตำแหน่ง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การออก (Exclusion Criteria)

ได้แก่ 1) พยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติงานในช่วงที่ทำการศึกษา เช่น ลาป่วย ลาก่อน ลาศึกษา ต่อ หรือย้ายไปช่วยราชการ 2) พยาบาลที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา การสมรส แผนก ตำแหน่ง อายุการทำงาน จำนวนชั้นเวรбаяดึก (ต่อเดือน) ประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใน 1 ปีที่ผ่านมา และ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นครั้งล่าสุด ผู้เคยเป็น first victim และ/หรือเป็น second victim จะได้ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดัดแปลงจากแบบสอบถาม Thai-SVEST-R¹³ วัดผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านความเครียดทางจิตใจ ความเครียดทางกาย ความมั่นใจในความสามารถในวิชาชีพ ความคิดลาออก และการขาด/ลางาน จำนวน 16 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลมี 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่กระทบ จนถึงกระทบมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ต้องการและไม่ต้องการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนเท่ากับ 0.97 ความเที่ยงตรงทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

ความเชื่อมั่น ทดสอบกับกลุ่มพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) สำหรับแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ 0.85 และแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนที่ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้มี 3 ประเด็นหลักได้ดังนี้

1. การขออนุญาตดำเนินการวิจัยอย่างเป็นทางการผู้วิจัยจัดทำหนังสือผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เนื้อหาของหนังสือประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. การประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ตของฝ่ายการพยาบาลและช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมด้วยการทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ส่งไปยังทุกงานการพยาบาล

3. การเก็บข้อมูลกำหนดระยะเวลาตอบแบบสอบถาม 1 เดือน

นิยามศัพท์

first victim หมายถึง พยาบาลเคยมีประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บจากเข็มหรือของมีคมหรือถูกสารคัดหลั่งกระเด็นใส่ตาหรือบาดแผล

second victim หมายถึง พยาบาลเคยมีประสบการณ์ทำให้เกิดหรืออยู่ในเหตุการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การพลัดตกหกล้ม การให้ยาหรือให้เลือดผิด เป็นต้น

first & second victim หมายถึง พยาบาลเคยมีประสบการณ์ทั้งการได้รับบาดเจ็บจากเข็มหรือของมีคม หรือถูกสารคัดหลั่งกระเด็นใส่ตาหรือบาดแผลและเคยมีประสบการณ์ทำให้เกิดหรืออยู่ในเหตุการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานและประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ศึกษาความแตกต่างของประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความต้องการการสนับสนุน

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 261/2567)

ผลการศึกษา

พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความต้องการการสนับสนุน จำนวน 318 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.08 มีอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 54.20 รองลงมา คือ อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 34.03 โดยมีเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่าง คือ 39.06 ± 11.75 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.31 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.72 ทำงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.91 มีอายุการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.32 โดยอายุการทำงาน

เฉลี่ย 15.36 ± 10.97 ปี มากกว่าครึ่งขึ้นเวรบายดึกมากกว่า 10 เวรต่อเดือน ร้อยละ 53.77 ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 20 คนต่อเวร ร้อยละ 73.58 ส่วนมากเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 74.84 จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใน 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เจอ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 47.88 และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นครั้งล่าสุด มากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 46.47 (ตารางที่ 1) ประเภทเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่พบ ส่วนมากเป็นประเภท first & second victim ร้อยละ 49.58 รองลงมา คือ second victim

ร้อยละ 48.32 และ first victim ร้อยละ 2.10 (ตารางที่ 2)

ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าด้านความเครียดทางจิตใจมีผลกระทบอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.81 ด้านความเครียดทางกายมีผลกระทบอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 15.97 ด้านความมั่นใจในการทำงานมีผลกระทบอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 14.71 ด้านความคิดล้าออกมีผลกระทบอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 12.18 ส่วนด้านการขาดงาน/ลางาน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่กระทบ หรือกระทบน้อย ร้อยละ 83.19 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล และประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (n = 318)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	5.35
หญิง	296	93.08
LGBT	5	1.57
อายุ (ปี)		
18 - 24 ปี	27	11.34
25 - 44 ปี	129	54.20
45 - 59 ปี	81	34.03
60 ปีขึ้นไป	1	0.42
Mean=39.06, S.D.=11.75, Max =60, Min =22		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	284	89.31
สูงกว่าปริญญาตรี	34	10.69
สถานะภาพการสมรส		
โสด	174	54.72
คู่/แต่งงานแล้ว/อยู่ด้วยกัน	122	38.36
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	22	6.92
แผนกที่ทำงาน		
แผนกผู้ป่วยใน	270	84.91
แผนก OPD ER	47	14.78
แผนกอื่น ๆ	1	0.31
อายุการทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	85	26.73
5 - 10 ปี	38	11.95
มากกว่า 10 ปี	195	61.32
Mean=15.36, S.D.=10.97, Max =38, Min =1		
จำนวนขึ้นเวรบายดึก (ต่อเดือน)		
ไม่ได้ขึ้นเวร	82	25.79
น้อยกว่า 5 เวร	26	8.18
5 - 10 เวร	39	12.26
มากกว่า 10 เวร	171	53.77

