

ผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

The effect of Happiness-Building activities for medical
social workers at Chulalongkorn

Received 8 August, 2022

Revised 19 September, 2022

Accepted 21 September, 2022

เสาวลักษณ์ ทับคง¹

Saowalak Tabkong²

ชาวิท ตันวีระชัยสกุล³

Chavit Tunvirachaisakul⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของการทำกิจกรรมสร้างสุขเพื่อนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองทำกิจกรรมสร้างสุขในผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัยช่วงเวลาก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัยช่วงเวลาก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ช่วงเวลาก่อนร่วมกิจกรรม

¹ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขาภพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร E-mail: saowalak.tab58@gmail.com

² Master's student, Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

³ อาจารย์ ดร.นายแพทย์, อาจารย์ประจำสาขาสุขาภพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร E-mail: chawit.tun@gmail.com

⁴ Dr., M.D., Ph.D., Lecturer of Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand

(เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) ตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2565 โดยประชากรที่ศึกษาเป็น นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ แบบประเมินความเครียดฉบับสวนปรุง และกิจกรรมสร้างสุขจำนวน 6 กิจกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวน นอกจากนี้จะใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงต่อคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ผลศึกษาพบว่า 1) กิจกรรมสร้างสุขยังไม่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อผลของคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ และคะแนนความเครียด ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มตัวอย่างยังคงมีคะแนนความสุขทั้ง 9 มิติ อยู่ในเกณฑ์มีความสุข รวมถึงมีคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งคะแนนแต่ละหัวข้อไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรมมากนัก 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ค่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (ประจักษ์ครั้งที่ 0) แต่ละมิติตัวแปร สามารถทำนายผลของมิตินั้นๆ ในทิศทางบวก ($p < 0.001$) อีกทั้งตัวแปร อายุ เพศ มีงานอดิเรกทำ และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถทำนายมิตีย่อยของความสุข คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ และความเครียด ($p < 0.05$) ในเพศชายมีแนวโน้มความสุขในมิติสังคมดีลดลง มีความเครียดมากกว่าเพศหญิง นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากหรืออายุงานที่มาก มีความเครียด และความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองน้อยกว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยหรือมีอายุงานน้อย และการมีงานอดิเรกทำช่วยลดความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟ

ในการทำงานได้ 4) ข้อเสนอแนะหน่วยงานเพื่อเพิ่มความสุข คุณภาพชีวิต นักสังคมสงเคราะห์ และลดความเครียดคือ ควรส่งเสริมการทำกิจกรรมให้นักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยหรืออายุงานน้อยได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเพิ่มกลยุทธ์ วิธีการของการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ หรือส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขอคำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากหรืออายุงานที่มาก ควรส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์มีกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกจะช่วยลดความเครียด และผู้เกี่ยวข้องหรือหัวหน้างานควรพิจารณาและให้คำแนะนำส่งเสริมหรือจัดบริการที่ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, คุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ, ความเครียด, ความสุขในการทำงาน, การดูแลตนเอง

Abstract

The study of the effect of Happiness-Building activities for medical social workers at Chulalongkorn Hospital aims to test the activities, compare score and study the factors used to predict the change in happiness, professional quality of life, and stress of medical social workers at Chulalongkorn Hospital during pre- mid- and post-experiments during January to June 2022. A total of 31 participants is medical social workers in Chulalongkorn Hospital. Demographic data, HAPPINOMETER, Professional Quality of life Scale (ProQOL-5), Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), and 6-activity programs were applied. 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 study reveals that 1) Happiness-Building activities did not lead to a positive change in the happiness, professional quality of life and stress in pre – mid- and post-activity programs; 2) The results shows participants are still in ‘happy’ level in all 9 different dimension of happiness, gain moderate Professional quality of life and high-stress levels. Their scores are not significantly different scores at pre-activity test; 3) Each baseline is able to predict the dependent variables in a positive direction ($p<0.001$). Also, age, gender, hobby, and attending rate are able to predict the participants’ happiness, quality of life and stress ($p<0.05$). Males have tendency to be less happy in Social Happiness dimensions and more stress than females. Senior social workers experience less stress and secondary traumatic stress than junior social workers. Hobbies result in stress reduction from secondary traumatic stress and burnout. 4) Suggestions to increase happiness, quality of life for social workers and reduce stress is that the hospital should promote activities and training especially toward junior social workers. Activities may involve strategies to deal with stress or encourage the exchange of knowledge, advice a from senior social workers. The hospital should encourage social workers to have hobbies to reduce stress. Lastly, persons in charge or supervisors should provide advice and continue to promote services for good mental health.

Keywords: Medical social workers, Professional quality of life, Stress, Happiness of work life, Self-care

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ทำงานร่วมกับมนุษย์ ในการให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ป้องกัน ผลักดัน ให้ผู้ใช้บริการที่ประสบปัญหาทาง

สังคม อารมณ์ จิตใจ ที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ กลับมาช่วยเหลือตัวเอง (Help them to help them self) (วันทนี วาสิกะสิน และคณะ, 2553) รวมทั้งประสบการณ์และบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ที่จะช่วยค้นหาสภาพปัญหาและวิเคราะห์บนพื้นฐานหลักความเป็นจริง เป็นงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางวิชาชีพ (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2555) ในปี 2563 ประเทศไทยมีนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับใบอนุญาตจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556 จำนวน 2,802 คน (สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์, 2564) โดยกระจายอยู่ในภาคส่วนงานต่างๆ อาทิ งานด้านสวัสดิการครอบครัวและเด็ก งานด้านผู้ติดยาเสพติดให้โทษ งานราชทัณฑ์ งานด้านคนชรา งานด้านคนไร้ที่พึ่ง งานสงเคราะห์หญิงบางประเภท งานในโรงเรียน และ งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์(นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2555) ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม สำหรับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นอีกรูปแบบของการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ โดยใช้ความรู้ ทักษะ เทคนิค ให้บริการด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ตามกระบวนการมาตรฐานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (บุญธิดา บุญแก้ว, 2559) กับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในมิติของการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่แรกเกิดจนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังได้ทำหน้าที่เสริมพลัง (Empowerment) และให้บริการกับผู้ใช้บริการอย่างเข้าอกเข้าใจ (Empathy) (ระพีพรรณ คำหอม, 2556)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้จัดตั้งฝ่ายสวัสดิการสังคมขึ้นมีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นนักสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต ให้บริการสังคมสงเคราะห์ที่ครอบคลุมมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ได้รับบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างสรรค์งานวิชาการและนวัตกรรมสู่สังคม (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ม.ป.ป.)

เดือนธันวาคม 2562 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการ

โรคติดต่อ, 2564) ทำให้บุคลากรทุกภาคส่วนต่างต้องปรับเปลี่ยนการให้บริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองเริ่มมีมาตรการป้องกันที่เข้มแข็งขึ้น เช่น บุคลากรและผู้ใช้บริการทุกท่านต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ และปรับลด เลื่อนนัดผู้ป่วย (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2563) นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองต้องปรับเปลี่ยนการให้บริการในสถานการณ์วิถีใหม่ (New normal) ในฐานะที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ใช้บริการ จะต้องร่วมเผชิญหน้ากับปัญหาที่หลากหลายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน การจัดการกับภาวะอารมณ์ ความรู้สึกร่วม (Sympathy) และการเข้าใจ (Empathy) (ระพีพรรณ คำหอม, 2556) กับผู้ใช้บริการ จะเห็นได้ว่าการทำงานกับผู้ใช้บริการในสถานการณ์ที่หลากหลาย และยาวนาน ส่งผลให้เกิดสะสมในอารมณ์ ความรู้สึกเป็น ความเครียด (Stress) ในบางครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตตนเอง ทำให้นักสังคมสงเคราะห์ได้รับบาดเจ็บมือสอง (Secondary traumatization) ความรู้สึกเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ส่งผลให้นักสังคมสงเคราะห์เข้าสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานในที่สุด (Burnout) (Stamm, 2010)

ในต่างประเทศ ปัญหาที่นักสังคมสงเคราะห์ต้องเผชิญจากการทำงานอย่างในรัฐเนวาดา ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่ามึนักสังคมสงเคราะห์ถูกทำร้ายทางวาจา 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 (Regehr, 2018) ในขณะที่ประเทศไทยเองนั้น มิติคุณภาพชีวิต ความเครียด หรือความเหนื่อยล้าต่างๆ ของนักสังคมสงเคราะห์พบงานวิจัยหรือบทความที่กล่าวถึงได้น้อย ส่วนใหญ่จะ

มีการประเมินบุคลากรทางการแพทย์สายอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เป็นต้น ข้อมูลที่ผู้วิจัยพบทวนวรรณกรรมพบงานที่เริ่มกล่าวถึงความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในปี 2530 ของเทพวัลย์ สุชาติ (2530) ผลการวิจัยพบว่านักสังคมสงเคราะห์มีความเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 82.1 ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงานในด้านความก้าวหน้า เงินเดือน สภาพแวดล้อม บุคลิกภาพแบบ A และอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีงานกล่าวถึงความเครียดนักสังคมสงเคราะห์โดยรวมเป็นบุคลากรทางการแพทย์อย่างเช่น เรื่องความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (มณีสรา สุดิรัตน์, 2556) นักสังคมสงเคราะห์ที่บ้านบางแคเอง ในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยบางเวลา พบว่า มีความเครียดซึ่งเกิดจากปัจจัยปัญหาทางสุขภาพและปัญหาส่วนตัว ในขณะที่เดียวกันบทความเรื่อง “โปรตุเกสดูแลเราก่อนที่พวกเราจะลาออก” สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานนอกสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ของ ศุภาพิชญ์ (มณีสราคร) โพน โปร์แมนน์, วรรณวิไล ภูตระกูล และ นิรนาท วิทย์โชคกิติ (2556) กล่าวถึงนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นอกสังกัด กรมสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับมาก มีความต้องการฝึกอบรมในเรื่องการดูแลช่วยเหลือ และฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีผู้ที่ไม่มีความต้องการลาออกหรือย้ายภายใน 5 ปี ข้างหน้า จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 26.83

