

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิจิต ว่องสัณพงษ์

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผลการใช้รูปแบบดังกล่าวในเดือนมกราคม-ตุลาคม 2550 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต 41 คน และคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่ 9 คน เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบวัดปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง แนวคำถามในการสนทนากลุ่มคณะกรรมการฯ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการ 4 กิจกรรม คือวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตผลการปฏิบัติ และสะท้อนการปฏิบัติ โดยการสนทนากลุ่มคณะกรรมการฯและพยาบาล ประกอบด้วยระยะของการเปลี่ยนแปลง 3 ระยะ คือ 1) ระยะเข้าใจสภาพปัญหา 2) ระยะเผชิญปัญหาเมื่อเริ่มปฏิบัติใหม่ และ 3) ระยะพึงพอใจในรูปแบบ ได้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กล่าวคือ การค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่มแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้และการคลายเครียด กิจกรรมรายบุคคล เน้นการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ และกิจกรรมกู่ขนานคือจัดโทรศัพท์สายด่วน โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลลัพธ์ของการพัฒนาพบว่า ระดับความเครียดของพยาบาลหลังการพัฒนาลดลงจากเดิม ผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปรกติมาก ลดลงจากร้อยละ 36.6 เป็น 2.4 ผู้ที่มีระดับความเครียดปรกติ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.9 เป็น 48.8

คำสำคัญ: ความเครียด, สุขภาพจิต, พยาบาลวิชาชีพ

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้วิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพ และความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป มาก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย และหลายปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเกินความสามารถที่

จะแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อประสบปัญหาทำให้เกิดความเครียด มีการหาทางออกไม่เหมาะสม การทำร้ายกัน การหย่าร้าง หลายคนเศร้าโศก ท้อแท้ ลึนหัวง และหาทางออกโดยการกระทำอัตวินิบาตกรรม⁽¹⁾ ปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานของกรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิตกว่า 12 ล้านคน อัตราชุกร้อยละ 20⁽²⁾

ปัญหาสุขภาพจิต เกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทุกอาชีพ แตกต่างกันตามความรุนแรงของปัญหาโดยเริ่มจากความเครียดและมีความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาทางสุขภาพจิตมีอุบัติการณ์สูงขึ้น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์⁽³⁾ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์กว่าครึ่งมีปัญหาความเครียดซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ⁽⁴⁾ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ พบบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาความเครียดร้อยละ 19.4-38.1⁽⁵⁻⁷⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่ต้องที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดในทุก ๆ วันของการทำงาน เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย ภาวะความวิตกกังวล ภาวะคับข้องใจ และภาวะการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยเผชิญกับผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอน ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน⁽⁸⁾ ตลอดจนความไม่พึงพอใจต่อปัจจัยด้านองค์กรที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบองค์กร การบริหารจัดการในองค์กร ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน รวมทั้งปัญหาภายในตัวบุคลากรเองเช่นครอบครัว สุขภาพส่วนตัว⁽⁹⁾ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน และเกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลจากการลาออกในที่สุด⁽¹⁰⁾ และปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวเมื่อเกิดแล้วหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และทันทั่วถึง ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงาน อาจทำให้วิถีชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน บทบาทหน้าที่ในสังคม ฐานะเศรษฐกิจเสื่อมถอยลงจนกระทั่งเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช⁽¹¹⁾ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญ และควรดำเนินไปพร้อมกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งการดูแลสุขภาพกายที่เป็นการช่วยคนทั้งคน⁽¹²⁾ ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบ่งได้เป็น 3 ระยะ⁽¹³⁾ ได้แก่

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (primary prevention) คือการป้องกันโดยการลดหรือตัดต้นเหตุ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่คาดว่าจะให้ผลเสียต่อสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 (secondary prevention) เป็นการสกัดกั้นหรือยับยั้งปัญหาที่มีลักษณะอาการเริ่มขึ้นแล้วให้หยุดไม่ลุกลามรุนแรง ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ และทำการรักษาเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยมากจนยากต่อการรักษากลายเป็นโรครุนแรงหรือโรคเรื้อรัง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 (tertiary prevention) หรือเรียกว่าขั้นฟื้นฟู เน้นลดผลกระทบข้างเคียงที่เกิดขึ้น ซึ่งสำหรับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จะเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อยกระดับจิตใจหรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และทำการดูแลช่วยเหลือรักษาให้หายหรือทุเลาโดยเร็วที่สุด⁽¹⁴⁾

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 525 เตียง มีบุคลากรจำนวน 1,224 คน ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าหากมีสุขภาพกายและจิตไม่ดีก็อาจส่งผลกระทบต่อให้บริการ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตลอดจนผลการใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพจิตใจของบุคลากร ให้สามารถดำรงชีพอย่างมีความสุข และดำรงรักษาสุขภาพจิตใจของตนเองให้ดียิ่งขึ้นไป ถ้าในสถานการณ์ที่มีปัญหาเรื้อรังหรือก่อให้เกิดความเครียดให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียดและเลือกวิธีจัดการที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับแนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างนำซ่อม โดยเน้นการเสริมสร้างสมรรถภาพจิตใจกลุ่มเสี่ยงในระดับบุคคล และในระดับที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคม 2550 ถึงเดือน ตุลาคม 2550 ประชากรที่ศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 320 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเสี่ยงทางภาวะสุขภาพจิตคือมีคะแนนจากการทำแบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire-28 (Thai GHQ-28) ตั้งแต่ 6 คะแนน ขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบวัดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 22 ข้อ และคำถามปลายเปิดถึงความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม Thai GHQ-28 ที่ผ่านการทดสอบโดย นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ⁽¹⁵⁾ จำนวน 28 ข้อ ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 มีความไวร้อยละ 84 ความจำเพาะร้อยละ 76 และ ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามในพยาบาลวิชาชีพทุกคน

