

บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลในการป้องกันและช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล

ROLES OF NURSING ADMINISTRATORS IN PREVENTING AND ASSISTING NURSES AS SECOND VICTIM IN MEDICAL ERRORS

เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[1] เกศราภรณ์ อุดกันทา[2]
Petsunee Thungjaroenkul Kedsaraporn Udkunta
[1]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Associate Professor, PhD., Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200, Thailand
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Instructur, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, 50200, Thailand
Author Email: petsunee@gmail.com

Received: *September 28, 2020* Revised: *March 23, 2021* Accepted: *June 27, 2021*

บทคัดย่อ

เมื่อมีเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเป็นเหยื่อรายแรกในเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะอันตรายและอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่ตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์จำนวนมาก หนึ่งในจำนวนนั้น คือ บุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าไปเกี่ยวข้องในเหตุการณ์จนเกิดความรู้สึกทางลบและความทุกข์ทรมานจากความผิดพลาดและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเราเรียกบุคลากรทางสาธารณสุขดังกล่าวว่า “เหยื่อรายที่สอง” ของเหตุการณ์ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกคนมีโอกาสที่จะเป็นเหยื่อรายที่สอง โดยเฉพาะพยาบาลมีโอกาสตกเป็นเหยื่อรายที่สองได้มากกว่าวิชาชีพอื่นเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งตามปกติพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ในเป็น 6 ระยะ ดังนี้ 1) สับสนและตอบสนองต่อเหตุการณ์ 2) คิดวกวนอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3) เรียกความสมบูรณ์ในตัวเองกลับมา 4) อดทนต่อการถูกสอบสวน 5) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และ 6) ไปต่อในรูปแบบละทิ้งปัญหา อยู่รอดไปวันต่อวัน หรือ ก้าวข้ามปัญหา อย่างไรก็ตาม พยาบาลยังคงต้องการความช่วยเหลือจากผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญ คือ การแสดงความจริงใจและให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่พยาบาล และมีการวางแนวทางเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดซ้ำขึ้นมาอีก

คำสำคัญ: เหยื่อรายที่สอง, พยาบาล, บทบาทของผู้บริหาร, ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล

Abstract

When a medical error occurs, a patient is the first victim of the events who may experience serious harm or death. However, there are many victims of medical error event. One of the victims is healthcare personals (HCPs) who are traumatized by involving in the event that could cause negative feelings and suffering from medical errors and adverse patient outcomes. We call those HCPs the "second victim" of the event. All HCPs potentially become second victims, but nurses are more likely to be second victims due to the close taking care of patients around the clock. Actually, the nurse who is a second victim will develop their own coping way with six stages of recovery: 1) chaos and accident responses, 2) intrusive reflections, 3) restoring personal integrity, 4) enduring the inquisition, 5) obtaining emotional first aid, and 6) moving on-dropping out, surviving or thriving. However, the nurse as a second victim still needs supports from nursing administrators. The role of nursing administrators is the most important by providing empathy and emotional support for the nurse. There is also a need for proactive approaches to prevent the reoccurrence of medical errors.

Keywords: second victim, nurse, role of administrator, medical error

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพและความรอบคอบในการจัดบริการทางด้านสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่จากข้อมูลของโรเบอร์สันและลอง (Robertson & Long, 2018) พบว่าในแต่ละปีมีความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกิดขึ้น โดยเกิดมักมาจากความประมาทของผู้ให้บริการที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดเหตุความผิดพลาดขึ้น ซึ่งบางเหตุการณ์อาจยังไม่มีอันตรายถึงตัวผู้ป่วย แต่บางเหตุการณ์เกิดอันตรายถึงตัวผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย และ/หรือจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่เข้าไปเกี่ยวข้องในเหตุการณ์ โดยเรียกบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความผิดพลาดนั้นว่า *"เหยื่อรายที่สอง"* (The Healthcare Accreditation Institution [Public Organization], 2018) พยาบาลเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นเหยื่อรายที่สองมากกว่าบุคลากรในวิชาชีพอื่น ๆ เนื่องจากต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงอาจเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลขึ้นเอง หรือเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ที่เพื่อนร่วมงานเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ซึ่งไม่ว่าจะเข้าไปเกี่ยวข้องในลักษณะใดก็ตามย่อมมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกและความคิดทางลบกับตัวเองได้ ด้วยเหตุนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรมีการวางแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยเหลือพยาบาลที่ตกเป็นเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาด เพื่อทำให้พยาบาลสามารถดำเนินชีวิตและทำงานต่อไปได้ นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการวางแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาพยาบาลเหยื่อรายที่สองในหน่วยงาน เพื่อให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานและผู้ป่วยได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

