

12-1-1995

## Psychosocial problems among AIDS health care providers

P. Sithisarankul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

Sithisarankul, P. (1995) "Psychosocial problems among AIDS health care providers," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 39: Iss. 12, Article 6.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.39.12.6

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol39/iss12/6>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

# ปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการผู้ป่วยเอดส์

พรชัย สิทธิศรีธนกกุล\*

**Sithisarankul P. Psychosocial problems among AIDS health care providers. Chula Med J 1995 Dec; 39(12): 913-921**

*AIDS is a growing medical, public health, and social problem. Working with AIDS patients, AIDS health care providers are subject to psychosocial hazards, including burnout. Some may quit this profession whereas the need is rapidly growing. Several factors which relate to these problems are : rational and irrational fear of contagion, prejudice about the lifestyle of the patients (drug abusers, homosexuals), the physical and mental decline produced by the illness despite intensive care, the youth of most of the patients, and the ethical and legal dilemma. Rational fear of contagion should lead to the appropriate and consistent use of precautionary measures to minimize the possibility of accidental infection. Several approaches to manage and prevent the problems are discussed. One of the more important is a social support group of AIDS health care providers. Moreover, their families should be trained or informed about AIDS because they are also an important source of support for the AIDS health care providers.*

**Key words :** *AIDS, Psychosocial problem, Health care provider, Burnout, Contagion, Social support.*

Reprint request : Sithisarankul P, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 14, 1995.

กล่าวกันว่าเอ็ดส์จะอยู่กับมนุษย์ไปจนถึงคริสต์ศตวรรษหน้า (คริสต์ศตวรรษที่ 21) เป็นอย่างน้อย<sup>(1)</sup> ปัญหาของเอ็ดส์ขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุขและด้านสังคม เอ็ดส์นำมาซึ่งปัญหา ด้านสังคมจิตวิทยาที่มีลักษณะเฉพาะ<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยเอ็ดส์\* นอกจากต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยแล้วยังอาจเผชิญกับภาวะความสูญเสียหลายๆ อย่างเช่น บ้านครอบครัว คนรัก เพื่อนฝูง หน้าที่การงาน รายได้ ความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า (self-esteem) รวมทั้งความช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคม<sup>(3)</sup>

ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มหนึ่งคือครอบครัว คนรักหรือคู่สมรสของผู้ป่วย อีกกลุ่มหนึ่งคือ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการผู้ป่วยเอ็ดส์ ในบทความนี้ผู้เขียนจะกล่าวเฉพาะกลุ่มหลังซึ่งกระทำการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นอาชีพ

### อันตรายจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์

เมื่อพิจารณาอันตรายจากการทำงาน (occupational hazards) 4 กลุ่มใหญ่อันได้แก่ อันตรายทางกายภาพ (physical hazard เช่น เสียง, รังสี, การสั่นสะเทือน), อันตรายจากสารเคมี (chemical hazard), อันตรายทางชีวภาพ (biological hazard เช่น การติดเชื้อ), และอันตรายด้านสังคมจิตวิทยา (psychosocial hazard เช่น ความเครียด) แล้วจะเห็นได้ว่าอันตรายที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรเอ็ดส์\*\* ก็คือ อันตรายทางชีวภาพ ได้แก่การติดเชื้อเอ็ดส์นั่นเอง แต่สิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกันก็คืออันตรายด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งอาจแบ่งย่อยได้เป็น 6 ส่วนคือ<sup>(4)</sup>

1. ประสบพบเห็นการตายบ่อย ๆ
2. งานหนัก และอาการหมดไฟ (burnout)
3. การมองตัวเองว่าเป็นเช่นเดียวกับผู้ป่วย (over-identification)

4. ความรู้สึกหดหู่ที่เห็นผู้ป่วยมีอาการเลวลงเรื่อยๆ และเสียชีวิตในที่สุด

5. ต้องเผชิญและจัดการแก้ปัญหาผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย

6. ความรู้สึกโกรธที่ครอบครัวและเพื่อนฝูงมีปฏิกิริยาในทางลบต่อการที่ตนทำงานกับผู้ป่วยเอ็ดส์