2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ใช้ประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา

3. แนวคำถามในการสนทนาคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่ ใช้สอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ผู้ร่วมวิจัย เพื่อประเมินสถานการณ์และสรุปสถานการณ์ก่อนชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยแนวคำถามมี 3 ข้อ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และแนวทางการปรับปรุงรูปแบบ

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สอบถามพยาบาลกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเพื่อประเมินความรู้การดูแลสุขภาพจิตและความ

ต้องการความช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

5. เทปหรือเครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในการสนทนากลุ่ม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ (มกราคม 2550) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ โดยนำเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลและดำเนินการ ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับเนื้อหา โดยศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่ แนวคิดการบริหารการเปลี่ยนแปลง แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิจัย โดยจัดเตรียมความพร้อมของเอกสารและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่ (ประกอบด้วย ผู้วิจัย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 คน ตัวแทนองค์กรพยาบาล 1 คน จิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 2 คนและ นักกายภาพบำบัด 1 คน) เพื่อทบทวนแนวทางและรูปแบบการดูแล และเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน โดยประชุมในวันที่ 6 มกราคม 2550 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2. ขั้นดำเนินการ (กุมภาพันธ์-กันยายน 2550) เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน คือ

2.1 ศึกษาปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของ

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในเดือนกุมภาพันธ์ 2550 โดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28

2.2 กำหนดรูปแบบชั่วคราว เป็นระยะที่ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ในข้อ 2.1 และเชิญชวนพยาบาลจำนวน 41 คนที่มีภาวะเสี่ยงเข้าร่วมโครงการดำเนินการสนทนากลุ่ม รับทราบปัญหาและสถานการณ์ และร่วมกันระดมสมองหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แล้วนำมาเสนอให้คณะกรรมการฯ ทุกคนได้ศึกษาและระดมสมองกำหนดเป็นรูปแบบชั่วคราว โดยประชุมสนทนากลุ่มคณะกรรมการฯ วันที่ 10 มีนาคม 2550 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

2.3 ปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบชั่วคราวที่กำหนด ในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติประกอบด้วย 1) การวางแผนการ 2) การลงมือปฏิบัติการ 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกระทำเป็นวงจรต่อเนื่องจนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ที่ลงตัวเหมาะสมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. ชั้นประเมินผลการวิจัย (ตุลาคม 2550) ภายหลังจากที่ได้พัฒนาโดยปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการสะท้อนความคิดจากการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน คณะกรรมการฯ ได้ร่วมกันสรุปการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้น และวางแนวทางในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทำการวัดผลลัพธ์ใช้แบบสอบถาม ThaiGHQ-28 อีก ในการประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยเปรียบเทียบระดับความเครียดกลุ่มตัวอย่างก่อนหลังการพัฒนา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป จากการคัดกรองในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 320 คน มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 296 รายคิดเป็น

ร้อยละ 92.5 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนในการทำแบบสอบถาม Thai GHQ-28 เท่ากับ 6 คะแนนขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต มีจำนวน 41 คน ความชุกร้อยละ 13.8 โดยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้วิธีคลายเครียด และมีพยาบาลเคยพยายามฆ่าตัวตาย 2 คน (ตารางที่ 1) ส่วนลักษณะงานและความต้องการความช่วยเหลือของพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 41 คน (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

2. การพัฒนารูปแบบ จากการทำเนื้องานโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนการ 2) การลงมือปฏิบัติการ 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน โดยกระทำเป็นวงจรต่อเนื่องจนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ที่ลงตัวเหมาะสมกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีระยะการเปลี่ยนแปลง 3 ระยะ คือ ระยะเข้าใจสภาพปัญหาและร่วมกันหาทางปรับแก้ ระยะเผชิญปัญหาเมื่อเริ่มปฏิบัติบทบาทใหม่ และระยะพึงพอใจมั่นใจในรูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 เข้าใจสภาพปัญหาและร่วมกันหาทางปรับแก้ คณะกรรมการฯ ผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการระดับโรงพยาบาล ที่มีเป้าหมายผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วยการเป็นองค์กรที่มีชีวิต โดยการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ ระบุถึงแนวทางการพัฒนา คือการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้มีการเสนอความคิดเห็นที่จะพัฒนารูปแบบโดยการประสานความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ช่วยกันกำหนดแนวทางที่สำคัญ ๆ ขึ้นชั่วคราวก่อนเพื่อนำสู่การปฏิบัติในระยะแรก

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ของคณะกรรมการฯ ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 9 คน ในวันที่ 9 มีนาคม 2550 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการและการพูดคุยกับพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะเสี่ยงเสนอต่อคณะกรรมการฯ และสอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริม

รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (n=41)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	39	95.1
ชาย	2	4.9
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35	10	24.4
35-45	24	58.5
มากกว่า 45	7	17.1
(\bar{x} = 38.61 SD = 8.97)		
สถานภาพสมรส		
โสด	21	51.2
แต่งงาน	15	36.6
หย่า/ม่าย	5	12.2
รายได้เฉลี่ย/เดือน (บาท)		
5,000-20,000	10	24.4
20,001-30,000	26	63.4
> 30,000	5	12.2
ความพอเพียงของรายได้		
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	33	80.5
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	8	19.5
จำนวนบุตร (คน)		
มีบุตร 1-2 คน	20	48.7
ไม่มีบุตร	21	51.2
อายุราชการ (ปี)		
น้อยกว่า/เท่ากับ 10 ปี	8	19.5
11-20 ปี	23	56.1
21 ปีขึ้นไป	10	24.4
ในเวลาที่ไม่สบายใจ/ท้อแท้		
พยายามลืม	11	26.8
ปรึกษาผู้อื่น	26	63.4
ไม่ปรึกษาใคร	4	9.8
เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย/คิดทำร้ายตัวเอง		
ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย	28	68.3
เคยคิดอยากตาย	11	26.8
เคยพยายามฆ่าตัวตาย	2	4.9
เคยใช้วิธีคลายเครียด		
เคย	10	24.4
ไม่เคย	31	75.6
การใช้นอนหลับ/ยาคลายกังวล/ยาซึมเศร้า		
ไม่ใช้เลย	18	43.9
ใช้	23	56.1
ความถี่ในการออกกำลังกาย		
1-3 ครั้ง/สัปดาห์	13	31.7
ทุกวัน	3	5.3
ไม่ได้ออกกำลังกายเลย	25	61.0

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ดปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และแนวทางการปรับปรุงรูปแบบ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในที่ประชุมแสดงความคิดเห็น เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางปฏิบัติ ด้วยคำถามปลายเปิดให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเต็มที่ และขออนุญาตสมาชิกในที่ประชุมในการบันทึกข้อมูลและบันทึกเสียงโดยผู้ช่วยวิจัย เมื่อได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้ และแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนด และนำสู่การทดลองปฏิบัติในแนวเดียวกันโดยเริ่มในเดือนเมษายน 2550 ดังนี้คือ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ในเรื่องความเครียดแก่กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมให้คำปรึกษาโดยจิตแพทย์ กิจกรรมปฏิบัติธรรม “ด้วยรักเหนือรัก” กิจกรรมฝึกคลายเครียด กิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิก กิจกรรมพัฒนาด้านอาคารสถานที่จัดให้มีมุมผ่อนคลาย relax place ในหน่วยงานต่าง ๆ รูปที่ 1

2.2 ระยะที่ 2 เฝ้าระวังปัญหาเมื่อเริ่มปฏิบัติรูปแบบใหม่ ระยะเริ่มต้นปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว ได้เผชิญกับปัญหาเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้สอบถาม สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติงาน โดยการสังเกตและสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของเจ้าหน้าที่ จากการสนทนากลุ่มพบว่า มีบุคลากร 11 คนเคยคิดอยากตาย มี 2 คน เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอารมณ์เพียงชั่ววูบ และมักเกิดในช่วงเวลากลางคืนที่นอนไม่หลับ ส่วนกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อยได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์โดยทำการสนทนากลุ่มคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2 หลังทดลองปฏิบัติครบ 3 เดือน โดยคณะกรรมการฯ ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 7 คน ในวันที่ 8 มิถุนายน 2550 ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มเหมือนครั้งที่ 1 เพื่อติดตามและรับทราบปัญหาการปฏิบัติงาน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมใหม่ร่วมกันจนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ลงตัว เป็นที่ยอมรับของทุกคนและนำไปปฏิบัติได้ ผลจากการ

ตารางที่ 2 ลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

ลักษณะงาน	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขาดอำนาจในการควบคุมงาน/ ถูกควบคุมมาก	39	95.1	2	4.9
ขาดความพึงพอใจในงาน/วิชาชีพ	37	90.2	4	9.8
ขาดขวัญและกำลังใจ	36	87.8	5	12.2
ขาดความรู้ความสามารถ/ความรู้ไม่ตรงกับงาน	32	78.0	9	22.0
การขาดแคลนทรัพยากรในการทำงาน	31	75.6	10	24.4
การขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ	30	73.2	11	26.8
ปัญหาจากระบบงาน	18	43.9	23	56.1
ความขัดแย้งในหน่วยงาน	14	34.1	27	59.9

ตารางที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่าง (n=41)

