

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล



นางสาวเจนีวา ชนพิมาย

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

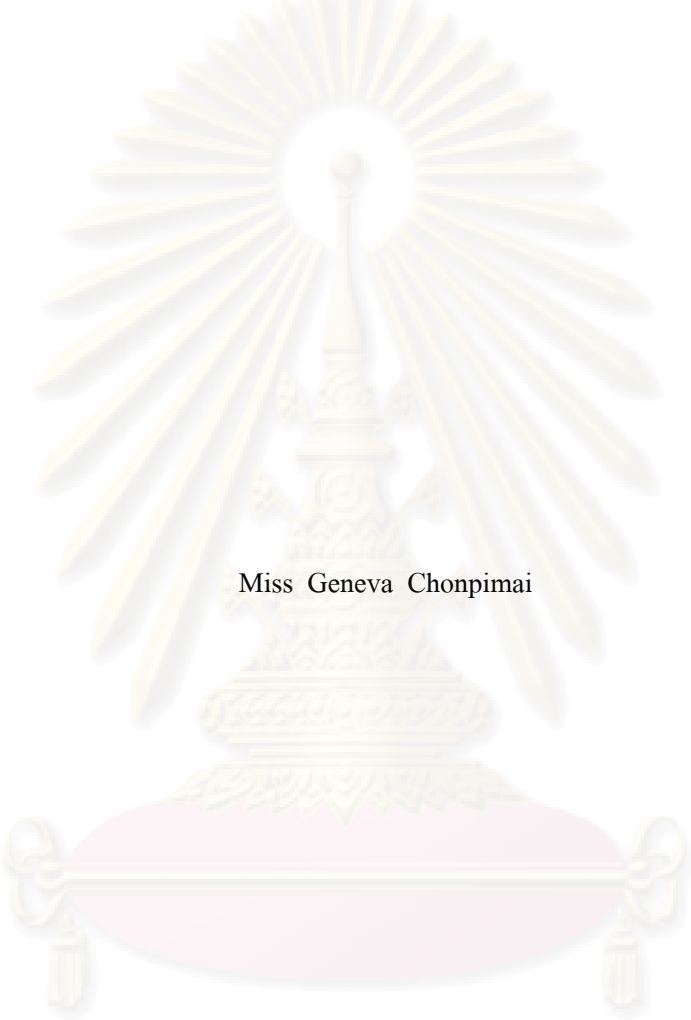
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF BEING A NURSE HAVING
OCCUPATIONAL HAZARDS IN
A HOSPITAL SETTING



Miss Geneva Chonpimai

ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการ
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

โดย

นางสาวเจนีวา ชนพิมาย

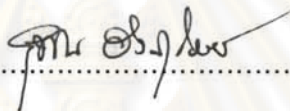
สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

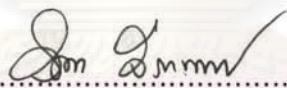
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีขั้ววรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีขั้ววรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

เจนีวา ชนพิมาย : ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน
 ในโรงพยาบาล (LIVED EXPERIENCES OF BEING A NURSE HAVING
 OCCUPATIONAL HAZARDS IN A HOSPITAL SETTING) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก : ผศ. ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี, 197 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจาก
 การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาความของ
 Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลคตย
 ภูมิแห่งหนึ่ง ที่เคยได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน จำนวน 14 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้การ
 สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์
 ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามวิธีการของ Dickelman

ผลการศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานใน
 โรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1.1)
 สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม (1.2) โคนผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบอบช้ำ (1.3) ไฟฟ้าดูด ทำ
 อะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น และ (1.4) เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง

2. มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ (2.1)
 คิดเชื่อกันคนไข้ ต้องใช้เวลารักษาอาการ (2.2) วุ่นวายกับงานไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการจับถ่าย
 (2.3) ไหล่ตลก ปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ (2.4) เดินมากยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย (2.5) เหนื่อย
 ใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย และ (2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไม่เกรน
 กำเริบ

3. เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่
 (3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน และ (3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

4. มีหน่วยงานมุ่งมั่นช่วยแก้ไข ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ (4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม
 หากำลังเสริมความปลอดภัย (4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่มเติม และ (4.3) เบิก
 อุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

จากผลการศึกษา ทำให้เข้าใจประสบการณ์การเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของ
 พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน
 ป้องกันความเสี่ยงเพื่อสร้างความปลอดภัยในการทำงานให้แก่พยาบาลต่อไป

สาขา.....การบริหารการพยาบาล...ลายมือชื่อนิติศ.....
 ปีการศึกษา...2552.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5077566036 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: OCCUPATIONAL HAZARDS, PROFESSIONAL NURSES

GENEVA CHONPIMAI : LIVED EXPERIENCES OF BEING A NURSE HAVING
OCCUPATIONAL HAZARDS IN A HOSPITAL SETTING. THESIS ADVISOR :
ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., 197 pp.

The purpose of this research was to describe lived experiences of being a nurse having occupational hazards in a hospital setting. Hermeneutic phenomenology of Martin Heidegger was applied as research methodology. Data were collected by using in-depth interviews of 14 professional nurses who experienced occupational hazards in a Tertiary hospital. Data analysis followed Dickelman's content analysis was used in this study.

Occupational hazards as experienced of professional nurses consisted of 4 major themes as follows:

1. Having accidents from work, nurses get hurting including 4 sub-themes: (1.1) exposing discharge or sharpen tools, (1.2) getting harm by client(s), (1.3) being hurt from electric shock, and (1.4) getting hit hard by an emergency-cart.
2. Having illness as a result of work including 6 sub-themes: (2.1) getting infectious disease with long period of treatments, (2.2) being busy with timeless for food and rest room, (2.3) having back and shoulder pain, and tendonitis, (2.4) having thigh ache due to long hours of walking and standing (2.5) being stressful from work and colleagues (2.6) getting severe migraine because of inadequate rest.
3. Learning from mistakes including 2 sub-themes: (3.1) Using medical equipments for self-protection and (3.2) Being more careful while working.
4. Having organizational support including 3 sub-themes: (4.1) Providing more staff and security guard, (4.2) Setting safety regulation and training, and (4.3) Supplying more safety equipments and maintaining electric system.

The study findings provided for more understandings on occupational hazard of professional nurses. Nurse managers can use them as guideline for risks management planning for work safety.

Field of Study :.....Nursing Administration...Student's Signature.....*Geneva C.*

Academic Year:.....2009.....Advisor's Signature.....*Areewan Oumtanee*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้เรียนรู้และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. วิภา จิระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และพันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้วยความรักความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ สถาบันนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่งและจะจดจำไว้ในใจตลอดไป ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษแก่ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่เห็นความสำคัญ และสละเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจประสบการณ์ในการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ขอขอบคุณผู้ตรวจการการพยาบาลวิกฤตและหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซีซีทุกท่านที่ช่วยกันทำงานทุกท่านให้ความกรุณาจัดสรรเวลาการขึ้นปฏิบัติงานให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาต่อโดยใช้เวลาส่วนตัวได้จนสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรเอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยความรักความปรารถนาดีเสมอมา สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่และพี่น้องในครอบครัวทุกคนที่คอยให้กำลังใจให้ความช่วยเหลือด้วยความรักตลอดมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ.....	8
อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ.....	20
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และภาวะวิกฤติของชีวิต.....	32
การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน.....	42
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	46
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
บริบทของพื้นที่ในการศึกษา.....	68
ผู้ให้ข้อมูล.....	68
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71

	หน้า
ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	72
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	123
การอภิปรายผลการวิจัย.....	127
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	141
รายการอ้างอิง.....	143
ภาคผนวก.....	156
ภาคผนวก ก.....	157
ภาคผนวก ข.....	165
ภาคผนวก ค.....	171
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	197

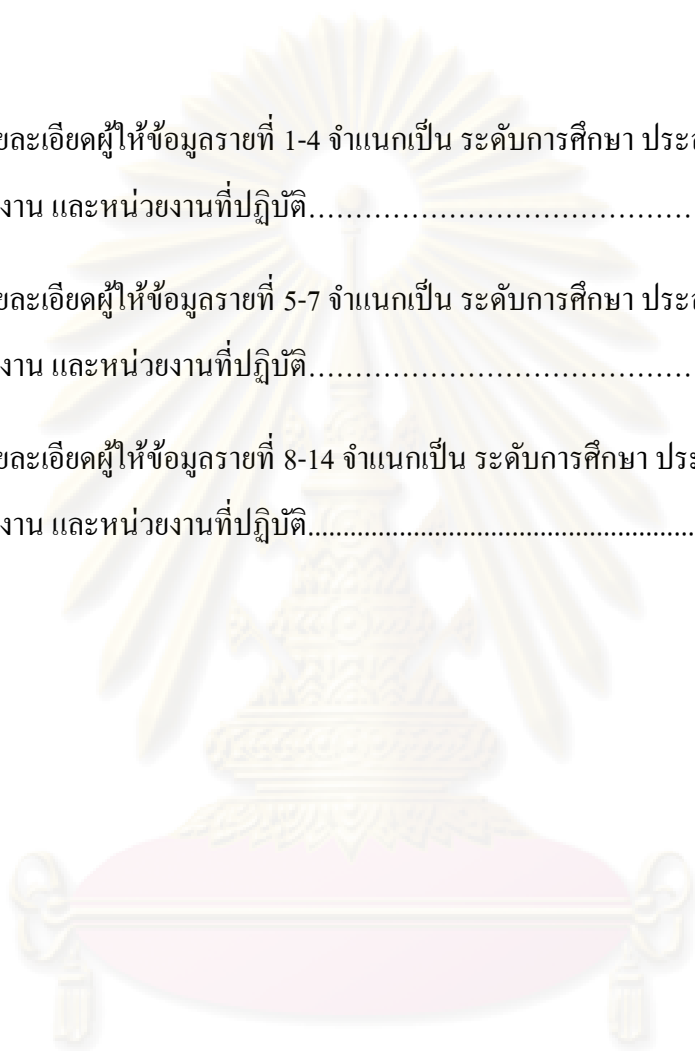
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-4 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ทำงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติ.....	172
2	รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5-7 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ทำงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติ.....	173
3	รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8-14 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ทำงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติ.....	174



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่

1 ผลการศึกษาประสพการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาล..... 76



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำงานเป็นภารกิจสำคัญของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ทำให้เกิดรายได้ และแสดงถึงความสามารถของบุคคลให้เป็นที่ยอมรับ แม้ว่าการทำงานทำให้เกิดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต แต่ในขณะที่เขากำลังทำงานก็นำมาซึ่งความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ เนื่องจากการทำงานหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ต่อร่างกาย จิตใจ จนเกิดความเจ็บป่วย (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2548) ซึ่งองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, 1986) ได้กล่าวไว้ว่า ความเสี่ยงจากการทำงานสามารถเกิดได้ 2 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความเสี่ยงทางกายภาพ การยศาสตร์ สารเคมี ชีวเคมี จุลชีวเคมี และรังสี 2) ด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Nation Institute for Occupational Safety and Health, 1990) ได้กล่าวถึงสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานไว้ 4 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี ด้านกายภาพ และด้านจิตใจ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงานในประเทศไทย รวมทั้งถูกนำมาใช้ในกระบวนการด้านอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

เนื่องจาก โรงพยาบาลเปรียบเสมือนนิคมอุตสาหกรรมขนาดเล็ก บุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามหรืออันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงานมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (จุฑาทวี กลิ่นเฟื่อง, 2543) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย ทั้งจากอุบัติเหตุจากการทำงานและการติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ โอภาส การย์กวินพงศ์ (2546) ที่พบว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่เสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วยมากที่สุด เช่น การติดเชื้อวัณโรคและการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และจากการที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนทั้งเวรเช้า-บ่าย-ดึก ส่งผลกระทบต่อ นาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ซึ่งเป็นระบบควบคุมเวลาของร่างกายที่ทำหน้าที่กำหนดจังหวะการทำงานของร่างกายในหนึ่งรอบวันและกระทบต่อจังหวะวงจรชีวิตประจำวัน (Circadian rhythm) ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมการทำงานของร่างกายเกี่ยวกับการหลับและการตื่น รวมทั้งการควบคุมฮอร์โมน การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ธรรมชาติที่มีผลต่อการนอนคือแสงสว่างในเวลากลางวัน โดยมีผลทำให้ร่างกายหยุดหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนิน ซึ่งทำ

หน้าที่ทำให้ง่วงนอน ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนไม่หลับ (อนันต์ ศรีเกียรติขจร, 2548; เกษียรสม วีรานูวัตต์, 2543) พยาบาลที่ทำงานเวรดีก็จะมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานตอนกลางวันและใช้เวลาพักผ่อนในตอนกลางคืน (สุทธิพร บุญมาก, 2544) โดยผู้ที่นอนหลับตอนกลางวัน จะมีชั่วโมงของการนอนหลับลดลง 2 ชั่วโมง (Akerstedt et al., 1991) นอกจากนี้ การทำงานเป็นผลดักยังส่งผลต่อคลื่นสมองขณะหลับใน NREM ระยะที่ 3 – 4 คือ พบคลื่นสมองที่มีความถี่ช้าลง (Dumont et al., 1997) ทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อโรคได้ง่ายในที่สุด (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2548) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพร่างกายมากขึ้น เมื่อพยาบาลมีอายุมากขึ้นและหลังเกษียณอายุจากการทำงาน (Ingle and Akerstedt, 2003)

นอกจากนี้งานของพยาบาลเป็นงานที่มีการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยเฉพาะการยกผู้ป่วยที่เกินกำลังของพยาบาล เนื่องจากขาดอุปกรณ์ช่วยยก หรือขาดผู้ช่วยในการย้ายเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงด้านร่างกายของพยาบาล ได้แก่ ปัญหาข้อ กระดูกและกล้ามเนื้อ จากการศึกษาก่อนของ Trinkoff และคณะ (2002) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเจ็บป่วยของกระดูกและกล้ามเนื้อ สูงกว่ากลุ่มงานอาชีพอื่น และจากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง พยาบาลวิชาชีพมีอาการอย่างน้อย 1 สัปดาห์ จำนวน 1,163 คน และพบว่า พยาบาลมีอาการดังกล่าวที่เกิดจากการปวดคอ ไหล่ และหลัง คิดเป็นร้อยละ 45.8, 35.1 และ 47.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ความเสี่ยงทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีความเสี่ยงด้านจิตใจที่พยาบาลได้รับอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ การเผชิญกับความเครียดขณะทำงานร่วมกับทีมสหสาขา เช่น แพทย์ การเผชิญกับการตายและสิ้นหวัง (Gray-Toft & Anderson, 1981)

สำหรับในประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้(2550) ได้ประเมินปัญหาการลาออกจางานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่พยาบาลลาออก คือ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของพยาบาล ทั้งความเครียดที่เกิดจากปริมาณงานที่หนักเกินไป จำนวนชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน สถานะทางวิชาชีพต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเครื่องมือที่มีจำนวนจำกัด การบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลตติยภูมิมีการรับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายของโรคและมีความซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีในการรักษาขั้นสูง เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักเกินศักยภาพในการรักษาของโรงพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิจึงถูกส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่รุนแรง และเป็นเชื้อดื้อยาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่รับย้ายจากโรงพยาบาลต่างๆ มีการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวนมาก ด้านการรักษามีการสอดใส่สายอุปกรณ์เพื่อการประเมินและการรักษาขั้นสูง

นอกจากนี้ยังมีการรับผู้ป่วยจำนวนมากพยาบาลวิชาชีพต้องทำงานหนัก มีภาระงานมาก มีการใช้สารเคมีและรังสี ในการรักษา ดังนั้นจะเห็นว่าโรงพยาบาลตติยภูมิแวดล้อมไปด้วยอันตรายหลายด้าน เช่น ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลปฐมภูมิ และโรงพยาบาลทุติยภูมิ ที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยพื้นฐาน และ ให้การรักษาโรคทั่วไปไม่ซับซ้อนมากนัก นอกจากนี้ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ คณะ (2549; อ้างถึงใน การประชุมวิชาการสภาการพยาบาล, 2549) ศึกษาภาวะสุขภาพพยาบาล และมาตรฐานการบริการพยาบาลโดยวิธีการสำรวจ ใช้กรณีตัวอย่างในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งการศึกษาเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านอัตราค่าจ้าง มีการขาดแคลนด้านอัตราค่าจ้างในโรงพยาบาลทั้ง 3 กลุ่ม 2) ด้านสภาพการทำงานของพยาบาล พบการทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนชั่วโมงการทำงานมาก 3) ด้านภาวะสุขภาพของพยาบาล พบพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด มีปัญหาสุขภาพสูงกว่า กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพคือ 13.63, 9.10, 8.50 ตามลำดับ จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าว ในด้านต่างๆดังนี้ พบอันตรายจากการทำงาน (ติดเชื้, ของมีคมบาด, อุบัติเหตุ, วัณโรค, แผลพุพองมือ) ร้อยละ 12 ซึ่งภาวะสุขภาพ มีผลต่อหน่วยงานและโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 77.87 ได้แก่การทำให้ขาดอัตราค่าจ้าง ร้อยละ 34.43 ลาป่วย/เจ็บป่วย ร้อยละ 4.10 ลาออก/โอนย้าย/ย้ายหน่วยงาน ร้อยละ 4.10 มีข้อจำกัดในการทำงานขึ้นเวรป่วย/ดึกไม่ได้ ร้อยละ 2.95 ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงร้อยละ 1.48 ผู้ร่วมงานรับภาระมากขึ้น ร้อยละ 10.98 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 49.51 ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากข้อมูลทางสถิติดังกล่าว พบว่าอันตรายจากการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาออกจากวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงการธำรงรักษาพยาบาลให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่อไป แนวทางหนึ่งคือการจัดการความเสี่ยงในการทำงานให้แก่พยาบาล ซึ่งจะจัดกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้บริหารมีข้อมูลอันตรายจากการทำงานที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของพยาบาลที่ผ่านมาเป็นการศึกษาที่เน้นถึงการประเมินสุขภาพโดยรวมของพยาบาล (เสาวคนธ์ สิงห์อาจ, 2546) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (อรวรรณ น้อยวัฒน์, 2546; ลักษณ์า ศิริฤกษ์, 2550) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของพยาบาล (วิมนต์ วันชนะนาพร, 2541) ซึ่งผลการศึกษาก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปในชีวิตประจำวัน ไม่ได้เน้นถึงการศึกษาค่าความเสี่ยงที่เชื่อมโยงกับการทำงานของพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่องโดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน เมื่อวันที่ 21, 23 มีนาคม และวันที่ 11 และ 15 เมษายน 2551 พบประเด็นอันตรายจากการปฏิบัติงาน ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์การป้องกันที่เพียงพอ รวมถึงการขาดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานทุกเวร ทั้งเวร เช้า บ่าย ค่ำ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องทำงานล่วงเวลา ส่งผลให้พยาบาลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลียจึงเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกหงุดหงิดง่ายขณะปฏิบัติงาน ทั้งยังมีการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ และเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ด้วยเหตุนี้ ทำให้พยาบาลต้องได้รับการติดตามเจาะเลือดตรวจเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคเอดส์ และรับประทานยาเพื่อลดโอกาสติดเชื้อเอดส์ เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและเกิดความรู้สึกอยากลาออกจากงานเนื่องจากลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดต่อสุขภาพ 2) เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ข้อมือข้อศอกมีการอักเสบเรื้อรัง ปวดหลัง ปวดเข่า รวมทั้งความเสี่ยงด้านกายภาพในการปฏิบัติทำให้เกิดอุบัติเหตุ และส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ลื่นหกล้ม ไฟฟ้าช็อต และ 3) เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากสารเคมี เช่น ความเสี่ยงจากการให้เคมีบำบัด หรือสารเคมีต่าง ๆ รวมทั้งรังสีแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้การตรวจสุขภาพในปัจจุบันพบเม็ดเลือดขาวมีแนวโน้มต่ำลงและมีอาการผมร่วง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังบอกถึงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการได้รับอันตรายจากการทำงาน เช่น ผู้ให้ข้อมูลบอกความรู้สึกหลังถูกเข็มของผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยเป็นโรคเอดส์ตำ มีความรู้สึกกลัว กล่าวว่า “ กลัวตอนที่รอผล...พอเวลาเจาะเลือดตรวจทีหนึ่งก็กลัวว่าผลมันจะเป็นหรือเปล่า และ ตอนกินยา...ทรมานมากเลย” ส่วนผู้ให้ข้อมูลคนที่สองมีความรู้สึกกลัวเช่นกัน และกล่าวว่า “ ก็ ขอบว่าอย่าให้เป็นอะไรเลย...ช่วงแรกก็ไม่กล้าบอกใคร กับคนใกล้ชิดคือ ไม่รู้ว่าถ้าเราติดแล้วเราจะเป็นอย่างไร อะไรอย่างเงี้ย” ผู้ให้ข้อมูลที่สาม แสดงความรู้สึกท้อแท้ กล่าวด้วยน้ำเสียงเศร้าว่า “ โอ้โฮ...อยากลาออก ชีวิตเราทำไม่ต้องเสี่ยงขนาดนี้ ถ้าเราไปทำงานอย่างอื่น เนี่ยมันคงไม่ต้องเสี่ยงชีวิตขนาดนี้ รู้สึกว่าตรงนั้นนะแย่มาก ๆ ร้องไห้ด้วยนะ กินยากก็แพ้อีก ก็มีผื่นขึ้นตามตัวช่วงกินยากก็มี Complication เยอะมาก ถ่ายเหลวทุกวัน คือวันหนึ่งเนี่ยเกือบเป็น 10 รอบ วันพักร้อนพี่หมดไปกับการกินยา เพื่อจะทำให้โอกาสในการติดเชื้อเนี่ยน้อยที่สุด ” เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาโดยมีการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูล เนื่องจากต้องตอบแบบสอบถามภายใต้กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ส่วนการศึกษาที่เป็นเรื่องราวจากคำบอกเล่าถึงความรู้สึกของเจ้าของประสบการณ์จริงๆ ยังไม่มีการศึกษาว่าแท้ที่จริงแล้ว พยาบาล

วิชาชีพที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานต้องการบอกเล่าถึงความรู้สึกของตนเองอย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อแสวงหาข้อมูลเชิงลึกที่ไม่สามารถศึกษาได้ในรูปตัวเลข สถิติหรือเชิงปริมาณได้ ข้อมูลที่ได้นำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขและหามาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้นเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดีของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้น

จากการที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - ปัจจุบัน รวมระยะเวลา 12 ปี ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานนั้นมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นมากมาย เหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านเข้ามาทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดทั้งความสุข ความอึดใจ ภาคภูมิใจ แต่ในบางครั้งบางสถานการณ์ก็ทำให้เกิดความทุกข์กายทุกข์ใจ สถานการณ์ดังกล่าวคือ การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน กล่าวคือ ผู้วิจัยเคยมีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ขณะเตรียมยาฉีดได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มฉีดยาตำมือ แอมป์ยาบาดนิ้วหัวแม่มือเจ็บมากและไม่สามารถใช้มือหักแอมป์ยาได้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และเคยมีประสบการณ์สัมผัสเชื้อจากตัวผู้ป่วยตนเอง ได้แก่ เลือดของผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวี เป็นบวก (HIV Positive) กระเด็นเข้าตาในขณะที่ไปฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำให้ผู้ป่วย ทำให้เครียดและวิตกกังวลกลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วย ต่อมาติดเชื้อสุกใสจากผู้ป่วยที่เป็นเริม การติดเชื้อครั้งนั้นทำให้ผู้วิจัยเกิดความทุกข์ทรมานมาก เนื่องจากมีผื่นคันทั่วตัวและมีไข้สูงจนนอนไม่ได้ ต้องอยู่เฉพาะในหอพักพยาบาลเนื่องจากเป็นโรคติดต่อจะกลับบ้านก็ไม่ได้กลัวจะไปติดผู้อื่น ทุกวันแม่บ้านจะมาเคาะประตูและวางปิ่นโตอาหารไว้ให้หน้าห้องพัก ผู้วิจัยจะยื่นเฉพาะมือออกไปหยิบปิ่นโต เนื่องจากผู้วิจัยรู้สึกอายและรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เพราะนอกจากหน้าจะเป็นผื่นแล้วยังมีลักษณะเป็นหนองผุองทั่วหน้า ร่างกายอ่อนเพลียมากลุกยืนมีอาการหน้ามืด ต้องหยุดงานเป็นเวลา 5 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้วิจัยมีอาการปวดขาและปวดหลังบริเวณเอวเป็นประจำสังเกตว่าตนเองมีอาการมากขึ้นในวันที่ต้องให้การพยาบาล ยกตัว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบ่อยๆ รวมทั้งกิจกรรมที่ต้อง

เอื่อมตัวหีบของ ทั้งแนวตั้งและแนวราบก็ทำให้เกิดอาการปวดหลัง นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ได้รับ อันตรายด้านร่างกายแล้ว ในด้านของจิตใจผู้วิจัยเกิดความเครียดในการทำงานเนื่องจากการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ทีมสหสาขา และ ญาติของผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน การปฏิบัติงาน ภายใต้อาการกดดันจากความเร่งรีบในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ทำให้เครียด นอกจากนี้เมื่อผู้วิจัยเมื่อ อายุมากขึ้นและต้องขึ้นปฏิบัติงานเป็นผลัดเช้า-บ่าย-ดึก มีอาการนอนไม่หลับ ร่างกายได้รับการ พักผ่อนน้อย เกิดอาการอ่อนล้ามากขึ้นขณะทำงาน ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะข้างเดียว จาก ประสบการณ์การได้รับอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าวมาแล้ว สะท้อนให้เห็นว่าการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิมีโอกาสที่จะได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงสนใจต้องการศึกษาและค้นหาประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อค้นหาประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นอย่างไร และมีความรู้สึกนึกคิดอย่างไร โดยนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ผู้วิจัยเป็นแนวคิดพื้นฐานของความรู้เดิม เพื่อนำไปใช้สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ และหาข้อ ค้นพบใหม่จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปรากฏการณ์ดังกล่าว ด้วยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบ วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิหยาตีความ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งถือว่าอยู่ในโลกที่ ไกล่เคียงกับโลกของผู้ให้ข้อมูล หรืออาจจะถือว่าเป็นโลกเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลก็ได้ ซึ่งโลกใน ที่นี้คือ การอยู่ในวิชาชีพเดียวกัน มีสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและสังคมที่ใกล้เคียงกัน มี ความเข้าใจในภาษาของผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงที่ เกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงที่ลุ่มลึกมาก ขึ้น ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงตามคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิหยาการตีความ เพื่อศึกษา ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิหยาของ Heidegger (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2548) และคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยขอข้อมูลจากฝ่าย การพยาบาลโดยใช้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ได้รับ อันตรายจากการปฏิบัติงาน และใช้การคัดเลือกแบบสายใยเชื่อมโยง (Snowball sampling) มีความ ยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth interview) ใน ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2552 ถึง 31 สิงหาคม 2552 ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เมื่อข้อมูล อิ่มตัว (Saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 14 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

จากการที่ผู้วิจัยมีประสบการณ์ถูกเข็มฉีดยาคำมือ แอมป์ยาบาด เลือดของผู้ป่วย HIV positive กระเด็นเข้าตา และติดเชื้อเริ่มจากผู้ป่วยทำให้ผู้วิจัยเป็นโรคสุกใส การได้รับอันตรายดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาล อื่นๆว่ามีประสบการณ์เกี่ยวกับเจ็บป่วย ได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับผลกระทบทางลบด้านร่างกาย และจิตใจซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงานอย่างไร โดยผ่านการเล่าเรื่องจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จริงจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการวางแผนและกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลตติยภูมิ

1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

1.3 ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

2. อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ความหมายอันตรายจากการปฏิบัติงาน

2.2 แนวคิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน

2.3 อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและภาวะวิกฤติของชีวิต

2.5 การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

3.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.3 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

3.4 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger

3.5 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน และเป็นบทบาทที่หลากหลาย
ความหลากหลายที่กล่าวถึงนั้นก่อให้เกิดความแตกต่างกันในรายละเอียดของการปฏิบัติ ซึ่งส่วน
หนึ่งขึ้นกับสถานที่ในการปฏิบัติงาน นั่นคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล
ชุมชนย่อมมีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานและลักษณะงานแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์หรือ
โรงพยาบาลตติยภูมิ บทบาทในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ลักษณะงาน ที่แตกต่างกัน ทำให้
พยาบาลพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานที่แตกต่างกัน นั้นหมายถึงโอกาสในการเกิดอันตราย

จากการปฏิบัติงานย่อมมีความแตกต่างกันด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

1.1 บริบททั่วไปของโรงพยาบาลตติยภูมิ

โรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) มีบุคลากรด้านสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำงานประสานการดูแลผู้ป่วยและรับส่งต่อดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่เฉียบพลัน หรือโรคที่เรื้อรัง ยุ่งยากซับซ้อน หรือมีลักษณะเฉพาะของโรค ที่ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่อง และลักษณะผู้มารับบริการมีความหลากหลายได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีสุขภาพดี กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะผู้ป่วยอาจจะรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการดูแลในระยะสั้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนมาก และผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้มีการใช้เทคโนโลยีก้าวหน้าทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา (สมทรง จุไรทัศน์, 2549) ดังนั้นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจึงเป็นสถานบริการสุขภาพสำหรับให้บริการระดับสูง โดยให้บริการสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย (ทัศนยา บุญทอง, 2543)

นอกจากนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้กำหนดลักษณะงานของโรงพยาบาลตติยภูมิ ดังนี้

1. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) เทศบาลในงานสาธารณสุขพื้นฐาน และสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)

2. งานด้านรักษาพยาบาลและป้องกันโรค บริการลักษณะเฉพาะโรคทุกสาขา

3. งานศึกษา ฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านเทคนิคต่างๆ

4. งานด้านวิจัย ได้แก่ Clinical research , Biomedical research พัฒนาศักยภาพของแพทย์ประจำโรงพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ ในทุกสาขาวิชาในระดับชำนาญเฉพาะโรค

กองการพยาบาล (2542) ได้กล่าวถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลตติยภูมิ ดังนี้

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลทุกสาขาวิชาทางการแพทย์ และฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีรับการรักษาทันทีทางกายและจิต

2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนงานและนโยบายของรัฐบาล ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การอนามัยผู้สูงอายุ การศึกษา รวมทั้งให้บริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการสุขภาพ
3. ให้การสนับสนุนด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ แก่โรงพยาบาลตามที่ระเบียบของทางราชการจะเอื้ออำนวย
4. ให้การสนับสนุนด้านการซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องใช้ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ แก่โรงพยาบาล
5. ศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อให้มีพัฒนาการทางวิชาการในด้านการแพทย์และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
6. ดำเนินการด้านการศึกษาและฝึกอบรมแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ รวมทั้งการจัดห้องสมุดให้มีตำราและเอกสารทางวิชาการให้เพียงพอแก่การสนับสนุนโรงพยาบาลต่างด้วย
7. รวบรวมสถิติข้อมูลต่างๆทางด้านสาธารณสุขและจัดทำเป็นรายงานเสนอศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

สรุป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุข สำหรับการให้บริการระดับสูง โดยให้บริการสุขภาพอนามัยทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย ที่ยุ่งยากซับซ้อน จนถึงขั้นวิกฤติ โดยมีบุคลากรทุกสาขาวิชาการแพทย์ และพยาบาล ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีการใช้เทคโนโลยี และเครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง เพื่อใช้ในการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วย รวมทั้งเป็นสถานศึกษา และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมทางการแพทย์ มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเน้นคุณภาพ รวมทั้งมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างสถานบริการในระดับเดียวกันและต่างระดับ เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข

1.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพพบว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องแสดงบทบาทของตนทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและสังคม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535; สมจิต หนูเจริญกุล, 2537; Mundingger, 1980 อ้างถึงใน คารณี พันธุ์ศรี, 2545)

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540

ซึ่งได้กล่าวถึง บทบาท พยาบาลวิชาชีพว่า เป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำดังนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งจัดการต่อสภาพแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การกระทำตามกำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ในการประเมินสภาพตาม กระบวนการพยาบาล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2540)

นอกจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ ดังกล่าวแล้ว ทศนา บุญทอง และคณะ (2542) ได้ศึกษา การปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลจำนวน 725 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 24 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง สรุป ผลการศึกษาเป็นขอบเขตของ การปฏิบัติงานของพยาบาลใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผลกระทบทันทีที่มีต่อผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยใช้ทักษะการประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหาที่ซับซ้อนและความ ต้องการได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็วทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสัมภาษณ์แนวลึก การตรวจร่างกาย และการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การจัดการกับปัญหาฉุกเฉินและวิกฤติของผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลแรกเสมอในที่มสุขภาพที่เผชิญกับภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วย จึง ต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและตัดสินใจและจัดการกับภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่เกิดขึ้นในขณะเดียวกันให้เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทักษะในการบริหารจัดการและการประสานงาน

3. การจัดการและประสานงานในที่มสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ แก้ไขปัญหาทันที่ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถดูแลตนเอง และ พึ่งพากันได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนและชุมชน พยาบาลในระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ จำเป็นต้องพัฒนาผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

5. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและนวัตกรรมการพยาบาล พยาบาลที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องใช้เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลที่มีความ หลากหลายและซับซ้อน รวมทั้งเสี่ยงต่ออันตรายแก่ผู้รับบริการ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐาน

และนวัตกรรมทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

6. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการตรวจรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสและทางเลือกในการรักษาพยาบาล ตามสิทธิผู้ป่วย 2) จัดการกระทำและเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายของสุขภาพและชีวิตจากการรักษาพยาบาลโดยร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและการทักท้วงยับยั้งเหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย และ 3) การประสานประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายและบริการที่ควรได้รับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

นอกจากการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวแล้ว พยาบาลยังมีหลักธรรมที่นำมาใช้เป็นจรรยาบรรณพยาบาลเพื่อนำมาเป็นมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติที่ถูกต้อง จรรยาบรรณพยาบาลจึงเป็นการแสดงพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ช่วยควบคุมให้พยาบาลทำงานอย่างมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นของสังคมต่อวิชาชีพพยาบาล (Chitty, 2001) สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้นำจรรยาบรรณพยาบาลของสภาพยาบาลนานาชาติมาประยุกต์และประกาศใช้จรรยาบรรณฉบับแรกเมื่อปีพ.ศ.2528 ต่อมาปรับปรุงแก้ไขและประกาศใช้จรรยาบรรณฉบับที่สองเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2546 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546)

1. พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพ

พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชนผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพทั้งต่อปัจเจกบุคคลครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน

2. พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์

พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิตความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์ ช่วยให้ประชาชนดำรงสุขภาพไว้ใน ระดับที่ดีที่สุด ตลอดวงจรของชีวิต นับแต่ปฏิสนธิ ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ภาวะเจ็บป่วย ชราภาพ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

3. พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล

พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคลทั้งในความเป็นมนุษย์ สิทธิในชีวิต และสิทธิ

ในเสรีภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูด การแสดงความคิดเห็น การมีความรู้ การตัดสินใจ ค่านิยมความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนสิทธิในความเป็นเจ้าของ และความเป็นส่วนตัวของบุคคล

4. พยาบาลยึดหลักความยุติธรรม และความเสมอภาคในสังคมมนุษย์

พยาบาลยึดหลักความยุติธรรม และความเสมอภาคในสังคมมนุษย์ ร่วมดำเนินการเพื่อช่วยให้ประชาชนที่ต้องการบริการสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างทั่วถึง และดูแลให้ผู้ใช้บริการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยความเคารพในคุณค่าของชีวิตศักดิ์ศรี และสิทธิในการมีความสุขของบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่จำกัดด้วยชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐฐานะ เพศ วัย กิตติศัพท์ ชื่อเสียง สถานภาพในสังคม และโรคที่เป็น

5. พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ

พยาบาลประกอบวิชาชีพ โดยมุ่งความเป็นเลิศปฏิบัติการพยาบาล โดยมีความรู้ ในการกระทำและสามารถอธิบายเหตุผลได้ในทุกกรณี พัฒนาความรู้ และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง รักษาสมรรถภาพในการทำงาน ประเมินผลงานและประกอบวิชาชีพ ทุกด้านด้วยมาตรฐาน สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

6. พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ

พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ โดยการร่วมมือ ประสานงานอย่างต่อเนื่องกับผู้ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทุกระดับ เพื่อปฏิบัติให้เกิดผลตาม นโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน พึงปฏิบัติหน้าที่ รับมอบหมายงาน และมอบหมายงานอย่างรอบคอบและกระทำการอันควรเพื่อป้องกันอันตรายซึ่งเห็นว่าจะเกิดกับ ผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน โดยการกระทำของผู้ร่วมงาน หรือสภาพแวดล้อม ของการทำงาน หรือในการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง

7. พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล มีคุณธรรมจริยธรรมในการดำรงชีวิตประกอบวิชาชีพด้วยความมั่นคง ในจรรยาบรรณ และเคารพต่อกฎหมายให้บริการที่มีคุณภาพเป็นวิสัย เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชน ร่วมมือพัฒนาวิชาชีพ ให้เจริญก้าวหน้าในสังคมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีมนุษยสัมพันธ์อันดี และร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมทั้งในและนอกวงการสุขภาพ ในระดับ ท้องถิ่น ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

8. พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาลร่วมเป็นผู้นำทางการปฏิบัติการพยาบาลหรือทางการศึกษา ทางการวิจัยหรือทางการบริหาร โดยร่วมในการนำทิศทางนโยบาย และแผนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ พัฒนาความรู้ ทั้งในขั้นเทคนิคการพยาบาลทฤษฎีขั้นพื้นฐาน และศาสตร์ทางการพยาบาล ขั้นลึกซึ่งเฉพาะด้าน ตลอดจนการรวบรวม และเผยแพร่ความรู้ข่าวสารของวิชาชีพ ทั้งนี้ พยาบาลพึงมีบทบาททั้งในระดับรายบุคคล และร่วมมือในระดับสถาบัน องค์กรวิชาชีพ ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

9. พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเองเช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น เคารพตนเอง รักษาความสมดุลมั่นคงของบุคลิกภาพ เคารพในคุณค่าของงานและทำงานด้วยมาตรฐานสูง ทั้งในการดำรงชีวิตส่วนตัว และในการประกอบวิชาชีพในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องเสียสละ หรือประนีประนอม พยาบาลพึงยอมรับในระดับที่สามารถรักษาไว้ซึ่งความเคารพตนเอง ความสมดุลในบุคลิกภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตน เช่นเดียวกับของผู้อื่น ผู้ร่วมงาน ผู้ใช้บริการ และสังคม

กล่าวโดยสรุปบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน โดยมีบทบาทหลักที่สำคัญเน้นการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่หรือช่วยให้อาการต่างๆเลวดีขึ้น โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี เป็นแนวทางให้การบริการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้ดีขึ้น โดยกระทำตามข้อกำหนด การรักษาเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ทำการรักษา บทบาทหน้าที่ยังครอบคลุมไปถึงการสอน การแนะนำการให้คำปรึกษา การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ บทบาทการสื่อสารและผู้ประสานงานกับผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ รวมทั้งด้านศาสนาและวัฒนธรรม การจัดการกับสภาพแวดล้อม การเฝ้าระวังโรคและการติดตาม รวมทั้งการเป็นผู้นำ และการจัดการระบบบริหารการพยาบาลของระบบสุขภาพ ตลอดจนการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่างๆ โดยบทบาทดังกล่าวต้องอาศัยหลักการทาง วิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพตามกระบวนการพยาบาล ควบคู่ไปกับการนำจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นมาตรฐานในการประพฤติปฏิบัติที่ถูกต้อง

1.3 ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่าลักษณะงานพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานเน้นการดูแลแบบองค์รวมซึ่งต้องมองเป็นแบบบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่มี

ความซับซ้อน เป็นการผสมผสานการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสังเกต การดูแล การสอน การให้คำแนะนำปรึกษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในบริบทของการปฏิบัติงาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) เป็นงานที่ต้องดูแลผู้เจ็บป่วยจำนวนมากทั้งที่เป็นโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (จุฑาทวี กลิ่นเฟื่อง, 2543) เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องหมุนเวียนเปลี่ยนผลัด เช้า – บ่าย – ดึก ด้วยความรับผิดชอบและคงไว้ซึ่งสภาพที่ดีของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำทฤษฎีและมาตรฐานทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติการดูแลผู้รับบริการ ประเมินผลการให้การดูแลรักษาพยาบาล และวางแผนการดูแลรักษาพยาบาล โดยการส่งต่อการดูแลและการรักษาให้ทีมสุขภาพ ในการปฏิบัติการพยาบาลการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำให้ผู้ป่วย ถือเป็นงานหนึ่งของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้มารับบริการเพื่อให้เกิดความสุขสบาย นอกจากนี้ ลักษณะงานของพยาบาลยังเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเครียด จากการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะ และความเร่งรีบ รวมทั้งการเผชิญกับการตายและความสิ้นหวังของผู้มารับบริการ ความเครียดยังรวมไปถึงความขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน และความขัดแย้งกับแพทย์ ความเครียดยิ่งเพิ่มมากขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับภาระงานหนัก สอดคล้องกับ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ คณะ (2549) ศึกษาภาวะสุขภาพพยาบาล และมาตรฐานการบริการพยาบาลโดยวิธีการสำรวจใช้กรณีตัวอย่างในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือแบ่งการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง พบว่า มีการขาดแคลนด้านอัตรากำลัง และด้านสภาพการทำงานของพยาบาล พบการทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดมีจำนวนชั่วโมงการทำงานมากที่สุด ทำให้พยาบาลบางคนเหลือวันพักผ่อนน้อย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาล พบพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด มีปัญหาสุขภาพสูงมากที่สุด ภาวะสุขภาพดังกล่าว มีผลต่อหน่วยงานและโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 77.87 ได้แก่การทำให้ขาดอัตรากำลัง ร้อยละ 34.43 ลาป่วย/เจ็บป่วย ร้อยละ 4.10 ลาออก/โอนย้าย/ย้ายหน่วยงาน ร้อยละ 4.10 มีข้อจำกัดในการทำงานขึ้นเวรป่วย/ดึกไม่ได้ ร้อยละ 2.95 ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงร้อยละ 1.48 ผู้ร่วมงานรับภาระมากขึ้น ร้อยละ 10.98 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 49.51 เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่น โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จากข้อมูลทางสถิติดังกล่าว พบว่าอันตรายจากการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาออกจากวิชาชีพพยาบาล นอกจากสถิติภาวะสุขภาพพยาบาล ที่กล่าวมาแล้วนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลตติยภูมิยังมีลักษณะการจัดระบบบริการพยาบาลเป็นทีมหรือที่

เรียกว่า ทีมการพยาบาล (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) ทีมพยาบาลประกอบไปด้วยหัวหน้าทีม สมาชิกทีม กระบวนการทำงาน องค์ประกอบของทีม หัวหน้าหอผู้ป่วยและบริบทขององค์กร จะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพนั้น เป็นส่วนประกอบหนึ่งของทีมพยาบาลโดยได้รับตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรู้ความสามารถที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้น การเผชิญกับความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541: 67-68) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลดังนี้

1. พยาบาลหัวหน้าทีม (Team leader) มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- 1.1 รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดภายในทีม
- 1.2 เป็นผู้นำทีมการพยาบาลโดยใช้ทักษะการจูงใจโน้มน้าวให้ผู้ร่วมงานกระตือรือร้นที่จะทำงานให้ได้ผลดี และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3 ปลุกฝังให้สมาชิกมีความรู้สึกในการเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในทีม ให้กำลังใจแก่สมาชิกเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในการทำงาน และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- 1.4 ชี้แจงเป้าหมายของการปฏิบัติงานแก่สมาชิกในทีมการพยาบาล
- 1.5 วางแผนและมอบหมายงานให้สมาชิกในทีมตามความรู้ความสามารถ และเป็นลายลักษณ์อักษร เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อข้องใจ คอยแนะนำเพิ่มเติมตามความเหมาะสมรวมทั้งพัฒนาแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ โดยการประชุมปรึกษาก่อน และหลังให้การพยาบาล
- 1.6 เป็นผู้นำทีมในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล หัวหน้าทีมต้องใช้เวลา สถานที่ และวัตถุประสงค์ของการประชุมให้สมาชิกทุกคนรับทราบล่วงหน้า ขณะประชุมกระตุ้นให้สมาชิกร่วมอภิปราย และแสดงความคิดเห็น หลังการประชุมสรุปประเด็นสำคัญให้สมาชิกทุกคนรับทราบเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 1.7 ประสานงานกับแพทย์ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
- 1.8 นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2. สมาชิกทีม (Team member)

- 2.1 รับผิดชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม ในขณะที่เดียวกันต้องรับผิดชอบต่อผู้รับบริการคนอื่นที่อยู่ในทีมด้วย
- 2.2 ให้ความร่วมมือและประสานงานกับหัวหน้าทีมและสมาชิกในทีมคนอื่น ๆ
- 2.3 ร่วมแสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกร่วมทีมในขณะที่ประชุมปรึกษาทางการพยาบาล มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการให้การ

พยาบาลตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ยอมรับความคิดเห็น คำแนะนำ และความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้ร่วมทีม และหัวหน้าทีม

2.4 วางแผนการพยาบาลและเขียนแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ได้ถูกต้องครบถ้วน โดยมีหัวหน้าทีมเป็นที่ปรึกษา

2.5 ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

2.6 ให้ความช่วยเหลือผู้ร่วมทีมเมื่อผู้ร่วมทีมเกิดปัญหา ทั้งทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลและวิชาการ

นอกจากบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ดังกล่าวแล้วนั้น สภาพการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิในปัจจุบันมีกิจกรรมในการปฏิบัติงานดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลด้านการดูแลรักษาพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีศักยภาพในการรับผู้ป่วยจำนวนมากทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ และมีอาการเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อน ในการรักษาพยาบาลต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือมาก และมีความจำเป็นต้องนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องไตเทียม การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม การใช้เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น จากลักษณะดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมากรวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากขึ้นทำให้มีปริมาณงานที่มากขึ้นตามลำดับ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การขึ้นปฏิบัติงานก่อนเวลา โดยเริ่มจากการตรวจสภาพแวดล้อมและตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือในรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้ จากนั้นร่วมประชุมรับส่งอาการของผู้ป่วยก่อนการปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามบทบาทหน้าที่อิสระได้แก่ การตรวจสอบสัญญาณชีพ การบันทึกจำนวนสารน้ำที่ให้แก่ผู้ป่วย และหลายหน่วยงานในโรงพยาบาลตติยภูมิจะมีผู้ป่วยที่ต้องตรวจและประเมินอาการพิเศษ เช่น การติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด การประเมินและติดตามการเกิดภาวะสมองบวม ซึ่งนอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังมีการใส่สายและอุปกรณ์เครื่องมือเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย เช่น การใส่สายเข้าไปใน Central venous , Pulmonary artery, Periperal artery การใส่เครื่องมือเข้าไปใน Intracranial การใช้ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายอุปกรณ์ต่างๆและให้สุขสบายปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีความรู้ในการใช้อุปกรณ์ และใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์และเทคโนโลยีดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นต้น

กิจกรรมการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการใส่สายอุปกรณ์ต่างๆเข้าสู่ร่างกาย ดังกล่าวสามารถส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่พยาบาลวิชาชีพได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ดังกล่าวมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความคาดหวังในการรักษาสูง มีความต้องการการดูแลมากเป็นพิเศษทำให้พยาบาลเกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และผู้ป่วยดังกล่าวมักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลอย่างสมบูรณ์ การทำกิจกรรมดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การจับถ่ายการทำกิจกรรมดังกล่าวจึงต้องอาศัยการยกเคลื่อนย้าย การจัดท่าทางให้เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ให้การพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่ถึงอิสระ เช่น การร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ส่วนการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่ไม่มีอิสระ เป็นการปฏิบัติงานที่ต้องขึ้นอยู่กับคำสั่งใจของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการรักษา การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจะสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา เช่น การเตรียมตรวจวินิจฉัย การให้ยา การเตรียมผ่าตัด การเตรียมและการเจาะเลือดส่งตรวจ การให้สารอาหารและสารละลายทางหลอดเลือดดำ และการช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการขั้นสูงต่างๆ กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตรายจากการทำงานสูงในด้านการสัมผัสกับเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วนั้น ยังมีกิจกรรมด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ การทักทาย การปลอบโยน การมีปฏิสัมพันธ์อื่นๆ การสร้างสัมพันธภาพ การรับฟังปัญหา การสอน การให้คำปรึกษาทั้งภายในหอผู้ป่วยและทางโทรศัพท์ การอยู่เป็นเพื่อน การประสานงานในทีมสุขภาพ และแผนกต่างๆของโรงพยาบาล แทรกและดำเนินอยู่ตลอดเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งยังมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประชุมกลุ่มปรึกษาวางแผนก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละวัน การรับใหม่รับย้าย การจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจ และการบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติทั้งหมดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล และแบบฟอร์มอื่นๆตามระเบียบปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลด้านบริหารจัดการ เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นและมีความเกี่ยวข้องต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลยิ่งขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ประสานงานและจัดการภายในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมด้านการบริหารจัดการนี้เป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่หน้างานโดยตรง กิจกรรมบริหารจัดการของพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิได้แก่ การจัดการสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การจัดการด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้ ต้องจัดการด้านระบบการตรวจสอบและระยะเวลาการใช้งาน การส่งซ่อมอุปกรณ์ต่างๆที่ชำรุดเสียหาย การจัดการด้านบุคลากรการมอบหมายงาน การนิเทศงาน และการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่างๆภายใต้สายการบังคับบัญชา รวมทั้งการมอบหมายงานและนิเทศงานแก่บุคลากรหน่วยแม่บ้าน หน่วยทำความสะอาด และหน่วยบริการผู้ป่วยซึ่งมาเกี่ยวข้องกับระบบการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆซึ่งมีส่วนสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้แก่ การประสานงานกับหน่วยประกันสุขภาพ หน่วยประกันสังคม หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายธุรการและการเงิน เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังมีบทบาทในด้านงานธุรการได้แก่ การบันทึกรวบรวมจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ การเขียนใบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเรียงเอกสารในแฟ้มประวัติผู้ป่วย การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแฟ้มประวัติผู้ป่วยหลังจำหน่าย

กิจกรรมพยาบาลด้านการพัฒนาคุณภาพ ในปัจจุบันเป็นช่วงที่มีการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิผู้บริหารมีความตื่นตัวและมีนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างชัดเจน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิจึงมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น งานพัฒนาคุณภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพได้แก่ การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาล การจัดการความเสี่ยง การพัฒนาระบบการบริหารยา การพัฒนาขีดความสามารถทางการพยาบาล การจัดการความรู้ การประเมินหน่วยงาน เป็นต้น โดยกิจกรรมพัฒนาคุณภาพดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพต้องดำเนินการให้เป็นรูปธรรม มีการดำเนินงานทั้งในขณะปฏิบัติงานพยาบาลภายในหอผู้ป่วย และการจัดประชุมภายหลังการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีการส่งอบรมนอกสถานที่ นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายงานด้านการพัฒนาคุณภาพให้พยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัตินอกเหนือเวลาปฏิบัติงานด้วย มีการประชุมร่วมกับทีมสหสาขา ทำให้เวลาในการพักผ่อนที่แท้จริงของพยาบาลลดลงมีผลต่อสุขภาพและการปฏิบัติงาน

กิจกรรมด้านวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิมีหน้าที่รับผิดชอบด้านงานวิชาการ ทั้งกิจกรรมภายในหอผู้ป่วยและระหว่างหน่วยงาน โดยมีการกำหนดการนำเสนองานด้านวิชาการของแต่ละคนภายในหน่วยงาน มีการทำงานวิชาการร่วมกับทีมสุขภาพ เช่นการทำ Journal club การร่วมประชุม Death conference การทำงานวิจัยทางการพยาบาล การทำงานวิจัยร่วมกับทีมสหสาขา ซึ่งกิจกรรมวิชาการดังกล่าวหน่วยงานยังไม่สามารถให้การสนับสนุนในเรื่องของเวลาได้ครบถ้วน ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาส่วนตัวในการร่วมกิจกรรมต่างๆตามการมอบหมายงาน ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพเป็นต้น

กล่าวโดยสรุปลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติการของพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติการ การบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพ และวิชาการ โดยมีการใช้ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขั้นสูง การจัดการกับปัญหาฉุกเฉินและวิกฤติของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทักษะการบริหารจัดการและประสานงานในทีมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองและพึ่งพากันอย่างเหมาะสมกับวิถีของตนและชุมชน การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและนวัตกรรม ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยลักษณะงานที่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพดังกล่าวจะเห็นว่าเป็นภาระงานที่หนักมากสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีหลายกิจกรรมสามารถทำให้เกิดความเครียดและผลกระทบต่อสุขภาพแก่พยาบาลวิชาชีพดังได้กล่าวไว้ข้างต้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีโอกาสได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ซึ่งลักษณะของอันตรายในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งงานและหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงาน

2. อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การทำงานเป็นภารกิจสำคัญของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ทำให้เกิดรายได้ และแสดงถึงความสามารถของบุคคลให้เป็นที่ยอมรับ แม้ว่าการทำงานทำให้เกิดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต แต่ในขณะเดียวกันการทำงานก็นำมาซึ่งความเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ได้ (พิมพ์พรธม ศิลปสุวรรณ, 2548) ดังเช่นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงานได้ เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเป็นจำนวนมากทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ เป็นงานหนัก ต้องลงมือปฏิบัติ โดยใช้แรงงาน ความรู้และความสามารถทางวิชาการ ต้องอดทนอยู่เวรป่วย เหวดึก มีการเปลี่ยนแปลงเวลาพักผ่อนนอนหลับอยู่เสมอ อันเป็นการคุกคามต่อชีวภาพของร่างกาย ทำให้สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทรุดโทรม มี

โอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย มีความเครียดสูง สิ่งดังกล่าวข้างต้นถือเป็นอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีผู้ให้ความหมายอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพไว้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงหาความหมาย “อันตราย” ที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรในโรงพยาบาล และความหมายของ “การปฏิบัติงาน” มากำหนดเป็นความหมายของ “อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ” ดังนี้

2.1 ความหมายอันตรายจากการปฏิบัติงาน

ความหมายอันตราย (Hazard)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า “อันตราย” หมายถึง เหตุที่อาจทำให้ถึงแก่ความตายหรือพิบัติ ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Hazard” แปลว่า อันตราย ความเสี่ยง สิ่งที่เป็นอันตราย สิ่งที่ทำให้เกิดความลำบากหรืออุบัติเหตุ

พิมม์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) “อันตราย” หมายถึงสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน ความเสียหายต่อทรัพย์สิน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สาธารณชน หรือสิ่งต่างๆเหล่านี้ร่วมกัน

วิฑูรย์ สิมะ โชคดี และ วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2548) กล่าวว่า อุบัติเหตุหมายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งก่อให้เกิดอันตราย การบาดเจ็บ พิการ หรือตาย และทำให้ทรัพย์สินได้รับความเสียหาย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550) “อันตราย” เป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่อยู่ ในสถานที่ทำงานที่มีศักยภาพก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพหรือการบาดเจ็บ สิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น สารเคมีที่ใช้ในการฆ่าเชื้อโรค รังสีที่ใช้ในการตรวจ/รักษาผู้ป่วย เสียงดังที่เกิดขึ้นในแผนกซักฟอก เป็นต้น

The Government of Ontario (2002) ให้ความหมาย “อันตราย” คือทุกสิ่งที่สามารถคุกคามและทำให้ได้รับความเจ็บป่วยได้

จากความหมายของอันตรายข้างต้นจะเห็นว่ามีความครอบคลุมในเรื่องของความเสียหายด้วย ดังนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลไว้ดังนี้

Kirk (1986) ให้ความหมายว่า ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่พบได้จากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีผลให้เกิดการสูญเสียมากกว่าข้อจำกัดปกติของการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

Di Benedetto (1995) ให้ความหมาย ภาวะเสี่ยงของบุคลากรทีมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง สถานการณ์ใด ๆ ในการปฏิบัติงานที่ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสจะได้รับอันตราย ได้รับความเจ็บ หรือเกิดการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน

สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล (2544) พิจารณามุมมองของผู้ที่มีโอกาสได้รับความเสี่ยงในโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มารับบริการ โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่หรือพนักงานในโรงพยาบาล เอง โดยความเสี่ยงที่เกิดกับพนักงานในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ 1) ความเสี่ยง ด้านกายภาพ (Physical Risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นต้น 2) ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (Emotional Risk) เช่น ความรู้สึกอับอาย เสียหน้า หรือไม่เป็นที่ยอมรับ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ 3) ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย 4) ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เช่น การได้รับการปฏิบัติที่ผิดแบบบัญญัติทางศาสนา หรือความเชื่อ เป็นต้น

อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2542) กล่าวถึง ความเสี่ยงในโรงพยาบาลว่า มีลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) การถูกทำร้ายหรือบาดเจ็บ ซึ่งรวมรวมถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของ อวัยวะ การถูกกักขัง แกล้ง การรบกวน 2) เหตุร้าย อันตราย ภาวะยากลำบาก 3) การคุกคามก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง 4) ความไม่แน่นอน สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น น่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ 5) การถูกเปิดเผย ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยทางกายภาพ การเผยแพร่ความลับ และการแปรความผิดพลาด

สิริเกศ สวัสดิ์วัฒนากุล (2551) ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ สามารถจำแนกได้ 7 ประการ ได้แก่ 1) การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน 3) การสูญเสียรายได้ ทำให้เกิดการชะงักงันใน การลงทุนพัฒนา และการดำเนินการ 4) ความสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่ใช้บริการในโรงพยาบาล 5) การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ ทำให้ขาดกำลังคนในการปฏิบัติงาน หรือ ต้องลงทุนเพื่อทดแทน 6) การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา 7) ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

สรุปได้ว่า อันตราย จึงหมายถึงความเสี่ยง คือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ทำให้เกิดความลำบาก อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ เสียหาย อันตรายและสูญเสียทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม

ความหมายการปฏิบัติงาน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมาย “การปฏิบัติ” คือ การดำเนินงานไปตามระเบียบ แบบแผนการกระทำ เพื่อให้เกิดความชำนาญ

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมาย “งาน” คือสิ่งที่ต้องทำ
หน้าที่

สรุป การปฏิบัติงาน หมายถึง การดำเนินงานไปตามระเบียบ วิธีการ กฎเกณฑ์ ทฤษฎี ได้อย่างถูกต้อง ตามหน้าที่

เมื่อนำคำสองคำดังกล่าวมารวมกันเป็น “อันตรายจากการปฏิบัติงาน” มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นดังนี้

สมถวิล เมืองพระ (2537) ได้ให้ความหมายของคำว่าอันตรายจากการทำงาน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังปฏิบัติงาน ทั้งจากตัวบุคคลและสถานะอื่นๆ ทำให้เกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย จนถึงพิการทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต หรือมีผลต่อจิตใจ หรือพฤติกรรม ก่อให้เกิดการหยุดชะงักในกระบวนการทำงาน

สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (2542) กล่าวถึงอันตรายจากการปฏิบัติงานที่มีสาเหตุมาจากความเครียดว่า เป็นสิ่งกระตุ้นที่คุกคามสวัสดิภาพทางกาย ทางใจ ของบุคคลที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง เบื่ออาหารหรือบริโภคอาหารมากเกินไป สูบบุหรี่จัด ดื่มเหล้ามาก ใช้สารเสพติด เป็นต้น

ดังนั้น อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความเสี่ยง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ทำให้เกิดความลำบาก อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ เสียหาย อันตรายและสูญเสียทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม ซึ่งเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

2.2 แนวคิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน

Di Benedetto (1995) กล่าวว่าในการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ และหากภาวะเสี่ยงไม่ได้รับการจัดการที่ดี จะทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสได้รับอันตราย หรือการบาดเจ็บและการสูญเสียที่แตกต่างกันไป สำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงทั้ง ในการปฏิบัติงาน โดยมีโอกาสได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บดังนี้

1.ภาวะเสี่ยงทางกายภาพ (Physical risk) เป็น โอกาสที่บุคลากรจะได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน อันเนื่องจากลักษณะของตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง

สภาพแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้ กระแสไฟฟ้า แสง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในท่อหรือ ภาชนะที่มีความดัน และรังสีขนาดต่าง ๆ ในหน่วยงาน ซึ่งอันตรายหรือการบาดเจ็บ อาจเกิดขึ้นจากการโดนของมีคมบาด การลื่นหกล้ม การเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือผู้ป่วย ไฟฟ้าดูด เป็นต้น ซึ่งการได้รับอันตรายทางกายภาพนี้ในบางสถานการณ์อาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่นการถูกไฟฟ้าดูด

กรเกียรติ วงศ์ไพศาลสิน (2548) กล่าวว่า มีการศึกษาถึงการตอบสนอง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อกระแสไฟฟ้าในปริมาณต่าง ๆ กัน การตอบสนองเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นกับปริมาณกระแสไฟฟ้าที่เข้าสู่ร่างกาย เช่นได้รับกระแสไฟฟ้าในระดับ 5-20 มิลลิแอมแปร์จะเกิดอาการกระตุกของกล้ามเนื้อลาย หากเมื่อมีการสัมผัสอุปกรณ์ที่มีกระแสไฟฟ้ารั่ว ก็ยังสามารถดึงส่วนที่สัมผัสออกได้ ทำให้เกิดความรุนแรงและการบาดเจ็บไม่มาก แต่ถ้าได้รับกระแสไฟฟ้ามากกว่า 20 มิลลิแอมแปร์จะทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ไม่สามารถดึงมือหรือส่วนที่สัมผัสออกจากแหล่งกำเนิดไฟฟ้าได้ การบาดเจ็บจะรุนแรงมากขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ โดยการตอบสนองของร่างกายมีตั้งแต่่น้อยไปมากดังนี้ คือ ความรู้สึกเหมือนถูกของแหลมทิ่ม, กล้ามเนื้อลายกระตุก, กล้ามเนื้อลายหดเกร็ง หดสติ, หัวใจเต้นผิดปกติ, กล้ามเนื้อหัวใจหดเกร็ง หยุดหายใจ (Casini , 1998, Cooper, 1995, Bernstein, 1994 อ้างถึงในกรเกียรติ วงศ์ไพศาลสิน, 2548)

2. ภาวะเสี่ยงทางด้านชีวภาพ (Biological risk) เป็นภาวะเสี่ยงที่บุคลากรจะได้รับอันตรายจากการได้รับเชื้อชนิดต่าง ๆ เช่นไวรัสตับอักเสบบี เชื้อเอชไอวี เชื้อรา และเชื้อวัณโรคปอด โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ เป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์

3. ภาวะเสี่ยงจากสารเคมี (Chemical risk) เป็น โอกาสที่บุคลากรจะได้รับอันตรายจากสารเคมี โดยการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมผ่านทางเดินหายใจ การได้รับสารเคมีโดยผ่านทางเดินอาหาร หรือจากอุบัติเหตุ เช่น โคนเข็มตำ สารเคมีเหล่านี้ ได้แก่ ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์

4.ภาวะเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือจิตสังคม (Psychological or psychosocial risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับอันตรายต่อจิตใจจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจาและการกระทำ และการปฏิบัติงานยามวิกาล โดยความเครียดเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นได้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน

5.ภาวะเสี่ยงทางพันธุกรรม (Reproductive) เป็น โอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับอันตรายต่อระบบการสืบพันธุ์ในระยะยาวจากรังสี สารเคมีบำบัด บุคลากรจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นหมัน เกิดความผิดปกติของยีนส์ โครโมโซม ส่วนบุคลากรสตรีที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะเกิดการแท้งบุตร เด็กมีความพิการแต่กำเนิด เด็กมีน้ำหนักน้อย เป็นต้น

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) กล่าวว่า อันตรายหรือความสูญเสีย หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นจากภาวะเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล ซึ่งความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้มี 7 ประการ ที่สำคัญ ได้แก่

1. ความสูญเสียเกี่ยวกับเวลาหรือชีวิตที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้รับบริการของโรงพยาบาล

2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและการสนับสนุนจากชุมชน

3. การสูญเสียรายได้ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนา และการดำเนินงานไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือจากผู้ป่วยโดยตรง

4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สินซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีภาวะเสี่ยงในที่นี้หมายถึง ทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วยและครอบครัว และเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจในโรงพยาบาล

5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือที่ต้องลงทุนสูงจากการบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ นั่นหมายถึง ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา

7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อย หรือมหาศาล

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) กล่าวว่า การทำงานอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงทั้งร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ โดยทั่วไปโรคจากการทำงาน หมายถึง การเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการทำงานหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ จนเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วย มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการในกระบวนการทำงานได้แก่

1) ด้านกายภาพ เช่น ความร้อน แสง เสียง การสั่นสะเทือน ความกดดัน บรรยากาศที่ไม่เหมาะสม

2) ด้านชีวเคมี เช่น ก๊าซ ไอ ฝุ่น คาร์บอน ละเอียดของสารเคมี

3) ด้านชีวภาพ การสัมผัสหรือได้รับสารจุลินทรีย์ชนิดต่างๆ เช่น เชื้อแบคทีเรีย พาราสิต เชื้อไวรัส และเชื้อโรคอื่นๆ

4) เออร์گونอมิกส์และจิตวิทยาสังคม ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน มี

สาเหตุจากสภาพงานที่ไม่เหมาะสม เช่นทำงาน ซ้ำซากต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ งานที่หนักเกินไป ความเสี่ยงเหล่านี้ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและโรค ทั้งในส่วนที่เป็นโรคจากการติดเชื้อ และโรคไร้เชื้อ การบาดเจ็บ และการได้รับอันตรายนั้นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆในร่างกายมากเกินไปหรือซ้ำซาก

จากแนวคิดของ Di Benedetto, อนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำมาสรุปเป็นแนวคิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน มี 6 ประการได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านจิตใจหรือจิตสังคม ด้านพันธุกรรม และ ด้านเออร์กอนอมีคส์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ด้านกายภาพ การปฏิบัติงานที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ของมีคม และเกี่ยวข้องกับสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุ นอกจากนี้จากการสัมผัสกับน้ำร้อน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ความเสี่ยงด้านกายภาพในการปฏิบัติทำให้เกิดอุบัติเหตุ และส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ลื่นหกล้ม ไฟฟ้าช็อต

2) ด้านชีวภาพ การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งผู้ป่วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ส่งผลให้พยาบาลมีโอกาสสัมผัส และติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย เช่น จากการศึกษาของ โอภาสการย์กวินพงศ์ (2546) พบว่าบุคลากรที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยมากมีอัตราการป่วยมากกว่าบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยน้อย และพยาบาลวิชาชีพป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด จากการสัมผัสเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย และจากการสัมผัสกับน้ำร้อน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ภาวะเสี่ยงทางด้านชีวภาพเพิ่มเติมว่ามีความเสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ รวมถึงการขาดอัตราการล้างขึ้นปฏิบัติงานทุกเวร ทั้งเวร เช้า บ่าย ดึก ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องทำงานล่วงเวลา ส่งผลให้พยาบาลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลียจึงเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย

3) ด้านสารเคมี Flodin et al. (2003) ศึกษาโรคทางปลายประสาทในพยาบาลที่สัมผัสสารเคมีที่ใช้ดมยาสลบ (Multiple sclerosis in nurse anaesthetists) ผลการศึกษาพบมีการเพิ่มขึ้นของอัตราส่วนในการเกิดโรคดังกล่าวในพยาบาลที่สัมผัสสารเคมีที่ใช้ดมยาสลบ สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในการศึกษาน้ำร้อนโดยสัมผัสกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากสารเคมี เช่น ความเสี่ยงจากการให้เคมีบำบัด หรือสารเคมีต่าง ๆ รวมทั้งรังสีแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้การตรวจสุขภาพในปัจจุบันพบเม็ดเลือดขาวมีแนวโน้มต่ำลงและมีอาการผมร่วง

4) ด้านจิตใจหรือจิตสังคม การปฏิบัติงานที่ต้องหมุนเวียนปลัดเปลี่ยนส่งผลให้สุขภาพเสื่อมโทรม เช่น การศึกษาของ สุทธิพร บุญมาก (2544) พบว่าพยาบาลที่ทำงานเวรดึกจะ

มีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานตอนกลางวันและใช้เวลาพักผ่อนในตอนกลางคืน โดยผู้ที่นอนหลับตอนกลางวัน จะมีชั่วโมงของการนอนหลับลดลง 2 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ingre (2003) ศึกษาผลกระทบของการทำงานต่อเนื่องในเวลากลางคืน ในช่วงชีวิตการทำงานส่งผลต่อสภาพร่างกายและการนอนหลับ ผลการศึกษาพบคนที่ทำงานกลางคืนมีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แย่งสูงมากกว่าผู้ที่ทำงานกลางวัน และมีปัญหาด้านผิดปกติของการนอนหลับสูงมากกว่า กรณีดังกล่าวถือว่าเป็นความเสี่ยงด้านจิตใจและสังคมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาล นอกจากนี้ ศิริพร วิญญูรัตน์ (2543) ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ พบว่า ความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง Yunyan Xianyu และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดในสถานที่ทำงาน, วิธีการแก้ปัญหา และสุขภาพจิตของพยาบาล หัวหน้าในประเทศจีน พบว่าปริมาณงานที่มากเกินไป ความตายและสิ้นหวัง ความขัดแย้งกับแพทย์ซึ่งมีอำนาจเหนือกว่า สิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งกำเนิดของความเครียดในสถานที่ทำงาน ซึ่งการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน คือ ใช้การพบทวนการประเมินผลเชิงบวก วางแผนแก้ปัญหา, ควบคุมตนเอง คະแนนสุขภาพจิตของพยาบาล พบว่า มีระดับต่ำกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้ และจากการสัมภาษณ์นักร้อง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงอันตรายด้านจิตใจและจิตสังคมเพิ่มเติมในด้านของ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

5) ด้านพันธุกรรม ในการศึกษาของ Oaklad environment group (Erin Allday, 2007) กล่าวว่า สารเคมีหลายชนิดที่ถูกใช้ในโรงพยาบาล เพื่อทำความสะอาด และเพื่อรักษาผู้ป่วย อาจเป็นอันตรายต่อพยาบาลซึ่งเป็นผู้สัมผัสสารเคมีต่าง ๆ โดยภาระหน้าที่ของงานนั้น ในระยะยาวมีผลต่อสุขภาพของพยาบาลและผลต่อเด็กในครรภ์ ในความเป็นจริงพยาบาลเกือบทั้งหมด ไม่รู้ว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานของพวกเขาเป็นอันตราย จากการทำงานของพยาบาลพบการสัมผัสกับสารเคมี 11 รายการ ซึ่งเป็นสารเคมีทั่วไป ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ก๊าซที่ใช้ในการดมยา, น้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ล้างมือ, น้ำยาทำความสะอาด, กาว, ยาเคมีบำบัด, ยาต้านไวรัส, สิ่งที่บรรจุปรอท ผลิตภัณฑ์ดูแลส่วนบุคคล เช่น แชมพู, สบู่ และสารเคมีที่ใช้ในการทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อจากการสำรวจ พบว่า พยาบาลมีการสัมผัสอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และสารเคมีดังกล่าว เพิ่มอัตราการเกิดมะเร็ง, หอบหืด, พยาบาลที่ตั้งครรภ์ และสัมผัสกับสารเคมีในปริมาณมาก เด็กในครรภ์มีโอกาสพิการสูงกว่า พยาบาลที่ไม่ได้สัมผัสสารเคมี นอกจากนี้ การสัมผัสสารเคมีมีผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตของกระดูก และกล้ามเนื้อของเด็กในหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลที่สัมผัสกับสารทำ

ความสะอาดปราศจากเชื้อและก๊าซยาเสพติด 7 – 9 ครั้ง/สัปดาห์ เด็กในครรภ์มีโอกาส กระจกและกล้ามเนื้อพิการสูงกว่า พยาบาลที่ไม่สัมผัสสารเคมีดังกล่าว

6) ภาวะเสี่ยงด้านเออร์گونอมิกส์ งานของพยาบาลเป็นงานที่ต้องยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยเฉพาะการยกที่เกินกำลังของพยาบาล รวมทั้งการการขาดอุปกรณ์และบุคลากรช่วยเคลื่อนย้ายทำให้พยาบาลมีโอกาสเกิดอาการปวดตามร่างกาย เช่น สุนทร วงศ์ชนกิจ และคณะ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี พบว่า พยาบาลร้อยละ 71.0 มีอาการปวดหลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราสูงของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 47.6 พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกรัตน์ โภคสวัสดิ์ และคณะ (2550) ศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลัง บริเวณกระเบนเหน็บในกลุ่มอาชีพบริการทั้งหมด 12 อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีเปอร์เซ็นต์ของการปวดหลังสูงเป็นอันดับที่ 2 ซึ่งสูงถึง 85% ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าระดับอาการปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ ได้แก่ อายุตัว อายุงาน ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ช่วงเวลาในการพักอิริยาบถในการทำงาน การเอี้ยวหรือบิดตัวและการก้มขณะทำงาน และน้ำหนักของภาระที่ยก รวมทั้งมีการศึกษาพบว่าการทำงานหนักเกินกำลังส่งผลต่อการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและกระดูกของร่างกายรวมทั้งการสิ้นสละเทือนของร่างกายยังเป็นปัจจัยเสริมทำให้อาการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น (Yingu et.al, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาทางกระดูกและกล้ามเนื้อ คอ ไหล่ และหลัง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ มีการสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเจ็บป่วย กระดูก และกล้ามเนื้อ ในระดับที่สูง จากการศึกษาพบอาการทางกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างน้อย 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ระดับความเจ็บปวดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้ต้องไปพบแพทย์, หยุดงาน, ลดหรือเปลี่ยนแปลงการทำงาน, ไม่สามารถทำกิจกรรมในการทำงานได้ ต้องใช้ยา รวมทั้งเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ พบพยาบาลที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีอาการปวดคอ ไหล่ และหลัง คิดเป็น 45.8, 35.1 และ 47.0% ตามลำดับ (Trinkoff, 2002) สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่อง พบว่าพยาบาลมีการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ ข้อมือข้อศอกมีการอักเสบเรื้อรัง ปวดหลังปวดเข่า เนื่องจากการจัดท่านอนให้ผู้ป่วย การหมุนเตียงที่ต้องใช้การทำงานของแขน ข้อมือ และเข่า ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาลดังกล่าว

จากที่กล่าวข้างต้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ โดยไม่สามารถคาดการณ์ ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม อันมีสาเหตุมาจาก การทำงานตามหน้าที่

ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามการหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน สามารถลด ความรุนแรงและความสูญเสียรวมทั้งสามารถลดจำนวนครั้งของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

2.3 อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับอันตรายจากการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้

สุจิตรา เอี่ยมสอาด (2538) ศึกษาการถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดจากการให้ การพยาบาล ของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 336 คน เก็บ ข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2537 พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลถูกเข็มตำหรือของมีคม บาด จำนวน 36 คน โดยอุบัติเหตุที่เกิดส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 72.22 กิจกรรมการ พยาบาลทางการพยาบาลที่ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดส่วนมากคือการ ฉีดยาร้อยละ 40.91

ทองสุกร บุญเกิด (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการ ความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 210 คน พบว่าการปรับตัวภายหลังถูกทำ ร้ายของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน ระดับดี และรายด้าน พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ อยู่ใน ระดับดี การอบรมการป้องกันตัวและการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างาน มี ความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ การจัดการกับความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานสามารถทำนายการปรับตัวภายหลังถูก ทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 29.9

หัตถดาว นิยภาส (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับ ความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 760 คน ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัด เชียงราย ทำการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 พบว่าบุคลากร ทางการพยาบาลร้อยละ 81.3 มีประสบการณ์การถูกทำรุนแรงทางวาจาและ ร้อยละ 4.2 มี ประสบการณ์ การถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน ลักษณะความ รุนแรงทางวาจาที่พบมากที่สุด เป็นการใช้น้ำเสียงแสดงความโกรธ หรือก้าวร้าว ร้อยละ 63.4 ลักษณะของความรุนแรงทางร่างกายที่พบเป็นการผลักดัน ดึง ลาก กระชากร้อยละ 53.2 โดยการ กระทำรุนแรงทางวาจาเกิดจากญาติผู้ป่วยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.3 ส่วนการกระทำรุนแรงทาง ภายเกิดจากผู้ป่วยร้อยละ 43.8 การจัดการกับความรุนแรงทางวาจาใช้วิธีพูดระบายให้เพื่อน ร่วมงานฟังมากที่สุด ร้อยละ 63.2 รองลงมาเป็นการพูดคุยปกติ และชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้

กระทำรุนแรง ร้อยละ 62.2 ส่วนการจัดการกับความรุนแรงทางร่างกายใช้วิธีเดินหนี หรือหลีกเลี่ยง สถานการณ์ความรุนแรง ร้อยละ 53.2 รองลงมาเป็นการพูดระบายให้เพื่อนร่วมงานฟังร้อยละ 43.8 และผู้ถูกกระทำความรุนแรงทางวาจาและทางร่างกายส่วนใหญ่ไม่เขียนบันทึกรายงาน เหตุการณ์ร้อยละ 81.9 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ

โรสรินทร์ สมบูรณ์ชนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานใน หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบ อุบัติการณ์ ของการถูกทำร้ายด้วยวาจามากที่สุด รองลงมาคือการได้รับอุบัติเหตุ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ อันตรายจากการปฏิบัติงานที่มีผลต่อพฤติกรรม อันตรายที่มีผลต่อภาวะจิตสังคม การทำร้ายทาง ร่างกาย การติดเชื้อ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเพศ การสัมผัสสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 82.50, 73.50, 70.10, 63.00, 48.30, 22.7, 21.3, 17.5, และ 12.30 ตามลำดับ

นพรัตน์ กิ่งแก้ว (2550) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการ สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง 2) พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ด้านจิตวิทยาสังคมและด้านวัฒนธรรมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน ภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ด้านกายภาพในส่วนของ การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีระบบดูดควันอัตโนมัติ และมีการ ลื่นหกล้มในห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานบ่อยครั้ง ส่วนด้านสารเคมีที่พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้มีการ จัดการน้อยที่สุด แนวทางปฏิบัติในการใช้สารเคมีแต่ละชนิดและการแก้ฤทธิ์สารเคมีรวมทั้งการ จัดเตรียมสถานที่ผสมสารเคมีมีการรับรู้ว่ามีจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ด้านชีวภาพ มีการ ติดตั้งระบบการกรองอากาศ (Hepa filter) ที่สามารถป้องกันเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ พยาบาล รับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตวิทยาสังคมและด้านวัฒนธรรมพยาบาล รับรู้ว่ามีผู้บริหารเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลาอยู่ในระดับปานกลาง และการ จัดช่วงเวลาหลายลักษณะให้เลือกพยาบาลรับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุด ด้านการยศาสตร์ เรื่อง ลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการปฏิบัติงาน เป็นรายการที่พยาบาลห้องผ่าตัดรับรู้ว่ามีจัดการน้อยที่สุด นอกจากนี้ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของพยาบาล พบว่าการรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้ง ระยะเวลาในการ ปฏิบัติงานนาน จะมีการรับรู้สุขภาพในปัจจุบันไม่ดี

Mahoney (1991) ศึกษาการตอบสนองของพยาบาลวิชาชีพภายหลังถูกทำร้าย หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในรัฐเพนซิลวาเนีย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,209 คน พบว่าร้อยละ 97.7 เคยได้รับการทำร้ายในขณะที่ปฏิบัติงาน เป็นการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางคำพูด และการคุกคาม ข่มขู่ มีการตอบสนองการถูกทำร้าย 3 ด้านคือ การตอบสนองด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ เจ็บปวดบริเวณที่ได้รับการทำร้าย นอนไม่หลับ การตอบสนองด้านอารมณ์ ได้แก่ โกรธ วิตกกังวล รู้สึกฉุนเฉียว และการตอบสนองด้านสังคม ได้แก่ ความรู้สึกกลัวคนแปลกหน้า รู้สึกกลัวผู้ที่ทำร้าย และกลัวว่าจะถูกทำร้ายอีก นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60 ของพยาบาล ที่ถูกทำร้ายบอกว่ามีผลกระทบต่อการทำงานร้อยละ 20 ร้อยละ 16.9 ขอย้ายไปหน่วยงานอื่น

จากการสัมภาษณ์นัรื่องพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน เมื่อวันที่ 21, 23 มีนาคม และวันที่ 11 และ 15 เมษายน 2551 พบว่าพยาบาลมีอันตราย 1) ด้านกายภาพ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในการปฏิบัติงานทำให้เกิดอุบัติเหตุ และส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ลื่นหกล้ม ไฟฟ้าช็อต 2) ด้านชีวภาพ พยาบาลวิชาชีพ ติดโรคจากผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ รวมถึงการขาดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานทุกเวร ทั้งเวร เช้า บ่าย ดึก ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องทำงานล่วงเวลา ส่งผลให้พยาบาลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลียจึงเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อ โรคจากผู้ป่วย 3) อันตรายด้านจิตใจและจิตสังคม พยาบาลมีความรู้สึกหงุดหงิดง่ายขณะปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผลกระทบต่อเนื่องมาจากการได้รับอันตรายทางชีวภาพเมื่อพยาบาลวิชาชีพเสี่ยงอันตรายอาจติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ และเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ด้วยเหตุนี้ ทำให้พยาบาลต้องได้รับการติดตามเจาะเลือดตรวจเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรคเอดส์ และรับประทานยาเพื่อลดโอกาสติดเชื้อเอดส์ เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและเกิดความรู้สึกอยากลาออกจากงานเนื่องจากลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ และบางคนแยกตัวออกจากสังคมไม่อยากพบหน้าใครเป็นระยะเวลานานเกือบ 1 ปี จนกระทั่งอาการเจ็บป่วยดีขึ้นโดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเป็นช่วงที่เป็นวิกฤติ นอกจากนี้ยังรวมถึงการถูกฟ้องร้อง เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ 4) อันตรายจากสารเคมี เช่น การให้เคมีบำบัด หรือสารเคมีต่าง ๆ รวมทั้งรังสีแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้การตรวจสุขภาพในปัจจุบันพบเม็ดเลือดขาวมีแนวโน้มต่ำลงและมีอาการผมร่วงและ 5) อันตรายด้านเออร์گونอมีคส์ มีการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ข้อมือข้อศอกมีการอักเสบเรื้อรัง ปวดหลัง ปวดเข่า จากการยกเคลื่อนย้าย การจัดทำผู้ป่วย การหมุนเตียง

จากการทบทวนวรรณกรรมอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และจากการศึกษาสัมภาษณ์นำร่อง พบว่ามีพยาบาลบางส่วนเกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน ได้รับผลกระทบจากการรักษา การกินยา มีอาการทุกข์ทรมาน และการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด ผู้วิจัยจึงสนใจทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด ดังนี้

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และภาวะวิกฤติของชีวิต

2.4.1 ความหมายของความเครียด

นักวิชาการได้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายและแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละทฤษฎี โดยแต่ละทฤษฎีได้กล่าวถึงความเครียดไว้ดังนี้

Holmes และ Rahe (1967) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาของความตึงเครียดต่อร่างกาย โดยเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตถือเป็นความเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว

Lazarus และ Folkman (1984) ได้อธิบายความเครียดในแง่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดรวมทั้งสาเหตุของความเครียดก็ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพื่อประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ด้วยการรับรู้

Hans Selye (1993) กล่าวถึงความเครียดในลักษณะของการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาโดยมองว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงที่มีผลต่อร่างกายไม่ว่าทางใดก็ตาม และเชื่อว่าการตอบสนองต่อความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของสิ่งเร้าแต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนอง

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายความเครียดว่า คือ ภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตก ตลอดจน ถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามา ในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งคุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้ สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เพื่อ ให้ความรู้สึกรู้สึกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

จากความหมายข้างต้น กล่าวโดยสรุป ความเครียดหมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดพลังและความเข้มแข็งทาง

ร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้หรือไม่มีความพึงพอใจจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด มีผลกระทบต่อให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม

2.4.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ มีผู้ศึกษาและแบ่งสาเหตุของความเครียดไว้หลากหลายดังนี้

สาเหตุความเครียดตามแนวคิดของ Engel (1980 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช และ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545) มี 3 ปัจจัยได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ระบบประสาท พันธุกรรม และบุคลิกภาพ ซึ่งพันธุกรรมนั้นมีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก เช่น คนบางคนมีแนวโน้มเอียงที่จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ ทั้งที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างเดียวกัน คนที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าพบว่าระบบประสาทอิสระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา แสดงว่ามีเรื่องของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้องด้วย

2. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความกดดัน ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง และรวมถึงเจตคติ และความเชื่อด้วยเช่นกัน โดยความกดดันมีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อยทั้งความกดดันจากภายนอกและภายใน

3. ปัจจัยด้านสังคม เช่นเหตุการณ์ในชีวิต เรื่องรบกวนเล็กน้อย และชนชั้นทางสังคม โดยเหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคม ซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของเรา ยังมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากเท่านั้น

สาเหตุความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงตัวก่อความเครียดมี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล แบ่งเป็น 2 ลักษณะได้แก่

1.1 บุคลิกภาพและลักษณะประจำตัว คือบุคคลที่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น บุคคลที่มีลักษณะรีบเร่งตลอดเวลา พยายามทำงานให้มากที่สุดในเวลาจำกัด

1.2 ลักษณะส่วนบุคคล เช่น ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

2. ปัจจัยด้านสภาพการณ์ หมายถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล มีอิทธิพลให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.1 เหตุการณ์ในชีวิต (Life Event) ซึ่ง Holmes และ Rahe (1967, อ้างถึงใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2545) ได้สร้างแบบวัดความเครียดจากการให้ค่าคะแนนเหตุการณ์ในชีวิตแต่ละเหตุการณ์แตกต่างกัน ได้แก่ เหตุการณ์ที่เป็นการตายของคู่ชีวิต การหย่าร้าง การตกงาน การถูกออกจากงาน อุบัติเหตุ เป็นต้น

2.2 เหตุการณ์ประจำวัน (Daily Event) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวัน ที่บุคคลต้องเผชิญกับอุปสรรคอยู่เสมอในการดำรงชีวิต ได้แก่ งานอาชีพ งานบ้าน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ความมั่นคงของสถานะทางสังคม ความเร่งรีบของเวลา และความวิตกกังวลส่วนตัว Lazarus และ Folkman (1984) ได้เสนอแนวคิดที่ว่าเหตุการณ์เหล่านี้มีอิทธิพลต่อ ความเครียดของบุคคล เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดอยู่เสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานย่อมทำให้เกิดความเครียดสูงระดับได้ (DeLogis, Folkman, Lazarus, 1988)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าสาเหตุของความเครียด อาจเกิดจากเหตุการณ์ประจำวันที่ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เช่น เครียดจากการทำงาน หรือความเครียดอาจเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งมีระดับของความเครียดแตกต่างกันไป บุคคลที่มีความเครียดระดับสูงก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในชีวิตได้เช่นกัน ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมภาวะวิกฤติของชีวิต

2.4.3 ภาวะวิกฤติของชีวิต (Life crisis)

จากการที่พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานติดต่อกับบุคลากรหลายฝ่าย ทั้งผู้ป่วย และญาติ รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยต่างๆ ของโรงพยาบาล การติดต่อดังกล่าวนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ปกติสุข แวดล้อมไปด้วยความทุกข์ความเป็นความตาย ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความรีบเร่งและอื่นๆ ส่งผลให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ท่ามกลางเหตุการณ์เหล่านั้น มีโอกาสได้รับอันตรายจากการทำงาน ทั้งอุบัติเหตุจากการทำงาน ลักษณะงานที่ต้องประสานงานกับฝ่ายต่างๆ การทำงานกับคนหมู่มาก ทำให้เกิดความขัดแย้ง ความไม่พอใจ ความคับข้องใจ สิ่งต่างๆนี้ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของพยาบาล ทำให้ได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ด้านจิตใจทำให้มีความรู้สึก โกรธ ไม่อยากทำงาน เกิดความตึงเครียด ในการทำงาน รู้สึกไม่พอใจ จนกลายเป็นความเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อการทำงาน Shepherd (1994) ถือว่าเหตุการณ์เหล่านี้เป็นความเครียดและเป็นภาวะคุกคามชีวิต สอดคล้องกับ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้คนเกิดความเครียดว่า หมายถึง สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นจะมีผลต่อตนเองอย่างไร บุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจ ซึ่งต้องผ่านกระบวนการที่บุคคลใช้ความคิด ทำการตัดสินใจสถานการณ์ หรือใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่ตนมีอยู่ ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

กับการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยถ้าศักยภาพที่ตนเองมีอยู่น้อยกว่าสถานการณ์หรือประเมินว่าสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะรับรู้สถานการณ์นั้นก่อให้เกิดภาวะเครียด

นอกจากนี้ Danish et al. (1980 cited in Robert L. et al., 1996) จำแนกจำนวนเหตุการณ์สำคัญต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของมนุษย์เพื่อช่วยในการเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ และวางแผนในการช่วยเหลือรวมทั้งใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมสนับสนุน เหตุการณ์สำคัญในชีวิตมีโอกาสดังขึ้นและคงอยู่ในแต่ละบุคคลเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญหรืออาจเป็นจุดเปลี่ยนแปลงตัวอย่างเช่น การแต่งงาน การเกษียณ เหตุการณ์ทั้ง 2 มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของช่วงอายุ การเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิตเป็นบริบทที่กว้างและมีอิทธิพลต่อชีวิตของแต่ละบุคคลและระบบชีวิตของคน เมื่อมองไปที่ช่วงชีวิตในส่วนของ “เหตุการณ์วิกฤติของชีวิต” นั้น จะเกี่ยวข้องกับรูปแบบทางสุขภาพในการปฏิบัติงานทางสังคม นอกจากนี้ยังเน้นในด้านของความต่อเนื่องช่วงการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิต สิ่งดังกล่าวจะยังคงอยู่ในระบบของความคิด เหตุการณ์วิกฤติของชีวิตไม่ใช่การเจ็บป่วย แต่เกิดจากช่วงของการเจริญเติบโตสอดคล้องกับ Aguilera & Messick (1986 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง, 2547) ซึ่งแบ่งภาวะวิกฤติออกได้เป็น 2 ชนิดดังนี้

1) ภาวะวิกฤติที่เกิดจากการเจริญเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะและพัฒนาการ (Developmental หรือ Maturation) เป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นจากขบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิต ผ่านระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกับความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ เช่น เมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนครั้งแรก การเริ่มงานใหม่ การแต่งงาน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในช่วงต่าง ๆ ของอายุ

2) ภาวะวิกฤติจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ หรือภาวะเครียดจากภายนอกที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วย การประสบอุบัติเหตุ ภาวะวิกฤติของชีวิต ส่งผลต่อความยุ่งยากซับซ้อนในการปรับตัวถ้าองค์ประกอบในการปรับตัวสมดุล บุคคลก็จะปรับตัวได้ไม่เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ถ้าองค์ประกอบปรับตัวไม่สมดุล การรับรู้เหตุการณ์ไม่ถูกต้อง สิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ ใช้กลไกการปรับตัวไม่เหมาะสมแก้ปัญหาไม่ได้ภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ (Aguilera & Messick, 1994)

การให้ความหมายภาวะวิกฤติจากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับความหมายของ รุจา ภูไพบูลย์ (2537) ที่กล่าวว่า เป็นภาวะวิกฤติจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า สามารถแบ่งสาเหตุของวิกฤติการณ์จากเหตุการณ์ต่างๆ 3 ประการคือ

1. เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่นการได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง การได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานถูกเครื่องจักรตัดมือขวา การประสบอุบัติเหตุรถยนต์ กระตุกสันหลังหัก เป็นต้น
2. เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่นเกิดอุบัติเหตุ อุทกภัย ภัยพิบัติ อากาศต่างๆ เป็นต้น
3. เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่นการตายของคู่สมรส การแยกจากคู่รัก การหย่าร้าง เป็นต้น

จากการศึกษาของ Holmes and Rahe (1967 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537) พบว่าความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะวิกฤติของชีวิต 10 อันดับแรกได้แก่ การเสียชีวิตของคู่สมรส การหย่าร้าง การแยกกันอยู่ของคู่สมรส การติดคุก การตายของสมาชิกครอบครัวหรือญาติ การประสบอุบัติเหตุหรือป่วยหนัก การแต่งงาน การคืนดีกับคู่สมรสเก่า การถูกออกจากงาน การเกษียณอายุการทำงาน ตามลำดับ

สาเหตุของภาวะวิกฤติดังกล่าว มีผลกระทบต่อบุคคลด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้อารมณ์แปรปรวน เกิดความรู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวล รู้สึกผิด และรู้สึกอาย เป็นต้น ด้านสติปัญญาทำให้ความคิดสับสน ไม่ต่อเนื่อง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง พบว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม(รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ซึ่งภาวะวิกฤตินี้ เป็นภาวะที่บุคคลไม่รู้หนทางที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ (Charkuff & Berenson 1997 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) เกิดภาวะเสียสมดุลภายในซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความเครียด หรือสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าต่อความมั่นคงของตัวเอง (Haber et al, 1987) รวมทั้งเป็นภาวะเสียสมดุลของจิตใจ ในบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้จากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ (Burgess, 1990) เป็นภาวะที่บุคคลถูกคุกคามอัตมโนทัศน์ จิตใจ พฤติกรรม และความคาดหวังของบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กลไกทางจิต (Murray & Huelskoetter 1991 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง, 2547) มีการแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ ซ็อก ตกใจกลัว ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น สับสน ร้องไห้การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร (Caplan, 1963 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง, 2547) มีลักษณะสิ้นหวัง สับสน วิตกกังวล สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมบกพร่อง รวมทั้งมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน (Slaikeu, 1990 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง, 2547) ซึ่งแนวทางแก้ไขที่ Hoff (1989) เสนอ คือ ให้มีการช่วยเหลือจัดการตามลักษณะของสาเหตุของภาวะวิกฤตินั้น

2.4.4 ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด และภาวะวิกฤติ

กรมสุขภาพจิต (2541) กล่าวถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 4 ด้านคือ

1.ตอบสนองทางความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะตึงเครียด จะมีกลไกการป้องกันตนเอง เพื่อที่จะลดความเครียด หรือจัดสิ่งที่คุกคามจิตใจ โดยทั่วไป แบ่งเป็นสามประเภท คือ การหลีกเลี่ยงและการเลี่ยง การยอมรับและการเผชิญความเครียด และการเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด

2.การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก ในคนที่มีความเครียด อารมณ์และความรู้สึกจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่นอารมณ์ที่เกิดจากภาวะความกดดัน ความบีบคั้น คับข้องใจ รู้สึกกลัว วิดกกังวล โกรธ ซึมเศร้า รู้สึกผิด เมื่ออาการเหล่านี้เกิดขึ้นมักมีอาการต่อเนื่องตามมา เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือมีอาการชาหรือเจ็บปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย

3.การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อม หรือถอยหนีพฤติกรรมอาจแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง บางขณะอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ ได้แก่ อาการกระตุกที่เกิดจากความกลัว ความวิตกกังวลรุนแรง พุดติดอ่าง หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเช่น เพียรพยายามมากขึ้น หรือมีลักษณะตรงข้าม ทำงานได้น้อยสมารถขึ้น

4.การตอบสนองทางสรีระ เป็นการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ต่อมเหงื่อ ขณะที่คนเรารู้สึกเครียด การตอบสนองดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะหนึ่ง หรืออาจเกิดขึ้นกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป

2.4.5 ผลของความเครียด และภาวะวิกฤติในชีวิต

ผลกระทบของความเครียดขึ้นกับระดับของความเครียดของแต่ละบุคคล ในบุคคลที่มีความเครียดระดับสูงหรือความเครียดที่เกิดขึ้นระยะเวลาสั้นและบ่อยครั้ง จะก่อให้เกิดผลเสียในด้านต่างๆดังนี้ (เรณูการ จันขาว, 2551)

1.ด้านสรีระร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรม เนื่องจากความไม่สมดุลในระดับฮอร์โมนซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ผลจากการทำงานของร่างกายบกพร่องจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปวดศีรษะ ต้นคอ ไหล่ อ่อนเพลีย จนถึงกับเกิดโรคทางกายซึ่งมีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น ไมเกรน โรคหัวใจแผลในกระเพาะเป็นต้น

2.ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้บุคคลขาดสมาธิ ไม่สนใจสิ่งรอบตัว หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ล้มเหลว ซึมเศร้า วิตกกังวล หากตกอยู่ในภาวะเครียดนานๆ จะกลายเป็นผู้เจ็บป่วยและเป็นโรคจิตประสาทได้

3.ด้านความคิด หมกหมุ่นครุ่นคิดแต่ปัญหาของตน ท้อแท้สิ้นหวังและมีความคิดทางลบ

4.ด้านพฤติกรรม มีอาการเบื่ออาหารนอนไม่หลับ หลีกเลี้ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ตกอยู่กับปัญหาและความเครียดที่โดดเดี่ยว มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

จากข้างต้นจะเห็นว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสรีระร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านความคิด ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีกระบวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหา

การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดันซึ่งนักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการหรือความจำเป็น ความต้องการเหล่านี้ทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระบวนการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนั้นดำเนินไปโดยประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว มี 2 ประการ (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

1. แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล เป็นความต้องการทางจิตและเกิดจากสภาพทางสรีระ

2. แรงผลักดันภายนอก เป็นความต้องการทางสังคมและสภาพแวดล้อม การปรับตัวเป็นคุณลักษณะสำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม (Luck & Sorensen, 1987) ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) มองผลลัพธ์การปรับตัวเป็น 3 ด้าน

2.1 การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึงแนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมทั้งทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม ในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

2.2 ขวัญและกำลังใจ หมายถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์ ที่เกิดจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองหรือสถานการณ์ของชีวิตประเมินได้จากอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ

2.3.ภาวะสุขภาพ หมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย แบ่งเป็น (1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป เป็นการตอบสนองของร่างกายที่

เป็นกลไกป้องกันที่เหมือนกันของบุคคลด้วย การหลั่งฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย และ (2) การปรับตัวที่เฉพาะ เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจไปที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดโรค

2.4.6 การเผชิญปัญหา

แนวคิดการเผชิญปัญหามีความสำคัญมากในด้านจิตวิทยาเนื่องจากถูกนำมาใช้ในด้านจิตบำบัดและโปรแกรมการศึกษา เพื่อช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในกระบวนการปรับตัว และเป็นวิธีที่บุคคลเลือกใช้กระบวนการตามธรรมชาติภายในตัวบุคคล ใช้ความรู้สึกนึกคิด ใช้สติปัญญาประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งภายนอกและภายในตนว่าก่อให้เกิดความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ และใช้ความพยายามในการเลือกวิธีการตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสถานการณ์หรือสิ่งที่เผชิญอยู่โดยแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการหรือลดความรุนแรงของความเครียดนั้น (วิมล คชะชา, 2546) มีผู้กล่าวถึงแนวคิดการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา (Coping strategies) ว่าเป็นความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล มี 2 ลักษณะคือ

1. การจัดการกับอารมณ์ คือการที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับภาวะอารมณ์หรือความรู้สึก หรือเตือนสติตนเองหรือการใช้กลไกทางจิต (Defensive reappraisal) เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ ลดความสำคัญของปัญหา ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่านั้น แต่ปัญหายังคงอยู่เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

2. การมุ่งแก้ปัญหา คือการที่บุคคลใช้วิธีตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่ ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้กลวิธีในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิคการแก้ไขปัญหา การทำความเข้าใจการแก้ปัญหา คืออะไร หาทางแก้ปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่าแล้วจึงตัดสินใจเลือกและแสดงพฤติกรรมออกมา วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเองโดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการใหม่ และพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนเอง

Nolrajasuwat (1995 อ้างถึงใน ปณตพร พงษ์อนันต์โยธิน, 2544) มองว่าการเผชิญปัญหา เป็นพฤติกรรมภายในและ/หรือภายนอกที่บุคคลใช้จัดการความเครียดหรือความไม่สบายใจ โดยการใช้ความคิด และการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาและอารมณ์ลบ โดย Nolrajasuwat ได้จำแนกการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหามาเป็น 3 ประเภท

1. การเผชิญกับปัญหาที่มุ่งเน้นการประเมิน เช่น พยายามประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะได้รับรู้ว่าสถานการณ์ใดมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

2. การเผชิญกับปัญหาด้วยการมุ่งเน้นปัญหา เช่น ความพยายามหาทางแก้ไข

3. การเผชิญกับปัญหาด้วยการมุ่งเน้นที่อารมณ์ เช่น การตอบสนองต่อการควบคุมอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งทำให้เกิดความเครียด และความพยายามที่จะรักษาความสมดุลระหว่างอารมณ์และสิ่งทำให้เกิดความเครียด

นอกจากความพยายามของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหา โดยการเผชิญปัญหาแล้ว ยังมีแหล่งประโยชน์ที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้นั้น คือ การสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับ Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดี โดยมีทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ คือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพจะมีส่วนช่วยจัดการกับความเครียด สำหรับผลต่อสุขภาพทางอ้อม จะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด

2.4.7 ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social need) ของตนจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น จากคู่ครอง สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Thoits, 1986 อ้างใน ชงชัย ทวีชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษันนท์, นันทิกา ทวีชาติ และสุขุม เฉลยทรัพย์, 2541) มีผู้ศึกษาชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายมีทั้งความเหมือนแตกต่างกันดังนี้

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็นการสนับสนุน 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการฟัง

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้

คำแนะนำ การให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4.การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เงิน การให้สิ่งของ ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านการให้บริการ

Thoits (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ เงินทอง หรือบริการ ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ในสังคมได้ปกติ

2.การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล

3.การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับการยอมรับ ได้รับความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender (1996) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน คือ

1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การช่วยเหลือ สนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอะไร ถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตน

3.การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน

4.การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจ ภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

Kaplan (1997 อ้างถึงใน อังคณา นวलय, 2535) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

2.การสนับสนุนทางสังคมเป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่น

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำให้ความรุนแรงของความเครียดลดลง และช่วยลดปฏิกิริยาจากการคุกคาม นอกจากนี้ยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้กับปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลงได้ (Cohen & Wills, 1986 อ้างถึงใน จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย และศุภฤกษ์ มุขสมบัติ, 2539; Thoits, 1986 อ้างใน ธงชัย ทวีชาติ, และคณะ, 2541) นอกจากนี้ ศศิธร นพรัตน์ (2541) และ ประภาศรี ท่งมีผล (2548) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและความเครียด พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้การวิตกกังวลลดลง เกิดความเข้มแข็งปรับตัวต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ และมีผลให้ความเครียดน้อยลง

กล่าวโดยสรุป จากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องมีความเสี่ยงอันตรายจากการปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจก่อให้เกิดความเครียด พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนอาจเผชิญกับสิ่งที่ไม่คาดคิดในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เช่น เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของ “เหตุการณ์วิกฤติของชีวิต” ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความยุ่งยากซับซ้อนในการปรับตัวหากการปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลพยาบาลวิชาชีพก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข แต่หากการปรับตัวอยู่ในภาวะไม่สมดุลและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ทำให้มีลักษณะสิ้นหวัง สับสน วิตกกังวล สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมบกพร่อง รวมทั้งมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน จะเห็นได้ว่าอันตรายจากการทำงานทำให้เกิดภาวะวิกฤติของชีวิตส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของพยาบาล ผู้บริหารจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.5 การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน พบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน โดยมาตรฐานดังกล่าวกำหนดให้โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงความปลอดภัย ดังนี้

1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัยและอุบัติเหตุ การใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย ฯลฯ รวมทั้งบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง

2) มีการค้นหาความเสี่ยงทั้งด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป (วิธีที่ใช้ในการค้นหาความเสี่ยงได้แก่ การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง การสำรวจสถานที่ การพูดคุยกับบุคคลกร

และผู้เชี่ยวชาญ และการทบทวนวรรณกรรม)ในทุกหน่วยงานและทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน

3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล

4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุงและวางแผน

5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause) มีการค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง (ปัจจัยเชิงระบบของปัญหา เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร สักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม

6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอและนำไปสู่การปรับปรุงที่ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักที่ใช้ป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดด้านการจัดการความเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HAซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson (1998) แนวคิดดังกล่าวประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2549)

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) การค้นหาความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงรุก เพื่อป้องกันการสูญเสีย เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาอดีตและการศึกษาจากสภาพปัจจุบัน

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) หมายถึง การประเมินโอกาสเหตุการณ์มีมากน้อยเพียงใด อะไรคือความสูญเสียที่เกิดจากเหตุการณ์ดังกล่าว (Adverse event) เกิดจากความผิดพลาดอะไร (Root cause) และวิเคราะห์ สาเหตุรากเหง้าเพื่อค้นหา Latent failure (root cause) ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุ

3. การจัดการความเสี่ยง หลักการจัดการความเสี่ยง 1)จัดระบบป้องกันความผิดพลาด โดยหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติหากมีความเสี่ยง ปรีกษาหาหรือหรือส่งต่อให้ผู้อื่นที่พร้อมกว่าปฏิบัติงานแทน ป้องกันด้วยระบบบำรุงรักษา ระเบียบปฏิบัติ ให้ความรู้เพียงพอ มีระบบสำรองทรัพยากรในงานที่มีความเสี่ยงสูง 2) เฝ้าระวังความผิดพลาดเพื่อหยุดยั้งได้ทัน โดยทุกคนต้องทำหน้าที่เฝ้าระวังความเสี่ยงที่สำคัญ ต้องใช้มาตรการเชิงรุกความเสี่ยงที่สำคัญไม่รอตั้งรับ ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้น ก็ต้องลดความเสียหาย จากความผิดพลาดโดย ใช้ความจริงใจไม่ปกปิดแก้ปัญหาด้วยความรวดเร็ว ต้องมีการสื่อสารที่ดี ให้การชดเชยอย่างเหมาะสม 3) เทคนิค การ

ป้องกัน ความผิดพลาด โดยลดการพึ่งพาความจำ อาจใช้ Checklist หรือ Guidelines ในการช่วยปฏิบัติงาน ออกแบบการใช้ข้อมูลที่สะดวก โดยมีระบบการรายงานที่ไม่ซับซ้อน มีระบบป้องกันความผิดพลาด มีมาตรฐานเดียวกัน บุคลากรมีความรู้เพียงพอลดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. การประเมินผล คือ การนำเหตุการณ์ และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาตรวจสอบความเพียงพอของวิธีการที่ใช้ป้องกันความเสี่ยง

จากการศึกษายังพบว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีการนำแนวทางจัดการความเสี่ยงดังกล่าวมาดำเนินงานดูแลสุขภาพบุคคลากรอย่างเป็นรูปธรรมดังนี้

1.การค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากร โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ และการเดินสำรวจตรวจเยี่ยม บุคลากรทั้งในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน เอกสารที่ใช้เป็นเครื่องมือค้นหาความเสี่ยง เช่น การติดตามสถานการณ์การเกิดโรคในบุคลากรจากเวชระเบียน การใช้แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน แบบรายงานอุบัติการณ์ นอกจากนี้ยังค้นหาภาวะเสี่ยงของบุคลากรได้จาก การศึกษาความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่ผ่านมา เรียนรู้จากประสบการณ์หรือความคลาดเคลื่อนของคนอื่น การวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์ ทบทวนคำร้องเรียน ประชุมคณะกรรมการทิมสหสาขาเกี่ยวกับความเสี่ยง รวมทั้งการรวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติต่างๆ เช่น แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนวทางการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วย แนวทางการให้ยาเคมีบำบัด แนวทางการทิ้งของมีคม เป็นต้น ส่วนการเดินสำรวจตรวจเยี่ยมนั้น สามารถประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ไฟฟ้า ระบบเตือนภัย นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลความเสี่ยงภายในหน่วยงานและประสานงานกับผู้จัดการจัดความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประจำทุกหน่วยงาน

2. การประเมินความเสี่ยง ผู้บริหารและผู้จัดการความเสี่ยงของโรงมีการกำหนดอันตรายที่เกิดขึ้นจากความเสี่ยง โดยแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีขั้นตอนการรายงานผู้บังคับบัญชา ตามสายงานอย่างเป็นระบบ มีการนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาประเมิน โอกาสที่จะเกิดขึ้นซ้ำว่ามากน้อยเพียงใด อะไรคือความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอะไร และนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของความเสี่ยง โดยกระบวนการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงนั้นมีการร่วมประชุมปรึกษากันภายในทีมและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดการความเสี่ยง หลังจากค้นพบและประเมินความเสี่ยงแล้ว ผู้เกี่ยวข้องร่วมประชุมปรึกษาจะระดมสมองหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้น หลังจากนั้นมีการกำหนดเป็นมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง จากนั้น

ดำเนินการแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ โดยการติดประกาศ แจ้งในที่ประชุม คิดเป็นมาตรฐานภายในหน่วยงาน หรืออาจมีการจัดชั่วโมงสอนและอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

4. การประเมินผล การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง หัวหน้าหอผู้ป่วย

ประเมินผลด้วยตนเอง หรืออาจมอบหมายงานให้พยาบาลจัดการความเสี่ยงประจำหอผู้ป่วยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง โดยรวบรวมข้อมูลอัตราบุคลากรที่ทำตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง อันตรายที่บุคลากรได้รับ ชื่อเรียกห้องของบุคลากร การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันลาหยุดงาน อุปสรรคของการทำตามแนวทางปฏิบัติ

นอกจากแนวทางจัดการความเสี่ยงดังกล่าวแล้วโรงพยาบาลยังมีการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีสภาพดี ลดความเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงที่จะรับเชื้อจากการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและการสัมผัสสารเคมี โดยการวางมาตรการป้องกันและควบคุมจะช่วยส่งเสริมให้มีความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย เช่น งานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล งานเวชกรรมสังคม งานอาชีวอนามัย ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม งานส่งเสริมสุขภาพ และห้องปฏิบัติการ เป็นต้น (จิตตากรณ จิตรีเชื้อ, 2548) การดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของบุคลากรในปัจจุบันได้แก่

- 1) มีกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพบุคลากร
- 2) มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพบุคลากร อาจเป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดโครงการต่างๆเพื่อส่งเสริมสุขภาพบุคลากร เช่น โครงการลดพุง โครงการออกกำลังกายโยคะ
- 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ได้แก่ การตรวจสุขภาพก่อนเข้าปฏิบัติงาน การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนป้องกันโรคที่เป็นความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน
- 4) การดูแลสุขภาพปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการจัดให้มีการประเมินถึงอันตรายในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม เช่น เสียงดัง ความร้อนสูง ถูกเข็มเจาะเลือดทิ่มตำ การประเมินทำโดยการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสำรวจและเก็บตัวอย่างของสิ่งคุกคาม การหามาตรการควบคุมสิ่งคุกคามให้น้อยลง ควรมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของการทำงานให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จัดจำนวนคนให้เหมาะสมในการยกผู้ป่วย

5) การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน มีการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานทำให้โรงพยาบาลได้ข้อมูลและปัญหาการเจ็บป่วยของบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและไม่แพร่เชื้อไปสู่บุคลากรอื่น

6) มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรเมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน การได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วนและให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมทันที จะทำให้บุคลากรปลอดภัย

7) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคลากร บุคลากรต้องปฏิบัติงานอยู่กับความเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามหรืออันตรายจากการปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจมากขึ้น

8) มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพบุคลากร

9) มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานควบคุมการติดเชื้อ งานเวชกรรม งานเภสัชกรรม งานการพยาบาล งานห้องปฏิบัติการ

กล่าวโดยสรุปปัจจุบัน หลักที่ใช้ป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน ผู้บริหารทางการพยาบาลส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดด้านการจัดการความเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการบริหารความเสี่ยงตามแนวทาง HA ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล รวมทั้งมีการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพนั้นไม่ได้เกิดเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น แต่อันตรายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อในด้านจิตใจและจิตสังคม ผู้บริหารจึงควรตระหนักถึงผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และการจะเข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริงนั้นจำเป็นต้องใช้ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นระเบียบวิธีการวิจัยหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาปรากฏการณ์ หรือสภาพของปัญหาโดยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ หรือสภาพของปัญหาในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์ หรือปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับอยู่ ให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลและความหมายของข้อมูลจากทัศนะของผู้ให้ข้อมูล การมองปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ช่วยให้เข้าใจความหมาย (Meaning) และเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้น เพราะอะไรตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Denzin, 1991 อ้างถึงใน วิภา เทียงธรรม, 2548)

3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

“ปรากฏการณ์วิทยา” หรือ “Heidegger” มาจากภาษากรีกคือ “Phainomenon” และ “logos” ซึ่ง “Phainomenon” หมายถึง สิ่งที่แสดงออกมาให้เห็นด้วยตัวของมันเอง (to show itself) “การแสดงออกมาให้เห็นของสิ่งนั้นๆ” (the appearance of thing) ส่วน “logos” หมายถึง “reason” และเมื่อนำคำสองคำมารวมกันแล้วหมายถึง “to let that which shown itself be seen from itself in the vary way in which it shows itself from itself” (Heidegger, 1962 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548)

Merleau-Ponty (1962 cited in Streubert and Carpenter, 2007) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (Essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความหมายขององค์ประกอบตามการรับรู้ (Perception) หรือความมีสติ (Consciousness) เป็นปรัชญาที่ศึกษาองค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์และโลกตามความเป็นจริงของเขาเอง

Holloway and Wheeler (1996) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยา คือการศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถาม คือ สิ่งปรากฏการณ์อยู่คืออะไร

Streubert and Carpenter (2007) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

แม้ว่า “Phenomenology” มีหลายความหมายแตกต่างกันไป ตามการนำไปใช้ในศาสตร์สาขาต่างๆ ทั้งในเชิงศาสนา ปรัชญา และวิทยาศาสตร์กายภาพ (Spiegelberg, 1960 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) แต่กล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาเพื่อให้รู้ถึงสภาพของความเป็นจริง เน้นในเรื่องของความเป็นจริง ข้อเท็จจริงตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์นั้นๆ โดยตรงซึ่งผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้น วิเคราะห์หาความหมาย หรือตีความ นำมาอธิบายประสบการณ์ที่ได้อย่างปราศจากอคติ หรือคิดล่วงหน้าจากผู้ศึกษาเอง

3.2 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยามีรากฐานมาจากสาขาปรัชญา โดยกลุ่มนักปรัชญากลุ่มหนึ่งที่เชื่อว่า มนุษยวิทยา มีความแตกต่างจาก ธรรมชาติวิทยา มีการนำปรากฏการณ์วิทยามาใช้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1764 ต่อมาในปี 1768 Immanuel Kant เป็นบุคคลแรกที่นำศาสตร์ของปรากฏการณ์วิทยาไปใช้ในเชิงวิทยาศาสตร์กายภาพ (Spiegelberg, 1960 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) โดยในระยะเริ่มแรกกลุ่มนักคิดเหล่านั้นได้พยายามแสดงให้เห็นว่าปรากฏการณ์วิทยานั้นสามารถพัฒนาให้เป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่งเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่มวลมนุษยชาติได้ จากความมุ่งมั่นนี้เองนำไปสู่ความพยายามในการสร้างรากฐานที่มีความแข็งแกร่งและมีความชัดเจนของ

ศาสตร์สาขา นี้ โดยกลุ่มนักคิดเหล่านี้ได้พยายามตอบคำถามต่างๆ เพื่อให้เกิดมโนทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาและความสัมพันธ์กับมนุษย์ (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548)

จากนั้น การศึกษาศาสตร์ในสาขานี้เริ่มนำไปสู่ ความเป็นศาสตร์ของตัวเอง “to the thing them selves” โดยมีจุดเริ่มต้นที่ปรากฏการณ์ (Phenomena) ไม่ใช่ที่ตัวทฤษฎี หมายถึงการศึกษาที่มุ่งไปที่ปรากฏการณ์นั้นๆ สิ่งที่ปรากฏหรือแสดงออกมาให้เห็น โดยจะให้ความสำคัญในตัวบุคคล ผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดทุกอย่างของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันของบุคคลในบริบทสังคมวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ดังที่ Husserl (1970) ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งปรากฏการณ์วิทยาได้เสนอว่าปรากฏการณ์วิทยามี 3 มิติ ด้วยกันคือ มิติของความเป็นปรัชญาแนวกิด (Philosophy) มิติของความเป็นการศึกษา (Approach) เพื่อให้ได้มาซึ่งความจริงนั้นๆ มิติของการเป็นระเบียบวิธีดำเนินการศึกษา (Method) เพื่อแสวงหาความจริง ซึ่ง Spiegelberg (1975), Bishop and Scudder (1991), Parker (1985) ได้สรุปคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่าเป็นวิวัฒนาการเชิงปรัชญา ซึ่งมีระเบียบวิธีการศึกษา ที่ต้องการศึกษามุมมองภายในจิตใจของมนุษย์ เพื่อพยายามทำความเข้าใจ การให้ความหมายที่คนมีต่อเหตุการณ์และการกระทำในแต่สถานการณ์ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้าว่าสิ่งต่างๆ มีความหมายต่อคนนั้นๆอย่างไร ดังนั้นเพื่อจะเข้าใจว่าคนได้สร้างความหมายของสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวและชีวิตประจำวันของเขาขึ้นมาได้อย่างไร คนจะตีความหมาย ประสบการณ์ของตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างไร จึงต้องเข้าไปให้ถึง Conceptual world ของคนกลุ่มนั้น ดังนั้นประสบการณ์ของแต่ละคนจึงเป็นตัวสร้างโลกของคนนั้น

3.3 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง (Spiegelberg, 1960 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ใช้คำว่า “Phenomenological movement” เพื่อแสดงให้เห็นว่าปรัชญาแนวกิดของปรากฏการณ์วิทยา ไม่ได้หยุดนิ่ง แต่มีวิวัฒนาการไปตามยุคสมัยที่เปลี่ยนไป รวมทั้งมีการพัฒนาแนวกิดไปตามนักคิดแต่ละคนที่ได้ขยายขอบเขตของแนวกิดออกไปจากแนวกิดเดิม Spiegelberg ได้แบ่งช่วงเวลาของวิวัฒนาการดังกล่าวเป็น 3 ช่วง คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Preparatory phase) ซึ่งอยู่ระยะช่วงกลางถึงปลายศตวรรษที่ 19 Frank Brentano (ค.ศ. 1838-1919) เป็นนักคิดคนสำคัญโดยมี Carl Stumpf (ค.ศ. 1848-1936) เป็นศิษย์เอกที่ช่วยในการศึกษาวิจัยเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในเชิงวิทยาศาสตร์โดย Brentano ได้เขียนหนังสือชื่อ “Phenomenology as a method of inquiry” และเสนอแนวกิดหลักสำคัญที่เป็นพื้นฐานต่อการพัฒนาของการศึกษาเชิง

ปรากฏการณ์วิทยาในสมัยปัจจุบัน คือ แนวคิดของ “inner perception” ที่อธิบายถึงความสามารถในการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองของคน ซึ่ง Brentano อธิบายว่ามีความแตกต่างกันโดยสิ้นเชิงกับการคิดใคร่ครวญไตร่ตรอง ไว้ก่อนล่วงหน้า (Munhall, 1994 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ส่วนอีกแนวคิดที่สองคือ “intentionality” หมายถึงความเป็นจริงที่พิจารณาด้วยสติที่รอบคอบ การรับรู้ภายในเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ถ้าปราศจากการรับรู้ภายนอก นั่นคือสิ่งที่แวดล้อมตัวเราเป็นตัวเชื่อมประสานปรากฏการณ์กับความจริง และเป็นวิถีทางที่ทำให้เราตระหนักถึงความจริงด้วยสติที่รอบคอบ นับเป็นจุดแรกของความสนใจที่เกิดขึ้นในยุคนี้ ดังที่ Cohen (1987) กล่าวเปรียบเทียบว่าเราจะไม่ได้ยินหากปราศจากสิ่งที่ได้ยิน ไม่ได้เชื่อโดยปราศจากสิ่งที่เชื่อ Brentano ได้พยายามอธิบายถึงแนวคิด intentionality ว่าไม่สามารถแบ่งแยกความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลกที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่ได้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เราพิจารณาว่ามีความเกี่ยวข้องทางจิตใจจะเกี่ยวโยงกับวัตถุประสงค์และสิ่งที่อยู่ภายนอกด้วย

ระยะที่ 2 ระยะเยอรมัน (German phase) มีนักคิดคนสำคัญในช่วงเวลานั้น คือ Edmund Husserl (ค.ศ. 1857-1938) และ Martin Heidegger (ค.ศ. 1889 - 1976) โดย Husserl นั้นได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา และเป็นผู้ที่เชื่อมโยงคำถามที่นำไปสู่ความรู้ ของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Moustakas, 1994 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) Husserl จะเน้นในเรื่องแก่นของความเป็นจริง (Essence) การเข้าไปถึงส่วนที่อยู่เหนือกว่าความเป็นจริงคืออุดมคติ กฎแห่งตรรกะ และนำไปสู่การขยายผลการวางกฎเกณฑ์ที่กว้างๆ ได้ (Wikes, 1991 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) โดย Husserl เชื่อว่าปรัชญาควรเป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่งที่จะช่วยให้สามารถสัมผัสกับมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงควรเป็นรากฐานสำหรับปรัชญาและศาสตร์ทั้งหมด ด้วยความเชื่อนี้และพื้นฐานของการเป็นนักคณิตศาสตร์ของ Husserl เชื่อว่าปรากฏการณ์สามารถลดทอนสู่ความเป็นจริงที่เป็นรูปธรรมได้ Husserl จึงได้คิดค้นวิธีการ reductionist ในการที่จะศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของคน จากจุดนี้เองนำไปสู่วิธีการพัฒนาการศึกษาที่มุ่งเน้นความสนใจในประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด Palikkathayil & Morgan (อ้างถึงใน Wikes, 1991: 195) ได้อธิบายถึงการลดทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction) ว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของขั้นตอนต่างๆ ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา นอกจากนี้ Cohen (1987: 33) ได้กล่าวถึงสองแนวคิดหลักที่สำคัญของ Husserl คือ “Intersubjectivity” และ “Life – world” โดย Husserl กล่าวว่า Intersubjectivity คือประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดต่างๆของคนที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จะช่วยขยายขอบเขตของการเข้าใจอย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในสิ่งเดียวกัน ส่วนแนวคิด “Life – world” หรือ “The world of lived experience” นั้น Husserl กล่าวว่าประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของ

คนยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสิ่งนั้นคือทัศนคติที่แท้จริงของเขา ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกมากมายที่เราไม่ได้สังเกตเห็น ดังนั้นการที่เราจะมองเห็นสิ่งที่อยู่รอบๆตัวเขาได้ อย่างลึกซึ้งนั้น ต้องการการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา และวิธีการศึกษาดังกล่าวนี้ได้รับการยอมรับ ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในปัจจุบัน (Cohen, 1987; อ้างถึงใน วิชาเทียงธรรม, 2548)

นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงอีกคนหนึ่งใน German phase คือ Martin Heidegger ซึ่งเป็นศิษย์เอกของ Husserl โดย Heidegger เป็นผู้พัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ Heidegger ได้เขียนหนังสือชื่อ “Being and Time” ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคน (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิชาเทียงธรรม, 2548) ในหนังสือเล่มนั้น Heidegger พัฒนา Hermeneutic Phenomenology Heidegger เพื่อใช้เป็นปรัชญาแนวคิดของวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการที่จะเข้าไปให้ถึงการให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ (The meaning of being of human being) โดย Heidegger มองบุคคลในฐานะที่เป็นสาระสำคัญของปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพราะเชื่อว่าคนเป็นส่วนร่วมของวัฒนธรรมสังคม และคนเป็นบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในสังคมโลก คือการดำรงอยู่ในโลก (To be-in-the-world) แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแบบของ Heidegger ให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้พูด วัฒนธรรม และกิจกรรมทางสังคมที่ผ่านตัวบุคคล ที่เป็นผู้ให้ความหมายและแปลความ ตีความ ของความหมายนั้นๆออกมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสะท้อนถึงภูมิหลังที่บอกให้ทราบถึงที่มาของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในปัจจุบัน (Munhall, 1994 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) Heidegger มองว่าประสบการณ์ไม่ใช่จุดเริ่มแรกของ “Knowledge affair” ประสบการณ์ของคนในโลกนี้ไม่สามารถแยกออกจากกัน ได้ระหว่างสิ่งที่อยู่ภายในและภายนอกตัวคน

นอกจาก Heidegger ยังมี Hans –Georg ซึ่งเป็นศิษย์เอกของ Heidegger ผู้มีส่วนอยู่มากในการพัฒนา Hermeneutic Phenomenology และ Gadamer ได้เขียนหนังสือ “Truth and method” ที่ช่วยขยายแนวคิดของ Heidegger คือ ภาษา คำพูดของคน และการให้ความหมายของคำพูดและสิ่งที่พูดไม่ได้ อยู่ที่ตัวบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์หรือเหตุการณ์ในเวลานั้นๆ หมายถึงบุคคลเข้าใจในการใช้คำพูด โดยเชื่อมโยงตัวเองกับภูมิหลังและบริบทของสังคม ดังนั้นการพิจารณาสถานการณ์แวดล้อมจะช่วยไม่ให้นักวิจัยมีอคติเกิดขึ้นได้ (Thompson, 1990 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548)

ระยะที่ 3 ระยะฝรั่งเศส (French Phase) ความเคลื่อนไหวในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในระยะนี้ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากผลงานของ Heidegger ในระยะนี้ Merleau-Ponty เป็นนักปรัชญาคณสำคัญที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ ในงานเขียนของของเขาคือ “The Phenomenology of perception” (Cohen, 1987 อ้างถึงใน วิชา เทียง

ธรรม, 2548) โดยการพัฒนาของปรากฏการณ์วิทยาในระยะของ Merleau- Ponty จะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของช่วงเวลาความสัมพันธ์ของคนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Munhall, 1994 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลง มีการพัฒนาตลอดเวลา (Dynamic) และ ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้ถูกแบ่งออกเป็นสองแนวคิด ซึ่งมีจุดเน้นที่ต่างกันคือ Descriptive Phenomenology ตามแนวคิดของ Husserl และ Hermeneutic Phenomenology ตามแนวคิดของ Heidegger การจะอธิบายปรากฏการณ์วิทยาขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแนวคิดของนักปรัชญาแต่ละคนเพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยและสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

3.4 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger (วิชา เทียงธรรม, 2548)

Heidegger มอง Hermeneutics เป็นเสมือนวิธีดำเนินการศึกษาในเชิงปรัชญาแนวคิด แต่ไม่ใช่วิธีการในเชิงวิทยาศาสตร์ Hermeneutics เป็นวิธีการตีความ (Interpretive method) ที่มีมากกว่าการพรรณาส่งที่แสดงให้เห็น หรือการพยายามที่จะเปิดเผยความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่ โดยการคาดเดาล่วงหน้าที่มีความสำคัญมากกว่าเทคนิคการใช้ (Cohen and Omer, 1994: 147 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดของ Spiegelberg (1982: 1-9 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ที่ว่า Hermeneutic - Phenomenology เป็นวิธีดำเนินการศึกษามากกว่าจะเป็นทฤษฎี ซึ่งวิธีการศึกษานี้ นักวิจัยจะนำไปใช้เป็นตัวช่วยให้งานวิจัยมีความเข้มข้นมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันในการศึกษาค้นคว้าทางสังคมศาสตร์ก็พบว่า Hermeneutic - Phenomenology มีความหลากหลายทั้งภายในตัว “Hermeneutic” และ “Phenomenological” เอง แต่ในความหลากหลายนั้นก็ยังมีหลักการและพื้นฐานของแนวคิดร่วมกันอยู่ ได้แก่ เป็นการศึกษาเพื่อเข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ จากคนใน (In-sider view) เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคน หรือกลุ่มคนในปรากฏการณ์ที่เฉพาะ เป็นการศึกษาเพื่อหาแก่นของความหมาย ของประสบการณ์ชีวิตของคนหรือกลุ่มคน และ เป็นการศึกษาเพื่อให้เราเข้าใจโลกในสังคมที่เราศึกษา

สิ่งที่เด่นชัดที่โดดเด่นของปรัชญาแนวคิดของ Heidegger คือ Heidegger มองเห็นการทำงานของปรากฏการณ์วิทยาเปรียบเสมือนวิธีการ “Destruction” ซึ่ง Heidegger อธิบายว่า เหมือนกับการเปิดกล่องที่ใส่ของออกมาสำรวจดูแล้วจัดเสียใหม่ นอกจากนี้ Spiegelberg (1982: 1-9 อ้างถึงใน วิชา เทียงธรรม, 2548) ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับ

“Destruction” ดังนี้

1. เป็นการเปลี่ยนวิธีการมองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติในทุกๆวันที่เป็นปัจจุบันและอดีตเสียใหม่ โดยการมองให้ลึกซึ้งลงไปถึงความหมายของการดำรงอยู่ของสิ่งที่ปรากฏอยู่
2. เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปลดปล่อยตัวเราออกจากความคิด ความเชื่อแบบเดิมๆ ในอดีตของเราเอง
3. เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้เราหลุดพ้นจากกรอบประเพณีที่ถือปฏิบัติมาแต่ก่อน ซึ่งความเข้มงวด เพื่อให้เราได้มองเห็น, รับรู้, ตรวจสอบ, ความเป็นจริงของการดำรงอยู่ของเราได้

Player (1994: 69-73 อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2548) ได้สรุปการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger ไว้ว่าเป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจ (Hermeneutic – Phenomenology) โดยเน้นว่าเป็นการค้นหา แปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นๆอย่างไร ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคล จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกปรัชญา สิ่งนี้เป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่ Heidegger กล่าวไว้ดังนี้

บุคคล เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นคนๆนั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

1. **บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตนเอง** หมายถึงบุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถออกจากกันได้ คำว่า “World” ในความหมายเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไม่ได้หมายถึงสิ่งแวดล้อมในเชิงวัตถุทางกายภาพหรือชีวภาพ แต่หมายถึงสิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกันมา เป็นบริบทของบุคคลและเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมาโดยกำเนิด ซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่เกิดและเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมนั้นๆได้ บุคคลจะคุ้นชินกับกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นทางสังคมของตนเองจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นบุคคลแต่ละคนจึงมีโลกและสังคมของตัวเอง และมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกและสังคมของเขาดังกล่าวนั้น ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ Heidegger อธิบายว่า โลกของบุคคลแต่ละคนนั้นถูกกำหนดมาแล้ว ภายใต้อำนาจวัฒนธรรม ภาษา ที่บุคคลนั้นถือกำเนิดขึ้นมา ดังนั้นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จะต้องศึกษาให้เข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นจริงๆ ว่าเป็นอย่างไร

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน หมายถึงการให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษา ของบุคคลแต่ละคน ดังนั้นการที่จะเข้าใจการแสดงออก หรือความรู้สึกของบุคคล เราจึงต้องทำการศึกษามุมมองในบริบทของสังคมของบุคคลนั้น

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย หมายถึงบุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความคิด และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี ซึ่งต่างจากแนวคิดของ Husserl ที่เชื่อว่าการแปลความ ดีความนั้นเป็นผลที่ได้จากความมีสติรู้คิด ไตร่ตรอง ไคร่ครวญของบุคคลที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภายในของบุคคลกับสิ่งที่อยู่ภายนอก แต่เป็นการแปลความดีความที่มาจากภูมิหลังด้าน สังคม วัฒนธรรม ภาษา ของบุคคลนั้นๆ

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึก นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆได้โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของคนจึงเป็นประสบการณ์รวม ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา Heidegger ได้ให้ความหมายของ “เวลา” ตามแนวคิดของเขาว่า เวลาไม่ถูกแยกออกจากการดำรงอยู่ แต่เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่ ดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบที่ใช้ในการอ้างอิงและเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจ เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ดำรงอยู่มากขึ้นเหมือนกับเป็น setting หรือ Matrix ของการดำรงอยู่ ของมนุษย์ (Spiegelberg (1982): 351 อ้างถึงใน วิวัฒนาการ, 2548) ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์การศึกษา ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิด Heidegger คือการทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เฉพาะของการดำรงอยู่ของมนุษย์ ซึ่งอาจแตกต่างจากมุมมองของผู้วิจัยคนอื่นๆ

นอกจากนี้ Heidegger เชื่อว่าโลกหรือสังคมของบุคคล เป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการเข้าใจ และเป็นส่วนหนึ่งของ Ontological constitution ของบุคคล การทำความเข้าใจเป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้และตระหนักในความเป็นไปได้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และนำไปสู่การสร้าง ความหมายของสิ่งนั้นๆ ที่เกิดขึ้น Heidegger อธิบายความแตกต่างรูปแบบของการเข้าร่วม (mode of engagement) ที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อมของเขา ดังนี้

1.รูปแบบการเข้าร่วมในภาวะปกติ (Ready-to-hand-mode) เป็นขั้นแรกที่เราจะเข้าถึงได้โดยตรงต่อปรากฏการณ์ส่วนใหญ่ของคน จัดเป็นขั้นตอนของการมีกิจกรรมพื้นฐานที่เป็นกิจวัตรประจำวันของบุคคล หรือภารกิจที่เป็นปกติบุคคลที่ปฏิบัติมาจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ที่ตัวเราอาจจะไม่เคยสังเกตเห็นตัวเอง หรือตั้งข้อสังเกตกับตัวเองว่าทำไมจึงทำอย่างนั้น ดังนั้นความหมายต่างๆในโลกของชีวิตประจำวันของคนจะสืบเนื่องมาจาก Ready-to-hand-mode คือเมื่อบุคคลรู้สึกว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น ที่อยู่รอบๆมีความชัดเจนราบรื่น

