

ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Happiness Activity Programs for Self-care Medical Social Worker in
Chulalongkorn Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนัก
	สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	น.ส.เสาวลักษณ์ ทับคง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิริพิพันธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดร.ณิ ภู่อ่าว)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เสาวลักษณ์ ทับคง : ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนั้กสังคมสงเคราะห์ทาง
การแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (The Effect of Happiness Activity Programs for Self-
care Medical Social Worker in Chulalongkorn Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ.ดร. นพ.ชาวิท
ตันวีระชัยสกุล

การศึกษาผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตัวเองของนั้กสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุข คุณภาพชีวิตของนั้กสังคมสงเคราะห์ และความเครียด
ของนั้กสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม จากกลุ่มตัวอย่าง 31
คน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล แบบประเมินความสุข แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนั้กสังคมสงเคราะห์ แบบประเมินความเครียดฉบับ
สวนปรุง และกิจกรรมสร้างสุขทั้งหมด 6 กิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และ Stata สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดจากที่ทำการศึกษ และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน
Repeated measure ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวน ภายในกลุ่มก่อน ระหว่างและหลังการทดลอง
นอกจากนี้จะใช้ Multiple Linear Regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความสุข

ผลศึกษาพบว่า กิจกรรมสร้างสุขครั้งนี้ยังไม่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อผลของความสุข คุณภาพ
ชีวิตของนั้กสังคมสงเคราะห์ และความเครียด ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมากนัก พบว่ากลุ่ม
ตัวอย่าง มีคะแนนความสุขส่วนบุคคลรวม 9 มิติ อยู่ในเกณฑ์มีความสุข มีคะแนนคุณภาพชีวิตของนั้กสังคม
สงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละมิติของตัว
แปรสามารถทำนายผลของมิตินั้น ๆ ในทิศทางบวก ($p < 0.001$) อีกทั้งตัวแปร อายุ เพศ มีงานอดิเรกทำ และ
จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถทำนายมิตีย่อยของความสุข คุณภาพชีวิตและความเครียด ($p < 0.05$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370059430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Medical social worker, Professional quality of life, Stress, Happiness of work life, Self-care

Saowalak Tabkong : The Effect of Happiness Activity Programs for Self-care Medical Social Worker in Chulalongkorn Hospital. Advisor: CHAVIT TUNVIRACHAISAKUL, M.D.

The study of the effect of Happiness activity programs for self-care medical social workers at Chulalongkorn Hospital to compare happiness, professional quality of life, and stress for medical social at Chulalongkorn Hospital during pre- between- and post-experiments. The data were collected form a total of 31 participants since January to June 2022. Four Questionnaire were applied to this study, including demographic data, HAPPINOMETER, Professional Quality of life Scale (ProQOL-5), Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), and attended 6-activity programs. The SPSS program and The Stata program were applied to analyze the Descriptive statistics were used to report the general characteristics of the participants, and inferential statistics ,repeated measure ANOVA analysis of variance to test the difference within the group from baseline to after the program. Additionally, Multiple Linear Regression was used to find factors related to changes in happiness.

The results of the study found that activity programs have not caused any change in the results of happiness, professional quality of life and stress in pre - between and post activity programs. The results showed participants had continuous total 9 parts of happy levels, moderate Professional quality of life and high-stress levels. Each baseline statistically significantly predicted the dependent variables in a positive direction ($p < 0.001$). Also, age, gender, hobby, and attending rate were the predictors in some dimensions ($p < 0.05$).

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงได้ด้วยไม่ได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุน คำชี้แนะ กำลังใจ การสนับสนุน และความอนุเคราะห์จากหลายภาคส่วน

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.นายแพทย์ ขาววิท ต้นวีระชัยสกุล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ผลักดัน สนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้วิจัยสามารถก้าวข้ามผ่านข้อท้าทายในการทำวิจัยนี้ให้ออกมาได้สำเร็จด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริรัตน์ ศุภจิตพร ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดร.ณิ ภู่อ่าว ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ในการสอบประเมินและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ทางสุขภาพจิต จิตวิทยาทำให้ผู้วิจัยมีมุมมองและความรู้ที่สามารถประยุกต์ใช้จากการศึกษาในระดับปริญญาโท จนพัฒนาเป็นงานวิจัยชิ้นนี้

ขอขอบคุณพี่ๆเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่มีส่วนผลักดัน สนับสนุน ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างสุดกำลังทุกครั้ง จนนิสิตสามารถดำเนินการกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จ

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม คุณวีรมลล์ จันทริ ที่เปิดโอกาสให้เข้ามาเก็บวิจัยใน นักสังคมสงเคราะห์ และขอขอบคุณเพื่อนพี่น้องนักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และเจ้าหน้าที่ในฝ่ายทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ เป็นผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี คอยสนับสนุน ช่วยเหลือการทำงานด้วยความเต็มใจ ให้คำปรึกษาและเป็นบ่อน้ำแห่งกำลังใจอยู่เสมอ

ขอบคุณเพื่อนภาคอาสาสุขภาพจิต “รุ่นคอนแวนต์” พี่ภัทร พี่หน้อย พี่หญิง พี่จูน (กัญ) จูน(นิ) ที่สนับสนุน ให้กำลังใจ คอยถามไถ่ชี้แนะ ผลักดันและอยู่เคียงข้าง เป็นกัลยาณมิตรที่ดีที่อุ่นใจ และดร.นฤมล อินทหมื่น รุ่นพี่ที่น่ารักผู้เป็นที่ปรึกษาให้คำชี้แนะทางวิชาการ ช่วยให้ออกมาวิจัยสมบูรณ์ขึ้น

ขอบคุณคุณแม่ผู้เป็นลมใต้ปีกที่มอบความอบอุ่นและการดูแลในทุกย่างก้าวของการศึกษาของ ลูก ทำให้ลูกมีพลังอย่างมากที่จะทำวิจัย ขอขอบคุณน้ำๆและครอบครัวที่สนับสนุนให้กำลังใจ ส่งเสียบ้างให้ หลานมีแรงต่อ ขอขอบคุณคุณอดิสร กิจประเสริฐ ผู้ผลักดันและเป็นแรงสนับสนุนทางใจ เป็นที่ปรึกษาทาง วิชาการ สนับสนุนทุกอย่างที่ทำให้ผู้วิจัยทำวิจัยราบรื่น

เสาวลักษณ์ ทับคง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational).....	1
คำถามในการวิจัย (Research Question).....	5
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives).....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำสำคัญ (Key words).....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures).....	10
1. นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work).....	10
ความหมายของงานสังคมสงเคราะห์.....	10

ความหมายนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์	12
บทบาทในการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
2. คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Professional Quality of Life).....	22
คุณภาพชีวิต	22
คุณภาพชีวิตของการทำงาน	25
คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ	25
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
3. ความสุขในการทำงาน (Happiness).....	32
ความหมายของความสุข	32
ความหมายของความสุขในการทำงาน	33
องค์ประกอบของความสุขในการทำงาน	34
แนวทางการสร้างสุขในการทำงาน	34
ประโยชน์ของการสร้างความสุขในการทำงาน	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
4. ความเครียด (Stress)	41
ความหมายของความเครียด	41
สาเหตุของความเครียด	42
ประเภทของความเครียด	44
ความรุนแรงของความเครียด	44
ผลกระทบของความเครียด	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
5. การดูแลตนเอง (Self-care).....	49

ความหมายของการดูแลตนเอง.....	49
แนวคิดทฤษฎีในการดูแลตนเอง	50
องค์ประกอบของการดูแลตนเอง.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria).....	54
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria).....	54
การสุ่มตัวอย่าง(Sampling Technique)	54
ขนาดตัวอย่าง (Sample size).....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	66
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations).....	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยคว วอไทล์ เพื่อบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จาก ข้อมูลทั้งหมด 31 คน.....	69
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดความสุข ระดับบุคคลทั้ง 9 มิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ และแบบประเมิน ความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	71
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านความสุข	77
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านคุณภาพ ชีวิต	92

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้าน ความเครียด.....	97
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	100
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
สรุปผลการศึกษา.....	113
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	114
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้.....	114
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	115
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก.....	122
ประวัติผู้เขียน.....	144

สารบัญตาราง

หน้า

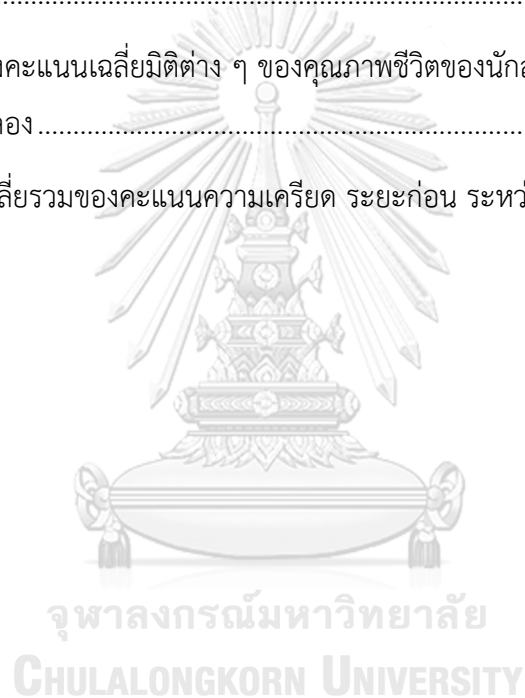
ตารางที่ 1 ตารางแสดงรูปแบบกิจกรรมสร้างสุข.....	65
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามเพศ เพศสภาพ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อายุการทำงาน ระดับปฏิบัติงานปัจจุบัน โรคประจำตัว และงานอดิเรก ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน.....	69
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และ ค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดความสุขระดับบุคคลในมิติสุขภาพดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพการเงินดีมิติการงานดี และ ผลรวมของทั้ง 9 มิติ ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	71
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และ ค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ ก่อน ระหว่าง และหลังการ ทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	75
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และ ค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบประเมินความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง	76
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความสุขคะแนนโดยรวม 9 มิติ ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	77
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสุขภาพดี (Happy body) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	78
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติผ่อนคลายดี (Happy relax) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	80
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติน้ำใจดี (Happy heart) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	81
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	83

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติครอบครัวดี (Happy family) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	84
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสังคมดี (Happy society) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	85
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	87
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสุขภาพเงินดี (Happy money) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	88
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติการงานดี (Happy work-life) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	90
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (compassion satisfaction) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	92
ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (secondary trauma stress) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	93
ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	95
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความเครียดรวม ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)	97

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ.....	27
ภาพที่ 3 พีรามิด แสดงลำดับขั้นความต้องการของ Abraham Maslow.....	29
ภาพที่ 4 ภาพแสดงแผนภูมิความสุขของคนทำงาน.....	35
ภาพที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความสุขโดยรวม ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	78
ภาพที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสุขภาพดี (Happy body) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	79
ภาพที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติผ่อนคลายดี (Happy relax) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	81
ภาพที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติน้ำใจดี (Happy heart) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	82
ภาพที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	84
ภาพที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติมิตรครอบครัวดี (Happy family) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	85
ภาพที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสังคมดี (Happy society) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	87
ภาพที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	88
ภาพที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสุขภาพเงินดี (Happy money) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	89
ภาพที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติการงานดี (Happy work-life) ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง.....	91

ภาพที่ 15 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยมิติต่าง ๆ ของความสุขในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง	91
ภาพที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	93
ภาพที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	95
ภาพที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	97
ภาพที่ 19 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	97
ภาพที่ 20 แสดงค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความเครียด ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง	99



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational)

นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับมนุษย์ ในการให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ป้องกัน ผลักดัน ให้ผู้ใช้บริการที่ประสบปัญหาทางสังคม อารมณ์ จิตใจ ที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ กลับมาช่วยเหลือตัวเอง (Help them to help them self)⁽¹⁾ และคืนสู่วงรอบของวิถีชีวิตปกติสุขของตนบนพื้นฐานมุมมองความเป็นมนุษย์ โดยมองว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถ มีความเท่าเทียมที่จะใช้ชีวิต ฉะนั้น งานสังคมสงเคราะห์จึงเป็นงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางวิชาชีพ⁽²⁾ รวมทั้งประสบการณ์และบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่จะช่วยค้นหาสภาพปัญหาและวิเคราะห์บนพื้นฐานหลักความเป็นจริง

ปัจจุบันประเทศไทยมีนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับใบอนุญาตจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 จำนวน 2,802 คน⁽³⁾ โดยกระจายอยู่ในภาคส่วนงานต่าง ๆ อาทิ งานด้านสวัสดิการครอบครัวและเด็ก งานด้านผู้ติดยาเสพติดให้โทษ งานราชทัณฑ์ งานด้านคนชรา งานด้านคนไร้ที่พึ่ง งานสงเคราะห์หญิงบางประเภท งานในโรงเรียน และงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์⁽²⁾ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม สำหรับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นอีกรูปแบบของการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ โดยใช้ความรู้ ทักษะ เทคนิค ให้บริการด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ตามกระบวนการมาตรฐานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์⁽⁴⁾ กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมิติของการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่แรกเกิดจนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังได้ทำหน้าที่เสริมพลัง (Empowerment) และให้บริการกับผู้ใช้บริการอย่าง เข้าอกเข้าใจ (Empathy)

ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้จัดตั้งฝ่ายสวัสดิการสังคมขึ้น มีนักสังคมสงเคราะห์ให้บริการผู้ใช้บริการเช่นเดียวกัน ซึ่งมีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตเป็น “นักสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต” จากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 จำนวน 36 คน ให้บริการสังคมสงเคราะห์ที่ครอบคลุมมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ได้รับบริการสุขภาพ อย่างเป็นธรรมและพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างสรรค์งานวิชาการและนวัตกรรมสู่สังคม⁽⁵⁾

ซึ่งเมื่อเดือนธันวาคม 2562 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทั่วโลก โรคเชื้อไวรัสโคโรนา หรือโควิด-19 ตามชื่ออย่างเป็นทางการที่องค์การอนามัยโลก

(WHO) ประกาศ เนื่องจากมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก เชื้อไวรัสนี้^๕ เป็นกลุ่มโรคทางเดินหายใจแบบไม่ทราบสาเหตุ พบการแพร่กระจายจากคนสู่คนลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะผ่านละอองฝอยขนาดเล็กจากการไอ เสมหะ โดยจะมีระยะการแพร่กระจายในช่วงแรก 2-14 วัน และจะมีอาการรุนแรงในกลุ่มผู้เปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เนื่องจากระยะแรกยังไม่มีวัคซีนเพื่อป้องกันโรค บางรายมีอาการรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ และในประเทศไทยเอง เกิดการแพร่ระบาดช่วงเดือน มกราคม 2563 ซึ่งการดำเนินของตัวโรคในระยะแรกดำเนินไปอย่างช้าๆ และประชาชนยังไม่ตระหนัก หรือยังไม่รับทราบแนวทางในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง ต่อมาเดือน มีนาคม 2563 มีการแพร่ระบาดใหญ่ โดยมีการติดเชื้อเป็นกลุ่มใหญ่ (Cluster) คือการติดเชื้อในสนามมวย และสถานบันเทิงในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾ และเริ่มเกิดการแพร่ระบาดไปยังจังหวัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระบบการรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวจึงจำเป็นต้องรักษาในห้องแยกป้องกันการติดเชื้อ และจัดบุคลากรเพื่อดูแลเฉพาะ ทำให้บุคลากรทุกภาคส่วนในโรงพยาบาลต่างต้องปรับรูปแบบการให้บริการในสถานการณ์วิกฤตนี้ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองเริ่มมีมาตรการป้องกันที่เข้มแข็งขึ้น เช่น บุคลากรและผู้ใช้บริการทุกท่านต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ และปรับลด เลื่อนนัดผู้ป่วย รับยาทางไปรษณีย์ หรือปรับการรักษาเป็นการติดตามอาการทางโทรศัพท์ และรับเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเท่านั้น⁽⁷⁾

นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองต้องปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยด้วยเช่นกัน กล่าวคือรูปแบบในการให้บริการผู้ป่วยในความรับผิดชอบเดิมเปลี่ยนแปลง และเป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น รูปแบบปัญหาการให้บริการมีบริบทหลากหลาย ต้องทำงานในระยะเวลาที่จำกัดไม่เกิน 14 วัน ท่ามกลางข้อจำกัดและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ทำงานในสถานการณ์วิถีใหม่ (New Normal) ใส่หน้ากากตลอดเวลา แยกรับประทานอาหาร รวมทั้งไม่มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันทุกอย่างนับแต่นั้นมา ทำให้เกิดความกังวลและกดดัน จากตัวผู้ทำงานเองกับสถานการณ์การแพร่ระบาดและจากการผู้ใช้บริการ การสำรวจข้อมูลจากการทำแบบสอบถามออนไลน์ในหน่วยงานเบื้องต้น ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2564 พบว่ามีนักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมประเมินจาก 28 คน จาก 36 คน โดยรวมพบว่ามีภาวะความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย โดยผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีการทำงานอดิเรก หรือหากิจกรรมอื่นทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การท่องเที่ยวธรรมชาติ การได้นั่งอยู่กับตนเอง การใช้เวลาร่วมกับครอบครัว เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า นักสังคมสงเคราะห์ในฐานะที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ใช้บริการ จะต้องร่วมเผชิญหน้ากับปัญหาที่หลากหลายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองเป็น

จำนวนมากในแต่ละวัน การจัดการกับภาวะอารมณ์ ความรู้สึกร่วม (Sympathy) และการเข้าอกเข้าใจ (Empathy) กับผู้ใช้บริการ การทำงานร่วมกันในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดสะสมในอารมณ์ความรู้สึกเป็นความเครียด (Stress) ในบางครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ที่ไม่มีห้วงเวลาในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตตนเอง ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้รับบาดเจ็บมือสอง (Secondary traumatization) ความรู้สึกเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์เข้าสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานในที่สุด (Burnout) อย่างเช่น ในรัฐเนวาดา ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่านักสังคมสงเคราะห์ถูกทำร้ายทางวาจา ร้อยละ 88 ถูกข่มขู่คุกคาม ร้อยละ 59.6 ถูกขโมยทรัพย์สิน ร้อยละ 47.3 ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง ร้อยละ 23 และถูกข่มขู่ด้วยอาวุธ ร้อยละ 17.5 ในขณะที่มีการสำรวจนักสังคมสงเคราะห์ในประเทศอังกฤษเองพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ถูกทำร้ายทางวาจา ร้อยละ 93 ถูกข่มขู่คุกคาม ร้อยละ 71 ถูกขโมยทรัพย์สิน ร้อยละ 56 ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 29 และถูกร้ายด้วยประเด็นทางเชื้อชาติ สีผิว ร้อยละ 9⁽⁸⁾

ในระหว่างที่ประเทศไทยเองมีทัศนภาพชีวิต ความเครียด หรือความเหนื่อยล้าต่างๆ ของนักสังคมสงเคราะห์พบงานวิจัยหรือบทความที่กล่าวถึงได้น้อย ส่วนใหญ่จะมีการประเมินบุคลากรทางการแพทย์สายอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมพบงานที่เริ่มกล่าวถึงความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในปี 2530 ที่มีผลการวิจัยพบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีความเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 82.1 ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงานในด้านความก้าวหน้า เงินเดือน สภาพแวดล้อม บุคลิกภาพแบบ A และอายุ⁽⁹⁾ ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในลักษณะกล่าวถึงบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม นักสังคมสงเคราะห์ด้วย ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง ร้อยละ 36.3 โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง มีภาวะหมดไฟระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.1 บุคลากรที่อายุน้อยกว่า 35 ปี มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง⁽¹⁰⁾ ขณะที่นักสังคมสงเคราะห์ในบ้านบางแควเอง ในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยบางเวลาพบว่ามี ความเครียดซึ่งเกิดจากปัจจัยปัญหาทางสุขภาพและปัญหาส่วนตัว⁽¹¹⁾ ในขณะเดียวกัน นักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นอกสังกัดกรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับมาก มีความต้องการฝึกอบรมในเรื่องการดูแลช่วยเหลือ และฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีผู้ที่ไม่มีความต้องการลาออกหรือย้ายภายใน 5 ปีข้างหน้า จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83

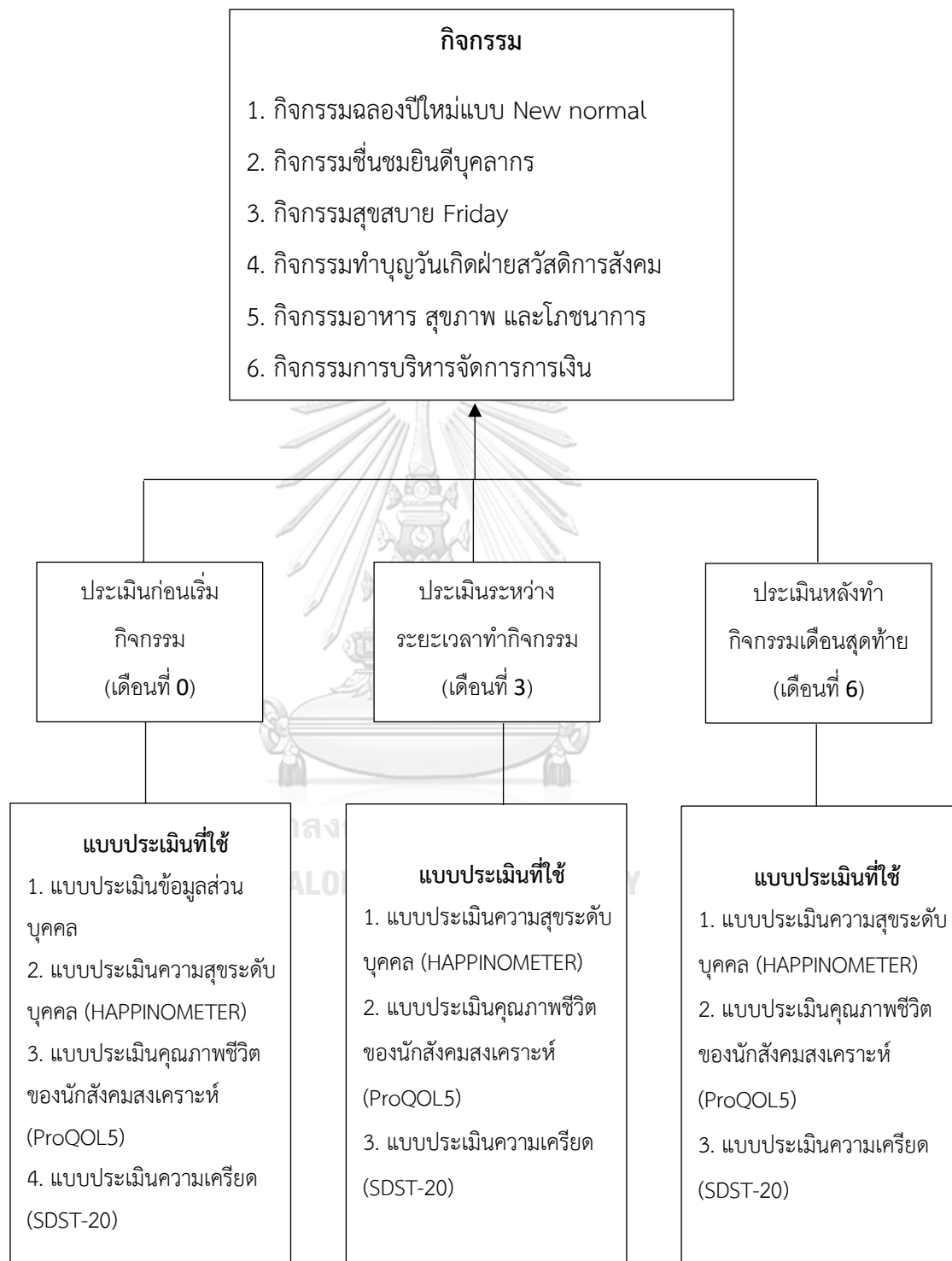
และตามที่แผนงานสุขภาพองค์กรภาคเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน ได้ทำการศึกษาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงาน โดยได้นำ “องค์กรแห่งความสุข” (Happy Workplace) ตามที่ได้รับแนวคิดจากแนวคิดของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ที่ได้กำหนดตัวชี้วัด

ความก้าวหน้าของมนุษย์ เรียกว่า “ความสุข 8 ประการ”⁽¹²⁾ ได้ให้ความสำคัญ ต่อ “คน” และเพิ่มคุณค่าของ “คน” ให้เป็น “คนสำคัญ” คนทำงานมีทักษะการทำงานที่ดี (Work Skill) และมี ทักษะการใช้ชีวิตที่ดี (Life Skill) ควบคู่กันไป เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และคนทำงานมีความสุขในการทำงาน ซึ่งในความสุข 8 ประการประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังนี้

มิติสุขภาพดี (Happy Body) คือ การรู้จักใช้ชีวิตเหมาะสมกับวัย เหมาะสมกับสถานการณ์ นำไปสู่สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ มิติหัวใจดี (Happy Heart) คือ บุคคลที่จะอยู่กับคนอื่นอย่างเอื้ออาทร มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) คือ ต้องผ่อนคลายกับสิ่งต่างๆ ใน การดำเนินชีวิต มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) คือ การที่คนเราศึกษาหาความรู้พัฒนาตัวเอง มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) คือ การศรัทธาในคุณงามความดี มีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต มิติสุขภาพการเงินดี (Happy Money) คือ การรู้จักเก็บรู้จักใช้ เป็นหนี้ให้พอดีมีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง มิติครอบครัวดี (Happy Family) คือ การมีครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันเป็นกำลังใจ มิติสังคมดี (Happy Society) คือ การอยู่ในสังคมอย่างสามัคคีเอื้อเฟื้อต่อชุมชนที่ตนทำงานและพักอาศัย

ในฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองนั้น ยังไม่มีการจัดกิจกรรมรูปแบบกิจกรรมสร้างสุขเพื่อพัฒนาความสุขใน 8 มิติ และพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปแบบแบบชัดเจน จึงเห็นว่าควรมีการส่งเสริมการทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม เพราะหากนักสังคมสงเคราะห์มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพลังในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลดีต่อตนเองและหน่วยงาน รวมถึงส่งผลดีต่อการเสริมสร้างชุมชนพลังที่จะส่งต่อไปยังผู้ใช้บริการให้ได้ ในการประกอบอาชีพของบุคคลต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะให้การประกอบอาชีพนั้นสามารถดำเนินไปอย่างมีเป้าหมายและมีคุณภาพ นั่นก็คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ในการดูแลตนเองนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลในภาวะปกติสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองตนเอง โดยส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยผ่อนคลายจากภาวะความตึงเครียดจากงานที่ทำ หากสามารถดูแลตัวเองได้ดี ย่อมส่งผลถึงการจัดการภาวะอารมณ์และการกล้าเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างไม่หวั่นเกรง อันจะสามารถลดภาวะตึงเครียด เพิ่มความตระหนักรู้ในตนเอง (Self – awareness) และภาวะแห่งความสุขในการปฏิบัติงานให้คงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น ยิ่งในสภาวะการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันนี้ การดูแลตนเองให้สามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่แปรผันนั้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสายวิชาชีพที่ทำงานกับมนุษย์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาในเรื่องการทำกิจกรรมเสริมสุขเพื่อการดูแลตนเอง (Self-care) ของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมสร้างสุข กับความสุขระดับบุคคล คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้แก่ ความพอใจในช่วยเหลือผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งได้แก่ ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ภาวะหมดไฟในการทำงาน และระดับความเครียด โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มากกว่า 4 เดือน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 31 คน

ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2565

คำสำคัญ (Key words)

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social worker)

คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Professional Quality of life)

ความเครียด (Stress)

ความสุขในการทำงาน (Happiness of work life)

การดูแลตนเอง (Self-care)

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social worker) หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล มีใบประกอบวิชาชีพรับรองอนุญาต เพื่อให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่ประสบปัญหาทางกาย จิต ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาวะยากลำบากได้ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เท่านั้น โดยจะทำหน้าที่ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก เสริมพลังอำนาจ ส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม พิทักษ์สิทธิ ร่วมค้นหาทรัพยากรและเครือข่ายทางสังคม เป็นตัวเชื่อมประสานความร่วมมือ และร่วมทีมกับสหวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังและกำลังจากทรัพยากรที่มี หรือได้รับการสนับสนุน ทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามวงจรเดิมของตนอย่างปกติสุข

คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Professional Quality of life) หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกของ แต่ละบุคคล ที่มีต่อการให้บริการผู้ใช้บริการโดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพในการให้ความ

ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการรอดพ้นจากภัยที่ประสบ หรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งผลกระทบจากการให้บริการย่อมส่งผลกระทบต่อด้านกาย จิต ซึ่งแบ่งได้ 2 แบบคือ ความรู้สึกทางบวก นั่นคือความพึงพอใจจากการช่วยเหลือ (Compassion Satisfaction) ยิ่งทำยิ่งตอบสนองต่อศีลธรรมในจิตใจ (Moral) สร้างคุณค่า รู้สึกเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และความรู้สึกทางลบ คือ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) ความรู้สึกแยะ รู้สึกไม่ตี้อแท้ใจ หมดหวัง หมดคุณค่า ที่เกิดขึ้นหลังจากให้ความช่วยเหลือและเหตุการณ์นั้นยังคงพัวพัน วนเวียนในความคิด จิตใจ สลัดไม่หลุดออกจากความคิด ซึ่งส่งผลในรูปแบบของการหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และการมีบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5) ที่มีการวัดคะแนน 42-57 คะแนน จะแสดงสภาวะวัดความรู้สึกเป็นพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Satisfaction) ที่มีในระดับสูง หมายความว่าจากการทำงานที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยตอบสนองคุณค่าทางจิตใจในระดับดีมากจะส่งผลให้ยังคงทำงานที่ทำอยู่ต่อได้ และการวัดคะแนน 42-57 คะแนน ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burn out) และความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress) ที่มีในระดับสูง จะหมายถึงว่าจากการทำงานมีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) ในระดับสูงมาก อาจส่งผลด้านลบก่อให้เกิดความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองได้และนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน อาจเป็นเหตุผลที่ไม่สามารถทำงานต่อได้

ความเครียด (Stress) หมายถึง กลไกอัตโนมัติของร่างกาย จิตใจ ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือสถานการณ์ที่ไม่ปรารถนา และประเมินสถานการณ์ที่เข้ามาว่าเกินกำลังหรือทรัพยากรที่มี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ รวมถึงพฤติกรรม มีภาวะตื่นตัว มีอารมณ์ต่างๆ เช่น ตกใจ โกรธ เสียใจ สับสน เป็นต้น ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุลได้ การประเมินความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ นิสัยส่วนบุคคล หากสามารถรับมือได้ มีความรุนแรงของความเครียดน้อย อาจทำให้เกิดความกระตือรือร้น มีพลังงานผลักดันทำกิจกรรม แต่หากมีความรุนแรงมากและยาวนาน อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพได้ วัดได้จากแบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SDST-20)

ความสุขในการทำงาน (Happiness of work life) หมายถึง เป็นความรู้สึกที่สุขกายสบายใจ พึงพอใจ ในสิ่งที่ตนได้กระทำ หรือมีผู้กระทำให้ในระหว่างทำงาน เป็นความรู้สึกเชิงบวก ได้แสดงศักยภาพรู้สึกมีคุณค่าต่องานที่ทำ ทำให้ทำงานได้อย่างสนุกสนาน เพลิดเพลิน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่สังกัด มีความร่วมมือที่ดีกันในที่ทำงาน มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นมิตรภาพดีต่อกัน มีผลให้กระตือรือร้นทำงาน รับผิดชอบในงานที่ทำและนำไปประสบความสำเร็จ วัดได้จากแบบ

ประเมินแบบวัดความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER) ที่มีการวัดคะแนน คะแนนเฉลี่ย 50.00 – 100.00 แสดงเกณฑ์ระดับมีความสุขมากถึงมากที่สุด

การดูแลตนเอง (Self-care) คือ การดูแลตนเองหมายถึง เป็นกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง ฝึกฝนทำได้สม่ำเสมอ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแล กาย จิต และพัฒนาการดำเนินชีวิต ภายใต้อสถานการณ์ที่ปกติหรือมีความเครียดจากแรงกดดัน ทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ผ่อนคลายขึ้น สบายขึ้น สามารถรับมือกับสภาวะความเครียดให้ลดลง คงอยู่หรือดีขึ้นในระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมวิจัย มีความสุขระดับบุคคล รวมถึงมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น มีความเครียดลดลงหลังจากร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาทดลอง
2. เพื่อเป็นแนวทางให้นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้เพื่อดูแลตนเอง (Self-Care) ได้
3. เพื่อให้นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมการวิจัย เเท่าทันและตระหนักในการดูแลตนเอง ก่อนที่สถานการณ์ความเครียดที่จะส่งผลต่อตนเองและมีผลกระทบในการปฏิบัติงานได้
4. เพื่อเป็นแนวทางให้ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำไปพัฒนา จัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวมของนักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงาน ส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวมของการให้บริการงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลที่ดีได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

การศึกษาค้นคว้าผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตัวเองของนักสังคมสงเคราะห์ทาง การแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 หัวข้อดังนี้

1. นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
2. คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ
3. ความสุขในการทำงาน
4. ความเครียด
5. การดูแลตนเอง

1. นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Work)

ความหมายของงานสังคมสงเคราะห์

งานสังคมสงเคราะห์เป็นงานที่มีรากฐานมากจากการช่วยเหลือกลุ่มคนที่เดือดร้อนและ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต่อมาได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานในการให้บริการที่ไม่ได้มีเพียงเรื่องของการ ทำการกุศล (Charity) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนในมิติอื่นๆ ตามที่ วันทนี วาสิกะสิน และคณะ⁽¹⁾ และนงลักษณ์ เทพสวัสดิ์⁽²⁾ มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ตามที่ แมรี ริชมอนด์ (Mary Richmond) ผู้ให้กำเนิดงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย ได้ให้ความสำคัญกับ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ของซิกมุนด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ว่าการที่มนุษย์ประสบปัญหาต่างๆ นั้น เป็นเพราะความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความเชื่อมโยงกันระหว่างมนุษย์กับสังคม ดังนั้นจึงต้อง อาศัยขั้นตอนบางอย่าง เพื่อปรับบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และมนุษย์กับ สิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

จिरาลักษณ์ จงสถิตมั่น⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายงานสังคมสงเคราะห์รูปแบบกลุ่มชน ซึ่งเป็นหนึ่งใน รูปแบบการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ว่า สังคมสงเคราะห์กลุ่มชนเป็นวิธีและกระบวนการ ปฏิบัติงานกับบุคคล โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ กลุ่ม หน่วยงาน กิจกรรม นักสังคมสงเคราะห์และ สิ่งแวดล้อม มีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้บริการ เสริมพลังอำนาจ ส่งเสริมศักยภาพ พึงศักยภาพ ช่วยพัฒนาคุณภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ เช่น พัฒนาสุขภาพ บำบัดรักษา พัฒนา ป้องกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงกลุ่ม ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ เกื้อกูลและยุติธรรมแก่ผู้คน โดยนักสังคมสงเคราะห์ใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือดำเนินงาน

The International Association of School of Social Work and International Federation of Social Workers 2001⁽¹⁴⁾ ได้ให้ความหมายการสังคมสงเคราะห์ คือกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ การเสริมพลังให้ผู้ให้บริการมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยอาศัยความรู้ ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ซึ่งเข้าแทรกแซงในจุดที่มนุษย์มีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยยังคงตระหนักหลักสิทธิมนุษยธรรมและความเป็นธรรม

บุญธิดา บุญแก้ว⁽⁴⁾ กล่าวว่า ความหมายของงานสังคมสงเคราะห์มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคม ภายใต้การสร้างมาตรฐานวิชาชีพให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งได้แก่ การส่งเสริม การสนับสนุน การจัดการทรัพยากร การแก้ไข ฟื้นฟู การเสริมพลังอำนาจ การพิทักษ์สิทธิ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม หลักสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคม คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ต้องปฏิบัติงานภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อประโยชน์อันสูงสุดที่จะเกิดกับผู้ใช้บริการ

ในปัจจุบันการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย ตามที่นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์⁽²⁾ แบ่งแยกสาขาได้ดังนี้

1. การสังคมสงเคราะห์ในหน่วยสวัสดิการครอบครัวและเด็ก (Family and child welfare) เช่น หน่วยสวัสดิการครอบครัว ของสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธิสหทัย สถานสงเคราะห์เด็กบ้านราชวิถี มูลนิธิโสสะ ฯลฯ

2. บริการสังคมสงเคราะห์ในด้านการแพทย์ (Public health and medical service) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต โดยแบ่งกันตามประเภท ลักษณะอาการที่โรงพยาบาลให้การรักษา เช่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จะดูแลรักษา โรคและอาการทางจิต เป็นต้น จึงมีการเรียกสั้นๆว่า นักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายจิตฯ ส่วนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ดูแลรักษาอาการทางกายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในโรงพยาบาลฯ มีการรักษาทางด้านจิตด้วยเช่นกัน ฯลฯ จึงเรียกว่านักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายกาย โรงพยาบาลที่มีการริเริ่มงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นที่แรก เมื่อ พ.ศ.2503 นั่นคือ โรงพยาบาลศิริราช และเป็นที่มาให้โรงพยาบาลต่างๆ จัดแผนกสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีการให้การดูแลผู้พิการและทุพพลภาพ ได้แก่ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการพระประแดง โรงเรียนสอนคนตาบอด กรุงเทพฯ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จังหวัดปทุมธานี องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี(หญิง) จังหวัดนนทบุรี เป็นต้น

3. บริการสังคมสงเคราะห์กับผู้ติดยาเสพติดให้โทษ (Drug addicts) ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญลักษณ์) สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติดของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง เป็นต้น

4. บริการสังคมสงเคราะห์ในงานราชทัณฑ์ (Corrections) ได้แก่ ศาลคดีเด็กและเยาวชน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กบ้านเมตตา บ้านกรงูมา เรือนจำต่างๆของกรมราชทัณฑ์ ทัณฑสถานต่างๆ

5. บริการสังคมสงเคราะห์คนชรา (Welfare for the aged) ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค สถานสงเคราะห์คนชราร้านธรรมปกรณ์ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ เป็นต้น

6. บริการสังคมสงเคราะห์ไร้ที่พึ่ง (Welfare for the destitute) เช่น สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพฯ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแกจังหวัดเพชรบุรี

7. บริการสงเคราะห์หญิงบางประเภท (Welfare for socially handicapped) เช่น สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ (บ้านนารีสวัสดิ์) จังหวัดนครราชสีมา สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ (บ้านเกร็ดตระการการ) จังหวัดนนทบุรี บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดต่างๆ

8. บริการสังคมสงเคราะห์กับสวัสดิการแรงงานกับองค์กรแรงงานต่างๆ (Labour Welfare Service) เช่น นักสังคมสงเคราะห์ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

9. บริการสังคมสงเคราะห์ในโรงเรียน (School Social Work) เช่น นักสังคมสงเคราะห์ในโรงเรียนเอกชนบางแห่ง จะช่วยดูแลด้านจิต สังคมแก่นักเรียน จึงยังไม่พบเห็นนักสังคมสงเคราะห์ในโรงเรียนทั่วไป ซึ่งมีการผลักดันกันเป็นระยะเวลายาวนาน

ความหมายนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

อาริยา ก้อนเมฆ⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า งานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล จะมีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในโยงใยความสัมพันธ์ที่มีส่วนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยดังกล่าว ได้กล่าวว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ประสบปัญหาความเจ็บป่วยอาการทางกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ อื่น เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาการเข้าถึงบริการ รวมถึงปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทในการทำงาน ร่วมแก้ไขปัญหา ในภาวะยากลำบากของผู้ป่วย ซึ่งในบางรายไม่สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้สามารถใช้บริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกับ สุภาวดี พรสิบ⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรักษาพยาบาล ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคม นักสังคมสงเคราะห์จึงร่วมค้นหาทรัพยากร

ที่แวดล้อมผู้ป่วย ทั้งในโยงโยของครอบครัว และในท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการรักษา รวมทั้งวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เชื่อมประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รับการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าว พัฒนาตนเองมีพลังกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

การที่จะทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์นั้นตามที่นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์⁽¹⁷⁾ กล่าวว่าจำเป็นต้องใช้ความชำนาญพิเศษ มีความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ทศนคติที่มีต่อความเจ็บป่วย ซึ่งการรับมือกับการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และภาวะแวดล้อมของแต่ละคนที่ต่างกัน เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในร่วมจัดการปัญหา เพื่อการทำงานอย่างมีมาตรฐาน ปัจจุบันมีการรับรองวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ให้นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2556

ซึ่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2556⁽¹⁸⁾ “วิชาชีพสังคมสงเคราะห์” หมายความว่า วิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน เพื่อให้กระทำหน้าที่ทางสังคมและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งการให้บริการจึงต้องมีใบประกอบวิชาชีพเป็นตัวรองรับมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และตามมาตรา 29 ห้ามผู้ใดประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตหรือกระทำด้วยวิธีใด ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าตนมีสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตโดยมิได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์

ในทัศนะของผู้วิจัยสรุปได้ว่า การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คือการปฏิบัติงานรูปแบบหนึ่งที่นักสังคมสงเคราะห์จะปฏิบัติงานให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล มีใบประกอบวิชาชีพรับอนุญาตเพื่อให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่ประสบปัญหาทางกาย จิต ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในภาวะยากลำบากได้ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์เท่านั้น โดยจะทำหน้าที่ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก เสริมพลังอำนาจ ส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม พิทักษ์สิทธิ ร่วมค้นหาทรัพยากรและเครือข่ายทางสังคม เป็นตัวเชื่อมประสานความร่วมมือ และร่วมทีมกับสหวิชาชีพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพลังและกำลังจากทรัพยากรที่มีหรือได้รับการสนับสนุน ทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามวงรอบเดิมของตนอย่างปกติสุข

บทบาทในการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์

บทบาทในการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ ตามที่พงเทพ สันติกุล⁽¹⁴⁾ กล่าวไว้ได้แก่

1. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นบทบาทที่นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติโดยตรงกับผู้ใช้บริการเพื่อค้นหาหรือกำหนดปัญหาของผู้ใช้บริการ หรือแก้ปัญหาด้วยการพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษา อาจประกอบด้วยการใช้ทักษะหลายประเภท เช่น ทักษะการฟัง ทักษะการสนทนา ทักษะการตั้งคำถาม

2. บทบาทผู้สนับสนุน (Advocate) เป็นบทบาทการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ให้บริการ ด้วยทรัพยากรทางสังคมด้านต่างๆ เช่น เงิน วัสดุอุปกรณ์ ความรู้ เครือข่ายทางสังคมเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

3. บทบาทหุ้นส่วน (Partner) เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ผู้แสดงบทบาทอย่างน้อยสองฝ่ายตกลงเข้ามาเป็นหุ้นส่วนกัน จึงเป็นบทบาทความร่วมมือระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ใช้บริการในการแก้ปัญหาภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันโดยร่วมกันจัดหาทรัพยากรตามความเชี่ยวชาญ ซึ่งต่างฝ่ายต่างฝ่ายยังคงดำรงไว้ซึ่งค่านิยม อัตลักษณ์ของตนไว้

4. บทบาทผู้ประเมินความเสี่ยงหรือความต้องการ (Assessor of risk or need) เพื่อการแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยง และความต้องการของผู้ใช้บริการซึ่งผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการประเมินด้วยตนเองเนื่องจากผู้ใช้บริการจะรู้ความต้องการของตนเองมากที่สุด

5. บทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นบทบาทการจัดการทรัพยากรทางสังคม เช่น เครือข่ายความรู้งบประมาณความช่วยเหลือ ดำเนินตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ

6. บทบาทผู้ควบคุม (Agent of social control) เป็นบทบาทการเป็นตัวแทนหน่วยงานของภาครัฐเช่น ศาล กรมพินิจและคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก โรงพยาบาลทำหน้าที่ออกคำสั่งและควบคุมพฤติกรรมหรือความประพฤติของบุคคล นักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ดูแลสอดส่องผู้ที่ถูกควบคุมให้ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือควบคุมผู้ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ซึ่งการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ เปลี่ยนแปลง จัดการแก้ปัญหาด้วยตัวของผู้ใช้บริการเอง เพราะนักสังคมสงเคราะห์จะทำงานร่วมให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจดำเนินการเอง เป็นการ “ช่วยเขา เพื่อให้เขาช่วยตนเองได้” (Help Them To Help Themselves) ตามที่ Howe⁽¹⁾ กล่าวไว้ ซึ่งเป็นไปแนวคิดมนุษยธรรมนิยมที่เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงจัดการพัฒนาตนเองได้ บทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะผลักดัน ให้ผู้ใช้บริการยืนหยัดได้ด้วยตนเอง ซึ่งรพีพรรณ คำหอม⁽¹⁹⁾ มีความเห็นเพิ่มเติมสอดคล้องกันเรื่องของบทบาทและหน้าที่ในการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ และมีความเห็นเพิ่มเติมได้แก่

1. บทบาทความเป็นวิชาชีพร่วมกับการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) เป็นการงานร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยที่มโนนโยบายรัฐได้มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงาน

สังคมสงเคราะห์ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 เป็นต้น ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้ใช้ความสามารถทางวิชาชีพร่วมกับสหสาขา เพื่อประเมิน และปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์แบบบูรณาการ ส่งเสริมจนผู้ใช้บริการมีอำนาจจัดการปัญหาตนเองได้ในที่สุด นักสังคมสงเคราะห์จึงเปรียบเสมือน เป็นผู้ดูแลทางสังคม (Social care) โดยเฉพาะการดูแลระยะสั้น และการดูแลระยะยาว และเปรียบเสมือนผู้ออกแบบสังคม (Social Design) ที่จะนำปัญหาของผู้ใช้บริการมาขับเคลื่อนและผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะ

2. บทบาทการสร้างความเข้มแข็งทางวิชาชีพ ได้แก่

2.1 ผู้ให้บริการโดยตรง อันได้แก่ การจัดหาบริการโดยตรง (Service provider) การให้ความช่วยเหลือบุคคลโดยวิธีการสังคมสงเคราะห์ในการแก้ไขปัญหา และเตรียมบริการที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการ การให้ข้อมูล (Educator) ให้ผู้ใช้บริการเข้าใจเหตุผลการแข่งการดำเนินงาน สิทธิประโยชน์ และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

2.2 การเชื่อมโยงระบบ ได้แก่ การเป็นตัวกลาง (Broker) เพื่อเชื่อมโยงผู้ใช้บริการเข้าถึงทรัพยากร การเป็นผู้จัดการรายกรณี หรือผู้ประสานงาน (Case Manager/Coordinator) ช่วยประเมิน และวางแผนในการจัดบริการระยะสั้นระยะยาว ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่เหมาะสม รวมถึงการเป็นสื่อกลาง (Mediator) ในการใช้ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการความขัดแย้งต่างๆ ที่อาจเกิดในระหว่างการดำเนินงาน

3. การทำนุบำรุงระบบและการขยายผลการให้บริการ เช่น การเป็นนักวิเคราะห์องค์กร (Organization analyst) เป็นผู้เข้าใจนโยบายองค์กร เพื่อตอบสนองสอดคล้องต่อการให้บริการ เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้ความสนับสนุน ส่งเสริม อำนวยให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เป็นประโยชน์ การเป็นทีมงาน/ทีมสหวิชาชีพ (Teamwork or Interdisciplinary) มีการวางแผนการให้บริการร่วมกับทีมเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ใช้บริการกลับคืนสู่สังคม เป็นผู้ให้การปรึกษา/นิเทศงาน (Consultant/Supervision) ให้คำปรึกษากับผู้ใช้บริการ รวมทั้งเป็นอาจารย์นิเทศงานภาคสนามกับนักศึกษาฝึกภาคปฏิบัติทางสังคมสงเคราะห์

4. การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้ผู้ใช้บริการ (Client Advocate) เป็นการปกป้องและคุ้มครองสิทธิให้ผู้ใช้บริการในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ หรือไม่ทราบเรื่องของสิทธิสวัสดิการที่พึงได้รับ ให้ได้รับสิทธิและสวัสดิการ ในบางครั้งอาจต้องเป็นปากเสียงแทน รวมทั้งผลักดันให้ผู้ใช้บริการให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเสริมพลัง ให้ผู้ใช้บริการสามารถลุกขึ้นมาพิทักษ์สิทธิของตนเองได้

5. นักวิจัย/ผู้ใช้งานวิจัย (Researcher) เป็นการใช้เครื่องมือ องค์ความรู้จากงานวิจัย มาพัฒนาองค์ความรู้ในการให้บริการและประเมินผล และนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนาระบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. การพัฒนาระบบ ได้แก่ การเป็นผู้พัฒนาโปรแกรม (Program Development) สามารถพัฒนาระบบงานเพื่อปรับปรุงบริการ และขยายการให้บริการขององค์กร พัฒนาระบบใหม่กับกลุ่มเป้าหมาย การเป็นผู้วางแผน (Planner) ต้องมีการทำงานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จึงต้องมีการวางแผนโปรแกรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ หรือจะเป็นผู้ผลักดันนโยบาย (Policy and Procedure) มีการทำงานเชิงป้องกัน วางระบบงานใหม่ โดยนำผลงานมาพัฒนา และผลักดันเชิงนโยบายใหม่ให้เกิดการดูแลกลุ่มเป้าหมาย

อย่างไรก็ตามฝ่ายฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽⁵⁾ ได้อธิบายบทบาทของการทำหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไว้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยและครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์จะทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าถึงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้ผลดีที่สุด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพในครอบครัวและสังคม ในบางกรณีนักสังคมสงเคราะห์จะเข้าไปช่วยวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว แม้เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วก็ตาม โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการติดตามและประเมินผล ตลอดจนการดูแลปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเฉพาะโรค พร้อมให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีความจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูอย่างเต็มที่ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยบทบาทในด้านต่าง ๆ ในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่

1.1 ด้านสุขภาพกายและจิตใจ

นักสังคมสงเคราะห์จะใช้กระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ทั้งการสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายและกลุ่ม ในการประเมินวินิจฉัยทางสังคม มีการร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัว ดำเนินการให้ความช่วยเหลือป้องกัน แก้ไข ฝ่าระวังความเสี่ยง และพัฒนาฟื้นฟู โดยการให้การปรึกษาแนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมพลัง ประสานงานส่งต่อพิทักษ์สิทธิให้แก่ผู้มาใช้บริการ และปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้และรับข้อมูล และร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เช่น การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะและปลูกถ่ายไขกระดูก โครงการการดูแลผู้ป่วยแก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กป่วยเรื้อรัง โครงการการดูแลกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน กลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้ป่วยพาร์กินสัน กลุ่มผู้ป่วยไตใหม่ กลุ่มผู้ป่วยไขกระดูก กลุ่มเบาหวาน เป็นต้น

1.2 ด้านสังคม

นักสังคมสงเคราะห์จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนด้านพลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในครอบครัวและสังคม รวมทั้งการแสวงหาเครือข่ายทางสังคมทรัพยากร เพื่อส่งต่อผู้ให้บริการไปรับบริการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ทั้งยังช่วยคุ้มครอง

สวัสดิภาพของเด็กและครอบครัว กลุ่มเปราะบางในสังคม เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น การริเริ่มก่อตั้งชมรมเพื่อนวันพุธ (ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศในการให้บริการชุมชน เช่น การจัดงาน Stroke Day วันเทียนส่องใจ

1.3 ด้านจิตวิญญาณ

เป็นอีกมิติหนึ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้บริบทของความเชื่อทางศาสนาที่มีความแตกต่าง คำนึงถึงความต้องการและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการ การจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านี้ถือเป็นการเพิ่มเติมในการให้บริการทางสุขภาพโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น โครงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดงานวันรำลึกผู้จากไป

2. ด้านการพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้

2.1 ด้านบริการวิชาการ

ฝ่ายสวัสดิการสังคมยังให้บริการทางวิชาการสังคมสงเคราะห์ โดยเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกอบรมที่ให้ความรู้ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์การให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แก่นักศึกษาสังคมสงเคราะห์และผู้สนใจศึกษาดูงานทั้งจากภายในและภายนอกประเทศตลอดมา องค์ความรู้ที่ฝ่ายสวัสดิการสังคมได้พัฒนามานั้น ยังสามารถนำมาต่อยอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานอื่น ๆ ภายนอกได้อีกด้วย เช่น โครงการความร่วมมือกับคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในการพัฒนาหลักสูตรอบรมเฉพาะทางของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การสร้างและพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมไปสู่ประชากรกลุ่มเป้าหมายในสังคม เช่น หลักสูตรในโครงการให้การปรึกษาแบบไม่เป็นทางการ หลักสูตรความรู้เพื่อชีวิตสำหรับแรงงาน หลักสูตรสร้างเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังโรคหัวใจและหลอดเลือด หลักสูตรนักสังคมสงเคราะห์เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น

2.2 ด้านการพัฒนาบุคลากร

ฝ่ายสวัสดิการสังคมยังจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่บุคลากรในหน่วยงานและสังคมภายนอกอีกด้วย การดำเนินโครงการพัฒนาบุคลากรของฝ่ายสวัสดิการสังคมที่มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 30 ปี การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคของบุคลากร กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในองค์กร งานปีใหม่ งานเกษียณอายุราชการ ฯลฯ

3. ด้านกิจกรรมเพื่อองค์กร

มีโครงการเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์อันดีให้แก่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยโครงการเด่นที่เป็นที่รู้จักและเสริมภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ “โครงการ CHULA’S DIAMOND” ซึ่งเป็นโครงการระดมทุนที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเริ่มจำหน่ายหนังสือบทเพลงพระราชนิพนธ์เล่มเล็กเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2556 และจัดกิจกรรมทอดผ้าป่าเพื่อผู้ป่วยยากไร้เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2558 ณ วัดธาตุทอง พระอารามหลวงและจัดต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี

นักสังคมสงเคราะห์ จึงมีการให้บริการตามกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ ที่เป็นมาตรฐานการให้บริการ⁽¹⁹⁾ มีดังนี้

1) การแสวงหาข้อเท็จจริงทางสังคม (Fact Finding) เป็นการหาข้อมูลข้อเท็จจริง ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการผ่านทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ทักษะการสัมภาษณ์ ทักษะการเยี่ยมบ้าน ทักษะการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน กับผู้ใช้บริการบุคคล กลุ่ม ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ

2) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (Analysis) การนำข้อมูลของผู้ใช้บริการมาวิเคราะห์ เพื่อระบุปัญหาและความต้องการ การแจกแจงรายละเอียดปัญหาและสาเหตุ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์การสังเคราะห์อย่างรอบคอบ รอบด้าน หรือการมองปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการแบบองค์รวม เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

3) การวางแผนการดำเนินงาน (Planning) การใช้ความรู้และหลักการ บริหารงาน บริหารคนให้เหมาะสม การวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา อาจผ่านการสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับ ผู้ใช้บริการหรือองค์กร การวางแผนงานช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์กับ ผู้ใช้บริการกำหนดทิศทางการทำงาน ระยะเวลา เป้าหมายของงานในลักษณะของการทำงานร่วมกันได้

4) การดำเนินงาน (Implementation/Intervention/Treatment) การ ดำเนินงานตามที่ได้กำหนดไว้ตามแผนงาน ซึ่งอาจจะเป็นแผนการดำเนินงานระยะสั้น แผนงานระยะยาว ซึ่งในขั้นตอนนี้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องใช้รูปแบบการปฏิบัติงานหลายรูปแบบเข้ามาร่วมกับ การใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของแผนงานที่กำหนดไว้ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องรู้จักแหล่งทรัพยากรที่กว้างขวาง วิธีการระดมทรัพยากร การจัดหา และการใช้ทรัพยากรทางสังคมที่มีให้เหมาะสม ต้องคำนึงถึงการพัฒนาผู้ใช้บริการให้สามารถ ปรับตัวและสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างปกติ

5) ติดตามและการประเมินผล (Follow Up and Evaluation) เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและมีความสำคัญมาก เพื่อติดตามดูผลของการให้ความช่วยเหลือมีผลต่อผู้ใช้บริการหรือไม่มีปัญหาและอุปสรรคใดๆเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ ขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอน

ที่จะทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้สั่งสมประสบการณ์ กระบวนการการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางาน องค์กรหรือบริการใหม่ๆให้กับผู้ใช้บริการ

6) การสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือ (Termination) กระบวนการสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือ เป็นการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และผู้ใช้บริการ สิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือจึงเป็นเครื่องกำหนด ว่าผู้ใช้บริการจะสามารถดำรงรักษาวิธีการที่ดำเนินการนั้นหรือสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองนั้นไป จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของทั้งสองฝ่าย ต้องทำจิตใจให้พร้อมเผชิญกับการสิ้นสุดสัมพันธ์ภาพระหว่างกันและกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญธิดา บุญแก้ว⁽⁴⁾ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 140 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการครอบคลุมเนื้อหามาตรฐานการปฏิบัติงาน นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ใน 9 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี สถานภาพสมรส มีรายได้ระหว่าง 30,001- 40,000 บาท จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หน่วยงานสังกัดโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคใต้ มีตำแหน่งเป็นข้าราชการ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 21-30 ปี ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์อนุญาตในปี 2556 มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานด้านการประเมินและวินิจฉัยทางสังคมด้านการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ ด้านการจัดทรัพยากรทางสังคม และด้านการบำบัดทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการป้องกันปัญหา ด้านการพัฒนาทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพทางสังคม และด้านการสังคมสงเคราะห์ชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีเพียงด้านการวิจัยและพัฒนาที่มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากตัวนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มากกว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากระบบบริหารจัดการของหน่วยงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มากกว่าการพัฒนาทางวิชาชีพ

สุภาวดี พรสิบ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษา การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สู่ระบบคุณภาพ งานบริการ ในทัศนะของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 156 คน วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป(SPSS) สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่ากลุ่มประชากรเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 31-35 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1-5 ปี มีการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ งานตรวจวินิจฉัยและบำบัดทางสังคม งานเฝ้าระวังปัญหาทางสังคม งานส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมงานสังคมสงเคราะห์ชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ งานจัดการและพัฒนาทรัพยากรทางสังคม และงานสวัสดิการสาธารณสุข สำหรับแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สู่ระบบคุณภาพงานบริการที่นักสังคมสงเคราะห์ ต้องการพัฒนามากที่สุด เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ การสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยี การสร้างกระบวนการสื่อสาร การพัฒนาระบบและกระบวนการของงานบริการ และการส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สู่ระบบงานบริการพบว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ 1 งานตรวจวินิจฉัยและบำบัดทางสังคมและการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ มาตรฐานที่ 3 ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในทุกๆด้าน การปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 งานเฝ้าระวังปัญหาทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบและการปฏิบัติการของงานบริการ การพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีและการสร้างระบบส่งต่อ การปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 4 งานจัดการ และพัฒนาทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบและกระบวนการของงานบริการ การพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยี และการส่งเสริมมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตาม มาตรฐานที่ 5 มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบและกระบวนการของงานบริการการพัฒนาวิชาการ และเทคโนโลยีส่วนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ 6 งานสวัสดิการสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับ แนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในทุกด้าน

ศศิพิมล แก่นเมือง⁽²⁰⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์รับอนุญาตตามพระราชบัญญัติ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ จำนวน 204 คน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัชฌิม

เลขคณิตหรือค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว (One Way ANOVA) โดยมีระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพโสด มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรี (สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต) ปฏิบัติงาน ในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์อายุการทำงานระหว่าง 5-10 ปี โดยอายุการทำงานเฉลี่ย 9.86 ปี สังกัดในหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สป.พม.) ลักษณะงานที่ปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ การสืบค้นข้อเท็จจริง และการวางแผน ประเภทของการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต คือ การขอรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ (มสค.) และการสอบ ข้อเขียน ผลการศึกษาภาพรวมปัจจัยผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตในด้านความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์ ทักษะคิดในการปฏิบัติงานและทักษะในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ขณะที่ภาพรวมปัจจัยภายนอก (ปัจจัยองค์กร) อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นในด้านพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคม สงเคราะห์ พ.ศ. 2556 และด้านนโยบายการบริหารองค์กร อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในบทบาท ด้านการป้องกันมากที่สุด แต่มีบทบาทในการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ในระดับปฏิบัติหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานตรงมากกว่าการพัฒนางานในลักษณะของงานระดับมหภาค นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลมีบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์รับอนุญาตแตกต่างกัน ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ วุฒิการศึกษา และหน่วยงานที่สังกัด ที่ต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับลักษณะเนื้องาน/ภารกิจงานที่ได้รับมอบหมาย ขณะที่ปัจจัยผู้ประกอบ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด และทักษะในการปฏิบัติงานต่างกัน มีบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ ปัจจัยภายนอก (ปัจจัยองค์กร) ได้แก่ สภาพการทำงาน นโยบายการบริหารองค์กร ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ความก้าวหน้าในการทำงาน และพระราชบัญญัติ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 ต่างกัน มีบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ สังคมสงเคราะห์รับอนุญาตไม่แตกต่างกัน

อาริยา ก้อนเมฆ⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษา การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการ สาธารณสุข สำนักงานมัธยมกรุงเทพมหานคร ภายใต้สมรรถนะหลักกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลจาก นักสังคมสงเคราะห์ ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 63 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.15 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัธยม กรุงเทพมหานคร เห็นด้วยกับสมรรถนะ

หลักในระดับมากที่สุด 5 ด้าน ตามลำดับดังนี้ 1) ด้านการทำงานเป็นทีม 2) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 3) ด้านการบริการที่ดี 4) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 5) ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ และมีข้อเสนอแนะ คือ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ควรส่งเสริมให้ความรู้เรื่องของเทคโนโลยีหรือวิทยาการใหม่ๆ เพื่อเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประจำ พัฒนาบุคลากรในสาขาอาชีพอย่างทั่วถึง ทุกคนทุกตำแหน่งและควรให้ความสำคัญแก่การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ด้วย ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระดับตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ กับค่าเฉลี่ยสมรรถนะหลักของกรุงเทพมหานครในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ทั้ง 5 ด้าน ปรากฏว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีคุณลักษณะ แตกต่างเห็นด้วยกับสมรรถนะหลักในระดับมากอย่างไม่แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่กำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยพบว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้รับการประสานงาน แก้ไข ให้ก้าวข้ามผ่านปัญหา โดยมีมาตรฐานทางวิชาชีพ หรือสมรรถนะหลักเป็นเกณฑ์ที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ด้วยบทบาทและหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มต้นเข้ากระบวนการรับบริการ จนกระทั่งสิ้นสุดการให้บริการ ให้ให้ภาระงานต่อการให้บริการผู้รับบริการ 1 ราย หรือ 1 กลุ่ม ใช้เวลาจำนวนมาก ทำให้นักสังคมสงเคราะห์อาจไม่มีเวลาได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่เพิ่มเติม เช่น การทำงานวิจัย หรือพัฒนารูปแบบปฏิบัติงานในพร้อมรับความเป็นพลวัตของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้ามาเสมอ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของบุญธิดา บุญแก้ว⁽⁴⁾ นักสังคมสงเคราะห์เอง มองว่าปัญหาในการพัฒนาไม่ได้อยู่ที่ระบบบริหารจัดการ แต่เป็นตัวนักสังคมสงเคราะห์เองที่ต้องพัฒนาตัวเองให้พร้อมให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความหมายว่านักสังคมสงเคราะห์พยายามพัฒนาตนเอง และพยายามมองและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อน และจึงมองว่าส่วนอื่นที่เป็นผลทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ในทัศนคติของผู้วิจัยมองว่าการเป็นผู้รับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาบุคลิกภาพให้เป็นผู้จัดการปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองก่อนที่จะขอความช่วยเหลือผู้อื่น หรือต้องเป็นผู้ที่เข้มแข็งเพื่อยืนหยัดต่อการจัดการปัญหานี้ๆ

2. คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Professional Quality of Life)

คุณภาพชีวิต

ในช่วงหลังยุคของการพัฒนาเมือง พัฒนาอุตสาหกรรม มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ก้าวหน้าขึ้น ในทางกลับกันมนุษย์เองถูกใช้แรงงานเสมือนเครื่องจักร เพื่อผลิตสินค้าและบริการเน้นปริมาณผลผลิตให้เพียงพอต่อความต้องการของมนุษย์ ซึ่งผลพวงจากความเป็นอยู่นี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนาประเทศและองค์กรต่าง ๆ ของสังคม ที่เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการ

พัฒนา โดยนักคิดคืดและนักบริหารจึงต่างหันมาเชื่อมโยงมิติทางสังคม เศรษฐกิจการเมืองและอีกหลาย ๆ ด้าน เข้ากับการพัฒนาคนเป็นหลัก มุ่งเน้นการอยู่ดีกินดีบนพื้นฐานความคิดที่ว่าหากคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ย่อมจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้นตามไปด้วย เมื่อมนุษย์มีความต้องการ ความจำเป็น และความปรารถนาที่ แตกต่างกัน จึงทำให้การให้คำนิยามของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่างกัน ตามที่กาญจนาภา ฉวีรักษ์⁽²¹⁾ กล่าวไว้

Harland⁽¹²⁾ ได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการในด้านอาหาร การได้รับการบริการ ฐานะ ความอยากมีอยากได้ ซึ่งเป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ สอดคล้องกับ Mc Call⁽¹²⁾ ได้ขยายประเด็นลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ออกไปในเรื่องของประสบการณ์ชีวิต แมคคอล เสนอเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตเป็นมิติต่างๆ ตามประสบการณ์ชีวิต ของคนทั้งในแง่ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ รวมถึงความชอบและความเจ็บปวด ความสุขและความทุกข์ ยังรวมถึงเรื่องของความผาสุก ความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจในชีวิต หรือความสุขและความทุกข์

United Nations⁽¹²⁾ ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตได้รับการพิจารณาในแง่ของแนวคิดที่มีหลากหลายมิติ ซึ่งมักจะเป็นแนวคิดของการได้ รับบริการสวัสดิการ ความพึงพอใจ เศรษฐกิจ ค่านิยมและประสบการณ์ ชีวิตของบุคคล งานวิจัยในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในแง่ของความผาสุกของมนุษย์นั้นเป็นวัตถุประสงค์ของการพัฒนา ขณะที่คุณภาพชีวิตในแง่ของทรัพยากรมนุษย์เป็นเครื่องมือวัดการพัฒนา

นอกจากนี้ UNESCO⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข ความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากร โดยแบ่งประเด็นการศึกษาเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การศึกษาด้านภาวะวิสัย ซึ่งเป็นการวัดข้อมูลที่สามารรถ นับได้หรือวัดได้ เช่น ข้อมูลทางประชากรและเศรษฐกิจ และการศึกษาด้านอัตวิสัย เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และเจตคติในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นการวัดโดยใช้การตอบตามความรู้สึก ความนิยม ความคิดเห็น การตัดสินใจ และความเชื่อต่อสิ่งที่ถามในแบบสอบถาม องค์การยูเนสโก (UNESCO) ยังได้กล่าวว่า พื้นฐานคุณภาพชีวิตของประชากร ดูได้จาก

- 1) รายได้ครอบครัวที่พอเพียงแก่การเลี้ยงชีพ
- 2) การมีงานทำ
- 3) การ ศึกษาและอัตราการรู้หนังสือของประชาชน
- 4) โอกาสในการมีส่วนร่วม ทางการเมือง
- 5) การมีเอกราชของประเทศโดยปราศจากการแทรกแซง จากรัฐบาลอื่น

ขณะที่ European Foundation For the Improvement of Living and Working Conditions⁽¹²⁾ มีแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิตคือ ทัศนคติและการรับรู้ต่อเรื่องคุณภาพชีวิตของ

แต่ละบุคคลเป็นเรื่องที่แต่ละคนต้องประเมินด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามมิติแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตไม่ได้แสดงบทบาทแยกจากกัน แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันร่วมกันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการจะวัดคุณภาพชีวิตให้ได้อย่างสมบูรณ์ ควรต้องทำการวัด ทั้งในด้านอัตวิสัยและภาวะวิสัย กำหนดไว้มีดังนี้

- 1) มิติด้านเศรษฐกิจ
- 2) มิติด้านครอบครัว
- 3) มิติด้านการทำงาน
- 4) มิติด้านสังคมและการมีส่วนร่วม
- 5) มิติด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
- 6) มิติด้านการพัฒนาตนเอง

ป่วย อิงภรณ์⁽²²⁾ ได้ให้ความคุณภาพแห่งชีวิตที่มนุษย์คนหนึ่งควรได้รับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงเสียชีวิตไว้ว่า เมื่อผมอยู่ในครรภ์ของแม่ ผมต้องการให้แม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์ และได้รับความเอาใจใส่และบริการอันดีในสวัสดิภาพแม่และเด็ก ช่วง 2-3 ปีแรกซึ่งร่างกายและสมองผมกำลังเติบโตในระยะเวลาที่สำคัญ ผมและแม่ต้องการได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ผมต้องการไปโรงเรียน ไม่ว่าพ่อแม่จะรวยหรือจน เมื่อออกจากโรงเรียนแล้ว ผมต้องการอาชีพที่มีความหมาย ให้ได้รับความพึงพอใจว่าทำงานเป็นประโยชน์ต่อสังคม ผมต้องการสุขภาพอนามัยดี และรัฐบาลต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี ผมต้องการอากาศบริสุทธิ์สำหรับหายใจ น้ำบริสุทธิ์สำหรับดื่ม เรื่องที่ผมเรียกร้องข้างต้น ผมไม่ได้เรียกร้องเปล่า ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตรา เมื่อตายแล้วทรัพย์สมบัติยังเหลือ เก็บไว้ให้เมียผมพอใช้ ถ้าลูกยังเล็กก็เก็บไว้เลี้ยงลูกจนโต หากลูกโตแล้วนอกนั้นรัฐบาลควรเก็บ ได้ใช้ในการบำรุงชีวิตคนอื่นบ้าง ตายแล้ว ผมเถอะ คนอื่นจะได้มีที่ดินอาศัยทำกิน และอย่าจัดพิธีรีตองให้วุ่นวาย เป็นเนื้อความตอนที่จากคุณภาพชีวิตจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน เท่าที่มนุษย์คนหนึ่งควรมีควรได้รับในสังคม

กาญจน์ภา ฉวีรักษ์⁽²¹⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า การมีชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตของบุคคล อันเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม วัตถุหรือการตอบสนองในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน มนุษย์มีความต้องการความจำเป็นและความปรารถนาที่ต่างกันจึงทำให้เกิดนิยามของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่างกันด้วย โดยส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องปัจจัย 4 และความต้องการของมนุษย์

คุณภาพชีวิตของการทำงาน

Davis⁽¹²⁾ ได้ให้คำนิยามว่า คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อมโดยส่วนรวมในการทำงานของเขาและเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ซึ่งมักจะถูกกละเลยจากปัจจัยทางเทคนิค และปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ ในการออกแบบการทำงาน

ผจญ เถลิสมสาร⁽²³⁾ ได้ให้ความหมาย ได้ให้ความหมายไว้ 3 ลักษณะคือ

1) คุณภาพชีวิตการทำงานในความหมายกว้าง คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตการทำงาน เช่น ค่าจ้าง ชั่วโมง การทำงาน สภาพแวดล้อม ผลประโยชน์ ความก้าวหน้าในงาน มนุษย์สัมพันธ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจและความพึงพอใจของคนทำงาน

2) คุณภาพชีวิตในความหมายอย่างแคบคือ ผลที่มีต่อคนงาน เช่น การปรับปรุงในองค์กรและลักษณะงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความต้องการของพนักงานในเรื่องความพึงพอใจในงาน

3) คุณภาพชีวิตในมุมมองที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ในการทำ เช่น การคุ้มครองแรงงาน แนวทางปฏิบัติหรือเทคโนโลยีที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในที่ทำงานก่อให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้น

สุรัชย์ แก้วพิกุล⁽²³⁾ ได้กล่าวว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตการทำงานในลักษณะความพึงพอใจในการทำงานนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดความต้องการทำงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมภายในองค์กร เช่น การขาดงาน ลดลง คุณภาพงานดีขึ้น การกวดขันวินัยลดลง ความคับข้องใจลดลง นำไปสู่ประสิทธิภาพขององค์กรในที่สุด เรียกได้ว่าบรรลุเป้าหมายทั้งตัวบุคคลและองค์กรอีกด้วย

คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพ คือผู้ที่ทำงานโดยมีมาตรฐานของงานกำกับไว้ โดยต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญชำนาญเฉพาะด้าน ซึ่งต้องมีคุณสมบัติตามที่แต่ละวิชาชีพกำหนดไว้ จึงจะได้รับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพนั้น และมีระเบียบ เกณฑ์ในการฝึกฝน อบรม เพื่อเก็บสะสมหน่วยคะแนน ประสบการณ์ เพื่อใช้ต่อใบอนุญาตดังกล่าว การเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ จำเป็นต้องศึกษา สร้างเสริม เก็บประสบการณ์เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน ให้บริการผู้ใช้บริการอย่างรอบด้าน เช่น วิชาชีพแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ครู เป็นต้น ส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพอย่างแยกส่วน เช่น คุณภาพชีวิตของแพทย์ คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ คุณภาพชีวิตของนักกายภาพบำบัด คุณภาพชีวิตเภสัชกร คุณภาพชีวิตของครู เป็นต้น และใช้เครื่องมือหลากหลายในการวัดคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตการทำงานในหลากหลายมิติ ตามบริบทที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ จึงยังไม่พบว่ามีการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตผู้ประกอบวิชาชีพ

ซึ่ง Stamm⁽²⁴⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้ประกอบวิชาชีพไว้ว่า คือความสัมพันธ์กับในการทำงานในฐานะผู้ช่วยเหลือ มีทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน ทั้งผู้ที่

ทำงานสายวิชาชีพ ผู้ให้การช่วยเหลือทางสังคม ครู นักผจญเพลิง เป็นต้น ต้องทำความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ที่มีประสบการณ์เลวร้ายและการบาดเจ็บทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกที่มีต่องานออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ความรู้สึกด้านบวก คือ ความรู้สึกเป็นสุขจากการทำงาน มีทั้งให้ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ในที่นี้จะใช้คำว่า “ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ” (Compassion Satisfaction) ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ตามที่ ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล⁽²⁵⁾ ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่พึงพอใจเมื่อนักวิชาชีพผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตหรือผู้ดูแลช่วยเหลือคนอื่นสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี เห็นว่าผู้มารับบริการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ตระหนักในผลทางบวกและร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ สำเร็จตามเป้าหมายสามารถช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับนักวิชาชีพ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจเป็นองค์ประกอบอื่นแรงกระตุ้นที่ทำให้ทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความรู้สึกด้านลบ คือ ความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ คือ ความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการรับรู้เรื่องราวและเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนใจของบุคคลสำคัญ ทำให้เกิดความเครียด หดหู่ วิตกกังวล เพราะต้องการจะช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้น ส่งผลต่อการให้บริการช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และค่อยๆ เริ่มเฉยชากับเรื่องของผู้มารับบริการ มีความใส่ใจน้อยลง เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและผู้รับบริการ ทำให้ผู้ที่ทำงานได้รับความบอบซ้ำทั้งร่างกายและจิตใจ และมักจะแบกรับความเจ็บป่วยและความรู้สึกแค้น เช่นเดียวผู้ที่รับบริการ ตามที่ Figley⁽²⁵⁾ เรียกสิ่งเหล่านี้ว่า “ราคาที่ต้องจ่ายในการดูแลผู้อื่น” (A Cost of Caring)

