

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์ด้านจิตใจกับบาดแผลทางใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

วันรับ : 23 กันยายน 2567
วันแก้ไข : 8 พฤศจิกายน 2567
วันตอบรับ : 19 พฤศจิกายน 2567

ณธชา กำลังสิงห์, วท.ม., ธีรวรรณ ธีระพงษ์, ศศ.ด.
ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 6 คน คัดเลือกแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567

ผล : พบประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ผลทางลบจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) การพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการในด้านการรับรู้ถึงคุณค่าภายใน คุณค่าของผู้คน คุณค่าของชีวิต และคุณค่าของงาน และ 3) การจัดการผลทางลบโดยการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและค้นหาแนวทางจัดการความเครียด

สรุป : นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยประสบทั้งบาดแผลทางใจและการพัฒนาทางจิตใจจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ควรมีการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อลดผลกระทบทางลบจากการทำงาน ร่วมกับการส่งเสริมความเข้มแข็งและการพัฒนาทางจิตใจ

คำสำคัญ : การพัฒนาทางจิตใจ, นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, บาดแผลทางใจ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณธชา กำลังสิงห์; e-mail: natasa_soc@hotmail.com

Original article

Psychological experiences and vicarious traumatization of Thai medical social workers

Received : 23 September 2024

Revised : 8 November 2024

Accepted : 19 November 2024

Natasa kamlangsing, M.S. Teerawan Teerapong, Ph.D.

Psychology Department, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To explore the psychological experiences and growth of Thai medical social workers from perceiving suffering of service users

Methods: This qualitative study employed interpretative phenomenological analysis to examine the lived experiences of six Thai medical social workers, selected through snowball sampling. Data were gathered via semi-structured, in-depth interviews conducted between September 2023 and June 2024.

Results: Three key themes emerged from the analysis: 1) the negative effects of perceiving the suffering of service users on emotions, feelings, cognition, and daily life, 2) psychological growth from perceiving the suffering of service users in terms of internal values, relationships with others, the value of life, and the value of work, and 3) managing negative effects through seeking social support and adaptive coping strategies.

Conclusion: Thai medical social workers experience both the harmful impacts of vicarious traumatization and the constructive outcomes of vicarious posttraumatic growth. The findings underscore the critical role of social support and self-care practices in helping social workers mitigate the adverse effects of their profession, while fostering resilience and growth.

Keywords: medical social workers, psychological growth, traumatization

Corresponding author: Natasa kamlangsing; e-mail: natasa_soc@hotmail.com

ความรู้เดิม : ในต่างประเทศพบผลทางลบและการพัฒนาทางจิตใจจากการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์หลังรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ แต่ไม่พบการศึกษาวิจัยในบริบทประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยได้รับผลทางลบจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการต่ออารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาทางจิตใจจากการมีสัมพันธภาพทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของโลกทัศน์ต่อตนเอง ผู้อื่น และการทำงาน ตลอดจนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนและการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การทำความเข้าใจประสบการณ์จากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตแก่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการบริการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการในสถานพยาบาล เช่น การให้คำปรึกษา กลุ่มบำบัด การลงเยี่ยมบ้าน และการจัดการรายกรณี ตลอดจนการจัดการปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย¹ โดยคำนึงถึงการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่า การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีร่างกาย อารมณ์ และจิตใจที่อยู่ในสภาวะสมดุลเสมอ เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพสูงสุด² แต่สถานการณ์ความเป็นจริงการรับรู้เรื่องราวที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาสังคมที่พบได้บ่อยในบริบทไทย เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การฆ่าตัวตาย การไร้บ้าน ยาเสพติด ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการ³ อาจทำให้นักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถแยกตนออกจากความรู้สึกหรือประสบการณ์ของผู้ใช้บริการ⁴ และเกิดวิกฤตทางอารมณ์ ความรู้สึก และการดำเนินชีวิตประจำวัน⁵ ผลสำรวจพบว่า นักสังคมสงเคราะห์ร้อยละ 63.7 มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 49.6 มีความเครียดจากความรู้สึกร่วม

กับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ร้อยละ 26.2 มีโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และร้อยละ 16.2 มีอาการโศกเศร้ารุนแรง⁶

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากการรับรู้บาดแผลทางใจเรื่องราวสะเทือนใจของผู้ใช้บริการซ้ำ ๆ เรียกว่า บาดแผลทางใจที่เกิดจากการรับฟังความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (vicarious traumatization: VT)⁷ ความเครียดจากความรู้สึกร่วมกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ (secondary traumatic stress: STS)⁸ หรือความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue: CF)⁹ ซึ่งทั้ง 3 ภาวะนี้มักใช้อธิบายแทนกันได้¹⁰ หมายถึงการติดเชื้อทางจิตใจของผู้ให้บริการจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลทางใจของผู้อื่น เมื่อผู้ให้บริการได้รับรู้รับฟังความต้องการทางอารมณ์และความทุกข์ทรมานของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการไม่เพียงแคารู้สึกถึงมันผ่านกระบวนการของความเห็นอกเห็นใจเท่านั้น แต่พบว่า มีแนวโน้มที่ผู้ให้บริการจะดูดซับบาดแผลนั้นเข้าไปในจิตใจของตนเองเช่นกัน การศึกษาอาการ VT ในนักสังคมสงเคราะห์พบความรู้สึกหดหู่ รู้สึกผิด รู้สึกเศร้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวล¹¹⁻¹⁵ ซึ่งคล้ายคลึงกับอาการสำคัญของ PTSD¹⁶ อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถอนุมานว่าผู้ที่มี VT ทุกคนจะพัฒนาเป็นโรค PTSD ขึ้นอยู่กับกลไกการฟื้นคืนสภาพจิตใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางวิชาชีพ และทักษะจัดการกับอารมณ์ซึ่งสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดพัฒนาการเป็น PTSD ในผู้ปฏิบัติงาน¹⁷

ในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (vicarious posttraumatic growth: VPTG) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเชิงบวกในบุคคลที่เกิดขึ้นจากผลของการทำงานร่วมกับผู้เผชิญเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจหรือมีบาดแผลทางใจ¹⁸ มี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ลึกซึ้งและเข้าใจผู้อื่น 3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โลกทัศน์ส่วนตนในแง่ของปรัชญาชีวิต และ 4) การเปลี่ยนแปลงด้านมุมมองการรับรู้เกี่ยวกับงานที่ทำ โดย VPTG เป็นการต่อยอดจากแนวคิดการพัฒนาภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic growth: PTG) แต่มีความแตกต่างกัน 2 ประการ ได้แก่ PTG เกิดขึ้นกับบุคคลที่

เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรง แต่ VPTG เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกับผู้ที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งถือเป็น การเผชิญเหตุการณ์โดยอ้อม และ VPTG มีมิติเฉพาะคือ ลักษณะการพัฒนาด้านมิติการทำงาน ซึ่งไม่พบใน PTG^{19,20} ทั้งนี้การเกิด VPTG ไม่จำเป็นต้องประสบกับ VT ก่อนและสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหรือคู่ขนานกันไป โดยการเกิด VPTG ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การมีกิจกรรมดูแลตนเอง ความมุ่งมั่นในการทำงาน การเห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการ และระยะเวลา¹⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษา ประเด็นดังกล่าวในนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานภายใต้ บริบทปัญหาสังคมไทย ซึ่งพบความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ระบบบริการสาธารณสุข และการศึกษา²¹ แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่พบปัญหาดังกล่าวในการทำงาน ร่วมกับผู้ใช้บริการ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจ ประสบการณ์และการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ ทางทางแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ทางทางแพทย์ไทย

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) ซึ่งเน้นศึกษาประสบการณ์ส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ประเด็นที่ศึกษา²² ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ COA 011/66 วันที่ 20 มกราคม 2566 ดำเนินการในเดือนกันยายน ถึง มิถุนายน 2567

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นักสังคมสงเคราะห์ทางทางแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ของสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 28 - 60 ปี มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการโดยตรง 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป และสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทย ได้ เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (snowball sampling)

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อนายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ ทางทางแพทย์ไทยเพื่อแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 จากนั้นติดต่อ ผู้ให้ข้อมูลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ และส่งเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยให้อ่านโดยเปิดโอกาสให้ เวลาตัดสินใจและสอบถามหากพบข้อสงสัย จากนั้นขอยินยอม เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรและนัดหมายวันและเวลา สัมภาษณ์ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกและชี้แจงถึงการ รักษาความลับของข้อมูลการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปที่มีคุณสมบัติ ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและขอ ความยินยอมเช่นเดียวกันทุกครั้งจนกระทั่งข้อมูลที่ได้รับ ไม่พบประเด็นใหม่และพบว่าข้อมูลสำหรับการอธิบายเพื่อ ทำความเข้าใจประเด็นสำคัญตรงกัน 3 คนขึ้นไป สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ที่ห้องทำงานสังคมสงเคราะห์ ห้องรับรองขนาดเล็ก ห้องประชุม ขนาดเล็ก หรือภายนอกสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เช่น ร้านกาแฟ ดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย 1 คน ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัยผ่านการ ศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยทางจิตวิทยาการวัดผลทาง การศึกษาเชิงจิตวิทยา และการศึกษาเชิงคุณภาพ ในหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา เป็นระยะเวลา 1 ปี

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับ ประสบการณ์การให้บริการ การรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ประสบการณ์การพัฒนาทางจิตใจ การค้นพบการเปลี่ยนแปลง การให้ความหมายต่อประสบการณ์ และการจัดการผลทางลบ เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาทางจิตใจ และ 3) แบบบันทึกภาคสนาม ได้แก่ อากัปกริยา สภาพแวดล้อม และเหตุการณ์ที่ปรากฏ นอกเหนือจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (IPA)²² โดยนำ เสียงสัมภาษณ์มาถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim)

จากนั้นอ่านบทสนทนาจนกระทั่งเกิดความเข้าใจเรื่องราว เสมือนเป็นคนวงในกับผู้ให้ข้อมูล แล้วจึงบันทึกเชิงบรรยาย (descriptive comments) บันทึกด้านภาษา (linguistic comments) และบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments) ซึ่งคำนึงถึงรายละเอียดของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น นัยยะของภาษาที่ใช้ และความหมายของประสบการณ์นั้นในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเชื่อมโยงข้อความที่มีความสัมพันธ์กันเข้าสู่ประเด็นต่าง ๆ และสรุปเป็นใจความสำคัญหลักเพื่อตอบคำถามการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลควบคู่กับการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มความเข้าใจและเป็นการยืนยันความถูกต้องของการจัดกลุ่มเข้าสู่ประเด็นดังตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 1

ผล

หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 6 คน ไม่พบประเด็นใหม่ในการสำรวจต่อ จึงยุติการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุ 30 - 43 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต) ประสบการณ์การทำงาน 5 - 17 ปี และมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เช่น การดูแลเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็ง เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง แรงงานต่างชาติ และบุคคลที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎร รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการบันทึกประเด็นและระบุใจความสำคัญ