นิยาม "เหยื่อรายที่สอง" ทางสุขภาพ

ก่อนปี ค.ศ. 2000 ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของเหตุการณ์ความผิดพลาดใน

การรักษาพยาบาลที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล แต่ยังไม่มีการนำประเด็นปัญหาดังกล่าวมากล่าวถึงอย่างชัดเจน จนกระทั่ง ศาสตราจารย์ ดร. อัลเบิร์ต วู (Professor Dr. Albert Wu) แห่งมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ได้เขียนบทความในปี ค.ศ. 2000 เรื่อง Medical error: The second victim, The doctor who makes the mistake needs help too และได้นำเสนอคำว่า “เหยื่อรายที่สอง (second victim)” ซึ่งเป็นคำเรียกบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเรียกผู้ป่วยและญาติที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความผิดพลาดเป็นเหยื่อรายแรก (first victim) ของเหตุการณ์ (Wu, 2000) ซึ่งนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา คำว่า “เหยื่อรายที่สอง” ก็เริ่มเป็นที่รู้จักในกลุ่มนักวิชาการ

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (patient and personal safety) หรือเป็นที่รู้จักกัน คือ นโยบาย 2P safety ซึ่งต่อมา The Healthcare Accreditation Institution (Public Organization) ผู้รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานระดับสากล ได้นำกรอบ SIMPLE ที่เคยใช้ในการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety goals) มาดัดแปลงให้เป็นกรอบเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ และกำหนดให้ **S** เป็นคำย่อมาจาก **S**ecurity and privacy of information and social media (ความมั่นคงและความเป็นส่วนตัวของสารสนเทศและสังคมออนไลน์) **I** เป็นคำย่อมาจาก **I**nfection and exposure (การติดเชื้อและการสัมผัสเชื้อ) **M** เป็นคำย่อมาจาก **M**ental health and mediation (สุขภาพจิตและการเจรจาไกล่เกลี่ย) **P** เป็นคำย่อมาจาก **P**rocess of work (กระบวนการทำงาน) **L** เป็นคำย่อมาจาก **L**ane and legal issue (ความปลอดภัยในการเดินทางและประเด็นทางกฎหมาย) และ **E** เป็นคำย่อมาจาก **E**nvironment and working condition (สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในการทำงาน) นอกจากนี้ ยังได้บรรจุปัญหาเรื่อง “เหยื่อรายที่สอง” เป็นหนึ่งในประเด็นความปลอดภัยของบุคลากรในด้านสุขภาพจิต (mental health) ดังนั้น คำว่า “เหยื่อรายที่สอง” จึงเริ่มเป็นที่รู้จักในวงการสุขภาพของประเทศไทยตั้งแต่มีการประกาศนโยบาย 2P safety และเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการนำไปใช้ The Healthcare Accreditation Institution (Public Organization) (2018) จึงได้มีการกำหนดความหมายของคำว่า “เหยื่อรายที่สอง” และคำอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ในหนังสือเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย โดยคำว่า “เหยื่อรายที่สอง” หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในกรณีเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ส่วนผู้ป่วยและญาติถูกเรียกว่าเป็น “เหยื่อรายที่หนึ่ง” และโรงพยาบาลจัดเป็น “เหยื่อรายที่สาม” ของเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล

อุบัติการณ์ของปัญหาเหยื่อรายที่สองในโรงพยาบาล

ปัญหาเหยื่อรายที่สองในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ Scott et al. (2010) และการศึกษาของ Wolf, Serembus, Smetzer, Cohen, and Cohen (2000) พบว่าแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ให้การรักษาพยาบาลมีอัตราการเป็นเหยื่อรายที่สองคิดเป็นร้อยละ 30 - 43.3 ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดเหยื่อรายที่สองในบุคลากรสาธารณสุข

เมื่อเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายต่อชีวิต บุคลากรที่เป็นผู้ลงมือกระทำให้เกิดเหตุการณ์หรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์

ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลจะเกิดความเครียด มีความรู้สึกและการคิดลบต่อตนเอง เช่น อับอาย รู้สึกผิด กล่าวโทษตัวเอง วิตกกังวล เสียใจ ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่ง Wu (2000) เรียกอาการและอาการแสดงทางความคิดและจิตใจเชิงลบที่เกิดขึ้นในเหยื่อรายที่สองนี้ว่า “กลุ่มอาการเหยื่อรายที่สอง (second victim syndrome)” โดยกลุ่มอาการเหยื่อรายที่สองจะคล้ายกับปฏิกิริยาของบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดที่รุนแรงและต้องใช้เวลานานหลายสัปดาห์หรือหลายปีจึงจะสามารถฟื้นกลับสู่สภาพปกติ (Wu & Steckelberg, 2012)

กรณีตัวอย่างของเหยื่อรายที่สองในโรงพยาบาล

ปี ค.ศ. 2011 คิมเบอร์ลี ซู เฮท (Kimberly Sue Hiatt) พยาบาลอายุ 50 ปี ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลเด็ก ประจำเมืองซีแอตเทิล (Seattle Children’s Hospital) มีประสบการณ์ทำงานทางการพยาบาลเป็นระยะเวลากว่า 27 ปี ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาด โดยให้ยาแคลเซียมคลอไรด์เกินขนาดแก่ทารกอายุ 8 เดือน จนส่งผลให้ทารกรายนั้นเสียชีวิตใน 5 วันถัดมา ซึ่งแม้เหตุการณ์ครั้งนั้นจะเป็นการกระทำโดยประมาท แต่พยาบาลคิมเบอร์ลี ซู เฮท ถูกลงโทษให้ออกจากงาน รวมทั้งถูกพักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลเป็นเวลา 4 ปี และเมื่อพยาบาล คิมเบอร์ลี ซู เฮท มีความพยายามที่จะหางานใหม่ แต่ด้วยข่าวความผิดพลาดในการทำงานทำให้ไม่มีใครรับพยาบาลคิมเบอร์ลี ซู เฮท เข้าทำงาน จึงเกิดความรู้สึกสิ้นหวังที่จะกลับมาทำงานในวิชาชีพพยาบาล รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และทำอัตวิบาตกรรมในเวลาต่อมา (Aleccia, 2011) กรณีตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลมีผลกระทบต่อจิตใจของเหยื่อรายที่สองอย่างมาก และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เหยื่อรายที่สองต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะผู้บริหารและผู้ร่วมงาน ก่อนที่จะเกิดความสูญเสียเหมือนเช่นกรณีตัวอย่างนี้

ผลกระทบของปัญหาเหยื่อรายที่สองในโรงพยาบาล

ปัญหาเหยื่อรายที่สองในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อพยาบาลและบุคลากรที่เป็นเหยื่อรายที่สอง รวมทั้งโรงพยาบาล ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สอง จากการศึกษาของ Kobe, Blouin, Moltzan, and Koul, (2019) พบว่าพยาบาลหรือบุคลากรที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในเชิงลบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านจิตใจ ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะเกิดความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกผิด เศร้าและเสียใจ รวมทั้งขาดความมั่นใจ โทษตัวเอง รู้สึกผิดหวัง สูญเสียความมีคุณค่าของตัวเองและเบื่อหน่ายไม่อยากทำงาน 2) ด้านร่างกาย ปัญหาเหยื่อรายที่สองจะทำให้ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองนอนไม่หลับและมีความเครียดมาก จนเกิดอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ไม่อยากรับประทานอาหาร และ 3) ด้านสังคม ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองมักจะมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากเพื่อนและครอบครัว จนกว่าจะเข้าสู่ระยะที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และยังพบว่าบุคลากรที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะเกิดอาการปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่าอาการทางด้านร่างกาย

