

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2

ณัฐพล พูลวิเชียร ส.ม.

วุฒิชัย จริยา DHSM. (Health Service Management)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันรับ:	30 มิ.ย. 2565
วันแก้ไข:	28 ต.ค. 2565
วันตอบรับ:	8 พ.ย. 2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวนทั้งสิ้น 68 คน อาศัยอยู่ในอำเภอเนินมะปรางและอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิचारณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะติดตาม 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square tests, Fisher's Exact Test, Independent samples t-test, Repeated measure ANOVA และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Bonferroni ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับกับหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ภาวะหมดไฟในการทำงาน; พลังสุขภาพจิต; โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน⁽¹⁾ และในปี พ.ศ.2562 รัฐบาลยังมีนโยบายในการพัฒนาระดับความรู้ อสม.

ให้เป็นหมอปประจำบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ให้บริการแก่ประชาชนได้⁽²⁾ ปัจจุบัน อสม. มีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้น เกิดแรงกดดันจากความคาดหวังของประชาชน หน่วยงานราชการหรือองค์กรต่างๆ นอกจากนี้ อสม. ยังมีภาระหน้าที่หลักทางครอบครัวที่ต้องดูแล

พบว่า ร้อยละ 44.40 มีอาชีพเป็นเกษตรกร และร้อยละ 25.40 ทำงานรับจ้าง⁽³⁾ ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพนั้นทำให้ไม่สามารถคาดหวังให้อสม.ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภาระที่ต้องรับผิดชอบดูแลนี้อาจก่อให้เกิดความเครียดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจได้และส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง การที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเผชิญต่อภาวะความเครียดในงานย่อมทำให้ไม่พึงพอใจต่อการทำงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความเครียดเรื้อรัง จนกลายเป็นความเหนื่อยหน่ายในงาน ทำให้สูญเสีย อสม.จากระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานมีลักษณะใกล้เคียงกัน ต่างกันตรงที่ความเครียดเป็นความกดดันที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่วนภาวะหมดไฟเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังที่สร้างความสิ้นหวังหมดกำลังใจ และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียแรงจูงใจที่จะรับบทบาทใดบทบาทหนึ่งที่เคยได้รับมาตั้งแต่ตอนต้นๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานลดประสิทธิภาพหรือผลผลิตของการทำงานลงเรื่อยๆ บั่นทอนจิตใจหรือทำให้สูญเสียทั้งพลังกายและพลังใจ ท้อแท้ และสิ้นหวัง⁽⁵⁾ ดังนั้น การทำงานไม่ว่าจะเป็นงานลักษณะใด ใช้ความรู้ความสามารถและความรับผิดชอบที่แตกต่างกันอย่างไรต่างก็มีความเครียดจากการทำงานได้ ซึ่งความเครียดนั้นหากมีการสะสมไว้ในระยะเวลาที่ยาวนานแล้วไม่ได้รับการแก้ไข จะนำมาสู่การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽⁶⁾

ภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาวะหนึ่งที่เกิดจากการเผชิญกับความเครียดในที่ทำงานเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานยังเป็นภาวะที่ทำให้คนๆ นั้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าตามมา⁽⁷⁾ ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นกลุ่มอาการของความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดคุณค่าบุคคลอื่น (depersonalization) และลดความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment)⁽⁸⁾ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ พฤติกรรมการปฏิบัติงาน

ไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน หมดหวังในการทำงาน ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อบุคคลและองค์กร ปัญหาดังกล่าวพบได้มากถึงร้อยละ 15.00-50.00 ของคนทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรที่มีอาชีพในการให้บริการ⁽⁹⁾ จากผลสำรวจภาวะหมดไฟในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ช่วงปลายปี 2562 ในกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 1,280 คน พบว่า ร้อยละ 12.00 อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 57.00 อยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเข้าสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน และร้อยละ 31.00 อยู่ในภาวะปกติ⁽¹⁰⁾ ปี 2563 จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิต อสม. เขตสุขภาพที่ 2 ใน 9 อำเภอของจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 825 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.90 เพศชาย ร้อยละ 30.00 และพบว่า มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 30.00 และอยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 69.90 ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิต อสม. อำเภอวังทอง และอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 248 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.00 เพศชาย ร้อยละ 35.00 และพบว่าอำเภอวังทอง อสม. มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 18.00 รองลงมาคือ อำเภอเนินมะปราง ร้อยละ 16.80⁽¹¹⁾ ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุทำให้ อสม. มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด คือ ภาระงานที่มากเกินไป ร้อยละ 44.90 รองลงมาคือ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 37.60⁽¹²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานพบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงาน แสดงให้เห็นว่าหาก อสม. ได้รับการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอาจจะช่วยทำให้ภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง^(13,14) ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้นรวมทั้งให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องเกิดจากความภาคภูมิใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเองโดยมีแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อใช้ศักยภาพที่สามารถนำไป

ใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ (1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (2) ด้านกำลังใจ และ (3) ด้านการจัดการกับปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหาที่มีทางแก้ได้ รู้จักสร้างสัมพันธภาพและได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเปิดมุมมองในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว⁽¹⁵⁾ ปัจจุบันการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างๆ มีรูปแบบการให้บริการทางจิตสังคมที่หลากหลาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีวิธีหนึ่งที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ คือ การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต⁽¹⁶⁻²⁰⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson CH⁽²⁰⁾ มาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. เพื่อให้ อสม. มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคคลอื่นได้ เป็นผลให้ อสม. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two-group Repeated Measures Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่อยู่ในเขตอำเภอเนินมะปราง และอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽²¹⁾

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม
 σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$\mu_1 - \mu_2$ = Effect size ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

Z_α = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.64

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 80% = 0.84

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี⁽²²⁾ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาร้อยละ 20.0 ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) มีประสบการณ์การเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี (2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง (3) ไม่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (4) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และ (5) มีผลการประเมินระดับภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลางขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว (2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่
1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
1.2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต ประยุกต์จากทฤษฎีของ Grotberg EH⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา การแปลผลระดับคะแนนพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<27 คะแนน) เกณฑ์ปกติ (27-34 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>34 คะแนน) ด้าน

กำลังใจ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<14 คะแนน) เกณฑ์ปกติ (14-19 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>19 คะแนน) และด้านการจัดการกับปัญหา ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<13 คะแนน) เกณฑ์ปกติ (13-18 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>18 คะแนน) แบบประเมินผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

1.3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีของ Maslach & Jackson⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง การแปลผลระดับคะแนนพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ (0-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) ระดับสูง (27-42 คะแนน) ด้านการลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-12 คะแนน) ระดับสูง (13-42 คะแนน) และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง ระดับต่ำ (39-48 คะแนน) ระดับปานกลาง (32-38 คะแนน) ระดับสูง (0-31 คะแนน) แบบประเมินผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวคิดของ Gibson CH⁽²⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นพบสถานการณ์จริง (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (3) การจัดการกับสถานการณ์ (4) การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต และ 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์ กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม และกิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง ดำเนินโปรแกรมฯ สำหรับกลุ่มทดลองตามขั้นตอนและวิธีการที่ระบุไว้ในเอกสารที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้ดำเนินโปรแกรมฯ

เป็นคนเดียวกันทุกครั้งจนครบโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์ เพื่อให้ อสม. ทราบสาเหตุของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตว่าเกิดจากอะไร และทราบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา เพื่อให้ อสม. สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหาวิกฤติที่ผ่านมาในชีวิต ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ เพื่อให้ อสม. สามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถสร้างกำลังใจของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้

สัปดาห์ที่ 6 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม เพื่อให้ อสม. มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันปัญหาการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ

สัปดาห์ที่ 12 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในเนื้อหา

การดูแลแบบปกติ ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้านข้อมูลทั่วไปและคะแนนจากแบบสอบถามภาวะหมดไฟ

ในการทำงาน จึงทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับสลากจนครบทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อลดโอกาสเกิดความลำเอียงของผลการศึกษา

