

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

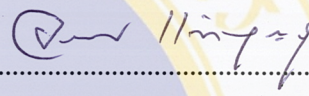
เรื่อง

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

จัดทำ ณ นครนายก

นางทิพากร สายเพชร

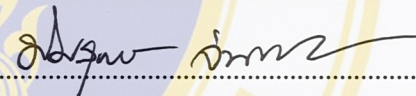
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์อรรณ แก้วบุญชู,

Ph.D. (Medical Science)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาว จันทนะโสตร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สรุ อาภรณ์,

Dr. (Biologie Human)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พัชราพร เกิดมงคล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชราพร เกิดมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข
วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2552

.....
นางทิพากร สายเพชร

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนัดดา เนบเกษร,

Ph.D. (Medical Science)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์อรรพรรณ แก้วบุญชู,

Ph.D. (Medical Science)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาว จันทนะโตติ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สรุา อภรณ์,

Dr. (Biologie Human)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาศิทยา)

คณบดี

.....
คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

.....
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
คณบดี

.....
คณบดี

.....
คณบดี

.....
คณบดี

.....
คณบดี

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ แก้วบุญชู ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทะโสทธิ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรอ อาภรณ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษาแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ พร้อมกับให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร้อยเอกหญิง ษัตติดา แนนเกษร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และร่วมเป็นประธานกรรมการ สอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำ ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคุณสุภารัตน์ ชะนะศิลป์ ที่ให้คำแนะนำ และสนับสนุนเครื่องมือในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากพลี ที่จัดและแลกเปลี่ยนเวร เพื่อให้เวลาในการศึกษาของผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด นครนายก ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ สมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัยซึ่งให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา และขอขอบพระคุณเพื่อน นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความห่วงใยช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และทุกๆ ท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้การสนับสนุนกำลังใจ และมีส่วนช่วยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ทิพากร สายเพ็ชร

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

JOB STRESS AND HEALTH STATUS AMONG REGISTERED NURSES UNDER THE OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH IN NAKHONNAYOK PROVINCE, THAILAND

ทิพากร สายเพชร 4637648 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรวรรณ แก้วบุญชู, Ph.D.(Medical Science),
พิมสุภาวี่ จันทะโสทธิ, Ph.D.(Nursing), สรา อารณ, Dr.(Biologie Human)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายก ประเทศไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 390 คน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต Thai GHQ-28 และแบบประเมินสภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 49.7) โดยเฉลี่ยมีอายุ 36.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.1) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.2) พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดจากการทำงานสูง ร้อยละ 41.8 ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีการรับรู้การเจ็บป่วย ร้อยละ 30.0 และภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 10.3 ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องสถานภาพสมรส ($\chi^2 = 5.304$, $p < 0.05$) และดัชนีมวลกาย ($\chi^2 = 12.926$, $p < 0.05$) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย อายุ ($r = 0.114$, $p < 0.05$) ลักษณะงาน ($\chi^2 = 10.195$) ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ($r = 0.116$, $p < 0.05$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.121$, $p < 0.05$) มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ($\chi^2 = 11.502$, $p < 0.05$) การใช้นอนหลับ ($\chi^2 = 6.408$, $p < 0.05$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.106$, $p < 0.05$) และความเครียดจากการทำงาน ($r = 0.217$, $p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลวิชาชีพ และผู้บังคับบัญชาควรตระหนักถึงความสำคัญ และปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเครียดในการทำงาน เป็นการเพิ่มศักยภาพ และคุณภาพในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: ความเครียดจากการทำงาน / ภาวะสุขภาพ / พยาบาลวิชาชีพ

172 หน้า.

JOB STRESS AND HEALTH STATUS AMONG REGISTERED NURSES UNDER
THE OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH IN NAKHONNAYOK PROVINCE, THAILAND

TIPAGORN SAIPECH 4637648 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAWAN KAEWBOONCHOO, Ph.D.
(Medical Science), PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.(Nursing),
SARA ARPORN, Dr.biol.Hum.(Toxikologie)

ABSTRACT

This research represented a cross-sectional survey that was conducted in order to study the correlation between the job stress and health status of registered nurses (RNs) in Nakhonnayok province, Thailand. The samples of this research were 390 RNs. The questionnaires consisted of a Thai GHQ-28 and Psychosocial Working Condition Questionnaire (PWC). The statistics for data analysis were frequency, percentage, means, standard deviation, chi-square and Pearson product-moment correlation coefficient.

Half of the nurses were aged between 30-39 years old (49.7%), with an average age of 36.2 years (SD = 7.1). Most of the samples (87.2%) reported working less than 8 hours per day and that 41.8% of them had a high level of job stress. From studying nurses' health status, it was found that perceived illness and poor mental health status had prevalence of 30% and 10.3% respectively. Moreover, the correlation study of personal factors showed that perception of illness significantly corresponded to marital status ($\chi^2 = 5.304$, $p < 0.05$) and body mass index ($\chi^2 = 12.926$, $p < 0.05$). Age ($r = 0.114$, $p < 0.05$), work type ($\chi^2 = 10.195$, $p < 0.05$), work experiences in nursing ($r = 0.116$, $p < 0.05$) and income ($r = 0.121$, $p < 0.05$) have relationship to sick leave. Factors that have significant correlations with mental health status are work experience in nursing ($\chi^2 = 11.502$, $p < 0.05$), the use of sleeping pills ($\chi^2 = 6.408$, $p < 0.05$), income ($r = 0.106$, $p < 0.05$) and job stress ($r = 0.217$, $p < 0.01$).

From the research results it is recommended that nurses and supervisory nurse should pay attention to the problem of job stress for RNs as it affects the health status. In order to solve this problem, the supervisory nurse should promote the health promotion program to reduce job stress and increase their competence and quality of nursing practice.

KEY WORDS: JOB STRESS / HEALTH STATUS / REGISTERED NURSES

172 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามตัวแปร.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	14
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
1. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ.....	23
3. ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานต่อภาวะสุขภาพ.....	24
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ.....	40
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับ ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ.....	90
บทที่ 5 อภิปรายผล	
ส่วนที่ 1 ความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาการวิจัย.....	110
ส่วนที่ 2 อภิปรายผลตามระเบียบวิธีวิจัย.....	111
ส่วนที่ 3 การอภิปรายผลการวิจัย.....	114
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	125
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	129
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	130
ข้อจำกัดจากการศึกษา.....	130
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	131
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	142
รายการอ้างอิง.....	152
ภาคผนวก.....	159
ประวัติผู้วิจัย.....	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายก จำแนกตามโรงพยาบาล.....	54
2	องค์ประกอบหลักและจำนวนข้อคำถาม.....	57
3	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล.	63
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	64
5	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ.....	67
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง.....	67
7	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบด้านข้อ เรียกร้องจากงาน.....	69
8	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบด้านการ ควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงาน.....	70
9	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบด้านการ สนับสนุนทางสังคม.....	71
10	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความเครียดจากการทำงาน	71
11	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความเครียดจากการทำงาน และประเภทของโรงพยาบาล.....	72
12	การรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ.....	73
13	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประสบการณ์การหยุดงานเนื่อง จากการเจ็บป่วย.....	74
14	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม จำนวนวันที่หยุดงานจากการเจ็บป่วย.....	74
15	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการทาง กายเป็นรายชื่อ.....	76
16	จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม กลุ่มอาการทางกายเป็นรายชื่อ.....	78
17	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการวิตก กังวล และการนอนไม่หลับเป็นรายชื่อ.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
18	จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับเป็นรายข้อ..... 81
19	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการความ บกพร่องทางสังคมเป็นรายข้อ..... 83
20	จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม กลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคมเป็นรายข้อ..... 85
21	จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการ ซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นรายข้อ..... 86
22	จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตาม กลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นรายข้อ..... 88
23	จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพทุกกลุ่มอาการ 89
24	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต..... 90
25	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพกายด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ..... 90
26	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพจิตด้านอาการทางกายของพยาบาลวิชาชีพ..... 91
27	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับของพยาบาลวิชาชีพ..... 92
28	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ..... 92
29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงของพยาบาลวิชาชีพ..... 93
30	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะ สุขภาพจิตโดยภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพ..... 94
31	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ 95
32	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ 97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
33	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ	97
34	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับการรับรู้การเจ็บป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ.....	98
35	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ.....	99
36	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ.....	101
37	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ.....	102
38	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับการหยุดงานเนื่องจากการ เจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ.....	103
39	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ.....	103
40	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล วิชาชีพ.....	106
41	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ	106
42	ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล วิชาชีพ.....	107