2. ผลกระทบต่อโรงพยาบาล ปัญหาเหยื่อรายที่สองทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่มีคุณค่าในระบบสุขภาพ (The Healthcare Accreditation Institution [Public Organization], 2018) ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะขาดความมั่นใจในการทำงาน ไม่กล้าตัดสินใจ และมีความสามารถในการทำงานลดลง บางรายอาจมีการโยกย้ายเปลี่ยนงาน หรือลาออก ซึ่งมีผลกระทบต่ออัตรากำลังของพยาบาล ทำให้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (Wu & Steckelberg, 2012)

กลไกการเผชิญปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง

ภายหลังจากพยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จะเกิดความเครียดและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็น 6 ระยะ (Scott et al., 2009) ดังนี้

ระยะที่ 1 ความสับสนและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ (chaos and accident response) เป็นระยะเริ่มต้นของเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ระยะนี้ผู้เป็นเหยื่อรายที่สองจะแยกตัวออกจากสังคมและอยู่กับตัวเอง โดยมีการตั้งคำถามเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิดขึ้นแล้วกล่าวโทษตัวเองที่ทำให้เกิดปัญหา และคิดว่าจะทำอะไรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ระยะที่ 2 การคิดวกวนอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (intrusive reflections) เป็นระยะที่ผู้เป็นเหยื่อรายที่สองครุ่นคิดแต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและย้ำคิดว่า “ ถ้าไม่ทำ ... จะไม่เกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น”

ระยะที่ 3 การเรียกความสมบูรณ์ในตัวเองกลับมา (restoring personal integrity) ระยะนี้ผู้เป็นเหยื่อรายที่สองจะคิดถึงเพื่อนร่วมงาน หัวหน้า เพื่อนสนิท หรือสมาชิกในครอบครัวในการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และเริ่มมีความลังเลสงสัยว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่ออาชีพและครุ่นคิดอยู่กับคำถามที่ว่า “คนรอบข้างจะคิดกับฉันอย่างไร” หรือ “คนรอบข้างยังไว้ใจฉันอยู่หรือไม่”

ระยะที่ 4 ความอดทนต่อการถูกสอบสวน (enduring the inquisition) หลังจากผู้เป็นเหยื่อรายที่สองจดจ่ออยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน จึงเริ่มตระหนักว่าโรงพยาบาลยังไม่มีความชัดเจนว่าจะทำอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงเกิดความลังเล สงสัย และวิตกกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงในอาชีพ ใบประกอบวิชาชีพและเรื่องคดีความ

ระยะที่ 5 การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางด้านจิตใจ (obtaining emotional first aid) ระยะนี้ผู้เป็นเหยื่อรายที่สองจะต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยส่วนใหญ่จะเลือกขอความช่วยเหลือจากคนที่รัก และต้องการความช่วยเหลือจากคนที่สามารถช่วยเหลือในด้านคดีความ นอกจากนี้ ระยะนี้ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะมีความหวาดระแวงและระมัดระวังในการพูดเพราะกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อคดีความ

ระยะที่ 6 การตัดสินใจไปต่อในรูปแบบการละทิ้งปัญหา อยู่รอดไปวันต่อวัน หรือ ก้าวข้ามปัญหา (moving on-dropping out, surviving or thriving) ระยะนี้ผู้เป็นเหยื่อรายที่สองได้ข้อสรุปที่จะจัดการกับกลุ่มอาการเหยื่อรายที่สอง ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้ คือ 1) แบบละทิ้งปัญหา เช่น การย้ายสถานที่ทำงาน ลาออก เป็นต้น 2) แบบอยู่รอดไปวันต่อวัน กล่าวคือ ผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะปฏิบัติงานตามปกติแต่ยังคงมีความฝังใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และ 3) แบบก้าวข้ามปัญหา เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่เป็นเหยื่อรายที่สองเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและคิดสร้างสรรค์งานที่เป็นประโยชน์ขึ้นมาเพื่อทดแทนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการกับปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง

มนุษย์ทุกคนจะมีกลไกการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์สามารถจัดการกับปัญหาได้เป็นอย่างดี ในทางตรงข้ามมีหลายปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถของมนุษย์ในการจัดการกับปัญหา เช่นเดียวกันกับกรณีปัญหาเหยื่อรายที่สอง ซึ่งพอสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการกับปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองได้ 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวพยาบาล พยาบาลแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาการเป็นเหยื่อรายที่สองแตกต่างกันขึ้นอยู่กับคุณลักษณะเฉพาะตน โดยความเข้มแข็งทางจิตใจ (resilience) เป็นคุณลักษณะหนึ่งของพยาบาลที่มีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับเหตุการณ์

วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ไปได้ มีการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์วิกฤติได้ดีกว่าพยาบาลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจน้อย (McCann et al., 2013) และคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ ประสบการณ์ในการทำงานและเชื้อชาติ มีผลต่อการจัดการกับปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง ดังในงานวิจัยของ Mok, Chin, Yap, and Wang (2020) ที่ศึกษาปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองในประเทศสิงคโปร์ พบว่า พยาบาลที่มีอายุและมีประสบการณ์น้อยจะเกิดกลุ่มอาการเหยื่อรายที่สองที่รุนแรงมากกว่าพยาบาลที่มีอายุและประสบการณ์มาก และยังพบว่าพยาบาลชาวสิงคโปร์ที่เป็นคนพื้นถิ่นจะเกิดอาการเหยื่อรายที่สองที่รุนแรงมากกว่าพยาบาลที่มาจากประเทศอื่น

2. ลักษณะเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาการเป็นเหยื่อรายที่สอง โดยพยาบาลจะเกิดกลุ่มอาการเหยื่อรายที่สองรุนแรงมากขึ้น หากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน หรือเกิดกับผู้ป่วยที่ตนเองมีความสนิทสนม หรือเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัวพยาบาล (Scott et al., 2009)

3. อุปสรรคในการเข้าถึงความช่วยเหลือของหน่วยงาน หลายโรงพยาบาลในต่างประเทศมีโปรแกรมให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรที่เป็นเหยื่อรายที่สอง แต่ในงานวิจัยของ Edrees et al. (2016) พบว่ามีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้บุคลากรไม่ได้รับบริการในโปรแกรมให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ ภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปลีกตัวออกจากงานไปรับความช่วยเหลือได้ หรือไม่ได้เข้าไปรับบริการเนื่องจากกลัวและหวาดระแวงว่าข้อมูลที่พูดออกไปจะไม่เป็นความลับ และมีความกังวลว่าจะมีข้อมูลประวัติการกระทำความผิด จึงรู้สึกอับอายที่ต้องเข้าไปใช้บริการ หรือไม่เชื่อมั่นว่ามีใครช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ได้

แนวทางในการจัดการกับปัญหาเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างาน ผู้ตรวจการและหัวหน้าหอผู้ป่วย มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล และป้องกันไม่ให้พยาบาลกลายเป็นเหยื่อรายที่สอง โดยแนวทางที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านการช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง และ ด้านการป้องกันไม่ให้พยาบาลกลายเป็นเหยื่อรายที่สอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง ในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถดำเนินชีวิตและทำงานในวิชาชีพการพยาบาลต่อไปได้ โดยแนวทางที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง ได้แก่