### อาการหมดไฟ

มีผู้ให้นิยามอาการหมดไฟ (burnout) ไว้หลายอย่าง อันหนึ่งก็คือภาวะการหมดกำลังใจที่เป็นผลจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะด้านอารมณ์เป็นอย่างสูง<sup>(5)</sup> อาการหมดไฟเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อความเครียดที่เกี่ยวข้องเนืองจากงาน ซึ่งไม่ได้จัดการแก้ไขให้ลุล่วงไป<sup>(6)</sup> นอกจากนี้ก็มีผู้สรุปขอบเขตว่าอาการหมดไฟ เป็นระยะสุดท้ายของอาการเครียด<sup>(7)</sup> Maslach ระบุว่าสาเหตุของอาการหมดไฟมี 3 ประการคือ 1) ความประสงค์ที่จะทำให้บางอย่างดีขึ้น แต่ไม่สามารถทำได้ 2) ทำงานใกล้ชิดกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน และ 3) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นไปในทางลบ<sup>(8)</sup>

อาการหมดไฟประกอบด้วยอาการและอาการแสดง 2 กลุ่มด้วยกัน กลุ่มแรกคือ อาการด้านกายภาพ ได้แก่ เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ความอยากอาหารเพิ่มหรือลดผิดปกติ นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน อีกกลุ่มหนึ่งคืออาการด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ อ่อนไหวหงุดหงิดง่าย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ สิ้นหวัง โกรธง่าย เป็นต้น<sup>(9)</sup> จะเห็นได้ว่าอาการทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ ปัญหา ก็คือจะวินิจฉัยหรือวัดได้อย่างไรว่าบุคคลนั้นๆ มีอาการหมดไฟหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ต่อปัญหานี้ Maslach ได้คิดค้นแบบสอบถามอาการหมดไฟ (Maslach burnout inventory : MBI) ขึ้นและต่อมาได้กลายเป็นเครื่องมือ

\*ผู้ป่วยเอ็ดส์ หมายรวมถึงผู้ป่วย HIV positive, ผู้ป่วย ARC (AIDS-Related Complex) และผู้ป่วย Full blown AIDS

\*\*บุคลากรเอ็ดส์ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการผู้ป่วยเอ็ดส์

ที่มีผู้ใช้บ่อยที่สุด ในการวัดอาการหมดไฟ<sup>(5)</sup> MBI เป็น Rating scale วัดความถี่และความรุนแรงขององค์ประกอบ 3 ส่วนของอาการหมดไฟ อันได้แก่

1. ความเหนื่อยล้าในอารมณ์ (Emotional exhaustion) เป็นความรู้สึกเหนื่อยล้าในอารมณ์จากงานที่ทำ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เช่น “ฉันรู้สึกใกล้จะทนทำงานต่อไปไม่ได้แล้ว”

2. Depersonalization เป็นการหมดความสนใจหรือห่างเหินผู้ป่วย และตอบสนองต่อผู้ป่วยแบบเย็นชา ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เช่น “ตั้งแต่ทำงานนี้ ฉันกลายเป็นคนแข็งกระด้างต่อคนอื่นมากขึ้น”

3. การ(ไม่)บรรลุความสำเร็จส่วนตัว (Lack of personal accomplishment) เป็นการมีความคิดต่อตัวเองในทางลบ และมีเจตคติต่องานเป็นลบ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เช่น “ฉันรู้สึกกระชุ่มกระชวยมีพลัง”

Scale ความถี่เริ่มจาก 4 (ไม่เคย) จนถึง 6 (ทุกวัน) Scale ความรุนแรงเริ่มจาก 0 (ไม่เลย) จนถึง 7 (รุนแรงมาก) Maslach ระบุว่า Scale วัดความถี่อย่างเดียวก็ให้ผลที่เชื่อถือได้

อาการหมดไฟนอกจากจะมีผลเสียต่อบุคคลนั้นแล้ว ยังมีผลเสียต่อองค์กร และกลุ่มผู้รับบริการหรือผู้ป่วยด้วย เมื่อบุคลากรมีอาการหมดไฟ เขาอาจหลีกเลี่ยงการพบปะผู้ป่วย กลายเป็นคนแข็งกระด้างและเย็นชา คุณภาพของการบริการที่เขาจะให้แก่ผู้ป่วยก็ย่อมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหมดไฟมักจะเกิดกับบุคคลที่มีความตั้งใจในการทำงานและอุทิศตนให้กับงานเป็นอย่างสูง องค์กรใดมีบุคลากรที่มีอาการหมดไฟเป็นจำนวนมาก องค์กรนั้นก็จะได้รับผลเสียมากขึ้น<sup>(6)</sup>

