

ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ชื่อเอกหญิง เกียรติแก้ว พรหมมา

ชื่อเอกหญิง เกียรติแก้ว พรหมมา

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมน พงษ์ดิษฐ์

น.บ., สม.ม., ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทน์ ศรีโชติรัตน์

Dr.P.H.(Preventive Care)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิระ ศรีศรีจันทร์

วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิระ ศรีศรีจันทร์

วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุมน พงษ์ดิษฐ์

น.บ., สม.ม., ปช.ด.(ประชากรศาสตร์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์

และสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข

วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551

.....
.....
.....

เรือเอกหญิงเกล็ดแก้ว พรหมมา

ผู้วิจัย

ร.ท. น. น. น.

เรือโทวิศักดิ์ รูปสิงห์

Ph.D.(HRD)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ

น.บ, สม.ม., ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณิจิตร

วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์ นพ. บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นัทสน์ สิริโชติรัตน์

Dr.P.H.(Preventive Care)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ สิริโชติรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ นำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของการวิจัยมาโดยตลอดจนจบการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูโย ที่กรุณาดูแลผู้วิจัยและให้โอกาสตลอดทั้งเป็นกำลังใจในการวิจัยจนจบหลักสูตร

ขอกราบขอบพระคุณในคำแนะนำของท่านผู้ทรงคุณวุฒิ คือ นาวาโทหญิง ดร.ชนพร สว่างแจ้ง นาวาโทหญิงจรรนงค์ สุภาพงษ์ อาจารย์ ดร. สุธิ อยู่สถาพร

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขและคณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่มอบความรู้แก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลตากสิน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ มารดา พี่สาว หลานสาว ของผู้วิจัยซึ่งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข รุ่น 12 ทุกท่านที่ให้ความหวังใจช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

เกล็ดแก้ว พรหมมา

ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ (STRESS AND PATIENT VIOLATIONS AMONG NURSING PROFESSION AT TERTIARY CARE HOSPITALS)

เกิ้ลัดแก้ว พรหมมา 4636789 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารการพยาบาลและการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ฉัตรสุมน พงศ์ภิณู โปษ.ค., นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ Dr.P.H., พระ ศรีกรรณจิตร์ วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลตากสิน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.1) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 17.7) และระดับต่ำ (ร้อยละ 17.2) ส่วนมากมีบุคลิกภาพแบบ B คือ บุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเกร็งน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี และชอบเข้าสังคม (ร้อยละ 81.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($r = 0.229$) บุคลิกภาพ ($r = 0.303$) การเจ็บป่วย ($r = 0.299$) การพักผ่อน ($r = 0.312$) ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กร ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ($r = 0.264$) ภาระงาน ($r = 0.196$) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพในหน่วยงาน ($r = -0.241$) ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ($r = 0.162$) ภาระทางครอบครัว ($r = 0.153$) และขนาดของโรงพยาบาล เมื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิดพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.008$ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงเคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 ความเครียดระดับปานกลางเคยทำละเมิดร้อยละ 82.1 ความเครียดระดับต่ำเคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 และความเครียดมีผลต่อการทำละเมิด คือ การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ($r = 0.226$) การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ($r = 0.238$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ($r = 0.310$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก ($r = 0.210$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($r = 0.200$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น ($r = 0.222$) และลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดคือ การดูแลรักษาล่าช้าพบร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยพบร้อยละ 46.5 การให้ยา/ให้เลือดผิด ร้อยละ 43.7 การเก็บส่งส่งตรวจผิดพบร้อยละ 29.8 และพบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงพบร้อยละ 14 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดคือ แผนกในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จของงาน การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วย และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เมื่อศึกษา ลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดในแต่ละแผนกพบว่า แผนกศัลยกรรมคือการดูแลรักษาล่าช้า แผนกอายุรกรรมคือการให้ยา/ให้เลือดผิด แผนกกุมารเวชกรรมคือการเก็บส่งส่งตรวจผิด แผนกสูติศาสตร์คือการทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และผู้บริหารระดับสูงควรตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน โดยมุ่งแก้ไขปัญหาระดับอุปสรรคในการทำงานที่เป็นสาเหตุของความเครียดและควรดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุ

คำสำคัญ: ความเครียด / การทำละเมิด / พยาบาลวิชาชีพ

STRESS AND PATIENT VIOLATIONS AMONG NURSING PROFESSION AT TERTIARY CARE HOSPITALS**KREDKEAW PHOMMA 4636789 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH LAW ADMINISTRATION****THESIS ADVISORS: CHARDSUMON PRUTIPINYO Ph.D, NITHAT SIRICHAOTIRATANA Dr.P.H., PEERA KRUGKRUNJIT M.Sc.(Bios.)****ABSTRACT**

This research aimed to study stress and violations of patient by nurses in tertiary care hospitals. The study group comprised nurses working in the Inpatient Department of Somdejprapinklao Hospital, Sirikit Hospital and Taksin Hospital. A questionnaire was used as a research tool. Percentage, mean and standard deviation were applied to describe general data. Chi-square and Pearson's correlation coefficient were applied to test hypotheses.

The results showed that nurses in this study had a moderate level of stress (65.1%), followed by a high level (17.7%) and a low level (17.2%). Most of them (81.9%) had a type B personality. Factors relating to stress at a significant level of 0.05, were (1) personal characteristics such as an illness within the past six months ($r = 0.229$), personality ($r = 0.303$), an ailment, ($r=0.299$), resting ($r = 0.312$); (2) organizational characteristics such as duty exchange and work system in a hospital ($r = 0.264$), and workload ($r = 0.196$); (3) social and environmental factors such as relationships within an organization ($r = -0.241$), organizational practice ($r = 0.162$), family burdens ($r = 0.153$), and size of a hospital. There was a significant relationship between stress and violation by nurse ($p<0.01$). Most nurses whose stress was at a high level (97.4%) committed violations; 82.1% of those who had a moderate level of stress also violated patients; and 70.3% of those who had a low level of stress committed violations. It was also revealed that stress affected violations such as nursing practices that caused patients to feel dissatisfied with nursing care ($r=0.226$), side effects from treatment and care ($r = 0.238$), slight harm ($r = 0.310$), or serious harm ($r = 0.210$), to have longer hospitalization than usual($r = 0.200$), and additional patient expenditure on care and treatment($r = 0.222$). The violations most commonly found were delay in giving nursing care (61.9%), followed by having an impolite manner to patients (46.5%), incorrectly giving drug/blood (43.7%), and mistakenly collecting specimens (29.8%). The least common violation was causing patients to slip/fall out of bed (14%). Other factors relating to violations were workplace, work achievement, an illness within six months, an ailment and relationships with patients and their relatives. In specific department the types of violations that were most commonly found, were slowness in giving nursing care in the Surgical Department; incorrectly collecting specimens mostly found in the Pediatric Department; and causing patients to slip/fall out of bed mostly found in the OB-GYN Department.

From the research results, it is recommended that nurses, head nurses and senior executives should pay attention to problems of stress in the workplace. They should improve and reduce stress due to difficulties or problems at work.

KEYWORDS: STRESS / VIOLATION / NURSING PROFESSION

172 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตในการทำวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการทำละเมิด.....	10
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด.....	32
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	73
5 อภิปรายผล.....	99
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	109
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	117
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	132
บรรณานุกรม.....	147
ภาคผนวก.....	157
ประวัติผู้วิจัย.....	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.....	66
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์.....	67
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลตากสิน.....	67
4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	74
5	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามบุคลิกภาพ.....	78
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการเจ็บป่วยและการพักผ่อน...	78
7	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความเครียด.....	79
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	79
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามบุคลิกภาพ.....	84
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามการเจ็บป่วยการพักผ่อน.....	84
11	การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กร ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม.....	85
12	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับขนาดของโรงพยาบาล.....	86
13	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสถานภาพสมรส.....	87
14	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับแผนกในการปฏิบัติงาน.....	87
15	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสถานะทางเศรษฐกิจ.....	88
16	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความรวดเร็วในการทำงาน.....	88
17	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความสำเร็จของงาน.....	89
18	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน.....	89
19	จำนวนและร้อยละลักษณะการทำละเมิด จำแนกตามรายด้าน.....	90
20	จำนวนและร้อยละลักษณะการทำละเมิด จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน.....	91
21	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับแผนกในการปฏิบัติงาน.....	94

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับความสำเร็จของงาน.....	94
23	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน.....	95
24	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับการเจ็บป่วย.....	95
25	ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ.....	96
26	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิดโดยใช้สถิติไคสแควร์	96
27	การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับผลการทำละเมิด....	97
28	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม.....	160

สารบัญรูปลูกภาพ

รูปปลูก	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 กรอบแสดงความคอบเกี่ยวระหว่างการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ.....	26
3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงาน.....	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน พ.ศ.2550 ได้บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และจากการที่ประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น ประกอบกับมีการเผยแพร่ข่าวสารทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย ประชาชนเริ่มเข้าใจระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเรียนรู้จากสื่อมวลชน วิทยุ หนังสือพิมพ์ และวารสารทางการแพทย์ กระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น (มาลี สุจิรพัฒพงษ์, 2527: 44 - 45) ประกอบกับมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 และมีการประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยจากสภาวิชาชีพทั้ง 4 สภา ทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารทางสาธารณสุขมากขึ้น เป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการเชื่อมประสานกันระหว่างภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง เกิดเป็นการเคลื่อนไหวของสังคมจนกระทั่งมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เปรียบเสมือนธรรมนูญสุขภาพของคนไทยซึ่งในหมวด 2 สิทธิหน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ ส่วนที่ 1 สิทธิด้านสุขภาพโดยบุคคลมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขมีความปลอดภัยมีคุณภาพได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ หมวด 6 แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 กล่าวถึงการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ส่วนที่ 6 กล่าวถึงองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นผลให้มีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรวมถึงการประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality assurance) ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจะมีประสิทธิภาพต้องอาศัยทีมสุขภาพที่ดีซึ่งนอกจากแพทย์แล้ว บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่ากันก็คือพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดสามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงตลอดจนอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ซึ่งมีผลให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (วิภา เพ็งเสงี่ยม, 2523: 1)

การปฏิบัติงานของพยาบาลตามลักษณะวิชาชีพเป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ซึ่งเป็นงานที่หนักและเสี่ยงโดยไม่มีการจำกัดเวลาและแรงงาน ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงด้วยความรอบคอบ ถูกต้องปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามความคาดหวังของสังคม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526: 16) ด้วยการใช้วิทยาศาสตร์และศิลปะในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยไม่คำนึงถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะ ตลอดจนอิทธิพลทางการเมือง (องค์การอนามัยโลก อ้างในไขแสง ชวศิริ, 2530: 5) ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการและการรุกรานของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรครวมทั้งการสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ (สภาการพยาบาล, 2529: 3) อีกทั้งพยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการโดยถือประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความสามารถและทักษะหลายด้าน อาทิเช่น ด้านสติปัญญา ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านความชำนาญในการปฏิบัติซึ่งต้องอาศัยความรู้ความ สามารถตลอดจนประสบการณ์และจิตวิทยาในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องประสบกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดอยู่เสมอเพราะการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งเป็นงานที่หนักและเสี่ยง เมื่อเทียบกับสิ่งตอบแทนที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเงินเดือนหรือโอกาสในการเจริญก้าวหน้า ในบางครั้งพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ต้องเผชิญปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ต้องอาศัยการตัดสินใจและการช่วยเหลือที่เฉียบพลัน เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เรื้อกรื่องเกินควร หรือผู้ป่วยและญาติที่มีอารมณ์หงุดหงิดไม่เป็นมิตรไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเวลาทำงานบ่อย ๆ นี้มีผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอนหลับได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงเวลาอนยังทำให้มีผลเสียต่ออารมณ์เวลาตื่น มีอาการหงุดหงิดไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดอันอาจเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติงาน (บุญเพียร จันทวัฒน์, 2523: 24)

ความเครียดในงานเป็นประสบการณ์ที่บุคคลทั่วไปมักจะประสบมาก่อน ความเครียดอาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ทั้งทางกายและทางจิตใจ วิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler & Riding, 1994) กล่าวถึงความเครียดในงานว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่างานนั้นคุกคามต่อความเชื่อมั่นในตัวเองหรือความผาสุกและเกินขีดความสามารถของตน เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้นจะวิตกกังวลสนใจแต่ปัญหาของตนเอง เกิดความเบื่อหน่าย เฉื่อยชา ไม่อยากปฏิบัติงาน (สมสร เชื้อหิรัญ, 2525: 5) จากการศึกษาของวิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler & Riding, 1995) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความ

เครียดในงานของพยาบาลมี 5 สาเหตุ คือ ปริมาณงานที่มากเกินไปและความกดดันด้านเวลา สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ไม่ดี แรงกดดันจากผู้ป่วย ด้านปัญหาองค์การและการจัดการและเกี่ยวกับงานอาชีพ

เมื่อพยาบาลเกิดความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่แสดงออกในการทำงาน เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โกรธง่าย เจ็บข้อม ไม่ยอมรับฟังความเห็นของผู้อื่น ขาดความอดทน พุดจาไม่สุภาพ เฉื่อยชา ทำงานผิดพลาด (Scully, 1980) เช่นเดียวกับโอเร็ม (Orem, 1985: 1991) เชื่อว่าผลของความเครียดจะกระทบต่อประสิทธิภาพการพยาบาลทั้งในด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปฏิบัติงานซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำละเมิดต่อผู้ป่วยจนนำมาซึ่งปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องได้

ละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติไว้ สรุปความหมายได้ว่าการกระทำผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบค่าสินไหมทดแทน โดยละเมิดจะต้องเป็นการกระทำผิดกฎหมาย และเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ถ้ามีการกระทำผิดกฎหมาย แต่ไม่เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นแต่การกระทำนั้น ไม่ผิดกฎหมายไม่ถือว่าเป็นละเมิด

ละเมิดอาจแบ่งตามมูลกรณีการเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ การละเมิดโดยจงใจกับการละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ การกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อยังรวมถึงการงดเว้นการกระทำ การกระทำละเมิดในพยาบาล ตัวอย่างการกระทำละเมิด เช่น การที่พยาบาลให้เลือดแก่ผู้ป่วยผิดหมู่จากการที่พยาบาลไม่ตรวจสอบตัวอย่างเลือดในการส่งเพื่อขอเลือดให้ถูกต้องเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ หรือการที่ผู้ป่วยกำลังจะคลอดบุตรในห้องคลอดพยาบาลประจำห้องไม่รีบเร่งไปตามสูตินรีแพทย์แม้แต่ผู้ป่วยและสามีจะขอร้องให้ไปตามแพทย์เป็นครั้งที่ 2 เมื่อสามีบอกว่าภรรยา กำลังจะคลอดพยาบาลกลับบอกให้นั่งลง ผู้ป่วยคลอดบุตรก่อนที่สูติแพทย์จะมาทันและได้รับอันตรายร้ายแรง เป็นการกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อในการงดเว้นการกระทำ

ปัจจุบันผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขในประเทศไทยมีการทำละเมิดเพิ่มมากขึ้น ความคิดที่จะให้อภัยต่อแพทย์และพยาบาลนั้นมีแนวโน้มลดลง และในสถานพยาบาลเอกชนมีสิทธิการนำคดีขึ้นฟ้องร้องในทางแพ่งมากขึ้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540) และมีกองการประกอบโรคศิลปะเป็นหน่วยงานในการควบคุมดูแลการบริการทางการแพทย์และรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลของเอกชน ในสถานพยาบาลของรัฐก็มีการร้องเรียนและฟ้องร้องทางแพ่งในความ

รับผิดชอบละเมิดเพิ่มมากขึ้นแม้จะมีพระราชบัญญัติความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 เป็นกลไกสำคัญที่ป้องกันการฟ้องร้องผู้ประกอบการวิชาชีพในคดีละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในหน้าที่ ขณะเดียวกันก็เป็นเครื่องมือให้ผู้ที่ได้รับความเสียหาย เนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพในหน่วยงานของรัฐได้รับค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเร็วกว่าการฟ้องคดีในศาลทั่วไป ซึ่งถ้าผู้เสียหายไม่พอใจยังมีสิทธิเสนอคดีต่อศาลปกครองอีกชั้น หนึ่ง

เมื่อเกิดการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเนื่องมาจากการกระทำละเมิดย่อมส่งผลให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของโรงพยาบาล การเสียเงินทองในการชดเชยค่าเสียหาย การงดเว้นการรักษาพยาบาล การให้ค่าเลี้ยงดูบุตรของผู้ที่เสียชีวิต รวมทั้งการเสียขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ เพื่อหาแนวทางป้องกัน ไม่ให้เกิดการละเมิดอันนำมาซึ่งความขัดแย้งกับผู้ป่วย และญาติจนเกิดปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องขึ้น

คำถามในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความเครียดที่เกี่ยวข้องต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพมีแบบใดบ้าง
2. ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ

ระดับตติยภูมิมีแบบใดบ้าง

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดมีผลต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ
2. ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตในการทำวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน
2. ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์และ โรงพยาบาลตากสิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงลักษณะและระดับของการทำละเมิดของพยาบาลว่ามีแบบใดบ้าง
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการทำละเมิดของพยาบาลว่ามีปัจจัยใดบ้าง และมีผลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่ให้ผู้บริหารตระหนักถึงภาวะและสถานการณ์การทำงาน of พยาบาล และให้ความสนใจในการป้องกันและแก้ไขต่อไป
3. ทำให้ทราบถึงความแตกต่างของการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิว่ามีอยู่หรือไม่และปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างนั้นคืออะไร
4. เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและแนวทางปรับปรุงการบริหารงานโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การทำละเมิด หมายถึง การกระทำความผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งผู้กระทำความผิดจะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน เช่น การฉ้อโกง การให้เลือดผิดคนหรือผิดหมู่ การประมาททำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้มหรือตกเตียง การแสดงกริยาจากไม่สุภาพต่อผู้ป่วย

ความเครียด หมายถึง เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความเครียด (Stressor) แสดงออกมาโดยมีลักษณะอาการทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิตโดยผ่านกระบวนการรับรู้และการตีความของแต่ละบุคคล

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าทางด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ตามแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลตากสินมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ภาระทางครอบครัว หมายถึง ความรับผิดชอบที่ต้องมีต่อครอบครัวของพยาบาลทั้งทางด้านการเงินและการอุปการะเลี้ยงดู ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีภาระ หมายถึง การไม่มีภาระรับผิดชอบต้องดูแลบุคคลอื่นเลย ภาระเบา หมายถึง ภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูไม่ทำให้เดือดร้อนหรือไม่ต้องวิตกกังวล ภาระปานกลาง หมายถึง ภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูทำให้เดือดร้อนหรือวิตกกังวลบ้างเป็นครั้งคราว ภาระหนัก หมายถึง ภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูทำให้วิตกกังวลและเป็นทุกข์มาก

สถานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง การพอเพียงของรายได้ในการใช้จ่ายของพยาบาล แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ รายได้เหลือเก็บ รายได้เพียงพอ รายได้ไม่เพียงพอ รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

ประสบการณ์การทำงาน หมายถึง ระยะเวลานับเป็นปี ตั้งแต่รับราชการ/หรือทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จนถึงเดือนสิงหาคม 2550 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1-5 ปี, 6-10 ปี, 11-15 ปี, 16 ปีขึ้นไป

บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะโดยส่วนรวมของบุคคลแต่ละคน ทั้งที่สามารถมองเห็นและรับรู้จากภายนอก และสิ่งที่เป็นพฤติกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งบุคลิกภาพนี้จะทำหน้าที่กำหนดลักษณะพฤติกรรม และความนึกคิดของบุคคลนั้น ซึ่งบุคลิกภาพที่มีโอกาสเกิดความเครียดนั้นแบ่งเป็น

บุคลิกภาพแบบ A หมายถึง บุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว

บุคลิกภาพแบบ B หมายถึง บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเครียดน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก

ภาระงาน หมายถึง งานที่ปฏิบัติจริงในแต่ละวัน ซึ่งงานที่มีผลทำให้พยาบาลให้เกิดความเครียดนั้นคือ สภาพการทำงานที่ไม่ดีหรือมีอันตราย การที่พยาบาลมีปริมาณงานที่ทำมากหรือน้อยเกินไป มีลักษณะงานที่เสี่ยงต่ออันตราย ต้องทำงานแข่งกับเวลา ความสมดุลของงานและบุคลากร การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการพยาบาล

สัมพันธภาพในหน่วยงาน หมายถึง ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ร่วมงาน ทั้งทางกิริยาหรือวาจา เพื่อให้ได้มาซึ่งความรักใคร่รักใคร่ ความจงรักภักดี และความร่วมมือในการทำงาน และแก้ไขปัญหาคด้วยความเต็มใจ ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นคือการมีปัญหากับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ทั้งที่ทำให้เกิดความ รู้สึกในทางที่ดีและความรู้สึกในทางไม่ดี

ความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพ หมายถึง โอกาสในการประสบผลสำเร็จในการทำงาน การเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งในหน่วยงาน หรือโอกาสในการพัฒนาตนเองและความมั่นคงในการทำงาน

ผลตอบแทนในวิชาชีพ หมายถึง ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานและสวัสดิการที่ได้รับ

แผนกที่ปฏิบัติงาน หมายถึง หอผู้ป่วยที่พยาบาลปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นแผนก ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด บทความ ทฤษฎี หลักกฎหมายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐาน กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกำหนดประเด็นของเนื้อหาการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดและบทบัญญัติเกี่ยวกับการทำละเมิด
 - 1.1 ความหมายของละเมิด
 - 1.2 ความรับผิดเพื่อการละเมิดอันเกิดจากการกระทำของตนเอง
 - 1.2.1 กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำต่อผู้อื่นโดยผิดกฎหมาย
 - 1.2.2 บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย
 - 1.2.3 การทำละเมิดในงานวิชาชีพ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด
 - 2.1 ความเครียด
 - 2.1.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.1.2 ชนิดของความเครียด
 - 2.1.3 สาเหตุของความเครียด
 - 2.1.4 ระดับความเครียด
 - 2.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียด
 - 2.1.6 การวัดความเครียด
 - 2.2 ความเครียดในงานของพยาบาล
 - 2.2.1 บทบาทหน้าที่และลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.2.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.2.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาล
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการทำละเมิด

1.1 ความหมายของละเมิด (ศักดิ์ สนองชาติ, 2547: 7-70) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ตามบทบัญญัติดังกล่าวพอสรุปความหมายของละเมิดได้ว่า หมายความว่า การกระทำความผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน

ละเมิดจะต้องเป็นการกระทำความผิดกฎหมาย และเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ถ้ามีการกระทำความผิดกฎหมายแต่ไม่เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นแต่การกระทำนั้นไม่ผิดกฎหมายย่อมไม่เป็นละเมิด

ละเมิดเป็นนิติเหตุ นิติเหตุเป็นเหตุการณ์ซึ่งกฎหมายยอมรับว่ามีผลให้เกิดสิทธิและหน้าที่ผูกพันกันระหว่างบุคคล ละเมิดเป็นนิติเหตุอย่างหนึ่งที่เกิดจากการกระทำของบุคคล แต่เป็นการกระทำที่ไม่มุ่งประสงค์จะให้เกิดผลในกฎหมาย หากแต่มีผลให้เกิดสิทธิและหน้าที่ผูกพันกันตามกฎหมาย เช่นเดียวกับจัดการงานนอกสั่ง (มาตรา 395) และลาภมิควรได้ (มาตรา 406) อันต่างกับนิติกรรมซึ่งเป็นการกระทำที่มุ่งประสงค์จะให้เกิดผลในกฎหมายผูกพันกันระหว่างบุคคล (มาตรา 149)

ละเมิดเป็นบ่อเกิดแห่งหนี้ โดยเหตุนี้ละเมิดเป็นนิติเหตุซึ่งมีผลให้เกิดสิทธิและหน้าที่ผูกพันกันตามกฎหมาย เมื่อมีการกระทำละเมิดเกิดขึ้น จึงก่อสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ต้องเสียหาย และก่อหน้าที่แก่ผู้กระทำละเมิดที่จะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการกระทำละเมิดของตน หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามสิทธิเรียกร้องของฝ่ายที่มีสิทธิก็คือหนี้ ดังนั้นละเมิดจึงเป็นบ่อเกิดแห่งหนี้ 1 ใน 4 ประการ ดังที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 2 ว่าด้วยหนี้ ซึ่งมีสัญญาจัดการงานนอกสั่ง ลาภมิควรได้และละเมิด โดยทั่วไปเมื่อจะกล่าวถึงบ่อเกิดแห่งหนี้มักเรียกกันว่า มูลแห่งหนี้ หรือมูลหนี้ เช่น มูลหนี้ละเมิด มูลหนี้สัญญา

ละเมิดกับการผิดสัญญา ละเมิดกับสัญญาต่างเป็นบ่อเกิดแห่งหนี้ แต่ละเมิดก่อหนี้เพราะกฎหมายบัญญัติ ส่วนสัญญาก่อหนี้เพราะมีการตกลงกันระหว่างคู่สัญญา การผิดสัญญาเป็นแต่เพียงการไม่ชำระหนี้ แม้เจ้าหนี้จะมีสิทธิเรียกค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายอันเกิดแต่การกระทำนั้น การผิดสัญญาโดยทั่วไปก็ไม่เป็นละเมิด

ความรับผิดเพื่อละเมิดเป็นความรับผิดในทางแพ่ง เมื่อมีการละเมิดเกิดขึ้น กฎหมายบังคับให้บุคคลต้องชดเชยค่าเสียหายทดแทน จึงก่อให้เกิดความรับผิดแก่บุคคล แต่เป็นความรับผิดในทางแพ่ง ซึ่งแตกต่างกับความรับผิดทางอาญาหลายประการ ประการหนึ่งก็คือ ความรับผิดทางอาญาระงับไปด้วยความตายของผู้กระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 38 แต่ความรับผิดเพื่อละเมิดไม่ระงับด้วยความตายของผู้ต้องรับผิด เพราะกองมรดกของผู้ตายประกอบด้วยทรัพย์สิน สิทธิหน้าที่และความรับผิดต่าง ๆ ย่อมเป็นมรดกตกทอดแก่ทายาท ตามมาตรา 1599, 1600 แต่ทายาทไม่จำเป็นต้องรับผิดเกินกว่าทรัพย์มรดกที่ตกทอดแก่ตนตามมาตรา 1601

การแบ่งส่วนลักษณะความรับผิดเพื่อละเมิด อาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ความรับผิดเพื่อละเมิดอันเกิดจากการกระทำของตนเอง
2. ความรับผิดเพื่อละเมิดอันเกิดจากการกระทำของบุคคลอื่น
3. ความรับผิดเพื่อความเสียหายอันเกิดจากทรัพย์สิน

1.2 ความรับผิดเพื่อละเมิดอันเกิดจากการกระทำของตนเอง

การกระทำที่เป็นละเมิด บทบัญญัติมาตรา 420 เป็นหลักทั่วไปของการกระทำที่เป็นละเมิด ซึ่งมีหลักเกณฑ์สำคัญ 3 ประการ คือ

1. กระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย
2. กระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
3. เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย

เมื่อการกระทำใดเข้าหลักเกณฑ์ทั้ง 3 ประการ ก็เป็นละเมิดอันเป็นหลักทั่วไป แต่มีบางกรณีที่ถูกกฎหมายบัญญัติแตกต่างไป เช่น สันนิษฐานว่าผู้กระทำเป็นผู้ผิดหรือบัญญัติให้ผู้กระทำรับผิดเว้นแต่จะพิสูจน์แก้ตัวได้ กรณีเช่นนั้นย่อมจะวินิจฉัยไปตามบทบัญญัติเฉพาะกรณีนั้น ๆ ไม่ใช่หลักทั่วไป

หลักเกณฑ์การกระทำที่เป็นละเมิดดังกล่าว อาจารย์ในมหาวิทยาลัยบางท่าน แบ่งออกเป็น 4 ประการ คือ

1. ผู้ใดกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ
2. กระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย
3. บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด
4. มีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำ

การแบ่งอย่างหลัง แยกเอาความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำ ออกจากหลักเกณฑ์ข้อ 3 แต่จะแบ่งอย่างไร คำอธิบายก็มีสาระสำคัญอย่างเดียวกัน กล่าวคือ การที่บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดตามหลักเกณฑ์ข้อ 3 นั้น จะต้องพิจารณาด้วยว่าความเสียหายนั้นเป็นผลอันเกิดจากการกระทำของจำเลยหรือไม่ หรืออีกนัยหนึ่งต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลของการกระทำด้วย ถ้าการกระทำกับผลที่เกิดขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์กัน ย่อมถือไม่ได้ว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำของจำเลย จำเลยจึงมิใช่ผู้กระทำความผิดเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย

1.2.1 ผู้ใดกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ

ผู้ใด หมายความว่า บุคคลผู้กระทำความผิด ซึ่งอาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลก็ได้ (ฎีกาที่ 761/2518, 41/2520, 186/2521, 2359/2522) เด็กไร้เดียงสาที่เป็นบุคคล แต่จะกระทำความผิดได้หรือไม่ ต้องพิจารณาว่ารู้สำนึกในการเคลื่อนไหวของตนหรือไม่

การกระทำ หมายความว่า การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยรู้สำนึกในการเคลื่อนไหวนั้น เป็นการกระทำของร่างกายที่อยู่ในบังคับของจิตใจ การเคลื่อนไหวในเวลาหลับ เวลาละเมอ หรือเวลาไม่รู้สึกรู้สีกตัวอย่างอื่น เช่น เวลาป่วยไม่มีสติ วิกลจริต เมาสุราถึงขนาดไม่รู้ตัว เด็กที่ยังเล็กไม่รู้เดียงสาว่าทำอะไรลงไป การสะอึกสัวโดยสัญชาตญาณเพราะไร้อสติควบคุม ไม่เป็นการกระทำตามความหมายของกฎหมาย

การงดเว้นกระทำ โดยปกติการงดเว้นกระทำไม่ถือว่าเป็นการกระทำละเมิด เว้นแต่เป็นการงดเว้นกระทำเมื่อบุคคลมีหน้าที่ต้องกระทำ จึงจะถือได้ว่าเป็นการกระทำ หน้าที่ต้องกระทำอาจพิจารณาได้หลายอย่าง เช่น

1. หน้าที่ตามกฎหมาย
2. หน้าที่ตามสัญญา
3. หน้าที่ตามวิชาชีพ
4. หน้าที่ตามความสัมพันธ์ที่ก่อขึ้นก่อนแล้ว ซึ่งหมายความว่า ถ้าได้ก่อ

ความสัมพันธ์ใดขึ้นจนเป็นที่เห็นได้ชัดว่าต้องจัดการต่อไปให้สำเร็จลุล่วง ก็เป็นหน้าที่ของผู้ก่อความสัมพันธ์นั้นที่จะพึงคำนึงไว้มิได้ จำต้องกระทำไปให้ตลอด เช่น ก. ช่วยจูง ข. คนตาบอดให้เดินข้ามถนน ถ้า ก. จูงมาถึงกลางถนนแล้วทิ้ง ข. ไว้เพียงนั้น หากรถชน ข. บาดเจ็บ ก. ต้องรับผิดชอบ (1) ถ้า ก. ไม่ช่วยจูงเสียเลย แม้ ข. จะข้ามถนนโดยลำพังแล้วถูกรถชน ก. ก็ไม่ต้องรับผิดชอบ เพราะ ก. ไม่มีหน้าที่อย่างใด

อนึ่ง หน้าที่ตามระเบียบปฏิบัติงาน ก็เป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำเหมือนกัน ถ้าเป็นระเบียบปฏิบัติงานซึ่งออกโดยอาศัยกฎหมาย เช่น ส่วนราชการออกคำสั่งวางระเบียบให้ข้าราชการปฏิบัติ เป็นหน้าที่ตามกฎหมาย ถ้าผู้ที่มีความผูกพันกันตามสัญญาออกระเบียบปฏิบัติงาน ก็เป็นหน้าที่ตามสัญญา เช่น นายจ้างออกคำสั่งหรือวางระเบียบให้ลูกจ้างปฏิบัติเป็นหน้าที่ตามสัญญา

ถ้าบุคคลไม่มีหน้าที่ต้องกระทำได้กล่าว การงดเว้นกระทำย่อมถือไม่ได้ว่า เป็นการกระทำที่ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374 บัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” นั้นมีความเห็นของนักกฎหมายว่ากฎหมายมิได้ประสงค์จะบัญญัติให้เป็นหน้าที่ของบุคคล หากเพียงประสงค์จะลงโทษบุคคลซึ่งไ้มนุษยธรรมเท่านั้น จึงเป็นเพียงหน้าที่ทางศีลธรรม แม้การงดเว้นไม่ช่วยเหลือนั้นจะเป็นเหตุให้ผู้ตกอยู่ในอันตรายถึงแก่ความตาย ผู้งดเว้นนั้นก็ไม่ต้องรับผิดฐานกระทำละเมิด

กระทำโดยจงใจ หมายความว่า กระทำโดยรู้สำนึกถึงผลเสียหายที่จะเกิดจากการกระทำของตน ถ้ารู้ว่าการกระทำนั้นจะเกิดผลเสียหายแก่เขาแล้วก็ถือว่าเป็นการกระทำโดยจงใจ ส่วนผลเสียหายจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดไม่สำคัญ หรืออาจสรุปสั้น ๆ ว่ากระทำโดยรู้ว่าจะเกิดผลเสียหายแก่บุคคลอื่น กระทำโดยจงใจมีความหมายกว้างกว่ากระทำโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 เพราะกระทำโดยเจตนา ผู้กระทำได้ประสงค์ต่อผลหรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น เช่น ก. ใช้เท้าถีบ ข. โดยเจตนาทำร้ายร่างกาย ข. ล้มศีรษะฟาดพื้นถึงแก่ความตาย ก.มิได้ประสงค์ต่อผลคือความตายของ ข. และมีได้เล็งเห็นผลว่าการกระทำของตนจะทำให้ ข. ถึงแก่ความตาย ก.จึงมีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 290 แต่เป็นการกระทำละเมิดโดยจงใจอันเป็นเหตุให้ ข. ถึงแก่ความตาย เพราะ ก. กระทำโดยรู้สำนึกถึงผลเสียหายที่จะเกิดจากการกระทำของตน แม้ไม่ทราบว่าจะเกิดผลเสียหายมากถึงเพียงนั้นก็ตาม ดังนั้น กระทำโดยเจตนาจึงเป็นการกระทำโดยจงใจ แต่กระทำโดยจงใจอาจไม่ใช่กระทำโดยเจตนาเสมอไป อนึ่ง การกระทำโดยสุจริตโดยเข้าใจผิดในข้อเท็จจริงก็ถือว่าไม่เป็นการกระทำให้เสียหายโดยจงใจ ส่วนจะเป็นประมาทเลินเล่อหรือไม่ ย่อมแล้วแต่พฤติการณ์ (ฎีกาที่ 865/2496) ถ้ากระทำโดยมิเหตุสมควรก็ไม่ใช่ละเมิด

กระทำโดยประมาทเลินเล่อ มีความหมายทำนองเดียวกับกระทำโดย ประมาท ในทางอาญาซึ่งประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสี่ บัญญัติว่า “กระทำโดยประมาท ได้แก่ กระทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้น จักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้ เพียงพอไม่” ซึ่งอาจสรุปความหมายได้ว่าเป็นการกระทำโดยไม่ตั้งใจ แต่กระทำโดยปราศจากความ ระมัดระวัง ซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์และผู้กระทำอาจใช้ความ ระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

ความระมัดระวังของบุคคลต้องพิจารณาตามวิสัยและพฤติการณ์ วิสัย หมายความว่า สภาพเกี่ยวกับตัวผู้กระทำ เช่น เป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็นหญิงหรือชาย พฤติการณ์ หมายความว่า เหตุภายนอกตัวผู้กระทำ เช่น ขณะเกิดเหตุเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน เหตุเกิดใน เมืองหรือในป่า เหตุเกิดในยามสงบหรือขณะมีคนร้ายเข้าปล้นจี้ เพราะพฤติการณ์อันเป็นเหตุ ภายนอกตัวผู้กระทำ อาจทำให้การใช้ความระมัดระวังแตกต่างกันไปได้

สภาพเกี่ยวกับตัวผู้กระทำนั้น ต้องสมมติบุคคลขึ้นเปรียบเทียบ โดยบุคคลที่ สมมตินั้นสภาพร่างกายถืออย่างเดียวกับผู้กระทำ แต่สภาพทางจิตใจถือระดับทั่วไปของบุคคลใน สภาพร่างกายอย่างเดียวกันนั้น ทั้งบุคคลที่สมมติจะต้องสมมติว่าอยู่ในพฤติการณ์ภายนอก เช่นเดียวกับผู้กระทำด้วย เมื่อเปรียบเทียบกัน ถ้าบุคคลที่สมมติจะไม่กระทำโดยขาดความ ระมัดระวังเหมือนที่ผู้กระทำได้กระทำไปแล้ว ย่อมถือว่าผู้กระทำโดยประมาทเลินเล่อ ถ้าบุคคลที่ สมมติจะกระทำเช่นเดียวกับที่ผู้กระทำได้กระทำไปแล้ว ย่อมถือว่าผู้กระทำกระทำโดย ประมาทเลินเล่อ

1.2.2 กระทำต่อผู้อื่นโดยผิดกฎหมาย

กระทำต่อผู้อื่น หมายความว่า กระทำต่อบุคคลอื่นซึ่งจะเป็นบุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคลก็ได้กระทำต่อสิทธิหรือทรัพย์สินของบุคคล อื่นก็เป็นการกระทำต่อผู้อื่น กระทำต่อ ตนเองหรือทรัพย์สินของตนเองอันก่อความเสียหายแก่บุคคลอื่นก็เป็นการกระทำต่อผู้อื่น ถ้าการ กระทำใด ๆ ไม่ก่อความเสียหายแก่บุคคลอื่นย่อมไม่ใช้การกระทำต่อผู้อื่น

กระทำโดยผิดกฎหมาย หมายความว่า กระทำโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย แม้ มาตรา 420 จะบัญญัติไว้ว่า การกระทำละเมิดต้องเป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย แต่มาตรา 421 ซึ่ง บัญญัติถึงการกระทำละเมิดโดยการใช้สิทธิเกินส่วนหรือแกล้งผู้อื่น ก็เรียกการกระทำนั้นว่า เป็น การอันมิชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งเป็นการกระทำละเมิดเช่นเดียวกัน ดังนั้น การกระทำโดยผิดกฎหมาย จึงมีความหมาย 3 ประการ คือ

1. การกระทำซึ่งมีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด
2. การล่วงสิทธิหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่น
3. การใช้สิทธิซึ่งมีแต่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น

ข้อสังเกต การผิดสัญญานั้นได้กล่าวแล้วในข้อ (4) ว่าเป็นแต่เพียงการไม่ชำระหนี้ โดยทั่วไปไม่เป็นผิดกฎหมายไม่เป็นละเมิด เว้นแต่จะทำให้คู่สัญญาอีกฝ่ายเสียหายต่อสิทธิตามกฎหมายด้วย

การกระทำซึ่งมีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด และการล่วงสิทธิหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่น

การกระทำซึ่งมีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด เช่น การทำความผิดทางอาญา ย่อมเป็นการกระทำผิดกฎหมายโดยตรง