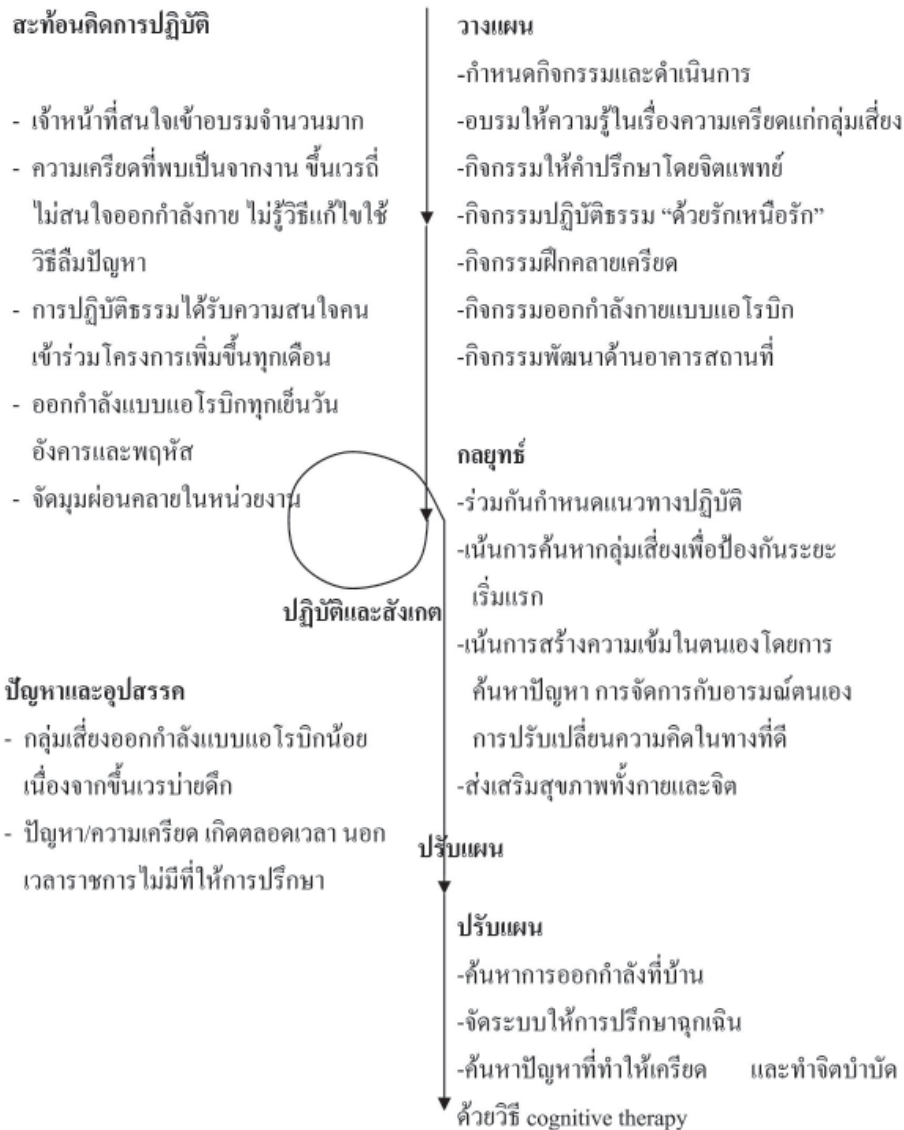
ความต้องการการช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการคู่มือคลายเครียด	32	78.0
ต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ของตนเอง	30	73.2
วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม	17	41.5
การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี	16	39.0
การฝึกคลายเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ		
- ฝึกการทำสมาธิ	34	82.9
- การนวด	33	80.5
- ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ	22	53.7
- ฝึกการหายใจ	14	34.1
- การใช้จินตนาการ	12	29.2
- อื่น ๆ	10	24.4

สะท้อนการปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น กลุ่มได้ช่วยกันเสนอความคิดเห็น และเสนอแนวทางแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดย 1) สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยโยคะ 2) คณะกรรมการส่งเสริมสนับสนุนสื่อต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการคลายเครียด เช่น ห้องคาราโอเกะ เป็นต้น 3) โทรศัพท์สาย

ด่วน และ 4) การทำจิตบำบัดด้วยวิธี cognitive therapy ดังรูปที่ 2

2.3 ระยะพึงพอใจมั่นใจในรูปแบบ หลังจากการวางแผน ทดลองปฏิบัติ สะท้อนคิดจากการปฏิบัติปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ และทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดใหม่ ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการครบ 4 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 หลังทดลองปฏิบัติครบ 6 เดือน วันที่ 7 กันยายน

การพัฒนาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เขียนเป็นไดอะแกรมแสดงรายละเอียด ดังนี้
 วงจรระยะที่ 1 (เมษายน-มิถุนายน 2550)