### องค์ประกอบของปัญหา

องค์ประกอบของปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาของบุคลากรเอดส์ ได้แก่

1. ความกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์ เอดส์รวมความกลัวที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์, เลือด, ยาเสพติดและความตายเข้าไว้ด้วยกัน ความกลัวนี้มีรากฐานมาจากอันตรายทางชีวภาพดังได้กล่าวแล้ว และอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ<sup>(10)</sup>

1.1 ความกลัวที่สมเหตุสมผล (Rational fear) เช่น ถูกเข็มฉีดยาตำ ถูกมีดผ่าตัดบาด เยื่อบุ (Mucosa) สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากตัวผู้ป่วย

1.2 ความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล (Irrational fear) เช่น กลัวพวกรักร่วมเพศ (Homophobia) กลัวตาย กลัวการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ กลัวว่าตัวเองยังทำได้ไม่มากพอหรือไม่ดีพอ<sup>(4)</sup>

จากการศึกษาปัญหาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ทำงานในภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<sup>(11)</sup> ซึ่งมีคนไข้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการหนัก แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วย 10-40 ราย ทุกวัน พบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเหล่านี้มีความกดดันมากจากความกลัวว่าจะติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดอุบัติเหตุโดนเข็มตำ หรือถูกเลือดกระเด็นเข้าตา บุคลากรบางคนทนไม่ได้ถึงกับร้องไห้หรือบางคนอยากลาออกและไปหาทำงานที่อื่นทำ ต้องอาศัยการปลอบโยนให้ช่วยกันคิดว่าทำบุญ เพราะทำบุญอย่างนี้น่าจะมีบุญกว่าทำบุญอย่างอื่น บางคนมีโอกาสก็ลาออกไป จำนวนบุคลากรที่ลาออกมีมากกว่าที่รับเข้ามาใหม่ หรือไม่ก็พยาบาลลาออกแต่ได้ ผู้ช่วยพยาบาลมาทดแทน ทำให้ผู้ที่ยังปฏิบัติงานอยู่มีภาระมากขึ้นและเครียดมากขึ้น

ความกลัวเหล่านี้อาจส่งผลให้บุคลากรเอดส์ถอยห่างออกจากผู้ป่วยทั้งด้านกายภาพและด้านความรู้สึก เช่น ความเห็นอกเห็นใจ<sup>(7)</sup> ตัวอย่างได้แก่ ทันตแพทย์ ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย HIV positive ศัลยแพทย์ ปฏิเสธการผ่าตัดผู้ป่วย HIV positive พยาบาลลาออกเพื่อจะได้ไม่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์<sup>(1)</sup> บุคลากรที่เป็นหญิงถ้าตั้งครรภ์ก็มักจะมี ความกลัวเพิ่มขึ้น<sup>(10)</sup>

ความกลัวของบุคลากรเอดส์ มักจะถูกเสริมด้วยครอบครัวและเพื่อน เช่น อาจซักถามเกี่ยวกับความใกล้ชิดในการทำงานกับผู้ป่วยเอดส์ และโอกาสที่จะติดเชื้อ, เพื่อนๆ อาจไม่ไปมาหาสู่ (โดยเฉพาะพวกที่มีบุตร)<sup>(9)</sup> บางคนอาจถึงกับถามว่ามีอะไรผิดปกติในจิตใจหรือถึงได้ยังทำงานกับผู้ป่วยเอดส์<sup>(1)</sup>

นอกจากการศึกษาบอรรณแล้ว ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยเอดส์ยังช่วยลดความกลัวการติดเชื้อ

และนั่นหมายความว่าความยากลำบากและความกลัวต่าง ๆ จะมีมากในช่วงแรก ๆ ของการทำงานกับผู้ป่วยเอดส์<sup>(1)</sup> นี่เป็นประเด็นที่เพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะหัวหน้างานควรจะเข้าใจ

2. อคติต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ โดยภาพรวมแล้วเอดส์เป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ<sup>(1)</sup> บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งยังคงความรู้สึกเป็นลบต่อผู้เป็นโรคนี้อาจเพราะเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ผู้ป่วยหามาใส่ตัวเอง เช่นเสพยาเสพติด รักร่วมเพศ หรือสำส่อนทางเพศ แถมยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำงานไปด้วย<sup>(6)</sup>