บทสัมภาษณ์	บันทึกเชิงบรรยาย	บันทึกด้านภาษา	บันทึกเชิงแนวคิด	ใจความสำคัญ
ผู้วิจัย : แล้ว (ผู้ให้ข้อมูล) ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการได้ทำงานร่วมกับเคสนี้	ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการที่จะรับสาย ผู้ใช้บริการ แต่ตระหนักรู้ถึงบทบาทและหน้าที่ของตน จึงเลือกจะให้บริการหลังเลิกงาน	“ปลดบทบาทการเป็นนักสังคมสงเคราะห์” ใช้คำว่า “ปลด” อาจแปลว่าขณะนี้กำลังอดีต	ความรู้สึกทุกข์ อึดอัดและฝัน ให้บริการ จากความรู้สึก	ผลทางลบ
ผู้ให้ข้อมูล : การรับมือกับความทุกข์ของตัวเอง รับมือจากช่วงที่เราไม่ยอมยกย แต่รู้หน้าที่ที่เราต้องทำเพราะฉะนั้นวางความรู้สึกที่ไม่อยากทำลง แล้วก็ทำตามบทบาทที่เราเป็น พอวางสายเราก็กดบทบาทการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ เรียนรู้	เลือกจะให้บริการหลังเลิกงาน แต่เมื่อไม่พบเหตุเร่งด่วน จึงเลือกที่จะยุติบทสนทนา โดยใช้ทักษะการสื่อสาร และถอยบทบาทออก กลับคืนสู่การให้เวลาพักผ่อนกับตนเอง	“เท่านั้นแหละแม่เนาะ” ใช้คำว่า เนาะ ถึงสองครั้ง แสดงถึงความอยากให้ผู้บริการคล้อยตามสิ่งที่พูด	ละทิ้งผู้ให้บริการไม่ได้	ค่านิยมและความเชื่อ
อีกอย่างคือการตัดบท วันนี้เท่านั้นเนาะแม่เนาะ เดี่ยวพรุ่งนี้ค่อยว่ากัน		ไม่ไหว ไม่ฝืนคุยต่อ	ชอบเขตการให้บริการ	การจัดการผลทางลบ
				การพัฒนาทางจิตใจ

ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นที่ 1 การถูกครอบงำ

การถูกครอบงำ (being overwhelmed) เกิดจากการรับรู้ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในกระบวนการทำงาน การเข้าไปคลุกคลีสัมผัสกับความทุกข์ จนกระทั่งแยกตนออกจากความทุกข์ทรมานเหล่านั้นไม่ได้ เมื่อพบว่าผู้ให้บริการรู้สึกถึงอารมณ์และความรู้สึกเชิงลบ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงความรู้สึกเชิงลบไม่ต่างกัน เปรียบเสมือนว่าความคิด ความรู้สึก และตัวตนถูกบังคับให้เป็นไปตามเรื่องราวของผู้ใช้บริการ ล่วงล้ำไปสู่ผลทางอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.1) ผลต่ออารมณ์และความรู้สึก

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเปิดเผยตรงกันถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการ มีความรู้สึกเศร้าและหดหู่ต่อเรื่องราวของความทุกข์ของผู้ใช้บริการ บางคนรู้สึกผิด เสียหาย และกล่าวโทษตนเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ให้บริการได้ตามที่คาดหวัง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนตระหนักรู้ถึงความรู้สึกไม่สมดุลทางอารมณ์ของตนภายหลังการให้บริการ ล่วงเลยไปถึงช่วงเวลาที่ควรเป็นการผ่อนคลาย เนื่องจากยังมีความคิดติดอยู่กับเรื่องราวความทุกข์ของผู้ใช้บริการและไม่สามารถปล่อยวางความรู้สึกดังกล่าวได้

ตารางที่ 2 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล (n = 6)

	เพศ	อายุ	การศึกษา	ประสบการณ์	ลักษณะการปฏิบัติงาน
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	ชาย	43 ปี	ปริญญาตรี	17 ปี	ทำงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ กระทรวงแห่งหนึ่ง ก่อนโอนย้ายมากระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด การทำงานที่ผ่านมาเน้นไปทางด้านการให้บริการเพื่อช่วยเหลือเด็กและผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	หญิง	42 ปี	ปริญญาตรี	13 ปี	ทำงานในองค์กรเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ก่อนเปลี่ยนสายงานมาทำงานสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาล ให้บริการด้านแรงงานต่างชาติดและบุคคลที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎร
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	หญิง	30 ปี	ปริญญาตรี	6 ปี	ผ่านการทำงานทั้งในระดับศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความทุกข์ใจจากการรับความทุกข์ของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งในเด็กและผู้ใหญ่
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	หญิง	41 ปี	ปริญญาโท	15 ปี	เป็นนักสังคมสงเคราะห์คนเดียวในโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5	หญิง	40 ปี	ปริญญาตรี	16 ปี	มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6	หญิง	31 ปี	ปริญญาตรี	5 ปี	ให้บริการสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

“จริง ๆ อะเคลเนี่ยอยากทำให้ดีกว่านี้อีก เรายังรู้สึกผิดกับน้อง (ผู้ให้บริการ) อยู่ในเรื่องที่ว่าในตอนที่เรารักษาตัวที่โรงพยาบาลในหลายครั้งเนอะ แต่ว่ามันมีอยู่ครั้งหนึ่งที่น้องอยากจะออกจากโรงพยาบาลมาก ๆ เรายกยอให้น้องไปอะไรอย่างเงี้ย ถ้าเราย้อนกลับไปได้เราก็คงอยากที่จะพาน้องไปฉายแสงอะไรเอง อยากที่จะทำแบบนั้นเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“โทษตัวเองเนอะ รู้สึกว่าแบบเหมือนตัวเองแบบน่าจะทำได้มากกว่านี้ สงสารเด็ก จะใช้คำว่าสงสารได้ไหม เพราะว่าเรารู้สึกว่าถ้าเด็กรอด มันก็เหมือนตายทั้งเป็นเนอะ ไม่รู้จะมีใครดูแลบ้าง แต่ก็คิดว่าสงสาร พอสงสารแล้วมันก็ทำให้ตัวเองรู้สึกหดหู่ ช่วงนั้นพี่จำได้ว่าเป็นช่วงอาทิตย์หลังจากที่รู้เรื่องว่าเคลเสียชีวิตเนี่ย พี่ก็ไม่ถึงกับเครียด แต่ก็รู้สึกว่าแบบมันคิดวนอยู่ว่า ทำไมวะ ทำไมไม่ทำให้มากกว่านี้ ไม่ฟังเขามากกว่านี้ ไม่ยื้อไว้ อะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“อารมณ์ของเราไม่ปกติ แล้วก็มีไม่ใช้แค่โกรธเนอะ บางทีมันก็เศร้าเนอะ แบบพอเวลาคุยเสร็จ แล้วเห็นอะไรที่มันเศร้า ๆ ขึ้นมาในเฟซบุ๊กหน้าเพจเรา มันก็แบบอยากร้องไห้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