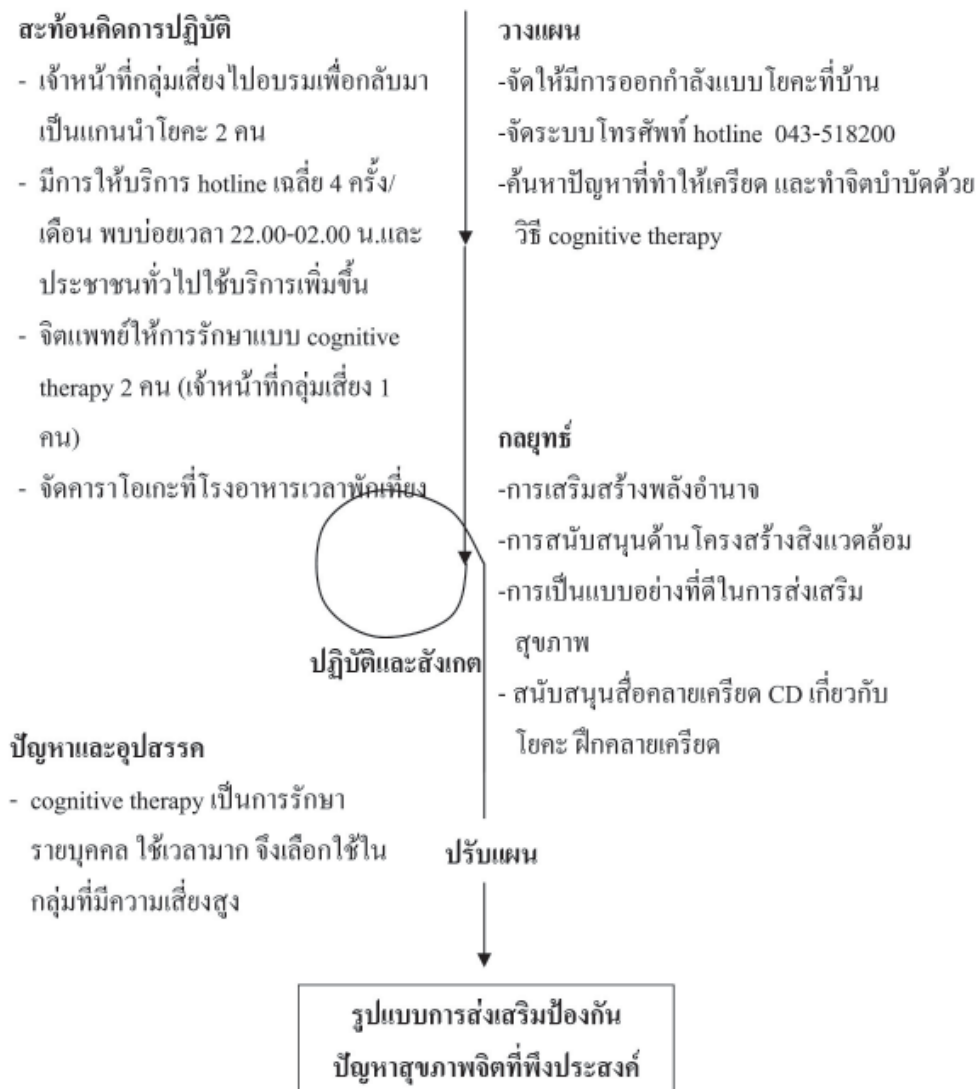
รูปที่ 1 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะที่ 1

2550 คณะกรรมการฯ ได้ร่วมกันสรุปการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รูปแบบที่ลงตัว ฟังพอใจ และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สรุปรายละเอียดของรูปแบบได้ดังรูปที่ 3

3. ผลการพัฒนา ภายหลังจากที่ได้พัฒนาโดยปฏิบัติ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการฯ ได้

ร่วมกันสรุปรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น และวางแผนแนวทางในการปฏิบัติต่อเนื่อง ผู้วิจัยทำการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเปรียบเทียบระดับความเครียดกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ก่อนหลังการพัฒนา ดังตารางที่ 4 และรูปที่ 4

วงจรระยะที่ 2 (กรกฎาคม-กันยายน 2550)



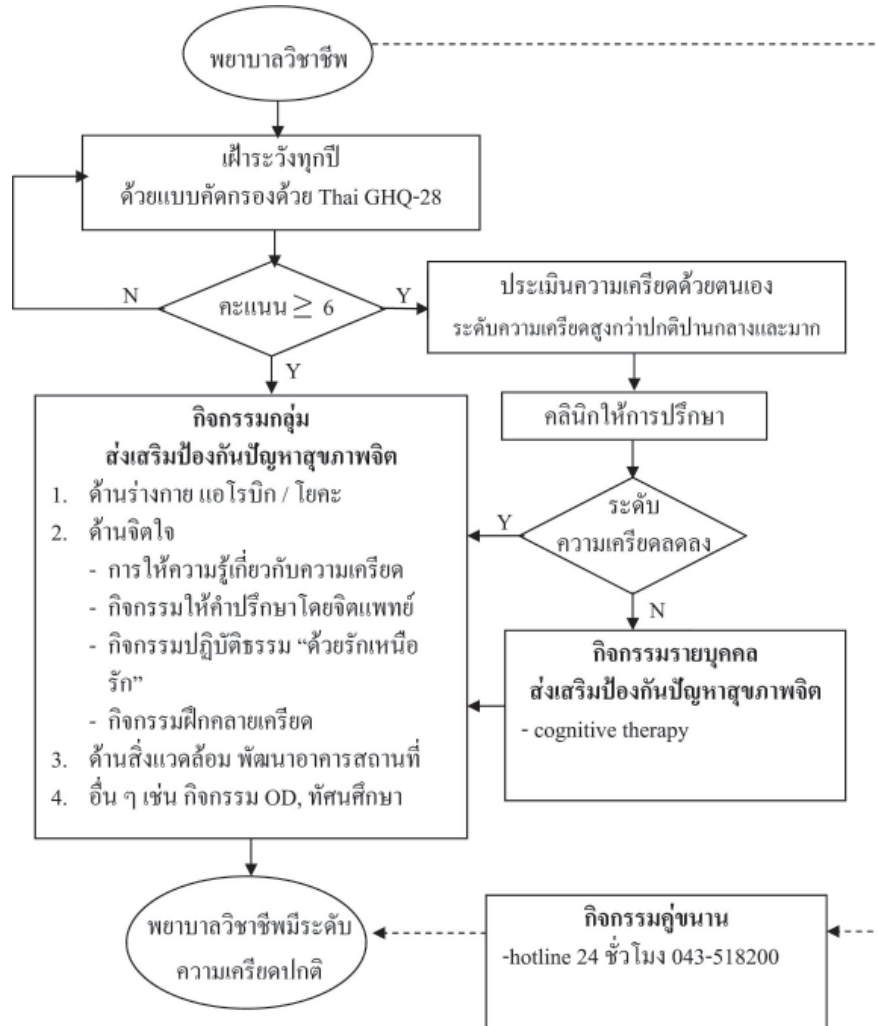
รูปที่ 2 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะที่ 2

