

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ผู้วิจัยได้ค้นคว้าพร้อมทั้งนำเสนอเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - 1.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 1.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิต
 - 1.3 ความสำคัญของสุขภาพจิต
 - 1.4 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตบกพร่อง
 - 1.5 เกณฑ์การพิจารณาลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี
 - 1.6 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต
 - 1.7 การป้องกันและส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดี
 - 1.8 การประเมินสุขภาพจิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายการดูแลตนเอง
 - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีของการดูแลตนเอง
 - 2.3 องค์ประกอบของการดูแลตนเอง
 - 2.4 การประเมินการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความเป็นมาของคำว่า ความท้อแท้
 - 3.2 ความหมายของความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.3 ลักษณะของบุคคลที่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

- 3.4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน
- 3.5 การประเมินความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน
- 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ
- 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีส่วนสำคัญต่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพทางกายที่ดี มีการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข สุขภาพจิตที่ดีช่วยทำให้เรามีประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยในการปรับตัว เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ทำให้ความคิดและอารมณ์เป็นปกติ มีผู้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิต ได้ให้ความหมาย และแนวทางพิจารณาการเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี และไม่ดีไว้มากมายพอสรุปได้ ดังต่อไปนี้

ความหมายของสุขภาพจิต

คำว่า สุขภาพจิต มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน อภิชัย มงคล และคนอื่น ๆ, 2552, หน้า 14) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นสภาวะที่ผาสุกของบุคคลสามารถจัดการความเครียดในชีวิต และปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี การมีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และตระหนักรู้ในความสามารถของตนเอง สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดี และเสียสละเพื่อสังคมของตนเอง ทั้งนี้มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses' Association--ANA) (อ้างถึงใน ฉวี ธรรมสุข และคนอื่น ๆ, 2547, หน้า 1) ให้คำนิยามของสุขภาพจิต (mental

health) ว่าเป็นภาวะปกติสุขของแต่ละบุคคลในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในสังคม และมีความพึงพอใจกับวิถีชีวิตที่เขาดำรงอยู่ มีผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นที่ ยอมรับของสังคม สามารถสร้างงาน และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association, 1980)

ให้ความหมายของสุขภาพจิตในอภิธานศัพท์ทางจิตเวชว่า สุขภาพจิตคือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์ เพื่อความสมบูรณ์ และยึดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรม สามารถยกย่องบุคคลอื่นและมีชีวิตอยู่ใน โลกของความเป็นจริง

อภิชัย มงคล และคนอื่น ๆ (2547) ได้พัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ และให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

Kriegh and Perko (1983) กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ความต้องการของบุคคลทั้งจากภายนอกและภายใน ได้รับการผสมผสานให้สัมพันธ์กับความเป็นจริง และสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ ทำให้บุคคลปรับตัวได้ สามารถทำหน้าที่ของชีวิตได้โดยอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่บิดเบือนความจริง ผู้มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ซึ่งสามารถจะปรับปรุงตนเองให้มีสภาพที่ปราศจากความคับข้องใจ ปราศจากพยาธิสภาพหรืออาการต่าง ๆ ยื่นหยัด และดำเนินการตามปรัชญาชีวิตที่เหมาะสมของตนมีความพอใจในตนเองใช้ ศักยภาพที่มีอยู่ ในทางที่เหมาะสมมีสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น

Bohlander et al. (1993) เชื่อว่า สุขภาพจิตเป็นเรื่องของความสามารถในการ ทำหน้าที่ของบุคคล โดยให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคล ในการที่จะจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันการทำหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคม และประสบการณ์ของความพึงพอใจและความสุขสบายที่ได้รับซึ่งเป็นความรู้สึก ในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกพอใจ และความเป็นสุข ซึ่งสุขภาพจิตไม่ใช่ความรู้สึกที่คงที่แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกับการ

เปลี่ยนแปลงของบุคคลกับปัญหาที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วันและเป็นความสามารถที่จะไปสู่ความสำเร็จในชีวิตตามเป้าหมาย ตลอดจนความสามารถในการที่จะเข้าใจตนเอง

Stuart and Sundeen (1995) หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความพึงพอใจ รู้สึกประสบความสำเร็จ การมองโลกในแง่ดีมีความหวังในชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพและการรับรู้ของแต่ละบุคคล ไม่สามารถกำหนดชีวิตด้วยเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งได้

Robinson (อ้างถึงใน Townsend, 1996) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการของชีวิตที่ต่อเนื่อง และเกี่ยวข้อง กับปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

Shives (1998) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะทางบวกของบุคคลที่มีความรับผิดชอบตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง สามารถทำหน้าที่ของตนในสังคมได้อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม มีความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ยังได้ให้คำจำกัดความรวมไปถึงความสามารถในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1) การแก้ไขปัญหาได้ (2) การใช้ศักยภาพในการทำงานและในด้านความรักได้อย่างเต็มที่ (3) การจัดการกับภาวะวิกฤตได้โดยปราศจากการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน ๆ (4) การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีเป้าหมายชีวิตตามความเป็นจริง สามารถพึ่งพาตนเอง พึ่งพาซึ่งกันและกันและพึ่งพาผู้อื่นได้โดยไม่ทำให้ตนเองและผู้อื่นยุ่งยากใจ

จากความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมา สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของจิตใจที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และมีวิธีการจัดการความคิด อารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสมสอดคล้อง โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

องค์ประกอบของสุขภาพจิต

นักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้ คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (อ้างถึงใน อภิชัย มงคล และคนอื่น ๆ, 2552, หน้า 20-22) ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

มิตินี้ 1 เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

(1) ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิมีความพึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อุดหนุน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว (2) มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก (3) วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

มิตินี้ 2 เกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและ โลกภายนอก ได้แก่

(1) ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และ โลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่น และสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (2) การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุขสงบและมีความพอใจ (3) ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพันสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

มิตินี้ 3 ทางสังคมเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคมมิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคลเนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

ความสำคัญของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์หลายด้าน ดังนี้ (โกศล วงศ์สวรรค์ และเลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์, 2551, หน้า 50)

ประโยชน์ด้านที่ 1 การศึกษา ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีจิตใจปลอดโปร่ง สามารถศึกษาได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ด้านที่ 2 อาชีพการงาน ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีกำลังใจต่อสู้อุปสรรค ไม่ท้อแท้เมื่องาน สามารถที่จะชนะอุปสรรคและสิ่งแวดล้อม สามารถใช้ศักยภาพ ได้เต็มที่ จึงมีโอกาสที่จะบรรลุผลสำเร็จในหน้าที่การงาน มีความมั่นคงในอาชีพ

ประโยชน์ด้านที่ 3 ชีวิตครอบครัว คนในครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี ครอบครัว ก็สงบสุข ทำให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี เป็นการวางพื้นฐานบุคลิกภาพที่ดีแก่บุคคล ในครอบครัวรุ่นต่อ ๆ ไป

ประโยชน์ด้านที่ 4 บุคลิกภาพ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี บุคลิกภาพก็ย่อมดีด้วย คือมี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสเบิกบาน ควบคุมอารมณ์ได้ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจ ในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง พึ่งตนเองได้ มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้อื่น ปรับตัว เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีชีวิตที่สมดุล บุคลิกภาพที่แสดงออกมาก็ผสมผสาน กลมกลืน คือมีบุคลิกภาพเหมาะสมกับเพศ วัย และบทบาทของตน ทำให้เป็นที่ยอมรับ แก่บุคคลทั่วไป

ประโยชน์ด้านที่ 5 สุขภาพร่างกาย ถ้าสุขภาพจิตดี อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ก็ทำงานประสานสัมพันธ์กันดี ทำให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไปได้ ด้วยดี

ประโยชน์ด้านที่ 6 สุขภาพจิต บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีสภาพชีวิตที่เป็นสุข สงบ ไม่มีอาการของโรคจิต โรคประสาท โรคจิตสรีระแปรปรวนและสุขภาพจิตที่ บกพร่อง จะบั่นทอนประสิทธิภาพและความสงบสุขในการดำเนินชีวิต

ประโยชน์ด้านที่ 7 สติปัญญา สามารถใช้สติปัญญาได้เต็มที่ มีสติ มีสมาธิ ความจำดีมีการตัดสินใจที่ดี และมีเหตุผล

ประโยชน์ด้านที่ 8 นวัตกรรมและความเจริญก้าวหน้า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะรู้สึก อิศระ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถที่จะผลิตและพัฒนางานที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อ

ตนเองและสังคม ในส่วนบุคคลก็สามารถประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ได้

ประโยชน์ด้านที่ 9 สวัสดิภาพของสังคม สังคมใดที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีสุขภาพจิตดี สมาชิกจะมีความปลอดภัยมั่นคง และอยู่ร่วมกันด้วยความสงบเรียบร้อย เกิดความมั่นคงขึ้นในสังคมและประเทศชาติ

ประโยชน์ด้านที่ 10 คุณธรรม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีสติสามารถใช้เหตุผลนำการตอบสนองพฤติกรรมที่เกิดจากอารมณ์ไปในแนวทางที่ดีได้

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตบกพร่อง

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและสุขภาพจิตบกพร่อง อาจจำแนกตามองค์ประกอบใหญ่ ๆ ได้เป็น 4 ประการ ดังนี้ (Rollant & Deppotit, 1996)

องค์ประกอบที่ 1 ลักษณะบุคลิกภาพ (personality characteristics) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ (1) ยอมรับตนเอง (2) รักตนเอง (3) มีเป้าหมาย (4) สามารถที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และ (5) สามารถผลิตผลงานได้ ส่วนลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง คือ (1) ไม่ยอมรับตนเอง (2) ไม่ชอบตนเอง (3) ขาดทิศทางในการดำเนินชีวิต (4) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ (5) รับรู้จุดอ่อนและแข็งของตนเองไม่ตรงตามความเป็นจริง (6) ขาดการสร้างสรรค์ผลงานหรือทำประโยชน์ในชีวิต และ (7) มีความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการของตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 การปรับตัวต่อความเครียด (adaptations to stress) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ (1) โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้ (2) ใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่วนลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง คือ (1) มีบ่อยครั้งที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้ (2) ใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ (1) สามารถที่จะยอมรับบุคคลอื่น (2) สามารถที่จะรักผู้อื่น (3) สามารถที่จะให้การดูแลห่วงใยเอาใจใส่ผู้อื่น (4) สามารถที่จะเป็นที่รักของผู้อื่น

หรือรับความรักจากผู้อื่นได้ ส่วนลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง คือ (1) ไม่สามารถที่จะยอมรับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้อื่น (2) ไม่สามารถรักผู้อื่นได้ (3) ไม่สามารถให้การดูแลห่วงใยเอาใจใส่ผู้อื่น (4) ไม่สามารถรู้สึกถึงความรักที่ผู้อื่นมีต่อตนเองได้

องค์ประกอบที่ 4 การรับรู้สภาพแวดล้อมและความเป็นจริง (perception of environment and reality) ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ (1) มีการรับรู้ทางบวก (2) อยู่กับความเป็นจริง (3) สามารถที่จะค้นหาความหมายในชีวิต ส่วนลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตบกพร่อง คือ (1) รับรู้สิ่งต่าง ๆ ในทางลบ (2) ความคิดและการรับรู้อาจจะไม่อยู่บนฐานของความเป็นจริง (3) ไม่สามารถจะค้นหาความหมายหรือเป้าหมายในชีวิต

เกณฑ์การพิจารณาลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ในการพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของบุคคล Stuart and Sundeen (อ้างถึงใน ฉวีธรรมสุข และคนอื่น ๆ, 2547, หน้า 2) ได้ให้เกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังต่อไปนี้

ลักษณะที่ 1 เป็นผู้ที่ม่เจตคติต่อตนเองในทางบวก (positive attitudes toward self) หมายถึงบุคคลนั้นต้องมีการยอมรับตนเอง และการตระหนักในตนเองต้องมีเป้าหมายที่เกี่ยวกับชีวิตและความปรารถนาที่เป็นจริงที่เป็นไปตามวัยต่าง ๆ บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องเป็นผู้ที่มีเอกลักษณ์แห่งตน (sense of identity) มีความรู้สึกที่เป็นเจ้าของ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (meaningfulness)

ลักษณะที่ 2 มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (growth and development of self actualization) เขาจะต้องมีแรงคลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองเจริญงอกงามขึ้น โดยการค้นคว้าความก้าวหน้า และสิ่งท้าทายใหม่ ๆ โดยพิจารณาจาก (1) การรู้จักตนเองของบุคคล (2) การมีความเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และพยายามใช้ความรู้ความสามารถเท่าที่ตนมีอยู่ จัดการกับความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม (3) การรู้จักจัดการกับความขัดแย้งภายใน ความเครียดและสามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้อย่างอิสระ (4) สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นได้

ลักษณะที่ 3 การเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ประสมประสาน (integration) คือ เป็นความสามารถปรับความสมดุลทางอารมณ์ของบุคคลว่าจะแสดงออกหรือกเก็บความรู้สึกไว้ เมื่อเขาต้องเผชิญกับความขัดแย้งในใจทั้งภายนอกและภายใน ความต้องการและแรงผลักดัน (drives) ภาวะปกติและผิดปกติทางอารมณ์ ถ้าหากบุคคลสามารถปรับเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้จะเป็นเครื่องวัดความสามารถในการต้านทานต่อภาวะเครียดและเผชิญกับความวิตกกังวลของบุคคลได้ ภาวะความเข้มแข็งแห่งตนไม่ยึดติดกับตนเองจะทำให้บุคคลสามารถมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้เจริญงอกงามได้

ลักษณะที่ 4 มีความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) มีความเป็นอิสระแห่งตนที่เกี่ยวข้องกับจุดหมายของชีวิตมีความสมดุลระหว่างการพึ่งพาและไม่พึ่งพา ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนซึ่งหมายถึงว่าบุคคลนั้นจะต้องมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกของตน รวมทั้งมีการยอมรับความเป็นอิสระและเสรีภาพของผู้อื่นด้วย

ลักษณะที่ 5 การรับรู้ความเป็นจริง (reality perception) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะทดสอบความเป็นจริงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งมีความเข้าใจในสังคม ยอมรับความรู้สึกและเจตคติของผู้อื่นได้

ลักษณะที่ 6 สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (environmental mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้ที่ปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม มีความรู้สึกพึงพอใจบทบาททางสังคมของตนเอง สามารถจัดการเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับความโดดเดี่ยว อ้างว้าง ความก้าวร้าว ความคับข้องใจได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะรับรู้ความรักที่ผู้อื่นมีให้ และรู้จักรักคนอื่น ขณะที่สัมผัสพันธภาพต่อกัน สามารถผูกมิตร มีความพึงพอใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาสุขภาพจิตของบุคคล โดย Jahoda (อ้างถึงใน อภิชัย มงคล และคนอื่น ๆ, 2552, หน้า 28) ได้รวบรวมเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาสุขภาพจิตของบุคคลเป็น 6 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 การมีเจตคติต่อตนเอง (attitude of an individual toward his own self) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่น คุณถูกตัวเองหรือไม่ หรือหลงตัวเองเขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่ เขารู้สึกอย่างไรต่อตัวเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือมีการยอมรับตนเอง มั่นใจในตนเอง การยึดตนเองเป็นที่พึ่ง ภาวภูมิใจในตนเอง เคารพตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินความเป็นจริง

ประเภทที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเอง การเป็นอิสระจากอิทธิพลทางสังคม (autonomy or independence from social influence) คือมีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคม ในการที่จะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลักประจำใจของตน มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอก และผลของการตัดสินใจของผู้มีความเป็นตัวของตัวเองสูง จะปรากฏในรูปการกระทำอย่างอิสระ

ประเภทที่ 3 ความสามารถควบคุมสภาพแวดล้อม (environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับและเปลี่ยนแปลงตัวเองให้เหมาะสมแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมีทักษะในด้านมนุษยสัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะให้ชีวิตดำเนินไปอย่างราบรื่น และจะต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

ประเภทที่ 4 ความเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลไปสู่ระดับความเป็นจริงแห่งตน (growth and development or self actualization) ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะต้องมีแรงคลใจที่พัฒนาตนเองให้เจริญอกงาม และมีความเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง ตรงกันข้ามกับผู้เจ็บป่วยทางจิต มักจะขาดแรงคลใจไม่สามารถสนองความต้องการไปจนถึงขั้นรู้จัก หรือพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพจึงคล้ายคนที่ขาดชีวิตชีวา และอยู่ไปอย่างไร ประโยชน์

ประเภทที่ 5 การรับรู้ตามความจริง (perception of reality) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ที่ปราศจากความต้องการที่บิดเบือนความจริง หรือบิดเบือน โดยอคติในตนเอง มีความไวใจในสังคมและมีความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy)

ประเภทที่ 6 การบูรณาการทางบุคลิกภาพ (integration) การมีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี หมายถึง ความสมดุลของพลังคลใจ และพลังควบคุม ในคนปกติ

โดยทั่วไปคนเรามีความอยาก ความต้องการด้วยกันทั้งสิ้น และในขณะที่เดียวกันเราก็มีแรงควบคุม ซึ่งทั้งสองแรงนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเอง คือแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไปก็จะทำให้เราหมดความสุข เพราะตอบสนองความต้องการส่วนตัวไม่ได้ หรือตอบสนองมากเกินไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

สุขภาพจิตตามแนวคิดของ Valiant (อ้างถึงใน อลิสา วัชรสินธุ และคนอื่น ๆ, 2549, หน้า 9-12) มี 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบแรก คือ สุขภาพดีไม่ป่วยทางจิต สุขภาพจิตในความหมายนี้จะเน้นมุมมองทางการแพทย์ หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยทางจิต และนอกจากนั้นยังหมายความรวมถึง การใช้ชีวิตได้มีความสุขด้วย

สรุปกรอบความคิดรูปแบบนี้คือ (1) ความรัก มีความเห็นใจผู้อื่นได้ สามารถประสานความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ได้ตามสมควร (2) การแก้ปัญหาชีวิต มีการรับรู้โลกตามความเป็นจริงสามารถอดทนต่อความเครียดบริหารตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (3) การดำเนินชีวิต รู้จักใช้ชีวิตมีทิศทางในอนาคต มีความตระหนักรู้ในตนเอง (self-actualization) (4) เป็นตัวของตนเอง เข้าใจความต้องการของตนเอง อยู่กับอัตลักษณ์และความรู้สึกของตนเองได้

รูปแบบที่สอง คือ จิตวิทยาเชิงบวก นักจิตวิทยาที่เป็นผู้นำในเรื่องจิตวิทยาเชิงบวก คือ Abraham Maslow เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่มีระดับต่างกันตั้งแต่ต้องการความปลอดภัยในการดำรงชีพ และต้องการปัจจัย 4 ในเชิงรูปธรรม พัฒนาเป็นความรัก การยอมรับจากบุคคล จนถึงขั้นที่เรียกว่ามีความตระหนักรู้ในตนเอง (self-actualization) แนวคิดของเขาจึงแตกต่างจากนักจิตวิทยาในรุ่นแรก ๆ ที่เน้นพฤติกรรมเกิดจากการถูกกำหนดด้วยจิตไร้สำนึก (psychic determinism) และจิตไร้สำนึกเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต Maslow จึงหันมาให้ความสนใจเนื้อหาของจิตที่มีสำนึกในการรับรู้และรับผิดชอบ เพราะว่าทำให้มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกการกระทำของตนเอง และ Maslow เชื่อว่ามนุษย์สามารถพัฒนาตนเองไปสู่สิ่งที่ดีกว่า

ด้วยเรียนรู้ มนุษย์สามารถเพิ่มความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ได้ ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์นี้ ได้รับการกล่าวถึงโดย Gardner ในปี ค.ศ. 1983 และ Goleman ในปี ค.ศ. 1995 ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังจากที่พบว่า ความฉลาดทางสติปัญญาเพียงประการเดียวมิได้ช่วยทำให้มนุษย์มีสุขภาพจิตที่ดีและประสบความสำเร็จในชีวิตได้ การประเมิน EQ นี้มีองค์ประกอบหลัก 5 ข้อ คือ