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแล / เวน		
น้อยกว่า 20 คน	234	73.58
20 - 40 คน	51	16.04
มากกว่า 40 คน	33	10.38
ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์		
ไม่เคยมีประสบการณ์	80	25.16
เคยมีประสบการณ์	238	74.84
จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	37	15.68
1-2 ครั้ง	113	47.88
3 ครั้ง	69	28.88
มากกว่า 3 ครั้ง	19	7.63
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นครั้งล่าสุด		
น้อยกว่า 1 เดือน	47	9.54
1 - 3 เดือน	27	19.50
4 - 6 เดือน	23	12.03
6 - 12 เดือน	29	12.45
มากกว่า 12 เดือน	112	46.47

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (n=238)

ประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
first victim	5	2.10
second victim	115	48.32
first & second victim	118	49.58

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (n=238)

ด้าน	ไม่กระทบ-กระทบน้อย	กระทบปานกลาง	กระทบมาก-มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียดทางจิตใจ	44 (18.49)	104 (43.70)	90 (37.81)
ความเครียดทางกาย	117 (49.16)	83 (34.87)	38 (15.97)
ความมั่นใจในการทำงาน	69 (28.99)	134 (56.30)	35 (14.71)
ความคิดลาออก	127 (53.36)	82 (34.46)	29 (12.18)
การขาดงาน/ลางาน	198 (83.19)	32 (13.45)	8 (3.36)

กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้ง 3 ประเภท คือ first victim, second victim และ first & second victim มีความต้องการการสนับสนุนทั้ง 10 ด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านการอนุญาตให้ปลีกตัวออกจากสถานที่เกิดเหตุการณ์ได้ทันที พบว่า ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 80.00 ร้อยละ 91.30 และ ร้อยละ 96.61 ตามลำดับ ($p=0.118$) ด้านสถานที่สงบ

ที่ใช้สำหรับการฟื้นฟูและสงบสติอารมณ์ ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 20.00 ร้อยละ 6.09 และ ร้อยละ 5.08 ตามลำดับ ($p=0.398$) ด้านการพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานถึงเหตุการณ์ ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 100 ร้อยละ 99.13 และ ร้อยละ 95.76 ($p=0.239$) ด้านโปรแกรมให้คำปรึกษาฟรีแก่พนักงานนอกเวลางานต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 80.00 ร้อยละ 89.57 และ ร้อยละ 94.92 ตามลำดับ ($p=0.206$)

ด้านการพูดคุยกับหัวหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 80.00 ร้อยละ 95.65 และร้อยละ 97.46 ตามลำดับ ($p=0.132$) ด้านการบำบัดด้วยการพูดคุยจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 80.00 ร้อยละ 85.22 และร้อยละ 88.14 ($p=0.756$) ด้านช่องทางติดต่อที่เป็นความลับ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 60.00 ร้อยละ 90.43 และร้อยละ 91.53 ตามลำดับ ($p=0.074$)

ด้านการรักษาพยาบาลทันทีที่ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 100 ร้อยละ 91.30 และร้อยละ 97.46 ตามลำดับ ($p=0.104$) ด้านข้อมูลเกี่ยวกับ PTSD และความผิดปกติทางจิต ต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 100 ร้อยละ 89.57 และร้อยละ 95.76 ตามลำดับ ($p=0.155$) และด้านการฝึกอบรมการเผชิญปัญหา ต้องการการสนับสนุนร้อยละ 100 ร้อยละ 92.17 และร้อยละ 94.07 ตามลำดับ ($p=0.706$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ($n=238$)