วิจารณ์

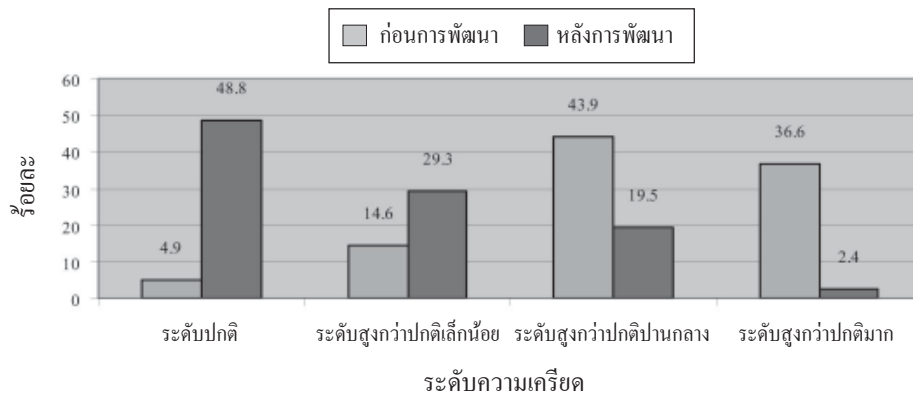
จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปที่พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเป็นร้อยละ 13.8 สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาความเครียดที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรโรงพยาบาลร้อยละ 19.4-38.1⁽⁵⁻⁷⁾ การพบปัญหาสุขภาพจิตที่ใกล้เคียงกันเพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันไม่มากคือศึกษาในกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวกับสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างจากการ

ศึกษาอื่นในประชาชนทั่วไป ที่พบว่า ประชาชนไทย 76 จังหวัดมีความชุกของความเครียดร้อยละ 67.6⁽¹⁶⁾ และประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ที่มีความชุก ร้อยละ 36.2⁽¹⁷⁾ และจากรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546 พบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นอัตราชุกร้อยละ 20⁽²⁾ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การเกิดความเครียดและการบริหารจัดการกับความเครียดในระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจาก

รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด



รูปที่ 3 รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด



รูปที่ 4 เปรียบเทียบผลการประเมินความเครียดก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

ตารางที่ 4 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=41)

ระดับความเครียด	ก่อนการพัฒนา (เม.ย. 50)		หลังการพัฒนา (ก.ย. 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปรกติ	2	4.9	20	48.8
สูงกว่าปรกติเล็กน้อย	6	14.6	12	29.3
สูงกว่าปรกติปานกลาง	18	43.9	8	19.5
สูงกว่าปรกติมาก	15	36.6	1	2.4
รวม	41	100	41	100

เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถมีชีวิตอย่างเป็นปรกติสุข สามารถกระทำการต่างๆในการดูแลผู้อื่นได้ดีขึ้น และพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยใช้วิธีคลายเครียด ออกกำลังกายน้อยเนื่องจากต้องปฏิบัติงานเป็นผลัด และมีพยาบาลเคยคิดอยากตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการคลายเครียด ธรรมชาติบำบัดให้มากกว่าเดิม เนื่องจากลักษณะงานที่มีความเสี่ยงสูง ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือกับบุคลากรที่มีความเครียดจากงานได้ เพื่อลดหรือปรับสภาพความกดดันต่าง ๆ จากสภาพการทำงานให้มีระดับต่ำพอที่จิตใจสามารถทนทานได้ เป็นการดูแลบุคลากรภายในโรงพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนต่อไป

รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการพัฒนาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการสนทนากลุ่มคณะกรรมการผู้ร่วมวิจัยรวมทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเจ้าหน้าที่ เป็นการดำเนินงานพัฒนาที่สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁸⁾ ซึ่งสถานการณ์ในบริบทของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดคือ นโยบายคุณภาพและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รอบ 2 ด้วยการเป็นองค์กรที่มีชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ทุกทีมนำแรงพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีกว่าเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพที่กำหนด โดยการพัฒนาศูนย์บริการบุคคลให้มีสุขภาพจิตดีตามแนวคิดที่ว่าคนไม่ใช่เครื่องจักรต้องการความรักและเข้าใจ สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้คณะกรรมการผู้ร่วมวิจัยรวมทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและคิดหาแนวทางพัฒนา โดยลำดับคือ การวางแผนดำเนินงานมีการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่มแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมกลุ่มคือ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ในเรื่องความเครียดแก่กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมปฏิบัติธรรม “ด้วยรักเหนือรัก” กิจกรรมฝึกคลายเครียด กิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิก/โยคะ โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกายด้วยโยคะ กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนสื่อต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการคลายเครียด เช่น ห้องคาราโอเกะ 2) กิจกรรมรายบุคคล ให้คำปรึกษาโดยจิตแพทย์ ประเมินวิเคราะห์ความเครียดว่าอยู่ในระดับใด ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดที่มีระดับปานกลางขึ้นไปแบบรายบุคคล และการทำจิตบำบัดด้วยวิธี cognitive therapy 3) กิจกรรมชุมชน จัดโทรศัพท์สายด่วน สำหรับเจ้าหน้าที่