2.รูปแบบการเข้าร่วมในภาวะไม่ปกติ (Unready-to-hand-mode) เป็นขั้นที่เมื่อบุคคลเริ่มรู้สึกว่าการกระทำประจำวันในชีวิตเริ่มถูกรบกวน ไม่เป็นไปตามอย่างที่เคยเป็น เคยมี และเริ่มกลายเป็นสิ่งที่ขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมที่เคยมี

3.รูปแบบการเข้าร่วมอย่างรับรู้ (Present-at-hand-mode) เป็นขั้นตอนที่เมื่อบุคคลเป็นอิสระต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่เหมือนถูกแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ หรือสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน และการแก้ไขปัญหาสะท้อนความคิดต่างๆ จะเกิดขึ้นใน Mode นี้

3.5 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Van Manen (1990) ได้กล่าวถึง ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับการตีความ เกี่ยวกับประเด็นคำถามการวิจัย ไว้ว่า คำถามของ ปรากฏการณ์วิทยาที่แท้จริงคือคำถามที่เป็นไปได้ที่จะทำให้ปรากฏการณ์นั้นมีความชัดเจนและเข้าใจได้มากขึ้น โดยหาคำตอบว่าปรากฏการณ์นั้นมันคล้ายกับอะไร และลักษณะที่เป็นธรรมชาติของประสบการณ์นั้นคืออะไร การตั้งคำถามของการวิจัย จะเน้นไปที่ประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ มุ่งความสนใจไปที่การทำความเข้าใจในการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีประสบการณ์นั้นๆ ส่วนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ คือ การสัมภาษณ์ ที่มีลักษณะเป็นการพูดคุยแบบเผชิญหน้า เนื่องจากข้อมูลที่ต้องการของปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างความรู้เก่าของนักวิจัยกับความรู้ใหม่ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นจึงเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล กรอบของคำถามจึงเป็นคำถามปลายเปิดที่จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ มีความสำคัญมากในการที่จะได้มายังข้อมูลที่เฉพาะ และตรงตามคำถามการวิจัย ดังนั้นเมื่อสร้างความไว้วางใจได้แล้ว ผู้วิจัยก็จะดำเนินการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องประสบการณ์ชีวิตของตนเองไปได้อย่างลื่นไหล และ การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นจะเน้นถึงการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้เดิมของนักวิจัยอย่างมาก ทั้งด้านความรู้และด้านภาษาของผู้ให้ข้อมูล ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมทั้งปรากฏการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว Heidegger (1962) กล่าวถึงการตีความว่าเป็นการทำความเข้าใจ ทำให้มนุษย์ตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และการแปลความนำไปสู่การเข้าใจ Heidegger เชื่อว่าในการ

แปลความตีความทุกชนิด จำเป็นจะต้องเข้าใจถึงที่มาที่ไปในภูมิหลังของการปฏิบัติ หรือพฤติกรรม Heidegger ให้ความสำคัญกับ 3 องค์ประกอบสำคัญในการแปลความ ตีความ ซึ่ง Heidegger เรียกว่า วงจรแห่งการตีความ (Hermeneutic circle) ประกอบด้วย

1. การรับรู้เดิม (Fore-having) คือการรับรู้เดิมเกี่ยวกับการทำงานของสิ่งต่างๆที่เรามองเห็น หมายถึงในทุกๆกรณีที่มีการแปลความ ตีความ ที่มาจากบางสิ่งบางอย่างที่เรารับรู้มาก่อนแล้ว ซึ่ง Heidegger กล่าวว่า เป็น mode of interpretation ที่มีความสำคัญต่อกิจวัตรประจำวัน ซึ่งความเข้าใจนั้นมีพื้นฐานมาจากสิ่งที่มีอยู่เดิมจากภูมิหลังของการปฏิบัติต่างๆ

2. ภาพอดีต (Fore-sight) คือการที่คนมีความคิดเห็นเดิมอยู่แล้วต่อบางสิ่งบางอย่างที่ได้เห็น หรือเคยเห็นเคยเข้าใจมาแล้ว และอาจยังคลุมเครืออยู่ เป็นส่วนที่แสดงให้เห็นการแปลความตีความสิ่งที่เราเคยเห็นเคยรับรู้มาแล้ว

3. แนวคิดการตีความเดิม (Fore-conception) คือคนได้แปลความ ตีความ หรือให้ความหมายของปรากฏการณ์นั้นแล้ว ซึ่งการแปลความตีความนั้นมีพื้นฐานมาจาก สิ่งที่มีผู้ศึกษามี preconception อยู่ก่อนแล้ว

ดังนั้น Hermeneutic circle เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับ และเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะได้รับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่ง Heidegger เชื่อว่า คงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์เดิมของตนเองที่แตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญคือเราต้องมีสติรู้คิด และเตือนตัวเองตลอดเวลาว่า “เรากำลังจะมึนคืดกับสิ่งนั้นหรือไม่” เพื่อที่เราจะได้เข้าใจความหมาย (meaning) ซึ่งเป็นความคิดรวบยอดต่อประสบการณ์นั้น ตามความเป็นจริงอย่างที่เป็นอยู่ และตรงตามวัตถุประสงค์ เมื่อเข้าใจการตีความตามแนวคิดของ Heidegger แล้ว ก็จะนำไปสู่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Thematic analysis เนื่องจาก Thematic analysis มีจุดมุ่งหมายที่การชี้เฉพาะ themes และ patterns ของประสบการณ์ที่เป็นอยู่ของพฤติกรรมของมนุษย์ (วิณา เทียงธรรม, 2548) มี 7 ขั้นตอน ตามวิธีของ Diekelmann (1992, อ้างถึงในวิณา เทียงธรรม, 2548) เป็นผู้ซึ่งได้ยึดถือแนวคิดของ Heidegger และ Van Manen เป็นหลักการพื้นฐานของการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการถอดเทปจากบทสัมภาษณ์และสนทนาออกมาเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ ทุกวันหลังจากสัมภาษณ์ และเขียนบันทึกส่วนตัวเพิ่มเติม โดยจะจัดข้อมูลเป็นรายบุคคล และอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดกลับไปกลับมาหลายๆครั้ง ให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อเป็นการตรวจสอบ ยืนยัน คำบอกกล่าวของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งกับสิ่งที่เล่าไปแล้ว

ขั้นที่ 2 เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจ (Significant statement) ก็ highlight ข้อความนั้นด้วยปากกาเน้นข้อความ แล้วเอาข้อความนั้นมาสกัดเอาลักษณะเฉพาะที่สำคัญ (Feature of significant) ออกมา ซึ่งจะเป็นส่วนที่แสดงถึงความคิด ความรู้สึก การตีความ พฤติกรรม การแสดงออก การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล นำข้อความที่สกัดออกมาได้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนไปใส่เพิ่ม ข้อมูล แล้วตั้งชื่อให้กับข้อมูลนั้น ซึ่งเรียกว่าการให้รหัสเบื้องต้น (Coding) โดยจะแยกเป็นรายบุคคล หรือแยกตามรหัสของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแยกเป็นรายบุคคล และข้อมูลที่ให้รหัสแล้วไปจัดหมวดหมู่ โดยนำส่วนที่คล้ายกันมาไว้รวมกันเพื่อเป็นการลดทอนจำนวนข้อมูลลงไป (Reduction process) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูล เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี และบางครั้งอาจเป็นคำต่อคำ หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมาสรุป

ขั้นที่ 3 นำบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน มาอ่านทบทวนอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน ในขั้นตอนนี้จะมีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจนหมดข้อสงสัย และเริ่มมีการบ่งชี้ประเด็นสำคัญแบบชั่วคราว ประเด็นสำคัญที่ได้เป็นลักษณะแบบกว้างๆ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์รอบหมวดหมู่และในหมวดหมู่ใดหมวดหมู่หนึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนใหม่ตลอดเวลา จากกระบวนการสัมภาษณ์ที่จะมีการ tracing and probe กลับไปกลับมาอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งลักษณะของการนำข้อมูลที่ได้กลับไปถามซ้ำ แล้วนำมาตรวจสอบกับข้อมูลเดิม แล้วกลับไปถามซ้ำอีกแบบกลับไปกลับมา เพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Consistency) เรียกวิธีการนี้ว่า Hermeneutic process

ขั้นที่ 4 กลับมาพิจารณาบทสรุปอีกครั้ง เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ (Composite) ที่สะท้อนจากบทสรุปการสัมภาษณ์ของแต่ละคน ในขั้นตอนนี้จะมีข้อมูลใหม่เข้ามาตลอด เนื่องจากเป็นกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อมๆกับการวิเคราะห์ข้อมูล ในขั้นตอนนี้การบ่งชี้ประเด็นสำคัญ (Theme) และองค์ประกอบของประเด็นสำคัญ (Composite theme) จะเป็นแบบกว้างและพิจารณา กลับไปกลับมาหลายๆครั้ง ระหว่างการพิจารณาโดยรวม และพิจารณาแยกเป็นส่วนๆ จนได้ องค์ประกอบของประเด็นสำคัญที่นำมาใช้ในการพิจารณาความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญ แต่ละอันซึ่งเป็นส่วนประกอบของรูปแบบโครงสร้าง (Constitutive pattern)

ขั้นที่ 5 นำองค์ประกอบของประเด็นสำคัญ (Composite theme) มาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณา ความเหมือนหรือความต่าง และดูว่ามีองค์ประกอบของประเด็นสำคัญใดที่พบซ้ำๆกัน ที่สะท้อน

ให้เห็นความหมายเดียวกัน ซึ่งต้องหยิบยกออกมาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเป็นการตรวจสอบ (Recontextualization)

ขั้นที่ 6 พิจารณาประเด็นสำคัญ คู่ส่วนประกอบของระบบ (Pattern) ที่เชื่อมประเด็นสำคัญไปพร้อมๆกันและขณะที่ทำการพิจารณาสำรวจในบทสรุปการสัมภาษณ์อย่างรอบครอบถึงถ้วนประเด็นสำคัญที่พบซ้ำๆอาจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบ จากนั้นนำระบบของประเด็นสำคัญที่ได้มาพิจารณาเปรียบเทียบ เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันระบบนั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบของระบบนี้ คือข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตทั้งหมด

ขั้นที่ 7 นำผลที่ได้มาเขียนบรรยาย และตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพจะมีขั้นตอนการวิเคราะห์ที่เป็นระบบแล้ว ในการดำเนินการวิจัยนักวิจัยต้องมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงศึกษาหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ของ Guba & Lincoln (1989 และ Guba & Lincoln อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมธานี, 2549) ดังนี้

ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือ เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล สิ่งที่นักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์มีความถูกต้อง คือการระบุวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks)

1. ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม และสร้างความไว้วางใจเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่นักวิจัย ในการศึกษาทางมนุษยวิทยาถือว่าระยะเวลาที่เข้าไปอยู่ในสนามที่นานพอ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยทางมนุษยวิทยา และเป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพสาขาอื่นๆด้วย อย่างไรก็ตาม ไม่มีใครกำหนดว่าระยะเวลาจำนวนนานเท่าไร จึงจะถือว่าเพียงพอ เพราะการวิจัยแต่ละเรื่อง จะใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามแตกต่างกัน นักวิจัยที่ลงไปศึกษาเท่านั้นที่จะบอกได้ว่าเวลาที่เขาอยู่ในสนามเพียงพอต่อการได้ข้อค้นพบหรือไม่อย่างไร

2.การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3.การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนามร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

4.การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยคุณภาพ อย่างน้อย 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบให้

5.การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

ความสามารถในการถ่ายโอนนี้ จะใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากร ในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพจะหมายถึง การที่ผู้อ่านผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้ว สามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเองซึ่งเรียกว่า “ Audit trail”

ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

ความสามารถในการพึ่งพาเป็นเกณฑ์ที่ 3 ในการพิสูจน์หรือตรวจสอบ (Establishing) ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยการให้ผู้อ่านหรือนักวิจารณ์ ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านหรือนักวิจัยสามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่า การศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว Sandelowaki (1986 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) เรียกวิธีการตรวจสอบนี้ว่า “ความสามารถในการพึ่งพา” นักวิจัยหลายท่านได้เสนอวิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา (Flick, 1998; LeCompte, & Goetz, 1982; Maykut & Morehouse, 1994 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี) ไว้ดังนี้

1.การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) นักวิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

2. การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียว อาจมีปัญหาความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบหรือผลการวิจัย แม้ว่าการวิจัยนั้นจะใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วก็ตาม นักวิพากษ์อาจไม่แน่ใจว่ามีความลำเอียง

เกิดขึ้นในขณะวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ ดังนั้นการทำงานร่วมกันของนักวิจัยหลายๆคนจะเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลซึ่งเปรียบเทียบกับตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ในการวิจัยเชิงปริมาณ

ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

Guba & Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมธานี, 2549) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ การวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และ ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Robson (1993 cited in Holloway & Wheeler, 1996 อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมธานี, 2549) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1. การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวัน ว่ามีข้อมูลที่ตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่
2. การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษามีข้อมูลมาสนับสนุนหรือไม่
3. การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล
4. การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่
5. การตรวจสอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัย และความคาดหวังที่ได้จากการวิจัย
6. การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเชื่อถือได้ของข้อมูล ทั้ง 4 ประการนี้นักวิจัยต้องตรวจสอบตามเกณฑ์ดังกล่าว ก่อนที่ข้อค้นพบจะถูกนำมาตีพิมพ์เผยแพร่ เกณฑ์เหล่านี้ถือว่าเป็นความแกร่งหรือความเข้มงวดในการวิจัยเชิงคุณภาพ

5.วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ศิริพร วิญญูรัตน์ (2543) ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ และรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 83 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 330 คน พบว่า ความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรูปแบบการ

บริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ

สุทธิพร บุญมาก (2544) ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) จำนวน 200 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล พบว่าพยาบาลที่ทำงานเวรคืนจะมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานตอนกลางวันและใช้เวลาพักผ่อนในตอนกลางคืน โดยผู้ที่นอนหลับตอนกลางวัน จะมีชั่วโมงของการนอนหลับลดลง 2 ชั่วโมง

โอภาส การย์กวินพงศ์ (2546) ศึกษาการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรของโรงพยาบาลศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 พบบุคลากรในโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นวัณโรค 7 ราย, 11 ราย และ 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 0.74, 1.16 และ 1.58 ตามลำดับ อัตราป่วยวัณโรคเสมหะบวก คิดเป็นร้อยละ 0.32, 0.21 และ 0.42 ในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 ซึ่งสูงกว่า เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป อายุ 25 – 64 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอัตราป่วยวัณโรคเสมหะบวก ร้อยละ 0.12, 0.13 และ 0.12 ในปีเดียวกัน จากการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยมากมีอัตราการป่วยมากกว่าบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยน้อย พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.98 ของพยาบาลทั้งหมด

โรสรินทร์ สมบูรณ์ชนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 211 คน และ หัวหน้าจำนวน 8 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอุบัติการณ์ของอันตรายจากการปฏิบัติงาน และแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดถึงโครงสร้าง เกี่ยวกับการจัดการกับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบ อุบัติการณ์ของการถูกทำร้ายด้วยวาจามากที่สุด รองลงมาคือการได้รับอุบัติเหตุ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ อันตรายจากการปฏิบัติงานที่มีผลต่อพฤติกรรม อันตรายที่มีผลต่อภาวะจิตสังคม การทำร้ายทางร่างกาย การติดเชื้อ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเพศ การสัมผัสสารเคมี คิดเป็นร้อยละ 82.50, 73.50, 70.10, 63.00, 48.30, 22.7, 21.3, 17.5, และ 12.30 ตามลำดับ

สุนทร วงศ์ชนกิจ และคณะ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค จำนวน 231 คน ที่ปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลร้อยละ 71.0 มีอาการปวด

หลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 47.6 พยาบาลส่วน
ใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในระดับปานกลาง, ทักษะการ
ปฏิบัติงาน, การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและสมาชิกครอบครัวที่สนคติ
และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปวดหลังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันอาการปวด
หลังส่วนล่างได้ร้อยละ 35.7

ลักษณะ ศิริธิรกุล (2550) ศึกษาปัจจัยคัดสรร ที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของพยาบาล
วิชาชีพ ใน โรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป
จำนวน 482 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล คุณค่าในงาน วิทยาการจิตสภาพงาน
ความเครียดในงาน และสุขภาวะของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในระดับดี 2) คุณค่าในงาน วิทยาการจิตสภาพงานและอายุ มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับสุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนลักษณะการ
ทำงานเป็นเวรผลัด และความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 3) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพ
ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ ความเครียดในการทำงาน อายุ คุณค่าในงานและ
วิทยาการจิตสภาพงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพได้ ร้อยละ 28.4

เอกรัตน์ โภคสวัสดิ์ และคณะ (2550) ศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลัง บริเวณ
กระเบนเหน็บในกลุ่มอาชีพพนักงานผู้ให้บริการ โดยทำการออกแบบ แบบสอบถาม ภาวะอาการ
ปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ แล้วทำการสำรวจพนักงานผู้ให้บริการทั้งหมด 12 อาชีพ อ้างอิงจาก
มาตรฐานอาชีพสากลที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศกำหนดไว้ ได้แก่ 1) พนักงานต้อนรับใน
เครื่องบิน 2) พนักงานเก็บค่าโดยสารรถประจำทาง 3) พนักงานโรงแรม 4) ผู้เตรียมและปรุงอาหาร
5) พนักงานเสิร์ฟ 6) พยาบาล 7) ช่างเสริมสวย 8) แม่บ้าน 9) พนักงานดับเพลิงและบรรเทาสา
ธารณภัย 10) ตำรวจ 11) พนักงานนวดแผนโบราณ 12) พนักงานขับรถ อาชีพละ 100 คน รวม
1,200 คน ผลการศึกษาสรุปได้ว่า พนักงานผู้ให้บริการมีเปอร์เซ็นต์ของการปวดหลังสูง 3 อันดับ
แรก คือ 1) พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน 89% 2) พยาบาล 85% 3) พนักงานนวดแผนโบราณ
82% ผลจากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อค่า Oswestry (ระดับอาการปวดหลังบริเวณ
กระเบนเหน็บ; OSW) โดยใช้ ANOVA สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า OSW ของพนักงานผู้
ให้บริการหลายอาชีพอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ อายุตัว อายุงาน ระยะเวลาในการทำงาน
เฉลี่ยต่อวัน ช่วงเวลาในการพักอิริยาบถในการทำงาน การเอี้ยวหรือบิดตัวและการก้มขณะทำงาน
และน้ำหนักของภาระที่ยก

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ (2550) ประเมินปัญหาบุคลากรทางการพยาบาลขาดแคลน จากหลายสาเหตุ และเน้นถึงปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของพยาบาล ความเครียดที่เกิดจากปริมาณงานที่หนักเกินไป จำนวนชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน สถานะทางวิชาชีพต่ำ ปัญหาสัมพันธภาพในสถานที่ทำงาน ปัญหาการแสดงบทบาทของวิชาชีพ และอันตรายอื่น ๆ ที่เกิดจากสถานที่ทำงานหรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพพยาบาล เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากเครื่องมือที่มีจำนวนจำกัด การบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

Gun (1983) อ้างในรายงานของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH, 1988) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอัตราอุบัติการณ์การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลัน (Acute conditions) ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด ในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ โดยพบว่า เกินกว่าครึ่งของอัตราอุบัติการณ์การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลันเป็นผลจากปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบหายใจและพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมดถึง 1.5 เท่า นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพในระบบอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อ โรคระบบทางเดินอาหาร ปัญหาการได้ยิน การตั้งครรภ์ และการกำเนิดทารก โรคผิวหนัง และโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงที่สูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพอื่น ๆ โดยพบว่า ปัญหาการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อหลัง (Low – back injury) มักพบในเพศหญิงและมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) สูงถึง 166 เท่า (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2550)

Lanza (1983) ศึกษาปฏิบัติการตอบสนองของพยาบาลประจำ การที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายทาง ร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 1 ปี (สิงหาคม 1979 – สิงหาคม 1980) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำ การจำนวน 67 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช และหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยใช้แบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 108 ข้อ พบว่า พยาบาลที่ถูกผู้ป่วยทำ ร้ายมีการตอบสนองด้านอารมณ์ในระยะสั้น คือ โกรธ วิตกกังวล รู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ อารมณ์ฉุนเฉียว ฯลฯ ในระยะยาว คือ โกรธกลัวผู้ป่วยทำ ร้าย รู้สึกเสียใจกับผู้ป่วยที่ทำ ร้าย การตอบสนองด้านสังคมในระยะสั้นคือ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานเปลี่ยนไป ไม่อยากกลับมาทำ งาน การตอบสนองด้านร่างกายระยะสั้นคือ ตกใจง่ายแบบแผนการนอนถูกรบกวน เจ็บปวดตามร่างกาย ปวดศีรษะ และในระยะยาว คือ เกิด

ความตึงเครียดของร่างกาย เจ็บปวดตามร่างกาย (ระยะสั้น คือ ระยะเวลาน้อยกว่า 1 สัปดาห์ และระยะยาวคือ ระยะเวลาตั้งแต่ 1 สัปดาห์ถึง 1 ปี)

Porritte (1986 cited in Pheasant Stephen 1991) ศึกษาการเจ็บปวดหลังในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล พบว่าการปวดหลังในหมู่พยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ปรากฏมานานแล้ว ได้มีความพยายามประเมินผลขอบเขตและสาเหตุของปัญหา เพื่อให้เกิดผลจากการปรับวิธีการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันปัญหา รวมถึงการรักษา การวิจัยเรื่องนี้ได้ใช้เวลามากกว่า 6 ปี ในการศึกษาขอบเขตคำว่า “ปวดหลังในกลุ่มวิชาชีพพยาบาล” โดยมีการวัดอาการปวดมีความผันแปรสูงมาก การวัดอาการปวดด้วยตัวเองอย่างเดียวอาจเชื่อถือได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการยืนยันสนับสนุนการวินิจฉัยอาการหรือโรคซึ่งทำน้อยมาก จากการศึกษาย้อนหลังของผู้วิจัยจากพยาบาลจำนวน 3,912 คน พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหรืออาการในรอบปี 77/100 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ,ความชุกของการเกิดโรคในรอบปี 341/100 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ,ความชุกของการเกิดโรคในช่วงเวลา 170/100 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง,ความชุกของการเกิดโรคในรอบปี หรือ แต่ละช่วงเวลา มีสภาวะการมีอาการปวดแตกต่างกันออกไป จากจำนวนพยาบาลทั้งหมด 40,000 คน มีผู้เจ็บป่วย และลาหยุดจากอาการปวดหลังในรอบ 1 ปี ประมาณ 35 % อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่ลาออกจากวิชาชีพพยาบาล ด้วยอาการปวดหลังเพียงอย่างเดียวมีถึง 30.36 % นอกจากนี้พยาบาลซึ่งมีอาการปวดหลัง เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ พบว่า การทำงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์สูงกับอัตราชุกของการเกิดอาการขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับอาการปวดหลังในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลด้วยกันเอง พบว่าความชุกของการเจ็บป่วยในรอบปี ของพยาบาลแผนกอายุรกรรม พยาบาลผู้สูงอายุ แผนกกระดูก และการให้การพยาบาลในเขตเมือง มีอาการปวดหลังมากกว่าพยาบาลกลุ่มอื่น

Levin et al. (1998) ศึกษาการถูกทำร้ายของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุเพื่อหาตัวแปรผลกระทบที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาของพยาบาลที่ถูกทำร้ายโดยการทำรวมกลุ่ม (Focus Group) ของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คนพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกทำร้ายของพยาบาลมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานที่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านร่างกาย คือกระดูกหัก มีบาดแผล มีอาการปวดเรื้อรัง ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ฝันร้าย และมีความรู้สึกว้าวาบที่หลัง ด้านอารมณ์คือ โกรธ และผลกระทบต่อการทำงาน คือ เบื่อหน่ายการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ ต้องหยุดงาน ขอย้ายหน่วยงาน เสียวขวัญกำลังใจ อยากเปลี่ยนอาชีพใหม่ และอยากลาออกจากงาน

Wykes and Whittington (1989) ศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับพยาบาลภายหลังถูกทำร้าย พบว่า อาการที่เกิดขึ้นภายหลังถูกทำร้าย ได้แก่ เครียด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารผิดปกติ

โกรธ ต่ำหนักตนเอง ปวดศีรษะ ตกใจ มีความตึงเครียดของร่างกาย เจ็บปวดบริเวณที่ถูกทำ ร้าย ไม่อยากกลับไปทำงาน และกลัวผู้ป่วยที่ทำร้าย

Gillmore (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมของการทำงานในโรงพยาบาลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลและสุขภาพของพยาบาล ตัวแปรตามคือ สุขภาพของพยาบาล ตัวแปรอิสระ คือ สถานที่ปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานเป็นผลัด ตารางการปฏิบัติงาน สภาพะการทำงาน และอันตรายในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อุบัติเหตุการสัมผัสสิ่งแวดล้อม การสัมผัสเชื้อโรคและความเครียดของงาน ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมการทำงานและสุขภาพของพยาบาล คือ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษานำร่องในพยาบาล 250 คน จากหน่วยงานพิเศษ 4 แห่ง คือ หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยมะเร็ง ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ตัวแปรการทำงานสามารถทำนายความแปรปรวนของสุขภาพ 30 % ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม ความเครียดในงาน และตารางการปฏิบัติงาน

Mahoney (1991) ศึกษาการตอบสนองของพยาบาลวิชาชีพภายหลังถูกทำ ร้าย ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินในรัฐเพนซิลเวเนีย โดยใช้แบบสอบถามตามการรายงานของตนเอง (Self Report Questionnaires) จำนวน 91 ข้อ มีทั้งคำถามปลายเปิด และปลายปิด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,209 คน (จากทั้งหมด 2,000คน) พบว่าร้อยละ 97.7 เคยได้รับการทำ ร้ายในขณะที่ปฏิบัติงาน เป็นการทำ ร้ายร่างกาย การทำ ร้ายทางคำ พูดและการคุกคาม ข่มขู่ มีการตอบสนองต่อการถูกทำ ร้าย 3 ด้าน คือการตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น โกรธ วิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ การตอบสนองด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บปวดบริเวณที่ได้รับการทำ ร้าย นอนไม่หลับ และการตอบสนองด้านสังคม เช่น รู้สึกกลัวคนแปลกหน้า รู้สึกกลัวผู้ที่ทำ ร้าย และกลัวว่าจะถูกทำ ร้ายอีก นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60ของพยาบาลที่ถูกทำ ร้ายบอกว่ามีผลกระทบต่อการทำงาน ร้อยละ 20 ลาออกจากอาชีพพยาบาล ร้อยละ 16.9 ขอย้ายไปหน่วยงานอื่น ส่วนพยาบาลที่สามารถจัดการกับการถูกทำ ร้ายได้มีการระมัดระวังตัวมากขึ้น

The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) สำรวจการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดของบุคลากรที่มีสุขภาพ ในองค์กรต่างๆ มากกว่า 9000 องค์กรพบว่าในแต่ละปี บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณ 800,00 คน ถูกเข็มและของมีคมตำ และร้อยละ 2 ได้รับเชื้อ เอชไอ วี จำนวนนี้ร้อยละ 1 กลายเป็นโรคเอดส์ (McDonald et al., 1993 อ้างถึงใน จิตตากรณี จิตรีเชื้อ, 2548) และบุคลากรที่ถูกเข็มหรือของมีคมที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี บาดหรือทิ่มตำ มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูงถึงร้อยละ 10 – 40 (Doebbeling, 1997 อ้างถึงใน จิตตากรณี จิตรีเชื้อ, 2548)

Yingu et.al. (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราของการเจ็บปวดหลังส่วนล่างและกิจกรรมในการประกอบอาชีพ ใช้วิธีสัมภาษณ์จากลูกจ้างชาวเดนิช อายุระหว่าง 19-59 ปี จำนวน 5,185 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ลอจิสติกรีสซัน ผลที่ได้พบว่า การเพิ่มความเจ็บปวดของหลังส่วนล่างอันเนื่องมาจากการสัมผัสเพื่อนทั่วร่างกาย มีค่า OR (Odd Ratio) = 1.28 รวมถึงการใช้แรงยกหิ้วของหนักมีค่า OR = 1.71 ขณะเดียวกันระยะเวลาทำงานที่ร่างกายได้รับการสัมผัสเพื่อน ตลอดทั้งวันมีความเสี่ยงต่อการเจ็บปวดของกระดูกสันหลัง มีค่า OR = 1.30 เท่าของบุคคลที่ไม่ได้ทำงานในลักษณะซึ่งก่อให้เกิดการสัมผัสเพื่อนของร่างกาย จากงานวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าการทำงานหนักเกินกำลังส่งผลต่อการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและกระดูกของร่างกาย นอกจากนี้การสัมผัสเพื่อนของร่างกายยังเป็นปัจจัยเสริมทำให้อาการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

Trinkoff (2002) ศึกษาปัญหาทางกระดูกและกล้ามเนื้อ คอ ไหล่ และหลัง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ มีการสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเจ็บป่วยกระดูก และกล้ามเนื้อ ในระดับที่สูง จากการเก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพ 1,163 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอาการ ทางกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 1 สัปดาห์ใน 1 เดือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ระดับความเจ็บปวดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้ต้องไปพบแพทย์, หยุดงาน, ลดหรือเปลี่ยนแปลงการทำงาน, ไม่สามารถทำกิจกรรมในการทำงานได้ ต้องใช้ยา รวมทั้งเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ พบพยาบาลที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีอาการปวดคอ ไหล่ และหลัง คิดเป็นร้อยละ 45.8, 35.1 และ 47.0 ตามลำดับ

Flodin et al. (2003) ศึกษาโรคทางปลายประสาทในพยาบาลที่สัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการดมยาสลบ (Multiple sclerosis in nurse anaesthetists) วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าว จากนิตยสารรายเดือนของสมาคมพยาบาลในประเทศสวีเดน และนิตยสารสมาคมผู้ป่วยทางระบบประสาทในประเทศสวีเดน จำนวนพยาบาล 90 คน ที่ป่วยเป็นโรคมีการติดต่อกับคลินิก พวกเขาจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งมี 85 หัวข้อ พยาบาล 13 คนใน 90 คนดังกล่าว เป็นพยาบาลที่สัมผัสสารเคมีที่ใช้ในการดมยาสลบ แบบสอบถามจะถามเกี่ยวกับลักษณะงาน, การสัมผัส, การวินิจฉัยโรค อาการ และการประมาณจำนวนปีของพยาบาลที่ใช้สารดมยาสลบ ในปัจจุบันใช้ข้อมูลจาก National Board of Health และประกันสังคม และสมาคมพยาบาล ข้อมูลอัตราการเกิดโรคสำหรับผู้หญิงใน Gothenburg และ Denmark ถูกใช้เพื่อการอ้างอิงความเสี่ยงโดยการคำนวณหา อัตราส่วนและมาตรฐานในการเกิดโรค (Standardized incidence ratio) ผลการศึกษา พยาบาล 11 คน ใน 13 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ใช้สารดมยาสลบ ได้รับการสัมผัส ก๊าซยาสลบ ก่อนเป็นโรค Multiple sclerosis ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการสัมผัสสารเคมี ดังกล่าว ก่อนการวินิจฉัยโรค อยู่ที่ 14.4 ปี (ช่วง 4 - 27 ปี) 10 คนถูกวินิจฉัยโรค ระหว่าง ปี 1980 - 1999 ผล

การศึกษาที่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราส่วนในการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 2.9 และ 2.8 เท่า จากข้อมูลการอ้างอิงของ Gothenburg และ Denmark ตามลำดับ

Ingle (2003) ศึกษาผลกระทบของการทำงานต่อเนื่องในเวลากลางคืน ในช่วงชีวิตการทำงานส่งผลต่อสภาพร่างกายและการนอนหลับในกลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ใช้รูปแบบการศึกษาแบบย้อนกลับ ศึกษาในกลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ใช้เวลาศึกษาอย่างน้อย 1 ปี กลุ่มแฝดแต่ละคู่ 1 คน ทำงานกลางวัน 1 คนทำงานกลางคืน โดยศึกษาข้อมูลทะเบียนกลุ่มแฝดในประเทศสวีเดน ที่เกิดตั้งแต่ปี 1958 หรือ ก่อนหน้านั้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1998 และ มีนาคม ค.ศ. 2002 โดยการใช้ผู้ช่วยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Computer – assisted telephone interview) ในแต่ละคู่ใช้เวลาภายใน 1 เดือน และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลกระทบจากสูงอายุ คัดเลือกจากกลุ่มแฝดทั้งหมด 48,216 คู่ เป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน 9,168 คู่ คัดเหลือ 1,814 คู่ ซึ่งอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป คัดเหลือสุดท้าย 169 คู่ หญิง 86 คู่ ชาย 83 คู่ ค่าเฉลี่ยอายุ 69.7 ปี วิเคราะห์ความแปรปรวนเชิงบรรยายของผู้ที่ปฏิบัติงานเวลากลางคืน จำนวนปีของการศึกษา, น้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย, ช่วงระยะเวลา, ปกตินิสัยการนอน, เวลาเข้านอน, การประเมินอัตราสุขภาพด้วยตนเอง, และการบ่นรวมถึงความผิดปกติของการนอนหลับ, การนอนตื่นเร็วเกินไป และการพักผ่อนที่ตี ผลการศึกษาพบข้อแตกต่างระหว่างแฝดที่ทำงานกลางคืน และกลางวัน การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และความผิดปกติของการนอนหลับนั้น คือ แฝดคนที่ทำงานกลางคืน มีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แย่งสูงมากกว่าแฝดที่ทำงานกลางวัน และมีปัญหาด้านผิดปกติของการนอนหลับสูงมากกว่า

Yunyan Xianyu และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดในสถานที่ทำงาน, วิธีการแก้ปัญหา และสุขภาพจิตของพยาบาล หัวหน้าในประเทศจีน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะเป็นหัวหน้าพยาบาล (Head Nurse) ในโรงเรียนแพทย์ 2 แห่งในเมืองหลวงของประเทศจีน หนึ่งในโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97คน โดยตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับให้ผู้วิจัย จำนวน 92 คน ร้อยละ 94.8% ใช้สถิติหาความสัมพันธ์ของเพียสันต์ ค้นพบว่า มีปริมาณงานมากเกินไป ความตายและสิ้นหวัง มีความขัดแย้งกับแพทย์ ซึ่งมีอำนาจเหนือกว่า สิ่งเหล่านี้ เป็นแหล่งกำเนิดของความเครียดในสถานที่ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่ใช้อยู่ คือ ใช้การทบทวนการประเมินผลเชิงบวก วางแผนแก้ปัญหา, ควบคุมตนเอง คะแนนสุขภาพจิตของพยาบาล พบว่า มีระดับต่ำกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบท่อทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ เป็นอันตรายดังกล่าว ได้แก่ พบอุบัติเหตุพยาบาลถูกเข็มตำในอัตราที่สูง มีการสัมผัสสารเคมีกลุ่มก๊าซยาเสพติดส่งผลให้เกิดโรคทางระบบประสาท

ลักษณะการทำงานหมุนเวียนเปลี่ยนผลัด และความเครียดส่งผลทั้งต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต รวมทั้งพบอาการเจ็บปวด กระตุกและกล้ามเนื้อ จากการทำงานในอัตราที่สูงกว่าอาชีพอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าเป็นการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่มุ่งหาคำตอบตามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น โดยมีคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งไม่สามารถให้รายละเอียดถึงปรากฏการณ์ที่ทำให้พยาบาลเกิดอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานได้อย่างแท้จริงที่เป็นการบอกเล่าถึงเหตุการณ์ และความรู้สึกที่มีต่ออันตรายนั้นๆจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกซึ้ง บอกถึงความรู้สึกนึกคิดภายในจิตใจของผู้ให้ข้อมูล จากประสบการณ์จริงของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับอันตรายด้านสุขภาพจากการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Heuristics phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตามแนวคิดของ Heidegger รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกที่เป็นประสบการณ์ตรงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. บริบทของพื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร มีภารกิจในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาของโรคซับซ้อน และรุนแรง ต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น เน้นการดูแลการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ มีระบบการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างสถานบริการในระดับเดียวกันและต่างระดับ มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างกัน เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลและนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการการศึกษาค้นคว้า โดยมีการบริการที่เน้นคุณภาพของการบริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และการวิจัยทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งกำหนดให้โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย เพื่อดูแลความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเป็นสมาชิกคนหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลได้ง่ายและเร็วพอที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ ในการศึกษามากที่สุด ผู้วิจัยกำหนดแหล่งการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าวเพื่อความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

2. ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดว่าจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ และเคยได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น การติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย อาการบาดเจ็บในขณะดูแลผู้ป่วย หรือภาวะคุกคามด้วยวาจาจากผู้ร่วมงาน โดยมีการบันทึกเหตุการณ์ในใบรายงานอุบัติการณ์ และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานของ ฝ่ายการพยาบาลของสนามวิจัยเพื่อระบุผู้ให้ข้อมูล 1-2 คนแรกตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นใช้วิธีสอบถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป (Snowball sampling) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อบุคคลดังกล่าวเพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยเบื้องต้น เมื่อได้รับการยืนยันการมีประสบการณ์หรือเคยได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานพยาบาลและยินดีเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายนำเอกสาร ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และดำเนินการนัดพบเพื่อทำการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จนไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมจึงยุติการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 ราย

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การขออนุญาต บันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขอให้ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ไม่สะดวกใจ หรือสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และไม่เผยแพร่ความลับของผู้ให้ข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต ไม่เปิดเผยนามจริง สถานที่จริงของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลนี้อาจเกิดผลเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล การตีพิมพ์และการเผยแพร่จะไม่บิดเบือนความจริงทำให้องค์กรของผู้ให้ข้อมูลเสื่อมเสียชื่อเสียง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ข้อมูลดิบของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายทันที นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แก่ผู้ให้ข้อมูลในการซักถาม ข้อสงสัย ก่อนลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยคือ ตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และจัดหาเครื่องมือประกอบอื่น ๆ ในการวิจัย ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้ ทดลองฝึกสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลพร้อมทั้งถอดความจากเทปบันทึกเสียงจำนวน 3 ราย และฝึกวิเคราะห์ข้อมูล ในขณะที่เรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล

1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดความเสี่ยงจากการทำงาน ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน และ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

1.3 การเตรียมความรู้ด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล เทคนิคการ สัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม

2. การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์สำหรับการสนทนา โดยเป็นคำถามปลายเปิดที่ มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูล อธิบาย และเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับบันทึก อายุ ระยะเวลาในการ ปฏิบัติงานพยาบาล หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประวัติการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน

3.2 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ คือ วันที่เวลาในการสัมภาษณ์ อากัปกริยา บริบท ปัญหา การบรรยายฉาก และบรรยากาศขณะสัมภาษณ์

3.3 เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์

3.4 แบบบันทึกการถอดความ สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดย การถอดความคำต่อคำ และใช้ในการให้รหัสเบื้องต้น

4. การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือจากคณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเพื่อขอ อนุญาต และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับ อนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษาแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานของ ฝ่ายการพยาบาลของสนามวิจัยเพื่อระบุผู้ให้ข้อมูล 1-2 คนแรกตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ กำหนดไว้ หลังจากนั้นใช้วิธีสอบถามผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป (Snowball sampling) เมื่อสามารถระบุ ตัวผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้น จากนั้นดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งให้บันทึกใบยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดำเนินการนัดหมายวัน-เวลา และสถานที่ใน การสัมภาษณ์โดยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับความสะดวกและเกิดความ ไว้วางใจมีความยินดีจะให้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มการวิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมบันทึกเทป โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2548)

1. เตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญ ๆ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ให้ความเห็น หรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์จะมีเนื้อหาสาระหลายประการที่ไม่มีแนวทางการสัมภาษณ์ หากประเด็นเป็นที่น่าสนใจ มีความสำคัญเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมาย และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ผู้วิจัยจะดึงประเด็นนั้นๆ ขึ้นมาสืบค้น และขอให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม

2. เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกเกร็ง หรือหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้ ผู้วิจัยต้องใช้เวลาอย่างคุ้มค่า โดยจะนึกเสมอว่าผู้ให้ข้อมูลต่างมีภารกิจส่วนตัว ผู้วิจัยจึงต้องใช้เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลให้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และที่สำคัญคือในการสัมภาษณ์ครั้งแรกๆ ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญต่อข้อมูลด้านความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นพิเศษเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งนอกจากการแสดงความขอบคุณแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตครั้งต่อไป หากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกไว้ในเทปเสียง และโดยการเขียนในขณะสัมภาษณ์ หรือทันทีหลังการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่บันทึกในเทปเสียงจะถูกถอดความออกมาคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ครั้ง/คน ใช้เวลาสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 50 นาที

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Diekelman (1992, อ้างถึงใน วิณา เทียงธรรม, 2548) ซึ่งจะวิเคราะห์หลังจากถอดเทปคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากสัมภาษณ์ทำการถอดเทปเป็นตัวอักษรคำต่อคำ เขียนบันทึกส่วนตัวเพิ่มเติมจัดข้อมูลเป็นรายบุคคล จากนั้นอ่านบทสัมภาษณ์ ซ้ำไป ซ้ำมาหลายๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

2. ค้นหาข้อความหรือประโยคที่มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญซึ่งเป็นส่วนที่แสดงถึงความคิด ความรู้สึก การตีความ พฤติกรรม การแสดงออก การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล มารวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มข้อมูลของแต่ละบุคคล ตั้งชื่อให้กับข้อมูลนั้นในเบื้องต้นก่อน (Coding) แล้วนำข้อมูล

ดังกล่าวที่ได้ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันมาจัดหมวดหมู่ เพื่อเป็นการลดทอนจำนวนข้อมูลลง และนำข้อมูลที่ได้ของแต่ละคนมาสรุป

3. นำบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน มาอ่านทบทวนอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน มีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหมวดข้อสงสัย และมีการบ่งชี้ theme ลักษณะแบบกว้างๆ

4. กลับมาพิจารณาบทสรุปอีกครั้ง เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ (Composite) ที่สะท้อนจากบทสรุปการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ขั้นตอนนี้มีการระบุ ประเด็นย่อย (Theme) เป็นส่วนๆ และพิจารณาความสัมพันธ์ของแต่ละประเด็นย่อยเพื่อรวมเป็นประเด็นใหญ่

5. นำประเด็นใหญ่มาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณาความเหมือนหรือความต่าง เพื่อรวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันหรือต่างหมวดหมู่

6. นำ แบบแผนของหมวดหมู่ไปตรวจสอบยืนยันกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตทั้งหมด

7. เขียนคำอธิบาย หมวดหมู่และประเด็นใหญ่และประเด็นย่อย พร้อมมีการนำตัวอย่างที่สำคัญ (Exemplars) และเด่นๆ มาใช้อ้างอิงในการเขียนบรรยายปรากฏการณ์อันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

7. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย Guba and Lincoln (1985,1989 อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมธานี, 2549: 132-136) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานและเขียนบันทึกลงในใบรายงานอุบัติการณ์ มีการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วย มีอาการบาดเจ็บในขณะที่ดูแลผู้ป่วย หรือภาวะคุกคามด้วยวาจาจากผู้ร่วมงาน และ มีความยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

1.2 ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมของวิชาชีพ ภาษาพูดของผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และมีการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) หลังจากโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลตอบรับยินดีให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลเพื่อแนะนำและพูดคุยสร้างความคุ้นเคยก่อนการนัดสัมภาษณ์จริง

1.3 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำ สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเพื่อให้ยืนยันว่าข้อมูลตรงกับกรที่ให้ข้อมูล

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้ครอบคลุมข้อมูลที่เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถเข้าใจเรื่องราวและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดของเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1. เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ต้องปฏิบัติงานเป็นผลัดเข้า-บ่าย-ดึก ทั้งตัวผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ทำให้มีอุปสรรคในการนัดหมายวันเวลาการให้สัมภาษณ์ รวมทั้งช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่โรงพยาบาลอยู่ระหว่างดำเนินการสร้างหอพักใหม่จึงมีพยาบาลบางส่วนพักหอพักภายนอกโรงพยาบาล และอยู่บ้านพักส่วนตัว ช่วงเวลาหลังเลิกงานจึงมีภารกิจต้องเดินทางกลับที่พักพร้อมรถรับส่งของโรงพยาบาล หรือรถส่วนตัว เมื่อถึงกำหนดวันนัดหมายผู้ให้ข้อมูลมีการติดต่อเลื่อนนัดสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง นอกจากนี้โรงพยาบาลยังอยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยใหม่ การนัดหมายสถานที่ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะนัดหมายบริเวณหน่วยงาน ทำให้บางครั้งเกิดเสียงรบกวนจากบุคคลอื่น เสียงโทรศัพท์ หรืออุปกรณ์สำนักงาน ผู้วิจัยต้องใช้สมาธิในการฟังมากขึ้นเพื่อให้ได้ยินเสียงผู้ให้ข้อมูล และติดตามเรื่องราวอย่างต่อเนื่องเพื่อสืบค้นข้อมูลรายละเอียดในเชิงลึก

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการทำวิจัยเชิงคุณภาพครั้งแรกของผู้วิจัย หลังจากผ่านการเรียนและฝึกทำวิจัยเชิงคุณภาพตามหลักสูตรของมหาวิทยาลัย เมื่อนิสิตเข้าสู่สนามการวิจัยพบว่าขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ได้มาซึ่งรายละเอียดของข้อมูลในเชิงลึกนั้น ต้องใช้ทักษะและการฝึกฝน ทั้งการฟัง การคิด การเขียน และการตั้งคำถามที่นำไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวจากผู้ให้ข้อมูลที่จะให้รายละเอียดในเชิงลึก ที่ลึกยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งที่ทำไต่ยาก นอกจากนี้ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นมีจำนวนมาก การคัดเลือกประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละประเด็นเพื่อนำมาเชื่อมโยงและเขียนบรรยายเรื่องราวอย่างน่าสนใจและมีอรรถรสในการอ่านนั้น ต้องใช้ความคิดและเวลามาก ผู้วิจัยจึงรู้สึกซาบซึ้งถึงคุณค่าของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์แบบตีความ (Analysis) ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

1. เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ
 - 1.1 สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม
 - (1) ครั้งแรกตกใจ รีบเร่งไปจัดการบาดแผล
 - (2) โกรธผู้ร่วมงาน ตัวการที่ก่อเหตุ
 - (3) ต่อมาเริ่มกังวลใจ กลัวติดเชื้อจากคนไข้
 - (4) ได้รับการรักษา เกิดอาการข้างเคียงจากการทานยา
 - (5) เวลาผ่านไปเริ่มได้คิด ผิดที่ตนเองรีบเร่งจนไม่ระวัง
 - (6) อยากได้ความเห็นใจ ไม่ใช่เสียงบ่นว่า
 - 1.2 โคนผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายบอบช้ำ
 - (1) กลัวจะไม่ปลอดภัย โคนคนไข้ทำร้ายซ้ำ
 - (2) เกรียดยจนร้องไห้ ทำไม่ต้องเป็นเรา
 - (3) โกรธญาติคนไข้ ทำไม่ต้องใช้กำลังต่างๆที่ช่วยแม่เขา
 - (4) เข้าใจคนไข้ รู้ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายเรา
 - 1.3 ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น
 - (1) ตกใจยับกล้ามเนื้อไม่ได้ จะเป็นอัมพาตไหม
 - (2) กลัวจนผวา กลางคืนนอนไม่ได้ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย
 - (3) ร่างกายต้องทนทุกข์ ปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง
 - 1.4 เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง

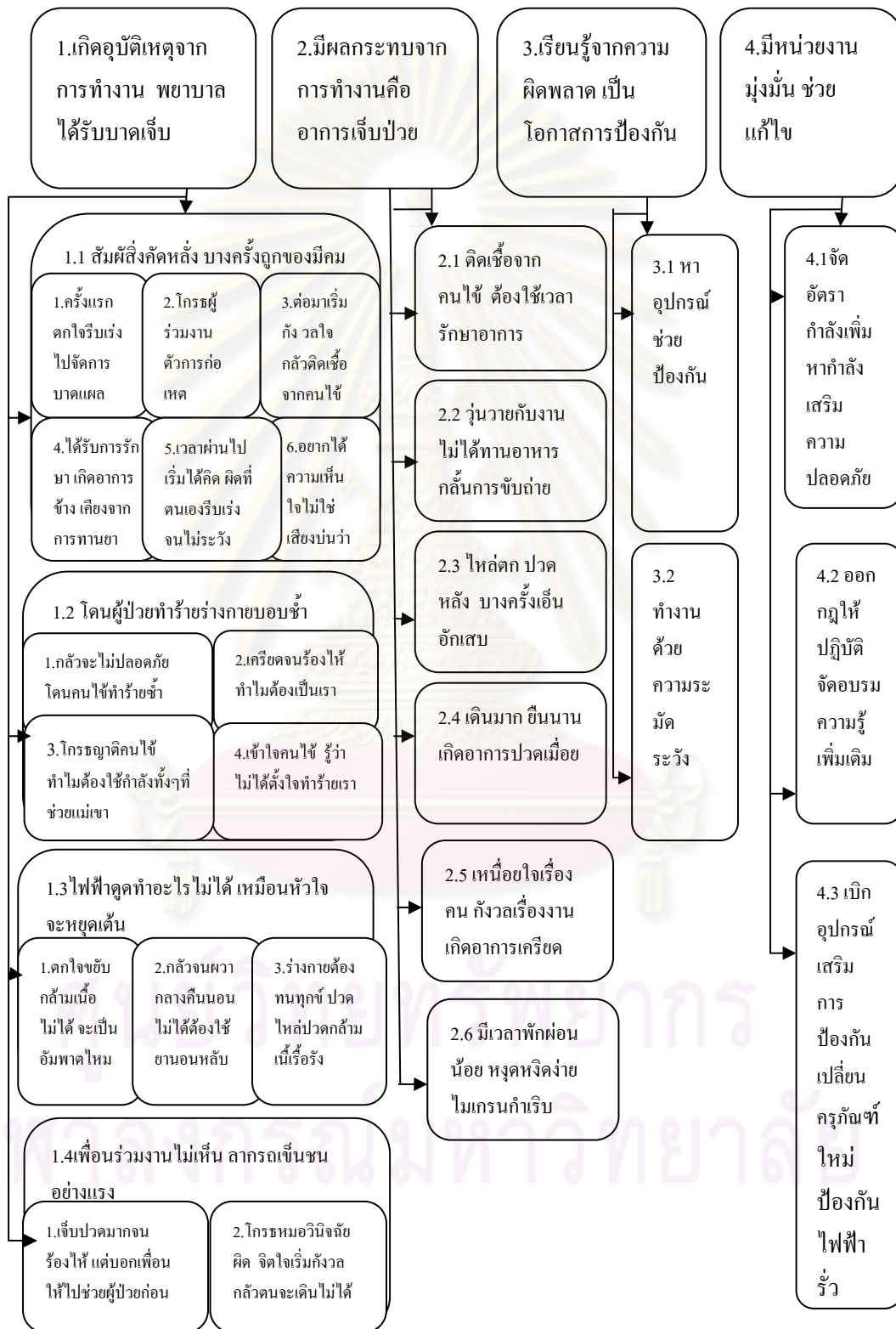
- (1) เจ็บปวดมากจนร้องไห้ แต่บอกเพื่อนให้ไปช่วยผู้ป่วยก่อน
 - (2) โกรธหมอวินิจฉัยผิด จิตใจเริ่มกังวล กลัวตนจะเดินไม่ได้
2. มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย
 - 2.1 คิดเชื่อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ
 - 2.2 วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นแกล้งการจับถ่าย
 - 2.3 ไหล่ตลก ปวดหลัง บางครั้งเอนอักเสบ
 - 2.4 เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย
 - 2.5 เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย
 - 2.6 มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไมเกรนกำเริบ
 3. เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน
 - 3.1 หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน
 - 3.2 ทำงานด้วยความระมัดระวัง
 4. มีหน่วยงานมุ่งมั่น ช่วยกันแก้ไข
 - 4.1 จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากำลังเสริมความปลอดภัย
 - 4.2 ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่มเติม
 - 4.3 เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจ ผลการศึกษาประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศัลยกรรม ชัดเจนครอบคลุมทุกประเด็นดังที่กล่าวไว้ ผู้วิจัยนำมาแสดงเป็นแผนภาพไว้ดังนี้ (แผนภาพที่ 1 หน้า 76)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 ผลการศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับ

อันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล :



1. เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ

อุบัติเหตุเป็นอันตรายที่สามารถเกิดขึ้นได้ โดยไม่มีใครคาดคิดมาก่อน วิชาชีพพยาบาลก็เป็นวิชาชีพหนึ่งที่สามารถเกิดอุบัติเหตุในการทำงานขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุของพยาบาลแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ตามลักษณะงานและหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงาน เช่น หากปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ด้วยความรีบเร่ง พยาบาลถูกเข็มฉีดยาตำ ทั้งเข็มที่ใช้ผสมยาและเข็มที่ฉีดยาให้ผู้ป่วย ส่วนในหอผู้ป่วยวิกฤติ(Intensive Care Unit, ICU) ผู้ป่วยอาการหนักต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับการดูแลเสมหะ เจาะเลือด อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นคือการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและของมีคมของผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV และ Hepatitis B ในห้องผ่าตัดและห้องฉีดสีสวนหัวใจ ลักษณะงานต้องส่งเครื่องมือขณะผ่าตัด ก็ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสเลือดและของมีคมได้ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ หอผู้ป่วยวิกฤติ ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม และหอผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายโดยไม่คาดคิด จากคำบอกเล่าของพยาบาล ซึ่งแบ่งประสบการณ์ของพยาบาลได้เป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม 1.2) โคนผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายบอบช้ำ 1.3) ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น และ 1.4) เพื่อนร่วมงานไม่เห็นลากรถเข็นจนอย่างแรง ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม

พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานทั้งในการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและโดนของมีคมบาดหรือตำมือ เพียงแต่การเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นต่างวาระกันเท่านั้น พยาบาลเล่าถึงประสบการณ์สัมผัสสิ่งคัดหลั่งทั้งเสมหะและเลือดจากตัวผู้ป่วยทั้งที่มีโรคติดเชื้อและไม่มีโรคติดเชื้อ ซึ่งการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของพยาบาลแต่ละรายนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน บางรายเกิดจากตัวพยาบาลเองประมาทไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร บางรายเกิดจากผู้ร่วมงานไม่ระมัดระวัง ในรายที่เกิดจากตัวพยาบาลเอง เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องสวนหัวใจ รายหนึ่ง เล่าว่า ได้เข้าไปช่วยแพทย์ในการเตรียมเครื่องมือสวนหัวใจให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใส่ถุงมือแต่ไม่ได้ใส่เสื้อกาวน์เขียว ขณะเก็บอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือด (Catheter) ไปทิ้ง เลือดที่ติดในสายสวนหลอดเลือดของผู้ป่วยที่มีผลเลือดเอชไอวี เป็นบวก (HIV Positive) และมีผลเลือดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B positive) กระเด็นเข้าบาดแผลเปิดบริเวณแขนที่เป็นรอยไหม้จากการรีดผ้า พยาบาลอีกหนึ่งรายที่ปฏิบัติงานในห้องสวนหัวใจขณะช่วยแพทย์ในการสวนหัวใจผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีผลเลือดเอชไอวี เป็นบวก ในขณะที่พยาบาลใช้กระบอกฉีดยาไล่สายน้ำเกลือเพื่อล้างเลือดผู้ป่วยออกนั้น เลือดที่สายน้ำเกลือกระเด็นเข้าตา ส่วนพยาบาลในหอผู้ป่วยในก็ถูกเลือดของผู้ป่วยในสายน้ำเกลือกระเด็นเข้าตาเช่นกัน

“ Case Emergency...คนไข้เป็น HIV positive แล้วก็ Hep B positive บังเอิญ B [นามสมมุติ] ไปโดนเลือดของคนไข้...ตอนเก็บอุปกรณ์นะ ใส่แต่ถุงมือ ลืมว่าตัวเองมีแผลปากเปิดก็โดนเลือดคนไข้...แผลโดนเตารีดไปใหม่ๆเลย ฟังรีดผ้าอยู่แล้วก็โดนตาม แล้วก็มือแขนเลยไปโดนเตารีด...ส่วนใหญ่ Case Emergency เราไม่รู้อยู่แล้วว่าคนไข้จะมีผลเลือดเป็นอย่างไรบ้างใช่ไหม รู้แต่ว่าจะไรก็ตามนะ เออ...เพราะว่าอย่างไรเราก็ทำ ต้องเอาชีวิตคนไข้ไว้ก่อน ก็กำลังเก็บสาย Catheter น้ำจาก Lumen Catheter กระเด็นเข้าแผล...ไม่รู้ว่าเขาเป็น...ไม่รู้...ก็เช้าวันรุ่งขึ้นก็ CCU [Coronary Care Unit] ก็โทรมาบอกว่าคุณไข้ HIV positive ก็เลยเจาะเลือด Hep B ก็ positive ”(พยาบาลรายที่ 1)

“มีประสบการณ์เรื่องเลือดกระเด็นเข้าตา...แล้วคนไข้เป็น Positive... Anti HIV Positive อาจจะเป็นความโชคไม่ดี...case นี้เป็น case ใส่ Pace [Permanent Pacemaker คือ การทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร] แล้วความที่ตอนเช้านี้ ก็ใส่แล้ว แล้วไอมันขึ้นจากการที่เราหายใจ แล้วพุ่งย้อนขึ้นไป ก็เลยทำให้เห็นไม่ชัด ก็เลยรู้สึกว่ายใส่แล้วแล้วเราไม่ถนัด ...มัน โชคร้ายตรงที่... Flush Saline แล้วมันกระเด็นเข้าตา”(พยาบาลรายที่ 6)

“อีกอย่างหนึ่งอันนี้แหละก็จบใหม่นี้แหละที่ ฝึกให้ยากครั้งแรก ไปให้ยาเวรติก คนไข้เป็น Precaution แล้วมันจะมีเลือดที่อยู่ในปลอกเข็มนะ มันจะมี Set แขนงกับ Hanging [ที่แขวนน้ำเกลือ]...คือตึกหนูอะก็จะเอามาเก็บเป็นสัดส่วนอยู่บนเตียงคนไข้คืออยู่บน Hanging แล้วระหว่างที่เรายกขึ้นยกลงมันมีเลือดที่มันอยู่ปลายเข็มนั่นแหละ มันกระเด็นเข้าตา อันนั้นแหละเค้าเป็น Precaution [HIV positive] ” (พยาบาลรายที่ 11)

สำหรับพยาบาลที่อยู่ห้องผ่าตัดก็มีประสบการณ์สัมผัสสิ่งคัดหลั่งเช่นกัน ขณะส่งเครื่องมือผ่าตัดที่แพทย์กำลังผ่าตัดกระโหลกศีรษะผู้ป่วย แพทย์ออกแรงในการผ่ากระโหลกศีรษะผู้ป่วยมาก ทำให้เลือดสาครกระจายเต็มหน้าพยาบาล ส่วนพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่าขณะที่ แพทย์กำลังดัน (Push) เลือดเข้าตัวผู้ป่วยแล้วไม่หมุนข้อต่อให้แน่น (Fix) ทำให้ข้อต่อหลุด เลือดสาครกระเด็นเต็มหน้าพยาบาล และอีกกรณีหนึ่ง ขณะที่ดูดเสมหะผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ แล้วผู้ร่วมงานหันต่อ

หรือสายเครื่องช่วยหายใจมาทางพยาบาล แรงใจจากตัวผู้ป่วยและแรงดันจากท่อเครื่องช่วยหายใจ ทำให้เสมหะพุ่งใส่หน้าและตาของพยาบาล ในเหตุการณ์หลังสุดนี้เกิดจากความไม่ระวังของผู้ร่วมงาน

“ก็...คนอื่นทำอีกเหมือนกัน...อย่างคนไข้ที่มันใช้ Ventilator ไง แล้วคนแบบเยอะ...คนระมัดระวังก็มี คนไม่ระวังก็มี แบบบางทีก็คนอื่นทำเหมือนกัน เช่น ปลด Ventilator แล้วหันสาย Ventilator มาทางเราเงี้ย ไม่ได้บอกเรา เราก็ไม่ทันระวัง เสมหะก็กระเด็นเข้าตา Ventilator มันมีแรง มันมี Flow นี้...มันก็อัดมา ออกมา มันก็กระเด็นเข้าหน้าเข้าตาเรา...ใช่ปะ... หรือบางที สายมันหลุดเอง จากคนไข้ยับ จากอะไรยับมันหลวมมันหลุดเอง มันก็สาดเข้าหน้าเรา...เงี้ย...ถึงเรียกว่ามันเป็นอุบัติเหตุ ใจมันเกิดขึ้นได้ไง” (พยาบาลรายที่ 3)

“ก็ช่วยหมอบ้างที่ตกลงด้วย...บางที่หมอเค้า... Push เลือด อย่างเวลาตอน Load คนไข้ Bleed เคยเจอเวลาคนไข้ Bleed ก็ต้อง Push เลือดไป แล้วมันดันกระเด็นเข้าตาเข้าหน้า เลือดที่หมอ Push กระเด็นเข้า...เพราะเลือดมัน Free flow ไม่ได้ ไม่ทันใจ หมอเค้าก็ยื่น Push ก็กระเด็นเข้าตาพยาบาล [และอีกครึ่ง]...ตอนนั้น ก็คือ Suction ตามปกตินี้แหละ แต่ใส่แว่นตาด้วยเพราะคนไข้ไอพุ่งแรง แล้วก็กลัวว่าเดี๋ยวมันจะกระเด็นเพราะว่าคนไข้ไอแรง ก็ใส่แว่นตา แล้วก็ใส่ถุงมือแค่นั้น แต่พอ Suction ไม่รู้ว่ามันโค้งวิถีเข้าไปได้อย่างไรนะ ตอนนั้นรู้สึกเลยว่ามันเข้าตา...คนไข้เค้ามี Underlying เค้า เป็น Hepatitis B ” (พยาบาลรายที่ 7)

“ของหนูหรือคะ ก็คือว่าวันนั้นอยู่เวร Emergency บ่ายคืนนะ แล้วที่นี้มันเป็น...Case ผ่าตัด Neuro...ตอนนั้นคนไข้เป็น Emergency มา แล้วด้วยความที่รีบ แล้วมันก็ ตัวของหนูเองเนี่ย ก็ลืมที่จะใส่แว่นตา ... Neuro เนี่ย มันจะต้องมีการผ่ากระโหลกไขโพรงกะ จะต้องมีการใช้เครื่องมือตัดกระโหลกแล้วที่โน้นเค้าจะใช้ไมครอส ซึ่งรอบในการตัดกระโหลกของเขาจะเร็ว เร็วกว่าของเรา... ส่วนที่นี้ มีรุ่นรอบในการหมุนมันจะต่ำกว่าของไมครอสชนิดหนึ่ง แต่มันก็สามารถใช้ได้ แต่หมอเค้าอาจจะไม่เคยชิน เค้าก็จะ ... Force แรงเข้าไป ทำให้เลือดของคนไข้เนาะคะ กระเด็นสาด ก็จะบอกว่ามันกระเด็นแรงมากคือมันสาด สาดมาที่หน้าเลยคะ...คือ เป็นช่วงที่จังหวะที่หันมาพอดีเค้ากำลังจะเตรียมของ กำลังจะขึ้นไป มันก็เว็บ...สาดหน้าเต็มหน้า โคนเต็มเลย เต็มหน้าเลยคะ”(พยาบาลรายที่ 8)

ส่วนอุบัติเหตุถูกของมีคม เช่น เข็มตำ มีดบาด ขณะปฏิบัติงาน ที่มีสาเหตุเกิดจากตนเอง หรือเกิดจากผู้อื่นเป็นผู้กระทำ บางเหตุการณ์เกิดจากอุบัติเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ในห้องผ่าตัด และห้องสวนหัวใจ พยาบาลทำหน้าที่ส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) ถูกมีดบาดขณะส่งเครื่องมือ พยาบาลรายหนึ่งบอกว่าไม่แน่ใจว่าเกิดจากความประมาทของตนเองหรือไม่ บางรายบอกว่าเกิดจากการขาดประสบการณ์และขาดความระมัดระวัง นอกจากนี้พยาบาลรายอื่นๆ ยังเล่าถึงประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุถูกของมีคมขณะปฏิบัติงานที่มีสาเหตุจากตนเองได้แก่ การปลดหัวเข็ม การสวมปลอกเข็มกลับ แล้วเกิดความผิดพลาดเข็มแหลบมาที่มือตนเอง พยาบาลบางรายเล่าว่าเกิดอุบัติเหตุเข็มตำจากผู้อื่นวางเข็มไว้ แล้วมือตนเองไปโดน บางรายเล่าว่าผู้อื่นทำเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีตกใส่เท้าตน

“คือเวลา ถ้าเป็น *Case Emergency* จะไม่มีใครเข้า *Case* ส่งเครื่องมืออยู่ แล้วทุกอย่างจะเตรียมให้หมด แต่เผชิญปกติ...แท่ง *Sheath* [อุปกรณ์พลาสติกลักษณะกลมยาวห่อหุ้มเข็มแพทย์ใช้แทงเป็นสายสวนนำ ก่อนทำหัตถการ] เสร็จ...ถึงจะ เอา *Blade* กลับมา แต่ช่วงเวลานี้ยังไม่ทันแท่ง *Sheath* แล้ว ... อาจารย์เป็นคนเอา *Blade* กลับมาเอง แล้วเราหันหลังให้ นะคะ เราอยู่ที่โต๊ะทำหัตถการ แล้วเราหันหลังให้ แล้วเราหันหน้ากลับ ไปพอดี กับเอามือกำลังจะเอา *Syring* ไปให้หมออย่างนี้คะ มันก็เลย *Blade* มันถีออกมาตรงๆ มันไม่ได้ถีมาในอุ้งมือ อาจารย์ถีมาโดยที่เอาปลายแหลมออกนอกตัวนะ มันก็เลยมาโดนมือพอดี ระหว่างที่เราเอามือจะเอา *Syring* ให้” (พยาบาลรายที่ 1)

“เคยเจอเข็มตำจากคนไข้ *HIV*... ในระหว่างที่กำลังทำอยู่เนี่ย ก็ประจวบซ้ำกับการ โคนเข็มตำอีกรอบ เป็นเข็มตำจากคนอื่นทำ ทำเข็มตกใส่เท้า คนอื่นทำนะ ไม่ได้ทำเอง ยื่นๆช่วยกันทำอยู่นั่นนะ เค้าทำเข็มตกใส่เท้าก็ปัก แล้วปรากฏคนไข้คนนั้นเป็น *Hepatitis*” (พยาบาลรายที่ 3)

“ตอนนั้นขึ้นเวรตึกก็จะแทงน้ำเกลือคนไข้ ตอนนั้นก็ไปช่วยกันหลายๆคน ก็มีคนวาง *Medicut* แล้วมันไม่ได้เสียบเข้าปลอก ก็คือวางราบกับพื้น เราก็ไม่ทันเห็นเราก็เอามือควานๆ สองที่สามที่เจ็ย...แล้วมันก็จึก...เป็น *Medicut* สีเหลืองอันเล็กๆอะ...แต่มันก็มีกรแท่งเข้าผิวหนังเข้าคนไข้ไปแล้ว...” (พยาบาลรายที่ 7)

“ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็น โคนเข็มจิ้ม แต่บางทีมันก็จะเข็มที่ยังไม่ได้ใช้ อันนี้เข็มพลาดเอง โคนนิ้วตัวเองตอนคุณดยาค่ะ ก็คือแบบเร็วไง ทุกอย่างคือ ถ้ามัน รับบางทีก็คือหักกริบ แล้วก็เนี่ย...แอมป์บาด...ด้วยความรับ เข็มใช้ดูดยา เข็ม syring เนี่ย ค่ะ ก็คือมันจะจิ้มนิ้ว ก็คือต้องทิ้งยา ทิ้งแอมป์ไป อะไรรอย่างเนี่ยค่ะ ... แล้วก็โคนเข็มที่ฉีดแล้วจิ้มอีก อันเนี่ย อันเนี่ยล่าสุด... หมอนิด lesion นิดเดียว แล้วที่เหลือนั้นจะฉีด Muscle อันนั้นเค้าก็จะให้เราฉีด แต่ถ้าฉีดในแผลหมอนก็จะ ฉีดเอง ก็มาฉีด Muscle ก็คือมันต้องแบ่ง 2 ข้าง...แต่ช่วงที่...จะเปลี่ยนสะโพกหนึ่ง มาฉีดอีกสะโพกหนึ่ง อย่างเนี่ย ก็...ใส่ปลอกเข็มกลับเข้าไป แต่คือไม่ทันคุณเงาะ เพราะว่าวางแล้วก็ตกลงไป แล้วก็จับกด มันแทงออกมานอกนอกลอก มันก็จิ้ม ไปพอดี”(พยาบาลรายที่ 9)

“เคยโคนมิดนะค่ะ มันทิ่มที่ฝ่ามือ นะค่ะ ตอนนั้นก็คือ... ขณะที่จะ โคนมัน เป็น Case LC [Laparoscope คือการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องผนังช่องท้อง] นะค่ะ ก็...เวลาที่เปิด...ตรงสะดือเนี่ย เค้าก็ต้องใช้ Clamp ใช้ Clamp เยอะ เค้าก็ จะต้องมีคนช่วยดึง Retractor เพื่อเปิดให้เห็นตำแหน่งภายในช่องท้อง คือเราเป็น Scrub nurse เรายังช่วยดึง Retractor ด้วย หมอนิดขอ..ขอมีด ซึ่งมีเราข้างหนึ่งก็คือ Retractor อยู่ ข้างหนึ่งก็ต้องเอื้อม เพราะว่าเราไม่ได้อยู่ใกล้โต๊ะนะค่ะ ช่วงนั้นคือ ช่วยหมอนิดอยู่แล้ว เรายังอยู่ใกล้โต๊ะแล้วเราก็ต้องเอื้อมไปหยิบซึ่งมันก็โคน ซึ่งมัน อาจะเกิดจากขาดความระมัดระวัง ”(พยาบาลรายที่ 10)

“อคนอนแล้วแบบมันก็มีโอกาสที่จะทำอะไรผิดพลาดได้...เคยโคนเข็ม ต่ำตอนเวรตึก...คือเจาะเลือดคนไข้เสร็จแล้ว แล้วเอาเลือดมาใส่ Tube นะค่ะ แล้วมันพลาดไป มันแฉลบมือไปเฉยๆ..คือเป็นช่วงประมาณ ตีห้าครึ่งมั้งพี่ ที่เจาะ เลือดนะ แล้วแบบมันงงๆเลยแฉลบไป... เรา Blur เองนะ ก็เลยรู้สึกว่ามันไม่อยาก อยู่เวรตึกแล้ว...ไม่อยากอยู่เวรเฮอร์เพราะอยู่เวรเฮอร์ก็ทำให้สุขภาพแยกลง” (พยาบาลรายที่ 14)

หลังจากพยาบาลสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและถูกของมีคมบาด/ตำแล้ว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันที ของพยาบาลแต่ละรายนั้นมีความหลากหลาย แต่พยาบาลส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกตกใจก่อนและตามมา

ด้วยความรู้สึกกลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วย บางรายรู้สึกที่เกิดจากความประมาทไม่ระวังของตนเอง บางรายก็รู้สึกว่าผู้ร่วมงานไม่ระวัง บางรายรู้สึกน้อยใจหัวหน้าและผู้ร่วมงานที่มาพูดว่าตนเองไม่ระวัง อยากได้กำลังใจมากกว่าคำต่อว่า บางกรณีบอกว่ารู้สึกโกรธผู้ร่วมงานที่เป็นต้นเหตุให้ตนเองต้องประสบกับเหตุการณ์นี้ ดังประเด็นที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ (1) ครั้งแรกตกใจ รีบเร่งไปจัดการบาดแผล (2) โกรธผู้ร่วมงาน ตัวการที่ก่อเหตุ (3) ต่อมาเริ่มกังวลใจ กลัวติดเชื้อจากคนไข้ (4) ขณะรับการรักษา ทรมานกับการทานยา (5) เวลาผ่านไปเริ่มได้คิด ผิดที่ตนเองรีบเร่งเกินไป และ (6) อยากได้ความเห็นใจ ไม่ใช่การบ่นว่า

(1) ครั้งแรกตกใจ รีบเร่งไปจัดการบาดแผล

พยาบาลที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งหรือของมีคมบาด รู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางรายตกใจเนื่องจากรู้ว่าสิ่งคัดหลั่งนั้นมาจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเชื่อดังกล่าว สามารถติดต่อผู้อื่นได้จากสิ่งคัดหลั่งต่างๆ บางรายตกใจที่ตนเองมีเลือดออกมากหลังจากเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากบาดแผลลึก ทำให้คิดไปว่าโอกาสติดเชื้ออาจจะมากขึ้น และบางรายรู้สึกตกใจที่เลือดของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีกระเด็นเข้าตาตนเอง อย่างไรก็ตามพยาบาลทุกรายก็รีบไปจัดการกับบาดแผลของตนเอง โดยทำความสะอาดบาดแผล หรือล้างบริเวณที่โดนสิ่งคัดหลั่ง ก่อนที่จะดำเนินการขั้นตอนต่อไป

“กำลังเก็บสาย *Catheter* น้ำจาก *Lumen Catheter* กระเด็นเข้าแผล...ก็ล้างแผลปกติ แล้วยังไม่ได้อะไร ก็ *Clean* แผลปกติ ตามหลักการของการ *Clean* นะคะ ก็เช้าวันรุ่งขึ้นก็ *CCU* ก็โทรมาบอกว่าคนไข้นะ *HIV positive* ก็เลยเจาะเลือด *Hep B* ก็ *positive*” (พยาบาลรายที่ 1)

“[Suction เสมหะคนไข้ *Hepatitis B* กระเด็นเข้าตา]...ตอนนั้นก็ตกใจ ก็รู้ว่าคนไข้เป็น ก็ตกใจแล้วก็รีบเจาะเลือด แล้วยังไป *Consult* พี่แอล [นามสมมุติ] พี่แอล ก็บอกว่า โอกาสเสี่ยงเนี่ยมันน้อย เพราะว่า มันอาจจะไม่ใช่ *Secretion* เพียงๆ มันอาจจะเป็น *saline* ที่เรา *push* เข้าไป ก็โล่งใจไปอีกเพราะหนึ่ง ก็เจาะ *Lab* แล้วยัง *repeat lab*...ก็ *Neg*” (พยาบาลรายที่ 7)

“[เลือดสาดกระเด็นเต็มหน้า] ตอนนั้นคิดว่า...เฮ้ย...โดนอะเต็มเลยทำไงดี...ก็เลยหันไปหา *Circulate* บอกว่าช่วยเช็ดเลือดออกให้หน่อย... ก็รีบให้ *Circulate* มาเช็ดเลือดออกให้ก่อนเลย...ถ้าตามหน้าที่ไม่โดนตาเค้าก็จะเอา แอลกอฮอล์เช็ดๆ

ให้ส่วนตรงที่โดนตาเค้าก็จะใช้แต่ผ้าเช็ดเฉยๆแล้วพอสามทุ่มได้ออกก็ออกไป ER
คะ เค้าก็มีล้างตาให้ใช้ Saline ล้าง”(พยาบาลรายที่ 8)

“ตอนโดนตอนแรกนะ ก็ตกใจ เพราะว่าเลือดออก เพราะว่าเป็นการ
โดนที่แบบมันลึกอะคะ เลือดมันออก ก็เลยเออ รีบไปล้างน้ำ แล้วก็ปรึกษาหมอ
ก่อน ” (พยาบาลรายที่ 9)

“แล้วระหว่างที่เรายก[เสาน้ำเกลือ] ขึ้นยกลงมันมีเลือดที่มันอยู่ปลาย
เข็มอะนั่นแหละมันกระเด็นเข้าตา อันนั้นแหละเค้าเป็น Precaution (HIV
positive) ... นั่นแหละมันกระเด็นเข้าตา ตั้งแต่แรกตกใจวิ่งไปล้างตา แต่ไม่ได้
บอกใคร” (พยาบาลรายที่ 11)

“เป็น Case ผ่าตัดตานะคะ...เวลาผ่าตัดตามันจะต้องใช้ 45 องศาที่เป็น
Blade ช่างชง ในการลง Incision ...คือมันจิ้มตรงจมูกเก็บอย่างเงี้ย แต่ว่าคือมันจะ
ค่อนข้างเจ็บเหมือนกัน ก็...ตอนนั้น โคนแล้วก็ออก Case เลยแล้วก็ไปบีบ
เลือดออกอย่างเดียว ...ขณะนั้นมันเป็นแผลชนิดเดียว...ก็ Dressing นะคะ ก็คือพอ
เราบีบเลือดออกเยอะๆแล้วก็เลือดมันก็หยุดมันเอง (พยาบาลรายที่ 12)

(2) โกรธผู้ร่วมงาน ตัวการที่ก่อเหตุ

เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต้องทำงานเป็นทีม และบางครั้ง
ต้องร่วมงานกับบุคลากรสุขภาพด้านอื่นๆ ดังนั้นอันตรายที่พยาบาลได้รับอาจเกิดจากการกระทำ
ของบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ร่วมงานได้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่ได้รับอันตรายที่เกิด
จากการกระทำของผู้ร่วมงาน พยาบาลกล่าวว่ารู้สึกโกรธผู้ร่วมงานที่เป็นต้นเหตุ เช่น โกรธแพทย์
ที่ขาดความระมัดระวังในการให้เลือดผู้ป่วย โดยเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่แพทย์กำลังยื่น
คัน (Push) เลือดเข้าสู่ตัวผู้ป่วยผ่านข้อต่อ (T-way) ซึ่งแพทย์ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันครบชุด ได้แก่
เสื้อกาวน์ แวนตา ถุงมือ ขณะทำการดันเลือดข้อต่อไม่แน่น เป็นสาเหตุให้เลือดที่กำลังดันเข้าสู่ตัว
ผู้ป่วยนั้นสาครกระเด็นเต็มหน้าพยาบาลที่ยืนช่วยทำหัตถการดังกล่าว พยาบาลจึงรู้สึกโกรธและต่อ
ว่าแพทย์ว่าระวังแต่ตนเองไม่ระวังผู้อื่น ส่วนพยาบาลอีกรายเล่าว่าได้รับอุบัติเหตุจากการรับ
เครื่องมือผ่าตัดจากแพทย์ประจำบ้าน (Resident) โดยแพทย์ส่งมีดคันที่เป็นคมมาให้ตน ทำให้
พยาบาลถูกมีดตำมือ

“อย่างคนไข้ที่มันใช้ Ventilator ใ้ แล้วคนแบบ เยอะ...คนระมัดระวัง ก็มี คนไม่ระวังก็มีแบบ บางทีก็คนอื่นทำเหมือนกัน เช่น ปลด Ventilator แล้ว หันสาย Ventilator มาทางเราเลย ไม่ได้บอกเราเราก็ไม่ทันระวังเสมหะก็กระเด็น เข้าตา Ventilator มันมีแรง มันมี Flow นี้...มันก็อัดมา ออกมา มันก็กระเด็น เข้า หน้าเข้าตาเรา”(พยาบาลรายที่ 3)

“หมอเค้าก็ยื่น Push [เลือด] ก็กระเด็นเข้าตาพยาบาล... โกรธค่ะ โกรธ ความรู้สึกแรกเลย โกรธหมอ ทำไมหมอไม่ระวัง คือระวังแต่ตัวเองไง ใส่ เฟอร์นิเจอร์ครบถ้วนตา เลื่อ หมวก แต่ว่าเวลาทำไปเค้าก็คุยกันไป แล้วเค้า Fix ตรง T-way ไม่แน่น อะ...มันก็หลวม พอหลวมก็กระจาย ไม่ได้โดนเรากันเดียว นะ โคนน่องเนิ้ง พี่ที่อยู่รอบตัว...รู้สึกว่ามันหน้าเข้าไปอยู่ใกล้ๆเลย ก็ต่อว่าเค้า ว่า ทำไมน่องไม่ระวังเลย ทำไมไม่ปิด T-way ให้มันแน่น เรายิ่งว่าเค้าไปว่าป้องกัน แต่ตัว แต่ไม่ป้องกัน ไม่ Save คนอื่น”(พยาบาลรายที่ 7)

“...อาจจะเป็นเพราะหมอ เพราะเวลาเค้าส่งเครื่องมือคืนมานะ เค้า จะต้องส่งคืนที่ไม่เป็นคมมาให้เรา นั่นก็คือเอาส่วนด้ามมาให้เราเลย เราจะเป็นคนรับด้าม ...เอ่อ..นั่นก็เป็น Resident ใหม่ด้วยอะไรอย่างเงี้ย ก็ส่งมาตามที่เค้าส่ง มาให้ เราก็คิดว่าเออ..หมอส่วนใหญ่เค้าจะส่งด้ามมาให้อะไรอย่างเงี้ยค่ะ ก็เลย แบบ...รู้สึกว่ามันทำอะไรไม่แย้งเลย” (พยาบาลรายที่ 12)

(3) ต่อมาเริ่มกังวลใจ กลัวติดเชื้อจากคนไข้

การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและถูกของมีคม ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อต่างๆจากผู้ป่วยสู่พยาบาลที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งหรือถูกของมีคมที่มด้า ทำให้พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุดังกล่าว เกิดความรู้สึกกังวล กลัว และเกิดความเครียด จากการสัมผัส พยาบาลเล่าว่า รู้สึกเครียดมากจนรับประทานอะไรไม่ได้ พยาบาลส่วนใหญ่กังวลและกลัวว่าตนจะติดเชื้อรุนแรง ได้แก่ เชื้อ HIV, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, และ VDRL ส่วนพยาบาลบางรายเล่าถึงความรู้สึกกังวลและกลัวจะติดเชื้อถึงแม้จะมีการเจาะเลือดผู้ป่วยไปตรวจหาเชื้อ HIV และผลออกมาว่าผลเลือดปกติแล้ว แต่พยาบาลผู้ประสบเหตุการณ์ดังกล่าวก็ยังคงมีความกังวล และกลัวว่าผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะแฝง (Latent period) ซึ่งไม่สามารถตรวจพบเชื้อได้ในระยะแรก จึงทำให้เกิดความกังวลเป็นเวลานานถึง 2 ปี เนื่องจากกลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วย

“ก็กังวลนะค่ะ แต่ว่า...อืม (หยุดคิด...เงยหน้า มองขึ้นด้านบน) แต่ก็...ถ้าถามว่ากังวลไหม ทุกคนมันก็กังวลอยู่แล้ว เพราะว่า HIV คน ไข้มี Positive แล้วเรามีแผลปากเปิด...”(พยาบาลรายที่ 1)

“เลือดกระเด็นเข้าตาแล้วคนไข้เป็น Anti HIV Positive ถามว่า Toxic มี Toxic มาก...มันโซคร่ายตรงที่ ที่มันไป Flush Saline แล้วมันกระเด็นเข้าตา...ในช่วงนี้เราก็กลัวอะ ถึงแม้ว่ามันจะเป็นแค่การ Flush Saline ที่มันมีเลือดอยู่นี่ โอกาสเสี่ยงมันศูนย์จุดศูนย์...แต่ว่าเราก้ยังมีความรู้สึกว่ามันไม่ safe อะมันก็ต้อง follow up เนี่ยเจาะเลือดไป 6 weeks เดี่ยวต้อง follow อีก 3 เดือน 6 เดือน” (พยาบาลรายที่ 6)

“รู้สึกแบบกลัว...กลัว...ตอนแรกเลยคือกลัว แบบอึ้ง...เราจะติด แล้วแบบคน ไข้...เค้าจะเป็นอะไรไหม...ฟุ้งซ่านคิดเยอะมากนะที่ แม้ว่าผลเลือดเค้าแบบ Anti HIV จะเป็น Negative อะไรแบบนี้ เราก้จะคิดมากกว่า เอ๊ะ!...มันเป็นระยะ Latent period หรือเปล่า เพราะว่าคน ไข้เนี่ย ตามเนื้อตัวเค้าจะมีสักทั้งตัวเลย ก็แบบอึ้ง...มันก็มีโอกาสเสี่ยงอยู่นะ ประกอบกับอายุเค้าด้วย ตอนนั้นคือกลัว แล้วก็...กังวลว่าจะติดโรคจากคน ไข้ใหม่ ทั้งเรื่อง Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C อะไรอย่างนี้นะค่ะ กังวล มาก...กินไม่ได้เหมือนประมาณว่ามันเครียดใจ...กลัวว่าฉันจะเป็นไหมอะไรเงี้ย...เป็นอะไรที่...เป็นกังวลมาก” (พยาบาลรายที่ 8)

“ระหว่างที่เรายกขึ้น [สายน้ำเกลือ] ยกลงมันมีเลือดที่มันอยู่ปลายเข็มอะ นั้นแหละมันกระเด็นเข้าตาอันนั้นแหละเค้าเป็น Precaution [HIV positive]...นั้นแหละมันกระเด็นเข้าตา ตั้งแต่แรกตกใจวิ่งไปล้างตาแต่ไม่ได้บอกใคร กลัว...กลัวเหมือนกัน...อันนั้นอะ โคน โคนมาอันนั้นอะรู้เลยว่า คน ไข้เป็นเอดส์นะแล้วกระเด็นเข้าตาเราอะไรอย่างเงี้ย แต่ว่าตายแล้วทำไงดีเก็บเงียบไม่กล้าไปบอกใคร นั้นแหละไปปรึกษาเลือดอะที่อย่างที่บอก กลัว ...กลัวอย่างเดียวเลยที่ กลัวอย่างเดียวก้ออย่างที่บอกไม่รู้จะทำอย่างไรเครียดไป 2 ปีอะ ก็นั้นแหละปรึกษาเลือดเอา ปรึกษาเลือดเอา...ไปอยู่นั้นแหละ ตอนนั้นปรึกษา...ครั้งที่ 16 แล้วที่...ตอนนี้หายแล้วเลิกคิดแล้วที่แต่ประมาณว่า Window period หรือเปล่าอู้อี้...ช่วงนั้นแบบว่าจะบ้า แบบว่าจะบ้านะพี่เออ..”(พยาบาลรายที่ 11)

(4) ได้รับการรักษา เกิดอาการข้างเคียงจากการทานยา

ผู้ให้ข้อมูลที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งและของมีคมจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด HIV Positive จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากผู้ป่วย แพทย์จะพิจารณาให้ทานยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการทานยาดังกล่าวเกิดผลข้างเคียงจากยาอย่างมาก เกิดเป็นความรู้สึกทรมานกับการทานยา เช่น พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่า ต้องทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ถึงสองครั้ง โดยในครั้งที่สองนั้น ทานยาไม่ได้ ทานแล้วเวียนศีรษะมากเหมือนบ้านหมุน ยาเข้าระบบประสาทมาก ทานได้เพียง 2 เม็ด ก็หยุดทาน และไปปรึกษาแพทย์เพื่อหยุดทานยา แต่ก็ยังมีการเจาะเลือดตรวจเช็คเป็นระยะ พยาบาลอีกรายหนึ่ง เล่าถึงผลข้างเคียงของยาว่าทำให้ตนเองอ่อนเพลีย ทำงานไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เวียนศีรษะมาก แพบเดินทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น

“เครียดกับการกินยามากกว่า กินแล้ว Side effect มันเยอะอะ พอได้ Side effect เยอะ ๆ กลัวว่าจะไป Bias กับที่ทำงานมากกว่า ว่าเราทำงานไม่ได้อะไรอย่างเงี้ย...(Admit) 5 วัน... Off ยาไป 2 วัน ให้เราฟื้นตัวได้...ก็มันกินไม่ได้เลย ตอนนั้น ที่มันเกิดจากผลของ...อีกตัวจำไม่ได้...เม็ดสีส้ม ๆ คือ มันทำให้เราถ่ายด้วย มันอาเจียนและถ่าย...ซึ่ง Effect จากยาตัวเดิม ก็ยังไม่หมดไป ทำให้แยลง Down ลง...ถ่ายด้วย คือ มันเปลี่ยนตัวยาไปอะ...ยาตัวเนี้ย ทำให้ถ่าย...ซึ่งเรา Weak อยู่แล้วจากยาตัวเดิม จริง ๆ แล้ว ให้กิน Stockin ต่อ ก็ไม่น่าจะมีปัญหาเพราะว่ามันก็คือ เวียนหัว ซึ่งมันเป็นอาการที่เราเริ่มรับได้ มันกินไป 2 week แล้วนะ รับได้...แต่จริง ๆ ก็คือ กิน ยาจจนครบเดือนนะ”(พยาบาลรายที่ 1)

“ที่โดนกินยาต้านไวรัสนะ สองครั้ง อีกครั้งเนี่ยรู้สึกทรมานอีกคนหนึ่ง สิ่งไรก็จะกินทีเดียวสองตัว ก็มากินไอ้ Stockin กินไม่ได้กินแล้วเวียนหัวมาก อะโรอย่างเงี้ย แบบบ้านหมุน เพราะว่ามันเข้า Neuro เยอะ แบบ...กินไม่ได้ กินได้ 2 เม็ด ก็หยุดกิน ก็ปรึกษาหมอว่าหยุดได้ไหม หมอบอกกินไม่ได้ก็ไม่ต้องกิน ก็เลยไม่ได้กิน รอบนั้นก็เลยไม่ทันครบ คอร์ส ก็สั้น แต่ก็ยังเจาะเลือดตรวจอยู่... รู้สึกว่ามันต้องกินอะ กินก็กิน เพราะว่ามันเป็นความจำเป็นนะ ก็มันเป็น Protocol ไร คือ... ถ้าเกิดว่า...เค้า...ให้เรากิน แล้วเราไม่กิน ถ้าเกิดตรวจผลเลือดมาแล้วมัน Positive มันก็เป็นความคิดของเราอีก ไซ้ใหม่”(พยาบาลรายที่ 3)

“ช่วงที่กินยาเนี่ย Toxic มาก เพราะมันทั้ง side effect ของยาด้วย แล้วก็ในเรื่องสภาพด้านจิตใจ...ก็รู้สึกว่าจะทำไม ต้องมาโดนอย่างเนี่ยต่างๆ ที่ถ้าเกิดคิดเนี่ย เราก็ทำให้คนไข้มันก็ไม่น่าที่จะเกิดขึ้น...มันหนักมากเลยตอนนั้นท้อเลยนะ ถึงขนาดว่าจะหยุดกิน และก็แบบร้องไห้ว่าทำไม ทำไมเราต้องมานั่งกินแบบ ผลข้างเคียงมันเยอะ ถึงขนาดว่า มันกินอะไรไม่ได้เลย แล้วมันทำให้ weak งานก็ทำไม่ได้...คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เวียนหัว เวียนจนแบบว่า แทบเดินไปอย่างล้าหน้า แปร่งฟัน ทำไม่ได้ จะลงมาซื้อข้าวกิน จะมาทำอะไร ก็วัตรประจำวันเองก็ไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น ก็คือ ต้องให้เพื่อนช่วย”(พยาบาลรายที่ 6)

(5) เวลาผ่านไปเริ่มได้คิด ผิดที่ตนเองรีบเร่งจนไม่ระวัง

พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุขณะทำงาน โดยสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งและของมีคม ในระยะแรกๆรู้สึกตกใจ กลัวและวิตกกังวล แต่เมื่อเวลาผ่านไป พยาบาลส่วนใหญ่จะนึกย้อนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และยอมรับว่าส่วนหนึ่งของความผิดพลาดจนได้รับอุบัติเหตุเกิดจากตนเอง พยาบาลบางรายคิดทบทวนหาเหตุผลว่าทำไมตนเองต้องประสบอุบัติเหตุสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา และก็พบคำตอบว่า เป็นเพราะตนเองประมาท ที่ไม่สวมแว่นตาป้องกัน อีกรายหนึ่งถูกมีดทิ่มฝ่ามือขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด บอกว่าเกิดจากตนเองขาดความระมัดระวังและขาดประสบการณ์ เช่นเดียวกับพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือในห้องผ่าตัดบอกว่าตนเองประมาทและรีบร้อน ไม่ได้ดูว่าแพทย์ส่งมีดผ่าตัดด้านใดมาให้ตน จึงทำให้ถูกคมมีดบาด

“รู้สึกว่าจะทำไม ต้องมาโดนอย่างเนี่ย...ต่างๆ ที่ถ้าเกิดคิดเนี่ย เราก็ทำให้คนไข้ แต่มันก็ไม่น่าที่จะเกิดขึ้น เออ..ที่นี้เราก็มามองว่า เราเดินเล่อ เราประมาท เพราะ case เข้าเนี่ย เราใส่แว่น ถ้าเราใส่ซะ ก็คงไม่มีปัญหา...มองว่า เออ เราสะเพราะ case แรกเราใส่ แต่พอ case 2 เราไม่ใส่ คืออันนี้มันคือเป็นความเดินเล่อของเราเองซึ่งเราจะต้องมาปรับเรา เราจะไปโทษคนอื่นไม่ได้”(พยาบาลรายที่ 6)

“เคยโดนมีดนะกะะ มันทิ่มที่ฝ่ามือนะกะะ ตอนนั้นก็คือมัน...มันอาจจะเกิดจากการที่เราประสบการณ์น้อย แล้วก็ขาดความระมัดระวังแล้วก็จำนวนคนที่เข้า Case แต่ละ Case มันไม่เพียงพอนะกะะ ก็ตอนนั้น ขณะที่โดนมันเป็น Case LC นะกะะ มีคุณหมอ Surgeons หนึ่งคน แล้วก็ Assist หนึ่งคน... แล้วก็ Scrub Nurse...แต่เราก็ไม่ได้โทษใครนะกะะ เพราะว่ามันเกิดจากเราเอง ไม่ได้แบบว่าจาก

คนอื่นมาทำให้เราเป็นอย่างเงี้ย คือมันเกิดจากเราโดนเราเอง มันก็ไม่ได้โทษคุณ
หมอเราก็ไม่ได้โทษใครเราก็คิดว่าเออ...ตัวเองน่าจะมีควมระวังมากกว่านี้คะ”

(พยาบาลรายที่ 10)

“ก็คิดว่าทำไม...ตัวเราประมาทเดินเลื้อ ไม่มีสมาธิในการทำงานอะไร
อย่างเงี้ย แต่จริงๆแล้ว ก็คืออาจจะเป็นเพราะเราค้าย...เราก็ไม่ได้มองค้ายรับรับ
คือหมอส่วนใหญ่ที่เค้า...ส่งมาตามที่เราส่งมาให้ เราก็คิดว่าเออ..หมอส่วนใหญ่
เค้าจะส่งค้ายมาให้เอะไรอย่างเงี้ยคะ ก็เลยแบบ...รู้สึกตัวเองทำไมแย่งเลย คือ
โดนครั้งนั้นครั้งเดียววันหลังเราจะต้องสมาธิดีกว่านี้เอะไรเงี้ยคะ แล้วก็ต้องดู
ก่อนที่จะรับเอะไรอย่างเงี้ยคะ...อืม...แต่หลังจากนั้นก็ไม่เคยโดนอีกเลย”

(พยาบาลรายที่ 12)

(6) อยากได้ความเห็นใจ ไม่ใช่การบ่นว่า

เมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและถูกของมีคม ความรู้สึกทางลบกับ
เหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้พยาบาลต้องการได้รับกำลังใจจากผู้ร่วมงานและหัวหน้ามากกว่าการถูก
ต่อว่า พยาบาลรายเล่าว่าขณะปฏิบัติงานกำลังเก็บสายสวนหลอดเลือด (Catheter) สิ่งคัดหลั่งที่
ค้างในสายสวนหลอดเลือด (Lumen Catheter) กระเด็นเข้าบาดแผลและมาทาบภายหลังว่าผู้ป่วย
ที่ใช้สายสวนดังกล่าวมีผลเลือด HIV positive และ Hepatitis B positive ทำให้พยาบาลรายนี้เครียด
เนื่องจากกลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วย จากเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้ร่วมงาน ดำเนินว่าไม่ดูแลตนเองให้ดี
และมีเสียงวิพากษ์เชิงลบ ต่อมาพยาบาลรายนี้ประสบอุบัติเหตุถูกมีดเสียบเข้าที่ฝ่ามือในขณะที่
ปฏิบัติงานช่วยแพทย์ทำหัตถการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ร่วมงานก็ดำเนินว่า ไม่ระวังตัวเองอีก
พยาบาลรายนี้จึงสะท้อนความรู้สึกของตนเองว่า เมื่อเกิดอุบัติเหตุ สิ่งที่ได้น่าจะเป็นคำปลอบใจ
หรือคำพูดเชิงบวกที่ทำให้ความรู้สึกตนเองดีขึ้นมากกว่า เช่นเดียวกับพยาบาลอีกสองรายที่รู้สึก
ว่า เมื่อมีใครคนใดโดนเข็มตำหรือเลือดกระเด็นเข้าตา อยากให้มีการช่วยเหลือ สนับสนุน และ
ได้รับกำลังใจจากหัวหน้ามากกว่าเสียงบ่นว่า ทำให้พยาบาลเสียกำลังใจ

“กริ้วเหมือนกันเนอะ...เพราะมันเหมือนกับว่าเราโดนแบบนี้”

[สิ่งคัดหลั่งของคนไข้ HIV กระเด็นเข้าแผล] เราน่าจะได้กำลังใจเนอะ แต่บางที
สิ่งที่เราได้ยินมามันไม่ใช่...ทำไม...ยังไง ทำไมไม่ดูแลตัวเอง
ดี ๆ...ทำไม...ถ้าถามแล้วไม่มีใครอยากให้เกิดหรอก...เสียงจากรอบ ๆ ตัว...ก็เป็น
ผู้ร่วมงาน เขาอาจจะ...พูดไปโดยไม่คิดอะไรอยู่แล้ว แต่สภาพจิตใจของเราอะ

ตอนนั้นเราก็เครียดอยู่แล้ว... สิ่งที่ได้ น่าจะเป็นคำปลอบใจมากกว่า เสียงที่กระทบ มา สิ่งที่มีมันเป็นด้านลบนะ ...[พอ] โคน Blade ก็เหมือนกับว่า โคนซ้ำอีกรอบ หนึ่ง แต่ตัวเราไม่ได้คิดอะไร เพราะคนไข้ก็ดี ผล Lab ก็ดี ทุกอย่างดีหมด... ตัวเรา ไม่ได้คิดอะไร แต่เหมือนกับว่าคนรอบข้างมาโทษว่า ทำไม... ยังไม่ระวังตัวอีก ทั้ง ๆ ที่มีคนเกิดจากอุบัติเหตุ ไม่ใช่ตัวเราทำให้เกิดไง ถ้าการที่จะเปลี่ยนจาก ลักษณะที่ว่าพวก ไปในแง่ลบ มาเป็นในแง่บวก อาจจะทำให้เรารู้สึกว่าเราน่ากลัว” (พยาบาลรายที่ 1)

“[พอเกิดเหตุ] ก็แจ้ง... หัวหน้า แล้วมีความรู้สึกที่เค้าไม่เห็นใจ ...พูด ประมาณว่าทำไม ไม่รู้จักป้องกันตัวเอง... โห... คือไม่ได้ถามความรู้สึกเราว่า เป็นไงบ้าง... ก็รู้สึกเหนื่อย... งานก็ทำ เสียงก็เสียง พอ โคนแล้วยังมา โคนว่าอีก” (พยาบาลรายที่ 7)

“อย่างแรกเลยก็แบบ.... อยากให้เค้าเข้าใจว่า... คนคนหนึ่ง โคน... โคนเข้ม คำหรือเลือดกระเด็นอะไรประมาณนี้ ก็คืออยากบอกว่า เค้าเครียดพออยู่แล้ว... หัวหน้าก็ควรแบบมีการ Support หรือ ไม่ก็มีการช่วยเหลือ.. ไม่ใช่แบบบ่นๆ เกิด อีกแหละ... ทำอย่างไรไม่ระวังอะไรประมาณนี้ ก็เค้าก็แบบ.. ไม่มีใครอยากให้เกิดแต่ว่าเออ... แต่ว่ามันเป็นขึ้นมาแล้ว มันเป็นขึ้นมา เราก็อยากแบบเออให้... ให้ เข้าใจอย่างเงี้ยค่ะ ...เคยมีบ่นๆ เฮ้ย!.. โคนอีกและ” (พยาบาลรายที่ 8)

1.2 โคนผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายบอบซ้ำ

ในการปฏิบัติงานพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยนั้น บางครั้งเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้พยาบาลได้รับบาดเจ็บตามร่างกายจากการกระทำของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยที่พยาบาลไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้เลยว่าตนเองจะถูกทำร้าย จนได้รับบาดเจ็บต่อร่างกาย ใน รายที่ผู้ป่วยไม่ตั้งใจ พยาบาลเล่าว่าเกิดขึ้นระหว่างกำลังช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งมาอีก เตียงหนึ่ง ขณะกำลังยกตัวผู้ป่วยเพื่อจะส่งต่อไปยังอีกเตียงหนึ่งนั้น ผู้ป่วยกำลังนอนงอขาอยู่ ก็เหยียดขามาย่างแรง สันเท้ากระแทกกับข้อมือพยาบาล ทำให้ข้อมือของพยาบาลอักเสบ ต้องรักษา ด้วยการใส่เฝือกอ่อนอยู่เป็นเดือน และ จากการสัมภาษณ์พบว่า มีพยาบาลหลายคนที่ถูกทำร้าย ร่างกายขณะให้การพยาบาล เช่น โคนผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง ตะและต้อย ขณะพลิกตะแคงตัว ให้ผู้ป่วย บางครั้ง โคนผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี แต่ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลใช้มือปิด

ต่อ และใช้สอกลงโคนท้องพยาบาลทำให้เกิดอาการจุกท้อง ขณะที่พยาบาล เข้าไปช่วยพลิก ตะแคงตัวให้ผู้ป่วย

“...ตอนนั้นนะ คนไข้นอนงอขาอยู่ แล้วคนไข้เหยียดขามาปัก กระแทก ข้อมือ นะคะ ตอนนั้นเป็นเดือนเหมือนกัน เป็นเอ็นอักเสบ ทำให้ต้องไปทำ *Ultra sound* ทุกวัน ทุกเช้า...เหมือนกับทำ *Ultra sound* เพื่อรักษา ทำอยู่เป็นเดือนค่ะ แล้วก็คิดว่าแก้ปวด คือ ลักษณะเหมือนเอ็นอักเสบนะ...คือ สั้นเท่า คนไข้มันลงมา เต็มแรงใจคะ...ตอนย้ายคนไข้ กำลังจะยกตัวคนไข้ แล้วคนไข้งอขาขึ้น ไปแล้วอยู่ คีๆ ปล่อยขา เอลงมากกระแทก โดยที่เรากำลังจับผ้าอยู่ คนไข้ก็กระแทกลงมา ตอนนั้นก็คือ ซาไม่รู้สึกอะไร แล้วซักวันรุ่งขึ้นก็เริ่มปวด ก็ไปตรวจ...เป็นเดือนใส่ *Slap* มือ แต่ว่าก็ทำงานปกติ ก็ไม่ได้พัก ไม่ได้อะไร...ไม่มีวัน *Off* ไม่ได้ใช้วัน *Off* เลย”(พยาบาลรายที่ 1)

“คนไข้เป็น *Case Encephalopathy* นะ แล้วก็มิวุ่นวาย แล้วก็แรงเค้า เยอะอะ ก็โดนเตะ โดนต่อเยอะ ไรอย่างเงี้ย...ก็มีมาเรื่อยๆ...ถ้าจะบอกก็คือเจอทุกปี ก็คือมี..มีมา หรืออย่างบางที *Conscious* ดีแต่คือ ก็คือโดยนิสัยส่วนตัวของคนไข้ อยู่แล้วไม่ยอม...ก็อย่างเช่นพลิกตัวที่ต้องพลิกซ้ายพลิกขวา ก็ไม่ยอม ใครอยู่ใกล้ ก็เอามือปิด...ปิด..ต่อๆ แล้วเวลาจับตะแคงพลิกตัวเนี่ยนะก็เอาสอกเอาเข้ามาถอง โคนท้องแล้วก็มือ ถ้าจับไม่ทันก็โดนต่อเหมือนกัน...ก็คือโดนท้องนี้แหละ...จุก ไม่นานนะ โคนแต่ละครั้งเนี่ยก็คือทำได้แค่นี้เดียว พอเรารู้ตัวก็ระวัง ตอนนั้น พลาดไม่ระวัง แล้วก็มีคนไข้ที่แบบมัดเค้าเพราะว่าเค้าจะดึงท่อไป เค้าก็สู้เราอะ เรามัดมือเค้าเค้าก็จะใช้เล็บจิกเรา”(พยาบาลรายที่ 7)

นอกจากนี้ยังมีพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถูกทำร้ายร่างกายเช่นกัน ตัวอย่างเช่น พยาบาลรายที่หนึ่งปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน เล่าว่า เข้าไปเจาะเลือดผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยใช้มือปิด และจับแขนบิด กำแน่นจนเป็นรอยเล็บ บางรายโดนผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอยู่อีกตึกหนึ่ง วิ่ง เข้ามาในหอผู้ป่วย แล้วมือของผู้ป่วยแกว่งมาโดนที่หน้าซีกซ้าย ทำให้คอนแทกเลนส์ของพยาบาล หลุด หลังจากนั้นผู้ป่วยก็วิ่งวนไปรอบๆก่อนที่จะล้มลงและเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมมารับ ตัวผู้ป่วยกลับไป และอีกกรณีหนึ่งขณะพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยจิตเวช ถูกผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายถึง 4 ครั้ง มีบาดเจ็บเล็กน้อย 2 ครั้ง และบาดเจ็บรุนแรง 2 ครั้ง การบาดเจ็บรุนแรงครั้งแรก

เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหวาดระแวง ไม่ต้องการไปรักษาที่ห้องซ็อคไฟฟ้าเพราะกลัวว่าจะเอาไปฆ่า จึงเดินเข้ามาทำร้ายพยาบาลทั้งชก ตะบอย พยาบาลใช้มือปิดป้องและล็อกแขนผู้ป่วย หลังการปิดป้องพยาบาลได้รับบาดเจ็บ กระดูกข้อมือขวาแตก ต้องใส่เฝือกไว้ 3 สัปดาห์ ปัจจุบันยังมีรอยโรค คือมีอาการปวดข้อมือบางครั้งที่ยกของหนัก ส่วนการบาดเจ็บรุนแรงครั้งที่สองเกิดขึ้นที่ผู้ป่วยจิตเวชหวาดระแวง ก้าวร้าว และควบคุมตนเองไม่ได้ จับมัดแล้วก็ยังใช้มือหยิบอุปกรณ์รอบตัวขว้างปา เอาไม้ฟาด เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยคนหนึ่ง ได้รับบาดเจ็บนิ้วแตกและ แวนดาหัก พยาบาลจึงเข้าไปช่วยโดยนำผ้าปูที่นอนคลุมตัวผู้ป่วยแล้วล็อกมือผู้ป่วย แต่มืออีกข้างของผู้ป่วยที่ไม่โดนล็อกหลุดออกมาจิกและบิดข้อมือพยาบาล ทำให้ข้อมือซ้ายเอ็นพลิก ใส่เฝือกอีก 3 สัปดาห์ และการบาดเจ็บเล็กน้อยอีกสองครั้งเกิดขึ้นในเวลาต่อมาในปีเดียวกันจากการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดมีอาการหูแว่วที่วิ่งไปชกกระจก พยาบาลจึงดึงข้อมือผู้ป่วยล็อกไว้ไม่ให้ชก แต่พยาบาลสู้แรงผู้ป่วยไม่ได้ ทั้งมือผู้ป่วยและพยาบาลจึงชกไปที่กระจก ทำให้มือพยาบาลได้รับบาดเจ็บเป็นแผลถลอกเล็กน้อย และครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการหวาดระแวงจึงเอาเก้าอี้มาตีกัน พยาบาลเข้าไปขวางโดยดึงเก้าอี้ออก ผู้ป่วยตีกันจนล้มทับกระจกที่แตก เศษกระจกบาดทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

“เมื่ออาทิตย์ที่ผ่านมาอะคะ มีความเสี่ยงก็คือ มีคนไข้ที่อยู่อีกตึกหนึ่งนะคะ วิ่งผ่านมาที่หอผู้ป่วยของเรา ทราบทีหลังนะคะว่าเป็นคนไข้ Case Paranoid ก็วิ่งมา...ด้วยความเร็วสูงมาก แล้วที่นี้พยาบาลที่ Ward ก็คิดว่าคนไข้ที่รับใหม่ นะคะ ทุกคนจะวิ่งมาช่วยแต่เป็นคนไข้จากตึกอื่นที่วิ่งมานะคะ แล้วหนูก็จะวิ่งมาช่วยเหมือนกันแล้วที่นี้ หนูหลบไม่ทันแล้วลักษณะการวิ่งของเค้าคือเค้าแกว่งแกว่งมือนะคะ มันก็เลยทำให้มากระทบที่หน้าเรา มันก็เลยทำให้หน้าพยาบาลเนี่ยแดง แล้วก็ Contact lens ก็หลุดไปด้วยคะ แต่จากนั้นคนไข้ก็วิ่งวนไปบริเวณรอบเคาน์เตอร์ แล้วก็วิ่งไปล้มลงแล้วเค้าก็เลยจับได้...(พยาบาลรายที่ 4)

“ก็ถูกตี ถูกชก ถูกเตะ ใส่เฝือก 2 ข้าง ตีต๊อ ๆ กันเลยอะ 48 กับ 47 [2548 กับ 2547]... ตีแบบชกเลยนะคะ ป้าบ ป้าบ แล้วก็เตะ...เหตุการณ์ก็เกิดจาก...จะมีการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า...คนไข้เค้าก็หวาดระแวงว่า...จะเอาเค้าไปทำร้าย...เรากำลังวัด Vital Sign... เข้ามาเลย ไม่มีอะไรเลย มีแต่แวตตาอย่างเดียว...เค้าก็เตะที่ขาข้าง แขน แล้วเราก็อแขน ปิด...กระดูก รัวตรงข้อมือแต่ละข้าง...ครึ่งละข้าง พอข้างนี้(ยกมือขวาขึ้นมา)มันบาดเจ็บแล้ว พอโดนอีกครึ่งนึง เราก็อต้องเอาอีกข้าง

นั่ง(ยกมือซ้ายขึ้นมาประกอบ)... ใส่ ผีอก 2-3 อาทิตย์...ก็...ปวดแปล็บ ๆบ้าง... มันจะเป็นรอยโรค คำเรียกว่า เอ็นมันลิกข้างใน แล้วร้าว [ต่อมาอีกครั้ง]...คนไข้ มีหนูแว้วขึ้นมา...ก็วิ่งไปชกกระจก...เราก็... มีสะเก็ดแผล แบบถลอก บาดนิดนึง... แต่ยังมีปัญหากระจกแตกอีกรอบนึง ก็มีปัญหาคอนไซ้... คำเอาเก้าอี้มาตีกัน...พีก็ เข้าไปขวาง ไปดึงเก้าอี้ คำก็ตีกันจนล้มไปโดนกระจก กระจกก็แตกทั้งบานเลย ก็ บาดข้อมือ”(พยาบาลรายที่ 5)

“คนไข้ที่แบบ Aggressive รุนแรงอะไรอย่างนั้นอะคะ มาด้วย... บางที คำจะเฉยมาก เราไม่รู้ว่าเป็นอะไร ช่วงแรกอะ คืออาจจะคุยดีมากเลย นิ่งๆ ให้ ทำอะไรทำอย่างเงี้ย แต่พอแบบเราทำ ถ้าสมมุติว่าเราจะเลือดยอะไรอย่างเงี้ย เราจะ แบบไม่รู้ว่าเป็นคำคิดอะไรอยู่จริงๆ ก็จะเป็นแบบมาตุ้ม ต้ม ตุ่ม ตุ่ม อะไรอย่างเงี้ย เราก็ แบบกักฟันด้วยความที่แบบ... คือต้อง safe ตัวเอง และก็ดูคนไข้และไม่ให้ได้รับ อุบัติเหตุอะไรอย่างเงี้ย มันก็ต้องช่วยกัน บางคนจะต้องใช้คนจับ 7-8 คน อะไร อย่างเงี้ย...คำจะบิด คำจะอะไรอย่างเงี้ยอะคะ ก็มีบ้างนะคะ แต่มันก็คือ เป็น แบบ เป็นอะไรที่มันหลีกเลี่ยงไม่ได้จริงๆ นะคะ แต่คือต้องระวังไม่ให้มันมาก มาก ไปอะไรอย่างเงี้ย รู้สึกจะเป็นแขน จะเป็นแขน บางทีคำแบบจับ จับแล้ว คำ จะไม่ปล่อย คำจะบิด กำแน่นอะไรอย่างเงี้ย แล้วแบบจะมีรอยเล็บ รอยอะไรเนี่ย ค่ะ ”(พยาบาลรายที่ 9)

พยาบาลอีกรายเล่าว่าขณะเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง กระเพาะอาหารระยะสุดท้าย ผู้ป่วยนอนอยู่ในห้องพิเศษเดี่ยวที่มีญาติเฝ้าตลอดเวลา ขณะนั้นผู้ป่วย ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Kabeven) ในขณะเกิดเหตุผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ พยาบาลจึง เข้าไปวัดความดันโลหิตบ่อยขึ้น ผู้ป่วยเริ่มมีอาการสับสนและบ่นว่าเจ็บแขน และมีไข้ร่วมด้วย พยาบาลรายงานแพทย์ แพทย์สั่งการรักษาโดยให้ยาเพิ่มความดันโลหิตและเจาะเลือดไปเพาะเชื้อ จากหลอดเลือดส่วนกลาง และส่วนปลาย แพทย์และพยาบาลเข้าไปในห้องผู้ป่วยพร้อมกันใน ระหว่างที่แพทย์ดูดเลือดจากหลอดเลือดส่วนกลาง พยาบาลกำลังเจาะเลือดจากส่วนปลายและเริ่มยา เพิ่มความดันโลหิตเสร็จ โดยไม่ได้สังเกตว่าลูกชายผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่พอใจที่แพทย์และพยาบาล เข้ามาทำให้ผู้ป่วยเจ็บ พยาบาลมองไปเห็นหลอดเลือดที่ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ(Kabeven) รั่วจึงบอกผู้ป่วยว่าต้องเจ็บอีกครั้ง พร้อมยกแขนผู้ป่วยข้างดังกล่าวขึ้นมาดู ผู้ป่วยร้องเจ็บ และใช้มือ อีกข้างหนึ่งบีบมือพยาบาลจนพยาบาลร้องเจ็บเช่นกัน ขณะที่พยาบาลยื่นและขอให้ผู้ป่วยปล่อย และ

แพทย์พยายามบอกให้ผู้ป่วยปล่อยมือพยาบาลออก ขณะนั้นลูกชายของผู้ป่วยได้เข้ามาล็อกคอพยาบาลจากทางด้านหลังและลากตัวพยาบาลออกไปจากห้องผู้ป่วย

“ระหว่างที่เราอะหิบบมือเค้ากำลังจะขึ้นมาดู คนไข้...เค้าก็ร้อง เค้าร้องขึ้นมาบอกว่า โอ๊ย...เจ็บ อะ ไรอย่างจ้้ เค้าก็จับมือบีบ จับมือหนูอะบิดไป แล้วหนูก็บอกว่า โอ๊ย...เจ็บ หนูก็ร้องเหมือนกัน แล้วบอกคุณป้าทำอะไรเนี่ย แต่เราไม่ได้ไววายนะ ก็พูด Soft นะพยายามจะดึงมือเค้าออก หมอที่อยู่ฝั่งตรงข้ามอะ ก็จะมาช่วย เค้าก็บอกว่าคุณป้าทำอะไรปล่อยพยาบาลนะ อย่าทำพยาบาล ซึ่งระหว่างที่เรากำลังสนใจคน ไข้อยู่อะ ลูกชายเค้าอะอยู่ทางด้านหลังเรา ซึ่งเราก็ไม่รู้อะ คือ เค้าถ่าย ไอ้คริปอะไรของเค้าอะ ซึ่งเรา ไม่สนใจใจ คือเราจะทำอะไรของเราให้เสร็จอะ ไรอย่างเงี้ย เค้าก็มาจากตรงไหนไม่รู้ ก็มาล็อก... ล็อกคอเรา แล้วก็นั่นแหละลากออกไป อยู่ตรงหน้าห้องอะ ล็อกคอรากออกไปเลย”(พยาบาลรายที่ 11)

พยาบาลบางรายเล่าว่าดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาเจ็บจากการถูกทำร้าย รับไว้รักษาในช่วงเวรดึก แพทย์เย็บปิดหน้าท้องชั่วคราวไว้ให้ และมีสาย Drain อีกหลายสายคาที่ร่างกายผู้ป่วย ในช่วงเช้า หลังจากพยาบาลรับส่งเวรเสร็จแล้ว พยาบาลและผู้ร่วมงานอีก 2 คน เข้าไปเช็ดตัวให้ผู้ป่วย เมื่อเช็ดตัวด้านหน้าไปได้ครึ่งหนึ่ง ผู้ป่วยปวดแผลมากไม่ยอมเช็ดตัวต่อ เริ่มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลให้ยาแก้ปวดก็ยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มปิดป้องต่อสู้ พยาบาลจึงให้ผู้ร่วมงาน หิบบฝ่ามาเตรียมผูกมือ ในขณะที่พยาบาลและผู้ร่วมงานที่เหลืออีกหนึ่งคนจับมือผู้ป่วยไว้คนละข้าง แต่ผู้ป่วยต่อต้านทำให้มือหลุดจากการจับของผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยจึงหันมาชนหน้าพยาบาล โคนบริเวณตา ทำให้ตาช้ำแดง และแวนตาแตก หลังเกิดเหตุการณ์ พยาบาลผู้ประสบเหตุได้รับการรักษาจากแพทย์และลาพัก 7 วัน เพื่อรักษาอาการบาดเจ็บ

“ระหว่างเช็ดตัว... เค้าเริ่มแสดงเหมือนกับจะก้าวร้าวนิดๆ เหมือนจะขี้อๆ ยุคๆ ไม่ค่อยยอมแล้ว เลยให้คนท้องเนี่ยไปเอาผ้าผูกมือมา... ก็จะเหลือที่อยู่อีกสองคน พี่ก็จับแขนอีกข้างหนึ่ง ส่วนน้องอีกคนก็จับแขนอีกข้างหนึ่ง แล้วปรากฏว่าเค้าเกิดเตะขึ้นมา เตะน้องคนที่จับแขนข้างหนึ่ง น้องเค้าก็มีมือหลุดก็คือเค้าก็ปล่อยมือ... เค้าก็หันมาแบบว่าชกพอดีเลยข้างหนึ่ง(ยกมือขึ้นมาทำท่าประกอบที่ตาข้างขวา) จริงๆนะพี่ก็ล้มแล้วแต่มันล้มไม่ทัน เรานะนี่ก็ว่าล้มพื้น แต่เค้านะใช้ลูกขึ้นมาแล้วก็เอี้ยวตัวมาอย่างเงี้ย (แสดงท่าทางประกอบโดยยกกำปั้นซ้ายของตนเองทำท่าชกมาที่เบ้าตาด้านขวาที่สวมแว่นอยู่) เข้าที่ลูก

กระตา...แวนเนี่ยตกลงไปแล้วแวนนี่แตกไปแล้วหนึ่งข้าง ก็เลยตะโกนเรียกให้คน มาช่วย”(พยาบาลรายที่ 13)

การบาดเจ็บและถูกทำร้ายร่างกายที่พยาบาลได้รับ นอกจากจะมีผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจของพยาบาลด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีประเด็นต่างๆ ดังนี้ (1) กลัวจะไม่ปลอดภัย โคนคนไข้ทำร้ายซ้ำ (2) เครียดจนร้องไห้ ทำไมต้องเป็นเรา (3) โกรธญาติคนไข้ ทำไมต้องใช้กำลัง ทั้งๆที่ช่วยแม่เขา และ (4) เข้าใจคนไข้ รู้ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายเรา

(1) กลัวจะไม่ปลอดภัย โคนคนไข้ทำร้ายซ้ำ

พยาบาลที่ถูกทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ หรือร่างกายบอบช้ำขณะปฏิบัติงาน เกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะไม่ปลอดภัยและกลัวการถูกทำร้ายซ้ำ พยาบาลรายหนึ่งเล่าว่าขณะที่เกิดเหตุการณ์ ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ในขณะนั้นเกิดความรู้สึกกลัว และวิตกกังวลว่าจะถูกทำร้ายซ้ำอีก หลังเกิดเหตุการณ์เมื่อกลับไปห้องพักในคืนแรกมีอาการนอนไม่หลับ กลัวและตกใจง่าย เช่นเดียวกับพยาบาลอีกรายหนึ่งเล่าว่าหลังถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เมื่อฝ่ายบริหารดำเนินการเชิญตำรวจมารับแจ้งความการถูกทำร้ายร่างกาย แต่พยาบาลที่ประสบเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดความรู้สึกไม่กล้าแจ้งความ เพราะกลัวว่าจะถูกทำร้ายซ้ำ และกลัวว่าตนเองจะไม่ปลอดภัย

“ตอนที่เกิดเหตุก็คือกลัว พอความกลัวนั้นจะ ต่อไปมันทำให้เรามีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นค่ะ คือเวลาที่มันมีเสียงผิดปกติอะไรเกิดขึ้นนะเราก็จะหันไปมอง เพราะเรามีความรู้สึกว่ากลัวว่ามันจะมีเหตุร้ายอะไรเกิดขึ้นกับเราอีก จากเดิมที่ไม่ใช่เป็นคนตกใจอะไรง่าย ๆ นะคะ ก็เป็นคนตกใจง่ายมันเหมือนมีความกังวลอยู่ตลอดเวลาเลย มันจะเกิดไหมอะไรอย่างเงี้ยนะคะ...ตอนกลับไปคืนที่เกิดเรื่องก็นอนไม่หลับนะคะเออ นอนหลับประมาณตีสองได้อะ ก็อ่านหนังสือไปพลิกไปพลิกมาอย่างเงี้ยคะก็นอนไม่หลับก็รู้สึกกลัวอย่างประตู่ห้องนะคะ ก็ยังต้องเดินไปดูตั้งสองสามรอบนะคะ ว่าเออเราล็อกหรือยังล็อกดีหรือยังอะไรอย่างเงี้ยคะ”
(พยาบาลรายที่ 4)

“ตอนเข้าพี่เค้าแจ้งความ คือเค้าแจ้งไปกับสถานีตำรวจ... ว่ามีพยาบาล โคนญาติคนไข้ทำร้ายร่างกาย ซึ่งตอนนั้นเราไม่รู้ พี่เค้าพาให้เราไปตรวจร่างกาย แล้วระหว่างที่เราไปตรวจร่างกายแล้วกลับลงมา ตำรวจเค้ามารอ มีผู้บริหาร มีพี่ฝ่ายบริหารที่พยาบาล แล้วก็ตำรวจมา 2 คน ก็คือมาคุย ก็เริ่มรู้สึกแบบว่าใจแป้ว

แล้ว คือแบบว่าเราไม่อยากจะมันถึงขั้นต้องไปแจ้งคงแจ้งความอะไรแบบนี้ แล้ว ก็มานึกว่าเออเรายังต้องทำงาน ยังต้องขึ้นเวร ยังต้องขึ้นเวรเช้า ดึก บ่าย ยังควบเวร อยู่ที่นั่นอีกนาน ถ้าสมมุติว่ามันรู้ว่าเราไปแจ้งตำรวจแล้วมันจะมาทำอะไรเราหรือ เปล่า เราก็เริ่มนึกกลัวถึงความปลอดภัยของเราแล้ว ก็แบบว่าเริ่มหวั่นๆ” (พยานบารายที่ 11)

“ตั้งแต่พี่ทำงานมาพี่ไม่เคยเจอคนใช้ Aggressive ทำร้ายเจ้าหน้าที่ได้ขนาดนี้ ...เราไม่คิดว่าเค้าจะหันมาชกหน้าเราไป...หลังจากนั้น...ระวังตัวมาก...ในการดู Case ที่มีแนวโน้ม Aggressive จนแบบว่าไม่ค่อยจะกล้าเข้าไปใกล้ๆกันเลยอะ มีอยู่ช่วง หนึ่งรู้สึกที่หน้าหวาดระแวงอยู่สักเป็นเดือนๆเลยนะ ทุกคนจะรู้กันไง...ก็ให้ไปอยู่ไกลๆ ที่เค้าก็บอก...อย่าเข้าทางขากลับ โคนเตะอะไรอย่างเงี้ย”(พยานบารายที่ 13)

(2) เครียดจนร้องไห้ ทำไมต้องเป็นเรา

พยานบารายที่ถูกทำร้ายร่างกายในขณะที่ปฏิบัติงานนั้น มีความรู้สึกเครียดจนร้องไห้ และเกิดคำถามขึ้นในใจของพยานบารายแต่ละคนที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่คาดคิดดังกล่าวว่าทำไมต้องเป็นตนเองที่ถูกทำร้าย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหมือนตัดพ้อต่อ โชคชะตามากกว่าความรู้สึกที่ต้องการให้เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับบุคคลอื่นแทน โดยความรู้สึกเครียดจนร้องไห้และตัดพ้อต่อ โชคชะตานั้นเกิดจากความคิดที่ว่า ตนเองกำลังปฏิบัติงานในหน้าที่ มีเจตนาดีในการช่วยเหลือ ผู้ป่วย มีความคิดที่ดีและการกระทำที่ดี ทำไมสิ่งที่ตนเองได้รับ คือการถูกทำร้ายร่างกาย พยานบารายเล่าว่าหลังจากเกิดเหตุการณ์ถูกทำร้ายร่างกาย ขณะเล่าเหตุการณ์ให้กลุ่มงานพยานบารายฟังไม่ได้ ร้องไห้เพราะคิดว่าไม่เหมาะสม แต่เมื่อกลับไปที่พัก เกิดความเครียดจนต้องร้องไห้ระบาย ความรู้สึกกับผู้ปกครองและเพื่อนสนิท และคิดถามตนเองว่าทำไมเหตุการณ์นี้จะต้องเกิดขึ้นกับตนเอง บางคนหลังเลิกงานก็กลับไปร้องไห้คนเดียว

“แล้วก็อย่างวันที่เกิดเรื่องนะค่ะ มันก็จะมีร้องไห้ด้วยใช่ไหมคะ ก็ ร้องไห้ก็คือไปร้องไห้กับผู้ปกครองค่ะ คือคุณแม่ค่ะ แล้วก็เพื่อนสนิท แต่ ตอนที่เล่าให้พี่ๆกลุ่มงานพยานบารายฟังนะค่ะ ก็ไม่ได้ร้องอะไรนะค่ะ ก็เก็บไว้ในใจ เพราะความรู้สึกตอนนั้น ก็คือว่ามันไม่น่าที่จะร้องไห้เพราะมันโตแล้ว มันไม่น่า ที่จะร้องไห้เป็นเด็กๆเงี้ย ก็คิดว่ามันคงจะไม่เหมาะนะค่ะ ก็เลยไม่ได้ร้องไห้กับ พี่ๆเค้าไป”(พยานบารายที่ 4)

“ทำไมเหตุการณ์เนี่ยมันต้องมาเกิดกับเราอะ แบบว่านั่งคิดว่า..ลง Ward ไปนะ ไปนั่งร้องไห้อยู่คนเดียว กลับไปนั่งคิด เฮ้ย..เราก็ตั้งใจทำดีกับคนไข้นะ เราไม่ได้คิดร้ายอะไร ทำไม...แล้วทำอะไรเราก็บอกเค้าทุกอย่างอะ แล้วเราไม่ได้เป็นอย่างที่เราพูดอะที่เค้ามากล่าวหาเราอะไรอย่างเงี้ย เราก็กลัวว่าคนอื่นเค้าจะมองว่า เรานะ ไปทำไม่ดีกับเค้าละสิ เค้าถึงมาทำกับเราแบบนี้ แต่จริงๆแล้วเราอยากจะทำอะไรที่เราไม่ได้ทำอะไรเลยจริงๆ” (พยาบาลรายที่ 11)

(3) โกรธญาติคนไข้ ทำไมต้องใช้กำลัง ทั้งๆที่ช่วยแม่เขา

พยาบาลที่ถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เล่าให้ฟังว่าในขณะที่กำลังสนใจผู้ป่วย พยายามช่วยผู้ป่วย โดยที่ไม่ทันรู้ตัว ญาติของผู้ป่วยก็เข้ามาล็อกคอแล้วลากตัวออกมาจากห้องผู้ป่วย จนรู้สึกโกรธมากที่ญาติใช้กำลังเข้ามาทำร้ายร่างกายตนเอง ทั้งที่สิ่งที่กำลังทำ เป็นสิ่งที่ดี เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดาของญาติผู้ป่วย

“ระหว่างที่เรากำลังสนใจคนไข้อยู่ อะ ลูกชายเค้าอยู่ทางด้านหลังเรา... ก็มาจากตรงไหนไม่รู้ ก็มาล็อก.. ล็อกคอเรา แล้วก็นั่นแหละ ลากออกไปอยู่ตรงหน้าห้องอะ ล็อกคอลลากออกไปเลย ซึ่งตอนนั้นอะ ประมาณว่ามันกำลังหวิวไปอะที่...ตอนแรกคือยังรู้สึกโกรธอยู่...ทำไมจะต้องเป็นเราด้วยวะ คือโกรธอะ โกรธเค้ามากเลย คือเราทำให้แม่เค้าแบบว่าจะยังมีชีวิตอยู่นะอะไรอย่างเงี้ย... โกรธมากเลยที่โกรธมากเลยจนแบบว่าไม่กลัวว่าเค้าจะเข้ามาทำเราอีกรอบอะ คือเราจะเข้าไปหาเรื่อง เข้าไปยืนหน้าต่อหน้าเลยจนหมดต้องเข้าไปลากหนุออกมา คือตอนนั้นโกรธมากเลย...ปรี๊ด” (พยาบาลรายที่ 11)

ในกรณีที่ผู้ป่วยตั้งใจทำร้ายร่างกายพยาบาลขณะให้การพยาบาล ในช่วงแรกพยาบาลคนที่ประสบกับเหตุการณ์ก็บอกเล่าว่ามีความรู้สึกโกรธผู้ป่วย และใช้วิธีบอกผู้ป่วยให้เกิดการสะทอนคิดว่าถ้ามีคนมาทำร้ายลูกหลานของผู้ป่วยบ้างจะรู้สึกอย่างไร

“ก็อย่างเช่นพลิกตัวก็ต้องพลิกซ้ายพลิกขวา ก็ไม่ยอม ใครอยู่ใกล้ก็เอามือปิด...ปิด...ต่อเลย แล้วเวลาจับตะแคงพลิกตัวเนี่ยนะ ก็เอาศอกเอาเข่ามาโดนโดนท้อง แล้วก็มือถ้าจับไม่ทันก็โดนต่อเหมือนกัน...ก็คือ โคนท้องนี่แหละ...ก็โกรธนะ...ถ้าเจอในกรณีที่คนไข้ตั้งใจทำร้ายเจ้าหน้าที่ทั้งๆที่รู้ตัวดีก็จะดูเค้าเหมือนกันว่าถ้าเป็นลูกตัวเองบ้าง คุณคนไข้แล้วมีคนอื่นมาเตะต่อๆลูกตัวเองอย่างเงี้ย จะรู้สึกอย่างไร ถ้า

ทำกับเรานะ เพราะเราก็เจ็บเป็นนะ ก็มีการสอนกลับ อืม...ก็ให้สอนกลับผู้ป่วย”
(พยาบาลรายที่ 7)

(4) เข้าใจคนไข้ รู้ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายเรา

หลังจากความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นภายในใจของพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อเวลาผ่านไปพยาบาลเริ่มคิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก็บอกเล่าความรู้สึกของตนว่าไม่ได้โกรธผู้ป่วย เพราะรู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจทำ ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ถึง 4 ครั้ง ได้รับบาดเจ็บกระดูกข้อมือขวาแตก จนต้องใส่เฝือก และเอ็นข้อมือซ้ายฉีกครั้งหนึ่งต้องใส่เฝือกประมาณ 3 สัปดาห์ ส่วนอีกสองครั้งได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย เมื่อถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังถูกทำร้ายร่างกายแต่ละครั้งก็จะตอบเหมือนกันทุกครั้งว่า เข้าใจผู้ป่วยว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายตนเอง รับรู้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยทำไปเกิดจากสภาพความเจ็บป่วย และสัญชาตญาณของมนุษย์ในการปกป้องตนเอง เนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะที่เข้าทำร้ายพยาบาลนั้นเกือบทุกครั้ง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองกำลังจะถูกทำร้าย เช่น ในสถานะการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องถูกนำตัวไปรักษาด้วยการช็อตด้วยไฟฟ้า หรือขณะนั่งทำกลุ่มแล้วเกิดอาการหวาดระแวงว่าตนเองกำลังจะถูกทำร้าย จึงแสดงพฤติกรรมการปกป้องตนเอง โดยการทำร้ายร่างกายพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ตัวแทน พยาบาลบางรายเล่าว่าเข้าใจผู้ป่วยว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายตนเพราะคิดว่าสาเหตุเกิดจากระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่ปกติ บางรายอาจเกิดจากการที่ระดับของเสียค้างคั่งในร่างกายมาก

“พอสักพักหนึ่งผ่านไปหนึ่งวันนะค่ะ ก็เออคิดได้ ก็รู้สึกทบทวนเหตุการณ์ก็เหมือนกับมันไม่ใช่ความตั้งใจของคนไข้ค่ะ ก็ไม่ได้โกรธคนไข้”
(พยาบาลรายที่ 4)

“รู้สึกว่าคุณไข้เรา... คือเหมือนว่าเราเข้าใจเรื่องโรคตรงเนี่ย เค้ารู้สึกว่าคุณกลัวตัวเองจะถูกทำร้าย ถูกฆ่าเนี่ย มันก็เป็นสัญชาตญาณของคนที่ต้องการปกป้องตัวเองอยู่แล้ว เค้าก็เลยเนี่ย...ก็เลยไม่ได้ไปอะไรกับคนไข้ ไม่มีการไปทำอะไรคะ เพราะว่า พอคนไข้เค้าเริ่มรู้สึกตัวเค้าก็ดีขึ้น เค้าจะมาขอโทษเราเอง ...ก็เหมือนกับการที่เราเห็นว่าสภาพคนไข้กลุ่มนี้อะ นึกออกไหม แล้วเราก็เข้าใจว่ามันเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ทุกคน ถ้าหนูรู้สึกว่าคุณจะมาฆ่าเรา ถ้าเป็นหนู หนูจะปกป้องตัวเองไหมอะ... ไม่ใช่เค้าทำเพราะว่า เพราะว่าเป็นนิสัย หรือว่าหมั่นไส้ ไม่ใช่ แต่เป็นเพราะความเจ็บป่วย ที่เค้าต้องปกป้องตัวเค้าอะ ถ้าเรามองย้อนกลับ