ปัจจัยที่ทำให้ความเครียดในการทำงานลดลงนั้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน คือการเพิ่มความสุขในการทำงาน ซึ่งตามที่แผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน(สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาวะองค์กร, ม.ป.ป.) ได้ทำการศึกษาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงาน โดยได้นำ “องค์กรแห่งความสุข” (Happy workplace) ตามที่ได้รับแนวคิดจากแนวคิดของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ที่ได้กำหนดตัวชี้วัด

ความก้าวหน้าของมนุษย์ เรียกว่า “ความสุข 8 ประการ” (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2556) ได้ให้ความสำคัญ ต่อ “คน” และเพิ่มคุณค่าของ “คน” ให้เป็น “คนสำคัญ” คนทำงานมีทักษะการทำงานที่ดี (Work skill) และมีทักษะการใช้ชีวิตที่ดี (Life skill) ควบคู่กันไป เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และคนทำงานมีความสุขในการทำงาน ซึ่งในความสุข 8 ประการประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังนี้ มิติสุขภาพดี (Happy body) มิติน้ำใจดี (Happy heart) มิติผ่อนคลายดี (Happy relax) มิติใฝ่รู้ดี (Happy brain) มิติจิตวิญญาณดี (Happy soul) มิติสุขภาพการเงินดี (Happy money) มิติครอบครัวดี (Happy family) และมิติสังคมดี (Happy society)

ในฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองนั้น ยังไม่มีการจัดกิจกรรมรูปแบบกิจกรรมสร้างสุขเพื่อพัฒนาความสุขใน 8 มิติ และพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปแบบแบบชัดเจน จึงเห็นว่าควรมีการส่งเสริมการทำการกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม เพราะหากนักสังคมสงเคราะห์มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพลังในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลดีต่อตนเองและหน่วยงาน รวมถึงส่งผลดีต่อการเสริมสร้างชุมพลที่จะส่งต่อไปยังผู้ใช้บริการให้ได้ การดำรงตนให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงความตึงเครียดที่เกิดขึ้นก่อนจะลุกลามเป็นปัญหาใหญ่นั้น นั่นคือ การดูแลตนเอง (Self-care) ตามที่ University at Buffalo : School of Social work (n.d.) ในการดูแลตนเองนั้น การดูแลตนเองหมายถึง การที่ทำการกิจกรรมหรือฝึกฝนตน ให้สามารถรับมือกับสภาวะความเครียด ให้ลดลง คงอยู่หรือดีขึ้นในระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อสุขภาพกายและจิตที่อยู่ดีมีสุข อันจะสามารถลดภาวะตึงเครียด และภาวะแห่งความสุขในการปฏิบัติงานให้คงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น การดูแลตนเองให้สามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่แปรผันนั้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสายวิชาชีพที่ทำงานกับมนุษย์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาในเรื่องการทำการกิจกรรมเสริมสุขเพื่อการดูแลตนเอง (Self-care) ของนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทดลองทำกิจกรรมสร้างสุข ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6)
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6)
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6)

สมมติฐานการวิจัย

1. กิจกรรมสร้างสุขส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) แตกต่างกัน และมีค่าคะแนนในทิศทางบวก
2. ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องส่งผลการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนระดับความสุข คะแนนระดับคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมสร้างสุข กับความสุขระดับบุคคล คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้แก่ ความพอใจในช่วยเหลือ

ผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งได้แก่ ความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ภาวะหมดไฟในการทำงาน และระดับความเครียด โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มากกว่า 4 เดือน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 31 คน

ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน 2565

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมวิจัย มีความสุขระดับบุคคล รวมถึงมีคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์เพิ่มมากขึ้น มีความเครียดลดลงหลังจากร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาทดลอง
2. เพื่อเป็นแนวทางให้นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้เพื่อดูแลตนเอง (Self-care) ได้
3. เพื่อให้นักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมการวิจัย เเท่าทันและตระหนักในการดูแลตนเอง ก่อนที่สถานการณ์ความเครียดที่จะส่งผลต่อตนเองและมีผลกระทบในการปฏิบัติงานได้
4. เพื่อเป็นแนวทางให้ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นำไปพัฒนา จัดกิจกรรม เพื่อดูแลสุขภาพกาย จิต สังคมอย่างเป็นองค์รวมของนักสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงาน ส่งเสริมการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวมของการให้บริการงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลที่ดีได้

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะ นักวิชาชีพ ความสุขในการทำงาน ความเครียด และการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

1. นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical social work)

งานสังคมสงเคราะห์เป็นงานที่มีรากฐานมากจากการช่วยเหลือกลุ่ม คนที่เดือดร้อนและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต่อมาได้รับการพัฒนาให้มี มาตรฐานในการให้บริการที่ไม่ได้มีเพียงเรื่องของการทำกุศล (Charity) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนในมิติอื่นๆ ตามที่ วันทนีย์ วาสิกะสิน และคณะ (2553) และ นางลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2555) มีความเห็นที่ สอดคล้องกันว่า ตามที่ แมรี ริชมอนด์ (Mary Richmond) ผู้ให้กำเนิดงาน สังคมสงเคราะห์เฉพาะราย ได้ให้ความสำคัญกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ของ ซิกมุนด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ว่าการที่มนุษย์ประสบปัญหาต่างๆ นั้น เป็น เพราะความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความเชื่อมโยงกันระหว่างมนุษย์กับสังคม ดังนั้นจึงต้องอาศัยขั้นตอนบางอย่าง เพื่อปรับบุคลิกภาพและความสัมพันธ์ ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ และมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และ นางลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2555) ยังได้กล่าวถึงงานสังคมสงเคราะห์ที่มีการให้บริการ หลายรูปแบบ รวมทั้งงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ อาริยา ก้อนเมฆ (2552) กล่าวว่า งานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล จะมีนักสังคมสงเคราะห์ ทางทางการแพทย์เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่มีส่วนในการแก้ไขปัญหา ที่เกิดจากความเจ็บป่วยอาการทางกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ อื่น รวมถึงปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ นักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทใน การทำงาน ร่วมแก้ไขปัญหา ในภาวะยากลำบากของผู้ป่วยซึ่งในบางรายไม่ สามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองได้ จากข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้ การรักษามีประสิทธิภาพและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกับ สุภาวดี พรสิข (2545) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยมีปัญหาใน การรักษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคม

นักสังคมสงเคราะห์จึงร่วมค้นหาทรัพยากรที่แวดล้อมผู้ป่วย ทั้งในโยงโยของครอบครัว และในท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการรักษา รวมทั้งวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เชื่อมประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รับบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าว พัฒนาตนเองมีพลังกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

การที่จะทำงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์นั้นตามที่นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2530) กล่าวว่า จำเป็นต้องใช้ความชำนาญพิเศษ มีความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ มีความเข้าใจเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อความเจ็บป่วย การรับมือ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลที่ต่างกัน ซึ่ง บุญธิดา บุญแก้ว (2559) กล่าวว่านักสังคมสงเคราะห์นั้น ต้องปฏิบัติงานภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การทำงานเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน ในปัจจุบันมีการรับรองวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ให้นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาตจากสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ.2556 (2556) พงษ์เทพ สันติกุล (2558) ให้ความเห็นว่าในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทในการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการหรือผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ซึ่ง ระพีพรรณ คำหอม (2556) ให้ความเห็นว่ายังมีบทบาทการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ในการพิทักษ์สิทธิ ประสานงานวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้บริการ

การให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ที่เป็นมาตรฐานจึงมีกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ ตามที่ ระพีพรรณ คำหอม (2556) ให้ความเห็นไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย (1) การแสวงหาข้อเท็จจริงทางสังคม (Fact finding) เป็นการหาข้อมูลข้อเท็จจริงโดยใช้ทักษะและกระบวนการต่างๆ (2) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (Analysis) การนำข้อมูลของผู้ใช้บริการมาวิเคราะห์โดยการระบุปัญหาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาใน

การจะร่วมแก้ไขกับผู้ให้บริการ (3) การวางแผนการดำเนินงาน (Planning) วางแผนจะจัดการปัญหา เพื่อกำหนดทิศทางการทำงาน ระยะเวลา เป้าหมาย ของงานในการทำงานร่วมกัน (4) การดำเนินงาน (Implementation/ intervention/treatment) การดำเนินงานตามที่ได้กำหนดไว้ตามแผนงาน ซึ่งอาจจะเป็นแผนการดำเนินงานระยะสั้น แผนงานระยะยาว ซึ่งใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของแผนงานที่กำหนดไว้ โดยประสานทรัพยากรที่เหมาะสม (5) ติดตามและการประเมินผล (Follow up and evaluation) เป็นขั้นตอนที่จำเป็นและมีความสำคัญมาก เพื่อติดตามดูผลของการให้ความช่วยเหลือมีผลต่อผู้ให้บริการเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางใด และ (6) การสิ้นสุดการให้ความช่วยเหลือ (Termination) ที่เป็นการยุติการให้บริการ เมื่อผู้ให้บริการสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ในวงรอบปกติสุขของผู้ใช้บริการเอง

2. คุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ในฐานะนักวิชาชีพ (Professional quality of life)