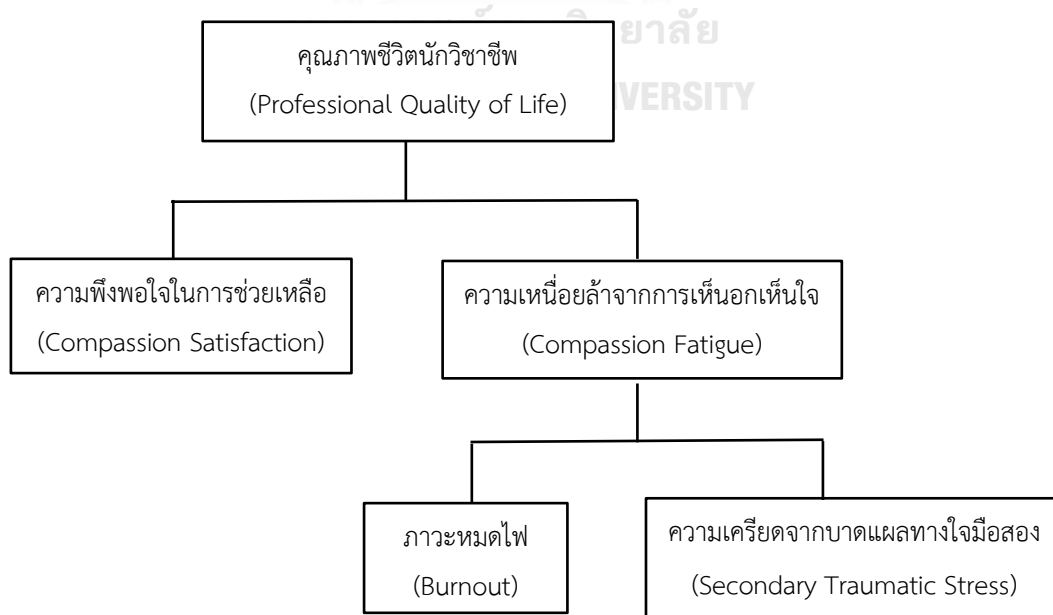
จากการศึกษา สุขภาวะทั้งทางบวกและทางลบ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคคลที่มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ จะมีสิ่งสำคัญ คือ การรับฟังผู้อื่นอย่างเข้าใจและร่วมรู้สึก (Empathy) เสมือนว่าตนมองโลกผ่านสายตา ความคิด ความรู้สึกของผู้มารับบริการ ตามที่ Roger⁽²⁵⁾ ให้ความเห็นไว้ ซึ่งผู้ที่เดินในสายวิชาชีพนี้มักจะเป็นกลุ่มคนที่มีนิสัยที่สงสารมีความเมตตาเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และปรารถนาจะช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ บางครั้งช่วยได้บางครั้งช่วยไม่ได้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในใจ เหนื่อยล้าทางจิตใจ มีผลทำให้ผู้ให้การบำบัดรู้สึกเกิดอาการหมดแรงสงสารหรือเรียกว่าความเหนื่อยล้าในการความเห็นอกเห็นใจนั่นเอง ตามที่ Skovhot & Trotter-Mathson⁽²⁵⁾ ให้นิยาม ซึ่งแบ่งแยกได้อีก 2 ประเด็นคือ

1. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) คือความเหน็ดเหนื่อย ความคับข้องใจ ความโกรธ อารมณ์เศร้าที่เกิดจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากทำงานต่อ

2. ความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (Secondary Traumatic

Stress) เป็นความรู้สึกเชิงลบที่เกิดจากการทำงานร่วมกับผู้มีบาดแผลทางใจ เป็นความทุกข์ที่ได้รับจากการส่งต่อของผู้รับบริการ หรือการรู้สึกร่วมประหนึ่งเป็นผู้ได้รับความรุนแรงนั่นเอง และยังคงจิตค้ำอยู่ในใจ นึกคิดถึงววนซ้ำเดิม ทำให้มีอาการ ลักษณะแสดงออกจากพฤติกรรมบางอย่างที่ต่างไป เช่น ตกใจกับเสียงดังได้ง่ายขึ้น ทั้งที่เมื่อก่อนไม่เป็นเช่นนั้น เหมือนลอยบ่อยครั้ง เป็นต้น หรือตามทัศนะของผู้วิจัยเรียกว่า “ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง”

ในทัศนะของผู้วิจัย มีความเห็นเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามที่ได้ศึกษาความหมายและจากประสบการณ์ คือ เป็นอารมณ์ ความรู้สึกของแต่ละบุคคล ที่มีต่อการให้บริการผู้ใช้บริการโดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการรอดพ้นจากภัยที่ประสบ หรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งผลกระทบจากการให้บริการย่อมส่งผลกระทบต่อด้านกาย จิต ซึ่งแบ่งได้ 2 แบบคือ ความรู้สึกทางบวก นั่นคือความพึงพอใจจากการช่วยเหลือ (Compassion satisfaction) ยิ่งทำยิ่งตอบสนองต่อศีลธรรมในจิตใจ (Moral) สร้างคุณค่า รู้สึกเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และความรู้สึกทางลบ คือ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ความรู้สึกแย่ รู้สึกไม่ดี ท้อแท้ใจ หมดหวัง หมดคุณค่า ที่เกิดขึ้นหลังจากให้ความช่วยเหลือและเหตุการณ์นั้นยังคงพัวพัน วนเวียนในความคิด จิตใจ ซึ่งส่งผลในรูปแบบของการหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และ การมีบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress)



ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ

สัญญาณเตือน การมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

1. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ พบว่าผู้มีความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจจะมีสัญญาณเตือน เช่น ความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีภาพลักษณ์ต่อตัวเองไม่ดี ซึมเศร้า ถอยห่างความสัมพันธ์เข้าใจผู้อื่นน้อยลง ชุ่นเคื่อง รู้สึกแย่ต่อการให้บริการ หวาดกลัวไม่สมเหตุสมผลวิตกกังวล สิ้นหวัง ด้านจิตวิญญาณจะคล้ายๆกับด้านจิตใจคือขาดความตระหนักทางจิตวิญญาณ ขาดความสนใจความรู้สึกของตนเองตัดสินใจแย่

2. ด้านร่างกาย พบว่าผู้มีความเหนื่อยล้าและความเห็นอกเห็นใจจะมีสัญญาณเตือนได้ร่างกาย คือ ปวดศีรษะ ระบบลำไส้แปรปรวน ปวดท้อง เหนื่อยล้าหมดแรง มีปัญหาการนอน หงุดหงิดกับความเจ็บป่วยทางกาย

3. ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ พบว่าผู้มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมักใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น มักมีปัญหาความสัมพันธ์กับคนอื่นหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้ใช้บริการหรือว่าตัดสินใจในการให้บริการที่บกพร่อง หรือเฉยชาต่อผู้ใช้บริการ

หากความชุกจากความเหนื่อยล้าในการทำงานในวิชาชีพสูง ย่อมส่งผลต่อชีวิตส่วนตัว ครอบครัว คนรอบข้างผู้ใช้บริการ รวมทั้งองค์กรที่ทำงาน แต่ในทางกลับกัน หากผู้ปฏิบัติงานมีความสุข ย่อมสะท้อนต่อการทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ Adriano Friganovic⁽²⁶⁾ ที่ว่าหากบุคคลอาการเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่ร้ายแรงสำหรับระบบดูแลสุขภาพและส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพอย่างมาก ถึงแม้ว่าปัญหาความเหนื่อยหน่ายจะเป็นปัญหาในระดับสาธารณสุข แต่ยังไม่มีความป้องกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดและลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายสำหรับพยาบาลผู้ที่มีความต้องการได้รับการดูแลที่สูงและเพื่อสร้างสมดุลกลับคืนมาซึ่งนักวิชาชีพเหล่านั้น

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Hierarchy of Needs Theory) ของ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow)⁽¹²⁾ ไว้ว่าเป็นทฤษฎีที่ได้ พัฒนาความคิดของตนเองจากแนวความคิดของสำนักมนุษยนิยม เพราะมาสโลว์เชื่อว่า มนุษย์ไม่ได้ต้องการเพียงเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Belonging) เท่านั้น แต่มนุษย์มีความต้องการระดับสูงกว่านั้น คือ ความต้องการเป็นอิสระ (Autonomy) การได้รับการยอมรับ (Self-Esteem) และ การทำงานอย่างเต็มศักยภาพ (Self-Actualization) สารสำคัญของทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการมีดังนี้

1. ความต้องการของปัจเจกบุคคลสามารถจัดเป็นลำดับได้ 5 ชั้น โดยเรียงจาก ความต้องการระดับต่ำสุดถึงสูงสุด หรือตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ ความต้องการด้านกายภาพ ความต้องการ

ความปลอดภัย ความต้องการความรัก ความต้องการในการได้รับการยอมรับ และ ความต้องการในการทำงานอย่างเต็มศักยภาพ

2. เมื่อความต้องการระดับล่างได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูง ถัดขึ้นไปจะกลายเป็นแรงจูงใจ (Motivator) อันใหม่ ลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ที่ มาสโลว์เสนอไว้ตามลำดับต่ำไปสูง มีดังนี้

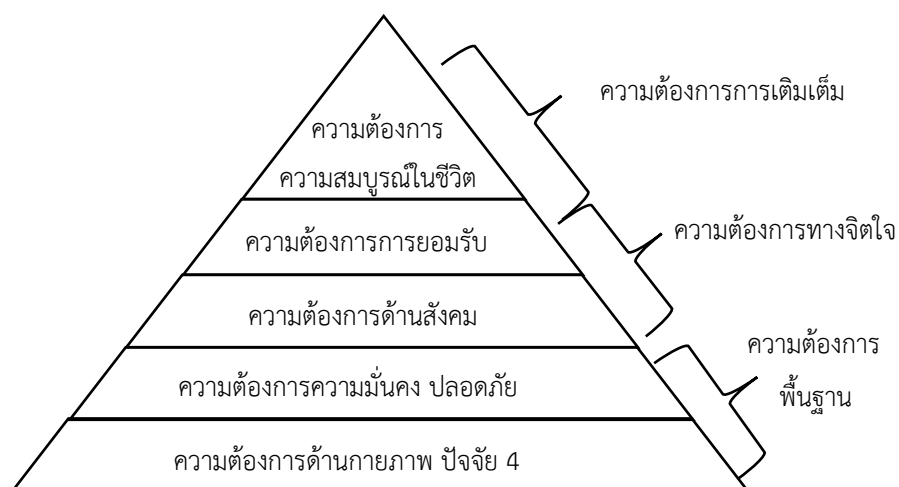
1. ความต้องการด้านกายภาพ (Physiological Needs) ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จะทำให้อยู่รอดได้ หรือคือความต้องการของร่างกาย ซึ่งได้แก่ อาหาร เครื่องดื่ม เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย

2. ความต้องการความมั่นคง ปลอดภัย (Safety Needs) คือ ความต้องการความปลอดภัยจากอาชญากรรม การจู่โจม การทำร้ายคนที่มีความรู้สึกปลอดภัยจะไม่รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม

3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social Needs) ความต้องการความรัก (Love Needs) ต้องการความใส่ใจ การได้รับการยอมรับ หรือความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Belonging Needs)

4. ความต้องการในการได้รับการยอมรับ (Esteem Needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงความต้องการได้รับยกย่อง เคารพนับถือ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้มแข็งและการนำความสามารถมาใช้ประโยชน์ให้กับสังคม ถ้าขาดการตอบสนองต่อความต้องการนี้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อยหรือไร้คุณค่า

5. ความต้องการความสมบูรณ์ในชีวิต (Self-Actualization Needs) ความต้องการข้อนี้ คือ การได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องหรือบรรลุความต้องการในการเป็นทุกอย่างที่ตนเองคาดหวังไว้ การประสบความสำเร็จอย่างถึงที่สุด



ภาพที่ 3 พีระมิด แสดงลำดับชั้นความต้องการของ Abraham Maslow

หากมนุษย์ได้รับการเติมเต็มในแต่ละขั้นอย่างมากเพียงพอตามความต้องการของตนเอง จะพัฒนาไปสู่ลำดับขั้นถัดไปได้อย่างเต็มกำลัง หากผู้บริหารองค์กรทราบว่าพนักงานของตนอยู่ในระดับขั้นใด จะสามารถพัฒนาเติมเต็มความต้องการขั้นพื้นฐานจนเต็มขั้นและพัฒนา จูงใจเพื่อเติมในลำดับถัดไปได้ เป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้มนุษย์มีความมั่นคงในชีวิต และมั่นคงที่จะทำงานและผลิตผลงานได้อย่างเต็มกำลัง เพราะหนึ่งในช่วงชีวิตส่วนใหญ่ของมนุษย์คือชีวิตวัยทำงาน มีกินเวลาชีวิตยาวนาน ดังนั้นการทำงานกับคุณภาพชีวิตจึงมีส่วนส่งผลซึ่งกันและกันได้ จึงเป็นอีกหนึ่งทฤษฎีที่จะช่วยขยายความเรื่องของคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในการใช้ชีวิต และปัจจัยที่จะช่วยลดบาดแผลทางใจมือสองและภาวะการหมดไฟในการทำงาน หากบุคลากรได้รับการช่วยส่งเสริมและเติมเต็มในขั้นของความต้องการพื้นฐานโดยมีหน่วยงานที่ทำงานสนับสนุนบางส่วน จนไม่รู้สึกรังเกียจกับการต้องดิ้นรนต่อสู้ในคุณภาพชีวิตตนเองมากนัก มีฐานทางใจที่มั่นคงแน่นอนเป็นพลังในการใช้ชีวิตของตนนั้น จนสามารถพัฒนาก้าวไปสู่ระดับขั้นต่อไปอย่างมั่นคง จะสามารถสร้างคุณค่าให้ตนเองและมีกำลังส่งต่อพลังงานเพื่อทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้อื่นได้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่ต้องการความช่วยเหลือ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศศิวิมล ปานุราช⁽²⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และ หอผู้ป่วยพิเศษ ในโรงพยาบาลเขตพื้นที่เครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 จำนวน 295 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล และ 5) แบบประเมินบรรยากาศองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไประดับของพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.4$, $S.D. = 14.8$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยภายในได้แก่ อายุ ระยะเวลา การทำงานในวิชาชีพ ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะ สิ้นสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .177$,

$p < 0.01$; $r = .163$, $p < 0.01$; $r = .244$, $p < 0.01$; $r = .270$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยภายนอกพบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมมารดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .508$, $p < 0.01$)

ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างคือนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตจำนวน 149 คนอายุเฉลี่ย 33.81 ± 8.79 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) มาตรการวัดการรับรู้ความเครียด 2) มาตรการวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ 3) มาตรการวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และ 4) มาตรการวัดสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.47$ และ $-.34$ ตามลำดับ, $p < .001$) ในขณะที่ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีค่าสหสัมพันธ์บวกกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .67$, $p < .001$) โดยที่ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพที่ให้บริการด้าน สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะในนักวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 47.8 ($R^2 = .478$, $p < .001$) ในขณะที่ตัวแปรความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ไม่สามารถทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .478$, $p = .346$) ซึ่งความเครียด มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ($\beta = -.81$, $p < .01$) ตามมาด้วยความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ($\beta = .59$, $p < .001$)

Zhou Li⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวสู่สภาวะปกติและคุณภาพชีวิตในวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ (ProQoL5) ของพยาบาลวิชาชีพมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลของอัตราการคงอยู่และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการศึกษาความสัมพันธ์ความยืดหยุ่นและคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพพยาบาล และพิจารณาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างความยืดหยุ่นกับมิติอื่นๆของคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ จากงานวิจัยได้มีการเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิในสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 364 คน ที่ทำงานต่างหน่วยกัน ใน 3 โรงพยาบาลตติยภูมิทางภาคตะวันตกของมณฑลยูนนาน โดยเครื่องมือที่ใช้มีการตั้งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดความยืดหยุ่นของ Connor Davidson (CD-RISC) แปลเป็นภาษาจีน และแบบวัดคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ (ProQoL5) แปลเป็นภาษาจีนได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงกับ

ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบวัดความยืดหยุ่นของ Connor Davidson (CD-RISC) แปลภาษาจีน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ที่ 0.88 และหน่วยวัด 3 หน่วยย่อย ในแบบแบบวัดคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ (ProQol5) แปลเป็นภาษาจีน ซึ่งได้แก่ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ภาวะหมดไฟในการทำงาน และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ อยู่ที่ 0.94 0.89 และ 0.72 ตามลำดับ ใช้การแปลผลเชิงพรรณนาและ Spearman Rank Correlation ในการวิเคราะห์ข้อมูล จากผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความยืดหยุ่น อยู่ที่ 64.43 (SD = 11.56) 2) ค่าเฉลี่ยทั้ง 3 มิติ ในคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ ได้แก่ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ($\bar{x} = 31.83$, SD = 7.01), burnout ($\bar{x} = 25.82$, SD = 5.28), and compassion fatigue ($\bar{x} = 26.33$, SD = 5.03) อยู่ใน ระดับ เฉลี่ย 2) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างความยืดหยุ่นและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ($r_s = .50$, $p < .01$.) ความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางระหว่างความยืดหยุ่นและความเหนื่อยหน่ายในการช่วยเหลือ ($r_s = -.48$, $p < .01$) และ 3) ความสัมพันธ์เชิงลบที่อ่อนแอระหว่างความยืดหยุ่นและความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ($r_s = -.16$, $p < .01$) ผลการวิจัยนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารพยาบาลเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการปรับปรุงความยืดหยุ่นของพยาบาลเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจและลดความเหนื่อยหน่ายและความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสาธารณสุขประชาชนจีน

3. ความสุขในการทำงาน (Happiness)

ความหมายของความสุข

สุข หรือความสุข ตามความหมายของพจนานุกรม ฉบับบัณฑิตราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽²⁹⁾ หมายถึง สบายกายสบายใจ

Diener⁽³⁰⁾ ให้นิยามความสุขว่า ความสุขเป็นความคิดของบุคคลและเป็นการ ประเมินความรู้สึกในชีวิตของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในเป้าหมายหลักของชีวิต ตลอดจนประสบการณ์ในชีวิตเหล่านั้นเป็นอารมณ์ความรู้สึกที่ดีซึ่งบุคคลที่มีความสุขจะมีอยู่ 4 ลักษณะ คือ มีความพึงพอใจในชีวิตของตน มีความพึงพอใจในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญกับตน เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน มีอารมณ์ความรู้สึกในด้านดี เช่น สบายใจ พอใจ สนุกสนาน และบุคคลที่มีความสุขจะสนใจและมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ

Manion⁽³⁰⁾ กล่าวว่า ความสุขเป็นพลังของอารมณ์ด้านบวก ความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา ความสดใส และเป็นอารมณ์ที่แสดงออกมาจากภายในหรือเป็นผลที่เกิด จากเหตุการณ์หรือสภาวะภายนอก

สุวรรณณี สุวรรณไพบุลย์⁽³¹⁾ ให้ความหมายของความสุข คือ อารมณ์ความรู้สึก ที่มีระดับของความพึงพอใจมากน้อย ต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเพลิดเพลิน ความสนุก และเป็นการสร้างการรับรู้ของ

ตนเองต่อการกระทำที่ประสบความสำเร็จ โดยมีความภาคภูมิใจต่อการกระทำของตนเองในความคิดเชิงบวกต่อสิ่งนั้น

ความสุขในการทำงาน

ความหมายของความสุขในการทำงาน

ความสุขในการทำงาน คือ อารมณ์ ความรู้สึกทางบวกที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีอิสระในงานที่ทำ ได้รับความสำเร็จในงาน ได้พัฒนาศักยภาพ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน สุนิสา สุขสงเคราะห์⁽³²⁾ ได้กล่าวไว้ ซึ่งสอดคล้องกับดวงพร หน่อคำ⁽³³⁾ ที่กล่าวว่าความสุขในการทำงานคือความรู้สึกทางบวกที่มองเห็นคุณค่าในการทำงานที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลรู้สึกสนุก ชื่นชอบ ทำงานด้วยความเต็มใจ ซึ่งความซึ่งเกิดจากการทำงานที่มีคุณค่า และเกิดจากความเต็มใจ

ปทุมทิพย์ เกตุแก้ว⁽³²⁾ ให้ความหมายของความสุขในการทำงานไว้ว่า ผลของการที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมการทำงานของตนเอง ผู้ร่วมงานและสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ทำให้แสดงอารมณ์ที่มีต่องานในทางบวก รับรู้ได้ถึงการให้ความร่วมมือและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ระหว่างผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดมิตรภาพและความปรารถนาดีต่อกัน มีความรักชอบผูกพัน ในงานที่ตนทำ กระตือรือร้นและยินดีที่ได้กระทำในงานที่ตนเองรัก ยินดีกับความสำเร็จที่ได้ทำงานที่ท้าทายมีคุณค่า และน่าภูมิใจที่จะพยายามทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ได้รับการยอมรับนับถือและความคาดหวังที่ดีกับผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดความพยายามและความรับผิดชอบในการทำงานมากยิ่งขึ้น

นิศารัตน์ คำพลอย⁽³⁰⁾ ได้ให้ความหมาย ความสุขในการทำงานไว้ว่า เป็นการที่บุคคลมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นและกระทำอยู่ พึงพอใจในงานที่ทำ ตลอดจนสภาพแวดล้อมในการทำงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน มีความสนุก เพลิดเพลิน กระตือรือร้น มีความรู้สึกดีทั้งทางกายและจิตใจ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จด้วยความขยันขันแข็ง ใฝ่ทักษะ ความสามารถ ประสพการณ์และความ ซื่อสัตย์สุจริต รวมถึงเมื่อพบเห็นสิ่งที่ไม่ดีงามหรืองานที่ไม่ถูกต้องจะต้องการแก้ไขให้ดีขึ้น

จากความหมายที่ได้ศึกษา ผู้วิจัยสรุปความหมายของความสุขในการทำงานได้ว่า เป็นความรู้สึกที่สุขกายสบายใจ พึงพอใจ ในสิ่งที่ตนได้กระทำ หรือมีผู้กระทำให้ในระหว่างทำงาน เป็นความรู้สึกเชิงบวก ได้แสดงศักยภาพรู้สึกมีคุณค่าต่องานที่ทำ ทำให้ทำงานได้อย่างสนุกสนาน เพลิดเพลิน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่สังกัด มีความร่วมมือที่ดีกันในที่ทำงาน มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นมิตรภาพดีต่อกัน มีผลให้กระตือรือร้นทำงาน รับผิดชอบในงานที่ทำและนำประสบผลสำเร็จ

องค์ประกอบของความสุขในการทำงาน

Warr⁽³⁰⁾ กล่าวว่า ความสุขในการทำงานเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน จิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงาน หรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ประกอบด้วยความรื่นรมย์ในงาน ความพึงพอใจในงาน และความกระตือรือร้นในการทำงานซึ่งอธิบายได้ว่า

1. ความรื่นรมย์ในงาน (Arousal) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำงาน โดยเกิดความรู้สึกสนุกกับการทำงาน และไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใดๆ ในการทำงาน
2. ความพึงพอใจในงาน (Pleasure) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำงาน โดยเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน ชอบใจ พอใจ เต็มใจ สนใจ มีความถูกใจและยินดีในการ ปฏิบัติงานของตน
3. ความกระตือรือร้นในการทำงาน (Self – Validation) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำงานโดยเกิดความรู้สึกว่าอยากทำงาน มีความตื่นตัว ทำงานได้อย่างคล่องแคล่ว รวดเร็ว กระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวาในการทำงาน

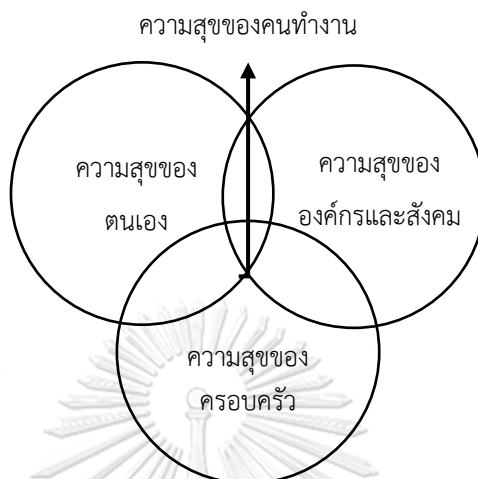
ดินเนอร์⁽³⁰⁾ ได้อธิบายปัจจัยหรือองค์ประกอบความสุขเพิ่มเติมดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นและกระทำอยู่ มีความสมหวังกับเป้าหมายของชีวิต สอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถกระทำได้ตามความตั้งใจ สมเหตุสมผล และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องปรับตัว
2. ความพึงพอใจในงาน (Work Satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลได้กระทำในสิ่งที่ตนรัก และชอบ พอใจกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน มีความสุขเมื่องานที่ทำสำเร็จ ลุ่่วงตามเป้าหมาย ตลอดจนงานทำให้เกิดคุณประโยชน์ต่อตนเองและสังคม
3. อารมณ์ทางบวก (Positive Effect) หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึก เป็นสุขกับสิ่งที่ดี รื่นรมย์หรือสนุกสนานกับการทำงาน ยิ้มแย้มแจ่มใสเบิกบานได้เสมอขณะทำงาน เลื่อมใสศรัทธาในสิ่งที่ตนกระทำ รับรู้ถึงความดีงามและคุณประโยชน์ของงานที่กระทำ
4. อารมณ์ทางลบ (Negative Effect) หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกที่ เป็นทุกข์กับสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นในการทำงาน เช่น คับข้องใจ เบื่อหน่าย เศร้าหมอง ไม่สบายใจเมื่อเห็น การกระทำที่ไม่ซื่อสัตย์ หรือไม่ถูกต้อง อยากปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น เพื่อสนองความต้องการของตนให้มีความสุข

แนวทางการสร้างสุขในการทำงาน

แนวคิดความสุข 8 ประการ (HAPPY 8)⁽³⁴⁾ เป็นแนวคิดของการจัดสมดุลชีวิตของมนุษย์ผ่านความสุขในโลกสามใบที่ทับซ้อนกันอยู่ระหว่าง โลกส่วนตัวของมนุษย์ โลกครอบครัวของมนุษย์ และโลกสังคมของมนุษย์ เพื่อที่จะมองความสุขของมนุษย์ทั่วไปว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง และจะจัดการได้อย่างไร โดยชี้ตัวรอบที่ตัวคน แล้วก็วงรอบของครอบครัว แล้วก็วงรอบของสังคม ซึ่งในส่วน

สังคมเราแบ่งเป็นส่วนสังคมภายใน องค์กรกับนอกองค์กร มองความสุขเป็นสามส่วนคือ ความสุขของตัวเราเอง ความสุขของครอบครัว ความสุขขององค์กรและสังคม



ภาพที่ 4 ภาพแสดงแผนภูมิความสุขของคนทำงาน

จัดความสมดุลในชีวิต

องค์กรแห่งความสุข $HAPPY\ WORKPLACE = TEAMWORK + HAPPY + RELATIVITY$ เพื่อสร้างองค์กรแห่งความสุข จึงต้องมีระบบการจัดการคนเพื่อให้เกิดทีมในฝัน (Dream Team) คือ ทีมที่มีคนทำงานด้วยความสุข มีความมุ่งมั่น สวยงามเป็นระเบียบ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความก้าวหน้าและการพัฒนาขององค์กรอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วยบัญญัติสามประการ คือ

- เป็นองค์กรที่มีการทำงานเป็นระบบทีม (TEAMWORK)
- เป็นองค์กรที่มีความสุขในการทำงานร่วมกัน (HAPPY 8)
- เป็นองค์กรที่มีความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน (CREATIVITY)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพองค์กร⁽³⁴⁾ ได้เสนอแนวความคิดการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตกับการทำงานอย่างมีความสุข ในการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) 8 ประการ ดังนี้

1. มีสุขภาพดี (Happy Body) คือ การรู้จักใช้ชีวิต รู้จักกิน รู้จักนอน ชีวิตมีความสุข เหมาะสมกับเพศ เหมาะสมกับวัย เหมาะสมกับสถานการณ์เหมาะสมกับฐานะทางการเงิน อันจะนำไปสู่สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ เพราะมีความเชื่อว่าถ้ามนุษย์มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก็จะมีจิตใจที่ดี พร้อมทั้งจะรับมือกับปัญหาที่จะเข้ามาได้เป็นอย่างดี

2. น้ำใจงาม (Happy Heart) ในองค์กรสิ่งที่เราจำเป็นต้องทำมากที่สุด คือ บุคคลที่จะอยู่กับคนอื่นได้ ต้องมีน้ำใจคิดถึงคนอื่น มีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน หากคนเราเอาแต่ตัวเองอยู่ คนเดียวไม่ได้ต้อง รู้จักการแบ่งปันอย่างเหมาะสม ต้องรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ไม่ว่าจะป็นเจ้านาย ลูกน้อง หรือ บทบาทอื่นๆ ในสังคม อันจะส่งผลกับสิ่งต่างๆ ที่จะเข้ามาในชีวิต

3. การผ่อนคลาย (Happy Relax) คือ ต้องผ่อนคลายกับสิ่งต่างๆ ใน การดำเนินชีวิต หาก การทำงานเครียดต้องมีวิธีผ่อนคลายในการทำงาน ขณะเดียวกันการใช้ชีวิตส่วนตัวนั้น ต้องรู้จักผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการใช้ชีวิตให้สมดุลนั่นเอง

4. การหาความรู้ (Happy Brain) คือ การที่คนเราศึกษาหาความรู้พัฒนาตัวเองตลอดเวลา จากแหล่งต่างๆ อันจะนำไปสู่การเป็นมืออาชีพเพื่อให้เกิดความมั่นคงก้าวหน้าใน การทำงาน การ เรียนรู้เพื่อมีปัญหา มีความชำนาญ มีความรู้ความสามารถในงาน มีความรับผิดชอบ พัฒนาการเอง อย่างต่อเนื่อง มีระเบียบวินัยตรงต่อเวลา และสอนผู้อื่นได้ในงานที่ตนรู้จักก็ต้องเป็นครู ที่พร้อมจะ สอนให้ความรู้กับคนอื่น เพราะเชื่อว่าถ้าเราทุกคนแสวงหาความรู้ใหม่ๆ มาเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนา ตนเองอยู่เสมอ ก็จะเป็นอีกหนึ่งแรงผลักดันช่วยให้องค์กรพัฒนาขึ้นด้วยบุคลากรที่มีศักยภาพ

5. ทางสงบ (Happy Soul) เป็นคุณธรรมเบื้องต้นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ใน สังคมในการดำรงชีวิต มีความศรัทธาต่อศาสนา ศรัทธาในคุณงามความดีทั้งปวง มีศีลธรรมในการ ดำเนินชีวิต มีคุณธรรม มีความ ซื่อสัตย์มีความสามัคคีและมีความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รู้จัก การละลายและเกรงกลัวต่อการกระทำของตนเองโดยเฉพาะการกระทำที่ไม่ดี ยึดหลักสันทนุสนให้ เป็นคนดี คิดดี ทำดี

6. ปลอดภัย (Happy Money) คือ การใช้เงินเป็น สามารถจัดการรายรับ รายจ่ายของ ตนเองได้มีเงิน รู้จักเก็บรู้จักใช้เป็นที่ให้พอดีมีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง ต้องมีการบริหารจัดการ รายรับและรายจ่ายของตนเองและครอบครัว ต้องรู้จักการทำบัญชีถ้าเป็นระดับ ครอบครัวเรียกว่า บัญชีครัวเรือน

7. ครอบครัวที่ดี (Happy Family) คือ การมีครอบครัวที่อบอุ่นและ มั่นคง และให้ ความสำคัญกับครอบครัวเพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันเป็นกำลังใจ รู้จักความรัก ความเชื่อมั่น และความศรัทธาในความดีงาม ในการที่เราจะสามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ทำให้ เรามุ่งมั่นในการทำให้ชีวิตเราดีขึ้น ฉะนั้น ครอบครัวเข้มแข็ง สังคมก็ย่อมมั่นคงเสมอ

8. สังคมดี (Happy Society) สังคมมี 2 ประการ คือ สังคมในที่ทำงาน กับสังคมนอกที่ ทำงาน มนุษย์ทุกคนต้องมีความรักสามัคคีเอื้อเฟื้อต่อชุมชนที่ตนทำงานและพักอาศัย มีสังคมและ สภาพแวดล้อมที่ดีเพราะเชื่อว่าการที่ผู้คนมีความเป็นอยู่ที่ดีภายในสังคมหรือชุมชน ย่อมเป็นพื้นฐานที่ ดี ทำให้ผู้อยู่อาศัยมีความรัก ความปรองดอง สามัคคีต่อกัน พร้อมร่วมแรงร่วมใจช่วยกันพัฒนาชุมชน ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ประโยชน์ของการสร้างความสุขในการทำงาน

ประโยชน์ของการสร้างความสุขในที่ทำงานจะทำให้พนักงานมีความสุขในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม มีความมั่นคงในอาชีพ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสำคัญต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ที่ดีในหมู่เพื่อนร่วมงาน มีแรงจูงใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น และทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สถานประกอบการและชุมชน ในสถานประกอบการ จะสามารถผลักดันประสิทธิภาพการผลิตให้สูงขึ้น คุณภาพของสินค้าและบริการดีขึ้น ลดปัญหาการขาดงาน การเข้างานช้า การลาป่วยลาภักิจของพนักงาน รวมทั้ง ลดอัตราการเข้า-ออกของพนักงาน เนื่องจากพนักงานมีความรักในองค์กร ลดอัตราการเลิกจ้างทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการสรรหา และฝึกอบรมพนักงานใหม่ รวมทั้งเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น ส่งเสริมภาพลักษณ์ของสถานประกอบการได้ในที่สุด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความรักในงาน หมายถึง พนักงานใช้ความสามารถที่มีอยู่ทำงานด้วยความตั้งใจและความกระตือรือร้น เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายประสบความสำเร็จ พนักงานเกิดความรัก ความผูกพัน มีความภาคภูมิใจและทำงานด้วยความซื่อสัตย์

2. ด้านความสำเร็จในงาน หมายถึง บุคลากรสามารถทำงานได้เสร็จสิ้น มีความสุขที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จนั้นและรู้สึกภาคภูมิใจ เมื่อทำงานได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้องค์กรเกิดการพัฒนา และมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รวมทั้งมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ให้ลุ่ล่วงไปในทางที่ดีขึ้น

3. ด้านการเป็นที่ยอมรับ หมายถึง การได้รับการยอมรับให้รับผิดชอบ ตลอดจนได้มีโอกาสแสดงความสามารถและความคิดเห็นจากผู้บริหาร รวมทั้งการได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานในด้านความรู้ความสามารถของตน สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ และมีความคิดเห็นสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน

4. ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน หมายถึง ความสัมพันธ์ที่พนักงานมีต่อเพื่อน ร่วมงาน โดยการเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ มีความรักความผูกพันต่อกัน ทำงาน ร่วมกันด้วยความสามัคคีและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิสรา ร่มเชื่อน⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาแนวทางการสร้างองค์กรสุขภาวะของเมืองพัทยา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแทนพนักงานเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี จำนวน 368 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .869 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth

interview) แบบมีโครงสร้าง (Standardized or structured interview) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ เรียบเรียงข้อมูลบรรยายเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ผลการศึกษาพบว่า เมืองพัทยาเป็นองค์กรสุขภาวะ อยู่ในระดับมีความสุข (Happy) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ความไม่ชัดเจนของหลักและวิธีการในการเบิกจ่ายงบประมาณ ในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ความไม่พร้อมและไม่เข้าใจของพนักงานบางกลุ่ม การสื่อสารภายในองค์กร และขาดการมีส่วนร่วมจากพนักงานเมืองพัทยาในการเข้าร่วมโครงการกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่วนราชการหรือเมืองพัทยาดำเนินการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พนักงานยังขาดแรงจูงใจในการที่จะดึงดูดให้ร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาแนวทางในการสร้างองค์กรสุขภาวะเมืองพัทยา พบว่าควรมีการกระจายอำนาจในการปฏิบัติงานให้กับพนักงานทุกระดับ และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีหัวหน้าส่วนราชการและผู้บังคับบัญชาทุกระดับ อำนวยความสะดวก กำกับ ติดตามอย่างใกล้ชิด มีการสร้างความสัมพันธ์ในองค์กรให้พนักงานเมืองพัทยาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความรักความสามัคคีภายในองค์กร สร้างสภาพแวดล้อม ในการทำงานให้น่าอยู่ นำทำงาน เน้นเรื่องความเป็นระเบียบและความสะอาด มีมุมสำหรับ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งเสริมสนับสนุนให้พนักงานได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง ในเรื่องของการอบรมหรือศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น และควรมีมาตรการในเรื่องค่าตอบแทน และความมั่นคงในอาชีพ เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ (โบนัส) การบรรจุแต่งตั้งพนักงานจ้างที่ทำงาน มาแล้วหลายปีให้เป็นพนักงานประจำหรือข้าราชการ

สุวรรณีย์ สุวรรณไพบูรณ์⁽³¹⁾ ได้ศึกษาทัศนคติของบุคลากรพัฒนาสังคมและสวัสดิการต่อการเป็นองค์กรสร้างสุข โดยเก็บข้อมูลจากข้าราชการ และพนักงานราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนกลาง บุคลากรกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จำนวน 253 คนและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 233 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้ สถิติการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีทัศนคติต่อการเป็นองค์กรสร้างสุขมากที่สุด คือ การมีความสุขจากครอบครัว คือ การให้ความสำคัญกับครอบครัวและการได้รับความรักจากคนใน ครอบครัว และด้านความสุขที่เกิดจากสังคม บุคลากรส่วนมากนั้นต้องการสังคมในการทำงานที่มีน้ำใจ มีความปรารถนาดีและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน รองลงมาด้านน้ำใจงาม ซึ่งบุคลากรเห็นว่าการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมมากที่สุด และด้านความสุขทางกาย นั้นพบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ เมื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะของบุคลากร กับทัศนคติต่อการเป็นองค์กรสร้างสุข พบว่า บุคลากรที่มีสังกัดต่างกันมีทัศนะ