ไปแล้วเราเข้าใจตรงเนี่ย ...ก็เข้าใจว่าคนไข้เค้าไม่ต้องการที่จะไปทำการรักษาที่ห้องไฟฟ้าใจ ก็เข้าใจความรู้สึกว่าเค้ากำลังจะถูกทำร้าย เค้าก็ต้องปกป้องตนเอง ก็ไม่ได้คิดที่จะไป Action ตอบโต้อะไร...ก็เข้าใจความเป็นไปของโรคอะ ก็ไม่ได้คิดว่าจะต้องโกรธคนไข้” (พยาบาลรายที่ 5)

“มีคนไข้ที่แบบมัดเค้าเพราะว่าเค้าจะดึงท่อไป เค้าก็สู้รออะ เรายัดมือเค้า เค้าก็จะใช้เล็บจิกเรา...ความรู้สึกไข้ไหม ก็โกรธนะ...แต่พอมาคิดว่ามันเป็นเพราะว่าของเสียเค้ามาก ก็อาจจะ[เป็นเพราะ] Conscious” (พยาบาลรายที่ 7)

1.3 ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น

พยาบาลรายหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์การถูกไฟฟ้าดูด ว่าเกิดขึ้นขณะปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัด ขณะนั้นทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยด้านนอกของการผ่าตัด (Circulating nurse) ในขณะที่ทุกคนกำลังทำหน้าที่ของตนในการผ่าตัดอยู่นั้น พยาบาลรายนี้เข้าไปจัดไฟผ่าตัดเพื่อให้แพทย์มองเห็นตำแหน่งผ่าตัดได้อย่างชัดเจน โดยใช้มือเปล่าที่ไม่ได้สวมถุงมือข้างหนึ่งจับด้ามโคมไฟผ่าตัด มืออีกข้างหนึ่งจับที่เครื่องจีไฟฟ้าห้ามเลือด ในขณะนั้นเองพยาบาลรู้สึกได้ถึงกระแสไฟที่กำลังเข้าตัว ทำให้ไม่สามารถขยับตัวได้ รู้ว่าไฟดูดและเหมือนหัวใจจะหยุดเต้น แต่ทุกคนในห้องนั้นกำลังทำงานจึงไม่มีใครรู้ว่าผู้ให้ข้อมูลกำลังถูกไฟดูด จึงพยายามเปล่งเสียงสุดท้ายออกมา ก่อนที่ตนเองจะทนไม่ไหว โดยร้องตะโกนออกมาว่า “ไฟดูด” และมีพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยอีกคนหนึ่ง (Circulating nurse) มาดึงปลั๊กไฟออกให้ ก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะล้มลง ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“คือวันนั้นไม่ได้ใส่ถุงมือ ก็..ไปจับด้ามของโคมไฟนะคะกับเออเครื่องจีไฟฟ้าสำหรับใช้ Stop bleed เวลาที่เข้า Case นะคะเวลาหมอเค้าทำผ่าตัดอะไรอย่างเงี้ย(ทำท่าประกอบระหว่างเล่า ...มือซ้ายยกขึ้นสูงลักษณะกำลังจับไฟห้องผ่าตัด มือขวาอยู่ด้านจับเครื่องจีไฟฟ้า)เออ...มันรู้สึกเหมือนไฟกำลังเข้านะคะ เรา...ไม่สามารถที่จะเอามือข้างออกมาอย่างเงี้ย [กางนิ้วมือทั้งสองข้างออกมา] ไม่สามารถที่จะแบมือได้ มันจะดูแบบว่า เราก็แบบอึ้ง..ตกใจ ตายแล้วไฟดูด คือรู้...รู้ทันมีว่าไฟดูดแต่ทำอะไรไม่ได้ จะพูดก็พูดไม่ได้...พอเหมือนจุดหนึ่งแล้วมันแบบเหมือนหัวใจเราจะหยุดเต้น...คือทุกคนเค้ากำลังทำงานกันอยู่เงี้ย...เค้าก็คิดว่าเรากำลังจัดไฟ... ก็คือไม่รู้จะทำอย่างไรเหมือนกันให้ตัวเองหลุดออกมาให้ได้อะคะ มัน..มันเหมือนกับว่าหัวใจมันจะหยุดเต้น มันมัน...ไม่ไหวแล้วนะ คือแบบทำไงก็

ได้ก็คือ เพลงเสียงสุดท้ายก็คือ ตะโกนให้ได้ดังๆก็คือ ไฟดูด...แล้วพี่คนที่เค้าเป็น Circulate เค้าก็ไปดึงปลั๊กออกให้อะคะ”(พยาบาลรายที่12)

พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุถูกกระแสไฟฟ้าดูดได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนี้ (1) ตกใจช็อกกล้ามเนื้อไม่ได้ จะเป็นอัมพาตใหม่ (2) กลัวจนพวา กลางคืนนอนไม่ได้ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย และ (3) ร่างกายต้องทนทุกข์ ปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง

(1) ตกใจช็อกกล้ามเนื้อไม่ได้ จะเป็นอัมพาตใหม่

ขณะเกิดเหตุการณ์ไฟฟ้าดูด ความรู้สึกของพยาบาล คือ ความกลัว เนื่องจากไม่สามารถช็อกกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายได้ จะร้องให้ใครช่วยก็ไม่มีแรง ทำให้รู้สึกกลัวว่าตนเองจะเป็นอัมพาต และต่อมาก็รู้สึกกลัวเสียชีวิต

“กลัวแบบ..คือเราไม่สามารถจะ ช็อกกล้ามเนื้อได้เลยอะ ทำอย่างไรก็ไม่ได้ จะปล่อยมือจะต้องปล่อยออกมาให้ได้ อย่างเงี้ยก็ทำไม่ได้ คือรู้ว่าไฟดูด แล้วต้องทำอย่างอื่นแล้ว มือปล่อยมันไปเลย อย่างเงี้ยคะ แล้วก็ พอสามารถแบบว่าให้กล้ามเนื้อที่ไ้ตรงกรมเนี่ยคะ มันขยับได้ใหม่ คือพยายามทำให้ได้เงี้ย เพราะถ้าอย่างงั้นก็คงแบบ...คงจะไม่รอดอะคะ ผสมกับตัวเองก็ตกใจว่า เหี้ยทำไงดี ถ้าหนูมีสมาธิได้เร็วกว่านี้ก็จะสามารถบอกได้เร็วกว่านี้อะ ไรอย่างเงี้ย คือกว่าจะพูดออกมาได้ก็ผ่านไปเกือบครึ่งนาทีเหมือนกันนะคะ...ก็คือคิดว่า สงสัยจะแบบเป็นอัมพาตแน่ กลัวมาก...แล้วก็คิดถึงพ่อแม่จะทำอะไรอย่างเงี้ย...กลัวตายทำไมเราจะต้องมาจบอย่างเงี้ยหรือ” (พยาบาลรายที่ 12)

(2) กลัวจนพวา กลางคืนนอนไม่ได้ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย

การได้รับอุบัติเหตุถูกกระแสไฟฟ้าดูดขณะปฏิบัติงาน เป็นประสบการณ์ทางลบที่ทำให้พยาบาลเกือบเสียชีวิต เหตุการณ์ดังกล่าว ฝังอยู่ในจิตใจของพยาบาลจนทำให้ความรู้สึกหวาดกลัวนั้นยังคงอยู่ต่อมามีระยะเวลาหนึ่งแม้เหตุการณ์จะผ่านไปแล้ว พยาบาลผู้ประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าว บอกเล่าถึงความรู้สึกกลัวที่ยังมีอยู่ต่อเนื่องในระยะแรก ไม่กล้าเข้าไปในพื้นที่ที่ตนเองถูกกระแสไฟฟ้าดูด เพราะยังรู้สึกกลัว และเกิดอาการพวา ตื่นขึ้นตอนกลางคืน ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ จนต้องไปปรึกษาแพทย์ เพื่อรับยานอนหลับกลับมารับประทาน

“ช่วงแรก...หนูนอนไม่หลับเลยต้องกินยาพวก Ativan ค่ะ...ช่วงหลังจาก Admit อะไรเสร็จแล้วคือช่วงกลับไปบ้าน ก็เหมือนกับว่ามันยังพวาอยู่อะ ไรอย่างเงี้ย ไปที่ห้องตรงดึกที่เราโดนไฟช็อตนี้ก็แบบก็เข้าไปไม่ได้อะคะ กลัว...กลัว กลางคืนก็นอนไม่หลับ...นอนตอนประมาณ ไม่เกินสี่ทุ่มอะคะ...แต่ว่าสักทีหนึ่งดี

สองหนูจะตื่นขึ้นมาแล้วมันไม่หลับอีกเลย... มันเป็นแบบนี้ เป็นเป็นอาทิตย์เลย
ทำไมเราถึงเป็นอย่างนี้ ก็ไม่คิด พยายามที่จะไม่คิด แต่ว่ามันนอนไม่หลับอะ
มันเป็นอะไรก็ไม่รู้อะก็ ก็ไปปรึกษาอาจารย์เค้าก็ให้ยา ให้ยานอนหลับอ่อนๆมา
อย่างนี้อะคะ...อาจจะเป็นเพราะว่าเรากลัวหรือเรายังตกใจอยู่อะ ไรอย่างเงี้ย แต่ว่า
เหมือนกับว่ามันก็ค่อยๆดีขึ้น...เวลามันเป็นตัวทำให้เราดีขึ้น”(พยาบาลรายที่ 12)

(3) ร่างกายต้องทนทุกข์ ปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง

พยาบาลที่ถูกไฟฟ้าดูดเล่าถึงผลกระทบทางลบ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เริ่มตั้งแต่
ขณะถูกไฟฟ้าดูด ร่างกายเหมือนกับว่ากล้ามเนื้อโคนข้อจนไม่สามารถจะขยับแขนขาได้ มีรอย
ไหม้ที่มือ หลังได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและถูกส่งหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการรักษาตัวใน
โรงพยาบาล สามารถขยับแขนขาได้ในช่วงเย็นของวันที่เกิดเหตุ แต่ต้องใช้เวลาหลายวันกว่าจะ
สามารถเดินและช่วยเหลือตนเองได้ แต่อาการเจ็บป่วยด้านร่างกายยังมีต่อเนื่อง กล่าวคือ มีอาการ
ปวดบริเวณไหล่ทั้งสองข้าง ต้องไปทำกายภาพบำบัดและฝังเข็มเป็นเวลาเกือบปีอาการจึงดีขึ้นและ
หายเป็นปกติ

“เหมือนกับว่ากล้ามเนื้อมันโคนข้อ...เค้าก็ช่วยกันอุ้มขึ้น Stretcher ไป
ห้อง Recovery ตอนนั้นมันไม่สามารถที่จะขยับแขนกับขาได้ แขนนี้จะมียรอย
ไหม้ตรงมือที่เราจับนะคะ...ตอนนั้น โคนประมาณสิบโมง...กว่าจะขยับได้
ประมาณตอนเย็นๆเลยอะคะ ขยับนิ้ว กำมือ อะไรได้แต่ไม่มีแรง...ถ้าเดินได้นี้
หลายวันอยู่อะคะ ต้อง..ต้องให้น้องมาช่วยพยุง...ตอนนั้นเหมือนกล้ามเนื้อมัน
เกร็ง...ปวดมากต้องไปทำกายภาพ ทำให้เราเสียเวลาในการไปทำกายภาพ...คือ
มันเหมือนกับกล้ามเนื้อมันยึดหรือว่าเส้นประสาทมันยึดหยั่งเงี้ยคะ ตรงแถวไหล่
ทั้งสองข้างเนี่ย...ก็บริหารเองด้วย...เพราะว่าเวลาไปกายภาพก็เสียเวลาต้องแบบลา
งานไปอย่างเงี้ย ก็เลยทำเอง...ไปหาอาจารย์ทางอายุรกรรมด้วยคะ เค้าก็ให้ยามา
ทานอาการก็ดีขึ้น แต่ว่าก็ใช้เวลาเป็นเดือนเหมือนกันนะคะกว่าจะหายเพราะว่า
มันยกแขนได้ไม่สุดนะคะ เอี้ยวมาข้างหลังไม่ได้ (ทำท่ายกแขนขึ้นมาเอี้ยวไป
ข้างหลัง) หนูว่ามันมีกระแสไฟ คือไม่รู้ว่าจะตรงไหนมันรั่ว รู้แต่ว่ามันเจ็บไหล่
ทั้งสองข้าง ก็มาฝังเข็ม ฝังเข็มก็รอบถึงสองรอบ แต่ก็ช่วยได้บ้าง แต่ก็ทำ
กายภาพเองส่วนใหญ่อะคะ พวกกระบอง... อยู่มาเกือบปีก็ทำงานได้ปกติ การยึด
ติดอะไรก็ไม่มีแล้ว”(พยาบาลรายที่ 12)

1.4 เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง

อันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานอีกประการหนึ่งก็คือ อุบัติเหตุจากการที่ผู้ร่วมงานเข็นรถเข็นมาชนในขณะที่กำลังช่วยกันนำอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไปที่ห้องผู้ป่วย ด้วยความรีบเร่ง ผู้ร่วมงานเข็นรถฉุกเฉินมาชนข้อเท้าของพยาบาล ทำให้เอ็นร้อยหวายขาด เกิดอาการเจ็บปวดจนไม่สามารถลุกขึ้นเองได้ แต่พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุบอกให้ผู้ร่วมงานเข้าไปช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยก่อน เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุจึงถูกส่งไปรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในเบื้องต้นว่าเป็นแผลปากเปิด (Lacerated wound) แพทย์เย็บแผลแล้วให้กลับบ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกิดอาการปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คือไม่สามารถกระดกปลายเท้าได้ เห็นเท้าตนเองห้อยต่อ่งแต่่งและไม่สามารถเดินได้ ครั้งแรกพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บรู้สึกโกรธแพทย์ที่วินิจฉัยผิด ต่อมารู้สึกเครียดวิตกกังวลกลัวว่าจะเดินไม่ได้ และต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลอีกครั้ง ได้รับการวินิจฉัยว่าเอ็นร้อยหวายฉีกขาดต้องเข้ารับการผ่าตัด และใส่เฝือกนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน ในระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้เกิดความรู้สึกเครียดกับการเจ็บป่วยและกลัวว่าจะเดินไม่ได้ จนเกิดอาการซึมเศร้า ในช่วงแรกๆที่รู้ว่าจะต้องผ่าตัด พยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บรู้สึกเครียดกับการที่สูญเสียรายได้จากการทำงานพิเศษ เพื่อนำรายได้ในส่วนนี้ไปใช้ในการดูแลครอบครัว ผู้วิจัยแบ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ (1) เจ็บปวดมากจนร้องไห้ แต่บอกเพื่อนให้ไปช่วยผู้ป่วยก่อน และ (2) โกรธหมอวินิจฉัยผิด จิตใจเริ่มกังวล กลัวตนจะเดินไม่ได้

(1) เจ็บปวดมากจนร้องไห้ แต่บอกเพื่อนให้ไปช่วยผู้ป่วยก่อน

พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุจากการที่ผู้ร่วมงานเข็นรถเข็นมาชนในขณะที่กำลังช่วยกันนำอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไปที่ห้องของผู้ป่วย ทันทีที่พยาบาลถูกรถเข็นชนมีอาการเจ็บมาก ร้องไห้และทรุดตัวลงนั่งกับพื้น ด้วยความเจ็บจึงไม่สามารถลุกขึ้นเองได้ แต่ในขณะนั้นพยาบาลบอกให้ผู้ร่วมงานเข้าไปช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อน ส่วนตนเองทรุดตัวนั่งอยู่กับพื้นบริเวณที่เกิดเหตุหน้าห้องผู้ป่วยนั่นเอง และรอจนกระทั่งผู้ร่วมงานช่วยเหลือผู้ป่วยจนอาการดีขึ้นแล้ว พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุจึงถูกส่งไปรักษาตัวที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

“ของหนูอย่างเงี้ย หนูประสบกับตัวเองเลยว่า ใครจะรู้ว่าเราไป CPR คนไข้เนาะ แล้วน้องจะเข็นรถเข็นมาชน แล้วทำให้เกิดอันตรายจนถึงเราต้องนอนรพ. เป็นเดือน เอ็นร้อยหวายฉีกขาดเลยเนี่ย เอาความรู้สึกของตัวเองเลยว่าอันตรายของเรานะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาเนะพี ถึงแม้เราจะป้องกันอย่างไรก็เกิดขึ้นได้อยู่ดี... ตอนนั้นหนูเวรเช้า แล้วก็ไปเป็น Team lead ธรรมดาเนี่ยแหละ แล้วเสร็จมีญาติคนไข้กอดบอกว่าคนไข้ชัก แล้วก็หยุดหายใจ หนูก็วิ่งเข็นรถนำเกลือไป แล้ว

น้องอีก 2 คน เข็นรถ Emergency มา แล้วด้วยความที่รีบก็วิ่งวิ่งกันเสร็จแล้ว เราหยุดเนี่ย จะเปิดประตูเข้าห้องคนไข้ แต่น้องมันไม่หยุด เพราะว่ามันเข็นมา 2 คน ก็เลยชนเข้าข้างหลัง ก็ตอนนั้นก็ทรุดลงไปเลย เจ็บมาก ร้องไห้เป็นเด็ก ๆ งอแงสุดฤทธิ์ เพราะเอ็นร้อยหวายมันเจ็บ เจ็บมากแล้วเราก็ลุกไม่ได้... หลังจากช่วยคนไข้เสร็จ หัวหน้าเค้าก็ส่งมาที่ฉุกเฉิน...คนอื่นไปนะ หนูลุกไม่ขึ้นเลยตอนนั้นคือลุกไม่ได้ นั่งอยู่ตรงข้างนอก คือ นั่งอยู่กับพื้นเลยนะ ก็บอกเค้าไปฉุกเฉิน ไข้กันก่อน พอคนไข้ดีแล้ว ค่อยนำเราขึ้นรถแล้วมาที่ฉุกเฉิน”(พยาบาลรายที่ 2)

(2) โกรธหมอวินิจฉัยผิด จิตใจเริ่มกังวล กลัวตนจะเดินไม่ได้

เมื่อพยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุจากการที่ผู้ร่วมงานเข็นรถเข็นมาชนถูกส่งตัวมารักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลปรึกษาแพทย์ว่ามีอาการเจ็บมาก อุบัติเหตุที่ถูกชนจากด้านหลังจะโดนเอ็น และสอบถามแพทย์เรื่องการใส่ฝือกอ่อน แต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นแผลปากเปิด (Lacerated wound) อาการปวดที่เกิดขึ้นเนื่องจากฟิงเกิดอุบัติเหตุ และให้การรักษาเบื้องต้นโดยการเย็บแผล แล้วให้กลับไปพักที่บ้าน แต่เมื่อกลับไปบ้าน เกิดอาการปวดมากขึ้น จึงกลับไปพบแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต่อมาขาที่ได้รับอุบัติเหตุขยับไม่ได้ ยืนลงน้ำหนักและเดินไม่ได้ ในขณะนั้นพยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุรู้สึกโกรธแพทย์มากเนื่องจากคิดว่าแพทย์วินิจฉัยผิด ทำให้ตนเองมีอาการแย่ลง ต่อมาเกิดความเครียดกลัวว่าตนเองจะเดินไม่ได้ หากตนเองเดินไม่ได้ ปัญหาที่ตามมาคือ ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้

“ตอนแรก คือ โกรธหมอมากเลยตอนนั้น...คือหนูบอกเค้าแล้วตั้งแต่ตอนอยู่ฉุกเฉินว่า... เอ้ หมอ พี่ว่าโดนเอ็นนะ...ใส่ Slap ไหม เค้าก็บอกว่าไม่เป็นไรพี่ แค่แผล Lacerated wound นิดเดียว เดี่ยวเย็บเสร็จ คือ พี่อาจจะเจ็บเพราะมันฟิงชนใหม่ ๆ อย่างเงี้ย อีก 3 - 4 วัน พี่ก็จะหายเจ็บ แต่มันก็ไม่ใช่พี่ ในเมื่อ เค้าบอกก็... เอ้า...แล้วเค้าก็ไม่ตรวจเราเลยนะ ว่ามันโดนเอ็นหรือไม่โดน... จนเราเริ่มปวด...ปวดมากเลย ตอนแรกคือความตั้งใจของเราเนี่ย...อืม...อืม...คือ ฉันต้องค่าไอนี้ให้ได้เลยแล้วก็กลับมาหาเค้าที่ฉุกเฉินอีก ที่นี้ก็มาดูแล...เออ...ปรากฏว่าเอ็นมันขาดความรู้สึกของเรา มันรู้สึกแย่มาก ๆ (พูดน้ำเสียงต่ำลากเสียงยาว) อะไรวะ...ทำไมเราต้องแบบ...ยังเห็นขาตัวเอง ขยับไม่ได้ ห้อยต่อแตง มันขาดไปเลย... แล้วเราลงน้ำหนักไม่ได้เลยอะไรเงี้ย แล้วเราก็เริ่มเดินไม่ได้ แล้วเราก็เริ่มเครียดแล้วว่าเราจะเดินได้ไหม อายุเราก็น้อยแค่นี้ งานเรากียังเยอะ...แล้วเราก็แบบเป็นคนดูแลน้อง แล้วก็ส่งน้องเรียนพี่...เราก็เริ่มเครียด โสพี่...มัน...มันเครียดเยอะนะ กับการที่

เราทำงานข้างนอกรายได้เราก็ไม่รู้ตั้งเท่าไร' แต่ปรากฏเราอน เงินค่าเวรเราก็ไม่ได้ งานข้างนอกเราก็ไม่ได้ทำ แล้วขณะเราอนเจ็ย เราจะเอารายได้ที่ไหนมาให้ น้อง ”(พยาบาลรายที่ 2)

2. มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย

โรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่วนหนึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระหน้าที่ของการปฏิบัติการพยาบาลนั่นเอง การปฏิบัติงานที่รีบเร่งในแต่ละวันส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ความรีบเร่งและภาระงานที่มากทำให้พยาบาลรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือไม่ได้รับประทานอาหารส่งผลให้เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ถ้าได้กลิ่นกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ความรีบเร่งและภาระงานที่มากดังกล่าวยังส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ เช่น การขับถ่ายทำให้เกิดอาการท้องผูก นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการพยาบาลในส่วนของกรยกเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว การจัดทำผู้ป่วย การยกไม้กั้นเตียง การบิดหมุนเครื่องให้สารละลาย (Infusion pump) การสวมเสื้อตะกั่วเพื่อป้องกันรังสีขณะเข้าช่วยแพทย์ดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ปฏิบัติงานในสถานที่ที่มีรังสี และกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีลักษณะของการที่พยาบาลจะต้องยกแบก หาม บิดหมุน กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบให้เกิดการบาดเจ็บที่เอ็น กระดูกและกล้ามเนื้อของพยาบาล ได้แก่ อาการเอ็นที่ข้อมืออักเสบ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ปวดหลังจากกระดูกสันหลังเสื่อม ปวดหลังจากการสวมใส่เสื้อตะกั่วเป็นเวลานานต่อเนื่องในแต่ละวัน ไหล่ตลกจากการที่ใช้กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวในการดึงมากเกินไป นอกจากนี้การยืนเดินเกือบตลอดเวลาทำให้พยาบาลมีอาการปวดขาปวดน่อง รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด H1N1 การระบาดของเชื้อโรคที่คือยา และไม่คือยา การดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อโรคติดต่อเหล่านี้ทำให้พยาบาลที่มีร่างกายอ่อนแอติดเชื้อโรคนอกจากผู้ป่วยได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อันตรายที่เป็นผลพวงจากการทำงาน ที่ได้จากการวิจัยนี้มีทั้งหมด 6 ประเด็น คือ 2.1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ 2.2) วนวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการขับถ่าย 2.3) ไหล่ตลก ปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ 2.4) เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย 2.5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย และ 2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไม่เกรนกำริบ ดังรายละเอียดดังนี้

2.1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื่อนั้นทำให้พยาบาลมีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ป่วยสู่ตนเอง เกิดการเจ็บป่วยตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีไข้ ร่างกายอ่อนแอ ไอ เจ็บคอ จนกระทั่งเจ็บป่วยหนัก รวมถึงการติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยและต้องใช้เวลาในการรักษา พยาบาลเล่าว่าร่างกายที่อ่อนแอ เกิดจากลักษณะงานที่ปฏิบัติ กล่าวคือ ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโรคร้ายแรงและคือ

ยา การขึ้นเเวรจำนวนมาก ทำให้ไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง บางรายติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน บางรายเกิดอาการเจ็บคอ ทุกครั้งที่ดูแลผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 2009 H1N1

“เพราะว่าปัญหาแรกก็คือ เพื่อน ๆ เนี่ยเป็นวัณโรค แล้วพี่ก็มีปัญหาคือ คอเป็นหนอง แต่ยังไม่เป็นวัณโรค ...เป็นคุ่มหนองขึ้นมาในคอเลยนะค่ะ...ย้าย เพราะว่าสุขภาพ ย้ายเพราะว่าคอเป็นหนอง และเห็นสัญญาณแล้วว่าเพื่อนกินยา TB แล้ว...แล้วก็ทรมานกันมาก เพราะผลตอนนั้นยา ATB มันมี effect ค่อนข้างเยอะ บางคนเป็นคื่นที่คอ อะ ใรอย่างเงี๊ยะ ดูค่อนข้างทรมาน...เป็นก้อนขึ้นมาเลย อ้อไปคุยแล้ว เหมือนเราสร้างตัวสร้างภูมิ ที่หมอเค้าอธิบายให้ฟัง มันจะมีก้อนเป็นหนองอย่างเงี๊ยะ แล้วก็ไปตัด แล้วในคอก็จะมีหนองนะค่ะ แต่พอย้ายออกมา OK ทุกอย่างดีขึ้น” (พยาบาลรายที่ 5)

“แบบคราวนี้ก็จะมีคนไข้ที่เป็น H1N1 อยู่ที่ตึก Case หนึ่ง แล้วก็จะได้เข้าดูแลตลอดทุกเวรเลย ถ้าเข้าเวรทุก 8 ก็จะได้ดูแลทุกแปดก็จะมีอาการเจ็บคอ แต่พอวันช่วงไปดู Case อื่นข้างก็จะดีขึ้น... รู้สึกว่าทำไมไม่กระจายไปให้คนอื่นดูบ้าง ทำไมให้เราดูคนเดียวทั้งๆที่เค้าก็น่าจะรู้ว่าเราควบเวร การนอนพักก็น้อยอยู่แล้ว ยังให้ดูอีก” (พยาบาลรายที่ 7)

“ก็มีเคสป่วยเป็น TB Lung...ช่วงนั้นก็ในช่วงที่รับคนไข้ TB เยอะเหมือนกัน ก็มีเจ้าหน้าที่ที่ตึกป่วยประมาณ 4-5 คน ที่ตรวจเจอเป็น TB Lymphnode กับ TB lung...ก็เหมือนติดเชื้อจากที่ตึก...เราก็...โดนแจ็กพอดโดนกับเค้าไปด้วย... ตอนแรกมีไข้เป็นเหมือนเป็นหวัด เป็นมาสองอาทิตย์แล้วมีไข้ขึ้นๆลงๆ...ก็เลยไปตรวจ...ขอหมอเค้า X-ray ปอด พอ X-ray ก็เลยเจอว่าปอดขวาเป็น TB ก็เลยมา รักษาเข้าคอร์สกับหมอรักษา TB ทั่วไป...คนไข้อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ตุ่มมา ก็ไม่รู้ว่าป็นอะไรบ้าง แล้วพอ On tube suction แล้วเอาเสมหะไปตรวจ...แล้วพอไปตรวจก็เจอ เป็นของแถม แล้วก็กว่าจะรู้ก็คือไม่มีใครป้องกันตัวไง ก็คือเราก็ใส่ Mask ธรรมดาเวลา Suction...น่าจะช่วงนั้นเป็นหวัดพอดี ก็รับ Case ช่วง Suction ก็หน้าจะอยู่ตรงนี้ เพราะว่าถามว่า อาจารย์หมอที่ Chest เค้าก็ถามว่ามันมีโอกาสติดที่อื่นไหมที่ไม่ใช่จากตึก...ก็กลับบ้านก็ขับรถกลับบ้านไม่น่าคิดในรถ

อยู่ในบ้านก็คือเป็นหมู่บ้าน บ้านเคี้ยวก็ไม่ได้ไปชุมชนไหนอยู่แล้ว ก็ไม่น่าคิด จากที่อื่นก็น่าจะคิดในที่ทำงานนี้แหละมากที่สุด”(พยาบาลรายที่ 14)

2.2) วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการจับถ่าย

ผลกระทบจากการทำงานอีกประการหนึ่งคือ ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ของตนเอง ขณะที่มีการงานที่ต้องทำให้เสร็จตามเวลา ทำให้พยาบาลไม่ได้รับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รวมถึงกลั่นการจับถ่าย ทำให้ระบบย่อยอาหารของร่างกายเกิด อาการปวดท้องหรือมีอาการท้องผูก พยาบาลเล่าว่ามีอาการปวดท้องเริ่มจากการนอนไม่เป็นเวลา เมื่อลงเวรดิก็จะหลับได้แค่ 2 ชั่วโมงแล้วตื่น การนอนไม่เป็นเวลาทำให้ระบบต่างๆของร่างกาย เสื่อม มีอาการปวดท้องมาตลอด ประกอบกับการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเนื่องจากงาน รีบเร่ง บางรายต้องรับประทานอาหารอย่างรวดเร็ว มือหนึ่งไม่ถึง 5 นาที แล้วรีบกลับไปทำงานต่อ หรือบางครั้งในช่วงพักกลางวัน มีภาระงานมากเนื่องจากต้องช่วยแพทย์ซึ่งมาทำกิจกรรมการรักษา ทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาเกิดแผลในกระเพาะอาหาร บางรายหลังจากรับประทานอาหาร เข้าแล้ว ขึ้นไปทำงานรู้สึกปวดท้องอยากถ่ายแต่ไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ เนื่องจากต้องทำงานแข่ง กับเวลา ทำให้เกิดอาการท้องผูก

“อย่างเวลาตอนเช้า เราทานข้าวขึ้นไปโซ่ไหม คนเราพอกินเข้าไปแล้ว ก็ จะปวดท้อง แล้วเราจะไปถ่ายก็ไม่ได้ เราก็ต้องกลั่นไว้เพราะเราต้องไปทำงาน ที่ ...จริง ๆ นี่คือของหนู หรือบางทียุ่ง ๆ อยู่...โอ๊ย ปวดท้อง จะไปเข้าห้องน้ำอะไร อย่างเงี้ย...มันยุ่งจนหายบ้าไปเลย จนกลายเป็นเราท้องผูกไงที่ ”(พยาบาลรายที่ 2)

“มีปัญหาเรื่องปวดท้องเพราะว่ากินข้าวไม่เป็นเวลา บางทีแบบทำงาน แล้วลืมนะ เลยเวลา...ก็ไม่ได้กินข้าว หรือด้วยเหตุที่งานมันรีบไงก็คือ..กิน เร็วอะ คิดดูมือหนึ่งกินข้าวไม่ถึงห้านาที...กลับไปทำงานต่อ กินข้าวบางวันก็ลง พักเที่ยงบางวันก็ลง สิบเอ็ดโมงอะไรอย่างเงี้ย ก็เลยแบบกินไม่เป็นเวลา...ที่เคยมี ปัญหาปวดท้องมาก ปวดท้องทุกวัน... จนกระทั่งปวดมากๆ ไป ER ไปฉีดยา... ไปทำโน่นทำนี่ตั้งหลายครั้ง... คือมีอยู่ครั้งหนึ่งที่หนักมากถึงขนาดต้อง...นอน admit แล้วเค้าก็บอกว่ามันน่าจะนี่แหละปวดท้อง โรคกระเพาะ...หมอเลยนัดส่อง กล้องก็นัดส่องกล้อง GI ส่องไปก็เจอว่ามีปัญหาเรื่องของ Gastritis มีเรื่องของ แผลในกระเพาะแล้วก็มีปัญหาเรื่องของ เอ่อ...หลอดอาหารมันกลั่นกระเพาะ หมายถึงว่า...ไอ้หลอดกระเพาะนะมันหย่อนเพราะว่ามันไปกลั่นหลอดอาหาร มัน

ทำให้หูดนะ รูดไม่สนิทมันก็เลยเกิดในเรื่องของน้ำย่อยมันเอ่อทันง่ายเค้าก็เลยให้คำแนะนำว่า จริงๆแล้วเราควรกินอาหารให้ช้าควรจะเคี้ยวอาหารให้ละเอียด แล้วก็กินครั้งละไม่เยอะแต่ให้กินบ่อยๆ ซึ่งแต่ละอย่างมันทำไม่ได้เลย ในเรื่องของงานนะพูดถึงเวลาทำงาน...ก็มีปัญหาเรื่องกระเพาะนี่แหละที่ว่าเออ...มันเป็นมาก แล้วก็ต้องไปส่องกล้อง แล้วสิ่งที่หมอให้ทำเนี่ยก็คือเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมากเลย...ที่ต้องกิน *Losec* กิน *Motilium*... อยู่ประมาณสักปีหนึ่ง” (พยาบาลรายที่ 3)

2.3) ไหล่ตก ปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ

การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งสู่เตียงหนึ่ง การพลิกตะแคงตัว การจัดทำผู้ป่วยให้สุขสบาย หรือการดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นนอน พยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วย พยุงลุกนั่ง หรือจัดทำให้อาหารทางสายยาง ดูแลใส่หมอนนอน ขำระล้างทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่าย ล้วนเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรงทั้งสิ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างสมบูรณ์ยิ่งต้องใช้แรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างร่วมกับทีมสหสาขา เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมอื่นๆซึ่งต้องใช้การออกแรงของข้อ เอ็นและกระดูก เช่น การเตรียมยา การบิดอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่เป็นพยาบาลที่ทำงานในห้องที่มีรังสี การสวมเสื้อตะกั่ว ที่หนัก 4-6 กิโลกรัม เปรียบเสมือนต้องยกของหนักเกือบตลอดเวลาที่อยู่เวร กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ ทำให้พยาบาลได้รับอันตรายที่เกิดจากผลกระทบในการทำงาน กล่าวคือ เกิดอาการอักเสบของเอ็น กระดูก และกล้ามเนื้อ อาการปวดหลังที่เกิดจากการยกตัว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย อาการไหล่ตกข้างหนึ่ง เนื่องจากการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไป การยกไม้กั้นเตียงที่มีความหนักมาก บางครั้งต้องใช้วิธีขึ้นไปเหยียบบนรถเข็นแล้วจึงออกแรงดึงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อไหล่ทำงานมาก เป็นเหตุให้มีอาการไหล่ตก

“มีปวดหลัง เป็น ๆ หาย ๆ... ในช่วงที่เราใส่เสื้อตะกั่ว หนักประมาณ 4-6 กิโล คือ แบกด้วยความเคยชิน ...ช่วงไหนที่ใส่ ติดติดกันนานๆ ก็จะมีอาการปวดหลัง...ช่วงไหนงานเยอะแล้วเราใส่เกือบตลอดทั้งวัน ไม่ค่อยมีเวลาพัก...ใส่ต่อเนื่องทั้งวัน มันจะมีช่วงเบรกประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีช่วงถอด คือ ช่วงกินข้าว แล้วก็...ช่วงเข้าห้องน้ำ ว่าจะไรอย่างเงี้ย ใ้ถอด...แต่บางทีเข้าห้องน้ำก็ถอดแค่ช่วงล่าง ข้างบนยังใส่อยู่ แล้วแต่ที่เรารีบมากน้อยแค่ไหน คนไข้เราหนักมากน้อยแค่ไหน...ต่อมาก็ปวดหลัง... ก็แต่ก่อนเป็นถี่เกือบทุกวัน...ประมาณครึ่งปีที่แล้ว

ที่หนู เป็นเยอะ...กลับมาทีจะปวดหลัง อะไรรอยงัย แต่ว่าไม่ได้เป็นแบบทั้งวัน 24 ชม.นะ มันก็จะแบบสัปดาห์บาลง”(พยาบาลรายที่ 1)

“ปวดกล้ามเนื้อ หมอบอกว่า...มันเป็นการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ดึงจากการใช้งานมากๆ จากยกคนไข้... ก็กินยาไป...ก็หาย...แถวหลัง แถวคอเนี่ย... ภาระงานที่เยอะไม่ว่าจะเป็นการใส่สายหรือใส่อะไรก็มีผลนะที่ทำให้ภาระงานเราเยอะขึ้น เช่นคนไข้นอนคืน ต้องเข้าไปจัดท่าบ่อยๆทุกตัวขึ้นบ่อยๆ คนไข้ท้องเสียเราต้องเช็ดบ่อยๆ การที่จะเช็ดต้องพลิกต้องอะไรอย่างงัย ก็มีผลกับร่างกายเราทั้งในเรื่องของหลังเรื่องข้อมือ ไอ้ที่แบบบาดเจ็บใหญ่ๆเนี่ย...ก็คือ... ข้อมือขวาที่มีปัญหาเรื่องเอ็นอักเสบ...หมอบอกว่ามันเกิดจากการทำงานนี้แหละ ...แรกๆไปตรวจบอกว่าเป็นเอ็นอักเสบ ... กายภาพประมาณ 2-3 เดือน มันก็ไม่ดีขึ้น ก็ไปนวดยา ไปนวดไอ้...สตีเวียรอยด์นะเข้าข้อ นวดแล้วมันก็ไม่ค่อยดีขึ้นเท่าไร...สองสามเดือน มันก็เป็นอีกแล้วก็เป็นมากขึ้นกว่าเดิมเพราะเรายังทำงานเหมือนเดิม...หมอกก็เลยผ่าเลยผ่าข้อมือ ก็ผ่าครั้งแรกก็หยุดไปประมาณหนึ่งเดือนนะ...ก็ยังไม่ค่อยหายดีหรอก...เราก็ใส่ Slap... ใส่เป็น Splint Support เอาระหว่างทำงานก็สร้างปัญหาในการทำงานนะเพราะว่า Splint มันแข็ง เวลาใส่แล้วมันจะกดมันจะเจ็บแทนที่มันจะเจ็บเฉพาะข้อมือมันก็ราวไปทั้งแขนเลย... ต้องผ่าครั้งที่สอง...วันไหนทำงานหนักๆยกคนไข้เยอะๆ เช็ดตัวเยอะๆ พลิกตัวคนไข้เยอะๆ เนี่ย กลับมาห้องแล้วก็ยังปวดอยู่บ้าง...ปวดมากๆจนทนไม่ได้ต้องกิน NSAIDs บ้าง”(พยาบาลรายที่ 3)

“มีปัญหาไหล่ข้างหนึ่งเป็น Myalgia [อาการปวดกล้ามเนื้อ] รถนอนมันจะหนักเราต้องดึงขึ้นดึงลง ดึงขึ้นดึงลง ตลอด Myalgia เนี่ยคือ ไหล่ตักข้างหนึ่ง เห็นแบบชัดเจนเลย ไปหาหมอเค้าก็ตรวจบอกว่าใช้กล้ามเนื้อมากเกินไปก็เลยย้าย... ย้ายเพราะว่าสุขภาพ...หมอเค้าก็ให้เรื่องเกี่ยวกับ...ทำออกกำลังกายและกินวิตามิน ยาแก้เรื่องเกี่ยวกับการอักเสบของกล้ามเนื้อ มีการ support อะไรอย่างงั้นนะค่ะ แล้วก็หลีกเลี่ยง แล้วก็สอนเราอย่าใช้เยอะเกินไป ซึ่งเป็นไปได้้น้อยมาก...มันก็ยังไม่ดีขึ้น จนถึงตอนที่พี่ย้ายออกมาถึงหายหลังจากนั้นเป็นปี... เพราะเหล็กกั้นเตียงมันจะเป็นยางเก่าๆ เพราะ ER เป็น Stretcher ทุกอันมันจะหนักมาก...แล้วบางทีพี่ต้องใช้วิธีขึ้นไปเหยียบบน Stretcher แล้วก็ดึง ดึงขึ้น เพราะว่ามันดึงไม่ไหว.....หมอเค้า

วิเคราะห์ว่าปัญหาจากการใช้กล้ามเนื้อส่วนนี้ค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นกล้ามเนื้อมันต้องใช้งานมากกว่าปกติหมอเค้าวิเคราะห์ว่าปัญหาเกิดจากการใช้กล้ามเนื้อค่อนข้างหนัก ถ้ายังคงทำงานในจุดนี้ก็คงยังต้องใช้กล้ามเนื้อตรงนี้ตลอดแน่ก็เลยตัดสินใจย้ายดีกว่า”(พยาบาลรายที่ 5)

“ตอนนั้นที่อยู่ ICU CVT ก็มีปัญหาเรื่องปวดหลัง...แล้วก็ไปหาหมอ หมอเค้าก็ CT ดูตรงหลังเค้าก็บอกว่าหมอนรองมันเสื่อม...ให้ออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อมันไปพุงตรงข้อนั้นค่ะ เป็นประมาณ 2-3 ข้อค่ะ...พอคนผู้ร่วมงานเค้ารู้ว่าเราช่วงนั้นมีปวดหลังเค้าก็จะไม่ค่อยให้ยกอะไร ก็...พยายามจะไม่ยกของหนัก ก็ดีขึ้นช่วงนี้ก็ไม่มีปัญหาแล้ว...ปวด...คือแบบตอนนั้นเราอายุยังแบบสัก 25- 26 ะไรอย่างเงี้ย ก็ยังทำไหว แต่พอมายู่ OR แล้วมันเหมือนกับว่ามันมีจุดหนึ่ง...ก็เป็นเยอะขึ้น”(พยาบาลรายที่ 12)

2.4) เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย

การยืนนานและการเดินมากๆ ถือเป็นอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นผลกระทบจากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาลทำให้เกิดอาการปวดขาปวดน่อง พยาบาลเล่าว่าเวลาที่งานยุ่งมาก ต้องเดินทั้งเวรจนรู้สึกปวดน่อง บางรายเป็นพยาบาลน้องใหม่ต้องยืนตลอดจะไม่ได้นั่งเลย หรือต้องเดินตลอดเวลาทำให้มีอาการปวดขาเมื่อเกิดอาการดังกล่าวพยาบาลจะใช้วิธีการแก้ปัญหาคือ ชื้อถุงน่องพยุงต้นขา (Support) มาสวมและเมื่อเสร็จจากการปฏิบัติงานก็จะใช้วิธีการกลับไปนอนยกขาสูงที่ห้องพักเพื่อบรรเทาอาการปวด

“ส่วนใหญ่ก็มีเป็นปวดน่องแต่ไม่ถึงกับเส้นเลือดขอด บางวันเนี่ยยุ่งๆเลยเดินทั้งเวร ก็ปวดเหมือนกัน แต่พอลงไปนอนก็หาย แล้ว...ก็อาจจะมียา Tunique เอยถุงน่อง support เอย หรือ tobegrip มาใช้”(พยาบาลรายที่ 7)

“คือยอมรับเลยนะคะว่าช่วงแรกที่ได้มาเลยแบบ...คือเป็นน้องใหม่เนี่ยคือจะไม่ได้นั่งเลย ต้องยืนตลอด ถ้าว่างก็แบบจะต้องเอาไม้ต่อขามายืน ไม่ให้นั่งต้องเดินต้องทำอะไรตลอด คือ...ปวดขาเหมือนกัน แต่ว่าของเราจะมีแบบ ...ตั้งแต่สมัยเรียนจำได้ไหมคะ ที่มันจะเป็นที่ใส่ Support พอมายู่ที่นี่เค้าก็จะแนะนำว่าอยู่ที่นี่มันต้องยืนเดิน ที่เค้าก็จะบอกว้ให้ไปซื้อถุงน่องที่แบบมันจะ Support ที่แข็งแล้วมันจะใส่ยากนิดหนึ่ง หนูก็ซื้อมาใช้ค่ะ ใช้แล้วมันก็ดีคะมันไม่ปวด... ชื้อ

ต่างประเทศอีกทีหนึ่ง ประมาณคู่ละแปดร้อยกว่าบาท มัน...ก็ชินไม่ปวดอีกแล้ว ก็บางครั้งก็ถ้าเราหยุด...หยุดนานๆอย่างหยุดเสาร์อาทิตย์หรืออะไรที่มันเป็น วันหยุดยาวๆพอกลับมาบีบ มันก็จะเริ่มปวด...ก็อย่างกลับห้องไปถ้าวินไหนปวด มากๆก็นอนยกขาสูง...ก็คืนะคะ”(พยาบาลรายที่ 8)

“[ปวดขา] ก็มีบ้างคะ...อย่างเมื่อก่อนนี่จะไม่ได้นั่งเลย อาจจะเป็นเพราะเรา เป็นเด็กหรือเปล่า มันก็ไม่กล้านั่ง มันแบบกลัวที่เค้าว่าอะไรอย่างเงี้ย ก็จะยืนตลอด แต่พอตอนหลังมาก็มีส่วนบ้างเหมือนกันนะ ไอ้การยืนช่วยการผ่าตัดเพราะว่าอย่าง [ผ่าตัด]ตามื่อก่อนหนูไม่อยากรนั่งเลย ก็คือช่วยไม่ถนัดเลย ก็จะก้มมันอาจจะมีผลได้ เหมือนกันที่เราก้มแล้วมันเจ็บอะคะ(เอามือมาจับบริเวรคอไหล)”(พยาบาลรายที่ 12)

2.5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย

หน้าที่ของพยาบาลนอกจากการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ฉีดยา ให้อาหาร การดูแลเรื่องอาหารและการขับถ่าย ยังมีกิจกรรมอื่นๆที่แฝงอยู่ในงานของพยาบาล ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ทีมสุขภาพและผู้ป่วย ถือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาล รวมทั้งหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย เช่น การทำงานเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ การทำงานด้านวิชาชีพ ภาระงานดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดได้ พยาบาลรายหนึ่งบอกว่าช่วงแรกๆ ที่มาทำงานรู้สึกกังวลใจเรื่องงาน เพราะไม่รู้ว่าจะต้องเจอกับเหตุการณ์อะไรบ้าง รู้สึกเบื่อผู้ร่วมงานที่สร้างความเครียดให้ พยาบาลบางรายเล่าว่า ภาระงานที่มาก การดูแลผู้ป่วยอาการหนัก การประสานงานกับแพทย์ พยาบาลเพื่อนร่วมงาน ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความขัดแย้ง นอกจากนี้งานประจำมีมากอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีหน้าที่พิเศษ เช่น กรรมการพัฒนาคุณภาพ พัฒนาวิชาชีพของพยาบาล มีประชุม มีการเตรียมการสอน ทำให้ตนเองรู้สึกเหนื่อย ต้องใช้เวลาส่วนตัวทำหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย บางรายได้รับมอบหมายให้ทำงานคุณภาพเกี่ยวกับพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (Patient improvement) ช่วงที่งานเร่งถึง กำหนดต้องส่งงาน ทำให้เกิดความเครียด นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นขึ้นมาแล้วมีอาการใจเต้น บางรายได้รับมอบหมายให้ทำโครงการ แต่หัวหน้าและผู้ร่วมงานไม่เห็นด้วยกับโครงการที่เสนอทำให้เกิดความเครียด และความรู้สึกไม่อยากทำงานคุณภาพที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้บางรายคิดว่างานพยาบาลเป็นงานที่นำงานอื่นมาทำ ทำให้ภาระงานมากโดยที่ไม่มีค่าตอบแทน ไม่สนับสนุนเรื่องทุนการศึกษาอยากออกไปเรียนสาขาวิชาอื่นแทน เหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ส่งผลทางลบต่อสุขภาพจิตของพยาบาล ทำให้รู้สึกเบื่อ ความไม่เข้าใจกันของพยาบาลกับแพทย์บางครั้งเข้าใจไม่

ตรงกันก็มีเถียงกันบ้าง ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย หรือคนงาน ก็ส่งผลกระทบต่อความเครียดของพยาบาลเช่นกัน

“เพื่อนร่วมงาน...มันเหมือนกับการสร้าง Stress ให้เรา...แรก ๆ นะ ที่หนูทำงาน หนูคิดว่า พุงนี่นะ มันจะเจออะไร จะโดนอะไรอีก อะไรอย่างเงี้ย จะมีชีวิตแบบไหน...ขึ้น ไปตึกไม่อยากจะขึ้นเลย รู้สึกเบื่อกันเลย ไม่อยากจะขึ้นอะไรอย่างเงี้ย แต่ทุกวันนี้มัน... *compensate* ตัวเองได้กับปัญหา...เมื่อสภาพแวดล้อมมากกว่า อาจจะเป็นความไม่เข้าใจกันของการทำงาน มีบางครั้ง...ก็พูดอะไรมากไม่ได้...ก็ถ้าสมมติว่า คนเราทุกคนทำงานด้วยการช่วยเหลือกัน งานมันก็จะสำเร็จลงด้วยดี แต่...ถ้าเราคิดว่า ไอ้โน้น หน้าที่ชั้น ไอ้นี้ ไม่ใช่หน้าที่ชั้น อันนั้นไม่ใช่งานชั้น อันนี้ไม่ใช่งานเธอ อะไรอย่างเงี้ย อันนี้ไม่ช่วย อันนั้นไม่ช่วยงาน มันก็ไม่เสร็จซักที ค้าง ๆ คา ๆ อยู่ตรงนั้น ทั้ง ๆ ที่เดี่ยวเราทำเองก็เสร็จ ถ้าช่วยกันงานเราก็เสร็จใช้ไหม แต่กลายเป็นว่า มัน...ไม่รู้สิ...แต่ละระดับ มันถูกแบ่งแยก...เมื่อ ๆ เมื่อคน...งานมันกระทบนะผลพวงมันก็เป็นทั้งหมดนะ”

(พยาบาลรายที่ 1)

“มันหุงคหิดง่าย ประสิทธิภาพการบริการลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน บางทีมาแบบพร้อมๆกัน ญาติคนนั้นก็ใกล้ตายแล้ว ญาติคนนี้ก็แพ้ย่า ญาติคนนั้นก็ จะมาถามอะไรที่มันเงี้ยเงี้ย ก็คือเค้าอาจจะถามในความรู้สึกเค้ามันอาจจะเป็นการถามธรรมดา แต่พอมันเข้ามาในความรู้สึกเรา เอ... เค้าถามอะไรเงี้ยเงี้ยตอนนี้นะเราเหนื่อยมากเลย เรารุงมากเลย ความรู้สึกเรานั้นจะเป็นอย่างไรที่ด้วยความที่ หนึ่ง เรานอนน้อยภาระงานเยอะอะไรเงี้ยมันเห็นชัดเจนที่ มันก็เหมือนปลุชคนธรรมดา...ก็ธรรมดาเลยที่เป็นปกติกลไกมนุษย์เลย เวลาเราหุงคหิดขึ้นมาเราก็จะเป็นแบบเนี้ย บางคนก็ออกมาบอก “เปลี่ยน Pampers น้อย” ในขณะที่เรากำลัง CPR อยู่อย่างเงี้ย ความคงทนเราจะน้อยจริงๆพี่”(พยาบาลรายที่ 2)

“ ก็ในเรื่องของความเครียด ในเรื่องของภาระงานที่เยอะ คนไข้ที่หนัก แพทย์ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมงานที่เป็นพยาบาลหรือบุคคลอื่นๆ แล้วแพทย์ผู้ร่วมงานก็สร้างความเครียดให้เพราะว่าในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์เงี้ยอาจจะเข้ากันไม่ได้ดี หรือคุยแล้ว ได้ข้อมูลที่ไมตรงกันทำให้เกิดความขัดแย้ง แล้วก็ทำให้เกิดความเครียดที่มันมากขึ้นก็มีผลเกี่ยวกับร่างกาย...”(พยาบาลรายที่ 3)

“ตอนนั้นนะ Routine ก็เยอะอยู่แล้ว เพราะคนไข้ บอกไม่ได้เลยว่าหนักเบาแค่ไหน สองคือเป็นกรรมการในหลายๆ เรื่อง กรรมการพัฒนาการเกี่ยวกับคุณภาพของอะไรทุกอย่างเลย...เกี่ยวกับวิชาชีพของพยาบาล แล้วก็มีประชุม มีการสอน มีการเตรียมคือบางทีมัน เราทำงานมันก็เหนื่อยอยู่แล้วอะ แล้วพอลงเวรมาปุ๊บ เราก็จะต้องไปทำงานตรงเนี่ย...คือการพัฒนาวิชาชีพ แต่บางครั้งเนี่ยมันเหนื่อย มันเหนื่อยมาก จนบางทีเรามองว่า เราไม่มีเวลาเลยในการที่อยากจะนอน...ต้องมาทำงานตรงนี้ เพราะมันมีกำหนด Deadline ไหนจะ HA เอะ อะไรเอย...พี่ว่า งานนะ มันเยอะมากกว่าคนแล้วงานบางอย่างเนี่ย เราน่าที่จะกระจายไปให้ใครคนอื่นทำได้ แต่เราเนี่ยต้องมาทำเองในทุกๆ เรื่อง...อย่างคนนึงเนี่ย เป็นทั้ง Infectious Control นะ, เป็นทั้งอ่า! กรรมการพัฒนาวิชาชีพ เป็นทั้ง PI ด้วย แล้วก็ 5 ส คือคนนึงนะ มีหลายบทบาทมาก...ตอนนี้ก็คือมีแต่น้อยกว่าที่ตึกเก่านะ... แต่ว่ามันจะมากหนักในเรื่องของงานที่เป็นปฏิบัติ...แล้วประชุมบางครั้ง... เราเอาเวลาไปประชุมในเช้า ก็ไม่มีปัญหา แต่มันก็ไป Interrupt กับผู้ร่วมงานในเวรเช้า แต่ถ้าเกิดเราเวรบ่าย เราต้องตื่นมาประชุม ก็เท่ากับว่าเวลาพักผ่อนเราก็จะน้อยลงซึ่งจะอย่างเงี้ยบ่อยมาก” (พยาบาลรายที่ 6)

“งานวิชาการงานเอกสารที่เข้ามามันทำให้เครียดไป พอเครียดก็นอนไม่หลับแล้วเราก็ต้องขึ้นเวร แล้วเราขึ้นเวรก็ท้อ มีบ้างครั้งนอนสะดุ้งตื่นขึ้นมาแล้วมีอาการใจสั่น รู้เลยว่าช่วงนั้นเครียดเพราะว่าทำ PI เร่งไง ...ก็ตื่นเวรก็เหนื่อยมันนอนได้ไม่เต็มทีไง มันมีความกังวลนะ มันก็จะมีสะดุ้งตื่นมาได้ แล้วก็บางทีบ่ายต่อเช้า ก็นอน นอนไม่ค่อยหลับ... ก็ไม่ถึงกับกินยา ก็ฟังเพลง....ก่อนนอนก็เปิดเพลงฟัง...เป็นช่วงเร่งๆที่งานใกล้จะส่ง ...เหมือนคนฝันร้ายอะ....พอเครียดปุ๊บ เราก็เก็บเอาไปฝัน พอฝันแล้วก็เหมือนสะดุ้งตื่นมาตอนนั้นอะมันเหมือนกับงานต้องส่งพรุ่งนี้เนอะ งานต้องส่งพรุ่งนี้แล้วแต่ยังไม่เสร็จ ต้องรีบทำงาน รีบส่ง ก็จะมีสะดุ้งเหมือนกังวลอยู่ตลอด” (พยาบาลรายที่ 7)

“...ลักษณะงานมันก็เครียดนะคะ ส่งผลกระทบกับจิตใจเรา... ส่งผัดตัดหมอกั๊กก็เครียดของเค้าอยู่แล้ว เค้าหาที่ลงไม่ได้เค้าก็ต้องมาระบายกับเรา ...เตรียมของไม่ครบ บางทีก็โวยวาย...เค้าก็จะบ่น บ่นแบบหงุดหงิดก็ส่งผลในด้านสุขภาพจิต เราก็อะไรนี้..อีกแล้ว บางทีมันก็รู้สึกเบื่อก...ทำไมฉันจะต้องมารองรับอารมณ์เขาค่ะ...ผู้ร่วมงานระดับอื่นก็มี อย่าง PN ,NA คนงาน อย่างเราเด็กๆก็ยัง

อายุน้อยๆ พออยู่เวรก็จะต้องเป็นหัวหน้าเวร แล้วเวลาสั่งงานบางทีก็เหมือนเค้าแก่ Ward นะคะ เค้าก็จะแบบ...จริงหรือ ไม่เห็นเคยทำอย่างนี้เลย ...ก็ต้องรู้เหมือนกัน การพูดกับเค้าณะคะ เวลาไหนควรที่จะใช้ไม้อ่อนไม้แข็ง... ถ้าเค้าไม่ทำก็ต้องเขียนบอก รายงานหัวหน้า ...ทำ PI ปีที่แล้วก็เครียดเหมือนกัน มันเหมือนทำเฉพาะในกลุ่มเรา หนูจะทำเรื่องปรับปรุงนวัตกรรม... ไปเสนอที่เค้า ก็ให้ลองไปคิดเรื่องอื่นมาใหม่ ที่เค้าจะตอบเหมือนกันเลยว่า เบลมไม่ให้ทำ แต่ไม่ให้ข้อเสนอแนะ... ตอนนั้นรู้สึกอึดใจ... ไม่อยากทำมากๆเลย”(พยาบาลรายที่ 8)

“...จะมีระดับเจ้าหน้าที่กับ คนงาน และที่เวรเปล ที่จะต้องคุยด้วย มันอยู่ที่ว่าเค้าจะทำหรือไม่ทำอะ คืออำนาจที่เราจะสามารถบอกได้ก็คือ ถ้ามีส่ง lab ก็คือบอก เจาะ lab เสร็จแล้วนะคะ ฝากส่งด้วย...ซักครึ่งชั่วโมงเนี่ยก็มาก lab เรายังอยู่ ถ้ายังไม่ส่งก็บอกที่ Team lead ให้ที่เค้าไปกระตุ้นอีกทีหนึ่งว่าเออ...เค้า [คนงาน หรือ PN, NA] ต้องทำหน้าที่ของเค้าแล้วนะ ...เค้าอาจจะคิดว่าเรานะคือคู่เต็กกว่าใจ... บางทีเราพูดไปเค้าอาจจะไม่ฟัง ยังไงอะ วุฒิกวามันต่างกัน กับหมอ ก็มีบ้าง ถ้าเกิดเค้ามาแบบแรงอะไรอย่างนี้อะคะ บางทีก็จะแบบเฉยๆ ทำก็ทำ ถามก็ตอบ ไม่ถามก็ไม่บอก ...ถ้าอย่างสมมุติมีไอ้ที่แบบมันขัดกับที่เรารู้ แล้วคิดว่ามันน่าจะใช่ ก็จะถามเค้าก่อน ก็คือก็พูด พูดดีๆ...ถ้ามันมาเถียงกัน น่าเบื่อ เสียบรรยากาศการทำงาน”(พยาบาลรายที่ 9)

“เป็นวิชาชีพ ที่ชอบเอางานอื่นที่ไม่ใช่งานพยาบาลมาทำให้ดูภาระงานหนักขึ้น โดยไม่ได้สิ่งตอบแทนกลับคืนมาเห็นได้ชัด...อย่างง่าย ๆ อย่างงานคุณภาพอย่างนี้นะที่...เราคือผู้ร่วมรับผิดชอบแต่ของเราคือ โอปปุ้มมาทำหมดเลยมันเป็นงานที่สามารถที่จะแบ่งให้คนอื่นที่มีความสามารถทำได้แต่เราก็รวมมาทำแล้วเราก็บ่นว่าภาระงานเราหนักทั้งที่จริงๆ ไม่ใช่งานของเรา...คิดว่าความก้าวหน้านั้นยากเนอะ... หนูก็ไม่ค่อยมีอยู่ตึกเก่า หนูก็ยาก เรียนเองก็ไม่มีตั้ง เรียนคหกรรมดีกว่า คือถ้าเทียบกับเพื่อนที่อายุเท่ากันที่เรียนสาขาอื่นมันจบปริญญาเอก ขณะที่เรายังอยู่ที่เดิม” (พยาบาลรายที่ 14)

2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไมเกรนกำเริบ

ภาระงานของพยาบาลมีทั้งการปฏิบัติการพยาบาล การทำงานพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาวิชาชีพ ส่งผลให้เวลาในการพักผ่อนของพยาบาลลดลง รวมทั้งการปฏิบัติงานต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง แบ่งเป็นผลัด เช้า - บ่าย - ดึก สลับหมุนเวียนกันไป การปฏิบัติงานหมุนเวียนดังกล่าว ส่งผลทางลบต่อสุขภาพของพยาบาล เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และบางรายมีผลกระทบต่อ อาการปวดศีรษะไมเกรน โดยมีอาการปวดศีรษะมาก ตามัว และอาเจียน ซึ่งเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เพราะต้องขึ้นปฏิบัติงานผลัดบ่าย ดึก ประมาณ 19-21 วัน/เดือน และต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาเดือนละ 14-19 วัน/เดือน รวมทั้งอายุที่มากขึ้นก็มีผลต่ออาการเจ็บป่วยมากขึ้น พยาบาลบางรายเล่าว่าเวลาขึ้นปฏิบัติงานในผลัดเช้า และผลัดบ่าย ไม่มีปัญหา แต่พอขึ้นปฏิบัติงานในผลัดดึก นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลมากต่ออาการของไมเกรน รวมทั้งภาระงานที่มีทั้งงานประจำและงานกิจกรรมพิเศษ การเป็นกรรมการคุณภาพและวิชาชีพของพยาบาล ทำให้ต้องใช้เวลาดำเนินการส่วนตัวทำงานดังกล่าว เวลาพักผ่อนน้อยลง ทำให้อาการไมเกรนรุนแรงขึ้นต้องใช้ยาควบคุมอาการที่แรงขึ้น เช่น Morphine และ Pethidine

“เวลาที่เรานอนนะพี่ บางทีเรา *Control* อารมณ์ตัวเองไม่ได้ เราหงุดหงิด...ต้องไปขึ้นเวรดิก็อะไรอย่างเงี้ย...เป็น *Migraine Severe Migraine* ด้วยนี่คือ จากการนอนไม่พอที่พักผ่อนน้อย บางทีเรามีเวลาหยุด แต่เราไม่ได้หยุด มันอาจจะเพราะตัวหนูด้วยว่า หนูไม่แบ่งเวลาให้นอน...พออายุประมาณ 27 – 29 นี้เริ่มนอนไม่พอ ก็เป็นไมเกรน นะพี่ เป็นประจำเดือนก็เป็น ไมเกรน ...ขึ้นเวรต่อเดือนก็ประมาณ 28-31 เวรนะพี่ บ่ายดึกก็ประมาณ 19-21 เวร *OT* ก็ประมาณ 14-19 ค่ะ มัน *Work load* จริงพี่ ...คือคนเราพอทำงานเยอะนะพี่ มันก็เป็นธรรมดาคือเรานอนไม่พอ พอเราเหนื่อยเงี้ยมันก็เพลีย เวลาเพลียเงี้ยเราก็หงุดหงิดง่าย ประสิทธิภาพการทำงานก็ลดลงมันก็ทำให้เราขาดความระมัดระวังมากขึ้น ...ส่วนใหญ่จะทำให้สุขภาพของหนูแย่เอง หนูจะเป็นไมเกรน เพิ่งเป็นช่วงหลังๆ 3 ปีให้หลังเนี่ยเป็นค่อนข้างเยอะ...ก็ส่วนใหญ่ก็จะพยายามนอน ก็กินยา ...ไปหาหมอเป็นบางครั้งที่เป็นแบบ *Severe* บางทีปวดหัวมาก มีตามัว มีอาเจียน”(พยาบาลรายที่2)

“ก็คือช่วงที่แบบเป็นไมเกรน แล้วกินยา แล้วมัน *control* ไม่ได้ ต้องใช้ยาที่แรง คือ *Morphine Pethidine* ...สองปีนั้นแหละคือหนักมาก ก็มีความรู้สึกที่ เรา

ขึ้นเช้า เราขึ้นบ่ายยังไหว แต่พอเราขึ้นดึกๆ เวลานอนเราไม่พอแล้วเราเป็นคนนอนหลับยาก ทำให้การปรับยา และก็การพักผ่อนเนี่ย แย่มากตอนนั้นน้ำหนักก็ลงแบบลดมาสิบโล...มันก็หลายสาเหตุ...ส่วนหนึ่งคือ ภูมิแพ้ ก็จะมี Induce ให้เกิดไมเกรน...การอดนอนทำให้มีผลมากเลย ทำให้อาการมันหนักขึ้น กินยาก็ไม่หายจนแบบต้องเพิ่มขนาดยา ยากินมันไม่อยู่ ต้องเป็นยาฉีด...ยอมรับว่า เราทำงานค่อนข้างเยอะ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่มีเวลาพักผ่อน... บางครั้งเนี่ยมันเหนื่อยมันเหนื่อยมาก จนบางทีเรามองว่า เราไม่มีเวลาเลยในการที่จะนอน ...ที่ว่างงานนะ มันเยอะมากกว่าคนแล้วงานบางอย่างเนี่ยเราน่าที่จะกระจายไปให้ใครคนอื่นทำได้ ...เวลาพักผ่อนเราก็จะน้อยลงซึ่งจะอย่างเงี้ยบ่อยมาก”(พยาบาลรายที่ 6)

3. เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน พยาบาลส่วนใหญ่จะมีการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นหรือข้อบกพร่องของตัวเองจากอุบัติเหตุที่เพิ่งประสบมา ซึ่งการเรียนรู้จากความผิดพลาดดังกล่าวจะเป็นโอกาสในการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่ผิดพลาดเกิดขึ้นได้อีก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การเรียนรู้จากความผิดพลาด เพื่อเป็น โอกาสในการป้องกัน แบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน และ 3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน

พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานจะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง เมื่อพบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้น เกิดจากการที่ตนเองไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน พยาบาลส่วนใหญ่ก็จะหาอุปกรณ์ป้องกันมาใช้ให้ครบ เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นกับตนเองอีก พยาบาลรายที่ปฏิบัติงานในห้องสวนหัวใจซึ่งเคยได้รับอุบัติเหตุเลือดผู้ป่วย HIV positive กระเด็นเข้าตาขณะปฏิบัติงาน เรียนรู้ว่าตนเองต้องป้องกันตนเองโดยการสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันให้ครบ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่เคยได้รับอุบัติเหตุเลือดผู้ป่วยสาดกระเด็นเข้าหน้าขณะส่งเครื่องมือก็เรียนรู้ว่าต้องหาอุปกรณ์ป้องกันโดยการสวมแว่นตาเข้าผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย ส่วนพยาบาลที่เคยโดนแอมป์ยาบาด ก็จะใช้อุปกรณ์ป้องกันคือใช้ก๊อชชุบแอลกอฮอล์ในการหัดแอมป์ยา พยาบาลที่เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายขณะให้การพยาบาลก็เกิดการเรียนรู้โดยหาอุปกรณ์ป้องกันตนเอง คือการใส่แว่นที่มีมือทั้งสองข้างของผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยใช้มือและแขนทำร้ายพยาบาล

“ตัวเราเอง เราก็ต้อง safe ถ้าคนไข้ ที่เขาจะเลือดมาแล้วผลปกติ เราก็เอ่อ.. ยังไงเราก็ต้องระวังอยู่ดี แต่ถ้า Positive เนี่ย เราก็ต้องมีใส่ทั้งแว่น คืออุปกรณ์