Harland (อ้างถึงใน ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2556) ได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการในด้านอาหาร การได้รับการบริการ ฐานะ ความอยากมีอยากได้ ซึ่งเป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ สอดคล้องกับ Mc Call (อ้างถึงใน ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2556) ได้ขยายประเด็นลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ออกไปในเรื่องของ ประสบการณ์ชีวิต แมคคอลล เสนอเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตเป็นมิติต่างๆ ตามประสบการณ์ชีวิต ของคนทั้งในแง่ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ รวมถึงความชอบและความเจ็บปวด ความสุขและความทุกข์ ยังรวมถึงเรื่องของความผาสุก ความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจในชีวิต หรือความสุขและความทุกข์ ในส่วนคุณภาพชีวิตการทำงาน สุรชัย แก้วพิกุล (2552) ได้ให้ความเห็นว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตการทำงานในลักษณะความพึงพอใจในการทำงานนั้นจะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดความต้องการทำงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมภายในองค์กร เช่น การขาดงานลดลง คุณภาพงานดีขึ้นนำไปสู่ประสิทธิภาพขององค์กรในที่สุด

เรียกว่าบรรลุปเป้าหมายทั้งตัวบุคคลและองค์กรอีกด้วย คุณภาพชีวิตการทำงานในฐานะนักวิชาชีพ Stamm (2010) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอารมณ์ ความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่อการให้บริการผู้ให้บริการ โดยใช้ความรู้ทางวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการรอดพ้นจากภัยที่ประสบหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งการให้บริการย่อมส่งผลกระทบต่อด้านกาย จิต ซึ่งแบ่งได้ 2 แบบ คือ 1) ความรู้สึกทางบวก นั่นคือความพึงพอใจจากการช่วยเหลือ (Compassion satisfaction) ยิ่งทำยิ่งตอบสนองต่อศีลธรรมในจิตใจ (Moral) สร้างคุณค่า รู้สึกเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างยิ่งและ 2) ความรู้สึกทางลบ คือ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ความรู้สึกแยะ รู้สึกไม่ดี ห่อเหี่ยว หมดหวัง หมดคุณค่า ที่เกิดขึ้นหลังจากให้ความช่วยเหลือและเหตุการณ์นั้นยังคงพัวพัน วนเวียนในความคิด จิตใจ ซึ่งส่งผลในรูปแบบของการหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และ การมีความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary traumatic stress) หากความชุกจากความเหนื่อยล้าในการทำงานในวิชาชีพสูง ย่อมส่งผลต่อชีวิตส่วนตัว ครอบครัว คนรอบข้าง ผู้ใช้บริการ รวมทั้งองค์กรที่ทำงาน แต่ในทางกลับกัน หากผู้ปฏิบัติงานมีความสุข ย่อมสะท้อนต่อการทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ Friganovic, Selic and Ilic (2019) ที่ว่าหากบุคคลมีอาการเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน จะส่งผลกระทบต่อบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพอย่างมาก ถึงแม้ว่าปัญหาความเหนื่อยหน่ายจะเป็นปัญหาระดับสาธารณสุข แต่ยังไม่มีแนวทางป้องกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดและลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายสำหรับผู้ที่มีความต้องการได้รับการดูแลที่สูง และเพื่อสร้างสมดุลกลับคืนมายังนักวิชาชีพเหล่านั้น

การตอบสนองประเด็นการเติมเต็มคุณภาพชีวิต สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Hierarchy of needs theory) ของ Abraham Maslow (อ้างถึงใน ศิรินันท์ กิติสุขสถิต และคณะ, 2556) มาสโลว์เชื่อว่ามนุษย์ไม่ได้ต้องการเพียงเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social belonging) เท่านั้น แต่มนุษย์มีความต้องการระดับสูงกว่านั้น คือ ความต้องการเป็นอิสระ

(Autonomy) การได้รับการยอมรับ (Self-esteem) และการทำงานอย่างเต็มศักยภาพ (Self-actualization) สำคัญสำคัญของทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการมี ได้แก่ (1) ความต้องการด้านกายภาพ (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จะทำให้อยู่รอดได้ หรือคือความต้องการของร่างกาย ซึ่งได้แก่ อาหาร เครื่องดื่ม เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย (2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) คือ ความต้องการความปลอดภัยจากอาชญากรรม การโจรกรรม การทำร้ายคนที่มีความรู้สึกปลอดภัยจะไม่รู้สึกวุ่นวาย ถูกคุกคาม (3) ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) ความต้องการความรัก (Love needs) ต้องการความใส่ใจ การได้รับการยอมรับ หรือความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Belonging needs) (4) ความต้องการในการได้รับการยอมรับ (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการ ความมั่นคง ความต้องการได้รับความเคารพนับถือ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้มแข็งและการนำความสามารถมาใช้ประโยชน์ให้กับสังคม ถ้าขาดการตอบสนองต่อความต้องการนี้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อยหรือไร้คุณค่า และ (5) ความต้องการความสมบูรณ์ในชีวิต (Self-actualization needs) คือ การได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องหรือบรรลุ ความต้องการในการเป็นทุกอย่างที่ตนเองคาดหวังไว้ การประสบความสำเร็จอย่างถึงที่สุด ผู้วิจัยเห็นว่าหากมนุษย์ได้รับการเติมเต็มในแต่ละขั้นอย่างมากเพียงพอตามความต้องการของตนเอง จะมีแรงจูงใจพัฒนาไปสู่ลำดับขั้นถัดไปได้อย่างเต็มกำลัง หากผู้บริหารองค์กรทราบว่างานของพนักงานมีความต้องการระดับขั้นใดที่สมควรส่งเสริมพัฒนา เพื่อเป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้มนุษย์มีความมั่นคงในชีวิต และมั่นคงที่จะทำงาน จะนำไปสู่การผลิผลงานได้ดี และมีความผูกพันในองค์กรทำให้ลดอัตราการเปลี่ยนงานได้

3. ความสุขในการทำงาน (Happiness at work)

สุข หรือความสุข ตามความหมายของพจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 หมายถึง สบายกายสบายใจ ส่วน สุวรรณีสวรรณไพบุลย์ (2559) ให้ความหมายของความสุข คือ อารมณ์ความรู้สึก ที่มี

ระดับของความพึงพอใจมากน้อย ต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเพลิดเพลิน ความสนุก และเป็นการสร้างการรับรู้ของตนเองต่อการกระทำที่ประสบความสำเร็จ โดยมีความภาคภูมิใจต่อการกระทำของตนเองในความคิดเชิงบวกต่อสิ่งนั้น ในแง่ความสุขในการทำงาน คือ อารมณ์ ความรู้สึกทางบวกที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีอิสระในงานที่ทำ ได้รับความสำเร็จในงาน ได้พัฒนาศักยภาพ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ตามที่ สุนิสา สุขสงเคราะห์ (2562) ได้กล่าวไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงพร หน่อคำ (2557) ที่กล่าวว่าความสุขในการทำงานคือความรู้สึกทางบวกที่มองเห็นคุณค่าในการทำงานที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลรู้สึกสนุก ชื่นชอบ ทำงานด้วยความเต็มใจ ซึ่งความซึ่งเกิดจากการทำงานที่มีคุณค่า และเกิดจากความเต็มใจ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพองค์กร (ม.ป.ป.) ได้เสนอแนวคิดการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต กับการทำงานอย่างมีความสุขในการสร้างองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) 8 ประการ ประกอบด้วย (1) สุขภาพดี (Happy body) คือ การรู้จักใช้ชีวิต รู้จักกิน รู้จักนอน ชีวิตมีสุขเหมาะสมกับเพศ เหมาะสมกับวัย เหมาะสมกับสถานการณ์ (2) น้ำใจงาม (Happy heart) คือ การมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน (3) การผ่อนคลาย (Happy relax) คือ ต้องผ่อนคลายกับสิ่งต่างๆ ใน การดำเนินชีวิต หากการทำงานเครียดต้องมีวิธีผ่อนคลายในการทำงาน เพื่อรักษาสมดุลของชีวิตนั่นเอง (4) การหาความรู้ (Happy brain) คือ การที่คนเราศึกษาหาความรู้พัฒนาตัวเองตลอดเวลาจากแหล่งต่างๆ พัฒนานตนเองอย่างต่อเนื่อง (5) ทางสงบ (Happy soul) เป็นคุณธรรมเบื้องต้นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในการดำรงชีวิต มีความศรัทธาต่อศาสนา ศรัทธาในคุณงามความดีทั้งปวง มีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต (6) ปลอดภัย (Happy money) คือ การใช้เงินเป็น สามารถจัดการรายรับรายจ่ายของตนเองได้มีเงิน รู้จักเก็บรู้จักใช้เป็นที่ให้พอดีมีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง (7) ครอบครัวที่ดี (Happy family) คือ การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง และให้ความสำคัญกับครอบครัวเพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันเป็นกำลังใจ (8) สังคมดี (Happy society) มี 2 ประการ คือ สังคมในที่ทำงาน

กับสังคมนอกที่ทำงาน มนุษย์ทุกคนต้องมีความรักสามัคคีเอื้อเฟื้อต่อชุมชนที่ตนทำงานและพักอาศัย มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดีเพราะเชื่อว่าการที่ผู้คนมีความเป็นอยู่ที่ดีภายในสังคมหรือชุมชน ย่อมเป็นพื้นฐานที่ดี สามัคคีต่อกัน พร้อมร่วมใจช่วยกันพัฒนาชุมชน

4. ความเครียด (Stress)

ประพัตรา จันธนะสมบัติ (2545) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดหมายถึง ความรู้สึก ปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ไม่พึงปรารถนา ซึ่งสอดคล้องกับศิริลักษณ์ เตชะธนะอิทธิกุล (2561) ได้ให้ความหมายว่า ความเครียดคือสภาวะหรืออาการที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่ตนเองประเมินว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตราย รวมทั้งเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสภาวะ เช่น ความกดดัน ทุกข์กาย ไม่สบายใจ เป็นต้น จนทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้นๆ เพื่อรักษาสมาดุลของตนเองไว้ ผ่านการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลว่าที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งที่บุคคลไม่น่าพอใจหรืออาจจะหนักหนาเกินกว่ากำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และเกิดความผิดปกติของร่างกายและพฤติกรรมด้วย ตามที่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2555) ได้นิยามไว้ความเครียดมีกันทุกคนมากขึ้นขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความคิด การประเมินสถานการณ์แต่ละคน ความเครียดในระดับพอที่จะช่วยกระตุ้นให้มีพลังกระตือรือร้น ต่อสู้ชีวิตผลักดันให้เอาชนะปัญหาและอุปสรรค แต่หากมีความเครียดมากเกินไปจนบุคคลควบคุมไม่ได้ ต้องหาทางผ่อนคลาย