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อเรียกร้องจากงานและการควบคุมหรือ อำนาจการตัดสินใจในงาน (The Psychological Demand and Decision Latitude Model: Karasek Model)	18
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงภาวะสังคม และเศรษฐกิจเข้าสู่การพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนชีวิตการทำงานของบุคคลในทุกประเภทของการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดต่อผู้ปฏิบัติงาน จากการสำรวจในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วในแถบทวีปยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น พบว่า ปัญหาความเครียดจากการทำงาน นับวันจะยังมีมากขึ้น และมีความรุนแรงขึ้น โดยพบว่าการมีความเครียดจากงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ ซึ่งเห็นได้จากอัตราสูงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะการนอนหลับผิดปกติเพิ่มสูงขึ้น ความเครียดจากการทำงานมิได้ส่งผลเสียในระดับบุคคลเท่านั้น หากแต่ส่งผลเสียทางด้านสังคม และเศรษฐกิจต่อส่วนรวมในระดับองค์กร และประเทศชาติ

ปัจจุบัน ปัญหาความเครียดจากการทำงานนับว่าเป็นปัญหาอาชีวอนามัยที่มีความสำคัญมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) และสภาวะการทำงาน (Working Conditions) จากการศึกษาของ Paoli (1997) พบว่า ลูกจ้างมากกว่าร้อยละ 60 ต้องใช้เวลามากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาทำงานทั้งหมด ทำงานที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ งานที่เร่งด่วน งานที่มีกำหนดเวลาเสร็จ และมีเวลาจำกัด เป็นต้น

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ได้รายงานเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากการทำงานพบว่า ประชาชนร้อยละ 10-15 ไม่สามารถทำงานต่อได้ เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดจากปัจจัยด้านจิตสังคม และยังพบว่าพนักงานที่มีความเครียด ไม่สามารถเรียนรู้การทำงานได้ (Karasek & Theorell, 1990) ส่งผลกระทบให้เกิดการเจ็บป่วยในระบบต่างๆ ของร่างกาย และทำให้องค์กรต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก

ปัญหาความเครียดจากการทำงาน ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในประเทศทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ยังให้ความสำคัญกับปัญหาความเครียดจากการทำงานน้อย การแก้ปัญหาอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ มุ่งเน้นในเรื่องของการลดความเสี่ยงจากอันตรายของสิ่งแวดล้อมการทำงาน และสภาวะการทำงาน ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดงาน ลางาน เนื่องจากการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การขาดงาน ลางานส่วนหนึ่ง มีสาเหตุมาจากความเครียดจากการทำงาน

ความเครียดจากการทำงานของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการแปลความหมายเกี่ยวกับลักษณะงานของแต่ละบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณงานจริง แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตสังคม 2 ส่วน คือ ข้อเรียกร้องจากงาน และการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน โดยที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองจะส่งผลต่อการเกิดความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากงานสูง แต่มีอำนาจในการตัดสินใจต่ำจะเกิดความเครียดจากการทำงานสูง อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดความเครียด ซึ่งจอห์นสัน (Johnson, 1988: 1336-42) ได้ทำการศึกษาว่า ปัจจัยข้อเรียกร้องจากงาน อำนาจการตัดสินใจในงาน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายผลของการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากความเครียดจากการทำงานได้ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมได้อีกด้วย

ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก บุคลากรพยาบาลและผดุงครรภ์ เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน และในเกือบทุกประเทศมักมีปัญหาความไม่สมดุลในเรื่องของอุปทาน (supply) ของพยาบาล ปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดคือ เรื่องของการขาดแคลนบุคลากร เป็นที่แน่ชัดว่า ภาวะการขาดแคลนบุคลากรสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ถึงความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน หรืออาจสะท้อนถึงความต้องการบริการด้านสุขภาพ มีพยาบาลจำนวนมากที่ลาออกจากการทำงานในภาครัฐเพื่อไปทำงานในภาคเอกชน เพราะมีสภาพการทำงานที่ดีกว่า และมีรายได้สูงกว่า เป็นผลให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น (ชื่นชม เจริญยุทธ, 2543) ซึ่งมาริษา สมบัติบุญ และคณะได้ทำการศึกษาปฏิบัติการลาออกของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปัจจัยด้านค่าตอบแทนเป็นสาเหตุสำคัญของการลาออก ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ค่าตอบแทนสูงกว่า สภาพความเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทนพยาบาลในภาครัฐและเอกชนเป็นปัญหาที่มีมายาวนาน และทำให้โรงพยาบาลรัฐต้องสูญเสียกำลังคนให้กับโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมากทุกปี

พยาบาลที่เปลี่ยนอาชีพ โยกย้ายงาน มีสาเหตุที่หลากหลาย เช่น งานหนัก คนไม่พอ ลักษณะงานชวนให้หดหู่ ไม่เห็นความหมายของงาน ต้องสัมพันธ์กับคนหลายระดับ ระบบบริหารไม่ให้กำลังใจในการทำงาน ปรับตัวไม่สำเร็จ การศึกษาของต่างประเทศก็พบลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ในปัญหาการลาออกของพยาบาล เช่น ผู้บริหารปกครองคนไม่ดี เงินเดือนน้อย ขาดขวัญและกำลังใจ รับผิดชอบมาก แต่ไม่ได้รับการยอมรับ ขาดการยืดหยุ่นในเรื่องเวลาขึ้นปฏิบัติงานและลงเวร รวมทั้งตารางเวร ต้องทำงานพิเศษนอกเวลามากจึงจะมีเงินพอใช้ แพทย์แสดงความโกรธ ขาดเอกสิทธิ์ รู้สึกผิด มีช่องว่างทางการศึกษาและการปฏิบัติทำงานเป็นปริมาณไม่เห็นคุณภาพ ต้องไปเสริมใน

หน่วยงานที่ไม่คุ้นเคยและไม่ถนัด สัมพันธภาพกับแพทย์ไม่ดี ผู้บริหารไม่สนับสนุน ขาดโอกาสเพื่อ ความก้าวหน้า ขาดการส่งเสริม ประคับประคองและอื่นๆ และยังมีการศึกษาถึงความเครียดของ พยาบาล พบว่ามีสาเหตุจากการจัดเวรไม่ดี สัมพันธภาพในการทำงานระหว่างแพทย์กับพยาบาล การ แก้ปัญหาการทำงาน การได้รับการยอมรับ สภาพผู้ป่วยอาการหนัก การมอบหมายงาน นโยบายการ ทำงาน การแข่งขันกันในกลุ่มพยาบาล การมีปัญหาด้านสุขภาพของพยาบาล ปัญหาด้านพฤติกรรมของ ผู้ป่วยและครอบครัว และความต้องการศึกษาต่อ เมื่อมองลักษณะปัญหาทั้งหลายเหล่านี้ที่ทำให้ พยาบาลเครียด ไม่มีความสุข ลาออก เปลี่ยนงาน ก็จะพบว่าปัจจัยสำคัญคือลักษณะงานการพยาบาล ที่ไม่มีทางเลือก ชีวิตการพยาบาลต้องวนเวียนกับความวุ่นวายของชีวิต ทั้งชีวิตผู้มาใช้บริการ และ ชีวิตอื่นๆ รอบๆ ตัวพยาบาล ทั้งผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา การเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์รอบๆ ตัว เกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งคนและสภาพแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเรียนรู้และยอมรับในความเป็น จริงของการเปลี่ยนแปลงทั้งหลาย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2543)