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวคิดของ Gibson CH⁽²⁰⁾ ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต และแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการติดตาม สัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 12 ของทั้ง 2 กลุ่ม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความเหมือนกันในคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent samples t-test ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตาม 3 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA ก่อนใช้ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Sphericity ด้วยสถิติทดสอบ Mauchly's test of sphericity⁽²³⁾ กรณีที่ไม่เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น ($p < 0.05$) ใช้ผลการวิเคราะห์ที่ปรับแล้วโดยวิธี Greenhouse-Geisser correction⁽²⁴⁾ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธี Bonferroni⁽²⁵⁾ และวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่หนังสือรับรอง P2-0278/2564 เลขที่โครงการวิจัย COA No. 489/2021

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 76.47 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 55.88 ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อายุ 40-59 ปี รองลงมาเป็น 60 ปีขึ้นไป ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพหลัก ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อปีทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท ระยะเวลาในการเป็น อสม. ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็น อสม. เป็นระยะเวลา 11-20 ปี ภาวะสุขภาพ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาท ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, t-test for independent sample พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของ อสม. ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2) ซึ่งแสดงว่าคะแนนเฉลี่ย พลังสุขภาพจิตของ อสม. มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ ^a	ชาย	8	23.53	15	44.12	0.07
	หญิง	26	76.47	19	55.88	
อายุ (ปี)	20-39	3	8.82	3	8.82	0.96
	40-59	21	61.77	22	64.71	
	60 ขึ้นไป	10	29.41	9	26.47	
		Mean=53.20, SD=10.99 Min=21, Max=70		Mean=53.10, SD=8.48 Min=32, Max=69		
ศาสนา	พุทธ	34	100.00	34	100.00	
สถานภาพสมรส ^c	โสด	4	11.77	3	8.82	0.77
	คู่	28	82.35	30	88.24	
	หม้าย/หย่า/แยก	2	5.88	1	2.94	
ระดับการศึกษา ^c	ประถมศึกษา	28	82.35	27	79.41	0.26
	มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า	6	17.65	7	20.59	
อาชีพหลัก ^c	เกษตรกรกรรม	24	70.59	26	76.47	0.67
	รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	9	26.47	7	20.59	
	อื่นๆ (ข้าราชการ/ว่างงาน)	1	2.94	1	2.94	
รายได้ (บาท)	10,000-50,000	20	58.82	18	52.94	0.63
	>50,000	14	41.18	16	47.06	
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)	<5	6	17.64	6	17.64	0.70
	5-10	5	14.71	4	11.77	
	11-20	18	52.94	17	50.00	
	>20	5	14.71	7	20.59	
			Mean=2.64, SD=0.94 Min=1, Max=47		Mean=2.73, SD=0.99 Min=1, Max=40	
ภาวะสุขภาพ ^a	ไม่มีโรคประจำตัว	30	88.23	24	70.59	0.07
	มีโรคประจำตัว	4	11.77	10	29.41	
การดื่มแอลกอฮอล์ ^b	ดื่ม	8	23.53	10	29.41	0.58
	ไม่ดื่ม	26	76.47	24	70.59	
การสูบบุหรี่ ^b	สูบ	4	11.77	3	8.82	0.50
	ไม่สูบ	30	88.23	31	91.18	
การใช้ยาในกลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาท ^b	เคย	0.50	-	1	2.94	
	ไม่เคย	34	100.00	33	97.06	

a = Chi-square tests, b = independent t-test, c = Fisher's Exact test, *p<0.05

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟฯ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (n=34)

ตัวแปร	mean	SD	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต							
ก่อนการทดลอง	41.52	1.84	4775.54	2	2387.77	101.86d	<0.001*
หลังการทดลอง	54.70	6.31					
ระยะติดตาม 3 เดือน	57.08	5.49					
คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟฯ							
ก่อนการทดลอง	112.61	7.27	124559.78	2	62279.89	781.92d	<0.001*
หลังการทดลอง	43.29	10.06					
ระยะติดตาม 3 เดือน	34.47	10.33					

d = Sphericity assumed, *p<0.05

ทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=-13.17, -15.55 ตามลำดับ, p<0.001) แต่คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน (Mean differences=-2.38, p=0.189) ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ย

ภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 2) ซึ่งแสดงว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=69.32, 78.14 ตามลำดับ, p<0.001) และคะแนน

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟฯ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni (n=34)

ตัวแปร	Mean differences	p-value
คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-13.17	<0.001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	-15.55	<0.001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	-2.38	0.189
คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟฯ		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	69.32	<0.001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	78.14	<0.001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	8.82	<0.001*

*p<0.05

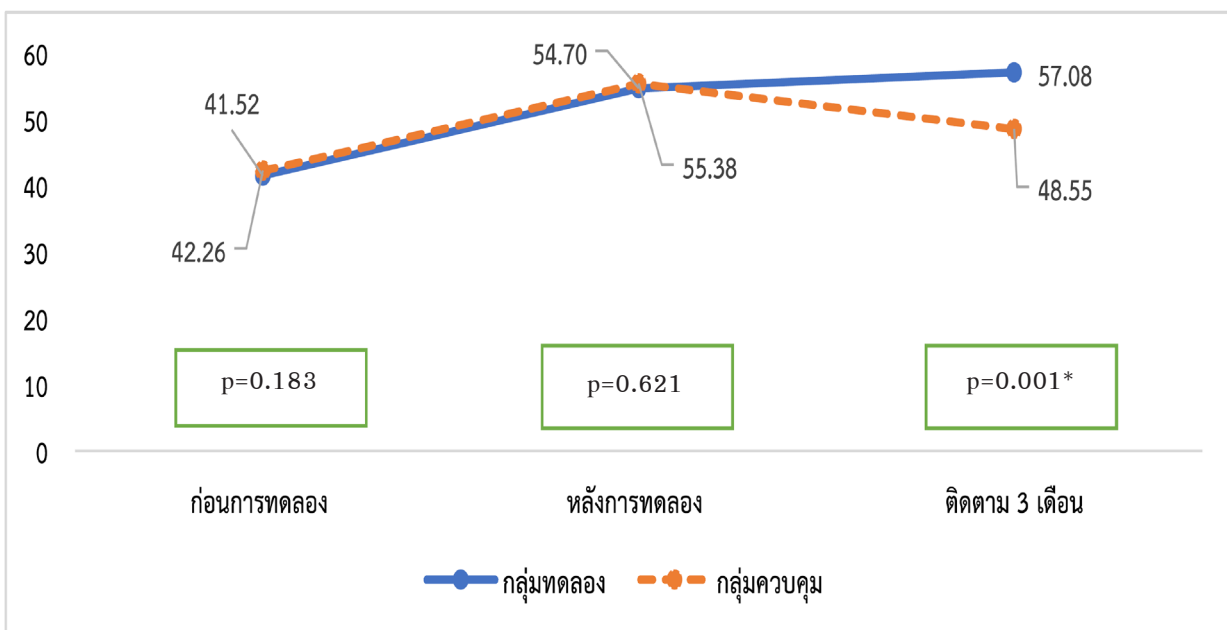
เฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=8.82, $p<0.001$) ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 41.5 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 42.2 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 54.7 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 55.3 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 57.0 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลัง

สุขภาพจิตเท่ากับ 48.5 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) แสดงดังภาพที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 112.61 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 112.5 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานไม่แตกต่างกัน เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 43.2 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 87.2 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) และระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่า

ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของ อสม.ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