สาเหตุของความเครียด พอสรุปได้ เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ก็คือ ปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มาจากตัวผู้คน มิลเลอร์ และ คิน (อ้างถึงในประพัตรา จันธนะสมบัติ, 2545) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากสิ่งแวดล้อมในนอกและภายในร่างกาย ซึ่งได้แก่ 1) ความเครียดภายในร่างกาย (Internal

stress) ได้แก่ ความเครียดทางชีวภาพ (Biological stress) เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรือสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เช่น อากาศ อาหาร น้ำ ซึ่งถ้าร่างกายได้รับไม่เพียงพอก็จะทำให้รู้สึกไม่สบายตัว เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดหัว และความเครียดทางด้านพัฒนาการ (Development stress) เป็นความเครียดที่เกิดในพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามความต้องการทางจิตใจทางสังคม เช่น การประสบความสำเร็จตามช่วงวัย การได้รับความรัก การได้รับความนับถือ หากไม่ได้รับตามที่คาดหวังไว้ทำให้เกิดความเครียดได้ 2) ความเครียดจากภายนอก (External stress) หรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมภายนอก วิกฤต สถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับร่างกายก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น ภาวะสงคราม น้ำท่วม โรคระบาด สถานการณ์โควิด-19 ภาวะฝุ่นละออง PM2.5 เป็นต้น และข้อเรียกร้องในวัฒนธรรมที่บุคคลอยู่อาศัย หากมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนไม่เป็นไปตามวิถีประชาในพื้นที่นั้น อาจจะได้รับคำตำหนิตัวด้วยสายตา ท่าทางหรือคำพูด อาจทำให้บุคคลในสถานการณ์นั้นมีความเครียดจากการพยายามปรับตัวให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมดังกล่าว

ผลกระทบของความเครียด อาการเครียดที่เกิดขึ้นได้เปลี่ยนแปลงร่างกายหลายๆด้าน แบ่งกลุ่มอาการได้ตามที่ ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล (2561) ให้ความเห็นดังนี้ 1) ผลกระทบต่อตนเอง อาการด้านเขาวุ่นปัญญา คือ หลงลืมง่าย สมาธิสั้น ความอดทนต่ำ ความสามารถการแก้ไขปัญหาลดลง ประสิทธิภาพในการตัดสินใจแย่งลง เห็นแต่ด้านลบของสิ่งต่างๆ อารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียวง่าย ซึมเศร้า เสียใจ รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว โทษคนอื่น อาการด้านร่างกาย คือ ปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะศีรษะ ไหล่ และคอ ระบบขับถ่ายมีปัญหา ผอมร่าง เป็นสิว หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้กำเริบ ประจำเดือนมาไม่ปกติ เป็นต้น และอาการด้านพฤติกรรม คือ รับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลง นอนไม่หลับ ปลีกตัวออกจากสังคม รู้สึกอ่อนเพลียตลอดเวลา ทำผิดพลาดตลอดเวลา สุขุมหิรุมมากขึ้น ตื่นแอลกอฮอล์มากหรือบ่อยครั้งขึ้น รวมถึงหันไปพึ่งยาเสพติด

หรือการพนัน 2) ผลกระทบต่อครอบครัว เกิดปัญหาจากความไม่เข้าใจกันใน
ภาวะนี้ อาจทำให้ทะเลาะเบาะ อาจทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว
ไม่เหมือนเดิม ผลกระทบต่อที่ทำงาน เกิดความผิดพลาดในการทำงาน ไม่มี
สมาธิทำงาน เกิดปัญหาการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานได้ และ 3) ผลกระทบกับ
สังคมทั่วไป อาจจะมีปัญหาทะเลาะกับคนอื่นทั่วไปที่ต้องพบปะได้ง่าย
ไม่สามารถอดทนรอได้นาน หรืออาจมีผลให้ทำร้ายผู้อื่น

5. การดูแลตนเอง (Self-care)

University at Buffalo : School of Social work (ม.ป.ป.) ได้ให้นิยามว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ทำกิจกรรมหรือฝึกฝนตน ให้สามารถรับมือกับสภาวะความเครียด ให้ลดลง คงอยู่หรือดีขึ้นในระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อสุขภาพกายและจิตที่อยู่ดีมีสุข ตามที่ Dean Nancy Smyth (อ้างถึงใน University at Buffalo : School of Social work, n.d.) ได้ให้นิยามว่าเหมือนคุณอยู่บนเครื่องบิน คุณสุดแสนจะจำเป็นต้องใส่หน้ากากออกซิเจนให้ตัวเองก่อน ก่อนที่จะไปช่วยคนอื่น ส่วน อังคินันท์ อินทรกำแหง (อ้างถึงใน หลุทัย จงไกรจักร (2553) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ ความเป็นอยู่ เป็นการกระทำที่มีแบบแผน ต่อเนื่อง หากทำกิจกรรมนั้นอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคลได้ สอดคล้องกับ หลุทัย จงไกรจักร (2553) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเอง คือทำกิจกรรมที่กระทำด้วยตนเองสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตทั้งในภาวะปกติและไม่ปกติ และเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้

มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของ Orem (อ้างถึงใน หลุทัย จงไกรจักร, 2553) อธิบายว่าการดูแลตัวเองที่จำเป็นเป็นความตั้งใจหรือผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังกระทำการดูแลที่จำเป็นมีสามอย่าง คือ การดูแลตัวเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย

2 ระยะที่สัมพันธ์กัน คือ ระยะที่ 1 ระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลต้องหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาว่าสถานการณ์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือมีทางเลือกอย่างไรและตัดสินใจกระทำ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำ ในระยะนี้จะแสวงหาเป้าหมายของการกระทำเพื่อกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องทำ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของกิจกรรม การดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้ปฏิบัติต้องรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยได้แล้ว จะทำได้โดยไม่ต้องพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระต่อไป นอกจากการกระทำที่เป็นนิสัยแล้วยังได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัวหรือการเป็นสมาชิกในสังคมนั้นๆ Jayashree Rajagopalan (อ้างถึงใน นพสิทธิ์ สิริจฺริญชัย, ม.ป.ป.) ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ การดูแลตนเองไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการลดความเครียด แต่ยังหมายถึงการเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งมีผลลัพธ์ดังนี้ เพื่อดูแลร่างกายจิตใจ ลด รักษา บรรเทาความตึงเครียด ให้คุณค่าทางอารมณ์และจิตวิญญาณ คงให้มีความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน รักษาสมดุลของบุคคลคนหนึ่งในแง่ของชีวิตการเรียนหรือการทำงาน แบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่ การดูแลตนเองเชิงกายภาพ (Physical self-care) เช่น การดื่มน้ำ ทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลใส่ใจทางด้านร่างกาย การดูแลตนเองทางอารมณ์ (Emotional self-care) เช่น การบอกเล่าเรื่องราวให้เพื่อนฟัง การเข้ารับบริการปรึกษาจากนักวิชาชีพ การดูแลตนเองทางสังคม (Social self-care) เช่น การติดต่อกับผู้อื่น การโทรหาบุคคลอื่นเป็นที่รัก การดูแลตนเองเชิงจิตวิญญาณ (Spiritual self-care) เช่น การใช้เวลากับตนเองตามลำพัง ท่ามกลางธรรมชาติ หรือการฝึกภาวนา หรือการเชื่อมโยงกับพระเจ้า การดูแลตนเองในเรื่องงาน (Work self-care) เช่น การตั้งขอบเขตการทำงานอย่างเหมาะสม การฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และการดูแลตนเองในด้านจิตใจ (Psychological self-care) เช่น ให้ออกกำลังกายอดิเรก การเขียนรายการของสิ่งที่คุณอยากจะทำ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดผลก่อน ระหว่าง และ หลัง (Experimental research) ทำกิจกรรมสร้างสุข โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสุขระดับบุคคล (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 ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มากกว่า 4 เดือน จำนวน 35 คน จากประชากรทั้งหมด 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการบรรจุเข้าเป็นนักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 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. มีใบประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต
5. สม่ครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น หรือเป็นโรคที่มีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่สามารถอยู่ในกระบวนการวิจัยได้ครบ 6 เดือน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ไม่ได้ทำการสุ่ม แต่ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรเป้าหมายที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายสวัสดิการ ที่มีแนวโน้มตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 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 ครั้ง เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนในระหว่างดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 เดือน ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน และกิจกรรมสร้างสุขทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อายุการทำงาน ระดับปฏิบัติงานในปัจจุบัน โรคประจำตัว และงานอดิเรก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสุขระดับบุคคล (HAPPINOMETER) จำนวน 59 ข้อ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและพัฒนามาจากแบบวัดความสุขด้วยตนเอง: HAPPINOMETER ของสถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการพัฒนามาจาก “โครงการจับตาสถานการณ์ความสุข คนทำงานในประเทศไทย พ.ศ.2554-2557” ของ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2556) มีค่าความเชื่อมั่นคอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.84 (สุวรรณี สุวรรณไพบุลย์, 2559) โดยแบบวัดสามารถวัดมิติต่างๆ ที่ครอบคลุมความสุขในการทำงานมากที่สุด มีตัวชี้วัดรวม 56 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยมิติความสุข 9 มิติ ดังนี้ สุขภาพดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวยุติ สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี เป็นมาตรวัดประเมินตนเองแบบ 5 ระดับ เมื่อ 4 คือตรงกับตนเองมากที่สุด และ 0 คือตรงกับตนเองน้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนเฉลี่ย 75-100 อยู่ในเกณฑ์มีความสุขมาก (Very happy)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ (ProQOL-5) จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและพัฒนามาจาก ศศิวิมล ปานูราช (2560) ซึ่งการพัฒนามาจาก The Professional Quality of Life Scale (Pro-QOL Version 5) ของ Stamm (2010) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความพึงพอใจจากการดูแลผู้อื่น และความเหนื่อยล้าจากการดูแล ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการดูแลแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อย คือ ความเหนื่อยหน่าย และบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใน 5 ระดับ เมื่อ 1 คือไม่เคยเลย และ 5 คือ บ่อยครั้งมาก มีค่าความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟาของความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วย และของบาดแผลทางใจมือสอง เท่ากับ 0.88, 0.75, และ 0.81 ตามลำดับ สำหรับคะแนนจากมิติความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง และภาวะหมดไฟในการทำงาน ควรมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย จะแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนความพึงพอใจจากการดูแลควรอยู่ในระดับสูง หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนข้อความในแบบวิจัย จากเดิมกล่าวถึงพยาบาลใน