จากสถานการณ์วิกฤตทางด้านเศรษฐกิจ ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ทำให้มีการจำกัด ทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (การสาธารณสุขไทย 2544-2547, 2548: 405-413) ประชาชนมีอำนาจในการใช้จ่ายลดลง การใช้บริการสุขภาพในภาครัฐมีมากขึ้นใน ขณะที่ยังงบประมาณและทรัพยากรมีจำกัด ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขโดยตรง คุณภาพบริการต่ำลง ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและการเข้าถึงบริการ เป็นเหตุให้มีการปฏิรูประบบ สาธารณสุขขึ้น โดยมีการควบคุมคุณภาพบริการ ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข มากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขของการจำกัดด้านงบประมาณ และทรัพยากร โดยเฉพาะด้านบุคลากร ซึ่งจะ ไม่มีการขยายตำแหน่งหรือจ้างเพิ่ม แต่จะมีการจำกัดให้มีจำนวนที่เล็กลง โดยส่งเสริมให้มีการปลด เกียศก่อนครบอายุราชการ (นิวัฒน์ วชิรปราการ, 2542: 6-10) ดังนั้นความอยู่รอดของสถาน บริการด้านสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถและประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของผู้นำในแต่ ละองค์กรเป็นสำคัญ จากที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย ทำให้มีการปรับเปลี่ยน นโยบายด้านสุขภาพจากการตั้งรับให้การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลสุขภาพแบบ องค์กรรวม คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีสุขภาพดี การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนทางด้านบริการสุขภาพ จะมุ่งเน้น คุณภาพบริการ ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการของประชาชน และได้มีการกำหนดออกมาเป็น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นผลให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขต้องม ีการปรับเปลี่ยนอย่างมากทั้งแนวคิดและวิธีการทำงาน ในการพัฒนาองค์กรทั้งระบบคุณภาพบริการ และการบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นหน่วยงานที่จะต้องให้การดูแลภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการ และสภาพปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน โดยเน้นถึงความสำคัญในด้านการจัดบริการสาธารณสุข การวางระบบทิศทางใหม่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550) จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมานี้ ทำให้แต่ละโรงพยาบาลต้องมีการปรับวิธีการในการทำงานใหม่ๆ ดังเช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้มีความครอบคลุมประชาชนที่ขาดหลักประกันด้านสุขภาพ และเป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มรายรับ ลดรายจ่าย และลดตามหนี้ เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาการบริหาร มีการจัดการคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้แต่ละโรงพยาบาลต้องมีการปรับปรุงกลยุทธ์ทุกด้านรวมทั้งด้านบริการ และการตลาดเพื่อให้หน่วยงานเป็นที่ไว้วางใจ สนองความต้องการของผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจ และกลับมาใช้บริการครั้งต่อไป จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพผลงาน การตรวจสอบประเมินการประกันและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation [HA]) เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลเข้าสู่มาตรฐาน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่น (อนุวัฒน์ สุภชติกุล, 2542) นอกจากนี้ ยังมีนโยบายในเชิงรุกอย่างทั่วถึงในชุมชน ให้การบริการระดับต้น โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่า การซ่อมสุขภาพ (เสริมศรี สันตติ และคณะ, 2545) เน้นการบริการแบบองค์รวม มีการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานอนามัยเครือข่าย และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ภาระงานของโรงพยาบาลมากขึ้น ในขณะที่บุคลากรมีจำนวนเท่าเดิม พยาบาล คือ บุคลากรส่วนใหญ่ที่รับผิดชอบในภาระงานเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลต้องรับภาระงานมาก และหลายด้าน

ภาระงานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ และการที่ต้องมีการพัฒนาตนเองในการใช้เทคโนโลยี จึงทำให้พยาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด ซึ่งจิตกินส์ และอินแกรม (Judkins & Ingram, 2002) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบที่ทำให้เกิดผลเสียตามมา ทั้งทางร่างกายจิตใจ ตลอดจนถึงคุณภาพในการทำงาน ซึ่งฟอลเวล, คิวลิน, ดักเซอร์, ราโคโทมาลาตา และลาวิลล์ (Fauvel, Quelin, Ducher, Rakotomalala, & Laville, 2001) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง เรื่องผลที่เกิดขึ้นต่อบุคลากรด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเครียด พบว่า ผู้ที่มีความเครียดสูง มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ซุลลิแวน และเดคเกอร์ (Sullivan & Decker, 2004) ได้กล่าวว่า ความเครียดทำให้พยาบาลขาดสมาธิ บกพร่องในการรับรู้ เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่นเดียวกับการศึกษาของจามาอัล และบาบา (Jamal & Baba, 2002) ที่ทำการศึกษาในเรื่องความเครียดในงานและภาวะหมดไฟในผู้บริหาร และพยาบาลชาวแคนาดาเขียน พบว่า เมื่อ

พยาบาลมีความเครียดจนเกิดภาวะหมดไฟทำให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในที่ทำงานได้ ซึ่งวาเลนติโน (Valentino, 2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องอนาคตในวิชาชีพพยาบาล พบว่ามีการลาออกของพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก โดยสาเหตุเนื่องจากพยาบาลเกิดความเครียด ทั้งนี้ มีแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับความเครียด ทั้งแนวคิดของสิ่งเร้าที่มากระทบบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่บุคคลได้ตอบกับสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายคุกคามตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดว่าเป็นองค์รวม และแนวคิดในเรื่องความเครียดของ ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม โดยผ่านการประเมินค่าทางปัญญา ทั้งนี้จากการที่พยาบาลต้องพบกับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่พยาบาล โดยอาจเกิดจากการมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของพยาบาล ทั้งทางด้านบริการ บริหาร และวิชาการ โดยงานด้านบริการ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบครบองค์รวม มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ในด้านบริหารพยาบาลต้องทำหน้าที่ในการบริหารงานด้านต่างๆ ทั้งในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ประจำและภายนอกหน่วยงาน นอกจากงานด้านบริการและบริหารแล้ว งานด้านวิชาการเป็นอีกงานหนึ่งที่พยาบาลยังต้องมีความรับผิดชอบอีกด้วย โดยต้องเป็นผู้นิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ เนื่องจากงานพยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา จากสถานการณ์ต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่าพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบหลายด้านที่อาจก่อให้เกิดเป็นความเครียดแก่พยาบาลได้ ทั้งนี้การที่พยาบาลแต่ละคนจะมีระดับความเครียดมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าทางปัญญาที่มีต่อสถานการณ์นั้นของแต่ละบุคคล โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อตัวพยาบาลเอง ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ เพื่อนร่วมงานและองค์กร อาจทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลตามมา

นครนายกเป็นจังหวัดในภาคกลาง ห่างจากกรุงเทพมหานคร 105 กิโลเมตร มีวิสัยทัศน์คือ “เมืองที่มีความอุดมสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อเป็นฐานการท่องเที่ยวและการเกษตรอย่างยั่งยืน” จากยุทธศาสตร์ในการพัฒนาจังหวัด ทำให้มีผลต่อการทำงานในด้านสาธารณสุขด้วยภาระงานที่มากขึ้น จังหวัดนครนายกมีโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน 4 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 437 คน (1 ตุลาคม 2548) อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร 1 คนเป็น 569 จากข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 30 คน มีการโยกย้ายจำนวน 8 คน ในรอบปี 2547 สภาพปัญหาเหล่านี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพ

ในจังหวัดนครนายก ต้องทำงานหนักมากขึ้นซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ และส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมาได้

ความเครียดจากการทำงานของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความหมายเกี่ยวกับลักษณะงานของแต่ละบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณงานจริง (Baker & Karasek, 1985) แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม 2 ส่วน คือ ข้อเรียกร้องจากงาน และการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน (Karasek, 1998 อ้างใน Stellman, 1998) โดยที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองจะส่งผลต่อการเกิดความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากงานสูง แต่มีอำนาจในการตัดสินใจต่ำจะเกิดความเครียดจากงานสูง อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดความเครียด ซึ่ง จอห์นสัน (Johnson, 1988) ได้ทำการศึกษาว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ข้อเรียกร้องจากงาน และอำนาจการตัดสินใจในงาน สามารถร่วมกันทำนายผลของการเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากความเครียดจากการทำงานได้ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาลในประเทศไทยยังมีอยู่จำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพกาย และจิต ลดปัญหาสุขภาพ และการขาดงาน ลางานของพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมต่อไป

ปัญหาการวิจัย

ความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร

ปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความเครียดจากการทำงาน กับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

นิยามตัวแปร

1. **ความเครียดจากการทำงาน (Job Stress)** หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตวิทยาสังคม การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน และการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ประเมินความเครียดจากการทำงานโดยใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน (Psychosocial Working Condition Questionnaire: PWC) สร้างขึ้นโดย วินเดอร์ซาล-เบซิล และคณะ จากประเทศโปแลนด์ (Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Demand-Control ของ Robert Karasek ประกอบด้วยมาตรวัดทางจิตวิทยา 3 องค์ประกอบ ได้แก่

(1) **ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตวิทยา (Psychological Demand)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะของงาน ซึ่งได้แก่ 1. ข้อเรียกร้องด้านสติปัญญา 2. ข้อเรียกร้องด้านจิตตกายภาพ (Psychophysics) รวมทั้งข้อเรียกร้องที่ต้องรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้อื่น 3. ข้อเรียกร้องจากบทบาทที่ขัดแย้งและปริมาณงานที่มากเกินไป

1. **ข้อเรียกร้องด้านสติปัญญา (Intellectual Demand)** หมายถึง ลักษณะงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถและศิลปะในการทำงาน การแก้ปัญหา และการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2. **ข้อเรียกร้องด้านจิตตกายภาพ (Psychophysical Demand)** หมายถึง ข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพซึ่งสัมพันธ์กับจิตใจ ได้แก่ สมรรถภาพของร่างกาย ความจำ ความรับผิดชอบ ความรอบคอบ และการติดต่อสื่อสาร

3. **ข้อเรียกร้องจากงานด้านบทบาทที่ขัดแย้งและปริมาณงานที่มากเกินไป (Demand resulting from role conflict and overload)** หมายถึง ชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป การทำงานให้เสร็จในเวลาที่กำหนด งานที่ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน การมีคนออกคำสั่งหลายคน และความขัดแย้งในที่ทำงาน

(2) **การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน (Control or Decision Latitude)** หมายถึง อำนาจในเชิงการควบคุมพฤติกรรมในการทำงาน และอำนาจในเชิงการควบคุมความสามารถใช้ทักษะในการทำงาน ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงาน การมีส่วนร่วม ความเข้าใจ และความชัดเจนในเรื่องต่างๆ ในการทำงาน

(3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การช่วยเหลือและสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากเพื่อนร่วมงานและจากหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชา โดยจะเป็นตัวลดความรู้สึกกดดันจากงาน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคมและการควบคุมอารมณ์รวมทั้งความไว้วางใจในกลุ่มเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน

คะแนนที่ได้จากการประเมิน จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานสูง (High Strain)

ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วมากกว่า 1

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานต่ำ (Non-High Strain)

ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1

2. ภาวะสุขภาพ หมายถึง “ภาวะสมดุลของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ภาวะสมดุลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป” (Roger, 1992: 27–34) ในการวิจัยครั้งนี้ ภาวะสุขภาพประกอบด้วย ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต

2.1 ภาวะสุขภาพกาย (Physical health status) หมายถึง “ความมีกำลังของระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบการหายใจ และการสูดฉีดโลหิต กำลังและความทนทานของระบบกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นและสมส่วนของร่างกาย การมีภาวะโภชนาการและน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การใช้สิ่งเสพติดต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ” (Anspaugh DJ, Dignan MB, Anspaugh SL, 2000 อ้างใน ภรณ์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจริญศรีสร้างสี, 2549: 293) ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะสุขภาพประเมินจาก

1. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง มีการรับรู้หรือการแปลความหมายของสิ่งที่มากระทบในแต่ละบุคคล มีการรับรู้หรือแปลผลที่แตกต่างกัน ขึ้นกับข้อมูลที่ตนเองได้รับ ประสบการณ์ สังคม ความทรงจำ และเขาวนปัญญา สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมาประมวลรวมกันแล้วนำมาประเมินความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ตนเองได้รับ

2. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วยจนถึงกับต้องหยุดทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ไม่เคยหยุดงาน

2.2 เคยหยุดงาน

3. จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี หมายถึง จำนวนวันของการหยุดงานจากการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามจำนวนวันหยุดงาน คือ

3.1 1-10 วัน

3.2 11-20 วัน

3.3 21-30 วัน

3.4 มากกว่า 30 วัน

2.2 ภาวะสุขภาพจิต (Mental health status) หมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ ภายใต้อสภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง” (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อ้างในมานิช หล่อตระกูล และปาริมาthy สุนิษฐ์, 2548: 481) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้จุดตัดคะแนนค่า 5/6 ในการแบ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี โดยคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ที่ครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน คือ

1. อาการทางกาย (Somatic symptoms) วัดได้จากข้อคำถามที่ 1-7
2. อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) วัดได้จากข้อคำถามที่ 8-14
3. ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) วัดได้จากข้อคำถามที่ 15-21
4. อาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) วัดได้จากข้อคำถามที่ 22-28

จุดตัดคะแนน หมายถึง เกณฑ์คะแนนที่ใช้แบ่งอาการระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีสุขภาพจิตดี กับพยาบาลวิชาชีพที่มีสุขภาพจิตไม่ดี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้จุดตัดคะแนนค่า 5/6 จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต Thai GHQ-28 ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีคะแนนรวมจากทุกกลุ่มอาการจากข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ หากได้คะแนนระหว่าง 0-5 จะถือว่าเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนรวมจากทุกกลุ่มอาการจากข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดี อย่างไรก็ตาม Thai GHQ-28 เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมีการผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง องค์ประกอบส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในการศึกษานี้ หมายถึง อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ลักษณะงาน ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ใน

การทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง

3.1 อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีของพยาบาลวิชาชีพนับจากปีเกิดจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

3.1.1 อายุ 25-29 ปี

3.1.2 อายุ 30-39 ปี

3.1.3 อายุ 40-49 ปี

3.1.4 อายุ 50 ปีขึ้นไป

3.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของการสมรสของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพที่มีคู่สมรส และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีคู่สมรส ได้แก่ โสด หม้าย หย่า แยก

3.3 ลักษณะครอบครัว หมายถึง การอาศัยอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

3.3.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ในครอบครัวประกอบด้วยตัวผู้ตอบ คู่สมรส และบุตร หรืออยู่คนเดียว ไม่มีญาติ หรืออยู่กับบิดามารดา, พี่น้องที่ยังไม่ได้แต่งงาน