ต่อการเป็นองค์กรสร้างสุข ที่แตกต่างกันในด้านน้ำใจงาม ด้านทางสายกลาง ด้านศาสนาและศีลธรรม ด้านการปลอดหนี้ ด้านการมีความสุขจากครอบครัว และด้านความสุขที่เกิดจากสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาพรวมของทัศนคติต่อการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสร้างสุข พบว่า บุคลากรส่วนมาก ต้องการพัฒนาองค์กรด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน ในการจัดสภาพแวดล้อม อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดีและด้านสภาพแวดล้อมทางจิตใจและสังคมใน การทำงานในองค์กรควรมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบและส่งเสริมให้มีสมาธิในการทำงานอีกทั้ง การสร้างสังคมในการทำงานแบบพี่น้อง เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน และเมื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะของบุคลากรกับการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสร้างสุข พบว่าบุคลากรที่มีสังกัดต่างกันมีทัศนคติต่อการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสร้างสุข แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุนิสา สุขสงเคราะห์⁽³²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานอย่างมีความสุขของนักสังคมสงเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จำนวน 267 คน และเสนอผลการศึกษาในลักษณะของการพรรณนาประกอบตาราง แสดงข้อมูล ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-30 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มีตำแหน่งนักสังคม สงเคราะห์ มีอายุราชการ 6-10 ปี มีรายได้ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอต่อการมี คุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีใบประกอบวิชาชีพสังคมรับอนุญาต ได้รับสิทธิสวัสดิการตามสิทธิข้าราชการ และ ได้รับเงินโบนัสประจำปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานอย่างมีความสุข ด้านมีสุขภาพดีว่ามีวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความเห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ทานอาหาร ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำใจงาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีความยินดีกับความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเพื่อนร่วมงานได้เลื่อนตำแหน่ง ด้านการผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าตนเองสามารถจัดการความเครียดจากการทำงานด้วยการทำงานอดิเรก ส่วนด้านการหาความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขและยินดีรับคำแนะนำจากผู้อื่นเพื่อพัฒนาการทำงาน ด้านการมีคุณธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุข โดยสามารถปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพในด้านการใช้เงินเป็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุข เมื่อมีการวางแผนการใช้เงินก่อนใช้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานอย่างมีความสุขด้านความสุขของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าตนเองมีความสุขเมื่อกระทำผิดครอบครัวจะให้อภัย และความสุขขององค์กรและสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ด้านการมีคุณธรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความสุข โดยสามารถปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณ วิชาชีพ ในด้านการใช้เงินเป็น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุข เมื่อมีการวางแผนการใช้เงิน

ก่อนใช้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานอย่างมีความสุขด้านความสุขของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความเห็น ว่าตนเองมีความสุขเมื่อกระทำผิด ครอบครัวจะให้ภัย และความสุขขององค์กรและสังคม โดย กลุ่มตัวอย่างสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

สุภัทรา เผือดโสภณ⁽³⁶⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ความสุขในการทำงานกรณศึกษา อาจารย์และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 278 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน ตามแนวความคิดของ แยกแมนและโอดด์แฮม โดยนำแบบสอบถามจาก งานวิจัยของรวงอรุณ โชตินอก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2550) มาเป็นต้นฉบับสำหรับการพัฒนาแบบสอบถาม และแบบสอบถามความสุขในการทำงาน โดยใช้แบบสอบถามสำรวจ ความสุขด้วยตนเอง HAPPINOMETER ความสุขวัดเองก็ได้ โดยศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มาเป็นต้นฉบับในการศึกษาครั้งนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จากการศึกษา พบว่าอาจารย์และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มี ช่วงอายุระหว่าง 35 - 44 ปี มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาปริญญาโท มีระดับรายได้ต่อ เดือนระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท สถานภาพโสด ไม่มีบุตร ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่มีลักษณะงานอยู่ในฝ่ายบริหาร สถานภาพการจ้างงานเป็นบุคลากรประจำ และมีระยะเวลาในการทำงานระหว่าง 1 - 5 ปี เมื่อพิจารณาคุณลักษณะงาน พบว่า คุณลักษณะงานของอาจารย์และเจ้าหน้าที่โดย รวมอยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณลักษณะงานที่อยู่ในระดับเห็นด้วย ได้แก่ ด้านความสำคัญของงาน ด้านความเด่นชัดของงาน ด้านความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน และด้านผลสะท้อนจากงาน คุณลักษณะงานที่อยู่ในระดับเฉยๆ ได้แก่ ด้านความหลากหลายของทักษะ เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงาน พบว่า อาจารย์และเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อาจารย์และเจ้าหน้าที่มี ความสุขในการทำงานรายด้านอยู่ในระดับมีความสุข ได้แก่ ด้านสุขภาพดี (Happy Body) ด้านผ่อนคลาย (Happy Relax) ด้านน้ำใจดี (Happy Heart) ด้านจิตวิญญาณดี (Happy Soul) ด้าน ครอบครัวดี (Happy Family) ด้านสังคมดี (Happy Society) ด้านใฝ่รู้ (Happy Brain) ด้านสุขภาพเงินดี (Happy Money) และด้านการทำงานดี (Happy work-life) ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ประเภทบุคลากร ลักษณะงาน สถานภาพการ

จ้างงาน และ ระยะเวลาในการทำงาน มีความสุขในการทำงานโดยรวมและรายด้านแตกต่างกัน ยกเว้น จำนวนบุตรที่มี มีความสุขในการทำงานโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คุณลักษณะงาน ได้แก่ ด้านความหลากหลายของทักษะ ความเด่นชัดของงาน ความสำคัญของงาน ความมีอิสระในการตัดสินใจในงาน และผลสะท้อนจากงานในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ความเครียด (Stress)

ความหมายของความเครียด

ความเครียด เป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ ซึ่งความเครียดจะมีระดับมากน้อยขึ้นอยู่กับ การรับมือของแต่ละบุคคล ซึ่งล้วนแต่มีประสบการณ์ การเรียนรู้จัดการภาวะเครียดที่แตกต่างกันไป ความเครียดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต หากมีระดับความเครียดไม่มากจะเป็นแรงกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีพฤติกรรมตอบสนอง แต่หากมีระดับมากเกินไปบุคคลจะรับมือได้ อาจส่งผลต่อการควบคุมร่างกายและจิตใจได้

ตามที่ Selye⁽³⁷⁾ ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย จัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต และความต้องการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีในร่างกายเพื่อต่อต้านสิ่งคุกคาม ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล ซึ่งจุดพร พฤษชัยทริภูมิ⁽³⁷⁾ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ รบกวนพัฒนาการหรือก่อให้เกิดอันตราย ทำให้สภาวะร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล

ประพัตรา จันธนะสมบัติ⁽³⁸⁾ ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดหมายถึงความรู้สึก ปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ไม่พึงปรารถนา ซึ่งความหมายสอดคล้องกับ วันวิสาข์ พันธุ์พานิช⁽³⁹⁾ ได้กล่าวว่า ความเครียดมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตในสังคม ความเครียดคือการที่ร่างกายและจิตใจเกิดการตื่นตัว เพื่อเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าพอใจ เกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ จึงทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตาม

นัยนา แสงทอง⁽⁴⁰⁾ กล่าวว่า ความเครียดคือ ความไม่สุขสบายใจ ความไม่สงบจิตไม่สงบใจ เมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาคุกคาม ร่างกายมีการตอบสนองจากข้อเรื่องร้องทั้งภายในและภายนอกจากสิ่ง ที่มากระทบ ทำให้บุคคลมีการปรับตัว หรือมีการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม

ศิริลักษณ์ เตชะธนะอิทธิกุล⁽²⁵⁾ ได้ให้ความหมายความเครียดว่า ความเครียด คือสภาวะหรืออาการที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่ตนเองประเมินว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตราย รวมทั้งเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสภาวะ

เช่น ความกดดัน ทุกข์กาย ไม่สบายใจ เป็นต้น จนทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น ๆ เพื่อรักษาสมดุลของ ตนเองไว้ ผ่านการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลว่า เป็นเรื่องที่ร่างกายและจิตใจเกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ที่บุคคลไม่น่าพอใจหรืออาจจะหนักหนาเกินกว่ากำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และเกิดความผิดปกติของร่างกายและพฤติกรรมด้วยความเครียด มีกันทุกคนมากขึ้นขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความคิด การประเมินสถานการณ์แต่ละคน ความเครียดในระดับพอดีจะช่วยกระตุ้นให้มีพลังกระตือรือร้น ต่อสู้ชีวิตผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรค แต่หากมีความเครียดมากเกินไปจนบุคคลควบคุมไม่ได้ ต้องหาทางผ่อนคลาย เป็นความหมายตามที่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์⁽⁴¹⁾ ได้ให้ไว้

กล่าวโดยสรุปตามทัศนะของผู้วิจัย ความเครียดคือ กลไกอัตโนมัติของร่างกาย จิตใจ ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม หรือสถานการณ์ที่ไม่ปรารถนา และประเมินสถานการณ์ที่เข้ามาว่าเกินกำลังหรือทรัพยากรที่มี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ รวมถึงพฤติกรรม มีภาวะตื่นตัว มีอารมณ์ต่างๆ เช่น ตกใจ โกรธ เสียใจ สับสน เป็นต้น ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุลได้ การประเมินความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ นิสัยส่วนบุคคล หากสามารถรับมือได้ มีความรุนแรงของความเครียดน้อย อาจทำให้เกิดความกระตือรือร้น มีพลังงานผลักดันทำกิจกรรม แต่หากมีความรุนแรงมากและยาวนาน อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพได้

สาเหตุของความเครียด

จากการศึกษาสาเหตุของความเครียดพอสรุปได้ เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆก็คือปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มาจากตัวผู้คน มิลเลอร์และคีน⁽³⁸⁾ กล่าวว่าความเครียดเกิดจากสิ่งแวดล้อมในนอกและภายในร่างกาย ซึ่งได้แก่

1. ความเครียดภายในร่างกาย (Internal Stress)

1.1 ความเครียดทางชีวภาพ (Biological Stress) เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรือสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เช่น อากาศ อาหาร น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดอาการทางกาย รู้สึกไม่สบายตัว เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดหัว

1.2 ความเครียดทางด้านพัฒนาการ (Development Stress) เป็นความเครียดที่เกิดในพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามความต้องการทางจิตใจทางสังคม เช่น การประสบความสำเร็จตามช่วงวัย การได้รับความรัก การได้รับความนับถือ หากไม่ได้รับตามที่คาดหวังไว้ทำให้เกิดความเครียดได้

2. ความเครียดจากภายนอก (External Stress) หรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

2.1 สภาพแวดล้อมภายนอก วิกฤต สถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับร่างกายก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น ภาวะสงคราม ภาวะน้ำท่วม ภาวะโรคระบาด สถานการณ์โควิด-19 ภาวะฝุ่นละออง PM2.5 เป็นต้น

2.2 ข้อเรียกร้องในวัฒนธรรมที่บุคคลอยู่อาศัย หากมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนไม่เป็นไปตามวิถีประชาในพื้นที่นั้น อาจจะได้รับ การตำหนิตัวด้วยสายตา ท่าทางหรือคำพูด อาจทำให้บุคคลในสถานการณ์นั้นมีความเครียดจากการพยายามปรับตัวให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมดังกล่าว

กิตติพล ปานเจริญ⁽³⁹⁾ แบ่งสาเหตุความเครียดเป็น 2 แบบ คือ

1. สาเหตุจากตัวบุคคลเอง เช่น ประสบการณ์ในชีวิต บุคลิกภาพ ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกผิด ความเจ็บป่วยร่างกายและอื่นๆที่เกี่ยวข้องในกเจกบุคคล

2. สาเหตุจากภายนอกบุคคล เป็นเรื่องของปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม หน้าที่การงาน ปัญหาความยากจน สภาพสังคม การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแวดล้อมตัวบุคคลนั้นๆ

ส่วน Raksa Content Team⁽⁴²⁾ ได้แบ่งสาเหตุความเครียดไว้ดังนี้

1. เกิดจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น กลัวที่จะเริ่มคุยกับเพื่อนใหม่ กลัวสอบไม่ผ่าน การตกเป็นเหยื่อ การทำงานในที่อันตราย หรืออยู่ในครอบครัวยากจน เป็นต้น

2. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเปลี่ยนสถานศึกษา การเปลี่ยนที่ทำงาน การโยกย้ายตำแหน่ง การย้ายมาอยู่กับคู่สมรส การสูญเสียบุคคลที่รัก การหย่าร้าง เป็นต้น

3. เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น ใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ใช้ชีวิตอยู่กับความทุพพลภาพ การสูญเสียอวัยวะกะทันหัน เป็นต้น

เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนความเครียด เพื่อต่อสู้กับความเครียดรวมถึงกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ประโยชน์ของฮอร์โมนความเครียดคือ ช่วยให้เรตออบสนองหรือหาทางแก้ไขเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดเหล่านี้ เช่น กล้าที่จะทำอะไรบางอย่าง ช่วยให้เรากล้าที่จะพูด แต่หากร่างกายหลังฮอร์โมนชนิดนี้มากเกินไปหรือติดต่อกันนานๆ อาจกลายเป็นผลเสียได้ เช่น ทำให้เรารับมือกับความเครียดได้ยาก ทำให้รู้สึกอึดอัดใจ ทหาระยะเวลายาวนานไปอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตใจและร่างกายได้

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รวบรวมกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยเฉพาะไว้ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (ICD-11) ไว้ทั้งหมด 8 โรค ดังนี้⁽⁴²⁾

1. โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post traumatic stress disorder)
2. โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญชนิดซับซ้อน (Complex post-traumatic stress

disorder)

3. ความเศร้าโศกจากการสูญเสียยาวนานเกินปกติ (Prolonged grief disorder)
4. โรคการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder)
5. ความผิดปกติการสร้างความผูกพัน (Reactive attachment disorder)
6. ความผิดปกติการเข้าสังคมไม่เลือกหน้า (Disinhibited social engagement disorder)
7. โรคจำเพาะอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับความเครียด (Other specified disorders specifically associated with stress)
8. โรคที่เกี่ยวเนื่องกับความเครียด แต่ไม่มีความเฉพาะเจาะจง (Disorders specifically associated with stress, unspecified)

ประเภทของความเครียด⁽⁴²⁾

ความเครียดสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทหลักๆ ดังนี้

1. ความเครียดเฉียบพลัน (Acute stress): ความเครียดที่เกิดขึ้นมากะทันหัน เป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ที่กดดัน ทำลายหรือสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน เป็นประเภทของความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด
2. ความเครียดเฉียบพลันเป็นช่วงเวลา (Episodic acute stress): ความเครียดที่เกิดขึ้นกะทันหันแบบบ่อยครั้ง เนื่องจากต้องเจอกับสถานการณ์ตึงเครียดอยู่บ่อยๆ ความเครียดประเภทนี้จะทำให้รู้สึกกดดันอยู่บ่อยครั้งหรือสิ่งต่างๆ ไม่เป็นแบบที่คิดเลย ส่งผลให้เกิดความล้าทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress): ความเครียดที่เกิดขึ้นแบบกินเวลายาวนานจนส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ความเครียดเรื้อรัง เช่น การทำงานภายใต้ความกดดัน การต้องอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสุข ปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอ

ความรุนแรงของความเครียด

Sutterly และ Donnelly⁽²⁵⁾ ได้แบ่งระดับความเครียดที่เกิดขึ้นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นภาวะความเครียดระดับต่ำ ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันตามปกติ ซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวได้โดยอัตโนมัติ เช่น การเผชิญภาวะการจราจรติดขัด

ระดับที่ 2 เป็นภาวะความเครียดที่เกิดจากการคาดการณ์ไว้แล้ว แต่เป็นระยะสั้น ๆ ซึ่งบุคคลมักจะตระหนักรู้ ซึ่งระดับความเครียดจะสูงกว่าระดับที่ 1 การปรับตัวเพื่อเผชิญหน้ากับความเครียดในระดับนี้ มักเป็นแรงกระตุ้นให้ทำสิ่งที่เผชิญนั้นให้ประสบความสำเร็จ เช่น การไปสัมภาษณ์งานหรือต้องพบปะกับบุคคลสำคัญ

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดระดับรุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง เป็นภาวะที่คงอยู่กับบุคคล เป็นเวลานาน ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่ามากกว่าระดับที่ 2 การเปลี่ยนแปลงต่างของร่างกาย จะแสดงถึงความพยายามในการรับมือกับความเครียดที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นระดับความเครียดที่เริ่มสังเกตและวัดได้ เช่น เหงื่อออกมือ กระสับกระส่าย ใจเต้นแรง พะว้าพะวงในใจ

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูง รู้สึกเหนื่อย หดแรงแรง ท้อแท้ต่อการต่อสู้ ร่างกายจะเริ่มส่งสัญญาณเตือนว่า ไม่สามารถปรับแก้ได้แล้ว หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคทางจิต เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียด

อาการเครียดที่เกิดขึ้นได้เปลี่ยนแปลงร่างกายหลายๆ ด้าน จะเป็นสัญญาณเตือนที่ดีว่าผู้ป่วยกำลังเครียดอยู่ โดยจะแบ่งกลุ่มอาการได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง⁽²⁵⁾

1.1 อาการด้านเขาวนปัญญา คือ หลงลืมง่ายแม้แต่เรื่องเล็กน้อย สมาธิสั้น ความอดทนต่ำ ความสามารถการแก้ไขปัญหาลดลง คิดไม่สมเหตุสมผล ประสิทธิภาพในการตัดสินใจ แ่่งลง มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่ด้านลบของสิ่งต่างๆ

1.2 อาการด้านอารมณ์ คือ อารมณ์แปรปรวน เดียวดีเดี๋ยวร้าย ฉุนเฉียวง่าย ซึมเศร้า เสียใจ ตื่นตระหนก รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว เข้าข้างตนเอง โทษคนอื่น

1.3 อาการด้านร่างกาย คือ ปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะศีรษะ ไหล่ และคอ ระบบขับถ่ายมีปัญหา ผอมร่าง เป็นสิว ผิวอักเสบ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้กำเริบ ประจำเดือนมาไม่ปกติ ความต้องการทางเพศน้อยลง หรืออาจจะไปกระตุ้นโรคประจำตัวอื่นได้

1.4 อาการด้านพฤติกรรม คือ รับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง นอนไม่หลับ ปลีกตัวเองออกจากสังคม รู้สึกอ่อนเพลียตลอดเวลา ทำผิดพลาดตลอดเวลา สูบบุหรี่มากขึ้น ดื่มแอลกอฮอล์มากหรือบ่อยครั้งขึ้น รวมถึงหันไปพึ่งยาเสพติดหรือการพนัน ความสัมพันธ์กับคนรอบเปลี่ยนไป

2. **ผลกระทบต่อครอบครัว** เกิดปัญหาจากความไม่เข้าใจกันในภาวะนี้ อาจทำให้ทะเลาะเบาะแว้ง อาจมีผลรุนแรงถึงหย่าร้าง อาจทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่เหมือนเดิม

3. **ผลกระทบต่อที่ทำงาน** เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ไม่มีสมาธิทำงาน เกิดปัญหาการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานได้

4. ผลกระทบกับสังคมทั่วไป อาจจะมีปัญหาทะเลาะกับคนอื่นทั่วไปที่ต้องพบปะได้ง่าย ไม่สามารถอดทนรอได้นาน หรืออาจจะทำร้ายผู้อื่น⁽⁴³⁾

ภาวะแทรกซ้อนจากความเครียด⁽⁴²⁾

นอกจากความรู้สึกที่เปลี่ยนไปแล้ว ความเครียดยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ในร่างกายได้อีกด้วย ได้แก่ การปวดศีรษะจากความตึงเครียด (Tension Headache) ถือเป็นอาการแทรกซ้อนจากความเครียดที่พบบ่อยที่สุด โดยลักษณะการปวดจะเป็นชนิดกดบีบหรือรัดแน่นบริเวณท้ายทอย ร้าวขึ้นไปถึงบริเวณขมับและหน้าผาก บางกรณีอาจรู้สึกปวดทั้งศีรษะหรืออาจปวดร่วมกับไม่เกรนได้ ท้องไส้ปั่นป่วนจากภาวะความเครียด (Upset stomach) ความเครียดส่งผลต่อการสื่อสารระหว่างลำไส้และสมอง ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่าลำไส้ปั่นป่วนซึ่งเกิดมาจากความเครียด โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดท้องหรือมีแก๊สในท้อง รวมถึงส่งผลให้จุลินทรีย์ในลำไส้เสียสมดุลจนนำไปสู่โรคระบบทางเดินอาหาร (Digestive disease) ต่างๆ ตามมา อย่างไรก็ตาม ภาวะความเครียดหรือที่เรียกว่า เครียดลง กระเพาะ ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (Eating disorders) ความเครียดจะส่งผลต่อระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการกิน ทำให้พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ที่มีภาวะเครียดเปลี่ยนแปลงไป บางรายมีพฤติกรรมกินจุบจิบ กินมากกว่าปกติ รวมถึงกินหนักกลางดึก แต่ในบางรายกลับกินน้อยกว่าปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับความเครียด (Cardiovascular Diseases) เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีนและคอร์ติซอล ซึ่งอะดรีนาลีนจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ในขณะที่คอร์ติซอลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและเพิ่มคอเลสเตอรอล ในระยะยาวส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง

อาการที่บ่งบอกว่าถึงเวลาต้องไปพบแพทย์

หากผู้ป่วยมีอาการเครียดหนักขึ้นดังต่อไปนี้ ควรไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาไม่สามารถจัดการความรู้สึกจากความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง เช่น เริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า รู้สึกเครียดและวิตกกังวลมากเกินปกติ ความเครียดได้สร้างผลเสียต่อกิจวัตรประจำวัน

วิธีจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียดไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ด้วยวิธีต่างๆ เช่น

- ออกกำลังกายเพื่อให้ผ่อนคลายและหลับลึกขึ้น ส่งผลให้รู้สึกเครียดน้อยลงแม้จะเป็นเพียงการเดินในระยะสั้นๆ

- ในแต่ละวันก่อนเข้านอน ควรแบ่งเวลาเพื่อทบทวนสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น อะไรที่ได้ลงมือทำไปแล้วและอะไรที่ยังไม่ได้ทำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและลดความกดดันตัวเอง
- ตั้งเป้าหมายให้ตัวเองในแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ หรือแต่ละเดือน เพื่อให้ตัวเองมองเห็นสถานการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจนและรู้สึกควบคุมได้
- รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี พร้อมกับงดอาหารจำพวกน้ำตาล ของมัน คาเฟอีนและกาแฟ
- นอนหลับให้ครบ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่ควรอดนอนหรือนอนดึก เพราะจะทำให้ระดับความเครียดสูงขึ้น
- หากิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ เช่น เล่นโยคะ นั่งสมาธิ ฝึกการหายใจเข้าลึกๆ ดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับผู้อื่น หัวเราะ รวมถึงการใช้เวลาเงียบๆ เพื่อหยุดความคิดของตัวเอง
- พบจิตแพทย์เพื่อบำบัดความเครียดที่เกิดขึ้นและรับคำแนะนำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลทิพย์ รักรวงศัภท⁽³⁹⁾ ได้ศึกษา แรงจูงใจในการทำงานและความเครียดจากการทำงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาดเตียง 200 เตียงขึ้นไป จำนวน 135 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบคำถาม 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยการทำงาน 3) แบบสอบถามแรงจูงใจในการทำงาน 4) แบบสอบถามความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต เมื่อนำเสนอปัจจัยส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจในการทำงาน ระดับความเครียดจากการทำงาน เป็น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยการทำงาน โดยใช้การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายแรงจูงใจในการทำงานและความเครียดจากการทำงาน ของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการทำงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดจากการทำงานในระดับปกติและจากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายแรงจูงใจในการทำงานระดับสูง คือ มีความเชี่ยวชาญที่มีใบรับรอง ($p < 0.05$) และมีปัจจัยการทำงานในระดับดี ($p < 0.05$) และปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานคือ ความมั่นคงในการทำงานในระดับน้อย ($p < 0.05$)

สรุปนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานครมีแรงจูงใจในการทำงานระดับปานกลาง และแรงจูงใจในการทำงานระดับสูงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือความเชี่ยวชาญที่ได้รับไปรับรอง และมีปัจจัยการทำงานที่ดีความเครียดจากการทำงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปกติ และปัจจัยของความเครียดจากการทำงาน คือ ความมั่นคงในการทำงานในระดับน้อย บรรยากาศในการทำงานในระดับน้อย และความร่วมมือในระดับต่ำ

ประพัทธา จันธนาสมบัติ⁽³⁸⁾ ได้ศึกษา ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 264 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2545 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินที่มาของความเครียดและประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test t-test One way ANOVA และ Stepwise multiple regression analysis พบว่า ความชุกของความเครียดของแพทย์ประจำบ้านคิดเป็นร้อยละ 22.7 ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ ได้แก่ ศาสนา ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน เหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อ รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โดยแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาคริสต์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าแพทย์ประจำบ้านที่นับถือศาสนาพุทธ แพทย์ที่ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าชั้นปีที่ 1 แพทย์ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าแพทย์ที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ แพทย์ที่มีเหตุผลในการเลือกมาศึกษาต่อจากความต้องการของหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยความคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีเหตุผลมาจากความมีประโยชน์ต่อสังคม และแพทย์ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยความคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บ ในส่วนของที่มาของความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ ได้แก่เรื่องส่วนตัว และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่สามารถอธิบาย การเกิดความเครียดของแพทย์ประจำบ้านได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ได้แก่ ที่มา ความเครียดจากเรื่องส่วนตัว ชั้นปีที่ศึกษา ศาสนา ที่มาความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ หน่วยงานที่เคยปฏิบัติงาน

ณิชภัทร วิบูลย์พานิช⁽⁴⁴⁾ ศึกษา วิธีการจัดการความเครียดของผู้ปฏิบัติงานกับเด็กและครอบครัว กองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น กรมประชาสงเคราะห์ โดยศึกษาจากผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เฉพาะตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ นักประชาสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาในหน่วยงาน จำนวนทั้งสิ้น 77 คน ใช้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในส่วนกลาง และในสถานสงเคราะห์ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 7 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า

ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.7 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี สมรสแล้ว และไม่มีบุตร ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี โดยจบการศึกษาในสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มากที่สุด ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์และอยู่ในงานสถานสงเคราะห์ มีระยะเวลาการทำงานตั้งแต่เริ่มจนถึงปัจจุบัน มากกว่า 20 ปี โดยมีระยะเวลาการทำงานด้านเด็กและครอบครัวน้อยกว่า 10 ปี มีรายได้ประจำ 15,001 บาท ขึ้นไปต่อเดือน หน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรง คือ งานสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ และงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้มาติดต่อ และผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 94.8 พบปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานและร้อยละ 5.2 มีระดับภาวะความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปรเดียวกัน พบว่าตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน ภาวะความเครียดที่พบมีความแตกต่างกัน โดยนิยมใช้วิธีการมองโลกในแง่ดีและทำใจให้เบิกบานอยู่เสมอ

5. การดูแลตนเอง (Self-care)

ความหมายของการดูแลตนเอง

University at Buffalo : School of Social work⁽⁴⁵⁾ ได้ให้นิยามว่า การดูแลตนเองหมายถึง การที่ทำการกิจกรรมหรือฝึกฝนตน ให้สามารถรับมือกับสภาวะความเครียด ให้ลดลง คงอยู่หรือดีขึ้นใน ระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อสุขภาพกายและจิตที่อยู่ดีมีสุข

Dean Nancy Smyth⁽⁴⁵⁾ ได้ให้นิยามว่า เหมือนคุณอยู่บนเครื่องบิน คุณสุดแสนจะจำเป็นต้อง ใส่หน้ากากออกซิเจนให้ตัวเองก่อน ก่อนที่จะไปช่วยคนอื่น

Orem⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายของการดูแลตัวเองไว้ว่า เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ที่มีเป้าหมายเพื่อ ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง แสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจน ลักษณะบุคคล เช่น การศึกษา อายุ เพศ รายได้ ประสบการณ์ชีวิต

Gantz⁽⁴⁷⁾ มองว่าเป็นสถานการณ์หรือวัฒนธรรมที่พิเศษ ที่จะสามารถเลือกที่จะทำหรือ แสดงออก ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ ทักษะ ความเชื่อในอำนาจที่ควบคุม ความมีประสิทธิภาพ มี จุดมุ่งหมายเพื่อที่จะดูแลสุขภาพภายใต้ความสามารถของตัวเอง

อังศินันท์ อินทรกำแหง⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วย ตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ ความเป็นอยู่ เป็นการกระทำที่มีแบบแผน ต่อเนื่อง หากทำ กิจกรรมนั้นอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไป ถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคลได้

หฤทัย จงไกรจักร⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเอง คือทำการกิจกรรมที่กระทำด้วยตนเอง สม่าเสมอ ต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้ง ในภาวะปกติและไม่ปกติ และเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้

ความหมายโดยสรุปตามทัศนะคติของการดูแลตนเอง คือ การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง ฝึกฝนทำได้สม่ำเสมอ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแล ภาย จิต พัฒนาการดำเนินชีวิต ภายใต้สถานการณ์ที่ปกติหรือมีความเครียดจากแรงกดดัน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่อนคลายขึ้น สบายขึ้น และสามารถรับมือกับสภาวะความเครียดให้ลดลง คงอยู่หรือดีขึ้นในระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดทฤษฎีในการดูแลตนเอง

Orem⁽⁴⁶⁾ อธิบายว่า การดูแลตัวเองที่จำเป็นเป็นความตั้งใจหรือผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังกระทำการดูแลที่จำเป็นมีสามอย่างคือ การดูแลตัวเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะที่สัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลต้องหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาว่าสถานการณ์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่มีทางเลือกอย่างไรผลที่ได้รับในแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไรและตัดสินใจกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำ ในระยะนี้จะแสวงหาเป้าหมายของการกระทำเพื่อกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องทำ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของกิจกรรม

การดูแลตนเอง แม้จะมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตัวเองนั้นจะติดเป็นนิสัยหากทำไประยะหนึ่ง โดยบุคคลจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึงเป้าหมายของการกระทำ ดังนั้นผู้ปฏิบัติต้องรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยได้แล้ว จะทำได้โดยไม่ต้องพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระต่อไป นอกจากการกระทำที่เป็นนิสัยแล้วยังได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัวหรือการเป็นสมาชิกในสังคมนั้นๆ การดูแลตัวเองเป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความสุข

องค์ประกอบการดูแลตนเอง

ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ⁽⁴⁶⁾ คือ

1) การดูแลตัวเองโดยทั่วไป คือการดูแลตัวเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ความต้องการพื้นฐาน กินอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อนการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและการส่งเสริมให้ บุคคลใดทำหน้าที่ที่ต้องการและอยู่อย่างปกติ

2) การดูแลตัวเองเพื่อการพัฒนา คือการดูแลตัวเองในส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาของบุคคล ในช่วงวงจรต่างๆแบ่งได้เป็นสองลักษณะคือการสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิตตามระยะ พัฒนาการ เช่น ระดับการศึกษา แนวทางการปรับตัวชาวสังคม เป็นต้น

3) การดูแลตัวเองเมื่อสุขภาพะเบี่ยงเบนไปจากปกติ แกนดูแลตัวเองที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการหรือจำเป็นต้องแก้ไขให้เป็นปกติ โดยการเรียนรู้การดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือ

ส่วน Hill and Smith⁽⁴⁶⁾ ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตัวเองออกเป็น 2 ส่วนคือ

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต การปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียด เป็นต้น

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับ การออกกำลังกาย การดูแลด้านโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสภาพแวดล้อม เป็นต้น

Jayashree Rajagopalan⁽⁴⁸⁾ ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ การดูแลตนเองไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการลดความเครียด แต่ยังหมายถึงการเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีผลลัพธ์ดังนี้ เพื่อดูแลร่างกายจิตใจ ลด รักษา บรรเทาความตึงเครียด ให้คุณค่าทางอารมณ์และจิตวิญญาณ คงให้มีความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน รักษาสมดุลของบุคคลคนหนึ่งในแง่ของชีวิตการเรียนหรือการทำงาน แบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. การดูแลตนเองเชิงกายภาพ (Physical Self-Care) เช่น การดื่มน้ำ ทานอาหารที่มีประโยชน์ นอนหลับให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การดูแลใส่ใจทางด้านร่างกาย

2. การดูแลตนเองทางอารมณ์ (Emotional Self-Care) เช่น การบอกเล่าเรื่องราวให้เพื่อนฟัง การเข้ารับบริการปรึกษากับนักวิชาชีพ

3. การดูแลตนเองทางสังคม (Social Self-Care) เช่น การติดต่อกับผู้อื่น การโทรหาบุคคลอันเป็นที่รัก การได้เล่น ได้พักผ่อน หรือการจัดสมดุลในชีวิตตนเอง⁽⁴⁷⁾

4. การดูแลตนเองเชิงจิตวิญญาณ (Spiritual Self-Care) เช่น การใช้เวลากับตนเองตามลำพัง ท่ามกลางธรรมชาติ หรือการฝึกภาวนา หรือการเชื่อมโยงกับพระเจ้า

5. การดูแลตนเองในเรื่องงาน (Work Self-Care/ Professional Self-Care)⁽⁴⁷⁾ เช่น การตั้งขอบเขตการทำงานอย่างเหมาะสม การฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ จัดสรรลำดับความสำคัญของงานให้มีความสมดุล

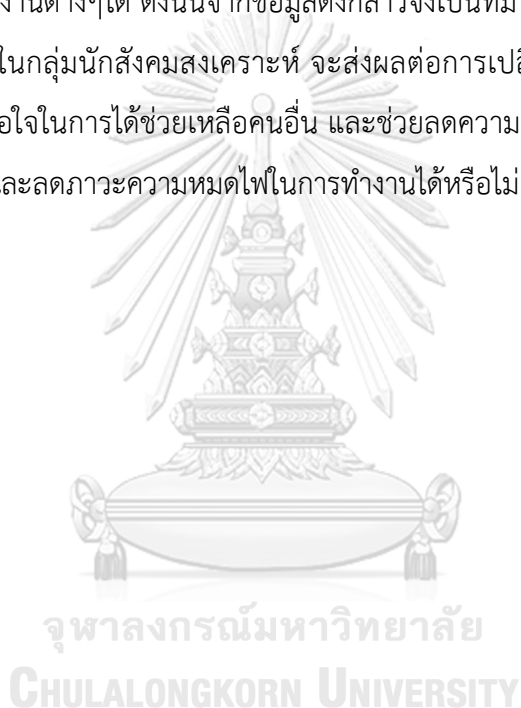
6. การดูแลตนเองในด้านจิตใจ (Psychological Self-Care) เช่น ให้ความสำคัญกับงานอดิเรก การเขียนรายการของสิ่งที่คุณอยากจะทำ

วิจัยที่เกี่ยวข้อง

หฤทัย จงไกรจักร⁽⁴⁶⁾ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิต การดูแลตนเองและความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ จำแนกตาม ปัจจัยชีวสังคม เปรียบเทียบสุขภาพจิต การดูแลตนเองกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการดูแล ตนเองกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีจำนวน 320 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยชีวสังคม แบบสอบถามสุขภาพจิต (Thai GHQ-12) แบบสอบถามการดูแลตนเองและแบบสอบถามความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน (Maslach Burnout Inventory--MBI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตปกติ มีการดูแลตนเอง ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนา และดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแล สุขภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางและมีความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความท้อแท้ในการปฏิบัติงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้อื่นและด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัจจัยชีวสังคมต่างกัน มีสุขภาพจิตและการดูแล ตนเองไม่แตกต่างกัน ยกเว้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัจจัยชีวสังคมด้านภาระหนี้สินต่างกัน ทำให้มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงานด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีสุขภาพจิตกับการดูแลตนเองโดยรวมต่างกันมีความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ($r = 0.369$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และบุคลากร ทางแพทย์ที่มีการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน 7 ด้าน

มีความสัมพันธ์ทางลบกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ($r = -0.369$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ความเครียดมีส่วนส่งผลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะช่วงเวลาของการทำงาน โดยเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของบริบทการให้บริการ และสถานการณ์โรคระบาด ที่อาจส่งผลต่อความเครียดและเกิดความเปลี่ยนแปลงภาวะที่เป็นสุขได้ การที่องค์กรให้ความสนใจเรื่องของการดูแลตนเอง ความสุขส่วนบุคคล จะมีส่วนช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์มีคุณภาพชีวิตในความเป็นนักวิชาชีพที่ดีขึ้น พร้อมรับมือกับสถานการณ์การทำงานต่างๆได้ ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นที่มาในการศึกษาว่า หากมีกิจกรรมสร้างสุขได้ทดลองทำในกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มค่าความสุขส่วนบุคคล เพิ่มความพึงพอใจในการได้ช่วยเหลือคนอื่น และช่วยลดความเครียดที่เป็นบาดแผลทางใจมีมือสองที่ได้รับมาสะสม และลดภาวะความหมดไฟในการทำงานได้หรือไม่



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดผลก่อน ระหว่าง และหลัง (Pre -Between- Post Experimental Research) ทำกิจกรรมสร้างสุข โดยใช้ประเมินแบบประเมินความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQol-5) และแบบประเมินความเครียด (SDST-20) ฉบับสวนปรุง ก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างสุขครั้งแรก ระหว่างระยะเวลาทำกิจกรรมสร้างสุขได้ 3 เดือน และหลังทำกิจกรรมสร้างสุขใน 6 เดือนจากครั้งแรกกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2565 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มากกว่า 4 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มากกว่า 4 เดือน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 31 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นนักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. มีอายุงานมากกว่า 4 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้อย่างดี
4. มีใบประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ใบอนุญาต
5. สมัยครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น หรือเป็นโรคที่มีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่สามารถอยู่ในกระบวนการวิจัยได้ครบ 6 เดือน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ไม่ได้ทำการสุ่ม แต่ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรเป้าหมายที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายสวัสดิการ ที่มีแนวโน้มตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 31 คน จากทั้งหมด 34 คน

ประชากรที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 3 คน เนื่องจาก มีการลาออกจากงาน 2 ท่าน และเสียชีวิต 1 ท่าน จึงไม่สามารถอยู่ร่วมในการวิจัยได้จนจบกระบวนการ

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษา แต่หากคำนวณ effect size ย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย โดยกำหนดค่า Type I error 5% และ power 0.80 จะคำนวณได้ค่า effect size Cohen d ประมาณ 0.51 (moderate)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม 1 ชุด และกิจกรรมสร้างสุข จำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งจะแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ครั้ง ได้แก่ การประเมินครั้งที่ 0 คือการประเมินก่อนเริ่มทำกิจกรรม การประเมินครั้งที่ 1 คือการประเมินหลังระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน และครั้งที่ 2 คือการประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยการที่มีการประเมินเป็นระยะเวลา 3 ครั้งเนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนน ในระหว่างดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม

แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับแบบข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ และ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความสุข (HAPPINOMETER) จำนวน 57 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL5) จำนวน 30 ข้อ และส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินความเครียด (SDST-20) ฉบับสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ

1.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

สร้างโดยผู้วิจัย มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อายุการทำงาน ระดับปฏิบัติงานในปัจจุบัน โรคประจำตัว งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง โดยส่วนที่ 1 จะใช้แบบประเมินก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างสุขครั้งแรก (ครั้งที่ 0)

1.2 ส่วนที่ 2 แบบวัดความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER)