การล่วงสิทธิหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่นนั้น เป็นกรณีที่ไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด แต่เป็นการล่วงสิทธิหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่น เช่น ใช้นามสกุลของบุคคลอื่นโดยไม่มีสิทธิ ปิดกั้นที่ดินของตนไม่ยอมให้น้ำไหลตามธรรมชาติจากที่ดินสูง หรือกระทำให้ทรัพย์สินของบุคคลอื่นเสียหายโดยประมาทเลินเล่อ แม้ไม่ผิดกฎหมายโดยตรงก็ถือเป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย หรือไม่ชอบด้วยกฎหมาย

การใช้สิทธิซึ่งมีแต่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น มาตรา 421 บัญญัติว่า “การใช้สิทธิซึ่งมีแต่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นนั้น ท่านว่าเป็นการอันมิชอบด้วยกฎหมาย”

การใช้สิทธิเช่นที่ว่าเป็นการกระทำละเมิดอย่างหนึ่ง มีหลักเกณฑ์พอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้กระทำความผิดต้องมีสิทธิ ถ้าไม่มีสิทธิและกระทำผิดกฎหมาย ย่อมเป็นละเมิดตามมาตรา 420
2. สิทธิของผู้กระทำความผิดนั้นต้องเป็นสิทธิซึ่งมีกฎหมายรับรองโดยเฉพาะ เช่น กรรมสิทธิ์ สิทธิครอบครอง สิทธิฟ้องคดี สิทธิแจ้งความร้องทุกข์ หรือสิทธิของเจ้าพนักงานในการจับกุมผู้กระทำความผิด มิได้หมายความว่าสิทธิที่เรียกว่าเสรีภาพซึ่งเป็นสิทธิที่จะทำอะไรก็ได้ภายในขอบเขตของกฎหมาย เช่น การเดิน ยืน นั่ง นอน หรือการพูด ถ้าเดินโดยประมาทเลินเล่อไปชนทรัพย์สินของบุคคลอื่นเสียหาย เป็นละเมิดตามมาตรา 420 มิใช่มาตรา 421
3. ผู้กระทำความผิดใช้สิทธินั้นโดยแกล้งให้เขาเสียหาย ถ้าใช้สิทธิโดยไม่แกล้งหรือไม่เกินส่วน แม้บุคคลอื่นเสียหาย ก็ไม่เป็นการอันมิชอบด้วยกฎหมาย ย่อมไม่เป็นละเมิด

การกระทำโดยมีอำนาจไม่เป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย

1. มีอำนาจกระทำโดยกฎหมายให้อำนาจโดยตรง เช่น ตำรวจมีอำนาจจับกุมผู้กระทำความผิดของกลางย่อมไม่เป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย แต่ถึงแม้มีอำนาจกระทำถ้ากระทำโดยประมาทเลินเล่อก็อาจเป็นละเมิดตามมาตรา 420 หรือถ้าใช้สิทธิโดยแก่งัดก็เป็นละเมิดตามมาตรา 421

2. มีอำนาจกระทำตามสัญญา การกระทำตามสัญญาย่อมไม่ผิดกฎหมาย แม้นิติกรรมเป็นโมฆียะ แต่ตราบใดที่ยังไม่มีการบอกล้างให้ตกเป็นโมฆียะ การกระทำตามสัญญานั้นก็ไม่เป็นละเมิด (ฎีกาที่ 1394/2500, 137/2513) หรือการกู้ยืมเงินซึ่งไม่มีหลักฐานแห่งการกู้ยืมเป็นหนังสือ กฎหมายห้ามมิให้ฟ้องร้อง แต่การรับเงินกู้ยืมตามสัญญานั้นก็ไม่เป็นละเมิด เพราะมิใช่การกระทำผิดกฎหมาย ผู้ให้กู้ยืมจะฟ้องเรียกเงินคืนฐานละเมิดมิได้

3. มีอำนาจกระทำตามคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาล

4. มีอำนาจกระทำเพราะได้รับนิรโทษกรรม กล่าวคือ กรณีใดที่กฎหมายให้อำนาจที่จะกระทำได้ การกระทำนั้นย่อมไม่ผิด

5. มีอำนาจกระทำโดยได้รับความยินยอมของผู้เสียหาย

การกระทำตามคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลไม่เป็นละเมิด ศาลมีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีตามที่กฎหมายให้อำนาจ และเป็นอำนาจอิสระตามรัฐธรรมนูญ ดังนั้น การกระทำตามคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาล จึงไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เมื่อไม่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ย่อมไม่ผิด คงมีปัญหาว่าการกระทำตามคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลลงในระหว่างคดี แต่ผลคดีในที่สุดศาลสูงมีคำพิพากษากลับหรือแก้เป็นอย่างอื่น จะถือว่าเป็นละเมิดหรือไม่ คำวินิจฉัยของศาลฎีกามีเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

การกระทำโดยได้รับความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นละเมิด

พระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540 ซึ่งใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2541 เป็นต้นมา บัญญัติเกี่ยวกับความยินยอมของผู้เสียหายในกรณีละเมิด ไว้ในมาตรา 9 ว่า “ความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหาย สำหรับการกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมายหรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนจะนำมาอ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบเพื่อละเมิดมิได้”

ก่อนที่พระราชบัญญัตินี้จะมีผลใช้บังคับ วงการนักกฎหมายไทยยึดถือกันตลอดมาว่า การกระทำโดยได้รับความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นละเมิด อันมีความหมายว่า ถ้าผู้เสียหายยอมให้กระทำ หรือยอมต่อการกระทำหรือเข้าเสี่ยงรับความเสียหายซึ่งถือได้ว่าเป็นการให้

ความยินยอม ย่อมทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นละเมิดตามมาตรา 420 ไม่ว่าผู้เสียหายจะได้รับความเสียหายจากการกระทำอย่างไรและได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดมากน้อยเพียงใดก็ตาม

หลักกฎหมายที่ว่ากระทำได้ได้รับความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นละเมิดนั้น เป็นหลักกฎหมายทั่วไป ซึ่งมีที่มาจากสุภาษิตกฎหมายบทหนึ่งที่ว่า “Volenti non fit injuria” ซึ่งแปลว่า “เมื่อให้ความยินยอมก็ไม่ถือว่ามีความเสียหาย” หรือที่นักกฎหมายบางท่านแปลว่า “ความยินยอมของผู้เสียหายทำให้ไม่เป็นละเมิด” โดยเหตุที่ละเมิดจะต้องเป็นการกระทำผิดกฎหมายและเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น เมื่อไม่ถือว่ามีความเสียหาย การกระทำนั้นจึงไม่เป็นละเมิด ผู้เสียหายไม่มีสิทธิเรียกค่าเสียหายอย่างหนึ่งอย่างใดอันเกิดจากการกระทำที่ตนให้ความยินยอม

หลักความยินยอมในทางอาญากับทางแพ่งนั้นแตกต่างกัน กล่าวคือ ความยินยอมที่จะทำให้การกระทำไม่ผิดกฎหมายในทางอาญา จะต้องไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี เช่น ยอมให้ช่างตัดแต่งผม ยอมให้แพทย์ผ่าตัดรักษาโรคหรือเสริมความงาม ถ้าขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี เช่น ยอมให้ยิงด้วยปืนเพื่อทดลองคาคาอาคม ผู้ยินยอมได้รับบาดเจ็บหรือถึงแก่ความตาย ผู้กระทำย่อมมีความผิดทางอาญา ส่วนในทางแพ่งนั้นอยู่ที่ว่า ผู้เสียหายเข้าใจในผลแห่งความยินยอมหรือไม่ โดยไม่คำนึงว่าขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีหรือไม่ ดังกรณียอมให้ยิงด้วยปืนเพื่อทดลองคาคาอาคม แม้เป็นความผิดทางอาญา แต่ผู้เสียหายเข้าใจในผลแห่งความยินยอม ย่อมไม่เป็นละเมิดในทางแพ่ง บัดนี้หลักความยินยอมในทางแพ่งซึ่งไม่เคยบัญญัติไว้ในกฎหมาย ได้ถูกเปลี่ยนแปลงแล้วโดยมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัตินี้

ตามบทบัญญัติมาตรา 9 พอจะสรุปหลักในการให้ความยินยอมได้บางประการ ดังนี้

1. มาตรา 9 มิได้ยกเลิกหลักที่ว่ากระทำได้ได้รับความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นละเมิด และผู้เสียหายต้องเข้าใจในผลแห่งความยินยอม หลักเดิมจึงยังคงใช้ได้ แต่จำกัดว่าความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหายสำหรับการกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน จะอ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดเพื่อละเมิดมิได้ ส่วนความยินยอมสำหรับกรณีอื่นไม่ห้ามแต่อย่างใด

2. สำหรับคำว่า “ความตกลง” กับ “ความยินยอม” ในมาตรา 9 นั้น ความตกลงมุ่งหมายถึงการให้ความยินยอมโดยความตกลงระหว่างผู้เสียหายกับคู่กรณี ส่วนความยินยอมอาจเป็นความยินยอมตามสัญญาหรือข้อตกลงในสัญญาหรือความยินยอมฝ่ายเดียว ถ้าเป็นความยินยอมโดยการแสดงเจตนาของผู้เสียหายฝ่ายเดียว ย่อมเป็นนิติกรรมฝ่ายเดียว แต่ถ้าเป็นความ

ยินยอมโดยการนิ่ง ย่อมมิใช่นิติกรรมเพราะไม่มีการแสดงเจตนา แต่มีผลเป็นการให้ความยินยอมของผู้เสียหายที่ทำให้การกระทำไม่เป็นละเมิด

3. การกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ซึ่งห้ามมิให้อ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบเพื่อละเมิดนั้นใช้ถ้อยคำทำนองเดียวกับมาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งว่าด้วยเหตุที่ทำให้นิติกรรมเป็นโมฆะ แต่นิติกรรมกับละเมิดนั้นมีที่มาของมูลหนี้แตกต่างกันกล่าวคือ นิติกรรมเป็นการกระทำโดยชอบด้วยกฎหมาย ส่วนละเมิดเป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย เมื่อห้ามมิให้ผู้เสียหายให้ความยินยอมสำหรับการกระทำที่ผิดกฎหมายย่อมจะมีผลเสมือนกับไม่อาจให้ความยินยอมสำหรับการกระทำได้เลย อย่างไรก็ตาม การกระทำโดยผิดกฎหมายนั้นมีความหมายกว้าง นอกจากการกระทำซึ่งมีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดแล้ว ยังหมายความรวมถึงการล่วงละเมิดหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่นและการใช้สิทธิซึ่งมีแต่จะให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นด้วย ดังนั้นจึงมีการกระทำอื่น ซึ่งผู้เสียหายอาจให้ความยินยอมได้

4. การกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมายนั้น กฎหมายอาจบัญญัติห้ามมิให้กระทำไว้โดยชัดแจ้ง หรือเพียงบัญญัติไว้ว่าการกระทำใดเป็นความผิด ซึ่งจะต้องรับโทษอย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยของประชาชน หมายความว่า การกระทำที่ขัดต่อประโยชน์โดยทั่วไปของประเทศชาติหรือประชาชน หรืออาจกล่าวอย่างกว้าง ๆ ว่าการกระทำซึ่งมีผลกระทบกระเทือนถึงความมั่นคงของรัฐ เศรษฐกิจของประเทศ ความสงบสุขในสังคม และหรือความมั่นคงของสถาบันครอบครัว ส่วนการกระทำที่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน หมายความว่า การกระทำที่ขัดต่อธรรมเนียมประเพณีของสังคม ซึ่งรวมถึงหลักในศาสนาใดศาสนาหนึ่งด้วย อนึ่งศีลธรรมอันดีของประชาชนกับความสงบเรียบร้อยของประชาชนมักจะเกี่ยวพันกันจนแทบแยกไม่ออก จึงเรียกรวมกันว่า ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

5. ตามที่กล่าวมาใน 3. ย่อมจะเห็นได้ว่าการกระทำละเมิดด้วยการล่วงละเมิดหรือประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่น และการใช้สิทธิซึ่งมีแต่จะให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นนั้น ผู้เสียหายอาจให้ความยินยอมได้ไม่ต้องห้ามตามมาตรา 9 นอกจากนี้การกระทำผิดซึ่งมีโทษทางอาญา ถ้าเป็นความผิดอันยอมความได้เช่น ความผิดเกี่ยวกับการค้าบางกรณี ความผิดเกี่ยวกับเพศบางกรณี ความผิดต่อเสรีภาพบางกรณี ความผิดฐานเปิดเผยความลับ ความผิดฐานหมิ่นประมาท ความผิดฐานฉ้อโกง โกงเจ้าหนี้ ยักยอก ทำให้เสียทรัพย์ และบุกรุกบางกรณี ไม่น่าจะถือว่าเป็นการกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย และห้ามมิให้ผู้เสียหายให้ความยินยอม เพราะเมื่อผู้เสียหายมีสิทธิยินยอมหรือยอมความภายหลังการทำความผิดได้ก็น่าจะให้ความ

ยินยอมก่อนหรือในขณะที่กระทำความผิดได้ด้วย เฉพาะกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้ว่าไม่ว่าจะได้รับความยินยอมจากผู้เสียหายหรือไม่ก็เป็นความผิด ซึ่งเท่ากับให้ความยินยอมไม่ได้ ความยินยอมของผู้เสียหายนั้นย่อมไม่มีผล เช่น การกระทำชำเราเด็กหญิงอายุไม่เกินสิบห้าปี ตามมาตรา 277 และการกระทำอนาจารแก่เด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปี ตามมาตรา 279 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

6. แม้กรณีที่ผู้เสียหายอาจให้ความยินยอมได้โดยไม่ต้องห้ามตามมาตรา 9 ก็อาจเข้าลักษณะเป็นข้อตกลงที่ได้ทำไว้ล่วงหน้าเพื่อยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบเพื่อละเมิดตามมาตรา 8 เพราะการที่ตกลงกันยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบของคู่สัญญาหรือคู่กรณี ย่อมเป็นการกระทำโดยได้รับความยินยอมของผู้เสียหาย

7. ความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหายสำหรับการกระทำตามมาตรา 9 ซึ่งห้ามมิให้อ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบนั้น แม้ผู้กระทำละเมิดจะยกความยินยอมของผู้เสียหายมาปิดความรับผิดชอบได้ ก็ยังมีปัญหาว่าผู้กระทำละเมิดจะยกเอาความผิดอย่างหนึ่งอย่างใดของผู้เสียหายมาขอแบ่งส่วนความรับผิดชอบได้บ้างหรือไม่

ความยินยอมของผู้เสียหายนั้น อาจเป็นการยอมให้กระทำโดยชัดแจ้งหรือยอมต่อการกระทำ อันเป็นการยินยอมโดยปริยายหรือโดยการนิ่ง หรือผู้เสียหายเข้าเสี่ยงรับความเสียหายอันถือได้ว่าเป็นการให้ความยินยอม เช่น ทั้งสองฝ่ายสมัครใจวิวาทต่อสู้ทำร้ายซึ่งกันและกัน ฝ่ายหนึ่งถูกยิงตาย เป็นการเข้าเสี่ยงรับความเสียหาย อันถือได้ว่าเป็นการให้ความยินยอม จึงไม่เป็นละเมิด (ฎีกาที่ 248/2523) ศาลฎีกาวินิจฉัยคดีดังกล่าวก่อนที่จะพระราชบัญญัตินี้จะใช้บังคับ ถ้าเหตุเกิดขึ้นในปัจจุบันย่อมจะอ้างความยินยอมไม่ว่าในลักษณะใดมาเป็นเหตุยกเว้นความรับผิดชอบเพื่อละเมิดสำหรับการกระทำที่ต้องห้ามบังคับโดยกฎหมายมิได้ แต่มีนักกฎหมายบางท่าน เห็นว่า “กรณีที่บุคคลทะเลาะวิวาทกันหรือสมัครใจเข้าต่อสู้ทำร้ายซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายต่างมีส่วนผิด ในกิจกรรมอันมิชอบด้วยกฎหมายด้วยกัน จึงมาฟ้องขอรับความคุ้มครองทางกฎหมายไม่ได้ทั้งคู่ ตามสุภาษิตกฎหมายโรมันที่ว่า *ex turpi causa no oritur action* กิจกรรมที่ผิดศีลธรรมไม่อาจเป็นเหตุฟ้องคดี” ซึ่งนับว่าเป็นความเห็นที่ดี แต่มีข้อสังเกตว่า กฎหมายเกี่ยวกับละเมิดนั้นไม่ค่อยจะคำนึงถึงศีลธรรมเท่าใดนัก เช่น ผู้ร่วมกันทำละเมิดโดยร่วมกันทุจริตยกยอกเงิน เมื่อคนหนึ่งใช้คำสินไหมทดแทนไปแล้ว ก็มีสิทธิมาฟ้องขอแบ่งส่วนความรับผิดชอบจากผู้ร่วมกันทำละเมิดได้ตามมาตรา 423 ไม่ถือว่าเป็นหนี้ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน (ฎีกาที่ 1067/2524) ดังนั้น กรณีที่บุคคลสมัครใจวิวาทต่อสู้ทำร้ายกันน่าจะอยู่ในบังคับของมาตรา 442 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งเป็นบทบัญญัติที่ว่าด้วยผู้เสียหายมีส่วนผิด

การที่บุคคลสมัครใจวิวาทต่อสู้ทำร้ายกันนั้น ย่อมจะปฏิเสธมิได้ว่าความเสียหายที่เกิดขึ้น คนมิได้มีส่วนผิด จึงต้องแบ่งส่วนความรับผิดชอบตามความผิดตามมาตรา 442 แต่จะห้ามมิให้ฟ้องคดีเสียเลย โดยอ้างว่ากิจกรรมที่ผิดศีลธรรมไม่อาจเป็นเหตุฟ้องคดี น่าจะไม่ใช่เป็นธรรมดา บทบัญญัติมาตรา 442 ที่ว่าด้วยผู้เสียหายมีส่วนผิดนั้น ย่อมจะใช้บังคับสำหรับการกระทำอันเป็นละเมิดทุกกรณี รวมทั้งกรณีที่ห้ามมิให้ผู้เสียหายให้ความยินยอม

หลักเกณฑ์การให้ความยินยอม ในกรณีที่อาจให้ความยินยอมได้

1. ผู้ให้ความยินยอมต้องเป็นผู้ถูกกระทำ หรือเป็นผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทน เช่น ผู้ใช้อำนาจปกครองหรือผู้ปกครองมีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้เยาว์ ผู้อนุบาลมีอำนาจให้ความยินยอมแทนคนไร้ความสามารถ กรณีผู้ถูกกระทำเป็นผู้เยาว์ ถ้าสามารถเข้าใจในผลแห่งความยินยอมแล้ว ก็อาจให้ความยินยอมได้ แม้ว่าบิดามารดาผู้ปกครองจะได้ห้ามการยินยอมโดยชัดแจ้งแล้วก็ตาม เช่น ผู้เยาว์อายุ 7 ปี ยินยอมในการเล่นชกมวย หรือหญิงผู้เยาว์อายุเกิน 15 ปียินยอมให้ชายกอดจูบ ย่อมไม่เป็นละเมิด ถ้าผู้เยาว์นั้นไม่เข้าใจในผลแห่งความยินยอมจะให้ความยินยอมโดยลำพังมิได้ เช่น ผู้เยาว์อายุ 7 ปียินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด
2. การให้ความยินยอมจะต้องให้ก่อนหรือขณะกระทำผิด การให้ก่อนกระทำผิดนั้นไม่จำกัดว่าจะต้องให้ล่วงหน้านานเท่าใด ตราบใดที่ยังไม่มีการถอนการให้ความยินยอมก็ถือว่ายังมีความยินยอมอยู่
3. การให้ความยินยอมนั้นตามปกติต้องให้แก่ผู้กระทำโดยตรง เว้นบางกรณีอาจให้โดยเจาะจงหรือไม่ก็ได้ เช่น ยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัดโดยไม่เจาะจงตัวแพทย์ผู้กระทำ
4. การให้ความยินยอมต้องเป็นไปโดยสมัครใจปราศจากการทำกลฉ้อฉลหลอกลวง ข่มขู่ หรือสำคัญผิด เช่น ชายกระทำชำเราหญิงโดยทำให้หญิงสำคัญผิดว่าตนเป็นบุคคลอื่นไม่ถือว่าหญิงให้ความยินยอม
5. การให้ความยินยอมนั้นเมื่อผู้ถูกกระทำเข้าใจในผลแห่งความยินยอมแล้ว แม้จะขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีซึ่งผู้กระทำมีความผิดทางอาญา ก็ไม่ทำให้เป็นละเมิดทางแพ่ง เว้นแต่การกระทำอันเป็นความผิดทางอาญาเพื่อป้องกันบุคคลบางประเภท ซึ่งกฎหมายบัญญัติไว้ว่าไม่ว่าจะได้รับความยินยอมจากผู้ถูกกระทำหรือไม่ก็เป็นความผิด แม้ผู้ถูกกระทำจะให้ความยินยอมก็ไม่มีผลอย่างไร เช่น การกระทำชำเราเด็กหญิงอายุยังไม่เกินสิบห้าปี โดยเด็กหญิงนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ก็มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 277 ไม่ถือว่าเด็กหญิงนั้นให้ความยินยอมอันไม่เป็นละเมิด

6. การให้ความยินยอมอาจให้โดยตรงหรือโดยปริยายก็ได้ การให้ความยินยอมจะกระทำโดยกิริยาอาการอย่างใดก็ได้ เพราะกฎหมายมิได้กำหนดแบบไว้ การนิ่งก็ถือว่าเป็นการให้ความยินยอมได้ เมื่อการนิ่งนั้นตามพฤติการณ์ทำให้สามัญชนทั่วไปเข้าใจว่าเป็นความยินยอม เช่น ชายทำท่าจะจูบ หญิงนิ่งเฉยไม่ขัดขวาง ตามพฤติการณ์ถือว่ายินยอม ชายจูบหญิงนั้นย่อมไม่เป็นละเมิด

7. การให้ความยินยอมอาจเกิดจากนิติกรรมสัญญาก็ได้ เช่น การกระทำตามนิติกรรมสัญญาที่ผู้ถูกกระทำยินยอมให้กระทำยอมไม่เป็นละเมิด แม้นิติกรรมสัญญานั้นเป็นโมฆะหรือใช้บังคับไม่ได้ ความยินยอมนั้นก็ยังทำให้การกระทำนั้นไม่เป็นละเมิด (ฎีกาที่ 1403/0508 ณ.)

8. ให้ความยินยอมมีขอบเขตจำกัด ถ้าผู้กระทำการกระทำนอกเหนือความยินยอมหรือกระทำโดยประมาทเลินเล่อ จะต้องรับผิดชอบละเมิด เช่น ผู้ถูกกระทำยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดไส้ติ่ง แต่แพทย์กลับผ่าตัดกระเพราะอาหาร หรือผ่าตัดโดยประมาทเลินเล่อ แพทย์ผู้ผ่าตัดจะต้องรับผิดชอบ

9. การให้ความยินยอมอาจถอนได้ก่อนที่จะมีการกระทำ แม้จะมีการกระทำตามความยินยอมมาก่อนซึ่งไม่เป็นละเมิด แต่เมื่อผู้ถูกกระทำบอกเลิกหรือถอนการให้ความยินยอม ผู้กระทำก็ไม่มีสิทธิที่จะกระทำต่อไป แต่ถ้าความยินยอมนั้นเป็นความยินยอมโดยสัญญาซึ่งผูกพันกัน ผู้ถูกกระทำจะถอนได้หรือไม่อยู่ที่ว่ามีสิทธิบอกเลิกสัญญาหรือไม่ ถ้าไม่มีสิทธิบอกเลิก

10. การให้โจทก์สมัครใจวิวาทต่อสู้กับจำเลยจนเป็นเหตุให้โจทก์ได้รับอันตรายสาหัส เป็นการยอมรับผลเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ถือไม่ได้ว่าจำเลยกระทำละเมิดต่อโจทก์ โจทก์ไม่มีอำนาจฟ้องเรียกค่าสินไหมทดแทนจากจำเลย (ฎีกาที่ 1508/2531) ปัจจุบันขัดกับมาตรา 9

กรณีที่ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม

ประทุษกรรมที่ได้รับความยินยอมผู้กระทำไม่ต้องรับผิดชอบถ้า

1. มีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้นอย่างแท้จริงและเร่งด่วน จำเป็นต้องกระทำก่อนได้รับความยินยอม
2. ในกรณีเช่นนั้นวิญญูชนยอมให้ความยินยอม
3. ผู้กระทำไม่รู้หรือไม่มีเหตุควรรู้ว่าผู้ถูกกระทำจะไม่ให้ความยินยอมถ้ามีโอกาสถามเขา

การฝ่าฝืนกฎหมายอันมีที่ประสงค์เพื่อจะปกป้องบุคคลอื่น มาตรา 422

บัญญัติว่า “ถ้าความเสียหายเกิดแต่การฝ่าฝืนบทบังคับแห่งกฎหมายใดอันมีที่ประสงค์เพื่อจะปกป้องบุคคลอื่น ๆ ผู้ใดทำการฝ่าฝืนเช่นนั้น ท่านให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้นั้นเป็นผู้ผิด”

โดยปกติฝ่ายที่ฟ้องว่าอีกฝ่ายทำละเมิดมีหน้าที่ต้องพิสูจน์ว่าฝ่ายนั้นกระทำความผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ตนได้รับความเสียหาย แต่กรณีตามมาตรา 422 กฎหมายสันนิษฐานว่าฝ่ายที่ฝ่าฝืนกฎหมายเป็นผู้ผิด ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. ความเสียหายต้องเกิดจากการฝ่าฝืนบทบังคับแห่งกฎหมาย มิใช่เพียงแต่ฝ่าฝืนระเบียบข้อบังคับ (ฎีกาที่ 502/2497) แม้จะมีการฝ่าฝืนกฎหมาย แต่ความเสียหายมิได้เกิดจากการฝ่าฝืนนั้นย่อมไม่เข้าข้อสันนิษฐานตามมาตรา

2. กฎหมายที่มีการฝ่าฝืนนั้นจะต้องเป็นกฎหมายอันมีที่ประสงค์เพื่อจะปกป้องบุคคลอื่น เช่น พ.ร.บ. จราจรทางบกฯ พ.ร.บ.เดินเรือในน่านน้ำไทยฯ พ.ร.บ.จัดวางรางรถไฟและทางหลวงฯ เป็นต้น เมื่อมีการฝ่าฝืนกฎหมายอันมีที่ประสงค์ดังกล่าว ย่อมสันนิษฐานได้ว่าผู้ฝ่าฝืนนั้นกระทำความผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ แต่มิใช่ข้อสันนิษฐานเด็ดขาด ผู้ฝ่าฝืนอาจนำสืบหักล้างได้ แต่ถ้ากฎหมายที่ฝ่าฝืนนั้นมีกฎหมายอันมีที่ประสงค์เพื่อจะปกป้องบุคคลอื่น ย่อมไม่เข้าข้อสันนิษฐานตามมาตรา

บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย

บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย ดังได้กล่าวแล้วว่า ละเมิดจะต้องเป็นการกระทำโดยผิดกฎหมาย และเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย แม้จะมีการกระทำความผิดกฎหมาย แต่บุคคลอื่นไม่ได้รับความเสียหายหรือความเสียหายยังไม่เกิด ย่อมยังไม่เป็นละเมิด

ลักษณะของความเสียหาย

1. ต้องเป็นความเสียหายที่แน่นอน ความเสียหายที่แน่นอน อาจเป็นความเสียหายที่เป็นตัวเงินหรือความเสียหายอันมิใช่ตัวเงิน หรือความเสียหายอันเกิดขึ้นแล้วในเวลาปัจจุบันหรือความเสียหายในอนาคตอันจะต้องเกิดขึ้นแน่นอน

2. ต้องเป็นความเสียหายตามกฎหมาย กล่าวคือ เป็นความเสียหายที่กฎหมายยอมรับรอง ถ้าเป็นความเสียหายโดยพฤตินัย เช่น ผู้เสียหายยินยอมให้กระทำ แม้จะเกิดความเสียหายก็ไม่ใช่ความเสียหายตามกฎหมายอันจะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนได้

3. ต้องเป็นความเสียหายต่อสิทธิของบุคคลอื่น กล่าวคือ เสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดซึ่งกฎหมายรับรองคุ้มครอง หากไม่มีกฎหมายรับรองก็เรียกค่าสินไหมทดแทนไม่ได้ (ฎีกาที่ 789/2502) สำหรับสิทธิในความเป็นอยู่

ส่วนตัว (right of privacy) เดิมไม่มีกฎหมายรับรอง เพิ่งนำมาบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 มาตรา 47 และต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 34 ได้บัญญัติรับรองไว้เช่นเดียวกันว่า สิทธิของบุคคลในความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัวนั้น มีความหมายกว้าง ซึ่งอาจเป็น ความเป็นส่วนตัวในข้อมูลส่วนบุคคล (information privacy) ความเป็นส่วนตัวในอาณาเขตหรือสถานที่ของตนเอง (territorial privacy) ความเป็นส่วนตัวในชีวิตร่างกาย (bodily privacy) หรือ ความเป็นส่วนตัวในการติดต่อสื่อสาร (communication privacy) ดังนั้นบุคคลจึงมีสิทธิที่จะมีชีวิตส่วนตัวหรืออยู่อย่างเป็นส่วนตัวโดยสงบสุขปราศจากการรบกวนใด ๆ

การทำให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย

1. ทำให้เสียหายแก่ชีวิต หมายความว่า การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย (ฎีกาที่ 1550/2518)
2. ทำให้เสียหายแก่ร่างกาย หมายความว่า การทำให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหาย เป็นภัยแก่ร่างกาย รวมตลอดถึงประสาทอันเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายด้วย (ฎีกาที่ 1052/2506, 1921/2520)
3. ทำให้เสียหายแก่นาม หมายความว่า การทำให้บุคคลอื่นเสื่อมเสียสุขภาพหรือการทำให้ผู้อื่นจะอยู่อย่างสงบสุข เพราะกลั่น ฝัง คำนวณ ความกระเทือน หรือนำเนา (ฎีกาที่ 1926/2517, 3407/2535)
4. ทำให้เสียหายแก่เสรีภาพ หมายความว่า การข่มขืนใจให้บุคคลอื่นกระทำการ ไม่กระทำการ หรือจำยอมต่อสิ่งใด อันทำให้ขาดเสรีภาพในการเคลื่อนไหว (ฎีกาที่ 809/2487, 1447/2503)
5. ทำให้เสียหายแก่ทรัพย์สิน หมายความว่า การเอาทรัพย์สินของบุคคลอื่นไปหรือทำลายทำให้เสื่อมค่าทำให้ไร้ประโยชน์ รวมตลอดถึงการใช้สิทธิอันเป็นเหตุให้เจ้าของอสังหาริมทรัพย์ได้รับความเสียหายหรือเดือดร้อนเกินที่ควรคิดหรือคาดหมายตามมาตรา 1337 ด้วย (ฎีกาที่ 336/2497, 40/2502, 931/2523, 2949/2526)
6. ทำให้เสียหายแก่สิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด หมายความว่า การทำให้บุคคลอื่นเสียหายแก่สิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด

1.2.3 การทำละเมิดในงานวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเป็นการกระทำ ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรค และการดูแลสุขภาพของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟู

สุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ โดยการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องประสบกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดอยู่เสมอเพราะการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งเป็นงานที่หนักและเสี่ยง เมื่อเทียบกับสิ่งตอบแทนที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเงินเดือนหรือโอกาสในการเจริญก้าวหน้า ในบางครั้งพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ต้องเผชิญปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ต้องอาศัยการตัดสินใจและการช่วยเหลือที่เฉียบพลัน เช่น การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เรื้อกร่องเกินควร หรือผู้ป่วยและญาติที่มีอารมณ์หงุดหงิดไม่เป็นมิตร ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเวลาทำงานบ่อย ๆ นี้มีผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอนหลับได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงเวลานอนยังทำให้มีผลเสียต่ออารมณ์เวลาตื่น มีอาการหงุดหงิดไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดอันอาจเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติงาน

เมื่อพยาบาลเกิดความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่แสดงออกในการทำงาน เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โกรธง่าย ใจเสีย ขี้ลืม ไม่ยอมรับฟังความเห็นของผู้อื่น ขาดความอดทน พุดจาไม่สุภาพ เฉื่อยชา ทำงานผิดพลาด ผลของความเครียดจะกระทบต่อประสิทธิภาพการพยาบาลทั้งในด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปฏิบัติงานซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทะเลาะวิวาทต่อผู้ป่วยจนนำมาซึ่งปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องได้

ในปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีการจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management, RM) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance – QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement – CQI) เข้าด้วยกัน

การบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรฐานป้องกันความเสี่ยงหรือลดการสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น

การประกันคุณภาพ คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดมาตรฐานการวัด ผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาด

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ

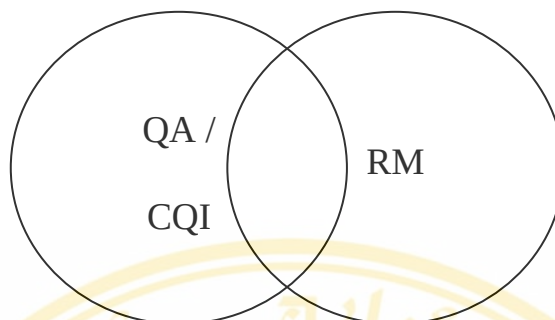
โดยเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล

ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์มากขึ้น

ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

ตัวอย่างการมีระบบการจัดการความเสี่ยงซึ่งหมายถึงการจัดการในการทำละเมิดในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่งโดยเริ่มจากการมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ HA (Hospital Assurance) ในปีพ.ศ.2544 จากเดิมมีแนวคิดว่าการพัฒนาคุณภาพนั้นคือการมีมาตรฐานการรักษายาพยาบาลจากการประกันคุณภาพ (Quality Assurance-QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement-CQI) น่าจะเพียงพอ แต่เมื่อเริ่มมีการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ก็พบว่า การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องยังไม่เพียงพอ เพราะจากการปฏิบัติงานในการรักษายาพยาบาลนั้นมีตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจมีผลทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานได้ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน บุคลากรไม่เพียงพอหรืออุปกรณ์ไม่เพียงพอเป็นต้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานหรือการทำละเมิดต่อผู้ป่วยได้ จึงนำระบบการจัดการความเสี่ยง เกิดหน่วยงานการบริหารความเสี่ยง (RM) ขึ้น



รูปภาพที่ 2 กรอบแสดงความคาบเกี่ยวระหวางการบริหารความเสี่ยงและการประกันคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพ

งานบริหารความเสี่ยง

1. ความมุ่งหมาย (Purposes)

มุ่งให้ผู้มารับบริการและบุคลากรมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ จากงานบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

มุ่งให้ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อมและชื่อเสียงของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยขอบเขต ติดตามอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลรักษา Lab/รังสี IC เครื่องมือทางการแพทย์ สิทธิผู้ป่วย/จริยธรรมองค์กร ความปลอดภัยเจ้าหน้าที่ และ สิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล

2. เป้าหมาย (Goals)

บุคลากรมีความตระหนักและเข้าใจในการเฝ้าระวัง การรายงานและจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

หน่วยงานสามารถค้นหา วิเคราะห์ความเสี่ยงที่ครอบคลุมความเสี่ยงที่สำคัญ วางมาตรการป้องกัน รวมทั้งมีการทบทวนและปฏิบัติตามได้

โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังและระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลมีการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง มาตรการป้องกันการจัดการกับความสูญเสีย การจัดระบบข้อมูลเพื่อบริหารความเสี่ยง การประสานโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารด้านความเสี่ยงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน

3. กลยุทธ์หลักที่ใช้ดำเนินงานบริหารความเสี่ยง

การทำให้งานบริหารความเสี่ยงเป็นงานที่ใช้เป็นปกติเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

การใช้ประโยชน์จากงานบริหารความเสี่ยงเป็นรูปธรรม

จากการรวบรวมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการดูแลรักษา ได้แก่

1. การติดต่อ/ประสานงาน ได้แก่ การปรึกษาแพทย์ไม่มาดูแลผู้ป่วยหรือมาดูแลผู้ป่วยล่าช้า การรับคำสั่งแพทย์ไม่ครบถ้วน การส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยงานไม่สมบูรณ์
2. การเฝ้าระวัง/ประเมินสภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยลื่นล้ม ตกเตียง การที่มีสายต่อออกจากรางการเลื่อนหลุดระหว่างการให้การพยาบาล
3. การระบุตัวผู้ป่วย ได้แก่ การส่งยาผิดคน การเจาะเลือดผิดคน การให้เลือดผิดกลุ่มเลือดหรือผิดประเภท การให้ยาผิด
4. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ จากการประเมินสภาพผู้ป่วยไม่เหมาะสม เครื่องมือในการเคลื่อนย้ายไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังการเคลื่อนย้าย
5. การเตรียมผ่าตัดไม่ถูกต้อง ได้แก่ การผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดหัตถการ
6. ภาวะแทรกซ้อนทางการคลอด ได้แก่ มารดาตกเลือดหลังคลอด เด็กแรกคลอดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายเย็นกว่าปกติหลังการคลอด
7. ภาวะแทรกซ้อนทางการรักษา ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
8. Miss Diagnosis/Delay ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิต หรืออาการทรุดหนักลง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานตรวจสอบและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลได้รวบรวมความเสี่ยงลักษณะต่าง ๆ ที่พบในโรงพยาบาลไว้กรณีตัวอย่างการเกิดความเสี่ยงในโรงพยาบาลลักษณะต่าง ๆ ได้แก่

ผู้ป่วยตกเตียง กรณีตัวอย่าง คุณกัลยา อายุ 70 ปี เข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ โดยปกติมีอาการหอบหืดอยู่แล้ว แต่ขณะนั้นเป็นมากขึ้นด้วยและกระวนกระวายอยากกลับบ้านเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนย้ายออกจากห้องอาการหนักไปยังห้องธรรมดาได้ คืนวันนั้น พยาบาลพบผู้ป่วยนอนอยู่ที่พื้น ร้องปวดสะโพก เข้าใจว่าคงพยายามลงจากเตียง แล้วล้มลงกระแทกพื้น ตรวจด้วยเอกซเรย์ พบว่ากระดูกสะโพกหัก ต้องรับการผ่าตัดใส่

เหล็กที่กระดุกสะโปก โชคดีที่ผู้ป่วยทนการผ่าตัดได้ดี แม้ว่าโรคหัวใจเพิ่งจะฟื้นใหม่ ๆ ซึ่งต้องเฝ้าระวังรักษาเป็นพิเศษระหว่างผ่าตัด

ความผิดพลาดที่เกิดจากการสื่อสาร การสั่งงานหรือการส่งมอบงาน

ตัวอย่างที่ 1 การใช้ตัวอักษรย่อในการสั่งยาหรือสั่งงาน D5 อาจหมายถึง ยาไดอะซีแพมขนาด 5 มิลลิกรัม หรือน้ำยาเด็กโตรส 5 เปอร์เซ็นต์ก็ได้

ตัวอย่างที่ 2 การใช้เตียงเป็นเครื่องบอกผู้ป่วยแทนการใช้ชื่อ หากมีการย้ายเตียงอาจกระทำการต่อผู้ป่วยผิดคนได้

ตัวอย่างที่ 3 การผ่าตัดหรือตรวจผิดคน เนื่องจากการสั่งงานทางโทรศัพท์และคำสั่งไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลเข้าใจผิดว่าเป็นการสั่งสำหรับผู้ป่วยอีกคน