1.1 ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจด้วยการพูดคุยและรับฟังปัญหาของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองอย่างเข้าใจ รวมทั้งให้กำลังใจและแสดงความจริงใจในการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการเกิดเหตุการณ์ คือ ช่วง 4 - 24 ชั่วโมงแรก ที่พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองจะมีความสับสนและอยากระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมาให้ผู้อื่นได้รับทราบ (Martens et al., 2016) นอกจากนี้ การตั้งคำถามในการชวนสนทนาที่เหมาะสมช่วยให้พยาบาลเหยื่อรายที่สองได้ระบายและรู้สึกคลายความกังวลได้ดีขึ้น (Scott et al., 2009) คำถามที่เหมาะสมในการชวนสนทนา เช่น “เรื่องที่เกิดขึ้นคงทำให้คุณลำบากใจ คุณเป็นอะไรบ้างไหม?” หรือ “ฉันไม่รู้ว่าคุณรู้สึกลำบากอย่างไร เราสามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ไหม?” และในการสนทนาควรมีการให้กำลังใจและแสดงความเชื่อมั่นใน

ตัวพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง ด้วยการใช้คำพูด เช่น “ฉันเชื่อมั่นในตัวคุณ” หรือ “คุณยังคงเป็นพยาบาลที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนได้เป็นอย่างดี”

1.2 ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลและแจ้งความก้าวหน้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองทราบ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวลของพยาบาล ทั้งนี้ ในการสื่อสารข้อมูลให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองทราบต้องมีการประเมินความสามารถในการรับรู้ก่อน ถ้าพยาบาลยังไม่พร้อมที่จะได้รับทราบข้อมูลก็ไม่ควรทำการสื่อสารข้อมูลให้รับทราบ (Kronman, Paasche-Orlow, & Orlander, 2012)

1.3 ติดตามและสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองอย่างใกล้ชิด หากพบว่าพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองยังคงมีอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจรุนแรงขึ้นหรือไม่ดีขึ้นต่อเนื่องเกินกว่า 2 สัปดาห์ ต้องมีการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เข้ามาช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ที่บีบคั้นทางด้านจิตใจให้แก่พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง (The Healthcare Accreditation Institution [Public Organization], 2018)

1.4 สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานให้แก่พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง โดยกำลังใจจากบุคลากรที่เป็นเพื่อนร่วมงานช่วยให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจและกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากมีการซุบซิบนินทาหรือกล่าวย้ำถึงเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นประจำ จะทำให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองมีอาการและอาการแสดงทางด้านความคิดและจิตใจแย่ลง (Ozeke, Ozeke, Coskun, & Budakoglu, 2019) ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรมีการอธิบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เห็นความสำคัญและร่วมมือกันในการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานเพื่อเป็นการช่วยเหลือให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองสามารถทำงานต่อไปได้

1.5 จัดให้มีทีมสหวิชาชีพให้ความช่วยเหลือพยาบาลเหยื่อรายที่สองที่มีอาการรุนแรง (multidisciplinary second victim’s work group) การช่วยเหลือพยาบาลเหยื่อรายที่สองที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องอาศัยผู้บำบัดที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น รวมทั้งควรมีผู้ที่เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ให้การช่วยเหลือพยาบาลเหยื่อรายที่สอง เนื่องจากพยาบาลอาจต้องการคำปรึกษาในเรื่องคดีความ นอกจากนี้ ระบบการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพต้องมีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และรักษาความลับให้กับพยาบาลเหยื่อรายที่สองที่มาขอรับคำปรึกษา รวมทั้งระมัดระวังไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Edrees et al., 2016)

2. ด้านการป้องกันไม่ให้พยาบาลกลายเป็นเหยื่อรายที่สอง การเกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาพยาบาลเหยื่อรายที่สองตามมา ดังนั้น การป้องกันไม่ให้พยาบาลกลายเป็นเหยื่อรายที่สอง คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ซึ่งทำได้ด้วยการวางระบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาข้อจำกัดและร่วมกันหาทางออกของปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และสร้างวัฒนธรรม No harm No shame No blame (The Healthcare Accreditation Institution [Public Organization], 2018) เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย โดย “No harm” คือ การทำงานที่เน้นการทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ปลอดภัย ไม่เกิดอันตราย ดังนั้น ผู้ให้บริการทุกคนต้องมีความรอบคอบในการให้การรักษาพยาบาล ส่วน “No shame” คือ กรณีเกิดข้อผิดพลาด