องค์ประกอบที่ 1 รู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเอง (self awareness or knowing one's emotion) หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองเช่นรู้ว่าขณะนี้ตนเองกำลังโกรธ สุข เศร้า การควบคุมตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ รู้จุดเด่น จุดด้อย มีความมั่นใจในตัวเอง และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem)

องค์ประกอบที่ 2 สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ (managing emotion or self-regulation) เมื่อรู้อารมณ์ของตนเองแล้วสามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง (self-control) หรือแสดงออกอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบ 3 มีความเข้าใจผู้อื่น (recognizing emotions in others) และเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy)

องค์ประกอบ 4 สามารถสร้างแรงจูงใจ (motivation one's self) ให้ตนเองพัฒนาจนประสบความสำเร็จได้

องค์ประกอบ 5 ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ (handling relationship) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

สรุปกรอบความคิดรูปแบบนี้คือ (1) ความรัก เป็นความสัมพันธ์ลึกซึ้งที่ตอบสนองกันอย่างเหมาะสม มีความเมตตากรุณาซึ่งกันและกัน มีความฉลาดเชิงอารมณ์ EQ (2) การจัดการอารมณ์ รู้จักให้อภัยมีเมตตา ควบคุมอารมณ์และปรับอารมณ์ตนเองได้ (3) ความรู้และปัญญามีความรักที่จะใฝ่รู้ เปิดใจรับสิ่งใหม่ ๆ โดยไม่ด่วนตัดสิน มีมุมมองแง่คิดที่เป็นจริง สร้างสรรค์ (4) มีความกล้า กล้าที่จะเป็นตัวเอง คิด รู้ สึก และแสดงออกอย่างจริงใจ (5) มีความเป็นผู้นำ ทำงานเป็นหมู่คณะได้ มีความยุติธรรมเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม รักดีต่อองค์กร (6) พัฒนาตนเอง มีอารมณ์ขัน มีความหวังในแง่ดี มีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อสิ่งดีงาม

รูปแบบที่สาม คือ พัฒนาการที่สมวัย เพราะสมองแตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ เมื่อมนุษย์เติบโตและมีพัฒนาการตามขั้น สูงขึ้นจากเด็กที่เอาแต่ใจและไม่มีเหตุผล จะมีความสามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทฤษฎีและงานวิจัยทางจิตวิทยาสนับสนุนแนวคิดเช่นนี้มากมาย เช่น ทฤษฎีจิตสังคมพัฒนาการ (psychosocial development) ของ Erikson เชื่อว่าแต่ละช่วงอายุมีเป้าหมายในการพัฒนาการต่าง ๆ กัน เป็นลำดับขั้น จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตสมบูรณ์

สรุปกรอบความคิดรูปแบบนี้คือ (1) ความรัก มีความสามารถที่จะรักบุคคลอื่น ๆ ได้ในรูปแบบและระดับที่ต่างกัน มีความรักเป็นกำลังใจในการสร้างสรรค์งานต่าง ๆ (2) รูปแบบการแก้ปัญหา ยืดหยุ่น มิใช่ทำตามแต่ความเคยชิน ยอมรับและจัดการกับอารมณ์ได้โดยไม่เดือดร้อนตนเองและคนอื่น ๆ (3) การดำเนินชีวิตยอมรับและปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในขณะใดขณะหนึ่งของชีวิต (4) มีจุดหมายที่ชัดเจนในชีวิตของตนเองตามระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่ตกอยู่ในอิทธิพลใคร (5) มีความหวัง หวังและคำนึงจะให้เกิดความดีงามแก่สังคม ประเทศชาติ (6) อึดถึกทนที่เป็นผู้ใหญ่แต่มองโลกสนุกสนานแบบเด็กได้ ในเวลาที่เหมาะสม

สุขภาพจิตตามแนวคิดของ Glasser และ Wubbolding Glasser (1996) และ Wubbolding (1988) ได้อธิบายการพัฒนาของสุขภาพจิต (development of mental health) โดยแบ่งเป็น 2 ขั้น คือ ขั้นถดถอย (regressive stage) และขั้นบวก (positive stage)

1. สุขภาพจิตในขั้นถดถอย หมายถึง ระยะเวลาที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขั้นนี้แบ่งเป็นระยะย่อย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การยอมแพ้ (give up) บุคคลได้พยายามสนองความต้องการของตน แต่ไม่สามารถทำสำเร็จได้จึงหยุดพยายาม พฤติกรรมที่แสดงออกคือ หยุดกิจกรรมต่าง ๆ ถอนตัว และนั่งเฉย อาการเช่นนี้เกิดขึ้นชั่วคราว และจะมีอาการอื่นตามมา ซึ่งแสดงออกในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การแสดงอาการทางลบ (negative symptom) ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองจะนำความรู้สึกรบกวนใจมาสู่บุคคล และจะแสดงออกในเชิงพฤติกรรมความคิด อารมณ์ และอาการทางกายดังนี้

พฤติกรรม: บุคคลจะแสดงพฤติกรรมกับผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ตั้งแต่ระดับเบาจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น

ความคิด: บุคคลจะมีความคิดทางลบ ตั้งแต่มองโลกในแง่ร้ายแบบเรื้อรัง คิดในทางลบ จนถึงขั้นรุนแรงหรือมีอาการโรคจิต

อารมณ์: บุคคลมีอารมณ์ทางลบระดับอ่อน ๆ จนถึงขั้นซึมเศร้ามาก มีอารมณ์ฉุนเฉียวเป็นประจำจนถึงโกรธเป็นนิสัย มีอารมณ์วิตกกังวลธรรมดาจนถึงขั้นกลัวแบบไม่มีเหตุผล

อาการทางกาย: บุคคลมีความเจ็บปวดทางร่างกายซึ่งเป็นผลจากจิตใจ การรักษาทำได้โดยการรับประทานยาและแก้ไขสาเหตุทางจิตใจควบคู่กันไป

ระยะที่ 3 การเสพติดทางลบ (negative addiction) พฤติกรรมการเสพติดทางลบสะท้อนถึงความล้มเหลวของความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการ เช่น การคิดเหวี่ยง การพนัน บ้างงาน

ระยะทั้ง 3 นี้ อาจมีการแสดงอาการที่คาบเกี่ยวกัน ไม่ใช่แบ่งแยกออกจากกัน โดยเด็ดขาด

2. สุขภาพจิตในขั้นบวก หมายถึง ระยะเวลาที่บุคคลมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการ ระยะเวลาสามารถนำเสนอต่อผู้รับการรักษาในฐานะเป้าหมายของการรักษา ขั้นบวกแบ่งเป็นระยะย่อย 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 “ฉันจะทำ” “ฉันต้องการปรับปรุงตนเอง” “ฉันตั้งใจเปลี่ยนแปลง” ระยะเวลาที่บุคคลมีความตั้งใจปรับปรุงแก้ไขตนเอง โดยอาจกล่าวออกมาตรง ๆ หรือสื่อเป็นนัย

ระยะที่ 2 การแสดงอาการทางบวก (positive symptom) บุคคลมีการแสดงออกในเชิงบวกต่อพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และอาการทางกาย ดังต่อไปนี้

พฤติกรรม: บุคคลรู้จักแสดงออกซึ่งการรักษาสิทธิของตน และมีพฤติกรรมเอื้อเพื่อผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะรู้จักตอบแทนกลับคืนแก่สังคม โดยเริ่มจากครอบครัวที่ทำงาน

ความคิด: บุคคลมีรูปแบบการคิดที่เหมาะสม เช่น มีความเข้าใจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงถึงสิ่งที่เขาสามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมได้ยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน

อารมณ์: บุคคลมีอารมณ์ที่แสดงถึงความอดทน อดกลั้น ชอบผู้อื่น ยอมรับกระตือรือร้น ใ่ว่างใจ และมีความหวัง

อาการทางกาย: บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อร่างกาย เช่น รักยารูปร่าง รับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

ระยะที่ 3 การเสพติดทางบวก (positive addiction) พฤติกรรมการเสพติดทางบวกจะเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าและความสำเร็จของการกระทำ พฤติกรรมจะมีลักษณะของการกระทำจนเป็นนิสัยไม่น้อยกว่า 12 เดือน ปราศจากการแข่งขัน ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที/วัน ตัวอย่างพฤติกรรม เช่น การทำสมาธิ การวิ่งออกกำลังกาย (Glasser, 1976)

ปกติบุคคลจะมีสุขภาพจิตที่สะท้อนทั้งขั้นถดถอยและขั้นบวกสลับกัน แทบจะไม่มีใครที่จำกัดอยู่เพียงขั้นใดขั้นหนึ่งอย่างเด็ดขาด คนที่ปรับตัวได้ดี บางส่วนของชีวิตอาจอยู่ในขั้นถดถอย และคนที่มีปัญหาทางจิตมากที่สุดก็สามารถมีเสี้ยวของชีวิตที่อยู่ในขั้นบวกก็ได้

สุขภาพจิตตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) (อ้างถึงใน ลิขิตกาญจนารักษ์, 2547, หน้า 73-86) สำหรับในงานวิจัยนี้ ขอเสนอ 3 แนวคิด คือ แนวคิดของ Freud แนวคิดของ Jung และแนวคิดของ Erickson

Freud ได้เสนอแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมมนุษย์เป็นผลมาจากแรงขับที่มีลักษณะเป็นสัญชาตญาณ การกระทำทุกอย่างถูกควบคุมอยู่ภายใต้ภาวะจิตไร้สำนึก โครงสร้างของบุคลิกภาพมีรากฐานมาจากพลังงานทางจิต 3 ประการ คือ

ID คือ ส่วนของจิตที่เกี่ยวข้องกับความต้องการตามธรรมชาติ หรือเป็นสัญชาตญาณ (instinct) เช่น ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นส่วนที่มีมาแต่กำเนิด ทั้งนี้เพื่อการอยู่รอด และการสืบต่อเผ่าพันธุ์ของมนุษย์

EGO คือ ส่วนของจิตใจที่มีหน้าที่ในการปรับตัว และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นปรับตัวกับสภาพแวดล้อมด้วยเหตุผล และอยู่ในสภาพความเป็นจริง อีโก้จะทำงานโดยใช้กลไกทางจิต

SUPEREGO คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรม ค่านิยม ทศนคติ รวมถึงข้อห้ามที่สังคมไม่ยอมรับ อันเกิดจากการเรียนรู้ อบรมสั่งสอนจากทางครอบครัว โรงเรียน และประสบการณ์ในสังคม ซึ่งจะมากควบคุมพฤติกรรม โดยค่อย ๆ ซึมซาบเข้าไปในจิตใจผู้นั้น

Freud เชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากการขัดแย้งกันของพลังงานจิต เช่น Id ขัดแย้งกับ Superego หรือ ภาวะที่ Ego ไม่สามารถประนีประนอมแรงผลักดันจากความต้องการของ Id กับ Superego ได้ โดยสรุปพฤติกรรมมนุษย์ทุกคนต้องมีเป้าประสงค์ (goal) มนุษย์มีแรงขับ (drive) ซึ่งผลักดันให้มนุษย์เกิดแรงจูงใจ (motive) ที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตัวเองวางไว้ เมื่อใดก็ตามถ้ามนุษย์สามารถไปสู่จุดหมายหรือเป้าประสงค์ที่ตัวเองวางไว้ได้ก็จะทำให้จิตใจมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามเมื่อใดก็ตามถ้ามนุษย์ไม่สามารถไปสู่จุดหมายหรือเป้าประสงค์ที่วางไว้ก็就会有ความคับข้องใจ (frustration) เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความแปรปรวนทางจิตใจก็จะเกิดขึ้นตามมา คือ ความวิตกกังวล ความกดดันทางจิตใจ (psychological stress) หรือความตึงเครียด แหล่งกำเนิดของความคับข้องใจอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือในลักษณะที่เป็นอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางจากภายในตัวบุคคลในลักษณะที่เป็นความบกพร่อง เช่น รูปร่างหน้าตาไม่สวย สติปัญญาไม่ดี ร่างกายพิการ เป็นต้น ในบางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งของแรงจูงใจ (conflict of motives) ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่สบายใจ หรือความวิตกกังวล อันมีผลต่อสุขภาพจิต จึงสรุปได้ว่า คนที่มีสุขภาพจิตไม่ดีนั้น คือ คนที่เกิดความคับข้องใจ และคนที่เกิดความขัดแย้งในใจ (conflict) นั้นเอง

Jung ได้นำแนวคิดเรื่องภาวะจิตไร้สำนึกไปขยายความโดยอธิบายว่า โครงสร้างของบุคลิกภาพเกิดจากภาวะจิตไร้สำนึก 2 ประการ คือ ภาวะจิตไร้สำนึกส่วนตัว (personal unconscious) กับภาวะจิตไร้สำนึกสะสม (collective unconscious) และสามารถจำแนกบุคลิกภาพของคนออกเป็น 2 แบบ คือ บุคลิกภาพประเภทเก็บตัว (introvert personality) แสดงพฤติกรรมเด่นในลักษณะไม่ชอบการเข้าสังคม ชอบอยู่

คนเดียว บุคลิกภาพประเภทเปิดเผยตัวเอง (extrovert personality) แสดงพฤติกรรมชอบเปิดเผยตนเองโดยการเข้าสังคม นิยมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น Jung ให้แนวคิดที่ว่า ปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากการที่บุคคลต้องแสดงออกในชีวิตประจำวันในลักษณะที่ขัดกับบุคลิกภาพของตน เช่น คนเก็บตัวต้องทำงานติดต่อกับคนอื่น หรือคนประเภทเปิดเผยตัวเองถูกเก็บตัวให้ทำงานตามลำพัง

Erikson ได้อธิบายว่า โครงสร้างบุคลิกภาพเกิดจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น Erikson แบ่งขั้นพัฒนาการออกเป็น 8 ขั้น และสรุปว่าคนที่มีความสุขจิตดี คือคนที่สามารถปรับตัวได้ในแต่ละขั้นของพัฒนาการ แนวคิดของ Erikson ให้ความสำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการของชีวิตในวัยต่าง ๆ กับสุขภาพจิต สุขภาพจิตสัมพันธ์กับวัย ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่า ปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความขัดแย้งระหว่าง Id คือความต้องการส่วนตัวกับ Superego อันเป็นความต้องการที่จะทำให้ถูกต้องตามกฎระเบียบ หรือมาตรฐานของสังคม เมื่อทำไม่ได้หรือมีข้อขัดแย้งก็ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา เช่น อาการย้ำคิดย้ำทำ เพราะไม่แน่ใจว่าที่ทำไปนั้นถูกต้องหรือไม่ หรือเมื่อได้ทำไปแล้วผิดศีลธรรมหรือข้อห้ามของสังคมอย่างไร ในบางครั้งก็เกิดอาการหวาดระแวง สงสัย เพราะความขัดแย้งในใจ และความรู้สึกผิดในใจ (guilty) ดังนั้นสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล จะเป็นเช่นไรนั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นผ่านการพัฒนาแต่ละขั้นมาอย่างไร ถ้าพัฒนาแต่ละขั้นเหมาะสมเกิดการติดตรึง (fixation) ความผิดปกติของบุคลิกภาพย่อมตามมา โรคประสาท (neurosis) และ โรคจิต (psychosis) จึงเป็นผลมาจากการพัฒนาที่ผิดปกติในแต่ละขั้นของพัฒนาการ วิธีที่จะแก้ปัญหสุขภาพจิตตามทฤษฎีของ Freud คือ การสร้างโครงสร้างของบุคลิกภาพใหม่ โดยการวิเคราะห์เรื่องราวที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดที่ถูกกดทับไว้ในระดับจิตไร้สำนึกให้เกิดการรับรู้ในระดับจิตสำนึก

สุขภาพจิตตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (อ้างถึงใน ลิขิต กาญจนารักษ์, 2547, หน้า 86-95) นักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมที่มีชื่อเสียง คือ Eysenck, Wolpe, Skinner และ Pavlov ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเชื่อว่ามนุษย์ไม่ได้แตกต่างไปจากสัตว์โลกทั่ว ๆ ไป เพียงแต่มนุษย์มีความคิดซับซ้อนและเป็นนามธรรมมากกว่า รวมทั้งมีภาษาพูดที่แตกต่างจากสัตว์ ซึ่งทำให้นักพฤติกรรมนิยมทำการทดลองกับสัตว์ และยังมีความเชื่อว่า



พฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลการเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เมื่อไหร่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา และความรู้สึกนึกคิด จากแนวคิดนี้จึงทำให้นักพฤติกรรมนิยมให้ความสำคัญต่อการสร้างสถานการณ์และการวางเงื่อนไข เพราะว่าจะสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมได้หรือสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้การเรียนรู้มีความต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการเสริมแรง เช่น การให้คำชม การให้รางวัล ดังนั้นบุคลิกภาพตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมเป็นผลมาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของบุคคล

Wolpe มีความเชื่อว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ล้วนเกิดมาจากประสบการณ์เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมแทบทั้งสิ้น สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกำหนดบุคลิกภาพของคน ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ และนิสัยต่างๆ เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จึงเปรียบเทียบบุคลิกภาพของมนุษย์เหมือนปูนหรือดิน สภาพแวดล้อมเปรียบเสมือนตัวพิมพ์ตัวหล่อหลอมบุคคล คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักเกิดจากการเรียนรู้ที่ขัดแย้งกันระหว่างการเรียนรู้ในอดีตกับปัจจุบัน และการเรียนรู้อย่างผิด ๆ จะก่อให้เกิดเป็นเงื่อนไขทางอารมณ์ ความรู้สึกที่ถูกกำหนดเกิดจากการไปเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ สถานที่ วัตถุสิ่งของ สิ่งมีชีวิต หรืออะไรก็ตามที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสของมนุษย์สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เกิดความคับข้องใจอยู่ภายใน กลายเป็นบ่วงคิดตัวเป็นนิสัยได้

Pavlov เป็นผู้สร้างทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก Pavlov's Classical Conditioning มีความเชื่อว่ากระบวนการเสริมแรงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ เขาจะเน้นการปรับพฤติกรรม โดยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ต่อมา Thorndike ได้เสนอทฤษฎีความต่อเนื่องกล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการลองผิดลองถูกเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น ปัญหาเป็นสิ่งเร้า ถ้าแก้ปัญหาได้สำเร็จ สมหวัง สุขภาพจิตก็จะดี ถ้าลองแก้ปัญหาแล้วไม่สำเร็จ ผิดหวัง จะทำให้โศกเศร้าเสียใจ สุขภาพจิตเสื่อมลง พฤติกรรมที่จะคอยตอบสนองต่อสิ่งเร้าย่อมเป็นไปตามสุขภาพจิต ถ้าสุขภาพจิตดีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็ดี ถ้าสุขภาพจิต

ไม่ดีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็ไม่ดี สุขภาพจิตจึงทำหน้าที่เป็นพันธะทำการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและอาการตอบสนองของมนุษย์

Skinner เป็นผู้คิดทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement) (operant conditioning หรือ instrumental conditioning) เช่น การให้รางวัลหรือคำชมเชย เป็นแรงเสริมทางบวก ส่วนการลงโทษ เช่น คำว่ากล่าว เป็นแรงเสริมทางลบ ทำให้การเรียนรู้ลดลง การเสริมแรง (reinforcement) การเสริมทางบวกเป็นรากฐานของการเสริมสร้างภาวะทางสุขภาพจิตที่ดี

สุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีมนุษยนิยม (humanity theory) (อ้างถึงใน ลิขิต กาญจนภรณ์, 2547, หน้า 95-99) นักมนุษยนิยมที่เป็นพื้นฐานในการสร้างทฤษฎี 2 ท่าน ได้แก่

