



ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พบ. *

ยุภัตรา ปัตถามัง พบ. *

เพชรสลิ สุวรรณมาศ วทบ.(พยาบาล) **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก อาการที่ปรากฏเด่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง จากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 307 คน เมื่อวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2549 โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามสำหรับข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ-28

ผลการศึกษา อัตราการตอบแบบสอบถามกลับคิดเป็นร้อยละ 95 จากกลุ่มตัวอย่าง 307 คน พบอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 10.3 อาการเด่นคือ อาการทางกาย (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือ อาการวิตกกังวล (ร้อยละ 20) และอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 10) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่รักหรือมีความเครียดรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (Odd ratio 5.9, $p = 0.00$) มีการใช้แอลกอฮอล์/ยานอนหลับ (Odd ratio 2.3, $p = 0.03$) มีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานด้านขาดแคลนทรัพยากร (Odd ratio 2.3, $p = 0.05$) และขาดความรู้ความสามารถในการทำงานและทำงานไม่ตรงกับ ความถนัด (Odd ratio 2.3, $p = 0.05$)

สรุปผลการศึกษา ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ ร.พ.ร้อยเอ็ดมีร้อยละ 10.3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การสูญเสียคนรัก หรือความเครียดรุนแรง ปัญหาในการทำงานที่มาจากขาดแคลนบุคลากรและขาดความชำนาญการควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพจิตและจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมร่วมกับพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญในงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

คำสำคัญ ความชุก ปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53(1): 21-30

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด



Prevalence of mental health problem among registered nurses at Roi-et Hospital

*Suwanna Arunpongpaisal MD. **

*Yupattra Pattamang MD. **

*Petsalee Suwannamach B.Sc(Nurse) ***

Abstract

Objective: To study the prevalence of mental health problem among registered nurses at Roi-et hospital and factors associated with mental health problems.

Method: Descriptive cross-sectional survey design was conducted during March 1st - 31th, 2006. Participants were 307 registered nurses at Roi-et Hospital working during 2006. Subjects were informed and given consent by answering the self-administered questionnaire which consisted of the General Health Questionnaire-28 Thai version for assessment of mental health problems and associated factors.

Results: Response rate was 95%. The prevalence of mental health problems among registered nurses at Roi-et hospital was 10.3%. Somatic symptoms predominated (56.7%), then anxiety symptoms (20%), and depression (10%). Factors associated with mental health problems were the loss of the loved one and severe stress during the past 3 months (Odd ratio 5.9, $p = 0.00$), previous use of alcohol or hypnotic drugs (Odd ratio 2.3, $p = 0.03$), presence of work obstacles such as human resources being scarce and low competency with inadequate skill (Odd ratio 2.3, $p = 0.05$).

Conclusion: Prevalence of mental health problem among registered nurses at Roi-et hospital was 10.3%. The main factors associated with mental health problems were the recent loss of a loved one and severe stress and presence of work obstacles. The nurses need mental health promotion and capacity strengthening.

Keyword: prevalence, mental health problem, registered nurse,

J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(1): 21-30

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand, 40002

** Roi-et Hospital, Roi-et province, Thailand, 45000

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชากรโลก¹ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตกำลังมีความสำคัญมากขึ้นในทุกประเทศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปมาก ก่อให้เกิดความเครียดเพราะปรับตัวไม่ทัน มีการดำรงชีพโดยใช้ทักษะบริโภคนิยม ใช้สารเสพติด และใช้ความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ ด้วย² ปัญหาสุขภาพจิตเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทุกอาชีพ แตกต่างกันไป ตามความรุนแรงของปัญหา เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาทางสุขภาพจิตมีอุบัติการณ์สูงขึ้น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์และพยาบาล)³ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าบุคลากรทางการแพทย์กว่าครึ่งมีปัญหาความเครียด ซึ่งน่าจะเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น⁴ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ เช่นกัน โดยศึกษาในกลุ่มอาชีพพยาบาลในแต่ละสถานพยาบาล เนื่องจากเป็นกลุ่มอาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดในทุกๆ วันของการทำงาน เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต เผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย ภาวะความวิตกกังวล พัดปรก ภาวะคับข้องใจ และภาวะการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย เผชิญกับผู้ป่วยที่มีความไม่เป็นมิตร ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของพยาบาล⁵ นอกจากนี้ความไม่พึงพอใจต่อปัจจัยด้านองค์กรหรือโรงพยาบาล ที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบองค์กร การบริหารจัดการในองค์กร รวมถึงค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงาน ก็มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเครียดของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิต เช่นเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานและเกิดการสูญเสีย

ทรัพยากรบุคคลจากการลาออกในที่สุด⁶ นอกจากนี้ปัญหาภายในของตัวบุคลากรเอง เช่น ครอบครัวยุทธศาสตร์ ส่วนตัว ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเช่นกัน⁷ นงคราญ ผาสุขและ เฉลิมศรี นันทวรรณ⁸ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อปี 2529 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 932 คน (หัวหน้าตึก 41 คน พยาบาลประจำการ 464 คน ผู้ช่วยพยาบาล 428 คน) พบว่าภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับดีในทุกๆ ด้าน เจริญ แจ่มแจ้ง⁹ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลนิติจิตเวช เมื่อปี พ.ศ. 2535 โดยเปรียบเทียบระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ และสถานที่พักระหว่างการปฏิบัติงาน พบว่าภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลนิติจิตเวชส่วนใหญ่ร้อยละ 98.5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติ ภาวะสุขภาพจิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน วุฒิกการศึกษา สถานที่พักระหว่างการปฏิบัติงาน รัชณี วีระสุขสวัสดิ์¹⁰ ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2542 จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการ 270 คน ลูกจ้างประจำ 100 คน ลูกจ้างชั่วคราว 103 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต GHQ-30 ฉบับภาษาไทย พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตเฉลี่ย ร้อยละ 15.3 และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วยทางจิตสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งระดับข้าราชการ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป ขนาด 549 เตียง ให้บริการแก่ประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 342 คน ยังไม่มีข้อมูล ด้านภาวะสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาค้นคว้าหาความชุกปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและช่วยเหลือ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อทราบถึงอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วัสดุและวิธีการ

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2549 ยกเว้นผู้ที่ลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลาคลอด เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2549 มีทั้งหมด 307 คน โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นข้อมูลพื้นฐานมี 20 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลทางด้านสังคมประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ที่พักอาศัย ระดับตำแหน่ง อายุราชการ รายได้เฉลี่ยบาทต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้) 2) ปัจจัยการเจ็บป่วยทางกาย (โรคประจำตัว การได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ) 3) ปัจจัยด้านสุขภาพจิต

(เหตุการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือประสบกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงในช่วง 3 เดือน ประวัติการฆ่าตัวตาย ประวัติญาติสายตรงป่วยทางจิต พฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และยานอนหลับ) 4) ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (ลักษณะงาน แผนกที่สังกัด ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน การทำงานเสริมรายได้จากการขึ้นปฏิบัติงานนอกจากงานประจำที่ทําอยู่) ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม Thai GHQ-28 ใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย ข้อคำถาม 28 ข้อ โดยข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย ข้อ 8-14 เป็นอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ข้อ 15-21 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง โดยแต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความรู้สึกในช่วงที่ตอบแบบสอบถามหรือมีอาการในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา มิใช่อาการที่เคยมีในอดีต การให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 0-0-1-1 คะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน มีการทดสอบความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของแบบสอบถามสำหรับประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยโดยนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุลและคณะ¹⁾ โดยมีค่าความไวร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะร้อยละ 76 ณ จุดตัดค่าคะแนนมากกว่า 5 ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยังหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพ กำหนดให้ตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ แล้วส่งเป็นจดหมายปิดผนึกรวบรวมส่งแก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยทำการตรวจนับจำนวนแบบสอบถามที่ส่งกลับและลงบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลพื้นฐานทางด้านสังคมประชากร ด้านการเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ด้านปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หาค่า Odd ratio, p-value จาก Chi-square test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น 291 คน จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดขณะสำรวจ 307 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 95 เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.2) ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี (ร้อยละ 54.8) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.1 ปี (SD=7.81) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่จะสมรสแล้ว (ร้อยละ 57) ยังไม่มีบุตร (ร้อยละ 51.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนคือ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 54) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 74.1) มีบ้านพักของตนเอง (ร้อยละ 67.4) ทำงานตำแหน่งระดับ 4-6 เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.5) มีอายุราชการ ≤ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.5 (ตารางที่ 1)

2. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ

คะแนนรวมของ GHQ-28 มากกว่า 5 คะแนนมีทั้งหมด 30 ราย คิดเป็นอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 10.3 อาการที่เด่นคือ อาการทางกาย 17 คน (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคืออาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ 6 คน (ร้อยละ 20) มีความบกพร่องทางสังคม 4 ราย (ร้อยละ 13.3) และน้อยสุดคืออาการซึมเศร้า 3 ราย (ร้อยละ 10)

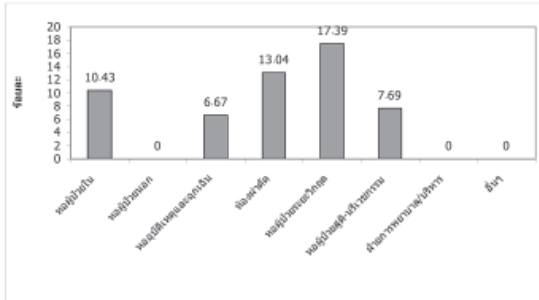
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

เมื่อวิเคราะห์อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละแผนกงานบริการ พบว่า แผนกหอผู้ป่วยระยะวิกฤตมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.4 (8/46) รองลงมาคือแผนกห้องผ่าตัดหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสูติ นรีเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามลำดับ ส่วนแผนกหอผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

| อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย 35.1 SD = 7.81 | จำนวนคน | ร้อยละ | |
|---|---------------------------|--------|------|
| น้อยกว่า 35 | 159 | 54.8 | |
| 35-45 | 100 | 34.5 | |
| มากกว่า 45 | 31 | 10.7 | |
| สถานภาพสมรส | โสด | 116 | 39.9 |
| | แต่งงาน | 166 | 57.0 |
| | หย่า/ม่าย | 9 | 3.1 |
| รายได้เฉลี่ย/เดือน | 5,000-10,000 บาท | 25 | 8.6 |
| | 10,001-20,000 บาท | 157 | 54.0 |
| | 20,001-30,000 บาท | 81 | 27.8 |
| | > 30,000 บาท | 28 | 9.6 |
| | รายได้ | พอใช้ | 215 |
| | ไม่พอใช้ | 75 | 25.9 |
| จำนวนบุตร | ไม่มีบุตร | 151 | 51.9 |
| | 1-2 คน | 134 | 46.1 |
| | มากกว่า 3 ขึ้นไป | 6 | 2.0 |
| ที่พักอาศัย | บ้านตนเอง | 196 | 67.4 |
| | บ้านเช่า | 5 | 1.7 |
| | หอพัก | 74 | 25.4 |
| | อื่นๆ | 16 | 5.5 |
| ตำแหน่ง | ระดับ 1-3 | 8 | 2.8 |
| | ระดับ 4-6 | 157 | 54.5 |
| | ระดับ 7-9 | 123 | 42.7 |
| อายุราชการ (ปี) | น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี | 143 | 49.5 |
| | 11-20 ปี | 91 | 31.5 |
| | 21-30 ปี | 47 | 16.3 |
| | มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 8 | 2.7 |
| โรคประจำตัว | มี | 76 | 26.1 |
| | ไม่มี | 215 | 73.9 |
| สูญเสียคนรักหรือเครือญาติรุนแรง ในระยะ 3 เดือน | มี | 64 | 22.0 |
| | ไม่มี | 227 | 78.0 |
| ญาติสายตรงป่วยทางจิต | มี | 34 | 11.7 |
| | ไม่มี | 257 | 88.3 |
| เคยพยายามฆ่าตัวตาย | มี | 4 | 1.4 |
| | ไม่มี | 286 | 98.6 |
| การดื่มสุรา | มี | 87 | 29.9 |
| | ไม่มี | 204 | 70.1 |
| ใช้ยานอนหลับ | มี | 32 | 11.0 |
| | ไม่มี | 259 | 89.0 |