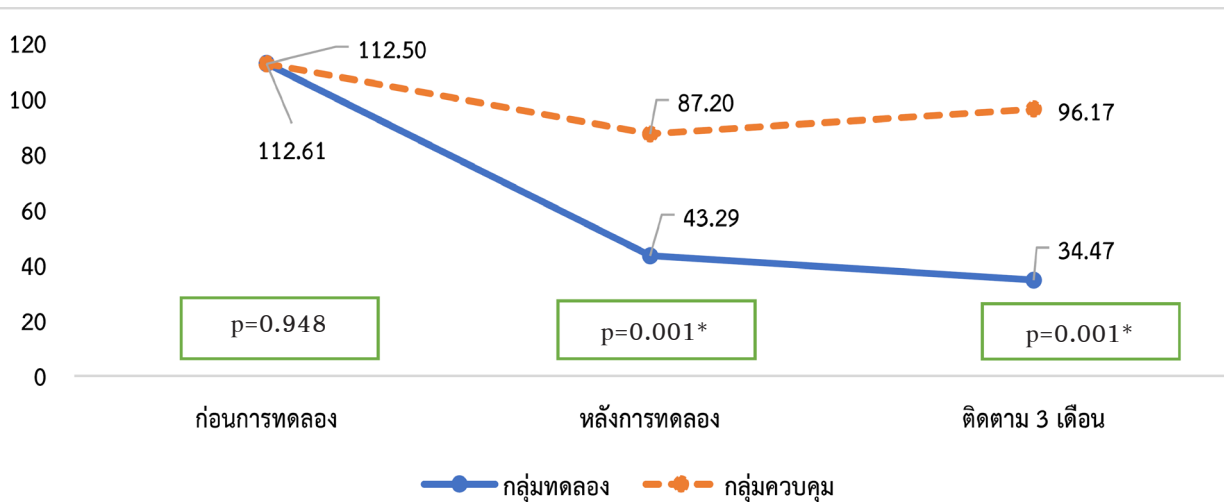


ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เฉลี่ยคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 34.4 และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 96.1 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟใน

การทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) แสดงดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม.ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน



วิจารณ์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ช่วยให้พลังสุขภาพจิตของ อสม. สูงขึ้นและภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ตามแนวคิด ทฤษฎี การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson CH⁽²⁰⁾ คือ

1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของการกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พบว่า สมาชิกบางรายยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงบรรยายให้ความรู้เรื่อง สาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะหมด-

ไฟในการทำงาน เพิ่มเติม นอกจากนี้ยังให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “พลังใจ” และให้สมาชิกร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึก ที่ได้จากวีดิทัศน์ และให้นำถึงสถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดที่ตนเคยผ่านมาได้ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกกลุ่ม และจากกระบวนการที่ใช้ดำเนินการ ยังเอื้อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีโอกาสรับรู้ถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือปัญหาด้านอื่น ๆ ของคนอื่น ทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในกิจกรรมมีการบรรยาย เรื่อง “วิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตของคนทุกคน” และมีคำถามช่วยกระตุ้นให้สมาชิกคิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “ฉันลุกขึ้นสู้ได้อีกครั้ง” และ “ฉันมีสิ่งล้ำค่าเป็นกำลังใจ” แล้วร่วมกันวิเคราะห์คนในวีดิทัศน์ ทั้ง 2 เรื่อง ถึงสิ่งที่เขากำลังประสบอยู่และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งฟังเพลง “พลังใจ” แล้วร่วมกันสกัดหา

คำคม คำขวัญ สมาชิกมีการพัฒนามากขึ้น มีทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเอง กระทั่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อปรับตัวใช้ชีวิตภายใต้วิกฤตที่เกิดขึ้นได้

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม กิจกรรมนี้ให้สมาชิกทำร่วมกัน คือ“สร้างพลังใจ”ให้กำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้างพลังใจให้ตนเองและทำข้อตกลงหรือสัญญาใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมทั้งให้แต่ละคนเลือกข้อตกลงหรือสัญญาใจที่เหมาะสมกับตนเอง พบว่าสมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าตนต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีคำคม ข้อคิดเตือนใจของตนเอง โดยผู้วิจัยให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนความรู้เดิมที่ได้เรียนรู้ไป สมาชิกได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงจนประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยคุณค่าของตนเอง

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน คือ“เติมพลังใจตนเองให้เต็ม”และ“เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง” ให้สมาชิกทบทวนข้อตกลงหรือสัญญาใจ รวมทั้งผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากที่ได้ให้สมาชิกกลับไปฝึกปฏิบัติตามข้อตกลงหรือสัญญาใจและให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคนั้น เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางที่เลือกแล้ว ใช้กระบวนการกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหามหาชิกสามารถหาวิธีแก้ปัญหาที่กลุ่มเสนอแนะ นำไปปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาสำหรับใช้ในครั้งต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ฉายากุล⁽¹⁷⁾ พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