3.3.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ในครอบครัวประกอบด้วยตัวผู้ตอบ คู่สมรส บุตรและมีบิดามารดาหรือครอบครัวญาติพี่น้องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง รวมอยู่ด้วยหรือในครอบครัวประกอบด้วยตัวผู้ตอบ อยู่ร่วมกับบิดามารดาและญาติพี่น้องที่แต่งงานแล้ว

3.4 แผนก/หอผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน หมายถึง แผนกหรือหอผู้ป่วยที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็น ฝ่ายการพยาบาล หอผู้ป่วยใน (สามัญ) หอผู้ป่วยใน (พิเศษ) งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานสูติ-นรีเวชกรรม ห้องคลอดและงานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.) งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

3.5 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.5.1 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

3.5.2 ปริญญาโทหรือสูงกว่า

3.6 ลักษณะงาน หมายถึง บทบาท และภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการให้กรพยาบาลผู้ป่วยและบริการญาติผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.6.1 งานไม่เร่งด่วน ได้แก่ ฝ่ายการพยาบาล งานผู้ป่วยใน (สามัญ) งานผู้ป่วยใน (พิเศษ) งานผู้ป่วยนอก และงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

3.6.2 งานเร่งด่วน ได้แก่ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานสูติ-นรีเวชกรรม ห้องคลอด และห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานผู้ป่วยหนัก(ไอ.ซี.ยู.)

3.7 ตำแหน่งงาน หมายถึง ลักษณะหน้าที่ที่รับผิดชอบในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.7.1 ตำแหน่งบริหาร

3.7.2 ตำแหน่งปฏิบัติการ

3.8 ประเภทงาน หมายถึง ลักษณะเวลาของการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

3.8.1 งานไม่เป็นกะ หมายถึง ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าในเวลาราชการ

3.8.2 งานกะ หมายถึง ปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก

3.9 ชั่วโมงการทำงานต่อวัน หมายถึง ระยะเวลาในการทำงานเป็นชั่วโมงภายในหนึ่งวันแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.9.1 ปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมง

3.9.2 ปฏิบัติงานมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป

3.10 ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลโดยนับตั้งแต่เริ่มประกอบอาชีพ จนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล นับเป็นจำนวนปี ทั้งนี้รวมถึงการประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลก่อนหน้าด้วย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

3.10.1 ประสบการณ์ในการทำงาน 1-10 ปี

3.10.2 ประสบการณ์ในการทำงาน 11-20 ปี

3.10.3 ประสบการณ์ในการทำงาน 21-30 ปี

3.10.4 ประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 30 ปี

3.11 ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล หมายถึง ความตั้งใจในการคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.11.1 ตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล จนกว่าจะเกษียณอายุราชการ

3.11.2 ตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลเพียงระยะที่สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่

3.11.3 ตั้งใจออกจากวิชาชีพพยาบาลในอนาคตหากโอกาสอำนวย

3.12 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้ที่ได้รับจากเงินเดือนประจำ และรายได้ที่ได้รับนอกเหนือจากเงินเดือนประจำรวมกันต่อเดือน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.12.1 5,000-10,000 บาท

3.12.2 10,001-15,000 บาท

3.12.3 มากกว่า 15,000 บาท

3.13 ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง รายได้ในแต่ละเดือนที่พยาบาลวิชาชีพได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

3.13.1 รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ หมายถึง การมีรายได้มากกว่ารายจ่าย

3.13.2 รายได้เพียงพอ หมายถึง การมีรายได้เท่ากับรายจ่าย

3.13.3 รายได้ไม่เพียงพอ หมายถึง การมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย

3.13.4 รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน หมายถึง การมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย และมีการใช้จ่ายล่วงหน้าจนมีหนี้สิน

3.14 อุบัติเหตุจากการทำงาน หมายถึง ประวัติการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในอดีตจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.14.1 พยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

3.14.2 พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน

3.15 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หมายถึง ค่าที่ใช้ประเมินความผิดปกติของมวลร่างกาย ในพยาบาลวิชาชีพ โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเมตร แล้วคำนวณหาดัชนีมวลกายโดยใช้สูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5–24.9 ก.ก./เมตร² ถือว่าปกติ ค่าที่ได้มากกว่า ถือว่าเป็นค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน

3.16 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพทางบวก ซึ่งประกอบด้วย

3.16.1 การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามความสามารถ และความเหมาะสมของแต่ละบุคคลโดยใช้แรงกล้ามเนื้อ และมีการเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วน จะใช้กิจกรรมใดเป็นสื่อก็ได้ เช่น การบริหารร่างกาย เดินเร็ว วิ่งเหยาะ กระโดดเชือก หรือการเล่นกีฬาที่มีได้มุ่งเพื่อการแข่งขัน โดยถือหลักคือ ไม่เคร่งเครียด สนุกสนาน เพลิดเพลิน ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายต่อเนื่องกัน

อย่างน้อย 20 นาที การศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ได้ออกกำลังกาย และกลุ่มที่ออกกำลังกายโดยที่ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป

3.16.2 การนอนหลับพักผ่อน หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่พยาบาลวิชาชีพ นอนหลับพักผ่อนในแต่ละวัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.16.2.1 นอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง

3.16.2.2 นอนหลับวันละมากกว่า 6 ชั่วโมงขึ้นไป

3.17 พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางลบ ประกอบไปด้วย

3.17.1 การใช้นานอนหลับ หมายถึง ความถี่ในการรับประทานยานอนหลับ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.17.1.1 ไม่เคยใช้ หมายถึง ไม่เคยใช้นานอนหลับชนิดใดเลย

3.17.1.2 ใช้เป็นครั้งคราว หมายถึง การใช้นานอนหลับที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ เช่น รับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

3.17.1.3 ใช้เป็นประจำ หมายถึง การรับประทานยานอนหลับเป็นประจำทุกวัน

3.17.2 การรับประทานอาหารมัน หมายถึง ความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ อาหารทอด จัดเป็น 3 กลุ่ม คือ การรับประทานนานๆ ครั้ง รับประทานเป็นบางวัน หรือรับประทานเป็นประจำทุกวัน

3.17.3 การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ประเมินตามความถี่ ดังนี้

3.17.3.1 ดื่มเป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และดื่มสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วยอาจงดดื่มชั่วคราว

3.17.3.2 ดื่มนานๆ ครั้ง หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่มีลักษณะการดื่มไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อมีงานเลี้ยงสังสรรค์

3.17.3.3 ไม่ดื่ม หมายถึง ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประเภทใดเลย

3.17.4 การสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบ/ไม่สูบบุหรี่ของพยาบาลวิชาชีพโดยประเมินตามความถี่ในการสูบบุหรี่ตามเกณฑ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนี้

3.17.4.1 สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน

3.17.4.2 สูบนานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาแน่นอนไม่ได้

3.17.4.3 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

4. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ ในระดับปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2551

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ
3. ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานต่อภาวะสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพ
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน

ความหมายของความเครียด

มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลดังนี้

เซลเย (Selye, 1976, 1993) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้า หรือตัวกระตุ้น (stressor) ที่มากระทำต่อบุคคล การตอบสนองนั้นจะแสดงออกมาเป็นกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า ความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กัน ดังนั้นความเครียดจึงหมายถึงภาวะที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ และรู้สึกรู้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ถูกคุกคาม (threat) หรือท้าทาย (challenge)

ลักแมน และซอเรนเซน (Luckman and Sorensen, 1987) กล่าวว่า ความเครียดได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ซึ่งรบกวนความต้องการพื้นฐาน หรือรบกวนภาวะสมดุลของบุคคล

สเตียร์ส (Steers, 1984) สรุปว่าความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งคุกคามที่มาจากสิ่งแวดล้อม