ความผิดพลาดที่เกิดจากเครื่องมืออุปกรณ์ผิดพลาด

ตัวอย่าง ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการหนัก ใช้เครื่องวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และข้อมูลอื่น ๆ ที่มีเสียงเตือนเมื่อเกิดความผิดปกติเกินกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ปรากฏว่าเครื่องเสีย ไม่เตือนตามกำหนด ถ้าแพทย์และพยาบาลไม่คอยตรวจสอบเป็นระยะ ๆ อาจเกิดความผิดพลาดได้

ความผิดพลาดจากการไม่ได้ป้องกันสิ่งที่ป้องกันได้

ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเป็นแผลที่ลึกพอสมควร จะมีโอกาสให้เชื้อบาดทะยักเข้าไปในแผล เชื้อนี้มีอยู่ในธรรมชาติทั่วไป และจะเจริญได้ดีในสภาพขาดออกซิเจน ดังนั้นแผลที่กว้างและถูกกับอากาศภายนอกมากจะมีปัญหาน้อย แต่แผลลึกที่ปากแผลเล็ก เช่น แผลถูกตะปูตำจะมีโอกาสเกิดโรคบาดทะยักได้มากกว่า เมื่อเป็นโรคแล้วจะมีอาการเกร็งและชัก และอาจถึงเสียชีวิตได้ โรคนี้ป้องกันได้ด้วยการฉีดที่ออกซอยด์ป้องกันบาดทะยัก สร้างภูมิคุ้มกันไว้ล่วงหน้า ซึ่งในเคสระยะหลังนี้มักได้รับ แต่ในผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยไม่เคยได้รับที่ออกซอยด์ แม้เคยได้รับแต่ถ้าเป็นเวลานานแล้ว ก็ควรจะได้รับที่ออกซอยด์หลังจากเกิดบาดแผลอีกครั้งหนึ่ง ผู้ที่รักษาบาดแผลต้องระลึกไว้เสมอ หากไม่ปฏิบัติก็ถือว่าไม่ได้กระทำในสิ่งที่ควรกระทำ

การวินิจฉัยโรคผิดพลาดจากการตรวจที่พบว่าปกติ

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยเด็กอายุ 6 ขวบ ได้รับบาดเจ็บที่แขน ได้รับการถ่ายภาพเอกซเรย์แล้วไม่พบกระดูกหัก ต่อมาเมื่อเคลื่อนไหวมากขึ้น เอกซเรย์ใหม่จึงพบรอยร้าวที่กระดูก การไม่พบรอยร้าวในตอนแรก อาจเกิดจากมุมที่ถ่ายภาพเอกซเรย์ทำให้มองไม่เห็น หรือเกิดจากการร้าวยังเป็นน้อยก็ได้

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 65 ปี มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย ได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วไม่พบความผิดปกติ ก็ยังมั่นใจไม่ได้ว่าจะไม่ใช่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต้องใช้การตรวจอื่นประกอบ เช่น การทดสอบบนสายพาน หรือการตรวจด้วยสารกัมมันตรังสีจึงพบในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการฟ้องร้องมากที่สุดสำหรับกรณีที่เกิดที่ห้องฉุกเฉิน

การวินิจฉัยโรคผิดพลาดจากการอ่านผลการตรวจผิด

ตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ขวบ ตกต้นไม้และแขนบวม ได้ถ่ายเอกซเรย์แล้ว รังสีแพทย์อ่านว่าไม่มีกระดูกหักหรือร้าว แพทย์จึงไม่ได้ใส่เฝือกให้ ต่อมาแขนเด็กโก่ง เมื่อกลับไปดูเอกซเรย์ที่ตรวจไว้เดิมก็เห็นว่ามีการร้าวอยู่แล้ว แต่ไม่ได้อ่าน

การให้ยาผิดพลาด

ตัวอย่างการจ่ายยาผิดพลาด

1. แพทย์สั่งยาโดยเขียนหวัด หรือใช้ตัวย่อ เกสซ์กรอ่านเป็นยาอีกอย่างหนึ่งผู้ป่วยจึงรับยาผิดไป
2. ผู้ป่วยมีชื่อคล้ายกัน และส่งใบสั่งยาไปห้องยาพร้อมกัน
3. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจำนวนมาก เจ้าหน้าที่เตรียมยาตามเวลาสำหรับหลายคน ระหว่างการเตรียมหรือระหว่างการนำไป หรือระหว่างจ่ายยาให้ผู้ป่วย เกิดสลับคนกัน
4. แพทย์เขียนวิธีใช้ยาผิดพลาด เกสซ์กร ไม่ทันได้คิดหรือทักท้วงจ่ายยาไปโดยมีคำสั่งใช้ยาผิดพลาด
5. การใช้ยาก่อนอาหาร ผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าใช้รับประทานแล้วตามด้วยอาหารทันที มีผลให้การดูดซึมยาไม่ดีเท่าที่ควร
6. การใช้ยาหลังอาหารตามเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยบางคนโดยปกติไม่รับประทานอาหารมือนั้น จึงไม่แน่ใจว่าจะทำอะไร จะรับประทานอาหารไปเล็กน้อยแล้วจึงรับประทานยา หรือจะดยาไป หรือจะรับประทานยาโดยไม่ต้องรับประทานอาหารได้ เช่น ยาหลังอาหารเย็นสำหรับพระภิกษุสงฆ์
7. พนักงานนับยาในห้องยา มีภาระงานยุ่งมากในระบะที่ผู้ป่วยมากด้วยความพยายามที่จะให้บริการให้เร็ว จึงนับยาผิดชนิดจ่ายไป
8. พยาบาลในหอผู้ป่วยมีอายุอยู่แต่กลางหลุดหายไป ดูจากเม็ดยาแล้ว เชื่อว่าเป็นยาชนิดหนึ่งจึงนำมาใช้ปรากฏว่าเป็นยาชนิดอื่นที่คล้ายคลึงกัน

ตัวอย่างสาเหตุการใช้ยาที่ผิดพลาด

1. ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์เตรียมการผ่าตัด ฉีดยาให้ผู้ป่วยแล้ว เกิดปฏิกิริยาไม่ตรงกับฤทธิ์ที่คาดว่าจะเป็ยนั้น มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการหนักถึงเสียชีวิต แพทย์จึงได้ส่งยาในหลอดในชุดเดียวกันไปตรวจ พบว่าสารที่เป็นยาในหลอด ไม่ตรงกับฉลากที่อยู่บนหลอด
2. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ตรวจแล้วพบว่า เชื้อมีความไวต่อยาปฏิชีวนะชนิดหนึ่ง แต่เมื่อใช้ยากลับไม่ได้ผล เมื่อนำยาในชุดเดียวกันนั้นไปตรวจ พบว่ามีตัวยาค่ำกว่าที่กำหนดไว้บนฉลาก

การให้เลือดผิดหมู่

ตัวอย่าง การให้เลือดหากให้เลือดผิดหมู่หรือเลือดที่เข้ากันไม่ได้เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยก็จะเกิด ปฏิกิริยาต่อต้าน ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก มีฮีโมโกลบินจากเม็ดเลือด ทำให้เป็นพิษต่อไตปัสสาวะจะออกมาเป็นสีน้ำตาลเข้ม เพราะมีสารที่สลายจากฮีโมโกลบินผ่านออกไป ถ้าเป็นมากจะเกิดไตวายและหยุดทำงาน ต้องทำการล้างของเสียออกจากร่างกาย หรือใช้ไตเทียม จนกว่าไตจะกลับมาทำงาน ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับเลือดผิดหมู่จนต้องเสียชีวิต

การรักษาที่ไม่ได้คุณภาพวิชาชีพ

ตัวอย่าง ผู้ป่วยเป็นหวัดไปพบแพทย์ และได้รับยาสตีรอยด์ ซึ่งทำให้อาการหายไปโดยเร็ว ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ผลดีมาก โดยไม่ตระหนักว่ายาสตีรอยด์เป็นยาอันตรายที่อาจเกิดผลเสียต่อร่างกายในระยะยาวได้ นับเป็นการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ไม่ได้พิจารณาผลดีผลเสีย และเลือกการรักษาที่เหมาะสม

การปฏิบัติวิชาชีพเกินความสามารถของตนเอง

ตัวอย่าง แพทย์พบผู้ป่วยที่หายใจไม่ได้ เนื่องจากสำลักก้อนอาหารเข้าไปติดในกล่องเสียง ที่ไม่สามารถควักเอาออกได้ จำต้องผ่าตัดเจาะคอเพื่อให้หายใจได้ มิฉะนั้นจะเสียชีวิตในไม่ช้า สภพเช่นนี้แพทย์ผู้นั้นจำต้องผ่าตัดเจาะคอเพื่อช่วยชีวิต แม้ว่าจะต้องใช้มีดกรีดหรือมีดพับก็ตาม ต้องอาศัยการทำความสะอาดและวิธีการเท่าที่ทำได้ให้ดีที่สุด กรณีนี้เป็นการกระทำที่ถูกต้อง หากไม่ทำการผ่าตัดช่วยชีวิต แต่ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า และผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างทาง ย่อมเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง

การเลื้อย เลื่อย ไม่ใช้ความระมัดระวังตามสมควร

ตัวอย่าง การเลื้อยเครื่องมือ หรือผ้าซับเลือดไว้ในแผลผ่าตัด นับเป็นเหตุการณ์ที่ปรากฏเป็นครั้งคราวมาเป็นเวลานาน และได้มีการพัฒนามาตรการป้องกันขึ้นมา ซึ่งแพทย์และพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น การเลื้อยเครื่องมือหรือผ้าซับเลือดไว้ จะทำให้เป็นสิ่งแปลกปลอมซึ่งร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อต้าน เป็นผลให้เป็นไข้ ติดเชื้อหรือเกิดฝีที่หลังได้ บางกรณีก็มีปฏิกิริยาน้อย ไปพบเมื่อถ่ายเอกซเรย์อีกครั้ง หรือจำเป็นต้องผ่าตัดเข้าไปใหม่

การรักษาไม่ได้ผลตามที่ตกลงกันไว้

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายได้รับการผ่าตัดทำหัตถ์ แล้วต่อมารักษาเกิด ตั้งครรภ์ จนเกิดปัญหาการขัดแย้งในครอบครัว ปรากฏว่าการผูกท่อน้ำอสุจิผิดพลาด เพราะเชือกที่ผูกหลุด หรือท่อน้ำอสุจิที่ตัดแล้วเกิดต่อกันเข้าใหม่ หรือผู้ป่วยมีท่อสองท่อ และผูกไปท่อเดียว หรือแม้กระทั่งแพทย์ผูกผิด ไม่ได้ผูกท่อน้ำอสุจิ แต่ไปผูกหลอดเลือดหรือเส้นเอ็น

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยกระดูกแขนหรือขาหัก มีวิธีการรักษาหลายอย่าง ทั้งการเข้าเฝือก การดัด หรือการผ่าตัด แพทย์อาจพิจารณาตามสภาพการหัก แล้วเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด เมื่อ 30-40 ปีก่อน ในประเทศสหรัฐอเมริกา กรณีฟองร้องเกิดมากที่สุด จากการที่กระดูกติดในตำแหน่งที่ไม่ดีตามที่ผู้ป่วยคาดว่าควรจะเป็น เช่น เกิดแขนโก่ง ขาโก่ง ใช้มือไม่สะดวก เดินไม่ถนัด

การกระทำที่ผิดกฎหมายในโรงพยาบาล

ตัวอย่างที่ 1 การปลูกถ่ายอวัยวะ นับเป็นเทคนิคใหม่ที่มีประโยชน์ ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่การได้อวัยวะจากคนอื่นมีเงื่อนไข หรือปัญหาเชิงปฏิบัติอยู่ไม่น้อย ที่โรงพยาบาลและแพทย์ต้องรักษากฎหมายและข้อบังคับ แพทยสภาได้ประกาศเกณฑ์สมองตาย และเกณฑ์ปฏิบัติในการปลูกถ่ายอวัยวะ ห้ามมีการซื้อขายอวัยวะ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการ จะต้องดูแลรักษาและปฏิบัติตามเกณฑ์โดยเคร่งครัด ผู้อำนวยการต้องรับผิดชอบ หากมีการกระทำไม่ถูกต้องขึ้น แพทย์ผู้ปฏิบัติก็ต้องรับผิดชอบตามจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตัวอย่างที่ 2 การออกใบรับรองแพทย์เป็นเทรนด์เป็นการกระทำผิดที่ร้ายแรงอย่างหนึ่ง การรับรองผลการตรวจสุขภาพมีความสำคัญในการรับบุคคลเข้าทำงาน การรับรองการเจ็บป่วยมีผลทั้งทางกฎหมาย ค่าตอบแทนและความยุติธรรมในสังคม แพทย์ในฐานะผู้ประกอบการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต้องกระทำการด้วยความซื่อสัตย์สุจริต

จากลักษณะอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในปัจจุบัน โรงพยาบาลหลายแห่งได้เลือกลักษณะอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานการ รักษาพยาบาลกำหนดเป็นจุดเน้นในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จึงได้เลือกมาเพื่อศึกษา ได้แก่

1. การให้ยาผิด/การให้เลือดผิด จนทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
2. การดูแลรักษาล่าช้า
3. การดูแลผู้ป่วยแล้วปล่อยให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการลื่นหกล้ม/ตกเตียง

ลิ่ม/ตกเตียง

4. การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด

และเพื่อให้ครอบคลุมในบทนิยามของการทำละเมิดจึงได้เพิ่ม ลักษณะประเด็นความเสี่ยงต่อการทำละเมิดที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจจนเกิดการ ร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้อีกหนึ่งลักษณะคือ

5. การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

2.1 ความเครียด

ในชีวิตประจำวันบุคคลจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งจะทำให้เกิด ความสับสน ความไม่พอใจ ความโกรธ และถ้าสะสมไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้เกิดความ เครียดขึ้นในบุคคลนั้น และบุคคลจะแสดงออกหรือปฏิกิริยาต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อ ความเครียด และวิธีการที่บุคคลจะใช้จัดการเพื่อขจัดความเครียดนั้น

2.1.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียด (Stress) มาจากภาษาละตินว่า “Strietus หรือ Strict” ซึ่งหมายถึง แรงกดดันที่มีต่อร่างกายและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย (Webster, 1967: 1801)

ลักแมนน์ และโซเรนสัน (Luckman and Sorenson, 1980: 10) ได้สรุป ความหมายของความเครียดไว้ดังนี้

1. หมายถึง สิ่งที่มาคุกคาม หรือพยายามทำลายบุคคล
2. หมายถึง สิ่งที่ทำให้บุคคลประสบความไม่พึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ
3. หมายถึง สิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจมนุษย์
4. หมายถึง สิ่งที่ถูกคุกคามทำให้สภาวะของร่างกายและจิตใจขาดสมดุล

สุจิต สุวรรณชีพ (2531: 91) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะของจิตใจที่ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งบุคคลคิดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้น ๆ มากเกินกว่ากำลังความสามารถในเวลาปกติจะแก้ไข หรือจัดให้หมดสิ้นหรือบรรเทาได้

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2533: 2) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า ความเครียดคือการที่จิตใจของบุคคลตื่นตัว เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลคาดว่าจะเป็นเรื่องยาก เรื่องที่ไม่มั่นใจ หรือเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจทั้งหมดที่มีอยู่เข้าแก้ไขหรือเข้าต่อสู้กับปัญหานั้น ๆ

จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความเครียดหมายถึงภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกคุกคามจากทั้งสถานการณ์ภายนอกและสภาพภายในของบุคคล ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่ไม่สมดุล ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้น ทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย

2.1.2 ชนิดของความเครียด

กัลป์ลาฮอร์ (Gallagher อ้างจากสุกัญ ยาวะประภาส, 2525: 66) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่ดี (Negative thing or Negative forces) หรือเรียกว่า “ความทุกข์” (Distress) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลในลักษณะที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และนำไปสู่ความคับข้องใจไม่มากนักน้อย ได้แก่ การหย่าร้าง ญาติมิตรเสียชีวิต การเจ็บป่วย การตกงาน เป็นต้น

2. ความเครียดที่เกิดจากสิ่งที่ดี (Positive thing or Positive forces) หรือเรียกว่า “ความสุข” (Eustress) ความเครียดชนิดนี้เป็นความเครียดทางด้านบวกเกิดขึ้นเนื่องจากมีความสุขสนุกสนาน ได้รับประสบการณ์ที่เพลิดเพลินอึดอึดไปด้วยความปิติยินดี ได้แก่ การแต่งงาน การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เป็นต้น

มิลเลอร์ และคีน (Miller and Keane, 1972: 915-916) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด เช่นกัน คือ

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามระยะเวลาการเกิด

ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น ได้รับบาดเจ็บ การเกิดอุบัติเหตุ ไฟไหม้ เป็นต้น

ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing stress) เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน อาจเป็นสัปดาห์ เดือน ปี หรือตลอดชีวิต ซึ่งผลจากการคุกคามนั้นมีลักษณะไม่เด่นชัด แต่มีการสะสมขึ้นเรื่อย ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในแต่ละวัย การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

2. ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองอย่างทันทีทันใด จะเกิดขึ้นเมื่อคิดว่าจะมีอันตราย อาจเกิดจากคำบอกเล่าของผู้อื่น ประสบการณ์ในอดีต ฮาเฟน และเฟรนส์เซน (Hafen and Frandsen, 1981: 13) ได้แบ่งความเครียดตามความสามารถในการป้องกันการเกิดดังนี้

1. ความเครียดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Stress) เช่น ไม่ชอบสถานที่ที่มีผู้คนแออัด ไม่ชอบอากาศนอกบ้าน ก็สามารถเลี่ยงได้
2. ความเครียดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Unavoidable Stress) เช่น ความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือความตาย เป็นต้น

2.1.3 สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressors) หมายถึง สิ่งใด ๆ ที่รบกวนให้เกิดความเครียดแก่บุคคล และทำให้กลไกการปรับตัวต่อผู้ของร่างกายต้องทำงานเพื่อจัดภาวะเครียดนั้น มูลเหตุอาจเกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย หรือเกิดจากภาวะภายในร่างกายก็ได้ อาจแบ่งออกเป็นสาเหตุที่มีตัวตน จำแนกได้ชัดเจนหรือไม่มีตัวตนให้จำแนกก็ได้ (ลออ หุตางกูร, 2522: 78)

ได้มีผู้แบ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. สาเหตุจากภายใน เป็นสาเหตุที่เกิดจากภายในร่างกายของบุคคล เช่น ความเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือความรู้สึกไม่พอใจ โกรธ การเสียความภาคภูมิใจ เสียเกียรติ หรือบุคลิกบางประการของบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น จริ่งจกกับชีวิต เจาะระเบียบ ใจร้อน รุนแรง ก้าวร้าว เป็นต้น
2. สาเหตุจากภายนอก ส่วนใหญ่จะเป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตและครอบครัว เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ ความเครียดที่เกิดจากการงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ขวัญและกำลังใจในการทำงาน (Wallace, 1978: 457-457; อัมพล สุอำพัน, 2533: 91-92; Newman อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2529: 81-88)

ฟาร์เมอร์ และคณะ (Farmer et al., 1984: 20-24) ได้แบ่งสาเหตุความเครียดเป็นดังนี้ คือ

1. สาเหตุจากตัวบุคคล (Personal Source) เป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งได้แก่ โครงสร้างบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในชีวิต อัตมโนทัศน์ของบุคคล (Self-Concept) สุขภาพ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในลักษณะของปัจเจกบุคคล
2. สาเหตุจากการเงิน (Financial Source) เป็นสาเหตุที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจ เช่น สถานภาพทางการเงิน รายได้ ความสามารถในการจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย รวมทั้งการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานภาพทางการเงินที่ควรเป็น
3. สาเหตุจากสัมพันธภาพ (Relational Source) หมายถึง สาเหตุที่เป็นผลมาจากการพบปะสังสรรค์ (Interaction) กับคนอื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน คู่สมรส เพื่อน
4. สาเหตุจากอาชีพการงาน (Occupational Source) เป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ในการทำงานและการดำเนินชีวิต ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกและประสบการณ์ในอาชีพปัจจุบัน รวมถึงการคาดหวังในอนาคต

บราวน์และโมเบิร์ก (Brown and Moberg, 1980: 170-172) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับงานที่พบเสมอคือสภาพการทำงาน เช่น การที่ต้องทำงานอย่างรวดเร็ว ต้องใช้ความพยายามสูงหรืองานลำบากเกินไปงานที่หนักเกินไป หมายถึงการมีปริมาณงานที่ต้องทำมากหรืองานที่ต้องใช้สมาธิในการทำที่สูง ใช้เวลารวดเร็วหรือเป็นการตัดสินใจที่มีความหมาย
2. เกี่ยวกับบทบาทขององค์กร ได้แก่บทบาทที่คลุมเครือ หมายถึงการที่คนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงาน บทบาทความคาดหวังเกี่ยวกับงานของผู้ร่วมงานและเกี่ยวกับขอบเขตความรับผิดชอบของงานไม่ชัดเจนบทบาทที่ขัดแย้ง หมายถึงการที่บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในองค์กรถูกกำหนดขึ้นอย่างสับสน เกี่ยวกับงานที่ต้องกระทำหรือไม่ต้องกระทำ บทบาทที่ขัดแย้งพบเสมอเมื่องานถูกกำหนดโดยกลุ่มคนสองกลุ่มซึ่งต้องการพฤติกรรมที่แตกต่างกันหรือคาดหวังหน้าที่ต่างกัน

ความรับผิดชอบ ความรับผิดชอบเป็นบทบาทหนึ่งในองค์กรแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับคนหมายถึงการที่ต้องใช้เวลามากในการพบปะ

ผู้คน การสังสรรค์ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งของ จากการศึกษาพบว่าความรับผิดชอบเกี่ยวกับคนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าความรับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งของ และมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่จัดและความดันโลหิตสูง

อื่น ๆ เช่น การไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขาดความช่วยเหลือจากผู้บริหาร การที่ต้องทำงานให้ได้มาตรฐานสูงขึ้นและให้ทันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

3. สัมพันธภาพในหน่วยงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ร่วมงานเป็นสาเหตุของความเครียดประการหนึ่ง สัมพันธภาพไม่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจต่ำและความช่วยเหลือเกื้อกูลต่ำ ความสนใจที่จะพยายามแก้ปัญหาอันยถากรรมของความไว้วางใจของบุคคลในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับบทบาทที่คลุมเครือซึ่งมีผลทำให้ไม่มีการสั่งการระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพกับผู้บริหาร ผู้บริหารที่มุ่งสัมพันธ์ต่ำคือมีความเป็นเพื่อน ความจริงใจ ยอมรับและให้ความอบอุ่นน้อย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกกดดันในงาน

สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน การขาดความช่วยเหลือทางสังคมในสถานการณ์ยุ่งยากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

4. พัฒนาการทางอาชีพ ได้แก่ การขาดความมั่นคงปลอดภัยในงาน และไม่มีความก้าวหน้าในงาน

5. บรรยากาศในการทำงาน ได้แก่ การคุกคามต่ออิสรภาพของแต่ละบุคคล เช่น การไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขาดการให้คำแนะนำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพจากผู้บังคับบัญชา การสื่อสารที่ไม่ดีและการแสดงออกของพฤติกรรมถูกจำกัด

6. สาเหตุภายนอกองค์กร ได้แก่ ปัญหาครอบครัว วิถีชีวิต ความยุ่งยากทางการเงิน ความขัดแย้งในความเชื่อถือขององค์กรกับบุคคล และองค์กรกับความต้องการครอบครัวและคุณลักษณะแต่ละบุคคล

7. การเปลี่ยนแปลงในงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ใหม่ การเปลี่ยนขั้นตอนการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อการเปลี่ยนแปลงถูกตัดสินใจโดยปราศจากเหตุผลและไม่มีการอธิบายใด ๆ ให้ทราบถึงความคาดหวังที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

8. ระบบรางวัล การประเมินผลในการปฏิบัติงานก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

นูแมน (Numan อ้างในจินตนา ชูนิพันธ์, 2533: 1-2) กล่าวว่า ต้นเหตุของความเครียดอาจมาจาก

1. ภายในตัวบุคคลเอง คือแรงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลเช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เฉพาะอย่าง อัตลักษณ์ (Self image) ที่เปลี่ยนแปลงไป การเรียนรู้ต่าง ๆ อารมณ์โกรธ เป็นต้น

2. ระหว่างบุคคล คือแรงที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เช่น ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทของแต่ละคนในครอบครัว และในสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และวัฒนธรรม

3. ภายนอกบุคคล คือแรงที่เกิดขึ้นภายนอกบุคคล เช่น สภาพเศรษฐกิจ ภาวะแวดล้อม

จีน โอสด หัสบำเรอ (2525: 15-17) กล่าวว่าไว้ว่าในการประกอบอาชีพการงานนั้นมนุษย์จะต้องเข้าไปอยู่ในสภาพการทำงานเฉพาะอย่าง ซึ่งแตกต่างไปจากบ้านที่อยู่อาศัย และสถานที่ที่เคยชิน สิ่งแวดล้อม ในการทำงานย่อมมีอิทธิพลต่อร่างกาย และจิตใจมาก และได้สรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานไว้ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่คับแคบ การระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างน้อยเกินไป หรือมีเสียงรบกวน เป็นต้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ

2. ความคุ้นเคย ได้แก่ ความคุ้นเคยกับสถานที่หรือบุคคล

3. ปริมาณงานมากเกินไป หรือคุณภาพงานสูง ทำให้เกิดความวิตกกังวล

4. ความรับผิดชอบ ถ้ามีความรับผิดชอบต่องานสูงยิ่งเกิดความเครียด

5. มนุษย์สัมพันธ์ระหว่างบุคคลในหน่วยงาน เช่น สัมพันธภาพไม่ดีกับผู้บังคับบัญชา หรือผู้ร่วมงาน

6. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น ความไม่ชัดเจนของหน้าที่ ทำให้เกิดการเกี่ยงงาน และเกิดความขัดแย้งในการทำงาน

7. การขาดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

8. การถ่ายทอดสิ่งที่เคยเป็นประโยชน์ ได้แก่ สวัสดิการต่าง ๆ ของหน่วยงาน

9. การมีกฎเกณฑ์มากเกินไปในหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่สบายใจ

2.1.4 ระดับความเครียด

เฟรน และวาติกา (Frain and Valiga, 1981: 45-49) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (Day to day stress) ความเครียดในระดับนี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ และใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การมีชีวิตแบบเร่งรีบ การเดินทางในสภาพการจราจรติดขัด การปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและจะหมดไปในระยะเวลาอันสั้นและไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต

ระดับ 2 ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจาก มีสิ่งคุกคาม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน หรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัวและร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีน้อย และสิ้นสุดลงในระยะเวลาเพียงวินาที หรือชั่วโมงเท่านั้น

ระดับ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) ความเครียดในระดับนี้รุนแรงกว่า ระดับที่ 1 และที่ 2 อาจจะปรากฏอยู่เป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียดที่เกิดจากการเข้าทำงานใหม่ การทำงานหนัก การเจ็บป่วยรุนแรง สภาวะเช่นนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว บุคคลอาจ จะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดความเครียด ความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมง หลาย ๆ ชั่วโมง หรืออาจจะเป็นวัน

ระดับ 4 ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (Severe stress) เกิดจากสถานการณ์คุกคามยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้น ความเครียดในระดับนี้ทำให้บุคคลประสบความล้มเหลวในการปรับตัว เช่น ขาดสมาธิในการทำงาน ไม่สนใจครอบครัว ขาดการทำงาน ความเครียดในระดับนี้เกิดขึ้นเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือนหรือเป็นปี

2.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียด

การที่บุคคลจะมีความเครียดแตกต่างกัน ทั้งที่เผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เหมือน ๆ กันนั้นขึ้นอยู่กับ

1. การรับรู้ต่อสถานการณ์ของบุคคลว่าเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญในทางที่จะก่อให้เกิดปัญหาแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด หรือบุคคลมองปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตน
2. ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาในอดีต ผู้ที่มีประสบการณ์ความเครียดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อน เมื่อพบเหตุการณ์นั้นอีก อาจจะรู้สึกว่ามีความเครียดลดลงหรือเพิ่มขึ้น

3. สิ่งที่มาช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น มีคนคอยให้กำลังใจช่วยเหลือแนะนำ

4. การใช้กลไกการปรับตัว และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ที่มีความมั่นใจในตนเอง ยืดหยุ่นได้ มองการณ์ไกล มีอารมณ์ขัน จะทำให้ความเครียดลดลงได้

5. ลักษณะความรุนแรงของความกดดัน หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดในลักษณะที่ค่อย ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ สถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดการรับรู้และการปรับตัวจะทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือนับพลัน (ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2523: 69; สุจริต สุวรรณชีพ, 2531: 96)

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทั้งทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เศรษฐกิจและการศึกษา ทำให้ความเครียดในงาน มีปัจจัยด้านอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น ดังที่ไอแวนชีวิช และแมททีสัน (Ivancevich & Matteson, 1990) กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานประกอบด้วย

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากสภาพการทำงานไม่ดี โดยมีสาเหตุมาจากแสง เสียง อุณหภูมิ หรือสภาพอากาศ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ความขัดแย้ง หรือความคลุมเครือในบทบาทการปฏิบัติงาน ภาระงานที่มาก หน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับคน การขาดความก้าวหน้าในงาน
3. ปัจจัยจากกลุ่ม เป็นความเครียดที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ไม่ดี ในกลุ่มผู้ร่วมงาน ผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้บังคับบัญชา การไม่ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การขาดความสนใจรับฟังหรือแก้ปัญหาาร่วมกัน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจกัน ความขัดแย้ง การสื่อสารที่น้อยลง ความไม่พึงพอใจซึ่งกันและกัน และส่งผลเป็นความเครียดในที่สุด
4. ปัจจัยจากองค์กร ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน การที่ผู้บริหารหรือผู้ร่วมงานไม่ยอมรับในความรู้ ความคิด ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดในงาานนั้นอย่างมาก โดยเฉพาะงานที่มีความจำเป็นในการตัดสินใจบ่อยครั้ง เช่น งานดูแลผู้ป่วยวิกฤติ นอกจากนี้ได้แก่ปัญหาโครงสร้างขององค์กร ช่วงของการบังคับบัญชา นโยบายขององค์กร ซึ่งถ้าองค์กรใดมีโครงสร้างแบบราชการ และมีความเข้มงวด มักเป็นสาเหตุของความเครียดในงาน

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น ย่อมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนั้น ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ

1. ปฏิกริยาตอบสนองด้านสรีรวิทยา ความเครียดจะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพเหมือนทำงานหนัก ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีปริมาณของออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น หัวใจสูบฉีดโลหิตเร็วและแรง เกิดผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร หอบ หืด อารมณ์เพศลดลง มีอาการคัน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะบีบตัวมา ผมหงอก แก่เร็ว อายุสั้น หรือปัจจุบันเชื่อว่าความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งได้ด้วย

2. ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว เฉื่อยชา มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล อารมณ์หงุดหงิด ไม่อดทน ระดับความรู้สึกเสียใจ ความจำ สมาธิ ความใส่ใจ อาจพบว่ามีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อย มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น เห็นภาพหลอน ขบวนการทางด้านการคิดถูกรบกวน มีความคิดสับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ก้าวหรือสงสัยโดยไม่มีเหตุผล มีความผิดปกติของการใช้ภาษาหรือการสื่อสาร เช่น พูดจาซ้ำซาก พูดเรื่องไม่เกี่ยวกับปัจจุบัน มีการออกเสียงหรือเลียนแบบการพูดผิดไป อาจใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น มีพฤติกรรมเพื่อฝัน การกล่าวโทษคนอื่น เป็นต้น (Murray, 1975: 69-81; Hopping, 1980: 2528-269; Dougan and others, 1986: 101-198)

2.1.6 การวัดความเครียด

ความเครียดเป็นเหตุการณ์ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ร่างกายของบุคคลที่เกิดความเครียดมีปฏิกริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมต่างๆ การที่จะทราบว่าบุคคลมีความเครียดมากน้อยเพียงใด จะสามารถวัดได้จากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพราะการแสดงออกของร่างกายและจิตใจที่ปรากฏให้เห็นก็คือปฏิกริยาตอบสนองที่เกิดจากความเครียดนั่นเอง นักวิชาการต่างๆ ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อวัดความเครียด ซึ่งมีดังนี้

1. แบบวัดความเครียด OSI (Occupational Stress Indicator) แบบวัดความเครียด OSI นี้ คูเปอร์และคณะ (Cooper et al., 1988) ได้สร้างขึ้นในปี 1988 เป็นแบบวัดความเครียดซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกายและทางใจที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเครียด มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางใจ (สุขภาพจิต) 18 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย 12 ข้อ

2. แบบสำรวจสุขภาพจิต CMI (Cornell Medical Index) ซึ่งยรรยงค์ สุทธารัตน์ ได้นำมาใช้เป็นคนแรก โดยดัดแปลงจากแบบสำรวจสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยคอร์เนล ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 195 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 130 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ จำนวน 65 ข้อ

3. แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 (Symptom Checklist-90) เป็นแบบสอบถามอาการต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยคำถาม 90 ข้อ ซึ่งจะวัดอาการทางคลินิกที่สำคัญออกเป็น 9 ด้าน คือ ความเจ็บป่วยทางกาย การย่ำคิดย่ำทำ ปัญหาการติดต่อระหว่างบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความกลัวอย่างไร้เหตุผล ความหวาดระแวงและมีอาการทางจิต

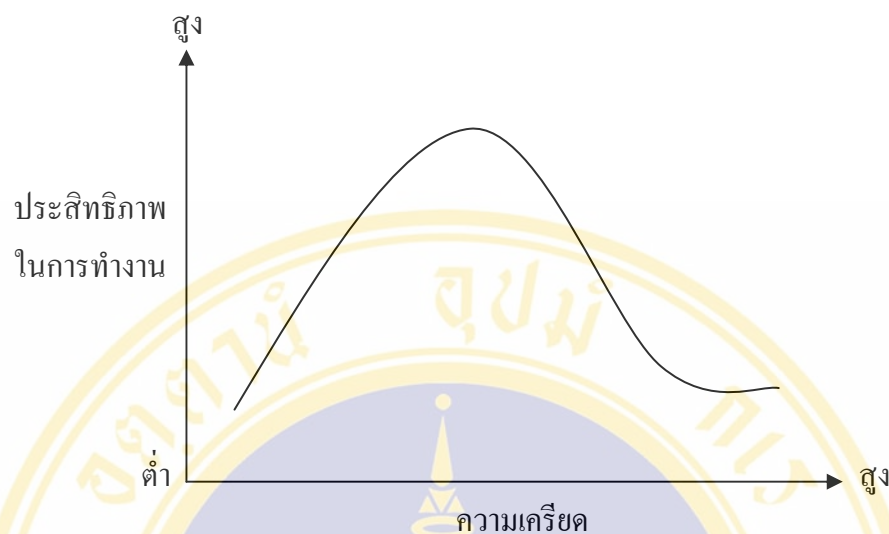
4. แบบวัดความเครียดของลารอคโคและคณะ (Larocco et al., 1980) ได้สร้างแบบวัดความเครียดเพื่อใช้ในการศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในการทำงานและสุขภาพ โดยวัดความเครียดจากปฏิกิริยาทางร่างกายและจิตใจ โดยวัดจากการแสดงออกคือ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทางร่างกาย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกหงุดหงิดฉุนเฉียว

5. แบบวัดความเครียดHOS (Health Opinion Survey) เป็นแบบวัดที่บรรจง สืบสมาน ได้นำมาใช้เป็นคนแรกโดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดที่ Allister M. Macmillan สร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

สำหรับการวัดความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้วัดความเครียดจากอาการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจตามแบบวัดความเครียดซึ่งเนื้อหาแบบวัดความเครียดนี้ดัดแปลงโดยรุ่งฤดี ศิริรักษ์ (2535) จากแบบวัดความเครียดเอชโอเอส (HOS, Health Opinion Survey) ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ และแบบสำรวจสุขภาพจิตซีเอ็มไอ (CMI, Cornell Medical Index) ซึ่งมีข้อคำถาม 195 ข้อ โดยคัดเลือกข้อคำถามจากแบบวัดทั้งสองซึ่งครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเป็นผลของความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ

ความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงาน

เป็นที่รู้กันเป็นอย่างดีว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงานมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบ U หักกลับ (Inverted-U relationship) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 กล่าวคือ ภายใต้อาการเครียดระดับต่ำ ประสิทธิภาพในการทำงานก็จะต่ำ เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นถึงระดับปานกลาง จะกระตุ้นร่างกายและเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นไปจนเกินความสามารถของบุคคลจะรับได้ ก็จะมีผลให้ประสิทธิภาพตกต่ำลง



รูปภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับประสิทธิภาพในการทำงาน (Robbin, 1986: 386)

รูปแบบของความสัมพันธ์แบบ U หักกลับ (Inverted-U relationship) นี้ นอกจากจะอธิบายความรุนแรงของความเครียดกับการทำงาน ยังอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการเกิดความเครียดกับประสิทธิภาพของงานได้ด้วย กล่าวคือ หากมีความเครียดระดับปานกลางแต่ดำรงอยู่เป็นเวลานานเกินไปก็จะมีผลให้ประสิทธิภาพของงานลดลงได้ เช่น พยาบาลในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษายู่ตลอดเวลา ระดับความเครียดอาจจะไม่รุนแรง แต่มีอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้

2.2 ความเครียดในงานของพยาบาล

2.2.1 บทบาทหน้าที่และลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ

วิชาชีพการพยาบาล

ลออ หุตางกูร (2529: 3) ได้ให้ความหมายของวิชาชีพการพยาบาลว่า หมายถึง ระบบบริการสังคมในสาขาเฉพาะ ซึ่งเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของคนทั่วไป ระบบของวิชาชีพนี้มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ภาค คือ

1. วิทยาการหรือศาสตร์ของวิชาชีพ (Nursing Knowledge) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักการ เหตุผล เทคนิค หรือกรรมวิธี และทฤษฎีเฉพาะของวิชาชีพ ซึ่งรวบรวมและจัดสอน โดยสถาบันระดับอุดมศึกษา วิทยาการของวิชาชีพการพยาบาล จะต้องก้าวหน้าไปอย่างเสรีควบคู่กับวิทยาการของสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ในสังคม

2. บริการของวิชาชีพ (Nursing Services) หมายถึง การจัดอำนวยการบริการ การพยาบาลอย่างมีระบบ และเป็นสถาบันที่มั่นคง เพื่อให้บริการที่จำเป็นแก่ชีวิตและประชาชนได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องกันไปควบคู่กับสังคม

3. สมาชิกของวิชาชีพ ได้แก่ บุคคลซึ่งได้ศึกษาจบหลักสูตรขั้นพื้นฐาน ตามเกณฑ์ของวิชาชีพแล้ว เรียกว่า “พยาบาล” (Nurse) วิชาชีพการพยาบาล จะต้องมีการพยาบาลที่ขึ้น ทะเบียนประกอบการพยาบาล เป็นจำนวนมากพอที่จะให้บริการของวิชาชีพได้ทั่วถึง อย่าง ต่อเนื่องกันไปในสังคม

4. องค์กรวิชาชีพ (Professional Organizations) เป็นสถาบันที่ควบคุม มาตรฐานและเอกภาพของวิชาชีพอย่างมีระบบ ซึ่งอาจเป็นองค์กรที่มีอำนาจควบคุมตามกฎหมาย เช่น สภาการพยาบาล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529: 2-3) กล่าวว่า เกณฑ์ในการประเมินวิชาชีพมีดังนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมของวิชาชีพ ต้องใช้ความสามารถทางสติปัญญา และปฏิบัติโดยมีความรับผิดชอบ