แบบสอบถาม เป็นกล่าวถึงนักสังคมสงเคราะห์และใช้ผู้ใช้บริการแทนคำว่าผู้ป่วย โดยไม่ได้ปรับเนื้อความอื่นที่ทำให้สูญเสียความหมายเดิม มีข้อคำถาม 30 ข้อโดยถามถึงความถี่ในสิ่งที่ผู้ทำแบบสอบถามเป็นภายในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เคย, 2 = นานๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อย, 5 = บ่อยมาก) แต่มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 4, 15, 17, 29 ที่ต้องแปลคะแนนกลับกัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด (SDST-20) ฉบับปรับปรุง จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยอนุญาตใช้เครื่องมือจากโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถิรินันดรกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) ซึ่งปรับปรุงจากฉบับเดิม 60 ข้อ ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือ มีการทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียดได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ มีการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่ออิงตามค่า 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 อย่างมีนัยสำคัญเป็นการประเมินตนเองแบบ 5 ระดับ เมื่อ 1 คือไม่รู้สึกรับรู้เครียด และ 5 คือ เครียดมากที่สุด มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป คือมีความเครียดระดับรุนแรง

กิจกรรมสร้างสุข ผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ การดูแลตนเองและองค์กรสร้างสุข 8 ประการ ร่วมกับกลุ่มงาน Happy Workplace ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมฉลองปีใหม่แบบ New normal 2) กิจกรรมชื่นชมยินดีบุคลากร 3) กิจกรรมทำบุญวันเกิดฝ่ายสวัสดิการสังคม 4) กิจกรรมสุขสบาย Friday 5) กิจกรรมอาหาร สุขภาพ และโภชนาการ 6) กิจกรรมบริหารจัดการการเงิน กิจกรรมดำเนินการด้วยผู้วิจัยกลุ่มงาน Happy Workplace ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และการเชิญวิทยากร แต่ละกิจกรรมจัด 1 ครั้งต่อเดือน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบในสถานที่ (Onsite) และใช้โปรแกรมทางระบบอินเทอร์เน็ต (Online)

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Considerations)

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 รหัสโครงการวิจัยเลขที่ COA No.1476/2021 หนังสือรับรองการวิจัยเลขที่ IRB 597/64 เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่

1. **หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)** โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลในการทำวิจัยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รวมเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระและสามารถถอนจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

2. **หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)** ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีมีการระบุถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามในแบบบันทึกข้อมูล (Identifier) โดยคำนึงหลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ซึ่งการตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลใดต่อการปฏิบัติงานการประเมินผลการทำงานจากหัวหน้างาน รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยนี้จะเป็นไปในภาพรวมเสมอ

3. **หลักความยุติธรรม (Justice)** คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน โดยการคัดกลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเข้าเกณฑ์ทุกคน เข้าร่วมกิจกรรมอย่างเท่าเทียมกัน

ผลการศึกษา

จากประชากรเป้าหมายที่เป็นนักสังคมสงเคราะห์ฝ่ายสวัสดิการที่มีแนวโน้มตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 34 คน จากทั้งหมด 36 คน แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การเข้าศึกษา พบว่ามีเพียง 31 คน คิดเป็นร้อยละ 86.11 จากประชากรทั้งหมด ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.5 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 35.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.03 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 61.3 การศึกษาสูงสุดคือชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 67.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.0 และมีงานอดิเรกทำ ร้อยละ 83.9 ด้าน

การทำงานส่วนใหญ่ นักสังคมสงเคราะห์ มีอายุการทำงานที่น้อยกว่า 10 คิดเป็นร้อยละ 48.4 หรือทำงานมาแล้วเฉลี่ย 14 ปี และปัจจุบันส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในตำแหน่งผู้ชำนาญการ นักสังคมสงเคราะห์ 6 ร้อยละ 35.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงค่าข้อมูลทั่วไป

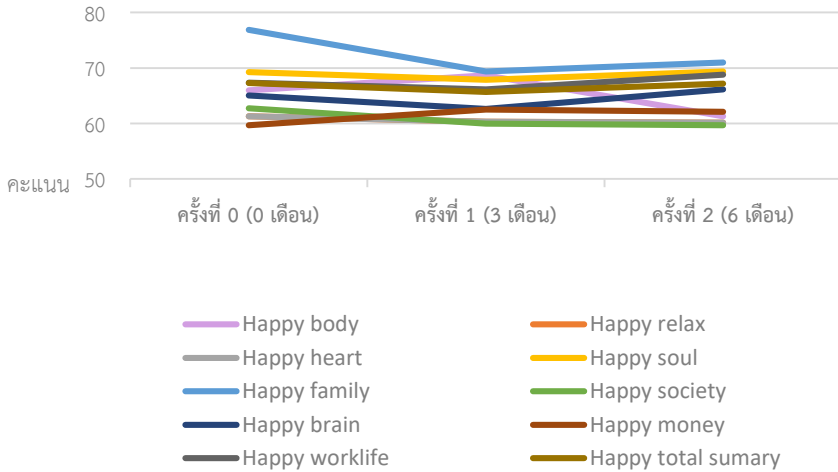
ข้อมูล	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
		(N=31 คน)	(100.0)
เพศ	ชาย	29	93.5
	หญิง	2	6.5
อายุ	อายุต่ำกว่า 30 ปี	9	29.0
	31-40 ปี	11	35.5
	45-50 ปี	4	12.9
	มากกว่า 51 ปี	7	22.6
	Mean $\pm$ S.D. = 39.03 $\pm$ 11.19 ปี Min = 25 ปี Max = 59 ปี		
สถานภาพ	โสด	19	61.3
	สมรส	12	38.7
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปริญญาตรี	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 $\pm$ S.D. = 13.97 $\pm$ 10.70 ปี Min = 1 ปี Max = 32 ปี		

ข้อมูล	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
		(N=31 คน)	(100.0)
ระดับปฏิบัติงาน ปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ 3	2	6.5
	นักสังคมสงเคราะห์ 4	4	12.9
	นักสังคมสงเคราะห์ 5	9	29.0
	ผู้ชำนาญการ	11	35.5
	นักสังคมสงเคราะห์ 6		
	ผู้ชำนาญการ	5	16.1
	นักสังคมสงเคราะห์ 7		
โรคประจำตัว	ไม่มี	22	71.0
	มี	9	29.0
งานอดิเรก	ไม่มี	5	16.1
	มี	26	83.9

ด้านความสุข

พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยรวมในการเก็บครั้งที่ 0 (Baseline) เท่ากับ 67.32 (S.D.=8.12) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 65.69 (S.D.=9.01) และครั้งที่ 2 เท่ากับ 67.20 (S.D.=9.17) ซึ่งทั้ง 3 ครั้ง คะแนนรวมอยู่ในเกณฑ์ผู้มีความสุข (Happy) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงน้อยกว่าและเพิ่มขึ้นมากกว่าค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรมเล็กน้อย และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติรวมทั้งหมดไม่ต่างกัน (ANOVA F 2.55, p-value 0.086)

โดยมิติความสุขทั้ง 9 มิติ พบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มีความสุข แต่ทว่าผลการประเมินครั้งที่ 0 ในมิติครอบครัวดีอยู่ในระดับมีความสุขมาก (Very happy) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงค่ามีความสุขลดลงอย่างคงที่กับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติครอบครัวดีต่างกัน (ANOVA F 5.69, p-value 0.006) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความสุขทั้ง 9 มิติและคะแนนเฉลี่ยรวมในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง.