1.2) ผลต่อความคิด

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีมุมมองและความคิดทางลบต่อปัญหาของผู้ใช้บริการ ไม่ไว้วางใจต่อสถานการณ์ และ

คิดว่าสถานการณ์ของผู้ใช้บริการจะแย่ลงทุกเมื่อ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัว กังวล และเครียด แม้ในช่วงนอกเวลาให้บริการแล้วก็ตาม

“แล้วฉันจะคุยกับต่างอำเภอได้ไหม คือกังวล เครียด แล้วแบบคือถ้าน้องไม่ได้เลขบัตรจะทำไม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ตัวเราเองอะ นึกถึงลุงทุกคืนเลยนะที่เราอนนะ ทุกครั้งที่นอน แล้วก็แบบลุงจะเป็นยังไงนะ คือมันเหมือนมีความกลัวที่แกจะเสียชีวิต คิด ๆ แทบจะตลอดเวลาเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ถ้าไม่รับสายก็กลัวว่ามันเป็นฉุกเฉินอย่างอื่นอีกอะ เออ ด้วยความที่เรารู้อยู่แล้วมันเงี้ยเนี่ยมีเรื่องของการใช้ความรุนแรงในตัวเด็กอะนะ การใช้ความรุนแรงในบ้าน การที่เด็กทำกับพี่ดูแลเราเลยเป็นกังวล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.3) ผลต่อการดำเนินชีวิต

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเหนื่อยล้าสะสมทางอารมณ์ ความคิด และร่างกายจากการรับความทุกข์ของผู้ใช้บริการจนรบกวนช่วงเวลาการพักผ่อนหลังเลิกงาน บางคนแสดงถึงความรู้สึกอยากหลีกเลี่ยงหรืออ้อนวอนภานาให้ผู้ให้บริการไม่ต้องติดต่อตนเลย เพราะรู้ว่าหากได้รับการติดต่อมาตนก็ไม่สามารถละทิ้งหรือนิ่งเฉย ๆ ได้

“รู้สึกว่าจะไม่ต้องติดต่อกันเลย เพราะถ้าติดต่อก็ได้ก็
ไม่กล้าที่จะปล่อยทิ้ง ยังไม่กล้าทำแบบนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คือกังวล กังวลนะเพราะว่ามันเครียด เสรีแล้ว
มันเป็นแบบยังไม่มีการปรับความสะกดแบบนี้นอนเครียด
ตายท่าแล้ว แล้วฉันจะคุยกับต่างอำเภอได้ไหม คือกังวล
เครียด แล้วแบบคือถ้าน้องไม่ได้เลขาบัตรจะทำไม” (ผู้ให้
ข้อมูลคนที่ 2)

“เป็นผู้ให้บริการที่ชอบจะกริดแชนตัวเอง นื่องจะมี
อารมณ์แบบนี้ยากกริดแชนตัวเองในเวลากลางคืน พอเวลา
ผ่านไปสัปดาห์ที่ 2 เราารู้สึกแย่แล้ว เพราะมันไม่ได้พักผ่อน
มันเปลว กับกลายเป็นเราเองที่ตอนนั้นรู้สึกตัวเองสุขภาพ
ไม่โอเค ทั้งการพักผ่อน ทั้งการนอน ทั้งการทำงานนะ
มันรวนไปหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ประเด็นที่ 2 พัฒนาการทางจิตใจ

หลังจากเผชิญความทุกข์ระหว่างการทำงานร่วมกับ
ผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนโลกทัศน์
ของตนเอง ดังต่อไปนี้

2.1) การรับรู้คุณค่าภายในตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลค้นพบมุมมองใหม่ที่มีต่อตนเองว่าตนมี
ความสามารถในการยอมรับความยากลำบาก การอดทน และ
การรักษาปกติสภาพของตนไว้ได้แม้เผชิญอุปสรรคที่เข้ามา
พร้อมทั้งไม่หยุดพัฒนาความสามารถในการบริการ ซึ่งมีผล
ต่อการรับรู้ตนเองว่าตนเป็นคนเข้มแข็ง แข็งแกร่ง และสามารถ
รับมือปัญหาต่าง ๆ รู้สึกภูมิใจ และนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