ที่ต้องมีการบอกความจริงเพื่อจะได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาและนำปัญหามาเรียนรู้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และ “ No blame” คือ การไม่กล่าวโทษในความผิดพลาดของกันและกัน ร่วมกันรับผิดชอบและพร้อมใจกันที่จะทำการแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

พยาบาลมีความเสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อรายที่สองในเหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกและความคิดลบต่อตนเอง ขาดความมั่นใจในการทำงาน และอาจมีผลิตภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ แต่เหตุการณ์ความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลจัดเป็นปัญหาในการทำงานที่รุนแรงและมีผลกระทบเชิงลบต่อความคิดและจิตใจของพยาบาลที่เข้าไปเกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องเข้าไปช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองให้สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจและความคิดกลับคืนสู่ภาวะปกติ โดยการรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ แสดงความจริงใจ ให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งแจ้งความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาให้พยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สองทราบอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกำกับติดตามและสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นเหยื่อรายที่สอง ถ้าพบว่ามีความผิดปกติมากขึ้นและต่อเนื่องเกินกว่า 2 สัปดาห์ ควรมีการแสวงหาบุคคลหรือหน่วยงานเข้ามาร่วมให้การช่วยเหลือ ตลอดจนขอความร่วมมือให้ทุกคนในหน่วยงานช่วยกันให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และมีการจัดระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาข้อจำกัด และร่วมกันหาทางออกของปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และสร้างวัฒนธรรม No harm No shame No blame ให้เกิดขึ้นกับหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

Aleccia, J. (2011). *Nurse’s suicide highlights twin tragedies of medical errors.* Retrieved from https://www.nbcnews. com/ health/ health- news/ nurses-suicide-highlights-twin-tragedies-medical-errors-flna1C9452213

Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins hospital: A case study. *British Medical Journal Open*, *6* (9), e011708. http://www.doi.org/ 10.1136/bmjopen-2016-011708

Kobe, C., Blouin, S., Moltzan, C., & Koul, R. (2019). The second victim phenomenon: Perspective of Canadian radiation therapists. *Journal Medical Imaging and Radiation Sciences, 50*(1), 87-97.

Kronman, A. C., Paasche-Orlow, M., & Orlander, J. D. (2012). Factors associated with disclosure of medical errors by house staff. *British Medical Journal Quality and Safety*, *21*(4), 271– 278. http://www.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000084

Martens, J., van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., . . . Vanhaecht, K. (2016). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista de Calidad Asistencial, 31*, 26-33. http://www.doi.org/10. 1016/j.cali.2016.04.004

McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing, 3*(1), 60-81. http://www.doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4

Mok, W. Q., Chin, G. F., Yap, S. F., & Wang, W. (2020). A cross-sectional survey on nurses’ second victim experience and quality of support resources in Singapore. *Journal of Nursing Manage*ment, *28*(2), 286– 293. http://www.doi.org/10. 1111/jonm.12920

Ozeke, O., Ozeke, V., Coskun, O., & Budakoglu, I. I. (2019). Second victims in health care: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, *10*, 593–603. http://www.doi.org/10.2147/AMEP.S185912

Robertson, J. J., & Long, B. (2018). Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *Journal of Emergency Medicine*, *54*(4), 402-409. http://www.doi.org/ 10.1016/j.jemermed.2017.12.001

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, *18*(5), 325-330. http://www.doi.org/ 10.1136/qshc.2009.032870

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K.R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., . . . Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *36*(5), 233– 240. http://www.doi.org/ 10.1016/s1553-7250(10)36038-7

The Healthcare Accreditation Institution (Public Organization). (2018). *Personnel safety goals: SIMPLE Thailand 2018*. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institution (Public Organization).

Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., & Cohen, M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical Nurse Specialist, 14*(6), 278– 287. http://www.doi.org/10.1097/00002800-200011000-00011

Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, *320*(7237), 726– 727. http://www.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *British Medical Journal Quality and Safety*, *21*(4), 267– 270. http://www.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000605