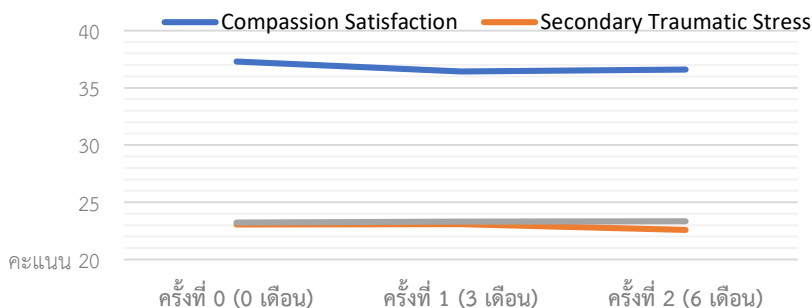
ด้านคุณภาพชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมด้านคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ด้านความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วย (Compassion Satisfaction) ครั้งที่ 0 เท่ากับ 37.29 (S.D.=4.66) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 36.42 (S.D.=5.26) และครั้งที่ 2 เท่ากับ 36.58 (S.D.=4.36) ซึ่งทั้ง 3 ครั้ง คะแนนอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกัน 3 ครั้ง พบว่า มีค่าความพึงพอใจในการช่วยเหลือลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ต่างกัน (ANOVA $F_{0.84}$, $p\text{-value } 0.437$)

คะแนนเฉลี่ยรวมด้านความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง (Secondary Traumatic Stress) ครั้งที่ 0 เท่ากับ 23.06 (S.D.=5.20) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 23.10 (S.D.=5.51) และครั้งที่ 2 เท่ากับ 22.58 (S.D.=5.51) ซึ่งทั้ง 3

ครั้งอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง พบว่า มีค่าความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.32, p-value 0.728)

และคะแนนเฉลี่ยรวมด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ครั้งที่ 0 เท่ากับ 23.23 (S.D.=4.87) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 23.32 (S.D.=4.76) และครั้งที่ 2 เท่ากับ 23.35 (S.D.=4.42) ซึ่งทั้ง 3 ครั้งอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง พบว่า มีค่าภาวะการหมดไฟในการทำงานลดลงเล็กน้อยอย่างคงที่จากก่อนทำกิจกรรมเลย และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.03, p-value 0.973) (รูปที่ 2)

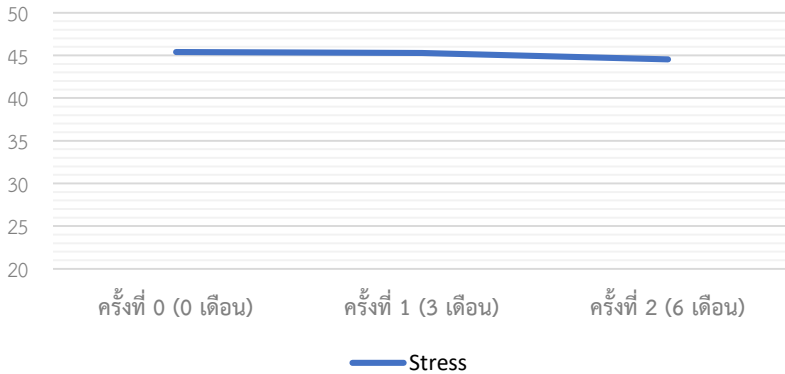


รูปที่ 2 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง.

ด้านความเครียด

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวม ครั้งที่ 0 เท่ากับ 45.39 (S.D.=15.90) ครั้งที่ 1 เท่ากับ 45.30 (S.D.=14.31) และครั้งที่ 2 เท่ากับ 44.52 (S.D.=14.87) ซึ่งทั้ง 3 ครั้งคะแนนรวมอยู่ในเกณฑ์ผู้มีความเครียดสูง ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับ 3 ครั้ง พบว่า มีค่าความเครียดลดลงและ

เพิ่มขึ้นเท่ากับความเครียดก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนค่าความเครียดไม่ต่างกัน (ANOVA F 0.18, p -value 0.839) (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ในระยะก่อน ระหว่าง และ หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (MRA)

ผลจากการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่าตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายต่อทุกมิติตัวแปร คือระยะเส้นฐาน หรือค่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (baseline) ของมิตินั้นๆ ด้านความสุข พบว่าเพศทำนายมิติสังคมในทิศทางลบ และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมทำนายความสุขในมิติสุขภาพกายดีและมีดีน้ำใจดีในทางบวก ด้านคุณภาพชีวิตพบว่า อายุทำนายความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองในทางลบ และการมีงานอดิเรกทำสามารถทำนายความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะหมดไฟในการทำงานในทางบวก ด้านความเครียด พบว่า อายุทำนายความเครียดในทิศทางลบ และเพศทำนายความเครียดในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงค่าสัมประสิทธิ์ และนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรแต่ละมิติด้วยการวิเคราะห์
MRA

ตัวแปรตาม		ตัวแปรต้นหรือตัวแปรทำนาย					
ตัวแปร	มิติ	อายุ	เพศ	ความ เจ็บป่วย	งาน อดิเรก	จำนวน การร่วม กิจกรรม	Baseline ของมิติ นั้นๆ
ความสุข	มิติสุขภาพกายดี	0.180	5.047	0.186	-4.634	0.866*	0.638***
	มิติผ่อนคลายดี	0.080	-2.433	-0.917	-1.836	-0.174	0.870***
	มิติน้ำใจดี	0.129	-15.581	5.766	2.217	2.131*	0.197**
	มิติจิตวิญญาณดี	0.036	0.358	2.874	-2.857	-0.432	0.759***
	มิติครอบครัวดี	0.077	-5.471	0.668	-5.200	-0.833	0.994***
	มิติสังคมดี	0.056	-6.023*	-0.053	-3.346	-0.379	0.984***
	มิติไม่รู้ดี	0.188	0.949	-1.483	-4.204	0.223	0.855***
	มิติสุขภาพเงินดี	0.088	-5.292	1.193	-3.736	0.603	0.762***
	มิติการงานดี	0.030	-5.653	3.309	0.823	0.315	0.910***
	ความสุขรวม	0.030	-2.666	1.829	-1.535	0.025	0.944***
คุณภาพชีวิต	ความพึงพอใจจาก การดูแลผู้ป่วย	0.047	-2.229	0.333	0.778	-0.259	0.670***
	ความเครียดจาก บาดแผลทางใจมือสอง	-0.057*	-0.415	0.932	2.084*	-0.268	0.886***
	ภาวะหมดไฟในการ ทำงาน	-0.043	0.439	0.152	1.921*	0.023	0.782***
ความเครียด	ความเครียดรวม	-0.214*	9.018*	-1.974	-0.064	-0.332	12.139***

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

อภิปรายผล

นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.5 สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่ผ่านมา อาริยา ก้อนเมฆ (2552), ณิชภัทร วิบูลย์พานิช (2545), สุนิสา สุขสงเคราะห์ (2562) และ สุภาวดี พรสิบ (2545) เนื่องจากงานสังคมสงเคราะห์เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้อื่น ผู้ป่วย ผู้เปราะบาง ผู้ปฏิบัติงานจึงเป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Youngs et al. (2021) ที่สนับสนุนว่าเพศหญิงเป็นเพศที่พร้อมจะตอบสนองต่อการดูแล ช่วยเหลือ ผู้อื่นมากกว่าเพศชาย

ด้านความสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความสุขทั้ง 9 มิติอยู่ในระดับมีความสุข (happy) สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นของ วาสนา จึงตระกูล (2562), สุภัทรา เผือกโสดา (2556), สุนิสา สุขสงเคราะห์ (2562), ชนิสราร่วมเชื่อน (2559) ที่ผ่านมาซึ่งศึกษากับบุคลากรในสายปฏิบัติการที่มีความสุขทั้ง 9 มิติอยู่ในระดับมีความสุข

สำหรับปัจจัยทำนาย พบว่าจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขมากครั้งสามารถทำนายความสุขที่เพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะในมิติของสุขภาพกายดี และมีจิตใจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร หน่อคำ (2557) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีความศรัทธาในงาน เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และมีการรักษาสมาตุลชีวิตของตนให้อยู่ในระดับมาก นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ต่อสุขภาพและการมีน้ำใจ เอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น และยังพบอีกว่าเพศมีส่วนในการทำนายความสุขในมิติของสังคมดีในทางลบ กล่าวคือ นักสังคมสงเคราะห์เพศชายมีความสุขในมิติสังคมดีลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิง เนื่องจากเรื่องการเข้าร่วมสังคม อยู่ร่วมกับผู้อื่น เพศหญิงจะเป็นเพศที่มีความใจดี เกื้อกูล เมตตา เอื้อเฟื้ออย่างเต็มใจมากกว่าเพศชาย (Youngs et al., 2021)

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ ทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับปานกลาง ผลสอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาของ Xu Y, Harmon-Darrow, Frey JJ (2019) ที่พบว่านักสังคมสงเคราะห์มีความพึงพอใจ

จากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีภาวะหมดไฟในการทำงานและความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองอยู่ในระดับต่ำ โดยที่อุปสรรคในการดูแลตนเองมีส่วนอย่างมากต่อความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ดังนั้นความเครียด ความอ่อนล้าจากภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจึงสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักวิชาชีพ สอดคล้องกับที่ ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตยังพบว่า ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย มีนัยสำคัญในการทำนายสุขภาวะนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ดังนั้นมิติต่างๆ ของการประเมินคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์จึงเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางด้านความเครียด ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานที่จะมีผลต่อการทำนาย ภาวะหมดไฟในการทำงานและสุขภาวะของพวกเขา

สำหรับปัจจัยทำนาย พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีงานอดิเรกทำสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งเป็นผลที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมยามว่างทำ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่รู้สึกผ่อนคลายหลังจากเผชิญกับภาระงานในแต่ละวัน โดยรูปแบบของงานอดิเรกของนักสังคมสงเคราะห์ในครั้งนี้มีลักษณะที่หลากหลาย เช่น การดูทีวี ภาพยนตร์ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย ทำอาหาร ฯลฯ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 83.9 รายงานว่ามีงานอดิเรกทำ นั้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมยามว่างและมิงานอดิเรก จะช่วยทำนายความเครียดลดลงจากงานที่ทำ และยังสัมพันธ์กับการมีความดันโลหิตในระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ มีสภาวะทางจิตสังคมเชิงบวกระดับสูงขึ้น (Pressman et al., 2009) และมีภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง (Chayu et al., 2011) 1) ดังนั้น การสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์หันมาทำกิจกรรมยามว่าง จะมีส่วนช่วยลดความเครียดจากแผลทางใจมือสองและภาวะหมดไฟในงาน เพื่อให้พวกเขาสามารถมีคุณภาพชีวิตทางวิชาชีพที่ดีขึ้น

ได้ แต่ทว่าการมีกิจกรรมงานอดิเรกทำไมได้ช่วยทำนายคุณภาพชีวิตความพึงพอใจจากการดูแลผู้ป่วย