นครราชสีมา ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนพลังสุขภาพจิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา เตชะ-ปัน⁽²⁶⁾ พบว่า อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของเนติยา แจ่มทิม⁽²⁷⁾ พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม⁽²⁸⁾ พบว่า หลังการเข้าร่วมรูปแบบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ตามขั้นตอนทั้งหมดของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต 4 ขั้นตอน Gibson CH⁽²⁰⁾ ร่วมกับ 5 กิจกรรม กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองและเรียนรู้ช่องทางหรือแหล่งที่สามารถสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองได้ ไม่เกิดความลังเลใจในการดูแลตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหาหรือวิกฤติที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีพลังใจมากขึ้น รวมทั้งสามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ก็ให้ผลลัพธ์ที่ดีและอาจจะทำให้ภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองลดลงและคงที่ไปจนถึงระยะติดตามผล 3 เดือนด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์-

ประคอง⁽¹⁹⁾ พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ กาศโอสถ⁽²⁹⁾ พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากได้รับโปรแกรมสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพสุดา น้อย-แมน⁽¹⁶⁾ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของกชพร เผือกผ่อง⁽³⁰⁾ พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประมวล ตรีกุล⁽³¹⁾ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี⁽¹⁸⁾ พบว่า หลังติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีคะแนน HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนน HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี วรสุวิธ⁽³²⁾ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 ภายหลังอบรม 1 และ 3 เดือน ภูมิใจกันทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต⁽³³⁾ กล่าวว่า มี 5 กลยุทธ์ในการต่อสู้กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน (1) ขั้นตอนแรกคือการสำรวจตนเองว่ากำลังประสบกับ

ความเหนื่อยหน่ายในงานหรือไม่ (2) พยายามนอนให้มากขึ้น (3) ออกกำลังกาย (หัวใจและหลอดเลือด) อย่างสม่ำเสมอ (4) ทำสมาธิ และ (5) ฝึกหายใจ หากปฏิบัติตามคำแนะนำ 5 กลยุทธ์ จะส่งผลให้ภาวะหมดไฟจากการทำงานลดลงและสามารถกลับไปทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน อาจจะมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้นอาจจะไม่ได้ยั่งยืนและยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 คลี่คลายลง จึงทำให้มีพลังใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนรู้กระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ดังนั้น กลุ่มควบคุมจึงควรได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ เพื่อที่จะสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ตามแนวคิดของ Gibson CH⁽²⁰⁾ สามารถช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดภาวะหมดไฟในการทำงาน จึงควรใช้เป็นโปรแกรมสำหรับเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ลดภาวะหมดไฟในการทำงานหรือใช้เป็นแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. เพื่อนำไปดูแลสุขภาพจิตของ อสม. มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

2. ควรสนับสนุนให้บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มจิตอาสาในระบบสุขภาพอื่นๆ เช่น อาสาสมัครประจำครอบครัว ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุหรือผู้พิการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมงานสุขภาพจิตของอำเภอเนินมะปราง และอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Office of Primary Health Care. Primary health care in Thailand. The Four-Decade Development of 1978 – 2014 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 24]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-eng.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://phc.moph.go.th>
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2562;20(2):82-91.
- พรรณราย ทรัพย์ะประภา. จิตวิทยาในการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงาน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2557;1(1):24-39.
- อิษฎา เจตินัย. ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานการเคหะแห่งชาติ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ ประยุกต์ 2563;13(1):1-14.
- กรมสุขภาพจิต. เจาะลึกภาวะ burnout syndrome วิถีแก้และกิจกรรมที่จะช่วยเติมพลังในตัวคุณ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ryt9.com/s/iqml/3085580>
- Maslach C, Jackson SE. Maslach burnout inventory [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <https://www.psychosomatik.com/wp-content/uploads/2020/03/Maslach-burnout-inventory-english.pdf>
- ทัศนีย์ สิริพนมณี. การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;2(30):58-71.
- กรมสุขภาพจิต. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2445>
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mhc2.go.th/burnout/>
- โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก. ข้อมูลผู้รับบริการปัญหาสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pph.go.th>
- จิตติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(2):70-82.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