ผู้วิจัยนำมาพัฒนามาจากแบบวัดความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER ของ ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการพัฒนามาจาก “โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย” พ.ศ. 2554-2557⁽¹²⁾ แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77⁽⁴⁹⁾ เครื่องมือที่ใช้วัดความสุขระดับบุคคลที่น่าเชื่อถือเหมาะสมกับบริบทของคนทำงานในสังคม เพราะตัวชี้วัดในทุกมิติมีความครอบคลุมกับความสุขในทุกด้านของคนทำงานมาก

ที่สุด และยังเป็นตัวชี้วัดที่ผ่านกระบวนการสังเคราะห์และกระบวนการวิเคราะห์ จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขระดับบุคคลหลายโครงการวิจัย มี ตัวชี้วัดรวม 57 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย มิติความสุข 9 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 : Happy body (สุขภาพดี)	จำนวน 6	คำถาม
มิติที่ 2 : Happy relax (ผ่อนคลายดี)	จำนวน 5	คำถาม
มิติที่ 3 : Happy heart (น้ำใจดี)	จำนวน 9	คำถาม
มิติที่ 4 : Happy soul (จิตวิญญาณดี)	จำนวน 5	คำถาม
มิติที่ 5 : Happy family (ครอบครัวดี)	จำนวน 3	คำถาม
มิติที่ 6 : Happy society (สังคมดี)	จำนวน 6	คำถาม
มิติที่ 7 : Happy brain (ไม่รู้ดี)	จำนวน 3	คำถาม
มิติที่ 8 : Happy money (สุขภาพเงินดี)	จำนวน 4	คำถาม
มิติที่ 9 : Happy work-life (การทำงานดี)	จำนวน 16	คำถาม

มีรายละเอียด และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1) Happy Body (สุขภาพดี) เป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายแข็งแรง สมส่วน มีพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย มีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพกายของตน มี 6 คำถาม เป็นคำถามปลายเปิด 1 คำถามเกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โดยไม่ได้นำหาค่าความสุข และ อีก 5 คำถามเป็นคำถามที่ถามการรับรู้และระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

2) Happy Relax (ผ่อนคลายดี) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการเวลาในแต่ละวันเพื่อการพักผ่อนที่มีคุณภาพ ความพึงพอใจในการจัดการ ปัญหาของตนเอง และทำให้ชีวิตง่าย สบาย มี 5 คำถาม เป็นคำถามที่ถามการรับรู้และระดับ ความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง ระดับ 5

3) Happy Heart (น้ำใจดี) เป็นคำถามเกี่ยวกับการเป็นบุคคลมีจิตสาธารณะ หรือ การมีส่วนร่วมทางสังคมในการสร้างสรรค์ประโยชน์เพื่อส่วนรวม การมีเมตตาจิตกับคนรอบข้าง มี 9 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

4) Happy Soul (จิตวิญญาณดี) เป็นคำถามเกี่ยวกับการเป็นบุคคลที่ความ ตระหนักในศีลธรรม คุณธรรม รู้แพ้รู้ชนะ รู้จักให้ มีความกตัญญู มี 5 คำถาม เป็นคำถาม

สอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

5) Happy Family (ครอบครัวดี) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความผูกพัน ความมั่นใจ ความเชื่อใจ และความอบอุ่นใจกับบุคคลในครอบครัวตนเอง มี 3 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

6) Happy Society (สังคมดี) เป็นคำถามเกี่ยวกับการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน การปฏิบัติตามกฎระเบียบทางสังคม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความช่วยเหลือจากคนในชุมชน การใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขไม่ทำให้สังคมเสื่อมถอย มี 6 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

7) Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการตื่นตัวของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ เพื่อปรับตัวและตั้งรับผลของการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มี 3 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

8) Happy Money (สุขภาพเงินดี) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับวินัยทางการเงินของบุคคล ความสามารถและความพึงพอใจในการบริหารระบบรายรับรายจ่าย การผ่อนชำระหนี้ การออมเงินในแต่ละเดือน มี 4 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

9) Happy Work-life (การทำงานดี) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการทำงาน ความสัมพันธ์กับที่ทำงานของบุคคล ความสบายใจในที่ทำงาน ความสุขต่อสภาพแวดล้อมในองค์กร การได้รับการดูแล สวัสดิการ การได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้อง การเลื่อนขั้น การได้รับค่าจ้าง การแสดงความคิดเห็น ซึ่งจะสิ่งที่จะช่วยให้ทำงานอย่างมีความสุขในองค์กร มี 16 คำถาม เป็นคำถามสอบถามระดับความรู้สึก มีเกณฑ์การให้คะแนน (Rating Scale) น้อยที่สุดไปมากที่สุด ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5 โดยในข้อสุดท้ายของ Happy Work-life เป็นคำถามความรู้สึกโดยรวมในปัจจุบันที่ครอบคลุมทุกข้อของแบบสอบถาม จึงไม่นำมารวมเป็นคะแนนในมิตินี้

การตรวจให้คะแนน

วิธีการวัดระดับความสุข

การรวมวัดความสุขระดับบุคคล ใช้สูตรคำนวณระดับความสุขคำนวณได้เป็น 9 มิติ โดยมีค่าเฉลี่ยความสุขของแต่ละมิติ และของรวมทุกมิติ ที่สามารถแสดงค่าได้ ทั้งระดับบุคคล และภาพรวมทั้งองค์กร

วิธีวัดค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขวัดแต่ละมิติ ค่าเฉลี่ย = $\frac{\text{คะแนนรวมทั้งหมดในมิติ}}{\text{จำนวนข้อในมิติ}}$

วิธีวัดค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขวัดรวมทุกมิติ ค่าเฉลี่ย = $\frac{\text{คะแนนรวมแต่ละข้อในมิติที่ 1-9}}{\text{จำนวนข้อรวมในทุกมิติที่คิดคะแนน}}$

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความสุขของตนเองและความสุขรวมของบุคคลในองค์กร คะแนนเฉลี่ยรวมระดับองค์กรหรือระดับบุคคล เท่ากับ 100 %

การแปลผล

ผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยระดับความสุข แสดงเกณฑ์ 4 ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 24.99	แสดงเกณฑ์ระดับไม่มีความสุขอย่างยิ่ง (Very Unhappy)
คะแนนเฉลี่ย 25.00 – 49.99	แสดงเกณฑ์ระดับไม่มีความสุข (Unhappy)
คะแนนเฉลี่ย 50.00 – 74.99	แสดงเกณฑ์ระดับมีความสุข (Happy)
คะแนนเฉลี่ย 75.00 – 100	แสดงเกณฑ์ระดับมีความสุขมาก (Very Happy)

ใช้แบบสอบถามประเมินก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างสุขครั้งแรก (ครั้งที่ 0) ระหว่างระยะเวลาทำกิจกรรมสร้างสุขได้ 3 เดือน (ครั้งที่ 1) และหลังทำกิจกรรมสร้างสุขใน 6 เดือนจากครั้งแรก (ครั้งที่ 3)

1.3 ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (PROQOL-5)

ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก ศศิวิมล ปานูราช⁽²⁷⁾ ซึ่งใช้วัดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยสุดท้าย โดยพัฒนามาจาก The Professional Quality of life Scale (Pro-QOL Version 5) ของ Stamm⁽²⁴⁾ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Compassion Fatigue Self-Test (CFST) (Figley, 1995) โดย CFST ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบคือ ความเหนื่อยล้าจากการดูแล และ ความเหนื่อยหน่าย ซึ่งการศึกษาถึงงานวิจัยต่าง ๆ Stamm เชื่อว่าองค์กรจะช่วยให้เกิดการเพิ่มของความผาสุกและลดความรู้สึกในเชิงลบของผู้ดูแล ดังนั้นการที่ Stamm ได้พัฒนา The Professional Quality of life Scale (the Pro-QOL) มาถึงฉบับที่ 5 ผ่านแนวคิดอันซับซ้อนจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะส่วนบุคคล การได้รับค่าตอบแทนและอาสาสมัคร เนื่องจาก Stamm เชื่อว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการทำงานของ ผู้ให้การดูแลผู้อื่น อธิบายได้ว่าหากสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแล เกิด

ความเหนื่อยล้าจากการดูแล แต่หากว่าถ้าผู้ให้การดูแลผู้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ผู้ให้การดูแลจะรู้สึกถึงความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น โดยแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นของความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่นเท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นของความเหนื่อยหน่าย เท่ากับ 0.75 และ ค่าความเชื่อมั่นของบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น เท่ากับ 0.81

ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนข้อความในแบบวิจัย จากเดิมกล่าวถึงพยาบาลในแบบสอบถาม เป็นกล่าวถึงนักสังคมสงเคราะห์และใช้ผู้ใช้บริการแทนคำว่าผู้ป่วย โดยไม่ได้ปรับเนื้อความอื่นที่ทำให้สูญเสียความหมายเดิม มีข้อคำถาม 30 ข้อโดยถามถึงความถี่ในสิ่งที่ผู้ทำแบบสอบถามเป็นภายในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคย, 2 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อย, 5 = บ่อยมาก) แต่มี 5 ข้อ คือข้อ 1, 4, 15, 17, 29 ที่ต้องแปลคะแนนกลับกัน

	จำนวน (ข้อ)	ข้อ
ความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย	10	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น	10	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
ความเหนื่อยหน่าย	10	1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามด้านบวก

1 = ไม่เคย	ผู้ตอบคำถามไม่เคยทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ
2 = นาน ๆ ครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ นานๆครั้ง
3 = บางครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ บางครั้ง
4 = บ่อย	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ บ่อย ๆ
5 = บ่อยมาก	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ บ่อยมาก

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามด้านลบ

5 = ไม่เคย	ผู้ตอบคำถามไม่เคยทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ
4 = นาน ๆ ครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ นานๆครั้ง
3 = บางครั้ง	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการ บางครั้ง

2 = บ่อย	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการบ่อย ๆ
1 = บ่อยมาก	ผู้ตอบคำถามกระทำตามคำถามข้อดังกล่าวเมื่อดูแลผู้ใช้บริการบ่อยมาก

การแปลผล

นำคะแนนในแต่ละองค์ประกอบมาบวกกันและนำช่วงคะแนนมาแบ่งระดับดังนี้

ความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (Compassion Satisfaction)

น้อยกว่า 22 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยมีระดับต่ำ
23-41 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยมีระดับปานกลาง
มากกว่า 42 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยมีระดับสูง

ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress)

น้อยกว่า 22 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีบาดแผลทางจิตใจมือสองมีระดับต่ำ
23-41 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีบาดแผลทางจิตใจมือสองมีระดับปานกลาง
มากกว่า 42 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีบาดแผลทางจิตใจมือสองมีระดับสูง

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)

น้อยกว่า 22 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความเหนื่อยหน่ายมีระดับต่ำ
23-41 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความเหนื่อยหน่ายมีระดับปานกลาง
มากกว่า 42 คะแนน	คือ นักสังคมสงเคราะห์มีความเหนื่อยหน่ายมีระดับสูง

โดยใช้แบบสอบถามประเมินก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างสุขครั้งแรก (ครั้งที่ 0) ระหว่างระยะเวลาทำกิจกรรมสร้างสุขได้ 3 เดือน (ครั้งที่ 1) และหลังทำกิจกรรมสร้างสุขใน 6 เดือนจากครั้งแรก (ครั้งที่ 3)

1.4 ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

พัฒนาโดย นายสุวัฒน์ มหัตถินรัตนกรกุล นางวนิดา พุ่มไพศาลชัย นางพิมพ์มาศ ตาปัญญา⁽⁵⁰⁾ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งปรับปรุงจากเครื่องมือฉบับเต็ม 60 ข้อ ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือมีการทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ มีการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียด

ของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% การแบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนนปกติที่ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ

การให้คะแนนดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรู้สึกเครียด	=	1	คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	=	2	คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	=	3	คะแนน
ตอบเครียดมาก	=	4	คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	=	5	คะแนน
ไม่ตอบ	=	0	คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ มี คะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0 – 24	เครียดน้อย
คะแนน	25 – 42	เครียดปานกลาง
คะแนน	43 – 62	เครียดสูง
คะแนน	63 ขึ้นไป	เครียดรุนแรง

ใช้แบบสอบถามประเมินก่อนเริ่มต้นทำกิจกรรมสร้างสุขครั้งแรก (ครั้งที่ 0) ระหว่างระยะเวลาทำกิจกรรมสร้างสุขได้ 3 เดือน (ครั้งที่ 1) และหลังทำกิจกรรมสร้างสุขใน 6 เดือนจากครั้งแรก (ครั้งที่ 3)

2. กิจกรรมสร้างสุข

โดยกิจกรรมดังกล่าว ได้แนวคิดมาจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการดูแลตนเอง ความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ และองค์การสร้างสุข และพัฒนากิจกรรมร่วมกับกลุ่มงาน Happy

Workplace ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดำเนินการจัดกิจกรรมและเชิญวิทยากรที่มีความรู้ด้านดังกล่าวมาให้ข้อมูลเพิ่มเติม และเนื่องในสถานการณ์โควิด-19 แพร่ระบาด จึงมีการงดร่วมตัวกันจำนวนมาก ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้พัฒนากิจกรรมได้วางแผนการดำเนินงานกิจกรรมเป็นรูปแบบออนไลน์ (Online) และกิจกรรมในสถานที่ (Onsite) ซึ่งรูปแบบกิจกรรมอาจสลับสับเปลี่ยนตามความเหมาะสมตามสถานการณ์ โดยจะคงรูปแบบกิจกรรมให้มีลักษณะเดิมตามที่วางแผนมากที่สุด มีกิจกรรมที่จะดำเนินการดังนี้

1. กิจกรรมฉลองปีใหม่แบบ New normal
2. กิจกรรมชื่นชมยินดีบุคลากร
3. กิจกรรมทำบุญวันเกิดฝ่ายสวัสดิการสังคม
4. กิจกรรมสุขสบาย Friday
5. กิจกรรมอาหาร สุขภาพ และโภชนาการ
6. กิจกรรมการบริหารจัดการการเงิน

กิจกรรมในการดำเนินการ

เวลา ดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	แนวคิดในการจัดกิจกรรม
7 ม.ค.65	- ฉลองปีใหม่ แบบ New normal	- เชิญชวนบุคลากร รับประทานอาหาร ร่วมกัน และ ร่วม กิจกรรมสังสรรค์ปีใหม่ รูปแบบออนไลน์ (Online)ผ่านโปรแกรม Zoom	ได้รับแนวคิดมาสเตอร์ ในลำดับ ขั้นที่ 1 คือการได้รับการ ตอบสนองปัจจัย 4 คืออาหาร แนวคิดกิจกรรมความสุข 8 ประการ ในมิติเพื่อนคลายดี และมิติสังคมดี รวมถึงแนวคิด ในการหากิจกรรมเพื่อการดูแล ตนเอง (self-care) เพื่อให้ บุคลากรได้มีโอกาสสังสรรค์ ร่วมกันในสถานการณ์จำกัด พื้นที่เนื่องจากสถานการณ์โควิด

เวลา ดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	แนวคิดในการจัดกิจกรรม
1 ก.พ.65	- กิจกรรมชื่นชมยินดี บุคลากร	-เชิญชวนบุคลากร รับประทานอาหาร ร่วมกัน และแสดง มุทิตาจิต หรือชื่นชม ยินดีกับบุคลากรที่ ได้รับรางวัล รูปแบบ ออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Zoom	-ได้รับแนวคิดมาสโลว์ ในลำดับ ขั้นที่ 3 คือความต้องการด้าน สังคม ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม คือการได้รับการใส่ใจ และขั้นที่ 4 คือการได้รับการ ยอมรับ ยกย่อง แนวคิด กิจกรรมความสุข 8 ประการ ในมิติน้ำใจงาม มิติผ่อนคลายดี และมิติสังคมดี รวมถึงแนวคิด ในการหากิจกรรมเพื่อการดูแล ตนเอง (self-care)- เพื่อให้ บุคลากรในฝ่ายมีความสัมพันธ์ ที่ดีต่อกัน
25 มี.ค.65	- จัดกิจกรรม สุขสบาย Friday แลกเปลี่ยนความรู้	-เชิญชวนบุคลากร ผ่อนคลายจากภาระ งาน ร่วมแลกเปลี่ยน พูดคุยเรื่องที่ทำให้ผ่อน คลายสบายใจ รูปแบบ ออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Zoom	-ได้รับแนวคิดมาสโลว์ ในลำดับ ขั้นที่ 3 คือความต้องการด้าน สังคม ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม แนวคิดความสุข 8 ประการ ในมิติน้ำใจงาม มิติ ผ่อนคลายดี และมิติสังคมดี รวมถึงแนวคิดในการหา กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (self-care)- เพื่อให้บุคลากรมี ความผ่อนคลายจากงาน หรือ กิจกรรมที่ทำ ร่วมพูดคุยเรื่อง ที่อยู่ในความสนใจ

เวลา ดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	จุดประสงค์ของกิจกรรม
1 เม.ย.65	- ทำบุญวันเกิดฝ่าย สวัสดิการสังคม	- เชิญชวนบุคลากร ทำบุญถวายสังฆทาน อาหารเพล เนื่องในวัน เกิดฝ่ายฯ รูปแบบใน สถานที่ (Onsite)	กิจกรรมความสุข 8 ประการ ในมิติน้ำใจงาม มิติจิตวิญญาณ ดี และมีดีสังคมดี รวมถึง แนวคิดในการหากิจกรรมเพื่อ การดูแลตนเอง (self-care) ด้านจิตใจ เพื่อให้บุคลากรมี ความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ เกิดความสุข สงบในจิตใจ
26 พ.ค.65	- กิจกรรมทานอาหาร สุขภาพ	-เชิญชวนบุคลากร รับประทานอาหาร สุขภาพร่วมกัน และรับ ความรู้ด้านการทาน อาหารที่ถูกต้องหลัก โภชนาการจาก วิทยากร รูปแบบใน สถานที่ (Onsite)	ได้รับแนวคิดมาส์โลว์ ในลำดับ ขั้นที่ 1 คือความต้องการ พื้นฐานด้านอาหาร แนวคิด กิจกรรมความสุข 8 ประการ ในมิติสุขภาพดี มิติน้ำใจงาม มิติ ใฝ่รู้ดี มิติอ่อนคลายดี และมีดี สังคมดี รวมถึงแนวคิดในการหา กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (self-care) ด้านสุขภาพ เพื่อให้ บุคลากรมีข้อมูลการจัดอาหาร เพื่อสุขภาพ ถูกหลักตาม โภชนาการ และบุคลากรมี สุขภาพที่ดีขึ้น
22 มิ.ย.65	- กิจกรรมการบริหาร จัดการการเงิน	- เชิญชวนบุคลากร แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ บริหารจัดการการเงิน กับวิทยากรรูปแบบใน สถานที่ (Onsite)	ได้รับแนวคิดมาส์โลว์ ในลำดับ ขั้นที่ 1 คือความต้องการด้าน พื้นฐาน นำไปสู่ขั้นที่ 2 ความ ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ใน ด้านการเงิน การใช้ชีวิต แนวคิด

เวลา ดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	จุดประสงค์ของกิจกรรม
			กิจกรรมความสุข 8 ประการ ในมิติน้ำใจงาม มิติอ่อนคลายดี และมิติอ่อนคลายดี ดีใจรู้ดี มิติ สุขภาพการเงินดี รวมถึงแนวคิด ในการหากิจกรรมเพื่อการดูแล ตนเอง (self-care)-เพื่อความ อ่อนคลาย ใ้บุคลากรเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนวิธีการบริหาร จัดการการเงิน เพื่อให้มี เสถียรภาพคล่องในการดำรงชีพ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรูปแบบกิจกรรมสร้างสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลและแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน
ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่างๆ ประกอบด้วย หนังสือ วารสาร งานวิจัย
วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ /หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัยกับนักสังคมสงเคราะห์
3. เก็บรวบรวมข้อมูลนักสังคมสงเคราะห์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอ
ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อหานักสังคมสงเคราะห์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการคัดเลือกและ
คัดออก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลภายในเอกสารสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย คือ เอกสารข้อมูล
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยจะ
อธิบายถึงข้อมูลในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
ระหว่างเข้าร่วมวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ตามความประสงค์ โดยผู้วิจัยยินดีตอบทุกข้อสงสัยแก่

กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจชัดเจนและมีเวลาให้ตัดสินใจเองอย่างอิสระโดยจะไม่มีการประชุมใดใด ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสุข เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวนกิจกรรมรวม 6 กิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ โดยจะจัดกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง และทำแบบวัดความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER) แบบวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5) และแบบประเมินความเครียด ฉบับสวนปรุง (SPST-20) ก่อนทำกิจกรรม ระหว่างทำกิจกรรมได้ 3 เดือน และหลังทำกิจกรรม 6 เดือน (นับจากเดือนแรกที่ทำกิจกรรม)

6. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว นำมาประมวลผลข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) เวอร์ชัน 22 และโปรแกรม Stata ในการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ที่ทำการศึกษา และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน repeated measure ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวน นอกจากนี้จะใช้ Multiple Linear Regression เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความสุขอีกด้วย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations)

การวิจัยในครั้งนี้ได้ยื่นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลในการทำวิจัยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมถึงเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระและสามารถออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีกระบวนการระบุถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามในแบบบันทึกข้อมูล (Identifier) โดยคำนึงหลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ซึ่งการตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลใดใดต่อการปฏิบัติงานการประเมินผลการดำเนินงานจากหัวหน้างาน รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยนี้จะเป็นไปในภาพรวมเสมอ

3.หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การตัดเข้าและตัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน โดยการคัดกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเข้าเกณฑ์ทุกคน เข้าร่วมกิจกรรมอย่างเท่าเทียมกัน



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดผลก่อน ระหว่าง และหลัง (Pre- Between - Post experimental research) กลุ่มตัวอย่างคือนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนในระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิต คะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความสุขระดับบุคคล (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (4) แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ฉบับสวนปรุง และ (5) กิจกรรมสร้างสุขที่โดยผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมร่วมกับกลุ่มงาน Happy Workplace ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำกิจกรรมระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ข้อมูลทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS และโปรแกรม Stata เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยควอไทล์ เพื่อบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลทั้งหมด 31 คน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวนทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดความสุขระดับบุคคลทั้ง 9 มิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ และแบบประเมินความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านความสุข เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านความเครียด เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านคุณภาพชีวิต เพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ พิสัยควอไทล์ เพื่อบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จาก ข้อมูลทั้งหมด 31 คน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกตามเพศ เพศสภาพ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อายุการทำงาน ระดับปฏิบัติงานปัจจุบัน โรคประจำตัว และงานอดิเรก ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (N = 31 คน)	ร้อยละ (100.0)
เพศ	ชาย	29	93.5
	หญิง	2	6.5
อายุ	อายุต่ำกว่า 30 ปี	9	29.0
	31-40 ปี	11	35.5
	45-50 ปี	4	12.9
	มากกว่า 51 ปี	7	22.6
Mean \pm SD = 39.03 \pm 11.19 ปี Min = 25 ปี Max = 58 ปี			
สถานภาพ	โสด	19	61.3
	สมรส	12	38.7
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปริญญาตรี	21	67.7
	ปริญญาโท	10	32.3
อายุการทำงาน	น้อยกว่า 10 ปี	15	48.4
	11-20 ปี	8	25.8
	21-30 ปี	4	12.9
	31-40 ปี	4	12.9
Mean \pm SD = 13.97 \pm 10.70 ปี Min = 1 ปี Max = 32 ปี			
ระดับปฏิบัติงานปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ 3	2	6.5
	นักสังคมสงเคราะห์ 4	4	12.9
	นักสังคมสงเคราะห์ 5	9	29.0
	ผู้อำนวยการ นักสังคมสงเคราะห์ 6	11	35.5

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (N = 31 คน)	ร้อยละ (100.0)
	ผู้ชำนาญการ นักสังคมสงเคราะห์ 7	5	16.1
โรคประจำตัว	ไม่มี	22	71.0
	มี	9	29.0
งานอดิเรก	ไม่มี	5	16.1
	มี	26	83.9

จากตารางที่ 2 จะพบว่า มีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 31 คนที่เข้าเกณฑ์ในการวิจัยจากทั้งหมด 34 คน (ข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม 2565) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 93.5) และเพศชาย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.5) มีอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 25 ปี และอายุมากที่สุด คือ 58 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.5) รองมาคืออายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 29) อายุ 45-50 ปี (ร้อยละ 12.9) และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 22.6) สถานะภาพส่วนใหญ่ โสด จำนวน 19 คน (ร้อยละ 61.3) และ สมรส 12 คน (ร้อยละ 38.7) มีระดับการศึกษาสูงสุดใน ระดับปริญญาตรีจำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.7) และปริญญาโทจำนวน 10 คน (ร้อยละ 32.3) ในส่วน ของอายุการทำงาน มีอายุน้อยที่สุดคือ 1 ปี และมากที่สุดคือ 32 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุน้อย กว่า 10 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 48.4) รองลงมาคืออายุงาน 11-20 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 25.8) อายุงาน 21-30 ปี 4 คน (ร้อยละ 12.9) และ อายุงาน 31-40 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.9) ส่วน ระดับปฏิบัติงานปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นระดับผู้ชำนาญการ นักสังคมสงเคราะห์ 6 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.5) รองลงมาเป็นระดับนักสังคมสงเคราะห์ 5 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 29) ระดับผู้ชำนาญการ นักสังคมสงเคราะห์ 7 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.1) ระดับนักสังคมสงเคราะห์ 4 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.9) และระดับนักสังคมสงเคราะห์ 3 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.5) การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 22 คน (ร้อยละ 71) และมีโรคประจำตัว 9 คน (ร้อยละ 29) จาก แบบสอบถามพบว่า มีโรคประจำตัวซึ่งอาจหนึ่งคนอาจมีมากกว่า 1 โรค ประกอบด้วย ภูมิแพ้-ไซนัส ภาวะขาดวิตามิน โทรอยด์ ภาวะไขมันพอกตับ ความดันโลหิตสูง ปวดกระดูก น้ำในหูไม่เท่ากัน พาหะธาลัสซีเมีย เบาหวาน และโรคแพ้ภูมิตัวเอง (Systemic Lupus erythematosus; SLE) และ ส่วนใหญ่มีงานอดิเรก 26 คน (ร้อยละ 83.9) และไม่มีงานอดิเรก จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.1) จาก แบบสอบถามพบว่า มีกิจกรรมที่ทำเป็นงานอดิเรกหลากหลายชนิด ทั้งกิจกรรมภายในบ้าน และ กิจกรรมนอกบ้าน โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเลือกดูหนัง ดูทีวี ดูซีรี่ย์ รองลงมาคือ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ท่องเที่ยว ปลูกต้นไม้ ทำอาหารหรือขนม เล่นเกม เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดความสุขระดับบุคคลทั้ง 9 มิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ และแบบประเมินความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดความสุขระดับบุคคลในมิติสุขภาพดี มิติผ่อนคลาย มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพการเงินดี มิติการงานดี และผลรวมของทั้ง 9 มิติ ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

มิติของความสุข		ครั้งที่ 0 (0 เดือน)	ครั้งที่ 1 (3 เดือน)	ครั้งที่ 2 (6 เดือน)
สุขภาพดี (Happy body)	Mean (S.D.)	65.97 (13.38)	68.71 (12.18)	69.35 (12.57)
	Median (IQR)	65.00 (15.00)	65.00 (20.00)	70.00 (20.00)
	Min-Max	45.00-95.00	50.00-95.00	50.00-95.00
ผ่อนคลายดี (Happy relax)	Mean (S.D.)	61.29 (14.32)	60.32 (14.08)	60.16 (16.10)
	Median (IQR)	65.00 (20.00)	60.00 (20.00)	65.00 (20.00)
	Min-Max	25.00-80.00	30.00-85.00	10.00-85.00
น้ำใจดี (Happy heart)	Mean (S.D.)	73.48 (11.87)	70.07 (13.10)	72.40 (13.44)
	Median (IQR)	72.22 (16.67)	69.44 (25.00)	72.22 (16.67)
	Min-Max	55.56-97.22	50.00-91.67	50.00-100.00
จิตวิญญาณดี (Happy soul)	Mean (S.D.)	70.65 (13.89)	67.90 (14.25)	69.35 (12.09)
	Median (IQR)	70.00 (15.00)	70.00 (15.00)	70.00 (20.00)
	Min-Max	45.00-100.00	35.00-95.00	45.00-95.00
ครอบครัวดี (Happy family)	Mean (S.D.)	76.88 (20.38)	69.35 (25.22)	70.97 (22.86)
	Median (IQR)	83.33 (41.67)	75.00 (50.00)	75.00 (41.67)
	Min-Max	41.67-100.00	16.67-100.00	16.67-100.00
สังคมดี (Happy society)	Mean (S.D.)	62.77 (11.98)	59.95 (13.47)	59.68 (14.84)
	Median (IQR)	62.50 (16.67)	58.33 (20.83)	58.33 (20.83)
	Min-Max	41.67-87.50	31.50-91.67	25.00-91.67
ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	Mean (S.D.)	65.05 (15.58)	62.63 (15.50)	66.13 (16.66)
	Median (IQR)	66.67 (25.00)	66.67 (25.00)	66.67 (25.00)

มิติของความสุข		ครั้งที่ 0	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		(0 เดือน)	(3 เดือน)	(6 เดือน)
	Min-Max	41.67-100.00	33.33-100.00	41.67-100.00
สุขภาพเงินดี (Happy money)	Mean (S.D.)	59.68 (17.07)	62.50 (16.30)	62.10 (15.64)
	Median (IQR)	62.50 (18.75)	62.50 (31.25)	62.50 (25.00)
	Min-Max	25.00-100.00	37.50-100.00	31.25-100.00
การทำงานดี (Happy work life)	Mean (S.D.)	67.37 (10.20)	66.13 (12.45)	68.82 (12.39)
	Median (IQR)	68.33 (16.67)	66.67 (16.67)	70.00 (16.67)
	Min-Max	48.33-85.00	31.67-86.67	35.00-88.33
Happy total summary	Mean (S.D.)	67.32 (8.12)	65.69 (9.01)	67.20 (9.17)
	Median (IQR)	66.36 (13.18)	65.00 (13.18)	66.82 (12.27)
	Min-Max	53.64-84.09	46.82-86.36	47.73-87.73

จากตารางที่ 3 พบว่า ข้อมูลจากแบบประเมินความสุขระดับบุคคล หรือ HAPPINOMETER ซึ่งวัดความสุขทั้ง 9 มิติของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

1) มิติสุขภาพกายดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติสุขภาพกายดี อยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 65.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติสุขภาพกายดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 65.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติสุขภาพกายดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 70.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่ามีความสุขเพิ่มขึ้นจากก่อนทำกิจกรรมตามลำดับ และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติสุขภาพดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 1.49, p-value 0.233)

2) มิติผ่อนคลายดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติผ่อนคลายดี อยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 65.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติผ่อนคลายดี อยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 60.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติผ่อนคลายดีอยู่ในระดับมีความสุขมีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 65.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่ามีความสุขลดลงและเพิ่มขึ้นเท่ากับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติผ่อนคลายดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.24, p-value 0.785)

3) มิติน้ำใจดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติน้ำใจดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 72.22 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติน้ำใจดีอยู่ในระดับมีความสุขมีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 69.44 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติน้ำใจดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 72.22 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่ามีความสุขลดลงและเพิ่มขึ้นเท่ากับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติน้ำใจดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 2.08, p-value 0.133)

4) มิติจิตวิญญาณดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติจิตวิญญาณดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 70.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติจิตวิญญาณดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 70.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติจิตวิญญาณดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 70.00 ซึ่งไม่มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขและเท่ากับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติจิตวิญญาณดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 1.01, p-value 0.369)

5) มิติครอบครัวดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติครอบครัวดีอยู่ในระดับมีความสุขมาก มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 83.33 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติครอบครัวดีอยู่ในระดับมีความสุขมาก มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 75.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติครอบครัวดีอยู่ในระดับมีความสุขมาก มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 75.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงอย่างคงที่กับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลา ค่าคะแนนมิติครอบครัวดีต่างกัน (ANOVA F 5.69, p-value 0.006)

6) มิติสังคมดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติสังคมดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 62.50 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติสังคมดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 58.33 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติสังคมดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 58.33 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงอย่างคงที่กับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติสังคมดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 3.02, p-value 0.057)

7) มิติใฝ่รู้ดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติใฝ่รู้ดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.67 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติใฝ่รู้ดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.67

และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติใฝ่รู้ดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.67 ซึ่งไม่มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขและเท่ากับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติใฝ่รู้ดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 1.50, p-value 0.231)

8) มิติสุขภาพเงินดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติสุขภาพเงินดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 62.50 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติสุขภาพเงินดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 62.50 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติสุขภาพการเงินดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 62.50 ซึ่งไม่มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขและเท่ากับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติสุขภาพการเงินดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.93, p-value 0.399)

9) มิติการงานดี โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับมิติการงานดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 68.33 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีมิติการงานดี อยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.67 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีมิติการงานดีอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 70.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงและเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติสุขภาพดีไม่ต่างกัน (ANOVA F 2.40, p-value 0.099)

10) โดยรวมมิติความสุขทั้งหมด 9 มิติ จากคะแนนรวมทั้งหมด โดยรวมพบว่าจากการประเมิน HAPPINOMETER ทั้ง 9 มิติ ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับค่าความสุขที่กำหนดเองอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.36 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีระดับค่าความสุขที่กำหนดเองอยู่ในระดับมีความสุข มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 65.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน มีระดับค่าความสุขที่กำหนดเอง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 66.82 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงน้อยกว่าและเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรมเล็กน้อย และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติรวมทั้งหมดไม่ต่างกัน (ANOVA F 2.55, p-value 0.086)

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

มิติคุณภาพชีวิต		ครั้งที่ 0	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		(0 เดือน)	(3 เดือน)	(6 เดือน)
ความพึงพอใจ	Mean (S.D.)	41.68 (5.24)	40.52 (5.88)	40.81 (4.66)
ช่วยเหลือผู้ป่วย	Median (IQR)	42.00 (7.00)	40.00 (6.00)	40.00 (6.00)
(Compassion satisfaction)	Min-Max	27.00-49.00	21.00-50.00	30.00-50.00
ความเครียดจาก	Mean (S.D.)	23.06 (5.20)	23.10 (5.51)	22.58 (5.63)
บาดแผลทางใจมือ	Median (IQR)	23.00 (8.00)	23.00 (6.00)	22.00 (7.00)
สอง (Secondary Traumatic Stress)	Min-Max	14.00-35.00	13.00-36.00	13.00-37.00
ภาวะหมดไฟใน	Mean (S.D.)	23.23 (4.87)	23.32 (4.76)	23.35 (4.42)
การทำงาน	Median (IQR)	24.00 (5.00)	23.00 (6.00)	23.00 (4.00)
(Burnout)	Min-Max	14.00-34.00	15.00-34.00	17.00-36.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ หรือ ProQOL-5 ซึ่งประเมินทั้งหมด 3 มิติ มีรายละเอียดดังนี้

1) ค่าความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยรวมพบว่าจากการประเมินคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีระดับความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 42.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีระดับความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 40.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน ความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 40.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่าความพึงพอใจในการช่วยเหลือลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.84, p-value 0.437)

2) ค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง โดยรวมพบว่าจากการประเมินคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 23.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีระดับความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 23.00 และหลัง

ร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน ความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 22.00 ซึ่งไม่มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.32, p-value 0.728)

3) ค่าภาวะการหมดไฟในการทำงาน โดยรวมพบว่าจากการประเมินคุณภาพชีวิตของนักศึกษาชีพในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม (เดือนที่ 0) พบว่ามีภาวะการหมดไฟในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 24.00 หลังร่วมกิจกรรมในช่วง 3 เดือน มีภาวะการหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 23.00 และหลังร่วมกิจกรรมในช่วง 6 เดือน ความพึงพอใจในการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 23.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่าภาวะการหมดไฟในการทำงานลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรมเลย และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.03, p-value 0.973)

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด และค่าความแปรปรวน ทั้งหมด 3 ครั้ง จากแบบประเมินความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ความเครียด		ครั้งที่ 0	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		(0 เดือน)	(2 เดือน)	(4 เดือน)
Stress	Mean (S.D.)	45.39(15.91)	45.30(14.31)	44.52(14.87)
	Median (IQR)	45.00(22.00)	43.50(20.75)	45.00(22.00)
	Min-Max	14.00-75.00	22.00-80.00	7.00-76.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความเครียดจากการใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SDST 20) ในเดือนก่อนเริ่มกิจกรรม(เดือนที่ 0) พบว่า โดยรวมมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูง ค่ามัธยฐาน (Median) ค่ามัธยฐาน (Median) 45.00 หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน โดยรวมมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูง ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 43.50 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน โดยรวมมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดสูง มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 45.00 ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่ามีค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองลดลงและเพิ่มขึ้นเท่ากับความเครียดก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนค่าความเครียดไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.18, p-value 0.839)

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์กันเองระหว่างคู่ตัวแปร โดยพบว่า ตัวแปรอายุกับ ตัวแปรจำนวนปีการทำงานมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r=0.974$,

$p < 0.001$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับสูง หรือเกิดความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรนี้ (multicollinearity) ทำให้ผู้วิจัยพิจารณาคงไว้เพียง 1 ตัวแปร เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ นั่นคือ ตัวแปรอายุ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้าน

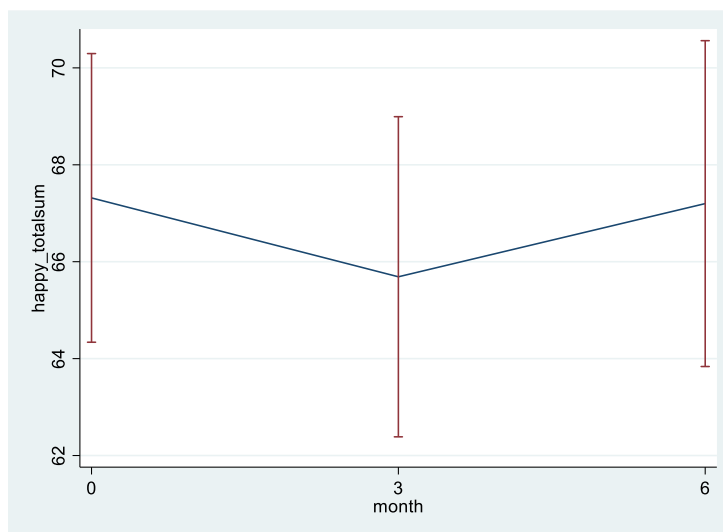
ความสุข

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความสุขคะแนนโดยรวม 9 มิติ ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขรวม 9 มิติ	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0301	0.0465	0.65	0.518	-0.0611	0.1214
เพศ	-2.6660	2.0294	-1.31	0.189	-6.6436	1.3115
ความเจ็บป่วย	1.8286	1.0583	1.73	0.084	-0.2457	3.902
งานอดิเรก	-1.5353	1.3164	-1.17	0.243	-4.1155	1.0447
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	0.0253	0.1624	0.16	0.876	-0.2930	0.3438
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ ความสุขโดยรวม	0.9440	0.0629	14.99	<0.001***	0.8206	1.0674
ค่าคงที่	2.5841	4.8125	0.54	0.591	-6.8483	12.0165