ความต้องการการสนับสนุน	first victim($n=5$)		second victim($n=115$)		first & second victim($n=118$)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.การอนุญาตให้ปลีกตัวออกจากสถานที่เกิดเหตุการณ์ได้ทันที							4.27	.118
ต้องการ	4	80.00	105	91.30	114	96.61		
ไม่ต้องการ	1	20.00	10	8.70	4	3.39		
2.สถานที่สงบที่ใช้สำหรับการฟื้นฟูและสงบสติอารมณ์							1.84	.398
ต้องการ	1	20.00	7	6.09	6	5.08		
ไม่ต้องการ	4	80.00	108	93.91	112	94.92		
3.การพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานถึงเหตุการณ์							2.86	.239
ต้องการ	5	100.00	114	99.13	113	95.76		
ไม่ต้องการ	0	0.00	1	0.87	5	4.24		
4.โปรแกรมให้คำปรึกษาฟรีแก่พนักงานนอกเวลางาน							3.16	.206
ต้องการ	4	80.00	103	89.57	112	94.92		
ไม่ต้องการ	1	20.00	12	10.43	6	5.08		
5.การพูดคุยกับหัวหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์							.122	.132
ต้องการ	4	80.00	110	95.65	115	97.46		
ไม่ต้องการ	1	20.00	5	4.35	3	2.54		
6.การบำบัดด้วยการพูดคุยจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์							.56	.756
ต้องการ	4	80.00	98	85.22	104	88.14		
ไม่ต้องการ	1	20.00	17	14.78	14	11.86		
7.ช่องทางติดต่อที่เป็นความลับ 24 ชม.							.065	.074
ต้องการ	3	60.00	104	90.43	108	91.53		
ไม่ต้องการ	2	40.00	11	9.57	10	8.47		
8.การรักษาพยาบาลทันที							.102	.104
ต้องการ	5	100.00	105	91.30	115	97.46		
ไม่ต้องการ	0	0.00	10	8.70	3	2.54		
9.ข้อมูลเกี่ยวกับ PTSD และความผิดปกติทางจิต							.152	.155
ต้องการ	5	100.00	103	89.57	113	95.76		
ไม่ต้องการ	0	0.00	12	10.43	5	4.24		
10.การฝึกอบรมการเผชิญปัญหา							.704	.706
ต้องการ	5	100.00	106	92.17	111	94.07		
ไม่ต้องการ	0	0.00	9	7.83	7	5.93		

*ระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลกระทบและความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นประเภท first & second victim ร้อยละ 49.58 รองลงมา คือ second victim ร้อยละ 48.32 และ first victim ส่วนใหญ่เกิดเหตุการณ์ 1-2 ครั้งในรอบปี ร้อยละ 47.88 และเหตุการณ์ล่าสุดเกิดขึ้นมากกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 46.47 ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบพยาบาล ร้อยละ 45.26 มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง¹⁴ และในประเทศเวียดนามพบว่าผลกระทบต่อสุขภาพจิตของแพทย์และพยาบาลร้อยละ 84.00¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสสูงที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ¹⁶ สาเหตุอาจเกิดจากพยาบาลเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติโดยตรง ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง และโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน และการมีภาระงานหนักจากการขึ้นเวรป่ายดึกมากกว่า 10 เวรต่อเดือน (ร้อยละ 53.77) อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดได้ ซึ่งความเหนื่อยล้า ความเครียด รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความผิดพลาดทางการแพทย์¹⁷

ผลกระทบเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดทางจิตใจ รองลงมา คือ ความเครียดทางกาย แต่การขาดงาน/ลางานไม่กระทบหรือกระทบน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มักส่งผลกระทบต่อจิตใจมากกว่าร่างกาย พยาบาลมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อชีวิตผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึงรู้สึกกดดันและวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะที่พบว่า พยาบาลในฐานะ "second victim" มักมีความรู้สึกผิด อับอาย และโทษตัวเอง¹⁸ แม้บางการศึกษาพบอาการทางกายมากกว่าปัญหาทางใจ² แต่การมีอาการทางกาย เช่น อาการปวดหัว

อ่อนเพลีย อ่อนล้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์²⁻¹⁹ การที่พยาบาลไม่ขาดงาน/ลางาน อาจเป็นเพราะความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ความผูกพันกับองค์กร การมีกลไกจัดการความเครียดที่ดี และสวัสดิการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า กลยุทธ์การรับมือที่ดีช่วยให้พยาบาลจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงอยู่ในงาน²⁰ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ต่างจากงานวิจัยของประชุมพร บัวคลี และธวัชชัย อธิปะปาล ที่พบว่า พยาบาลที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เผชิญกับสภาวะทุกข์ที่บีบคั้น ทั้งทางจิตจี้ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ มีผลให้บุคคลรู้สึกเปราะบาง ไม่ดีพอ จิตใจไม่สงบ และ ความผูกพันกับงานลดลงมีความคิดอยากเปลี่ยนงานมากขึ้น²¹

การศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับความต้องการการสนับสนุน สาเหตุ อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลักษณะผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความคล้ายคลึงกัน ความต้องการพื้นฐานที่เหมือนกัน ต้องการระบบสนับสนุนทางจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการสถานการณ์ ต้องการการฟื้นฟูความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานเหมือนกัน²² ต่างจากการศึกษาในการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความต้องการการสนับสนุนมีแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ ขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่นส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความสามารถในการจัดการปัญหาของแต่ละบุคคล²³

ความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลประเภท first victim มีความต้องการการสนับสนุนด้านสถานที่สงบที่ใช้สำหรับการฟื้นฟูและสงบสติอารมณ์ การพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานถึงเหตุการณ์ การรักษาพยาบาลทันที ข้อมูลเกี่ยวกับ PTSD และความผิดปกติทางจิต และการฝึกอบรมการเผชิญปัญหา มากกว่าประเภทอื่น อาจเนื่องมาจาก ประเภท first victim ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีโอกาสเกิดบาดแผลทางจิตใจได้มากกว่า

และต้องการการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศปากีสถานที่ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล พบว่าการเป็น first victim อาจส่งผลทางจิตใจในระยะยาว เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การให้ความรู้เพิ่มเติม การมีโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ และการดูแลที่ดีขึ้นเพื่อเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ปลอดภัยและลดอุบัติการณ์ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์²⁴ การฝึกสร้างความมั่นใจและการฝึกรับมือสามารถบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดซ้ำของความเครียดจากเหตุการณ์ร้ายแรงได้ ทำให้ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รู้สึกปลอดภัยในสถานที่ทำงาน²⁵

นอกจากนี้ ประเภทที่เป็นทั้ง first และ second victim มีความต้องการการสนับสนุนด้านการอนุญาตให้ปลีกตัวออกจากสถานที่เกิดเหตุการณ์ได้ทันที โปรแกรมให้คำปรึกษาฟรีแก่พนักงานนอกเวลางาน การพูดคุยกับหัวหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ การบำบัดด้วยการพูดคุยจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ และช่องทางติดต่อที่เป็นความลับ 24 ชม.มากกว่าประเภทอื่น อาจเนื่องมาจากการเคยเป็นทั้ง first victim และ second victim เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรง (first victim) และทางอ้อม (second victim) อาจเกิดความเครียดสะสมมากกว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ต้องการเวลาและพื้นที่ในการจัดการกับความรู้สึกที่ซับซ้อน ต้องการความเป็นส่วนตัวในการรับคำปรึกษา ต้องการผู้เชี่ยวชาญที่สามารถดูแลทั้งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้น รวมถึงต้องการการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาในการจัดการกับสถานการณ์ ต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา รวมถึงการสร้างระบบ No Blame No Harm และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรายงานและจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์²⁶ ตรงกันข้ามหากหัวหน้าหรือผู้บริหารมีการกล่าวโทษ หรือทำโทษผู้ที่ เป็น first victim และ second victim จะทำให้มีผลกระทบเชิงลบต่อการทำงานของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยได้²⁷

ข้อจำกัด

1. การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเก็บข้อมูลเฉพาะจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ดังนั้น ผลการศึกษาอาจไม่ครอบคลุมถึงบริบทการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

2. ข้อจำกัดทางด้านเวลา การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์และผลกระทบในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆ หรือในบุคลากรทางการแพทย์ระดับอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปปรับใช้ในวงกว้าง

2. ควรมีการพัฒนากระบวนการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยเน้นที่การรักษาพยาบาลทันทีและการสนับสนุนทางอารมณ์จากเพื่อนร่วมงาน

3. ควรมีการติดตามผลกระทบในระยะยาวของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของพยาบาล เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการผลกระทบได้อย่างยั่งยืน

4. ควรพิจารณาการใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่น ๆ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและขอขอบคุณพยาบาลทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