14. นุชนาฏ ธรรมขัน. พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556. 151 หน้า.
15. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
16. ทิพสุดา นุ้ยแมน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554. 140 หน้า.
17. กชกร ฉายากุล. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารการพยาบาล 2561;24(2):96-107.
18. สยาภรณ์ เดชดี. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562;27(3):196-210.
19. กริณี สังข์ประคอง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562;2(2):1-20.
20. Gibson CH. A concept analysis of empowerment [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
21. Bernard A. Fundamentals of biostatistics (5th ed.) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://handoutset.com/wp-content/uploads/2022/07/Fundamentals-of-Biostatistics-5th-Edition-without-Data-Disk-Bernard-Rosner.pdf>
22. สยาภรณ์ เดชดี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561;27(3):103-16.
23. Mauchly JW. Significance test for sphericity of a normal n-variate distribution. Annals of Mathematical Statistics 1940;11(2):204-9.
24. Greenhouse SW, Geisser S. On methods in the analysis of profile data. Psychometrika 1959;24:95-112.
25. Bland JM, Altman DG. Multiple significance tests: the Bonferroni method. BMJ 1995;310(6973):170.
26. ชนิตา เตชะปิ่น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561. 149 หน้า.
27. เนติยา แจ่มทิม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2559;22(1):65-76.
28. วิภา เพ็งเสงี่ยม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2558;8(1):152-65.
29. อภิชาติ กาศโอสถ. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร 2563;47(3):168-80.
30. กชพร เผือกผ่อง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(ฉบับพิเศษ):118-28.
31. ประมวล ตรียกูล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย

- เรือร่งที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสาร-
โรงพยาบาลแพร 2563;28(2):76-89.
32. นันทาวดี วรวัสส์. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม-
ภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงาน
สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP
model) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่ง
ข้อมูล <https://mhc7.go.th/archives/6623>
33. กรมสุขภาพจิต. 5 กลยุทธ์ในการต่อสู้กับภาวะหมดไฟจาก
การทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. แหล่ง
ข้อมูล: [https://www.dmh.go.th/news/view.as-
p?id=2270](https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2270)

Abstract: Effect of Resilience Program on Job Burnout in Village Health Volunteers of Health Area 2

Natthaphon Phoonwichian, M.P.H.; Wutthichai Jariya, DHSM. (Health Services Management)

Faculty of Public Health, Naresuan University, Thailand

Journal of Health Science 2023;32(1):151-64.

This quasi-experimental research with two group repeated measures design aimed to study the effect of resilience enhancing on job burnout program among village health volunteers. The samples were 68 village health volunteers (VHVs) living in Noen Maprang and Wang Thong Districts, Phitsanulok Province. They were VHVs with job burnout. The samples were divided in to the control group (n=34) who received normal psychoeducation; and the experimental group (n=34) receiving a resilience enhancing on job burnout program for twelve weeks. The resilience enhancing program was comprised of various activities which included discovering reality, critical reflection, taking charge, and holding on. Research instruments were the Thai version of resilience quotient screening questionnaires and the Thai version of Maslach burnout inventory (MBI) questionnaires. Data were collected prior to joining the program, after the end of the program, and after a three-month follow-up period. Data were analyzed by Chi-square tests, Fisher's Exact Test, independent samples t-test, repeated measure ANOVA and multiple comparison with the Bonferroni test at 95% statistical significance level. The results revealed that at the completion of the program and a three-month follow-up period, the experimental group had a significantly higher mean score of resilience quotient than before the intervention (p-value <0.05) and had a significantly higher than the control group at the three-month follow-up period (p-value <0.05). The experimental group had a significantly lower mean score of job burnout than before the intervention and lower than the control group (p<0.05).

Keywords:village health volunteers; job burnout, resilience quotient; resilience enhancing program