ซาราฟิโน (Sarafino, 1994) ให้ความหมายของคำว่า ความเครียด คือ เงื่อนไขที่เป็นผลลัพธ์เมื่อการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลรับรู้ความแตกต่างระหว่างความต้องการของสถานการณ์กับทรัพยากรของบุคคลทั้งทางชีวภาพ จิตวิทยา หรือระบบสังคม ไม่ว่าความแตกต่างนั้นจะเป็นจริงหรือไม่ก็ตาม

คาสเมเยอร์ และคณะ (Cassmeyer, Michell and Betrus, 1995: 162-163) ได้กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ต่อสิ่งกระตุ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความเครียดเป็นตัวแทนแสดงถึงผลสุดท้ายของการปรับตัว

จากแนวคิดต่างๆ ดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าความเครียดหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งคุกคามที่มาจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย และจิตใจ สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมการทำงาน

กลไกของการเกิดความเครียดจากการทำงาน

ความเครียดเกิดจากสาเหตุที่มีความซับซ้อน นักวิชาการหลายท่านจึงได้สร้างแนวคิดต่างๆ ขึ้นเพื่อใช้อธิบายกลไกของการเกิดความเครียดจากการทำงาน สิ่งที่ทุกคนให้ความสนใจคือการค้นหาปัจจัยในงานที่เป็นสาเหตุของความเครียด ทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น การทำงานล่วงเวลา (overtime) งานกะ (shift work) การว่างงาน (unemployment) และงานที่มากเกินไป (overload) และที่เป็นนามธรรม เช่น บทบาทที่คลุมเครือ (role ambiguity) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตามการอธิบายกลไกของการเกิดสภาวะเครียดซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตยังไม่สามารถทำได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้นักวิจัยทั้งหลายมุ่งเน้นที่จะพัฒนา หรือผสมผสานแนวความคิด หรือแบบจำลองต่างๆ เพื่ออธิบายกลไกดังกล่าว

ในประเทศไทย มีนักวิจัยหลายท่าน เลือกศึกษาความเครียดที่เป็นปัจเจกบุคคล โดยการประเมินความเครียดในการตอบสนองทางด้านร่างกาย และการเผชิญความเครียด แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดจากการทำงาน โดยการศึกษา Job-Demand Control Model ของ Robert Karasek นำแนวความคิดด้านจิตวิทยาการรับรู้ และทฤษฎีความเครียด ทางสรีระวิทยามารวมเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถอธิบายสาเหตุปัจจัยในการทำงาน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และทฤษฎีดังกล่าวในประเทศไทยเพิ่งจะเริ่มมีการศึกษา อีกทั้งผลที่ได้ยัง

สามารถนำไปทำนายการเจ็บป่วยได้อีกด้วย ซึ่งแบบจำลองที่ได้รับความนิยม และมีอิทธิพลต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานในปัจจุบันนี้มีอยู่ 2 แบบ คือ Person-Environment (PE) Fit Model และ Job Demand-Control (JD-C) Model

Person - Environment (PE) Fit Model

PE Fit Model ถูกพัฒนาขึ้นในช่วงต้นทศวรรษที่ 1970 โดยนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีแนวคิดที่ว่าความเครียด เป็นผลมาจากความไม่เหมาะสมระหว่างข้อเรียกร้องจากงานกับความสามารถของบุคคลในการทำงานนั้นให้สำเร็จ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความแตกต่างระหว่างความต้องการของบุคคลกับการจัดสรรของสิ่งแวดล้อม (งาน) ความต้องการของบุคคลตามนัยดังกล่าวได้แก่ การมีส่วนร่วม ค่าตอบแทน การใช้ความสามารถ ส่วนข้อเรียกร้องจากงาน ได้แก่ ปริมาณงาน และความซับซ้อนของงาน เป็นต้น (Caplan et al. 1975 Van Harrison 1978 และ Baker 1985 อ้างใน Schnall, Landsbergis and Baker 1994: 381-411) แคปแลน และคณะ (Caplan et. al. 1975 อ้างใน Schnall, Landsbergis and Baker 1994: 381-441) ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มอาชีพต่างๆ 23 กลุ่มอาชีพ ในสหรัฐอเมริกา โดยมีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 2,010 คน ผลการศึกษาพบว่าความเครียดจากงาน ได้แก่ ปริมาณงานที่มากเกินไป ทำงานได้ไม่เต็มความสามารถ และงานล่วงเวลาที่ถูกบังคับให้ทำ เป็นต้น ในจำนวนกลุ่มอาชีพที่ทำการศึกษาทั้งหมด คนงานในไลน์ประกอบที่ใช้เครื่องจักรอัตโนมัติ เป็นกลุ่มอาชีพที่พบว่ามี ความเครียดและความเครียดสูงสุด

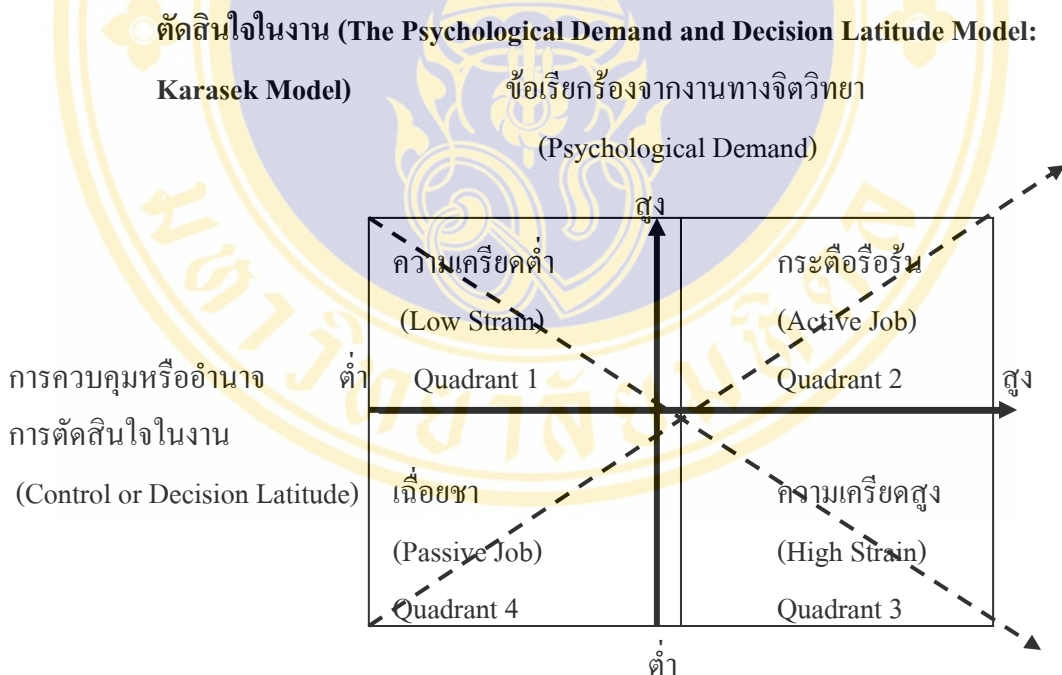
เบเกอร์ (Baker, 1985: 367-381) กล่าวว่าจุดอ่อนของ PE Fit Model คือความสามารถอันจำกัดในการทำนายว่าสภาพการทำงานลักษณะใดจะทำให้เกิดความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากแบบจำลองนี้อาศัยแนวความคิดที่ว่าความเครียดเป็นผลมาจากความไม่เหมาะสมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยไม่ได้กำหนดทิศทางของความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังนั้นการตีความเกี่ยวกับความเครียดจึงเป็นลักษณะนามธรรม โดยที่ความเครียดเป็นการทำงานของระบบการรับรู้ของบุคคล ส่วนจุดแข็งของ model นี้คือ การให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นในการจัดระบบงานใหม่ และถือว่าคนทำงานเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งมีข้อแตกต่างกันในเรื่องของความสามารถ ความต้องการ และการรับรู้