2.1 อคติต่อพวกติดเชื้อยาเสพติด บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นลบต่อการเสพยาเสพติด และส่วนหนึ่งมีความรู้สึกเป็นลบต่อผู้ติดเชื้อยาเสพติด ทำให้รู้สึกไม่อยากหรือไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อยาเสพติด<sup>(7)</sup>

2.2 อคติต่อพวกรักร่วมเพศ บางคนถึงกับเป็น Homophobia ซึ่งมีผู้ให้นิยามว่าเป็นความกลัวอย่างไม่สมเหตุสมผลและอคติต่อพวกรักร่วมเพศ<sup>(7)</sup>

3. ผู้ป่วยจะมีอาการทางกายและทางสมองเลวลงเรื่อยๆ แม้จะให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดก็ตาม การให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ดูจะมีแต่ความผิดพลาด โดยเฉพาะในยุคต้นๆ ของเอดส์<sup>(1)</sup> อย่างไรก็ตามปัญหานี้คงจะดีขึ้นเรื่อยๆ เมื่อความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยเอดส์มีมากขึ้น

4. ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุไม่มากนัก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ Terminal disease อื่นๆ เช่น มะเร็ง นอกจากนี้บุคลากรเอดส์ส่วนใหญ่ก็มีอายุไม่มากนักเช่นกัน ปัญหาหลายๆ ประการ และการตัดสินใจหลายๆ อย่าง อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าธรรมดา เช่น การเริ่มต้น และการหยุดใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย<sup>(6)</sup> และประเด็นที่ดูจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกอย่างมากก็คือ การดูแลรักษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ป่วยเป็นเอดส์<sup>(10)</sup>

## 5. ปัญหาด้านจริยธรรมและกฎหมาย

บุคลากรเอดส์อาจมีความขัดแย้งในใจในกรณี

ที่ต้องเลือกระหว่างการรักษาความลับของผู้ป่วย (Confidentiality) กับภาระหน้าที่ที่จะเตือนภัย (คู่สมรส หรือคนรัก หรือครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์)<sup>(5)</sup>

## บุคลากรเอดส์กับอาการหมดไฟ

งานวิจัยระบุว่าโดยทั่วไปแล้วบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสที่จะมีอาการหมดไฟมากกว่าบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Terminally ill) ความเครียดในงานส่วนหนึ่งมาจากการที่จะต้องตัดสินใจภายใต้ภาวะกดดันต่างๆ และทำงานในภาวะที่การผิดพลาดอาจหมายถึงชีวิตของผู้ป่วย<sup>(6)</sup> การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ก็จะได้พบเห็นความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย อีกทั้งได้รู้ว่าการที่จะช่วยผู้ป่วยนั้นมีขีดจำกัด และการรักษาผู้ป่วยให้หายขาดยังเป็นไปไม่ได้ในปัจจุบันนี้ บุคลากรเอดส์อาจมีโอกาสมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

Learned helplessness theory (ทฤษฎีการเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยได้)<sup>(12,13)</sup> กล่าวว่าผู้ที่ได้ใช้ความพยายามทำสิ่งที่พอจะทำได้ไปแล้ว แต่ไม่ประสบความสำเร็จหลายครั้ง จะเกิดการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมที่จะเลิกใช้ความพยายามทำสิ่งที่พอจะทำได้นั้น ในสถานการณ์ใหม่ (ซึ่งการกระทำนั้นอาจประสบความสำเร็จ) ถ้าทฤษฎีนี้เป็นจริงในกรณีของบุคลากรเอดส์ การสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยคนแล้วคนเล่า อาจทำให้เขาคิดว่าเขาไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่นๆ ได้อีกแล้วแม้แต่ผู้ป่วยคนใหม่<sup>(14)</sup>

จากการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 3 อย่างที่แปรผกผันกับอาการหมดไฟ<sup>(5)</sup> ได้แก่

1) การได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ 2) อายุ และ 3) ความเป็นตัวของตัวเอง อายุของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการหมดไฟ บางคนอธิบายว่าเป็นเพราะอายุมากกว่า จะมีประสบการณ์ในการทำงานมานานกว่า บางคนว่าเป็นเพราะทุ่มเทกับงานน้อยกว่า พวกที่อายุน้อย บางคนว่าเป็นเพราะมีทักษะในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาดีกว่าพวกที่อายุน้อย<sup>(15)</sup> บางคนว่าเป็นเพราะพวกที่อายุน้อยมีภาระอื่นนอกจากงานอีก