Perls ผู้นำแบบ Gestalt ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งจิตบำบัดแบบ Gestalt เชื่อว่าภาวะสุขภาพจิตดีของคนมาจากปฏิกริยาของอินทรีย์ทั้งหมด โดยไม่แบ่งแยก ออกเป็นส่วน ๆ สุขภาพจิตดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับ การปรับตัวอย่างสมดุลระหว่างอินทรีย์กับสิ่งแวดล้อม คนที่มีสุขภาพจิตดี จึงเป็นคนที่จัดระบบตัวเองให้เกิดความสมดุลกับสิ่งแวดล้อมได้ ไม่ได้ฝืนธรรมชาติของอินทรีย์ตัวเองเกินไปไม่พึ่งสิ่งแวดล้อมและผู้อื่น พึ่งพาตนเอง รับรู้ความรู้สึกของตัวเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (here and now) ไม่หมกมุ่นกับปัญหาในอดีต ไม่วิตกกังวล เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคต มิเช่นนั้น แล้วก็จะกลายเป็นคนสุขภาพจิตไม่ดี ดังนั้น เป้าหมายในการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ ให้บุคคลเกิดสติอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทฤษฎีสุขภาพจิตตามแนวคิดของกลุ่ม Gestalt โดยสรุปได้ว่า ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยความเป็นตัวเราและการมีชีวิตอยู่จริง จึงมุ่งเน้นในประสบการณ์ของบุคคลในปัจจุบัน (here and now experience)

Rogers แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client center) โดย มุ่งเน้นศูนย์กลางของการช่วยเหลืออยู่ที่ตัวผู้รับบริการ Roger เชื่อว่า มนุษย์จะใช้ความสามารถของตนเอง ที่มีอยู่ในขณะนั้นปรับเปลี่ยนตนเองจากภาวะที่สุขภาพจิตไม่ดีไปสู่ภาวะสุขภาพจิตดี Rogers (Rogers self theory) ให้ข้อคิดเห็นว่า บุคลิกภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ตนเอง ว่าบุคคลมีการรับรู้ตนเองแบบไหน บุคลิกภาพของเขาก็จะพัฒนาไปในแบบนั้น การรับรู้ตนเองของแต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงได้ คนที่มีปัญหาในการปรับตัวหรือ

ปัญหาด้านสุขภาพจิต คือคนที่รับรู้ว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมีความขัดแย้งกับภาพลักษณ์ของตน ความขัดแย้งนี้เป็นสิ่งที่คุกคามสันติสุขของตน และเขาจะปฏิเสธโดยสร้างกำแพงกั้นไว้ระหว่างภาพลักษณ์ของตนกับความเป็นจริง ผลก็คือว่าเขาจะไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับสิ่งที่ป็นจริงได้ จึงพยายามหากลไกต่าง ๆ มาป้องกันตัวเอง เพื่อเอาตัวรอด ยิ่งเขาได้หนีออกจากความเป็นจริงมากเท่าไร ความเครียด ความสับสนในชีวิตก็จะยิ่งเพิ่มพูนขึ้น ในทางตรงกันข้ามคนที่มีการปรับตัวดี คือ คนที่สามารถรักษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์แห่งตนกับความเป็นจริงให้สอดคล้องกันไว้ได้ สิ่งที่คิดสิ่งที่ทำและการแสดงความรู้สึกจะสอดคล้องกับความเป็นจริง สภาพแห่งภาพลักษณ์แห่งตนจึงอยู่ในลักษณะสมดุล ยืดหยุ่น จึงไม่มีความเครียดในการปรับตัว เมื่อพัฒนาถึงจุดนี้แล้วเขาจะเป็นคนที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง (fully functioning person) ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการใช้ความสามารถของตนเองให้รู้จักและเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง

Maslow ทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ 5 ลำดับขั้นของบุคคล ได้แก่ ความต้องการเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอด (physiological need) ความต้องการในด้านความปลอดภัยมั่นคง (safety need) ความต้องการความรักและความรู้สึกว่ามีเจ้าของ (sense of belonging) ความต้องการความมีชื่อเสียง มีความเชื่อถือ เชื่อมมั่นในตนเอง (esteem need) และความต้องการถึงสัจจะแห่งตน (self-actualization) โดยมนุษย์จะมีความต้องการเป็นลำดับขั้นจากต่ำไปสูง แต่ถ้าความต้องการแต่ละขั้นไม่ได้รับการตอบสนองเพียงพอ ทำให้เกิดอุปสรรคต่างๆ เมื่อความต้องการถูกขัดขวางหรือเกิดอุปสรรค บุคคลจะพยายามแก้ไข หากไม่สมหวังบุคคลอาจทำใจไม่ได้ ทำให้เกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ ซึ่งการเกิดความไม่สบายใจเพียงเล็กน้อย จะมีผลเพียงแก่สุขภาพจิตเสีย แต่ถ้ามีมากและยืดเยื้อยาวนานก็จะนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตหรือการเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงได้

สุขภาพจิตตามทฤษฎีการรู้คิด (อ้างถึงใน ลิขิต กาญจนภรณ์, 2547, หน้า 99-109) นักจิตวิทยาากลุ่มจิตวิทยาการรู้คิด (cognitive psychology) อธิบายว่า ความคิดจิตใจของมนุษย์คือการประมวลข้อมูล เกิดการรับรู้และเข้าใจ ผู้นำของจิตวิทยาากลุ่มนี้คือนายแพทย์ Ellis และ Beck ใช้แนวคิด (cognitive therapy) ในการบำบัดคนที่มีปัญหาทางจิตใจ โดยแนวคิดที่ว่า ความคิด (thoughts) ของคนเราเป็นตัวกำหนดอารมณ์ (emotions)

ของเรา ในทางกลับกันถ้าเราเปลี่ยนวิธีคิดของเรา เช่น การคิดในทางบวกอย่างสมจริง การคิดในทางสร้างสรรค์ เราจะสามารถลดปัญหาความซึมเศร้าหรือสามารถควบคุมพฤติกรรมของเราได้ดียิ่งขึ้น

สรุปว่า ในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่อธิบายความผิดปกติในทางจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ได้ หากแต่หลายแนวทฤษฎีมีความเป็นไปได้และได้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการการเจ็บป่วยทางจิต แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในที่นี้ ได้แก่ แนวคิดของ Valiant แนวคิดของ Glasser และ Wubbolding ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีมนุษยนิยม และทฤษฎีการรู้คิด

การป้องกันและส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดี

บุคคลมีหน้าที่จะต้องบำรุงรักษาและส่งเสริมสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจของตนเอง โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้

วิธีที่ 1 ให้อภัยยอมรับสภาพความเป็นจริงและข้อบกพร่องของตนเอง การยอมรับความจริงนั้นเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้เราปราศจากความวิตกกังวลใด ๆ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงได้

วิธีที่ 2 ทำจิตใจให้ร่าเริง มองโลกในแง่ดี และปลูกฝังอารมณ์ขันให้ตัวเอง การทำจิตใจให้ร่าเริงอยู่เสมอจะช่วยแก้ปัญหาค้าง ๆ ได้ทุกสถานการณ์ การมองโลกในแง่ดีและการมีอารมณ์ขันช่วยแก้อารมณ์หงุดหงิดทำให้จิตสบายไม่หมกมุ่นอยู่กับเรื่องไร้สาระ ซึ่งทำให้เกิดฟุ้งซ่านซึ่งไม่เป็นผลดีแก่สุขภาพ

วิธีที่ 3 ไม่ควรตั้งความหวังของชีวิตสูงเกินไป ควรตั้งไว้พอเหมาะ เมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถฐานะทางเศรษฐกิจ และสภาพอื่น ๆ ทั่วไป เพื่อป้องกันความผิดพลาดหรือผิดหวัง

วิธีที่ 4 พยายามปรับปรุงบุคลิกภาพของตนเองให้เข้ากับคนอื่นได้ทุกชั้น ทุกเพศ ทุกวัย และทุกประเภทการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความโอบอ้อมอารี เสียสละ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างบุคลิกภาพให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ไม่วางท่าจนเกินไป จนไม่มีใครอยากคบหาสมาคมด้วย การพูดจาก้าวร้าวซึ่งเป็น

ลักษณะของโรคจิตชนิดหนึ่ง จึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านี้เสีย จะทำให้สุขภาพจิตของตคนดีขึ้น

วิธีที่ 5 ควรหาที่ปรึกษาเมื่อเกิดความคับข้องใจขึ้น ควรหาทางระบายออก ไม่ควรเก็บสะสมไว้หรือครุ่นคิดอยู่คนเดียว ควรหาผู้ที่ไว้วางใจได้ เพื่อเป็นที่ปรึกษาและระบายความในใจออกไปบ้าง เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา เพื่อนสนิท ครู อาจารย์หรือแพทย์

วิธีที่ 6 ควรออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน นอกจากจะทำให้สมองปลอดโปร่ง ทำให้นอนหลับสนิทแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและกายที่ดีด้วย

วิธีที่ 7 ควรหาเวลาว่างเข้าร่วมในกิจกรรมนันทนาการ เพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ และผ่อนคลาย ความตึงเครียด ซึ่งเป็นการช่วยรักษาคุณภาพของจิตใจได้เป็นอย่างดี ทำให้สุขภาพจิตดี

วิธีที่ 8 ควรมีสุนัขติดประจำใจ เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจในบางครั้งบางคราว เช่น “อย่างจริงจังกับชีวิตจนเกินไปหรือ อย่าทำคุณเพื่อหวังผลตอบแทน”

วิธีที่ 9 เลื่อมใสและยึดถือในคำสอนของศาสนา เพื่อเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งใจและเป็นสรณะทางใจไม่ให้ฟุ้งซ่านทำจิตใจให้สงบ ไม่โลภ ไม่อิจฉาริษยา ไม่อาฆาตมาดร้าย ไม่จองเวรซึ่งกันและกัน คำสอนของพระพุทธศาสนา เช่น สติสัมปชัญญะและ หิริโอตตปปะ ซึ่งเป็นคำสอนทางศาสนาที่สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างดียิ่ง

วิธีที่ 10 พิจารณาสถานการณ์ให้ลึกซึ้ง โดยใช้สติปัญญามองด้วยข้อเท็จจริงและเหตุผล ไม่เข้าข้างตนเองจะช่วยให้เกิดความกระจ่างในวิธีการแก้ปัญหาได้

นโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ เน้นกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต (mental health prevention) สามารถแบ่งระดับการป้องกันได้เป็น 3 ระดับ คือ

การป้องกันระดับแรก (primary prevention) หรือเรียกว่า ชั้นป้องกัน (prevention measures) ระดับนี้มุ่งเน้นที่จะลดอัตราการเกิดภาวะผิดปกติทางจิต กิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นการลดหรือตัดต้นเหตุ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ที่คาดว่าจะให้ผลเสียต่อสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต ของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

การป้องกันระดับที่สอง (secondary prevention) หรือเรียกว่า ชั้นแก้ไข (correction measures) การป้องกันระดับนี้ เน้นที่การสกัดกั้น หรือยับยั้งปัญหาที่มีลักษณะอาการที่เริ่มเกิดขึ้น แล้วให้หยุดเพียงเท่านั้น ไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงต่อไป ด้วย

การวินิจฉัย แต่เนิ่น ๆ และรักษาแก้ไข โดยทันที ทั้งนี้เพื่อป้องกันความรุนแรง ความสูญเสียไม่ให้มากกว่าเดิม และเป็นการควบคุมปริมาณการเกิดผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นใหม่ (incident case) โดยการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่บุคคลทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาทิ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เครียด เช่น โรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุและสำรวจหาผู้ที่มีที่คาดว่าจะเกิดปัญหา (hidden problem) เพื่อรีบให้การช่วยเหลือเป็นต้น

การป้องกันระดับสุดท้าย (tertiary prevention) หรือเรียกว่าขั้นฟื้นฟู (rehabilitation measures) ขั้นนี้เน้นที่การลดผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เนื่องจากความผิดปกติทางจิต เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการรักษาแก้ไขแล้วให้กลับคืนสู่ปกติ กิจกรรมในระยะนี้ รวมถึงการแนะนำงาน การติดต่อหาแหล่งฝึกงานให้ การเป็นสื่อกลางให้ครอบครัว และชุมชนยอมรับและให้การช่วยเหลือ ประคับประคองสนับสนุนให้กำลังใจผู้ที่พ่ายป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีปมด้อย และสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขต่อไป

การประเมินสุขภาพจิต

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต GHQ--General Health Questionnaires ของ Goldberg (1972) แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539, หน้า 2-17) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับ กว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่งในปัจจุบัน โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็น โรคจิต เวชชนิใด เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบด้วยตนเองและได้รับการออกแบบมาสำหรับคัดกรอง ปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุข ตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ มากกว่าลักษณะที่เป็นลักษณะประจำของบุคคลนั้น ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพข้อคำถามของ จีเอสคิว จะครอบคลุม ปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (unhappiness) และความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (hypocondriasis)

จีเอสคิว ฉบับเต็ม (GHQ-60) ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ และมีฉบับย่ออื่น ๆ อีก คือ จีเอสคิว-30 , จีเอสคิว-12 ซึ่งมีข้อคำถาม 30 และ 12 ข้อ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมี จีเอสคิว-28 ซึ่งเป็น Sub-Scaled GHQ คือ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการทางกาย (somatic symptoms) อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

ในการคิดคะแนนของ จีเอสคิว (GHQ) Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ Score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert (Likert Score = 0-1-2-3) โดยพบว่า Correlation ระหว่างทั้งสองวิธีนี้ อยู่ระหว่าง 0.92-0.94 ส่วนเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชของ จีเอสคิว (GHQ) ฉบับต่าง ๆ มีดังนี้ จีเอสคิว-60 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 11/12 จีเอสคิว-28 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 5/6 จีเอสคิว-30 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 3/4 และจีเอสคิว-12 ใช้จุดตัดคะแนนที่ 1/2

สรุปผลการศึกษาที่ได้ พบว่า ไทย จีเอสคิว (Thai GHQ) ทุกฉบับที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าความไวและความจำเพาะตลอดจนสัมประสิทธิ์ ความเที่ยงตรงอื่น ๆ ในระดับที่ค่อนข้างสูง และสมควรจะนำไปใช้เป็นแบบคัดกรอง ความผิดปกติทางจิตเวช ทั้งในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ได้ดี

ดังนั้น ในทางปฏิบัติ Thai GHQ 12 จึงน่าจะเป็นฉบับที่เหมาะสมที่สุด โดยมีข้อดีคือ มีขนาดสั้น กระทัดรัด ผู้วิจัยจึงขอใช้เป็นแบบสอบถาม เพื่อการคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่กับสุขภาพทางกายมากกว่าสุขภาพจิต ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพจิตมองเห็นได้ยาก บุคคลโดยทั่วไปไม่ตระหนักในความสำคัญ มักจะละเลยไม่เห็นว่าเป็นปัญหา งานสุขภาพจิต

จึงไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร แต่ที่จริงสุขภาพจิตมีความสำคัญ เกี่ยวพันและมีผลกระทบกับสุขภาพกายมาก สุขภาพจิตของคนเทียบได้กับกัปตันเรือแห่งชีวิต ถ้าสุขภาพจิตดี บุคคลก็มีพฤติกรรมเหมาะสมกับตนเองและสภาพแวดล้อม ไม่มีความคับข้องใจมากนัก มีความสุขความสำเร็จเป็นที่ยอมรับของสังคม มีคุณภาพในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ และมีความสำเร็จในชีวิตได้พอสมควร (โกศล วงศ์สวรรค์ และเลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์, 2551, หน้า 53) ดังนั้น กระบวนการนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ ปราศจากความท้อแท้ จึงต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายการดูแลตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (2543) ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด กิจกรรมดูแลตนเองนั้น รวมถึงการจัดการและแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ ทั้งมีการปรับความรู้สึกก็นึกคิดและอารมณ์ของตน การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ได้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (psychological self-care) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อระครองจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Orem (1985, p. 70) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลแสดงออกตาม ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจน ลักษณะของ

บุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน

Levine (อ้างถึงใน Hill & Smith, 1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตัวเอง และเพื่อตัวเอง ในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรค และการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

Pender (1987, p. 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน

Hill and Smith (1990) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตและทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างผสมผสาน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว มี 7 ด้าน ประกอบไปด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตวิญญาณ

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552, หน้า 79) ได้สรุปไว้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาคำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต อย่างผสมผสานทั้งในภาวะปกติ และในภาวะที่มีปัญหา อีกทั้งเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้

แนวคิดและทฤษฎีของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎี กระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง,

2552) และในปี 1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจาก สาขาต่าง ๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ (1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ (2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก (3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ (4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz อ้างถึงใน อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ ได้แก่สาขาวิชาชีพแพทย สาขาวิชาชีพพยาบาล สาขาจิตวิทยา สาขาสุขศึกษา และสาขาสังคมศาสตร์ สามารถ จำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรม หรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้สนใจศึกษาการดูแลตนเองตามแนวคิด ทฤษฎี มีรายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) สร้างโดย Orem สำเร็จการศึกษาพยาบาลชั้นพื้นฐานจากโรงเรียนพยาบาลของโรงเรียน โพรเวเดนซ์ มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1930 สำเร็จปริญญาตรีและปริญญาโททางการศึกษาทางการพยาบาลในปี ค.ศ. 1934 และ ค.ศ. 1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัย แคนทอลิก ได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัย-จอร์จ ทาวน์ ในปี ค.ศ. 1976 Orem มีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้ตั้งใจไว้ (deliberate action) มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ บุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวม และทำหน้าที่ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และบุคคลยังเป็นระบบเปิดที่จะรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัต คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Orem อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, 2548, หน้า 71) Orem กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายใน และภายนอกที่จำเป็นในการคงไว้ และส่งเสริมสุขภาพให้เจริญเติบโต และพัฒนาการในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งมีจุดเน้นที่การป้องกัน การบรรเทา การรักษา หรือ

การควบคุมสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ หรือความ ผาสุก (Orem อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, 2548, หน้า 73) วัตถุประสงค์หรือเหตุผล ของการกระทำการดูแลตนเองนั้น Orem เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเอง ที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตาม ระยะเวลา และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลหรือครอบครัว เรียกว่า Health Care Agency ทฤษฎีของ Orem อธิบายว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมี เป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะที่สัมพันธ์กันคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจในระยะนี้บุคคลจะต้องหา ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจใน สถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับในแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะ กระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้ จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้อง กระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

แม้ว่าการดูแลตนเองจะมีแรงจูงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้น จะคิดเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้าทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นจะกระทำไปโดยไม่ระลึกถึง เป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อดำรงการรักษาและ ส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการ ปฏิบัติ เมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือความรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป นอกจากนี้การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ เป็นการกระทำจนเป็นนิสัย และได้รับอิทธิพลจากครอบครัว และจากการเป็นสมาชิก คนหนึ่งในกลุ่มสังคมนั้น ๆ การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (คือผ่านระยะของการคิด พิจารณา ตัดสิน ลงมือกระทำ และประเมินผลการกระทำ ดังได้กล่าวมาแล้ว) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก (สมจิต หนูเจริญกุล,

2543, หน้า 124) เช่นเดียวกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552, หน้า 82) ได้กล่าวโดยสรุปว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี ดังนั้น การดูแลตนเองของบุคลากรทางการแพทย์ ต้องไม่น้อยไปกว่าการดูแลผู้อื่น เข้าทำนองถ้าเราดูแลตัวเองไม่ได้แล้วเราจะไปดูแลคนอื่นได้อย่างไร สามารถป้องกันไม่ให้เกิดอาการฟิวส์ขาด (burn out) ได้ (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2550, หน้า 12)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ดังนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care behavior) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลก็ย่อมแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีโครงสร้าง 3 ระดับ อันประกอบไปด้วย

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่ว ๆ ไป คือ ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญาสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้การจำแนกว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตนั้นทำได้ยากมาก เพราะ Orem มองบุคคลว่ามีลักษณะเป็นองค์รวมเป็นหน่วยเดียวกัน แยกกันไม่ได้ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างผสมผสาน เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีและไม่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับจินตนา ยูนิพันธ์ุ (2534ก) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อระแวดระวังจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับ Hill and Smith (1990) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ และพัฒนาในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรือภายนอกบุคคลก็ได้ และได้แบ่งองค์ประกอบในการดูแลตนเองออกเป็นการดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นต้น การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิต และการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด การศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ุ (2534ก) จึงได้นำแนวคิดของ Hill and Smith (1990) และ Orem (1985) มาใช้ ซึ่งการดูแลตนเองโดยทั่วไปนั้น นำมาใช้ในการศึกษาการดูแลตนเองด้านร่างกาย สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไป เป็นการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาลักษณะพื้นฐานทางจิตใจ คือ การเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งรูปแบบของทฤษฎีน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของการดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill and Smith (1985) Orem (1991) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ซึ่งองค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบด้วย