2. กิจกรรมการปฏิบัติของวิชาชีพเป็นการบริการทางสังคม สังคม ยอมรับว่าจะขาดเสียไม่ได้

3. การปฏิบัติกิจกรรมจะต้องอยู่ในขอบเขตแห่งจรรยาบรรณของวิชาชีพ

4. มีเนื้อหาความรู้ (Body of knowledge) ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของ ตนเอง

5. สมาชิกของวิชาชีพรวมตัวกันเป็นสมาคมวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับใน สังคม

การพยาบาลมีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

ฟลอเรนซ์ นิติงเกล (อ้างในสุปาณี วสินอมร, 2531: 3) ได้ให้ความหมาย การพยาบาลว่า เป็นการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ โดยยึด หลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยอันดีต่อประชาชนและสังคม โดยมีได้ คำนึงถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิการเมือง ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุญาตให้ขึ้น ทะเบียนประกอบโรคศิลปะสาขาการพยาบาล

สภาการพยาบาล (2529: 3) ให้ความหมายว่า การพยาบาลเป็นการกระทำ ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรค และการถูกละเมิดของโรค การประเมินภาวะ สุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการสนับสนุนแผนการ รักษาของแพทย์ โดยการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลัก วิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

สุปาณี วสินอมร (2531 : 5-9) กล่าวว่า งานพยาบาลเป็นงานบริการที่ต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายแขนงอาชีพ เพื่อให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัตถุประสงค์ของการพยาบาลมี 5 ประการด้วยกัน

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพที่ดี และเจ็บป่วยหรือพิการ มีสุขภาพดีขึ้น เช่น การแนะนำให้รับประทานอาหารให้ถูกส่วน การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

2. การป้องกันโรค หรือการบาดเจ็บต่าง ๆ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วยหรือพิการ ให้พ้นจากการเกิดโรคความพิการหรือบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรนแก่เด็ก การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกวิธีให้แก่คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม

3. การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาลบุคคลที่เจ็บป่วยแล้วให้บรรเทาความเจ็บปวด ให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัยมากที่สุด เช่น สังเกตอาการแรกเริ่ม อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หาข้อมูลต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การรักษาพยาบาลไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร และพยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถไขว่คว้าที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขาข้างหนึ่งพยาบาลต้องสอนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ขาที่ยังเหลืออีกข้างหนึ่งให้เป็นประโยชน์มากที่สุด และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

5. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สิ้นใจอย่างสงบ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทรมาย

ในการดูแลผู้ป่วยนั้นพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ 3 บทบาท คือ

1. บทบาทด้านการรักษา
2. บทบาทด้านการดูแล
3. บทบาทด้านสังคม

1. **บทบาทด้านการรักษา** ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ พยาบาลมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์โรค เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สามารถที่จะสังเกตอาการแรกเริ่มของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับการรักษา นอกจากนี้พยาบาลต้องปฏิบัติกรต่าง ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ฉีดยา ให้ยาแก่ผู้ป่วย และในชุมชนพยาบาลยังมีบทบาทในด้านการคัดกรองโรคและรักษาโรคง่าย ๆ

2. **บทบาทด้านการดูแล** พยาบาลจะมีบทบาทด้านนี้มากที่สุด จุดมุ่งหมายใหญ่ของบทบาทนี้คือ เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเป็นหลัก

3. **บทบาทด้านสังคม** พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ต้องพลัดพรากจากครอบครัว ต้องงดเว้นการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ

สมาคมพยาบาลอเมริกา (อ้างในไขแสง ชวศิริ, 2530: 1) ได้กำหนดหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้

1. หน้าที่ที่เป็นอิสระ (Independent function) เป็นขอบเขตหน้าที่ที่พยาบาลต้องพิจารณาตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยอาศัยการศึกษาและประสบการณ์ที่ได้จากทฤษฎี พื้นฐานมาช่วยพิจารณาตัดสินใจให้การดูแลผู้รับบริการ

2. หน้าที่ที่ต้องพึ่งพา (Dependent function) เป็นขอบเขตหน้าที่ที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์หรือวิชาชีพอื่น ๆ ตามแผนการรักษา และปฏิบัติตามนโยบายของสถาบัน โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่ควบคุมวิชาชีพ

3. หน้าที่ที่ต้องพึ่งพาร่วมกัน (Interdependent function or collaborative function) เป็นขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล ในรูปแบบที่พยาบาลทำงานร่วมกับผู้รับบริการ ครอบครัว และ/หรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามความต้องการ การทำหน้าที่ดังกล่าวนี้ทุกฝ่ายจะต้องให้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีการประสานงานในกลุ่มผู้ปฏิบัติทั้งหมดเป็นอย่างดีการกำหนดหน้าที่การพยาบาลนอกจากจะกล่าวถึงลักษณะงานโดยทั่วไปแล้ว ยังมีการกำหนดหน้าที่การพยาบาลตามกระบวนการปฏิบัติโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นฐาน เช่น

Ohio Nurse's Association (อ้างในไขแสง ชวศิริ, 2530: 12) ได้กำหนดหน้าที่การพยาบาล ดังมีรายละเอียดคือ

1. การประเมิน (Assessment) รวมถึงการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเกี่ยวกับสภาวะทางกาย จิต ประเพณี และลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ
2. การวางแผนทางการพยาบาล ประกอบด้วย เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว แนวทางปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับความสำคัญ พร้อมทั้งเหตุผลของการเลือกแนวทางการปฏิบัติ
3. การปฏิบัติ (Implementation) เป็นการนำเอาแผนมาปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การปฏิบัติดังกล่าวต้องประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติหรือการเตรียมการดูแล การสื่อสารการสอน การเป็นผู้นำและการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบต่าง ๆ ให้เหมาะสม
4. การประเมินผล เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่สะท้อนถึงจุดมุ่งหมายมาตรฐานการปฏิบัติ และวิธีการปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสมซึ่งต้องสามารถประเมินได้

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอกับบุคคลทั่วไป ทุกอาชีพ ในการปฏิบัติงานของบุคคลทั่วไปและพยาบาล จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดองค์การ สังคม สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่อาจจะคุกคาม หรือสร้างแรงกดดันให้เกิดความเครียดได้เสมอ ความเครียดอาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การได้ (Wheeler, & Riding, 1994) มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเครียดในงานไว้ดังนี้

ความเครียดในงานเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและร่างกายของพยาบาล ที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Lawrence, & Lawrence, 1987, 1988)

ความเครียดในงานเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อม สถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการปฏิบัติงาน (Ivancevich, & Matteson, 1990)

ความเครียดในงานเป็นสภาพของงานหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมต่าง ๆ (Crawford, 1993)

ความเครียดในงานเป็นการรับรู้ของบุคคลว่างานนั้นคุกคามต่อความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความผาสุกและเกินขีดความสามารถของตน (Wheeler, & Riding, 1994)

ความเครียดในงานเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคลกับความสามารถในการจัดการกับความต้องการนั้น ๆ และประเมินได้ว่าความต้องการเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (Cox, 1987; Cited in Farrington, 1995)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีทั้งความหมายของความเครียดที่เป็นสิ่งเร้า การตอบสนอง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งเร้า ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความเครียดตามการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งเร้า โดยให้ความเครียดในงาน หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับงาน และประเมินว่างานนั้นคุกคามต่อความเชื่อมั่นในตนเองหรือความผาสุกและเกินขีดความสามารถของตน

2.2.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพจัดเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งที่เจ็บป่วยและที่ปกติ ซึ่งต้องการคำแนะนำหรือต้องการการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนตัวกลาง หรือตัวแทนในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพและดำเนินงานตามนโยบายขององค์กร เน้นการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานและองค์กรอย่างสูงสุด (กองการพยาบาล, 2539) ลักษณะงานดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น จากตัวพยาบาลเอง กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล บุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ ผู้บริหาร แพทย์ การบริหารงาน สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติ ลักษณะงาน วัสดุและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานได้ ดังนั้นจึงมีผู้ที่สนใจศึกษาสาเหตุของความเครียดในงานไว้หลายแบบ ดังนี้

สกูลลี (Scully, 1980) ได้กล่าวไว้ว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลมีอยู่ 4 ด้าน คือ

1. การดูแลผู้ป่วย (Patient care) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย
2. ความตึงเครียดภายในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล (Tension within the staff group) เป็นความตึงเครียดที่เกิดจากหน้าที่หรือบทบาทที่สมาชิกในกลุ่มต้องเรียนรู้ เช่น กฎระเบียบการปฏิบัติงาน วิธีการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น การลาออกโอนย้ายของผู้ร่วมงาน การสูญเสียเวลาและแรงงานในการปฐมพยาบาลคนไข้ใหม่ ความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายของกลุ่มและเป้าหมายของตน

3. แรงกดดันจากภายนอก (Outside forces action on the individual or staff group) เกิดจากบุคลากรไม่เพียงพอ ความคับข้องใจที่ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ไม่รับฟังข้อเสนอแนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารไม่รับฟังปัญหาและข้อคิดเห็นของพยาบาล

4. ความคาดหวังต่อตนเองที่ไม่เป็นจริง (Unrealistic self-expectations) เป็นภาวะที่พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามที่ตนเองได้คาดหวังไว้ และปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ

ไบเลย์ สเตเฟน และเกรท (Bailey, Steffen, & Grout, 1980) ได้ศึกษาการรับรู้ถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานมี 7 ด้าน คือ

1. การบริหารจัดการของหน่วยงาน (Management of the Unit) ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรไม่มีความสามารถในการปฏิบัติงาน ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ไม่สามารถตามแพทย์ได้ทุกครั้ง การจัดเวลาในการปฏิบัติงาน งานเอกสารที่มากเกินไป การดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น ต้องอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การรับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีม การได้ไปปฏิบัติงานในแผนกอื่น และการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคลากร การไม่เห็นด้วยกับการรักษาของแพทย์ที่มากเกินไปจนความจำเป็น การไม่มีภาวะผู้นำทางการพยาบาล การไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ ขาดการทำงานเป็นทีม และปัญหาในการติดต่อสื่อสาร

3. การดูแลผู้ป่วย (Patient care) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน หรือหยุดหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการยืดอายุโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการไม่คงที่ การรับผิดชอบและต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤต การตายของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ การทำงานที่จำเจ

4. ความรู้และทักษะ (Knowledge and Skills) การไม่มีความรู้เพียงพอในการปฏิบัติงาน การไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือ ขาดประสบการณ์และทักษะในการทำงาน การไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์หรือสภาพการปฏิบัติงาน การไม่ได้รับการศึกษาหรือฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และการไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ

5. สภาพแวดล้อมในการทำงานทางกายภาพ (Physical work environment) ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงานมีไม่เพียงพอ หรือไม่มีประสิทธิภาพ สถานที่ทำงานคับแคบ มีเสียงรบกวน มีแสงสว่างมากหรือน้อยเกินไปในการปฏิบัติงาน และมีคนจำนวนมาก

6. เหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ ปัญหาชีวิตส่วนตัว การต้องอดทนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ และปัญหาของครอบครัว

7. การบริหารจัดการในการให้รางวัล (Administrative rewards) ได้แก่ การไม่ได้รับโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน เงินเดือน หรือค่าตอบแทนไม่เหมาะสม

จากสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานทั้ง 7 ด้าน ไบเลย์ สเตฟฟาน และเกรท (Bailey, Steffen & Grout, 1980) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานที่สำคัญที่สุด คือ การบริหารจัดการของหน่วยงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ

เกลย์-ท็อฟ และแอนเดอร์สัน (Gray-Toft & Anderson, 1981; Cited in Power, & Sharp, 1988) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานมี 7 ด้านคือ

1. การตายและการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย (Death and dying)
2. ความขัดแย้งกับแพทย์ (Conflict with physicians)
3. การจัดการกับความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ (Inadequate preparation in dealing with the emotional need of patients and their families)
4. การขาดแคลนบุคลากร (Lack of Staff Support)
5. ความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานและผู้บริหาร (Conflict with other nurses and superiors)
6. ปริมาณงานที่มากเกินไป (Excessive workload)
7. ความไม่แน่นอนซึ่งเกิดจากการรักษา (Uncertainty concerning treatment)

ต่อมาเพาเวอร์ และชาร์ป (Power & Sharp, 1988) ได้นำแนวคิดของเกลย์-ท็อฟ และแอนเดอร์สัน (Gray-Toft, & Anderson, 1981 cited in Power & Sharp, 1988) มาศึกษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาล พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานที่สำคัญคือการตายและการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย และการจัดการกับความต้องการทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ และยังพบอีกว่าความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน

สำหรับไบเลย์ (Bailey, 1985; cited in Mc Grath, Reid, & Boore, 1989) กล่าวว่าปริมาณงานที่มากเกินไป การดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรู้และทักษะทางการพยาบาลของพยาบาล ลักษณะงานของพยาบาล และการปกครองที่มีความเข้มงวด เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน

ในขณะที่ลอว์เรนซ์ และลอว์เรนซ์ (Lawrence, 1987/1988) กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานที่พบได้บ่อย ได้แก่ สภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ความต้องการของผู้ป่วยและผู้บริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การตัดสินใจปัญหาด้านจริยธรรม และความคาดหวังต่อตนเองที่ไม่เป็นจริงและความเครียดในงาน ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย การขาดงาน และผลิตภาพในงานต่ำ

ฮิงเลย์ (Hingley, 1988; cited in Michie, Ridout, & Johnston, 1996) กล่าวว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานประจำวันของพยาบาล ได้แก่ เวลาและทรัพยากรมีไม่เพียงพอต่อการทำให้สำเร็จ งานที่ขัดแย้งกับงานที่เคยทำมาแต่ก่อน ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนในการทำงาน การจัดการกับผู้ป่วยและญาติ ความไม่มั่นใจในบทบาทของพยาบาล

เดวี (Dewe, 1989) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลด้านสูติกรรมของประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 29 แห่ง พบว่าพยาบาลรับรู้และระบุถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลที่พบบ่อยเป็น 5 ด้าน เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ปริมาณงานที่มากเกินไป (Work overload) ได้แก่ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก การปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐาน การขาดแคลนบุคลากร และปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน
2. การจัดการกับผู้ป่วยที่ยากในการดูแลหรือผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษา (Dealing with difficult or helplessly ill Patients) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หรืออยู่ในความเจ็บปวดตลอดเวลา ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย
3. ความยากลำบากในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (The Difficulties involved in nursing the critically ill) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การจัดการกับวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่ถนัด วิธีการหรือการรักษาและการทำงานกับแพทย์ที่ต้องการคำตอบหรือการกระทำอย่างทันทีทันใด
4. ความยากลำบากที่เกี่ยวกับบุคลากร (Difficulties relating to other staff) ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคลากรและการทำงานเป็นทีมมีไม่เพียงพอ
5. การคำนึงถึงการรักษาของผู้ป่วย (Concerns over the treatment of patients) ได้แก่ การไม่เห็นด้วยกับการรักษาผู้ป่วยและการบอกกับผู้ป่วยหรือญาติในสถานการณ์ที่คลุมเครือ

เบรกเวลล์ (Breakwell, 1990) กล่าวถึงสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน 10 อันดับแรก คือ งานที่ขาดการติดต่อกับสังคมเป็นระยะเวลานาน งานที่ไม่มีความมั่นคง ไม่ทราบถึงมาตรฐานของหน่วยงานนั้น ๆ ค่าตอบแทนต่ำ ขาดอิสระในการทำงานหรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ปริมาณงานที่มากเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ดี การบริหารเวลาไม่ดี การติดต่อสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และความเบื่อง่ายในงาน

วิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler, & Riding, 1994) ได้ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลและผดุงครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าพยาบาลรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณงานที่มากเกินไปและความกดดันด้านเวลา องค์การและปัญหาการจัด การสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี สภาพะการทำงานที่ไม่ดีและการไม่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการทำงาน พยาบาลทั้งสองกลุ่มมีความเครียดในงานน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมา มีความเครียดในงานปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.4 และร้อยละ 16.9 มีความเครียดในงานมากหรือมากที่สุด และพบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานมากที่สุด คือ ด้านปริมาณงานที่มากเกินไปและความกดดันด้านเวลา หลังจากนั้นวิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler, & Riding, 1995) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยทำการศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางจิตและผู้ป่วยโรคกระตุก ได้พบว่าพยาบาลมีความเครียดในงานปานกลางมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมา มีความเครียดในงานน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.4 มีความเครียดในงานมาก คิดเป็นร้อยละ 11.7 และมีเพียงร้อยละ 1.9 ที่มีความเครียดในงานมากที่สุด โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในงานมี 5 ด้าน ได้แก่ ปริมาณงานที่มากเกินไป และความกดดันด้านเวลา สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี แรงกดดันจากผู้ป่วย ปัญหาองค์การและการจัดการและประเด็นเกี่ยวกับงานอาชีพ และสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานมากที่สุดคือ ประเด็นเกี่ยวกับงานอาชีพ และปริมาณงานที่มากเกินไปและความกดดันด้านเวลา

2.2.3 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาล

ความเครียดในงานของพยาบาลนอกเหนือจากปัจจัยด้านภาระงานแล้ว ซุลลิแวนและเดคเกอร์ (Sullivan & Decker, 1997) กล่าวว่าความเครียดในงานพยาบาลเกิดจาก ปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านองค์การ (Organizational Factor) เป็นปัจจัยภายในองค์การที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดในงานของพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยย่อยหลายประการดังนี้

1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน (Job-related Factor) ความเครียดในงาน เป็นผลมาจากภาระงานที่หนัก ความขัดแย้งในงาน การที่บุคลากรไม่สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ไม่มีประสบการณ์ และความไม่ชัดเจนหรือมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอที่จะทำการมอบหมายงาน ตลอดจนลักษณะงานพยาบาลที่มักเกี่ยวข้องกับความเป็นตายและภาวะฉุกเฉิน จึงทำให้บางช่วงเวลาพยาบาลต้องทำงานหนักเกินกำลัง

1.2 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) อาจก่อให้เกิดความเครียดในงานได้ เช่น ภาระการทำงานในหอผู้ป่วยหนักซึ่งมักมีเสียงสัญญาณเตือนและเสียงอื่นๆ อยู่เสมอ นอกจากนี้เรื่องระดับเสียงแล้ว ยังมีเรื่องแสงและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนการถ่ายเทอากาศ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่อาจเพิ่มความเครียดได้ อีกทั้งสถานที่ทำงานที่คับแคบหรือมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม และการมีเครื่องมือเครื่องใช้ไม่เพียงพอ ล้วนเป็นสิ่งที่เพิ่มระดับความเครียดในงาน

1.3 พฤติกรรมผู้บริหาร (Manager's behavior) ก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน เช่น พฤติกรรมการนิเทศงานแบบเผด็จการ หรือมุ่งลงโทษ ผู้ใต้บังคับบัญชา มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับความเครียดในงาน ในทางตรงกันข้ามถ้าใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ความเครียดในงานลดลง

1.4 ปัจจัยด้านองค์การอื่น ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดในงาน ได้แก่ ความคาดหวังขององค์กรที่อาจขัดแย้งกับความต้องการของบุคคล ความไม่มั่นคงในงานซึ่งเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรใหม่ ก็เป็นสิ่งที่เพิ่มความเครียดในงานแก่ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการที่ผู้บริหารต้องบริหารทรัพยากรที่จำกัด การมีผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยจำนวนมาก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้สิ่งแวดล้อมขององค์กรมีความเครียดมากขึ้น

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) เป็นปัจจัยระหว่างผู้ปฏิบัติงานในองค์กรซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในงาน นอกจากแรงกดดันที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรแล้วพยาบาลยังต้องพบกับความเครียดในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเกิดได้ในกลุ่มวิชาชีพการพยาบาล หรือระหว่างวิชาชีพการพยาบาลกับบุคลากรในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ หรือผู้บริหาร การลดระยะเวลาการการอยู่โรงพยาบาล การนิเทศงานแก่บุคลากรผู้ช่วย การออกแบบงานใหม่ และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ล้วนเป็นสิ่งที่ท้าทายสัมพันธภาพของผู้ให้บริการทางการแพทย์ อีกทั้งความยุ่งยากในการทำงานระหว่างทีมสหวิทยาการ ก็อาจก่อให้เกิดความตึงเครียด และความขัดแย้งโดยมีสาเหตุมาจากระบบการทำงาน หรือความต้องการที่ไม่สอดคล้องกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และพยาบาล ที่มักไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างเปิดเผย โดยพยาบาลส่วนใหญ่มักเคย

เผชิญปฏิกิริยาที่แสดงความโกรธอย่างรุนแรงของแพทย์เมื่อต้องรับรายงานอาการผู้ป่วยในเวลาฉีก ซึ่งแพทย์มักคิดว่าพยาบาลควรมีการรายงานให้เร็วกว่านี้ หรือควรรอไปถึงตอนเช้า

นอกจากนี้ความต้องการบรรลุความสำเร็จในบทบาทที่หลากหลาย ก็เป็นสาเหตุของความเครียดในงาน บทบาทเป็นพฤติกรรมตามความคาดหวังตามตำแหน่งต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคม ซึ่งพยาบาลมักมีบทบาทที่หลากหลายทั้งในงานและในครอบครัว เช่น เป็นพยาบาลเป็นภรรยา และเป็นผู้ปกครอง ซึ่งความขัดแย้งระหว่างบทบาทในครอบครัวและความเป็นวิชาชีพอาจส่งผลเป็นความเครียดในงาน อีกทั้งการต้องขึ้นปฏิบัติงานในเวรบาย เวรดิค หรือวันหยุด ซึ่งเป็นข้อ กำหนดในงานการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องมีผู้ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลที่ทำงานในเวรบาย เวรดิค โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ขึ้นเวรในลักษณะหมุนเวียนอาจมีปัญหาครอบครัว เนื่องจากการมีกำหนดการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน และการต้องเปลี่ยนตาราง เวลาการปฏิบัติงาน มีผลทำให้ต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ในการปรับสภาพร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดในงานได้

3. ปัจจัยด้านบุคคล (Individual Factor) เป็นปัจจัยภายในบุคคลแต่ละคนซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียดในงาน ได้แก่ระดับของการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่พบได้เสมอในชีวิตและมักก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกันแต่ผลสะสมของความเครียดอาจก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้

อีกทั้งนิสัยของบุคคลในการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นสิ่งคุกคาม หรือประเมินว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถจะส่งผลให้บุคคลมีความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งนิสัยในการประเมินเหตุ การณ์ของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 แบบ

นิสัยมุ่งข้อบกพร่อง (Deficiency Focusing) ได้แก่ นิสัยมองเหตุการณ์ต่างๆ ในแง่ลบมากกว่าแง่บวก หรือมีแนวโน้มที่จิตใจจะอ่อนแอเกินความเป็นจริง และละเลยความเข้มแข็งที่มีอยู่ ซึ่งการมุ่งข้อบกพร่องนี้ จะนำมาซึ่งความรู้สึกถูกคุกคาม การมองสิ่งต่างในแง่ไม่ดีก่อให้เกิดความชะงักงัน และจำกัดความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหาในงาน

นิสัยมองแต่ความจำเป็น (Necessitation) คือการมีความเชื่อว่าเป็นข้อบังคับ หรือความจำเป็นที่งานนั้นต้องทำโดยบุคคลเฉพาะ ทำให้เกิดความจำกัดในงาน ซึ่งพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะคิดเช่นนี้ เช่น คิดว่างานหลายอย่างที่กระทำอยู่นั้น มีแต่พยาบาลเท่านั้นที่สามารถทำได้ ซึ่งความจำกัดนี้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก

นิสสัยมักยอมรับว่าตนมีทักษะน้อย (Low Skill Recognition) เป็นนิสสัยที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับหนึ่งซึ่งต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่ไม่แน่นอนและคาดการณ์ไม่ได้ การยอมรับว่าตนเองมีทักษะน้อย คือแนวโน้มที่บุคคลคิดว่าตนไม่สามารถทำงานได้สำเร็จเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เช่น ในพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ที่ต้องเปลี่ยนสภาพจากนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ อาจต้องเผชิญภาวะช็อกจากสภาพจริง (Reality Shock) ซึ่งเป็นการปรับตัวไม่ได้จากการเปลี่ยนวัฒนธรรมที่คุ้นเคยมาสู่วัฒนธรรมใหม่ ที่มีการให้คุณค่ารางวัล และบทลงโทษที่แตกต่างจากเดิม ดังนั้นนิสสัยจึงเป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในงานได้

นอกจากความเครียดในงานอาจเป็นผลจากความขัดแย้งภายในบทบาท (Intrarole Conflict) ซึ่งเป็นความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ตนคาดหวังและสิ่งที่ตนรับรู้ หรือความขัดแย้งระหว่างบทบาท ซึ่งเป็นการไม่สามารถกระทำในบทบาทต่าง ๆ ได้สำเร็จ หรืออาจเกิดจากความสับสนในบทบาท ซึ่งเป็นความไม่ชัดเจนว่าบุคคลจะต้องทำสิ่งใดในบทบาทนั้น โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ต่างกัน เช่น บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำจะมีความขัดแย้งหรือความสับสนในบทบาทมาก และจะมีความเครียดในงานมาก

สำหรับประเทศไทย การศึกษาความเครียดในงาน ได้แก่ พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาพตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาระครอบครัวและปัญหาส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ สภาพการปฏิบัติงานไม่ดี และสวัสดิการและค่าตอบแทนไม่ดี มีผลต่อความเครียดในงานของพยาบาล ฐานา ชรรณคุณ (2532) ศึกษาความเครียดของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยทั่วไป อายุรกรรม ศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 160 คน พบว่าพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีความเครียดในระดับน้อย และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่าปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงานด้านการบริหารและการสนับสนุนในหน่วยงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับความเครียดในงาน ส่วนพัชรินทร์ สุตินตปฤดา (2535) ศึกษาจากพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 51 คน พบว่าพยาบาลมีภาวะเครียดจากการปฏิบัติงานน้อย และปัจจัยจากการปฏิบัติงานด้านลักษณะงานพยาบาล โครงสร้างของสถาบันและบรรยากาศในการทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และด้านบุคคลก่อให้เกิดความเครียดในงานแก่พยาบาลได้ปานกลาง สำหรับ พิมพกา สุขกุล (2535) ศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 73

คน พบว่าความเครียดของพยาบาลอยู่ในระดับน้อย และความเครียดมีความสัมพันธ์ใน ทางตรงกันข้ามกับปัจจัยด้านการทำงานในด้านลักษณะงานสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน การบริหารและการสนับสนุนในหน่วยงาน ละการศึกษาของลัดดา ดันกันทะ (2540) ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 199 คน พบว่าพยาบาลมีความเครียดในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดในงาน คือ ทรัพยากรที่จำกัด คุณลักษณะทางลบของผู้ป่วย การบริหาร/องค์กร ความขัดแย้งของบุคลากร การปฏิบัติงานของบุคลากร และการจัดตารางเวลาการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล (2542) ได้ศึกษาจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 272 คน พบว่าแหล่งความเครียดในงานโดยรวมได้แก่ ด้านภาระงานมากในช่วงเวลาจำกัด ด้านปัญหาในองค์กรและการบริหารจัดการ และสภาพการทำงานและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่ดี ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่ได้อยู่ในระดับต่ำ

คลอสและไบร์เลย์ (Claus and Bailey, 1980: 19-20) กล่าวว่า ความเครียดและความล้าของพยาบาลในการปฏิบัติงานในบทบาทการพยาบาลสามารถแสดงออกได้หลายทาง ตัวชี้ที่จะช่วยให้เห็นศักยภาพอาการและอาการแสดงของตัวกระตุ้นมีดังนี้

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

1. ผลผลิตหรือคุณภาพของงานลดลง
2. มีแนวโน้มทำงานผิดพลาดหรือตัดสินใจผิด
3. ลืมบ่อย หรือคิดขัด
4. ความใส่ใจในรายละเอียดลดลง
5. ฝันกลางวันหรือใจลอย
6. ความสามารถในการเอาใจใส่งานลดลง
7. ขาดความคิดสร้างสรรค์
8. ดื่มสุราหรือใช้ยามากขึ้น
9. สูบบุหรี่มากขึ้น
10. ขาดงานและป่วยบ่อย
11. เชื่องช้า เงื่องหงอย
12. ขาดความสนใจ
13. เกิดอุบัติเหตุ

เครื่องบ่งชี้ทางร่างกาย

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น
2. กล้ามเนื้อตึงตัว
3. ชีพจรเร็วหรือหายใจเร็ว
4. เหงื่อออก
5. มือเท้าเย็น
6. ปวดศีรษะ
7. ไม่สบายในท้อง
8. เสียงสูงแหลม เสียงสั่น
9. ความอยากอาหารเปลี่ยนไป
10. ปัสสาวะบ่อย
11. กระสับกระส่าย นอนหลับยากและตื่นบ่อย

เครื่องชี้ทางอารมณ์

1. อารมณ์อ่อนไหวและร้องไห้ (Outbursts)
2. หงุดหงิด
3. ซึมเศร้า
4. แยกตัว
5. ลงโทษตัวเองหรือมีพฤติกรรม
6. มีแนวโน้มโทษคนอื่น
7. วิดกกังวล
8. ความรู้สึกไม่มีคุณค่า
9. จี้สงสัย

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่า มีปัจจัย หรือสาเหตุใดบ้างที่สัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาล ดังนี้

1. ตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 อายุ

ทัศนา บุญทอง (2528 : 253-254) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของบุคคลเนื่องจากวัยทำงานของพยาบาลอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นระยะที่บุคคลเจริญเติบโตเต็มที่ มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้ดีขึ้น สามารถทนต่อความเจ็บปวดหรือความทุกข์ได้มากขึ้น มีความสุขในการทำงาน สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ อารมณ์ของผู้ใหญ่มั่นคงขึ้นตามวัย

ศิริอนันต์ จูทะเดมิย์ (2523) ศึกษาเรื่อง “ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่าอายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย พยาบาลที่มีอายุน้อยจะมีระดับความเครียดสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุมากขึ้น

แมคคีน (McLean, 1974) เสนอความเห็นว่าการที่คน ๆ หนึ่งจะมีความสามารถในการเผชิญหน้ากับ สถานการณ์ที่นำมาซึ่งความเครียดได้ดีหรือไม่ดี มากน้อยแค่ไหนในระยะสั้น ๆ นั้น อายุจะมีความสำคัญมากในการจะกำหนดว่าใครจะเผชิญหน้ากับความเครียดได้ดีหรือไม่ดี โดยเฉพาะผู้ใหญ่ในวัย 25-55 ปี สาเหตุที่อายุมีความสำคัญมากสำหรับคนในวัย 25-55 ปี ก็เพราะว่าคนในช่วงอายุนี้อาจจะเป็นคนที่สังคมตั้งความหวังสำหรับความสำเร็จเอาไว้สูงกว่าคนในช่วงอายุอื่น คนที่ประสบความสำเร็จค่อนข้างเร็ว และประสบความสำเร็จอยู่เสมอ มักจะมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาที่เรียกว่า “วิกฤตการณ์ในช่วงกลางของชีวิต” (Midlife crisis) คนที่ประสบความสำเร็จตั้งแต่วัยหนุ่ม พออายุย่างเข้าเลขสี่ มักจะเริ่มกลัวว่าทางข้างหน้าจะตัน ไม่รู้จะก้าวไปไหนอีก ความกลัวว่าอนาคตจะไม่รุ่งโรจน์เหมือนอดีตที่เพิ่งผ่านมา อาจจะผลักดันให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงก็ได้ หัวหน้างานที่มีอายุ 35 ปี หรือต่ำกว่าซึ่งเพิ่งรับงานได้ไม่นานนัก และทุ่มเทชีวิตให้กับงานมากจนลืมหาเวลาพักผ่อนหย่อนใจก็มักจะแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหาความเครียดในงาน

สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์” พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 สถานภาพสมรส

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 99) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันทำให้ระดับความเครียดของอาจารย์พยาบาลต่าง กัน

แมสแลช (Maslach, 1986: 60-61) ได้กล่าวว่าการที่คนที่สมรสแล้วมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าคนโสดเป็นเพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะมีความรักและความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน คนที่มีครอบครัวและคนโสดจะให้ความสำคัญในงานแตกต่างกันคนที่มีความเครียดแล้วจะไม่ทุ่มเทในงานเป็นสาระสำคัญของชีวิตเพียงประการเดียว แต่มีความต้องการจะประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัว จึงมีความทะเยอทะยาน แข่งขันและแสวงหาความก้าวหน้าในงานซึ่งเสี่ยงกับความล้มเหลวและผิดหวังน้อยกว่าคนโสด

1.3 รายได้

ฟาร์เมอร์ และคณะ (Farmer et al., 1984: 20-24) ได้กล่าวว่ารายได้ ความสามารถในการจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยมี เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความเครียด

จันทร์ โกศล (2530) ศึกษา “สุขภาพจิตของพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย” พบว่ามีระดับสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลเบี่ยงเบนไปจากระดับปกติ พยาบาลเทคนิคชายกับหญิงมีสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติกังวลของร่างกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น และพบว่าสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลของพยาบาลเทคนิคที่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน ต่างกับพยาบาลที่มีรายได้เกิน 3,000 บาท/เดือน

1.4 สถานะทางเศรษฐกิจ

พิระ ครีกครั้นจิตร (2529: 126) ศึกษาเรื่อง “ความเครียดและปัจจัยที่มีต่อความเครียดของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตการศึกษาส่วนกลางและเขตการศึกษา 5” พบว่าปัญหานี้สัมพันธ์กับผลของความเครียดของครูทั้งสองเขตการศึกษา

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 99) ที่ศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดโดยผู้ที่มีปัญหาทางการเงินหรือมีหนี้สิน จะมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา

1.5 ประสบการณ์วิชาชีพ

โบว์แมน (Bowman, 1986: 181) ได้กล่าววาระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงาน ความคับข้องใจ และความเครียดในการทำงาน

รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพจน์ชัย (2531: 17) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น” พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของอาจารย์พยาบาล

ฟาริดา อิบราฮิม (2523:197) กล่าวว่าในช่วงแรกของการทำงานเป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดได้สูงเนื่องจากจะมีความกระตือรือร้นในการทำงาน และมีความคาดหวังในการทำงานสูงแต่เนื่องจากยังขาดประสบการณ์ ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน และขาดแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้จึงรู้สึกท้อแท้ ผิดหวังและเกิดความเครียด

สิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2535) ได้ทำการวิจัย “เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์” พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริอนันต์ จูทะเดมีย์ (2523) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร” พบว่าอาจารย์ที่มีประสิทธิภาพการทำงานต่างกันมีความเครียดต่อ ค่าตอบแทน สวัสดิการ และความก้าวหน้าในการทำงานแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มที่มีความเครียดมากที่สุดคือ ผู้ที่มีประสิทธิภาพ 1-5 ปี ส่วนผู้ที่มีประสิทธิภาพ 6-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป มีความเครียดปานกลาง

1.6 บุคลิกภาพ เป็นปัจจัยภายในที่มีส่วนก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลิกภาพแบบ A คือผู้ที่มีลักษณะทุ่มเทกับงานมากเกินไป มีความทะเยอทะยานสูง ทำงานแข่งกับเวลา

เฟรดแมน และโรเซนแมน (Friedman and Rosenman cited in Jacobson and McGrath, 1983: 37-38) พบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพความก้าวร้าว มีการแข่งขันสูงตลอดเวลา (บุคลิกภาพแบบ A) มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลที่ไม่หมกมุ่นแต่เพียงความสำเร็จ และมีการแข่งขันน้อย (บุคลิกภาพแบบ B) ถึง 2 เท่า

เทพวัลย์ สุชาติ (2530: 103) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด

ชมัด และลอว์เลอร์ (Schmied and Lawler, 1986: 1223) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “บุคลิกภาพแบบ A และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้หญิงทำงาน” พบว่า

ผู้หญิงทำงานที่มีบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดอย่างแน่นนอน

โรเจอร์ (Roger อังในพรทิพย์ เกตุรานนท์, 2527: 48) ทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความเครียดในการทำงาน และพบว่าที่คนเราจะมีเครียดหรือไม่ นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ หรือการศึกษา และก็ไม่ได้ขึ้นอยู่กับประเภทหรือหน่วยงานที่บุคคลทำงานอยู่ด้วย โรเจอร์ให้ข้อคิดว่าความสามารถของบุคคลในการเผชิญหน้ากับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ ๆ เช่น ลักษณะทางบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางสังคมรอบ ๆ ตัวเขา ลักษณะของชีวิตส่วนตัวบางอย่าง นอกเหนือจากชีวิตการทำงาน เช่น ชีวิตครอบครัว ฐานะการเงิน เป็นต้น

1.7 การเจ็บป่วย

สุจิต สุวรรณชีพ (2532: 20) กล่าวว่าสิ่งใด ๆ ก็ตามที่รบกวนหรือกระทบต่อความเป็นอยู่ของบุคคล ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย สร้างความกดดันต่อจิตใจ ทำให้กลไกการปรับตัวต่อสู้ของร่างกายต้องทำงานเพื่อจะจัดการเครียดนั้น ๆ

1.8 การพักผ่อน

บุญเพียร จันทวัฒน์ (2523: 24) ให้ความเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงเวลาทำงานบ่อยมีผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีอาการเบื่ออาหารอาหารไม่ย่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอนหลับได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้มีผลเสียต่ออารมณ์ ในขณะตื่น มีอาการหงุดหงิดไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดอันอาจเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติการพยาบาล

1.9 การศึกษาเพิ่มเติม

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในประเทศไทย พบว่าวุฒิการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียด

รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2531) ได้ทำการวิจัยเรื่องความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าวุฒิการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด

1.10 แผนกที่ปฏิบัติงาน

เลเวนส์ไทน์ (Levenstein, 1984: 44) กล่าวว่าลักษณะของงานที่ต้องเผชิญกับความกดดันและความคับข้องใจจากการปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยที่อยู่

ในระยะวิกฤติอยู่เสมอ อยู่ระหว่างความเป็นความตาย ต้องการการตัดสินใจรีบด่วนก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย

ฮิงค์เลย์ (Hingley, 1986: 28) กล่าวว่า การเผชิญกับความตายของผู้ป่วย หรือต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอยู่เสมอก่อให้เกิดความกดดันทางจิตแก่พยาบาล ความตายของผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลมีความเครียดสูงขึ้น

2. ตัวแปรด้านคุณลักษณะองค์การ

2.1 ประเภทโรงพยาบาล

พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 346 คน แยกเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง 139 คน จากโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 116 คน และจากโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง 91 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ในกลุ่มพยาบาลฝ่ายส่งเสริมพบว่าความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดต่างกันไม่แตกต่างกัน กลุ่มพยาบาลฝ่ายการพยาบาล พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาล 10 เตียง และ 60 เตียง มีความเครียดมากกว่าพยาบาลในโรงพยาบาล 30 เตียง แต่ไม่มีความแตกต่างของความเครียดระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาล 10 เตียงกับ 60 เตียง ซึ่งเมื่อรวมพยาบาลทั้ง 2 ฝ่าย พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาล 10 เตียง และ 60 เตียง มีความเครียดมากกว่าพยาบาลในโรงพยาบาล 30 เตียง แต่ไม่มีความแตกต่างของความเครียดระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาล 10 เตียงกับ 60 เตียง เมื่อเปรียบเทียบความเครียดระหว่างพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่ายการพยาบาลพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2.2. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่หรือระบบงานในโรงพยาบาล

พรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 115-118) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานของอาจารย์พยาบาล คือการบริหารในหน่วยงาน เช่น การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ความยุติธรรมของผู้บังคับบัญชา เกณฑ์การประเมินผลของหน่วยงาน หลักปฏิบัติในการสื่อสารและข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานที่ไม่ทั่วถึง และขาดประสิทธิภาพ

2.3 ความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ

พรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 115-118) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง

มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน การได้รับการสนับสนุนในการดูงาน อบรมและศึกษาต่อ และโอกาสในการพัฒนาตนเองมีน้อย เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีน้อย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานของอาจารย์พยาบาล

สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535) ได้ทำการวิจัย “เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์” พบว่า ความสำเร็จและความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4. ผลตอบแทนในอาชีพ

ลอว์เรนซ์ และลอว์เรนซ์ (Lawrence and Lawrence, 1987: 45-51) พบว่า ค่าตอบแทนสวัสดิการไม่เหมาะสม ทำให้ความพึงพอใจในงานต่ำลง

ศิริอนันต์ จูทะเดมีย์ (2523) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร” ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด คือค่าตอบแทนและสวัสดิการเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุดในการปฏิบัติงานของอาจารย์

เทพวัลย์ สุชาติ (2530) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โดยศึกษากับนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่ามีความพึงพอใจในงานในระดับปานกลางและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานคือความสำเร็จในงาน ความก้าวหน้าในการทำงาน เงินเดือนและสวัสดิการ

2.5 ภาระงาน

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 99) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า การขาดความสมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับปริมาณงานและระหว่างหน้าที่รับผิดชอบกับเวลาที่กำหนดเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด

แมคเคอรีนี และคณะ (McCranie et al., 1987) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดในการทำงาน ความอดทน และการขาดงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล” ผลการวิจัยพบว่า งานที่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากการทำงานหนัก การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต

เบค และศรีวาสตา (Beck & Srivastava, 1991) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ระดับความเครียด และสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล” ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจได้ และความเครียดที่เกิดจากสาเหตุที่ต้องทำงานหนัก การขาดความชำนาญ จำนวนและความยากลำบากในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติ

ไรดิง และวิลเลอร์ (Riding & Wheeler, 1995) ได้ทำการศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีความบกพร่องทางจิตใจ และผู้ป่วยโรคกระดูกของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน ได้แก่ภาระงานมากมายที่ต้องทำในช่วงเวลาที่จำกัด ลักษณะการอยู่เวรพยาบาลจะต้องอยู่ปฏิบัติงานหมุนเวียน ซึ่งอาจเป็น 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง 12 ชั่วโมง หรือแม้แต่ 24 ชั่วโมง

3. ตัวแปรด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

3.1 ภาระทางครอบครัว

พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2527: 113) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่าพยาบาลที่มีภาระครอบครัวแตกต่างกันมีความเครียดแตกต่างกัน

พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528: 97) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” พบว่า ภาระครอบครัวมีอิทธิพลกับความเครียดของพยาบาล

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529: 99) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า ภาระในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคคลโดยผู้ที่ไม่มีภาระในครอบครัวจะมีความเครียดน้อยที่สุด และผู้ที่มีภาระครอบครัวมากจะมีความเครียดมากที่สุด

สมภพ เรื่องตระกูล (2533:145) ให้ความเห็นว่าการที่ความเครียดชนิดต่างๆ เป็นปัญหาจากความยุ่งยากภายในบ้านและการต้องมีภาระรับผิดชอบเพิ่มขึ้น

3.2 สัมพันธภาพในหน่วยงาน

สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์” พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลอว์เรนซ์ และลอว์เรนซ์ (Lawrence and Lawrence, 1987: 45-51) ได้ศึกษาลักษณะของงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของพยาบาล สรุปว่าปัจจัยที่ก่อ

ให้เกิดความเครียดในการทำงานของพยาบาล ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ความต้องการของผู้ป่วยและหัวหน้างาน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเพื่อนร่วมงาน ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว และความเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกในรูปของการมีขวัญในการปฏิบัติงานต่ำ การขาดงาน ความเหนื่อยล้า และผลงานต่ำ

3.3 สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

แมคครีซี่นี่ และคณะ (McCranie et al., 1987) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดในการทำงาน ความอดทน และการขาดงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล” กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 107 คน ที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า งานที่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากการทำงานหนัก การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ความเครียดที่เกิดจากปัญหาทางอารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัว การเรียกร้องของผู้ป่วยซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลขาดงาน (ละทิ้งหน้าที่ หนีงาน)

คูเปอร์ และคณะ (Cooper et al., 1989: 366-370) ได้ศึกษาเรื่อง “สุขภาพจิตความพึงพอใจในงานและความเครียดในการทำงานของแพทย์” พบว่าแพทย์สตรีมีความพึงพอใจในงาน และแสดงออกถึงสุขภาพจิตที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มปดอื่น จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในงานที่สำคัญ คือ ความเรียกร้องจากงานและความคาดหวังของผู้ป่วย

ดูแกน และคณะ (Dugan et al., 1996) ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขนาด 500 เตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 600 คน จาก 19 หอผู้ป่วย พบว่าความเครียดในงานมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การตกเตียง การฉีดยาผิด และอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น การถูกเข็มแทง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าจำนวน 306 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ 240 คน โรงพยาบาลตากสิน 263 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกสูติรีเวชกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกอายุรเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม ที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกต่าง ๆ มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือฝึกอบรม ทั้งนี้เพื่อให้คุ้นเคยกับงาน สถานที่ทำงาน บุคลากร และระบบบริหารงานของหน่วยงาน พอที่จะประเมินคุณลักษณะต่างได้อย่างถูกต้องตรงความเป็นจริง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 268 คน

ดังรายละเอียดในวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในการเลือกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเนื่องจากข้อมูลที่ทำการศึกษาเป็นข้อมูลที่เป็นความเสี่ยง เพื่อให้สามารถได้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

ขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 268 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คน

จากสูตร
$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง

2.2 สุ่มตัวอย่างให้ได้ตัวอย่างทั้งหมด ตามจำนวนที่คำนวณได้ 268 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง (Proportional stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนก

2.3 สุ่มตัวอย่างจากแผนกต่าง ๆ โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำลำดับตามรายชื่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาเขียนสลากแล้วจับโดยไม่ใส่กลับคืนในแต่ละแผนกจนครบตามสัดส่วน ตามจำนวนที่คำนวณได้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

แผนก	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. ศัลยกรรม	93	31
2. อายุรเวชกรรม	113	37
3. สูติรีเวชกรรม	50	17
4. กุมารเวชกรรม	50	16
รวม	306	101

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

แผนก	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. ศัลยกรรม	89	30
2. อายุรเวชกรรม	79	26
3. สูติรีเวชกรรม	23	8
4. กุมารเวชกรรม	49	16
รวม	240	80

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลตากสิน

แผนก	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. ศัลยกรรม	78	26
2. อายุรเวชกรรม	103	34
3. สูติรีเวชกรรม	39	13
4. กุมารเวชกรรม	43	14
รวม	263	87

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือและเกณฑ์การให้คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์การ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียด 28 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะและระดับการทำละเมิด

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด และแบบให้เลือกรับตอบเพียงข้อเดียวมีคำถามรวม 25 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับตำแหน่ง สถานภาพทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์วิชาชีพ การศึกษาเพิ่มเติม แผนกในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ การป่วยในรอบ 6 เดือน ขนาดของโรงพยาบาล บุคลิกภาพ การพักผ่อน การเจ็บป่วย

การวัดบุคลิกภาพ เป็นแบบสอบถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสะท้อนให้เห็นแบบของบุคลิกภาพได้ ข้อความมีทั้งทางลบและทางบวก

การแปลผลจากคะแนนแบบสอบถามบุคลิกภาพ โดยการรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้ง หกเข้าด้วยกัน แล้วใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเป็นเกณฑ์ สามารถแบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 2 แบบ คือ

บุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ A หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนบุคลิกภาพสูงกว่าผลรวมของค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ B หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนบุคลิกภาพต่ำกว่าหรือเท่ากับผลรวมของค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพักผ่อน สัมพันธภาพในหน่วยงาน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
บ่อยมาก	5	1
บ่อย	4	2
บางครั้ง	3	3
น้อยมาก	2	4
ไม่เคย	1	5

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์การ เป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดได้แก่คำถามเกี่ยวกับภาระงาน ประเภทโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ความเจริญก้าวหน้าและผลตอบแทนในอาชีพ คำถามรวม 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับธรรมเนียมปฏิบัติในองค์การ ภาระทางครอบครัว สัมพันธภาพในหน่วยงาน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย คำถามรวม 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับระดับความเครียดเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับการประเมินตนเองเกี่ยวกับความเครียด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มี มีบ้าง มีบ่อย คำถามรวม 28 ข้อ มีวิธีให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	
ไม่มี	1
มีบ้าง	2
บ่อย ๆ	3

การวัดความเครียด

แบบสอบถามวัดความเครียดนี้ เนื้อหาแบบวัดความเครียดซึ่งดัดแปลงโดยรุ่งฤดีศิริรักษ์ (2535) จากแบบวัดความเครียดเฮลธอโอส (HOS, Health Opinion Survey) ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ และแบบสำรวจสุขภาพจิตซีเอ็มไอ (CMI, Cornell Medical Index) ซึ่งมีข้อคำถาม 195 ข้อ โดยคัดเลือกข้อคำถามจากแบบวัดทั้งสองซึ่งครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลของความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ

มีองค์ประกอบ 4 ประการดังนี้

อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทางร่างกาย	ข้อ 1-9
ความวิตกกังวล	ข้อ 10-14
ความซึมเศร้า	ข้อ 15-22
ความรู้สึกละอายหรืออับอาย	ข้อ 23-28

เกณฑ์การจัดระดับคะแนน

ความเครียดระดับต่ำ	คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
--------------------	--

ความเครียดระดับปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดสูงกว่าค่าเฉลี่ยลบ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
บวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ความเครียดระดับสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนความเครียดมากกว่าหรือเท่า
กับค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับผลการทำละเมิด เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับระดับ
การทำละเมิด คำถามรวม 7 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี
คำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ ทำบ่อย ทำบ้าง ไม่เคยทำ มีวิธีให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	
ทำบ่อย	3
ทำบ้าง	2
ไม่เคยทำ	1

คำถามเกี่ยวกับลักษณะและระดับการทำละเมิด คำถามรวม 12 ข้อ ลักษณะ
แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ ได้แก่ ไม่
เคยทำ ทำเคยโดยไม่ตั้งใจ ตั้งใจ ประมาท แกล้งทำหรือแกล้งไม่ทำ ผิดกฎหมาย มีวิธีให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	
ไม่เคยทำ	0
เคยทำโดยไม่ตั้งใจ	1
เคยทำโดยตั้งใจ	2
เคยทำโดยประมาท	3
แกล้งทำหรือแกล้งไม่ทำ	4
ทำโดยผิดกฎหมาย	5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้
วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิที่
มีความรู้ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีเนื้อหาที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 ชุด เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและความร่วมมือของผู้ตอบ ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) (อ้างในวิเชียร เกตุสิงห์, 2530: 119) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.821

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ โรงพยาบาลตากสิน และเมื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้ความเห็นชอบแล้วผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 ชุด โดยส่งแบบสอบถามด้วยตนเองในแต่ละโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมแนบหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และอธิบายให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิในการวิจัยว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้สามารถให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อช่วยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจำนวน 215 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.22 มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อน ความเครียดและลักษณะการทำละเมิดใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และไคสแควร์ (Chi-Square) ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และความเครียดที่มีผลต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย
3. กำหนดความมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตติยภูมิ โดยมีจุดประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียด ประเมินลักษณะและระดับการทำละเมิด ของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิด โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนก ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์และโรงพยาบาล ตากสิน จำนวน 268 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 215 ชุด คิดเป็นร้อยละ 80.22 นำคำตอบจาก แบบสอบถามมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเครียด

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะ ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ลักษณะและระดับการทำละเมิด

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิด

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 215)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	113	52.6
30 – 40 ปี	89	41.4
41 ปีขึ้นไป	13	6.0
สถานภาพสมรส		
โสด	116	54.0
คู่	92	42.8
หม้าย / หย่าร้าง / แยก	7	3.3
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	20	9.3
10,000 – 14,999 บาท	98	45.6
15,000 – 20,000 บาท	60	27.9
มากกว่า 20,000 บาท	37	17.2
สถานะทางเศรษฐกิจ		
รายได้เหลือเก็บ	60	27.9
รายได้เพียงพอ	10	4.7
รายได้ไม่เพียงพอ	16	7.4
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	38	17.7
ประสบการณ์ในการทำงาน		
1 – 5 ปี	57	26.5
6 – 10 ปี	99	46.0
11 – 15 ปี	43	20.0
16 ปีขึ้นไป	16	7.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 215)	ร้อยละ
แผนกในการปฏิบัติงาน		
ศัลยกรรม	68	31.6
อายุรกรรม	82	38.1
กุมารเวชกรรม	32	14.9
สูติรีเวชกรรม	33	15.3
การทำงาน		
เฉื่อยชา	2	0.9
ช้า	9	4.2
ปานกลาง	164	76.3
รวดเร็ว	40	18.6
ความสำเร็จของงาน		
เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด	11	5.1
เสร็จพอดีกับเวลา	142	66.0
เสร็จก่อนเวลา	60	27.9
อื่น ๆ (ขึ้นกับปริมาณงาน)	2	0.9
จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ		
น้อยกว่า 40 ชม./สัปดาห์	20	9.3
40 – 50 ชม./สัปดาห์	158	73.5
มากกว่า 50 ชม./สัปดาห์	37	17.2
จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ		
น้อยกว่า 12 ชม./สัปดาห์	84	39.1
12 - 24 ชม./สัปดาห์	78	36.3
มากกว่า 24 ชม./สัปดาห์	46	21.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 215)	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือน		
ไม่มี	85	39.5
1 – 2 ครั้ง	111	53.5
3 – 4 ครั้ง	14	6.5
5 ครั้งขึ้นไป	1	0.5
การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน		
ไม่มี	179	83.3
มี	36	16.7
ขนาดโรงพยาบาล		
ขนาดกลาง	136	63.3
ขนาดใหญ่	79	36.7
หน่วยงานด้านการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล		
มี	215	100.0

จากตาราง 4 พบดังนี้

อายุ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.4 และช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป พบว่ามีน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 6

สถานภาพสมรส พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือคู่ คิดเป็นร้อยละ 42.8 และน้อยที่สุดคือหม้าย/หย่าร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 3.3

รายได้ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 – 14,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาคือมีรายได้ 15,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.9 และรายได้คิดเป็นมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.3

สถานะทางเศรษฐกิจ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 47 รองลงมาคือรายได้เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.9 และมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 17.7 และที่น้อยที่สุดคือรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 7.4

ประสบการณ์ในการทำงานปัจจุบัน พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการทำงาน 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 และมีประสบการณ์ในการทำงาน 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ที่น้อยที่สุดคือมีประสบการณ์ในการทำงาน 16 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.4

แผนกในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 31.6 และแผนกสูติรีเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 15.3 แผนกที่พบน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 14.9

ความเร็วในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำงานรวดเร็วปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.3 รองลงมาคือทำงานรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 18.6 และทำงานช้า คิดเป็นร้อยละ 4.2 การทำงานเฉื่อยชา มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.9

ความสำเร็จของงาน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำงานเสร็จพอดีกับเวลา คิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือทำงานสำเร็จเสร็จก่อนเวลา คิดเป็นร้อยละ 27.9 และทำงานเสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด พบร้อยละ 5.1 ที่พบน้อยที่สุดคือทำงานทันบ้างไม่ทันบ้างแล้วแต่สถานการณ์ คิดเป็นร้อยละ 0.9

จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพทำงาน 40 – 50 ชั่วโมง/สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.5 รองลงมาคือทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 7.2 และน้อยที่สุดพบว่าทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 9.3

จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำงานน้อยกว่า 12 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือทำงาน 12 - 24 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 36.3 และทำงานมากกว่า 24 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 21.4 พบน้อยที่สุด

จำนวนการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วย 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาคือไม่มีการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 39.5 และป่วย 3 - 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5 และที่น้อยที่สุดคือ 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.5

การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน พยาบาลวิชาชีพพบว่าไม่มีการศึกษาเพิ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 และมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.7

ขนาดโรงพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.3 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.7

และพบว่าทุกโรงพยาบาลมีหน่วยงานในด้านการจัดการด้านความเสี่ยงหรือการทาละเมิดของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ	จำนวน	ร้อยละ	พิสัยจากการวัด	$\bar{X}$	S.D.
บุคลิกภาพแบบ A ¹	39	18.1	16.79 - 21		
บุคลิกภาพแบบ B ²	176	81.9	9 - 16.78		
รวม	215	100.0		14.49	2.29

จากตาราง 5 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้มีบุคลิกภาพมีแบบ B คิดเป็นร้อยละ 81.9 และบุคลิกภาพแบบ A คิดเป็นร้อยละ 18.1 โดยมีค่าคะแนนบุคลิกภาพเฉลี่ยเท่ากับ 14.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.29 และมีคะแนนสูงสุดและต่ำสุดเท่ากับ 21 และ 9 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการเจ็บป่วยและการพักผ่อน

ตัวแปร	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	$\bar{X}$	S.D
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
การเจ็บป่วย	10(4.7)	137(63.7)	68(31.6)	10.59	2.17
การพักผ่อน	18(8.4)	83(38.6)	114(53)	4.47	1.98

จากตาราง 6 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 63.7 รองลงมาคือมีการเจ็บป่วยในระดับต่ำร้อยละ 31.6 และการเจ็บป่วยในระดับสูงมีน้อยที่สุดร้อยละ 4.7 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.17

การพักผ่อน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนน้อย คิดเป็นร้อยละ 53 รองลงมาคือมีการพักผ่อนปานกลางร้อยละ 38.6 และการพักผ่อนที่พบมีน้อยที่สุดคือการพักผ่อนมากร้อยละ 8.4 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98

¹ บุคลิกภาพแบบ A หมายถึง บุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว

² บุคลิกภาพแบบ B หมายถึง บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเกรงใจน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเครียด

2.1 ระดับความเครียด

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	พิสัยจากการวัด	$\bar{X}$	S.D.
ระดับต่ำ	37	17.2	28 – 37.69		
ระดับปานกลาง	140	65.1	37.70 – 52.78		
ระดับสูง	38	17.7	52.79 – 69		
รวม	215	100.0		45.24	7.55

จากตาราง 7 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมา มีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มีร้อยละ 17.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.55 และมีคะแนนความเครียดสูงสุด และต่ำสุดเท่ากับ 69 และ 28 ตามลำดับ

2.2 ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)
อายุ			
น้อยกว่า 30 ปี	113	45.64	7.53
30 – 40 ปี	89	44.50	7.52
41 ปีขึ้นไป	13	46.83	8.06

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)
สถานภาพสมรส			
โสด	116	45.73	7.92
คู่	92	44.45	7.09
หม้าย / หย่าร้าง / แยก	7	47.57	7.04
รายได้			
ต่ำกว่า 10,000 บาท	20	46.25	8.55
10,000 – 14,999 บาท	98	45.47	8.09
15,000 – 20,000 บาท	60	44.83	6.82
มากกว่า 20,000 บาท	37	44.76	6.84
สถานะทางเศรษฐกิจ			
รายได้เหลือเก็บ	60	45.42	6.72
รายได้เพียงพอ	10	44.42	7.96
รายได้ไม่เพียงพอ	16	45	8.33
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	38	47.26	7.22
ประสบการณ์ในการทำงาน			
1 – 5 ปี	57	44.91	8.76
6 – 10 ปี	99	45.09	6.65
11 – 15 ปี	43	46.09	7.5
16 ปีขึ้นไป	16	45.06	8.77
แผนกในการปฏิบัติงาน			
ศัลยกรรม	68	43.8	7.31
อายุรกรรม	82	45.3	7.79
กุมารเวชกรรม	32	46.53	7.48
สูตินรีเวชกรรม	33	46.79	7.30

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)
การทำงาน			
เนื้อหา	2	36.00	11.31
ซ้ำ	9	43.33	4.79
ปานกลาง	164	45.79	7.67
รวดเร็ว	40	43.9	7.13
ความสำเร็จของงาน			
เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด	11	43.73	5.93
เสร็จพอดีกับเวลา	142	45.63	8.19
เสร็จก่อนเวลา	60	44.65	6.14
อื่น ๆ	2	40.00	5.66
จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ			
น้อยกว่า 40 ชม./สัปดาห์	20	45.45	6.28
40 – 50 ชม./สัปดาห์	158	44.70	7.65
มากกว่า 50 ชม./สัปดาห์	37	47.37	7.56
จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ			
น้อยกว่า 12 ชม./สัปดาห์	84	44.20	7.64
12 - 24 ชม./สัปดาห์	78	46.45	6.69
มากกว่า 24 ชม./สัปดาห์	46	45	8.08
จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือน			
ไม่มี	85	43.46	7.09
1 – 2 ครั้ง	115	46.11	7.45
3 – 4 ครั้ง	14	47.21	7.24
5 ครั้งขึ้นไป	1	69.00	-

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม
คุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)
การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน			
ไม่มี	180	45.06	7.75
มี	35	46.14	6.49
ขนาดโรงพยาบาล			
ขนาดกลาง	136	45.27	8.82
ขนาดใหญ่	79	45.19	4.68

จากตาราง 8 เป็นการพิจารณาค่าคะแนนความเครียด จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ระดับสูง สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำสุด คือ พยาบาล ที่มีอายุ 30 – 40 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 46.83, 45.64, 44.50 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยก มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.57 พยาบาลที่เป็นโสดมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยรองลงมาโดยพยาบาลที่แต่งงานแล้วจะมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 45.73, 44.45 ตามลำดับ

รายได้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือพยาบาลที่มีรายได้ 10,000 – 14,999 บาท และรายได้ 15,000 – 20,000 บาท พยาบาลที่มีคะแนนความเครียดต่ำที่สุดคือมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท โดยมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 46.25, 45.47, 44.83, 44.76 ตามลำดับ

สถานะทางเศรษฐกิจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีความคะแนนเฉลี่ยเครียดสูงสุด คือ 47.26 รองลงมาคือมีรายได้เหลือเก็บ และรายได้ไม่เพียงพอ พยาบาลที่มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยต่ำที่สุดคือมีรายได้เพียงพอ โดยมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 45.42, 45.80, 44.42 ตามลำดับ

ประสบการณ์ในการทำงานปัจจุบัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 11 -15 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการทำงาน

6 – 10 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 16 ปีขึ้นไป พยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดคือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 – 5 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 46.09, 45.09, 45.06, 44.91 ตามลำดับ

แผนกในการปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสูตินรีเวชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 46.79 รองลงมาคือแผนกกุมารเวชกรรมเท่ากับ 46.53 และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.30 โดยที่พยาบาลในแผนกศัลยกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดคือ 43.80

การทำงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานปานกลางมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 45.79 รองลงมาคือทำงานรวดเร็วมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 43.90 และพยาบาลที่ทำงานช้ามีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 43.33 พยาบาลที่ทำงานเฉื่อยชามีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 36.00

ความสำเร็จของงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเสร็จพอดีกับเวลา มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูง รองลงมาคือทำงานเสร็จก่อนเวลา และเสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด โดยที่พยาบาลที่ทำงานทันบ้างไม่ทันบ้างแล้วแต่สถานการณ์มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 45.63, 44.65, 43.73, 40.00 ตามลำดับ

จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 50 ชม./สัปดาห์ มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 47.37 รองลงมาคือทำงานน้อยกว่า 40 ชม./สัปดาห์ และทำงาน 40 – 50 ชม./สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.45, 44.7 ตามลำดับ

จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่พิเศษ 12 – 24 ชม./สัปดาห์ มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 46.45 รองลงมาคือทำงานพิเศษมากกว่า 24 ชม./สัปดาห์ และทำงานพิเศษน้อยกว่า 12 ชม./สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.00 และ 44.20 ตามลำดับ

จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 69.00 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วย 4 -5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 47.21 และพยาบาลวิชาชีพที่เจ็บป่วย 1 - 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 46.11 โดยพยาบาลที่ไม่มีการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 43.46

การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 46.14 และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีการศึกษาเพิ่มเติม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.06

ขนาดโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดกลางมีคะแนนความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 45.27 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีคะแนนความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.19

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
บุคลิกภาพแบบ A	39	49.97	8.54
บุคลิกภาพแบบ B	176	44.19	6.92

จากตาราง 9 พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ A จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ B โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 49.97 และ 44.19 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามการเจ็บป่วยและการพักผ่อน

การเจ็บป่วยและการพักผ่อน	จำนวน (คน)	คะแนนความเครียด	
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
การเจ็บป่วย			
ระดับสูง	10	50.50	7.11
ระดับปานกลาง	137	46.21	7.32
ระดับต่ำ	68	42.57	7.31
การพักผ่อน			
ระดับสูง	18	51.17	9.21
ระดับปานกลาง	83	46.19	7.40
ระดับต่ำ	114	43.61	6.83

จากตาราง 10 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยปานกลาง และพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อย มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำสุด คือ 50.50, 46.21, 42.57 ตามลำดับ

การพักผ่อน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนมากมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือการพักผ่อนระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การพักผ่อนน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 51.17, 46.19, 43.61 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

1. การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 11 การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร	ความเครียด		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
1. การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน	0.229	0.001	ระดับต่ำ
2. บุคลิกภาพ	0.303	<0.001	ระดับปานกลาง
3. การเจ็บป่วย	0.299	<0.001	ระดับต่ำ
4. การพักผ่อน	0.312	<0.001	ระดับปานกลาง
5. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล	0.264	<0.001	ระดับต่ำ
6. ภาระงาน	0.196	0.004	ระดับต่ำ
7. สัมพันธภาพในหน่วยงาน	-0.241	<0.001	ระดับต่ำ
8. ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร	0.162	0.018	ระดับต่ำ
9. ภาระทางครอบครัว	0.153	0.025	ระดับต่ำ

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อนการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว

โดยความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ($r = 0.299, r = 0.264, p < 0.001$) การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($r = 0.229, p = 0.001$) ภาระงาน ($r = 0.196, p = 0.004$) ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ($r = 0.162, p = 0.018$) ภาระทางครอบครัว ($r = 0.153, p = 0.025$)

สัมพันธภาพในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดเชิงลบในระดับต่ำ ($r = -0.241, P < 0.001$) นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทาง บวกจะมีความเครียดต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทางลบจะมีความเครียดสูง

ยังพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับบุคลิกภาพและการพักผ่อน ($r = 0.303, r = 0.312, p < 0.001$)

2. การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับขนาดของโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
ขนาดกลาง	32	68	36	136
	23.5%	50.0%	26.5%	100.0%
ขนาดใหญ่	5	72	2	79
	6.3%	91.1%	2.5%	100.0%
รวม	37	140	38	215
	17.2%	65.1%	17.7%	100.0%
Chi-square = 37.78		df = 2	P < 0.001	

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
โสด+หม้าย/หย่าร้าง/แยก	20	78	25	123
	23.5%	50.0%	26.5%	100.0%
คู่	17	62	13	92
	6.3%	91.1%	2.5%	100.0%
รวม	37	140	38	215
	17.2%	65.1%	17.7%	100.0%
Chi-square = 1.421			df = 2	P = 0.491

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับแผนกในการปฏิบัติงาน

แผนกในการปฏิบัติงาน	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
ศัลยกรรม	17	42	9	68
	25.0%	61.8%	13.2%	100.0%
อายุรกรรม	13	53	16	82
	15.9%	64.6%	19.5%	100.0%
กุมารเวชกรรม	4	23	5	32
	12.5%	71.9%	15.6%	100.0%
สูติรีเวชกรรม	3	22	8	33
	9.1%	66.7%	24.2%	100.0%
รวม	37	140	38	215
	17.2%	65.1%	17.7%	100.0%
Chi-square = 6.315			df = 6	P = 0.389

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสถานะทางเศรษฐกิจ

สถานะทางเศรษฐกิจ	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
รายได้เหลือเก็บ	7 11.7%	44 73.3%	9 15.0%	60 100.0%
รายได้เพียงพอ	22 21.8%	63 62.4%	16 15.8%	101 100.0%
รายได้ไม่เพียงพอ	3 18.8%	10 62.5%	3 18.8%	16 100.0%
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	5 13.2%	23 60.5%	10 26.3%	38 100.0%
รวม	37 17.2%	140 65.1%	38 17.7%	215 100.0%
Chi-square = 5.612		df = 6	P = 0.468	

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความรวดเร็วในการทำงาน

ความรวดเร็ว ในการทำงาน	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
ปานกลาง	26 15.86%	105 64.02%	33 20.13%	164 100.0%
เฉื่อยช้า+รวดเร็ว	11 21.57%	35 68.63%	5 9.8%	51 100.0%
รวม	37 17.2%	140 65.1%	38 17.7%	215 100.0%
Chi-square = 3.208		df = 2	P = 0.201	

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความสำเร็จของงาน

ความสำเร็จของงาน	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด + อื่นๆ	3 23.07%	9 69.23%	1 7.7%	13 100.0%
เสร็จพอดีกับเวลา	27 19.01%	83 58.45%	32 22.54%	142 100.0%
เสร็จก่อนเวลา	7 11.67%	48 80.0%	5 8.33%	60 100.0%
รวม	37 17.2%	140 65.1%	38 17.7%	215 100.0%
Chi-square = 10.237		df = 4	P = 0.057	

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน

การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน	ระดับความเครียด			รวม
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
ไม่มี	35 19.6%	111 62.0%	33 18.4%	179 100.0%
มี	2 5.6%	29 80.6%	5 13.9%	36 100.0%
รวม	37 17.2%	140 65.1%	38 17.7%	215 100.0%
Chi-square = 5.346		df = 2	P = 0.069	

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับสถานภาพสมรส แผนกในการปฏิบัติงาน สถานะทางเศรษฐกิจ ความรวดเร็วในการทำงาน ความสำเร็จของงาน การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน และขนาดโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับขนาดของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

และพบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส แผนกในการปฏิบัติงานสถานะทางเศรษฐกิจ ความรวดเร็วในการทำงาน ความสำเร็จของงาน การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ลักษณะและระดับการทำละเมิด

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละลักษณะการทำละเมิด จำแนกตามรายด้าน

ลักษณะการทำละเมิด	เคยทำ						รวม
	ไม่เคยทำ	ไม่ตั้งใจ	ตั้งใจ	ประมาท	แกล้งทำ/ ไม่ทำ	ผิดกฎหมาย	
การให้ยา/ให้เลือดผิด	121 (56.3)	81 (37.7)	0 (0)	13 (6)	0 (0)	0 (0)	215 (100)
การดูแลรักษาล่าช้า	82 (38.1)	121 (56.3)	5 (2.3)	5 (2.3)	2 (0.9)	0 (0)	215 (100)
การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง	185 (86)	27 (12.6)	0 (0)	2 (0.9)	1 (0.5)	0 (0)	215 (100)
การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด	151 (70.2)	55 (25.6)	0 (0)	9 (4.2)	0 (0)	0 (0)	215 (100)
การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย	115 (53.5)	92 (42.8)	6 (2.8)	1 (0.5)	1 (0.5)	0 (0)	215 (100)

จากตาราง 19 พบว่าลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดคือ การดูแลรักษาล่าช้า พบร้อยละ 61.9 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.3 ตั้งใจร้อยละ 2.3 ประมาทร้อยละ 2.3 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยพบร้อยละ 46.5 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.8 ตั้งใจร้อยละ 2.8 ประมาทและแกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5 การให้ยา/ให้เลือดผิดพบลำดับที่สาม ร้อยละ 43.7 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.7 ประมาทร้อยละ 6 ต่อมาคือ การเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพบร้อยละ 29.8 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 25.6 ประมาทร้อยละ 4.2 และพบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงพบร้อยละ 14 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 12.6 ประมาทร้อยละ 0.9 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละลักษณะการทำละเมิด จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน

แผนก	ลักษณะการทำละเมิด					
	ไม่เคยทำ	ไม่ตั้งใจ	ตั้งใจ	ประมาณ	กำลังทำ/ ไม่ทำ	ผิด กฎหมาย
การให้ยา/ให้เลือดผิด						
ศัลยกรรม	43 (63.24)	21 (30.88)	0	4 (5.88)	0	0
อายุรกรรม	38 (46.34)	37 (45.12)	0	7 (8.53)	0	0
กุมารเวชกรรม	18 (50.25)	13 (40.63)	0	1 (3.12)	0	0
สูติรีเวชกรรม	22 (66.67)	10 (30.30)	1 (1.47)	1 (3.03)	0	0
การดูแลรักษาล่าช้า						
ศัลยกรรม	18 (26.47)	49 (72.05)	1 (1.22)	0	0	0
อายุรกรรม	29 (35.37)	46 (56.09)	1 (3.125)	4 (4.88)	2 (2.44)	0
กุมารเวชกรรม	18 (56.25)	12 (37.5)	2 (6.06)	1 (3.125)	0	0
สูติรีเวชกรรม	17 (51.52)	14 (42.42)	0	0	0	0
การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง						
ศัลยกรรม	61 (89.71)	7 (10.29)	0	0	0	0
อายุรกรรม	69 (84.15)	12 (14.63)	0	1 (1.21)	0	0
กุมารเวชกรรม	30 (93.75)	1 (3.125)	0	0	1 (3.125)	0
สูติรีเวชกรรม	25 (75.76)	7 (21.21)	0	1 (3.03)	0	0

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละลักษณะการทำละเมิด จำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน (ต่อ)

แผนก	ลักษณะการทำละเมิด					
	ไม่เคยทำ	ไม่ตั้งใจ	ตั้งใจ	ประมาท	แกล้งทำ/ ไม่ทำ	ผิด กฎหมาย
การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด						
ศัลยกรรม	52 (76.47)	13 (19.12)	0	3 (4.41)	0	0
อายุรกรรม	54 (65.85)	24 (29.27)	0	4 (4.88)	0	0
กุมารเวชกรรม	17 (53.13)	13 (40.13)	0	2 (6.23)	0	0
สูตินรีเวชกรรม	28 (84.85)	5 (15.15)	0	0	0	0
การใช้กริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วย						
ศัลยกรรม	38 (55.88)	29 (42.65)	1 (1.47)	0	0	0
อายุรกรรม	34 (41.46)	43 (52.44)	4 (4.88)	1 (1.22)	0	0
กุมารเวชกรรม	22 (68.75)	9 (28.13)	0	0	1 (3.12)	0
สูตินรีเวชกรรม	21 (63.64)	11 (33.33)	1 (3.03)	0	0	0

จากตาราง 20 ศึกษาลักษณะการทำละเมิดในแต่ละแผนกพบดังนี้

การให้ยา/ให้เลือดผิด พบว่าการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 45.12 ประมาทร้อยละ 8.53 รองลงมาคือ แผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 3.12 ต่อมาคือ แผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.88 ประมาทร้อยละ 5.88 และแผนกที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ แผนกสูตินรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.30 ประมาทร้อยละ 3.03

การดูแลรักษาล่าช้า พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกศัลยกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 72.05 ตั้งใจร้อยละ 1.47 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.09 ตั้งใจร้อยละ 1.22 ประมาทร้อยละ 4.88 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 2.44 ต่อมาคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.42 ตั้งใจร้อยละ 6.06 และที่พบว่าการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.5 ตั้งใจร้อยละ 3.125 ประมาทร้อยละ 3.125

การทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวัง/ตกเตียง พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกสูติรีเวชกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 21.21 ประมาทร้อยละ 3.03 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 14.63 ประมาทร้อยละ 1.21 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 10.29 และพบน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 3.125 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.125

การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกกุมารเวชกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 6.23 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 29.27 ประมาทร้อยละ 4.88 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 19.12 ประมาทร้อยละ 4.41 และที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 15.15

การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 52.44 ตั้งใจร้อยละ 4.88 ประมาทร้อยละ 1.22 รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.65 ตั้งใจร้อยละ 1.47 ต่อมาคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 33.33 ตั้งใจร้อยละ 3.03 และที่พบว่าการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ แผนกกุมารเวชกรรมเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 28.13 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.12

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับแผนกในการปฏิบัติงาน

แผนกในการปฏิบัติงาน	การทำละเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
ศัลยกรรม	8 11.8%	60 88.2%	68 100.0%
อายุรกรรม	12 14.6%	70 85.4%	82 100.0%
กุมารเวชกรรม	5 15.6%	27 84.4%	32 100.0%
สูติรีเวชกรรม	12 36.4%	21 63.6%	33 100%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 10.35 df = 3 P = 0.016			

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับความสำเร็จของงาน

ความสำเร็จของงาน	การทำละเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด +อื่น ๆ		13 100.0%	13 100.0%
เสร็จพอดีกับเวลา	21 14.8%	121 85.2%	142 100.0%
เสร็จก่อนเวลา	16 26.7%	44 73.3%	60 100.0%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 7.05 df = 2 P = 0.029			

ตารางที่ 23 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการทำเลเมิดกับการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน

การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน	การทำเลเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
ไม่มี+ 5 ครั้งขึ้นไป	23 26.7%	63 73.3%	86 100.0%
1-2 ครั้ง	13 11.3%	102 88.7%	115 100.0%
3-4 ครั้ง	1 7.1%	13 92.6%	14 100.0%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 9.30 df = 2			P = 0.010

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำเลเมิดกับการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วย	การทำเลเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
ระดับต่ำ	18 26.5%	50 73.5%	68 100.0%
ระดับปานกลาง	19 13.9%	118 86.1%	137 100.0%
ระดับสูง		10 100.0%	10 100.0%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 7.24 df = 2			P = 0.027

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ

สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ	การทำละเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
ระดับต่ำ	18 24.3%	56 75.7%	74 100.0%
ระดับปานกลาง+ระดับสูง	19 13.5%	122 86.5%	141 100.0%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 4.01 df = 1 P = 0.045			

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กร ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด คือ แผนกในการปฏิบัติงาน ($P = 0.016$) ความสำเร็จของงาน ($P = 0.029$) การเจ็บป่วย ($P = 0.027$) สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ ($P = 0.045$) การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($P = 0.010$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิด

ตารางที่ 26 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิดโดยใช้สถิติไคสแควร์

ความเครียด	การทำละเมิด		รวม
	ไม่เคยทำ	เคยทำ	
ระดับต่ำ	11 29.7%	26 70.3%	37 100.0%
ระดับปานกลาง	25 17.9%	115 82.1%	140 100.0%
ระดับสูง	1 2.6%	37 97.4%	38 100.0%
รวม	37 17.2%	178 82.8%	215 100.0%
Chi-square = 9.78 df = 2 P = 0.008			

จากผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.008$ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับต่ำไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 29.7 เคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับปานกลางไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.9 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.1 และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 2.6 เคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.2 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.8