มาก เช่น มีบุตรที่ยังเล็กหรือยังเรียนหนังสือ มีภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น ต้องผ่อนบ้าน ผ่อนรถ ฯลฯ หรืออาจเป็นเพียงเพราะว่าผู้ที่ปรับตัวไม่ได้และผู้ที่มีอาการหมดไฟได้ลาออกหรือได้ย้ายไปทำงานอื่นแล้วเป็นส่วนใหญ่

### การแก้ไขและการป้องกันปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาของบุคลากรเอดส์

เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาที่ดี สุขภาพจิตที่ดีของบุคลากรเอดส์เป็นสิ่งจำเป็น<sup>(10)</sup> บุคลากรเอดส์ควรจะต้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นให้เพียงพอและเท่ากันกับสภาพปัญหาของเอดส์ที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น และควรจะต้องได้รับการเกื้อหนุน โดยเฉพาะการสนับสนุนและให้กำลังใจ การจัดการปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา การลดความเครียดและอาการหมดไฟนั้นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลในองค์กรและผู้บริหารองค์กร<sup>(6)</sup> การรักษาบุคลากรที่มีประสบการณ์ไว้ในหน่วยงาน และการประหยัดงบประมาณในการฝึกอบรมคนเพื่อมาทดแทนคนที่ย้ายหรือลาออกไป น่าจะเป็นผลดีซึ่งผู้บริหารเล็งเห็น<sup>(4)</sup>

อย่างไรก็ตามยังมีส่วนดีที่ว่าประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยเอดส์นั้นไม่ใช่จะมีแต่ด้านลบไปเสียทั้งหมด ปัญหาของเอดส์เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะแก้ไขและเอาชนะ<sup>(16)</sup> มีรายงานว่าบุคลากรเอดส์ส่วนหนึ่งเห็นว่าการทำงาน เอดส์เป็นการกระตุ้นภูมิปัญญา, ความพอใจในวิชาชีพเพิ่มขึ้น,<sup>(6)</sup> ได้ขยายบทบาทในงานวิจัยและการบริการ<sup>(10)</sup> มีความรู้สึกว่าได้เติบโตก้าวหน้าในวิชาชีพ<sup>(2)</sup> นอกจากนี้การทำงานเอดส์ยังช่วยให้บุคลากรเอดส์เปิดใจตัวเองสู่คำถามพื้นฐานอันสำคัญของชีวิตว่าด้วยคุณค่าความหมายของชีวิต และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงว่าบุคคลจะเลือกวิถีชีวิตอย่างไรด้วย อื่นๆ ก็เช่นได้ช่วยผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ, ได้ช่วยคนใกล้ตาย, ได้เห็นความกล้าหาญ และกำลังใจของผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว<sup>(5)</sup>

Ross ได้เสนอแนวทางป้องกันอาการหมดไฟไว้ 5 แนวทางด้วยกัน<sup>(7)</sup> ซึ่งอาจจะนำมาประยุกต์ใช้กับงานเอดส์ได้ ดังนี้

### 1. ด้านความรู้ความเข้าใจ

ความกลัวว่าจะติดเชื้อที่ไม่สมเหตุผลนั้นสามารถจัดการได้ด้วยการให้ ความรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะลดความกลัว และความวิตกกังวลของบุคลากรเอดส์ได้ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์จะช่วยลดความหวาดกลัว, ขจัดข้อกังขา, เพิ่มความสะดวกสบายใจในการทำงาน, ลด Homophobia, และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และสิ่งเหล่านี้ควรจะทำอย่างต่อเนื่อง<sup>(10)</sup>

ส่วนความกลัวว่าจะติดเชื้อที่สมเหตุผลนั้นก็ควรจะเป็นสิ่งจูงใจให้ใช้มาตรการป้องกันต่างๆ อย่างเหมาะสม และอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดโอกาสติดเชื้อให้เหลือน้อยที่สุด