Hill and Smith (1985) แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ (behaviors related primarily to the mind) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรักษาสุขภาพจิตและการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด เป็นต้น (2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย (behaviors related primarily to the body) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

Orem (1991) ได้แบ่ง การดูแลตนเอง (therapeutic self-care demand) ออกเป็น 3 ลักษณะคือ (1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อธำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี ความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย การมีปฏิภิกิริยาร่วมทางสังคม การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการส่งเสริมให้มนุษย์ได้ทำหน้าที่ มีความต้องการและอยู่อย่างปกติ (2) การดูแลตนเองเพื่อการพัฒนา (developmental self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาของบุคคลในช่วงต่าง ๆ ของวงจรมนุษย์ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การสร้างและดำรงรักษาสภาพการณ์ของชีวิตซึ่งสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมกระบวนการพัฒนาตามระยะพัฒนาการของชีวิต โดยพิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการพัฒนา หรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระดับการศึกษา แนวทางการปรับตัวเข้าสังคม เป็นต้น (3) การดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ (health deviation self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการ หรือความจำเป็นต้องแก้ไขให้ปกติ โดยใช้การเรียนรู้การดูแลตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลักษณะของการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลจากแนวคิดต่าง ๆ และได้กำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีรายละเอียด ดังนี้

1. องค์ประกอบที่ 1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง (กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม, 2548, หน้า 57) สอดคล้องกับทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การรู้จักตนเอง คือ อ่านตัวออก การรู้จักธรรมชาติของมนุษย์ และการเข้าใจตนเอง (self awareness) ตระหนักในโลกทัศน์ของตนเอง (phenomenology) ผู้ที่นำเสนอเรื่องความสำคัญของการตระหนักรู้ตัวเป็นคนแรก คือ Roger ถือว่าการมีกรู้ตัวหรือมีสติ เป็นระดับที่จะเข้าใจผู้รับบริการ ได้ลึกซึ้งกว่า จากงานวิจัยของ Silvia and Gendolla (อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2550, หน้า 208) กล่าวยืนยันว่ามีหลักฐานจากงานวิจัยหลายแหล่ง ที่พูดถึงผลของการมีสติ รวมถึงการใส่ใจรู้ตัว (self awareness) ว่าทำให้เกิดการมองโลกที่ตรงความจริงมากขึ้น รู้จักแก่นแท้ของตัวเองเพิ่มขึ้น รู้ทัศนคติ อารมณ์ ภาวะภายในต่าง ๆ ที่แท้จริง โดยสามารถสกัดสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่รบกวนออกไปได้ จึงช่วยให้การตัดสินใจดี และมีพฤติกรรมที่มั่นคงเหมาะสม รู้จักบังคับตัวเองได้ดีขึ้น มีความละเอียดไวต่อความรู้สึกมากขึ้น มีมุมมองที่ดีต่อผู้อื่น มีความรับผิดชอบ และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้สอดคล้องกับคนอื่นได้อย่างเหมาะสม สรุปได้ว่า บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้น ได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การจดบันทึก (journal keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ช่วยทำให้บุคคลได้ระบาย ได้ทำความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึกของตน ทำให้เพิ่มการยอมรับ และเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่บุคคลเลือก ช่วยให้ผู้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างลึกซึ้ง

กิจกรรมที่ 2 การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (values clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมที่ตนนับถืออยู่ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจ พฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน

กิจกรรมที่ 3 การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (assessment of coping skills) เป็นการทำความเข้าใจตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีการนั้น ๆ การเรียนรู้แบบแผนการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้า...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองในการดำรงชีวิต บุคคลจะแสดงออกในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อชีวิตของตน รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร้ง คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผนมุ่งมั่นกระทำและ



ประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้ดีกว่าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

2. องค์ประกอบที่ 2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการการตีความหมายของข้อมูล เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่าในการที่จะปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยน หรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึกและความหมายในการดำเนินชีวิต การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและรับข่าวสาร ได้รับความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับสาร การสนับสนุนแนวคิด และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก)

ในหน่วยงานหรือองค์การการสื่อสารคือ การติดต่อสั่งงาน-รับคำสั่ง ระหว่างผู้บังคับบัญชา-ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหาร-ผู้ปฏิบัติ หัวหน้า-ลูกน้อง ทั้งนี้เพื่อผลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเดียวกัน การสื่อสารจึงทำหน้าที่เสมือนเป็นกุญแจสำคัญ ที่ไขไปสู่ความสำเร็จในการทำงานและอาชีพ ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คนในสังคมทั่วไป (มุกดา ศรียงค์, 2550ก, หน้า 12) ทฤษฎีรูปแบบของ Satir's Model กล่าวถึง ทักษะในการสื่อสารเมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตว่า จำเป็นต้องฝึกทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสม เพื่อเป้าหมายของการปรับปรุงตัวเอง บุคคลจะเป็นคนที่สื่อสารตรงไปตรงมา มีลักษณะปากกับใจตรงกัน แต่ไม่ใช่ขวานผ่าซาก มีสัมมาคารวะแต่มีคำพูดที่ตรงกับความรู้สึก ซึ่งเป็นคำพูดที่กลั่นกรองแล้วที่ผู้อื่นรับฟังได้ บุคคลที่สื่อสารตรง ๆ มักจะฟังความคิดของทั้งตนเองและผู้อื่น เป็นคนช่างสังเกต รู้ทิศทางลม มีวาทีศิลป์ พฤติกรรมความคิด และอารมณ์ประสานกลมกลืนกันเป็นอย่างดี คิดก่อนพูด มีความโปร่งใสเข้ากับผู้อื่นในสังคมได้ดี มีความเป็นกลางและเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ กล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น (ทิพาวดี เอมะวรรณะ, 2547, หน้า 140) กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มี 2 วิธี ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (transactional analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุย แต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับปรุงแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้ การค้นพบการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสาร โดยจิตแพทย์ชื่อ Bern (อ้างถึงใน มุกดา ศรียงค์, 2550ก, หน้า 14) ตามแนวคิดนี้จะทำให้ตระหนักรู้ในการสื่อความในใจลึก ๆ จากการตอบโต้โดยใช้ภาษา ท่าทางและน้ำเสียง และความเชื่อว่าคนเราทุกคนจะมีบุคลิกภาพที่ประกอบด้วยอัตตา (ego) 3 ส่วน คือ A ย่อมาจาก Adult หมายถึงความเป็นผู้มีภาวะจิตที่เป็นผู้ใหญ่ เต็มไปด้วยเหตุผล P ย่อมาจาก Parent หมายถึง ภาวะจิตที่ถูกครอบงำด้วยความเป็นพ่อ-แม่ที่บุคคลนั้นได้มีประสบการณ์มาแต่วัยเด็ก และ C ย่อมาจาก Child หมายถึง ภาวะจิตที่ถูกครอบงำจากชีวิตในวัยเด็ก เมื่อบุคคลสองฝ่ายต้องสื่อสารโต้ตอบกัน ทั้งสองฝ่ายจะใช้ภาวะจิตทั้งสามส่วนนี้ ในสถานะที่แตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพที่ถูกพัฒนา ปกติการสื่อสารระหว่างบุคคลควรจะใช้ภาวะจิตแบบ A ในทั้ง 2 ฝ่าย จะทำให้การสนทนาสอดคล้องและราบรื่น แต่ถ้าทั้งสองฝ่ายโต้ตอบกันโดยใช้ภาวะจิตต่างกันย่อมจะทำให้การโต้ตอบนั้นไม่ราบรื่นแต่จะเกิดความขัดแย้ง และยังมีการโต้ตอบอีกลักษณะหนึ่งซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญมากในสถานการณ์ทางสังคมที่แอบแฝงไม่จริงใจหรือปากกับใจไม่ตรงกันหรือปิดป้องปิดบังความต้องการที่แท้จริงเอาไว้ (มุกดา ศรียงค์, 2550ก, หน้า 15)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) เป็นการฝึกเพื่อการแสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของตนเอง สามารถเลือกวิธีแสดงออกที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และความมั่นใจในตนเอง รวมทั้งช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้ง 2 ฝ่าย และยังเป็นการรักษาสุขภาพจิตของบุคคลอีกด้วย

มุกดา ศรียงค์ (2550ก, หน้า 15) ได้กล่าวถึงหลักของการสื่อสารเพื่อเข้าใจผู้อื่น คือ การใส่ใจและคำนึงถึงทัศนคติต่อชีวิต สามารถแยกแยะการมองเห็นคุณค่าของตนเองจากทัศนคติชีวิตได้ 4 แบบ ดังนี้ (1) แบบ I'm OK-You're OK (ฉันดี-คุณก็ดี) ถ้าเราคิดว่าตนเองดี ขณะเดียวกันเราก็มีทัศนคติต่อคนอื่นว่าเขาก็ดีเราก็จะยอมรับความคิดเห็นและ

การกระทำของเขา ขณะเดียวกันตัวเราเองก็ไม่นึกคุณดูตัวเอง การดำเนินชีวิตก็จะมีแต่ความสุข ไม่รู้สึกเป็นทุกข์ เรียกว่าเป็นคนมองโลกในแง่ดี (2) แบบ I'm not -OK-You're OK (ฉันแย่-แต่คุณดี) หรือ (3) แบบ I'm OK-You're not-OK (ฉันดี-แต่คุณแย่) ถ้าเรามีทัศนคติสองแบบนี้ เราก็อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ยาก เพราะถ้าคิดว่าตัวเราแย่ คนอื่นดี หรือตัวเราดี คนอื่นแย่ ไม่ว่าจะกรณีใด ก็จะเป็นปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำของเรา ที่ทำให้ผู้อื่นไม่พอใจ และในทางกลับกันเราไม่พอใจการกระทำของผู้อื่น และถ้าเป็นแบบ (4) แบบ I'm not -OK-You're not-OK (ฉันแย่-คุณก็แย่) สภาพชีวิตของบุคคลนี้จะหมดหวังต่อต่อโลกโดยสิ้นเชิง เพราะไม่มีอะไรดีสำหรับเขาเลย หมายถึงสุขภาพจิตไม่ดี

3. องค์ประกอบที่ 3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

เป็นการใช้เวลาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนจัดระเบียบการใช้เวลา การกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด และการจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของกิจกรรม เมื่อบุคคลสามารถใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้บุคคลมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายความเครียดหรือส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง ตามที่จินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) กล่าวว่า การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลมีเวลาสำหรับการทำงาน พักผ่อน ออกกำลังกาย เข้าสมาคมหรืออุทิศตัวให้แก่สังคม และมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายความเครียดให้แก่ตนเอง ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสิระยา สัมมาวาจ (2545, หน้า 89-91) กล่าวว่า การบริหารเวลาเป็นแนวทางหนึ่งในการลดความเครียด การบริหารเวลา หมายถึงการวางแผนเพื่อจัดการใช้เวลาที่มีอยู่คุ้มค่าที่สุด โดยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในเรื่องส่วนตัวและการทำงาน เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่นและมีความสุขมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินชีวิตนั้นมนุษย์จำเป็นต้องได้รับการพักผ่อน การทุ่มเทเวลาเกือบทั้งหมดในการทำงานโดยไม่หยุดพัก จะไม่เกิดผลดีต่อตนเองและผลงาน ตรงกันข้ามสภาพร่างกายและจิตใจจะเกิดการอ่อนล้า ขาดชีวิตชีวาบั่นทอนความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือเกิดความเครียดและเหนื่อยล้าในการทำงาน

ดังนั้นจึงควรแบ่งเวลาในการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุล โดยการเลือกรูปแบบหรือลักษณะของการพักผ่อนหรือผ่อนคลายความเครียดให้เหมาะสมกับตนเอง ขั้นตอนการบริหารเวลา มีดังนี้ (1) วิเคราะห์การใช้เวลาของตนเอง (2) ปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารเวลา (3) พิจารณาแยกประเภทกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติ (4) จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ต้องทำ (5) วางแผนการใช้เวลา โดยกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติการ (6) บันทึกการใช้เวลา และ (7) ประเมินการใช้เวลา คิดพบทวนวิเคราะห์และปรับปรุงวางแผนการใช้เวลาใหม่ตามความเหมาะสม

4. องค์ประกอบที่ 4 การเผชิญปัญหา

การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล จะต้องประสบกับปัญหาในลักษณะต่าง ๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาก็ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจ และเป็นทุกข์ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามหาทางแก้ปัญหามา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะทำให้เกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคามและถ้าไม่สามารถแก้ไขในสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤตซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1985) นอกจากนี้ จินตนา ยูนิพันธ์ ยังกล่าวว่า ปัญหาบางอย่างอาจทำให้บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตได้ ซึ่งภาวะวิกฤตที่พบส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากการสูญเสียที่บุคคลไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม ในระยะนี้บุคคลมักจะตัดสินใจผิดพลาด เพราะหมกมุ่นอยู่กับความวิตกกังวลรวมทั้งไม่สามารถจะใช้ทรัพยากรส่วนตัวและด้านบุคคลให้เป็นประโยชน์ต่อสถานการณ์ของตนได้ผลที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลนั้นนอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรือมีปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจตามมา ซึ่งเป็นผลในด้านลบเนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ในการดูแลตนเองเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตนั้น

วิลเลียม ฟงษ์ โสกา (2550) กล่าวว่า การศึกษาให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ในพฤติกรรมของบุคคลสามารถนำค่านิยม เป้าหมาย และมโนทัศน์ มาบูรณาการเพื่อสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวเองในการดำเนินชีวิตว่าบุคคลควรจะมีพฤติกรรมอย่างไร

จึงจะสนองตอบเป้าประสงค์ เสริมสร้างความเจริญงอกงามแห่งตนและสามารถปรับตัวในภาวะวิกฤตได้ การปรับตัวเป็นกระบวนการที่ทุกคนพยายามใช้แรงขับ แรงจูงใจช่วยสนองตอบความต้องการของร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อนำไปสู่เป้าหมายด้วยการปรับพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของสังคม ทำให้การดำรงชีวิตในสังคมเปี่ยมด้วยความสุข การปรับตัวในแต่ละวัยทำให้บุคคลพยายามยอมรับและกล้าเผชิญในความจริงของชีวิตด้วยการจัดการดูแลตนเองให้ดีด้วยความพอเพียง เหมาะสมตามอัตภาพ

จากการวิจัยของ วิภาดา คุณาวิกติกุล, ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, นงศ์ศราญวิเศษกุล, วิภาณี แลมเบิร์ต และคลินตัน แลมเบิร์ต (2549) ศึกษาความเครียดจากบทบาทหน้าที่ การเผชิญปัญหาและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพยาบาล พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาของพยาบาลเรียงจากมากไปน้อย คือ การวางแผนการแก้ปัญหา การยอมรับในความรับผิดชอบ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง การปรับการคิดในทางบวก การถอยห่าง

การเผชิญหน้า และการหลบหนี-หลีกเลี่ยง ตามลำดับ ส่วนการวิจัยของ กัญญาพิชญ์ จันทรนิม (2548) ได้กล่าวถึงลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับบทบาทใหม่ เป็นต้น (2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ

การเตรียมตัวเผชิญกับปัญหาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต ประกอบไปด้วยการประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยปัญหา วิธีการแก้ปัญหาวางแผนการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้บุคคลสามารถวิเคราะห์หาวิธีแก้ปัญหในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าและเกิดความผาสุกทางอารมณ์ หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

5. องค์ประกอบที่ 5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม

เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง รวมถึงคนใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤตได้ ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีมีอารมณ์มั่นคงและมีอายุยืนยาว (Cohen and Willis, 1985) สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่น ๆ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปลักษณ์ต่าง ๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพและจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ส่วนมุกดา ศรียงค์ (2550ข, หน้า 44) กล่าวว่า ในการทำงานการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าและลูกน้อง โดยหัวหน้าจะให้การสนับสนุนใน 3 ด้านที่สำคัญ คือ ด้านอารมณ์ คือ การให้กำลังใจ การยอมรับในความคิด ความรู้สึกเป็นกันเอง และการให้ความรู้สึกไว้วางใจ เมื่อพบอุปสรรคในการทำงาน ลูกน้องกล้าที่จะปรึกษาหรือด้วยความรู้สึกอบอุ่นใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การชี้แนะเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้รางวัล-ลงโทษ การกล่าวคำติชม บอกแนวทางแก้ไขปัญหา ด้านวัสดุอุปกรณ์ คือ การอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับ ความจำเป็นที่ต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์งบประมาณ แรงงาน และการบริการ รวมทั้งทรัพยากรอื่น ๆ สำหรับพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า ได้แก่ พฤติกรรมเอื้อเพื่อช่วยเหลือลูกน้อง การเป็นพี่เลี้ยง การเป็นครูฝึก ความเป็นเพื่อน พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมหรือองค์การ ซึ่งจุดมุ่งหมายของการให้การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นไปในทางบวก คือ เพิ่มความอยู่ดีมีสุข เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงาน และเพิ่มผลการปฏิบัติงานหรือประสิทธิผลในการทำงาน

จากบทความงานวิจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า คูจเดือน พันธมนาวิน (อ้างถึงใน มุกดา ศรียงค์, 2550ข, หน้า 44) ได้สรุปผลการวิจัยในกลุ่มคนไทยจากหลายหน่วยงานและอาชีพ พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในหน่วยงานหรือจากหัวหน้ามาก จะมีสุขภาพจิตดี มีความเชื่ออำนาจในตนให้กระทำพฤติกรรมที่น่าปรารถนาต่าง ๆ เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ศักยภาพความสามารถของตนเองมากกว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานหรือหัวหน้างานน้อย

กิจกรรมการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม มีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) (1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ (2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ (3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต (4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน และ (5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. องค์ประกอบที่ 6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ก) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำจิตใจให้สงบและเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อขัดเกลาจิตใจให้คนสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข (พุทธทาสภิกขุ, 2542) และวิธีการทางศาสนาก็เหมือน ๆ กันทั้งโลก คือ มีการสวดมนต์ตั้งจิตอธิษฐาน จดบันทึกในเรื่องทางจิตสภาวะ (spiritual journaling) การให้อภัย (forgiveness) การพยายามใช้ศาสนามายับยั้งจิตใจในสิ่งที่ไม่ดีและใช้ศาสนามาส่งเสริมให้เกิดสิ่งดี ๆ เพิ่มขึ้น ใช้ศาสนาลดพฤติกรรมนิสัยที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนมุมมอง เป็นต้น

วิถีแห่งศรัทธาที่ดีในรูปแบบของความเชื่อและศาสนา (faith-based positive religious resources) สามารถก่อฐานพลังในการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้ ประโยชน์ของความเชื่อทางศาสนาสามารถให้ผลเป็นสุขและสุขภาพจิตที่ดี (ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2550, หน้า 12-13)

นักวิชาการส่วนใหญ่ยอมรับว่า ลักษณะทางศาสนาประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติทางศาสนา และคาดว่าทั้งสององค์ประกอบนี้ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง (ดวงเดือน พันธมนาวิน และคนอื่น ๆ, 2551) จากการวิจัยของรวีวรรณ ศรีเพ็ญ และภัสพร ขำวิธา, 2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางพุทธ ลักษณะทางจิต กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีสนองความต้องการของผู้รับบริการและสังคม โดยความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนามีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่มีความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนามากก็จะมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดี ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการทำงาน การรู้จักตนเองและแรงจูงใจ สอดคล้องกับการสำรวจแพทย์ไทยอายุยืนของ สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคนอื่น ๆ (2547) พบว่า แพทย์ผู้มีอายุยืนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยการสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ใ้บาตร ฝึกสมาธิและฟังธรรม รวมทั้งใช้หลักธรรมในการดำรงชีพและปฏิบัติงาน อีกทั้งแนะนำสิ่งนี้แก่แพทย์รุ่นน้องและรุ่นลูกด้วย