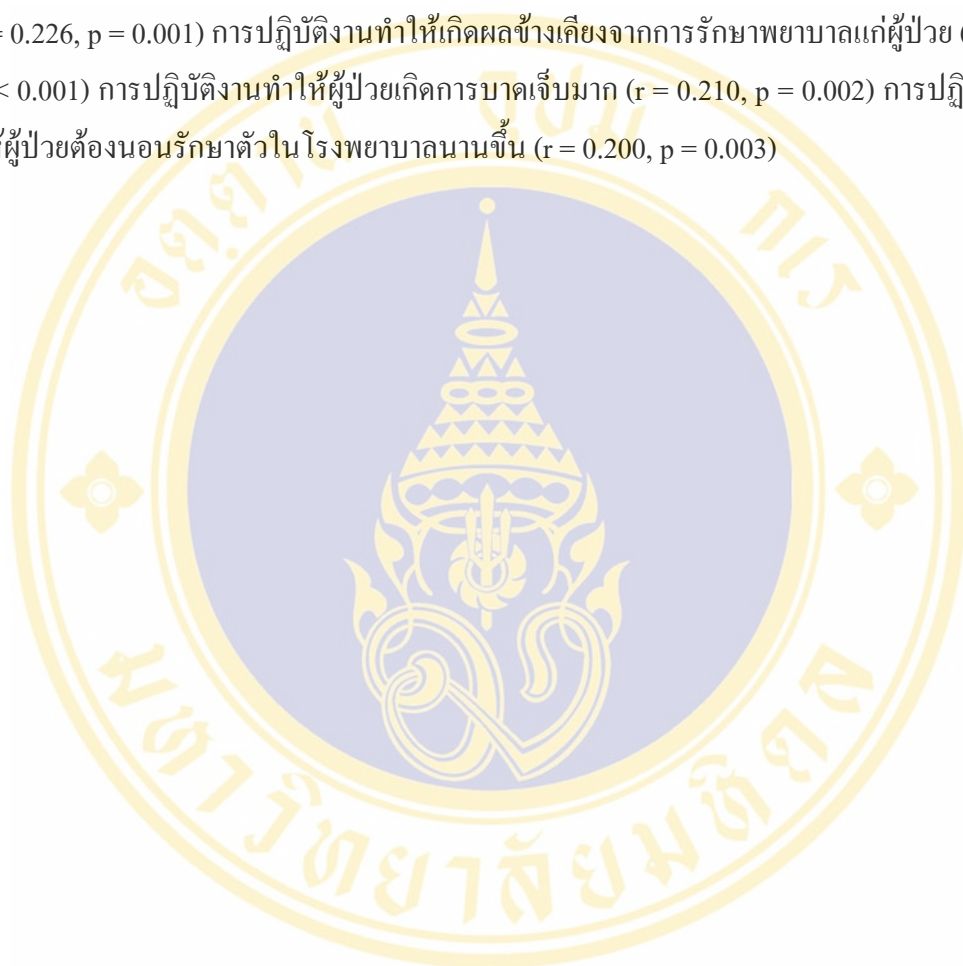
ตารางที่ 27 การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับผลการทำละเมิด

ผลการทำละเมิด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ความเครียด	
		P - value	ระดับความสัมพันธ์
1. การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ	0.226	0.001	ระดับต่ำ
2. การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย	0.238	<0.001	ระดับต่ำ
3. การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย	0.310	<0.001	ระดับปานกลาง
4. การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก	0.210	0.002	ระดับต่ำ
5. การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น	0.200	0.003	ระดับต่ำ
6. การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น	0.222	0.001	ระดับต่ำ

จากผลการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับผลการทำละเมิดพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ผลการทำละเมิด 6 ประการ คือ การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น และความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับผลการทำละเมิดคือการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บสาหัส โดยมีระดับความสัมพันธ์ดังนี้

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ($r = 0.310, p < 0.001$)

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็นและการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ($r = 0.222, r = 0.226, p = 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ($r = 0.238, p < 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก ($r = 0.210, p = 0.002$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($r = 0.200, p = 0.003$)



บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินระดับความเครียด ประเมินลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิดศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลตากสิน โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกสูติรีเวชกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกอายุรเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม ที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกต่าง ๆ มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือฝึกอบรมจำนวน 268 คน ซึ่งคัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 809 คน ด้วยวิธีการโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง (Proportional stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกและสุ่มตัวอย่างจากแผนกต่าง ๆ โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

จากการศึกษาเรื่องความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในบทที่ 4 จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจำแนกการอภิปรายผลเป็นดังนี้

1. ระดับความเครียด

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 มีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 17.2 การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดในระดับปานกลางมากที่สุดอาจเนื่องมาจากพยาบาลประจำการได้รับความกดดันจากสาเหตุที่ก่อให้เกิดส่งผลให้พยาบาลประจำการมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งเฟรน และวาริกา (Fraen & Valiga, 1981) กล่าวว่าความเครียดในระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับรู้ต่อสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็วทำให้นักลารู้สึกถูกคุกคามไม่อาจแก้ไขและปรับตัวได้ในระยะเวลาดังนั้น ๆ และหากเกิดความเครียดในระดับนี้คงอยู่นานและต่อเนื่องจะทำให้เกิดความเครียดที่เรื้อรังหรือรุนแรงกว่าเดิมทำให้เกิดความเบื่อหน่ายซึ่งนำไปสู่การแสดงออกทางอาการทางกาย

และจิตใจได้แต่อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดในระดับนี้ได้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี ศิริรักษ์ (2535) ที่ศึกษาความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดเฮลธอโอส (HOS, Health Opinion Survey) และแบบสำรวจสุขภาพจิตซีเอ็มไอ (CMI, Cornell Medical Index) พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.4 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.8 และสอดคล้องกับพรทิพย์ เกษุรานนท์ (2527) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามเอสซีแอล-90 (SCL-90) ของเดอโรกาเลียโอแอลโคไว (Derogatio and Covi) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.5 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดจากการทำงาน (Occupational Stress indicator) ของคูเปอร์ และคณะ (Cooper, et al. 1988) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 18.3 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.0

แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้แบบวัดความเครียดเฮลธอโอส (HOS, Health Opinion Survey) และพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.2 ระดับค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 26.6 และมีความเครียดสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 5.2 ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของเครื่องมือที่นำมาวัดและเกณฑ์การประเมินความเครียด

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเทพวัลย์ สุชาติ (2530) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของเฮลธอโอส (HOS, Health Opinion Survey) และแบบสำรวจสุขภาพจิตซีเอ็มไอ (CMI, Cornell Medical Index) พบว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 96.7 รองลงมาคือระดับสูงปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.7 ที่เหลือเป็นระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 2.6 ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกันนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะงานของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่แตกต่างกับลักษณะงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย รวมทั้งเกณฑ์การประเมินความเครียด

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วย บุคลิกภาพ การพักผ่อน ขนาดของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว ผู้วิจัยจึงอภิปรายผลการวิจัย โดยเริ่มจากการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน จากนั้นตามด้วยการเจ็บป่วย บุคลิกภาพ การพักผ่อน ขนาดโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว ตามลำดับ ดังนี้

การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($r = 0.229, p = 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 69.00 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วย 4-5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 47.21 และพยาบาลวิชาชีพที่เจ็บป่วย 1-2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 46.11 โดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 43.46

การเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเจ็บป่วย ($r = 0.299, p < 0.001$) โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยปานกลาง และพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อย มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำสุด คือ 50.50, 46.21, 42.57 ตามลำดับ จากผลการศึกษาการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน และการเจ็บป่วยสอดคล้องกับสุจริต สุวรรณชีพ (2532) ที่กล่าวว่าสิ่งใด ๆ ก็ตามที่รบกวนหรือกระทบต่อความเป็นอยู่ของบุคคล ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย สร้างความกดดันต่อจิตใจ ทำให้กลไกการปรับตัวต่อผู้ของร่างกายต้องทำงานเพื่อจัดภาวะเครียดนั้น ๆ

บุคลิกภาพ ผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = 0.303, p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ A คือบุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ B คือบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเครียดน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 49.97 และ 44.19 ตามลำดับ สอดคล้องกับเทววัลย์ สุชาติ (2530: 103) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์” พบว่านักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีบุคลิกภาพแบบ A มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ชมิด์ และลอว์เลอร์ (Schmied and Lawler, 1986: 1223) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “บุคลิกภาพแบบ A และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้หญิงทำงาน” พบว่าผู้หญิงทำงานที่มีบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดอย่างแน่นนอน โรเจอร์ (Roger อ้างในพรทิพย์ เกยุรนนท์, 2527: 48) ทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความเครียดในการทำงานและพบว่าที่คนเราจะมีเครียดหรือไม่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร (Demographic Variables) เช่น อายุ หรือการศึกษา และไม่ได้ขึ้นอยู่กับประเภทหรือหน่วยงานที่บุคคลทำงานอยู่ด้วย โรเจอร์ให้ข้อคิดความสามารถของบุคคลในการเผชิญหน้ากับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ ๆ เช่น ลักษณะทางบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางสังคมรอบ ๆ ตัวเขา ลักษณะของชีวิตส่วนตัว บางอย่างนอกเหนือจากชีวิตการทำงาน เช่น ชีวิตครอบครัว ฐานะการเงิน เป็นต้น

แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีบุคลิกมีแนวโน้มแบบ B คือ ร้อยละ 85 และมีเพียงส่วนน้อย คือร้อยละ 15 เท่านั้น มีบุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ A และพบว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ B มีค่าเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าพยาบาลที่มีบุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ A เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับความเครียด พบว่าบุคลิกภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

การพักผ่อน ผลการวิจัยพบว่า การพักผ่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = 0.312, p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือการพักผ่อนระดับปานกลางและคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การพักผ่อนน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 51.17, 46.19, 43.61 ตามลำดับซึ่ง ไม่สอดคล้องกับบุญเพียร จันทวัฒน์ (2523: 24) ให้ความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเวลาทำงานน้อยมีผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีอาการเบื่ออาหารอาหารไม่ย่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอนหลับได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้มีผลเสียต่ออารมณ์ในขณะที่ตื่นมีอาการหงุดหงิดไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดอันอาจเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ ซึ่งในการศึกษานี้ทำการศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ พบว่าโรงพยาบาลขนาดกลางมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.27 และ 45.19 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความเครียดมีความแตกต่างกันเล็กน้อย อาจเป็นจากการที่ทั้งโรงพยาบาลขนาดกลาง

และขนาดใหญ่มีภาระงานและลักษณะงานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดต่างกันไม่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ($r = 0.264, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความ สัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ อาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานของอาจารย์พยาบาล คือการบริหารในหน่วยงาน เช่น การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ความยุติธรรมของผู้ บังคับบัญชา เกณฑ์การประเมินผลของหน่วยงาน หลักปฏิบัติในการสื่อสารและ ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานที่ไม่ทั่วถึง และขาดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล (2542) วิลเลอร์ และไรดิง (Wheeler, & Ridging, 1994) ที่พบว่าความเครียดในงาน ด้านปัญหาองค์การและการจัดการก่อให้เกิดความเครียดในงานอยู่ในระดับปานกลาง และลัดดา ตันกันทะ (2540) พบว่าการบริหาร/องค์การก่อให้เกิดความเครียดในงานระดับปานกลาง และสิระยา สัมมาวาจา (2539) กล่าวว่าหน่วยงานที่มีการจัดการและระบบการบริหารที่ไม่ดี ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ขาดการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาก่อให้เกิดความเครียดในงาน และนำไปสู่ความเบื่อหน่ายในงานได้

ภาระงาน ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับ ภาระงาน ($r = 0.196, p = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ อาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่าการขาดความสมดุลระหว่าง จำนวนบุคลากรกับปริมาณงานและระหว่างหน้าที่รับผิดชอบกับเวลาที่กำหนดเป็นสาเหตุของการ เกิดความเครียดและเมคเครียนี่ และคณะ (McCranie et al, 1987) ได้ศึกษาเรื่อง “ความเครียดในการ ทำงาน ความอดทน และการขาดงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล” ผลการวิจัยพบว่า งานที่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากการทำงานหนัก การให้การ พยาบาลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต เบค และศรีวาสตา (Beck & Srivastava, 1991) ได้ทำการศึกษา เรื่อง “ระดับความเครียดและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล” ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจได้ และความเครียดที่เกิดจากสาเหตุที่ต้องทำงานหนัก การขาดความชำนาญ

จำนวนและความยากลำบากในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติ ไรดิงและวิลเลอร์ (Riding & Wheeler, 1995) ได้ทำการศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีความบกพร่องทางจิตใจ และผู้ป่วยโรคกระดูก ของโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน ได้แก่ ภาระงานมากมายที่ต้องทำในช่วงเวลาที่จำกัด ลักษณะการอยู่เวรพยาบาลจะต้องอยู่ปฏิบัติงานหมุนเวียน ซึ่งอาจเป็น 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง 12 ชั่วโมง หรือแม้แต่ 24 ชั่วโมง

สัมพันธภาพในหน่วยงาน ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดเชิงลบในระดับต่ำ ($r = -0.241, p < 0.001$) นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทางบวกจะมีความเครียดต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทางลบจะมีความเครียดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของฐานา ธรรมคุณ (2532) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในงานของพยาบาล และลอว์เรนซ์ และลอว์เรนซ์ (Lawrence and Lawrence, 1987: 45-51) ได้ศึกษาลักษณะของงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของพยาบาล สรุปว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานของพยาบาล ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ความต้องการของผู้ป่วยละหวั่นงาน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเพื่อนร่วมงาน ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว และความเครียดที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกในรูปของการมีขวัญในการปฏิบัติงานต่ำ การขาดงาน ความเหนื่อยล้า และจากการศึกษาของพิมพภา สุขกุล (2535) ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงใต้ สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล (2542) ที่ศึกษาแหล่งความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และวิลเลอร์และไรดิง (Wheeler, & Riding, 1994, 1995) ที่พบว่าความเครียดในงานด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคลากร ก่อให้เกิดความเครียดในงานอยู่ในระดับต่ำ

และจากผลการศึกษารังนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของสิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์” พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคลก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะขององค์กร สภาพสังคม วัฒนธรรมของแต่ละองค์กรที่แตกต่างกัน

ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ($r = 0.162, p = 0.018$)

ภาระทางครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภาระทางครอบครัว ($r = 0.153, p = 0.025$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ เกษฐานนท์

(2527) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่าพยาบาลที่มีภาระครอบครัวแตกต่างกันมีความเครียดแตกต่างกัน และจากการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” พบว่าภาระครอบครัวมีอิทธิพลกับความเครียดของพยาบาล และพรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่าภาระในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคคล โดยผู้ที่ไม่มีภาระในครอบครัวจะมีความเครียดน้อยที่สุดและผู้มีภาระครอบครัวมากจะมีความเครียดมากที่สุดและสมภพ เรื่องตระกูล (2524) ให้ความเห็นว่าความเครียดชนิดต่าง ๆ เป็นปัญหาจากความยุ่งยากภายในบ้านและการต้องมีการรับผิดชอบเพิ่มขึ้น

แต่จากการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับสิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าภาระครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีภาระครอบครัวน้อยและไม่มีภาระ และเทพวัลย์ สุชาติ (2532) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ พบว่า ภาระครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันนี้ อาจเกิดเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างการกระจายของกลุ่มตัวอย่างและการใช้แบบวัดที่แตกต่างกัน

3. การทำละเมิด

จากผลการศึกษาความเครียดกับลักษณะการทำละเมิดครั้งนี้ ได้ศึกษาลักษณะการทำละเมิด 5 ประการ จากลักษณะอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานการรักษายาบาล โดยพบลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดคือ การดูแลรักษาล่าช้าพบร้อยละ 61.9 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.3 ตั้งใจร้อยละ 2.3 ประมาทร้อยละ 2.3 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยพบร้อยละ 46.5 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.8 ตั้งใจร้อยละ 2.8 ประมาทและแกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5 การให้ยา/ให้เลือดผิดพลาดลำดับที่สาม ร้อยละ 43.7 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.7 ประมาทร้อยละ 6 ต่อมาคือการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาดร้อยละ 29.8 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 25.6 ประมาทร้อยละ 4.2 และพบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงพบร้อยละ 14 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 12.6 ประมาทร้อยละ 0.9 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด คือ แผนกในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จของงาน การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วยและสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ

และเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของลักษณะการทำละเมิดในลักษณะต่าง ๆ จึงศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละแผนก พบว่า

การให้ยา/ให้เลือดผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 45.12 ประมาทร้อยละ 8.53 รองลงมาคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 3.12 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.88 ประมาทร้อยละ 5.88 และแผนกที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกสูติรีเวชกรรมเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.30 ประมาทร้อยละ 3.03

การดูแลรักษาล่าช้า พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกศัลยกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจคิดเป็นร้อยละ 72.05 ตั้งใจร้อยละ 1.47 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.09 ตั้งใจร้อยละ 1.22 ประมาทร้อยละ 4.88 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 2.44 ต่อมาคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.42 ตั้งใจร้อยละ 6.06 และที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.5 ตั้งใจร้อยละ 3.125 ประมาทร้อยละ 3.125

การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกสูติรีเวชกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 21.21 ประมาทร้อยละ 3.03 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 14.63 ประมาทร้อยละ 1.21 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 10.29 และพบน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 3.125 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.125

การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกกุมารเวชกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 6.23 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 29.27 ประมาทร้อยละ 4.88 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 19.12 ประมาทร้อยละ 4.41 และที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 15.15

การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 52.44 ตั้งใจร้อยละ 4.88 ประมาทร้อยละ 1.22 รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.65 ตั้งใจร้อยละ 1.47 ต่อมา

คือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 33.33 ตั้งใจร้อยละ 3.03 และที่พบว่ามีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ แผนกกุมารเวชกรรมเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 28.13 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.12

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การให้ยาให้เลือดผิมีการทำละเมิดมากที่สุดในแผนกอายุ-รกรรมส่วนใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจซึ่งอาจมาจากแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่มีปริมาณงานมากและบุคลากรไม่เพียงพอรวมทั้งจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยมีอัตราสูงที่สุดเมื่อเทียบกับแผนกอื่นการให้ยาให้เลือดผิจึงเกิดขึ้นได้มาก

การดูแลรักษาล่าช้า พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกศัลยกรรมมากที่สุดส่วนใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจ รองลงมาคือตั้งใจในการทำละเมิด ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการมากที่สุด เช่น การทำการผ่าตัด การทำแผล เป็นต้น ซึ่งจากการทำหัตถการในผู้ป่วยที่หลากหลายพยาบาลวิชาชีพจึงอาจเลือกทำในสิ่งที่เร่งด่วนที่สุดที่เห็นว่าจำเป็นและในกรณีที่รอได้จึงอาจรอไปก่อน ซึ่งเป็นทั้งตั้งใจหรืออาจไม่ได้ตั้งใจ

การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม / ตกเตียง พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกสูติรีเวชกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจมากที่สุดรองลงมาคือประมาท แผนกสูติรีเวชกรรมเป็นแผนกที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบสืบพันธุ์และผู้ป่วยหลังคลอดบุตร ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยหลังคลอดบุตรที่ได้ รับยาระงับความรู้สึกและมีอาการเจ็บปวดหลังคลอดเคลื่อนไหวไม่สะดวก จึงอาจทำให้เกิดการลื่นหกล้ม/ตกเตียงได้ง่าย

การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกกุมารเวชกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจและประมาท ผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรมเป็นผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 14 ปี การระบุตัวผู้ป่วยมีทั้งการติดป้ายชื่อผู้ป่วยปลายเตียงและการใส่ป้ายข้อมือผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กโตที่สามารถพูดคุยได้เมื่อมีการเก็บสิ่งส่งตรวจสามารถสอบถามชื่อกับผู้ป่วยเป็นการตรวจ สอบความถูกต้องได้อีกครั้ง ส่วนใหญ่ที่พบการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดมักเป็นในเด็กเล็กหรือทารกแรกเกิดซึ่งในการเก็บสิ่งส่งตรวจถ้าไม่มีการตรวจสอบป้ายข้อมือและป้ายชื่อผู้ป่วยปลายเตียงซ้ำอาจมีการผิดพลาดได้ หรืออาจมีการติดป้ายข้อมือหรือป้ายปลายเตียงผิด และอีกกรณีที่พบคือการติดชื่อผู้ป่วยที่ขาดเก็บสิ่งส่งตรวจผิด

การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจรองลงมาคือตั้งใจและประมาท ซึ่งจากการที่มีปริมาณงานที่มาก การเผชิญความกดดันทั้งจากผู้ป่วยและญาติ การทำงานที่เร่งรัดด้านเวลาและการทำงานให้เป็นไปตามความต้องการของผู้บริหารรวมถึงความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานและแพทย์จึงมักเกิดการทำละเมิดกับผู้ป่วยได้มาก

4. ความเครียดและการทำละเมิด

จากการศึกษาการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.008$ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับต่ำไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 29.7 เคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับปานกลางไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.9 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 2.6 เคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.2 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.8

การศึกษาความเครียดและผลการทำละเมิดพบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการทำละเมิด 6 ประการ คือ การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น โดยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ($r = 0.310, p < 0.001$)

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็นและการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ($r = 0.222, r = 0.226, p = 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ($r = 0.238, p < 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก ($r = 0.210, p = 0.002$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($r = 0.200, p = 0.003$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินระดับความเครียด ประเมินลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการทำละเมิด คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลตากสิน โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 268 คน จากประชากรทั้งหมด 809 คน ได้รับแบบสอบถามกลับ 215 คน คิดเป็นร้อยละ 80.22 ของจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์การ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะและระดับการทำละเมิด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

สรุปผลการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลตากสิน ที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติรีเวชกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกอายุรเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม ที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกต่าง ๆ มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือฝึกอบรม มีอายุตั้งแต่น้อยกว่า 30 ปี ถึง 41 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.4 และช่วงอายุ

41 ปีขึ้นไป พบว่ามีน้อยที่สุด คือร้อยละ 6 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือคู่คิดเป็นร้อยละ 42.8 และน้อยที่สุดคือหม้าย/หย่าร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 3.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 – 14,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.6 มีรายได้น้อยที่สุดคือ ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.3 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 47 และที่พบน้อยที่สุดคือรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 46 ที่น้อยที่สุดคือมีประสบการณ์ในการทำงาน 16 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 31.6 และแผนกสูติรีเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 15.3 แผนกที่พบน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 14.9 ความรวดเร็วในการทำงานปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.3 และส่วนใหญ่ทำงานเสร็จพอดีกับเวลา คิดเป็นร้อยละ 66 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำงาน 40 – 50 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และการทำงานพิเศษส่วนใหญ่ทำงานน้อยกว่า 12 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 39.1 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วย 1 – 2 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.5 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้มีบุคลิกภาพมีแนวโน้มแบบ B คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเกร็งน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก คิดเป็นร้อยละ 81.9 และบุคลิกภาพแบบ A คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว คิดเป็นร้อยละ 18.1 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 63.7 การพักผ่อน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนน้อย คิดเป็นร้อยละ 53

2. ความเครียด พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมามีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มีร้อยละ 17.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.55 และมีคะแนนความเครียดสูงสุดและต่ำสุดเท่ากับ 69 และ 28 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ A คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ B คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเกร็งน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 49.97 และ 44.19 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดคือ 50.50, 42.57 ตามลำดับ

การพักผ่อน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือการพักผ่อนระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การพักผ่อนน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 51.17, 46.19, 43.61 ตามลำดับ

การพิจารณาค่าคะแนนความเครียด จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ระดับสูงสุด มีคะแนนเครียดเฉลี่ย 46.83

สถานภาพสมรส พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยก มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.57

รายได้ พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุด มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 46.25

สถานะทางเศรษฐกิจ พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.26

ประสบการณ์ในการทำงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 11 -15 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 46.09

แผนกในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสูตินรีเวชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด เท่ากับ 46.79

ความเร็วในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานรวดเร็วปานกลางมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 45.79

ความสำเร็จของงาน พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเสร็จพอดีกับเวลา มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูง มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 45.63

จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 50 ชม./สัปดาห์ มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.37

จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ พยาบาลวิชาชีพที่พิเศษ 12 – 24 ชม./ สัปดาห์ มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 46.45

จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 69.00

การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน พยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 46.14 และไม่มีการศึกษาเพิ่มเติมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.06

ขนาดโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดกลางมีคะแนนความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 45.27 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีคะแนนความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.19

พบว่าทุกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีหน่วยงานด้านการจัดการความเสี่ยงหรือการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

จากผลการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการทดสอบสถิติไคสแควร์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อน ขนาดของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว พบว่า

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($r = 0.229, p = 0.001$) การเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ($r = 0.299, r = 0.264, p < 0.001$) ภาระงาน ($r = 0.196, p = 0.004$) ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ($r = 0.162, p = 0.018$) ภาระทางครอบครัว ($r = 0.153, p = 0.025$) สัมพันธภาพในหน่วยงาน ($r = -0.241, P < 0.001$) การพักผ่อนบุคลิกภาพ ($r = 0.312, r = 0.303, p < 0.001$) และขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4. การทำละเมิด จากการศึกษาจำแนกลักษณะการทำละเมิดตามรายด้านลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดคือ การดูแลรักษาล่าช้าพบร้อยละ 61.9 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.3 ตั้งใจร้อยละ 2.3 ประมาทร้อยละ 2.3 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ การใช้กิริยาจาจไม่สุภาพกับผู้ป่วยพบร้อยละ 46.5 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.8 ตั้งใจร้อยละ 2.8 ประมาทและแกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5 การให้ยา/ให้เลือดผิดพบลำดับที่สาม ร้อยละ 43.7 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.7 ประมาทร้อยละ 6 ต่อมาคือการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพบร้อยละ 29.8 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 25.6 ประมาทร้อยละ 4.2 และพบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงพบร้อยละ 14 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 12.6 ประมาทร้อยละ 0.9 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด คือ แผนกในการปฏิบัติงานความสำเร็จของงาน การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วยและสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ

และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำละเมิดในแต่ละแผนก พบว่า

แผนกศัลยกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำไส้มากที่สุดร้อยละ 73.53 รองลงมาคือการใช้กิริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 44.12 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิร้อยละ 36.76 และการเก็บสิ่งส่งตรวจผิร้อยละ 23.53 พบน้อยที่สุดคือการทำให้อาเจียน/ทอนซิล/ตกเตียงร้อยละ 10.29

แผนกอายุรเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำไส้มากที่สุดร้อยละ 64.63 รองลงมาคือการใช้กิริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 58.54 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิร้อยละ 53.66 และการเก็บสิ่งส่งตรวจผิร้อยละ 34.15 และพบน้อยที่สุดคือการทำให้อาเจียน/ทอนซิล/ตกเตียงร้อยละ 15.85 แต่เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกอายุรเวชกรรมมีการให้ยา/ให้เลือดผิและการใช้กิริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วยมากที่สุด

แผนกกุมารเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการให้ยา/ให้เลือดผิมากที่สุดร้อยละ 49.73 รองลงมาคือการใช้กิริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 46.87 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิร้อยละ 43.75 และการใช้กิริยาจากไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 31.25 ที่พบน้อยที่สุดคือการทำให้อาเจียน/ทอนซิล/ตกเตียงร้อยละ 6.25 แต่เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกกุมารเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจผิมากที่สุด

แผนกสูติรีเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำไส้มากที่สุดร้อยละ 48.48 รองลงมาคือการใช้กิริยาจากไม่สุภาพร้อยละ 36.36 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิร้อยละ 33.33 และการทำให้อาเจียน/ทอนซิล/ตกเตียงร้อยละ 24.24 พบการทำละเมิดน้อยที่สุดคือการใช้กิริยาจากไม่สุภาพร้อยละ 15.15 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกสูติรีเวชกรรมมีการทำให้อาเจียน/ทอนซิล/ตกเตียงมากที่สุด

5. ความเครียดและการทำละเมิด

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการทำละเมิดโดยการทดสอบสถิติไคสแควร์ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.008$ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับต่ำไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 29.7 เคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับปานกลางไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.9 เคย

ทำละเมิดร้อยละ 82.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 2.6 เคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.2 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.8

การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับผลการทำละเมิดพบว่าความเครียดมีผลต่อการทำละเมิด 6 ประการ คือ การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น โดยพบว่า

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ($r = 0.310, p < 0.001$)

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็นและการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ($r = 0.222, r = 0.226, p = 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ($r = 0.238, p < 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก ($r = 0.210, p = 0.002$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($r = 0.200, p = 0.003$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อน ขนาดของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว และลักษณะการทำละเมิดคือ การให้ยา/ให้เลือดผิด การดูแลรักษาล่าช้า การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

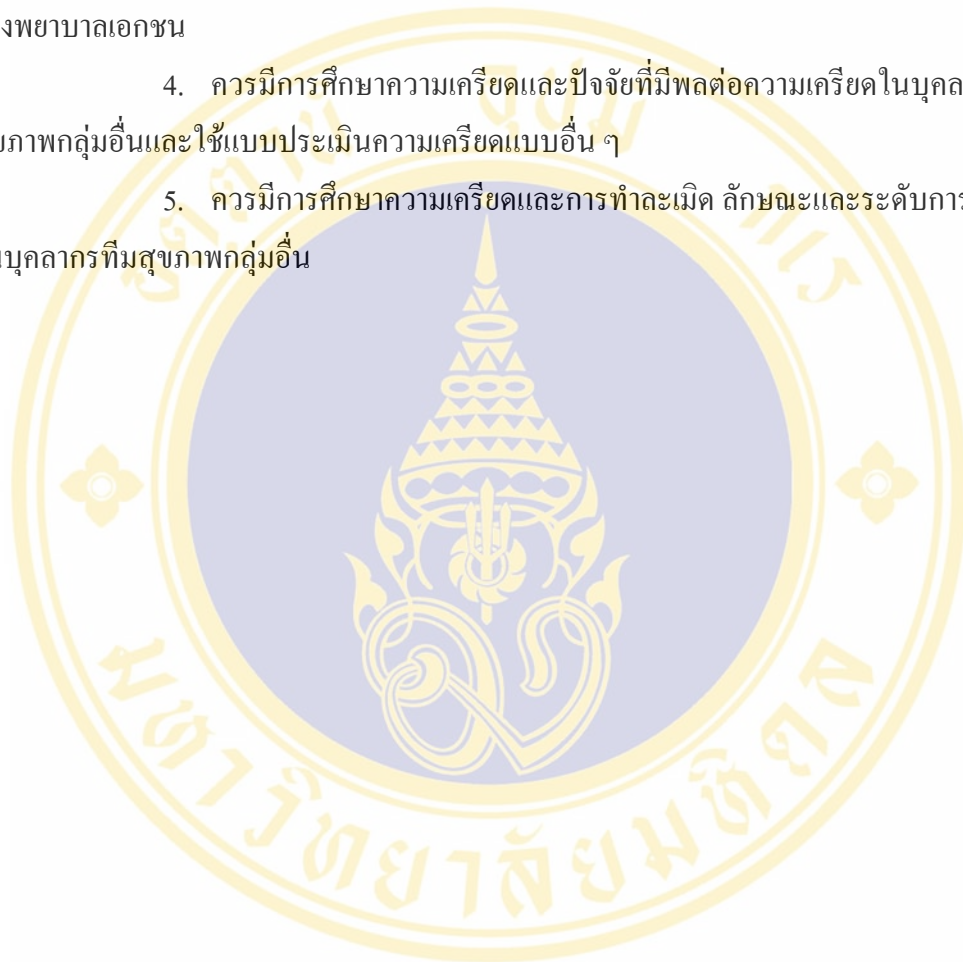
1. การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนและการเจ็บป่วย ควรดูแลให้พยาบาลมีการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการออกกำลังกายและจัดการทดสอบสมรรถภาพ กำหนดวันกีฬาประจำปีสัปดาห์

2. บุคลิกภาพ ควรมีการจัดการอบรมเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียด ผู้บริหารควรเข้าถึงและรับฟังปัญหา ดูแลให้เกิดความยุติธรรมในหน่วยงาน กำหนดความก้าวหน้าในการทำงานที่ชัดเจนลดการแข่งขัน
3. การพักผ่อน ควรดูแลระยะเวลาในการขึ้นปฏิบัติงานที่เหมาะสม จัดบ้านพักเป็นสวัสดิการให้ใกล้ที่ทำงาน
4. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลควรมีนโยบายในการทำงานที่ชัดเจน ลดระบบงานที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและชัดเจน
5. ขนาดของโรงพยาบาลและภาระงาน ควรมีจัดให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสม หน่วยงานใดที่ขาดอัตรากำลังควรจัดให้มีการจ้างพนักงานช่วยการพยาบาลมาฝึกรับภาระงานเฉพาะอย่างง่าย เช่น การเช็ดตัว การวัดไข้ การป้อนข้าวผู้ป่วย เพื่อลดภาระงานของพยาบาล
6. สัมพันธภาพในหน่วยงาน ควรสนับสนุนให้มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อสร้างความสามัคคีและสัมพันธภาพที่ดี ลดช่องว่างระหว่างผู้บริหารและกับผู้ปฏิบัติงานให้พยาบาลผู้น้อยสามารถเข้าพบกับผู้บริหารเพื่อปรึกษาได้ง่ายขึ้น
7. ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ผู้บริหารควรจัดให้มีการเสมอภาคกันในหน่วยงาน เคารพ การตัดสินใจ เพื่อก่อให้เกิดความเอื้ออาทรกันภายใต้ระบบรุ่นพี่รุ่นน้อง
8. ภาระทางครอบครัว ควรจัดให้มีกองทุนสวัสดิการต่าง ๆ มีสหกรณ์ออมทรัพย์ มีการแบ่งเงินปันผลและให้สิทธิแก่สมาชิกในการกู้ยืมเงินโดยคิดดอกเบี้ยต่ำ มีศูนย์ดูแลเด็กอ่อนสำหรับเจ้า หน้าที่ของโรงพยาบาล
9. การให้ยา/ให้เลือดผิด การเก็บส่งตรวจผิดและการทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในแต่ละด้านและเน้นย้ำในการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด
10. การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยและการดูแลรักษาล่าช้า ควรมีการจัดการอบรมพฤติกรรมบริการที่ดีและเน้นให้เห็นความสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุมในงานการพยาบาลทุกด้าน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงและแก้ไขได้

2. ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบ เพื่อหาความแตกต่างกันของลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน
3. ควรทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงความแตกต่างกันของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดที่มีผลต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน
4. ควรมีการศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มอื่นและใช้แบบประเมินความเครียดแบบอื่น ๆ
5. ควรมีการศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดในบุคลากรทีมสุขภาพกลุ่มอื่น



ความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ (STRESS AND PATIENT VIOLATIONS AMONG NURSING PROFESSION AT TERTIARY CARE HOSPITALS)

เกิ้ลัดแก้ว พรหมมา 4636789 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารการดูแลสุขภาพและการแพทย์และสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นัตรสุนน พฤตภิญญ โษ ปช.ด., นัทสน์ ศิริโชติรัตน์ Dr.P.H.,
พีระ ครีกกรีนจิตร วท.ม.(ชีวสถิติ)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน พ.ศ.2550 ได้บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 และมีการประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยจากสภาวิชาชีพทั้ง 4 สภา ทำให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารทางสาธารณสุขมากขึ้น กระทั่งมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่เปรียบเสมือนธรรมนูญสุขภาพของคนไทยเป็นผลให้มีการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรวมถึงการประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality assurance) ในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจะมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยทีมสุขภาพที่ดีซึ่งนอกจากแพทย์แล้วบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่ากันก็คือพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดสามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงตลอดจนอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งซึ่งมีผลให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (วิภา เพ็งแสงี่ยม, 2523: 1) การปฏิบัติงานของพยาบาลตามลักษณะวิชาชีพ เป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ซึ่งเป็นงานที่หนักและเสี่ยงโดยไม่มีการจำกัดเวลาและแรงงาน ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยความรอบคอบ ถูกต้องปลอดภัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามความคาดหวังของสังคม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526: 16) ด้วยการใช้วิทยาศาสตร์และศิลปะในการ

ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยไม่คำนึงถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ฐานะ ตลอดจนอิทธิพลทางการเมือง (องค์การอนามัยโลก อ้างในไขแสง ชวศิริ, 2530: 5) ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการและการคุกคามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรครวมทั้งการสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ (สภาการพยาบาล, 2529: 3) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องประสบกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดอยู่เสมอ เพราะการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งเป็นงานที่หนักและเสี่ยง ในบางครั้งพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ต้องเผชิญปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ต้องอาศัยการตัดสินใจและการช่วยเหลือที่เฉียบพลัน เมื่อพยาบาลเกิดความเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่แสดงออกในการทำงาน เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โกรธง่าย เจ็บขม ไม่ยอมรับฟังความเห็นของผู้อื่น ขาดความอดทน พุดจาไม่สุภาพ เฉื่อยชา ทำงานผิดพลาด (Scully, 1980) เช่นเดียวกับโอเร็ม (Orem, 1985: 1991) เชื่อว่าผลของความเครียดจะกระทบต่อประสิทธิภาพการพยาบาลทั้งในด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปฏิบัติงานซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำละเมิดต่อผู้ป่วยจนนำมาซึ่งปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องได้

ละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 ได้บัญญัติไว้ สรุปความหมายได้ว่าการกระทำผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งผู้กระทำการจะต้องรับผิดชอบค่าสินไหมทดแทน โดยละเมิดจะต้องเป็นการกระทำผิดกฎหมาย และเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ถ้ามีการกระทำผิดกฎหมาย แต่ไม่เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นแต่การกระทำนั้นไม่ผิดกฎหมายไม่ถือว่าเป็นละเมิด ละเมิดอาจแบ่งตามมูลกรณีการเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ การละเมิดโดยจงใจกับการละเมิดโดยประมาทเลินเล่อ การกระทำละเมิดโดยประมาทเลินเล่อยังรวมถึงการงดเว้นการกระทำ

ปัจจุบันผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขในประเทศไทยมีการทำละเมิดเพิ่มมากขึ้น ความคิดที่จะให้อภัยต่อแพทย์และพยาบาลนั้นมีแนวโน้มลดลง และในสถานพยาบาลเอกชนมีสถิติการนำคดีขึ้นฟ้องร้องในทางแพ่งมากขึ้น (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540)

เมื่อเกิดการร้องเรียนหรือฟ้องร้องเนื่องมาจากการทำละเมิดย่อมส่งผลให้เกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงของโรงพยาบาล การเสียเงินทองในการชดเชยค่าเสียหายการงดเว้นค่ารักษาพยาบาล การให้ค่าเลี้ยงดูบุตรของผู้ที่เสียชีวิต รวมทั้งการเสียขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาล

วิชาชีพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิเพื่อหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดอันนำมาซึ่งความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติจนเกิดปัญหาการร้องเรียนและฟ้องร้องขึ้น

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด บทความ ทฤษฎี หลักกฎหมายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐานกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยสรุปเนื้อหาการศึกษาไว้ดังนี้

ละเมิด (ศักดิ์ สนองชาติ, 2547: 7-70) ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ตามบทบัญญัติดังกล่าวพอสรุปความหมายของละเมิดได้ว่า หมาย ความถึงการกระทำผิดกฎหมายโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งผู้กระทำจะต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทน ละเมิดจะต้องเป็นการกระทำผิดกฎหมาย และเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น ถ้ามีการกระทำผิดกฎหมาย แต่ไม่เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่นแต่การกระทำนั้นไม่ผิดกฎหมายย่อมไม่เป็นละเมิด