เนี่ย Protection เนี่ยครบชุด แวะด้วย Mask หมวก กราวด์สองชั้น ถุงมือสองชั้น แล้วก็เป็กราวด์ยาว ใส่ถุงเท้า”(พยาบาลรายที่ 6)

“(โค่นผู้ป่วยทำร้ายขณะให้การพยาบาล)...มันก็ต้องเข้าไปหลายๆคน เข้าไปช่วยกันจับหลายๆคน ก็ต้องดูทั้งมือทั้งขาทั้งศอกเค้าอะ ถ้าตรงไหนขยับได้ก็ ต้อง Fix ให้แน่น อย่างผ้าผูกมือ เวลาตะแคงก็ห้ามแก้ออก ต้องกดมือคนไข้ให้แน่น หรือไม้ก็ใส่ส่วนม ที่ตีกเราจะมีนม ก็คือมีอุปกรณ์ช่วย...ใส่ส่วนม แล้วก็ให้คนเข้าเยอะขึ้น”(พยาบาลรายที่ 7)

“คือเดี๋ยวนี้ถ้าแบบ...ส่วนใหญ่แล้วถ้าเป็น Case Neuro หรืออะไรที่แบบใหญ่ๆ อย่างเช่น... Explore ใหญ่ๆเลย หรือ Tripple Hepatitis ก็อื่จะใส่แว่นตาตลอดในการเข้า Case” (พยาบาลรายที่8)

“ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็น โคนเข็มจิ้ม แต่บางทีมันก็จะเข็มที่ยังไม่ได้ใช้อันนี้จิ้มพลาดเอง โคนนิ้วตัวเอง ตอนดูดยา ค่ะ ก็คือแบบเร็วไง ทุกอย่างคือ ถ้ามันรีบบางทีก็คือหักกริบ...ตอนหัก แอมป์แรกๆก็ไม่ใช้อะไรรอง หักแอมป์เปล่าอย่างนี้นะคะ หลังจากที่โคนแอมป์บาดก็กลายมาเป็นว่าใช้ ก้อนชุปแอกออสอล์ฟัน แล้วก็หัก”(พยาบาลรายที่9)

3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานจะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง โดยการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อพบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้น เกิดจากความประมาทไม่ระมัดระวังของตนเองส่วนหนึ่ง แนวทางหนึ่งที่พยาบาลผู้ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานใช้ในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีกนั่นคือการทำงานด้วยความระมัดระวังมากขึ้น เช่น มีการระวังตัวมากขึ้นในการช่วยแพทย์ทำหัตถการ โดยการยืนรักษาระยะห่างจากแพทย์เพื่อให้ตนเองปลอดภัย รวมทั้งการใช้วิธียื่นหันหน้าไปทางแพทย์ พยาบาลที่เคยโดนเข็มตำมีการระวังตัวมากขึ้น โดยเปลี่ยนวิธีปฏิบัติกรณีต้องแบ่งยาฉีดผู้ป่วยเป็นสองครั้ง เดิมใช้วิธีเปลี่ยนหัวเข็มใหม่ทำให้เข็มตำ การระวังตัวที่เกิดขึ้น คือ ใช้วิธีคำนวณยาและแยกใส่กระบอกยาไว้ 2 กระบอกเท่าๆกันใส่หัวเข็มแต่ละกระบอกไว้ แล้วนำไปฉีดผู้ป่วยทีละกระบอกวิธีนี้ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนหัวเข็ม พยาบาลอีกรายที่ถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกายระวังตัวเองมากขึ้นในเรื่องของการประเมินญาติและผู้ป่วย การให้ข้อมูลผู้ป่วย และการระวังคำพูดของตนเอง ในบางครั้งต้องเชิญ

แพทย์เป็นผู้ไปให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแทน ส่วนพยาบาลที่ถูกไฟฟ้าดูดระวังตนเองมากขึ้นโดยการใส่ถุงมือทุกครั้งในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันกระแสไฟฟ้า พยาบาลอีกรายระวังตนเองมากขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มก้าวร้าวโดยการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้ละเอียดรวมทั้งศึกษาประวัติการใช้สารเสพติด เพื่อหาทางป้องกันอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยและป้องกันตนเอง

“ต้องระวังให้มากขึ้น คุณิศทางของอาจารย์แล้วก็หมอน่ะค่ะแล้วก็ต้องอยู่ให้ห่างเค้า ยืนอีกด้านหนึ่งของโต๊ะทำหัตถการ ไม่ควรยืนหันหลังให้หมอ ก็ยืนหันหน้าให้หมอซะ... ถ้าสมมุติว่าหมอยู่ตรงไหนเราจะยืนให้ห่างหมอ... มันก็ทำยากขึ้น แต่ว่ามันก็เสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้มากขึ้น...ทุกคนหาแนวทางแก้ไขให้กับตัวเอง”(พยาบาลรายที่ 1)

“แล้วก็โดนเข็มที่ฉีดแล้ว จิ้มอีก อันเนี่ยๆล่าสุด...หลังจากนั้นก็คือเราจะระวังมากขึ้น จริงๆ หลังจากที่เรโดน...ตอนที่ฉีดก็คือ มันจะฉีด อีริค น่ะคะ ยา มันจะเยอะ ก็คือคำนวณตามน้ำหนัก...หมอนิด lesion นิดเดียว แล้วที่เหลื่อมมันจะฉีด Muscle เค้าก็จะให้เราฉีด ...ก็คือมันต้องแบ่ง 2 ข้าง...แต่ช่วงที่แบบเปลี่ยนหัวที่จะแบบเปลี่ยนสะโพกหนึ่งมาฉีดอีกสะโพกหนึ่ง ก็ใส่ปลอกเข็มกลับเข้าไป แต่คือไม่ทันดูใจคะ เพราะว่าวางแล้วก็จับกด มันแทงออกมานอกนอกลอก อันนั้นนะไม่รู้จริงๆ เพราะปกติเนี่ยทำอย่างนี้ มันก็ไม่เคยแทงออกมานอกนอกลอก...ก็โดนอย่างเนี่ยอะพี่ มันก็จิ้มไปพอดี ต่อไปก็น่าจะรู้สึกนึกหนึ่งว่ามันทะลุไหม หรือว่าเอ๊ะ...มันจะทำยังไงถึงไม่ต้องเปลี่ยนหัวเข็ม/จะโรยอย่างไร เออ... ต้องไปดูแลก่อน ถ้าเกิดยามันจะเหลือจริงเราจะได้แบ่งฉีดสะโพกไว้เลยตอนดูดยา เป็น 2 syring มันจะได้ไม่ต้องเปลี่ยนหัวเข็ม”(พยาบาลรายที่ 9)

“คืออันแรกเลยคือเราจะต้อง...คิดอะไรให้มากกว่านี้ คือ..เราไม่คิดมาก่อนว่ามันจะ เกิดเหตุการณ์คนไข้ทำร้ายเรา...แต่พอหลังจากเราประสบการณ์นี้ รู้สึกว่าเราจะต้องประเมินญาติ ประเมินคนไข้ อะไรให้ดีกว่านี้ เช่นคำที่ว่าผมเพิ่งออกมาจากคุกเงี้ย ถ้าเรามาหนักอ่อนอะ เราคงต้อง Aware แล้วละเออ...ใช่แหละ ผมเพิ่งออกมาจากคุก เราน่าจะต้องระวังตัวนะกับไอ้คำพูดคำเนี่ยทำไมเค้าถึงพูดคำนั้นนะ ว่าเออเราไม่ควรจะเข้าไปในห้องนั้นคนเดียวแล้วนะอะไรอย่างเงี้ย แต่เออ..ทำไมเราไม่คิดถึงตรงนั้นนะแต่เราเข้าไปคนเดียวเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้นอะ

ก็นั่นแหละต้องให้การประเมิน ประเมินทั้งคนไข้และญาติให้ดีกว่านี้ แล้วก็เรื่องการให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ...เราต้องระวังคำพูดเราให้มากกว่านี้หรือว่าพูดให้น้อยลงที่สุด หรือว่าถ้ามีอะไรที่ตัดปัญหาให้คุยกับแพทย์ไปเลยเพื่อ...เพื่อ เป็นการ Safe ตัวเราอย่างที่เกิดขึ้นนะ เข้ามาเข้าใจคำพูดของเราผิดเพี้ยนไป” (พยาบาลรายที่ 11)

“คิดว่าอยู่ที่ตัวของเรา...เราน่าจะ Safe ตัวเองขณะทำงาน การใส่ถุงมือมันจะช่วย ทั้งพวกสิ่งคัดหลังแล้วก็เป็นตัวด้านกระแสไฟได้อย่างดีเลย...แล้วก็ใส่รองเท้าย่ เมื่อก่อนเค้าก็จะใส่มาพิทา...แต่ตอนนี้ก็จะไม่ใส่แล้ว เพราะว่ามันจะเป็นสื่อ...อันแรกก็คือปรับปรุงที่ตัวเราเอง ขณะที่เราทำงานเราต้องมีสมาธิอยู่ใน Case นะคะ อยู่ใน Case ของเราไม่ไปสนใจในสิ่งแวดล้อมอะไรอย่างเงี้ย ทำงานตรงหน้าของเราให้ดีที่สุด รับผิดชอบทั้งตัวเราแล้วก็ตัวคนไข้ แล้วก็ถ้าสมมุติหมอเค้าส่งมาผิด แต่เมื่อก่อนเป็นน้องใหม่ก็ไม่กล้าบอกหมอ พอมีประสบการณ์มากขึ้นนิดหน่อยก็จะบอกหมอว่าหมอส่งอย่างเงี้ยนะ เพื่อจะ Safe ทั้งตัวหมอเอง แล้วก็ตัวของผู้ร่วมงาน” (พยาบาลรายที่ 12)

“เราพยายามคุยกันเป็นทีมเลยนะ แบบว่าถ้าเราเจอ คนไข้ Trauma เนี่ย เราจะไม่ดูเค้าแต่ร่างกายแล้ว เราต้องซ้กไปถึงประวัติด้านพวกนี้ แล้วก็ ก็คือเราจะเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เพราะหลังจากนั้นทุกคนระวังตัวแบบ อย่างมากในการที่จะดู Case ที่มีแนวโน้ม Aggressive ... เวลา มี Case ที่เริ่ม Agitate แล้วเริ่มเตะๆ ก็...ระวัง... เพราะแต่ก่อนไม่ค่อยระวัง พูจริงๆเลยนะแต่ก่อนไม่คิดว่าเค้าจะทำร้ายเรา ได้มากขนาดนี้ ก็เราดูสำคัญแลเค้า เราไม่คิดว่าเค้าจะมาทำ เราไม่เคยเจอ Case ว่าตั้งใจหันมาเพื่อที่จะชกหน้าอะไรอย่างนี้ละคะ คือเป็นเหตุที่เรียกว่าเราไม่คาดคิดว่าสิ่งเหล่านี้มันมีโอกาสจะเกิด... เหมือนเป็นประสบการณ์ใจว่าถ้าเราเจอ Case อย่างเงี้ย ถ้าเราดูในประวัติเก่า เค้าก็จะเคยมีประวัติใช้สารเสพติดเหมือนกัน ก็เป็นบทเรียนอย่างหนึ่งถ้าเจอ Case อย่างนี้ถ้าเค้า “ไม่”...เราอย่าไปพยายาม...เพราะเราก็ไม่รู้ว่าเค้าจะเกิดก้าวร้าวขึ้นเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ...เรารู้สึกแล้วว่า ทำไมเราไม่รู้จักประเมินให้ดีกว่านะ Case แบบนี้ ถ้าเค้าไม่ แล้วเราพยายามไปเข้าชี้ เพื่อที่จะให้งานเราเสร็จสิ้น แล้วผลเสียมันเกิดขึ้นอะไรอย่างเงี้ย” (พยาบาลรายที่ 13)

4. มีหน่วยงานมุ่งมั่น ช่วยกันแก้ไข

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานที่พยาบาลผู้ได้รับอันตรายปฏิบัติงานอยู่จึงมีความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแบ่งแนวทางการแก้ไขของหน่วยงานออกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากำลังเสริมความปลอดภัย 4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมเพิ่มเติม และ 4.3) เปิดอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ป้องกันไฟฟ้ารั่ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากำลังเสริมความปลอดภัย

ในหน่วยงานที่เกิดอันตรายกับพยาบาลวิชาชีพในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยมีการถูกทำร้ายร่างกายนั้น หน่วยงานได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยจัดหาอัตรากำลังเพิ่ม ส่วนในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยจิตเวชนอนพักรักษา หน่วยงานมีการทำเรื่องขอเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาประจำที่หน่วยงาน เพื่อช่วยเหลือพยาบาลหากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิต อาละวาด หรือก้าวร้าว

“หลังถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายขณะอยู่เวรตึก...ล่าสุดที่มันเกิดกับพี่เนี่ย เราก็พิสูจน์แล้วว่าเออถึงแม้ว่าเรามีการประเมินอะไรต่างๆ มีอะไรต่าง ๆ พร้อม แต่จำนวนเจ้าหน้าที่น้อย แล้วก็พี่ได้จัดอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ปลายปี 48 เนี่ย เค้าก็เลยได้พยาบาลมา 4 คน สำหรับเวรบาย เวรตึก จากที่เคยมีคนเดียวเนี่ย ก็เป็น 2 คน 2 คน ...แล้วก็ เค้ามีบุญแจ ปกติคุณ รปภ.เนี่ย กว่าเค้าจะมาช่วยเหลือเรานี้เค้าจะต้องอ้อม เพราะประตูคานหน้าของตึกมันจะปิด เค้าต้องเดินวนทางคาน เซเวน เพื่อจะเข้ามาตรงเซเวน คราวนี้เค้าก็เลยทำประตูเชื่อมข้างหน้าตึก ...เดันท์ รปภ. เค้าจะมีประตูอยู่ด้านหลัง เข้าถึงเราได้เลย ก็เร็วขึ้น เค้าก็พัฒนาระบบความปลอดภัยตรงนี้ให้เรา...แล้วก็อีกอันหนึ่งที่เค้าทำประตู เปิดช่องให้กับผู้ที่ทำงานในเคาท์เตอร์ เพื่อเปิดประตูออกทางคานหลังได้”(พยาบาลรายที่ 5)

“ทางฝ่ายบริหารเค้าให้ รปภ. มานั่งเฝ้าท้ายตึก เพื่อมีอะไรอะให้รีบเรียกยามเข้ามาช่วย ซึ่งตรงนั้นหนูเห็นด้วย ก็โอเคกับฝ่ายบริหารที่ช่วยเราตรงนั้น”

(พยาบาลรายที่ 11)

4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่มเติม

การออกกฎระเบียบให้ปฏิบัติ ก็ถือเป็นมาตรการหนึ่งของหน่วยงานที่ช่วยเหลือและแก้ไขความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้นอีก เพื่อดำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้หน่วยงานยังมีการจัดอบรมความรู้เพิ่มเติม เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาล

วิชาชีพ พยาบาลเล่าว่าหลังจากเกิดเหตุการณ์เลือดของผู้ป่วย HIV positive กระเด็นเข้าตาตนเอง หรือกระเด็นเข้าบาดแผล ทำให้หน่วยงานออกแนวทางปฏิบัติ เช่น สายสวนหลอดเลือดต่างๆ ถ้าแพทย์ไม่สามารถที่จะหยิบสวาทออกมาได้ หรือการดันกระบอกฉีดยาเข้าไป ถ้าทำไม่ได้ให้วางไว้ เพราะการทำกิจกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เลือดกระเด็นเข้าตาพยาบาลหลายครั้ง พยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันให้ครบ ในห้องผ่าตัด มีระเบียบปฏิบัติ คือ หลังจากที่ใช้ของมีคมเสร็จแล้ว จะไม่ส่งมือต่อมือ แพทย์จะต้องนำกลับมาวางไว้ที่รถที่ใช้วางเครื่องมือ และต้องบอกด้วยว่า นี่คือ มีด ส่วนในหน่วยงานจิตเวช หน่วยงานมีการออกแนวทางในการนั่งสนทนากับผู้ป่วยว่าจะต้องนั่งทำมุม 45 องศา นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมความรู้เพิ่มเติมขึ้น เช่น หน่วยงานจิตเวชสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ไปเรียนศิลปะการป้องกันตัว ซึ่งมีการจัดอบรมทุกปี รวมทั้งมีการส่งไปอบรมและพัฒนาทักษะในการจัดการคนไข้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

“หลังจากที่พี่เจอ แล้วก็พี่ๆคนอื่นก็เจอนะ แล้วก็มาวางแผนแนวทางในการ Approach คนไข้เนี่ย เจ้าหน้าที่กับพยาบาล แพทย์ ต้องอยู่ห่างกันที่ห้องศัลยกรรม อย่างนี้เลยนะ เราต้องมีวิธีการนั่งอย่างน้อย 45 องศา แล้วก็มิได้จะกลม คล้าย ๆ อย่างนี้นะคะ ซึ่งเราจะนั่งตรงนี้ เจ้าหน้าที่นั่ง แล้วคนไข้ก็นั่งตรงนี้อะ ไร่อย่างเงี้ยให้มีระยะ แล้วก็ทิศทางองศา แล้วก็เอากลับมาประเมินพี่ว่าได้อะไรเยอะขึ้น แล้วก็เอามาเขียนกัน พอเป็นแนวทางแล้วทุกคนก็รู้สึกดีขึ้น... แล้วก็ส่งเจ้าหน้าที่ไปเรียนศิลปะการป้องกันตัวกับคุณตำรวจที่เป็นอาจารย์สอนพวกนายร้อยอะไรเงี้ยมาสอน ตอนนี้อยู่มีการสอนทุกๆปี พัฒนาทักษะในการจัดการคนไข้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 100 % ...ส่งไป train เรื่องเกี่ยวกับการที่จะประเมินและเกี่ยวกับการบริหารจัดการจัดการกับผู้ป่วยที่ก้าวร้าว ”(พยาบาลรายที่ 5)

“ ในกรณีที่เป็น Emergency และความรีบ...เพื่อที่จะช่วยชีวิตคนไข้จะ แต่ว่าก็ต้อง safe ชีวิตของบุคลากรด้วย ในการที่คุณจะวางของมีคม แล้วหลังจากที่คุณใช้เสร็จแล้ว จะไม่ส่งมือต่อมือ คุณจะวางเอาไว้แล้วบอกนี่คือ Blade นะ... คือต้องบอกกล่าวก่อนว่า คุณจะทำอะไรเพื่อความ safe ของผู้ร่วมงานด้วยกันหมดนี่ คืออันหนึ่ง สำหรับ staff แล้วก็ Fellow สองคือ สาย Catheter เพราะหมอนี่จะขึ้นมาใหม่ การที่เค้าดึง Wire หรือการทำ Balloon อะไรก็แล้วแต่ มันมีเลือดเนี่ย กระเด็นเข้าตา บ่อยมาก ...นี่ก็ต้องมาคุยว่า ถ้าคุณไม่สามารถที่จะทำได้คุณอย่าสวาท เพราะ...กระเด็น นี่ก็แบบเป็นข้อตกลงกัน แล้วก็เลือดเอาออกมาจากนั้นให้เราทำ

เอง ไม่ต้องมาฟีด ฟีด ให้เรา...สามก็คือตัวเราเอง เราก็ต้อง safe ถ้าคนไข้ ที่เจาะเลือดมาแล้วผลปกติ เราก็เอ้อ..ยัง ไรเราก็ต้องระวังอยู่ดี แต่ถ้า Positive เนี่ย เราก็ต้องมีใส่ทั้งแว่น คืออุปกรณ์เนี่ย Protection ครอบชุด แว่นด้วย Mask หมวก ถุงมือ สองชั้น แล้วก็เป็นการวางยาว ใส่ถุงเท้า”(พยาบาลรายที่ 6)

“คือหลังจากที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว [องค์กร] จัดกลุ่มขึ้นมาแล้วมาให้เล่าประสบการณ์ การแบบที่โดนทำร้ายอะไรอย่างเงี้ยก็มีหลายๆตึก แล้วก็หลายๆกลุ่มมาแสดงความคิดเห็น แต่ความคิดเห็นเค้าก็บอกว่่าก็คงเป็นที่ตัวพยาบาลอะ ที่ต้องรู้จักประเมิน รู้จัก Aware ตัวเอง แล้วก็ทางฝ่ายบริหารนะเค้าเหมือนกับว่าให้จัดกิจกรรมป้องกันสอนสติละป้องกันตนเองให้กับพยาบาล” (พยาบาลรายที่ 11)

4.3) เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานจะมี การตอบสนองในด้านของการให้ความช่วยเหลือและแก้ไขป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตรายขึ้นอีก บทบาทในการช่วยเหลือที่สำคัญของหน่วยงาน ได้แก่ การเบิกอุปกรณ์ป้องกันให้ครบและเพียงพอ การเปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ให้เกิดความปลอดภัย นอกจากนี้ในด้านของระบบไฟฟ้าหน่วยงานก็ต้องคอยดูแลด้วยเช่นกัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เล่าว่าหลังจากที่ตนเองโดนเลือดผู้ป่วยสาตกกระเด็นเข้าหน้า หัวหน้าห้องผ่าตัดก็ดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น และเบิกมาให้ใช้ได้เพียงพอ ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยจิตเวช เล่าว่า ผู้บริหารเข้ามาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย แล้วสั่งการให้รื้อกระจกเดิมออก เปลี่ยนเป็นกระจกนิรภัย พร้อมติดฟิล์มทับอีกชั้นหนึ่ง ส่วนพยาบาลที่ถูกกระแสไฟฟ้าดูดเล่าว่าหลังจากตนเองได้รับอุบัติเหตุดังกล่าวหน่วยงานมีการปรับปรุงระบบไฟฟ้า โดยการเปลี่ยนระบบไฟใหม่หมด

“ผู้บริหารเข้ามาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมตึกก็เลยสั่งให้รื้อทุกอย่างที่เป็น ส่วนของกระจกออกให้ได้มากที่สุด เคลียร์ออก แล้วก็ส่วนกระจกที่จำเป็นต้องมีอยู่เนี่ยให้ปรับกระจกใหม่...เค้าก็เปลี่ยนกระจกที่มีอยู่ให้เป็นกระจกนิรภัย แล้วก็เพิ่มฟิล์มอะไรประมาณนั้นล่ะคะ สภาพแวดล้อม...ส่วนของกล้องที่เคยมีแค่จุดสองจุด เค้าก็ขยายกล้องแล้วก็เปลี่ยนจอมอนิเตอร์ให้ใหม่ ก็เข้าเป็นระบบเรื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผู้ตรวจการเค้าก็เข้ามาดูแลตรงนี้ สำหรับตอนนั้นนะ ก็ทำให้ทุกอย่างดีขึ้น แล้วก็ให้เริ่มมีประตูไฟฟ้า สมัยก่อนไม่มีนะ เพิ่งจะมีปี 48 ปลายปี 48 นะคะ...ปกติกล้องวงจรปิดจะมีเฉพาะใน โชนของห้อง

คนไข้...หมายถึงในส่วนของห้องนอนของคนไข้ทั้งชายและหญิงที่เป็นคนไข้รวม ...แล้วก็ที่นี่ก็ขยายกล้องวงจรปิดไปตามจุดต่างๆ แล้วก็ทีวีเปลี่ยนใหม่สามารถที่จะโชว์มอนิเตอร์ได้ทีละภาพ ก็คือโชว์ทุกจุดได้ กระจกตรงกลางก็รื้อออกเลยไม่มีกระจกกันระหว่างโซนต่างๆ”

(พยาบาลรายที่ 5)

“คือเดี๋ยวนี้...ส่วนใหญ่แล้วถ้าเป็น Case Neuro หรืออะไรที่แบบ ใหญ่ๆ อย่างเช่น... Explore ใหญ่ๆเลย...ก็จะใส่แว่นตาตลอดในการเข้า Case...พี่เค้า... ให้ใส่ทุกราย ใส่ทุกครั้งเลยนะคะ ...อุปกรณ์ในการป้องกัน ก็พอคะ...หลังจากที่หนูโดนบีบ (โดนเลือดของผู้ป่วยระหว่างทำผ่าตัดสาคกระเด็นเข้าที่หน้า)...พี่เค้าก็เลยคะเบิกแว่น ที่แบบ Disposable นะคะ เบิกเป็นกระตักเลยคะ...เบิก..เบิกมา จริงๆ แล้วตอนแรกมันก็คือมีอยู่แล้วแต่ว่ามันจะเป็นแบบ..แว่นเหมือนแว่นทำ Lab นะคะ ใส่ไปมันก็จะมัวๆ..มันก็จะแบบมันก็จะมองไม่ค่อยเห็น ส่วนใหญ่ก็จะไม่ชอบใส่ แต่ว่า แว่นตานี้มันเป็นแบบ... Disposable. เหมือนกับว่าพอคนไข้คิดเชื้ออะไรอย่างเงี้ย เป็น Hepatitis B, Hepatitis C เป็น HIV พอใส่เสร็จปุ๊บเราก็ทิ้งไปเลย...พอหลังจากเกิดอันเนี้ยพี่เค้าก็เบิกแบบ Disposable มากขึ้นแล้วก็เบิกมาให้หนูคนเดียวเลยกล่องหนึ่ง” (พยาบาลรายที่ 8)

“หนูคิดว่าระบบการ Safety ของตึกทำไม่ถึงแบบ...แยะขนาดนี้ เมื่อก่อนเราก็...เคยถูกไฟฟ้าดูดบ้างเหมือนแบบว่าไฟฟ้าสถิตย์อะไรแบบนี้ คือก่อนหน้านี้ก่อนที่จะมาเปลี่ยนระบบไฟหลังจากที่หนูโดนไฟดูดอะนะคะ ทุกคนก็จะแบบเอาไฟดูด..ไฟดูด...ก็คือแบบยังไม่โดนจริงๆอะไรอย่างเงี้ยคะ ก็คือคิดว่า...ทำไม..มันอันตรายนะ แต่เราก็ไม่ได้คำนึงถึงอันตรายของมันสุดๆว่าทำไมเราไม่ให้หัวหน้าไป Fight เรื่องนี้...แล้วความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรมันจะเป็นอย่างไร แต่หลังจากที่ไฟดูดเค้าก็เปลี่ยนระบบไฟหมดเลย ตอนนี่ก็คือไม่มีปัญหา แต่ก็คือเราที่ไม่อยากที่แบบทำไมต้องเป็นเราอะไรอย่างเงี้ย ทำไมต้องเป็นเราที่เป็นตัวทดลองว่าไฟดูดถึงจะมีการเปลี่ยนแปลง...พี่หัวหน้าหอเค้าก็ทำเรื่องขึ้นไป พอมันมีเกิดเรื่องคือก็มาทำให้อย่างรวดเร็วเนาะคะไม่ต้องรอโครงการไม่ต้องรองบ”

(พยาบาลรายที่ 12)

สรุปผลการวิจัย ประสพการณ์ของอันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ เป็นประสพการณ์ที่พยาบาลกล่าวถึงอันตรายที่ได้รับขณะปฏิบัติงาน โดยไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม (2) โคนผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบอบช้ำ (3) ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น และ (4) เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง 2) มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่พยาบาลได้รับผลทางลบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลารักษาอาการ (2) วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นแกล้งขี้ขลาด (3) ไหล่ตลกปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ (4) เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย (5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย และ (6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไม่เกรนกำเริบ 3) เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน เป็นประสพการณ์ที่พยาบาลนำสิ่งที่ผิดพลาดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาหาวิธีการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้นอีก แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน และ (2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง และ 4) มีหน่วยงานมุ่งมั่น ช่วยกันแก้ไข เป็นการสนับสนุนของหน่วยงาน เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากำลังเสริมความปลอดภัย (2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่ม และ (3) เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์ที่พยาบาลได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานเป็นการสะท้อนความรู้สึกร่วมกันของปรากฏการณ์ดังกล่าว ตามมุมมองของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และมีประสบการณ์โดยตรง ในการวิจัยนี้เลือกสนามศึกษา คือ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีรายงานการเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงในงานของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นสถานที่ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทปคำสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีการดำเนินการไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และจะยุติเมื่อข้อมูลอิ่มตัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 คน

ผลการวิจัย ประสบการณ์ของอันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงาน สามารถแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ 2) เกิดผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย 3) เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน และ 4) มีหน่วยงานมุ่งมั่น ช่วยกันแก้ไข

1. เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้พยาบาลได้รับบาดเจ็บ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ 1.1) สัมผัสสิ่งคัดหลัง บางครั้งถูกของมีคม 1.2) โคนผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายบอบช้ำ 1.3) ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น และ 1.4) เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง

1.1 สัมผัสสิ่งคัดหลัง บางครั้งถูกของมีคม พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทั้งสัมผัสสิ่งคัดหลังและถูกของมีคมบาดหรือตำมือ เพียงแต่การเกิดอุบัติเหตุนี้เกิดต่างวาระกันและต่างสถานการณ์เท่านั้น เช่น การสัมผัสสิ่งคัดหลัง ขณะให้การพยาบาล เช่น ฉေးเลือด การดูดเสมหะ และการให้สารละลายทางเส้นเลือดดำ ส่วน การบาดเจ็บจากของมีคม เช่น การถูกเข็มตำมือ มีคผ่าตัดบาดมือ เป็นต้น เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น พยาบาลสะท้อนถึงสิ่งที่ตนเองดำเนินการดังนี้ คือ (1) ครั้งแรกตกใจ รีบเร่งไปจัดการบาดแผล เมื่อมีบาดแผล พยาบาลให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยการชำระล้างบาดแผล (2) โกรธผู้ร่วมงาน ตัวการที่ก่อเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุกับตัวพยาบาล โดยมีสาเหตุมาจากผู้ร่วมงานทำงานอย่างไม่ระมัดระวัง ทำให้พยาบาลรู้สึกโกรธผู้ร่วมงานที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ (3) ต่อมาเริ่มกังวลใจ กลัวติดเชื้อจากคนไข้ เป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการที่

พยาบาลรับรู้ว่ สิ่งคัดหลั่งหรือของมีคมนั้นผ่านการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ทำให้พยาบาลรู้สึกกังวลต่อการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยมาสู่ตน (4) ได้รับการรักษาเกิดอาการข้างเคียงจากการทานยา ในกรณีที่สิ่งคัดหลั่งมีเชื้อหรือของมีคมใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อมาก่อน โดยเฉพาะเชื้อ HIV พยาบาลจะได้รับการรักษาด้วยการทานยาต้านไวรัส ซึ่งอาการข้างเคียงของยา ทำให้พยาบาลเกิดความทุกข์ทรมาน (5) เวลาผ่านไป เริ่มได้คิด ผิดที่ตนเอง รีบเร่งจนไม่ระวัง เมื่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เริ่มคลี่คลาย พยาบาลผู้ได้รับอุบัติเหตุ มีเวลาคิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความผิดพลาดหนึ่งก็มาจากการทำงานไม่ระมัดระวังของตนเองเช่นกัน และ (6) อยากได้ความเห็นใจ ไม่ใช่เสียงบ่นว่าเป็นเสียงสะท้อนจากพยาบาล เมื่อได้รับอุบัติเหตุ อยากให้ผู้ร่วมงานเห็นใจและเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการถูกตำหนิให้ตนรู้สึกผิดมากขึ้น

1.2 โคนผู้ป่วยทำร้าย ร่างกายบอบช้ำ ในการปฏิบัติงานพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยนั้น บางครั้งพยาบาลได้รับบาดเจ็บจากการกระทำของผู้ป่วยหรือญาติที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยที่พยาบาลไม่สามารถจะรู้ล่วงหน้าได้เลยว่าตนเองจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยตะ ต่อย ถีบ พยาบาล ขณะให้การพยาบาล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้พยาบาลรู้สึกว่ (1) กลัวจะไม่ปลอดภัย โคนคนไข้ทำร้ายช้ำ เนื่องจากพยาบาลโคนผู้ป่วยที่ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือญาติของผู้ป่วยทำร้าย พยาบาลจึงหวาดระแวงว่าเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอีก (2) เครียดจนร้องไห้ ทำไม่ต้องเป็นเรา นอกจากการถูกทำร้ายจะเกิดผลกระทบภายนอกคือ ด้านร่างกายได้รับบาดเจ็บและบอบช้ำแล้ว ยังเกิดผลกระทบภายในจิตใจของพยาบาล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ พยาบาลรู้สึกเครียดจนร้องไห้และตัดพ้อต่อ โขชะดานัน ว่าตนเองมีเจตนาดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ทำไมถึงที่ตนเองได้รับคือการถูกทำร้ายร่างกาย (3) โกรธญาติคนไข้ ทำไม่ต้องใช้กำลัง ทั้งๆที่ช่วยแม่เขา พยาบาลที่ถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายจะรู้สึก โกรธ ที่ญาติผู้ป่วยไม่ให้เกียรติตน ทั้งๆที่ตนเองช่วยให้แม่ของเขาได้มีชีวิตอยู่ต่อไป และ (4) เข้าใจคนไข้รู้ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายเรา เมื่อเวลาผ่านไป พยาบาลได้คิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักว่ สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติทำไป เกิดจากสัญชาตญาณของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง ไม่ได้ตั้งใจทำร้ายตนเอง

1.3 ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้ เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น อันตรายจากการทำงานไม่ได้เกิดจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง ของมีคม หรือ จากผู้ป่วยและญาติเท่านั้น สภาพแวดล้อมและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆก็สามารถทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งอุปกรณ์จำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอุปกรณ์ไฟฟ้า ซึ่งหากใช้มาเป็นระยะเวลาานๆ อาจชำรุด เกิดไฟรั่ว ทำให้ไฟดูดผู้ใช้ได้ เหตุการณ์นี้ แม้ว่าจะมีผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเพียงคนเดียว แต่อันตรายที่เกิดขึ้น ร้ายแรงกว่าจากสาเหตุอื่นๆ เพราะทำให้ผู้ใช้อุปกรณ์นั้นๆ เสียชีวิตได้ ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์กล่าวว่ ขณะที่ตนเอง โคนไฟดูดรู้สึกกลัวตาย ทำอะไรไม่ได้ (1) ตกใจ ขยับกล้ามเนื้อไม่ได้ จนกลัวว่ตนเองจะเป็นอัมพาตไหม

หลังจากเหตุการณ์นั้น ผลกระทบต่อจิตใจ คือ (2) *กลัวจนพวา กลางคืนนอนไม่ได้ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย* ส่วนผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ หลังได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและถูกส่งหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลสามารถขยับแขนขาได้ในช่วงเย็นของวันเดียวกันนั่นเอง แต่ต้องใช้เวลาหลายวันกว่าจะสามารถเดินและช่วยเหลือตนเองได้ทำให้ (3) *ร่างกายต้องทนทุกข์ ปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง* ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีทำกายภาพบำบัดและฝังเข็มเป็นระยะเวลานาน อาการจึงจะหายเป็นปกติ

1.4 เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นขนอย่างแรง อุบัติเหตุที่เกิดจากผู้ร่วมงานรีบเร่ง ไม่ระมัดระวัง ทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นแก่ผู้ให้ข้อมูล คือ รถเข็นมาชนบริเวณเอ็นร้อยหวาย จากอุบัติเหตุดังกล่าวทำให้พยาบาลทรุดตัวลง (1) *เจ็บปวดมากจนร้องไห้ แต่บอกเพื่อนให้ไปช่วยผู้ป่วยก่อน* เนื่องจากพยาบาลคิดว่าตนเองยังช่วยตัวเองได้ แต่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต จึงบอกให้ผู้ร่วมงานนำรถเครื่องมือช่วยชีวิต ไปช่วยฟื้นคืนชีพให้ผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นจึงถูกนำตัวส่งไปรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แล้วได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในเบื้องต้นว่าเป็นแผลปากเปิด (Lacerated wound) แพทย์เย็บแผลแล้วให้กลับบ้าน ต่อมาอาการปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถกระดกปลายเท้าได้ และไม่สามารถเดินได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก เครียด และวิตกกังวล กลัวว่าจะเดินไม่ได้ และต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก (2) *โกรธหมอวินิจฉัยผิด จิตใจเริ่มกังวล ตนจะเดินไม่ได้* และการที่พยาบาลเดินไม่ได้ ต้องนอนรักษาตัวเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้จากการทำงานพิเศษ เพื่อจุนเจือครอบครัว เนื่องจากตนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวทั้งหมด

2. มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย

งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่ง ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยลักษณะงาน และภาระงานของพยาบาลที่ต้องดำเนินการให้เสร็จก่อนลงเวร ซึ่งบางครั้งผลจากการทำงาน ทำให้พยาบาลได้รับอันตรายต่อสุขภาพได้ ในการวิจัยนี้ แบ่งผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย เป็น 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ 2.2) วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการขับถ่าย 2.3) ไหล่ตลก ปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ 2.4) เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย 2.5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย และ 2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไมเกรนกำเริบ

2.1 ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ ผลกระทบจากการทำงานที่ทำให้พยาบาลเจ็บป่วย ประการแรก คือ การที่พยาบาลได้รับเชื้อจากผู้ป่วยสู่ตนเองแล้วทำให้เกิดการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเจ็บป่วยเล็กน้อยมีอาการของไข้ ร่างกายอ่อนแอ ไอ เจ็บคอ และติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยและต้องใช้เวลาในการรักษา เช่น วัณโรคปอด

2.2 ounวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการขับถ่าย การรับผิดชอบกับภาระงานที่มีปริมาณมากส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของพยาบาลได้เช่น การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และการกลั่นการขับถ่าย ผลที่เกิดขึ้น คือ ทำให้ระบบต่างๆของร่างกายแปรปรวน และเกิดอาการของโรคต่างๆได้ เช่น โรคกระเพาะอักเสบ และท้องผูก

2.3 ไล่ล่ตก ปวดหลัง บางครั้งเ็นอักเสบ กิจกรรมการพยาบาลที่มีลักษณะของการยก แบก หาม บิด หมุน กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบให้เกิดการบาดเจ็บต่อเอ็นและกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการของโรค ปวดหลัง ปวดไหล่และข้อมืออักเสบ เป็นต้น

2.4 เ็นมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นงานที่พยาบาลต้องยืน และเดิน นานๆ ทำให้พยาบาล มี อาการปวดเมื่อย แม้ว่าจะหาอุปกรณ์มาช่วยให้อาการบรรเทา เช่น ถู่น่องพุงขา การนอยกขาสูง วิธีการเหล่านี้เพียงช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยเท่านั้น เมื่อขึ้นปฏิบัติงานครั้งต่อไป อาการปวดเมื่อยก็ยังคงเกิดขึ้นกับพยาบาลอีกเช่นเดิม

2.5 เ็นน้อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆได้แก่ แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เเวรเปล รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติและผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันทำให้เกิดความอึดอัดใจ และความเครียดส่วนภาระงานที่เพิ่มไปจากงานประจำ หน้าที่พิเศษต่างๆที่ได้รับมอบหมาย ทำให้เพิ่ม ความเครียดในงานให้กับพยาบาล

2.6 มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไมเกรนกำเริบ การปฏิบัติงานเป็นผลัดทั้งเช้า บ่าย ดึก สลับหมุนเวียนกันไป ส่งผลต่อวงจรการนอนหลับของพยาบาล กล่าวคือ การพักผ่อนในเวลากลางวัน จะทำให้ตื่นเร็ว จำนวนชั่วโมงในการนอนพักผ่อนจึงน้อยลง ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้พยาบาลรู้สึกหงุดหงิดง่าย บางคนที่มีอาการไมเกรน การพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้อาการไมเกรนรุนแรงขึ้น

3. เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน พยาบาลส่วนใหญ่มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตนหรือเรียนรู้ข้อบกพร่องของตนที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ให้เป็นโอกาสในการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่ผิดพลาดเกิดขึ้นได้อีก การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติที่ได้เรียนรู้จากอันตรายที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ 3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน และ 3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

3.1 หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานจะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง เมื่อพบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้น เกิดจากการที่ไม่สวมอุปกรณ์

ป้องกัน พยาบาลส่วนใหญ่ก็จะหาอุปกรณ์ป้องกันมาใส่ให้ครบ เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นหรืออาจสามารถบรรเทาความรุนแรงของสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้

3.2 ทำงานด้วยความระมัดระวัง ในกรณีที่อันตรายจากการปฏิบัติงาน เกิดจากความประมาทไม่ระมัดระวังของตนเอง พยาบาลมีการเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเอง ด้วยการทำงานอย่างระมัดระวังและรอบคอบมากขึ้น

4. มีหน่วยงานมุ่งมั่น ช่วยกันแก้ไข

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานที่พยาบาลผู้ได้รับอันตรายจากปฏิบัติงานอยู่นั้นมีความมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากกำลังเสริมความปลอดภัย 4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่มเติม และ 4.3) เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

4.1 จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากกำลังเสริมความปลอดภัย ในหน่วยงานที่พยาบาลถูกทำร้าย ร่างกายนั้น หน่วยงานได้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือโดยจัดหาอัตราคนบุคลากรเพิ่มให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังหากำลังเสริมความปลอดภัย โดยให้เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาอยู่ช่วยดูแลในหน่วยงาน โดยเฉพาะหอผู้ป่วยจิตเวช

4.2 ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมความรู้เพิ่มเติม ในหน่วยงานที่มีอันตรายจากการปฏิบัติงานเกิดขึ้นบ่อย หน่วยงานมีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดกฎระเบียบและข้อปฏิบัติในการให้การพยาบาลและทำหัตถการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ส่วนหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายพยาบาล หน่วยงานมีการสนับสนุนส่งให้บุคลากรเรียนศิลปะป้องกันตัว และส่งไปอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการคนไข้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4.3 เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ป้องกันไฟฟ้ารั่ว หลังเกิดอุบัติการณ์ของอันตรายจากการปฏิบัติงาน หลายหน่วยงานมีการเบิกอุปกรณ์การแพทย์เพื่อการป้องกันให้เพียงพอต่อการใช้งาน ครุภัณฑ์ที่เก่าชำรุดได้รับการเปลี่ยนใหม่ รวมถึงการเปลี่ยนระบบไฟฟ้าที่ชำรุดให้มีความปลอดภัยในการใช้งานมากขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปราย ผลการวิจัยของประสบการณ์การเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน ของพยาบาล ตามประเด็นต่อไปนี้ คือ 1) เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ 2) มีผลกระทบจากการทำงานคืออาการเจ็บป่วย 3) เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน และ 4) มีหน่วยงานมุ่งมั่นช่วยกันแก้ไข

1. เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน พยาบาลได้รับบาดเจ็บ

การทำงานในทุกอาชีพ ไม่ว่าจะมีการป้องกันอย่างดีเพียงใด แต่อุบัติเหตุก็สามารถเกิดขึ้นได้ โดยที่ไม่มีใครคาดคิด หรือคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เช่นเดียวกับวิชาชีพพยาบาล พยาบาลต้องเผชิญกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ดังนี้ คือ 1.1) สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม 1.2) โคนผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบอบช้ำ 1.3) ไฟฟ้าดูด ทำอะไรไม่ได้เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น และ 1.4) เพื่อนร่วมงานไม่เห็นลากรถเข็นจนอย่างแรง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง บางครั้งถูกของมีคม

ด้วยวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ทำงานกับมนุษย์ โดยให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วย เพื่อให้อาการทุเลาหรือหายเป็นปกติ ภารกิจด้านหนึ่งของพยาบาล คือ การดูแลผู้ป่วยด้วยการทำหัตถกรรมต่างๆ ซึ่งการทำหัตถกรรมต่างๆนี้ ทำให้พยาบาลสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น เสมหะและเลือด เป็นต้น การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งนี้อาจเกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลโดยตรง เช่น เลือดผู้ป่วยกระเด็น โคนแผลเปิด ขณะให้การพยาบาล หรือ เสมหะกระเด็นเข้าตา ขณะดูแลเสมหะผู้ป่วย ส่วนการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากกิจกรรมพยาบาลทางอ้อมได้แก่ การทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ แล้วถูกของมีคมบาด สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดค้างในเครื่องมือ สัมผัสกับบาดแผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น หากสิ่งคัดหลั่งเหล่านั้นมีเชื้อโรค ทำให้พยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับที่ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) ที่กล่าวถึง วิชาชีพพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่มีความเสี่ยงมากที่สุดต่อการได้รับเชื้อต่างๆเข้าร่างกาย เนื่องจากทำงานกับผู้ป่วย และจากการศึกษาของ The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) ที่สำรวจการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดของบุคลากรทีมสุขภาพ ในองค์กรต่างๆ มากกว่า 9000 องค์กร พบว่า ในแต่ละปี บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับเชื้อจากการถูกเข็มและของมีคมตำเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้จากการศึกษาของ Gillmore (1990) พบว่า การสัมผัสเชื้อโรค เป็นอันตรายที่เกิดขึ้นได้จากทำงานของพยาบาล เช่นเดียวกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ (2550) ที่พบว่า พยาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า พยาบาลมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ (1) ครั้งแรกตกใจ รีบเร่งไปจัดการบาดแผล อาการตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการแสดงออกทางจิตต่อสิ่งเร้าที่บุคคลไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้น โดยที่ตนไม่ได้ระวังตัว แต่เมื่อควบคุมสติได้แล้ว บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ด้วยการใช้เหตุผล(Lazarus & Folkman, 1984) ในการวิจัยนี้ พยาบาลที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยครั้งแรกรู้สึกตกใจ แต่เมื่อได้สติก็รีบไปจัดการกับบาดแผล

โดยทำความสะอาดบริเวณที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่ง ซึ่งเป็นการทำตามหลักการการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal precaution) (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2544) ส่วน (2) *โรคของผู้ร่วมงาน ตัวการที่ก่อเหตุ* เกิดขึ้นกับพยาบาลที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากการทำงานที่ไม่ระมัดระวังของผู้ร่วมงาน ทำให้ตนต้องสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง กรณีนี้อธิบายได้ว่าพยาบาลมีการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าวขึ้น เมื่อพบว่าเป็นการกระทำที่ประมาทของผู้ร่วมงาน พยาบาลจึงมีปฏิกิริยาโต้ตอบบุคคลนั้นด้วยการแสดงอาการ โรคของผู้ร่วมงานที่ทำให้ตนได้รับอันตราย สอดคล้องกับวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) ที่ว่าบุคคลจะมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกัน ในระยะแรกบุคคลมักเผชิญปัญหาด้วยการใช้อารมณ์ทางลบ คือการกล่าวโทษบุคคลอื่น หรือ โยนความผิดให้บุคคลอื่น โดยไม่ได้ตระหนักถึงสาเหตุที่แท้จริง ด้วยการมุ่งแก้ปัญหาด้วยเหตุผล (Cognitive-focused coping) และ (3) *ต่อมาเริ่มกังวลใจ กลัวติดเชื้อจากคนไข้* หลังจากที่พยาบาลได้ระบายความรู้สึกของตนเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว พยาบาลเริ่มใช้สติในการไตร่ตรองและพิจารณาเห็นว่า การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย มีโอกาสติดเชื้อ โรคจากผู้ป่วยได้ ทำให้ตนเองเริ่มกังวลใจ กลัวว่าตนจะติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยจริงๆ โดยเฉพาะเชื้อ HIV, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, และ VDRL เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต จากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (จุฬา ภูเก็ต, 2537) และสอดคล้องกับ Holmes and Rahe (1967) ที่กล่าวว่า การประสบอุบัติเหตุหรือป่วยหนัก เป็นความเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและภาวะวิกฤตของชีวิต ภาวะวิกฤตนี้มีผลกระทบต่อบุคคลด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้อารมณ์แปรปรวน เกิดความรู้สึกวิตกกังวลได้ (4) *ได้รับการรักษา เกิดอาการข้างเคียงจากการทานยา* ในกรณีนี้ที่สิ่งคัดหลั่งมีเชื้อหรือของมีคมใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อมาก่อน โดยเฉพาะเชื้อ HIV พยาบาลจะได้รับการรักษาด้วยการทานยา ซึ่งอาการข้างเคียงของยา ทำให้พยาบาลเกิดความทุกข์ทรมาน อาการดังกล่าว ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2545) (5) *เวลาผ่านไป เริ่มได้คิด ผิดที่ตนเอง รีบเร่งจนไม่ระวัง* เมื่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เริ่มคลี่คลาย พยาบาลผู้ได้รับอุบัติเหตุ มีเวลาคิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความผิดส่วนหนึ่งก็มาจากการทำงานไม่ระมัดระวังของตนเองเช่นกัน เป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลตั้งสติ ได้คิดทบทวนด้วยเหตุผล จะมองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ในที่นี้ พยาบาลเริ่มที่จะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า “ตนเองก็ต้องไม่ประมาทและรอบคอบกับการทำงานให้มากขึ้น” และ (6) *อยากได้ความเห็นใจ ไม่ใช่เสียงบ่น* เป็นเสียงสะท้อนจากพยาบาล เมื่อได้รับอุบัติเหตุ อยากให้ผู้ร่วมงานเห็นใจและเข้าใจใน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการถูกตำหนิให้ตนรู้สึกผิดมากขึ้น Hoff (1989) เสนอแนะว่า การช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤติต้องให้สอดคล้องตามลักษณะของสาเหตุของภาวะวิกฤตินั้น จากการศึกษพบว่าพยาบาลที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและของมีคมได้รับการช่วยเหลือในด้านของการรักษาพยาบาล ส่วนในด้านของความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น ได้รับการตอบสนองยังไม่สมบูรณ์จึงมีเสียงสะท้อนจากพยาบาลที่เกิดอุบัติเหตุว่าต้องการกำลังใจมากกว่าเสียงบ่นว่าจากหัวหน้าและผู้ร่วมงาน

1.2) โคนผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบอบซ้ำ

ในการปฏิบัติงานของพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยนั้น บางครั้งได้รับอันตรายซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจ ในลักษณะของการใช้ความรุนแรง การทำร้ายร่างกาย ทำให้พยาบาลได้รับบาดเจ็บโดยไม่รู้ล่วงหน้ามาก่อน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Di Benedetto (1995) กล่าวว่าในการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสได้รับอันตรายหรือการบาดเจ็บและการสูญเสียที่แตกต่างกันไป สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงในการปฏิบัติงานหลายด้าน การถูกทำร้ายร่างกายถือเป็นอันตรายที่เกิดกับพยาบาลเป็นภาวะเสี่ยงทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจหรือจิตสังคม (Psychological or psychosocial risk) ซึ่ง Di Benedetto ได้ขยายความไว้ว่า เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับอันตรายต่อจิตใจจากสิ่งก่อให้เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจาและการกระทำ และสอดคล้องกับการศึกษาของโรสทรินท์ สมบูรณ์ชนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่าอุบัติการณ์ของการถูกทำร้ายด้วยวาจามากที่สุด รวมทั้งพบการถูกทำร้ายร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 82.50 และ 22.7 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ ทัดดาว นิยมาศ (2545) ศึกษาความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 81.3 มีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงทางวาจา และร้อยละ 4.2 ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายในสถานที่ทำงาน และจากการศึกษาของ Mahoney (1991) ที่ศึกษาการตอบสนองของพยาบาลวิชาชีพภายหลังถูกทำร้าย พบว่ามีการตอบสนองการถูกทำร้าย 3 ด้าน คือการตอบสนองด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม

นอกจากเกิดผลกระทบด้านร่างกายแล้วพยาบาลที่บาดเจ็บและถูกทำร้ายร่างกายยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่ามีประเด็นต่างๆ ดังนี้ (1) *กลัวจะไม่ปลอดภัย โคนคนไข้ทำร้ายซ้ำ* กล่าวได้ว่าการถูกทำร้ายร่างกายนั้นถือเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นในตัวบุคคล เนื่องจากผลของการถูกทำร้ายร่างกายทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนอง

ด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม ต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีสภาวะกดดัน หรือถูกคุกคาม และ มีการปรับตัว (กรมสุขภาพจิต, 2546; Selye, 1993; Lazarus, 1993) โดยการปรับตัวที่เกิดขึ้นนี้เป็นการเผชิญความเครียดแบบใช้อารมณ์ (Emotional focused) ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสิ่งคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด การรับรู้และแปลเหตุการณ์ดังกล่าวออกมา ถือเป็นผลลัพธ์ด้านหนึ่งของการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นสถานการณ์ทางจิตที่แสดงออกมาในรูปพฤติกรรมความกลัว สอดคล้องกับ การศึกษาของ Mohoney (1991) ศึกษาปฏิบัติการตอบสนองของพยาบาลวิชาชีพภายหลังถูกทำร้าย พบว่ามีการตอบสนองจากการถูกทำร้ายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกาย ความรู้สึกที่ถือเป็นการตอบสนองด้านสังคม เช่น รู้สึกกลัวคนแปลกหน้า กลัวผู้ที่มาทำร้าย และกลัวการถูกทำร้ายซ้ำ และ Lanza (1983) พบว่า พยาบาลที่ถูกทำร้ายมีการตอบสนองด้านอารมณ์ในระยะยาวในเรื่องของการกลัวถูกทำร้ายซ้ำอีกด้วย (2) *เครียดจนร้องไห้ ทำไมต้องเป็นเรา* เป็นการปรับตัวโดยการเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์อย่างหนึ่ง โดยการระบายอารมณ์ออกมาซึ่งเป็นการใช้กลไกทางจิต (อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2551) (3) *โกรธญาติคนไข้ ทำไมต้องใช้กำลัง ทั้งๆที่ช่วยแม่เขา* เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์ระยะสั้นสอดคล้อง การศึกษาของ Levin et al. (1998) ศึกษาการถูกทำร้ายของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุเพื่อหาตัวแปรผลกระทบที่เกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหของพยาบาลที่ถูกทำร้าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อด้านอารมณ์ คือ โกรธ นอกจากนี้การตอบสนองด้านอารมณ์ดังกล่าวยังถือเป็นการกระบวนการเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ผลกระทบด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นทางอารมณ์คือ ทำให้อารมณ์แปรปรวน เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว โกรธ และมีการแสดงออกด้านจิตใจโดยการร้องไห้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) เมื่อการตอบสนองด้านอารมณ์ระยะสั้นผ่านไป พยาบาลมีการปรับตัวโดยใช้กระบวนการทางปัญญาหรือใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดการกับปัญหาในการประเมินสถานการณ์ ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลปรับตัวได้เหมาะสม และยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จึงเกิดความรู้สึก (4) *เข้าใจคนไข้ รู้ว่าไม่ได้ตั้งใจทำร้ายเรา* ซึ่ง Leavit (1982) แบ่งระยะของการตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ ไว้ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะช็อก หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ได้รับผลกระทบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึก ช็อก ไม่เชื่อปฏิเสธว่าเหตุการณ์นั้นไม่เป็นความจริง 2) ระยะถอยหลีกหรือระยะสับสน ผู้อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรงทั้งความรู้สึกโกรธและความรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกเศร้าซึมวิตกกังวลสูง 3)ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลยอมรับและหาทางแก้ปัญหา ความคิดสงบลง สามารถแก้ปัญหา

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) ระยะปรับตัวหรือระยะเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ได้และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

1.3) ไฟฟ้าดูดทำอะไรไม่ได้เหมือนหัวใจจะหยุดเต้น

จากผลการวิจัยนี้ เนื่องจากลักษณะงานพยาบาลเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์มีทั้งของมีคม และอุปกรณ์ไฟฟ้า อันตรายหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้กับพยาบาลวิชาชีพอย่างหนึ่งคือความเสี่ยงในการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า ดังเช่นพยาบาลรายหนึ่งที่ถูกไฟฟ้าดูดขณะปฏิบัติงาน ประสบการณ์เกิดกระแสไฟฟ้าดูดถือว่าเป็นอันตรายด้านกายภาพ ซึ่ง Di Benedetto (1995) และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) กล่าวว่า ในการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงได้ ทั้งสองท่านนี้ได้กล่าวถึงอันตรายในการปฏิบัติงานด้านกายภาพว่าเป็น การบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน อันเนื่องมาจากลักษณะของตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง สภาพแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องใช้กระแสไฟฟ้า แสง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในท่อหรือ ภาชนะที่มีความดัน และ รังสีขนาดต่าง ๆ ในหน่วยงาน

พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุถูกกระแสไฟฟ้าดูดได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและทางด้านจิตใจด้วย จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่ามีประเด็นต่างๆ ดังนี้ (1) *ตกใจ ขยับกล้ามเนื้อไม่ได้ จะเป็นอัมพาตไหม* ความรู้สึกตกใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางด้านอารมณ์และความรู้สึก (กรมสุขภาพจิต, 2541) สอดคล้องกับผลลัพธ์การปรับตัวด้านจิตใจ (Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มากกระทบต่อร่างกาย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด บุคคลจึงเกิดการแก้ปัญหาโดยใช้กลไกการปรับตัวซึ่งพยาบาลรายนี้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกในลักษณะของการตกใจกลัวมีความรู้สึกเหมือนเกือบตาย เกิดความรู้สึกกลัวตาย กลัวว่าตนเองจะเป็นอัมพาต ควบคู่ไปกับการตอบสนองด้านร่างกาย สอดคล้องกับ ทฤษฎีของลาซารัสในการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า การตอบสนองหรือการปรับตัวต่อความเครียดด้านหนึ่งคือด้านสติวิทยา เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นกับอวัยวะหนึ่งหรือเกิดขึ้นทั่วร่างกาย เช่นเดียวกันกับพยาบาลรายนี้เมื่อถูกไฟฟ้าดูดเกิดการตอบสนองด้านร่างกายทันทีคือไม่สามารถขยับแขนขาได้ การที่ร่างกายตอบสนองต่อการได้รับกระแสไฟฟ้า จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณกระแสไฟฟ้าที่เข้าสู่ร่างกาย โดยการตอบสนองของร่างกายมีตั้งแต่เนื้อไปมากดังนี้ คือ ความรู้สึกเหมือนถูกของแหลมทิ่ม, กล้ามเนื้อลายกระตุก , กล้ามเนื้อลายหดเกร็ง หมดสติ ,หัวใจเต้นผิดจังหวะ ,กล้ามเนื้อหัวใจหดเกร็ง หยุดหายใจ (Casini,1998; Cooper,1995; Bernstein,1994 อ้างถึงในกรเกียรติ วงศ์ไพศาลสิน, 2548) ต่อมาเมื่อพยาบาลรายนี้ได้รับการรักษาจนสามารถเดินได้

ปกติและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ แต่พยาบาลรายนี้ยังมีอาการ (2) กลัวจนพวากลางคืนนอนไม่ได้ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด ซึ่ง Selye (1976) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆของร่างกายในภาวะเครียด เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ดังเช่นพยาบาลรายนี้มีอาการกลัวจนพวากลางคืนนอนไม่หลับจนต้องใช้นอนหลับ และ (3) ร่างกายต้องทนทุกข์ ปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง เป็นการตอบสนองด้านร่างกายโดยมีอาการ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและหลัง มีอาการสั้นกระตุกของกล้ามเนื้อ รวมทั้งเป็นการตอบสนองของร่างกายทางสรีรวิทยาจากการได้รับกระแสไฟฟ้าทำให้เกิดผลทางอ้อมมีอาการปวดไหล่ ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง จากการที่กล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างรุนแรงขณะถูกไฟฟ้าดูด (กรเกียรติ วงศ์ไพศาลสิน, 2548)

1.4 เพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรง

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งให้บริการตรวจรักษาดูแลสุขภาพผู้มารับบริการ ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆมากมาย อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ เคมี วัสดุ ล้วนก่อให้เกิดอันตรายได้ตลอดเวลา ความรีบเร่งด้านความต้องการการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดอุบัติเหตุกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ดังเช่นอุบัติเหตุที่พยาบาลถูกเพื่อนร่วมงานลากรถเข็นมาชนในขณะที่ต่างวิ่งลากรถเข็นซึ่งใส่อุปกรณ์กู้ชีพไปยังห้องผู้ป่วย ด้วยความรีบเร่ง ทำให้เกิดอุบัติเหตุเพื่อนร่วมงานถูกรถเข็นดังกล่าวชนจนได้รับบาดเจ็บสาหัส เป็นอันตรายจากปฏิบัติงานอย่างหนึ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ได้ล่วงหน้า สอดคล้องกับที่ Di Benedetto (1995) ให้ความหมาย ภาวะเสี่ยงของบุคลากรทีมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง สถานการณ์ใด ๆ ในการปฏิบัติงานที่ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีโอกาสจะได้รับอันตราย ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน

พยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุเพื่อนร่วมงานไม่เห็น ลากรถเข็นชนอย่างแรงนอกจากได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจด้วยเกิดความรู้สึกต่างๆ จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่ามีประเด็นต่างๆ ดังนี้ (1) เจ็บปวดมากจนร้องไห้ แต่บอกเพื่อนให้ไปช่วยผู้ป่วยก่อน การร้องไห้ เป็นปฏิกิริยาเชื่อมโยงระหว่างอาการเจ็บปวดทางกายทำให้จิตใจเกิดความเครียด เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีการแสดงออกทางอารมณ์โดยการร้องไห้ซึ่งเกิดมาจากความรู้สึกเจ็บปวด (Selye, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) อย่างไรก็ตามด้วยความสำนึกถึงความรับผิดชอบในหน้าที่ แม้ว่าตนเองจะเจ็บปวดมาก แต่บอกให้เพื่อนร่วมงานเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยก่อน สอดคล้องกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการพยาบาล (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ได้แก่ความรับผิดชอบต่อผู้ต้องการการพยาบาล และบริการสุขภาพ ด้วย

ความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต และ ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลจึงถูกส่งไปรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยได้รับการรักษาเบื้องต้นคือการทำความสะอาดและเย็บแผลบริเวณเอ็นร้อยหวายที่ขาขวา และให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่เมื่อกลับไปบ้านมีอาการแยลงจนเดินไม่ได้ จึงมีความรู้สึก (2) โกรธหอนวิญญัตติ ชีวิตเริ่มเครียด อารมณ์และความรู้สึกของพยาบาลที่เกิดอุบัติเหตุถูกรถเข็นชน จนได้รับบาดเจ็บเอ็นร้อยหวายฉีกขาด เดินไม่ได้ ต้องเข้ารับการผ่าตัด นอนโรงพยาบาลมากกว่า 3 เดือน และต้องทำกายภาพบำบัดนั้น ถือเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้อยู่ในช่วงภาวะวิกฤติของชีวิต ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของพยาบาลในระยะนี้เข้าได้กับ ระยะสับสน คืออยู่ในระยะที่มีความรู้สึกที่รุนแรงทั้งความรู้สึกโกรธและความรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกเศร้าซึมวิตกกังวลสูง (Leavit, 1982 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537) และสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ในการเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์ หากการเผชิญปัญหาเป็นไปแบบไม่เหมาะสม ความเครียดก็ยังคงอยู่

2. มีผลกระทบจากการทำงาน คืออาการเจ็บป่วย

โรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้นส่วนหนึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระหน้าที่ของการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับที่สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล (2544) กล่าวว่าผู้ให้บริการในโรงพยาบาล มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากด้านกายภาพ (Physical risk) เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การบาดเจ็บจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการทำงาน จากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงอันตรายที่เป็นผลกระทบจากการทำงาน แบ่งเป็น 6 ประเด็นย่อยดังนี้ 2.1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ 2.2) วุ่นวายกับงาน ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นแกล้งขบถ 2.3) ไหล่ตลก ปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ 2.4) เดินมากรุนแรง เกิดอาการปวดเมื่อย 2.5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย และ 2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไม่เกรนกำไร

2.1) ติดเชื้อจากคนไข้ ต้องใช้เวลา รักษาอาการ

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งคือต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมทางการพยาบาลที่ปฏิบัติให้กับผู้ป่วยนั้นทำให้พยาบาลต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าทีมสุขภาพอื่นๆ ในกรณีผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อ พยาบาลมีโอกาสได้รับอันตรายจากการได้รับเชื้อที่ติดต่อผ่านทางเลือดและสิ่งคัดหลั่งรวมทั้งการปฏิบัติงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค หรือสิ่งแวดล้อมที่มีการระบายอากาศไม่ดีพอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Di Benedetto (1995) และ พิมพ์พรธม ศิลปสุวรรณ (2548) ที่กล่าวว่าในการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน โดยได้กล่าวถึงความเสี่ยงด้านหนึ่งคือภาวะเสี่ยงทางด้านชีวภาพ (Biological risk) เป็นภาวะเสี่ยงที่บุคลากรจะได้รับอันตรายจาก

การได้รับเชื้อชนิดต่าง ๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบ เชื้อเฮลิคอบัคเตอร์ เชื้อรา และเชื้อวัณโรคปอด โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ เป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของโอภาส การย์กวินพงศ์ (2546) พบว่าบุคลากรที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยมากมีอัตราการป่วยมากกว่าบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยน้อย และพยาบาลวิชาชีพป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด จากการสัมผัสเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของโรสรินทร์ สมบูรณ์ธนกิจ (2548) ศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ที่พยาบาลมีการติดเชื้อจากผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 21.3

2.2) ภาวะเหนื่อยง่าย ไม่ได้ทานอาหาร กลั่นการขับถ่าย

ภาระงานที่มาก โดยอาจจะเป็นงานที่หนักในด้านของปริมาณ คืออาจจะมีงานที่ได้รับมอบหมายมากเกินไป ทำให้พยาบาลเกี่ยวข้องและเหนื่อยอยู่กับงาน ทำให้เกิดผลกระทบจากการทำงานอีกอย่างหนึ่งคือไม่ได้รับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รวมทั้งบางครั้งต้องกลั่นการขับถ่าย ทำให้มีอาการเกี่ยวกับโรคกระเพาะและระบบย่อยอาหารของร่างกาย เกิดอาการปวดท้องหรือมีอาการท้องผูก บางครั้งทำงานจนลืมเวลารับประทานอาหาร หรือด้วยเหตุผลที่ทำงานรีบเร่ง ลักษณะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นดังกล่าวถือเป็นความเครียดที่เกิดจากงาน ที่มีผลกระทบต่อการทำงานวัตรประจำวัน (Kanner et al., 1981) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาลในเวลาต่อมา สอดคล้องกับ การศึกษาของ Gun (1983) อ้างถึงใน รายงานของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute for Occupational Safety and Health : NIOSH, 1988) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอัตราอุบัติการณ์การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะเฉียบพลัน (Acute conditions) ที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพอื่นทั้งหมด ในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ระบบหายใจ การติดเชื้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

2.3) ไหล่ตกรปวดหลัง บางครั้งเอ็นอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นประจำกิจกรรมหนึ่งคือ การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งสู่เตียงหนึ่ง การพลิกตะแคงตัวการจัดทำผู้ป่วยให้สุขสบาย หรือการดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นนอนการดูแลเช็ดตัว พยุงลูกนั่ง หรือจัดทำให้อาหารทางสายยาง ดูแลใส่หมอนนอน การชำระทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่าย การหมุนบิดอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้พยาบาลได้รับอันตรายที่เกิดจากผลกระทบในการทำงาน เกิดอาการแสดงเจ็บป่วยเกี่ยวกับเอ็น กระดูก และกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับแนวคิดของพิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ (2548) กล่าวว่า การทำงานอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงทั้งร่างกาย จิตใจ