นอกจากนี้การวิจัยของ วันดี สุทธิรัมย์, ทิพย์ภา เชนฐ์ชาวลิต และจินตนา เลิศไพบูลย์ (2545) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในการใช้ศาสนาพุทธดูแลสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าศาสนาพุทธมีส่วนช่วยดูแลสุขภาพจิต 3 ด้านคือ (1) เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น (2) กำลังใจ/พลังใจและ (3) ฟังพอใจในสิ่งที่มีอยู่ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนำศาสนาพุทธมาใช้ดูแลสุขภาพจิต 2 ลักษณะคือ (1) ใช้หลักคำสอน ได้แก่ การอ่านหนังสือ ธรรมะ คติสอนใจ การฟังพระเทศน์ การฟังจากเทปธรรมะและการสนทนากับผู้ปฏิบัติธรรม และ(2) กระทำกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การสวดมนต์ การให้ทาน การถือศีล การบวชชีพราหมณ์ และการนั่งสมาธิ บางรายก็กระทำเป็นประจำทุกวัน ในขณะที่

บางรายจะทำกิจกรรมเหล่านี้ในช่วงที่ตนรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ

7. องค์ประกอบที่ 7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ กระทำได้โดย การรับประทานอาหารและน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อน นอนหลับ และการฝึกทักษะการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 1 การรับประทานอาหารและน้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับสารอาหารถูกต้องครบถ้วนตามหลักโภชนาการ รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทั้งนี้เพราะอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 126) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ตั้งแต่การสนใจเลือกซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ รับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด คุณภาพและปริมาณที่เหมาะสม ตามวัย งดหรือลดการบริโภคเครื่องดื่ม อาหารที่ก่อโทษแก่ร่างกายและควบคุมโภชนาการ เน้นในเรื่องการหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและหาแนวทางเพื่อพัฒนาให้มีการรับประทานที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพดี (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552, หน้า 48)

กิจกรรมที่ 2 การออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเป็นของจำเป็นสำหรับทุกคน แต่วิธีการออกกำลังกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในบางคนที่ต้องทำงานใช้แรงมาก การออกกำลังกายได้สอดแทรกอยู่แล้วในกิจวัตรประจำวัน แต่สำหรับคนที่ทำงานนั่งโต๊ะจะต้องวางแผนกำหนดวันและเวลาด้วยความตั้งใจ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 126) ความสามารถของร่างกายในการที่จะสามารถกระทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวของร่างกายที่คล่องตัว โดยการจัดองค์ประกอบของร่างกายให้สมดุล ในด้านความอดทน ความทนทานของหัวใจและหลอดเลือด และความแข็งแรงทนทานและยืดหยุ่นอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งประโยชน์ของการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อความจำเป็นหรือความต้องการขั้นต่ำของร่างกายให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและการบาดเจ็บต่าง ๆ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552, หน้า 47-48)

การออกกำลังกายจึงเป็นนันทนาการได้ดี เพราะส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดर्फิน (Endorphines) และสารเอ็นเคฟาลิน (Enkephalins) ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนกับมอร์ฟิน ทำให้เกิดอาการสดชื่นอิมเม็บ (euphoria) และสารนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น นอนหลับได้ดี ลดความตึงเครียด และรู้สึกสนุกสนานอยากออกกำลังกายมากขึ้น (Edlin, Golanty, & Brown อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่น ๆ, 2543, หน้า 133) โดยมีหลักการออกกำลังกาย คือ สัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละครั้ง หรือวันเว้นวัน และควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 30-60 นาที สำหรับผู้ที่ต้องการออกกำลังกายแต่หาเวลาว่างไม่ได้ สามารถออกกำลังกายได้โดยการเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ (สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่น ๆ, 2543, หน้า 138-139) ดังนั้น ความฉลาดในด้านสุขภาพ คือ ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ เป็นการใส่ใจสุขภาพของตัวเอง ผู้ที่ทำงานหนักโดยไม่ใส่ใจต่อสุขภาพหรือการพักผ่อนที่เพียงพอ มักจะเกิดปัญหาต่อสุขภาพตนเอง มีความเครียด สุขภาพร่างกายอ่อนแอ สุขภาพจิตแย่และในที่สุด ผลการปฏิบัติงานก็จะไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลเสียต่อตนเอง จึงควรดูแลและใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองด้วยการหาเวลาออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาที่ชอบ จะช่วยให้สมองทุกส่วนทำงาน ระบบความจำดีขึ้น และที่สำคัญจะช่วยให้มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552, หน้า 43-44)

กิจกรรมที่ 3 การพักผ่อนนอนหลับ การนอนหลับจะทำให้ทุกส่วนของร่างกายทำงานน้อยลงและเป็นการลดความเครียดอีกด้วย บุคคลใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตในการนอนหลับ (Hill & Smith, 1985) การศึกษาของ Czeisler (อ้างถึงใน รุจิรา สัจจะนิรันดร์, 2552) ที่รายงานว่าคุณที่นอนเพียง 4 ชั่วโมงต่อคืน ติดต่อกัน 4-5 วัน จะส่งผลให้ระดับการรับรู้ และการทำงานของสมองแย่เท่ากับคนที่อดนอนถึง 24 ชั่วโมง ส่วนในกลุ่มของแพทย์ฝึกหัดนั้น Lockley et al., 2007 (อ้างถึงใน รุจิรา สัจจะนิรันดร์, 2552) ได้เปรียบเทียบแพทย์ฝึกหัดที่อยู่เวรมากกว่า 24 ชั่วโมง กับอยู่เวรเพียง 16 ชั่วโมง แล้วพบว่า แพทย์ฝึกหัดที่อยู่เวรมากกว่า 24 ชั่วโมง จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ที่จะเกิดการบาดเจ็บจากของมีคม ประสบอุบัติเหตุทางจราจร และมีถึงร้อยละ 36 ที่เกิดความผิดพลาดในการทำงานระดับรุนแรง ซึ่งการอ่อนเพลียนั้นสัมพันธ์กับ ความผิดพลาดทาง

การแพทย์ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้น แพทย์อายุยืนจะมีระยะเวลาการนอนหลับอยู่ระหว่างวันละ 3-9 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย 6.75 ± 1.06 ชั่วโมง (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล และคนอื่น ๆ, 2547) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ ฉันทนา แรงสิงห์ (2550) ที่ได้ทำการวิจัยคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรดึก และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง (ไม่มีวันหยุด)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยลดปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้อารมณ์จิตใจมั่นคง ลดความวิตกกังวล และมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมตนเองได้ เพราะในชีวิตประจำวันต้องเผชิญกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เครียด ทั้งในชีวิตส่วนตัวและในหน้าที่การงาน ผู้ให้บริการก็อาจได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่จนทำให้เครียด ทั้งโดยที่รู้เท่าทันและไม่รู้เท่าทัน จึงจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องฝึกฝนให้รู้เท่าทันความเครียดตนเอง และมีทักษะในการจัดการกับความเครียด วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมไม่ควรก่อปัญหาสุขภาพตามมา กลวิธีการคลายความเครียดเพื่อป้องกันภาวะความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน มี 3 ระดับ ได้แก่ (1) การเดินเล่น ออกกำลังกาย ทำงานศิลปะ ทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ ฟังเพลง/ร้องเพลง ฯลฯ (2) การใช้เทคนิคจินตนาการ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (3) การฝึกไทจิ การฝึกโยคะ การทำสมาธิ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2543)

นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ยังสามารถเลือกเทคนิคการผ่อนคลายแบบต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสมและความชอบของตนเอง ตัวอย่างเทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่ (1) การหายใจเข้าออกลึก ๆ (deep breathing) โดยการสังเกตการณ์หายใจเข้าทางจมูก และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การนับการหายใจเข้าออกจะช่วยให้มีสมาธิมากขึ้น (2) การกำหนดด้วยตนเอง (autogenic training) เป็นการผ่อนคลายที่ประกอบด้วย การฝึก 6 เรื่อง คือ แขน ขา หัวใจ ปอด อวัยวะในช่องท้อง หน้าผาก โดยผู้ฝึกเป็นผู้กระทำเอง ภายใต้อารมณ์แวดล้อมที่มีสิ่งเร้าภายนอกน้อยที่สุด และผู้ฝึกจะต้องให้ความสนใจที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายขณะที่คิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายส่วนของร่างกายนั้น ๆ

ซ้ำ ๆ (3) การทำสมาธิ (meditation) สมาธิเป็นเทคนิคหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลให้ความสนใจที่จุดใดจุดหนึ่ง

การประเมินการดูแลตนเอง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ของ Hill and Smith (1990) ส่วนในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ของ Orem (1985) สำหรับการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้พัฒนาแนวคิดของตนเองจากการศึกษาความเชื่อ และวิถีชีวิตของคนไทยโดยเรียกว่า เป็นการดูแลตนเองด้านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนี้ เป็นแบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน และหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) ในประชากรไทยเขตภาคกลาง จำนวน 40 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 นำไปศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 นอกจากนี้ ได้มีผู้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตฉบับนี้ไปใช้ศึกษา ได้แก่ ภูซงค์ ศรีวิสิฐศักดิ์ (2547) นำไปศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจโดยรายด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .88, .90, .91, .82, .92 และ .92 ตามลำดับ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ แบ่งเป็นการดูแล

ตนเองในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 7 ข้อ การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหา จำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ กิจกรรมนั้นทำเป็นประจำ = 4 กิจกรรมนั้นทำบ่อยครั้ง = 3 กิจกรรมนั้นทำบางครั้ง = 2 กิจกรรมนั้นเกือบหรือไม่เคยทำ = 1

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือในการศึกษาสุขภาพจิต การดูแลตนเองและความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯสยามบรมราชกุมารี เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าแบบทดสอบมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต มีการแปลผลคะแนนการดูแลตนเอง การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 จนถึงข้อที่ 60 ใช้เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนตามพิสัยที่กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.00-2.49	หมายถึง	การดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.50-3.49	หมายถึง	การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.50-4.00	หมายถึง	การดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก

แนวคิดเกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน



ความเป็นมาของคำว่า ความท้อแท้

ที่มาของศัพท์คำว่า “Burn out” ได้ถูกกล่าวถึง เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1967 โดย Bradley (อ้างถึงใน Schaufeli & Enzmann, 1998) โดยกล่าวว่า ความท้อแท้เป็นปรากฏการณ์ทางด้านจิตใจที่มักเกิดกับกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการช่วยเหลือผู้อื่น แต่ไม่ได้มีการศึกษาในรายละเอียด ต่อมาเริ่มปรากฏชัดเจนขึ้นในปี ค.ศ. 1970 Freudenberger จิตแพทย์ชาวอเมริกันซึ่งทำงานในสถานบำบัดโรคจิตและประสาทแห่งหนึ่ง เป็นผู้ใช้

คำว่า ท้อแท้ แทนปรากฏการณ์ที่เขาสังเกตพบในตัวเองและเพื่อนร่วมงาน นั่นคือ อาการเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย ซึ่งเกิดจากการทำงานหนักภายใต้แรงกดดัน เพราะผู้รับบริการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก และไม่หยุดหย่อน Freudenberger (1974, pp. 161-162) และในปี ค.ศ. 1974 Freudenberger ได้เขียนบทความเกี่ยวกับความท้อแท้ของทีมงาน “Staff Burnout” ซึ่งมีผู้ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ต่อมาจึงได้นำปรากฏการณ์ที่พบมาพิจารณารายละเอียดถึงสาเหตุและกระบวนการเกิดความท้อแท้ และเขียนปรากฏการณ์ที่พบลงในวารสารต่าง ๆ ตลอดจนจัดให้มีการเผยแพร่ทางโทรทัศน์และวิทยุกระจายเสียงในนิวยอร์ก (Freudenberger & Richelson อ้างถึงใน มาลินี วงศ์พานิช, 2531) งานของ Freudenberger ในเรื่องความท้อแท้นี้ เป็นการค้นพบที่มีคุณค่าทางจิตวิทยา จึงทำให้มีส่วนสำคัญที่ทำให้เขาได้รับรางวัลเหรียญทองในฐานะนักจิตวิทยาผู้มีผลงาน ตลอดชีวิตดีเด่นจากสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 1999, p. 578) แม้ว่า Freudenberger จะเป็นบุคคลแรกที่ใช้คำนี้ในรายงานการวิจัย แต่ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้พัฒนามโนทัศน์นี้ให้เป็นที่ยอมรับในทางสังคมศาสตร์ คือ Maslach, Jackson, and Cherniss (อ้างถึงใน สงวนสิทธิ์ ภิณฑิต, 2542ก, หน้า 169) ในปี ค.ศ. 1973 Maslach นักวิจัยทางด้านจิตสังคมและอาจารย์ทางจิตวิทยาที่มหาวิทยาลัยเบอร์กลีย์ รัฐแคลิฟอร์เนีย พบความท้อแท้โดยบังเอิญจากการศึกษาเกี่ยวกับวิถีทางปรับแก้ความเครียดจากการทำงาน โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ที่ให้บริการสุขภาพเช่น แพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ และผู้ให้บริการปรึกษาพบว่าในระยะแรกบุคคลเหล่านี้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการระบายความรู้สึกทั้งหมดออกมา ระยะต่อมามีการพัฒนาการรับรู้ต่าง ๆ เป็นไปในทางลบและมีทัศนคติต่อผู้รับบริการเป็นไปในทางลบ ท้ายสุดที่พบบ่อยคือ เกิดภาวะวิกฤตในวิชาชีพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ทั้งหมดนี้เป็นผลมาจากความยุ่งยากทางอารมณ์ (Schaufeli & Enzmann, 1998) ต่อมา Maslach และเพื่อนร่วมงานได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดของความท้อแท้ต่อ จากงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการลดความเป็นมนุษย์ (dehumanization) ของ Zimbardo ในปี ค.ศ. 1970 (Farber, 1991, p. 10) เขาได้ศึกษาความท้อแท้ทางจิตวิทยาสังคัมรวบรวมข้อมูลจากอาชีพที่หลากหลาย โดยศึกษาสาเหตุ อาการแสดง การรักษาความท้อแท้ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน

รวมถึงผลของแรงสนับสนุนของสังคมที่มีต่อภาวะเครียดในการทำงานและมีการตีพิมพ์เผยแพร่ลงในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ. 1976 (Shubin, 1978, p. 24) ในปี ค.ศ. 1978 Shubin ได้นำแนวคิดความท้อแท้ในการทำงานมาใช้ในวงการพยาบาล โดยเผยแพร่ในวารสารทางการพยาบาล และต่อมาได้มีการบัญญัติคำว่า “ความท้อแท้” ลงใน Commulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Muldary, 1983, p. 3) คำว่า Burn out จึงเป็นคำที่กล่าวถึงกันมากในหมู่นักวิชาชีพช่วยเหลือ ผู้บริหาร และผู้ที่ใฝ่สัมฤทธิ์สูง ว่าเป็นคำยอดนิยมในยุค 1980's จนกระทั่งคำนี้ได้รับการยอมรับให้เป็นศัพท์หนึ่งในพจนานุกรมทางจิตวิทยา (dictionary of psychology)

“Burn out” เป็นคำที่มีนักวิชาการ และนักวิจัยแปลเป็นคำภาษาไทยไว้แตกต่างกัน เช่น จิตสลาย ความเหนื่อยหน่าย ความท้อถอย ความท้อแท้ การหมดไฟ สภาวะจิตมอดไหม้ และฟิวส์ขาด ซึ่งในภาษาอังกฤษ ก็มีชื่อเรียกหรือเขียนต่าง ๆ กัน ดังนี้ burn out, burn-out, rust out บางทีเรียก stress distress ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับความหมายของแต่ละท่าน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า “ความท้อแท้” อย่างไรก็ตามความท้อแท้เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน พรพรรณราย ทวีพระประภา (2548, หน้า 3-13) ได้กล่าวถึง การทำงานไว้ว่า เป็นการประกอบอาชีพ ทำให้คนเรามีชีวิตที่เต็มสมบูรณ์ มีคุณค่า มีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม และต่อประเทศชาติ ซึ่งบุคลากรทุก ๆ คนที่อยู่ร่วมกันในองค์กรมีหน้าที่ บทบาท ความรับผิดชอบ ความรู้ความสามารถ และพฤติกรรมในการทำงานแตกต่างกัน นอกจากนี้การทำงานก็ยังสามารถตอบสนองความต้องการขั้นต่าง ๆ ของชีวิตมนุษย์ เพราะการทำงานให้ผลตอบแทนทั้งทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจควบคู่กันไป ตามทฤษฎีการจูงใจของ Maslow ถึงแม้ว่าการทำงานจะเป็นส่วนสำคัญในชีวิตมนุษย์แต่บางคนทุ่มเทตนเองให้แก่การทำงาน โดยทอดทิ้งส่วนอื่น ๆ ไปทั้งหมด ทำให้การทำงานกลายเป็นภัยที่บั่นทอนชีวิตของตนเองโดยไม่จำเป็น กลายเป็นคนสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัย เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง หรือโรคจิต โรคประสาท จากคำกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับ ทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2548, หน้า 205-206) ได้กล่าวว่า เป็นสัญญาณเตือนอย่างหนึ่ง ที่บุคคลใช้งานตัวเองหนักเกินไป ทำให้การทำงานและการดำเนินชีวิตขาดสมดุล จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ท้อแท้ และ

หวั่นกลัวต่าง ๆ นานา เริ่มมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากต่อสู้ ไม่อยากทำงานอีกต่อไป สอดคล้องกับ McKeen and Wong (อ้างถึงใน ทิพาวดี เอมะวรรณนะ, 2548, หน้า 205) จิตแพทย์ชาวแคนาดา กล่าวว่า อาการท้อแท้ คือ การที่พลังในตัวบุคคลถูกสกัดกั้นไว้ (energy block) และทิพาวดี เอมะวรรณนะ (2548, หน้า 204) กล่าวว่า เป็นลักษณะอาการหนึ่งของกลุ่มบุคลิกภาพประเภทมีประสิทธิภาพ และใฝ่สัมฤทธิ์สูง (type a personality) พวกบ้างาน (workaholic) หรือสืบเนื่องมาจากความเครียดระยะยาว (chronic stress syndrome) หรือการทำงานหามรุ่งหามค่ำเป็นเวลานานปีจนเหนื่อยเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome)

มาลินี พงศ์พานิช (2531, หน้า 25) ได้แปลหนังสือเรื่อง Bum-out: The High Cost of High Achievement ซึ่งเขียนโดย Freudenberger and Richelson (1980) โดยใช้ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยว่า “จิตสลาย: ราคาของความสำเร็จที่แพงลิบ” และได้ให้ความหมายว่า “Burnout” หรือ “จิตสลาย” เป็นการทำให้ทรัพยากรทางกายและจิตใจของตนหมดสิ้นลง การทำให้ตนเองสิ้นเรี่ยวแรงด้วยการดิ้นรนไขว่คว้าจนเกินไป เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่ตนเองหรือค่านิยมของสังคมได้ตั้งคาดหวังอันไม่อาจเป็นจริงได้เอาไว้ หรืออาจกล่าวได้ว่า คนที่จิตสลายก็คือ คนที่ตกอยู่ในภาวะความท้อแท้ หรือ ผิดหวังอันเกิดจากการอุทิศตัวให้แก่วิถีทาง วิถีชีวิตหรือความสัมพันธ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่เคยให้ผลรางวัลตอบแทนที่เขาคาดหวังไว้

ความหมายของความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

Freudenberger (1974, pp. 159-160) ให้ความหมายว่า เป็นความไม่สมหวัง เบื่อหน่ายงานที่ทำมาเป็นเวลานาน เกิดความอ่อนล้าเพราะว่าความต้องการในพลังและความคิดมากเกินไป ซึ่งความท้อแท้นี้เกิดขึ้นในลักษณะอาการที่แตกต่างกัน ผันแปรไปตามแต่ละบุคคล โดยปกติจะเกิดขึ้นประมาณหนึ่งปีหลังจากที่ได้เริ่มทำงานในหน่วยงาน