การทำละเมิดในงานวิชาชีพ คือความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจนเกิดความเสียหายหรือผลเสียแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การศึกษานี้ได้ศึกษาลักษณะการทำละเมิดในงานของพยาบาลวิชาชีพ 5 ประการ คือ การให้ยา/ให้เลือดผิด การดูแลรักษาล่าช้า การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย

ความเครียด ความเครียดหมายถึงภาวะที่ร่างกายและจิตใจถูกคุกคามจากทั้งสถานการณ์ภายนอกและสภาพภายในของบุคคล ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่ไม่สมดุลทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้นทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าจำนวน 306 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ 240 คน โรงพยาบาลตากสิน 263 คน ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ได้แก่ แผนกสูติรีเวชกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกอายุรเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม ที่มีประสบการณ์การทำงานในแผนกต่าง ๆ มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อหรือฝึกอบรม ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คน โดยคำนวณจากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane, 1973) จากนั้นทำการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง (Proportional stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนกและสุ่มตัวอย่างจากแผนกต่าง ๆ โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำลำดับตามรายชื่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาเขียนฉลากแล้วจับโดยไม่ใส่กลับคืนในแต่ละแผนกจนครบตามสัดส่วนตามจำนวนที่คำนวณได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์การ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียด แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะและระดับการทำละเมิด การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ และไคสแควร์ (Chi-Square)

การอภิปรายผล

1. ระดับความเครียด

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 มีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 17.2 การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดในระดับปานกลางมากที่สุดอาจเนื่องมาจากพยาบาลประจำการได้รับความกดดันจากสาเหตุที่ก่อให้เกิดส่งผลให้พยาบาลประจำการมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งเฟรน และวาริกา (Frain & Valiga, 1981) กล่าวว่าความเครียดในระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับรู้ต่อสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคามไม่อาจแก้ไขและปรับตัวได้ในระยะเวลาดังนั้น ๆ และหากเกิดความเครียดในระดับนี้คงอยู่นานและต่อเนื่องจะทำให้เกิดความเครียดที่เรื้อรังหรือรุนแรงกว่าเดิม ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกทางอาการทางกายและจิตใจได้แต่ อย่างไรก็ตามถ้าบุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดในระดับนี้ได้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี ศิริรักษ์ (2535) ที่ศึกษาความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดเอชโอเอส (HOS, Health Opinion Survey) และแบบสำรวจสุขภาพจิตซีเอ็มไอ (CMI, Cornell Medical Index) พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.4 และมีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.8

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ($r = 0.229, p = 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงที่สุดเท่ากับ 69.00 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วย 4 -5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 47.21 และพยาบาลวิชาชีพที่เจ็บป่วย 1 -2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 46.11 โดยพยาบาลที่ไม่มีการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 43.46

การเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเจ็บป่วย ($r = 0.299, p < 0.001$) โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยปานกลาง และพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อย มีคะแนนเฉลี่ย

ความ เครียดต่ำสุด คือ 50.50, 46.21, 42.57 ตามลำดับ จากผลการศึกษาระดับปริญญาโทในรอบ 6 เดือน และการเจ็บป่วยสอดคล้องกับสุจริต สุวรรณชีพ (2532) ที่กล่าวว่าสิ่งใด ๆ ก็ตามที่รบกวนหรือกระทบต่อความเป็นอยู่ของบุคคล ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย สร้างความกดดันต่อจิตใจ ทำให้กลไกการปรับตัวต่อผู้ของร่างกายต้องทำงานเพื่อขจัดภาวะเครียดนั้น ๆ

บุคลิกภาพ ผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = 0.303, p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ A คือบุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ B คือบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเกรงกลัวน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 49.97 และ 44.19 ตามลำดับ สอดคล้องกับชมด์ และลอว์เลอร์ (Schmied and Lawler, 1986: 1223) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “บุคลิกภาพแบบ A และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้หญิงทำงาน” พบว่าผู้หญิงทำงานที่มีบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์กับความเครียดกับความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดอย่างแน่นอน

การพักผ่อน ผลการวิจัยพบว่า การพักผ่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความเครียด ($r = 0.312, p < 0.001$) โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือการพักผ่อนระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการพักผ่อนน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 51.17, 46.19, 43.61 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับบุญเพียร จันทวัฒน์ (2523: 24) ให้ความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลง เวลาทำงานน้อยมีผลต่อร่างกายคือ ทำให้มีอาการเบื่ออาหารอาหารไม่ย่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง นอนหลับได้น้อยกว่าปกติ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงเวลานอนทำให้มีผลเสียต่ออารมณ์ในขณะตื่น มีอาการหงุดหงิดไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะเครียดอันอาจเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติการพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งในการศึกษานี้ทำการศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ พบว่าโรงพยาบาลขนาดกลางมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.27 และ 45.19 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความเครียดมีความแตกต่างกันเล็กน้อย อาจเป็นจากการที่ทั้งโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่มีภาระงานและลักษณะงานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดต่างกันไม่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ($r = 0.264, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานของอาจารย์พยาบาล คือการบริหารในหน่วยงาน เช่น การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบความ ยุติธรรมของผู้บังคับบัญชา เกณฑ์การประเมินผลของหน่วยงาน หลักปฏิบัติในการสื่อสารและ ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานที่ไม่ทั่วถึง และขาดประสิทธิภาพ

ภาระงาน ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภาระงาน ($r = 0.196, p = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ (2529) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาลสังกัดทบวง มหาวิทยาลัยในประเทศไทย” พบว่าการขาดความสมดุลระหว่าง จำนวนบุคลากรกับปริมาณงานและระหว่างหน้าที่รับผิดชอบกับเวลาที่กำหนดเป็นสาเหตุของการเกิดความ เครียด

สัมพันธภาพในหน่วยงาน ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดเชิงลบในระดับต่ำ ($r = -0.241, p < 0.001$) นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทางบวกจะมีความเครียดต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่มีสัมพันธภาพในหน่วยงานทางลบจะมีความเครียดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมา ธรรมคุณ (2532) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในงานของพยาบาล

ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ($r = 0.162, p = 0.018$)

ภาระทางครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภาระทางครอบครัว ($r = 0.153, p = 0.025$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ เกษฐานนท์ (2527) ได้ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่าพยาบาลที่มีภาระครอบครัวแตกต่างกันมีความเครียด แตกต่างกันและจากการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ (2528) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” พบว่า ภาระครอบครัวมีอิทธิพลกับความเครียดของพยาบาล

3. การทำละเมิด

จากผลการศึกษาความเครียดกับลักษณะการทำละเมิดครั้งนี้ ได้ศึกษาลักษณะการทำละเมิด 5 ประการ จากลักษณะอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พบบ่อยในการปฏิบัติงานการรักษาพยาบาล โดยพบลักษณะการทำละเมิดที่พบมากที่สุดคือ การดูแลรักษาล่าช้าพบร้อยละ 61.9 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 56.3 ตั้งใจ ร้อยละ 2.3 ประมาท ร้อยละ 2.3 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.9 รองลงมาคือ การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยพบร้อยละ 46.5 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.8 ตั้งใจร้อยละ 2.8 ประมาทและแกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5 การให้ยา/ให้เลือดผิดพลาดลำดับที่สาม ร้อยละ 43.7 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.7 ประมาทร้อยละ 6 ต่อมาคือการเก็บส่งตรวจผิดพลาดร้อยละ 29.8 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 25.6 ประมาทร้อยละ 4.2 และพบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงพบร้อยละ 14 เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 12.6 ประมาทร้อยละ 0.9 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 0.5

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำละเมิดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด คือ แผนกในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จของงาน การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วยและสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ

และเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของลักษณะการทำละเมิดในลักษณะต่าง ๆ จึงศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละแผนก พบว่า

การให้ยา/ให้เลือดผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 45.12 ประมาทร้อยละ 8.53 รองลงมาคือ แผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 3.12 ต่อมาคือ แผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.88 ประมาทร้อยละ 5.88 และแผนกที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ แผนกสูติรีเวชกรรมเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 30.30 ประมาทร้อยละ 3.03

การดูแลรักษาล่าช้า พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกศัลยกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจคิดเป็นร้อยละ 72.05 ตั้งใจร้อยละ 1.47 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 56.09 ตั้งใจร้อยละ 1.22 ประมาทร้อยละ 4.88 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 2.44 ต่อมาคือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.42 ตั้งใจร้อยละ 6.06 และที่พบว่ามีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 37.5 ตั้งใจร้อยละ 3.125 ประมาทร้อยละ 3.125

การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกสูติรีเวชกรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 21.21 ประมาทร้อยละ 3.03 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม

เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 14.63 ประมาทร้อยละ 1.21 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการ
ทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 10.29 และพบน้อยที่สุดคือแผนกกุมารเวชกรรม เป็นการทำละเมิด
โดยไม่ตั้งใจร้อยละ 3.125 แกล้งทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.125

การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกกุมารเวชกรรมมากที่สุด
โดยเป็นการ ทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 40.63 ประมาทร้อยละ 6.23 รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม
เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 29.27 ประมาทร้อยละ 4.88 ต่อมาคือแผนกศัลยกรรม เป็น
การทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 19.12 ประมาทร้อยละ 4.41 และที่พบมีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ
แผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 15.15

การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรม
มากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 52.44 ตั้งใจร้อยละ 4.88 ประมาทร้อยละ 1.22
รองลงมาคือแผนกศัลยกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 42.65 ตั้งใจร้อยละ 1.47 ต่อมา
คือแผนกสูติรีเวชกรรม เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 33.33 ตั้งใจร้อยละ 3.03 และที่พบว่า
มีการทำละเมิดน้อยที่สุดคือ แผนกกุมารเวชกรรมเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจร้อยละ 28.13 แกล้ง
ทำ/ไม่ทำร้อยละ 3.12

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การให้ยาให้เลือดผิดมีการทำละเมิดมากที่สุดใน
แผนกอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจซึ่งอาจมาจากแผนกอายุรกรรมเป็น
แผนกที่มีปริมาณงานมากและบุคลากรไม่เพียงพอรวมทั้งจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยมีอัตราสูงที่สุดเมื่อ
เทียบกับแผนกอื่นการให้ยาให้เลือดผิดจึงเกิดขึ้นได้มาก

การดูแลรักษาล่าช้า พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกศัลยกรรมมากที่สุดส่วน
ใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจ รองลงมาคือตั้งใจในการทำละเมิด ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม
เป็นผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการมากที่สุด เช่น การทำการผ่าตัด การทำแผล เป็นต้น ซึ่งจากการทำ
หัตถการในผู้ป่วยที่หลากหลายพยาบาลวิชาชีพจึงอาจเลือกทำในสิ่งที่เร่งด่วนที่สุดที่เห็นว่าจำเป็น
และในกรณีที่รอได้จึงอาจรอไปก่อน ซึ่งเป็นทั้งตั้งใจหรืออาจไม่ได้ตั้งใจ

การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกสูติรีเวช
กรรมมากที่สุด เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจมากที่สุดรองลงมาคือประมาท แผนกสูติรีเวชกรรม
เป็นแผนกที่ผู้ป่วยมีอาการทางระบบสืบพันธุ์และผู้ป่วยหลังคลอดบุตร ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยหลัง
คลอดบุตรที่ได้ รับการรับความรู้สึกและมีอาการเจ็บปวดหลังคลอดเคลื่อนไหวไม่สะดวก จึงอาจ
ทำให้เกิดการลื่นหกล้ม/ตกเตียงได้ง่าย

การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกกุมารเวชกรรมมากที่สุด
โดยเป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจและประมาท ผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรมเป็นผู้ป่วยตั้งแต่แรก

เกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 14 ปี การระบุตัวผู้ป่วยมีทั้งการติดป้ายชื่อผู้ป่วยปลายเตียงและการใส่ป้ายชื่อมือผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กโตที่สามารถพูดคุยได้เมื่อมีการเก็บสิ่งส่งตรวจสามารถสอบถามชื่อกับผู้ป่วยเป็นการตรวจ สอบความถูกต้องได้อีกครั้ง ส่วนใหญ่ที่พบการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดมักเป็นในเด็กเล็กหรือทารกแรกเกิดซึ่งในการเก็บสิ่งส่งตรวจถ้าไม่มีการตรวจสอบป้ายชื่อมือและป้ายชื่อผู้ป่วยปลายเตียงซ้ำอาจมีการผิดพลาดได้ หรืออาจมีการติดป้ายชื่อมือหรือป้ายปลายเตียงผิด และอีกกรณีที่พบคือการติดชื่อผู้ป่วยที่ขาดเก็บสิ่งส่งตรวจผิด

การใช้กิริยาอาจไม่สุภาพกับผู้ป่วย พบว่ามีการทำละเมิดในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการทำละเมิดโดยไม่ตั้งใจรองลงมาคือตั้งใจและประมาท ซึ่งจากการที่มีปริมาณงานที่มาก การเผชิญความกดดันทั้งจากผู้ป่วยและญาติ การทำงานที่เร่งรัดด้านเวลาและการทำงานให้เป็นไปตามความต้องการของผู้บริหารรวมถึงความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานและแพทย์จึงมักเกิดการทำละเมิดกับผู้ป่วยได้มาก

4. ความเครียดและการทำละเมิด

จากการศึกษาการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิด ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.008$ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับต่ำไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 29.7 เคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับปานกลางไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.9 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 2.6 เคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.2 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.8

การศึกษาความเครียดและผลการทำละเมิดพบว่ามีความสัมพันธ์กับผลการทำละเมิด 6 ประการ คือ การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น โดยพบว่า

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ($r = 0.310, p < 0.001$)

ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็นและการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ($r = 0.222, r = 0.226,$

$p = 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ($r = 0.238$, $p < 0.001$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก ($r = 0.210$, $p = 0.002$) การปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ($r = 0.200$, $p = 0.003$)

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ความเครียด พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมา มีความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.7 และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ มีร้อยละ 17.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 45.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.55 และมีคะแนนความเครียดสูงสุด และต่ำสุดเท่ากับ 69 และ 28 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ A คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว มีความต้องการความสำเร็จสูง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นเป็นประจำ มีความอดทนต่ำ ทำงานเร็ว จะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีบุคลิกภาพแบบ B คือ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบง่าย ๆ มีความรู้สึกเครียดน้อย มีความขัดแย้งน้อย อดทนต่อสิ่งแวดล้อมต่างได้ดี ชอบและเข้าสังคมมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 49.97 และ 44.19 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีการเจ็บป่วยมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยน้อยกว่า มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด คือ 50.50, 42.57 ตามลำดับ

การพักผ่อน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการพักผ่อนสูงมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือการพักผ่อนระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การพักผ่อนน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 51.17, 46.19, 43.61 ตามลำดับ

การพิจารณาคะแนนความเครียด จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 46.83

สถานภาพสมรส พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยก มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.57

รายได้ พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุด มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 46.25

สถานะทางเศรษฐกิจ พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีความเครียดเฉลี่ยสูงสุดคือ 47.26

ประสบการณ์ในการทำงาน ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 11 -15 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 46.09

แผนกในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสูตินรีเวชกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุด เท่ากับ 46.79

ความเร็วในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานรวดเร็วปานกลางมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 45.79

ความสำเร็จของงาน พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเสร็จพอดีกับเวลามีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูง มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 45.63

จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 50 ชม./สัปดาห์ มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 47.37

จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ พยาบาลวิชาชีพที่พิเศษ 12 – 24 ชม./สัปดาห์มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 46.45

จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 69.00

การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน พยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงสุดเท่ากับ 46.14 และไม่มีการศึกษาเพิ่มเติมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.06

ขนาดโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดกลางมีคะแนนความเครียดสูงสุดเท่ากับ 45.27 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีคะแนนความเครียดต่ำที่สุดเท่ากับ 45.19

พบว่าทุกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีหน่วยงานด้านการจัดการความเสี่ยงหรือการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

จากผลการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการทดสอบสถิติไคสแควร์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อน ขนาดของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงาน ในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว

ความเครียดและการทำละเมิด

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการทำละเมิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.008$ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับต่ำไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 29.7 เคยทำละเมิดร้อยละ 70.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับปานกลางไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.9 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.1 พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดระดับสูงไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 2.6 เคยทำละเมิดร้อยละ 97.4 และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดไม่เคยทำละเมิดร้อยละ 17.2 เคยทำละเมิดร้อยละ 82.8

แผนกศัลยกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำบากที่สุดร้อยละ 73.53 รองลงมาคือการใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 44.12 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิดร้อยละ 36.76 และการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดร้อยละ 23.53 พบน้อยที่สุดคือการทำให้อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ/ตกเตียงร้อยละ 10.29

แผนกอายุรเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำบากที่สุดร้อยละ 64.63 รองลงมาคือการใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 58.54 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิดร้อยละ 53.66 และการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดร้อยละ 34.15 และพบน้อยที่สุดคือการทำให้อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ/ตกเตียงร้อยละ 15.85 แต่เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกอายุรเวชกรรมมีการใช้ยา/ให้เลือดผิดและการใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยมากที่สุด

แผนกกุมารเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการให้ยา/ให้เลือดผิดมากที่สุดร้อยละ 49.73 รองลงมาคือการใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 46.87 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิดร้อยละ 43.75 และการใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยร้อยละ 31.25 ที่พบน้อยที่สุดคือการทำให้อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ/ตกเตียงร้อยละ 6.25 แต่เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกกุมารเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดมากที่สุด

แผนกสูติรีเวชกรรมมีการทำละเมิดด้านการดูแลรักษาลำบากที่สุดร้อยละ 48.48 รองลงมาคือการใช้กิริยาจาไม่สุภาพร้อยละ 36.36 ต่อมาคือการใช้ยา/ให้เลือดผิดร้อยละ 33.33 และการทำให้อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ/ตกเตียงร้อยละ 24.24 พบการทำละเมิดน้อยที่สุดคือการใช้กิริยาจาไม่สุภาพร้อยละ 15.15 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะการทำละเมิดกับแผนกอื่นพบว่าแผนกสูติรีเวชกรรมมีการทำให้อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ/ตกเตียงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและจากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน บุคลิกภาพ การเจ็บป่วย การพักผ่อน ขนาดของโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงาน

ในโรงพยาบาล ภาระงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ภาระทางครอบครัว และลักษณะการทำละเมิดคือ การให้ยา/ให้เลือดผิด การดูแลรักษาล่าช้า การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียง การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนและการเจ็บป่วย ควรดูแลให้พยาบาลมีการตรวจสอบภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการออกกำลังกายและจัดการทดสอบสมรรถภาพ กำหนดวันกีฬาประจำสัปดาห์
2. บุคลิกภาพ ควรมีการจัดการอบรมเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียด ผู้บริหารควรเข้าถึงและรับฟังปัญหา ดูแลให้เกิดความยุติธรรมในหน่วยงาน กำหนดความก้าวหน้าในการทำงานที่ชัดเจนลดการแข่งขัน
3. การพักผ่อน ควรดูแลระยะเวลาในการขึ้นปฏิบัติงานที่เหมาะสม จัดบ้านพักเป็นสวัสดิการให้ใกล้ที่ทำงาน
4. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลควรมีนโยบายในการทำงานที่ชัดเจน ลดระบบงานที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและชัดเจน
5. ขนาดของโรงพยาบาลและภาระงาน ควรมีจัดให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสม หน่วยงานใดที่ขาดอัตรากำลังควรจัดให้มีการจ้างพนักงานช่วยการพยาบาลมาฝึกรับภาระงานเฉพาะอย่างง่าย เช่น การเช็ดตัว การวัดไข้ การป้อนข้าวผู้ป่วย เพื่อลดภาระงานของพยาบาล
6. สัมพันธภาพในหน่วยงาน ควรสนับสนุนให้มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อสร้างความสามัคคีและสัมพันธภาพที่ดี ลดช่องว่างระหว่างผู้บริหารและกับผู้ปฏิบัติงานให้พยาบาลผู้น้อยสามารถเข้าพบกับผู้บริหารเพื่อปรึกษาได้ง่ายขึ้น
7. ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร ผู้บริหารควรจัดให้มีการความเสมอภาคกันในหน่วยงาน เคารพ การตัดสินใจ เพื่อก่อให้เกิดความเอื้ออาทรกันภายใต้ระบบรุ่นพี่รุ่นน้อง
8. ภาระทางครอบครัว ควรจัดให้มีกองทุนสวัสดิการต่าง ๆ มีสิทธิประโยชน์อ้อมทรัพย์ มีการแบ่งเงินปันผลและให้สิทธิแก่สมาชิกในการกู้ยืมเงินโดยคิดดอกเบี้ยต่ำ มีศูนย์ดูแลเด็กก่อนสำหรับเจ้าหน้าของโรงพยาบาล
9. การให้ยา/ให้เลือดผิด การเก็บสิ่งส่งตรวจผิดและการทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม/ตกเตียงควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในแต่ละด้านและเน้นย้ำในการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด

10. การใช้กิริยาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วยและการดูแลรักษาล่าช้า ควรมีการจัดการ
อบรมพฤติกรรมบริการที่ดีและเน้นให้เห็นความสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุมในงานการพยาบาลทุกด้าน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงและแก้ไขได้
2. ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบ เพื่อหาความแตกต่างกันของลักษณะและระดับการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน
3. ควรทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงความแตกต่างกันของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดที่มีผลต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน
4. ควรมีการศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มอื่นและใช้แบบประเมินความเครียดแบบอื่น ๆ
5. ควรมีการศึกษาความเครียดและการทำละเมิด ลักษณะและระดับการทำละเมิดในบุคลากรทีมสุขภาพกลุ่มอื่น

STRESS AND PATIENT VIOLATIONS AMONG NURSING PROFESSION AT TERTIARY CARE HOSPITALS

KREDKEAW PHOMMA 4636789 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN MEDICAL AND PUBLIC HEALTH LAW ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHARDSUMON PRUTIPINYO, Ph.D., NITHAT SIRICHAOTIRATANA, Dr.P.H., PEERA KRUGKRUNJIT, M.Sc.(Bios)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

According to the Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E.2540 (1997) and the latest Constitution (enacted in 2007) states that “A person shall enjoy an equal right to receive standard public health service, and the indigents shall have the right receive free medical treatment from public health centers of the State. And the public health service by the state shall be provided thoroughly and efficiently.” The Information Act, B.E. 2540 and the Declaration to confirm patients’ right by 4 professional councils enhance people to receive more public health information. Moreover, the National Health Act, served as the health constitution for Thai people, stimulates all hospitals to improve quality of care and quality assurance. To conduct successful healthcare needs effective teamwork of all medical personnel. Except from medical doctor or physician, nurses take important role in taking care of patients since they mostly have close approach and contact with patients. The nurses can observe and monitor patients’ physical and emotional changes and then conduct effective nursing care plan in order to provide effective care for their patient. (Wipa Peangsa-ngeam, 1980)

Being such a specific nursing profession perform care and are responsible for patients’ lives. Their work is hard and risky. Besides, they have to work with

unlimited time. They drain more and more of their energy during working. They work both at day and night time to provide safe, thorough, accurate and effective care service for 24 hours both in short and long term as expected by most people. (Puangrat Boonyanurak, 1983: 16) Nurses apply both art and science to provide give nursing care that match patients' physical and mental needs. They provide care without any discrimination on sex, age, nationality, status and political influence. (WHO cited in Kaisang Chavasiri, 1987: 5) Their aims are to relief illness, to prevent bad prognosis and to evaluate health condition, enhance health promotion and disease prevention as well as support the treatment of physician. (Nurse Council, 1986: 3).

Due to nursing role, nurses always face with stress. Since their work is related to human lives and their main responsibility is to save lives. Of course, it is a very hard and risky work. In some situation, a nurse needs to give emergency care and face some crisis problems; he/she must conduct promptly decision making to save a patient's life. And when such nurse has stress, physical, mental and behavioral changes occurs which can be easily seen. For example, he/she may have these symptoms such as lost appetite, restless, headache, easy anger, depression, unreason, impatience, impoliteness, inertness, and making mistake (Scully, 1980). Orem (1985: 1991) believed that stress will have effects on nursing effectiveness in many dimension such as social, interpersonal relation and work implementation and then lead to less work efficiency. Having stress, a nurse can violate patients and cause more complaint lodging.

As prescribed in Section 420 of the Civil and Commercial Code of Thailand, "Violate" refers to any unlawful actions created by a person with his/her intention and recklessness and such actions cause harm to one of any person's life, body, health, freedom, property or right. The doer must be responsible for all reimbursements. As a result, 'violate' must be occurred by only illegal deed and it creates injure or damage to other people. In the case that illegal action happens but causes no harm to any person, that action will not be concluded as a 'violation'. Violation can be divided into two types based on its origin—(1) intended violation and (2) unintended violation (violation originated by careless of such person). The second one includes any disregard to avoid doing what should do in such situation.

At present, new cases of violation in the field of public health are largely emerged whereas the thought about forgiveness to physicians and nurses on their malpractice is reduced. The statistics showed the higher numbers of civil lawsuit. (Viroj Tungcharoensatien, 1997)

When a complaint was lodged due to any violations which was occurred in a hospital, unavoidably bad reputation emerges and some money were set aside to pay for such injury or damage of the clients or for reimbursement such as cost of living for offspring of an injured person. Besides, morale of all workers is reduced.

Therefore, the researcher was interested in studying stress and violation of nursing profession and factors relating to violation performed by nursing profession to patients in tertiary government hospitals. The findings can help prevent violation and conflicts between patients, their relatives and nurses and to prevent any problems that lead to lodging complaints.

Research Objectives

1. To study stress and patient violations of among nursing profession in tertiary hospitals.
2. To find out characteristics and level of violation made by nursing profession to patients in tertiary government hospitals.

Literature review

The purpose of this research was to study stress and violations, characteristics and level of violations among nursing profession. The researcher had reviewed concepts, articles, theories, principles of law and related researches. Then conceptual framework was developed. The important literature reviews were as follows:

Violate (Sak Sanongchat, 2004: 7-70) as in the Thai Civil and Commercial Code, Section 420 states that "A person who, willfully or negligently, unlawfully injures the life, body, health, liberty, property or any right, is said to commit a wrongful act and is bound to make compensation therefor." According to this law "Violate" means illegal action intentionally or carelessly performed and such

action causes harm and injury to a person's life, or body, or health, or freedom or belongings. The doer must pay reimbursement to the injured person. Violation must be only an illegitimate act that causes harm to a person. If unlawful action occurred without any harm to any person, such action is not considered to be a "Violation."

Violation in nurse profession means any mistakes caused by a nursing profession that bring harm and damage to both physical and mental of a patient. This study includes 5 types of violations which can be done by nursing profession; incorrectly giving drug or blood; slowly giving nursing care, causing patient to have an accident or falling out of bed, taking wrong specimen and having impolite manner to patients.

Stress means a condition that a human is threatened from both intrinsic and extrinsic factors, after a while both physical and mental dysfunction may occur. Human's body will response to such stress in order to balance or neutralize such stress.

Material and methods

The purpose of this Survey Research was to study stress and violation, characteristics and level of patient violation performed by nursing profession in tertiary government hospitals. The population included nursing profession in tertiary hospitals—306 nurses from Prapinklao hospital, 240 nurses from Sirikit hospital and 263 nurses from Taksin. All of them were working in Inpatient department such as OB-GYN, Surgical, Medical, and Pediatric departments. The samples had at least 6 months experiences. For those who were studying or training were excluded. Purposive Sampling was applied to select 268 samples. The size of samples was calculated by using Yamane (1973). After that Proportional stratified random sampling was conducted to indicate the number of samples from each department. Finally, Simple random sampling without replacement was applied to indicate the samples for this research. Name list of nurses in each department were labeled and randomly picked with non-replacement.

Questionnaire, used as a research instrument, were divided into 5 parts. The first part was about personal characteristics, the second part was about organizational characteristics, the third part was about social and environmental factors, the forth

part was about level of stress and the last one was about level of violation. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to describe the characteristics of the samples whereas the inferential statistics—Chi-square and Pearson's product moment correlation coefficient were applied to test hypotheses, the significant level was indicated at 0.05.

Discussion

1. Level of stress

Most nursing profession or 65% had stress at a moderate level, 17.7% at a high level and 17.2% at a low level. The samples had moderate level of stress may be because they received pressure that cause stress, they then have physical and mental dysfunction. Frain and Valiga (1981) mentioned that at moderate level of stress, people perceived cause of stress for long period of time but they cannot adjust themselves in a limited time. Later on, they will feel that they are threatened and have no way out. If the stress protracts at this level (Chronic stress), it turns to a serious one, some abnormal physical and metal symptoms will be showed off. However, a person who is able to manage this level of stress, he/she will be eager to work. This research result was agreeable with the study of Rungruadee Sililuk (1982) on "Stress of head nurse in general and center hospitals in the southern Thailand". The test forms of stress were developed from the Health Opinion Survey (HOS) and the Cornell Medical Index (CMI). It was found that most nursing profession or 70.8% had moderate level of stress and 15.4% of them had high level of stress, only 13.8% had low stress level.

2. Factors affecting stress

Illness within the past 6 months: there was positive and significant relationship between stress and illness within the past 6 months ($r = 0.229$, $p = 0.001$). Those nursing profession who had illness more than 5 times had the most average score of stress or 69.00, followed by those who got 4 -5 times of illness had the stress score of 47.21. And for nursing profession with 1 -2 times of illness had 46.11 scores of stress. Of course, those who had no illness held the lowest stress score or 43.46 points.

Ailment: Among nursing profession, stress was positively and significantly related to ailment at a low level ($r = 0.299$, $p < 0.001$). Those nursing profession who had severe ailment also had higher stress than those who had lower ailment. For those who had moderate and small ailment, had the smallest stress score (50.50, 46.21, and 42.57 respectively). The study about an illness within the past 6 months and general ailment conformed to Sutjarit Suwanchep (1989) which mentioned that anything that irritated people's way of living such as an ailment, and any lost would create pressure and tension to their people's mind. Later on their body would adjust and fight against such stress.

Personality: there was positive relationship between personality and stress at a moderate level ($r = 0.303$, $p < 0.001$). nursing profession with Type A personality having aggressive behavior and high expectation for achievement, always having conflict with other persons and low patience, as well as quickly working, had a high average score of stress compared to Type B personality. Type B personality is in an easy pattern, low level of conflict, being patience, being extrovert person. The average stress score were 49.97 and 44.19 respectively. It conforms to the study of Schmied and Lawler (1986: 1223) on "Type A Personality and Illness Relating to Stress among Working Women". The study supported that Working women with Type A personality undoubtedly had illness that was related to stress.

Resting: the result showed that resting was positively and significantly related to stress at a moderate level ($r = 0.312$, $p < 0.001$). Most nursing profession who had a high level of resting held the highest level of stress, followed by the moderate level and the low level of resting, the average score of stress were 51.17, 46.19, and 43.61 respectively. In contrast to Bunprein Chantawat (1980: 24) mentioned that the more shifting of working time, the more negative effects on health will occur such as lost of appetite, indigestion, body dysfunction, and sleep deprivation. The change of sleeping time leads people to have bad and irritable mood when being awake. This stress made nurses crate inefficient care.

Hospital size: the result indicated that size of a hospital was significantly related to stress ($p < 0.001$). A medium-sized hospital had the average score of stress higher than a big-sized hospital and the average score of stress were 45.27 and 45.19 respectively. There was slightly different between both average scores above. This

may be result from indifferent of workload and work characteristics of those two types of hospitals. Likewise, the study of Porntip Virojsangarun (1985) on “Factors Influencing Stress of Nurses at Community Hospitals in the Northeastern Part of Thailand” presented that stress of nurse working in various sizes of hospital were indifferent.

Duty exchange and work system in a hospital: there was a positive and significant relationship at a low level between stress and duty exchange & work system in a hospital ($r = 0.264$, $p < 0.001$). Similar to the study of Puntip Petrattachat (1986) on “Associations between Stress and Interpersonal Relationship of Nursing Instructors in the Thai Ministry of University Affairs”, which supported that causes of stress among nursing instructors was organizational management such as assignment, fairness of senior officer, criteria used for evaluating work performance in a unit, ineffective principles of communication and information providing.

Workload: Stress was positively related to workload at a low level ($r = 0.196$, $p = 0.004$) Similarly, the study of Puntip Petrattachat (1986) on “Associations between Stress and Interpersonal Relationship of Nursing Instructors in the Thai Ministry of University Affairs” showed that imbalance between number of personnel and workload; and imbalance between responsibility and time can create stress.

Relationship within an organization: the result showed that relationship within an organization was negatively related to stress at a low level ($r = -0.241$, $p < 0.001$). That means nursing profession who had positive relationship within an organization had low stress whereas those who had negative relationship would have high stress. Comparable to the study of Tana Thummakun (1989) indicated that relationships between colleagues was negatively related to nurses; stress when working.

Organizational practice: It was revealed that stress was positively related to Organizational practice at a low level ($r = 0.162$, $p = 0.018$).

Family burden: the result indicated that stress was positively related to family burden at a low level ($r = 0.153$, $p = 0.025$). Likewise, the study of Porntip Keyuranon (1984) on “Factors Influencing Stress among Nurses in General Government Hospitals in Bangkok” indicated that nurses with different family burdens had different levels of stress. And the study of Porntip Virojsangarun (1985)

on “Factors Influencing Stress of Nurses at Community Hospitals in the Northeastern Part of Thailand” showed that family burden was related to stress of nurses.

3. Violation

The study had pointed out 5 types of violations. The most violation common found was slowing care giving (61.9%), within this type it happened unintentionally (56.3%), intentionally (2.3%), with careless (2.3%) and by pretending to do or undo (0.9%). It was followed by performed an impolite manner to patients (46.5%) with unintentionally (42.8%), intentionally (2.8%), with careless and by pretending to do or undo (0.5%). The third violation was giving incorrect drug and blood (43.7%), within this type it occurred unintentionally (37.7%) and with careless (6%). The next violation was mistakenly collect specimen (29.8%), within this type it turned out unintentionally (25.6%), and with careless (4.2%). The least violation found was causing patient to slip/fall out of bed (14%), within this type it emerged without intention (12.6%), with careless (0.9%), and by pretending to do or undo (0.5%).

For relationship between violation and personal characteristic, organizational characteristics, and social & environmental factors, it showed that workplace, work achievement, an illness within the past 6 months, ailment and relationship with patients and their relatives were related to violation.

When comparing violation in each department, the most violation about giving incorrect drug/blood was found in the Medical Department. Within this case, it happened without intention (45.12 %), with careless (8.53 %). The second most violation found was in the Pediatric Department, it occurred unintentionally (40.63%), carelessly (3.12%). The next was in the Surgical Department, it took place involuntarily (30.88%), not carefully (5.88%). In OB-GYN Department there were the least case of this kind violation both by accident and carelessness 30.30% and 3.03% respectively.

For a slow care giving; it presented that in the Surgical Department, there was the most violation occurred either with or without intention (1.47% and 72.05%). The next rank was in the Medical Department, the violation occurred with or without intention (1.22% and 56.09%), with careless (4.88%) and by pretending to do or undo

(2.44%). The third rank was in the OB-GYN Department, violations were created with or without intention (6.06% and 42.42%). In the Pediatric Department, this kind of violation was the least found with or without intention (3.125% and 37.5%) and with carelessness (3.125%).

Any action causing patients to slip/fall out of bed; it showed that this kind of violation occurred in the OB-GYN the most (21.21% happened without intention and 3.03 with intention). It was followed by the Medical Department (14.63% emerged without intention and 1.21% with intention), and the Surgical Department (10.29% without intention, 3.125% with intention and by pretending to do or undo (3.125%).

With regard to collecting incorrect specimen, it was found this violation in the Pediatric Department the most (40.63% without intention, and 6.23% with carelessness). It was followed by the Medical Department (29.27% occurred without intention, and 4.88% with carelessness 4.88). The next rank was the Surgical Department (19.12 happened without intention, 4.41% with carelessness). The least violation was found in the OB-GYN Department, it happened unintentionally (15.15%).

Relating to performing impolite manner to patients, it was found that this violation was found the most in the Medical Department (52.44% occurred without intention, 4.88% with intention, and 1.22 with carelessness). The second rank was the Surgical Department, violation originated unintentionally (42.65%) and intentionally (1.47%). The third was the OB-GYN Department, violation happened by accident (33.33%) and with intention (3.03%). The least violation was found in the Pediatric Department, the case occurred unintentionally (28.13%) and by pretending to do or undo (3.12%).

From the result, it indicated that violations concerning with mistakenly giving drug and blood was happened the most in the Medical Department. Most violation took place without intention. It may be because there were large workloads in this Department whereas the numbers of medical personnel were insufficient. Moreover, the number of bed was at a highest rate compared to other Departments.

With regard to slow care giving, it was found that in the Surgical Department contained the most violation without intention, followed by with

intention. It can be explained that patients in this Department received many procedures of care and treatment such as operating and wound dressing. As a result, nursing profession may need to set priority about what was the most important and urgent procedures. And he/she would select to do some procedures first and the rest could be delayed.

About causing patients to slip/fall out of bed, it was found that the OB-GYN contained the most violations about this issue. It was ranked from without intention, with intention and with carelessness. It may be because this Department was filled with patients having problem with reproductive health and postpartum patients. Most of them had received anesthetic drug and they still had low back pain. As a result, they could move uncomfortably and then led to such accident easily.

With regard to mistakenly collecting specimen, the results showed that violations were occurred the most in Pediatric Department both without intention and with carelessness. Patients in this Department were newborn babies aged from 0- 14 years. Patients were indicated by using name tag on one of their wrists and at the edge of each bed. The grown-up children could communicate, so a nurse was able to ask about his/her name when collecting specimen. Beside, the nurse could recheck patients' name again. The wrong collect was happened in the cases of small children or newborn babies. To collect specimen without rechecking a patient's name on his/her wrist may cause an error. Another error can occur if the name tag at the edge of each bed was incorrect or the patient's name on bottle of specimen was wrong. Performing impolite manner to patients was found the most in the Medical Department, most without intention, followed by intention and carelessness. The factors—large amount of workload, having pressure from patients and their relatives, working within limited time in order to reach the need of executives, and having conflict with collaborators such as physicians, may cause violation to patients by nurses.

4. Stress and Violation

Stress and Violation

In this study, stress was significantly related to violation ($p = 0.008$). 29.7% of Violation with low level of stress had never conducted any violation

whereas 70.3 % of them did. For those nurses with moderate level of stress, 17.9% of them had never done any violation but 82.1% of them did. For the nurses with high stress conducted violation the most (97.4%) and 2.6 of them never did. For all nursing profession, 17.2% of them had never performed any violation whereas the rest 82.8% of them used to.

Stress was related to violation; since stress positively affected work performance at a moderate level—at this level a nurse can slightly hurt patient ($r=0.310$, $p<0.001$). Some practices cause high cost of treatment and a patient had to pay for such cost and it was positively and significantly related to stress at a low level ($r= 0.222$, $p =0.001$). Besides, it was found that stress positively affected work performances that cause patient feel unsatisfied ($r = 0.226$, $p = 0.001$), cause patient to have side effect from treatment ($r = 0.238$, $p < 0.001$), cause serious harm to patients ($r = 0.210$, $p = 0.002$), cause patient to have longer hospitalization ($r = 0.200$, $p = 0.003$).