และ อารมณ์ โดยทั่วไปโรคจากการทำงาน หมายถึง การเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการทำงานหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ จนเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วย มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการในกระบวนการทำงาน โดยปัจจัยหนึ่งที่กล่าวถึงได้แก่ด้านเออร์گونอมิกส์และจิตวิทยาสังคม ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน มีสาเหตุจากสภาพงานที่ไม่เหมาะสม เช่นทำงานซ้ำซากต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ งานที่หนักเกินไป ความเสี่ยงเหล่านี้ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและโรค ทั้งในส่วนที่เป็นโรคจากการติดเชื้อ และโรคไร้เชื้อ การบาดเจ็บ และการได้รับอันตรายนั้นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆในร่างกายมากเกินไปหรือซ้ำซาก ส่วนอาการบาดเจ็บของไหล่ หลังและเอ็นอักเสบที่เกิดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวสอดคล้องกับ สุเนตร วงศ์ธนกิจ และคณะ (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี พบว่า พยาบาลร้อยละ 71.0 มีอาการปวดหลังในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบอัตราชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 47.6 การศึกษาของ เอกรัตน์ โภคสวัสดิ์ และคณะ (2550) ศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลัง บริเวณกระเบนเหน็บในกลุ่มอาชีพบริการทั้งหมด 12 อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การปวดหลังของพยาบาลสูงเป็นอันดับที่ 2 (ร้อยละ 85) และจากการศึกษาของ Yingu et.al (1997) พบว่าการทำงานหนักเกินไปกำลังส่งผลต่อการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและกระดูกของร่างกายรวมทั้งการสันตะเทือนของร่างกายยังเป็นปัจจัยเสริมทำให้อาการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาทางกระดูกและกล้ามเนื้อ คอ ไหล่ และหลัง ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ มีการสำรวจพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการเจ็บปวดกระดูก และกล้ามเนื้อ ในระดับที่สูง จากการศึกษาพบอาการทางกระดูกและกล้ามเนื้อ อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ระดับความเจ็บปวดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลให้ต้องไปพบแพทย์, หยุดงาน, ลดหรือเปลี่ยนแปลงการทำงาน, ไม่สามารถทำกิจกรรมในการทำงานได้ ต้องใช้ยา รวมทั้งเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ พบพยาบาลที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีอาการปวดคอ ไหล่ และหลัง คิดเป็น 45.8, 35.1 และ 47.0% ตามลำดับ (Trinkoff, 2002)

2.4) เดินมาก ยืนนาน เกิดอาการปวดเมื่อย

การยืนและการเดินเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรมต่างๆทางการพยาบาล การยืนนานและการเดินมากถือเป็นอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นผลพวงจากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาลทำให้เกิดอาการปวดขาปวดน่อง ลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องยืนเดินทั้งวันถือเป็นการบาดเจ็บที่เป็นผลกระทบจากการทำงาน เป็นอันตรายจากการทำงานสอดคล้องกับแนวคิดของพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2548) กล่าวว่า การ

ทำงานในสภาพงานที่ไม่เหมาะสม เช่นทำงาน ซ้ำซากต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ งานที่หนักเกินไป ความเสี่ยงเหล่านี้ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย

2.5) เหนื่อยใจเรื่องคน กังวลเรื่องงาน เกิดอาการเครียดบ่อย

หน้าที่ของพยาบาลนอกจากการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ฉีดยา ให้ยา การดูแลเรื่องอาหารและการขับถ่าย ยังมีกิจกรรมอื่นๆที่แฝงอยู่ในงานของพยาบาล ได้แก่ การพูดการเจรจาหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆผู้ร่วมงาน ทีมสุขภาพและผู้ป่วย ก็ถือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาล รวมทั้งหน้าที่พิเศษต่างๆที่ได้รับมอบหมายเช่นการทำงานเป็นกรรมการคุณภาพ การทำงานที่เกี่ยวกับด้านวิชาชีพ ผลพวงจากการปฏิบัติงานต่างๆดังกล่าวทำให้พยาบาลสะท้อนความรู้สึกออกมาในลักษณะของความเหนื่อยใจ ความรู้สึกวิตกกังวลเรื่องงานส่งผลให้เกิดอาการเครียดบ่อย สอดคล้องกับ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าสาเหตุหรือตัวก่อให้เกิดความเครียดมี 2 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบด้านตัวบุคคล และองค์ประกอบด้านสภาพการณ์ ความเครียดจากลักษณะงานที่เกิดขึ้นดังกล่าวเกิดจากองค์ประกอบในด้านสภาพการณ์ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ซึ่งเป็นเหตุการณ์ประจำวัน (Daily Event) ที่เกิดขึ้นประจำวัน บุคคลต้องเผชิญอุปสรรคอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น งานอาชีพ มีอิทธิพลต่อความเครียดของบุคคล ก่อให้เกิดความเครียดอยู่เสมอ หากเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ ก่อให้เกิดความเครียดระดับสูงได้

จากการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลจะเห็นว่าพยาบาลมีภาระงานมาก สอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2537) กล่าวว่าลักษณะงานพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานเน้นการดูแลแบบองค์รวมซึ่งต้องมองเป็นแบบบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อน เป็นการผสมผสานการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสังเกต การดูแล การสอน การให้คำแนะนำปรึกษาที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในบริบทของการปฏิบัติงาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2541) ภาระงานดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยใจกับคน และกังวลเรื่องงานทำให้เกิดอาการเครียดถือเป็นอันตรายที่เกิดจากการทำงานอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Di Benedetto (1995) ที่กล่าวถึง ภาวะเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือจิตสังคม (Psychological or psychosocial risk) เป็นโอกาสที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับอันตรายต่อจิตใจจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน การถูกทำร้ายด้วยวาจา โดยความเครียดเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นได้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yunyan Xianyu และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดในสถานที่ทำงาน พบว่าปริมาณงานที่มากเกินไป ความขัดแย้งกับแพทย์ซึ่งมีอำนาจเหนือกว่า เป็นแหล่งกำเนิดของความเครียดในสถานที่ทำงาน

2.6) มีเวลาพักผ่อนน้อย หงุดหงิดง่าย ไมเกรนกำเริบ

ภาระงานของพยาบาลมีทั้งการปฏิบัติการพยาบาลดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย และการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาวิชาชีพ ภาระงานดังกล่าวส่งผลให้เวลาในการพักผ่อนของพยาบาลลดลง นอกจากนี้งานพยาบาลยังมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญคือการดูแลให้การพยาบาลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง นั่นหมายถึงผู้ที่เป็พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติงานเป็นผลัดทั้งเช้า บ่าย คึก สลับหมุนเวียนกันไป ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาล ถือว่าเป็นอันตรายจากการปฏิบัติงานพยาบาลซึ่งเป็นผลพวงมาจากการทำงานอย่างหนึ่ง ผลพวงในด้านของภาระงานที่มากและ การปฏิบัติงานเป็นผลัด เช้า บ่าย คึก ทำให้พยาบาล เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ยังทำให้พยาบาลเจ็บป่วยเป็นไมเกรนที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น อายุที่มากขึ้นก็มีผลต่ออาการเจ็บป่วยมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพร บุญมาก (2544) ที่พบว่าพยาบาลที่ทำงานเวรคึกจะมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานตอนกลางวันและใช้เวลาพักผ่อนในตอนกลางคืน โดยผู้ที่นอนหลับตอนกลางวัน จะมีชั่วโมงของการนอนหลับลดลง 2 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ingle (2003) ศึกษาผลกระทบของการทำงานต่อเนื่องในเวลากลางคืน ในช่วงชีวิตการทำงานส่งผลต่อสภาพร่างกายและการนอนหลับในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ผลการศึกษาพบข้อแตกต่างระหว่างแฝดที่ทำงานกลางคืน และกลางวัน การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และความคิดปกติของการนอนหลับนั้น คือ แฝดคนทำงานกลางคืน มีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แย่งสูงมากกว่าแฝดที่ทำงานกลางวัน และมีปัญหาด้านความคิดปกติของการนอนหลับสูงมากกว่า

3. เรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นโอกาสการป้องกัน

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน พยาบาลส่วนใหญ่จะมีการเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นหรือข้อบกพร่องของตัวเองจากอุบัติเหตุที่พึงประสบกับตนเอง ซึ่งการเรียนรู้จากความผิดพลาดดังกล่าวจะเป็น โอกาสในการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่ผิดพลาดเกิดขึ้นได้อีก กระบวนการเรียนรู้จากความผิดพลาด ทำให้มีการป้องกันเกิดขึ้นเป็นการปรับตัวเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984) จากการสัมภาษณ์พบว่า การป้องกันที่เกิดขึ้นนั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน และ 3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

3.1) หาอุปกรณ์ช่วยป้องกัน

พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานจะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง เมื่อพบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้น เกิดจากการที่ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน พยาบาลส่วนใหญ่ก็จะหาอุปกรณ์ป้องกันมาใส่ให้ครบ เพื่อป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นกับตนเองอีก

การหาอุปกรณ์ป้องกันเป็นการใช้กระบวนการทางปัญญาเพื่อมุ่งแก้ปัญหา โดยใช้การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Kaplan, 1977 อ้างใน อังคณา นวलय, 2535) และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ Thoits (1982) ในด้านการได้รับความช่วยเหลือทางวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและดำรงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ

3.2) ทำงานด้วยความระมัดระวัง

พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานจะเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของตนเอง มีการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อพบว่าอันตรายที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ เกิดจากความประมาทไม่ระมัดระวังของตนเองส่วนหนึ่ง แนวทางหนึ่งที่พยาบาลผู้ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานใช้ในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำอีกนั่นคือการทำงานด้วยความระมัดระวังมากขึ้น เป็นการปรับตัวเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทางปัญญา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้การป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายซ้ำโดยการหาอุปกรณ์ช่วยป้องกันอันตราย และทำงานด้วยความระมัดระวัง สอดคล้องกับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน โดยมาตรฐานหนึ่งใน 6 ข้อ ได้กล่าวถึง การประสานงาน และประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอัคคีภัยและอุบัติเหตุ รวมถึงการใช้เครื่องมือที่ปลอดภัย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

4. มีหน่วยงานมุ่งมั่นช่วยแก้ไข

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานที่พยาบาลผู้ได้รับอันตรายปฏิบัติงานอยู่จะมีความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์สามารถแบ่งแนวทางการแก้ไขของหน่วยงานออกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากกำลังเสริมความปลอดภัย 4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมเพิ่มเติม และ 4.3) เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ระบบไฟต้องดูแล

4.1) จัดอัตรากำลังเพิ่ม หากกำลังเสริมความปลอดภัย

ในหน่วยงานที่เกิดอันตรายกับพยาบาลวิชาชีพในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยมีการถูกทำร้ายร่างกายนั้น หน่วยงานได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ โดยจัดหาอัตรากำลังเพิ่ม รวมทั้งหากำลังเสริมในด้านของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยมาอยู่ช่วยดูแลในหน่วยงาน การช่วยเหลือดังกล่าวถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งซึ่งมีความชัดเจนสามารถเห็นการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ สอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมด้านรูปธรรมของ Kaplan (Kaplan, 1997 อ้างถึงใน อังคณา นวलय, 2535) และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ Pender (1996: 257) และ

House (1981) ที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในด้านของการให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการให้แรงงาน ซึ่งการเพิ่มอัตรากำลังดังกล่าวก็คือการเพิ่มแรงงานและทรัพยากรบุคคลนั่นเอง

4.2) ออกกฎให้ปฏิบัติ จัดอบรมเพิ่มเติม

จากการศึกษาพบว่าเมื่อพยาบาลได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการปรับตัวโดยใช้การเผชิญปัญหาด้านอารมณ์เพื่อลดและบรรเทาความเครียดและภาวะกดดันที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากนั้นใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ การตั้งกฎระเบียบที่เกิดขึ้นนี้เริ่มจากภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดีและทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล มีการใช้ทักษะทางสังคมโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานระดมสมองหาแนวทางป้องกัน และได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มเครือข่ายทางสังคม (Lazarus and Folkman, 1984) ในที่นี้หน่วยงานมีการตอบสนองโดยมีการออกกฎระเบียบใหม่เพื่อใช้ป้องกันปัญหา และจัดอบรมเพิ่มเติม สอดคล้องกับ Kaplan (1977 อ้างใน อังคณา นวलय, 2535) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม ซึ่งอยู่ในรูปของการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นเดียวกับ Thoits (1982) กล่าวถึงการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารนั้นครอบคลุมในด้านการให้คำแนะนำ สอดคล้องกับ House (1981) และ Pender (1996) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือบุคคลว่าควรทำอย่างไร มีการให้คำแนะนำให้ข้อชี้แนะ ให้แนวทาง การให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่ตนเอง

4.3) เบิกอุปกรณ์เสริมการป้องกัน เปลี่ยนครุภัณฑ์ใหม่ ป้องกันไฟฟ้ารั่ว

เมื่อเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานจะมีการตอบสนองในด้านของการให้ความช่วยเหลือและแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายขึ้นอีก ถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Kaplan, 1977) เป็นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ (Thoits, 1982) สอดคล้องกับ House (1981) และ Pender (1996) ซึ่งกล่าวถึงการช่วยเหลือทางสังคมด้านหนึ่งคือด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ให้การช่วยเหลือดูแล การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแนวทางที่หน่วยงานหาวิธีป้องกันสอดคล้องกับ จิตตากรณ์ จิตริเชื้อ (2548) กล่าวถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพของบุคลากรในปัจจุบัน ได้แก่ การดูแลความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยการจัดให้มีการประเมินถึงอันตรายในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เคมี กายภาพ และจิตสังคม เช่น เสียงดัง ความร้อนสูง ถูกเข็มเจาะเลือดทิ่มตำ การประเมินทำโดยการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม

ได้แก่ การสำรวจและเก็บตัวอย่างของสิ่งคุกคาม การหามาตรการควบคุมสิ่งคุกคามให้น้อยลง ควรมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของการทำงานให้เหมาะกับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จัดจำนวนคนให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยที่ไปใช้ได้ ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า อันตรายที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีทั้งส่วนที่เป็นอุบัติเหตุ และส่วนที่เป็นผลกระทบจากการปฏิบัติงาน อุบัติเหตุที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ยาก เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีใครทราบล่วงหน้า แม้ว่าจะป้องกันไม่ได้ แต่สามารถใช้ความระมัดระวังในการปฏิบัติงานเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลควรมีการอบรมพยาบาลวิชาชีพทุกคนให้มีความตระหนักถึงอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลมีความระมัดระวังในการปฏิบัติงานมากขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพประสบอุบัติเหตุถูกไฟฟ้าดูด อันตรายที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงถึงขั้นเกือบเสียชีวิต หน่วยงานควรมีการตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

3. จากการวิจัยพบผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่ทำให้พยาบาลเจ็บป่วย มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการทำงานประจำวันของตัวพยาบาลเอง และปริมาณงานที่ทำมีมากเกินไปทำงานพยาบาลต้องทำงานอย่างรีบเร่งเพื่อให้งานเสร็จตามเวลา ในส่วนของพฤติกรรมการทำงานประจำวันของพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาลเพื่อเป็นต้นแบบของผู้มีสุขภาพดี เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ขยับถ่ายให้ตรงเวลา รับประทานอาหารให้ตรงเวลา หรือหากมีความจำเป็นอาจหาอาหารว่างรับประทานเพื่อรองท้องไปก่อน เช่น นม ผลไม้ หรือขนม และเมื่อปลิกเวลาจากงานได้ จึงรับประทานอาหารมื้อหลัก ในกรณีที่เกิดจากปริมาณงานที่มากเกินไป ฝ่ายการพยาบาลควรมีการทบทวนภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ เพื่อให้มีปริมาณงานที่เหมาะสมกับเวลาและอัตรากำลังพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงาน

4. จากผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพนั้นมีผลกระทบต่อพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ฝ่ายการพยาบาลควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่พยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น การเข้าเยี่ยมพยาบาลที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำประกันชีวิต/อุบัติเหตุพิเศษให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถในกรใช้อ้างอิงประชากรส่วนใหญ่ได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มกับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เนื่องจากประสบการณ์การเกิดอันตรายของพยาบาลวิชาชีพอาจมีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เนื่องจากบริบทการทำงานมีความแตกต่างกัน



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรเกียรติ วงศ์ไพศาลสิน. (2548). บทฟื้นฟูวิชาการ: การบาดเจ็บและการตายจากกระแสไฟฟ้า.

Chulalongkorn Medical Journal; 49 (8) : 468.

กองการพยาบาล. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1).**

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

กฤษดา แสงวดี. (2543). การบริหารความเสี่ยง : มิติในการประกันคุณภาพโรงพยาบาล. ใน

เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ระหว่างวันที่ 3 – 5 มีนาคม 2543, ห้องแกรนด์บอลรูม ชั้น 3 โรงแรมเซ็นจูรี่ปาร์ค

กรุงเทพมหานคร.

เกษียรสม วีรานูวัตต์. (2543). การนอนนั้นสำคัญไฉน. **วิชัยยุทธจุลสาร. 15, 20, 20-23.**

จนณะจง เพ็งจาด. (2546). **ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา.**

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15(2): 1-9.

จิตตากรณี จิตรีเชื้อ. (2548). **การดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์**

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บริษัทนันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด.

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และ คุษฎี मुखสมบัติ. (2539). **ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ**

ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.

เอกสารงานวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทบวงมหาวิทยาลัย.

จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลลักษณะงาน และบรรยากาศ**

ขององค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัด

กระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.**

(พิมพ์ครั้งที่1). โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดารณี พันธุ์ศรี. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน คุณค่าของงาน บรรยากาศ**

องค์กร กับการปฏิบัติบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ตามการรับรู้ ของพยาบาล

วิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา

บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทองศุกร์ บุญเกิด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างาน กับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ดาว นิยภาส. (2545). ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- ทัศนาศุ บุญทอง. (2543). ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธงชัย ทวีชาชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน. กิตติรัถยพนธ์, นันทิกา ทวีชาชาติ, และ สุขุม เฉลยทรัพย์. (2541). ความเครียดและสุขภาพจิตคนไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- นพรัตน์ กิ่งแก้ว. (2550). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัยในการทำงาน กับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช. (2546). สภาพแวดล้อมในการทำงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลในสถาบันสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับเด็ก กรมสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา จรัสแสง. (2547). แนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติในภาวะวิกฤติทางอารมณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณตพร พงษ์อนันต์โยธิน. (2544). การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีบทบาททางเพศแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประกาศรี ทุ่งมีผล. (2548). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรางทิพย์ อูจะรัตน์. (2541). การบริหารทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- พัฒนา บุญมี. (2543). กระบวนการจัดการภาวะเสี่ยง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล และการจัดการด้านคุณภาพของการพยาบาล ณ ห้องประชุม เปรียบ ปันยวณิช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2548). แนวคิดหลักการ การพยาบาลอาชีวอนามัย ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- เพ็ชรรัตน์ ศิริรัตน์. (2546). การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2549). เส้นทางสู่การพยาบาลยุคเยี่ยม. ประชุมวิชาการ ณ ห้องประชุม อาคารรวมจิตเพียรธรรมชั้น 11 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2535). สารแห่งวิชาชีพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2541). นิเทศน์วิชาชีพและจริยศาสตร์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- เมธี ปัญญารัตน์. (2538). ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุขประจำท้องที่ระดับตำบล และแพทย์ประจำตำบล ในจังหวัดสกลนคร ต่อการชันสูตรพลิกศพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2544). Universal Precaution. พิมพ์ครั้งที่ 2. นวัตกรรมวิชาการพิมพ์ (ประเทศไทย).

- โรสรินทร์ สมบูรณ์ธนกิจ. (2548). การศึกษาอุบัติการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานในหน่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- เรณูการ จันทขาว. (2551). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเครียดในการทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- รจนา ภูไพบูลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: ห้าง
หุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- ลักขณา ศิริถิรกุล. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสภาวะของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และ คณะ. (2549). การศึกษาภาวะสุขภาพพยาบาลและมาตรฐานการบริการ
พยาบาลโดยวิธีการสัมภาษณ์. หน้า 33-48 ใน การประชุมวิชาการสภาการพยาบาล
ประจำปี พ. ศ. 2549 เรื่อง วิชาชีพการพยาบาลกับความรับผิดชอบต่อสังคม หัวข้อ สุขภาพ
พยาบาลและมาตรฐานการบริการในคลินิก วันที่ 6-8 ธันวาคม พ. ศ. 2549 ณ โรงแรมแอม
บาสชาเตอร์ กรุงเทพฯ.
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี และ วีรพงษ์ เถลิมาจิระรัตน์. (2548). วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยใน
โรงงาน. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- วิมนต์ วันชนะนพร. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ถึงแวดล้อมการทำงาน กับ
พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพในสถานที่ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมล คະชา. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ เจตคติต่อวิชาชีพ
การพยาบาล กับวิธีการเผชิญปัญหาในงานของพยาบาลจบใหม่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา เทียงธรรม. (2548). ปรากฏการณ์วิทยา. ประกาย จิโรจน์กุล ใน การวิจัยทางการพยาบาล:
แนวคิด หลักการ และ วิธีปฏิบัติ. หน้า165-194. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สร้างสื่อจำกัด.

- ศศิธร แก้วนพรัตน์. (2541). การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศิริพร วิญญูรัตน์. (2543). ความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพและรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.เจ. ปรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การพยาบาล: ศาสตร์แห่งการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. ปรินติ้ง.
- สมชัย บวรกิตติ, โยธิน เบญจวง และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2542). ตำราอาชีพเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เค การพิมพ์.
- สมถวิล เมืองพระ. (2537). การศึกษาพฤติกรรมอนามัยของคณงานในระดับปฏิบัติการเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีอุตสาหกรรมการผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ เครื่องจักร และอุปกรณ์ เขตอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2549). พยาบาลกับการเสริมสร้างสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลประจำปี 2549 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน. เอกสารประกอบการบรรยาย.ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. 2542. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). จรรยาบรรณพยาบาลฉบับปีพุทธศักราช 2546 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้. (2550). Quality Workplace and Quality of life. โครงการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2/2550 ระหว่างวันที่ 3-4 สิงหาคม 2550.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2546). ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546. กรุงเทพฯ : บียอนด์ พับลิชชิ่ง.

- สุภาพจิต, กรม. (2541). **คู่มือการดำเนินงานในคลินิกหลายเครือข่าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตรา เอี่ยมสอาด. (2538). **การถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดจากการให้การรักษาพยาบาลของ บุคคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทร วงศ์ธนกิจ และคณะ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวด หลังส่วนล่าง ของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี. **วารสาร สาธารณสุขศาสตร์**. 35(2). 109 -118.
- สุทธิพร บุญมาก. (2544). **คุณภาพชีวิตของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสังกัดกรมการ แพทย์ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, ศิลปศาสตร (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์. (2530). **การบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พิมพ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). **ระบบโครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนา และคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย: การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก**. พ.ศ. 2548.
- สิริเกศ สวัสดิวัฒนากุล. (2551). **การบริหารจัดการความเสี่ยง**. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติ. (2544). **คู่มือก้าวสู่ HA (Hospital Accreditation) Step by Step**. กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพรส.
- เสาวคนธ์ สิงห์อาจ. (2546). **การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2550). **คู่มือประเมินความเสี่ยงของบุคลากรใน โรงพยาบาล**. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.
- อนันต์ ศรีเกียรติจิกร. (2548). **นาฬิกาชีวภาพในร่างกายมนุษย์**. [Online]. Available URL: <http://www.sssuccessgroup.com/index.php> 10 กรกฎาคม 2551.

- อรวรรณ น้อยวัฒน์. (2546). **ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคลากร
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภิชติกุล และคณะ. (2542). **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ**.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภิชติกุล. (2543). **ระบบบริหารภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร :
บริษัท ดีไซร์จำกัด.
- อังคณา นวลวง. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก
ตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2551). **การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดของคนไทย**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาภา นิตยศักดิ์. (2533). **การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลใน
โรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2549). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โอภาส การย์กวินพงษ์. (2546). **วันโรคในบุคลากรโรงพยาบาลศรีสะเกษ**. วารสารวันโรค โรค
ตรวจออกและเวชบำบัดวิกฤติ, 24(3):197-204.
- เอกรัตน์ โภคสวัสดิ์ และคณะ. (2550). **การศึกษาและเปรียบเทียบภาวะปวดหลังบริเวณกระเบน
เหน็บในกลุ่มอาชีพพนักงานผู้ให้บริการ**. การประชุมวิชาการช่างงานวิศวกรรม
อุตสาหกรรม.

ภาษาอังกฤษ

Aguilera, D.C., Messick, J.M., & Farrell, M.S. (1994). **Crisis intervention : Theory and methology**. 3rd ed. St. Louis : C.V. Mosby.

Akerstedt, T., Kecklund, G. and Knutsson, (1991). A. Spectral analysis of sleep Electroencephalography in rotating three-shift work. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, 17: 330–336.

American Academy of Pediatrics. (2000). Hepatitis B. In: **Red book 2000 report of the Committee On Infectious Disease**. 25th ed. USA: AAP,; 289 – 302.

Beltrami, E.M , Williams, I. T., Shapiro, C. N. (2000). Risk and management of blood- borne infections in health care workers. **Clinical Microbiology Reviews**. ; 13(3): 385 – 407.

Burgess, A.W. (1990). **Psychiatric nursing in the hospital and community**. (5th ed.). California: Appleton and Lange.

Caplan G. (1993). **Emotion crisis**. In A. Deutsh, and H. Fishein, editor: **Theencyclopedia of mental health, Vol. 2**, New York: Franklun Watts .

Casini V. (1998). Overview of electrical hazards. In: Worker Deaths by Electrocutation: **A Summary of NIOSH Surveillance and InvestigativeFindings**. Washington, DC, Department of Health and Human Services (NIOSH), May: 5-8. Publication No. 98-131.

Chitty, K.K. (2001). **Professional nursing : Concepts & challenges**. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Cohen, M (1987). A Historical Overview of the phenomenological movement. **Image**, (19): 31-34.

Cooper MA. (1995). Emergent care of lightning andelectrical injuries. **Semin Neurol**. ; 15(3):268 –78.

Daraisch, N., Genaidy, A. M., Karwowski, W., Davis, L. S., Stambough,J., & Huston, R. L. (2003). Musculoskeletal outcomes inmultiple body regions and work effects among nurses: The effectsof stressful and stimulating working conditions. **Ergonomics**, 46:1178–1199.

Dibenedetto, D. V. (1995). Occupational hazards of the health care industry. **AAOHN Journal**, 43 (3): 131 – 137.

Diekelmann, N.L. (1992). Learning-as-testing: A Heideggerian Hermeneutic analysis of

- The lived experiences of student and teachers in nursing. **Advances in Nursing Science**, 14(3):72-78.
- Dumont, M., Montplaisir, J. and Infante-Rivard, (1997). Sleep quality of former night shift workers. **International Journal of Occupational and Environmental**, 3:10–14.
- Erin Allday. (2007). **Group warns that nurses face health risks from chemical exposure**. [Online]. Available from: <http://oem.bmj.com>[2008, April 5].
- Famsworth, B., Cox, T., Cox, S., & Ferguson, E. (1994). Managing health and safety in hospitals. **British Journal of Nursing**, 3 (16), 831 – 836.
- Flodin U , Landtblom A-M and Axelson O. (2003). Multiple sclerosis in nurse anaesthetists. **Occupational and Environmental Medicine**. [Online]. Available from: <http://oem.bmj.com>[2008, April 5].
- Gillmore, V.L. (1990). **Workplace variables and experienced occupational hazards as predictor of health of specialty nurse**. Maryland: University of Maryland at Baltimore.
- Haber, J. et al. (1987). **Comprehensive psychiatric nursing**. (2nd ed.). New York: MC Graw-Hill Book.
- Heidegger, M. (1962). **Being and Time**. (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). New Haven, CT.: Yale University Press.
- Hignett, S. (1996). Work-related back pain in nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 23: 1238–1246.
- Hoff L.A. (1989). **People in Crisis Understanding and Helping**. (3rd ed.). Redwood City, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.
- Holmes, T. H. & Rah, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, 11: 213-218.
- House, J.S. (1981). **Work stress and social support**. London : Addison-Wesley.

- Ingre M., Akerstedt T. (2003). Effect of accumulated night work during the working lifetime, on subjective health and sleep in monozygotic twins. **Journal of sleep Research**, 13, 45-48.
- International Labour Organization. (1986). Psychosocial factors at work: Recognition and Control. **Occupational Safety and Health**. Series no: 56, Geneva:International Labour Office.
- Jones, H. E. and Long, D. L. (1996). **Principles of insurance : life, health, and annuities**. U.S.A. : Arcata Graphics.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C, Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress management: Daily hassles and uplifts versus major life events. **Journal of Behavior Medicine**, 4:1-39.
- Kirk, R. (1986). Professional development: The nurse executive as risk taker. **Journal of Nursing Administration**, 16 (7-8):9-12.
- Lanza, M.L. (1983). The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. **Hospital and Community Psychiatry** 34 : 44 - 47.
- Lavin, P.E. et al. (1998). Insights of nurse about assault in hospital-based emergency Department. **Journal of nursing scholarship** 30(3): 249-254.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- MJ Alter. (2003). Epidemiology and prevention of hepatitis B. **Seminars in Liver Disease**, 23(1): 39 – 46
- Mahoney, B.S. (1991). The extent “ nature” and response to victimization of emergency nurse in Pennsylvania. **Journal of Emergency Nursing** 17 (2): 249-254.
- Murray, R.B., & Huelskotter, M.W. (1991). **Psychiatric mental health nursing: Giving emotional care**. (3rd ed.) California: Appleton and Lange.
- Mercier, C. (1994). Reducing the incidence of sharps injuries. **British Journal of Nursing**, 13 (17), 897 – 901.
- Moustakas, C. (1994). **Phenomenological research methods**. California: Sage.
- Munhall, P. (1994). **Revisioiung phenomenology: Nursing and health science research**. New York: Nation League for Nursing Press.
- Nation Institute for Occupational Safety and Health. (1990). Guideline for protecting the safety

- and health of and health care worker: Developing hospital safety and health program. **Morbidity Mortality Weekly Report**, 39(24): 417.
- Nelson, A., Fragala, G., & Menzel, N. (2003). Myths and facts about back injuries in nursing. **American Journal of Nursing**, 103(2), 32–40.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. **Advances in Nursing Science** 5(2): 49-63.
- P Gray-Toft, J.G Anderson. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**. 3 (1): pp.11-23.
- P Gray-Toft, J.G Anderson. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. **Social Science and Medicine**. 15A: pp. 639-647
- Parker, M.J. (1995). Hermeneutic inquiry in the study of human conduct. **American Psychologist**, 40: 1081-1093.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. (3rd ed.) East Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Pheasant, S. (1991). **Ergonomics, Work and Health**. Macmillan Press Ltd, Basing stroke.
- Player K.A. (1994). Hermeneutic Phenomenology: A methodology for family health and Health promotion study in nursing. In P. Benner (Ed). **Interpretive Phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness**. California: State publication.
- Poteet, G.W. (1983). Risk management and nursing. **Nursing Clinics of North America**, 18 (3). 457 – 465.
- Rapport, F. (2005). Hermeneutic Phenomenology: The science of interpretation of texts. In I. Holloway (Ed). **Qualitative research in health care**. Berkshire, England: Open University. (pp. 125-146)
- Robert L. Berger, James T., McBreen, Marilyn J. Rifkin. (1996). **Human behavior: A perspective for the helping professions**. (4th ed.). USA: Copp Clark Longman.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing Science**, 8(3). 27-37.
- Selye, H. (1976). **The stress of life (rev. ed.)**. New York: McGraw-Hill Book.
- Selye, H. (1993). History of the concept of stress. Dans L. Goldberger & S. Breznitz (Éds.), **Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2e Éd., pp. 7-17)**. New

York: Free Press.

Shepherd, J. (1994). **Violence in health care: A practical guide to coping with violence and caring for victims**. New York: Oxford University Press.

Spiegelberg, H. (1982). **Phenomenology**. Nijhoff: The Hague.

Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (1985). **Effective management in nursing**. California : Addison – Wesley.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative**. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stroffolini, T., Palumbo, F., Galanti, C., Moiraghi, A., Novaco, F., Corona, R., Marzolini, A.

Mele, A. (1994). Hepatitis B in health workers in Italy. **Public Health**; 108(4): 433 - 7.

The Government of Ontario. (2002). **What is a hazard?** [online] Available from:

<http://www.worksmartontario.gov>. [2010, April 3].

Thompson, J.L. (1990). Hermeneutic inquiry In L.E. Moody (ed.). **Advancing Nursing Science Through Research**. 12: 223-280.

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23 : 145-159.

Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**; 41(3):170–178.

UNAIDS & WHO. (2008). **Report on The global AIDS epidemic executive summary**. [Online]. Available from: <http://data.unaids.org>[2008, April 5].

Van Manen, M. (1990). **Researching The Lived Experience**. Ontario, Canada: State University of New York Press.

Wilkes, L. (1991). Phenomenology: A window to the nursing world, in G. Gray & R. Pratt (Eds.), **Towards a discipline of nursing**. Melbourne: Churchill Livingstone.

Wilson, C.K. (1998). Team behaviors: Working effectively in teams. **Seminars for Nurse Manager**. 6(4): 184-194.

Wykes, T. and Whittington, R. (1989). Invisible In Jury. **Nursing Times**; 85 : 30-32.

- Xianyu Y., and Lambert V. A. (2006). Investigate of the relationship among workplace stressors, way of coping and the mental health of Chinese head nurse. **Nursing and Health Sciences**; 8 (3); 147-155.
- Xu Y., Bach E., Orhede E. (1997). Work environment and low back pain: The influence of occupational and activities. **Occupational and Environmental Medicine Journal**. 54: 741 -745.
- Young, L.C. & Hayne, A. N. (1988). **Nursing administration: From concepts to practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

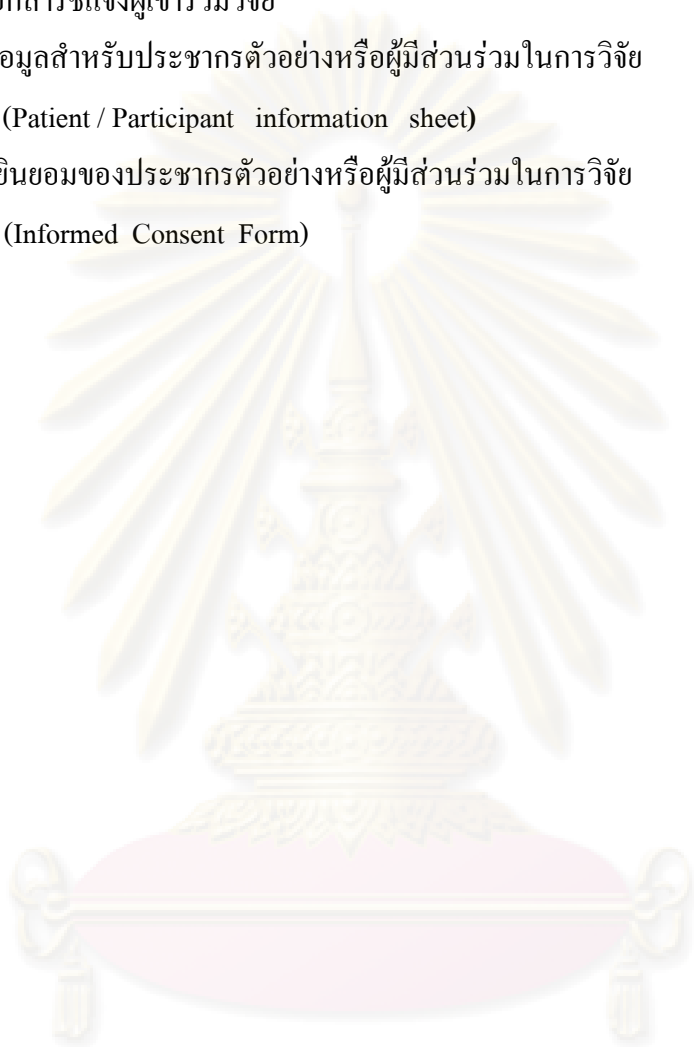


ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

1. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant information sheet)
3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

กองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการวิจัย **210152**

วันที่ _____

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11 / 0969

วันที่ 6 พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission form จำนวน 6 ชุด
 2. Information sheet and consent form จำนวน 6 ชุด
 3. Full Protocol จำนวน 6 ชุด
 4. Principal investigator's CV จำนวน 6 ชุด
 5. Questionnaire / scale / interview form จำนวน 6 ชุด
 6. Conflict of interest and finding form จำนวน 6 ชุด
 7. Electronic files of all above document จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเจนิวา ชนพิมาย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตัญญู" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

รศ. อ. อ. อ.

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี โทร. 0-2218-9815

ชื่อนิสิต

นางสาวเจนิวา ชนพิมาย โทร. 08-9782-9735



COA No. 512/2009
IRB No. 210/52

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : OCCUPATIONAL HAZARDS OF PROFESSIONAL NURSES WORKING IN A TERTIARY HOSPITAL

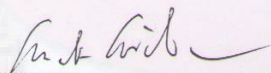
Study Code : -

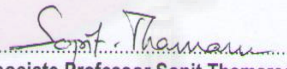
Study Center : Chulalongkorn University

Principal Investigator : Miss Geneva Chonpimai

Document Reviewed :

1. Protocol
2. Patient / Participant information sheet and Informed Consent form
3. Case Record Form

Signature: 
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)
Chairman of
The Institutional Review Board

Signature: 
(Associate Professor Sopit Thamaree)
Committee and Secretary of
The Institutional Review Board

Date of Approval : June 25, 2009

Approval Expire Date : June 25, 2010

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 512/2009
IRB No. 210/52

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเจนีวา ชมพิมาย

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Protocol
2. Patient / Participant information sheet and Informed Consent form
3. * Case Record Form

ลงนาม /คน อ.วิมล

(ศาสตราจารย์นายแพทย์เอนก อารีพรศ)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม /คน อ.วิมล

(รองศาสตราจารย์ไฉกิต ธรรมอาวี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 25 มิถุนายน 2552

วันหมดอายุ : 25 มิถุนายน 2553

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย “อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคตยภูมิ”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเจนีวา ชนพิมาย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6

นิสิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 1873 หอผู้ป่วยไอ ซี ซี ยู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แขวงปทุมวัน
(ที่บ้าน) 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคารกุลพิพัฒน์ เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564639 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-2564610 ต่อ 609
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7829735 E-mail : geneva-janie@hotmail.com.

1. ขอรบกวนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา “อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคตยภูมิ”

3. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับการค้นหาความหมายและประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคตยภูมิ

4. รายละเอียดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคตยภูมิ จำนวนประมาณ 10-15 คน หรือจนกระทั่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความอิ่มตัว วิธีการได้มาซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการประสานงานกับผู้จัดการความเสี่ยงฝ่ายการพยาบาลเพื่อติดต่อขอทราบรายชื่อผู้ที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการบันทึกในใบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) ของฝ่ายการพยาบาล เหตุผลที่ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน เป็นผู้ที่สามารถบอกเล่าเรื่องราวและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นข้อมูลที่มีคุณค่ามากในการจะนำไปพัฒนาและหาแนวทางป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของพยาบาลและความยั่งยืนขององค์กรวิชาชีพพยาบาลต่อไป

5. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เล่าประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีการบันทึกในใบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Report) ของฝ่ายการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ร่วมกับ



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 210 / 52	
Date of Approval 25	สิ.ย. 2552

การบันทึกเทป การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา สัมภาษณ์ ครั้งละ 45-60 นาที โดยผู้วิจัยอาจต้องใช้การสัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง โดยสถานที่ และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก ในขณะที่สัมภาษณ์หากผู้ร่วมวิจัยรู้สึกสะเทือนใจ ไม่สบายใจที่จะตอบคำถาม ผู้ร่วมวิจัยสามารถที่จะไม่ตอบคำถามได้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยเก็บเทปการสัมภาษณ์ไว้เป็นความลับ มีการนำเสนองานวิจัยโดยใช้รหัสเป็นอักษรภาษาอังกฤษแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยจะลบทำลายเทปจากการสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล หลังสิ้นสุดการวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการโดยผู้วิจัย เป็นผู้ติดต่อผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเอง มีการอธิบายหัวข้องานวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ การคุ้มครองสิทธิ สำหรับผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งมอบเอกสารคำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่าน และพิจารณาเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

7. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมาย และประสบการณ์อันตรงจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและหามาตรการป้องกันเชิงรุกมากขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ในการปฏิบัติงานและดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดีของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

8. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการวิจัยได้ทุกขณะ รวมทั้งสามารถแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติการสนทนาหรือ ไม่ตอบคำถามที่ทำให้ผู้วิจัยสะเทือนใจ ผลการวิจัย จะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา คือ นางสาวเจนีวา ชนพิมาย หมายเลขโทรศัพท์ 089-7829735 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น ความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน"

11. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 0-2256-4455, 0-2256-4493 ต่อ 14, 15



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	210/52
Date of Approval	25 มิ.ย. 2552

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ “อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศศิธร”
เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาว เจริญวา ชนพิมาย ที่อยู่ 1873 โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 089-7829735
ซึ่งได้ลงนามค้ำท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย
สัมภาษณ์เชิงลึก 1-3 ครั้ง ครั้งละ 45 -60 นาที การแสดงความคิดเห็นตามหัวข้อการสัมภาษณ์ และมี
การบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ในเรื่อง “อันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศศิธร” และจะทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการ
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัย
รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้อำนาจที่ได้รับอนุญาตแล้วในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (เจริญวา ชนพิมาย)
..... ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 210.52
Date of Approval 25 สิงหาคม 2557

ภาคผนวก ข

- 1.แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์
- 2.แบบบันทึกภาคสนาม
- 3.แบบบันทึกการถอดความ และประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์: ประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถาม กว้าง ๆ ซึ่งสามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

- 1.1 แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
- 1.2 พุดคุยซักถามถึงการทำงานทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทป

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

- 2.1 อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา
- 2.2 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ

3. ชั้นคู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามหลัก

1. กรุณาเล่าว่า เวลาขึ้นปฏิบัติงาน ต้องทำอะไรบ้าง
2. งานแต่ละอย่างมีรายละเอียดในการทำอะไร
3. ท่านเคยเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน หรือไม่ ถ้าเคย กรุณาเล่าว่า เกิดอะไรขึ้น เกิดขึ้นอย่างไร เมื่อไร และหลังเกิดขึ้นทำอะไร รู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่เกิดขึ้น
4. นอกจากเหตุการณ์ดังกล่าว ยังมีเหตุการณ์อื่นอีกไหมที่มีผลกระทบต่อตัวท่าน ถ้าเคย กรุณาเล่าว่า เกิดอะไรขึ้น เกิดขึ้นอย่างไร เมื่อไร และหลังเกิดขึ้นทำอะไร รู้สึกอย่างไรกับ สิ่งที่เกิดขึ้น

คำถามรอง

1. ที่ท่านบอกว่า ท่านมีอาการ...ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติงาน ขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไรบ้างคะ
2. ท่านรู้สึกอย่างไรคะที่เกิดอันตราย.....ขึ้นกับท่าน
3. เพราะเหตุใดท่านจึงคิด/รู้สึกอย่างนั้น...
4. เมื่อเกิดเหตุการณ์.....กับท่านท่านทำอะไรต่อไปคะ
5. ท่านมีวิธีจัดการอันตรายนั้นอย่างไร
6. อันตรายที่ท่านกล่าวมา...มีผลกระทบกับท่านอย่างไรคะ

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

4.1 คุณต้องการจะเล่าเพิ่มเติมในเรื่องการความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานพยาบาลอีกไหมคะ
คุณต้องการซักถามคืน (ผู้วิจัย)หรือไม่...

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้
นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น.ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น.ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

- 1.ตารางที่ 1,2,3 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล
- 2.ภูมิหลังของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล
- 3.ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-4 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติ

ลำดับที่	ระดับการศึกษา	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	ตำแหน่งพยาบาล	หน่วยงานปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน	ประสบการณ์ที่ได้รับอันตราย
1	ปริญญาตรี	30	โสด	7 ปี 4 เดือน	5	ห้องฉีดสี สวานหัวใจ	1.สัมผัสสิ่งคัดหลังจากผู้ป่วยที่มีเชื้อ HIV, Hep B 2.มีดผ่าตัดเลียบฝ่ามือ 3.ซื้อมือขวาอักเสบ 4.ปวดหลังจากสวมเสื้อตะกั่วป้องกันรังสี 5. เครียดจากการทำงาน
2	ปริญญาโท	33	โสด	11 ปี 4 เดือน	6	สูตินรีเวชกรรม	1.ผู้ร่วมงานเข็นรถเข็นมาชนเอ็นร้อยหวายหนักขาด 2.ท้องผูก 3.ปวดศีรษะไมเกรน
3	ปริญญาตรี	37	โสด	15 ปี 4 เดือน	6	ไอซียู อายุรกรรม	1.กระเพาะอาหารอักเสบ 2.ซื้อมือขวาอักเสบ 3.ปวดหลัง 4.ถูกเข็มตำผู้ป่วยมีเชื้อ HIV 5.ถูกเข็มตำครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีเชื้อ HIV 6.ผู้ร่วมงานทำเข็มตกใส่เท้าผู้ป่วยมีเชื้อ Hep B 7. เสมหะกระเด็นเข้าตา 8. เครียด
4	ปริญญาตรี	23	โสด	4 เดือน	3	ไอซียู	1.ผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5-7 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ที่ได้รับอันตราย

ลำดับที่	ระดับการศึกษา	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	ตำแหน่งพยาบาล	หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน	ประสบการณ์ที่ได้รับอันตราย
5	ปริญญาตรี	34	โสด	13ปี 4 เดือน	6	แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช	1. ไหล่ตกล 2. คอเป็นหนอง 3. ผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย กระจกข้อมือขวาแตก 4. ผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ข้อมือซ้ายเอ็นฉีก 5. ผู้ป่วยคว้ามือชกเข้าไปใน กระจกมือเป็นแผลถลอก 6. ผู้ป่วยเอาเก้าอี้ตีกัน กระจกแตกเศษกระจกบาดมือ
6	ปริญญาโท	41	โสด	19ปี 5 เดือน	6	ห้องฉีดสี สวนหัวใจ	1. เลือดผู้ป่วย HIV กระเด็น เข้าตา 2. ปวดศีรษะไม่เกรน
7	ปริญญาตรี	34	โสด	12ปี 5 เดือน	6	ไอซียู อายุกรรม	1. เสมหะผู้ป่วย Hep B กระเด็นเข้าตา 2. เลือดกระเด็นเข้าตา 3. เข็มตำ 4. เครียดกับงาน 5. ปวดคั่นอง 6. ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย 7. เครียดจากผู้ร่วมงาน 8. เจ็บคอเมื่อดูแลผู้ป่วยโรค ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8-14 จำแนกเป็น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ที่ได้รับอันตราย

ลำดับที่	ระดับการศึกษา	อายุ (ปี)	สถานภาพสมรส	ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	ตำแหน่งพยาบาล	หน่วยงานปัจจุบันที่ปฏิบัติงาน	ประสบการณ์ที่ได้รับอันตราย
8	ปริญญาตรี	27	โสด	3 ปี 4 เดือน	4	ไอซียู อายุรกรรม	1.เลือดสดกระเด็นเข้าที่หน้า 2.ปวดขา 3.เครียด
9	ปริญญาตรี	27	โสด	3 ปี 4 เดือน	4	หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1.เข็มตำและแอมบียาบาด 2.ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย 3.เครียด
10	ปริญญาตรี	26	สมรส	2 ปี 4 เดือน	4	ไอซียู อายุรกรรม	1.ถูกมีดผ่าตัดทิ่มมือ
11	ปริญญาตรี	27	โสด	3 ปี 4 เดือน	4	แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน	1.ญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย 2.เลือดจากสายน้ำเกลือ ผู้ป่วย HIV กระเด็นเข้าตา 3.เข็มตำ 4.ที่แขวนน้ำเกลือล้วยใส่
12	ปริญญาตรี	33	สมรส	11 ปี 4 เดือน	6	ห้องผ่าตัด หู คอ จมูก	1.ปวดหลัง 2.มีดผ่าตัดตำ 3.ไฟฟ้าดูด
13	ปริญญาโท	40	โสด	19 ปี 4 เดือน	6	ไอซียู ศัลยกรรม	1.ผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย
14	ปริญญาตรี	30	โสด	7 ปี 4 เดือน	5	แผนกผู้ป่วยนอก	1.เข็มตำ 2.ติดเชื้อวัน โรคปอด

ภูมิหลังของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง รวมทั้งสิ้น 14 คน จำแนกเป็นลักษณะภูมิหลัง ดังนี้ พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 23–41 ปี โดยมีอายุอยู่ 23–30 ปี มีจำนวน 7 คน และช่วงอายุ 33–41 ปี มีจำนวน 7 คน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ โสดมีจำนวน 12 คน ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีถึงระดับปริญญาโท ซึ่งส่วนใหญ่จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวน 11 คน มีประสบการณ์การทำงาน เฉลี่ยเท่ากับ 9 ปี มีพยาบาลจบใหม่ ปฏิบัติงาน น้อยที่สุดเพียง 4 เดือนในการสัมภาษณ์ 1–2 ครั้ง โดยสัมภาษณ์ 1 ครั้ง มีจำนวนทั้งหมด 11 คน สัมภาษณ์ 2 ครั้ง มีจำนวนทั้งหมด 3 คนและ และ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 30-60 นาที เฉลี่ยเวลาในการสัมภาษณ์ 50 นาที เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้บันทึกรายละเอียดประสบการณ์โดยสรุปของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายดังนี้

พยาบาลรายที่ 1

หญิงไทยโสด อายุ 30 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลรวม 7 ปี 4 เดือน เคยปฏิบัติงานหมุนเวียนในปีแรกที่สำเร็จการศึกษาที่ หอผู้ป่วยวิกฤติและกึ่งวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก และห้องฉีดสีสวนหัวใจ ปัจจุบันปฏิบัติงานห้องฉีดสีสวนหัวใจเป็นเวลา 6 ปี ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานคล้ายพยาบาลห้องผ่าตัด ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือขณะแพทย์ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจและใส่เครื่องช็อคหัวใจชนิดถาวร ความรับผิดชอบส่งอุปกรณ์ขณะแพทย์ทำหัตถการและเป็นพยาบาลรอบนอก ล้าง เช็ด เก็บอุปกรณ์ก่อน-หลังแพทย์ทำหัตถการ ปฏิบัติงานช่วงเช้าในเวลาราชการ(วันจันทร์- ศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น.) และอยู่เวรนอกเวลาราชการ(วันจันทร์- ศุกร์ เวลา 16.00 – 20.00 น.และ วันเสาร์ – อาทิตย์ เวลา 8.00 – 16.00 น.) รวมทั้งมีเวรรอเรียกกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือด เรียกได้ตลอด 24 ชั่วโมง) ขณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติงานในเวรเช้าเสร็จสิ้น และกลับมาอาบน้ำเปลี่ยนเป็นชุดลำลองมาบริเวณที่นัดหมาย ผู้ร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานไว้ 4 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV positive และ Hepatitis B positive กระเด็นเข้าบาดแผล 2) ถูกมีดผ่าตัดเสียบเข้าที่ฝ่ามือ 3) ข้อมือขวาอักเสบจากผู้ป่วยเหยียดขามากระแทก 4) มีอาการปวดหลัง หลังค่อม ความสูงลดลง จากการสวมเสื้อตะกั่วป้องกันรังสีขณะปฏิบัติงาน 5) เครียดจากการทำงาน

1) เหตุการณ์สัมผัสสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV positive และ Hepatitis B positive กระเด็นเข้าบาดแผล เกิดขึ้นขณะผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติงานในห้องฉีดสีสวนหัวใจเวลากลางคืนกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีผลเลือดเป็นอย่างไร ผู้ร่วมวิจัยบอกว่ารู้ว่าต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อน เมื่อช่วยแพทย์ทำการฉีดสีสวนหัวใจเสร็จ ผู้ป่วยถูกส่งไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วย CCU ขณะผู้ร่วมวิจัยกำลังเก็บอุปกรณ์สายสวนหัวใจ น้ำที่อยู่ในช่องของสายสวนหัวใจ กระเด็นเข้าแผลบริเวณแขนของผู้ร่วมวิจัย จึงไปล้างทำความสะอาดแผลตามหลักการทำความสะอาด ต่อมาเช้าวันรุ่งขึ้นพยาบาลหอผู้ป่วย CCU โทรมาแจ้งผลเลือดผู้ป่วยจึงทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี จึงดำเนินการเขียนรายงานตามระบบ และไปพบแพทย์ระบบโรคติดเชื้อ แพทย์ให้รับประทานยาต้านไวรัส เกิดผลข้างเคียงจากยา มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นอยู่ 2 สัปดาห์ แพทย์จึงให้หยุดยาเดิม 2 วันเพื่อให้ร่างกายฟื้น และ เริ่มยาต้านไวรัสตัวใหม่ ผู้ร่วมวิจัยยังมีอาการแสบจากผลข้างเคียงของยา คือ อาเจียนและถ่าย แพทย์จึงให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน จากนั้นรับประทานยาต่อจนครบเดือน เหตุการณ์นี้ผู้ร่วมวิจัยบอกว่ารู้สึกเครียดกับการรับประทานยา

2) มีดผ่าตัดเสียบเข้าที่ฝ่ามือ หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสครบ 1 เดือน ก็เกิดเหตุการณ์มีดผ่าตัดเสียบเข้าที่ฝ่ามือ ซึ่งเกิดขณะช่วยแพทย์ทำการฉีดสีสวนหัวใจผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน แพทย์ถือมีดแล้วหันมาโดยที่ไม่รู้ว่าผู้ร่วมวิจัยยืนอยู่ จึงโดนมีดผ่าตัดเสียบเข้าที่ฝ่ามือ ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอน เขียนรายงาน เจาะเลือกผู้ป่วยและตนเอง ไปหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบแพทย์ระบบโรคติดเชื้อ แพทย์ให้ยาต้านไวรัส รับประทาน 1 ครั้ง ผู้ร่วมวิจัยดูแลสุขภาพผู้ป่วยพบว่าปกติ จึงโทรไปปรึกษาแพทย์อีกครั้ง แพทย์บอกผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยง จึงไม่ต้องรับประทานยา เหตุการณ์ครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกเครียดจากเสียงกระทบของผู้ร่วมงานในด้านลบ ที่โทษว่าตนเองไม่รู้จักระวัง

3) ข้อมือขวาอักเสบ เกิดขณะกำลังจะยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งสู่อีกเตียงหนึ่ง ตอนแรกผู้ป่วยนอนงอขา แต่ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยจับย้ายกตัวบริเวณปลายเท้า ผู้ป่วยก็เหยียดขามา กระแทกข้อมือ ขณะนั้นเจ็บน้ำตาแฉะ รู้สึกขา วันต่อมา รู้สึกปวด จึงไปตรวจ แพทย์บอกเอ็นอักเสบ ให้ใส่เฝือกอ่อน นานประมาณ 1 เดือนอาการจึงดีขึ้น ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าครั้งนี้ไม่ได้เขียนรายงาน เหตุการณ์เนื่องจากช่วงแรกไม่ทราบว่าอาการบาดเจ็บเกิดจากการกระแทก และขึ้นปฏิบัติงานตามปกติไม่ได้ใช้วันลาป่วย

ผู้ร่วมวิจัยมีอาการปวดหลังหลังค่อม ความสูงลดลง จากการสวมเสื้อตะกั่วป้องกันรังสีขณะปฏิบัติงานในห้องฉีดสีสวนหัวใจ ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าต้องสวมใส่เสื้อตะกั่วน้ำหนัก 4-6 กิโลกรัม เกือบตลอดเวร คือประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ขึ้นกับงานวันนั้นว่ายุ่งมากน้อยแค่ไหน ผู้ป่วยมีอาการหนักมากน้อยแค่ไหน แต่ละวันจะถอดเสื้อตะกั่วช่วงพักรับประทานอาหาร ส่วนขณะเข้า

ห้องน้ำจะถอดแค่ช่วงล่างข้างบนยังใส่อยู่ ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่ามีอาการปวดหลัง เมื่อยตัวหลังเลิกงาน เวลานั่งญาติสังเกตเห็นว่านั่งหลังค่อมหลัง และพบว่าส่วนสูงของตนเองลดลงจาก 146 เซนติเมตร เหลือ 143 เซนติเมตร

4) **เครียดจากการทำงาน** ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าบางครั้งเกิดความเครียดจากผู้ร่วมงาน ความไม่เข้าใจกันในระหว่างทำงาน

พยาบาลรายที่ 2

หญิงไทยโสด อายุ 33 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 11 ปี 4 เดือน เคยปฏิบัติงาน หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ปี หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเป็นเวลา 6 ปี ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานเป็นงานบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ให้ยาเคมีบำบัด ปฏิบัติงานเป็นเวร เช้า – บ่าย – ดึก ขณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัยกำลังนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน มีอาการบาดเจ็บที่เอ็นร้อยหวาย นั่งเหยียดขาอยู่บนเตียง ขาด้านขวา ตั้งแต่หัวเข่าถึงข้อเท้าพันผ้าพันแผลใส่เพื่อให้อ่อนคลายได้ ผู้ร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานไว้ 3 เหตุการณ์

1) ผู้ร่วมงานรีบเร่งเซ็นรถฉุกเฉินมาชนถูกเอ็นร้อยหวายฉีกขาด เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานพยาบาลในเวรเช้าได้รับมอบหมายเป็นพยาบาลหัวหน้าทีม ในขณะนั้นมีญาติผู้ป่วยกอดคอเรียกบอกว่าผู้ป่วยชักและหยุดหายใจ ผู้ร่วมวิจัยจึงวิ่งเซ็นรถน้ำเกลือไปที่ห้องพักรักษาตัว และมีผู้ร่วมงาน 2 คน เซ็นรถฉุกเฉินตามมาด้วยความเร่งรีบ ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยหยุดวิ่งเพื่อจะเปิดประตูเข้าไปในห้องผู้ป่วย ทำให้ถูกรถฉุกเฉินที่ผู้ร่วมงานเซ็นตามมาชนเข้าข้างหลัง ผู้ร่วมวิจัยทรุดตัวลงทันที ร้องไห้และรู้สึกเจ็บบริเวณเอ็นร้อยหวาย ผู้ร่วมวิจัยบอกผู้ร่วมงานให้ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อน เมื่อผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ร่วมวิจัยถูกนำตัวขึ้นรถมาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นแผลฉีกขาด (Lacerated wound) เย็บแผลและให้กลับบ้าน เมื่อผู้ร่วมวิจัยกลับบ้านเริ่มรู้สึกปวดมากต่อมาเดินไม่ได้ ลงน้ำหนักที่เท้าไม่ได้ ขยับไม่ได้ มองเห็นขาตนเองห้อยต้องแต่ง ผู้วิจัยบอกว่ารู้สึกแย่มากและเครียด จึงกลับมาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอีกครั้ง แพทย์ปรึกษาแพทย์ทางโรคกระดูก วินิจฉัยว่าเอ็นร้อยหวายแตกและฉีกขาด ได้รับการตรวจ MRI และรักษาโดยการผ่าตัด หลังจากนั้นก็นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงปัจจุบันเดือนกรกฎาคม

2) **มีอาการท้องผูกจาก** ลักษณะงานที่เร่งรีบ ภาระงานมาก ทำให้เวลาทำกิจวัตรประจำวัน เปลี่ยนเกิดอาการท้องผูก

3) **มีอาการปวดศีรษะไมเกรนรุนแรง** ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า พออายุมากขึ้นช่วง 27- 29 ปี ร่วมกับจำนวนวันขึ้นปฏิบัติงานมาก คือ เดือนละประมาณ 28-31 เวรบ่าย- ดึกประมาณ 19-21 เวร

เวรล่วงเวลา (Over time) ประมาณ 14-19 เวน เวลานอนพักผ่อนน้อย ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าอารมณ์ หงุดหงิดระหว่างปฏิบัติงาน และมีอาการปวดศีรษะไมเกรน ใช้วิธีการรักษาตัวพยายามนอนพักและไปพบแพทย์

พยาบาลรายที่ 3

หญิงไทยโสด อายุ 37 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 15 ปี 4 เดือน ปัจจุบัน ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรมเป็นเวลา 15 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานเป็นงานดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอายุรกรรม ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใส่ เครื่องช่วยหายใจได้รับการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยในการดูแลเป็นผู้ป่วยหนักช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ ต้องช่วยเหลือเช็ดตัว จัดท่าพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่สาย หรืออุปกรณ์ต่างๆเข้าสู่ตัวผู้ป่วยเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษา ผู้ร่วมวิจัยมีหน้าที่ที่ได้รับ มอบหมายในแต่ละวันแตกต่างกันไป บางครั้งเป็นสมาชิกทีม บางครั้งเป็นหัวหน้าทีม และบางครั้ง เป็นหัวหน้าเวร ในแต่ละหน้าที่ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่ามีภาระงานหนักแตกต่างกันไป ผู้ร่วมวิจัยกล่าวถึง อันตรายในการปฏิบัติงานไว้ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย เล่าถึง ประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานที่เกิดกับตนเองไว้ 8 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) มีอาการ ภาวะแพ้อาหารอักเสบ 2) ข้อมือขวาเอ็นอักเสบ 3) ปวดหลัง 4) เข็มดำจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV positive 5) ถูกเข็มตำครั้งที่ 2 จากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV positive 6) ผู้ร่วมงานทำเข็มตก ใส่เท้าผู้ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี 7) เสมหะผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา 8) ได้รับความเครียดจากภาระ งานและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

1) ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่ามีปัญหาเรื่องปวดท้องภาวะอาหารอักเสบ เนื่องจากขณะปฏิบัติงาน ภาระงานมากทำงานจนรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา บางวันลงพักรับประทานอาหารลิบเอ็ดโมงเช้า บางวันรับประทานเที่ยงวัน และต้องเร่งรีบในการรับประทานอาหารมื้อหนึ่งบางครั้งรับประทานไม่ ถึงห้านาที ประกอบกับผู้ร่วมวิจัยเป็นคนนอนกลางวันได้น้อย เมื่อปฏิบัติงานเวรดึกลงมาจะหลับ ได้ประมาณ 2 ชั่วโมงก็จะตื่นผู้วิจัยกล่าวต่อไปว่านอนไม่เป็นเวลาก็ยังทำให้ระบบในร่างกายไม่ดี จึงทำให้มีอาการปวดท้องมาตลอด เมื่อปวดมากต้องไปแผนกฉุกเฉินหลายครั้ง แพทย์รักษาโดย การนวดยา อาการไม่ดีขึ้น ครั้งหนึ่งมีอาการหนักมากต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์นัดส่ง กล้องระบบทางเดินอาหาร พบว่ามีภาวะอาหารอักเสบ (Gastritis) และ หนองกระเพาะหย่อน ไปกลืนหลอดอาหาร แพทย์รักษาโดยให้รับประทานยา Losec และ Motilium นานประมาณ 1 ปี และแนะนำให้รับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ รับประทานอาหารให้เป็นเวลา ซึ่งผู้ร่วมวิจัย กล่าวว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมากเนื่องมาจากภาระงานมากและเร่งรีบ ปัจจุบันผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าอาการดี ขึ้น แต่ก็ยังมีอาการนานๆครั้ง เมื่อมีอาการก็จะรับประทานยาดังกล่าว

2) มีอาการบาดเจ็บที่ข้อมือขวา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเอ็นอักเสบ ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าเกิดจากลักษณะงานที่ต้องดูแลคนไข้ ต้องยกตัว เช็ดตัว ฉีดยา รวมทั้งการบิดอุปกรณ์ต่างๆซึ่งต้องออกแรงใช้ข้อมือ เช่น การบิดขวด การบิดข้อต่อ การบิดเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าตอนแรกปวดอยู่เป็นปีไม่แน่ใจว่าเป็นอะไร ก็อดทน จนกระทั่งตอนหลังปวดมาก จึงไปพบแพทย์ รักษาโดยการถ่ายภาพ ผู้ร่วมวิจัยยังทำงานประจำปกติ ใช้เวลาส่วนตัวไปทำกายภาพเอง ประมาณ 2-3 เดือน ร่วมกับการรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม NSATE อาการไม่ดีขึ้น ไปพบแพทย์รักษาโดยการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ ฉีดแล้วอาการทุเลาลงแต่ไม่หาย อาการดีขึ้นประมาณ 3 เดือน มีอาการขึ้นมาใหม่ปวดมากขึ้นกว่าเดิม ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า เป็นเพราะยังต้องปฏิบัติงานเหมือนเดิมยังมีหน้าที่เป็นสมาชิกทีม และหัวหน้าทีมการพยาบาล ทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ยกตัว เช็ดตัว ฉีดยาผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างเหมือนเดิม ผู้ร่วมวิจัยกลับไปพบแพทย์อีกครั้ง คราวนี้แพทย์พิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัด ได้ลาหยุดพัก 4 สัปดาห์ อาการยังไม่หาย แพทย์ให้ลาหยุดพักต่ออีก 2 สัปดาห์ แต่รู้สึกเกรงใจผู้ร่วมงานที่ต้องขึ้นปฏิบัติหนักมาก จึงหยุดพักต่ออีกเพียง 1 สัปดาห์ แล้วใส่เฝือกอ่อนและอุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหว (Slap and Splint) ขึ้นปฏิบัติงานตามปกติ แต่ระหว่างทำงานอุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหวกลับสร้างปัญหา เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวจะแข็งเวลาใส่จะกดแทนที่จะเจ็บเฉพาะข้อมือก็เจ็บร้าวทั้งแขน แต่พอเลิกงานมาพักก็ดีขึ้น แต่การผ่าตัดครั้งแรกไม่หายเพราะแผลไม่ดี จึงต้องผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าดีขึ้นตอนนี้ไม่ค่อยปวดมาก แต่ว่าถ้าวันไหนทำงานหนักมากๆ ยกคนไข้มาก เช็ดตัว พลิกตะแคงตัวคนไข้มาก กลับมาห้องจะรู้สึกปวดบางครั้งปวดมากจนทนไม่ได้ก็จะรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม NSATE

3) มีอาการปวดหลัง บริเวณหลังส่วนล่าง เอว และ คอ ไปพบแพทย์ตรวจรักษาโดยให้รับประทานยา แพทย์บอกว่าเกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ จากการดิงการใช้งานมากเช่นยกตัว ผู้ป่วย ใช้น้ำหนักในการรับน้ำหนักมาก

ผู้ร่วมวิจัยมีประสบการณ์ในด้านสัมผัสสิ่งคัดหลั่งและของมีคมหลายครั้ง ได้แก่ 1) เข็มตำจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV Positive 2 ครั้ง 2) ผู้ร่วมงานทำเข็มตักปีกใส่เท้า 3) ผู้ร่วมงานปลดสายเครื่องช่วยหายใจ เสมหะปนกระเด็นเข้าตา

4) ถูกเข็มตำจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV Positive ผู้ร่วมวิจัยล้างมือไล่เลือดออก ไปพบแพทย์ เจาะเลือดตรวจตามขั้นตอนมาตรฐานของโรงพยาบาล เขียนรายงาน Incident Report รับประทานยาต้านไวรัสจนครบคอร์ส คราวนี้ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

5) ถูกเข็มตำอีกครั้งจากผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV Positive ครั้งนี้รับประทานยาต้านไวรัสได้ 2 เม็ด ต้องหยุดรับประทานยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยา มีอาการเวียนศีรษะแบบบ้านหมุน ไปปรึกษาแพทย์ให้หยุดรับประทานยา แต่ยังมีอาการตรวจเช็กละอองตามมาตรฐาน