Freudenberger (1980, p. 247) ให้ความหมายว่า อาการท้อแท้ในการปฏิบัติงาน เป็นอาการที่บุคคลทำตัวเองจนหมดเรี่ยวแรงทั้งสมองและกาย โดยการดูดพลังในตัวออกมาใช้ในสิ่งที่สูงเกินเอื้อมในเวลานั้น เหมือนจะเป็นการผลักดันตัวเองอย่างหนัก

ให้ไปให้ถึงดวงดาวที่ไผ่ฝนไว้ เป็นการพยายามฝ่าฝืนให้ได้ในสิ่งที่มุ่งหวัง ซึ่งอาจเป็นการวางแผนตั้งเป้าของตนเอง หรือไม่ก็ตามค่านิยมของสังคม

Cherniss (1980, p. 5) อธิบายว่า ความท้อแท้ขึ้นเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมในอาชีพไปในทางลบ เสื่อมถอยในเรื่องของความเชื่อถือไว้วางใจ และอุดมการณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากงานที่ทำ เป็นลักษณะของการตอบสนองความเครียดจากการปฏิบัติงาน

Maslach and Jackson (1981, p. 99) ได้ให้คำนิยาม คำว่า Job Burnout หรืออาการท้อแท้ในการปฏิบัติงาน คือ ความรู้สึกอ่อนล้า และการเกิดความคิดในแง่ลบ อาการเช่นนี้พบมากในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานที่ให้บริการทางสังคม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ครู อาจารย์ และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

Muldary (1983, p. 41) ให้ความหมายว่า ความท้อแท้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในครั้งหนึ่งของวิชาชีพที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ประสิทธิภาพในการจัดการกับอารมณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อยจากบุคคลอื่นๆ หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายและผลที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สนใจต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และต่อองค์กรที่ตนเองทำงานอยู่

Corey, Corey and Callanan (1984, p. 296) ให้คำจำกัดความไว้สั้นกะทัดรัดว่าเป็นสภาวะของความเหนื่อยล้าหมดกำลังกาย กำลังใจ และกำลังสมอง (physical, emotional, and mental exhaustion)

Chaplin (1985) ได้กล่าวไว้ใน พจนานุกรมทางจิตวิทยา (dictionary of psychology) ว่าเป็น อาการผิดปกติของผู้มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้อื่น มีอาการแสดงออกถึงลักษณะหย่อนความสามารถในการทำงาน หมดความหวังความสนใจ เสียขวัญและกำลังใจ มีปัญหาทางอารมณ์และอาจหันเข้าหาสารเสพติด สันนิษฐานว่าเป็นผลจากการทำงานภายใต้ความกดดันสูง และการเร่งรัดบังคับมากอยู่เป็นเวลานาน

Pines and Aronson (1988) ให้ความหมายว่า ความท้อแท้เป็นอาการอ่อนล้าทางกาย ทางอารมณ์ และทางจิตใจ ที่เกิดจากการทำงานภายใต้แรงกดดันนาน ๆ การอ่อนล้าทางกายแสดงออกในรูปของอาการอ่อนเพลีย การหมดแรง และความอ่อนแอทางกายของผู้ปฏิบัติงาน การอ่อนล้าทางอารมณ์คือ ความรู้สึกท้อแท้และหมดหวังในการทำงาน

ส่วนการอ่อนล้าทางจิตใจคือ การเกิดความคิดในแง่ลบต่อตนเอง ต่องานที่ทำ ตลอดจนการดำเนินชีวิตในด้านอื่น ๆ

Moss (1989) กล่าวว่า ความท้อแท้เป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับบุคคลที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับผู้คนอยู่ตลอดเวลา และเป็นงานที่ต้องอาศัยความรอบคอบระมัดระวังเป็นพิเศษ

Bacharach, Bamberger, and Conley (1991) ให้คำนิยามว่า เป็นอาการของความเครียดในการทำงานที่สะสมมาเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ

Miller and Keane (1992) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความหมดแรงทางอารมณ์และร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และความเครียดภายในบุคคลร่วมกับมีทักษะไม่ดีพอในการเผชิญต่อปัญหาและการปรับตัวกับปัญหา ความท้อแท้ที่เกิดขึ้นในบุคคลจะส่งผลทำให้มีทัศนคติในทางลบต่องานที่ปฏิบัติอยู่เพิ่มมากขึ้น ความเชื่อมั่นในตนเองลดลงและการประเมินค่าตนเองต่ำลง

Hobfoll and Freedy (1993) กล่าวว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงานเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากผลของความเครียดจากงาน คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกว่าอ่อนเพลีย หมดกำลัง หมดสิ้นเรี่ยวแรงในการทำงาน

Maslach and Ozer (1995) ให้คำอธิบายไว้ว่าอาการท้อแท้เป็นอาการที่เกิดจากการทำงานอยู่กับภาวะความบีบคั้นทางอารมณ์และความบีบคั้นทางสัมพันธภาพกับคนที่ทำงานด้วยอยู่เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะงานอาชีพที่เป็นดังต่อไปนี้ (1) งานที่เน้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (2) งานที่เน้นการเข้าไปพัวพันทางอารมณ์ความรู้สึกลึก ๆ เช่น งานด้านมนุษยบริการที่ต้องให้การเอาใจใส่การรักษา หรือการให้ความรู้ทั่วไป หรือความรู้ทางสุศึกษา การดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นต้น

Maslach, Schaufeli, and Leiter (2001) กล่าวว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงานเป็นอาการทางอารมณ์ สืบเนื่องมาจากความเครียดอย่างเรื้อรังที่เกิดจากการทำงาน

Delio (2001) กล่าวว่า เป็นอาการอ่อนล้าทางกาย และทางอารมณ์ คือ หมดเรี่ยวแรงหมดพลัง ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน หรือความผิดหวัง

ไม่พอใจในการทำงาน

Schultz (2002) กล่าวว่า อาการท้อแท้ในการปฏิบัติงาน เป็นสภาวะเครียดจากการทำงาน หรือเป็นผลที่เกิดมาจากการใช้กำลังเกินไป ทำงานมากเกินไป ทำให้เบื่อบวมคแรงในการทำงาน

สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2542ข) ให้ความหมายว่า “หมดไฟ” หมายความว่า แต่เดิมผู้ทำงานมี “ไฟ” ในการทำงาน แต่ต่อมาหมดกำลังใจ

จากความหมายของความท้อแท้ในการปฏิบัติงานที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์และจิตใจที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเหนื่อยอ่อน หหมดแรงกายและแรงใจที่จะทำงาน มีความคับข้องใจและมีความเครียดจากการทำงาน มีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ

ลักษณะของบุคคลที่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

Muldary (1983, pp. 50-58) กล่าวว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงานจะทำให้บุคคลเกิดความอ่อนล้า แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะแรก คือ ความอ่อนล้าทางจิตใจ (mental exhaustion)

1. ความตั้งใจและสมาธิในการทำงาน ผู้ที่ประสบความท้อแท้จะขาดความตั้งใจและสมาธิในการทำงาน จะให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ไม่ดี ซึ่งได้ผ่านไปแล้ว ภายในจิตใจก็อาจจะคิดในเรื่องที่จะทำให้ไม่มีความสุขทั้งในอดีตและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ที่มีความท้อแท้จะมีระดับของความตั้งใจและสมาธิอยู่หลายระดับและหลายแบบด้วยกัน คือ การมีความสนใจต่อเหตุการณ์ภายนอกน้อยลง แต่จะมีความกังวลใจกับความคิดที่เกิดขึ้นภายในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกที่รุนแรงอื่น ๆ

2. การแก้ปัญหา สิ่งสำคัญที่จะใช้ในการแก้ปัญหาก็คือความคิด ผู้ที่มีความคิดดีจะมีจิตใจแจ่มใส เข้าใจและมองเห็นการณ์ไกล มีความคิดสร้างสรรค์ มีมโนทัศน์ตลอดจนรักการเรียนรู้ และมีระเบียบในการแก้ปัญหา ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล แต่ตรงข้ามกับบุคคลที่ไม่สามารถแก้ปัญหา เพราะปัญหายากเกินความสามารถที่จะทำได้

ความเครียดจะเกิดขึ้นมาก และสภาพทางด้านจิตใจจะเสียไปในที่สุด ทำให้ความเอาใจใส่และความตั้งใจน้อยลง ความเครียดจะเกิดขึ้นและนำไปสู่ความท้อแท้

3. เจตคติของบุคคล การเกิดเจตคติในทางลบสำหรับบุคคลที่ประสบกับความท้อแท้ไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญคือพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากเจตคติในทางลบ เช่น พฤติกรรมที่เฉยเมย ไม่สนใจที่จะปฏิบัติกับผู้มารับบริการหรือขอความช่วยเหลือ หลีกเลียงที่จะเข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ด้วยการปลีกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจผู้อื่น

4. การสูญเสียความกระตือรือร้น และอุดมคติ เมื่อพบว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงไปตามอุดมคติที่ตั้งใจไว้ได้ จึงทำให้เกิดความเครียด ในที่สุดก็เกิดความท้อแท้ขึ้น และอุดมคติที่ตั้งไว้ก็จะหมดไป รวมทั้งความกระตือรือร้นในการทำงานก็หมดไปด้วย ส่งผลให้ผู้ที่ท้อแท้อาจคิดเปลี่ยนอาชีพ

ลักษณะที่สอง คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) อาการของความท้อแท้ในการปฏิบัติงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์นั้น รวมถึงความรู้สึกเฉยเมย เชื่องซึม เบื่อหน่าย หหมดหวัง ความไม่พึงพอใจ ความคับข้องใจ และความวิตกกังวล ผู้ที่เกิดความท้อแท้บางคนอาจมีความรู้สึกว่าตนเองหมดแรงในการที่จะทำงานให้บรรลุความสำเร็จได้

นอกจากนี้ มีผลการวิจัยของ Muldary (1983, p. 6) พบว่า กลุ่มอาการท้อแท้ในการปฏิบัติงานมีอาการและอาการแสดง แบ่งออกได้ 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ร่างกาย มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้าตามร่างกาย นอนหลับยาก หรือนอนหลับแล้วไม่อยากลุกจากที่นอน มีปัญหาการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นการตอบสนองจากการเกิดความเครียดที่เรื้อรัง เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ ท้องเสีย เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ น้ำหนักเพิ่มหรือลดลง ปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหาร วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะแบบไมแกรน ปวดหลัง ปวดตามกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกันลดลง เป็นหวัดบ่อย ติดเชื้อได้ง่าย และได้รับบาดเจ็บบ่อย ๆ

ด้านที่ 2 จิตใจและอารมณ์ คือ มีการเปลี่ยนแปลง (1) ความรู้สึก มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เฉยเมย ไม่พึงพอใจ อารมณ์ฉุนเฉียว แปรปรวน อารมณ์เสียง่าย ควบคุม

อารมณ์ได้ยาก มีความคับข้องใจ มีการแสดงออกเหมือนคนสิ้นหวัง ความคิดขัดแย้งและ
 สับสน ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจลดลง ขาดสมาธิในการทำงาน
 มองเห็นคุณค่าของความเป็นคนลดลง มักแสดงความโกรธและพฤติกรรมที่แข็งกระด้าง
 ปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือ ขาดการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ขาดคุณธรรมและศีลธรรม
 ไม่สนใจทำงาน มักจับผิด และตำหนิผู้อื่น รู้สึกสิ้นหวัง หนีจากความเป็นจริงและ
 ปกป้องตนเอง (2) ทักษะคิด เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อตนเอง ต่องาน และต่อผู้รับ-
 บริการ

ด้านที่ 3 พฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงนิสัยในการรับประทานอาหาร มีการ
 แยกตัวจากผู้ร่วมงานและผู้ป่วย ชอบจับผิดและตำหนิผู้อื่น หลีกเลี้ยงงาน ขาดงาน
 ทำงานผิดพลาดบ่อยและหลงลืมง่าย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีความขัดแย้ง
 กับผู้ร่วมงาน และบุคคลรอบข้าง มองเห็นคุณค่าความเป็นคนลดลง ทำให้ปฏิบัติต่อ
 ผู้รับบริการเสมือนหนึ่งวัตถุ ต้องพึ่งพายาบางประเภท หรือสารเสพติด เพื่อช่วยผ่อน
 คลายความตึงเครียด รวมทั้งมีความรู้สึกอยากลาออกหรืออยากฆ่าตัวตาย

Beverly (1987, p. 3) กล่าวว่า ผู้ที่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงานจะมีอาการ
 แสดงออกในลักษณะ ดังต่อไปนี้

ลักษณะที่ 1 ภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น หมดหวัง โกรธ กอดัน ไม่พอใจ มี
 ความทุกข์ใจ ซึ่งอาการเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่บ้านและที่ทำงาน และเมื่อเกิด
 อาการติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้คน ๆ นั้นเกิดความรู้สึกหมดหวังและท้อแท้

ลักษณะที่ 2 ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลที่ท้อแท้จะมี
 ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลงหากมีภาวะกอดัน บุคคลที่มีความท้อแท้อยู่แล้วจะใ้
 อารมณ์กับคนอื่น ๆ และอาจจะแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ยากที่ใคร ๆ จะเข้าไป
 ช่วยเหลือได้

ลักษณะที่ 3 ปัญหาสุขภาพ เมื่อมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จะทำให้ส่งผลถึง
 สุขภาพ ทำให้อ่อนแอเป็นหวัด ปวดหัว นอนไม่หลับ และปวดหลังบ่อย ๆ ได้ ซึ่งอาการ
 เหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นที่จะแสดงให้เห็นความเหนื่อยและอ่อนล้า

ลักษณะที่ 4 ผลการทำงานต่ำลง เมื่อมีอาการของความท้อแท้ที่เกิดขึ้น จะทำใ้บุคคลนั้นเกิดความเบื่อหน่ายและไม่รู้สึกตื่นเต้นอยากจะทำงานอีกต่อไป จึงทำให้ไม่มีผลงานที่มีคุณภาพเกิดขึ้น

ลักษณะที่ 5 หลงเดินทางผิด เพื่อรับมือกับปัญหาในการทำงานและผลงานที่ได้มาไม่มีคุณภาพ ผู้ที่มีอาการของความท้อแท้ ก็จะพึ่งพาเหล้า ยาเสพติด สูบบุหรี่ และดื่มกาแฟมากกว่าเดิม ใช้สารต่าง ๆ เหล่านี้แก้ปัญหามิทางที่ผิด ๆ

ลักษณะที่ 6 รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย จากการทำเป็นคนที่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน จะกลายเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย ขาดจุดหมายในการทำงาน มีความรู้สึกเยาะเย้ยผู้อื่น ก้าวร้าวมากขึ้น ส่งผลให้ไม่เกิดผลงาน ไม่อยากทำงาน เพราะรู้สึกว่าทำงานไปไม่มีประโยชน์

Freudenberger (1980) กล่าวถึง ลักษณะบุคคลหรือสัญญาณเตือนผู้ที่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน คือ (1) มีปัญหาส่วนตัวและ/หรือปัญหาการงาน ปมที่ยังค้างค้ำอยู่ในอก ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไข (unresolved personal/career issues) (2) ไม่สามารถแบ่งเวลาให้ตัวเองได้รับการพักผ่อนที่เปลี่ยวเปลี่ยว และได้พักผ่อนจริงๆ บ้าง (3) เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจที่จะทุ่มเทให้แก่งานที่กำลังรับผิดชอบอยู่สลับกับความรู้สึกแน่ใจและทุ่มเทจนสุดตัว กลับไปกลับมาขึ้น ๆ ลง ๆ (4) มีความต้องการที่จะมีอำนาจในการจัดการอย่างเต็มที่ แต่จริง ๆ แล้วยังทำไม่ได้ (5) มีความคาดหวังที่ไม่อาจจะเป็นจริงได้ (unrealistic expectations) (6) จากคนมี "ไฟ" กลายมาเป็นคนที่มีความเหนื่อยอย่างหมดเรี่ยวแรงเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน เป็นแรมเดือนแรมปี (chronic fatigue) (7) โทษคนอื่น (8) มักมีคำพูดที่ติดปากว่า "เซ็ง" "เบื่อ" "อยากลาออก" "หนักใจ" (9) หงุดหงิดอยู่เสมอ อารมณ์เสื่อง่าย กับแค้นใจ เพราะรู้สึกผิดหวังในคนรอบตัว (10) ระเบิดอารมณ์เสียออกไปอย่างระงับไม่อยู่และไม่เคยเป็นคนลักษณะเช่นนี้มาก่อน เป็นที่แปลกใจของคนรอบข้าง (11) รู้สึกว่าทำงานหนักกว่าเดิม แต่ได้งานน้อยลง งานอืด (12) จี้ลิ้ม เพราะพยายามจะทำงานให้ได้มาก ๆ จึงมีอะไรตก ๆ หล่น ๆ ไปมากเช่นกัน (13) มีอาการเก็บตัวหรือแยกตัว โดดเดี่ยว เหวง (14) ไม่มีศักยภาพที่จะบริหารจัดการกับชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนเดิม (15) มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย

อันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ (psychosomatic symptoms) เช่น เหนื่อยล้า นอนไม่ค่อยหลับ ปวดศีรษะ และโรคกระเพาะ เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

Muldary (1983) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเครียดในการทำงานทุกคนไม่จำเป็นต้องเกิดความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน แต่ผู้ที่มีความท้อแท้ในการปฏิบัติงานจำเป็นจะต้องมีประสบการณ์ของความเครียดที่เรื้อรังในการทำงานมาก่อนเสมอ ดังนั้น ผู้ศึกษาความท้อแท้ในการปฏิบัติงานจึงมักนิยามกล่าวถึงอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (GAS--General Adaptation Syndrome) ตามทฤษฎีความเครียดของ Selye ซึ่งแบ่งการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ (Selye, 1976)

ขั้นตอนแรก คือ ระยะเตือน (stage of alarm) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นในระยะแรกโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

ขั้นตอนที่สอง คือ ระยะต่อต้าน (stage of resistance) จะมีการปรับตัวอย่างเต็มที่ และผลที่ตามมาคือ อาการจะดีขึ้นหรือหายไป แต่ถ้าตัวกระตุ้นความเครียดยังอยู่ก็จะสูญเสียการปรับตัวอีกและเข้าสู่ระยะที่ 3

ขั้นตอนที่สาม คือ ระยะหมดกำลัง (stage of exhaustion) เมื่อมนุษย์เผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน ในที่สุดก็จะสูญเสียความสามารถในการปรับตัวเป็นการเข้าสู่ระยะของการหมดแรงหรือหมดกำลัง

Muldary (1983) เรียกขั้นตอนการตอบสนองต่อความเครียดในระยะที่สองและระยะที่สาม ของเซลเยว่าเป็นอาการท้อแท้ (syndrome of burnout)

Maslach and Jackson (1981) กล่าวว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงานมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบแรก คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion Subscale-EE) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยอ่อน หมดเรี่ยวแรง ตลอดจนความคับข้องใจและความเครียดที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการปฏิบัติงานของครู ซึ่งเมื่อเกิดความรู้สึกนี้ นาน ๆ จะทำให้ครูไม่สามารถการสอนหรือร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนให้บังเกิดผลได้ดี

องค์ประกอบสอง คือ การสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Depersonalization Subscale-DP) หมายถึง การมีเจตคติที่ไม่ดีต่อบุคคลอื่น ๆ ซึ่งจะแสดงให้เห็นในลักษณะของความเฉยเมย ไม่สนใจพฤติกรรมของผู้เรียนมีความระแวงต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องและการมองคนในแง่ร้าย

องค์ประกอบสาม คือ ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน (Personal Accomplishment Subscale-PA) หมายถึงความรู้สึกที่ไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานของตนเอง ขาดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถและไม่สามารถที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ได้

Maslach and Jackson (1982) ได้แบ่งความท้อแท้ในการปฏิบัติงานงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 บุคคลจะมีอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ใจและไม่มีแรงเมื่อคิดถึงการที่ต้องไปทำงานในตอนเช้า ต่อมาจะเกิดอาการอ่อนเพลียทางร่างกาย ปวดศีรษะ เป็นหวัดง่าย ปวดตึงตามร่างกาย นอนหลับไม่สนิท มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารตามมา เช่น โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ รับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป เป็นต้น

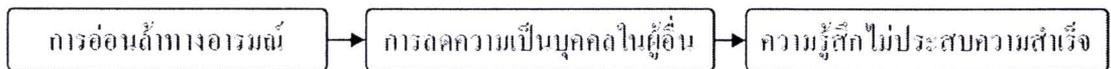
ระยะที่ 2 ในระยะนี้จะมีอาการและอาการแสดงของภาวะท้อแท้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป เช่น การเริ่มมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการและงาน มีการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ หรือมีความคิดในเชิงลบกับตัวเองเนื่องจากรู้สึกผิดที่ไร้ค่าหรือรู้สึกไม่ดีต่อผู้รับบริการ และงานที่ทำอยู่ไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งอาการและอาการแสดงในระยะนี้อาจเกิดเฉพาะบุคคลหรือเกิดเป็นกลุ่มในหน่วยงานนั้นได้

ระยะที่ 3 ในระยะนี้เป็นผลรวมที่เกิดขึ้นในระยะที่ 1 และ 2 ที่เรื้อรังและไม่สามารถจัดการกับความท้อแท้ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าความสำนึกในคุณค่าแห่งตนลดลง มีการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น

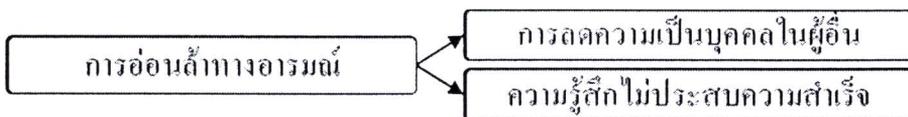
บุคคลที่มีความท้อแท้ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 สามารถกลับคืนสู่ปกติได้แต่อาจจะกลับมามีอาการได้อีกหากบุคคลนั้นยังอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเดิมโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลง ส่วนบุคคลที่มีความท้อแท้ในระยะสุดท้ายจะให้การช่วยเหลือได้ยากและอาจแปรเปลี่ยนเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตได้

สรุปความท้อแท้ในการปฏิบัติงานจะดำเนินไปตามนิยาม ดังนี้

โดย Maslach and Jackson (1982), Leiter and Maslach (1988) เชื่อว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ปฏิบัติงานพบกับความเครียดและแรงกดดัน มาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ กำลังใจที่จะทำงานจะลดลงเรื่อย ๆ จนเกิดความอ่อนล้าทาง อารมณ์ในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานจะตอบสนองโดยการทำงานให้น้อยลง พยายาม ทำตัวเองให้เหินห่างจากงาน และผู้รับบริการ นั่นคือ การไม่ใส่ใจต่อผู้รับบริการ หรือ การลดความเป็นบุคคลได้เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ปฏิบัติงานต้องการลดความตึงเครียดและ หลีกเลี่ยงสาเหตุที่คิดว่าก่อให้เกิดความเครียด คือ งานและผู้รับบริการ เมื่อผู้ปฏิบัติงาน พบว่าตนเองปฏิบัติงานไม่ได้ตามที่ตนเคยคิดไว้ เช่น เคยคิดว่าจะช่วยผู้ป่วยที่ทุกข์ยาก หรือจะช่วยเหลือสังคมประเทศชาติ การลดความเป็นบุคคลของผู้รับบริการก่อให้เกิด ความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานตามที่ตั้งไว้

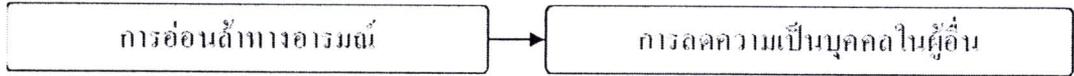


โดย Lee and Ashforth (1993) เชื่อว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน จะเริ่มด้วยการอ่อนล้าทางอารมณ์เช่นเดียวกัน และก่อให้เกิดการลดความเป็นบุคคลในผู้รับบริการ และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ แต่การลดความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ



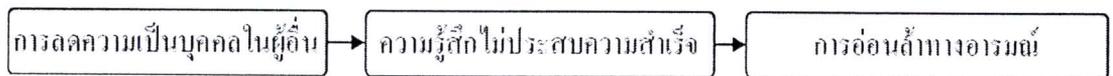
โดย Leiter (1988) และ Lee and Ashforth (1993) เชื่อว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน จะเริ่มด้วยการอ่อนล้าทางอารมณ์ก่อให้เกิดการลดความเป็นบุคคลใน ผู้รับบริการแต่ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จนั้น ไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบอื่น ๆ

ของอาการท้อแท้



ส่วนความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จเกิดขึ้นอย่างเป็นเอกเทศ

โดย Golembiewski and Munzenrider (1988) เชื่อว่า ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน จะเริ่มด้วยการลดความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน จากความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ตามมา



จากกรอบแนวคิดความท้อแท้ในการปฏิบัติงานข้างต้น พบว่า ลักษณะที่เหมือนกันคือ

1. ความท้อแท้เป็นอาการทางจิตใจ เช่น ความเบื่อหน่ายในการทำงาน และความผิดหวังในงานของตน
2. ความท้อแท้เป็นอาการทางจิตใจมากกว่าอาการทางกาย
3. ความท้อแท้เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน
4. ประสิทธิภาพการทำงานจะลดลง เพราะว่า ความท้อแท้ก่อให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานในแง่ลบ

การประเมินความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน โดยละม้าย เกิด โภคทรัพย์ (2548) พัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัยของ Schwarzer et al. (อ้างถึงในละม้าย เกิด โภคทรัพย์, 2548) ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Maslach and Jackson โดยได้แปลแบบวัดความท้อแท้ของ Maslach (ค.ศ. 1986) เพื่อวัดความท้อแท้

ในการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน สร้างขึ้นโดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง โดย Maslach เป็นผู้เผยแพร่ปรากฏการณ์ซึ่งต่อมาได้สรุปว่าเป็นความท้อแท้ซึ่งเกิดขึ้นในบุคลากรที่ทำงานทางด้านการบริการสังคม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 และเผยแพร่แนวคิดดังกล่าวในวารสาร Human Behavior ใน ค.ศ. 1976 และยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย โน้ตค้นเกี่ยวกับความท้อแท้ มีผลงานเผยแพร่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการพยายามปรับปรุงแบบวัดความท้อแท้ที่สร้างขึ้นให้มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น Maslach and Jackson ได้กล่าวว่า ความท้อแท้เป็นความรู้สึกที่บุคคลคิดว่าตนเองประสบกับลักษณะอาการใดอาการหนึ่งใน 3 ด้าน ความท้อแท้ในแต่ละลักษณะเป็นอิสระต่อกัน ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามลำดับขั้นต่อเนื่องกันไป หรือบางคนอาจจะประสบความท้อแท้ทั้ง 3 ด้านนี้พร้อมกันก็ได้ บางคนอาจจะประสบกับลักษณะใดลักษณะหนึ่งมากกว่าอย่างอื่น และในแต่ละระดับจะมีความเข้มหรือความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน (Maslach & Jackson, 1981, pp. 99-113)

Maslach and Jackson ได้สร้างแบบวัดความท้อแท้ ที่เรียกว่า Maslach Burnout Inventory (MBI) ขึ้นเป็นมาตรฐานในการประเมินความท้อแท้ ครอบคลุมกลุ่มอาการท้อแท้ทั้งทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นและการลดค่าความสำเร็จของตนเอง โดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินความถี่และความรุนแรงของการเกิดความรู้สึกดังกล่าวด้วยตนเอง และนำแบบวัดความท้อแท้ไปใช้ในกลุ่มบุคคลหลายสาขาอาชีพ พบว่า ได้คำตอบด้านความถี่และความรุนแรงที่เป็นไปในลักษณะเดียวกัน จึงได้ปรับปรุงเป็นการประเมินความรู้สึกทางด้านความถี่เพียงด้านเดียว Maslach et al. ได้หาความตรงโดยส่วนรวม (convergent validity) และความตรงตามอำนาจจำแนก (discriminant validity) ในกลุ่มบุคคลซึ่งทำงานทางด้านการบริการสังคม ในสาขาอาชีพต่างๆ หลายกลุ่ม ด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความท้อแท้ที่ประเมินด้วยตนเองของแต่ละบุคคลกับคะแนนพฤติกรรมที่ประเมิน โดยบุคคลใกล้ชิดและลักษณะงาน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความท้อแท้ในแต่ละด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) ในกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 1,316 คน ได้ค่าทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและความสำเร็จส่วนบุคคล .90 .79 และ .71 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ของเครื่องมือ ในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นนักศึกษาปริญญาโททางสังคมสงเคราะห์ และผู้บริหารทางสาธารณสุข จำนวน 53 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและความสำเร็จส่วนบุคคล .82 .60 และ .80 ตามลำดับ กลุ่มที่สองเป็นครูจำนวน 248 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นและการลดค่าความสำเร็จของตนเอง .60 .54 และ .57 ตามลำดับ นอกจากนี้ Maslach ยังหาความสัมพันธ์ของความท้อแท้ในแต่ละด้าน โดยใช้แบบวัดความท้อแท้วัดในกลุ่มบุคคล ซึ่งทำงานด้านบริการสังคมหลายสาขาอาชีพจำนวน 11,067 คน และพบว่า ความท้อแท้ทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดค่าความสำเร็จของตนเอง การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นและการลดค่าความสำเร็จของตนเองที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .52, -.22, \text{ และ } -.26$ ตามลำดับ)

การใช้ MBI เป็นเครื่องมือมีข้อดีกว่าการใช้แบบวัดตัวอื่นเพราะ (1) MBI ให้ภาพของอาการท้อแท้ครอบคลุมกว่าแบบวัดอื่น ๆ เพราะวัดทั้งสามองค์ประกอบ ไม่จำกัดเฉพาะอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (2) ข้อมูลจากการวัดด้วย MBI มีมากมายทั้งในการวิจัยจากต่างประเทศและในประเทศ จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบผลระหว่างการวิจัยและก่อให้เกิดการสังสมความรู้เรื่องนี้เป็นอย่างดี ทำให้สามารถนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542, หน้า 283) ส่วนวิธีการทดสอบได้กำหนดเงื่อนไขและคุณลักษณะสำคัญ ๆ ไว้ดังนี้ (1) การประเมินอาจทำเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มก็ได้ แต่ต้องแน่ใจว่าผู้รับการประเมินมีความเป็นส่วนตัวที่จะตอบข้อคำถามด้วยตนเอง (2) การรักษาความลับของผู้รับการทดสอบ เนื่องด้วยความละเอียดอ่อนของข้อคำถามบางข้อ ผู้รับการทดสอบต้องรู้สึกเป็นอิสระและสบายใจที่จะแสดงความรู้สึกที่เขามีอยู่ออกมาได้เต็มที่ ดังนั้น หากสามารถจัดการทดสอบแบบที่เป็นอุดมคติ ผู้รับการทดสอบควรให้เป็นแบบนิรนาม แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการเช่นนั้นได้เนื่องจากมีความ

จำเป็นต่อระบุตัวผู้รับการทดสอบ เช่น การวิจัยระยะยาว ก็ควรทำเป็นรหัสหรือเครื่องหมายแทนการเปิดเผยตัวบุคคลที่แท้จริงของผู้รับการทดสอบ (3) หลีกเลี่ยงความคุ้นชินกับความท้อแท้ เพื่อลดผลกระทบที่มาจากความเชื่อหรือความคาดหวังส่วนบุคคล ผู้รับการทดสอบต้องไม่รู้ตัวมาก่อนว่าเป็นแบบวัดความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ทดสอบควรชี้แจงว่าค่าคะแนนที่ได้เป็นการสำรวจทัศนคติของบุคลากรเกี่ยวกับงานที่ทำและไม่ควรเชื่อมโยงให้รู้ตัวว่ากำลังถูกประเมินเกี่ยวกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน (4) ผู้จัดหรือผู้รับผิดชอบการทดสอบไม่ควรเป็นหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้รับการทดสอบ เพราะอาจส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายตอบตามจริงน้อยลง (วิลเลียม เสรลิตทิตพิทท์, 2550, หน้า 126-127)

สำหรับการศึกษาของละม้าย เกิด โภคทรัพย์ (2548) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 60 คน เมื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ดังนี้ แบบสอบถามวัดความท้อแท้ในการปฏิบัติงานมีค่าความเชื่อมั่น รวมทั้งฉบับเท่ากับ .95 และรายด้านในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เท่ากับ 0.87 การลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นเท่ากับ 0.86 และการลดค่าความสำเร็จของตนเองเท่ากับ 0.89

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

สุขภาพจิต และสุขภาพจิตกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

รัตนา กุลคง (2536) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความท้อแท้กับสุขภาพจิตของครูประถมศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงเรียนที่กั้นดาร สังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูประถมศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่ ในโรงเรียนที่กั้นดารสังกัดสำนักงานประถมศึกษา จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 258 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบวัดความท้อแท้ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดความท้อแท้ของ Maslach และแบบทดสอบสุขภาพจิต เรียกว่า SCL 90 นักวิจัยพบว่า



(1) ความท้อแท้ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านความสูญเสีย ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตนอยู่ในระดับปานกลาง (2) สุขภาพจิตดีใน 3 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น กลุ่มอาการความซึมเศร้า และกลุ่มอาการ โกรธแค้นเป็นปรปักษ์ ส่วนกลุ่มอาการที่เหลือจะมีสุขภาพจิต ไม่ดี (3) ความท้อแท้ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เป็นบวกกับสุขภาพจิต กลุ่มอาการความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ กลุ่มอาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการ โกรธแค้นเป็นปรปักษ์ กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล กลุ่มอาการหวาดระแวง กลุ่มอาการทางจิต (4) ความท้อแท้ด้านความสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เป็นบวกกับสุขภาพจิต กลุ่มอาการความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ กลุ่มอาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการ โกรธแค้นเป็นปรปักษ์ กลุ่มอาการกลัวโดยไม่มีเหตุผล

เบญจมาภรณ์ ศรีคำภา (2539) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสุขภาพจิตของบุคลากรทางจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทางจิตเวช ซึ่งรับราชการในโรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเภสัชกร เจ้าหน้าที่เภสัชกร เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด พนักงานอาชีวบำบัด พนักงานเวชกรรมฟื้นฟู เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 100 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม SCL 90 ผลการวิจัยสรุปได้ว่า (1) สุขภาพจิตของบุคลากรทางจิตเวชส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.0 มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเทียบกับคะแนนมาตรฐาน (T-score) สุขภาพจิตด้านความเกลียดชังไม่เป็นมิตรและความหวาดระแวง มีคะแนนสูงที่สุด เท่ากับ T-score ที่ 56 พบว่า กลุ่มอาชีพผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีจำนวนผู้มีสุขภาพจิตดีมากที่สุด โดยเพศชายและหญิง มีสุขภาพจิตแตกต่างกันในด้านย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบการติดต่อกับคนอื่น ความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล และความหวาดระแวง และบุคลากรทางจิตเวชผู้ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้ปฏิบัติงานเป็นผลัด เช้า บ่าย ดึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้ จะมีผลต่อสุขภาพจิตแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรสและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีผลต่อสุขภาพจิต (2) ปัจจัยด้านการบริหารงานในโรงพยาบาล ลักษณะงานสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงาน สถานะที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของบุคลากรทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (3) การดูแลตนเองทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางจิตเวชส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.0 อยู่ในระดับปานกลาง

สุวรรณ อติชัยมนตรี (2542) ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 249 คน เป็นเพศชาย 79 คน และเพศหญิง 170 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตไทย Thai GHQ-60 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) สุขภาพจิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา อยู่ในระดับดี (2) บุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันตามตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย เวลาในการปฏิบัติงาน และความถี่ในการปฏิบัติงาน (3) บุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา มีสุขภาพจิตแตกต่างกันตามตัวแปรพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ ฐานะทางการเงิน ประเภทของบุคลากรและประสบการณ์ในการทำงาน

รัชณี วีระสุขสวัสดิ์ (อ้างถึงใน หรรษา ลีลาทนาพร, 2552) ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพจิตและการต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นักวิจัยพบว่า มีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเฉลี่ยร้อยละ 15.4 โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว มีแนวโน้มถึงร้อยละ 19.4 ผู้ที่มีสภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 28.6 ผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 38.4 และ 33.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทางสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะ ภาวะสุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรัฐดา ชานีรัตน์ (2547) ศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากงานของบุคลากรในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลปทุมธานีทั้งหมด 696 คน แบบวัดความเครียดจากงานตามรูปแบบ Demand-Control-Support และแบบวัดสุขภาพจิต GHQ-30 นักวิจัยพบว่า ความชุก

ของความเครียดร้อยละ 23.2 และความชุกของความเครียดจากงานตามรูปแบบ Demand-Control-Support ร้อยละ 11.3 และความเครียดจากงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านวิชาการและสิ่งคุกคามสุขภาพทางชีวภาพ ส่วน 3 ปัจจัยหลักคือ (1) ปัจจัยจากงานคือระดับความเครียดจากงาน (2) ปัจจัยจากงานด้านอื่นคือเหตุก่อความเครียด 2 ด้านด้านจิตสังคม (ความก้าวหน้าในสาขาอาชีพ) และด้านวัตถุ (สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพและทางชีวภาพ) และ (3) ปัจจัยนอกรงาน คือ รายได้ ฐานะทางการเงิน และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (มีหนี้สิน หัวหน้าครอบครัวตกงาน และครอบครัวแตกแยก) มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพจิต

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ยุกัตรา ปัตถามัง และเพ็ชรสตี สุวรรณมาศ (2551) ศึกษาเรื่อง ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2549 เป็นจำนวน 307 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28 นักวิจัยพบผลว่า อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 10.3 อาการเด่นคือ อาการทางกาย ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ อาการวิตกกังวล ร้อยละ 20 และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 10 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่รักหรือมีความเครียดรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้แอลกอฮอล์/ยานอนหลับ มีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานด้านขาดแคลนทรัพยากร และขาดความรู้ความสามารถในการทำงานและทำงานไม่ตรงกับความถนัด

หรรษา ลีลาทนาพร (2552) ศึกษาเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี 2551 โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นจำนวน 1,162 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นักวิจัยพบผลว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 ไม่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.6 ผู้ที่มีระดับความเครียดสูงถึงสูงมาก ร้อยละ 36.9 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.5 ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคลากรอื่น ๆ ปัจจัยที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูง คือ ภาวะซึมเศร้า และอายุการทำงานน้อย

ปัจจัยความเครียด ได้แก่ ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน

การดูแลตนเอง และการดูแลตนเองกับความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร (2535) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ตอบแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ (1) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลางส่วนด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ (2) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (3) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิหลัง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว (4) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากที่สุด คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2

ปิยาณี แก้วไพฑูรย์ (2535) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับความท้อถอยในการปฏิบัติงานของครูแนะแนว โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กลุ่มประชากรซึ่งเป็นครูแนะแนวในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบวัด

ความที่อดอยที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดความที่อดอยของ Maslach แบบทดสอบ
 สุขภาพจิต เรียกว่า SCL 90 นักวิจัยพบผลว่า (1) ความที่อดอยด้านความอ่อนล้าทาง
 อารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านความด้อยสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และด้าน
 ความรู้สึกที่มีต่อผลในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (2) ความที่อดอยด้านความ
 อ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตกลุ่มอาการความรู้สึกผิดปกติทาง
 ร่างกาย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล และอาการทางจิต
 อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตกลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึก
 ไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น ความโกรธแค้นเป็นปรปักษ์ และความหวาดระแวง อยู่ใน
 ระดับน้อย (3) ความที่อดอยด้านความด้อยสัมพันธ์ภาพกับบุคคล มีความสัมพันธ์กับ
 สุขภาพจิตกลุ่มอาการความรู้สึกผิดปกติ ทางร่างกาย การย้ำคิดย้ำทำ ความซึมเศร้า
 ความวิตกกังวล ความโกรธแค้นเป็นปรปักษ์ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ความหวาด-
 ระแวง และอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตกลุ่ม
 อาการความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น และอยู่ในระดับน้อย (4) ความที่อดอยด้าน
 ความรู้สึกที่มีต่อผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตกลุ่มอาการ
 ความวิตกกังวล และอาการทางจิต อยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับ
 สุขภาพจิตกลุ่มอาการความรู้สึกผิดปกติทางร่างกาย การย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบ
 ติดต่อกับบุคคลอื่น ความซึมเศร้า ความโกรธแค้นเป็นปรปักษ์ ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล
 และความหวาดระแวงอยู่ในระดับน้อย

ภูงค์ ศรีวิสิฐศักดิ์ (2547) ศึกษาเรื่อง *ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง*
ด้านจิตใจของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรี โดยใช้กลุ่ม
 ตัวอย่าง คือ ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรี เป็นจำนวน
 320 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบ
 ตำรวจความเครียดของ SOS (Symptom of Stress Inventory) และพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองด้านจิตใจ นักวิจัยพบผลว่า (1) ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
 จิตใจของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับ
 ปานกลาง (2) ข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรีมีความ
 เครียดแตกต่างกัน ตามปัจจัยด้านเพศ สายงานที่ปฏิบัติ รายได้และหนี้สิน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธร จังหวัดลพบุรีมีความเครียดไม่แตกต่างกัน ตามปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอายุราชการ (3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ ทั้งโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของข้าราชการตำรวจชั้นประทวน สังกัดตำรวจภูธรจังหวัดลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกร กรุตนารถ (2549) ศึกษาเรื่อง *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นจำนวน 108 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน (3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศและรายได้ (4) การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กฤษณี จิรียาปยุกต์เลิศ (2550) ศึกษาเรื่อง *ความเข้มแข็งของตน การดูแลสุขภาพจิตตนเอง และความเหนื่อยหน่าย* โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นจำนวน 230 คน นักวิจัยพบว่า (1) การดูแลสุขภาพจิตของตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.404$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า (2) วิธีที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ได้แก่ การผ่อนคลายด้วยการกำหนดจิต การสะกดจิต

ตนเอง การรวบรวมสติ และการใช้อารมณ์ขัน (3) วิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองทุกด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสะกดจิตตนเอง การรวบรวมสติ การใช้อารมณ์ขัน และการมีผู้เกื้อหนุน (4) วิธีการดูแลสุขภาพจิตของตนเองทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การจินตนาการ การผ่อนคลายด้วยการกำหนดจิต การสะกดจิตตนเอง การรวบรวมสติ การใช้อารมณ์ขัน และการมีผู้เกื้อหนุน นอกจากนี้ นักวิจัยยังพบอีกว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความเหนื่อยหน่าย คือ การดูแลสุขภาพจิตตนเอง ทั้ง 6 วิธี เป็นตัวทำนายผลปรากฏว่า วิธีการดูแลสุขภาพจิตด้วยการใช้การรวบรวมสติ และการใช้อารมณ์ขัน โดยสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายได้ 38%

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นจำนวน 362 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถาม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัว (2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ (3) การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (4) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (5) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (6) ตัวแปรที่

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 54.9

ความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน

สิริยา สัมมาวาจ (2532) ได้ศึกษา ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการ จำนวน 546 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach นักวิจัยพบว่า (1) พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี มีค่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งสามด้าน (2) พยาบาลประจำการที่มีความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส แผนกที่ปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านแตกต่างกัน (3) ความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความสำเร็จส่วนบุคคล การลดความเป็นบุคคลและความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) ลักษณะงานที่ปฏิบัติและสถานภาพสมรส สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 9.81, 10.10 และ 9.14 ตามลำดับ

เดือนใจ ชันติสิทธิ์ (2535) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความท้อแท้ของวิทยากรย์ในวิทยาลัยพยาบาลเขตภาคเหนือ สังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ วิทยากรย์ในวิทยาลัยพยาบาลเขตภาคเหนือ เป็นจำนวน 119 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถามของ Maslach ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ (1) วิทยากรย์ในวิทยาลัยพยาบาลเขตภาคเหนือมีความท้อแท้ทางด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลอยู่ในระดับ

ต่ำและด้านความไม่สมหวังในความสำเร็จของตนอยู่ในระดับสูง (2) ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการสอน มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปริมาณงานสอนภาคปฏิบัติต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ในด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านการสอน สามารถทำนายความท้อแท้ของวิทยากรในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (4) เมื่อพิจารณาปัจจัยย่อยพบว่า วิทยากรที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความท้อแท้ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4.1) วิทยากรที่มีปริมาณงานสอนภาคปฏิบัติน้อยกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และอายุมากกว่า 45 ปี มีความท้อแท้ในด้านความไม่สมหวังในความสำเร็จของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4.2) วิทยากรที่มีปริมาณงานสอนภาคปฏิบัติมากกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความท้อแท้ในด้านความไม่สมหวังในความสำเร็จของตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัชชา รักษาสุข (2544) ศึกษาเรื่อง *ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 3* โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขต 3 เป็นจำนวน 302 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถามภาระงานสัมพันธภาพในหน่วยงาน ภาวะผู้นำและแบบวัดความเหนื่อยหน่าย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (2) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 คือ ภาระงาน ส่วนสัมพันธภาพในหน่วยงานและภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย (3) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพคือภาระงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 11.11

อุบล เคลือบักดี (2544) ศึกษาเรื่อง *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า* โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานบนตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นจำนวน 294 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถามระดับความ

เหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุ และประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล (2) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.261$) (3) การรับรู้ต่อระบบบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานและการรับรู้ต่อความสำเร็จในงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.384, r = -0.399, r = -0.317$ และ $r = -0.452$) (3) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยด้านการทำงาน 3 ด้าน เรียงลำดับจากตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ระดับความเหนื่อยหน่ายมีทั้งหมด 3 ตัว คือ การรับรู้ต่อความสำเร็จในงาน สภาพแวดล้อมในที่ทำงานและการรับรู้ต่อระบบบริหารงาน

อัปสร สารสุวรรณ (2545) ศึกษาเรื่อง *ความท้อถอย สาเหตุและวิธีลดความรุนแรงของความท้อถอยในการปฏิบัติงานของพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์* โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นจำนวน 202 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถามความท้อถอย สาเหตุและวิธีลดความรุนแรงของความท้อถอยในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า (1) ความท้อถอยในการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลสุรินทร์โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (2) ระดับความท้อถอยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคโดยรวมและรายด้านคือ ด้านความด้อยสัมพันธภาพกับบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลเทคนิคมีระดับความท้อถอยในการปฏิบัติงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพ แต่มีความท้อถอยในการปฏิบัติงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน (3) พยาบาลที่มีเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผลัด และไม่เป็นผลัดมีระดับความท้อถอยในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้านคือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความรู้สึกไม่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

แต่พยาบาลที่มีเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผลดีมีความท้อถอยในการปฏิบัติงานสูงกว่า พยาบาลที่มีเวลาในการปฏิบัติงานไม่เป็นผลดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล 1-10 ปี 11-20 ปี และ 21 ปีขึ้นไป มีความท้อถอยในการปฏิบัติงานโดยรวม และรายด้าน ด้านความค้อย สัมพันธภาพกับบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านความ อ่อนล้าทางอารมณ์พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (5) สาเหตุของความท้อถอยในการ ปฏิบัติงานของพยาบาล ทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์พบว่าสาเหตุ 3 อันดับแรกคือ สภาพหอผู้ป่วยแออัด/ผู้ป่วยล้นเตียง ผู้รับบริการเรื่องมาก และประสบปัญหาทางด้าน เศรษฐกิจ มีหนี้สินมาก ส่วนด้านความค้อยสัมพันธภาพกับบุคคล พบว่าสาเหตุ 3 อันดับ แรกคือ ผู้รับบริการเรื่องมาก สภาพหอผู้ป่วยแออัด/ผู้ป่วยล้นเตียง และลักษณะงานจำเจ นำเบื่อหน่าย และด้านความรู้สึกล้มเหลวไม่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานพบว่าสาเหตุ 3 อันดับแรกคือ ผู้รับบริการเรื่องมาก ผลการปฏิบัติงานไม่สูงดังที่ตั้งความหวังไว้ และ สภาพหอผู้ป่วยแออัด/ผู้ป่วยล้นเตียง (6) วิถีลคความรุนแรงของความท้อถอยในการ ปฏิบัติงานของพยาบาล คือผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรมนันทนาการหรือทำงานอดิเรก พุดคุยปรึกษากับผู้ใกล้ชิด หาเวลาท่องเที่ยวตามสถานที่ที่ตนชอบ เช่น ทะเล ภูเขา พยายามอดทนรอคอยให้สถานการณ์ต่าง ๆ ดีขึ้น ประชุมปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชาเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

นงลักษณ์ พวงมาลัย (2545) ศึกษาเรื่อง ความท้อแท้ของบุคลากรในโรงพยาบาล ฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มงานด้านบริการ และกลุ่มงานด้านบริหารทั่วไปที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจำนวน 248 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดย แบบสอบถามเกี่ยวกับความท้อแท้ของบุคลากร ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) บุคลากรใน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความท้อแท้ในด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล และด้านการลดความสำเร็จ ส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง (2) เปรียบเทียบความท้อแท้ของบุคลากรใน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามปัจจัยพื้นฐาน (2.1) บุคลากรใน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรามีความท้อแท้ในด้านความอ่อนล้าทาง

อารมณ์แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ได้แก่ สถานภาพสมรสและประเภทบุคลากร ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาปฏิบัติงานและรายได้ (2.2) บุคลากรในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรามีความท้อแท้ในด้านการลดความเป็นบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ได้แก่ ประเภทบุคลากร ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงานและรายได้ และ (2.3) บุคลากรในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรามีความท้อแท้ในด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ได้แก่ อายุ เพศและระยะเวลาปฏิบัติงาน ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้และประเภทบุคลากร

วิภาพร อธิธิกุล (2545) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นจำนวน 211 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถามวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า (1) พยาบาลโดยรวมและจำแนกตามสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงานมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับน้อย ทั้งโดยรวมและองค์ประกอบรายด้าน (2) พยาบาลที่มีสถานภาพ โสด/หม้าย/หย่า/แยก มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (3) พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยพยาบาลที่ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลที่ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-15 ปีและพยาบาลที่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี (4) พยาบาลที่แผนกในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยหนักมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก

ละม้าย เกิด โภคทรัพย์ (2548) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ความสามารถของตนเองกับความเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรทางการแพทย์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง เป็นจำนวน 152 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถาม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อายุงาน และสถานภาพสมรสไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง แต่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี รับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี (2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อายุงาน การศึกษา และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน (3) บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง และมีความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเองอยู่ในระดับต่ำ (4) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จริญญา เปรมเปรื่องเวส (2550) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีจัดการในเชิงรุกกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติพิเศษหญิงที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรง เป็นจำนวน 301 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ ร้อยละ 85.7 มีคะแนนเฉลี่ยกลวิธีจัดการในเชิงรุกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (2) พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติมีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38.2 และมีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 83.4 ส่วนความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 99.3 (3) กลวิธีจัดการในเชิงรุกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (4) พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติที่ใช้กลวิธีจัดการในเชิงรุกโดยรวมแตกต่างกันมี

คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (5) พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน และปัจจัยด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติงาน และการศึกษาต่อต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยกลวิธีจัดการในเชิงรุกโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพยาบาลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันในด้านอื่น มีคะแนนกลวิธีจัดการในเชิงรุกโดยรวมไม่แตกต่างกัน

บุญธิศา ทือกสุบรรณ (2550) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลจาก 9 แผนกผู้ป่วย เป็นจำนวน 440 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายในงาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้านความเป็นมิตรและความร่วมมือของเพื่อนร่วมงาน ด้านการบริหารจัดการของผู้บริหาร และด้านความมั่นคงและปลอดภัยในงานอยู่ในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านปริมาณงานที่ต้องการ เงินเดือนและผลประโยชน์ที่นอกเหนือจากเงินเดือน การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ โอกาสในการเจริญเติบโตและความก้าวหน้า อยู่ในระดับปานกลาง (3) ความเหนื่อยหน่ายในงานของกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ (4) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีอำนาจในการทำนายปัจจัยทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมากที่สุดร้อยละ 7 เมื่อเพิ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับขวัญกำลังใจในงานด้านความมั่นคงและปลอดภัยในงาน ทำให้มีอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Bram (อ้างถึงใน ปัญจพร โจรณ์เจริญ, 2545) ศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบความท้อแท้ในการทำงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ของกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ตึกพักฟื้นและกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกที่ให้การรักษาโรคมะเร็ง (oncology) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ตึกพักฟื้นจะมีความท้อแท้ในการทำงานต่ำกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกที่รักษาโรคมะเร็ง และการรับรู้ในด้านการได้รับการสนับสนุนน้อย จากสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้ง 2 กลุ่ม และปัจจัยทางด้านจำนวนชั่วโมงในการติดต่อกับคนไข้และครอบครัวของคนไข้ มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกที่รักษาโรคมะเร็ง ส่วนปัจจัยด้านการมีความคิดไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงมีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในตึกพักฟื้น

Maslach and Jackson (1982) สรุปผล การศึกษาค้นคว้าความท้อแท้ของบุคลากรในวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือ และบริการแก่สาธารณชน ไว้ดังนี้ (1) ผู้ที่ปฏิบัติงานบริการแก่ผู้มาติดต่อขอรับบริการในวันหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมากกว่า 40 คน จะมีอาการอ่อนล้าทางอารมณ์สูง มีความเบื่อหน่ายต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสูงและความรู้สึกพอใจในผลสัมฤทธิ์ของงานต่ำ (2) แพทย์ที่มีชั่วโมงสอนหรือทำงานด้านบริหารบ้าง จะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำกว่าแพทย์ที่ต้องตรวจรักษาคนไข้ตลอดเวลาทำงาน (3) ผู้ที่พอใจในความก้าวหน้าในอาชีพ จะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์น้อยและมีความค้อยสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยด้วย (4) ผู้ที่มีความรู้สึกท้อแท้ว่าอาชีพของตนไม่มีคุณค่าหรือไร้ความหมาย จะมีความค้อยสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในระดับสูงและไม่พอใจในผลสัมฤทธิ์ของงาน (5) ผู้ที่มีความท้อแท้จะขาดความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น มีปัญหาขัดแย้งกับคนในครอบครัว อยากรู้คนเดียวตามลำพัง คิ่มีสุราหรือเสพติดยามากขึ้น มีความคิดที่จะลาออกจากงานอาชีพ

Maslach (อ้างถึงใน เบญจมาภรณ์ เสนารัตน์, 2549) ซึ่งได้ทำการศึกษากับบุคคลที่ประกอบอาชีพทางการให้บริการและให้ความช่วยเหลือแก่สาธารณชน รวมทั้งบุคคลในวงการศึกษ โดยทำการศึกษาว่าบุคคลเหล่านี้ มีความรู้สึกอย่างไรต่อตนเอง และบุคคลที่มารับบริการหรือขอความช่วยเหลือ รวมทั้งความรู้สึกต่อการทำงาน

จากการศึกษา พบว่า บุคคลที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องและให้ความช่วยเหลือกับบุคคลอื่น ๆ อยู่เสมอและเป็นระยะเวลาานาน ๆ ในบรรยากาศที่ต้องใช้อารมณ์ มีแนวโน้มจะประสบความท้อแท้ ซึ่งจะพบได้ในอาชีพเหล่านี้ เช่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการด้านสังคม ผู้ให้บริการบำบัดจิต ผู้ให้ความยุติธรรม และผู้ทำงานด้านการศึกษา

Kolbert (อ้างถึงใน สุภัททา โกศยานันท์, 2549) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความท้อแท้ของนักบำบัดโรค จำนวน 38 คน พบว่า ผู้ที่มีความท้อแท้ในการทำงานระดับสูง จะรับรู้ สภาพแวดล้อมในการทำงานมีอิสระในการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่มีความท้อแท้ในการทำงานระดับสูงและปานกลาง พบว่า จะรับรู้ว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานในด้านความชัดเจน ความเกี่ยวข้องในงาน ลักษณะมุ่งงาน การนำนวัตกรรมใหม่มาใช้อยู่ในระดับต่ำ

Sivadon and Veil (อ้างถึงใน ชนิดดา ยังสี, 2549) ศึกษาสภาวะการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต พบว่า องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ กลุ่มงาน ชนิดของงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานและชนิดของอาชีพ บุคลิกภาพของบุคคล ชั่วโมงการทำงาน ระยะทางที่เดินทางมาทำงาน วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องจักร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต และแสดงอาการต่าง ๆ ออกมา เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการป่วยทางร่างกาย วิตกกังวล สิ่งเหล่านี้เป็นตัวสำคัญที่ทำให้ ผลการปฏิบัติงานต่ำลง

Shigemi, Mino, Tauda, Sabazono, and Aoyama (1997) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากงานกับสุขภาพจิต เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดและสุขภาพจิต การวัดความเครียดใช้ GHQ-30 ฉบับภาษาญี่ปุ่น จำนวน 782 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 763 (97.6%) ผู้ที่ได้ GHQ score มากกว่า 7 จัดเป็นผู้มีปัญหาทางจิต การวิเคราะห์ใช้ Multiple Logistic Regression Analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสุขภาพจิต โดยมีปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเครียดจากครอบครัว และสุขภาพทั่วไป พบว่า คนงานที่เครียดจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความลำบาก ยุ่งยากในการทำงาน ต้องรับผิดชอบงานมากเกินไป



การทำงานที่จะผิดพลาดไม่ได้ ความสัมพันธ์กับหัวหน้าหรือผู้บริหารไม่ดี และความรู้ไม่ทันกับเทคโนโลยีที่นำมาใช้

Gopal, Glasheen, and Miyoshi (2005) ได้ศึกษา อัตราของความท้อแท้ในแพทย์ใช้ทุน ประเมินก่อนและหลังจากการได้ดำเนินการกำหนดชั่วโมงการทำงานใหม่ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2003 โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ใช้ทุนทั้งหมดได้ถูกจำกัดชั่วโมงในการทำงานโดยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของ 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และไม่เกิน 30 ชั่วโมงการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและหน้าที่การเรียน จากการสำรวจโดยแบบวัด MBI เป็นการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต คือการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการรายงานตนเองเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและหน้าที่การเรียนที่ได้รับจากศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยโคโลราโด แพทย์ใช้ทุนในเดือน พฤษภาคม 2003 และพฤษภาคม 2004 นักวิจัยพบว่า จากผลการวิจัยการรายงานตนเองเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงานลดลง ความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงและปัญหาด้านจิตใจในแพทย์ใช้ทุนลดลง ความสำเร็จส่วนบุคคลไม่เปลี่ยนแปลง และความพึงพอใจของแพทย์ใช้ทุนโดยรวมลดลง ความท้อแท้ยังคงเป็นปัญหาใหญ่และถึงแม้ว่าการลดชั่วโมงการทำงานอาจจะเป็นก้าวแรกของการแก้ไขปัญหานี้ วิธีการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาและคุณภาพของการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต การดูแลตนเองและความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน สุขภาพจิตตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีมนุษยนิยม (humanity theory) ทฤษฎีการรู้จัก (อ้างถึงใน ลิจิต กาญจนภรณ์, 2547) สุขภาพจิตตามแนวคิดของ Valiant (อ้างถึงใน อลิสา วัชรสินธุ และคนอื่น ๆ, 2549) แนวคิดของ Glasser (1996) และ Wubbolding (1988) การศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ก) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) Orem (1985) แนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจของ Hill and Smith (1985) ผู้ศึกษาความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน กล่าวถึง อาการการปรับตัวโดยทั่วไป (GAS--General Adaptation Syndrome) ตามทฤษฎีความเครียดของ Selye (1976) แนวคิดตามนิยามของ

Maslach and Jackson (1981) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับตัวแปรสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน สำหรับตัวแปรทางชีวสังคม ในงานวิจัยนี้ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สายงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ ภาระหนี้สิน และจำนวนชั่วโมงทำงาน ต่อสัปดาห์ คาดว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นกรอบในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