“ในทุกเคสที่เราทำ ณ ตอนนั้นมันเต็มที่กับศักยภาพ
ที่เราทำ ณ ตอนนั้นแล้วละ ถึงบางอย่างเนี่ย มันสิ้นด้วยซ้ำที่
แบบปกติ ฉันไม่เคยทำแบบนี้ แต่ฉันก็แบบสู้ เพื่อที่จะได้
ทำให้เขา (ผู้ให้บริการ)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เราเจอมาทุกวัน เจอทั้งความโหดร้ายจากชีวิต
คนไข้ แล้วที่คิดว่าน่ากลัวสังคมสงเคราะห์หลาย ๆ คนเจอมา
กับที่ทำงานด้วย... แต่พอเราเจอตรงนี้ เราก็พยายามที่จะ
พัฒนาอะไร พัฒนาตนเองต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ก็เก่งกว่า คือพูดได้นะตอนนี้ ถ้าแต่ก่อนไม่พูดคำนี้
กับตัวเองนะ เพราะรู้สึกว่าเหมือนเราไม่สามารถสู้กับใครได้
เราเป็นตัวเล็กตัวน้อย... แต่ถ้ามาเทียบกับเรา เทียบกับเรื่องราว
ของคนไข้ เทียบกับหลายปีที่เราสู้ เราก็รู้สึกว่าเราก็เก่งขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เราก็เป็นคนที่เข้มแข็งนะ เรามีจุดดีอะส่วนใหญ่
ก็จะมองแบบจุดดีของตัวเอง ในวันที่เราเหนื่อย อาจจะมี
ข้อดีแค่ข้อเดียวนะ แต่ว่ามันก็เป็นหลักยึดเหนี่ยวที่ทำให้เรา
ในวันที่ท้อแท้ เหมือนคุณธรรมในใจที่ยังทำให้เรายังก้าวต่อไป
ในแต่ละวัน ถึงจะมีด้านลบ มีปัญหาเข้ามา เราเชื่อมั่นใน
ศักยภาพของตัวเองความสามารถของตัวเอง ชีวิตเรามันมี
ปัญหาอยู่แล้ว มันต้องมีอะไรที่ให้เราแก้ไข มันเป็นเรื่องท้าทาย
น่าสนุกดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.2) การรับรู้คุณค่าของผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นและยึดถือค่านิยมและหลักการ
ของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเน้นย้ำว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่า
มีสิทธิ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่ากัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูล
มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ให้บริการ เปิดใจยอมรับความรู้สึก
อารมณ์ และปัญหาของผู้ให้บริการโดยไม่ตัดสิน และพยายาม
เข้าใจมุมมองและรู้สึกถึงความรู้สึกของผู้ให้บริการ จนกระทั่ง
พบความเข้าใจในธรรมชาติของผู้คนและมีความเห็นอกเห็นใจ
ผู้อื่นเพิ่มขึ้น

“ไม่ว่าจะใครเกิดมามันก็ต้องมีสิทธิที่ติดมาด้วยที่
ควรได้รับ แล้วการที่ noname (ในบริบทสังคมสงเคราะห์
ใช้เรียกแทนบุคคลไม่มีชื่อ สกุล ไม่พบข้อมูลในฐานะ
ทะเบียนราษฎร และระบุสัญชาติไม่ได้) เนอะ บ้านนี้ก็ไม่ใช้
บ้านนั้นก็ไม่ใช้ มันก็ทุกชั้นจะไปใช้สิทธิกับเพื่อนมันก็ได้”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เราอยากที่จะสนับสนุนเขา ให้เขาได้มีสิทธิที่จะ
เลือกการตายของตัวเอง เนี่ยก็มองไปถึงตัวเองด้วยแหละว่า
แบบทุก ๆ เคสที่เราทำ เรามองไปถึงตัวเองหมดเลยนะ
ว่าเหมือน เอ่อถ้าเป็นแบบนั้นบ้าง เอ่อก็เป็นแบบเคส กูจะ
เป็นยังไงวะ อะไอย่างเงี้ย เราก็เลยอยากที่จะสนับสนุนเขา
ให้เต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.3) การรับรู้ความหมายของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลนำเรื่องราวภายนอกมาสะท้อนชีวิตของ
ตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความโชคดีในชีวิตและรู้สึกซาบซึ้ง
ต่อสิ่งที่มีและเป็นอยู่ในปัจจุบัน

“โห เนี่ยเนอะ มันชีวิตจริง ๆ กับคนที่เราเจอ มีเงิน
เพื่อซื้อข้าวเหนียวกับหมูปิ้งแค่นั้น แล้วหมูปิ้งแบบต้องแบ่งกิน
2 มื้อ แล้วแบบบางวันเรากินหมูปิ้งไม่หมดอย่างเนี่ย เรายังทั้ง

กับคนหนึ่งที่เขาไม่มีจริง ๆ อะ ข้าวเหนียวห่อหนึ่งแบ่งกิน 2 มื้อ อย่างเนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“พอเรารู้สึกว่าบ้านเราหรือตัวเราเอง เราไม่ได้ถูกกระทำแบบนั้น เรารู้สึกว่าเหมือนว่าเราไม่ได้ประสบปัญหาเรายังโชคดี เหมือนยังโชคดีแล้ว เรารู้สึกว่าใช้คำว่า โชคดีกว่าเขาอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2.4) การยอมรับตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง ข้อจำกัดของผู้ใช้บริการ และสิ่งที่ยื่นนอกเหนือการควบคุม ทำให้มีความเมตตาต่อตนเอง ยอมรับความผิดพลาด โดยที่ยังคงมีมุมมองเชิงบวกและมีความหวังต่อสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