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 6 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขรวมและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขรวม (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.8206, 1.0674], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขรวมของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขรวมสูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขรวมในระดับน้อย ส่วนตัวแปรตัวอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความสุขโดยรวม ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

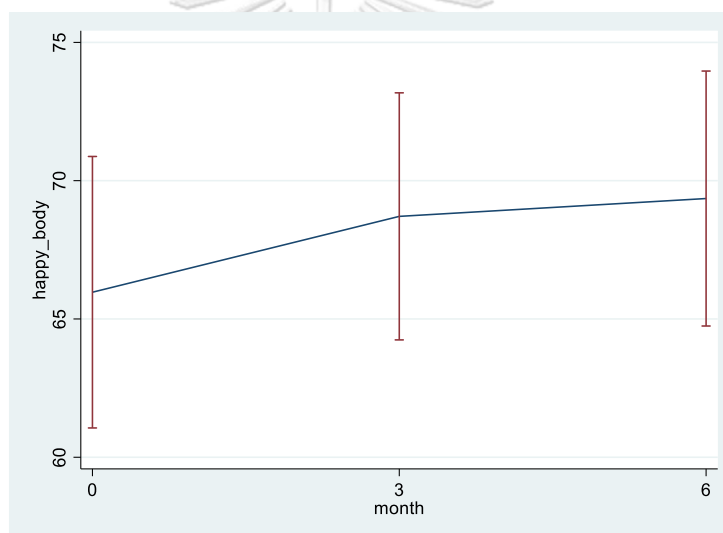
เมื่อพิจารณาพร้อมกับ ภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline กับ ครั้งที่ 2 (6 เดือน) หลังการทดลองจากการเข้าร่วมกิจกรรมอาจไม่ส่งผลกับคะแนนรวมของความสุข

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสุขภาพดี (Happy body) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติสุขภาพดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.1800	0.1130	1.59	0.111	-0.0414	0.4016
เพศ	5.0471	4.0336	1.25	0.211	-2.8586	12.9529
ความเจ็บป่วย	0.1864	2.1997	0.08	0.932	-4.1250	4.4979
งานอดิเรก	-4.6343	2.6795	-1.73	0.084	-9.8861	0.6174
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	0.8658	0.4015	2.16	0.031*	0.0787	1.6528
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติสุขภาพดี	0.6384	0.0943	6.77	<0.001***	0.4535	0.8233
ค่าคงที่	24.7035	7.2144	3.42	0.001	10.5635	38.8435

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 7 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติสุขภาพดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 2 ตัวแปร ที่สามารถทำนายความสุขในมิติสุขภาพดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม (95% CI [0.0787 , 1.6528], $p < 0.05$) และ คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติสุขภาพดี (baseline) (95% CI [0.4535 , 0.8233], $p < 0.001$) กล่าวคือบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมในจำนวนครั้งที่สูงสามารถทำนายความสุขในมิติสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้นได้ เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยครั้ง อีกทั้งผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสุขภาพดีในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสุขภาพดี (Happy body) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

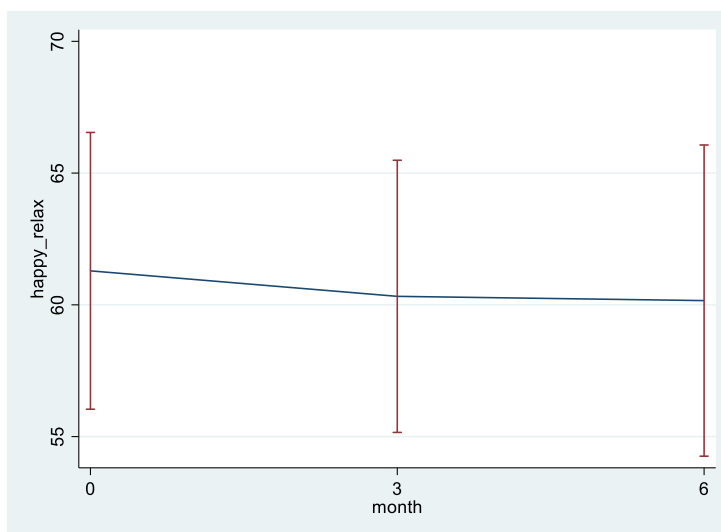
ดังนั้น จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมจึงมีแนวโน้มที่จะทำนายความสุขในมิติสุขภาพดีได้ เมื่อพิจารณาพร้อมกับภาพที่ 5 จะเห็นได้ว่าคะแนนครั้งที่ 1 (3 เดือน) และ ครั้งที่ 2 (6 เดือน) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติผ่อนคลายดี (Happy relax) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติ ผ่อนคลายดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0800	0.0808	0.99	0.322	-0.0784	0.2385
เพศ	-2.4327	3.7939	-0.64	0.521	-9.8687	5.0032
ความเจ็บป่วย	-0.9165	1.8960	-0.48	0.629	-4.6327	2.7996
งานอดิเรก	-1.8355	2.4078	-0.76	0.446	-6.5548	2.8837
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	-0.1743	0.3389	-0.51	0.607	-0.8387	0.4899
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ มิติผ่อนคลายดี	0.8698	0.0645	13.48	<0.001***	0.7434	0.9963
ค่าคงที่	9.2928	7.2002	1.29	0.197	-4.8193	23.4049

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 8 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติผ่อนคลายดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติผ่อนคลายดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.7434, 0.9963], $p < 0.001$) ซึ่งสามารถทำนายคะแนนความสุขในมิติผ่อนคลายดีของกลุ่มตัวอย่างได้ กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติผ่อนคลายดีสูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขรวมในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติผ่อนคลายดี (Happy relax) ระยะก่อน ระหว่าง และ หลังทดลอง

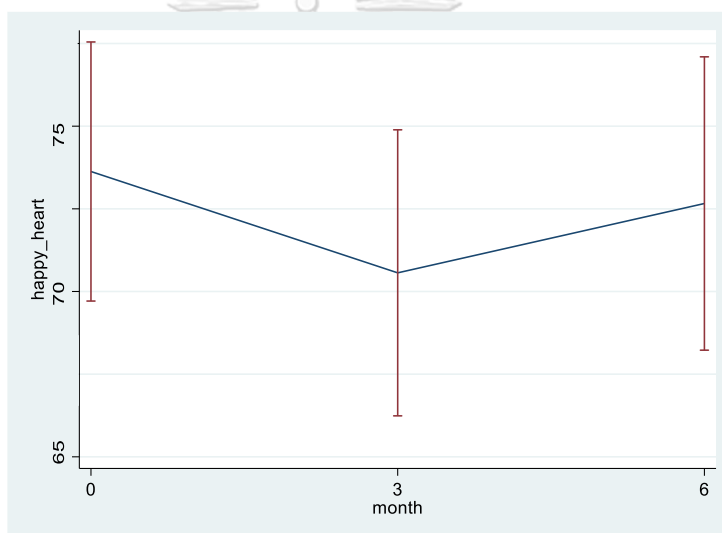
เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 6 แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมอาจยังไม่ส่งผลต่อคะแนนความสุขในมิติผ่อนคลายดี อีกทั้งผลของค่าเฉลี่ยในการประเมินครั้งที่ 1 (3 เดือน) ยังลดลงจากการประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติน้ำใจดี (Happy heart) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติ น้ำใจดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.1293	0.3175	0.41	0.684	-0.4930	0.7517
เพศ	-15.5812	14.0076	-1.11	0.266	-43.0357	11.8733
ความเจ็บป่วย	5.7659	7.4586	0.77	0.439	-8.8527	20.3846
งานอดิเรก	2.2169	9.2763	0.24	0.811	-15.9644	20.3982
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	2.1311	0.9878	2.16	0.031*	0.1950	4.0672
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ มิติน้ำใจดี	0.1973	0.0608	3.25	0.001**	0.0781	0.3165
ค่าคงที่	91.4268	22.3112	4.10	<0.001	47.6975	135.1561

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 9 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติน้ำใจดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 2 ตัวแปร ที่สามารถทำนายความสุขในมิติน้ำใจดี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม (95% CI [0.1950 , 4.0672], $p < 0.05$) และ คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติน้ำใจดี (baseline) (95% CI [0.0781 , 0.3165], $p < 0.01$) กล่าวคือบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมในจำนวนครั้งที่สูงสามารถทำนายความสุขในมิติน้ำใจดีที่เพิ่มขึ้นได้ เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยครั้ง อีกทั้งผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติน้ำใจดีมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติน้ำใจดีในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติน้ำใจดี (Happy heart) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

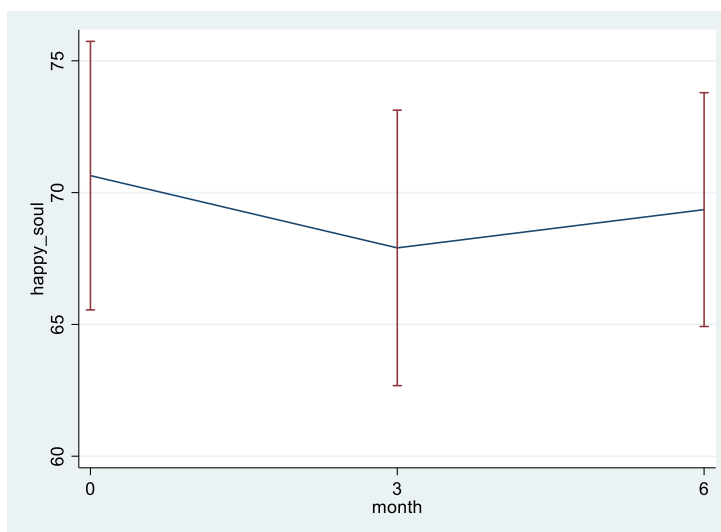
เมื่อพิจารณาร่วมกับภาพที่ 8 จะเห็นได้ว่าคะแนนความสุขในมิติน้ำใจดีแนวโน้มคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม(ครั้งที่ 0) หรือ baseline ลดลง และกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 (6 เดือน) มี

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติ จิตวิญญาณดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0355	0.0852	0.42	0.676	-0.1314	0.2025
เพศ	0.3577	3.7739	0.09	0.924	-7.0391	7.7545
ความเจ็บป่วย	2.8744	2.0017	1.44	0.151	-1.0489	6.7977
งานอดิเรก	-2.8574	2.4970	-1.14	0.252	-7.7515	2.0367
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	-0.4320	0.3744	-1.15	0.249	-1.1659	0.3018
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติจิตวิญญาณดี	0.7594	0.0647	11.72	<0.001***	0.6324	0.8864
ค่าคงที่	16.8379	7.3437	2.29	0.022	2.4444	31.2314

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 10 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติจิตวิญญาณดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติจิตวิญญาณดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.6324 , 0.8864], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขในมิติจิตวิญญาณดีของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติจิตวิญญาณดีในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติจิตวิญญาณดีในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ นั้นไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) ระยะก่อน ระหว่าง และ หลังทดลอง

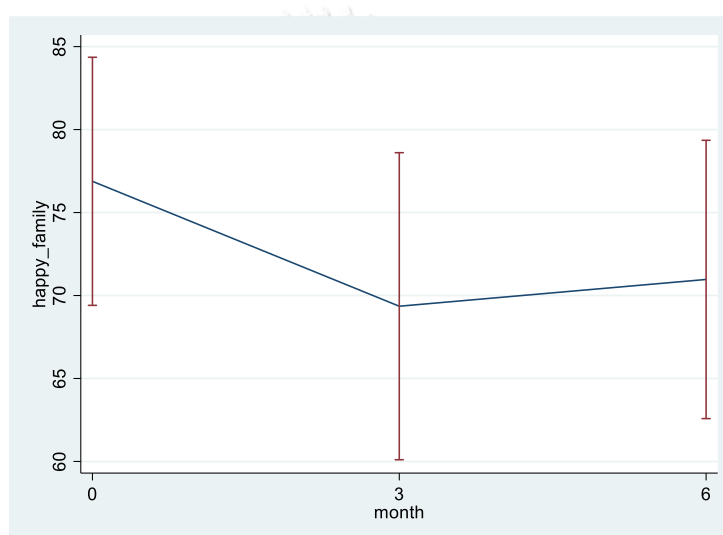
เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 9 แสดงให้เห็นว่าคะแนนจากการประเมินครั้งที่ 1 (3 เดือน) ลดลงจากคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติครอบครัวดี (Happy family) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติครอบครัวดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0767	0.1298	0.59	0.555	-0.1777	0.3311
เพศ	-5.4709	5.6000	-0.98	0.329	-16.4468	5.5048
ความเจ็บป่วย	0.6678	2.9879	0.22	0.823	-5.1883	6.5240
งานอดิเรก	-5.2004	3.7291	-1.39	0.163	-12.5094	2.1085
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	-0.8334	0.4808	-1.73	0.083	-1.7758	0.1089
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติครอบครัวดี	0.9943	0.0707	14.05	<0.001***	0.8556	1.1329
ค่าคงที่	4.0511	9.2911	0.44	0.663	-14.1592	22.2615

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 11 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติครอบครัวดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติครอบครัวดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.8556 , 1.1329], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขในมิติครอบครัวดีของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติครอบครัวดีที่สูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติครอบครัวดี ในระดับที่น้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติครอบครัวดี (Happy family) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 10 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความสุขในมิติครอบครัวดีมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงระหว่างการประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline และครั้งที่ 1 (3 เดือน) และเพิ่มระดับขึ้นหลังจากการประเมินในครั้งที่ 2 (6 เดือน)

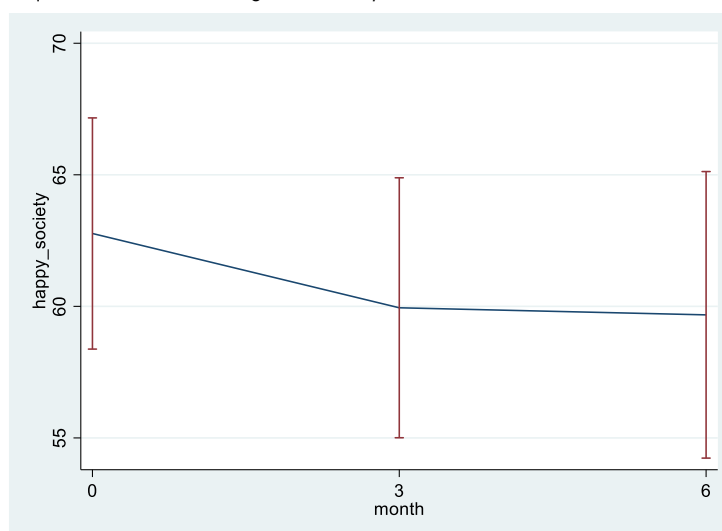
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสังคมดี (Happy society) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติสังคมดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0563	0.0633	0.89	0.374	-0.0677	0.1805
เพศ	-6.0225	2.8125	-2.14	0.032*	-11.5350	-0.5100

ความสุขในมิติ สังคมดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
ความเจ็บป่วย	-0.0531	1.5551	-0.03	0.973	-3.1012	2.9949
งานอดิเรก	-3.3462	1.8516	-1.81	0.071	-6.9753	0.2828
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	-0.3790	0.2754	-1.38	0.169	-0.9188	0.1607
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ มิติสังคมดี	0.9841	0.0590	16.66	<0.001***	0.8683	1.0999
ค่าคงที่	4.3577	5.2496	0.83	0.406	-5.9312	14.6468

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 12 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติสังคมดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 2 ตัวแปร ที่สามารถทำนายความสุขในมิติสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย เพศ (95% CI [-11.5350, -0.5100], $p < 0.05$) และ คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสังคมดี (baseline) (95% CI [0.8683, 1.0999], $p < 0.001$) กล่าวคือ เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความสุขในมิติสังคมดีลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสังคมดีมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสังคมดีในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสังคมดี (Happy society) ระยะก่อน ระหว่าง และ หลังทดลอง

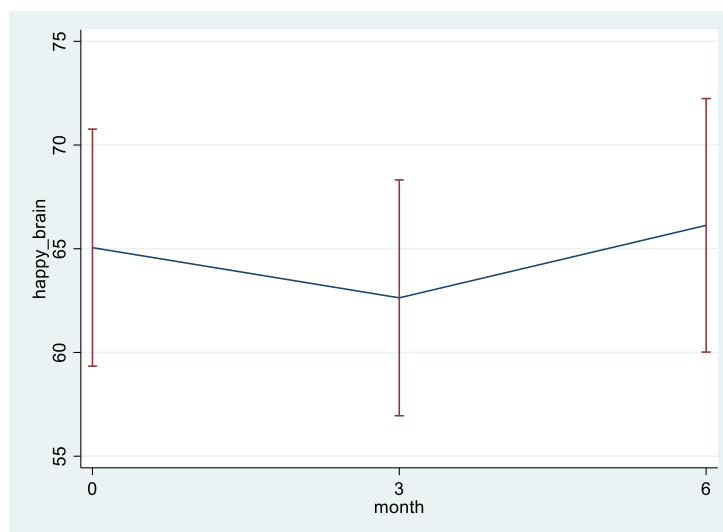
เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 11 ผลการประเมินทั้ง 3 ครั้ง แสดงให้เห็นการลดลงของคะแนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินครั้งที่ 1 (3 เดือน) ที่ค่อนข้างลดลงจากการประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติใฝ่รู้ดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.1879	0.1090	1.72	0.085	-0.0258	0.4017
เพศ	0.9492	4.8599	0.20	0.845	-8.5759	10.4745
ความเจ็บป่วย	-1.483	2.5146	-0.59	0.555	-6.4117	3.4454
งานอดิเรก	-4.2039	3.0905	-1.36	0.174	-10.2613	1.8535
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	0.2225	0.4088	0.54	0.586	-0.5787	1.0239
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติใฝ่รู้ดี	0.8552	0.0792	10.79	<0.001***	0.6998	1.0105
ค่าคงที่	10.6753	9.8459	1.08	0.278	-8.6223	29.9730

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 13 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติใฝ่รู้ดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติใฝ่รู้ดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.6998, 1.0105], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขในมิติใฝ่รู้ดีของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติใฝ่รู้ดีระดับสูงในตอนต้น มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติใฝ่รู้ดีในระดับที่น้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 12 แสดงให้เห็นว่าคะแนนจากการประเมินความสุขในมิติใฝ่รู้ดีในครั้งที่ 2 (6 เดือน) เพิ่มสูงจากคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline และครั้งที่ 1 (3 เดือน) แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงระหว่างการประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) และครั้งที่ 1

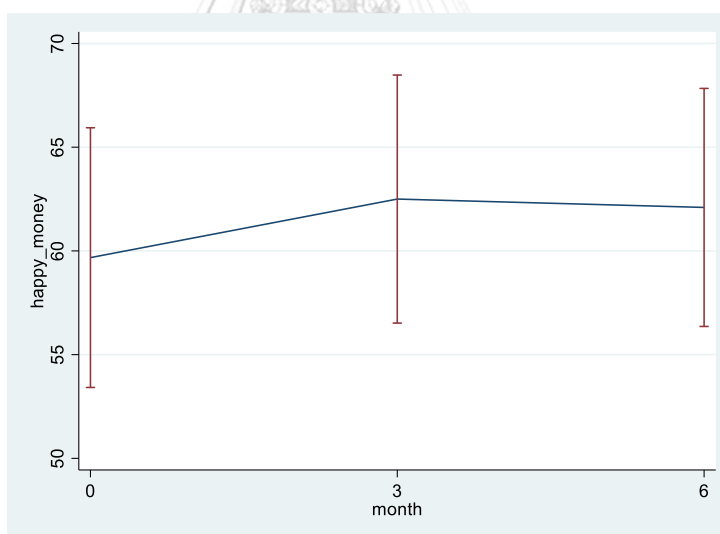
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติสุขภาพการเงินดี (Happy money) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติสุขภาพการเงินดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0880	0.0935	0.94	0.347	-0.0953	0.2713
เพศ	-5.2919	4.0125	-1.32	0.187	-13.1565	2.5725
ความเจ็บป่วย	1.1932	2.2525	0.53	0.596	-3.2217	5.6083
งานอดิเรก	-3.7361	2.6847	-1.39	0.164	-8.9981	1.5258
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	0.6034	0.4284	1.41	0.159	-0.2363	1.4432
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของมิติสุขภาพการเงินดี	0.7622	0.0647	11.78	<0.001***	0.6353	0.8890

ความสุขในมิติ สุขภาพการเงินดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
					ค่าคงที่	16.7001

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 14 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติสุขภาพการเงินดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสุขภาพการเงินดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.6353 , 0.8890], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขในมิติสุขภาพการเงินดีของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสุขภาพการเงินดี ระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติสุขภาพการเงินดี ในระดับที่น้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติสุขภาพการเงินดี (Happy money) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

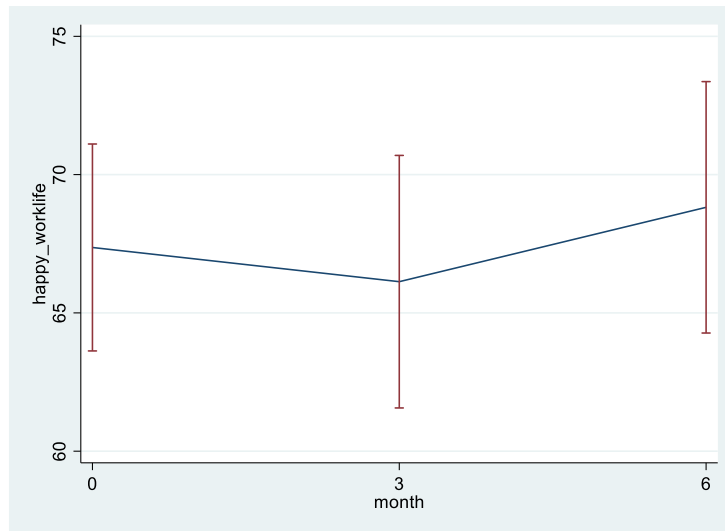
เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 13 จะเห็นได้ว่าความสุขในมิติสุขภาพการเงินดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างการประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline และครั้งที่ 1 (3 เดือน) แต่ทว่าแนวโน้มลดลงไม่มากนักหลังจากการประเมินในครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติการทำงานดี (Happy work-life) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

ความสุขในมิติ การทำงานดี	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0304	0.0731	0.42	0.678	-0.1129	0.1737
เพศ	-5.6528	3.3031	-1.71	0.087	-12.1269	0.8212
ความเจ็บป่วย	3.3089	1.7374	1.90	0.057	-0.0964	6.7142
งานอดิเรก	0.8231	2.2110	0.37	0.710	-3.5103	5.1565
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	0.3147	0.2456	1.28	0.200	-0.1667	0.7962
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ มิติการทำงานดี	0.9097	0.0813	11.19	<0.001***	0.7503	1.0690
ค่าคงที่	-1.2190	6.3997	-0.19	0.849	-13.7622	11.3242

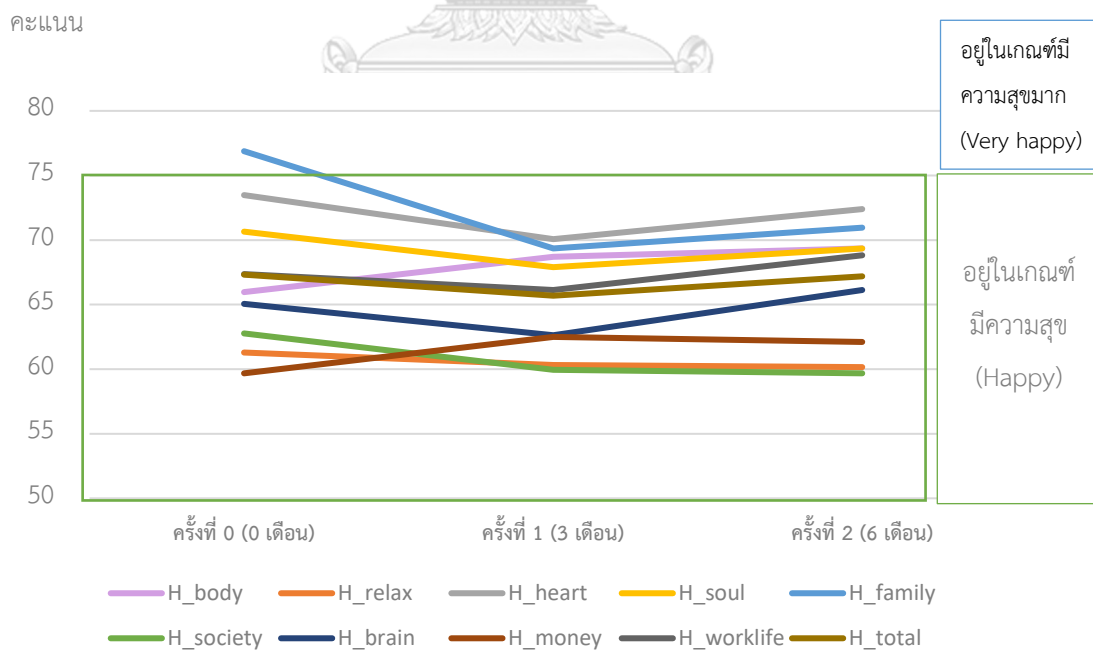
*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 15 การทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสุขในมิติการทำงานดีและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่า มีเพียงตัวแปร คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติการทำงานดี (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.7503, 1.0690], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนความสุขในมิติการทำงานดีของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติการทำงานดีในระดับสูงอยู่แล้ว มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความสุขในมิติการทำงานดีในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขในมิติการงานดี (Happy work-life) ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 14 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความสุขในมิติการงานดีมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนที่ประเมินคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline และครั้งที่ 2 (6 เดือน) แต่ทว่าคะแนนความสุขในมิตินี้กลับลดลงเล็กน้อยในการประเมินครั้งที่ 1 เมื่อเทียบกับการประเมินครั้งที่ 0



ภาพที่ 15 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยมิติต่าง ๆ ของความสุขในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง

ภาพที่ 15 แสดงภาพรวมของการประเมินคะแนนความสุขทั้ง 9 มิติ รวมถึงคะแนนเฉลี่ยรวมของทุกด้าน ที่ได้ทำการประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง จะเห็นได้ว่าคะแนนการประเมินคะแนนก่อนเริ่ม

กิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline ของมิติครอบครัวดี อยู่เกณฑ์ที่มีความสุขมาก ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 75.00-100.00 คะแนน ส่วนมิติอื่นในครั้งที่ 0 รวมถึงภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ของผู้ที่มีความสุข ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 50-74.99 คะแนน ในครั้งที่ 1 และ 2 คะแนนในแต่ละมิติปรากฏส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ของผู้ที่มีความสุข ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 50-74.99 คะแนน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านคุณภาพชีวิต

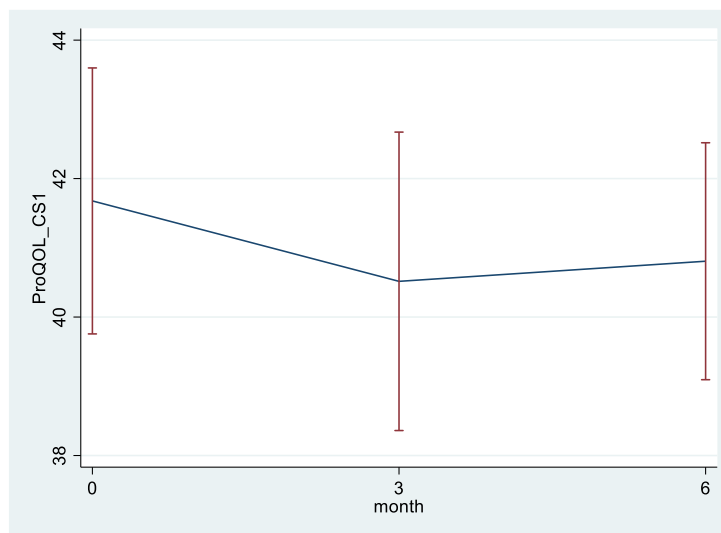
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (compassion satisfaction) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

คุณภาพชีวิตในมิติ ความพึงพอใจใน การช่วยเหลือผู้ป่วย	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	0.0472	0.0421	1.12	0.262	-0.0352	0.1298
เพศ	-2.2285	1.7667	-1.26	0.207	-5.6912	1.2341
ความเจ็บป่วย	0.3332	0.9437	0.35	0.724	-1.5164	2.1830
งานอดิเรก	0.7782	1.1773	0.66	0.509	-1.5292	3.0857
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	-0.2590	0.1801	-1.44	0.151	-0.6121	0.0941
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของ ความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วย	0.6698	0.0855	7.83	<0.001***	0.5021	0.8375
ค่าคงที่	10.1513	4.4795	2.27	0.023	1.3716	18.9310

*** $p < 0.001$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 16 ด้วยการทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย และตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีเพียงตัวแปรคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้ป่วย (baseline) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.5021, 0.8375], $p < 0.001$) ต่อการทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยของนักสังคมสงเคราะห์ กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของ

คะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้สูงตั้งแต่การประเมินครั้งแรก มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)



ภาพที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

จากภาพที่ 16 แสดงให้เห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในครั้งที่ 1 (3 เดือน) มีความแตกต่างจากคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ครั้งที่ 0) หรือ baseline นั่นคือคุณภาพชีวิตด้านนี้ลดลงเล็กน้อย แต่ทว่าหลังจากการประเมินครั้งที่ 1 แล้ว คะแนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในการประเมินครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (secondary trauma stress) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

คุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	-0.0572	0.0281	-2.04	0.041*	-0.1127	-0.0022
เพศ	-0.4145	1.3339	-0.31	0.756	-3.0289	2.1999
ความเจ็บป่วย	0.9316	0.6744	1.38	0.167	-0.3903	2.2536

คุณภาพชีวิตใน มิติความเครียด จากบาดแผล ทางใจมือสอง	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
งานอดิเรก	2.0843	0.8300	2.51	0.012*	0.4574	3.7112
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	-0.2675	0.1381	-1.94	0.053	-0.5382	0.0031
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ ความเครียด จากบาดแผล ทางใจมือสอง	0.8863	0.0617	14.35	<0.001***	0.7652	1.0074
ค่าคงที่	0.3611	2.5372	0.14	0.887	-4.6116	5.3340

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

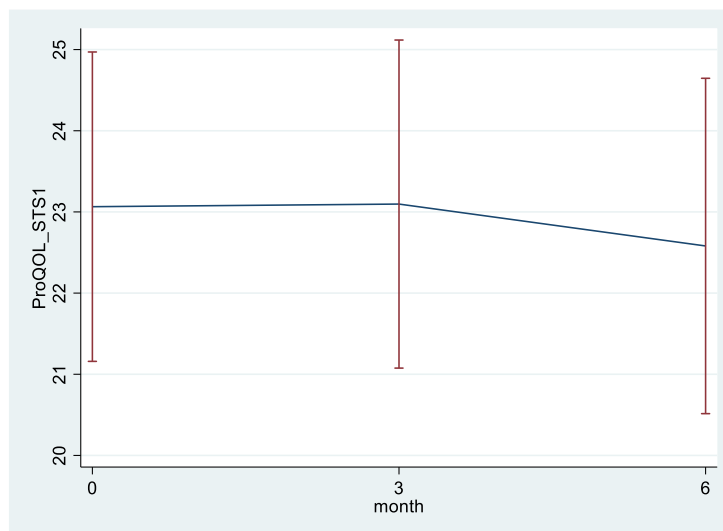
จากการวิเคราะห์ตารางที่ 17 ด้วยการทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยตัวแปร อายุ งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง

ด้านตัวแปรอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลกับความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือเมื่อนักสังคมสงเคราะห์อายุมากขึ้นมีผลทำให้ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [-0.1127, -0.0022], $p < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

ด้านตัวแปรงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง พบว่าการมีกิจกรรมยามว่างสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.4574, 3.7112], $p < 0.05$) (เนื่องจากคะแนนในมิตินี้ในระดับน้อยแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง

ด้านตัวแปรคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (baseline) พบว่า ผู้ที่มีคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของคะแนนความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองระดับสูงตั้งแต่การประเมินครั้งแรก มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(95% CI [0.7652 , 1.0047], $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของ ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองในระดับน้อย (เนื่องจากคะแนนในมิตินี้ในระดับน้อยแสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตดี)



ภาพที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ระยะ ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

จากภาพที่ 17 แสดงให้เห็นว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งสุดท้าย ประเมินครั้งที่ 2 (6 เดือน) และทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของคะแนนความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ที่ค่อนข้างลดลง

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการ ทำงาน (burnout) ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

คุณภาพชีวิตใน มิติภาวะหมดไฟ ในการทำงาน	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	-0.0433	0.0258	-1.68	0.094	-0.0940	0.0073
เพศ	0.4391	1.1956	0.37	0.713	-1.9043	2.7826
ความเจ็บป่วย	0.1521	0.6186	0.25	0.806	-1.0604	1.3647
งานอดิเรก	1.9207	0.7522	2.55	0.011*	0.4462	3.3951
จำนวนครั้งที่เข้า ร่วมกิจกรรม	0.0234	0.1108	0.21	0.833	-0.1939	0.2407

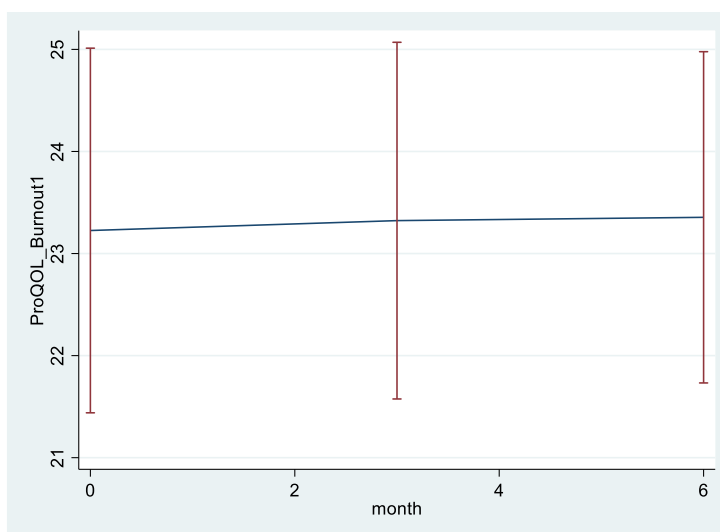
คะแนนก่อนเริ่ม กิจกรรมของ ภาวะหมดไฟ ในการทำงาน	0.7816	0.0616	12.67	<0.001***	0.6607	0.9026
ค่าคงที่	3.0248	2.3957	1.26	0.207	-1.6705	7.7203

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 18 ด้วยการทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน และตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 2 ตัวแปร ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยตัวแปร งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง และคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของภาวะหมดไฟในการทำงาน (baseline)

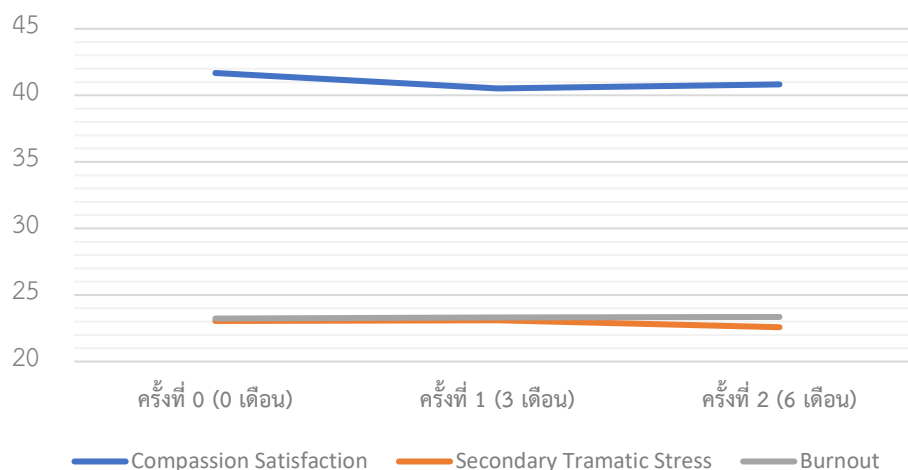
ด้านตัวแปรงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง พบว่าการมีกิจกรรมยามว่างสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.4462, 3.3951], $p < 0.05$) (เนื่องจากคะแนนในมิตินี้ในระดับน้อยแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง

ด้านตัวแปรคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของภาวะหมดไฟในการทำงาน (baseline) พบว่า ผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูงตั้งแต่การประเมินครั้งแรก มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.6607, 0.9026], $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับน้อย (เนื่องจากคะแนนในมิตินี้ในระดับน้อยแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี)



ภาพที่ 18 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

จากภาพที่ 18 แสดงให้เห็นถึงคะแนนเฉลี่ยในมิติภาวะหมดไฟในการทำงานที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในการประเมินทั้ง 3 ครั้ง



ภาพที่ 19 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

จากภาพที่ 19 แสดงให้เห็นถึงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจากการประเมินทั้งหมด 3 ครั้ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยในมิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยจะมีคะแนนสูงกว่าอีก 2 มิติ แต่ทว่า 2 มิติที่ประกอบด้วย ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะหมดไฟในการทำงานนั้น หากมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย นั้นหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี อีกทั้งจากการวิเคราะห์ถดถอยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์แสดงให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกทำ เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและทำนายการลดลงของภาวะหมดไฟในการทำงานด้วย

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทดสอบตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรตามด้านความเครียด

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนความเครียดรวม ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA)