REFERENCES

1. World Health Organization. Patient safety [Internet] 2023 [cited 2024 May 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Pappa D, Koutelekos I, Evangelou E, Dousis E, Gerogianni G, Misouridou E, et al. Investigation of mental and physical health of nurses associated with errors in clinical practice. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(9):1803.
3. Zangaro G, Van CM, Mossburg S. Impact of system failures on healthcare workers. *PSNet* [internet] 2023 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/impact-system-failures-healthcare-workers>
4. Harrell M, Selvaraj SA, Edgar M. Danger! crisis health workers at risk. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5270.
5. Mengistu DA, Tolera ST, Demmu YM. Worldwide prevalence of occupational exposure to needle stick injury among healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2021;2021(1):9019534.
6. Chaiyoyingyong R, Wihokhan P, Siripan K. Report of incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *J Boromarajonani Coll Nurs Suphanburi*. 2022;5(1):49-66.
7. University of Iowa. Needle stick exposure protocol [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 19]. Available from: <https://medicine.uiowa.edu/iowaprotocols/needle-stick-exposure-protocol>
8. Abdo Almoliky M, Elzilal HA, Alzahrani E, Abo-Dief HM, Saleh KA, Alkubati SA, et al. Prevalence and associated factors of needle stick and sharp injuries among nurses: a cross-sectional study. *SAGE Open Med*. 2024;12:20503121231221445.
9. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: a second victim experience and support tool survey. *J Nurs Manag*. 2021;29(4):642-52.
10. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-93.
11. Hampton D. Supporting the health and professional well-being of nurses. In: Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, Wakefield MK, editors. *Future of nursing 2020-2030: charting a path to achieve health equity*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021.p?
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
13. Thungjaroenkul P, Soivong P, Udkanta K, Tiansawad S. The revised second victim experience and support tool: Thai translation and psychometric evaluation. *J Nurs Meas*. 2024;JNM-2023-0008.R1.
14. Huang R, Sun H, Chen G, Li Y, Wang J. Second-victim experience and support among nurses in mainland China. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):260-7.

15. Harrison R, Sharma A, Walton M, Esguerra E, Onobrakpor S, Nghia BT, et al. Responding to adverse patient safety events in Viet Nam. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):677.
16. Mathebula LC, Filmalter CJ, Jordaan J, Heyns T. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: a cross-sectional study. *Health SA Gesondheid.* 2022;27:1858.
17. Aghighi N, Aryankhesal A, Raeissi P. Factors affecting the recurrence of medical errors in hospitals and the preventive strategies: a scoping review. *J Med Ethics Hist Med.* 2022;15:7.
18. Li Z, Zhang C, Chen J, Du R, Zhang X. The current status of nurses' psychological experience as second victims during the reconstruction of the course of event after patient safety incident in China: a mixed study. *BMC Nurs.* 2024;23(1):722.
19. Melnyk BM, Tan A, Hsieh AP, Gawlik K, Arslanian-Engoren C, Braun LT, et al. Critical care nurses' physical and mental health, worksite wellness support, and medical errors. *Am J Crit Care.* 2021;30(3):176-84.
20. Thulasimani MDT, Kumari DR. A quasi-experimental pilot study to assess the effectiveness of stress management interventions on job stress and coping strategies among the staff nurses working in critical care units of selected hospital at dindigul in Tamilnadu. *IDC International Journal.* 2021;8(1):5-9.
21. Buaklee P, Tepapal T. Experiences of psychiatric nurses and helpers undergoing adverse events at work: a qualitative study. *Nurs J Minist Public Health.* 2022;32(1):155-67.
22. Leferink EHM, Bos A, Heringa MP, van Rensen ELJ, Zwart DLM. The need and availability of support systems for physicians involved in a serious adverse event. *Journal of Hospital Administration [En ligne]. Sciedu Press;* 19 mars 2018;7(2):23-30.
23. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4717.
24. R Khan, B Parl. Impact of needle stick injuries on student nurses at KTH hospital, Peshawar, Pakistan. *Quantum Journal of Social Sciences and Humanities.* 2023;4(4):268-76.
25. Brady C. Surviving the incident. In: Leather P, editor. *Work-related violence.* London: Routledge; 2021. p. 52–68.
26. Pereira J A, Amaro M de OF, de Mendonça Érica T, Domingos CS, Siman AG, de Carvalho CA. Fatores facilitadores e dificultadores para a prática de notificação de eventos adversos por enfermeiros. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2021;13(2): e6235.
27. Nkosi EM. Nurses' experiences of adverse events management at a public hospital, Gauteng province. *Glob J Health Sci.* 2020;12(12):80.