Job Demand – Control (JD-C) Model

แบบจำลองนี้สร้างขึ้นโดย Robert Karasek ในปี ค.ศ. 1976 โดยเน้นถึงความจำเป็นที่ต้องแยกลักษณะต่างๆ ของสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านจิตวิทยาสังคมออกเป็น 2 ส่วน และพิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสอง คือ (1) ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตวิทยา (Psychological Demand)

และ (2) การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงาน (Control or Decision Latitude) โดยที่ปฏิกริยา ระหว่างองค์ประกอบทั้งสองจะก่อให้เกิดผลต่อผู้ปฏิบัติงานใน 2 ลักษณะ คือ (1) ผลทางด้านการเรียนรู้ในเชิงรุกและการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมใหม่ และ (2) โอกาสเสี่ยงต่อความเครียดและการเจ็บป่วย จากผลดังกล่าว ข้อเรียกร้องจากงานที่มาก เช่น ปริมาณงานมากเพียงอย่างเดียว ไม่ได้หมายความว่า จะส่งผลให้เกิดความเครียดเสมอไป หากแต่ยังขึ้นกับอำนาจการตัดสินใจในงานด้วยที่จะส่งผลด้านลบดังกล่าว หรือส่งผลด้านบวกซึ่งทำให้ความกดดัน หรือข้อเรียกร้องจากงานที่มากเป็นประโยชน์ต่อการทำงานในแง่ของการทำงานอย่างกระตือรือร้น หรือเกิดการเรียนรู้ในเชิงรุก เบเกอร์ (Baker, 1985: 367-381) ได้เปรียบเทียบ Model นี้กับ PE Fit Model และสรุปว่า JD-C Model มีอำนาจในการพยากรณ์ความเครียดได้ดีกว่า ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้งสองของ JD-C Model แสดงไว้ในภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อเรียกร้องจากงานและการควบคุมหรืออำนาจการ



ที่มา: Schnall PL., Landsbergis PA., and Baker D. Job Strain and Cardiovascular Disease. Annual Review of Public Health, 1994: 15; 381-411.

หากพิจารณาในแต่ละ Quadrant ในกรณีที่ปฏิกริยาขององค์ประกอบทั้งสองส่วนมีระดับต่ำ (Quadrant 4) กล่าวคือ ทั้งข้อเรียกร้องจากงานและการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้เกิดความเฉื่อยชา งานมีการพัฒนาและสร้างสรรค์ต่ำ เกิดภาวะจำยอม

โดยไม่คิดแก้ไขอะไร และการไม่ร่วมมือทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งในที่ทำงาน ในสังคม หรือทางการเมือง กลุ่มอาชีพที่เข้าข่ายลักษณะนี้ได้แก่ ยาม คนเฝ้าของ และเสมียนเก็บเงิน ในกรณีที่ปฏิภณขององค์กรประกอบทั้งสองส่วนมีระดับสูง(Quadrant 2) กล่าวคือ ทั้งข้อเรียกร้องจากงานและการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้เกิดความขุ่นข้องหมองใจ เกิดการมีส่วนร่วม เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ เกิดความต้องการที่จะมีชื่อเสียงหรือฐานะเด่น และความรู้สึกถึงความสำเร็จในชีวิต กลุ่มอาชีพที่เข้าข่ายลักษณะนี้ได้แก่ นักการธนาคาร แพทย์ และนักวิชาการ ในกรณีที่ข้อเรียกร้องจากงานสูงแต่การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานอยู่ในระดับต่ำ(Quadrant 3) จะก่อให้เกิดความเครียดสูงจากการทำงาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวมากกว่า 40 เรื่อง (Schnall, Landsbergis and Baker, 1994: 381-411) กลุ่มอาชีพที่เข้าข่ายลักษณะนี้ได้แก่ ลูกจ้างในไลน์ประกอบ พนักงานเสิร์ฟ และผู้ช่วยพยาบาล ส่วนกรณีที่ข้อเรียกร้องจากงานต่ำแต่การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานอยู่ในระดับสูง (Quadrant 1) ความเครียดจากการทำงานจะเกิดขึ้นน้อย กลุ่มอาชีพที่เข้าข่ายลักษณะนี้ได้แก่ งานป่าไม้ ช่างซ่อมอุปกรณ์ และทันตแพทย์ (Karasek, 1967-1977 อ้างอิงจาก Schnall, 1998)

แนวความคิดของการแสกดังกล่าว ได้ถูกสร้างเป็นทฤษฎีด้านจิตสังคมในการทำงาน 2 ทฤษฎี (Karasek, 1998) คือ

1. ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงาน
2. ทฤษฎีของการเรียนรู้ในเชิงรุก

ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเครียดจากการทำงาน กล่าวว่า ปฏิภณตอบสนองของร่างกายที่เรียกว่าความเครียด ได้แก่ ความอ่อนเพลีย ความกระวนกระวายใจ การซึมเศร้า และอาการเจ็บป่วยนั้น เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากการทำงานสูง แต่มีระดับของการตัดสินใจในการทำงานต่ำ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าความเครียดเป็นผลมาจากการได้รับความกดดันแต่ไม่สามารถเอาชนะความกดดันนั้นได้ ตามทฤษฎีแล้วความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากงานเป็นความกดดันด้านจิตใจ เช่น ปริมาณงานมากหรือทำงานไม่เสร็จทันกำหนดเวลา รวมทั้งความกดดันที่เกิดจากความขัดแย้งส่วนบุคคล และความกลัวที่จะถูกไล่ออกจากงาน เป็นต้น แต่ไม่ได้หมายถึงงานหนักในทางกายภาพ ส่วนระดับของการตัดสินใจในการทำงานนั้น หมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมการทำงานหรือใช้ทักษะของตน ซึ่งไม่ได้หมายถึงการควบคุมผู้อื่น มาตรฐานระดับของการตัดสินใจในการทำงาน ตามแนวคิดของ แสกา มี 2 องค์ประกอบคือ อำนาจเหนืองานที่ทำ และอิสระในการใช้ทักษะ อำนาจเหนืองานที่หมายถึงการที่บุคคลสามารถควบคุมรายละเอียดต่างๆ ในการทำงานของตนเอง ส่วนอิสระในการใช้ทักษะคือการที่บุคคลสามารถใช้ทักษะในการทำงานของตนได้อย่างเต็มที่และหลากหลายรวมทั้งสามารถประสานงานกับผู้มีอำนาจเหนือขึ้นไปได้อีกด้วย

ทฤษฎีของการเรียนรู้ในเชิงรุก กล่าวว่า ถึงแม้งานจะมีความกดดันสูงแต่เมื่อบุคคลสามารถควบคุมการทำงานของตนเองได้มากแล้วจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา คาราเสก และธอเรล (Karasek and Theorell, 1990) พบว่าความเครียดในการทำงานของกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะตามทฤษฎีนี้ อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากความกดดันจากการทำงานกลายเป็นสิ่งที่ท้าทายปัญหาจากงานจะได้รับการแก้ไขโดยทันที และมีประสิทธิภาพความเครียดอาจเกิดขึ้นได้บ้างแต่น้อยมากจนไม่เป็นปัญหา การเรียนรู้ตามทฤษฎีนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ใช้ความสามารถของตนทำงานอย่างเต็มที่ ได้ใช้ทางเลือกที่ดีที่สุดในการต่อสู้กับความกดดัน เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาในการทำงาน ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล

จอห์นสัน (Johnson 1988: 1336–1342) ได้กล่าวว่าองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มเติมเข้าไปใน JD-C model มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเจ็บป่วย โดยพบว่างานที่มีข้อเรียกร้องจากงานสูงและมีอำนาจการตัดสินใจในงานรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด การเพิ่มองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคมเข้าไปในแบบจำลอง ทำให้แบบจำลองมีประโยชน์เพิ่มขึ้นในขบวนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การจัดให้ผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์กันทางสังคมเพิ่มขึ้น และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น (Karasek and Theorell 1990, Johnson and Hall 1988)