ที่ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้มีรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชัดเจน มีขั้นตอนในการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เมื่อได้รับการประสานขอความร่วมมือ ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในตน และลงมือปฏิบัติกับตนเองในบริบทของหน่วยงานของตนเองแล้ว รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในตน ทำให้ทุกคนเกิดความตระหนักรู้ถึงการใช้พลังอำนาจที่มีในตน ให้แสดงออกได้ในบทบาทที่เหมาะสมตามความรู้ความสามารถ ซึ่งการใช้พลังอำนาจในตนนี้จะวัดผลสำเร็จได้ด้วยผลผลิตของการปฏิบัติงาน⁽¹⁹⁾ ก่อให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้

เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความยั่งยืน ต้องใช้หลักการเสริมแรงเข้าช่วยเพื่อให้มีการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ให้เข้ากันจนเป็นบุคลิกภาพของบุคคลคนนั้นเลย และต้องทำอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน เพื่อป้องกันการยกเลิกพฤติกรรมใหม่และอาจมีพฤติกรรมเดิมเข้ามาแทนที่⁽²⁰⁾ ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลในครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติโดยตรง เป็นการเรียนรู้ทั้งจากการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากตำราเอกสาร ซึ่งเป็น explicit knowledge และศึกษาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งเป็น tacit knowledge เป็นการเรียนรู้ที่จะได้ผลในเชิงปฏิบัติค่อนข้างสูงแต่มีค่าใช้จ่ายต่ำ เนื่องจากการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากการเรียนรู้จากการปฏิบัติคือ การเริ่มต้นด้วยปัญหาจริงที่เราได้เผชิญอยู่ในปัจจุบัน จากนั้นจึงได้ลงมือพิจารณาหาหนทางแก้ไขปัญหา และถ้าความรอบรู้หรือภูมิปัญญาที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหา ก็ต้องเริ่มแสวงหาวิธีที่จะเรียนรู้ให้ตรงกับที่จะต้องนำมาใช้แก้ไขปัญหานั้น ซึ่งก็จะได้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมอันเกิดจากกระบวนการแก้ปัญหานั้น ๆ และที่สำคัญคือได้เกิดการเรียนรู้จริงขึ้นด้วยเท่าที่ถือว่าสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้จากการเรียนรู้ลง

สู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาลดลงจากเดิม ผู้ที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปรกติมาก ลดลงจาก ร้อยละ 36.6 เป็น 2.4 ผู้ที่มีระดับความเครียดปรกติหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.9 เป็น 48.8 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความเครียด เมื่อมีวิถีคลายเครียดทำให้อารมณ์ของผู้ที่มีความเครียดส่วนใหญ่เย็นลง สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่า การคลายเครียดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่นใจเย็นลง สบายใจขึ้น ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น การเรียนหรือการทำงานดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น และพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อที่ว่าเมื่อมีความรู้เรื่องคลายเครียด มีทักษะการคลายเครียด ได้ปฏิบัติการคลายเครียดช่วยให้ตนเองเข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเอง ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนผู้รับบริการ ทำให้ระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์เมน และคณะ⁽²²⁾ ที่ศึกษาประเมินผลโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่พบว่าก่อนเริ่มโครงการกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงกว่าปรกติ และสิ้นสุดโครงการระดับความเครียดต่ำกว่าประชาชนทั่วไปและมีประสิทธิภาพในการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งสอดคล้องกับรัชชัย กฤษณะประกฤษ⁽²³⁾ ที่กล่าวว่า การผ่อนคลายคือการที่ร่างกายและจิตใจเป็นอิสระจากความตึงเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของสรีระ เช่น กล้ามเนื้อคลายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เกิดความเปลี่ยนแปลงของความเครียด การรับรู้และอารมณ์ในทิศทางที่เกิดความสงบ มีสมาธิ เป็นสุข เกิดความคิดสร้างสรรค์ และการฝึกผ่อนคลายเป็นทักษะทำให้บุคคลผ่อนคลาย พัฒนาความมั่นใจในการควบคุมตนเอง (self control) และสามารถจัดการตนเอง (self mastery) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญใช้ควบคู่กับวิธีการอื่น ๆ ในการจัดการกับความเครียดได้