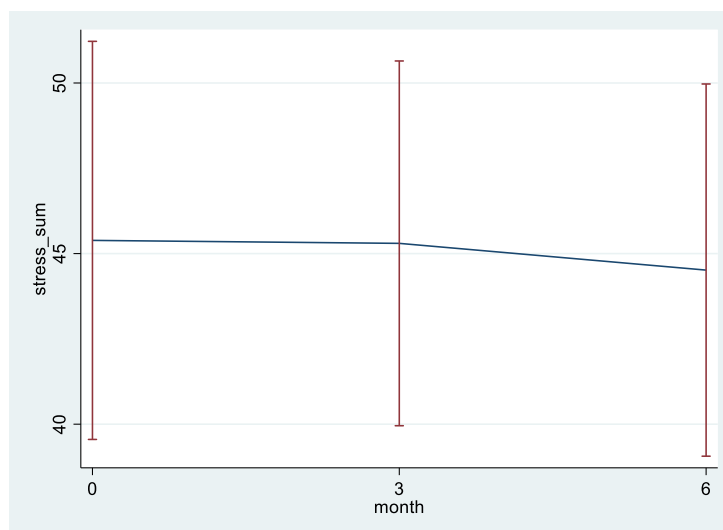
ความเครียด	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper

ความเครียด	Coefficient	Standard error	z	P value	95% Coefficient Interval	
					lower	upper
อายุ	-0.2137	0.0929	-2.30	0.021*	-0.3958	-0.0316
เพศ	9.0176	4.1685	2.16	0.031*	0.8474	17.1878
ความเจ็บป่วย	-1.9742	2.0106	-0.98	0.326	-5.9149	1.9665
งานอดิเรก	-0.0637	2.5466	-0.03	0.980	-5.0550	4.9275
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	-0.3319	0.3700	-0.90	0.370	-1.0572	0.3932
คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียด	12.1394	1.2920	9.40	<0.001***	9.6070	14.6718
ค่าคงที่	25.0568	6.9408	3.61	<0.001	11.4530	38.6607

*** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ตารางที่ 19 ด้วยการทดสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (MRA) พบว่าการทดสอบนัยสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดและตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัว พบว่ามีตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ที่สามารถทำนายความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย อายุ เพศ และคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียด

ด้านตัวแปรอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลกับความเครียดในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคืออายุมีผลทำให้ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [-0.3958 , -0.0136], $p < 0.05$) เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุน้อย ด้านตัวแปรเพศ พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเครียดมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI [0.8474 , 17.1878], $p < 0.05$) และผู้ที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียดสูงอยู่แล้วมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนที่สูงขึ้นจากเดิม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคะแนนคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมของความเครียดในระดับน้อย ส่วนตัวแปรต้นอื่น ๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)



ภาพที่ 20 แสดงค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความเครียด ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง

เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 20 แสดงให้เห็นแนวโน้มของคะแนนความเครียดที่ลดลงเล็กน้อย หลังเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อทำการประเมินความเครียดครั้งสุดท้าย แต่ทว่าการเปลี่ยนแปลงยังไม่มากนัก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดผลก่อน ระหว่าง และหลัง (Pre-Between-Post experimental research) ศึกษาเรื่อง “ ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตัวเองของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองทำกิจกรรมสร้างสุข ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2565 ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาในการทำกิจกรรมเสริมสุขเพื่อการดูแลตนเอง (Self-care) ให้แก่นักสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อันจะช่วยให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ให้มีความพร้อมในการดูแลตัวเอง เพื่อรับมือกับการปัญหาทางอารมณ์ และปัญหาอื่น ๆ และยังคงไว้ซึ่งพลังงานเชิงบวก ส่งต่อพร้อมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีคุณภาพ อันจะส่งผลในการปฏิบัติงานทางวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อยู่ในช่วงเวลาดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 เดือน จำนวน 31 คน การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุทุกรายทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และได้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (Suanprung Stress Test ,SPST-20)

โดยกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินความสุข คุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ และความเครียด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง โปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างสุขในการศึกษานี้มีทั้ง 6 กิจกรรมซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มงานHappy workplace ฝ่ายสวัสดิการสังคม ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้แนวคิดมาจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการดูแลตนเองและองค์กรสร้างสุข ประกอบด้วย กิจกรรมฉลองปีใหม่แบบ New normal กิจกรรมชื่นชมยินดีบุคลากร กิจกรรมทำบุญวันเกิดฝ่ายสวัสดิการสังคม กิจกรรมสุขสบายFriday กิจกรรมอาหารสุขภาพและโภชนาการ กิจกรรมการบริหารจัดการการเงิน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาเพื่อใช้ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ใช้สถิติ repeated measure ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวน และใช้สถิติ Multiple Linear Regression Analysis (MRA) ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายหรือตัวแปรต้น ที่มีต่อตัวแปรตามในแต่ละมิติที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา นั่นคือ ความสุข คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ และความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีคำถามการวิจัยว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิต คะแนนความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม และหลังเข้าร่วมกิจกรรมต่างแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อทดสอบสมมติฐานทั้งหมด 2 ข้อ คือ (1). กิจกรรมสร้างสุขส่งผลให้ค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) แตกต่างกัน และ (2) ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องส่งผลการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6)

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 31 คน พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 93.5) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 ถึง 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.5 เมื่อคิดเป็นอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 39.03 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 25 ปี และอายุมากที่สุดคือ 58 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.3 มีสถานภาพโสด ในเรื่องของการศึกษา พบว่า

ร้อยละ 67.7 ระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นปริญญาตรี ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.0 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 83.9 มีกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกทำ ด้านการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.4 มีอายุการทำงานที่น้อยกว่า 10 ปี เมื่อคิดเป็นเฉลี่ยการทำงานเท่ากับ 13.97 ปี หรือ 14 ปี โดยอายุงานน้อยสุดคือ 1 ปี และอายุงานที่มากที่สุดคือ 32 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 35.5 ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่อยู่ในตำแหน่งผู้อำนวยการ นักสังคมสงเคราะห์ 6

ด้านความสุข

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สนใจศึกษาทางด้านความสุข ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขระดับบุคคลที่น่าเชื่อถือเหมาะสมกับบริบทของการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข และความผูกพันในองค์กรของคนทำงานในประเทศไทย (HAPPINOMETER) ไปพัฒนาเชื่อมต่อผ่านระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ (Online) ในการวัดความสุขและความผูกพันในองค์กรของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยตัวชี้วัดรวม 56 ตัวชี้วัด ซึ่งจัดกลุ่มได้ทั้งหมด 9 มิติของความสุข คือ มิติสุขภาพดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และมิติการเงินดี พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยในการเก็บครั้งที่ 0 (เดือนที่ 0 หรือ baseline) ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 67.32 (Median 66.36) ซึ่งอยู่ในระดับของผู้มีความสุข (Happy) ตามเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของแบบวัดความสุข เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่ามิติครอบครัวดีคือมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 76.88 (Median 83.33) ซึ่งเป็นระดับที่มีความสุขมาก (Very happy)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความสุขครั้งที่ 1 (3 เดือน) กับ ครั้งที่ 0 (0 เดือน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (เดือนที่ 0 หรือ baseline) ทั้งในทิศทางที่เพิ่มขึ้นและลดลง โดยมีคะแนนความสุขเฉลี่ยในการประเมินความสุขครั้งที่ 1 (3 เดือน) เท่ากับ 65.69 (Median 65) ซึ่งลดลงจากคะแนนเฉลี่ยเดิมในการวัดครั้งที่ 0 (0 เดือน) แต่ยังคงอยู่ในระดับของผู้มีความสุข (Happy) และเมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่ามิติด้านสุขภาพดี และมิติสุขภาพการเงินดีเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขครั้งที่ 1 (3 เดือน) ที่เพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 0 (0 เดือน) โดยมิติด้านสุขภาพดีจากเดิม 65.97 (Median 65) เป็น 68.71 (Median 65) และมิติสุขภาพการเงินดีจากเดิม 59.68 (Median 62.50) เป็น 62.50 (Median 62.50) และตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความสุขครั้งที่ 2 (6 เดือน) กับ ครั้งที่ 1 (3 เดือน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขที่แตกต่างไปจาก ครั้งที่ 1 (3 เดือน) ทั้งในทิศทางที่เพิ่มขึ้นและลดลง โดยมีคะแนนความสุขเฉลี่ยในการประเมินความสุขครั้งที่ 2 (6 เดือน) เท่ากับ 67.20 (Median 66.82) ซึ่งสูงจากเดิมในการประเมินครั้งที่ 1 (3 เดือน) คือ 65.69

(Median 65)และยังคงอยู่ในระดับของผู้มีความสุข (Happy) เมื่อพิจารณาในรายมิติพบว่า การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ มิติสุขภาพดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติใฝ่รู้ดี และมิติการงานดี ส่วนมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยในทิศทางที่ลดลง ได้แก่ มิติผ่อนคลายดี มิติสังคมดี และมิติสุขภาพเงินดี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความสุขครั้งที่ 2 (6 เดือน) กับ ครั้งที่ 0 (0 เดือน หรือ baseline) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขที่แตกต่างไปจาก ครั้งที่ 0 โดยคะแนนเฉลี่ยการประเมินความสุขครั้งที่ 2 คือ 67.20 (Median 66.82) มีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยในครั้งที่ 0 คือ 67.32 (Median 66.36) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความสุขในรายมิติในการประเมินครั้งที่ 2 และครั้งที่ 0 พบว่ามิติที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ได้แก่ มิติสุขภาพดี มิติจิตวิญญาณดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพการเงินดี และมิติการงานดี ส่วนมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลง ได้แก่ มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติครอบครัวดี และมิติสังคมดี โดยสรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังคงอยู่ในระดับของผู้มีความสุข (Happy) ตลอดการประเมินในทั้ง 3 ครั้ง

เมื่อลำดับมิติของความสุขจากทั้ง 9 มิติ ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดถึงน้อยที่สุดจากการประเมินในครั้งสุดท้าย ลำดับได้ดังนี้ มิติน้ำใจดี มิติครอบครัวดี มิติสุขภาพดี มิติจิตวิญญาณดี มิติการงานดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี มิติผ่อนคลายดี และมิติสังคมดี

ด้านคุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สนใจศึกษาทางด้านความสุข ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5) โดยทำการวัดทั้ง 3 มิติ ประกอบด้วย มิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (compassion satisfaction) มิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress) และมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) โดย 2 มิติสุดท้ายหากมีคะแนนรวมในระดับน้อยหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยในการเก็บครั้งที่ 0 (เดือนที่ 0 หรือ baseline) ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 41.68 (Median 42), 23.06 (Median 40), และ 23.23 (Median 40)ตามลำดับ

หากพิจารณาในรายมิติด้วยค่าเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ครั้ง พบว่ามิติความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีแนวโน้มลดลงจากการประเมินครั้งที่ 0 ด้านมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากครั้งที่ 0 และลดลงเล็กน้อยในครั้งที่ 2 และมิติภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากครั้งที่ 0 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในครั้งที่ 2

ด้านความเครียด

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สนใจศึกษาทางด้านความสุข ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SDST 20) พบว่า ผลจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง (ครั้งที่ 0, ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับสูง คือ 45.39 (Median 45), 45.30 (Median 43.50), และ 44.52 (Median 45) ตามลำดับ แต่ทว่ามิติทิศทางหรือแนวโน้มความเครียดที่ลดลง ในกรณีที่พิจารณาด้วยค่ามัธยฐาน มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกัน 3 ครั้ง พบว่ามีค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองลดลงและเพิ่มขึ้นเท่ากับความเครียดก่อนทำกิจกรรม จึงสนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วน

จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่สนใจศึกษา ประกอบด้วย ความสุข คุณภาพชีวิต นักวิชาชีพ และความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis; MRA) พบว่า คะแนนรวมก่อนรวมกิจกรรม หรือ baseline (ครั้งที่ 0) ของแต่ละมิตินั้น ๆ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียด ในแต่ละมิตินั้น ๆ สำหรับตัวแปรความสุข พบว่าตัวแปรจำนวนครั้งในการร่วมกิจกรรมสามารถทำนายมิติสุขภาพกายดีและ มิติน้ำใจดีในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรเพศสามารถทำนายมิติสังคมดีในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านคุณภาพชีวิตนอกจากคะแนนก่อนทำกิจกรรม หรือ baseline (ครั้งที่ 0) ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้แล้ว พบว่า อายุ สามารถทำนายความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานอดิเรก สามารถทำนายได้ทั้งความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและ ภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความเครียด นอกจากตัวแปรตัวแปรคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม หรือ baseline (ครั้งที่ 0) ที่สามารถทำนายความเครียดได้แล้ว พบว่า อายุและ เพศ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความเครียดได้ในทิศทางลบ และทิศทางบวก ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมสูง สามารถทำนายความสุขที่เพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะในมิติของสุขภาพกายดีและมิติน้ำใจดี ซึ่งกิจกรรมสร้างสุขในการวิจัยนี้ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมฉลองปีใหม่แบบ New normal กิจกรรมชื่นชมยินดีบุคลากร กิจกรรมทำบุญวันเกิด ฝ่ายสวัสดิการสังคม กิจกรรมสุขสบาย Friday กิจกรรมอาหาร สุขภาพ และโภชนาการ กิจกรรมการบริหารจัดการการเงิน ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการดูแลตนเองและองค์กรสร้างสุข ซึ่งในมิติของสุขภาพกายดีนั้นอาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการร่วมรับประทานอาหารสุขภาพและเชิญนักโภชนาการมาให้ความรู้ อันจะมีส่วนทำให้เกิดการรู้จักใช้ชีวิตอย่างถูกสุขลักษณะ รู้จักกิน รู้จักนอน

ชีวิตมีความสุข เหมาะสมกับเพศ เหมาะสมกับวัย เหมาะสมกับสถานการณ์เหมาะสมกับฐานะทางการเงิน อันนำไปสู่สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ ส่วนมิติของน้ำใจนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมงาน เกษียณให้ผู้เกษียณอายุงาน และกิจกรรมสุขสบาย Friday แลกเปลี่ยนความรู้ ที่จะช่วยส่งเสริมความเอื้ออาทร รู้จักแบ่งปัน รู้จักบทบาทหน้าที่ แสดงความเคารพ ความยินดีต่อกันภายในองค์กร อีกทั้ง การมีน้ำใจดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปฏิบัติหน้าที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์อยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร หน่อคำ⁽³³⁾ พบว่านักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีความศรัทธาในงาน เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีการรักษาสมดุลชีวิตของตนให้อยู่ในระดับมาก อีกทั้งผลการศึกษาของ สุนิสา สุขสงเคราะห์⁽³²⁾ ยังระบุว่า นักสังคมสงเคราะห์ ในมิติสุขภาพดีระบุว่าตนเองมีวิธีการในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความเห็นว่าตนเองมีความสุขแข็งแรง ทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ ในมิติน้ำใจดี ระบุว่า ตนมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีความยินดีกับความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเพื่อนร่วมงานได้เลื่อนตำแหน่ง

ในขณะที่ การเข้าร่วมกิจกรรมในอัตราที่สูงไม่สามารถทำนายการเพิ่มสูงขึ้นของมิติอื่น ๆ ได้ ซึ่งประกอบด้วย มิติผ่อนคลายดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติสุขภาพเงินดี และมิตินานดี อาจกล่าวได้ว่า ในมิติของผ่อนคลายดีอาจเกี่ยวข้องกับวิธีการในการผ่อนคลาย ความเครียดของแต่ละบุคคล ในมิติจิตวิญญาณดีอาจเกี่ยวข้องกับคุณธรรม ศีลธรรม ที่บุคคลยึดถือ ในมิติของครอบครัวดีอาจเกี่ยวข้องกับบุคคลอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นอยู่แล้ว มีกำลังใจที่ดี ในมิติสังคมดี อาจเกี่ยวข้องกับสังคมในที่ทำงานและสังคมนอกที่ทำงานที่ต้องเผชิญแตกต่างกันไป มิติใฝ่รู้ดีอาจเกี่ยวข้องกับการใฝ่หาความรู้ รับผิดชอบ และยินดีเปิดรับความรู้ความคิดเห็นของผู้อื่น มิติสุขภาพเงินดีอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการวางแผนทางการเงิน และมิตินานดีที่อาจเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของงาน และภาระงานที่ได้รับมอบหมาย

อีกทั้งพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ปัจจัยของเพศมีส่วนในการทำนายความสุขในมิติของสังคมดี ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เพศชายมีความสุขในมิติสังคมดี ที่ลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิง โดยสังคมดีในที่นี้ หมายถึง สังคมในที่ทำงาน กับสังคมนอกที่ทำงาน ซึ่งบุคคลต้องมีความรักสามัคคีเอื้อเฟื้อทั้งต่อสังคมที่ตนเองทำงานและสังคมนอกที่ทำงาน เพื่อให้มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี แต่กลับพบว่าเพศชายจะมีความสุขในมิตินี้ลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิง อาจเป็นไปได้ว่า ในเรื่องเกี่ยวกับสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพศหญิงจะเป็นเพศที่มีความใจดี เกื้อกูล เมตตา เอื้อเฟื้ออย่างเต็มใจ (Kindness) มากกว่าเพศชาย จากการศึกษาผลจากการวัดความใจดีมีน้ำใจของ Youngs et al.⁽⁵¹⁾ พบว่า เพศหญิงจะได้คะแนนสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญในการวัดความมีน้ำใจเกือบทั้งหมด ยกเว้นความกรุณาตามหลักการที่สังคมกำหนด (Principle-Socially Prescribed kindness) ที่พบว่าทั้งสองเพศมีคะแนนไม่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีคะแนนสูงในด้านคะแนนรวมความมีน้ำใจ ด้าน

มนุษยธรรม ด้านความเอื้ออาทรเชิงรุก และด้านความเอื้ออาทรต่อสังคมและตามหลักการ-เชิงรุก เนื่องจากเทศหญิงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้อื่น

ดังนั้น จำนวนครั้งในการมาเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นมีส่วนทำนายความสุขที่เพิ่มขึ้นในมิติสุขภาพกายดีและมีจิตใจดี แต่ทว่าในมิติของสังคมดีนักสังคมสงเคราะห์เพศชายอาจมีความสุขที่ลดลงกว่าเพศหญิง

ด้านความสุข

นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีเป็นผู้มีความสุขอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) โดยอิงตามเกณฑ์ของมาตรวัด HAPPINOMETER ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่ผ่านมาที่พบว่า เจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัย ผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่องค์กรสุขภาพ ซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกันนี้ มีความสุขทั้ง 9 มิติอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) ตามที่วาสนา จิงตระกูล⁽⁵²⁾, สุภัทรา เพือกโสภา⁽³⁶⁾, สุนิสา สุขสงเคราะห์⁽³²⁾, ชนิสราร รมเชื้อน⁽³⁵⁾ เห็นสอดคล้องกัน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความสุขในมิติของครอบครัวดี เป็นมิติที่กลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามิติอื่น ๆ สอดคล้องกับ สุวรรณี สุวรรณไพบุลย์⁽³¹⁾ พบว่าการมีความสุขจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก นั้นแสดงถึงการให้ความสำคัญกับครอบครัว การได้รับแรงเสริมทางบวกและกำลังใจจากครอบครัวจะยังผลให้ตนสามารถเผชิญปัญหาในชีวิต หรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการทำงานได้ ครอบครัวอบอุ่นก็ส่งผลต่อศักยภาพในการจะทำงานอย่างมีความสุขด้วย

ส่วนการศึกษาที่ใช้แบบประเมินอื่น พบว่า นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดวงพร หน่อคำ⁽³³⁾ พบว่าสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์หรือส่งผลกับความสุข ได้แก่ อายุ สอดคล้องกับวาสนา จิงตระกูล⁽⁵²⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 54 ปี มีความสุขมากที่สุด ส่วนกลุ่มอายุ 24-37 ปี มีความสุขน้อยที่สุด

ด้านคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ที่มีงานอดิเรกสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งเป็นผลที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมยามว่างทำ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้รู้สึกผ่อนคลายหลังจากเผชิญกับภาระงานในแต่ละวัน โดยรูปแบบของงานอดิเรกของนักสังคมสงเคราะห์ในครั้งนี้มีลักษณะที่หลากหลาย แตกต่างกันไป สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในหลักสูตร Master of Social Work จาก Walden University⁽⁵³⁾ ได้ให้คำแนะนำถึง

การลดความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ ดังนี้ การนอนที่มีคุณภาพ หางานอดิเรกใหม่ ๆ ทำ หรือ จากเพิ่มเติมจากกิจกรรมที่สนใจอยู่แล้ว การออกกำลังกาย การทำอาหาร และการให้ความสนใจ ใส่ใจกับมุมมองที่ดีทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลที่นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รายงานไว้ เช่น การดูทีวี-ภาพยนตร์ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ฟังเพลง ทำอาหาร ทำงานฝีมือ เป็นต้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 83.9 รายงานว่ามีงานอดิเรกทำ นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีงานอดิเรก หรือกิจกรรมยามว่างทำ จะช่วยทำนายความเครียดที่อาจเป็นผลพวงจากงานได้

การทำงานที่มากเกินไปส่งผลต่อสภาวะจิตใจที่ก่อให้เกิดความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นภาวะที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต หลุ่ย จงไกรจักร⁽⁴⁶⁾ การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การมีงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างทำ การออกกำลังกาย นั้นสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) Fujikawa et al.⁽⁵⁴⁾ สัมพันธ์กับการมีความดันโลหิตในระดับต่ำ มีสภาวะทางจิตสังคมในเชิงบวกในระดับที่สูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ Pressman et al.⁽⁵⁵⁾ ภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง Chayu et al.⁽⁵⁶⁾ ดังนั้น การสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์หันมาทำกิจกรรมยามว่าง จะมีส่วนช่วยลดความเครียดจากแผลทางใจมือสองและภาวะหมดไฟในงาน เพื่อให้พวกเขาสามารถมีคุณภาพชีวิตทางวิชาชีพที่ดีขึ้นได้ แต่ทว่าการมีกิจกรรมงานอดิเรกทำไม่ได้ช่วยทำนายคุณภาพชีวิตความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาในครั้งนี้ยังพบอีกว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ปัจจัยเรื่องอายุมีส่วนในการทำนายความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้หลายชิ้นที่มักระบุว่า อายุ และอายุงาน มีผลต่อความเครียดของบุคคลแตกต่างกัน โดยพบว่านักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุมากสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองได้ ซึ่งความเครียดในส่วนนี้เป็นความรู้สึกเชิงลบที่เกิดจากการทำงานร่วมกับผู้มีบาดแผลทางใจ จึงเป็นความทุกข์ที่ได้รับจากการส่งต่อของผู้ใช้บริการ ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่าหรือปฏิบัติหน้าที่มานานกว่า จะสามารถรับมือหรือจัดการกับความเครียดที่ค้างคามาจากภาระงานได้ดีกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยหรือประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า อีกทั้งระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional fatigue) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นัยนา แสงทอง⁽⁴⁰⁾ นั้นหมายความว่าผู้ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีอายุงานมากจะสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ

ด้วยภาระงาน และหน้าที่ที่ค่อนข้างหนักของนักสังคมสงเคราะห์ เนื่องจากพวกเขาต้องเผชิญกับ ให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในโยงใยความสัมพันธ์ที่มีส่วนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยดังกล่าว ได้กล่าวว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่

ประสบปัญหาความเจ็บป่วยอาการทางกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจอื่น เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาการเข้าถึงบริการ รวมถึงปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ นักสังคมสงเคราะห์ที่จึงมีบทบาทในการทำงาน ร่วมแก้ไขปัญหา ในภาวะยากลำบากของผู้ป่วย ซึ่งในบางรายไม่สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้บริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข อาริยา ก้อนเมฆ⁽¹⁵⁾ หากผู้ปฏิบัติหน้าที่ไม่สามารถลดความเครียดจากบาดแผลมือสองหรือรับความเครียดจากความเจ็บป่วยของผู้อื่นมาไว้กับตนเป็นระยะเวลาอันอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางวิชาชีพของตนได้

ดังนั้น การมีอายุที่มากกว่าหรือการทำงานมานานกว่าจึงมีส่วนในการฝึกฝนและรับมือกับความเครียดจากงาน ซึ่งทักษะเหล่านี้ นักสังคมสงเคราะห์จะค่อยได้ฝึกฝน สอดคล้องกับ นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึงนักสังคมสงเคราะห์ในบริบททางการแพทย์จำเป็นต้องใช้ความชำนาญพิเศษ มีความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะคิดที่มีต่อความเจ็บป่วย ในการการรับมือกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และภาวะแวดล้อมของแต่ละคนที่ต่างกัน

นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ ทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับปานกลาง ผลสอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาของ Xu, Harmon-Darrow & Fre⁽⁵⁷⁾ ซึ่งทำการศึกษาดัวแปรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้ โดย Xu และคณะ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behaviors) อุปสรรคในการดูแลตนเอง (Self-care barriers) ความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วย ภาวะหมดไฟในงาน และความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ในสหรัฐอเมริกาที่มีความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภาวะหมดไฟในการทำงานและความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองและอุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะหมดไฟในตนเอง ขณะที่อุปสรรคในการดูแลตนเองมีส่วนอย่างมากต่อความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง แต่ทว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ได้ลดความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง อีกทั้งการศึกษาของ ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล⁽²⁵⁾ ยังพบว่า ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย มีนัยสำคัญในการทำนายสุขภาวะนักวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ และอายุ ที่มีความแตกต่างกันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย พบว่าบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ซึ่งส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สุรัชย์ แก้วพิกุล⁽²³⁾

ดังนั้น มิติต่าง ๆ ของการประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ จึงเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางด้านความเครียด ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานที่จะมีผลต่อการทำนายนุภาพของพวกเขาคือ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องหมั่นดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

ด้านความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ปัจจัยเรื่องเพศมีส่วนในการทำนายนุภาพความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เพศชายสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของความเครียดได้มากกว่าเพศหญิง อาจเกี่ยวข้องกับภาระงานทางด้านสังคมสงเคราะห์เกี่ยวกับการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น ซึ่งมีแนวโน้มที่ผู้หญิงอาจทำได้ดีมากกว่า Youngs et al.⁽⁵¹⁾ ทำให้การปฏิบัติงานประเภทดังกล่าวนี้ส่งผลต่อความเครียดของเพศชายเนื่องจากแนวคิดที่ว่างานสังคมสงเคราะห์ประกอบด้วยคุณสมบัติเฉพาะของผู้หญิง สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าตำแหน่งของผู้ชายในงานสังคมสงเคราะห์นั้นอาจกลายเป็นจุดอ่อนได้ เนื่องจากผู้ชายเผชิญกับความตึงเครียดระหว่างเพศและธรรมชาติของผู้หญิงในงานสังคมสงเคราะห์ได้มากกว่า Simpson⁽⁵⁸⁾ และ Christie⁽⁵⁹⁾ อีกทั้งยังพบผลที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Perceptions of emotional support) และความเครียด กล่าวคือ เมื่อการรับรู้การสนับสนุนทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ จะสัมพันธ์กับการมีความเครียดระดับสูง ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความแตกต่างของนักสังคมสงเคราะห์เพศชายและหญิง Jayaratne et al.⁽⁶⁰⁾ ทำให้ Myers⁽⁶¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับเพศ ในกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ผู้ชายชาวไอริช พบผลที่น่าสนใจ คือ นักสังคมสงเคราะห์ผู้ชายค่อนข้างผ่อนคลายในการปฏิบัติหน้าที่ โดยจะมุ่งความสนใจไปที่การให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับการทำงาน เอาใจใส่ตรงไปตรงมากับลูกค้ามากกว่า และยังพบอีกว่าผู้ชายที่มาทำงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์จะวางตัวแตกต่างไปจากผู้ชายทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เขาใช้ความสามารถในการเจรจาผ่านทางงานด้านสังคมสงเคราะห์ได้ง่ายขึ้นและปลอดภัย

อีกทั้งในการศึกษาตัวแปรทำนายความเครียดในครั้งนี้ หลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว 6 ครั้ง พบว่าปัจจัยเรื่องอายุยังคงมีผลต่อการทำนายระดับความเครียดด้วย ซึ่งก่อนหน้านี้ในด้านคุณภาพชีวิตที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่อายุมากสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองได้ ซึ่งในประเด็นของความเครียดรวมนี้ ยังคงพบว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากสามารถทำนายความเครียดที่ลดลงได้เมื่อเทียบกับนักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Collings และคณะ⁽⁶²⁾ ที่พบว่าอายุ การได้รับภาระงานที่มาก สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่าสามารถทำนายความเครียดในทิศทางลบหรือเครียดน้อยลง และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณีนสา สุดิรัตน์⁽¹¹⁾

ที่ยังชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่นั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาในการทำงานภายในหน่วยงานหรืออายุงาน และอายุที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเครียด ในระดับที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ เรื่องส่วนตัวและปัญหาด้านสุขภาพ

การศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศสิงคโปร์ พบว่า ปัจจัยเรื่องอายุและอายุงานมีส่วนสำคัญในการทำนายปัญหาทางสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ โดยกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานมาแล้ว 3 ปีหรือน้อยกว่า จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคนที่มีประสบการณ์มากกว่า นั่นคือ 6 ปี หรือมากกว่า อีกทั้งนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุระหว่าง 21-29 ปี มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี รวมถึงการสนับสนุนจากองค์กรสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียด Seng et al.⁽⁶³⁾ กล่าวคือ หากขาดการสนับสนุนจากองค์กรแล้วจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของนักสังคมสงเคราะห์ที่เพิ่มสูงขึ้น

ดังนั้น ในการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์อายุและอายุงานจึงมีส่วนสำคัญในการทำนายความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะกับผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านนี้น้อยอาจต้องเผชิญกับความเครียดที่ยังรับมือไม่ไหว ยังขาดเทคนิควิธี ที่จะขจัดความเครียดจากงาน ซึ่งกรณีนี้อาจต้องขอคำแนะนำจากผู้ที่มีอายุมากกว่าที่ปฏิบัติงานมามากกว่า เพื่อช่วยชี้แนะในการจัดการกับความเครียดไม่ให้ส่งผลต่อคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตของตนเอง

สำหรับตัวแปรทำนายคะแนนรวมก่อนทำกิจกรรมสูง หรือ baseline ของแต่ละตัวแปรหรือแต่ละมิตินั้น ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า baseline สามารถทำนายตัวแปรตามในมิตินั้น ๆ ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีคะแนนจากการประเมินครั้งที่ 0 ในระดับสูงอยู่แล้ว สามารถทำนายคะแนนการประเมินในครั้งถัดไปที่สูง หรือไปในทิศทางเดิมเดียวกันกับการประเมินครั้งที่ 0 นั้นหมายความว่าหากนักสังคมสงเคราะห์ท่านนั้น ๆ มีพื้นฐานในมิตินั้น ๆ อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมก็จะสามารถทำนายได้ว่าบุคคลนั้นจะยังคงมีคะแนนในมิตินั้น ๆ ในระดับสูงเช่นเดิม ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการใช้ชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์แต่ละท่านว่ามีพื้นฐานทางความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดเป็นอย่างไร ซึ่งจะขึ้นกับตัวบุคคลเอง เนื่องจากปัญหาอุปสรรคของของการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากตัวนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มากกว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการของหน่วยงาน บุญธิดา บุญแก้ว⁽⁴⁾

จากผลการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มาจากกลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเน้นการดูแลรักษาอาการทางกายเป็นส่วนใหญ่ จึงเรียก

นักสังคมสงเคราะห์กลุ่มนี้ว่านักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายกาย นางลักษณ เทพสวัสดิ์⁽²⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.5 ได้รับปริญญาสูงสุดคือปริญญาตรีร้อยละ 67.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริยา ก้อนเมฆ⁽¹⁵⁾, ณิชภัทร วิบูลพานิช⁽⁴⁴⁾, สุนิสา สุขสงเคราะห์⁽³²⁾ และ สุภาวดี พรสิบ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งทำงานเกี่ยวกับนักสังคมสงเคราะห์ การปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้อื่น ผู้ป่วย ผู้เปราะบาง มักเป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Youngs et al.⁽⁵¹⁾ ที่สนับสนุนว่าเพศหญิง เป็นเพศที่พร้อมจะตอบสนองต่อการดูแลช่วยเหลือ ผู้อื่น สังคม อย่างเอื้ออาทร มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มากกว่าเพศชาย จึงเป็นไปได้ว่างานในส่วนนี้มักเกี่ยวข้องกับเพศหญิงเสียเป็นส่วนใหญ่

โดยเนื้อหาของงานสังคมสงเคราะห์ฝ่ายกายนั้นเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการดูแลผู้อื่น ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความเครียดสูง เฉลียวกับผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ บาดเจ็บ จากหลายปัญหา ซึ่งหลายกรณีปัญหาเหล่านั้นอาจอยู่นอกเหนือการควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์เอง ดังนั้นการเผชิญกับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน จึงก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาความอ่อนล้าทางกาย ทางอารมณ์ ที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความสุขของผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานหมั่นตรวจสอบระดับความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดของตนด้วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไปพร้อม ๆ กับสุขภาวะจิตที่ดี

นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีตกับสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลฝ่ายกายของรัฐทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดของ เทพวัลย์ สุชาติ⁽⁹⁾ ที่พบว่านักสังคมสงเคราะห์กลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 82.1 มีความเครียดระดับต่ำ

แต่สำหรับผลการศึกษาปัจจุบันกลับ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูงซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยในช่วงเวลาดังกล่าว เช่น ปัญหาส่วนตัว ปัญหาจากภาระงานหนักที่ได้รับ รวมไปถึงปัญหาส่วนตัวและปัญหาสุขภาพ โดยในการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 29.0 มีโรคประจำตัว ซึ่งขณะที่เก็บข้อมูลนี้ผู้คนในทุกประเทศยังคงเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพัตรา จันธนะสมบัติ⁽³⁸⁾ ที่พบว่าที่มาของความเครียดหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เรื่องส่วนตัว สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอายุ นัยนา แสงทอง⁽⁴⁰⁾ บุคลิกภาพแบบ A (รู้สึกแข่งขัน ทำงานภายใต้ภาวะความกดดันจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ไม่ชอบความล่าช้า) เทพวัลย์ สุชาติ⁽⁹⁾ สถานภาพสมรส Collings et al.⁽⁶²⁾

ด้านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชี้ให้เห็นว่าความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์มีสาเหตุมาจากความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท การปฏิบัติตามความรับผิดชอบตาม

กฎหมาย ความเหนื่อยหน่ายเกี่ยวข้องกับภาระงาน ระดับการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนทางสังคม Coyle et al.⁽⁶⁴⁾ การต้องรับเคสหรือผู้ป่วยที่มากเกินไป (caseload) การต้องดูแลเคส โดยตัวทำนายที่ทรงพลังที่สุดของความเครียดโดยรวมที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงกดดันที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการบรรลุเป้าหมายการทำงาน Collings et al.⁽⁶²⁾ ดังนั้น ความเครียดในระดับที่มากและสะสมจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าหรือภาวะหมดไฟในการทำงาน การศึกษาของณัฐธิดา สุพรรณภพ⁽⁶⁵⁾ สนับสนุนว่าความเครียดในการทำงานนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ กล่าวคือ เมื่อนักสังคมสงเคราะห์มีความเครียดระดับสูงก็จะส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่สูงตามไปด้วย

การศึกษาแบบทบทวนกรรมของ Lloyd และคณะ⁽⁶⁶⁾ และ Marc et al.⁽⁶⁷⁾ ที่ให้ความสนใจความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ โดยระบุว่าอาชีพนักสังคมสงเคราะห์เป็นอาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูง และส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่ากลุ่มอาชีพทางสุขภาพที่เทียบเคียงกัน โดยปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ ธรรมชาติของการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ ภาระงานหนัก ข้อจำกัดด้านเวลา กลุ่มลูกค้าที่ต้องทำงานด้วย ถูกแทรกแซงการทำงานด้านสังคมสงเคราะห์ การขาดความชื่นชมยินดี ผลตอบแทน การขาดการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน รวมไปถึงการขาดการมีส่วนร่วมในชีวิตกับครอบครัวของตนเอง โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดในกรณีของนักสังคมสงเคราะห์ที่ประสบภาวะหมดไฟ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์และทางร่างกาย รู้สึกหนักใจ ความผิดปกติของการนอนหลับ ความไม่อดทน ละทิ้งกิจกรรมยามว่าง แรงจูงใจลดลง และความพึงพอใจในงาน

จะเห็นได้ว่าความเครียดสูงในงานสังคมสงเคราะห์เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่นี้ต้องเผชิญอยู่แล้ว ซึ่งจากเหตุผลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยความเครียดหลักมาจากเรื่องของภาระงานที่ได้รับ รวมถึงการขาดการสนับสนุนหรือดูแลทางจิตใจจากหัวหน้างานหรือองค์กร ส่วนปัจจัยอื่น ๆ คือ ปัจจัยจากตัวบุคคลนั่นเอง และสภาพแวดล้อม หากปล่อยความเครียดเหล่านี้ให้เกิดขึ้นอย่างสะสมจะนำไปสู่ภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ และภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งจะไปกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์เองด้วย

จากการทำกิจกรรมสร้างสุขที่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าความสุข คุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ และความเครียดเนื่องจากค่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม ครั้งที่ 0 (Baseline) ของประชากรส่วนใหญ่ในทุกค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลางจนไปถึงดี อาจอนุมานได้ว่านักสังคมสงเคราะห์เหล่านี้มีความสุข มีความคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดที่สามารถควบคุมจัดการตนเองได้ดี กิจกรรมจึงอาจยังไม่ส่งผลต่อค่าคะแนนเหล่านั้น และหากนำกิจกรรมไปปฏิบัติกับกับประชากรที่มีค่าคะแนนความสุข มีความคุณภาพชีวิต

ของนักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่ในระดับต่ำ และมีความเครียดในระดับสูงมากอาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้