แผนกฝ่ายการพยาบาล/บริหาร และแผนกอื่นๆ ไม่พบ
มีปัญหาสุขภาพจิต (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงความชุกปัญหาสุขภาพจิตตามแผนก
ต่างๆ ใน รพ.ร้อยเอ็ด

ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความ
พอเพียงรายได้ ที่พักอาศัย จำนวนบุตร ตำแหน่งงาน
อายุราชการ ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย มีญาติสายตรง
ป่วยทางจิต เคยพยายามฆ่าตัวตาย ไม่มีความสัมพันธ์
กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต แต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ
การสูญเสียคนที่รักหรือมีความเครียดรุนแรงในช่วง
3 เดือนที่ผ่านมา (Odd ratio = 5.9, p = 0.00) พฤติกรรม
การดื่มสุรา (Odd ratio = 2.25, p = 0.034) การใช้
ยานอนหลับ (Odd ratio = 2.87, p = 0.02) ปัญหา
การทำงานด้านขาดแคลนทรัพยากร (Odd ratio = 2.25,
p = 0.05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

| ปัจจัย | มีปัญหาสุขภาพจิต (n1=30) | ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (n2=261) | odds ratio | p-value |
|---|-----------------------------|---------------------------------|------------|---------|
| 1. เพศหญิง | 29 | 251 | 0.87 | 0.83 |
| 2. อายุน้อยกว่า 35 ปี | 18 | 143 | 1.24 | 0.61 |
| 3. รายได้น้อยกว่า 10000 บาท/เดือน | 5 | 20 | 1.50 | 0.31 |
| 4. รายได้ไม่พอใช้ | 10 | 65 | 1.51 | 0.43 |
| 5. มีโรคประจำตัว | 10 | 66 | 1.50 | 0.34 |
| 6. มีการสูญเสียคนที่รักหรือ มีความเครียดรุนแรงในช่วง 3 เดือน | 17 | 47 | 5.9 | 0.00 |
| 7. เคยพยายามฆ่าตัวตาย | 0 | 5 | 0 | - |
| 8. ญาติสายตรงป่วยทางจิต | 4 | 30 | 1.2 | 0.77 |
| 9. มีดื่มสุรา | 14 | 73 | 2.25 | 0.03 |
| 10. มีการใช้ยานอนหลับ | 7 | 25 | 2.87 | 0.02 |
| 11. ขัดแย้งกับผู้ป่วย/ญาติ | 10 | 72 | 1.31 | 0.51 |
| 12. ขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน | 14 | 79 | 2.01 | 0.70 |
| 13. ปัญหาระบบงาน | 17 | 142 | 1.09 | 0.83 |
| 14. ขาดแคลนทรัพยากรการทำงาน | 21 | 133 | 2.25 | 0.05 |
| 15. ขาดแคลนความรู้ความสามารถไม่ตรงงาน | 8 | 35 | 2.33 | 0.06 |
| 16. ขาดอำนาจในการทำงาน | 9 | 60 | 1.44 | 0.39 |
| 17. ขาดขวัญกำลังใจ | 20 | 129 | 2.03 | 0.08 |
| 18. ไม่พึงพอใจงาน | 9 | 44 | 2.09 | 0.08 |

วิจารณ์

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 ราย พบว่ามีพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 10.3 ซึ่งใกล้เคียงกับผลงานวิจัยของราชันวีระสุขสวัสดิ์¹⁰ ที่ศึกษาภาวะปัญหาสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบร้อยละ 15.3 แต่กลุ่มตัวอย่างไม่เฉพาะพยาบาลวิชาชีพเหมือนการศึกษาอื่น จึงทำให้มีความแตกต่างกันบ้างของความชุกปัญหาสุขภาพจิต

จากผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดียวเพื่อดูปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยด้านเพศ พยาบาลหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าชาย เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นหญิงอยู่แล้ว ปัจจัยอายุที่น้อยกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มพยาบาลที่อายุมากขึ้นจะมีความมั่นคงทางการทำงาน ระดับตำแหน่งที่สูงกว่า มีรายได้สูงกว่า มีประสบการณ์แก้ปัญหาต่างๆ มากกว่า และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากกว่า นอกจากนี้กลุ่มที่มีสถานภาพโสดและหย่ามีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า กลุ่มแต่งงานและหย่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหมือนกับการศึกษาของ เจริญ แจ่มแจ้ง⁹ ที่รายงานว่าการมีสถานภาพสมรส ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลโรงพยาบาลนิตินิจิตเวช อาจเป็นเพราะพยาบาลโสดหรือหย่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและกำลังใจจากเพื่อนหรือครอบครัวเดิมอยู่ ส่วนปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วยทางกายสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของราชันวีระสุขสวัสดิ์¹⁰ เนื่องจากโรคประจำตัวอยู่ในระดับไม่รุนแรงยังสามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติสามารถควบคุมตนเองได้ ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสูญเสียบุคคลที่รักหรือการมีความเครียดรุนแรงในระยะ 3 เดือน พฤติกรรม

การดื่มสุราและใช้ยานอนหลับ เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้า จึงดื่มสุราหรือใช้ยานอนหลับ เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายใจที่มีอยู่สอดคล้องงานวิจัยอื่นๆ¹⁵

ปัจจัยทางด้านปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน พบว่าแผนกการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยในสูติ นรีเวชกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉินตามลำดับ การที่พบปัญหาสุขภาพจิตในแผนกผู้ป่วยระยะวิกฤตมากกว่าแผนกอื่น อาจเป็นเพราะต้องดูแลผู้ป่วยที่อาการหนัก ต้องมีความอดทน ละเอียดถี่ถ้วน เอาใจใส่ต่อผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ตลอดเวลา อีกทั้งสถานที่ทำงานต้องอยู่ในพื้นที่จำกัด มีอุปกรณ์ต่างๆ ทางกายภาพมากมาย จึงมีภาระงานและความกดดันค่อนข้างมากกว่าแผนกอื่น แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบตามการจำแนกแผนกต่างๆ ก็ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลักษณะ พลอยเลื่อมแสง¹² ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าการปฏิบัติงานแตกต่างกันแต่ละแผนก อาจไม่ได้มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต เพราะต้องประกอบกับบริบทรอบข้างอื่น เช่น ปัญหาและอุปสรรคในการทำงานระดับบุคคล ว่าจะมีความขัดแย้งกันหรือไม่ ระบบงาน การสนับสนุนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องขวัญและกำลังใจในค่าตอบแทน ความเพียงพอของทรัพยากรในการทำงาน หรือการมีความรู้ความสามารถที่ตรงกับงานที่ทำ โดยจะเห็นว่า ในการศึกษาอื่น มีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการขาดแคลนในทรัพยากรในการทำงานและขาดแคลนความรู้ความสามารถในการทำงาน ทำงานไม่ตรงกับความถนัด ซึ่งปัจจัยนี้ก็พอจะนำไปอธิบายได้ว่าทำไมกลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยระยะวิกฤตจึงมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าแผนกอื่น เพราะในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตจำเป็นต้องมีเครื่องมือพิเศษ ทรัพยากรในการทำงานที่เพียงพอ เพื่อสามารถดูแล

ผู้ป่วยอย่างพอเพียง ดังนั้นเมื่อขาดเครื่องมือและทรัพยากรต่างๆในการทำงาน ก็จะส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานเช่นกัน ทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ เกิดการสูญเสียต่อผู้ป่วย อาจได้รับการต่อว่าจากญาติของผู้ป่วยได้ อันนำมาซึ่งความกดดันและความเครียดรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับผลวิจัยของลัดดา ตันกันตะ¹³ และสินีนาวุจจิตต์ภักดี¹⁴ ที่รายงานว่าการมีทรัพยากรที่จำกัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน ซึ่งปัจจัยด้านการขาดแคลนทรัพยากรในการทำงาน เมื่อนำมาวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแล้วยังสามารถนำมาทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลได้ ดังเช่น ปัจจัยทางสุขภาพจิตที่กล่าวมาแล้ว 2 ปัจจัยคือ การมีประวัติเรื่องของการฆ่าตัวตายและการสูญเสียบุคคลที่รักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลเนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนมากและกระจายตามหน่วยงานต่างๆ การแจกและเก็บคืนแบบสอบถามส่วนใหญ่จึงอาศัยผ่านทางหัวหน้าประจำตึกผู้ป่วยการที่พยาบาลจะเข้าใจและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจและความร่วมมือของหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าหน่วยงานย่อยด้วย นอกจากนี้แบบทดสอบที่ใช้เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่สามารถระบุได้เฉพาะเจาะจงว่าป่วยเป็นอะไรในการวินิจฉัยทางจิตเวชและป่วยระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยอาจต้องตรวจยืนยันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอีกครั้งด้วยจิตแพทย์ แต่จากการศึกษานี้ก็ทำให้รู้ถึงปัญหาว่ามีหรือไม่เพื่อใช้วางแผนการรักษาและป้องกันให้กับบุคลากรต่อไป

นอกจากนี้การเกิดปัญหาสุขภาพจิตยังอาจมีตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อไม่ได้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ช่วงเวลาของการขึ้นปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน (เวรเช้า เวิร์บาย เวิร์ดึก) ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานในเวรบายและเวิร์ดึกมีจำนวนผู้ขึ้นปฏิบัติงานน้อยกว่า

เวรเช้า การมีเวลาของครอบครัวลดลงเพราะต้องมาทำงานในช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้อยู่กันพร้อมหน้า หรือในเวรเช้าจะต้องมีหน้าที่เกี่ยวกับงานด้านเอกสารมากขึ้น มีการรับผู้ป่วยใหม่ หรือการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ความแตกต่างเหล่านี้อาจมีผลต่อภาระงานและการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง ซึ่งจะมีความแตกต่างของลักษณะงาน สภาพภูมิประเทศ ภูมิอากาศ และวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนภาพรวมของพยาบาลทั่วประเทศได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยซ้ำในพยาบาลกลุ่มอื่นๆ เพื่อจะได้ขยายผลการศึกษาให้กว้างขวางครอบคลุมกลุ่มพยาบาล นอกจากนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานแต่ละช่วงเวลา (เช้า บ่าย ดึก) มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและหน่วยงานเป็นอย่างไรต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

ในกลุ่มพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้การช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่ ส่วนในกลุ่มที่ไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตจัดให้ความรู้เพื่อป้องกัน และช่วยสังเกตให้ความช่วยเหลือซึ่งกันได้ หรือการจัดให้มีกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือกันระหว่างพยาบาล ปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราและให้ยานอนหลับ การสูญเสียบุคคลที่รักหรือมีเหตุการณ์ความเครียดรุนแรงในช่วง 3 เดือน ปัจจัยทางด้านปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน (ขาดแคลนทรัพยากรในการทำงาน ขาดแคลนความรู้

ความสามารถไม่ตรงกับงาน) จึงควรมีการปรับปรุงดังนี้

1. จัดนิทรรศการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์และการใช้ยานอนหลับ
2. จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิควิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองเพื่อลดการใช้สุราหรือนอนหลับ และความเครียดที่เกิดขึ้น
3. ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต จัดให้มีห้องสนทนาการที่มีอุปกรณ์คลายเครียด เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้บริหารหรือหัวหน้างานควรให้กำลังใจและช่วยเหลือ
4. อาจจัดสาย Hotline เฉพาะบุคลากรภายในอีก 1 สาย
5. จัดสำรวจว่ามีทรัพยากรอะไรที่ขาดแคลนในการทำงานไม่ว่าจะเป็นด้านบุคคล ด้านเครื่องมือ เป็นต้น
6. จัดหาทรัพยากรในการทำงานให้เพียงพอกับความต้องการ
7. จัดอบรมด้านวิชาการและการฝึกภาคปฏิบัติให้กับบุคลากรที่ทำงานอยู่ในแผนกเสมอ เพื่อลดความไม่เข้าใจและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ทำอยู่
8. เลือบบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่ถนัดในการทำงานเพื่อลดความวิตกกังวล ในการปฏิบัติหน้าที่และทำให้ได้งานที่มีคุณภาพ

สรุป

จากผลการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ด้วยแบบสอบถาม Thai GHQ-28 พบว่า อัตราการตอบแบบสอบถามกลับคิดเป็นร้อยละ 95 อัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 10.3 อาการที่เด่นของปัญหาสุขภาพจิต คือ อาการทางกาย (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือ อาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ (ร้อยละ 20) มีความบกพร่องทางสังคม (ร้อยละ 13.3) อาการซึมเศร้า (ร้อยละ 3) แผนกที่มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุดคือ

หอผู้ป่วยระยะระยะวิกฤต ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ การสูญเสียบุคคลที่รักหรือการมีปัจจัยทางด้านปัญหาและอุปสรรคในการทำงานคือ ปัญหาขาดแคลนทรัพยากรในการทำงาน ปัญหาขาดแคลนความรู้ความสามารถในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอขอบคุณคุณอนุพัฒน์ และ รอ.จักรรัตน์ ปัตถามัง ที่แนะนำช่วยเหลือ วิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHOSIS (WHO Statistical Information System). Ten statistical highlights in global public health. [Cited 2008 March 12]. Available from: <http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html>
2. ปรีศนา ทวีทอง, นฤมล ทีปะปาล, อธิยา ญาณหาร. การศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตใจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชาชน:กรณีศึกษาจังหวัดสตูล. เอกสารประกอบคำขอ พ.ศ 2543 ศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
3. Spector PE, Jex SM. Relations of job characteristics from multiple data sources with employee affect, absence, turnover intentions, and health. JAppl Psychol 1991; 76: 46-53.
4. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS. Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. J Psychosom Res 1997; 43: 83-92.

5. Vincent P, Coleman WF. Comparison of major stressors perceived by ICU and non-ICU nurse. Crit Care Nurse 1986; 6: 64-8
6. Pongruengphant R, Tyson PD. The factor structure of the nurse stress index, coping strategy indicator, and Minnesota Satisfaction Questionnaire among nurses in Thailand. Journal of Burapha University 1995; 1: 87-91.
7. พรทิพย์ เกษุรานนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2527
8. นงคราญ ผาสุก, เฉลิมศรี นันทวรรณ. ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2529; 31: 7-13.
9. เจริญ แจ่มแจ้ง. สุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2535; 37: 376-82.
10. รัชณี วีระสุขสวัสดิ์. ภาวะสุขภาพจิตและความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7; 2542.
11. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, พูนศรี รังษีจี, ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, สุชาติ พหลภาคย์, สุรพล วีระศิริ และคณะ. ความน่าเชื่อถือและความแม่นยำตรงของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-28 ฉบับภาษาไทย ในประชากรผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 7-13.
12. ลักษณะ พลอยล้อมแสง. ภาวะเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2544; 14: 38-51.
13. ลัดดา ตันกันทะ. ความเครียดในงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540
14. สนิทนาฏ จิตดีภักดี. ภาวะเครียดและปัจจัยจากลักษณะงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุง. เอกสารการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538
15. Sadock BJ, Sadock VA. Substance-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry 10th ed. Philadelphia : Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.