### 2. ด้านอารมณ์

การมีโอกาสได้ระบายความรู้สึกในการทำงาน, การได้รับความสนับสนุน และกำลังใจจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้า, และการมีโอกาสได้พัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา และการปรับตัว จะช่วยให้บุคลากรเอดส์ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และช่วยลดความตึงเครียดในอารมณ์จากการทำงาน นอกจากนี้บุคลากรเอดส์ควรจะมีหัวหน้างาน (Supervisor) ที่มีทักษะและประสบการณ์ สามารถให้คำแนะนำ และคำปรึกษาได้ทั้งในลักษณะรายคนและรายกลุ่ม สามารถชี้แจงให้ข้อมูลเพิ่มพูนความรู้ และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้ อาจช่วยกำหนดความคาดหวังจากงานที่เป็นไปได้จริง (Realistic expectation) อาจช่วยแบ่งเบาสบายผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรเอดส์แต่ละคนไม่ทำงานหนักจนเกินไป และอาจช่วย จัดกิจกรรมนอกเหนือจากงานที่จะช่วยลดความตึงเครียด และเพิ่มความรักความเข้าใจภายในทีมงาน

### 3. ด้านสังคม

การสนับสนุนด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง (Ongoing social support) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรเอดส์จัดการกับภาวะเครียดจากงาน และช่วยป้องกันอาการหมดไฟ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและจากครอบครัวก็มีความสำคัญไม่น้อย แต่ครอบครัวของบุคลากรเอดส์อาจขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นเกี่ยวกับการติดต่อ และการป้องกันเอดส์ รวมทั้ง

อาจมีความกลัวว่าบุคลากรเอดส์จะติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วยแล้วแพร่เชื้อเอดส์ให้กับคนอื่น ๆ ในครอบครัว ดังนั้นน่าจะเป็นการดีที่จะให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับเอดส์แก่ครอบครัวของบุคลากรเอดส์<sup>(17)</sup>

#### 4. ด้านปรัชญา

ค่านิยม, ปรัชญาหรือความเชื่อที่ได้มาจากศาสนา, การอบรมสั่งสอนตั้งแต่วัยเด็ก และการหล่อหลอมจากวัฒนธรรม อาจช่วยให้บุคลากรเอดส์มีกุศโลบายที่จะจัดการกับภาวะเครียดที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและในหน้าที่การงานได้

#### 5. ด้านกายภาพ

การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง อาจช่วยลดการตอบสนองในทางลบต่อภาวะเครียด และอาจช่วยให้คลายเครียดได้เร็ว

จากการศึกษาความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าความต้องการหรือพรวิเศษที่บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้ขอเป็นพรสำหรับตนเอง 16 ประการ และพรสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ 7 ประการ ดังนี้<sup>(11)</sup>

##### พรสำหรับตนเอง ได้แก่

1. ขอให้มีความสุขเพิ่มขึ้น 50.8%
2. ขออย่าให้ติดเชื้อเอดส์ 29.9%
3. ขอให้มีความอดทนเพิ่มขึ้น 11.9%
4. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 10.2%
5. ขอให้มีความสุขสมบูรณ์ 10.2%
6. ขอให้เงินเดือนเพิ่ม 7.9%
7. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 3.9%
8. ขอให้ไม่ต้องทำงานเกี่ยวกับเอดส์ 2.2%
9. ขอให้รวยและรวย 2.2%
10. ขอให้ได้ไปอบรมหรือประชุมเอดส์บ้าง 1.7%
11. ขอให้กำลังใจเพิ่มขึ้นให้ได้สัดส่วนกับงานที่เพิ่มขึ้น 1.7%
12. ขอให้ได้เที่ยวต่างประเทศ เที่ยวรอบโลก หรือ

มีกิจกรรมคลายเครียดอื่น 1.7%

13. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 1.1%
14. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 1.1%
15. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 0.5%
16. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 0.5%

##### พรที่ขอให้คนอื่นติดเชื้อเอดส์ ได้แก่

1. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 47.8%
2. ขอให้เอดส์หมดไปจากโลกนี้ 41.2%
3. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น หรือขอพรที่มีอากาศถ่ายเทดี 23.2%
4. ขอให้คนอื่นมีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 13.5%
5. ขอให้คนอื่นติดเชื้อเอดส์มีกำลังใจและไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่นต่อ 7.9%
6. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 0.5%
7. ขอให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์เพิ่มขึ้น 0.5%