ในด้านความทนทานต่อปัจจัยต่างๆ (Resilience) พบว่า การที่ผู้ที่มีอายุสูง หรือมีอายุการทำงานสูงจะสามารถจัดการความเครียดได้ดีกว่าคนที่อายุน้อยกว่าอาจอนุมานได้ว่า กลุ่มคนเหล่านี้ที่สามารถอยู่ในองค์กรได้นาน และสามารถทำงานในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่และทนทานต่อปัจจัยต่างๆได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มคนที่ไม่สามารถทนทานต่อปัจจัยต่างๆ ลาออกไปก่อนก่อนหน้านี้แล้ว จึงเหลือคนที่สามารถทนทานได้ (อยู่ทน ทนอยู่)

จากสถานการณ์โรคโคโรนาไวรัส 2019 (Covid-19) ที่มีการเริ่มแพร่ระบาดตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน (สิงหาคม 2565) และยังมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราผกผันทุกช่วงเวลา กล่าวคือมีช่วงที่เกิดสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างหนักจนอยู่ในภาวะวิกฤต และอยู่ในช่วงสถานการณ์การติดเชื้อลดลง และกลับมาเพิ่มสูงขึ้นจนวิกฤต⁽⁶⁾ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยคะแนนที่ผกผัน จะสังเกตได้จากช่วงค่าคะแนนในการครั้งที่ 1 ที่มีการลดลง และกลับมาเพิ่มสูงอีกครั้งในการประเมินครั้งที่ 2 จนกลับไปใกล้เคียงกับการประเมินครั้งที่ 0 จึงทำให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งเป็นไปตามปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการวิจัยได้

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งหมด 31 คน ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีคะแนนการประเมินทั้ง 3 ครั้ง คือ ก่อน หลัง และหลังการทดลองอยู่ในระดับเท่าเดิมในการประเมินทั้ง 3 ครั้ง กิจกรรมสร้างสุขยังไม่เกิดความเปลี่ยนแปลงกับค่าคะแนนทั้งหมด กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสุขอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) ค่าคะแนนความสุขไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรมสร้างสุข มีคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรม และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรม

ตัวแปรต้นหรือตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายตัวแปรความสุขได้ คือ คะแนนรวมก่อนทำกิจกรรมสูง หรือ baseline (ครั้งที่ 0) สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถทำนายความสุขที่เพิ่มขึ้นในมิติของสุขภาพกายดีและ มิติหัวใจดี และนักสังคมสงเคราะห์เพศชายมีความสุขในมิติสังคมดีลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิง ด้านคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์พบว่าคะแนนรวมก่อนทำกิจกรรม หรือ baseline (ครั้งที่ 0) ยังคงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติได้ นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีงานอดิเรกสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงาน โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมาก

สามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ด้านความเครียด พบว่าคะแนนรวมก่อนทำกิจกรรม หรือ baseline (ครั้งที่ 0) ยังคงสามารถทำนายความเครียดได้ โดยนักสังคมสงเคราะห์เพศชายสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของความเครียดได้มากกว่าเพศหญิง และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากสามารถทำนายความเครียดที่ลดลงได้เมื่อเทียบกับนักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยกว่า

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดความลำบากในร่วมกิจกรรม
2. กลุ่มตัวอย่างอาจติดภารกิจงานหรือภารกิจส่วนตัวทำให้พลาดการเข้าร่วมกิจกรรม หรือมาเข้าร่วมกิจกรรมน้อย โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (Online) ในเวลาว่าง
3. การทดลองในครั้งนี้เก็บข้อมูล ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง ภายในในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ไม่ได้มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม
4. การสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรมค่อนข้างทิ้งช่วงเวลานานกว่าจะเริ่มกิจกรรมในเดือนถัดไป กลุ่มตัวอย่างอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายระหว่างการทำกิจกรรมตลอดระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งนั่นอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหรือปัจจัยนอกเหนือที่ผู้วิจัยจะควบคุมได้
5. กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมนี้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดด้านการดูแลตนเองและองค์การสร้างสุข ซึ่งผลอาจแตกต่างไปจากกิจกรรมที่สร้างบนแนวคิดรูปแบบอื่น
6. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม นั่นคือนักสังคมสงเคราะห์ภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาจไม่สามารถอนุมานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ในบริบทอื่นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำให้เห็นความสำคัญของการมีงานอดิเรกทำ เนื่องจากช่วยลดความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงานได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ให้มีกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกจะช่วยลดความเครียดได้
2. จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำให้เห็นว่าเพศชายมีแนวโน้มความสุขในมิติสังคมดีลดลง และมีความเครียดมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผู้เกี่ยวข้องหรือหัวหน้างานควรพิจารณาและให้คำแนะนำ หรือส่งเสริมต่อไป
3. การส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยหรืออายุน้อย ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าอบรมจากหน่วยงานในการเพิ่มกลยุทธ์ วิธีการของการจัดการกับความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและความเครียด หรือขอคำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์รุ่นพี่ที่มีอายุหรืออายุงานที่มากกว่า เพื่อช่วยลดความเครียดจากการทำงานของตน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเพิ่มจำนวนกิจกรรมเพิ่มขึ้นเพื่อให้เห็นแนวโน้มของคะแนนความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดที่ชัดเจนมากขึ้น โดยใน 1 เดือน อาจจะมีกิจกรรมย่อยถึง 2 หรือ 3 ครั้ง
2. เพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลยาวนานขึ้นเป็น มากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี เนื่องจาก การเก็บข้อมูลในระยะสั้นยังไม่เห็นความแตกต่างของผลกิจกรรม และยังไม่เห็นผลของกิจกรรมที่คงอยู่ระยะยาว
3. การพิจารณาเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบคุณภาพหรือประสิทธิภาพของกิจกรรมสร้างสุข
4. พบว่าการทำกิจกรรมในรูปแบบพบหน้า (Onsite) และทำกิจกรรมโดยใช้เวลาพักกลางวัน มีแนวโน้มมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า รูปแบบออนไลน์ (Online) และในใช้ช่วงเวลาทำงาน หากใช้วันเวลาในการทำงานช่วงเวลารูปแบบและช่วงเวลาดังกล่าวได้ผลดี
5. หากมีการจัดกิจกรรมในเชิงกิจกรรมสร้างสุขในครั้งถัดไป อาจมีการค้นหา และใช้แบบสอบถามที่ประเมินได้เจาะจงขึ้น
6. การประเมินตัวแปรอื่นร่วมเพื่อช่วยทำนาย ความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดเพิ่มเติม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ สิ่งแวดล้อมที่มีผลในการทำกิจกรรม สุขภาพจิต ความสุขในการทำงาน ความรับผิดชอบในงาน การพักผ่อน เป็นต้น
7. หากต้องการจัดกิจกรรมกับนักสังคมสงเคราะห์อีกครั้ง อาจจะเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในการทดลอง

บรรณานุกรม

1. วันทนีย์ วาสิกะสิน, สุรางรัตน์ วคินารมณ,กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุณุย์,. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์. พิมพ์ครั้งที่ 7 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
2. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. 2 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
3. สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. รายงานประจำปี 2563 สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ; 2564.
4. บุญธิดา บุญแก้ว. การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับ ใบอนุญาต [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
5. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ฝ่ายสวัสดิการสังคม (Social Welfare) ม.ป.ป. [cited 1 กุมภาพันธ์ 2564. Available from: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/dept/ฝ่ายสวัสดิการสังคม/>.
6. สถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (Covid-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรค การป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [Internet]. สิงหาคม 2564 [cited 20 สิงหาคม 2565]. Available from: <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.
7. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ประกาศ-ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2563 [cited 21 สิงหาคม 2565. Available from: <http://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/chula-covid-19/anouncecovid/>.
8. Regehr C. Stress, Trauma, and Decision-Making for Social Workers. New york: Columbia University Press; 2018.
9. เทพวัลย์ สุชาติ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
10. นิชუნันท์ ประสารพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก, อรวรรณ แก้วบุญชู. ภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(3):48-63.
11. มณีสรา สุดิรัตน์. ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. 2556;1(2):17-26.
12. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

ธรรมดาเพรสจำกัด; 2556.

13. จิราลักษณ์ จงสถิตมันน์. สังคมสงเคราะห์กลุ่มชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมศาสตร์; 2549.
14. พงษ์เทพ สันติกุล. องค์การและการบริหารจัดการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
15. อาริยา ก้อนเมฆ. การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครภายใต้สมรรถนะหลัก กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
16. สุภาวดี พรสิป. การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สู่ระบบคุณภาพงานบริการ ในทัศนะของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
17. นงลักษณ์ เอ็ม ประดิษฐ์. สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. 2 ed. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2530.
18. พระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2556, เล่มที่ 130 ตอนที่ 8 ก (2556,24 มกราคม).
19. รพีพรรณ คำหอม. หลักการและกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จุลภาค. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
20. ศศิพิมล แก่นเมือง. ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 [สาานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2019.
21. กาญจนนภา ฉวีรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสถาบันทรวงอก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
22. ปวย อึ้งภากรณ์. จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน. พิมพ์ครั้งที่ 5. ed: มูลนิธิโกลมคิมทอง; 2559.
23. สุรัชย์ แก้วพิกุล. คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
24. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2 ed: Pocatello; 2010.
25. ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล. ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจและสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
26. Friganovic A, Selic P, Ilic B. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: Aliterature review. 2019.

27. ศศิวิมล ปานูราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
28. Li Z. Resilience and Profession quality of life of nurses in Tertiary Hospitals, The People's Republic of China. Chiangmai: Chiangmai University; 2017.
29. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ม.ป.ป [cited 2565 1 กุมภาพันธ์]. Available from: <https://dictionary.orst.go.th/>.
30. นิสารัตน์ คำพลอย. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงาน ทักษะจิตวิทยา ความสัมพันธ์กับหัวหน้างานกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร โดยมีความผูกพันกับองค์กรเป็นตัวกำกับ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
31. สุวรรณีย์ สุวรรณไพบุลย์. ทักษะของบุคลากรกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการต่อการเป็นองค์กรสร้างสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
32. สุนิสา สุขสงเคราะห์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานอย่างมีความสุขของนักสังคมสงเคราะห์ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
33. ดวงพร หน่อคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของงานกับความสุขในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
34. สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพองค์กร. Happy Workplace ม.ป.ป. [cited 2565 15 มกราคม]. Available from: <https://happy8workplace.thaihealth.or.th/about/what-is-it>.
35. ชนิสร่า ร่มเชื่อน. แนวทางการสร้างองค์กรสุขภาพะเมืองพัทยา [งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
36. สุภัทรา เผือกโสดา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขในการทำงานกรณีศึกษา อาจารย์และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2556.
37. จตุพร พุกษหิรัญ. การศึกษาความเครียดในงาน ผลของความเครียด และการเผชิญความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
38. ประพัตรา จันณะสมบัติ. ความสุขของ ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

39. กมลทิพย์ รั้ววงศ์ภัทร. แรงจูงใจในการทำงานและความเครียดจากการทำงานของนักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

40. นัยนา แสงทอง. ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2555.

41. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักสุขภาพจิต ; 2555 [cited 11 มิถุนายน 2565]. Available from: <https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=345>.

42. Raksa Content Team. ความเครียด (Stress). บริษัทดอกเตอร์รักษาจำกัด [Internet]. [cited 3 พฤษภาคม 2565. Available from: <https://www.doctorraksa.com/th-TH/blog/stress.html>.

43. จิรสุดา ธานีรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากงานของบุคลากรในโรงพยาบาลปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

44. ณิชภัทร วิบูลย์พานิช. วิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ปฏิบัติงานกับเด็กและครอบครัว กองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น กรมประชาสงเคราะห์ [สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.

45. University at Buffalo : School of Social work. Introduction to Self-Care. [Internet]. [cited March,2022 3]. Available from: <https://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/introduction-to-self-care.html>.

46. หฤทัย จงไกรจักร. สุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้าทายในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.

47. Cox K, Steiner S. Self-care in social work :A Guide for Practitioners,Supervision and Administrators. 5 ed. Washington,DC: NASW Press; 2020.

48. นพสิทธิ์ สิริจัญญชัย. อนุภาคของการ"สร้างทำ"เพื่อการดูแลตนเองม.ป.ป. Available from: สืบค้นจาก <https://chula.wellness.in.th/article/59>.

49. กฤษณา บุญโยประการ. ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

50. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.2540 13(3):[1-20 pp.]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2404>.
51. Youngs DE, Yaneva MA, Canter DV. Development of a measure of kindness. *Current Psychology*. 2021 May 26:1-13.
52. วาสนา จิงตระกูล. การประเมินความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา ประจำปี 2562. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*. 2020;2(2):106-32.
53. Walden Uni. 5 Ways Social Workers Can Reduce Stress : Self-care is essential when your job is helping others.[Internet] [cited 2022 July 28]. Available from: <https://www.waldenu.edu/online-masters-programs/master-of-social-work/resource/five-ways-social-workers-can-reduce-stress>.
54. Fujikawa A, Suzue T, Jitsunari F, Hirao T. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in Takamatsu, Japan. *Environmental health and preventive medicine*. 2011 Jan;16(1):25-35.
55. Pressman SD, Matthews KA, Cohen S, Martire LM, Scheier M, Baum A, et al. Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic medicine*. 2009 Sep;71(7):725-32.
56. Chayu T, Kreitler S. Burnout in nephrology nurses in Israel. *Nephrology Nursing Journal*. 2011 Jan 1;38(1):65-78.
57. Xu Y, Harmon-Darrow C, Frey JJ. Rethinking professional quality of life for social workers: Inclusion of ecological self-care barriers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2019 Jan 2;29(1):11-25.
58. Simpson R. Masculinity at work: The experiences of men in female dominated occupations. *Work, employment and society*. 2004 Jun;18(2):349-68.
59. Christie A. Negotiating the uncomfortable intersections between gender and professional identities in social work. *Critical Social Policy*. 2006 May;26(2):390-411.
60. Jayaratne S, Tripodi T, Chess WA. Perceptions of emotional support, stress, and strain by male and female social workers. *Social Work Research and Abstracts*. 1983 Jul 1;19(2):19-27.
61. Myers N. An exploration of gender-related tensions for male social workers in the Irish context. *Critical Social Thinking: Policy and Practice* [Internet]. 2010 [cited 2022

- 28]; 2. Available from: <https://www.ucc.ie/en/appsoc/resconf/conf/cst/vol2/theme2socialworkpractice/NiallMyers.pdf>.
62. Collings JA, Murray P. Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. *The British Journal of Social Work*. 1996 Jun 1;26(3):375-87.
63. Seng BK, Subramaniam M, Chung YJ, Syed Ahmad SA, Chong SA. Resilience and stress in frontline social workers during the COVID-19 pandemic in Singapore. *Asian Social Work and Policy Review*. 2021 Oct;15(3):234-43.
64. Coyle D, Edwards D, Hannigan B, Fothergill A, Burnard P. A systematic review of stress among mental health social workers. *International Social Work*. 2005 Mar;48(2):201-11.
65. ณัฐธิดา สุวรรณภพ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน การรับรู้คุณค่าของงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรสายวิชาการ กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
66. Lloyd C, King R, Chenoweth L. Social work, stress and burnout: A review. *Journal of mental health*. 2002 Jan 1;11(3):255-65.
67. Marc C, Osvat C. Stress and burnout among social workers. *Revista de Asistentă Socială*. 2013 Jul.;1(3):121-30.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 1476/2021

IRB No. 597/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

(COA No. 1476/2021)

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 : ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ที่ทาง
การแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเสาวลักษณ์ ทัฬหะ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย VERSION 2.0 DATED 4 OCTOBER 2021
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ VERSION 2.0 DATED 4 OCTOBER 2021
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย VERSION 2.0 DATED 4 OCTOBER 2021
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร VERSION 1.0 DATED 5 JULY 2021
5. แบบสอบถามสำหรับการวิจัย VERSION 1.0 DATED 5 JULY 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม
โครงการสำหรับอาสาสมัคร

AF 06-07/6.1
หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความ
เข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการ
วิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า
เท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบ
และประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ
เข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง
ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ
วัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามใน
เอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่		

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อการดูแลตนเองของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

- แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดความสุข (HAPPINOMETER) จำนวน 57 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5) จำนวน 30 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด (SDST-20) ฉบับสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ
- ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยที่ไม่ต้องเขียนชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถามชุดนี้
- ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด
- ท่านจะได้รับการทำแบบประเมินจำนวน 3 ครั้ง คือ
 - ครั้งที่ 1 ทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข (เดือนธันวาคม 2564)
 - ครั้งที่ 2 ทำแบบประเมินระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข (เดือนมีนาคม 2565)
 - ครั้งที่ 3 ทำแบบประเมินหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข (เดือนมิถุนายน 2565)
 โดยให้ท่านระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และทำแบบประเมินให้ครบทั้ง 3 ส่วน โดยผู้วิจัยจะจัดส่งเอกสารด้วยตนเอง ใส่ซองปิดผนึกถึงผู้เข้าร่วมวิจัย ให้เวลาผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามภายใน 3 วัน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำเอกสารใส่ซอง ปิดผนึกด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามกลับมาให้ผู้วิจัยโดยตรง หรือ ใส่ซองปิดผนึก และส่งจดหมายเวียนมาให้ผู้วิจัย
- ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรม ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง (จะมีการแจ้งรูปแบบ วันเวลาสถานที่ของกิจกรรมล่วงหน้า)
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้รวม 107 ข้อและใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 นาที

นางสาวเสาวลักษณ์ ทับคง

นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
<input type="checkbox"/> เพศทางเลือก	
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ /หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> หม้าย เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
5. อายุการทำงาน..... ปี
6. ระดับปฏิบัติงานในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ 3	
<input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ 4	
<input type="checkbox"/> นักสังคมสงเคราะห์ 5	
<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ นักสังคมสงเคราะห์ 6	
<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการพิเศษ นักสังคมสงเคราะห์ 7	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่มี	
<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ.....)	
8. ท่านมีงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่มี	
<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ.....)	

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามวัดความสุขส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ให้ท่านทำเครื่องหมาย

✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่าน มากที่สุด

สุขภาพกายดี (Happy Body)

1. ปัจจุบัน ท่านมี น้ำหนัก กิโลกรัม
ส่วนสูง เซนติเมตร
เส้นรอบเอว นิ้ว
2. โดยปกติท่านทานอาหารเช้า โดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน
() 1. ไม่ทานเลย () 2. ทานแต่ไม่บ่อย (1-2 วัน)
() 3. ทานเป็นบางครั้ง (3-4 วัน) () 4. ทานเป็นประจำ (5-6 วัน)
() 5. ทานทุกวัน
3. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละกี่วัน
() 1. ไม่ออกกำลังกายเลย () 2. น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
() 3. จำนวน 3 วัน ต่อสัปดาห์ () 4. มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
() 5. ทุกวัน
4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ใบจาก/ยาเส้น/บุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่
() 1. สูบเป็นประจำ () 2. สูบบ่อยครั้ง
() 3. สูบนานๆครั้ง () 4. ไม่สูบแต่เคยสูบ
() 5. ไม่เคยสูบเลย
5. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สาโท หรือสุราที่บ้านหรือไม่
() 1. ดื่มเกือบทุกวันเกือบทุกสัปดาห์ () 2. ดื่มเกือบทุกเดือน
() 3. ดื่มปีละ 1-2 ครั้ง () 4. ไม่ดื่มแต่เคยดื่ม
() 5. ไม่เคยดื่มเลย
6. โดยรวมแล้วท่านพึงพอใจกับสุขภาพกายของท่านหรือไม่
() 1. ไม่พอใจเลย/พอใจน้อยที่สุด () 2. พอใจน้อย
() 3. พอใจปานกลาง () 4. พอใจมาก
() 5. พอใจมากที่สุด

ผ่อนคลายดี Happy Relax

- โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าการพักผ่อนเพียงพอหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่พอ/น้อยที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. น้อย
<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. มาก
<input type="checkbox"/> 5. มากที่สุด	
- โดยรวมแล้วในหนึ่งสัปดาห์ท่านทำกิจกรรมเพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ (อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ซ้อมเปียโน เล่นเกมส์ ปลูกต้นไม้ ฯลฯ) หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำ/น้อยที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. ทำ 1-2 วัน/สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 3. ทำ 3-4 วัน/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 4. ทำ 5-6 วัน/สัปดาห์
<input type="checkbox"/> 5. ทำทุกวัน	
- โดยรวมแล้วท่านมีความเครียด (เครียดจากการทำงาน/เรื่องครอบครัว/เรื่องอื่นๆ) บ้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. เครียดมากที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. เครียดมาก
<input type="checkbox"/> 3. เครียดปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. เครียดน้อย
<input type="checkbox"/> 5. ไม่เครียดเลย	
- โดยรวมแล้วท่านคิดว่าชีวิตของท่านเป็นไปตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเลย	<input type="checkbox"/> 2. เป็นไปตามที่คาดหวังเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> 3. เป็นไปตามที่คาดหวังปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. เป็นไปตามที่คาดหวังมาก
<input type="checkbox"/> 5. เป็นไปตามที่คาดหวังมากที่สุด	
- เมื่อประสบปัญหาในชีวิต โดยทั่วไปท่านสามารถจัดการปัญหาได้หรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่สามารถจัดการได้เลย	<input type="checkbox"/> 2. จัดการได้น้อยมาก
<input type="checkbox"/> 3. จัดการได้ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. จัดการได้มาก
<input type="checkbox"/> 5. จัดการได้มากที่สุด	

น้ำใจดี Happy Heart

- โดยรวมแล้วท่านรู้สึกเอื้ออาทร/ห่วงใยต่อคนรอบข้างหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่รู้สึกเลยน้อยที่สุด	<input type="checkbox"/> 2. น้อย
<input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 4. มาก
<input type="checkbox"/> 5. มากที่สุด	

2. โดยรวมแล้วท่านให้การช่วยเหลือแก่คนรอบข้างหรือไม่
- () 1. ไม่เคย/แทบไม่เคยช่วย () 2. นานๆครั้ง
 () 3. ช่วยบ้างบางครั้ง () 4. ช่วยแทบทุกครั้ง
 () 5. ช่วยทุกครั้ง
3. โดยรวมแล้วท่านให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมหรือไม่
- () 1. ไม่ให้/ให้น้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
4. โดยรวมแล้วความสัมพันธ์ในที่ทำงานของท่านเหมือนพี่เหมือนน้องหรือไม่
- () 1. ไม่เหมือน/เหมือนน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
5. โดยรวมแล้วท่านสื่อสารพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานในองค์กรหรือไม่
- () 1. ไม่สื่อสารเลย/สื่อสารน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
6. โดยรวมแล้วในองค์กรของท่านมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงานระหว่างกันหรือไม่
- () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
7. โดยรวมแล้วท่านเต็มใจและยินดีในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมหรือไม่
- () 1. ไม่เต็มใจ/เต็มใจน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
8. โดยรวมแล้วท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น การปลูกป่า การบริจาคสิ่งของหรือไม่
- () 1. ไม่เข้าร่วม/เข้าร่วมน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

9. โดยรวมแล้วท่านได้ทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเองและมีประโยชน์ต่อสังคม เช่น การคัดแยกขยะ การลดใช้ถุงพลาสติก เป็นต้น

- () 1. ไม่ทำ/ ทำน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

จิตวิญญาณดี Happy Soul

1. โดยรวมแล้วท่านทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม/ศาสนา/การให้ทานหรือไม่

- () 1. ไม่ทำ/ ทำน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

2. โดยรวมแล้วท่านปฏิบัติตามศาสนาเพื่อให้จิตใจสงบหรือไม่

- () 1. ไม่ปฏิบัติ/ ปฏิบัติน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

3. โดยรวมแล้ว ท่านยกโทษ และให้อภัยอย่างจริงจังต่อผู้ที่สำนึกผิดหรือไม่

- () 1. ไม่ยกโทษ/ ให้อภัยน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

4. โดยรวมแล้ว ท่านยอมรับและขอโทษในความผิดที่ทำหรือมีส่วนรับผิดชอบหรือไม่

- () 1. ไม่ยอมรับ/ ขอโทษน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

5. โดยรวมแล้ว ท่านตอบแทนผู้มีพระคุณ หรือผู้ที่ช่วยเหลือท่าน หรือไม่

- () 1. ไม่ตอบแทน/ตอบแทนน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

ครอบครัวดี Happy Family

1. ท่านมีเวลาอยู่กับครอบครัวเพียงพอหรือไม่

- () 1. ไม่เพียงพอ () 2. น้อย

- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
2. ท่านทำกิจกรรม (ออกกำลังกาย ทำบุญ ชื่อของ ฯลฯ) ร่วมกับคนในครอบครัวหรือไม่
 () 1. ไม่ทำ/ ทำน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
3. โดยรวมแล้วท่านมีความสุขกับครอบครัวของท่านหรือไม่
 () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

สังคมดี Happy Society

1. โดยรวมแล้วเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อท่านหรือไม่
 () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
2. โดยรวมแล้วท่านปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับของสังคมหรือไม่
 () 1. ไม่ปฏิบัติ/ ปฏิบัติน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
3. โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินหรือไม่
 () 1. ไม่รู้สึก/ รู้สึกน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
4. โดยรวมแล้วเมื่อท่านมีปัญหาท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากคนในชุมชนหรือไม่
 () 1. ไม่ได้/ ได้น้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด
5. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าสังคมไทยทุกวันนี้มีความสุขหรือไม่
 () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก

- () 5. มากที่สุด
6. โดยรวมแล้วทุกวันนี้ท่านใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขหรือไม่
- () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด

ใฝ่รู้ดี Happy Brain

1. โดยรวมแล้วท่านสนใจในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่างๆหรือไม่
- () 1. ไม่สนใจ/ สนใจน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด
2. โดยรวมแล้วท่านสนใจที่จะพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในชีวิตหรือไม่
- () 1. ไม่สนใจ/ สนใจน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด
3. ท่านมีโอกาที่จะได้รับการอบรมศึกษาต่อดูงานเพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถของตนเองหรือไม่
- () 1. ไม่มีโอกาส/ มีโอกาสน้อยที่สุด () 2. มีโอกาสน้อย
- () 3. มีโอกาสปานกลาง () 4. มีโอกาสมาก
- () 5. มีโอกาสมากที่สุด

สุขภาพเงินดี Happy Money

1. ท่านรู้สึกว่าการผ่อนชำระหนี้สินต่างๆโดยรวมของท่านในปัจจุบันเป็นภาระหรือไม่
- () 1. เป็นภาระหนักที่สุด () 2. เป็นภาระหนักมาก
- () 3. เป็นภาระปานกลาง () 4. เป็นภาระน้อย
- () 5. ไม่เป็นภาระ/ไม่ได้ผ่อนชำระ/ไม่มีหนี้สิน
2. ท่านยังต้องผ่อนชำระหนี้ ตามกำหนดเวลาทุกครั้งหรือไม่
- () 1. ไม่ตรงเวลาเลยในทุกครั้ง () 2. ไม่ตรงเวลาบ่อยครั้ง
- () 3. ตรงเวลาบ้างบางครั้ง () 4. ตรงเวลาเกือบทุกครั้ง
- () 5. ตรงเวลาทุกครั้ง

3. โดยรวมแล้วถ้ามีเงินเก็บออมในแต่ละเดือนหรือไม่

- () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. มี/เก็บออมเพียงเล็กน้อย
 () 3. มี/เก็บออมปานกลาง () 4. มีเก็บออมมาก
 () 5. มี/เก็บออมมากที่สุด

4. โดยรวมแล้วค่าตอบแทนที่ได้รับทั้งหมดในแต่ละเดือนเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละเดือน

- () 1. รายจ่ายเกินกว่ารายได้มาก () 2. รายจ่ายเกินกว่ารายได้เล็กน้อย
 () 3. รายได้พอๆกับรายจ่าย () 4. รายจ่ายน้อยกว่ารายได้
 () 5. รายจ่ายน้อยกว่ารายได้มาก

การงานดี Happy Work Life

1. ท่านมีความสุขต่อสภาพแวดล้อมโดยรวมขององค์กรหรือไม่

- () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

2. ท่านได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีจากองค์กรหรือไม่

- () 1. ไม่ได้รับ/ได้รับน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก
 () 5. มากที่สุด

3. ท่านพึงพอใจกับสวัสดิการที่องค์กรจัดให้หรือไม่

- () 1. ไม่พอใจเลย/พอใจน้อยที่สุด () 2. พอใจน้อย
 () 3. พอใจปานกลาง () 4. พอใจมาก
 () 5. พอใจมากที่สุด

4. ท่านได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมายแรงงานจากองค์กรของท่านหรือไม่

- () 1. ไม่ได้เลย/ได้รับน้อยที่สุด () 2. ได้รับเล็กน้อย
 () 3. ได้รับพอสมควร () 4. ได้รับมาก
 () 5. ได้รับมากที่สุด

5. ท่านได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้น/เลื่อนตำแหน่ง/ปรับเงินค่าจ้างประจำปีที่ผ่านมาด้วยความเหมาะสมหรือไม่

- () 1. ไม่เหมาะสม/เหมาะสมน้อยที่สุด () 2. น้อย
 () 3. ปานกลาง () 4. มาก

- () 5. มากที่สุด
6. อาชีพของท่านในขณะนี้มีความมั่นคงหรือไม่
- () 1. ไม่มั่นคง/มั่นคงน้อยที่สุด () 2. มั่นคงน้อย
- () 3. มั่นคงปานกลาง () 4. มั่นคงมาก
- () 5. มั่นคงมากที่สุด
7. ค่าตอบแทนที่ท่านได้รับคุ้มค่างับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการทำงาน (การถูกฟ้องร้อง/การได้รับอันตรายจากการทำงาน ฯลฯ)
- () 1. ไม่คุ้มค่า/คุ้มค่าน้อยที่สุด () 2. คุ้มค่าน้อย
- () 3. คุ้มค่าปานกลาง () 4. คุ้มค่ามาก
- () 5. คุ้มค่ามากที่สุด
8. ขณะทำงานอยู่ในองค์กรนี้ หากท่านมีโอกาสได้ศึกษาต่อและเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ท่านจะทำงานต่อหรือลาออก
- () 1. ออกแน่นอน () 2. อาจะลาออก
- () 3. น่าจะลาออก () 4. ไม่ลาออก
- () 5. ไม่ลาออกแน่นอน
9. ถ้าท่านมีโอกาสเปลี่ยนสถานที่ทำงานหรือองค์กรอื่นชวน/ติดต่อไปทำงาน ท่านพร้อมที่จะไปหรือไม่
- () 1. ไปแน่นอน/ไปทันที () 2. คิดว่าจะไป
- () 3. ไม่แน่ใจ () 4. ไม่ไป
- () 5. ไม่ไปแน่นอน
10. โดยรวมแล้วท่านสามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในข้อเสนอแนะกับนายจ้าง หรือหัวหน้างานหรือไม่
- () 1. ไม่มีส่วนร่วม/มีน้อยที่สุด () 2. มีส่วนร่วมบ้างเล็กน้อย
- () 3. มีส่วนร่วมปานกลาง () 4. มีส่วนร่วมมาก
- () 5. มีส่วนร่วมมากที่สุด
11. ความถูกต้องของการจ่ายค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ฯลฯ ที่ท่านได้รับจากองค์กรของท่านเป็นอย่างไร
- () 1. ไม่ถูกต้องทุกครั้ง () 2. ไม่ถูกต้องบ่อยครั้ง
- () 3. ถูกต้องบ้างเป็นบางครั้ง () 4. ถูกต้องเกือบทุกครั้ง
- () 5. ถูกต้องทุกครั้ง
12. ความตรงต่อเวลาของการจ่ายค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ฯลฯ ที่ท่านได้รับจากองค์กรเป็นอย่างไร
- () 1. ไม่ตรงเวลาทุกครั้ง () 2. ไม่ตรงเวลาบ่อยครั้ง
- () 3. ตรงเวลาบ้างเป็นบางครั้ง () 4. ตรงเวลาเกือบทุกครั้ง

- () 5. ตรงเวลาทุกครั้ง
13. โดยรวมแล้วท่านทำงานอย่างมี “ความสุข” หรือไม่
- () 1. ไม่มี/ มีน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด
14. ท่านภาคภูมิใจที่ได้เป็นพนักงาน /บุคลากรขององค์กร/ได้ทำงานในองค์กรนี้หรือไม่
- () 1. ไม่ภาคภูมิใจ/ภูมิใจน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด
15. ท่านรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมขององค์กรที่ท่านทำงานในปัจจุบันหรือไม่
- () 1. ไม่รู้สึก/รู้สึกน้อยที่สุด () 2. น้อย
- () 3. ปานกลาง () 4. มาก
- () 5. มากที่สุด
16. โดยรวมแล้วปัจจุบัน ความสุขของท่านอยู่ในระดับใด ให้ท่านกากบาท () ลงบนเส้นด้านล่าง
โดยคะแนนจะเรียงจากน้อยไปหามาก เริ่มจาก 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย ไปจนถึง 10 หมายถึง มีความสุขที่สุด



ส่วนที่ 3 : แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (The Professional Quality of life Scale [Pro-QOL Version 5])

คำชี้แจง : ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านดูแลผู้ใช้บริการ ท่านอาจรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อมีความรู้สึกดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อท่าน ทั้งในทางบวกและทางลบ ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานในบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดทุกข้อ

คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ

- 1 = ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อได้ให้บริการผู้ใช้บริการ
- 2 = นานๆครั้ง หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อได้ให้บริการผู้ใช้บริการ นานๆครั้ง
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อได้ให้บริการผู้ใช้บริการ บางครั้ง
- 4 = บ่อย หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อได้ให้บริการผู้ใช้บริการ บ่อยครั้ง
- 5 = บ่อยมาก หมายถึง ผู้ตอบทำ/รู้สึกตามข้อความดังกล่าวเมื่อได้ให้บริการผู้ใช้บริการ บ่อยมาก

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อย มาก
	1	2	3	4	5
1. ฉันมีความสุขที่ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
2. ฉันหมกหมุ่นอยู่กับผู้ใช้บริการที่ฉันช่วยเหลือหลายคน					
3. ฉันได้รับความพึงพอใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
4. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ง่าย					
5. ฉันตกใจกับเสียงที่ไม่คาดคิด					
6. ฉันรู้สึกมีพลังมากขึ้นหลังจากได้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					

ข้อความ	เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อย มาก
	1	2	3	4	5
7. ฉันรู้สึกว่ายากที่จะแยกชีวิตส่วนตัวออกจากชีวิตทำงาน โดยเฉพาะการทำงานในหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
8. ฉันไม่ค่อยได้สร้างสรรค์งานใหม่ๆ เพราะฉันต้องพักผ่อนจากความอ่อนล้าจากการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
9. ฉันคิดว่าฉันอาจได้รับผลกระทบจากความเครียด/ความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการที่ฉันช่วยเหลือ					
10. ฉันรู้สึกว่าฉันติดอยู่ในวังวนของงานการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่ฉันทำ					
11. เพราะฉันมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ฉันจึงรู้สึกว่า ฉันเข้าไปมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ					
12. ฉันชอบงานของฉันในฐานะผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
13. ฉันรู้สึกเศร้า เนื่องจากเห็นความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการที่ฉันดูแลช่วยเหลือ					
14. ฉันรู้สึกอินกับความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการที่ฉันดูแลช่วยเหลืออยู่					
15. ฉันมีความเชื่อ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้ฉันอยู่ได้					
16. ฉันพอใจกับการที่ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ด้วยเทคนิคและวิธีการต่างๆ					
17. ฉันเป็นคนอย่างที่ผมต้องการจะเป็นอยู่เสมอ					

ข้อความ	เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อย มาก
	1	2	3	4	5
18. งานการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการของ ฉัน ทำให้ฉันรู้สึกพึงพอใจ					
19. ฉันรู้สึกอ่อนล้าจากการทำงานใน ฐานะผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					
20. ฉันรู้สึกมีความสุข เมื่อนึกถึงผู้ใช้ บริการที่ฉันได้ดูแลช่วยเหลือและวิธีการที่ ฉันได้ช่วยเหลือ					
21. ฉันรู้สึกว่าภาระงานของฉันนั้นมี มากมาย เพราะจำนวนผู้ใช้บริการที่ฉัน ต้องดูแลช่วยเหลือนั้นมีมากจนดูเหมือนจะ ไม่มีที่สิ้นสุด					
22. ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถดูแลช่วยเหลือ ผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
23. จากประสบการณ์ที่น่ากลัวของ ผู้ใช้บริการที่ฉันเคยให้การดูแลช่วยเหลือ ทำให้ฉันหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือ สถานการณ์ที่จะทำให้ฉันนึกถึง					
24. ฉันภูมิใจในสิ่งที่ฉันได้กระทำเพื่อดูแล ผู้ใช้บริการ					
25. จากการที่ฉันดูแลช่วยเหลือ ผู้ใช้บริการ ทำให้ฉันมีความคิดที่ก้าวร้าว และน่ากลัวเกิดขึ้น					
26. ฉันรู้สึกว่า ระบบการทำงานในการ ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการมีความยุ่งยาก					
27. ฉันคิดว่า ฉันประสบความสำเร็จใน ฐานะผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					

ข้อความ	เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย	บ่อย มาก
	1	2	3	4	5
28. ฉันไม่อยากจะจดจำ ช่วงเวลาที่ฉันได้ ดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่มีความทุกข์ ทรมาน					
29. ฉันเป็นคนที่ดีและห่วงใยคนอื่น มากๆ					
30. ฉันมีความสุขที่ฉันเลือกทำงานดูแล ช่วยเหลือผู้ใช้บริการ					



ส่วนที่ 4 : แบบประเมินความเครียด ฉบับปรับปรุง (SPST-20)

คำชี้แจง : ที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง และท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ระดับความเครียด ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความเครียด	1	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
ระดับความเครียด	2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
ระดับความเครียด	3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
ระดับความเครียด	4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
ระดับความเครียด	5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

คำตอบในระยะ 2 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
	1	2	3	4	5
1. กลัวทำงานผิดพลาด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6. เงินไม่พอใช้จ่าย					
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9. ปวดหลัง					
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11. ปวดศีรษะข้างเดียว					
12. รู้สึกวิตกกังวล					
13. รู้สึกคับข้องใจ					
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15. รู้สึกเศร้า					

คำตอบในระยะ 2 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
	1	2	3	4	5
16. ความจำไม่ดี					
17. รู้สึกสับสน					
18. ตั้งสมาธิลำบาก					
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อยๆ					

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวเสาวลักษณ์ ทับคง
วัน เดือน ปี เกิด	18 กันยายน 2535
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาเศรษฐศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2557 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2563
ที่อยู่ปัจจุบัน	66/267 ม. 4 ต.บางเมืองใหม่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY