

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมหนึ่งที่พยาบาลกระทำมาตั้งแต่ในอดีตควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษา แต่ถูกนำมาปฏิบัติอย่างจริงจังและแพร่หลาย เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สำหรับประเทศไทยในช่วงแรกมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐและแจ้งผลการตรวจโดยไม่มีการใช้เทคนิคการให้การปรึกษา ปรากฏว่าผู้รับบริการเกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรงเช่น ซึมเศร้าฆ่าตัวตาย มีความขัดแย้งกันรุนแรงในครอบครัวนำไปสู่การทอดทิ้งผู้ป่วย การรังเกียจ เป็นต้น กอปรกับช่วงนั้นการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีลักษณะในเชิงลบ ผลกระทบดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญ ของเทคนิคการบอกผลเลือดและเริ่มมีการนำการให้การปรึกษามาใช้กับงานเอดส์เป็นครั้งแรกใน ปีพ.ศ. 2528 โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และให้บริการช่วยเหลือทางการแพทย์และสังคม จนกระทั่งปีพ.ศ. 2534 ได้จัดทำแผน เร่งรัดการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตั้งหน่วยบริการให้การปรึกษาและเปลี่ยนนโยบาย การค้นหาผู้ติดเชื้อเป็นการบริการตามความสมัครใจของผู้รับบริการโดยตั้งเป็นคลินิกนิรนาม ต่อ มาคลินิกนิรนามถูกมองว่าเป็นคลินิกของผู้ติดเชื้อหรือผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) กระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยนจากคลินิกนิรนามเป็นคลินิกให้การปรึกษาทางสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นการให้บริการทุกกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้มีสุขภาพ กายและจิตดี (สมมาตร พรหมภักดี, เพ็ญจันทร์ ประดับมุกและศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2538)

เมื่อโรงพยาบาลทุกระดับต้องมีคลินิกบริการปรึกษาจึงจำเป็นต้องมีบุคคลที่มีความ สามารถด้านนี้มาทำงาน บุคลากรการพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มใหญ่ในโรงพยาบาลและมีงานให้ บริการกับผู้ป่วยโดยตรง จึงถูกเลือกให้มาทำงานเรื่องนี้เป็นจำนวนมาก จะเห็นได้จากการที่กรม สุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และโรงพยาบาลสวนปรุง ได้จัดการอบรม การให้บริการปรึกษาในเขตภาคเหนือเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2535 ขึ้น ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในหลักสูตรขั้นพื้นฐานหรือหลักสูตรเบื้องต้น (basic course) เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับ การอบรมรุ่นแรก ๆ จะเป็นพยาบาลประจำการทั้งพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคในหน่วย งานของรัฐ เช่นจากโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง เป็นต้น พยาบาลเหล่านี้หน่วยงานจะเป็น

ผู้คัดเลือกโดยเลือกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายต่างๆที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการรักษา ซึ่งพิจารณาตามความจำเป็นและเหมาะสมของหน่วยงานนั้นๆ ในหลักสูตรนี้ผู้เข้ารับการอบรมใช้ระยะเวลา 3-5 วัน เมื่อเสร็จสิ้นการอบรมพยาบาลผู้เข้ารับการอบรมจะกลับไปปฏิบัติหน้าที่เดิม และปฏิบัติงานให้การปรึกษาร่วมด้วย นอกจากพยาบาลจะทำหน้าที่ให้บริการรักษาในคลินิกบริการรักษาแล้ว ยังต้องทำหน้าที่เป็นวิทยากรฝึกอบรมการให้บริการรักษาให้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ต่อไป อีก พยาบาลหลายคนจึงถูกเลือกมาเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกการเป็นวิทยากร (TOT : Training of Trainer course) ซึ่งเป็นการจัดอบรมให้ผู้ปฏิบัติงานให้บริการรักษาที่ผ่านการอบรมทั้งหลักสูตรขั้นพื้นฐานและหลักสูตรขั้นสูงมาก่อนแล้ว เพื่อให้เป็นวิทยากรในการจัดการอบรมเทคนิคการให้การปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของตนเอง หน่วยงานที่รับผิดชอบและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นการขยายงานให้การปรึกษาและเพิ่มจำนวนบุคลากรให้บริการรักษา เพื่อให้ผู้ที่ให้บริการปรึกษามีความเข้าใจ เห็นความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคมมากขึ้น มีทักษะและความพร้อมในการให้บริการปรึกษามากขึ้น

บริการรักษาในระยะแรกจะเน้นหนักในคลินิกผู้ติดเชื่อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เนื่องจากผู้ติดเชื่อมีความรู้สึกผิด ละอาย กังวล ซึมเศร้า กลัวว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีปัญหาทางด้านจิตใจ และต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคมมาก (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ต่อมาได้มีการขยายผลการดำเนินงานให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์สู่การปรึกษาทางการแพทย์โรคอื่นๆ เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ (ศูนย์พัฒนาวิชาการการปรึกษาเรื่องเอดส์, 2541) จนกระทั่งในปัจจุบันมีการจัดตั้งคลินิกให้การปรึกษาเพิ่มขึ้นอีกมากมาย เช่น คลินิกโรคเลือดและโรคเรื้อรัง คลินิกวัยรุ่นเพื่อให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติดและการปรับตัว คลินิกการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกวัยทองสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน และคลินิกสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรง เป็นต้น การให้บริการปรึกษาเป็นการเปลี่ยนรูปแบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรักษา อันจะทำให้เกิดความเข้าใจ พอใจและร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพ (ศูนย์พัฒนาวิชาการการปรึกษาเรื่องเอดส์, 2541) ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้และมีความรับผิดชอบสังคมมากขึ้น คลินิกต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถช่วยในการรองรับปัญหาทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่บุคคลต่างๆ ซึ่งในการให้บริการปรึกษาในคลินิกเหล่านั้นแม้จะใช้หลักการและเทคนิคต่างๆเหมือนกันแต่ก็จะแตกต่างกันมากในเนื้อหา รายละเอียดต่างๆ และปัญหาของผู้ที่มาใช้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการปรึกษาจึงต้องมีความพร้อมที่จะรับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม มีความแม่นยำในทักษะหรือเทคนิคในการให้บริการปรึกษา ต้องมีความรู้ในเนื้อหาของเรื่องที่ทำให้การปรึกษาเป็นอย่างดี ต้องรู้และเข้าใจในบทบาทของตนเอง มีความเข้าใจและยอมรับตัวเอง มีความเชื่อมั่น บุคลิกมั่นคง สามารถควบคุมอารมณ์ได้ รับฟังปัญหาจากผู้มารับการปรึกษาได้อย่างสงบ ได้รับความยอมรับ เชื่อถือจากผู้รับบริการปรึกษา สามารถสร้างสัมพันธภาพกับ

ผู้รับบริการปรึกษาได้อย่างดี มีบุคลิกภาพที่อบอุ่น เปิดเผย เป็นกันเอง มีความรับผิดชอบ ความเสียสละ อดทน มีแรงจูงใจและปรับตัวได้ดี มีใจรัก เพราะเป็นงานที่ต้องใช้เวลาพอสมควร และต้องมีความต่อเนื่อง เนื่องจากเรื่องที่สนทนากันเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อนอาจต้องอาศัยเวลาในการอธิบายและการตัดสินใจ และบางปัญหาอาจยุ่งยากซับซ้อนมากไม่สามารถที่จะพบกันเพียงครั้งเดียวได้ อาจต้องพบมากกว่า 1-2 ครั้ง ต้องมีความตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษา ยุติธรรม มีอารมณ์ขัน ใจกว้าง ปฏิภาณไหวพริบดี สามารถเก็บรักษาความลับของผู้มารับการปรึกษาและที่สำคัญต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษามาก่อน (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532 ; วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 2533; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541; อุษา เชื้อหอม, 2539) กล่าวได้ว่าการให้บริการปรึกษาต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ละเอียดอ่อนร่วมกับการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ดังนั้นนอกจากที่ผู้ให้บริการปรึกษาต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะต่างๆแล้ว ยังต้องเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ของตนเองด้วย หากผู้ให้บริการปรึกษามีความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะ ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ก็จะสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ผู้รับบริการได้ประโยชน์ เนื่องจากบุคคลได้แนวคิด ได้วิธีการในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ขณะเดียวกันพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาก็มีความสุข ความพอใจ มีแรงจูงใจที่จะทำงานการปรึกษาต่อไปให้ดีที่สุด

แต่จากศึกษารายงานการติดตามนิเทศผู้ให้บริการปรึกษาพบว่า ผู้ให้บริการปรึกษาประสบปัญหาหลายอย่างและคำถามที่ได้รับจากการนิเทศแต่ละครั้งจากสถานที่ต่างๆมักจะซ้ำกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ ผู้ให้บริการปรึกษาขาดทักษะการให้บริการปรึกษา มีอารมณ์ร่วมกับผู้รับบริการปรึกษามากเกินไป ประวิงเวลาไม่กล้าบอกผลเลือด (กรณีผู้รับบริการติดเชื้อเอชไอวี) และไม่กล้าสอบถามความคิดฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ (ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และอรทัย เจียมดำรัส, 2541) นอกจากนี้ยังมีรายงานการนิเทศและผลการวิจัยภายหลังการอบรมทักษะการให้บริการปรึกษาของกรมสุขภาพจิต พบว่า ในพื้นที่ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการปรึกษามีจำนวนไม่เพียงพอ ต้องรับผิดชอบหลายหน้าที่หลายด้าน ทำให้มีเวลาน้อยในการให้บริการปรึกษา บางหน่วยงานไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการให้บริการปรึกษา ขาดการสนับสนุนและพัฒนาต่อเนื่องภายหลังการอบรมหลักสูตรพื้นฐานแล้ว บางรายเกิดความรู้สึกท้อถอย เบื่อหน่ายและไม่อยากเป็นผู้ให้บริการปรึกษาต่อไป (ศูนย์พัฒนาวิชาการการปรึกษาเรื่อง เอเดส, 2541) และจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการปรึกษาจำนวน 18 คน ที่มีต่องานให้บริการปรึกษาของตนเอง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานดังกล่าวเป็นการเพิ่มภาระซึ่งต้องทำทั้งงานประจำและงานให้บริการปรึกษา ทำให้รู้สึกเหนื่อย บางครั้งรู้สึกไม่อยากให้บริการและไม่อยากสนทนากับผู้รับบริการ ในบางครั้งพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษากำลังปฏิบัติงานประจำของตนเองอยู่แต่ถูกตามไปให้บริการปรึกษาอย่างกะทันหัน ทำให้รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ พยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาบางคนเผชิญปัญหาของผู้รับบริการที่ยุ่งยาก

ซับซ้อนซึ่งผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ แต่พยาบาลผู้ให้บริการไม่สามารถช่วยเหลือได้ ทำให้รู้สึกอึดอัด แต่บางรายรู้สึกเฉย บางรายพาตัวเองเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ของผู้รับบริการมากเกินไป เมื่อจบการสนทนาจึงนำเก็บไปคิดต่อ ไม่ปล่อยวางทำให้เกิดความไม่สบายใจ บางรายรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ รู้สึกสูญเสียความมั่นใจและสูญเสียความสำนึกในคุณค่าแห่งตน พยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาบางรายเพื่อและดับข้อใจในความไม่แน่นอนและไม่ชัดเจนของผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งขัดกับนโยบายของจังหวัด การขาดแคลนสถานที่ให้บริการปรึกษาที่เป็นส่วนตัวทำให้ต้องอาศัยมุมตึกหรือห้องว่างเป็นบางครั้ง และหลายครั้งที่ต้องย้ายห้องกระทันหันขณะให้บริการปรึกษาเนื่องจากเจ้าของห้องต้องการใช้ห้อง บางครั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมทีมให้บริการปรึกษาเนื่องจากทัศนคติไม่ตรงกัน จากข้อมูลทั้งหมดทั้งจากรายงานการติดตามนิเทศและจากการสัมภาษณ์พบว่า พยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาประสบปัญหาต่างๆซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อ หงุดหงิด อึดอัดดับข้อใจ เหนื่อย ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกสูญเสียความมั่นใจ ความสามารถและความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ซึ่งความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ มีลักษณะคล้ายกลุ่มอาการความเหนื่อยหน่าย (burnout)

ตามแนวคิดของแมสแลช (Maslach, 1982) อธิบายความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกลุ่มอาการที่แสดงความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลและการลดความสำเร็จส่วนบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยเฉพาะงานที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ งานที่ต้องสัมผัสกับอารมณ์ ความรู้สึกที่หลากหลายของบุคคล ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ประกอบด้วยความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การลดค่าความเป็นบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบ ส่วนการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อตนเอง ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ ไม่ภาคภูมิใจในความสามารถและผลงานของตนเอง ความเหนื่อยหน่ายพบบ่อยในกลุ่มวิชาชีพที่มีหน้าที่บริการสังคม ต้องเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (โยทะกา ภาคพงษ์, 2538 ; Muldary, 1983) เช่น ครู หนายความ ตำรวจ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ผู้ให้บริการปรึกษา เป็นต้น (Maslach, 1982) ในกลุ่มของบุคลากรทางด้านสุขภาพพบว่ามีความเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (Muldary, 1983) โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้มาจากลักษณะและธรรมชาติของงาน กล่าวคือพยาบาลต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ ความเจ็บป่วยของมนุษย์ ต้องพบปะสัมพันธ์กับบุคคลหลายฝ่าย ต้องเผชิญกับความกดดัน ความคับข้องใจ ต้องการการตัดสินใจที่รีบด่วน (โยทะกา ภาคพงษ์, 2538) มีลักษณะเป็นผลัด มีตารางเวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน ต้องอยู่เวรในวันหยุด (Muldary, 1983) ซึ่งลักษณะงานที่เครียดเช่นนี้ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ง่าย

ความเหนื่อยหน่ายในงานไม่ควรเกิดขึ้น เนื่องจากความเหนื่อยหน่ายเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลแล้วในระยะแรกจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ใจ ไม่มีแรงสภาพร่างกายอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดตามร่างกาย นอนหลับยาก ต่อมาเริ่มมีทัศนคติในทางลบ

ต่อผู้อื่น รู้สึกเบื่อหน่าย เฉื่อยชา ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนและความเป็นบุคคลลดลง โทษตนเอง ซึมเศร้า อารมณ์เสื่อง่าย และท้ายสุดบุคคลจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในผู้อื่นลดลง คุณธรรมลดลง มักจับผิดและตำหนิผู้อื่น ขาดความช่วยเหลือผู้ร่วมงาน พยายามปกป้องตนเอง ขาดการเห็นใจผู้อื่น มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ขาดความเมตตากรุณา ขาดเป้าหมายการทำงาน ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน หลบงาน ทำงานผิดพลาดบ่อย ขาดความสนใจและมีความผูกพันกับงานลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและส่งผลให้คุณภาพของงานลดลงด้วย บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Duxbury,1984; Maslach, 1982; McConnell, 1982 ; Muldary,1983 ; Pines, 1993 ; Stuart & Sundeen,1987) บางรายไม่มีความพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลให้บุคคลนั้นขาดงาน เกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย และทำให้บุคคลลาออกจากงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโดแลน (Dolan, 1987) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานต่ำจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง นั่นคือพยาบาลที่ไม่พึงพอใจในงานหรือมีความพึงพอใจน้อยจะรู้สึกเหนื่อยหน่ายและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน และหากพยาบาลหลายคนมีอาการเหนื่อยหน่ายในงานการทำงานเป็นทีมก็จะไม่ได้ผล (โยทะกา ภคพงศ์, 2538; ลักษณา อินทร์กลับ, 2528 ; Maslach, 1982 ; Muldary,1983) พยาบาลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมักจะมีความรู้สึกอยากเปลี่ยนงานและมีแนวโน้มลาออกจากงานสูง จากการศึกษาของมัลดารี (Muldary, 1983) พบว่าพยาบาลใหม่ในช่วง 1 ปีแรกลาออกถึงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เกิดจากความเหนื่อยหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซอท์เจินส์ (Seutjens, 1982) ที่กล่าวว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกาพยาบาลวิชาชีพลาออกจากวิชาชีพถึงร้อยละ 30-40 ทุกปีเนื่องจากความเหนื่อยหน่าย และยังมีรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศอีกมากที่พบว่าพยาบาลลาออกเนื่องจากความเหนื่อยหน่าย (พัชรี เอมะนาวิน, 2534) ส่งผลให้เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล เกิดความเสียหายต่อหน่วยงาน และทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยงานหรือองค์กรนั้นลดลง หากความเหนื่อยหน่ายยังคงมีอยู่ต่อไปจะเกิดความเสียหายต่อวิชาชีพ การยอมรับและทัศนคติของสังคมที่มีต่อวิชาชีพพยาบาลก็จะลดลงตามด้วย (โยทะกา ภคพงศ์, 2538) และส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการคือ ทั้งผู้ป่วยที่พยาบาลดูแลอยู่และผู้ที่มารับบริการปรึกษาจะถูกละเลยมากขึ้น ไม่ได้รับความสนใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายถึงกับชีวิตได้ ส่วนผู้มารับบริการปรึกษาอาจไม่ได้รับการปรึกษาที่ดี ส่งผลเสียต่อการบริการพยาบาลได้ และเมื่อพิจารณาความเหนื่อยหน่ายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV (The revision of the 4th edition of the Diagnostic and Statistic manual of Mental Disorder) พบว่า ความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะใกล้เคียงกับการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorder) และตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 (10th revision of the International Classification of Disease) พบว่าความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคที่มีอาการอ่อนเพลีย ภาวะวุ่นวายใจและประสาทอ่อนไหวง่าย (Neurasthenia) และจัดอยู่ในกลุ่มที่มี

ปัญหาเกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการจัดการกับชีวิต (problem related to life-management difficulty) ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่ควรได้รับความสนใจ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย และปัญหาจากรายงานการปรึกษาดังกล่าว จึงน่าจะได้อธิบายได้ว่า พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคเหนือ ที่ต้องทำหน้าที่ให้บริการปรึกษาเพิ่มขึ้นในช่วงนี้มีกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่ายด้านใด มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติทั้งงานประจำของตนเอง เช่น งานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก เป็นต้น ควบคู่ไปกับงานให้บริการปรึกษาซึ่งการให้บริการปรึกษานั้นเป็นงานที่เน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พยาบาลที่ให้บริการปรึกษาต้องเผชิญกับบุคคลที่มีปัญหาต่าง ๆ มากมายต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์และความทุกข์ของผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการบางรายอาจมีความลำบากใจในการสนทนาเรื่องเพศ เรื่องสารเสพติด เรื่องของพฤติกรรมส่วนตัวหรือเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการ หรืออาจเกิดอารมณ์ร่วมกับผู้รับบริการปรึกษาได้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) การที่พยาบาลที่ให้บริการปรึกษาต้องเผชิญกับปัญหาและความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ทุกวัน หรือทำงานที่ซ้ำ ๆ เหมือนเดิมเป็นระยะเวลายาวนานเกินไป อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย และทัศนคติในทางลบกับงานซึ่งส่งผลเสียกับผู้รับบริการได้ (Pine & Maslach, 1978)

นอกจากลักษณะงานที่เป็นแหล่งก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายแล้ว การที่บุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรืองานบริการของตนที่กระทำอยู่ หรือได้รับมอบหมายงานมากเกินไปที่จะจัดการได้ หรือทำงานในระยะเวลาที่จำกัด (โยทะกา ภคพงษ์, 2538; Muldary, 1983) หน่วยงานที่มีทรัพยากรจำกัด ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Muldary, 1983) ไม่มีความพึงพอใจในงาน (Duxbury, Armstrong, Drew & Henly, 1984) ล้วนแต่เป็นสภาพการณ์ที่ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ทั้งสิ้น นอกจากนั้นแล้วนโยบายและแผนงานบริการปรึกษาของหน่วยงานที่ไม่ชัดเจน ให้ความสำคัญกับขั้นตอนการทำงานมากกว่าปัญหาและความต้องการของคน มีปริมาณงานมากกว่าจำนวนผู้ให้การปรึกษา การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้การปรึกษาลดลง การมีผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานที่ไม่เข้าใจการให้บริการปรึกษา และการที่ต้องให้บริการที่ขัดกับแนวทางช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้รับบริการปรึกษา เช่น แพทย์สั่งให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่แจ้งให้ผู้รับบริการปรึกษาทราบก่อน เมื่อผลเลือดเป็นบวกก็ส่งให้ผู้ให้การปรึกษาแจ้งผลเลือดซึ่งทำให้ผู้ให้บริการปรึกษาเกิดความลำบากใจ อึดอัดใจ แม้ว่าจะแจ้งปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องทราบแล้วยังเกิดกรณีนี้ซ้ำ ๆ อีก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่สามารถก่อให้เกิดผู้ให้การปรึกษาเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ทั้งสิ้น (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2540 ; สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ดังนั้นการศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคเหนือที่ให้บริการปรึกษา จะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงสุขภาพจิตของพยาบาล ถ้าพบว่ามีความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นไม่ว่า

ระดับใดก็ตาม ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้การช่วยเหลือ รวมทั้งตัวพยาบาลเองด้วย เพื่อระงับผลเสียที่อาจจะเกิดตามมาหากปล่อยทิ้งไว้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านของพยาบาลประจำการที่ให้บริการ
 บริการในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ

คำถามการวิจัย

พยาบาลประจำการที่ให้บริการบริการในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ มีความ
 เหนื่อยหน่ายแต่ละด้านอยู่ในระดับใด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน โดยศึกษาในพยาบาล
 ประจำการที่ให้บริการบริการ ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ ระหว่างเดือน
 มิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง กลุ่มอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ
 ทำงาน กลุ่มอาการแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความ
 เป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ประเมินโดยการใช้แบบสำรวจความเหนื่อยหน่าย
 ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1986) แปลโดย สิริระยา สัมมาวาจ (2532)

พยาบาลประจำการที่ให้บริการบริการ หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญา
 ตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี และสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้
 ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น 1 ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและมีหน้าที่ให้
 บริการบริการ

โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 ระดับอำเภอที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปแต่ไม่เกิน 120 เตียง ในเขต 17 จังหวัด

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา ตาก
สุโขทัย อุตรดิตถ์ พิษณุโลก กำแพงเพชร พิจิตร เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University