อีกทั้ง พบว่าตัวแปรอายุทำนายความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง สอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้หลายชิ้นที่มีกระบวน อายุ และอายุงาน มีผลต่อความเครียดของบุคคลที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน โดยพบว่านักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุมากสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองได้ กล่าวคือ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุมากกว่าจะสามารถรับมือหรือจัดการกับความเครียดที่ค้างคาจากภาระงานได้ดีกว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ นัยนา แสงทอง (2555) ที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีอายุงานมากจะสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ ดังนั้น การมีอายุที่มากกว่าหรือการทำงานมานานกว่าจึงมีส่วนในการฝึกฝน มีภูมิคุ้มกันทางใจจากประสบการณ์ และสามารถรับมือกับความเครียดจากงาน ซึ่งทักษะเหล่านี้ที่นักสังคมสงเคราะห์จะได้ฝึกฝนต่อไป

ด้านความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีตในกลุ่ม นักสังคมสงเคราะห์ของ เทพวัลย์ สุชาติ (2530) ที่พบว่าร้อยละ 82.1 ของนักสังคมสงเคราะห์มีความเครียดระดับต่ำ แต่ผลการศึกษาปัจจุบันกลับ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูงซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยในช่วงเวลาดังกล่าว เช่น ปัญหาส่วนตัว ปัญหาสุขภาพ ภาระงานหนักที่ได้รับ รวมถึงสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ ประพัตรา จันธนะสมบัติ (2545) ที่ศึกษาความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบว่าที่มาของความเครียดหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เรื่องส่วนตัว สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอายุ และสอดคล้องกับ นัยนา แสงทอง (2555) ได้ศึกษาความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า บุคลิกภาพแบบ A (รู้สึกแข่งขัน ทำงานภายใต้ภาวะความกดดันจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ไม่ชอบ

ความล่าช้า) ส่งผลต่อปัจจัยระดับความเครียด การศึกษานี้พบว่าร้อยละ 29.0 มีโรคประจำตัว อีกทั้งขณะที่เก็บข้อมูลนี้ผู้คนยังคงเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 ด้วย ทำให้บริบทการให้บริการผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ มีการเพิ่มการให้บริการในผู้ป่วยโควิดที่มีปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการผู้ป่วยในโรงงานที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นทำงานในลักษณะเชิงรุกและมีระยะเวลาในการทำที่จำกัด ตามระยะเวลาการรักษา ทำให้มีการเพิ่มปริมาณงานและเพิ่มรูปแบบการให้บริการและอาจมีความกดดันที่มากขึ้น

สำหรับปัจจัยทำนาย พบว่า เพศมีส่วนในการทำนายความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นเพศชายสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของความเครียดได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาระงานทางด้านสังคมสงเคราะห์โดยหลักเกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้อื่น รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึก และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มที่ผู้หญิงอาจทำได้ดีมากกว่า ตามที่ Youngs et al. (2021) และ Jayaratne et al. (1983) ศึกษา ทำให้การปฏิบัติงานประเภทดังกล่าวนี้ส่งผลต่อความเครียดของเพศชายเนื่องจากแนวคิดที่ว่างานสังคมสงเคราะห์ประกอบด้วยคุณสมบัติเฉพาะของผู้หญิง อีกทั้ง เพศชายต้องเผชิญกับความตึงเครียดระหว่างเพศและธรรมชาติของเพศหญิงในงานสังคมสงเคราะห์ได้มากกว่า ตามที่ Simpson (2004) และ Christie (2006) เช่นที่ให้ข้อเสนอแนะข้างต้น

อีกทั้งปัจจัยเรื่องอายุยังคงมีผลต่อการทำนายระดับความเครียดด้วย พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่าสามารถทำนายความเครียดที่ลดลงได้เมื่อเทียบกับนักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Collings et al. (1996) และ มณิสรา สุดิรัตน์ (2556) ที่พบความสัมพันธ์ของ อายุ อายุการทำงาน และความเครียดในนักสังคมสงเคราะห์ ส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับที่แตกต่างกัน กล่าวคือ นักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่าสามารถทำนายความเครียดในทิศทางลบหรือเครียดน้อยลง

สำหรับตัวแปรทำนายระยะเส้นฐานสูง หรือ คะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม (Baseline) ของแต่ละตัวแปรหรือแต่ละมิตินั้น ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า ระยะเส้นฐานสูง สามารถทำนายตัวแปรตามในมิตินั้นๆ ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่านักสังคมสงเคราะห์ที่มีคะแนนจากการประเมินครั้งที่ 0 ในระดับสูงอยู่แล้ว สามารถทำนายคะแนนการประเมินในครั้งถัดไปที่สูง หรือไปในทิศทางเดิมเดียวกันกับการประเมินครั้งที่ 0 นั้นหมายความว่า หากนักสังคมสงเคราะห์ท่านนั้นๆ มีพื้นฐานในมิตินั้นๆ อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมก็จะสามารถทำนายได้ว่าบุคคลนั้นจะยังคงมีคะแนนในมิตินั้นๆ ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการใช้ชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์แต่ละท่านว่ามีพื้นฐานทางความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดเป็นอย่างไร ซึ่งจะขึ้นกับตัวบุคคลเอง เนื่องจากปัญหาอุปสรรคของของการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากตัวนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ มากกว่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากระบบการบริหารจัดการของหน่วยงาน ตามที่บุญธิดา บุญแก้ว (2559) ให้ข้อมูลข้างต้น

ผู้วิจัยค้นพบว่าการทำกิจกรรมสร้างสุขที่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าความสุข คุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ และความเครียดเนื่องจากค่าคะแนนก่อนเริ่มกิจกรรม ครั้งที่ 0 (Baseline) ของประชากรส่วนใหญ่ในทุกค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางจนไปถึงดี อาจอนุมานได้ว่านักสังคมสงเคราะห์เหล่านี้มีความสุข มีความคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดที่สามารถควบคุมจัดการตนเองได้ดี กิจกรรมจึงอาจยังไม่ส่งผลต่อค่าคะแนนเหล่านั้น และหากนำกิจกรรมไปปฏิบัติกับกับประชากรที่มีค่าคะแนนความสุข มีความคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับต่ำ และมีความเครียดในระดับสูงมากอาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้

ในด้านความทนทานต่อปัจจัยต่างๆ (Resilience) พบว่า การที่ผู้ที่มีอายุสูง หรือมีอายุการทำงานสูงจะสามารถจัดการความเครียดได้ดีกว่าคนที่อายุน้อยกว่าอาจอนุมานได้ว่า กลุ่มคนเหล่านี้ที่สามารถอยู่ในองค์กรได้นาน และสามารถ

ทำงานในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่และทนทานต่อปัจจัยต่างๆได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มคนที่ไม่สามารถทนทานต่อปัจจัยต่างๆ ลาออกไปก่อนก่อนหน้านี้แล้ว จึงเหลือคนที่สามารถทนทานได้ (อยู่ทน ทนอยู่)

และจากสถานการณ์โรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ที่มีการเริ่มแพร่ระบาดตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน (สิงหาคม 2565) และยังมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราผกผันทุกช่วงเวลา กล่าวคือมีช่วงที่เกิดสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างหนักจนอยู่ในภาวะวิกฤต และอยู่ในช่วงสถานการณ์การติดเชื้อลดลง และกลับมาเพิ่มสูงขึ้นจนวิกฤต (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ 2564) ซึ่งอาจส่งผลต่อปัจจัยคะแนนที่ผกผัน จะสังเกตได้จากช่วงค่าคะแนนในการครั้งที่ 1 ที่มีการลดลง และกลับมาเพิ่มสูงอีกครั้งในการประเมินครั้งที่ 2 จนกลับไปใกล้เคียงกับการประเมินครั้งที่ 0 จึงทำให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งเป็นไปตามปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นปัจจัยหนึ่งในการวิจัยได้

สรุปผลการศึกษา

1. จากการทดลองพบว่ากิจกรรมสร้างสุขยังไม่เกิดความเปลี่ยนแปลงกับค่าคะแนนทั้งหมด กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความสุขอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) ค่าคะแนนความสุขไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรมสร้างสุข มีคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตนักสังคมสงเคราะห์ไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรม และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนความเครียดไม่แตกต่างกันมาก ระหว่างก่อนและหลังทำกิจกรรม

2. จากการเปรียบเทียบค่าคะแนนคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย ก่อนร่วมกิจกรรม (เดือน 0) ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 3) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม (เดือน 6) พบว่า ส่วนใหญ่ในการประเมินระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม (เดือนที่ 3) พบว่า มิตินี้มีความสุข ด้านครอบครัวดี พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงค่ามี

ความสุขลดลงอย่างคงที่กับค่าความสุขจากก่อนทำกิจกรรม และที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติครอบครัวต่างกัน ในมิติความสุขด้านอื่นๆ ที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนมิติครอบครัวไม่ต่างกัน ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ค่าคะแนนความเครียดจากบาดแผลมือสอง และค่าคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานผู้ป่วยไม่ต่างกัน ด้านความเครียด พบว่าที่ 3 จุดเวลาค่าคะแนนค่าความเครียดไม่ต่างกัน

3. ปัจจัยที่ทํานายการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนความสุข คะแนนคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ คะแนนความเครียดของผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ คะแนนรวมก่อนทำกิจกรรมสูง หรือ Baseline (ครั้งที่ 0) สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถทำนายความสุขที่เพิ่มขึ้นในมิติของสุขภาพกายดีและ มิติน้ำใจดี และนักสังคมสงเคราะห์เพศชายมีความสุขในมิติสังคมดีลดลงเมื่อเทียบกับเพศหญิง ด้านคุณภาพชีวิตของนักสังคมสงเคราะห์ พบว่าคะแนนรวมก่อนทำกิจกรรม หรือ Baseline (ครั้งที่ 0) ยังคงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติได้ นอกจากนี้นักสังคมสงเคราะห์ที่มีงานอดิเรกสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงาน โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่าสามารถทำนายการลดลงของความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสอง ด้านความเครียด พบว่าคะแนนรวมก่อนทำกิจกรรม หรือ Baseline (ครั้งที่ 0) ยังคงสามารถทำนายความเครียดได้ โดยนักสังคมสงเคราะห์เพศชายสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของความเครียดได้มากกว่าเพศหญิง และนักสังคมสงเคราะห์ที่มีอายุน้อยกว่าสามารถทำนายความเครียดที่ลดลงได้เมื่อเทียบกับนักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยกว่า

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดความลำบากในร่วมกิจกรรม

2. กลุ่มตัวอย่างอาจติดภารกิจงานหรือภารกิจส่วนตัวทำให้พลาดการเข้าร่วมกิจกรรม หรือมาเข้าร่วมกิจกรรมน้อย โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (Online) ในเวลางาน

3. การทดลองในครั้งนี้เก็บข้อมูล ก่อน ระหว่าง และหลังทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ไม่ได้มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม

4. การสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรมค่อนข้างทิ้งช่วงเวลานานกว่าจะเริ่มกิจกรรมในเดือนถัดไป กลุ่มตัวอย่างอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายระหว่างการทำกิจกรรมตลอดระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งนั่นอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหรือปัจจัยนอกเหนือที่ผู้วิจัยจะควบคุมได้

5. กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมนี้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดด้านการดูแลตนเองและองค์การสร้างสุข ซึ่งผลอาจแตกต่างไปจากกิจกรรมที่สร้างบนแนวคิดรูปแบบอื่น

6. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม นั่นคือนักสังคมสงเคราะห์ ภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาจไม่สามารถอนุมานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ในบริบทอื่นได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำให้เห็นความสำคัญของการมีงานอดิเรกทำ เนื่องจากช่วยลดความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและภาวะในการหมดไฟในการทำงานได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ที่มีกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรกจะช่วยลดความเครียดได้

2. จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำให้เห็นว่าเพศชายมีแนวโน้มความสุขในมิติสังคมดีลดลง และมีความเครียดมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผู้เกี่ยวข้องหรือหัวหน้างานควรพิจารณาและให้คำแนะนำ หรือส่งเสริมต่อไป

3. การส่งเสริมให้นักสังคมสงเคราะห์ที่อายุน้อยหรืออายุนานน้อย ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าอบรมจากหน่วยงานในการเพิ่มกลยุทธ์ วิธีการของการจัดการกับความเครียดจากบาดแผลทางใจมือสองและความเครียด หรือขอ

คำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์รุ่นพี่ที่มีอายุหรืออายุงานที่มากกว่า เพื่อช่วยลดความเครียดจากการทำงานของตน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การเพิ่มจำนวนกิจกรรมเพิ่มขึ้นเพื่อให้เห็นแนวโน้มของคะแนนความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียดที่ชัดเจนมากขึ้น โดยใน 1 เดือน อาจจะมีกิจกรรมย่อยถึง 2 หรือ 3 ครั้ง
2. เพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมและเก็บข้อมูลยาวนานขึ้นเป็นมากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี เนื่องจากการเก็บข้อมูลในระยะสั้น 6 เดือน อาจยังไม่เห็นความแตกต่างของผลกิจกรรม และยังไม่เห็นผลของกิจกรรมที่คงอยู่ระยะยาว
3. การพิจารณาเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมเพื่อทดสอบคุณภาพหรือประสิทธิภาพของกิจกรรมสร้างสุข
4. พบว่าการทำกิจกรรมในรูปแบบพบหน้า (Onsite) และทำกิจกรรมโดยใช้เวลาพักกลางวัน มีแนวโน้มมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า รูปแบบออนไลน์ (Online) และใช้ช่วงเวลาทำงาน หากใช้วันเวลาในการทำงานช่วงเวลารูปแบบและช่วงเวลาดังกล่าวได้ผลดี
5. หากมีการจัดกิจกรรมในเชิงกิจกรรมสร้างสุขในครั้งถัดไป อาจปรับใช้แบบสอบถามอื่นที่ประเมินได้เจาะจงกับรูปแบบการทดลองขึ้น
6. การประเมินตัวแปรอื่นร่วมเพื่อช่วยทำนาย ความสุข คุณภาพชีวิต และความเครียด เพิ่มเติม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ สิ่งแวดล้อมที่มีผลในการทำกิจกรรม สุขภาพจิต ความสุขในการทำงาน ความรับผิดชอบในงาน การพักผ่อน เป็นต้น
7. หากต้องการจัดกิจกรรมกับนักสังคมสงเคราะห์อีกครั้ง อาจปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาระบบวิชาการโรคติดต่อ. (2564). สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อโคโรนา 2019 (Covid-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นจาก <http://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- ชนิสรา ร่มเชื่อน. (2559). แนวทางการสร้างองค์การสุขภาพะเมืองพัทยา. งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี.
- ณิชาภัทร วิบูลย์พานิช. (2545). วิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ปฏิบัติงานกับเด็กและครอบครัว กองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น กรมประชาสงเคราะห์. สารนิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงพร หน่อคำ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของงานกับความสุขในการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เทพวัลย์ สุชาติ. (2530). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. (2555). ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์. (2530). สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพลสิทธิ์ สิริเจริญชัย. (ม.ป.ป.). อนาคตของการ"สร้างทำ"เพื่อการดูแลตนเอง. สืบค้นจาก <https://chula.wellness.in.th/article/59>

- นัยนา แสงทอง. (2555). *ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญธิดา บุญแก้ว. (2559). *การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประพัทธา จันณะสมบัติ. (2545). *ความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์เทพ สันติกุล. (2558). *องค์กรและการบริหารจัดการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มณิสรา สุจิรัตน์. (2556). *ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานศูนย์การจัดสวัสดิการและสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพวงศ์, 1(2), 17-26. สืบค้นจาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JLPRU/article/view/24624/20946>.
- ระพีพรรณ คำหอม. (2556). *หลักการและกระบวนการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จุฬาลงกรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2563). *ประกาศ-ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. สืบค้นจาก <http://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/chula-covid-19/anouncecovid/>
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (ม.ป.ป.). *ฝ่ายสวัสดิการสังคม (Social Welfare)*. สืบค้นจาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/dept/ฝ่ายสวัสดิการสังคม/>

- วันทนี วาสิกะสิน, สุรางรัตน์ วศินารมณ และ กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2553). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วาสนา จึงตระกูล. (2562). การประเมินความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล สงขลา ประจำปี 2562. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*, 2(2), 106-132.
- ศศิวิมล ปานราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบ เอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ลายอง. (2556). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรสจำกัด.
- ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล. (2561). *ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจและสุขภาวะของนักวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพน โบรมันน์, วรณวิไล ภูตระกูล, และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2556). “โปรดดูแลเราก่อนที่พวกเราจะลาออก” สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานนอกสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 7(2), 37-46.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สำนักสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียด* (ฉบับปรับปรุงใหม่). สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=345>

- สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. (2564). สถิติจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนรับอนุญาตและจำนวนสมาชิกสามัญ ประจำปี 2563. สืบค้นจาก https://www.docs.google.com/spreadsheets/u/0/d/116mDz3A-y8-rBghtuGnhJgYcU7v7Qyea68Bx_Xm_bhg/htmlview#
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพองค์กร. (ม.ป.ป.). *Happy Workplace*. สืบค้นจาก <https://happy8workplace.thaihealth.or.th/about/what-is-it>
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (ม.ป.ป). *พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตราชยบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. สืบค้นจาก <https://dictionary.orst.go.th/>
- สุนิสา สุขสงเคราะห์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานอย่างมีความสุขของนักสังคมสงเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- สุภัทรา เพือกโสดา. (2556). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขในการทำงาน กรณีศึกษา อาจารย์และเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- สุภาวดี พรสิบ. (2545). การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์สู่ระบบคุณภาพงานบริการ ในทัศนะของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรัชย์ แก้วพิกุล. (2552). คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณณี สุวรรณไพบูลย์. (2559). ทักษะของบุคลากรกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการต่อการเป็นองค์กรสร้างสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. *วารสารสวนปรง*, 13(3), 1-20. <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=2404>
- หลุทัย จงไกรจักร. (2553). *สุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อารียา ก้อนเมฆ. (2552). *การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครภายใต้สมรรถนะหลักกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Chayu T., Kreitler S. (2011). Burnout in nephrology nurses in Israel. *Nephrology Nursing Journal*. 38(1), 65-78.
- Christie A. (2006). Negotiating the uncomfortable intersections between gender and professional identities in social work. *Critical Social Policy*, 26(2), 390-411.
- Collings JA, Murray P. (1996). Predictors of stress amongst social workers: An empirical study. *The British Journal of Social Work*, 26(3), 375-387.
- Friganovic A., Selic P., & Ilic B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21-31.
- Jayarathne S, Tripodi T, & Chess WA. (1983). Perceptions of emotional support, stress, and strain by male and female social workers. *Social Work Research and Abstracts*., 19(2), 19-27.

- Pressman SD, Matthews KA, Cohen S, Martire LM, Scheier M, Baum A, et al. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic medicine*. 71(7), 725-732.
- Regehr C. (2018). *Stress, Trauma, and Decision-Making for Social Workers*. Columbia University Press.
- Simpson R. (2004). Masculinity at work: The experiences of men in female dominated occupations. *Work, employment and society*, 18(2), 349-368.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2 ed.). ocatello, ID: ProQOL.org.
- University at Buffalo: School of Social work. (n.d.). Introduction to Self-Care. <https://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/introduction-to-self-care.html>
- Xu Y, Harmon-Darrow C, Frey JJ. (2019). Rethinking professional quality of life for social workers: Inclusion of ecological self-care barriers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 11-25.
- Youngs D.E., Yaneva M.A., Canter D.V. (2021). Development of a measure of kindness. *Current Psychology*, (2021), 1-13.