“ตอนแรกเราก็เซ็งไปแถมบ่บัด เราก็ทำดีแล้วนะ คุยในเชิงสังคม ครอบครัวบำบัด หรือว่าปรับเรื่องของ การสื่อสารแล้ว แต่ทำไมผู้ป่วยยังกลับไปใช้ยาเสพติดอยู่ มันก็คงมีมากกว่าปัจจัยเหล่านี้ ก็เลยคิดว่า เอ๊ะ เพื่อให้ตัวเราเอง มีกำลังใจในการทำงาน แทนที่เราจะโฟกัสในเรื่องที่เขาทำไม่ได้ เขาตั้งเป้าหมายร่วมกันกับเรา เช่น เรื่องของการเลิกใช้ยาเสพติด เราลองค้นหาสิ่งดี ๆ ที่อย่างน้อยเขาทำได้ บทเรียน ประสบการณ์ที่เขาได้จากครั้งล่าสุดที่เขาทำได้ดี จะดีกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เคลที่ไม่ได้ทำตามที่เราคิดหรือวางแผนไว้ เราไม่ได้รู้สึกกังวล เพราะว่าเราคิดว่าเราไม่ได้ทำไม่ถูกอะไร เคลเลือกไม่ทำก็คือไม่ทำ แต่ให้เขารับรู้ผลที่ได้ รู้ใช้ไหมว่ามันจะเกิดอะไรขึ้น ถ้าเขารับได้ ก็โอเค ก็ผ่านไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“เรายังเป็นมนุษย์อยู่นะอะ คือความเป็นมนุษย์อะ มันห้ามไม่ได้ที่จะไม่รู้สิ ต่อให้เราเจอประสบการณ์มาเป็น 10 ปีของการทำงาน แต่ว่างานที่เราทำมันคือการทำงานร่วมกับมนุษย์ มันต้องรู้สึกอยู่แล้ว มันก็ต้องมีแบบอะไรหลาย ๆ อย่าง เราคิด เราโกรธ โมหะ เสียใจ หรือว่าดีใจอะไรอย่างเงี้ยนะ แต่โดยรวม เราก็อยากให้ใช้สูตรที่เราเคยพูดไปนั่นแหละว่า มันต้องทำตัวให้เหมือนชักโครก สภาพจิตใจเราสำคัญสุด คือต่อให้เราช่วยเคลเนี่ย แล้วเรารู้สึกมาก มันก็ส่งผลกระทบกับตัวเราอะ ทำให้เราไปช่วยเคลอื่นไม่ได้แล้วนะ เออ ถ้าเราแ่ในคนเดียว ดังนั้นถ้าเรากลับมา heal (รักษาสภาพจิตใจ) ตัวเองได้ เราก็จะไปช่วยคนอื่นได้อีกเยอะ แล้วก็ไปทำงานเพื่อเขาได้อีกเยอะเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.5) การรับรู้คุณค่าของงาน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนตระหนักว่างานที่ทำมีความหมาย การสนับสนุนให้ผู้คนพ้นจากความทุกข์เป็นแรงเสริมทางบวก ที่สะท้อนกลับมาให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และต้องการทุ่มเททำงานต่อไป

“เราก็มีงานอื่นให้จัดการนะ แต่ก็ต้องไปทำเคลนี้ด้วย เราเต็มใจ เขาเป็นระยะๆ เราอยากให้เขาได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“หากเราเห็นเขารอด ไม่ต้องถูกกระทำ ความรุนแรงซ้ำ เราจะได้ไม่ต้องห่วง มันก็เลยรู้สึกทำให้เต็มที่ ใช้วิธีการแบบ ทำให้ได้มากที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เราต้องอยู่เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของเรา เราจะ ไม่ยอมให้ระบบหรือข้อจำกัดต่าง ๆ มาลดทอนสิทธิหรือกีดกัน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ประเด็นที่ 3 การจัดการผลทางลบ

ผู้ให้ข้อมูลมีความพยายามให้ตนเองสามารถทำงาน และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการแสวงหาทรัพยากรทั้ง ภายในและภายนอกตนเอง ที่ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในการรับมือความเครียดและปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

3.1) การแสวงหาแหล่งสนับสนุน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้เปิดเผยความทุกข์ใจกับเพื่อนร่วมวิชาชีพที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันและได้รับการตอบสนองด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง รู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และตระหนักถึงทางอารมณ์ นอกจากนี้ การได้แลกเปลี่ยนมุมมองและรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลรอบข้างยังส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองความคิดต่อปัญหาที่ต่างออกไปจากเดิม

“เหมือนได้เล่าเคลเนอะ ได้มุมมองที่หลากหลายคือมีคนรับฟังนี้แหละ ว่าเออ เกิดสถานการณ์แบบนี้ได้เล่าเรื่อง ที่มันทุกข์ใจ ความไม่สบายใจอะ มีคนหนึ่งคนที่รับฟังเรื่องราว ได้ทุกเรื่องอย่างเงี้ย ให้คำแนะนำ หรืออย่างน้อยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เรานั่งทำอะไรไปเขาไปอยู่ข้าง ๆ อืม มันก็เป็นสิ่งที่แบบมีกำลังใจในการทำงาน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนในกลุ่มงาน ในตึก หรือว่าทีมต่าง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“พอได้ยืนเคลเดิมกลับมาด้วยบริบทปัญหาแบบเดิม ๆ เราก็เริ่มสงสัยละ เราไปไม่ถึงตรงจุดไหนวะ มีส่วนไหนที่

แก้ไม่ได้สักที แต่ก็จะมีทีมพี่ ๆ เขาบอกว่าอันนี้เราทำแล้ว อันนั้นทำแล้ว แต่ถ้ายังไปต่อไม่ได้ อาจเพราะฟังก์ชัน (คุณลักษณะ) ของเด็กและผู้ปกครองไม่สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดที่เขาทำได้ มันเลยรู้สึกว่าได้ทำอะไรอะไรมากแล้ว เพราะทีมเองก็บอกเราว่าทำได้เต็มที่ในส่วนของเราแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“เพื่อนร่วมงานก็จะบอกว่าเป็นอะไร เราก็แบบ ฉุกเฉินมาว่า มันไม่เหมือนเดิมเนอะ อารมณ์มันขึ้น ขึ้นได้ง่ายกว่าปกติที่เราเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

3.2) การจัดการความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงการมองเห็นตนเองเพิ่มขึ้นและการละวางทัศนคติต่อเรื่องราวความทุกข์ของผู้ใช้บริการ โดยการกำหนดขอบเขตเวลาการทำงาน บริหารเวลาให้มีช่วงเวลาพักผ่อน ผ่อนคลาย หรือมีกิจกรรมเพื่อสร้างประโยชน์ต่อจิตใจและร่างกายของตนเอง