##### ข้อจำกัดของการศึกษาที่มีมา

1. เครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ใช้ประเมินปัญหา ด้านสังคมจิตวิทยา หรือที่ใช้วัดอาการหมดไฟ ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นอัตนัย (Subjective) ไม่ใช่ปรนัย (Objective) เช่น MBI ใช้ Rating scale ซึ่งผู้วิจัยอาจต้องกำหนดสมมติฐานว่า Rating 1 ของผู้ตอบแบบทดสอบคนหนึ่งนั้น เท่าเทียมกับ Rating 1 ของผู้ตอบแบบสอบถามคนอื่น ๆ เป็นต้น

ประเด็นนี้อาจพิจารณาได้ว่าเป็นข้อจำกัดในการวัดผล (Outcome assessment) ทางด้านสังคมจิตวิทยา ส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือหรือแบบสอบถามต่าง ๆ

ควรได้รับการตรวจสอบความแม่นยำ (Validity) ก่อนนำไปใช้

2. การศึกษาส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแบบตัดขวาง (Cross-sectional studies) ซึ่งมีโอกาสมีอคติขึ้นได้ (Cross-sectional bias) โดยเฉพาะประเด็นสาเหตุของปัญหาหรือสาเหตุของผล (Cause)<sup>(5)</sup> ซึ่งผู้วิจัยทางการแพทย์การระบาดย่อมทราบดี นอกจากนี้การศึกษาแบบนี้ยังอาจบิดเบือนขนาดของปัญหา เช่น บุคลากรที่ทนอาการหมดไฟไม่ได้ หรือไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาที่ประสบ ก็อาจลาออกหรือเปลี่ยนงานไปแล้ว ทำให้ขนาดของปัญหาที่ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้วิจัยจะต้องตระหนักถึงประเด็นเหล่านี้ในตอนที่ยังวางแผนการวิจัย และตอนวิเคราะห์วิจารณ์ผลที่ได้

3. การศึกษาส่วนใหญ่มีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามต่ำคือประมาณ 54% เท่านั้น<sup>(5,18)</sup> ขนาดของปัญหาที่ประเมินได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง ถ้าบุคลากรที่มีปัญหา หรือที่มีอาการหมดไฟตอบแบบสอบถามในอัตราที่ต่ำกว่าบุคลากรที่ไม่มีปัญหา ซึ่งอาจเป็นเพราะเครียดหรือเหน็ดเหนื่อยเกินกว่าที่จะสนใจตอบแบบสอบถามประเด็นนี้ ผู้วิจัยควรหาวิธีการเพิ่มอัตราตอบกลับของแบบสอบถาม หรืออย่างน้อยควรจะหาทางศึกษาเปรียบเทียบว่ากลุ่มที่ตอบ และกลุ่มที่ไม่ตอบแบบสอบถาม มีความแตกต่างกันหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ในลักษณะหรือข้อมูลบางประการที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหา เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุการทำงาน ศาสนา ตำแหน่งงานที่ทำเป็นต้น

4. การศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม ก็ได้ผลไม่สอดคล้องกัน เช่น การศึกษาหนึ่ง<sup>(15)</sup> ใช้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มควบคุม พบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความถี่ของอาการหมดไฟมากกว่าแต่มีความรุนแรงของอาการหมดไฟน้อยกว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่ง<sup>(19)</sup> เปรียบเทียบพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์, ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง, ผู้ดูแลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ทั่วไป และผู้ดูแลผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) พบว่าไม่มีความแตกต่างในอาการหมดไฟระหว่างพยาบาลทั้ง 4 กลุ่มยกเว้นพยาบาล ICU มี Personal accomplishment ต่ำกว่าพยาบาลกลุ่มอื่นๆ

การเลือกกลุ่มควบคุมที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม การใช้กลุ่มควบคุมมากกว่า 1 กลุ่มเป็น วิธีที่มีผู้นิยมมากพอสมควร เพราะนอกจากจะได้เปรียบเทียบกลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุมหลายกลุ่มแล้ว ความเหมือนหรือความแตกต่างกันของกลุ่มควบคุมแต่ละกลุ่มยังอาจช่วยชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญบางประการของการศึกษานั้นได้

อย่างไรก็ตาม ผลที่ไม่สอดคล้องกันนี้ อาจเป็นเพราะความแตกต่างในองค์ประกอบอื่นๆ ของการศึกษาทั้งสองเองเช่น สถานที่ วัฒนธรรม ฯลฯ หรืออาจเป็นเพราะข้อจำกัดของแบบสอบถามดังกล่าวแล้วในข้อ 1

5. การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้พิจารณาโดยถ่วงถ่วงถึงปัจจัยอื่นๆ ซึ่งอาจเสริมหรือลดปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาของบุคลากรได้<sup>(7)</sup> เช่น ความเครียดในเรื่องส่วนตัว ปัญหาในครอบครัว หรือเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต (Life events) เช่น เปลี่ยนงาน เลื่อนตำแหน่ง ย้ายบ้าน มีลูก ฯลฯ

ปัจจัยเหล่านี้ ทางวิทยาการระบาดเรียกว่าตัวกวน (Confounders) ซึ่งผู้วิจัยควรจะได้วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ไปพร้อมๆ กับการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินปัญหา และนำมาใช้พิจารณาประกอบในตอนวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผล

### สรุป

ในบรรดาการศึกษาวิจัยทางอาชีวเวชศาสตร์นั้น อาจกล่าวได้ว่าอันตรายหรือปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา (Psychosocial hazards) ได้รับความสนใจศึกษาน้อยกว่าอีก 3 กลุ่ม เอดส์เป็นปัญหาใหญ่ของประเทศและของโลก จึงไม่แปลกที่การศึกษาวินิจฉัยเรื่องเอดส์มีเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสังคมจิตวิทยาของบุคลากรเอดส์มีไม่มากนัก ในประเทศไทยยังมีน้อยกว่าน้อย บทความที่ผู้เขียนอ้างอิง



ถึงล้านแต่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ แต่ผู้เขียนเชื่อว่าน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้ไม่มากนักน้อย

### กิติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณมยุรี จิรวินิชฎีที่ได้ช่วยกรุณาจัดพิมพ์ต้นฉบับให้

### อ้างอิง

- Maj M. Psychological problems of families and health workers dealing with people infected with human immunodeficiency virus. *Acta Psychiatr Scand* 1991 Mar; 83(3):161-8
- Bor R. The ABC of AIDS counselling. *Nurs Times* 1991 Jan; 87(1):32-5
- Bendell A. Approach to care : Psychosocial support. *Naacogs Clinical Issues in Perinatal & Women Health Nursing* 1990; 1(1):67-73
- Grossman AH, Silverstein C. Facilitating support groups for professionals working with people with AIDS. *Soc Work* 1993; Mar;38(2):144-51
- Oktay JS. Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients. *Soc Work* 1992 Sep; 37(5):432-9
- Macks JA, Abrams DI. Burnout among HIV/AIDS health care providers. Helping the people on the frontlines. *AIDS Clin Rev* 1992:281-99
- Ross E. Preventing burnout among social workers employed in the field of AIDS/HIV. *Soc Work Health Care* 1993; 18(2): 91-108
- Maslach C. Burned out. *Human Behav* 1976; 5(9):16-22
- Bolle JL. Supporting the deliverers of care : strategies to support nurses and prevent burnout. *Nurs Clin of North Am* 1988 Dec; 23(4):843-50
- Pasacreta JV, Jacobjen PB. Addressing the need for staff support among nurses caring for the AIDS population. *Oncol Nurs For* 1989 Sep-Oct; 16(5):659-36
- ประคอง วิทยาลัย, เมธินี จิตรอ่อนน้อม, ประไพ อินทรทัศน, ประมวล เลิศชีวกานต์, นิรมล โรจนานุกูลพงศ์ และคณะ. พรที่ปรากฏของผู้ให้การดูแลคนไข้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารโรคเอดส์* 1993; 5(1):55-57
- Overmier JS, Seligman ME. Effects of incapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* 1967 Feb; 63(1):23-33
- Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 1967 May; 74(1):1-9
- Capner M, Caltabiano ML. Factors affecting the progression towards burnout : a comparison of professional and vounteer counsellors. *Psychol Rep* 1993 Oct; 73(2):555-61
- Bennett L, Michie P, Kippax S. Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing. *AIDS Care* 1991; 3(2):181-92
- Osborn JE. AIDS and the politics of compassion. *Hospitals* 1992 Sep 20; 66(18):64
- Nursing and HIV/AIDS : focus on counselling. *Nursing J India* 1991 May; 82(5):141-2
- Egan M. Resilience at the front lines : hospital social work with AIDS patients and burn-out. *Soc Work Health Care* 1993;

- 18(2):109-25
19. van Serellen G, Leake B. Burn-out in hospital nurses : a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurse samples. J Prof Nurs 1993 May-Jun; 9(3):169-77