ผลการศึกษารั้งนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่าน

มาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนโดยเพิ่มพลังอำนาจของแกนนำต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน^(24,25) นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัดอาวสุ⁽²²⁾ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชน⁽²⁶⁾ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล โดยเริ่มจากความเครียด การสร้างเครือข่ายการดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลพัฒนาสุขภาพจิตตนเองและคนในชุมชนร่วมกันนั้น นอกจากจะสอดคล้องและตรงความต้องการของชุมชนนั้น ๆ ยังเป็นการปลูกจิตสำนึกที่ถูกต้องในการใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วย ซึ่งรูปแบบที่ได้มานั้นคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะนำไปเป็นนโยบายในการพัฒนาองค์กรในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยจะมีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทุกหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาแต่แรกเริ่ม โดยการให้ความรู้ ทักษะในการเผชิญปัญหาและความเครียด ตลอดจนมีวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งสามารถขยายผลเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้รับบริการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์; 2533.
2. คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลศรีธัญญา. เปิดปัญหาจิตเวชเมืองไทยใช้หมอเฝ้าเป็นคดีตัวอย่างส.ธ.เร่งออกกฎหมายสุขภาพจิต [cited 2008 Mar 13]; Available from: URL: <http://www.dmh.go.th/stydepression/news/view.asp?id=137>
3. Spector PE, Jex SM. Relations of job characteristics from multiple data sources with employee affect, absence, turnover intentions, and health. *Journal of Applied Psychology* 1991; 76:46-53.
4. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS. Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of

symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 43:83-92.

5. Thaneerat C. Prevalence and related factors of occupational stress of personnel in Pathumthani hospital. Thesis (M.Sc.) Preventive and Social Medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
6. รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. ภาวะสุขภาพจิตและความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. [cited 2008 Mar 15]; Available from: URL: http://www.beyondbluethai.com/abstract/abstract_detail.asp?code=200420007097
7. มนตรี นามงคล, วรธนีย์ เศรษฐสุข, อัจฉา เชาวน์ประยูร, เหวินเจา ชูติมา, ชาตรี ศรีระวงษ์. เปรียบเทียบความเครียด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และความคิดอยากฆ่าผู้อื่นของข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง* 2541; 14(2):11-7.
8. Vincent P, Coleman WF. Comparison of major stressors perceived by ICU and non ICU nurse. *Critical care nurse* 1986; 6(1):64-8.
9. พรทิพย์ เกตุรานนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527.
10. Pongruengphant R, Tyson PD. The factor structure of the nurse stress index, coping strategy indicator, and Minnesota Satisfaction Questionnaire among nurses in Thailand. *Journal of Burapha University* 1995: 1:87-91.
11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วงศ์กลมโปรดักชั่น; 2542.
12. สุจิต สุวรรณชีพ. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น; 2527.
13. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรมเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2532.
14. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์; 2540.
15. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, พูนศรี รังษิณี, ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, สุชาติ พหลภาคย์, สุรพล วีระศิริ และคณะ. ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-28 ฉบับภาษาไทย ในประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544; 43(4):7-13.
16. ธงชัย ทวีชาติ, นันทิกา ทวีชาติ, อรรถพรธ เมฆสุภะ. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
17. บัณฑิต ศรีไพศาล. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชน

- ในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจปี 2540. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
18. Kemmis S, McTaggart C. The action research planner. 3rd ed. Victoria : Deakin University; 1988. p. 85.
 19. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
 20. เรมवल นันทสุภวัฒน์. ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร. กรุงเทพมหานคร: นนทบุรี; 2542.
 21. สุธิกาญจน์ ไชยลาภ. ความเครียดจากการทำงานในสถานการณ์ปัจจุบันกับการส่งเสริมป้องกันปัญหา. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 6 ปี 2543; ระหว่างวันที่ 6-8 กย. 2543; ณ.โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2543.
 22. เอื้ออารีย์ สาลิกา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช-ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
 23. ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ. วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2544.
 24. บุญลือ เพ็ชรรักษ์, นิตย์ ทองเพชรศรี. การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา. สุราษฎร์ธานี: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11; 2544.
 25. บุญวดี เพชรรัตน์. การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8. เรื่องสุขภาพจิตกับยาเสพติด; 3-5 กรกฎาคม 2545; ณโรงแรมปรีณซ์พลาเซ. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2545.
 26. อุไรวรรณ เพ็งหนู. กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต บ้านท่าม่วง อำเภอบางแพ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2546; 11(1):1-12.

Abstract **Model of Promotion and Prevention of Mental Health Problem in Registered Nurses at Roi-Et Hospital**

Wichit Wongsattanapong

Roi-Et Hospital, Roi-Et

Journal of Health Science **2008; 17:321-34.**

The objectives of this action research was to develop model of promotion and prevention of mental health problem in registered nurses at Roi-et hospital and to study the results of the implementation from January 2007 to October 2007. The purposive samples were 41 registered nurses who were at risk of having mental health problems and 9 personnel's mental health committee. This study used the mental health problem questionnaire, self evaluation stress test, semi-structural question form for committee and the semi-structural indepth-interview form. The statistic tests were descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

These action research spiral include planning, acting, observing, reflecting and re-planning using focus group strategy in the committee and nurse consisted of three stages of transformation. The first was the problem's understanding stage, the second was challenging stage of the problem, and the last was satisfaction stage of the model. These model of promotion and prevention of mental health problem consisted of a search for people who had the mental health problem and provided early intervention with empowerment technique by three types: 1) provide knowledge and stress relaxation group activities 2) mental strengthen personnel activities 3) parallel activities with hotline telephone. The result of the development found decreasing in nurses' stress level after implementation. The number of people with higher stress level than normal was reduced from 36.6 percent to 2.4 percent. More people with normal stress level increased from 4.9 percent to 48.8 percent.

Key words: **stress, mental health, registered nurses**