“อาจจะไปดูหนัง อ่านนิยายอะไรอย่างเงี้ย จะพยายาม delete (ลบ ขำระล้า) ทุกวันค่ะ แล้วก็ restart (เริ่มต้นใหม่) ทุกวัน ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“สามารถปล่อยวางได้ ก็นั่นแหละ ดูหนังฟังเพลงเลย ออกไปตรงไหนก็ได้ที่มั่วตัวเองออกจากที่เดิม ไปเที่ยว ไปดูคอนเสิร์ต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ปล่อยวางเลิกงานล่ะไปหาอะไร หากิจกรรมอะไรที่ทำให้ตัวเราเองมีความสุขทางจิตใจ... เราโฟกัสในเรื่องอื่น ๆ จะได้ไม่ต้องมาสนใจในเรื่องงาน แล้วก็ใช้เวลาให้มันเกิดประโยชน์กับชีวิตตนเองในแต่ละวัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 6 คน สะท้อนให้เห็นถึงผลทางลบเมื่อได้รับรู้เรื่องราว ประสบการณ์ความทุกข์ ความเจ็บปวด และความโหดร้ายของชีวิตผู้ใช้บริการ โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดทางลบจากการให้บริการ สังคมสงเคราะห์ เช่น ความเครียด กังวล หดหู่ รู้สึกผิด และรู้สึกไร้อำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งยังคงติดค้างแน่นอกเหนือช่วงเวลาทำงานและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ความเหนื่อยล้าและปัญหาการนอน บางคนมีความรู้สึกร่วมไปกับผู้ใช้บริการราวกับว่าเรื่องราวที่เกิดขึ้น

กับตนเอง บางคนรู้สึกเข้าใจใจและความคิดของตนเองถูกครอบงำจนส่งผลให้มองเห็นตนเอง ผู้อื่น หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบ สอดคล้องกับผลการศึกษานักสังคมสงเคราะห์ในต่างประเทศที่พบความรู้สึกผิด ล้นหวัง วิตกกังวล และการนอนไม่หลับจากความคิดวกวนเกี่ยวกับสวัสดิภาพของผู้ใช้บริการ^{11-15,18} ซึ่งเข้าได้กับอาการบาดเจ็บทางใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (VT)⁶ โดยปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เกิด VT ได้แก่ ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการทารุณกรรม ความทุกข์ทรมานของมนุษย์ และการไร้มนุษยธรรม ซึ่งพบในการศึกษาในประเทศอิสราเอลเช่นกัน²³

ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงผลทางบวกของประสบการณ์การรับรู้เรื่องราวผู้ใช้บริการต่อการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของตนเอง ได้แก่ การรับรู้คุณค่าภายใน การยอมรับตนเอง การรับรู้คุณค่าผู้อื่น การรับรู้คุณค่าของชีวิต และแรงเสริมทางบวกต่อการทำงาน ร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการผลทางลบ ได้แก่ การใช้แหล่งสนับสนุนและแนวทางการจัดการความเครียด โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการตระหนักรู้และยอมรับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดทางลบที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อจำกัดทั้งของตนเองและผู้ใช้บริการ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ประกอบกับความต้องการให้ตนอยู่รอดในสถานะที่ร่างกายและจิตใจถูกกระทบกระเทือนทำให้เกิดความเมตตาต่อตนเอง การนับถือตนเอง และการมีมุมมองความคาดหวังตามความเป็นจริง ขณะที่ยังคงความมุ่งมั่นและความหวัง จนสามารถรับมือและก้าวผ่านประสบการณ์ทางลบนั้นได้โดยใช้การเปิดเผยเรื่องราวความทุกข์ให้ผู้อื่นรับฟัง การแสวงหาแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และการบริหารความสมดุลระหว่างเวลาการทำงานและชีวิตส่วนตัว สอดคล้องกับกระบวนการสู่การพัฒนาภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ (PTG)^{24,25} และการพัฒนาทางจิตใจจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ (VPTG)^{18,26,27} ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เฉพาะของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้อื่น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่านักบำบัดมีความมั่นคงทางอารมณ์ที่มีเพิ่มขึ้น ค้นพบจุดแข็งและความเข้มแข็งของตน สามารถปล่อยวางความคิดและให้ความเมตตาต่อตนเอง มีการเห็นอกเห็นใจที่เพิ่มขึ้น ค้นพบเหตุผลของการเลือกทำงาน และได้รับแรงสนับสนุนจาก

เพื่อนร่วมงาน^{7,13,18,19,27-29} ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการเปิดเผย ประสบการณ์ส่วนตัวตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในการแก้ไขปัญหาของ Rogers³⁰ ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ให้บริการ สร้างสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการ ด้วยความจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเต็มใจให้บริการ ผู้ให้บริการ จะค้นพบความสามารถภายในตนเองในการทำ ความเข้าใจ ผู้อื่น ตลอดจนความสามารถในการรับรู้ถึงคุณค่าด้านต่าง ๆ และความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถและศักยภาพ นอกจากนี้ค่านิยมทางวิชาชีพและในบริบทประเทศไทยที่ปลูกฝัง ให้นักสังคมสงเคราะห์ไม่ทอดทิ้งและเห็นใจผู้อื่นยังช่วยให้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถเปิดเผยความทุกข์และเปิดรับมุมมองใหม่ จากเพื่อนร่วมวิชาชีพและรับรู้ว่าคุณค่าไม่ได้เสียคุณค่าความทุกข์ อยู่ลำพัง

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีและวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทาง IPA โดยให้อิสระต่อการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก ประสบการณ์ และการให้ความหมายต่อประสบการณ์ ในทัศนะของผู้ให้ข้อมูล²² ผลการศึกษาจึงสามารถสะท้อนถึง ผลกระทบและการพัฒนาทางจิตใจของนักสังคมสงเคราะห์ จากการรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ ซึ่งยังไม่พบว่าเคยมี การศึกษาในนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยมาก่อน อย่างไรก็ตาม ด้วยลักษณะการศึกษา IPA ที่เน้นศึกษา ประสบการณ์ส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะ ประกอบกับวิธี คัดเลือกตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มคุณลักษณะและประสบการณ์คล้ายคลึง กัน อาจส่งผลต่อความหลากหลายของข้อมูล จึงควรระมัดระวัง ในการนำผลการศึกษาไปอนุมานกับนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด

สรุป

การรับรู้ความทุกข์ของผู้ใช้บริการส่งผลให้ นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เกิดวิกฤตทางอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการตอบสนองของร่างกาย จนอาจ กลายเป็นบาดแผลทางจิตใจ ขณะเดียวกันการมีสัมพันธภาพ ทางวิชาชีพกับผู้ให้บริการยังช่วยให้นักสังคมสงเคราะห์รับรู้ ถึงคุณค่าภายในตนเอง คุณค่าของชีวิตผู้อื่น คุณค่าของ ชีวิตตนเอง และคุณค่าของการทำงาน ตลอดจนพัฒนา แนวทางรับมือความเครียดและปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางการสร้างโปรแกรม

การส่งเสริมดูแลสุขภาพทางจิตของนักสังคมสงเคราะห์ การแพทย์ไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางเยาวเรศ คำมะนาต นายกสมาคม นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย นายศราวุธ หริกประโคน ประธานชมรมนักสังคมสงเคราะห์ทาง การแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ณฐา กำลังสิงห์ : ออกแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ ; ชีววรรณ ชีระพงษ์ : ตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Khetjoi S, Moonma A, Raisanguan S, Thasa W. Social workers' roles in social welfare services in hospital. *Pañña Panithan Journal*. 2021;6(2):29-42. (in Thai)
2. Virgă D, Baciuc EL, Lazăr TA, Lupșă D. Psychological capital protects social workers from burnout and secondary traumatic stress. *Sustainability*. 2020;12(6):2246. doi:10.3390/su12062246.
3. Chitsawang S, Phetmune T, Chitsawang N, Kanthawong W. Violence in Thailand. *Journal of Social Work*. 2023;31(1):47-88. (in Thai)
4. Tasee P. The study and enhancement of social work student's self-compassion through group counseling [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2017. (in Thai)
5. Prasertsom P, Yotanyamaneewong S. Conditions and impacts of burnout in child protective service workers. *Journal of Social Work*. 2021;29(2):66-93. (in Thai)
6. Holmes MR, Rentrop CR, Korsch-Williams A, King JA. Impact of COVID-19 pandemic on posttraumatic stress, grief, burnout, and secondary trauma of social workers in the United States. *Clinical Social Work Journal*. 2021;49(4):495-504. doi:10.1007/s10615-021-00795-y.

7. Pearlman LA, McCann IL. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990;3(1):131-49. doi:10.1007/BF00975140.
8. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work*. 2007;52(1):63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63.
9. Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel; 1995.
10. Arin N. The study of antecedents and consequences of psychological capital affecting psychological outcomes and work performance under adverse situation of public health officers in southern border provinces [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai)
11. Kreitzer L, Brintnell SE, Austin W. Institutional barriers to healthy workplace environments: from the voices of social workers experiencing compassion fatigue. *British Journal of Social Work*. 2020;50(7):1942-60. doi:10.1093/bjsw/bcz147.
12. Pollard LW. Social worker experience of fatal child abuse. *British Journal of Social Work*. 2018;48(7):1948-66. doi:10.1093/bjsw/bcx138.
13. Fixsen A, Ridge D, Evans C. "Momma bear wants to protect": vicarious parenting in practitioners working with disturbed and traumatised children. *Counselling & Psychotherapy Research*. 2020;20(4):680-8. doi:10.1002/capr.12285.
14. Band-Winterstein T, Goldblatt H, Alon S. Social workers' encounters with elder abuse and neglect: giving meaning to their experiences. *British Journal of Social Work*. 2021;51(2):564-82. doi:10.1093/bjsw/bcaa165.
15. Cañas-Lerma AJ, Hidalgo-Andrade P, Araujo-Lugo V, Moya G, Verger S. Emotional experiences in palliative care and professional quality of life: a qualitative approach. *Palliat Care Soc Pract*. 2024;18:26323524241246531. doi:10.1177/26323524241246531.
16. Waagemakers Schiff J, Lane AM. PTSD symptoms, vicarious traumatization, and burnout in front line workers in the homeless sector. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):454-62. doi:10.1007/s10597-018-00364-7.
17. Finklestein M, Stein E, Greene T, Bronstein I, Solomon Z. Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*. 2015;40(2):e25-31. doi:10.1093/hsw/hlv026.
18. Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi RG, Cann A. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *J Humanist Psychol*. 2005;45(2):239-63. doi:10.1177/0022167805274729.
19. Manning-Jones S, de Terte I, Stephens C. Vicarious posttraumatic growth: a systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*. 2015;5(2):125-39. doi:10.5502/ijw.v5i2.8.
20. Richard G. Tedeschi, Shakespeare-Finch J, Taku K. *Posttraumatic growth: theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge; 2018.
21. Chankomut P. Inequality of Thailand: situation and policy solutions. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2024;9(6):1028-41. (in Thai)
22. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE; 2009.
23. Peled-Avram M. The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*. 2017;45(1):22-32. doi:10.1007/s10615-015-0573-y.
24. Duangurai A. *Psychological experiences of post-traumatic growth in veterans [master's thesis]*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
25. Prohmpetch W, Taephant N, Pisitsungkagarn K. Factors predicting posttraumatic growth in university students in southernmost Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(4):331-44. (in Thai)
26. Tsirimokou A, Kloess JA, Dhinse SK. Vicarious post-traumatic growth in professionals exposed to traumatogenic material: a systematic literature review. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(3):1848-66. doi:10.1177/15248380221082079.

27. Deaton JD, Ohrt JH, Linich K, McCartney E, Glascoe G. Vicarious posttraumatic growth: a systematic review and thematic synthesis across helping professions. *Traumatology*. 2022;29(1): 17-26. doi:10.1037/trm0000375.
28. Ben-Porat A, Itzhaky H. Implications of treating family violence for the therapist: secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*. 2009;24(7): 507-16. doi:10.1007/s10896-009-9249-0.
29. Bell H. Strengths and secondary trauma in family violence work. *Soc Work*. 2003;48(4):513-22. doi:10.1093/sw/48.4.513.
30. Rogers CR. *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1961.