Conclusion and Recommendations

Stress: Most nursing profession had stress at a moderate level (65.1%), followed by a high level (17.7%) and a low level (17.2%). The average score of stress was 45.24 with standard deviation of 7.55. The maximum and minimum scores were 69 and 28 respectively. nursing profession with type A personality—having aggressive behavior, high expectation for achievement, always having conflict with other persons and low patience, quickly working, had a high average score of stress compared to those who have type B personality—having an easy pattern, low conflict, patience, loving to join with society. The average stress score were 49.97 and 44.19 respectively. Most professional nurse with a severe illness had higher stress score than those with small illness; the score were 50.50 and 42.57 respectively.

Resting: Most nursing profession who took high resting had the highest score of stress, followed by moderate rest and low rest. The average score of stress were 51.17, 46.19, and 43.61 respectively.

Considering score of stress classified by personal characteristics are presented as follows:

Age: nursing profession aged over 41 years had the highest average score of stress or 46.83 points.

Marital status: nursing profession who were widow/divorced/separated had the highest average score of stress or 47.57 points.

Income: nursing profession with income less than 10,000 baht had the highest average score of stress or 46.25 points.

Economical status: nursing profession who were indebt and whose income were insufficient, had the highest average score of stress or 47.26 points.

Present work experience: nursing profession with 11 -15 years of work experience had the highest average score of stress or 46.09 points.

Department of working: nursing profession who worked in the OB-GYN Department had the highest average score of stress or 46.79 points.

Speed of work: nursing profession who conducted moderate speed of work, had the highest average score of stress or 45.79 points.

Work achievement: nursing profession who finished work in time had high average score of stress or 45.63 points.

Hours of normal work: nursing profession whose works were more than 50 hour/week had the highest average score of stress or 47.37 points.

Hours of extra work: nursing profession with 12-24 extra hours of work had the highest average score of stress or 46.45 points.

Number of illness during the past 6 months: nursing profession with over 5 time of illness had the highest average score of stress or 69.00 points.

Further study within 6 months: nursing profession who further their study within 6 months had the highest average score of stress or 46.14 points and those who did not, had the lowest average score of stress or 45.06 points.

Size of a hospital: nursing profession working in a medium-sized hospital had the highest average score of stress or 45.27 points. For those working in a large-sized hospital, had the lowest average score of stress or 45.19 points.

It was found that all hospitals in this study contained sections or units of risk management or management for any violations caused by nurse.

Factors relating to stress

The results from Pearson's correlation coefficient, and Chi-square tests used to indicate relationships between stress and personal characteristics, organizational characteristics, social and environmental factors, showed that factors relating to stress were an illness during the past 6 months personality, ailment, resting, size of a hospital, duty exchange and work system in a hospital, tasks, relationship within a unit, standard operating procedure of an organization, and family burden.

Stress and Violation

Stress was significantly related to violation ($p = 0.008$). It was found that 29.7% of nursing profession with low level of stress had never conducted any violation and 70.3% of them used to performed violation. 17.9% of nursing profession whose stress were a moderate level had never done any violation, and 82.1% of them used to do some violations. 2.6% of nursing profession with high level of stress, 97.4% of the used to. For all nursing profession, about 17.2% of them had never violated patients where as 82.8% of them used to.

In the Surgical Department, slowly giving nursing care was found the most (73.53%), followed by performing impolite manner to patients (44.12%), incorrectly giving drug/blood (36.76%) and mistakenly collecting specimen (23.53%). The least violations found was causing patients to slip/fall out of bed (10.29%)

In the Medical Department, the most violation found was slowly giving nursing care (64.63%), followed by performing impolite manner to patients (58.54%), incorrectly giving drug/blood (53.66%) and mistakenly collecting specimen (34.15%). The least violation found was causing patients to slip/fall out of bed (15.85%). When comparing to all departments, it showed that the Medical Department had violations in regard to incorrectly giving drug/blood and performing impolite manner to patients the most.

In the Pediatric Department, the most violation found was incorrectly giving drug/blood (49.73%), followed by and mistakenly collecting specimen (46.87%), slowly giving nursing care (43.75%), and performing impolite manner to patients (31.25%). Regarding causing patients to slip/fall out of bed was found the

least (6.25%). When comparing to other departments, mistakenly collecting specimen was found the most in the Pediatric Department.

In OB-GYN Department, the most violation occurred was slowly giving nursing care (48.48%), followed by performing impolite manner to patients (36.36%), incorrectly giving drug/blood (33.33%) and causing patients to slip/fall out of bed (24.24%). The least violation found was mistakenly collecting specimen (15.15%). When comparing to violations happened in other departments, it was found that this department had the most violation about causing patients to slip/fall out of bed.

Recommendations based on Research Results

The study showed that nursing profession had moderate level of stress and factors relating to stress were an illness during 6 months, personality, ailment, resting, size of a hospital, duty exchange and work system in a hospital, workload, relationship within an organization, organizational practice, and family burden. Types of violation included giving incorrect kinds of drug/blood, slowly giving nursing care, causing patient to slip/ fall out of bed, taking wrong specimen and having impolite manner to patients. The researcher has some recommendations as follows:

1. An illness within the past 6 months: annual physical examination should be always provided and physical training test should be set. An organization should indicate a day for exercising of each week and promote exercising.

2. Personality: training about stress management should be available for personnel. The executives should open mind to listen to problems and create fairness as well as indicate work advancement to reduce competition within an organization.

3. Resting: suitable time of working and resting place should be provided nearby a workplace.

4. Duty exchange and work system in a hospital: The Nursing Department should have obvious policy, reduce complicated work system, and quickly provide precise information.

5. Size of a hospital and workload: medical personnel position should be arranged suitably to match workload. For a unit where nurses are lacking, such a unit

should hire nurse aids and then train them to do uncomplicated tasks to reduce some workload such as sponge bath, measuring temperature, feeding patients *per se*.

6. Relationship within an organization: an organization should set meetings to promote good relationships and consolidation between colleagues and to reduce gaps between personnel of executive level and working level so that low-ranked nurses dare to consult with their seniors.

7. Organizational practice: the executives should support equity within a unit—admire and respect decision making of the others in order to create caring and helpfulness among seniors and subordinates.

8. Family burden: Various kinds of welfare funds such as cooperatives should be provided so that members are able to get a loan with a low interest rate; a nursery should be provided for all medical personnel.

9. Incorrectly giving drug/blood, mistakenly collecting specimen and causing patients to slip/fall out of bed: protocols or a guidelines for caring specific disease should be provided and each unit must emphasize all nurses to strictly follow such protocols.

10. Performing impolite manner to patients and slowly giving nursing care: each department should train their personnel to have excellence service behavior.

Recommendations for further study

1. The issue relating to characteristic and level of violation performed by nurses should be studied covering in all dimensions so that the research result can be used to improve nursing care and prevent violation.

2. A comparison between private and government hospital regarding to characteristic and level of violation performed by nurses should be conducted.

3. The compare and contrast on stress factors influencing violation performed by nursing profession in private and government hospital.

4. Stress and factors relating stress among other group of medical personnel should be studied by using other forms to measure stress.

5. The issue relating to characteristic and level of violation performed by nurses should be studied in other groups.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองการพยาบาล. (2539). บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่พยาบาล: ที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิติกร มีทรัพย์. (2527). บุคลิกภาพแปรปรวน. ข่าวสารสุขภาพจิต. 3, มกราคม, 4-5.
- กุลยา ดันติผลชีวะ และสงศรี กิตติรัศมัยตระกูล. (2541). วิชาชีพการพยาบาลในยุคเศรษฐกิจถดถอย. สารสภาการพยาบาล. 13(1), 1-7.
- กุลยา ดันติผลชีวะ. (2525). การบริหารงานในหอผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- ไชแสง ชวศิริ. (2528). ภาวะผู้นำทางการพยาบาล. สงขลา: หน่วยโสตทัศนศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- _____. (2530). รายงานการวิจัยเรื่องการยอมรับและการปฏิบัติหน้าที่เป็นอิสระของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. ภาควิชาการบริหารการศึกษาและบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิต เศรษฐบุตร. (2545). หลักกฎหมายลักษณะละเมิด. โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- จิตรา วสุวานิช. (2528). สุขภาพจิตและการปรับอารมณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2533). เรื่องทฤษฎีทางการพยาบาล: ทฤษฎีของนิวแมน. ในรวบรวมบทความเรื่องทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- จันทร์ โกศล. (2530). สุขภาพจิตของพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2529). “สำรวจความเครียดของผู้ปฏิบัติงานทางระบาดวิทยา”. แพทยสภาสาร. 14, มกราคม; 22.
- ฐานา ธรรมคุณ. (2532). ความเครียดของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยทั่วไปอายุรกรรมศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัตรสุนน พงศ์ภิณูญ. (2541). จิตวิทยาองค์การและงานธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จามจุรี.

- เฉลิมเกียรติ ผิวนวน. (2522). จิตวิเคราะห์ของฟลอยด์. กรุงเทพมหานคร: ดวงกมล.
- เฉลิมชัย ปัญญาดี. (2531). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ย้ายถิ่นชาวนบพภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชินโอสธ หัสบำเรอ. (2525). สุขภาพจิตในการทำงานและพฤติกรรมของมนุษย์. สารกองพยาบาล. 10, ธันวาคม; 15-17.
- ทัศนา บุญทอง. (2528). การพยาบาลกับการพัฒนาชีวิต. เอกสารการสอนชุดวิชา โนมติและกระบวนการพยาบาลหน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. กรุงเทพมหานคร: นำงการพิมพ์.
- เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- เทพวัลย์ สุชาติ. (2530). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชชัย วรพงศธร. (2538). หลักการวิจัยทางสาธาณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภา นิธยาน. (2530). การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2536). หมอกับคนไข้. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คบไฟ.
- บุญธรรม กิจปริดาบิสุทธิ์. (2531). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2532). ความเครียด ภาวะวิกฤติและการช่วยเหลือ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2523). จังหวะแห่งชีวิตภาพกับการพยาบาล. วารสารพยาบาล. 31(4), 24.
- ประจักษ์ พุทธิสมบัติ. (2548). ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด. โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.
- ประเวศ ะสี. (2527). บทบาทของแพทย์ไทยในปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ. แพทยสภาสาร. (13); 259-264.
- ปาหนัน บุญหลง. (2527). การพยาบาลจิตเวช. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2538). สาธารณสุขหรือสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. (2525). กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

พรหมมินทร์ หอมหวาน. (2542). การร้องเรียนแพทย์กรณีทุรเวชปฏิบัติ: ศึกษาจากการร้องเรียนใน
หนังสือพิมพ์ (พ.ศ.2533-2540). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2527). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ. (2528). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณทิพย์ เพชรรัชตะชาติ. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมด้าน
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของอาจารย์พยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2531). จิตวิทยาสำหรับนักบริหาร. กรุงเทพมหานคร: วิชั่นอาร์ต.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2526). คุณภาพการพยาบาล. การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระหว่าง
วันที่ 2-7 พฤศจิกายน 2522. กรุงเทพมหานคร: บำรุงนุกุลกิจ.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2540). หลักการและแนวคิดการบริหารจัดการหอผู้ป่วยที่มีคุณภาพการ
บริการ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 5 (1); 35-42.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2541). กลยุทธ์การสร้างงาน: บริการพยาบาลเชิงธุรกิจ. เอกสาร
ประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์. (2537). ทุรเวชปฏิบัติ (คดีตัวอย่าง). อัดสำเนา.

พิมพกา สุขกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยส่วน
บุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พิมลพรรณ ทิพาคำ. (2543). ความเครียดในงานและความขัดแย้งผูกพันต่อองค์การของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชนเขต 10. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิไลรัตน์ ทองอุไร. (2529). สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทางการพยาบาลจิตเวช. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พีระ ศรีกรรณจิตร. (2529). ความเครียดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตการศึกษาส่วนกลาง และเขตกลางศึกษา 5. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตร ปุณณพันธ์. (2546). คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- พัชรินทร์ สุตันตปฤดา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะเครียดจากการปฏิบัติงาน แลพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรีย์ พุ่มพวง. (2539). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลสำเร็จใหม่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2522). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลขั้นวิชาชีพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- _____. (2523). บรรยากาศที่เสริมสร้างพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาล. 29, กรกฎาคม; 192-202.
- ภิญโญ สุวรรณ. (2532). ความรับผิดชอบแห่งของจำเลยแพทย์ในคดีทรมานปฏิบัติ. บทความพิเศษ แพทยสภาสาร 8 สิงหาคม; 491-496.
- มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์. (2527). ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยรรยง สุทธารัตน์. (2526). ความเครียด. วารสารสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: 32-35.
- ยุคดี ตรีพัฒนาศุวรรณ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางการศึกษาภาคปฏิบัติกับความเครียด: และระหว่างความเครียดกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพจน์ชัย. (2531). รายงานการวิจัยเรื่องความเครียดของ
อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์. 11(2); 11-12.
- รุ่งฤดี ศิริรักษ์. (2535). ความเครียดของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ในภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลออ หุตางกูร. (2529). แนะนำวิชาชีพพยาบาล 2529. มปท.
- ลัดดา ตันกันทะ. (2540). ความเครียดในงานและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ทีปะลา. (2536). ความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ในทางกฎหมายแพ่ง. กฎหมายการแพทย์ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบ
วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
- _____. (2530). การทอดทิ้งผู้ป่วย: ความผิดในเวชปฏิบัติ. วารสารคลินิก, 3(12), ธันวาคม;
874-877.
- _____. (2530). นิติเวชสารฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
เรือนแก้ว.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). ร่าง TOR เรื่องทบทวนเวชปฏิบัติและการประกันทบทวนเวชปฏิบัติ. นนทบุรี.
อัคราเนนา.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2521). หลักการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- _____. (2534). การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. วารสารวิจัยการศึกษา, 14(5); 3-6.
- _____. (2535). เรื่องของการใช้ร้อยละหรือเปอร์เซ็นต์. วารสารวิจัยการศึกษา, 15(3); 17-20.

- วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2523). ความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา ตันติสุนทร. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียด และระหว่างความเครียดกับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศินีนาถ เกียรติกังวาฬไกล. (2532). ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร วิญญรัตน์. (2543). ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ และรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริอนันต์ จูทะเดมีย์. (2523). ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรินทร์ วิวัฒน์คุณูปการ. (2523). ภาวะตึงเครียด. พยาบาลสาร, 7; 63-79.
- ศุภชัย ขาวะประกาย. (2525). ความเครียดของนักบริหาร: ปัญหาและทางออก. วารสารสังคมศาสตร์, 19(2); 65-76.
- ศักดิ์ สนองชาติ. (2547). คำอธิบายโดยย่อประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิดและความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- สภาการพยาบาล. (2529). พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2533). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมสร เชื้อหิรัญ. (2521). สนทนากับผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- สมสร เชื้อหิรัญ. (2525). ความเครียดและความคับข้องใจ. สนทนากับผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- _____. (2525). คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย.

- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ขมจินดา. (2540). กฎหมายการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: นักพิมพ์
วิญญูชน.
- สะอึ้ง อภิบาลกุล. (2525). กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อเกิดความเครียด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
ขอนแก่น, 5(กรกฎาคม-กันยายน); 10-11.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล. (2542). แหล่งความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
มหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริลักษณ์ ดันชัยสวัสดิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิต สุวรรณชีพ. (2532). ความเครียด. ข่าวสารสุขภาพจิต, 8(3); 20-22.
- สุปณี วศินอมร. (2531). การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์เจริญผล.
- สุภารัตน์ พงษ์ธนะ. (2538). ทฤษฎีปฏิบัติกับความรับผิดชอบตามกฎหมาย ในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิวรรณ อินสร. (2545). กระบวนการยุติธรรมเกี่ยวกับคดีทฤษฎีปฏิบัติในประเทศไทย-ศึกษา
เฉพาะการดำเนินคดีแพ่ง. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาอาชญาวิทยาการ
บริหาร งานยุติธรรมและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Appelbaum, H. Steven. (1981). Stress management for health care professional. London: AN. Aspress
publication.
- Bailey, Roy D. (1985). Coping with Stress in Caring. London: Backwell Scientific publication.
- Bailey, J. T., Steffen, S. M., & Grout, J. W. (1980). The stress audit: Identifying the stressor of ICU
Nursing. Journal of Nursing Education, 19(6); 15-25.

- Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bowman, P. Michael. (1986). Nursing Management and Education: A conceptual approach to Change. London: Croom Helm Ltd.
- Breakwell, G. M. (1990). Are you stress out? American Journal of Nursing, 90(8); 31-33.
- Brown, Warren B. and Moberg, Dennis J. (1980). Organization Theory and Management: A Macro Approach. New York: John Wiley & Sons.
- Clarke, M. (1984). Stress and Coping: Constructs for Nursing. Journal of advanced Nursing, (9); 3-13.
- Claus, Karen E., Bailey, June T. (1980). Living with stress and promotion well-being. U.S.A.: the C.V. Mosby Company.
- Cooper Cary L. (1987). Stress-prone behavior: Type A pattern. In Psychosocial factors at work, Edited by Kalimo, Raija, El-Batawi Moatafa A. and Cooper, Cary L. England: World health organization.
- Cooper et al. (1989). Mental Health, Job Satisfaction, and Job Stress Among General Practitioners. British Medical Journal, Feb(298); 366- 370.
- Crawford, S. L. (1993). Job stress and occupational health nursing. Association of American Occupational Health Nursing Journal, 41; 522-528.
- Dewe, P.J. (1989). Stressor Frequency tension tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing group. Journal of Advanced Nursing, 14; 308-320.
- Daniel. (1991). Biostatistics: A Foundation for analysis in the health sciences. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z. Dutro, B. k., Smith, M., & Widmeyer, G. (1996). Stressful nurse: The effect on patient outcomes. Journal of Nursing care Quality, 10 (3); 46-58.
- Farmer, R. E., Monahan, L. H. and Hakeler, R. (1984). Stress Management for Human Services. Michigan: Sage Publication Inc.
- Frain, M., & Valiga, T. M. (1981). The multiple dimension of stress in D.C. Sutterly & G.F. Donnelly (Eds.). Coping with stress. Rockville: Aspen.
- Gallagher, J. (1979). Coping with stress. Association Management. 95-99.
- Garland, L.M. and Bush,C.T. (1982). Coping Behavior and Nursing. Virginia: Reston Publication.
- Hafen, B. O. and Frandsen, K. J. (1981). How to Live Longer. Englewood cliffs: Prentice-Hall Inc.

- Halloran, Jack and Benton, Douglas. (1987). Applied Human relation. Third edition; New Jersey: Prentice-Hall.
- Hingley, P. & Harris, P. (1986). Burn-out at senior level. Nursing Times,7; 28-29.
- House, Jame S. (1974). Occupational Stress and Coronary Heart Disease. Journal of Health and Social Behavior, 15(march); 17-27.
- Ivancevich, J.M. & Mattenson, M.T. (1990). Organizational behavior and management. 2nd ed. Boston: Donnelley & Sons Company.
- Jacobson, Sharol F. and Mcgrath, H. Marie. (1983). Nurse under Stress. USA.: John Wiley & Sons.
- Johnson, David W. (1990). Anger, Stress and Managing Your Feeling. Reaching out: Interpersonal Effectiveness and Self- Actualization.4th ed. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Kalimo, R., El-Betawi, M.A., & Cooper, C.L. (1987). Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva: World Health Organization.
- Krejcie, Robert V, Morgan, Daryle W. (1970). Determining Sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, (30); 607-610.
- LaRocco, J. M., House, J. S. and French, J. R. P. (1980). Social Support, Occupation stress, and Health. Journal of Health and Social Behavior, 21; 202-218.
- Lawrence, Rena M. and Lawrence, Sally A. (1987/88). The Nurse and Job Related Stress: Responses, Rx, and Self-Dependency. Nursing Forum, 23; 45-51.
- Lasarus R.S. (1976). How we cope with stress. In Pattern of Adjustment p.79-98. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Luckmann, John. And Sorenson, Karen C. (1974/1980). Medical-Surgical nursing: A Psychological Approach. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Maslach, C. (1986). Burnout: the cost of caring. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- McCranie, et al. (1987). Work Stress, Hardiness, and Burnout among Hospital Staff Nurses. Nursing Research, 36(6); 374-378.
- McLean, Alan. (1974). Occupational Stress. Illinois: Charles c. Thomas Publisher.
- Miller, Benjamin F. and Keane, Claire B. (1972). Encyclopedia and Dictionary of Medicine and Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Murray, R. and Zentner, J. (1975). Nursing Concepts for Health Promotion. New York: Appleton-Century Crofts, 1975; 69-81.

- Orem, D. E. (1985). Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York: McGraw Hill.
- Orem, D. E. (1991). Nursing Concepts of nursing Practice. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Power, K. G., & Sharp, G. R. (1988). A comparison of sources of nursing stress and job Satisfaction among mental handicap and hospice nursing staff. Journal of Advance Nursing, 13; 726-732.
- Riding, R.J., & Wheeler, H.H. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurse: 2. British Journal of Nursing, 4; 160-168.
- Robbin, Stephan P. Organization Behavior: Concepts, Controversies, and Applications. 3rd ed. USA: Prentice-Hall international.
- Roy, A. K. (1983). Nurse impairment: Challenge for survival in T.A. Duespohl (Ed.). Nursing in Transition. Maryland: Aspen Publishing.
- Schmied, L.A. And Lawler, K.A. (1986). Hardiness, Type A behavior, and the Stress illness relation in working woman. Journal Personal social Psychology, 51(6); 1218-1223.
- Scully, R. (1980). Stress In the nurse. American Journal of Nursing, 26; 716.
- Selye, Hans. (1983). Selye's Guide to stress research volume 3. New York: Scientific and Academic edition.
- Sullivan, E.J., & Decker, P.J. (1997). Effective leadership and management in nursing. 4th ed. California: Addison Wesley Longman.
- Swansberg, R.C. (1996). Management and leadership for nurse manager. Massachusetts: Jones and Barrette Publisher.
- Tyler, P., & Ellison, R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high dependency nursing. Journal of Advanced Nursing, 19; 469-476.
- Wheeler, H. (1997). Nurse Occupation stress research 6: Methodological approaches. British Journal of Nursing, 7; 226-229.
- Wheeler, H. H, & Riding, R. J. (1994). Occupational stress in generation and midwives. British Journal of Nursing, 3; 527-534.
- Wheeler, H.H., & Riding, R. J. (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses: 2. British Journal of Nursing, 4(3); 160-168.
- Yamane, T. (1973). Statistics and introductory analysis (2^{ed}). Tokyo: John Weltherhill.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. นาวาโทหญิง ดร.ชนพร แยมสุดา รณ. หัวหน้าฝ่ายแผนและพัฒนา
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกเรือ
2. นาวาโทหญิง จารุณันท์ สุภาพงษ์ รณ. หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 5
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
กรมแพทย์ทหารเรือ
3. อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ความเครียดกับการทำละเมิด

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะ
ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้แทนตัวแปรในที่นี้ คือ

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

AGE	คือ อายุ
INC	คือ รายได้
EXP	คือ ประสบการณ์ในการทำงาน
HR	คือ ชั่วโมงในการทำงานปกติ
OT	คือ ชั่วโมงในการทำงานพิเศษ
BSI	คือ การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน
P	คือ บุคลิกภาพ
S	คือ การเจ็บป่วย
R	คือ การพักผ่อน

ปัจจัยด้านคุณลักษณะเกี่ยวกับองค์การ

C1	คือ การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล
C2	คือ ความเจริญก้าวหน้าและผลตอบแทน
C3	คือ ภาระงาน

ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

D1	คือ สัมพันธภาพในหน่วยงาน
D2	คือ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
D3	คือ ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร
D4	คือ ภาระทางครอบครัว
STR	คือ ความเครียด

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะของการ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

	AGE	INC	EXP	HR	OT	BSI	P	S	R	C1	C2	C3	D1	D2	D3	D3	STR
AGE	1	.598**	.778**	.059	-.106	-.101	.095	-.018	-.041	-.050	.064	-.126	-.134*	-.183**	-.103	.164*	-.025
INC		1	.572**	.010	.106	-.158*	-.033	-.164*	-.149*	-.114	-.028	-.164*	-.192**	-.130	-.160*	.108	-.056
EXP			1	-.015	-.051	-.089	.171*	-.007	-.090	-.042	.036	-.109	-.176**	-.254**	-.167*	.181**	.035
HR				1	.109	.126	.135*	-.001	.024	.103	-.074	.148*	-.036	-.062	.059	-.010	.091
OT					1	-.006	.025	-.038	-.128	.049	-.016	.025	-.050	.097	.146*	.000	.068
BSI						1	.180**	.430**	.192**	.095	.019	.073	-.027	.138*	.142*	-.026	.229*
P							1	.096	.099	.129	-.004	.006	-.149*	.033	.115	.046	.303*
S								1	.214**	.130	.046	.246**	-.026	.165*	.109	.053	.299*
R									1	.176**	-.040	.136*	.011	.081	.114	.052	.312*
C1										1	.054	.270**	-.222**	.130	.131	.011	.264*
C2											1	-.149*	.101	-.063	.063	-.077	-.013
C3												1	.048	.255**	.101	.114	.196*
D1														1	.085	-.084	-.241*
D2															1	.163*	-.137*
D3																1	.162*
D4																	.153*
STR																	1

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 *** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทำการทดลองโดยมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

	
No. <u>MU 2007-283</u>	
Documentary Proof of Ethical Clearance The Committee on Human Rights Related to Human Experimentation Mahidol University, Bangkok	
Title of Project.	Stress Factor Related to Patient Violations among Professional Nurses at Hospitals (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator.	Miss Kredkaew Phomma
Name of Institution.	Faculty of Public Health
Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation	
Signature of Chairman.	 (Professor Dr.Srisin Khusmith)
Signature of Head of the Institute.	 (Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)
Date of Approval.	- 7 DEC 2007
Date of Expiration.	- 8 DEC 2008

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

คำชี้แจง การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาความเครียดที่มีผลต่อการทำละเมิดของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ข้อแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน รวม 10 หน้า

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์กร จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียด จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะและระดับการทำละเมิด จำนวน 19 ข้อ

2. โปรดอ่านคำแนะนำก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบคำถามตามความเป็นจริงของท่านหรือตามความคิดเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ

3. คำตอบหรือข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ตอบแบบสอบถามหรือหน่วยงานของท่าน และจะนำคำตอบมารวบรวมวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อเสนอผลวิจัยโดยภาพรวมเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ผลการวิจัยจะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการและการรักษาพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และองค์กรต่อไป ถ้าคำถามข้อใดในแบบสอบถามทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถามผู้ตอบแบบสอบถามสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามได้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านสละเวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

เกล็ดแก้ว พรหมมา

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ
() น้อยกว่า 30 ปี () 30 – 40 ปี () 41 ปีขึ้นไป
2. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย/หย่าร้าง/แยก
3. ท่านมีรายได้
() ต่ำกว่า 10,000 บาท () 10,000 – 14,999 บาท
() 15,000 – 20,000 บาท () มากกว่า 20,000 บาท
4. สถานะทางเศรษฐกิจของท่านอยู่ในระดับใด
() รายได้เหลือเก็บ (มีรายได้มากกว่ารายจ่าย)
() รายได้เพียงพอ (มีรายได้เท่ากับรายจ่าย)
() รายได้ไม่เพียงพอ (มีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน)
() รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (มีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายและมีหนี้สิน)
5. ประสบการณ์ในการทำงานปัจจุบัน
() 1 – 5 ปี () 6 – 10 ปี () 11 – 15 ปี () 16 ปีขึ้นไป
6. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในแผนกใด
() ศัลยกรรม () อายุรกรรม () กุมารเวชกรรม () สูติรีเวชกรรม
7. โปรดประเมินเกี่ยวกับตัวท่านในด้านการทำงาน
() รวดเร็ว () ปานกลาง () ช้า () เฉื่อยชา
8. การประเมินตัวเองเกี่ยวกับความสำเร็จของงาน
() เสร็จไม่ทันเวลาที่กำหนด () เสร็จพอดีกับเวลา
() เสร็จก่อนเวลา () อื่น ๆ.....
9. จำนวนชั่วโมงในการทำงานปกติ
() น้อยกว่า 40 ชม./สัปดาห์ () 40 – 50 ชม./ สัปดาห์ () มากกว่า 50 ชม./สัปดาห์
10. จำนวนชั่วโมงในการทำงานพิเศษ
() น้อยกว่า 12 ชม./สัปดาห์ () 12 - 24 ชม./ สัปดาห์ () มากกว่า 24 ชม./สัปดาห์
11. จำนวนครั้งที่ป่วยในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา
() ไม่มี () 1 – 2 ครั้ง () 3 – 4 ครั้ง () 5 ครั้งขึ้นไป

12. การศึกษาเพิ่มเติมภายใน 6 เดือน

() ไม่มี () มี.....

13. ขนาดโรงพยาบาล (ระบุจำนวนเตียง).....

() ขนาดเล็ก () ขนาดกลาง () ขนาดใหญ่

14. โรงพยาบาลของท่านมีหน่วยงานในการจัดการด้านความเสี่ยงหรือการทำละเมิดของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย

() มี () ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพ การเจ็บป่วยและการพักผ่อน

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับแบบของพฤติกรรมของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
บุคลิกภาพ					
1. ท่านไม่ใช่บุคคลที่ทะเยอทะยานจึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่					
2. ท่านเป็นบุคคลที่ไม่ค่อยอดทนกับอะไรทำให้รอคอยสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก					
3. นอกเหนือจากงานที่ทำท่านให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นเป็นอันดับหนึ่งด้วย					
4. ท่านจริงจังกับงานมากกว่าเพื่อนร่วมงานคนอื่น					
5. ท่านชอบการแข่งขันมากกว่าเพื่อนร่วมงานคนอื่น					

แบบสอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการพักผ่อน

ข้อความ	ไม่เคย	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
การเจ็บป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สบาย					
7. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์อยู่เสมอ					
8. ท่านเหนื่อยและอ่อนเพลียมากเวลาทำงาน					
9. ท่านสนุกสนานกับการดำเนินชีวิตประจำวัน					
การพักผ่อน					
10. ท่านนอนหลับยากในเวลากลางคืน					
11. ท่านมีความวิตกกังวลบ่อยจนนอนไม่หลับ					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะองค์การ

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และระบบงานในโรงพยาบาล					
1. มีการหมุนเวียนเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานอยู่เสมอ					
2. มีการเปลี่ยนกฎเกณฑ์การทำงานในหน่วยงานท่านบ่อยครั้ง					
3. ข้อมูลต่างๆของหน่วยงานไม่ทั่วถึง และไม่มีประสิทธิภาพ					
4. การติดต่อสื่อสารในหน่วยงานยังไม่ชัดเจน					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. การขาดแคลนกำลังพลทำให้ท่านต้องถูกส่งไปช่วยงานในแผนกอื่นที่ไม่คุ้นเคยอยู่เสมอ					
6. ฝ่ายการพยาบาลมีนโยบายในการบริหารงานที่ชัดเจน					
ความเจริญก้าวหน้าและผลตอบแทนในอาชีพ					
7. เงินค่าตอบแทนที่ได้รับไม่เหมาะสมกับปริมาณงานที่ท่านรับผิดชอบ					
8. ท่านมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานทัดเทียมกับวิชาชีพอื่น					
9. ท่านมีโอกาที่จะศึกษาเพิ่มเติมในสายงานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง					
10. ท่านมีโอกาเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงานที่สูงขึ้นตามลำดับ					
11. ท่านเห็นความชัดเจนในความก้าวหน้าในสายงาน					
12. เงินเดือนที่ท่านได้รับในขณะนี้สอดคล้องและเหมาะสมกับค่าครองชีพในปัจจุบัน					
13. สวัสดิการต่าง ๆ ที่ท่านได้รับมีความเหมาะสม					
14. ท่านมีโอกาได้รับการพิจารณาความดีความชอบต่อการเลื่อนขั้นเงินเดือนเป็นพิเศษ					
ภาระงาน					
15. งานที่ท่านได้รับมอบหมายมีปริมาณมาก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำงานให้เสร็จสมบูรณ์					
16. งานเอกสารมากเกินไปทำให้ท่านให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17. ท่านมีการพลัดเปลี่ยนเวลาทำงานอยู่ เสมอในการอยู่เวร เช่น เวรเช้า บ่าย ดึก					
18. ท่านต้องทำงานต่อเนื่องกันมากกว่า หนึ่งผลัดต่อวัน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 1

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ท่านมีภาระทางครอบครัวหรือไม่

- () ไม่มีภาระครอบครัว
- () ภาระเบา (มีภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูแต่ไม่ทำให้
เดือดร้อนหรือวิตกกังวล
- () ภาระปานกลาง (มีภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูทำให้
เดือดร้อนหรือวิตกกังวลบ้างเป็นครั้งคราว)
- () ภาระหนัก (มีภาระรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวในด้านการเงินหรือการเลี้ยงดูทำให้วิตก
กังวลและเป็นทุกข์มาก)

ตอนที่ 2

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงเพียงคำตอบ
เดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ไม่เลย	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
สัมพันธภาพในหน่วยงาน					
1. เมื่อท่านมีปัญหาผู้บังคับบัญชาให้ คำปรึกษาที่มีประโยชน์					
2. เพื่อนร่วมงานให้ความเป็นกันเองและมี สัมพันธภาพที่ดีต่อท่าน					
3. เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือหรือ ช่วยเหลือในเรื่องอื่น ๆ นอกเหนือจาก การปฏิบัติงาน					

ข้อความ	ไม่เคย	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
4. เพื่อนร่วมงานให้อภัยเมื่อท่านทำผิดพลาด					
5. เพื่อนร่วมงานให้คำปรึกษาเกี่ยวกับหน้าที่การงาน					
6. เพื่อนร่วมงานยกย่องและให้เกียรติท่าน					
<u>สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ</u>					
7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล					
8. ผู้ป่วยและญาติมีการเรียกร้องและรบกวนมากเกินไป					
9. ท่านมีความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติ					
10. ท่านอึดอัดกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในสถานการณ์ที่คลุมเครือ					
<u>ธรรมเนียมปฏิบัติในองค์กร</u>					
11. ในหน่วยงานของท่านมีระบบรุ่นพี่ – รุ่นน้อง ทำให้ท่านไม่มีอิสระในการทำงาน					
12. ท่านต้องปฏิบัติงานภายใต้คำสั่งของรุ่นพี่					
13. ท่านสามารถแสดงออกและความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่					
14. เมื่อมีความขัดแย้งกับรุ่นพี่ท่านได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา					
15. ผู้บังคับบัญชามักจะรับฟังความคิดเห็นจากรุ่นพี่เสมอ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียด

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ไม่มี	มีบ้าง	มีบ่อย
1. ท่านรู้สึกใจสั่นหรือใจเต้นแรงผิดปกติโดยไม่มีสาเหตุบ้างหรือไม่			
2. ท่านเคยนอนไม่หลับหรือหลับๆ ตื่นๆ บ้างหรือไม่			
3. ท่านมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับท้อง เช่นปวดท้อง ท้องเสีย บ้างหรือไม่			
4. ท่านรู้สึกเจ็บหรือปวดตามร่างกายโดยไม่มีสาเหตุบ้างหรือไม่			
5. ท่านรู้สึกมึนงงหรือเวียนศีรษะบ้างหรือไม่			
6. เมื่อกลืนใจ ท่านมีน้ำหนักรลดหรือเพิ่มบ้างหรือไม่			
7. ท่านรู้สึกหายใจขัดหรือมีอาการหอบเหนื่อยทั้งที่ไม่ได้ออกแรงบ้างหรือไม่			
8. ท่านมีอาการมือสั่น ทำให้ท่านถึงกับรำคาญบ้างหรือไม่			
9. ท่านเคยเหงื่อออก ตัวเย็นเพราะความตกใจบ้างหรือไม่			
10. ท่านรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่			
11. ความคิดของท่านสับสนเมื่อต้องทำงานอย่างรวดเร็วบ้างหรือไม่			
12. ท่านเคยฝันร้ายบ้างหรือไม่			
13. ท่านไม่สบายใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์บ้างหรือไม่			
14. ท่านทำงานผิดพลาดเมื่อผู้บังคับบัญชาจ้องมองท่านอยู่บ้างหรือไม่			
15. ท่านคิดว่าท่านไร้ค่าในสายตาคนอื่นบ้างหรือไม่			
16. ความกังวลทำให้ท่านเคยรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้าบ้าง หรือไม่			
17. เมื่อท่านตื่นนอนตอนเช้า ท่านรู้สึกเบื่อและท้อแท้ใจบ้างหรือไม่			
18. ท่านรู้สึกเหงาหงอยไม่ร่าเริงเวลาไปงานเลี้ยงสังสรรค์บ้างหรือไม่			
19. ท่านร้องไห้เมื่อกลืนใจบ้างหรือไม่			

ข้อความ	ไม่มี	มีบ้าง	มีบ่อย
20. ท่านรู้สึกทุกข์ใจบ้างหรือไม่			
21. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิตบ้างหรือไม่			
22. ท่านรู้สึกเหนื่อยและเพลียมากเวลาทำงานบ้างหรือไม่			
23. ท่านเป็นคนหุดหงิดง่ายด้วยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บ้างหรือไม่			
24. ท่านเป็นคนทำอะไรหุนหันพลันแล่นบ้างหรือไม่			
25. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการในทันทีทันใดบ้างหรือไม่			
26. ท่านมีอาการเกรี้ยวกราดได้ง่ายบ้างหรือไม่			
27. ท่านต้องคอยควบคุมอารมณ์ของตนเองอยู่เสมอบ้างหรือไม่			
28. ท่านอารมณ์เสียบ้างหรือไม่			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการทำละเมิด ผลและระดับการทำละเมิด

ตอนที่ 1 ผลการทำละเมิด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ทีละข้อและเลือกระดับความเห็นของท่านตามระดับการทำละเมิดต่อไปนี้

ข้อความ	ไม่เคยทำ	ทำบ้าง	ทำบ่อย
1. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ			
2. การปฏิบัติงานของท่านทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย			
3. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย			
4. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก			
5. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บสาหัส			
6. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น			
7. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น			

ตอนที่ 2 ลักษณะและระดับการทำละเมิด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่ละข้อและเลือกระดับความเห็นของท่านตามลักษณะการทำละเมิดในภาพรวมต่อไปนี้

ข้อความ	ไม่เคยทำ	เคยทำ				
		ไม่ตั้งใจ	ตั้งใจ	ประมาท	แกล้งทำ/ ไม่ทำ	ผิด กฎหมาย
ลักษณะการทำละเมิด						
1. การให้ยา/ให้เลือดผิด						
2. การดูแลรักษาล่าช้า						
3. การทำให้ผู้ป่วยลื่นหกล้ม / ตกเตียง						
4. การเก็บสิ่งส่งตรวจผิด						
5. การใช้กริยาวาจาไม่สุภาพกับผู้ป่วย						
ระดับการทำละเมิด						
6. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ						
7. การปฏิบัติงานของท่านทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย						
8. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย						
9. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บมาก						
10. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บสาหัส						
11. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น						
12. การปฏิบัติงานของท่านทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็น						

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	เรือเอกหญิงเกี๊ยะแก้ว พรหมมา
วัน เดือน ปีเกิด	25 มีนาคม พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดเลย
ประวัติการศึกษา	- วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอเรือ, พ.ศ. 2543 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต - มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) - สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	นายทหารพยาบาลช่วยราชการกองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร 10600
ที่อยู่	504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แขวงบวรคดี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600 E-mail: kitty-picu@hotmail.com