6) ผู้ร่วมงานทำเข็มตักปีกใส่เท้า ขณะนั้นกำลังยื่นช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยกัน ปรากฏว่าผู้ป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี จึงต้องไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จนครบเจาะเลือดตรวจไม่มีภูมิ แพทย์ให้ฉีดทั้งหมดประมาณ 6 เข็ม เจาะเลือดภูมิต้านทานไม่ขึ้น จึงไม่ต้องฉีดยาอีก นอกจากนี้ได้รับอันตราย

7) เสมหะผู้ป่วยกระเด็นเข้าตาหลายครั้ง เกิดจากต้องดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจภายในหน่วยงานจำนวนมาก บางครั้งเกิดจากผู้ป่วยขยับสายเครื่องช่วยหายใจหลุด บางครั้งเกิดจากผู้ร่วมงานปลดสายแล้วหันมาทางผู้ร่วมวิจัย สายเครื่องช่วยหายใจมีลมและแรงอัดทำให้เสมหะสาดกระเด็นมาเข้าตา ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนโดยไปล้างหน้าล้างตา พิจารณาความเสี่ยงของผู้ป่วย ถ้ามีเชื้อรุนแรงก็จะเขียนรายงานเหตุการณ์ และรับประทานยาตามขั้นตอน แต่ถ้าประเมินว่าผู้ป่วยความเสี่ยงน้อย ก็ไม่เขียนรายงานเหตุการณ์

8) ความเครียด จากภาระงานที่เยอะ คนใช้อาคารหนัก แพทย์ และผู้ร่วมงานต่างๆ ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เข้าใจกัน จากประสบการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงาน ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นในเชิงระบบว่าผู้บริหารต้องตระหนักถึงความสำคัญของอัตรากำลังจัดคนให้เหมาะสมกับงาน และ กล่าวถึงการดูแลชดเชยเมื่อได้รับการบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังกล่าวว่าทุกอาชีพมีผลดีผลเสียจากการประกอบอาชีพทั้งนั้น เราต้องระมัดระวังและดูแลตนเองให้มากขึ้น

พยาบาลรายที่ 4

หญิงไทยโสด อายุ 23 ปี เป็นพยาบาลจบใหม่ ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 4 เดือน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 3 ลักษณะงานเป็นงานบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤติทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ปฏิบัติงานเป็นเวร เช้า-บ่าย-ดึก หน้าที่รับผิดชอบเป็นสมาชิกทีมพยาบาล มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน 1 เหตุการณ์ คือ ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย

1) ถูกผู้ป่วยชาวต่างชาติซึ่งนอนพักรักษาตัวที่ตึกรักษาพยาบาลใกล้ๆ ทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ชนิดหวาดระแวง ในขณะนั้นปฏิบัติงานในเวรเช้าวันอาทิตย์ เวลาประมาณ 14.00 น. ผู้ร่วมวิจัยยืนอยู่ภายในหอผู้ป่วยบริเวณบนเคาเตอร์พยาบาล ต่อมาได้ยินเสียงดังมาจากประตูทางเข้าด้านหน้าหอผู้ป่วย จึงเดินลงมาจากเคาเตอร์เพื่อดูว่าเกิดอะไรขึ้น พบว่ามีชาวต่างชาติผิวคล้ำร่างกายสูงใหญ่ยืนอยู่ติดกับพนักงานทำความสะอาด พยายามจะเข้ามา ทันใดนั้นพนักงานทำความสะอาดด้านแรงไม่ไหวถูกผลักล้มลงบริเวณมุมประตู ชาวต่างชาติวิ่งเข้ามาด้วยความเร็วสูง แกว่งมือมาโดนบริเวณหน้าผู้ร่วมวิจัยล้มลงบริเวณมุมตู้หนังสือหน้าเคาเตอร์ ใบหน้าเป็นรอยแดง คอนแทกเลนส์หลุด หลังจากนั้นผู้ป่วยวิ่งวนรอบเคาเตอร์พยาบาล ภายในหอผู้ป่วย วิ่งไปที่เตียงผู้ป่วยแต่ละเตียงต่างตกใจยกมือไหว้ขออภัยไม่ให้ทำร้าย

ผู้ป่วยชาวต่างชาติจึงหยุดและวิ่งไล่พยาบาลอีกรายไปทางประตูด้านหน้าที่เข้ามา จากนั้นล้มลงหน้าประตูและมีเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ชายสองคนจากตึกที่ผู้ป่วยชาวต่างชาตินอนพักรักษาตัวอยู่มานำตัวกลับไป หลังจากเหตุการณ์ส่งบลงตรวจพบประตูกระจกทางเข้าหอผู้ป่วยแตกร้าวจากแรงกระแทก มีการดำเนินการต่อโดยพยาบาลหัวหน้าเวร แจ้งเหตุการณ์ต่อพยาบาลผู้ตรวจการ บันทึกรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าเจ็บบริเวณหน้าซีกซ้าย และรู้สึกขา เถาว่าต้องทำเรื่องยุ่งยากเพิ่มเติม คือ ต้องเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆหลายรอบให้ผู้ตรวจการหลายคนฟัง ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าความรู้สึกตอนนั้นไม่พร้อมที่จะเล่า นอกจากนั้นต้องไปติดต่อตรวจร่างกายที่แผนกฉุกเฉิน วันต่อมาต้องไปที่นิติเวช และทำให้เสียเวลา เสียเงินซื้อคอนแทกเลนส์ใหม่ ในส่วนของตัวผู้ป่วยหรือญาติไม่มีการมาขอโทษ ในส่วนของกลุ่มงานพยาบาลก็ไม่มีการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรือแสดงความเสียใจใดๆ วันแรกกลับไปรู้สึกไม่เชื่อว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัว ร้องไห้กับเพื่อนและครอบครัว หวาดระแวงกลัวว่าจะมีคนมาทำร้ายอีก คิดว่างานพยาบาลเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย เมื่อเวลาผ่านไปความรู้สึกก็เริ่มดีขึ้น ผู้ร่วมวิจัยเสนอว่า เมื่อมีเหตุการณ์ลักษณะพยาบาลถูกทำร้ายร่างกายเกิดขึ้นอยากให้ผู้ป่วยหรือญาติมาขอโทษ หรือแสดงความเสียใจ อยากให้เคารพในคุณค่าของตัวพยาบาล และอยากให้กลุ่มงานพยาบาลแสดงความเสียใจ รวมทั้งมีกองทุนสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย และควรมีมาตรการหรือกฎหมายรองรับในการคุ้มครองพยาบาลด้วย

พยาบาลรายที่ 5

หญิงไทยโสด อายุ 34 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 13 ปี 4 เดือน ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 ปี หอผู้ป่วยในแผนกจิตเวช 7 ปี หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชตั้งแต่ปี 2549 ถึง ปัจจุบัน รวม 3 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้การพยาบาลรักษาตามคำสั่งแพทย์ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้ง Trauma และ Non-Trauma ปฏิบัติงานเป็นผลัด เช้า-บ่าย-ดึก ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยโรคจิตเวช ลักษณะงานหอผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ตามลักษณะงานประจำทั่วไป และส่งตรวจรักษาทางจิตเวช จัดกิจกรรมเพื่อการรักษา ลักษณะงานหอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ปฏิบัติงานในเวลาราชการ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์เวลา 7.30 – 16.00 น. และอยู่เวรห้องตรวจฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 16.00 – 21.00 น. รูปแบบการบริการแบบศูนย์กลางการดูแล (Care center) เน้นการบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยนอก ต้องพยายามเข้าถึงผู้ป่วย ต้องรู้อาการทางจิตเวชที่หลากหลาย เน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการและความปลอดภัย หน้าที่รับผิดชอบ จัดสถานที่ในการตรวจเพื่อความปลอดภัย เตรียมอุปกรณ์การตรวจ จัดคิวให้ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ประเมินผู้ป่วยจัดลำดับความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องการมาตรวจ

ตรวจสอบคำสั่งการรักษาและสิทธิการเบิกจ่ายยา ให้การพยาบาลตามคำสั่งการรักษาเช่นฉีดยา ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง วางแผนงานเข้ากลุ่มทำกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ตรวจสอบเวชระเบียนและคูประวัติผู้ป่วยที่จะมาตรวจในวันต่อไปเพื่อวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานได้แก่ 1) ไหล่ตลก 2) คอเป็นหนอง 3) ผู้ป่วยจิตเวชหวาดระแวงทำร้ายร่างกายกระชอกข้อมือขวาแตก 4) ผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวทำร้ายร่างกายข้อมือซ้ายเอ็นฉีก 5) ผู้ป่วยจิตเวชหวาดระแวงเอาคว้ามือชกเข้าไปในกระจก 6) ผู้ป่วยจิตเวชหวาดระแวงเอาเก้าอี้ตีกัน กระจกแตกเศษกระจกบาดมือผู้ร่วมวิจัย

1) **ไหล่ตลก** เป็นขณะปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์วินิจฉัย Myalgia บอกว่าเกิดจากการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไป ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเตียงส่วนใหญ่เป็นรถเข็นนอน ต้องใช้แรงในการดึงเหล็กกั้นเตียงซึ่งมีความหนักมาก ต้องดึงขึ้นดึงลง บางครั้งต้องใช้วิธีขึ้นไปเหยียบบนรถเข็นนอน (Stretcher) แล้วจึงดึงขึ้น ผู้ร่วมวิจัยปฏิเสธการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นเนื่องจากผู้วิจัยไม่เคยทำงานพิเศษอื่นข้างนอกและกิจวัตรประจำวันอยู่หอพักพยาบาล เสื้อผ้าก็ส่งซัก จึงมั่นใจว่ามีสาเหตุมาจากการปฏิบัติงาน ครั้งนี้แพทย์ให้การรักษาโดยให้รับประทานยาแก้ปวดอีกเสบ สวมอุปกรณ์ในการพยุงไหล่ และแนะนำไม่ให้ใช้งานหรือออกแรงบริเวณไหล่มาก ซึ่งผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าเป็นไปได้เล็กน้อย หลังรักษาอาการจึงยังไม่ดีขึ้น จนกระทั่งผู้ร่วมวิจัยย้ายออกจากหน่วยงานดังกล่าว อาการจึงดีขึ้น ใช้เวลาประมาณ 1 ปีหลังจากย้ายหน่วยงาน

2) **คอเป็นก้อนและเป็นหนอง** เป็นขณะปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าไม่แน่ใจว่าสาเหตุเกิดจากอะไร แต่สังเกตพบว่ามีผู้ร่วมงานในขณะนั้นป่วยเป็นวัณโรค 7 คน สิ่งแวดล้อมแผนกฉุกเฉินในขณะนั้นจะไม่มีกั้นห้องผู้ป่วยติดเชื่อ จะเป็นห้องโถงรวมไม่มีกั้นห้อง และช่วงนั้นรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคและเป็นโรคเอดส์ระยะสุดท้ายมานอนเรียงกันหลายรายญาติมาปล่อยทิ้งไว้บางรายอยู่นาน ถึง 9 เดือน ช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิตเกือบทุกวัน ทุกวัน ผู้ร่วมวิจัยมีความรู้สึกกลัวเพราะเห็นจากผู้ร่วมงานเป็นวัณโรค จึงไปพบแพทย์ แพทย์บอกเกิดจากร่างกายพยายามสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมา ครั้งนั้นแพทย์รักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนที่คอกออก แต่คอก็จะมีหนองอยู่ ผู้ร่วมวิจัยจึงเขียนขอย้ายหน่วยงาน หลังจากย้ายออกมาอาการก็ดีขึ้น

3) **กระชอกข้อมือขวาแตก** ขณะปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานเวรคืน มีเจ้าหน้าที่ในเวร คือพยาบาล 1 คน และ ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ในช่วงเวลาเช้าที่เกิดเหตุ ผู้ช่วยพยาบาลออกไปนอกหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ซักล้าง ผู้ร่วมวิจัยกำลังทำกิจกรรมวัดสติปัญญาณชีพ อยู่ภายในแผนก ผู้ป่วยจิตเวชเดินตรงเข้ามาเตะ ที่แขนและขา ผู้ร่วมวิจัยใช้มือพยายามปิด ป้องกันตนเอง พยายามล็อกแขนผู้ป่วย ขณะนั้นมีผู้ป่วยอื่นพยายามเข้ามาช่วย ผู้ร่วมวิจัยจึงไปกดออกเรียกพนักงานรักษาความปลอดภัย เหตุการณ์วันนั้นทำให้ได้รับ

บาดเจ็บกระดูกข้อมือขวาแตก ต้องเข้าเฝือกและลาหยุด ประมาณ 3 สัปดาห์ เขียนบันทึกรายงาน และไปตรวจนัดเวชตามขั้นตอนของโรงพยาบาล ปัจจุบันยังมีรอยโรคจากการบาดเจ็บ คือมีความรู้สึกปวดแปล็บเป็นบางครั้ง ขณะใช้มือยกของหนักหรือออกแรงดึง แพทย์บอกว่าเอ็นฉีกขาดข้างใน

4) **ข้อมือซ้ายเอ็นพลิก** เกิดขึ้นในปีต่อมาคนไข้ก้าวร้าวอีก ควบคุมตัวเองไม่ได้ ตามพนักงานรักษาความปลอดภัยเพื่อจับผู้ป่วยมัด แต่ผู้ป่วยนำอุปกรณ์ที่มีรอบตัว ทบตีพนักงานรักษาความปลอดภัย บาดเจ็บ คิ้วแตก แขนแตก ผู้ร่วมวิจัยเข้าไปช่วย นำผ้าปูที่นอนคลุมคนไข้ และพยายามล็อกข้อมือผู้ป่วย ผู้ป่วยต่อสู้บิดข้อมือมือผู้ร่วมวิจัย มืออีกข้างหนึ่งที่ยังไม่โดนล็อกก็หลุดออกมาจิกข้อมือผู้ร่วมวิจัย จนเกิดอันตรายกับมือข้างซ้ายบริเวณข้อมือเอ็นพลิก เขียนบันทึกรายงาน และไปตรวจนัดเวชตามขั้นตอนของโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาใส่เฝือกอ่อนประมาณ 2- 3 สัปดาห์

5) **ผลถลอกเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชคว่ำมือชกกระจก** ขณะกำลังนั่งทำกิจกรรม CBT (Cognitive Behavior Therapy) กำลังทำกลุ่มผู้ป่วยอยู่ ทำกลุ่มกระบวนการเรื่องการปรับความคิด พฤติกรรม แล้วผู้ป่วยก็มีหูแว่วขึ้นมา ใครถามใครเรียกอะไรก็วิ่งไปชกกระจก ผู้ร่วมวิจัยเข้าไปจับแขนจับมือผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ทุบกระจก จับล็อกไม่ให้ชกโดยจับมือผู้ป่วยพลิกไป แต่ผู้ป่วยก็ยังชกไปในกระจกอีกหลายครั้ง จากนั้นมีเจ้าหน้าที่อื่นวิ่งเข้ามาช่วยจึงยุติเหตุการณ์ได้ เหตุการณ์ครั้งนั้นทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับบาดเจ็บ มีสะเก็ดแผล แบบถลอก กระจกบาดเล็กน้อย

6) **ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงหยิบเก้าอี้มาตีกันกระจกแตกเศษกระจกบาดมือ** ผู้ร่วมวิจัยพยายามเข้าไปขวาง ไปดึงเก้าอี้ ผู้ป่วยก็ตีกันจนล้มไปโดนกระจก กระจกแตกทั้งบาน ทำให้ได้รับบาดเจ็บโดนเศษกระจกบาด

พยาบาลรายที่ 6

หญิงไทยโสด อายุ 41 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 19 ปี 4 เดือน เคยปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม 1 ปี ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด 16 ปี และปัจจุบันปฏิบัติงานห้องฉีดสีสวนหัวใจมาเป็นเวลา 2 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้การพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยอาการหนักช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ช่วยส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อน ต้องช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่อุปกรณ์เพื่อการตรวจรักษาเข้าไปในตัวผู้ป่วย ปฏิบัติงานเป็นผลัด เช้า – บ่าย ดึก และได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษเป็นกรรมการทางการพยาบาล และทำกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงาน ลักษณะงานห้องฉีดสีสวนหัวใจคล้ายพยาบาลห้องผ่าตัด ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือขณะแพทย์ทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ

ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจและใส่เครื่องช็อกหัวใจชนิดถาวร ความรับผิดชอบส่งอุปกรณ์ขณะแพทย์ทำหัตถการและเป็นพยาบาลรอบนอก ล้าง เช็ด เก็บอุปกรณ์ก่อน-หลังแพทย์ทำหัตถการ ปฏิบัติงานช่วงเช้าในเวลาราชการ(วันจันทร์- ศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น.) และอยู่เวรนอกเวลาราชการ(วันจันทร์- ศุกร์ เวลา 16.00 – 20.00 น.และ วันเสาร์ – อาทิตย์ เวลา 8.00 – 16.00 น.) รวมทั้งมีเวรรอเรียกกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือด เรียกได้ตลอด 24 ชั่วโมง) บางครั้งในวันจันทร์ถึงศุกร์ระยะเวลาปฏิบัติงานอาจไม่แน่นอนถ้าผู้ป่วยอาการหนักพยาธิสภาพของโรครุนแรงก็ต้องเลื่อนเวลาปฏิบัติงานต่อไปอีก และได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษเพื่อพัฒนาวิชาชีพ ได้แก่การทำกิจกรรมคุณภาพต่างๆ มีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการทำงาน ได้แก่ 1) เลือดผู้ป่วยที่มีผลเลือด Anti HIV Positive กระเด็นเข้าตา 2) ปวดศีรษะไมเกรน

1)เลือดของผู้ป่วยที่ Anti HIV Positive กระเด็นเข้าตา เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นขณะเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือในห้องฉีดสีสวนหัวใจ ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าวันที่เกิดเหตุช่วงเช้าช่วยส่งเครื่องมือแพทย์ในการทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ ผู้ป่วยรายแรกเป็นไวรัสตับอักเสบบี ผู้ร่วมวิจัยใส่อุปกรณ์ป้องกันครบ ได้แก่ แว่นตา ถุงมือ ถุงเท้า กาวน้ยาว หมวก ผ้าปิดปากปิดจมูก ในรายแรกนี้ไม่มีอันตรายเกิดขึ้น ต่อมาช่วยส่งเครื่องมือทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจถาวรในผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า เนื่องจากในช่วงเช้าสวมแว่นตาป้องกันขณะปฏิบัติงาน แล้วรู้สึกมองเห็นไม่ถนัด เพราะเวลาหายใจมีไอพุ่งย้อนขึ้นมา ทำให้ปฏิบัติงานไม่ถนัด จึงไม่สวมแว่นป้องกันขณะปฏิบัติงาน เมื่อเกิดเหตุเลือดของผู้ป่วยกระเด็นจึงสัมผัสกับตาของผู้ร่วมวิจัย หลังเกิดเหตุการณ์ผู้ร่วมวิจัยเขียนใบบันทึกรายงานเหตุการณ์ พบแพทย์ และตรวจเลือดสม่ำเสมอตามขั้นตอน แพทย์ให้รับประทานยาต้านไวรัส เกิดผลข้างเคียงในช่วงแรกที่รับประทานยา มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ จนไม่สามารถเดินทางไปทำกิจวัตรประจำวันได้ครบถ้วนเหมือนปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปัจจุบันรับประทานยาครบคอร์สแล้ว และติดตามผลเลือดครบ 6 เดือน

2)มีอาการปวดศีรษะไมเกรน ขณะปฏิบัติงานอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติระบบหัวใจและหลอดเลือด (CCU) ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าเริ่มเป็นตั้งแต่ปี 2548 (ขณะนั้นปฏิบัติงานพยาบาลมาแล้ว 15 ปี) อาการเป็นมากขึ้นเวลาที่ต้องขึ้นปฏิบัติงานเวรดึก นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อาการปวดเป็นมากต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา อาการปวดแต่ละครั้งต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องใช้ยาที่มีความแรงได้แก่ Mophine และ Pethedine ผู้ร่วมวิจัยต้องหยุดงานโดยใช้ทั้งวันลาป่วยและใช้วิธีแลกเวรกับผู้ร่วมงานเพื่อใช้วันหยุดส่วนตัวของตนเองเมื่อมีอาการปวดศีรษะแต่ละครั้ง จึงตัดสินใจขอย้ายหน่วยงานเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานที่ไม่ต้องปฏิบัติงานเป็นผลัดเช้า-บ่าย-ดึก เพื่อให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น

พยาบาลรายที่ 7

หญิงไทยโสด อายุ 34 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 13 ปี 4 เดือน ปัจจุบันปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ลักษณะงานหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเหมือนพยาบาลรายที่ 3 ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ประสบการณ์เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน 6 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) ให้การพยาบาลดูดเสมหะแล้วเสมหะของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกระเด็นเข้าตา 2) ช่วยแพทย์ทำหัตถการ แพทย์ดันเลือดจากถุงเข้าสู่ตัวผู้ป่วยหมุนข้อต่อไม่แน่นเลือดกระเด็นเข้าตาพยาบาล 3) ถูกเข็มที่แทงเข้าหลอดเลือดดำผู้ป่วยตำ 4) เครียดกับงานจนนอนไม่หลับ 5) เดินปฏิบัติงานตลอดเวรจนปวดน่อง 6) ถูกผู้ป่วยทำร้ายขณะให้การพยาบาลโดยการเอาศอกและเข้ามาลองที่ท้อง 7) การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลบางครั้งก็ทำให้เกิดความเครียดอดใจ 8) มีอาการเจ็บคอเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

1) ให้การพยาบาลดูดเสมหะแล้วเสมหะของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี กระเด็นเข้าตา เกิดขึ้นขณะผู้ร่วมวิจัยเข้าไปดูดเสมหะ (Suction) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ร่วมวิจัยสวมใส่แว่นตาป้องกัน เพราะรู้ว่าผู้ป่วยไอแรง และมีผู้ร่วมงานเข้าไปช่วยจับท่อช่วยหายใจ โดยจับท่อหันออกจากตัวผู้ช่วยเอง ขณะทำการดูดเสมหะผู้ร่วมวิจัยใส่น้ำเกลือ (0.9% NSS Dilute) ลงในท่อช่วยหายใจ ป่วยไอแรงจนเสมหะกระเด็นเข้าตา ผู้ร่วมวิจัยรีบไปล้างหน้า รายงานหัวหน้าเวร หัวหน้าหอ เขียนใบรายงานเหตุการณ์ส่งตามลำดับชั้นสายการบังคับบัญชา ไปพบแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ ให้การรักษาฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และเจาะเลือดตรวจทุก 3,6, 9, 12 เดือน ผลเลือดปกติ

2) ช่วยแพทย์ทำหัตถการ แพทย์ดันเลือดจากถุงเข้าสู่ตัวผู้ป่วยหมุนข้อต่อไม่แน่น เลือดกระเด็นเข้าตาพยาบาล เกิดขึ้นขณะผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเลือดออกมาก ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็ว แพทย์จึงดูดเลือดจากถุงแล้วดันเข้าสู่ตัวผู้ป่วยผ่านข้อต่อ 3 ทาง (T-way) ขณะนั้นหมุนข้อต่อไม่แน่นทำให้หลอดเลือดกระเด็นเข้าตาพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยรีบไปล้างออกโดยให้น้ำไหลผ่านตา และเจาะเลือดตรวจทั้งของตนเองและผู้ป่วย ดู Anti HIV และ ไวรัสตับอักเสบบี ผลเลือดออกมาปกติ ผู้ร่วมวิจัยไม่ได้เขียนใบบันทึกรายงานเหตุการณ์ เนื่องจากเห็นว่าเป็นเลือดจากถุงที่ได้รับบริจาค ความเสี่ยงน้อยจึงไม่ได้ดำเนินการต่อ เนื่องจากขณะเกิดเหตุการณ์ครั้งแรกเกิดความรู้สึกด้านลบคือบอกรหัวหน้าแล้วรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเห็นใจ

3) ถูกเข็มที่แทงเข้าหลอดเลือดดำผู้ป่วยตำ เกิดขึ้นขึ้นขณะปฏิบัติงานเวรดึก ผู้ร่วมวิจัยเข้าไปแทงหลอดเลือดเพื่อให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ขณะนั้นมีผู้ร่วมงานเข้าไปช่วยกันหลายคน และมีคนหนึ่งวางเข็มไว้แล้วไม่ได้สวมปลอก ผู้ร่วมวิจัยไม่เห็น วางมือราบกับพื้นทำให้

การมอบหมายงานจากหัวหน้าว่าวันรุ่งขึ้นต้องอยู่ที่ทีมผ่าตัดกับแพทย์ทีมไหน มีการทำผ่าตัดอะไรบ้าง ห้องไหนบ้าง เพื่อที่จะต้องมีการเตรียมพร้อม ทั้งกรณีการผ่าตัดแบบที่เคยเข้าช่วยแพทย์แล้วและการผ่าตัดที่ไม่เคยเข้าช่วยแพทย์มาก่อนต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม และต้องเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ไว้ให้พร้อม ถ้าต้องใช้เครื่องมือชนิดพิเศษต้องดำเนินการติดต่อ ทั้งภายในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่บริษัทให้จัดหาอุปกรณ์มาให้พร้อม เช้าวันรุ่งขึ้นมีหน้าที่หยิบเครื่องมือที่วางแผนจัดสรรไว้ล่วงหน้าดังกล่าว ให้ครบทุกการทำผ่าตัด ประชุมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยช่วงเช้า (Conference) จากนั้นดูแลผู้ป่วยประเมินอาการ ชักประวัติ การแพทย์ การงดน้ำงดอาหารก่อนทำผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด ประสานงานกับหอผู้ป่วยในการเตรียมเลือด และประสานงานทั่วไป นอกจากนั้นได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพเกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน 3 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) ระหว่างส่งเครื่องมือให้แพทย์ทำผ่าตัดกระโหลกศีรษะ เลือดสดกระเด็นเข้าที่หน้า 2) ปวดขา 3) เครียด

1)ระหว่างส่งเครื่องมือให้แพทย์ทำผ่าตัดกระโหลกศีรษะ เลือดสดกระเด็นเข้าที่หน้า ผู้ร่วมวิจัยอยู่เวรผ่าตัดฉุกเฉินในวันพฤหัสบดี มีพยาบาลอยู่เวรทั้งหมดรวม 3 คน และตามเกณฑ์สามารถ เปิดห้องผ่าตัดได้ 3 ห้อง ในวันนั้นมีผู้ป่วยทางระบบประสาทต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่พยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลอีกหนึ่งคนทำหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ด้วยความรีบเร่งเนื่องจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้ผู้ร่วมวิจัย ลืมสวมแว่นตาป้องกันขณะช่วยแพทย์ทำผ่าตัด แพทย์ทำการผ่าตัดลงบนกระโหลกศีรษะด้วยความยากลำบาก เนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้ในการตัดมีรอบในการหมุนเพื่อตัดกระโหลกศีรษะต่ำ ผู้ร่วมวิจัยเล่าต่อไปว่าว่าปกติการผ่ากระโหลกศีรษะจะใช้อุปกรณ์อีกรุ่นหนึ่งที่มีรอบในการหมุนเร็วกว่านี้ แต่อุปกรณ์ชนิดนี้จะมีอยู่ที่ห้องผ่าตัดเฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาทเท่านั้น ดังนั้นแพทย์จึงใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่และต้องออกแรงมากในการผ่ากระโหลก แรงที่ตกลงไปบนอุปกรณ์ที่หมุนอยู่บนกระโหลกศีรษะ ร่วมกับความเร็วของแพทย์ ทำให้เลือดสดกระเด็นมาด้วยความแรงเต็มหน้าพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยตกใจ ทำอะไรไม่ถูก เดินไปหาพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ขอให้ช่วยเช็ดเลือดออกให้ก่อน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าในขณะนั้นทำได้แค่เช็ดเลือดออก ไม่ได้ไปล้างหน้าล้างตา เนื่องจากยังไม่มีพยาบาลอื่นมาเปลี่ยน เพราะพยาบาลที่เหลืออีกหนึ่งคนกำลังรับส่งเวรอยู่ที่ห้องผ่าตัดเฉพาะทางซึ่งอยู่คนละตึกกัน ผู้ร่วมวิจัยจึงต้องปฏิบัติงานส่งเครื่องมือผ่าตัดใน case ดังกล่าวต่อ ขณะนั้นผู้ร่วมวิจัยมีความรู้สึกกลัวเนื่องจากผู้ป่วยฉุกเฉินผลเลือดผู้ป่วยยังไม่ออก ขณะเกิดเหตุการณ์เป็นเวลาประมาณ 19.00 น. แต่มีพยาบาลมาเปลี่ยนเวลา 21.00 น. จากนั้นผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามทำตามขั้นตอนของโรงพยาบาลโดยไปพบแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินแพทย์ซักประวัติและลงบันทึกไว้ ล้างทำความสะอาดเจาะเลือดผู้ร่วมวิจัยเพื่อตรวจหาเชื้อในเบื้องต้น เมื่อเสร็จขั้นตอนที่

หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ร่วมวิจัยกลับไปที่ห้องผ่าตัดขอให้วิสัญญีเจาะเลือดผู้ป่วยไปตรวจเพื่อค้นหาโรคติดเชื้อ เขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์ ผู้ร่วมวิจัยไปพบแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อในวันจันทร์เนื่องจากแผนกโรคติดเชื้อปิดเสาร์-อาทิตย์ ผู้ร่วมวิจัยเล่าเหตุการณ์ให้แพทย์ฟังและตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ในระหว่างนั้นก็ยังมีควมวิตกกังวลกลัวติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วยจนรับประทานอาหารไม่ได้ในช่วงแรก หลังจากนั้นก็มีการติดตามผลเลือดของผู้ร่วมวิจัยเป็นระยะจนครบ 1 ปี

2)ปวดขา ผู้ร่วมวิจัยมีอาการปวดขาขณะทำงาน โดยเฉพาะช่วงปีแรกที่เป็นน้องใหม่เข้ามาทำงานในปีแรกจะไม่ได้นั่งเลย ต้องเดินและยืนตลอด ถ้าว่างหรือไม่ได้เข้า case ส่งเครื่องมือผ่าตัด ก็จะต้องนำไม้ต่อขาหรือเก้าอี้มาขึ้นต่อขาเพื่อดูการทำผ่าตัด อาการปวดขาผู้ร่วมวิจัยแก้ไขโดยซื้อถุงน่องพุงขามาสวมใส่เอง ทำให้อาการทุเลาลง และปัจจุบันยังมีอาการปวดขาช่วงวันหยุดยาว หรือวันเสาร์-อาทิตย์ เมื่อมาเริ่มทำงานใหม่จะมีอาการปวดขา ก็จะใช้วิธีนอนยกขาสูง

3)เครียด ผู้ร่วมวิจัยเล่าถึงสุขภาพจิตมีความรู้สึกเครียดเนื่องจากลักษณะงานที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ กล่าวคือในระหว่างส่งเครื่องมือผ่าตัด แพทย์จะมีความเครียดอยู่แล้วก็จะมาระบายอารมณ์กับพยาบาลโดยการหงุดหงิด บ่น โวยวายเรื่องเตรียมของไม่ครบ หรือเครื่องมือไม่พร้อม รวมทั้งการสื่อสารกับแพทย์ที่เข้าใจไม่ตรงกันก็ส่งผลให้เกิดความเครียดด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัยยังเล่าถึงความเครียดที่เกิดจากงานด้านคุณภาพที่ได้รับมอบหมายให้ทำภายในหน่วยงานด้วย

พยาบาลรายที่ 9

หญิงไทยโสด อายุ 27 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลรวม 3 ปี 4 เดือน ปัจจุบันปฏิบัติงานหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 4 ลักษณะงานให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่สมาชิกทีมการพยาบาลได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันแตกต่างกันหมุนเวียนสลับกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉิน trauma และ non-trauma ผู้ป่วยในการดูแลมีลักษณะหลากหลายทั้งผู้ป่วยทางอายุรกรรม และศัลยกรรม การทำงานต้องรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์โดยตรง นำคำสั่งการรักษาไปปฏิบัติกับผู้ป่วย การให้ยาและให้การพยาบาลจะตรวจสอบทบทวนกับหัวหน้าทีมหรือหัวหน้าเวรก่อนลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีภาระงานในส่วนของการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ เจาะหลังเจาะปอด เจาะตับ และเฝ้าสังเกตอาการใกล้ชีวิตเรื่องของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีงานที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยคืองานเอกสารที่ต้องรับผิดชอบทำให้เสร็จทุกครั้งที่คุณดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ได้แก่ การเขียน nurse's note ,ไป nursing care, ไป high alert

drug, เป็นต้น ประสบการณ์เกิดอันตรายจากการปฏิบัติงาน 3 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) อุบัติเหตุเข็มตำ และแอมป์ยาบาด 2) ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย 3) ความรู้สึกเครียดเบื่อหน่ายในงานจากสื่อสารไม่เข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ร่วมงาน ได้แก่ แพทย์ คนงาน และเจ้าหน้าที่เวรเปล

1) **อุบัติเหตุจากเข็มตำ และแอมป์ยาบาด** ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่าอุบัติเหตุขณะทำงาน เกิดขึ้นจากความรีบเร่งในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การถูกเข็มที่ใช้เตรียมยาเพื่อไปฉีดยาผู้ป่วยตำ และ หัก แอมป์ยาแตกบาดมือได้รับบาดเจ็บและต้องทิ้งยาที่แตกไป นอกจากนี้ยังเคยโดนเข็มที่ฉีดยาผู้ป่วยแล้ว ตำมือตนเองในขณะที่สวมปลอกเข็ม

2) **ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย** ผู้ร่วมวิจัยถูกผู้ป่วยที่ก้าวร้าวทำร้ายร่างกาย เหตุการณ์เกิดขึ้นขณะที่ให้การพยาบาลเจาะเลือด ผู้ป่วยจะใช้มือปิดป้องและสู้ต่อต้านการทำงานของพยาบาล โดยการจับแขนพยาบาลบิด และกำไว้แน่น จนเป็นรอยแดงและรอยเล็บ

3) **ความรู้สึกเครียดเบื่อหน่ายในงานจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ร่วมงาน ได้แก่ แพทย์ คนงาน และเจ้าหน้าที่เวรเปล** ผู้ร่วมวิจัยเล่าถึง เหตุการณ์ความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยกับผู้ป่วยหรือญาติว่า เกิดจากผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจ ลักษณะกริยาที่พยาบาลแสดงออกมาเช่น สีหน้า ท่าทาง ที่แสดงถึงการใช้อารมณ์ ซึ่งพยาบาลไม่ได้ มีปฏิกิริยาหรือตั้งใจที่จะกระทำต่อญาติหรือผู้ป่วย แต่เป็นความบังเอิญที่มีการเข้ามาติดต่อกันระหว่าง นั้น การปรับอารมณ์ไม่ทันทำให้เกิดการเข้าใจผิด หรือในบางครั้งความไม่เข้าใจกันเกิดจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้ ครอบคลุมความต้องการด้วยข้อจำกัดที่มีอยู่ของโรงพยาบาล เช่นผู้ป่วยต้องการที่จะนอนรักษาในโรงพยาบาล แต่ต้องนอนรอเตียงในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยหรือญาติจึงเกิดความไม่พอใจจนเกิดการตอบโต้กับพยาบาล จนบางครั้งมีปากเสียงกัน เมื่อถึงขั้นมีปากเสียงผู้ร่วมวิจัยจะหยุดและรับฟังก่อนว่าผู้ป่วยหรือญาติคิดอย่างไร ซึ่งผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า “ในฐานะผู้ให้บริการเราควรที่จะฟังเค้าก่อน และอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติฟังส่วนเค้า จะพอใจหรือไม่อีกส่วนหนึ่ง” สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้สึก เบื่อหน่าย รวมทั้งกับแพทย์ก็มีเคยมีประสบการณ์ความขัดแย้งถ้าแพทย์ใช้อารมณ์ที่รุนแรง ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าก็จะใช้วิธีเฉย ถามตอบเท่าที่จำเป็น และพูดกับแพทย์ดีๆ นอกจากนี้การติดต่อสั่งงานกับเจ้าหน้าที่คนงาน และ เวรเปล ไม่ค่อยได้รับการตอบสนองคำสั่งเนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่มีอาวุโสน้อยทำให้ไม่ได้รับความสะดวกในการทำงาน

พยาบาลรายที่ 10

หญิงไทยคู่ อายุ 26 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 2 ปี 4 เดือน ปัจจุบันปฏิบัติงานห้องผ่าตัดเป็นเวลารวม 2 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 4 ลักษณะงานพยาบาลห้องผ่าตัดแบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่ 1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) และ 2)

พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulate Nurse) หน้าที่ขณะปฏิบัติงานประเมินผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่วนหน้าที่ในการส่งเครื่องมือจะต้องรู้ว่าเป็นการผ่าตัดอะไร ต้องเตรียม เครื่องมืออะไรบ้าง และขณะส่งผ่าตัดต้องส่งเครื่องมือให้เป็นไปด้วยดีไม่มีอุปสรรคระหว่างผ่าตัด เมื่อเสร็จสิ้นการทำผ่าตัดก็ต้องตรวจนับเครื่องมือผ้าซับเลือดให้ครบ ก่อนแพทย์จะเย็บปิดแผลผ่าตัด รวมถึงหน้าที่ติดต่อญาติในกรณีการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนให้ทราบอาการผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลพูดถึง อันตรายจากการทำงานของตนเองในแง่ของ ความเสี่ยงจากการส่งรับเครื่องมือจากแพทย์อาจทำให้ ถูกของมีคมทิ่มตำได้ รวมทั้งความเสี่ยงจากสิ่งคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา นอกจากนี้ยังพูดถึงความเสี่ยง ในด้านของการถูกฟ้องร้องกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนมีอุปกรณ์ตกค้างในแผลผ่าตัด ในส่วนของ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์อันตรายจากการปฏิบัติงานคือ

1) ถูกมีดผ่าตัดทิ่มมือขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด ขณะที่เกิดเหตุการณ์ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่าตอนนั้น อาจเกิดจากตนเองมีประสบการณ์น้อยและขาดความระมัดระวัง รวมทั้งจำนวนแพทย์ที่เข้าผ่าตัดมี น้อยกว่าปกติ เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นขณะผู้ให้ข้อมูลส่งเครื่องมือผ่าตัด Case LC ปกติจะมีแพทย์ Surgeons หนึ่งคน แล้วยัง Assist สองคน แต่ในวันดังกล่าวมีแพทย์ Assist เพียงหนึ่งคน และผู้ ร่วมวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล Scrub Nurse ในขณะที่แพทย์ลงมือผ่าตัดตำแหน่งแรกบริเวณสะดือ แพทย์ ต้องใช้อุปกรณ์ Clamp มาก และต้องมีคนช่วยดึง Retractor เพื่อเปิดให้เห็นตำแหน่งภายในช่องท้อง ผู้ร่วมวิจัยจึงต้องช่วย ดึง Retractor ด้วย ในขณะเดียวกัน แพทย์ขอให้ส่งมีดผ่าตัดให้ ซึ่งมีอยู่ข้าง หนึ่งของพยาบาลถือ Retractor อยู่ มืออีกข้างหนึ่งจึงต้องเอื้อมหยิบมีดบนโต๊ะซึ่งอยู่ไม่ใกล้ จึงทำ ให้มีดตำมือพยาบาล หลังถูกมีดตำมือผู้ร่วมวิจัยออกจาก Case ถอดถุงมือ ล้างมือ รายงานหัวหน้า เหวร เก็บเลือดผู้ป่วยตรวจหาโรคติดเชื้อ และไปพบแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินดำเนินการตาม ขั้นตอนของโรงพยาบาลเมื่อถูกของมีคมที่สัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วยทิ่มตำ และเขียน Incident report (ใบรายงานเหตุการณ์) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นคือกลัวติดเชื้อโรคติดเชื้อจากผู้ป่วย ส่วนความรู้สึกต่อ การเขียน ใบรายงานเหตุการณ์นั้นคิดว่าเป็นหลักฐานสำหรับการคุ้มครองตัวผู้ร่วมวิจัยในอนาคต และมีหัวหน้าหอคอยดูแลให้คำแนะนำขั้นตอนในการเขียน

พยาบาลรายที่ 11

หญิงไทยโสด อายุ 27 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลรวม 3 ปี 4 เดือน ปัจจุบัน ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 4 ดูแลผู้ป่วยที่ เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม มีบทบาทเป็นสมาชิกทีมการพยาบาล มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แบบ Total care ทุกวันจะมีกิจกรรมในการเช็ดตัว ดูแลเรื่องการให้ยา ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ดูแลส่งตรวจต่างๆ รวมทั้งประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น เช่น ความวิตกกังวล ผู้ป่วย อยากรกลับบ้าน หรือปัญหาทางการเงิน ผู้ร่วมวิจัยมีประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการทำงานคือ

1) ถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย โดยการถือคอกออกจากห้องผู้ป่วย 2) โคนเลือดจากสายน้ำเกลือผู้ป่วย Anti HIV positive กระเด็นเข้าตา 3) เข็มตำ 4) ที่แขนน้ำเกลือลวงใส่แต่คว่ำไว้ทัน

1) ถูกญาติผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย โดยการถือคอกออกจากห้องผู้ป่วย เกิดขึ้นขณะที่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารระยะสุดท้าย ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า ผู้ป่วยมีลูก 3 คน โดยปกติลูกคนที่ 1 และ 2 จะมีบทบาทในการตัดสินใจการรักษาและมีความเห็นตรงกันว่าให้แพทย์ทำการรักษาอย่างเต็มที่ ส่วนลูกคนที่ 3 ไม่ถูกกับพี่คนที่ 1 และ 2 และมีความคิดเห็นที่แตกต่างคือไม่ยอมให้ไปทำอะไรกับผู้ป่วยแล้ว ไม่ยอมให้ผู้ป่วยเจ็บป่วย อยากให้การเสียชีวิตของแม่ไม่ทุกข์ทรมาน อยากให้แม่ไปสบาย ในวันที่เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยมีอาการความดันต่ำลงตั้งแต่ช่วงเย็น พยาบาลจึงเข้าไปวัดความดันบ่อย จนกระทั่งเวลาประมาณ 2 ทุ่ม พยาบาลเข้าไปวัดความดันซ้ำอีกครั้ง ลูกชายคนที่ 3 อยู่กับผู้ป่วยก็ถามว่าตอนนี้รักษาแม่เค้าอย่างไร พยาบาลอธิบายให้ฟังคร่าวๆว่าขณะนี้ผู้ป่วยเริ่มความดันต่ำๆ พยาบาลจึงถามกลับไปว่าคุณได้คุยกับพี่คนที่ 1 และ 2 ของคุณหรือยัง ถึงแนวทางการรักษาและตกลงกันอย่างไร ญาติผู้ป่วยรายนี้ก็พูดว่าเค้าอยากให้แม่เค้าไปสบายที่สุดในระหว่างนี้ผู้ป่วยก็เริ่มบ่นเจ็บบริเวณที่วัดความดัน เนื่องจากวัดบ่อย ญาติผู้ป่วยคนนี้ก็ถามว่าทำไมต้องวัดบ่อย พยาบาลก็อธิบายต่อว่า คนไข้เริ่มความดันต่ำ แล้วก็บอกว่า อาจจะต้องมาวัดความดันบ่อย ญาติผู้ป่วยก็พูดลอยๆออกมาว่าเค้าอยากให้แม่เค้าไปสบาย และตัวเค้าเองก็เพิ่งออกมาจากคุก ในขณะนั้นพยาบาลไม่ได้สังเกตเห็นว่าญาติผู้ป่วยคนนี้ไม่พอใจ และไม่ได้สนใจคำพูดที่บอกว่าเพิ่งออกมาจากคุกนั้นพูดขึ้นเพื่ออะไร พยาบาลเดินออกจากห้องผู้ป่วยและเดินกลับมาอีกครั้งเวลา 3 ทุ่มครึ่ง เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพซ้ำ พบว่าผู้ป่วยมีไข้และความดันตก จึงรายงานแพทย์เวร ตั้งการรักษาให้เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ จากเส้นเลือดส่วนกลาง และเส้นเลือดส่วนปลาย และให้ยาเพิ่มความดัน พยาบาลผู้ร่วมวิจัยจึงเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวพร้อมแพทย์ โดยบอกอธิบายญาติผู้ป่วยตลอดถึงเหตุผลและการปฏิบัติการรักษาแก่ผู้ป่วยในขณะนั้น พยาบาลและแพทย์ได้เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ และ ให้ยาทางหลอดเลือดดำเสร็จแล้ว ในระหว่างที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยเริ่มมีระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยน สับสน และเริ่มอารมณ์ไม่ดี พยาบาลสังเกตพบว่ามีมือข้างที่ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำมีการรั่วซึม จึงหยิบมือผู้ป่วยขึ้นมาดูแล้วบอกว่าอาจจะต้องแทงใหม่ บอกผู้ป่วยว่าต้องเจ็บอีกครั้งหนึ่ง ในขณะนั้นผู้ป่วยก็ร้องออกมาว่า “โหยเจ็บ” และจับมือพยาบาลบีบและบิด จนพยาบาลร้อง “โหยเจ็บ” เช่นกัน บอกผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและพยายามจะดึงมือออก ซึ่งระหว่างนั้นเองที่พยาบาลสนใจอยู่กับผู้ป่วยลูกชายผู้ป่วยก็เข้ามาถือคอกจากด้านหลังและลากตัวออกมาจากห้องของผู้ป่วย แพทย์พยายามเข้ามาช่วยเหลือแต่ญาติผู้ป่วยแรงเยอะและตัวโตกว่า ขณะพยาบาลรู้สึกหัวไปขณะหนึ่ง จนออกมาถึงคานนอกแพทย์พยายามเข้ามาช่วยแกะมือออกอีกครั้งรวมทั้งพยาบาลพยายามช่วยเหลือตนเองด้วยจนหลุดออกมาจากการถูกถือคอก ความรู้สึก

แรกที่เกิดขึ้นกับพยาบาลผู้ร่วมวิจัยคือรู้สึกโกรธ ต่อมาเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะไม่ปลอดภัยเนื่องจากทราบภายหลังว่าลูกคนที่ 3 เป็นมาเฟียมาก่อนและตั้งแต่วันที่เกิดเหตุการณ์ ก็ส่งชายฉกรรจ์ 2 คนมายืนเฝ้าดูการทำงานของพยาบาลตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัยยังกลัวการถูกทำร้ายซ้ำด้วยเช่นกัน ในส่วนของผู้ร่วมงานนั้นทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกเครียดเนื่องจากมาคอยกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยเรียกร้องสิทธิ์ที่ควรได้ ซึ่งในขณะนั้นผู้ร่วมวิจัยไม่ได้เรียกร้องสิทธิ์ใดๆเนื่องจากเป็นพยาบาลอาวุโสหน่อย ต้องขึ้นทำงานที่หอผู้ป่วยเดิมไม่ได้หยุดพัก และไม่ได้สลับสับเปลี่ยนหน่วยงาน การขึ้นปฏิบัติงานจึงทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกเครียด หลังเลิกงานกลับไปร้องไห้ที่หอพักทุกวัน ถามตนเองว่า “ทำไมเหตุการณ์นี้ต้องเกิดขึ้นกับเรา ...เราก็อำดีกับคนไข้ เราไม่ได้คิดร้ายอะไร” และกล่าวเสนอแนะกับผู้วิจัยว่าการที่พยาบาลเจอเหตุการณ์อย่างนี้ ควรจะมีระบบให้พยาบาลหยุดพัก หรือเปลี่ยนสถานที่ทำงานเพื่อไม่ให้เจอกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยและขาดสมาธิในการทำงาน หลังเกิดเหตุการณ์ทันที ผู้ร่วมวิจัยดำเนินการรายงานหัวหน้าเวร และหัวหน้าเวรรายงานพยาบาลเวรตรวจการและผู้บริหารตามลำดับชั้น เช้าวันรุ่งขึ้นผู้บริหารดูแลให้ผู้ร่วมวิจัยไปตรวจร่างกายที่แผนกนิติเวช และไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ เชิญตำรวจมาที่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยแจ้งความไว้เบื้องต้นก่อน แต่พยาบาลผู้ร่วมวิจัยปฏิเสธการแจ้งความเนื่องจากตนเองยังทำงานขึ้นเวร ลงเวรอยู่ที่เดิมประจำกลัวว่าจะไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ทางองค์การจัดประชุมในกลุ่มงานอายุรศาสตร์ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วย แต่ญาติคนที่ทำร้ายร่างกายไม่ได้มาประชุมด้วย การประชุมเพื่อหาข้อสรุปแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและญาติ ซึ่งผลสรุปญาติยังคงยืนยันให้เต็มที่ในการรักษา

2) โดนเลือดจากสายน้ำเกลือผู้ป่วย Anti HIV positive กระเด็นเข้าตา เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลจบใหม่ เข้าไปให้ยาครั้งแรกกับผู้ป่วยโรคเอดส์ มีสายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำแขวนอยู่กับที่แขวนน้ำเกลือบริเวณเตียงผู้ป่วย ปลายสายใส่ปลอกเข็มซึ่งมีเลือดปนอยู่ ในขณะที่พยาบาลยกอุปกรณ์ดังกล่าวขึ้นลงเลือดที่อยู่บริเวณปลายเข็มกระเด็นเข้าตา ตอนนั้นพยาบาลเกิดความรู้สึกกลัวมาก กลัวจะติดเชื้อจากผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมวิจัยบอกว่าในขณะนั้นเป็นพยาบาลจบใหม่เมื่อเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ขึ้นจึงไม่กล้าบอกใคร กลัวว่าจะต้องยุ่งยากและเดือดร้อนกับพยาบาลหัวหน้าเวรที่ต้องเขียนรายงาน จึงเก็บเงียบไว้คนเดียวและใช้วิธีไปบริจาคเลือดสม่ำเสมอ เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาโรคติดเชื้อทางอ้อม ความรู้สึกวิตกกังวลกลัวที่เกิดขึ้นอยู่นาน 2 ปี ทำให้ผู้ร่วมวิจัยไปบริจาคเลือดอยู่จนถึง 16 ครั้ง ปัจจุบันความรู้สึกวิตกกังวลกลัวไม่มีแล้ว

3) เข็มตำ เกิดจากผู้ร่วมวิจัยสวมปลอกเข็มกลับ ทำให้เข็มตำเหตุการณ์นี้ก็ไม่ได้บอกใคร เช่นกันเนื่องจากเกิดขึ้นขณะเป็นพยาบาลจบใหม่ ใช้วิธีผลเลือด HIV ของผู้ป่วยซึ่งเจาะไว้อยู่แล้ว เมื่อพบว่าปกติจึงไม่ได้ดำเนินการอะไรต่อ

4) ที่เขวนน้ำเกลือลวงใส่แต่คว้าไว้ทัน เกิดขึ้นระหว่างที่อยู่กับผู้ป่วยแล้วที่เขวนน้ำเกลือก็ลวงลงมาใส่ แต่ไม่เกิดอันตรายอะไรขึ้นเนื่องจากสามารถรับไว้ทัน

พยาบาลรายที่ 12

หญิงไทยคู่ อายุ 33 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 11 ปี 4 เดือน ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดเฉพาะทางระบบประสาท 1 ปี ปฏิบัติงานไอซียู ศัลยกรรมทรวงอก 4 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ตา คอ จมูก เวลารวม 6 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 ลักษณะงานพยาบาลห้องผ่าตัดแบ่งเป็น 2 บทบาท ได้แก่ 1) พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse) และ 2) พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก (Circulate Nurse) นอกจากนี้ยังปฏิบัติหน้าที่ในการรับและส่งผู้ป่วยบริเวณด้านหน้าห้องผ่าตัด มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดก่อนส่งไปพักฟื้นหอผู้ป่วยใน ประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน 1) ปวดหลัง 2) มีดผ่าตัดตำ 3) ไฟฟ้าดูด

1) ปวดหลัง ผู้ร่วมวิจัยเล่าว่า การปฏิบัติงานที่แผนก ไอ ซียู ศัลยกรรมทรวงอก ต้องยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทำให้มีอาการปวดหลัง หลังย้ายหน่วยงานมาปฏิบัติงานที่แผนกห้องผ่าตัดเฉพาะทางจึงไปพบแพทย์ ตรวจ วินิจฉัยพบว่า หมอนรองกระดูกเสื่อมบริเวณข้อที่ 2-3 แพทย์ให้รับประทานยา ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อไปพยุงข้อต่อบริเวณดังกล่าว ผู้ร่วมวิจัยออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำและหลีกเลี่ยงการยกของหนักทำให้อาการดีขึ้น

2) มีดผ่าตัดตำ เกิดขึ้นช่วงย้ายมาปฏิบัติงานห้องผ่าตัดใหม่ๆ ขณะเข้า case ส่งเครื่องมือผ่าตัดตา ขณะรับมีดผ่าตัดจากแพทย์ resident ด้วยความรีบและตื่นเต้นจึงไม่ได้มองว่าแพทย์ส่งส่วนคมมีดกลับมา จึงโดน Blade ช่างที่ใช้ลงแผลผ่าตัดที่ตาตำเข้าบริเวณจมูกเจ็บจนรู้สึกเจ็บ จึงออกมาจากcase แล้วไปล้างทำความสะอาด แผล บีบเลือดออก เมื่อไปดูผลเลือด HIV ของผู้ป่วยพบว่า Negative จึงไม่ได้ดำเนินการใดๆต่อ

3) ไฟฟ้าดูด เกิดขึ้นขณะทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ช่วงนั้นแพทย์ดมยาให้ผู้ป่วยแล้ว ส่วนพยาบาลส่งเครื่องมือก็กำลังเตรียมเครื่องมือ พยาบาลผู้ร่วมวิจัยเข้าไปช่วยจัดไฟผ่าตัด เพื่อให้เห็นตำแหน่งที่จะผ่าตัด แต่วันนั้นไม่ได้สวมถุงมือซึ่งโดยปกติก็ไม่ได้สวมอยู่แล้ว เพราะคิดว่าไม่ได้สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งขณะผ่าตัด มือข้างหนึ่งจึงจับอยู่ที่ไฟผ่าตัด และมืออีกข้างจับเครื่องจี้ไฟฟ้าสำหรับใช้ห้ามเลือด พยาบาลผู้ร่วมวิจัยรู้สึกได้ว่าไฟกำลังเข้ามาที่ตัว แต่ไม่สามารถที่จะเอามือวางออกมาได้ ตกใจ รู้ได้ทันทีว่าโดนไฟฟ้าดูด แต่ไม่สามารถทำอะไรได้ พุด

ไม่ได้ จนถึงจุดหนึ่งเหมือนหัวใจจะหยุดเต้น ประมาณ 30 วินาที รู้สึกว่าไม่ไหวแล้ว คิดว่าถ้านานกว่านี้ต้องไม่รอดแน่ๆ เกิดความรู้สึกกลัวมาก บอกว่า “กลัวตาย” จึงพยายามเปล่งเสียงสุดท้าย ตะโกนออกมาดังๆว่า “ไฟดูด” พี่พยาบาลที่เป็นพยาบาลรอบนอกอีกคนหนึ่งจึงไปดึงปลั๊กไฟออก ผู้ร่วมวิจัยจึงล้มลงทันทีแต่ไม่ได้หมดสติ แต่ไม่มีแรงบริเวณฝ่ามือมีรอยไหม้ ผู้ร่วมงานช่วยกันอุ้ม ขึ้นรถเข็นนอน แพทย์วิสัญญีเข้ามาช่วยดูแลเรื่องระบบหายใจ และให้ออกซิเจนก่อนที่จะส่งไปแผนกฉุกเฉิน เมื่ออยู่ที่แผนกฉุกเฉินได้รับการตรวจ เอ็กซเรย์ แพทย์มาตรวจร่างกาย ขณะนั้นพยาบาลผู้ร่วมวิจัยบอกว่าตกใจมาก กลัวจนน้ำตาไหลตลอด ตอนนั้นไม่สามารถขยับได้โดยกลัวตัวเองจะเป็นอัมพาต หลังจากได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน ก็ถูกส่งตัวเข้าพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในช่วงเวลาที่โดนไฟฟาดูดเป็นเวลาเช้า พยาบาลผู้ร่วมวิจัยบอกว่าว่าจะขยับนิ้วและกำมือได้เป็นเวลาเย็นๆ และหลังจากนั้นอีกหลายวันจึงจะลุกและมีคนพยุงเข้าห้องน้ำได้ ใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประมาณ 1 สัปดาห์ เมื่อกลับไปพักที่บ้านมีอาการผวา กลางคืนนอนไม่หลับจึงไปปรึกษาแพทย์ได้ยานอนหลับ Ativan กลับไปรับประทาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกกลัวบริเวณห้องผ่าตัดที่โดนไฟฟาดูดไม่สามารถเข้าไปบริเวณนั้นได้ ผลกระทบต่อเนื้อที่เกี่ยวกับร่างกายคือมีอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณไหล่มาก ได้ยารับประทานร่วมกับต้องทำกายภาพและฝังเข็มใช้เวลาเกือบปีจึงหายเป็นปกติ

พยาบาลรายที่ 13

หญิงไทยโสด อายุ 40 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล รวม 19 ปี 5 เดือน ปฏิบัติงานไอซียูศัลยกรรม 19 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 บทบาทเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลหัวหน้าทีมดูแลครอบครัวผู้ป่วยทุกราย และในเรื่องของงานด้านบริหารทุกอย่าง ตั้งแต่รับส่งรายงานอาการผู้ป่วยเสร็จ ประชุมปรึกษาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยกับสมาชิกในทีม หลังจากนั้นปฏิบัติงานประจำทั่วไปในบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าเวรและหัวหน้าทีม เช่น การรับ Order ,Nursing Care การเตรียมยาให้ยาต่างๆ การจ้องเลือดเป็นต้น ส่วนสภาพของผู้ป่วยแก้ไขตามสถานการณ์ที่เกิดปัญหา นอกจากนี้ รับผิดชอบให้คำแนะนำและช่วยแก้ปัญหากรณีสมาชิกหรือหัวหน้าทีมเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ได้รับอันตรายจากการทำงาน 1)ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายชกหน้าขณะให้การพยาบาลเช็ดตัวในตอนเช้า

1) ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายชกหน้า เกิดขึ้นขณะให้การพยาบาลเช็ดตัวในตอนเช้า เป็นผู้ป่วยที่โดนยิงเข้ามารับการรักษาและย้ายมาในไอซียูในช่วงเวรดึก มีแผลเปิดเย็บปิดหน้าท้องชั่วคราว มีสาย Drain เอาลึงค์คัดหลังจากแผลหลายสาย เมื่อรับส่งเวรอาการผู้ป่วยเสร็จ ช่วงเช้าพยาบาลจึงให้การพยาบาลโดยการเช็ดตัวผู้ป่วย มีพยาบาลอีก 2 คน ช่วยเช็ดตัว พยาบาลหนึ่งในสองคนดังกล่าวกำลังตั้งครุฑ ระหว่างเช็ดตัวด้านหน้าคนไข้ก็เหมือนทำหน้าอึดอดคิดหนึ่งก็คือเหมือนว่าไม่

อยากจะเซ็ดตัวแล้ว และพอเริ่มตะแคงตัวผู้ป่วยปวดมาก พยาบาลผู้ร่วมวิจัยจึงให้ยาแก้ปวด และประเมินได้ว่าผู้ป่วยเริ่มก้าวร้าวไม่อยากจะเซ็ดตัว ยี่อๆๆๆไม่ค่อยยอม แต่พยาบาลได้เซ็ดตัวไป ครั้งหนึ่งแล้วและสอดผ้าไปครั้งหนึ่งด้านหลังผู้ป่วยจึงต้องดำเนินการต่อคือพลิกตัวผู้ป่วยมาอีกด้าน เพื่อดึงผ้าให้เสร็จ พยาบาลผู้ร่วมวิจัยจึงให้น้องพยาบาลที่ท้องไปเอาผ้าผูกมือเพราะผู้ป่วยอาจจะคุยกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง พยาบาลผู้ร่วมวิจัยจับแขนผู้ป่วยไว้ข้างหนึ่ง และแขนอีกข้างหนึ่งน้องพยาบาลจับไว้ ขณะนั้นผู้ป่วยใช้ขาเตะน้องพยาบาลที่จับแขน น้องพยาบาลจึงปล่อยมือ มืออีกข้างหนึ่งของผู้ป่วยจึงหลุดมาชนหน้าผู้ร่วมวิจัย เข้าที่ลูกตาด้านขวาแว่นตาดกลงมาแตก ขณะนั้นมือของผู้ร่วมวิจัยก็ยังคงจับผู้ป่วยไว้แน่นตลอดเพราะกลัวผู้ป่วยจะกระโดดลงมาจากเตียง แล้วทำให้ไม่สามารถคุมผู้ป่วยได้ จากนั้นก็เรียกให้คนมาช่วยเพิ่มผูกมือและตามวิสัญญีมาให้ยานอนหลับแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นพยาบาลผู้ร่วมวิจัยไปล้างหน้าแล้วเอาน้ำแข็งประคบ แล้วจึงรายงานผู้บังคับบัญชาตามระบบ ไปตรวจร่างกายที่แผนกฉุกเฉิน และพบแพทย์นิติเวช และแพทย์เฉพาะทางตา พบมีแผลบริเวณขอบตาและตามีรอยแดงจึงให้ลาพักรักษาตัว 7 วัน

พยาบาลรายที่ 14

หญิงไทยโสด อายุ 30 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลรวม 7 ปี 5 เดือน ขณะเป็นพยาบาลจบใหม่ปฏิบัติงานหมุนเวียนระหว่างหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรมและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นเวลา 1 ปี พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกก่อนรับผู้ป่วยเข้าอยู่โรงพยาบาล 1 ปี 4 เดือน ตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 5 ขณะปฏิบัติงานหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม ลักษณะเป็นหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ เมื่อย้ายมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลักษณะงานดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่แพทย์รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล บางครั้งมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชร่วมด้วย ต้องขึ้นปฏิบัติงานเวร เช้า-บ่าย-ดึก และเวรดึกเป็นเวรที่หนักที่สุดเนื่องจากรับผู้ป่วยใหม่อุบัติเหตุจำนวนมาก ภาระงานหนัก เมื่อรับผู้ป่วยจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินขึ้นมาก็ต้องตรวจร่างกาย และทำความเข้าใจอาการต่าง ๆ ภาระงานหนักมากเนื่องจากต้องรับผู้ป่วยหลายระบบ ได้แก่ ระบบศัลยกรรมประสาท ระบบกระดูก และผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นและสูงอายุซึ่งมีโรคประจำตัวทางอายุรกรรมเช่นความดันโลหิตสูง ภายในหน่วยงานดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องหายใจ 5 เครื่องต่อวัน การเกิดอุบัติเหตุกับตนเองขณะขึ้นเวรดึกทำให้ผู้ร่วมวิจัยไม่อยากจะปฏิบัติงานที่ต้องอยู่เวรจึงย้ายมาปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าอยู่โรงพยาบาล ประสบการณ์อันตรายจากการทำงาน 1) เข็มตำ 2) ตีศีรษะวันโรคปอดจากผู้ป่วย

1) เข็มตำ เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในเวรดึก ผู้ร่วมวิจัยบอกว่าคนนอนแล้วก็ทำให้มีโอกาสทำอะไรผิดพลาดได้ ตอนนั้นก็รู้สึกง่วงด้วย ขณะพยาบาลไปเจาะเลือดผู้ป่วยประมาณ 05.30 น. เมื่อ

เจาะเสร็จแล้วขณะนำเลือดใส่ Tube พลาดเข็มแฉลบมาถูกมือตนเอง จากนั้นก็ทำการขั้นตอนของโรงพยาบาล ล้างมือ บีบเลือดออก เขียนใบรายงานเหตุการณ์ แบบฟอร์มการถูกเข็มตำ และเจาะเลือดผู้ป่วยและตนเองส่งตรวจหาโรคติดเชื้อตามระบบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะนั้นคิดว่าเป็นเพราะตนเองเบลอเอง และรู้สึกที่ไม่อยากอยู่เวร ทำให้สุขภาพแย่ลง

2) **ติดเชื้อวัณโรคปอดจากผู้ป่วย** เป็นในช่วงที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการรับผู้ป่วยวัณโรคเข้ามาในหน่วยงานจำนวนมาก ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต้องเก็บเสมหะไปตรวจทุกเช้าวันจันทร์ พยาบาลต้องดูแลเสมหะผู้ป่วยส่งตรวจโดยสวม Mask ธรรมดาและด้วยลักษณะตึกเป็นตึกเก่าและแอร์รวมไม่มีห้องแยก ต่อมาผู้ร่วมวิจัยมีอาการไข้ เหมือนเป็นหวัดเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ ไข้ขึ้นๆลงๆ จึงไปพบแพทย์ตรวจเลือดปกติ พยาบาลจึงขอ เอ็กซเรย์ปอด จึงพบว่าปอดด้านขวาเป็นวัณโรคและได้รับการรักษาจากแพทย์ เมื่อรู้ว่าเป็นวัณโรค หัวหน้าจึงให้หยุดงานตามคำสั่งการรักษาของแพทย์แต่ละครั้งที่มาตรวจตามนัดแพทย์ก็จะให้หยุดแต่ละครั้ง 1 เดือน หรือ 2 เดือน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตลอดทั้งปีไม่ค่อยได้ทำงาน และการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ได้เขียนใบรายงานเหตุการณ์ หลังติดเชื้อวัณโรคมีความรู้สึกที่ทำไมตนเองโซคร้าย และรู้สึกแย่มากๆ ซึมเศร้ามากเนื่องจากเพื่อนที่อยู่หอพักเดียวกันแสดงกริยารังเกียจ และกลัวติดเชื้อจากผู้ให้ข้อมูล จึงต้องย้ายออกจากหอพักแต่ก็ไม่ได้กลับบ้านเนื่องจากแพทย์นัดตรวจเป็นระยะๆ ปัจจุบันความรู้สึกแย่นี้ยังคงอยู่

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเจนีวา ชนพิมาย เกิดวันอังคารที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2540 หลังจากจบการศึกษาได้เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขต กรุงเทพมหานคร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ปฏิบัติงานพยาบาลหมุนเวียน หอผู้ป่วย ไอซีซียู และ หอผู้ป่วย ซี ซี ยู พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ไอ ซี ซี ยู ในขณะที่ปฏิบัติงานได้เข้ารับการศึกษอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปฏิบัติการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน (PI) พ.ศ. 2543 ส่งผลงานเข้าประกวดเรื่อง การลดระยะเวลาการรับผู้ป่วยใหม่ One Day Admission ได้รับรางวัลชมเชย พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2549 ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเรื่อง การลดจำนวนครั้งความไม่สมบูรณ์ของการลงบันทึก และการเพิ่มสมรรถนะผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ตามลำดับ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งภายในองค์กรและสถาบันต่างๆภายนอกองค์กร ทำหน้าที่พยาบาลควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อภายในหอผู้ป่วยไอ ซี ซี ยู และประสานงานกับพยาบาลควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นคณะกรรมการวิชาการกลุ่มงานการพยาบาลวิกฤติ ขณะปฏิบัติงานได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับ Basic CPR , Advance CPR, Basic CCN , Advance CCN, ศึกษอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและไตเทียม การบริหารเบื้องต้น , HA , ฯลฯ พ.ศ. 2550 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วย ไอ ซี ซี ยู

ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย