

# ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ประณีต ส่งวัฒนา Ph.D. (Nursing)\*

วิภา แซ่เซี้ย Ph.D. (Nursing)\*\*

เอ๋มนัสรี มินทรศักดิ์ MD.\*\*\*

รุชตา สาและ MD.\*\*\*

สุจิตรา วิชัยดิษฐ Ph.D. (Nursing)\*\*\*\*

## บทคัดย่อ:

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

**การออกแบบวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนหลังการทดลอง

**การดำเนินการวิจัย:** การวิจัยนี้ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 264 คน ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต และอาสาสมัคร/กู้ภัย/กู้ชีพ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการอบรมออนไลน์ 1 วันในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดร่วมกับการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองเป็นเวลา 1 เดือน ภายใต้การชี้แนะของพยาบาลแกนนำ (ครูก) ที่ผ่านการอบรมมาแล้วจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 3 ส่วนคือ แบบวัดความเครียด (SPST-20) ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15) และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ - 28) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon rank signed test)

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และไม่มีปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และสุขภาพทั่วไปโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่ดัชนีความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

**ข้อเสนอแนะ:** ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เสี่ยงภัยและควรมีงานวิจัยติดตามผลภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรในระยะยาวต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 75-88

**คำสำคัญ:** ความเครียด/ ดัชนีความสุข/ สุขภาพโดยทั่วไป/ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน/ สามจังหวัดชายแดนใต้

วันที่ได้รับ 14 ก.ค. 64 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 พ.ย. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 7 ธ.ค. 64

\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

\*\* ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

E-mail: wipa.sa@psu.ac.th

\*\*\* แพทย์ประจำ โรงพยาบาลปัตตานี

\*\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

## Outcomes of Mental Health Promotion Programme for Emergency Medical System Staff Working in Thailand's Three Southernmost Border Provinces

Praneed Songwathna, Ph.D. (Nursing)\*

Wipa Sae-Sia, Ph.D. (Nursing)\*\*

Emnasaree Mintrasak, MD.\*\*\*

Rusta Salae, MD.\*\*\*

Sujira Wichatdit, Ph.D. (Nursing)\*\*\*\*

### Abstract:

**Objective:** To evaluate the impact of a mental health promotion programme on emergency medical system (EMS) staff operating in the three southernmost border provinces of Thailand

**Design:** One group quasi-experimental design, with a pre-test and a post-test

**Methodology:** This study was conducted between November 2020 and March 2021 on a sample of 264 EMS staff members, consisting of: 1) EMS nurses; 2) mental health caregivers; and 3) volunteers, rescuers, and life-support providers. The staff members participated in a mental health promotion programme. The programme started with one-day on-line training on attitudinal and behavioural adjustment. It was, then, followed by a one-month training on self-performed stress management and stress relieving, supervised by 10 specially trained nursing instructors. Data on mental health status were collected using three tools: 1) the Stress Questionnaire (SPST-20); 2) the Short-Form Happiness Index (THI-15); and 3) the General Health Questionnaire (Thai GHQ-28). The data were analysed using descriptive statistics. The comparison of the participants' pre-intervention and post-intervention mental health status was conducted using the Wilcoxon rank signed test.

**Results:** Before the intervention, the participants had displayed a moderate level of stress, a similar happiness index to the general public, and an absence of general health problems. After having taken part in the one month programme, the participants were found to exhibit a significantly lower level of stress ( $p < .001$ ). The participants' general health status also improved significantly after their completion of the programme ( $p < .001$ ). However; no significant difference was found between the participants' pre-intervention and post-intervention happiness index.

**Recommendations:** It is suggested that this mental health care promotion programme be applied by a wide range of agencies to cover every risk area. Further studies are also recommended to design methods for long-term monitoring of the emergency staff members' mental health status.

*Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(1) 75-88*

**Keywords:** stress; happiness index; general health; EMS; three southern border provinces

Received 14 July 2021, Revised 17 November 2021, Accepted 7 December 2021

\* Associate, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat-Yai Campus

\*\* Corresponding Author, Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat-Yai Campus, E-mail: wipa.sa@psu.ac.th

\*\*\* Physician, Pattani Hospital

\*\*\*\*Instructor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เหตุการณ์ความรุนแรงหรือความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส รวมทั้ง 4 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนรวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้วยเป็นบริบทที่มีการใช้กฎหมายพิเศษเพื่อรักษาความมั่นคงในพื้นที่ บางพื้นที่มีรอยต่อระหว่างประเทศและเป็นพื้นที่เขตชนบทที่ห่างไกล ทุรกันดาร เป็นที่ราบสูงและภูเขา<sup>1</sup> ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเกิดความไม่ปลอดภัยได้ เนื่องจากไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติงานล่วงหน้าได้ว่า เหตุการณ์ความไม่สงบจะเกิดเมื่อใด ในลักษณะใด ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตั้งอยู่บนความไม่แน่นอน และมีความเสี่ยงตลอดเวลาโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยในเวลาฉุกเฉิน<sup>1</sup> อันจะก่อให้เกิดความเครียดกับเจ้าหน้าที่ ดังการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จำนวน 27 เรื่อง พบว่าเจ้าหน้าที่ด้านบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 95.7 ระบุว่าสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันถึงร้อยละ 93.9 และพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานระบุว่าเครียด หวาดระแวง หดหู่ กลัวไม่ปลอดภัยและกลัวเสียชีวิตเมื่อต้องออกไปรับหรือส่งต่อผู้ป่วย<sup>2</sup> จากการศึกษาความเครียดของทหารเรือที่ปฏิบัติงานในหน่วยเฉพาะกิจนาวิกโยธินภาคใต้ ค่ายจุฬาภรณ์ จังหวัดนราธิวาส พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงตลอดเวลา ความกังวลจากการใช้ชีวิตอยู่อย่างไม่ปลอดภัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด<sup>3</sup> หากความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวและหวาดระแวงไม่ได้รับการแก้ไข ก็อาจทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน เกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder:

PTSD) หรือเกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>4</sup> ดังการศึกษาในประเทศอังกฤษ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินจำนวน 617 คน มีภาวะ PTSD ร้อยละ 22<sup>5</sup> และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน มีภาวะ PTSD สูงถึงร้อยละ 18-44<sup>6</sup> และภาวะ PTSD จะมีอัตราสูงขึ้นเมื่อบุคคลต้องพบหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่วิกฤตรุนแรงมากขึ้น<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีกระบวนการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้จากหน่วยงานของรัฐ มีการจัดตั้งศูนย์เยียวยาสุขภาพจิต ซึ่งมุ่งให้การดูแลประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว โดยมีพยาบาลด้านจิตเวชและนักจิตวิทยาดูแลเยียวยาทางจิตทั้งในโรงพยาบาลและการออกเยี่ยมบ้าน ทำให้ประชาชนมีขวัญกำลังใจและคลายความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามการบริการยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ สตรี เด็ก และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน<sup>8</sup> การศึกษาต่อมา มีการเยียวยาหญิงที่สูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้โดยการให้คำปรึกษาของกรมสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านพร้อมคำแนะนำและช่วยเหลือที่บ้าน การได้ไปทัศนศึกษาตามโครงการของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (ศอ.บต) และการสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา<sup>9</sup> นอกจากนี้ มีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ผสมแนวคิดการให้การเยียวยาทางจิตใจ วิถีดูแลจิตใจตัวเอง คนใกล้ชิดและชุมชนเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตด้วยการชี้แนะแนวทางการแก้ปัญหา การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อมและการสอนให้กับสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน กลุ่มทดลองมีพลัง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>10</sup> และมีการศึกษาค้นคว้าพบว่าการเข้าถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ที่ประกอบด้วยให้ความรู้ด้านทักษะทางสังคม การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา และการผ่อนคลาย พบว่าหญิงหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดปัตตานี มีความรู้และการดูแลด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup> เห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ศึกษากับประชาชนที่ผ่านมา สามารถลดปัญหาทางสุขภาพจิตได้อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเรื่องการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งงานวิจัยที่ผ่านมายังขาดการวิเคราะห์ติดตามด้วยการใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตในบริบทความเป็นจริงและการศึกษาติดตามอย่างเป็นระบบ รวมทั้งไม่มีระบบรองรับเพื่อการป้องกันและช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบวงจร

ผู้วิจัยและทีมในหน่วยงานพื้นที่ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ เพื่อเพิ่มกระบวนการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองในระหว่างการปฏิบัติงาน เน้นประเด็นการป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงาน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันดูแลและช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติในประเทศที่มีการเผยแพร่ 10 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2554 ถึง 2563 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา 4 เรื่อง กึ่งทดลอง 1 เรื่อง และแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัย 5 เรื่อง ศึกษาในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนใต้และอีก 1 เรื่อง คืองานวิจัยศึกษาในพนักงานขับรถพยาบาลทั่วประเทศ รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มตัวแทนของผู้ปฏิบัติงานทีมแพทย์ พยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และนักจิตวิทยาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 คน ที่ร่วมให้ประสบการณ์ในการบูรณาการงานด้านสุขภาพจิตในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยประมวลองค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ในการพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้ ที่ช่วยป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ผู้เผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ความไม่สงบหรือสถานการณ์ภัยพิบัติ เป็นไปตามแนวคิดการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)<sup>12</sup> ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง การสร้างความตระหนักและฝึกทักษะการจัดการความเครียดด้วยตนเอง การพัฒนาและตรวจสอบตนเองในการดูแลจิตใจและจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองจนเป็นนิสัย ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน จึงเกิดโครงการพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อนำไปใช้และประเมินติดตามผล

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา

## สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา มีความเครียดลดลง มีความสุขและมีสุขภาพทั่วไปดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2564

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มประชากรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ พยาบาลและพนักงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำงานในระดับสูง (advance life support: ALS) ระดับกลาง (intermediate life support: ILS) ระดับพื้นฐาน (basic life support: BLS) อาสาสมัครกู้ชีพ (first respondent: FR) และอาสาสมัครเครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งมีจังหวัดละ 10 คน รวมทั้งหมด

40 คน ตามประกาศและคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัด เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำครูพี่เลี้ยงที่เรียกว่า ครู ก. ในการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ 2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ พยาบาลและพนักงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำงานในระดับ ALS, ILS, BLS, FR และอาสาสมัครเครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องจังหวัดละ 80 คน ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัด รวม 320 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มที่ 1 คัดเลือกจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ทำหน้าที่เป็นพยาบาล ครู ก. ซึ่งจากทั้งหมด 40 คน มีผู้สมัครใจเข้าร่วม 10 คน เป็นตัวแทนจากจังหวัดปัตตานี 4 คน จังหวัดยะลา 2 คน จังหวัดนราธิวาส 2 คน และจังหวัดสงขลา 2 คน ในส่วนกลุ่มที่ 2 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัดรวม 320 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมจำนวน 313 คน หลังจากติดตามเก็บข้อมูลหลังการอบรม 1 เดือน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนมาเพียง 267 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.3 และพบว่า มีแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงเหลือแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการอบรมได้ทั้งสิ้นจำนวน 264 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.3

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยและการถอดบทเรียนผู้เข้าร่วมอบรมของพยาบาล

ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ครู ก. จำนวน 10 คน กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน โดยพยาบาลครู ก. ได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความตระหนัก และทักษะการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ด้วยการจัดการอบรมแบบผสม (hybrid) แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการอบรมออนไลน์ 6 ชั่วโมง (วันที่ 1) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของความเครียดจากการปฏิบัติงาน ในพื้นที่เสี่ยงภัย การสำรวจการทำงานของร่างกาย (body scan) วิธีการจัดการความเครียด วิธีประเมินความเครียด ความสุขและปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป ในการนี้ มีการฝึกทักษะการจัดการความเครียดร่วมด้วยอีก 1 วัน (วันที่ 2) ประกอบด้วย กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการแก้ปัญหาความเครียดที่เกิดจากการทำงาน การเข้าใจธรรมชาติของความเครียด และความคิดอัตโนมัติ การสร้างความตระหนักต่อความคิดเฉียบพลันและอารมณ์ที่เกิดขึ้น การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง สติกับการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การฝึกการสำรวจการทำงานของร่างกาย (body scan) และการฝึกการหายใจแบบผ่อนคลาย ระยะที่ 2 เป็นการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ในระยะที่ 1 พร้อมทั้งการสะท้อนตนเองกับวิทยากรกลุ่มเป็นระยะ ๆ ร่วมกับการทำโยคะในคู่มือ ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้และทักษะของกลุ่มตัวอย่าง และระยะที่ 3 ติดตามโดยการใช้แบบประเมินหลังอบรมเพื่อวัดผลภาวะสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต เมื่อผ่านการฝึกอบรมแล้ว พยาบาลครู ก. ทั้ง 10 คน ได้นำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มย่อย คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอ

ของจังหวัดสงขลา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดพื้นที่ของตนเอง จัดอบรมแบบออนไลน์ โดยบูรณาการเนื้อหา และฝึกปฏิบัติพร้อมกันเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 เป็นระยะเวลา 1 วัน และให้นำความรู้จากการอบรมไปปฏิบัติภายใต้การชี้แนะจากพยาบาลครู ก.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ชุด ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15) และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) โดยใช้แบบวัดความเครียด ความสุขและสุขภาพทั่วไป จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังผ่านการอบรมไปแล้ว 1 เดือน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ศาสนา จังหวัด ที่ปฏิบัติงาน การศึกษา

2) ข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพ พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผลกระทบจากความเครียด ประสบการณ์ความเครียด ประสบการณ์การจัดการความเครียด และการได้รับความช่วยเหลือในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต

3) แบบสอบถามความเครียด ชุด 20 ข้อ (SPST-20)<sup>13</sup> เป็นการวัดระดับความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด จนถึง 5 รู้สึกเครียดมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 100 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความเครียดมากกว่าคะแนนน้อย โดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ<sup>10</sup> คือ คะแนน 0-23 มีเครียดน้อย คะแนน 24-41 มีความเครียดปานกลาง คะแนน 42-61 มี

ความเครียดสูง คะแนน 62 ขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง

4) ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15)<sup>14</sup> เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเองที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดและคำจำกัดความของความสุข ซึ่งหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ 0 = ไม่มีความสุขเลย จนถึง 3 = มีความสุขมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>15</sup> คือ คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึงมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และคะแนน 26 หรือน้อยกว่า หมายถึงมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้นนี้ มีการนำไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดปัตตานี มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81<sup>16</sup>

5) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) เป็นแบบคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไปที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ General Health Questionnaire ของ Goldberg (1972)<sup>17</sup> ประกอบด้วยกลุ่มอาการ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ข้อ 1-7 อาการทางกาย (somatic symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8-14 อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15-21 ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) และกลุ่ม 4 ข้อ 22-28 อาการซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ 4 ข้อ คัดคะแนนแบบ GHQ score คือ

0-0-1-1 ตามตัวเลือก ก ถึง ง คะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่ามีความผิดปกติ<sup>18</sup> หมายถึง มีปัญหาสุขภาพด้านนั้นๆ แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปฉบับภาษาไทยนี้ มีการนำไปใช้ในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดนราธิวาส มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92<sup>19</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช สาขาละ 1 ท่าน แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15) และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบวัดความสอดคล้องภายในกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.72 และ 0.84 ตามลำดับ เมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย จำนวน 264 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความเครียด ความสุข สุขภาพทั่วไป เท่ากับ 0.93, 0.75 และ 0.86 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2020-NL014) และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธในการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน

ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ในพื้นที่เสี่ยง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมสามารถบอกหรือยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ มีผู้วิจัยหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายในระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากข้อมูลได้รับการเผยแพร่แล้ว

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่พยาบาลครู ก. ทั้ง 10 คน ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลตนเองเรื่องปัญหาสุขภาพจิตจากวิทยากรและผู้วิจัย พยาบาลครู ก. เหล่านี้สามารถเป็นต้นแบบ ในการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเรื่องปัญหาสุขภาพจิตให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และ 4 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา ที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดของตนเอง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีอุปสรรคในการจัดการอบรมตามระยะเวลาที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยหารือร่วมกับพยาบาลแกนนำ (ครู ก) ถึงความเป็นไปได้ในการอบรม จึงได้ปรับแผนการดำเนินการวิจัย โดยจัดโปรแกรมแบบย่อด้วยการอบรมออนไลน์เป็นระยะเวลา 1 วัน เน้นหลักการ ขั้นตอน กิจกรรม และวิธีการจัดการความเครียดที่สามารถนำไปใช้ได้จริง พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง วิดีทัศน์เรื่องการฝึกการสำรวจการทำงานของร่างกาย (body scan) การฝึกหายใจแบบผ่อนคลาย ร่วมกับการปฏิบัติด้วยตนเองตามคู่มือ ในระหว่าง 1 เดือน พยาบาลแกนนำครู ก. ได้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการฝึกปฏิบัติหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิตเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการประเมินความเครียด

ความสุขและสุขภาพโดยทั่วไปด้วยแบบวัดความเครียด (SPST-20) ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15) และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28) ตามลำดับ จำนวนสองครั้งคือ ก่อนการอบรม (pre-test) และหลังผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน (post-test) เพื่อติดตามผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพจิต ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมอบรม ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ความสุข และสุขภาพโดยทั่วไปก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการทดสอบสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon rank signed test) เนื่องจากการกระจายข้อมูลของคะแนนความเครียด คะแนนความสุข และคะแนนสุขภาพโดยทั่วไป ไม่เป็นโค้งปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลดังตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในจังหวัดปัตตานีมากที่สุด (28.8%) มากกว่าครึ่งเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 51.5 มีอายุเฉลี่ย 37.6 ปี (SD = 9.9 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65.5 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 62.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 42.8 มีอาชีพรับราชการร้อยละ 36.7 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในจังหวัดปัตตานีร้อยละ 29.2 มีค่ามัธยฐานระยะเวลาทำงาน 6.0 ปี (IQR = 7.13 ปี) รายได้เฉลี่ยพอใช้ และมีเงินออม ร้อยละ 53.8



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 264)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. จังหวัด		
ปัตตานี	76	28.8
ยะลา	69	26.1
นราธิวาส	65	24.6
สงขลา	54	20.5
2. เพศ		
ชาย	136	51.5
หญิง	123	46.6
ไม่ระบุ	5	1.9
3. สถานภาพสมรส		
โสด	78	29.5
สมรส	173	65.5
หม้าย	9	3.4
ไม่ระบุ	4	1.5
4. ศาสนา		
พุทธ	68	25.8
อิสลาม	164	62.1
คริสต์	0	0.0
ไม่ระบุ	32	12.1
5. อาชีพ		
รับราชการ	97	36.7
พนักงานประจำ	24	9.1
พนักงานหรือลูกจ้างชั่วคราว	99	37.5
อื่น	34	12.9
ไม่ระบุ	10	3.8
6. รายได้		
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	90	34.1
พอใช้และมีเงินออม	142	53.8
ไม่ระบุ	32	12.1
7. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	7.2
มัธยมศึกษา	84	31.8
อนุปริญญา/เทียบเท่า	33	12.5
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	113	42.8
สูงกว่าปริญญาตรี	13	4.9
ไม่ระบุ	2	0.8

ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.9 มีสุขภาพโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 89.8 ไม่เคยเผชิญเหตุการณ์ความไม่สงบของตนเองหรือคนในครอบครัว และร้อยละ 73.5 ไม่เคยมีประสบการณ์จัดการความเครียดของตนเอง เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด ดัชนีความสุข และสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและ 1 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ตาราง 3 และ 4) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p < .001$ ) และมีสุขภาพโดยทั่วไปในภาพรวมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ยกเว้นดัชนีความสุขทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = .20$ ) เมื่อพิจารณาสุขภาพโดยทั่วไปตามกลุ่มอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และความบกพร่องทางสังคมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004, p = .012, p = .012$  ตามลำดับ) ยกเว้นด้านอาการซึมเศร้าที่ไม่พบความแตกต่าง ( $p = .19$ )

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 264$ )

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา		
ดีขึ้น	87	33.0
เท่าเดิม	145	54.9
แย่ลง	18	6.8
อื่น ๆ	2	0.8
ไม่ระบุ	12	4.5
2. การมีผลกระทบหรือมีความรุนแรงจากงานหรือครอบครัวมาก่อน		
ไม่เคยมี	207	78.4
เคยมี	53	20.1
ไม่ระบุ	4	1.5
3. การเผชิญเหตุการณ์ความไม่สงบของตนเองหรือคนในครอบครัว		
ไม่เคยมี	237	89.8
เคยมี	25	9.5
ไม่ระบุ	2	0.8
4. การเป็นวิทยากร/ผู้ให้การอบรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต		
ไม่เคย	245	92.8
เคย	17	6.4
ไม่ระบุ	2	0.8
5. การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต		
ไม่เคย	195	73.9
เคย	66	25.0
ไม่ระบุ	3	1.1
6. ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตหรือจัดการความเครียดของตนเอง		
ไม่เคย	194	73.5
เคย	65	24.6
ไม่ระบุ	5	1.9

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 264) (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
7. การได้รับความช่วยเหลือในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือจัดการความเครียดของเพื่อนหรือคนในหน่วยงาน		
ไม่เคย	188	71.2
เคย	75	28.4
ไม่ระบุ	1	0.4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและดัชนีความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 264)

แบบสอบถาม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Wilcoxon signed ranks test	P value
	Mdn (IQR)	การแปลผล	Mdn (IQR)	การแปลผล		
ความเครียด SPST-20	38.00 (15.00)	ปานกลาง	30 (17.75)	ปานกลาง	-7.29	<.001
ดัชนีความสุข THI-15	32.00 (7.00)	เท่ากับคนทั่วไป	32 (6.75)	เท่ากับคนทั่วไป	-1.29	.20

หมายเหตุ: Mdn = ค่ามัธยฐาน IQR = ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามกลุ่มอาการ (N = 264)

สุขภาพโดยทั่วไป Thai GHQ-28 รายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Wilcoxon signed ranks test	P value
	ไม่มีอาการ n (%)	มีอาการ n (%)	ไม่มีอาการ n (%)	มีอาการ n (%)		
อาการทางกาย	201 (76.1)	63 (23.9)	229 (86.7)	35 (13.3)	-2.86	.004
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	222 (84.1)	42 (15.9)	241 (91.3)	23 (8.7)	-2.52	.012
ความบกพร่องทางสังคม	215 (81.4)	49 (18.6)	235 (89.0)	29 (11.0)	-2.50	.012
อาการซึมเศร้าที่รุนแรง	242 (91.7)	22 (8.3)	252 (95.5)	12 (4.5)	-1.31	.19
คะแนนรวม					-4.45	<.001

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกับผู้ปฏิบัติงานในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ สามารถลดความเครียดและทำให้สุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าดัชนีความสุขก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน โดยอภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

#### ความเครียด

จากผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด

ลดลง อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดของกลุ่มตัวอย่างตามกรอบแนวคิดการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)<sup>12</sup> โดยกลุ่มตัวอย่างผ่านการฝึกอบรมจากพยาบาลแกนนำ (ครู ก) เป็นเวลา 1 วัน เรื่อง การฝึกปฏิบัติการสำรวจการทำงานของร่างกาย การฝึกการหายใจแบบผ่อนคลาย การรับรู้ความรู้สึก การฝึกกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด และทักษะการคิดเชิงบวก ร่วมกับการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีการชี้แนะจากพยาบาลแกนนำ ครู ก ทำให้

กลุ่มตัวอย่างมีเกราะป้องกันตนเองในการเผชิญความเครียด รู้เท่าทันความคิด และมีทักษะในการผ่อนคลายได้ และมีสติมากขึ้น ลดความกังวลหมกมุ่นกับสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจหรือเครียดได้แม้ในช่วงเวลาสั้น ส่งผลให้ความเครียดลดลงและการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>20,21</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตในการเผชิญปัญหาทั้งทางกายและทางจิตใจและจัดการกับภาวะเครียด มีการดูแลด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup>

#### สุขภาพโดยทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพโดยทั่วไปดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลง หลังได้ปฏิบัติตามโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)<sup>12</sup> ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางกาย อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และความบกพร่องทางสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเครียดส่งผลต่อสุขภาพทางกาย เช่นปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง และการนอนไม่หลับ<sup>22</sup> อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการบำบัดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงต้องอยู่ภายใต้การรักษาดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ<sup>23</sup> ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองเพียงวิธีเดียว ไม่สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ดัชนีความสุข

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความสุขมิได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูล แม้ไม่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่ แต่ลักษณะงานยังต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินที่หลากหลายรวมทั้งอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นสิ่งเร้าใหม่ ทำให้ความสุขมิได้มีความแตกต่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความสุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไปจากคะแนนความสุขของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ต่างก็อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไปชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวหรือจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตปกติได้ มีศักยภาพในการเผชิญและแก้ปัญหาที่ดีทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมตามเกณฑ์ปกติของคนทั่วไป<sup>15</sup> ผลการศึกษาคั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ ที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบกลุ่ม ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีคะแนนดัชนีความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน รวมทั้งรูปแบบและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมต่างกัน

#### ข้อจำกัดการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในการศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม การดำเนินการวิจัยไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมที่วางแผนไว้เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และไม่ได้ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาล (ครู ก) หลังเข้าร่วมการอบรมเพื่อเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเรื่องปัญหา

สุขภาพจิตให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของความแปรปรวนต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อความตรงภายในของการศึกษานี้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภัยพิบัติของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้และพื้นที่เสี่ยงภัยอื่น ๆ สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตและจัดการความเครียดของตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทำหน้าที่เป็นแกนนำครู ก ในการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องวิธีการประเมินภาวะสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดไปยังบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรม

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามระดับความเครียด ความสุข และสุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในระยะยาวต่อไป ควรศึกษาซ้ำโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และมีการประเมินความสามารถของพยาบาลแกนนำ ครู ก ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ ควรศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาด้านสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน

### References

1. Songwathana S, Kwanphichit C, Sae' Sia W, Kitrungrate L, Damkliang J, Sandchan H, et al. Healthcare service providers' perspective on provision of emergency medical services in security zones: a qualitative study. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2020; 35(3):17-35. (in Thai)

2. Songwathana P, Sangchan H, Emergency medical service in the unrest area of three Southern Thai border provinces: a literature review. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2015; 7(2):74-87. (in Thai)
3. Leelukkanaveera Y, Longphimai C, Toonsiri C. Influencing factors of stress among the royal Thai navy in Narathiwat province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018; 45(2):399-416. (in Thai)
4. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Cremone IM, Bertelloni CA, Massimetti E, et al. Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: a preliminary report on the role of gender, age, and education. *Ann Gen Psychiatry* 2018; 17(17):1-7.
5. Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emerg Med J* 2004; 21:235-6.
6. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6): e97-105. doi: 10.4037/ajcc2014747. PubMed PMID: 25362680.
7. Ward CL, Lombard CJ, Gwebushe N. Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues. *Emerg Med J* 2016; 23(3):226-31. doi:10.1136/emj.2005.025908. PubMed PMID: 16498167.
8. Tohmeena P. Mental remedy for people affected by the unrest in the southernmost provinces of Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21(3): 171-84. (in Thai)
9. Songwathana P, Baltip K, Prompet W, Wichaidit S. Remedy experience of women having lost their family members through violence in Thailand's three southernmost provinces. *Thai Journal of Nursing Council* 2017; 32(4):39-54. (in Thai)

ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

10. Detdee S, Prohmpetch W, Tantirangsee N. The effectiveness of resilience enhancing program on resilience level and depression among widows affected by south Thailand insurgency. *Journal of Mental Health of Thailand* 2018; 26(2):103-16. (in Thai)
11. Buatchum K, Kongsuwan V, Suttharangsee W. The effect of psychoeducational program on knowledge and psychological self-care of widows from the unrest situation in the southernmost provinces. *Princes of Naradhiwas University Journal* 2016; 8(2):54-65. (in Thai)
12. McLeod SA. Cognitive behavioral therapy. 2019 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/cognitive-therapy.html>
13. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Suanprung Stress Test-20: SPST-20 [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/stress/> (in Thai)
14. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai mental health indicator. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2001; 46(3):209-25. (in Thai)
15. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Thai Happiness Indicators (THI-15) [Internet]. 2002 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/qtest/> (in Thai)
16. Suwannawat J, Kongsuwan V, Suttharangsee S. The effect of group-based learning psychological crisis intervention on mental health state of adolescents affected by the unrest situation in southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016; 36(3): 131-149. (in Thai)
17. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the General Health Questionnaire. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41(1):2-17. (in Thai)
18. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. General Health Questionnaire (Thai GHQ-28) [Internet]. 2002 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/ghq.pdf> (in Thai)
19. Jinpanyakul J, Putthisri S. Factors associated with quality of life among high school students in the unrest of Narathiwat Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63(1):21-32. (in Thai)
20. Kaewsrasean P, Archarunroj P. The relationships between work related factors, stress and performance efficiency among real estate company employees in Bangkok. *Veridian E-Journal Silpakorn University* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 21]; 10(1):1042-57. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/88358/69485> (in Thai)
21. Songprakun W, Thongseaw N. Bibliotherapy for individual with depression. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region* 2019; 25(1):63-70. (in Thai)
22. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress and physical function: a review. *EXCLIJ* 2017; 16:1057-1072. doi.org/10.17179/excli2017-480
23. Songprakun W, Thongseaw N. Bibliotherapy for individual with depression. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region* 2019; 25(1):63-70. (in Thai)