การประเมินความเครียดจากการทำงาน

Psychosocial Working Condition Questionnaire (PWC)

PWC คือ แบบสอบถามที่ใช้ประเมินสภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงานสร้างขึ้นโดยวินเดอร์ซาล-เบซิล และคณะ จากประเทศโปแลนด์ (Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) แบบสอบถามดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากสมมติฐานทางด้านจิตวิทยาสังคมหลายทฤษฎี ได้แก่ Demand-Control ของคาราเสก (Karasek 1976, 1979, 1990 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000) Demand-Control and Social Support (Karasek and Theorell, 1990, Johnson 1986, Kristen 1995 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000) Control Model ของเฟรเซ (Frese 1989 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000) และ Occupational Stress Questionnaire ของ เอโล่ และคณะ (Elo et. al. 1992 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000) PWC มีองค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบคือ (1) ข้อเรียกร้องจากงาน (2) การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน (3) การสนับสนุนทางสังคม (4) ความอยู่ดี (5) ความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 118 ข้อ การให้คะแนนใช้มาตรประมาณค่าแบบกำหนดตัวเลขตั้งแต่ 1-5 องค์ประกอบต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Cause and Effects) องค์ประกอบในส่วนที่เป็นเหตุมีที่มาจากแนวคิดของคาราเสก และในส่วนที่เป็นผลถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ เอโล่ และคณะ (Elo et.

al. 1992 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000) วินเดอร์ซาล-เบซิล ได้นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปทดสอบในกลุ่มอาชีพ 8 กลุ่มในประเทศโปแลนด์ และพบว่าผลการวัดในทางจิตวิทยา (Psychometric parameters) อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ และในปี 1998 วินเดอร์ซาล-เบซิล ได้นำแบบประเมินไปใช้ทดสอบผู้ปฏิบัติงานควบคุมการจราจรทางอากาศ (Air-Traffic controllers) ซึ่งพบว่าหน่วยงานดังกล่าวได้รับข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างมาก ในการแก้ไขปัญหาจิตวิทยาสังคมของพนักงาน (Najmiec and Winderzal-Bazyl, 1998 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak 2000)

ส่วนประกอบของ PWC

1. มาตรวัดข้อเรียกร้องจากงาน (Demand Scale) ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ โดยมีองค์ประกอบย่อย (Sub-scale) 3 ส่วน คือ
 - 1.1 ข้อเรียกร้องด้านสติปัญญา (Intellectual Demand)
 - 1.2 ข้อเรียกร้องด้านจิตตกายภาพและสรีรวิทยา รวมทั้งข้อเรียกร้องที่ต้องรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้อื่น (Psychophysical Demand and Demand Resulting from Responsible for Safety)
 - 1.3 ข้อเรียกร้องในบทบาทที่ขัดแย้ง และปริมาณที่มากเกินไป (Demand Resulting from Role Conflict and Overload)

องค์ประกอบย่อยด้านข้อเรียกร้องจากงานทั้ง 3 ส่วนดังกล่าว พัฒนาขึ้นจากการดัดแปลงแนวคิดของคาราสก และของริซโซ เฮาส์ และเลอรัชแมน (Rizzo, House and Lirtzman 1970 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) โดยที่ต้นฉบับของคาราสก ประกอบด้วยคำถามด้านความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากงาน 44 ข้อ ซึ่งวัดในเชิงปริมาณ เช่น การทำงานในปริมาณที่มากเกินไป (Excessive Work) บทบาทหน้าที่ที่ขัดแย้ง (Conflicting Demands) เวลาในการทำงานมีไม่พอ (Insufficient time to work) ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ (Work fast) ต้องทำงานอย่างหนัก (Work hard) ส่วนของ วินเดอร์ซาล - เบซิล เป็นการวัดข้อเรียกร้องจากงานในเรื่องของระดับความซับซ้อนของงาน และสภาพหรือธรรมชาติของลักษณะงานที่ต้องทำ เช่น งานที่ต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่น งานที่ต้องใช้ความจำ งานที่ต้องใช้สติปัญญา หรืองานที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้อื่นในสถานการณ์ที่ตึงเครียด เป็นต้น

วินเดอร์ซาล-เบซิล ได้ลดจำนวนข้อคำถามขององค์ประกอบด้านนี้ลงโดยไม่ให้เสียโครงสร้างหลัก (Item-total Correlation) และได้เพิ่มองค์ประกอบในส่วนของการส่งเสริมและสนับสนุนของบุคคลต่างๆ ในที่ทำงานตามแนวคิดของ จอห์นสัน (Johnson: 1986, อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) โดยมีสมมติฐานที่ว่า งานที่มีความกดดันหรือข้อเรียกร้องจาก

การทำงานสูง มีการควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจของงานต่ำ และไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจะทำให้เกิดความเครียดสูงสุด ซึ่งสมมติฐานนี้ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง (Karasek and Theorell: 1990, Johnson and Hall: 1988 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) การสนับสนุนจากสังคมช่วยให้ระดับความเครียดในงานลดต่ำลงเนื่องจากความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างเพื่อนร่วมงาน และระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา

2. มาตรการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงาน (Control Scale) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยมีองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน คือ

2.1 การควบคุมพฤติกรรมในการทำงาน (Behavioral Control) ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับอำนาจในการตัดสินใจว่าจะทำงานเมื่อใด อย่างไร การเลือกผู้ร่วมงาน การรับทราบข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำปรึกษาและการได้รับงบประมาณสนับสนุน เป็นต้น

2.2 การควบคุมความสามารถใช้ทักษะในการทำงาน (Cognitive Control) ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับ การหาแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ในการทำงาน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความเข้าใจในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของงาน ความเข้าใจในความคาดหวังขององค์กร ความมั่นใจในการทำงานและความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น

องค์ประกอบย่อยของมาตรวัดในส่วนนี้แตกต่างจากต้นฉบับของคาราเสก ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 2 ส่วนคือ อิสระในการใช้ทักษะ (Skill Discretion) และอำนาจการตัดสินใจ (Decision Authority) โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ความสามารถในการสร้างทักษะในการทำงาน ลักษณะงานที่ต้องใช้ทักษะหรือความคิดสร้างสรรค์ ความหลากหลายของลักษณะงาน ความเข้าใจงาน อิสระในการตัดสินใจ และอิสระในการเลือกวิธีทำงาน เป็นต้น ส่วนรูปแบบคำถามในส่วนนี้ของแบบสอบถามชุดนี้มาจากแนวคิดของ เฟรเซ (Frese, 1989 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000)

3. มาตรการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ในที่ทำงาน (Workplace Social Support) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ โดยมีองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน คือ

3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน

3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชา

การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว พิจารณาการสร้างข้อคำถามใน 4 ลักษณะ คือด้านความรู้สึก (Emotional) ด้านการประเมินหรือถ่วงวัด (Evaluative) ด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ (Instrumental) และด้านข้อมูลความรู้ (Informative) ผู้สร้างแบบสอบถามได้ทำการศึกษาความตรงของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์ความถดถอยขององค์ประกอบด้านนี้กับตัวชี้วัดด้านจิตใจ เช่น ความโกรธ ความพึงพอใจในงาน และความพึงพอใจต่อชีวิต ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมี

นัยสำคัญ สำหรับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านนี้กับตัวชี้วัดทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย และการขาดงาน เป็นต้นนั้น พบว่าผลที่ได้ยังไม่สัมพันธ์กันเท่าใดนัก (Winderzal-Bazyl, 1995 และ Winderzal-Bazyl and Cieslak, 1999 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000)

4. มาตรวัดความอยู่ดี (Well-Being Scale) ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ โดยมีองค์ประกอบย่อย 2 ส่วน คือ

4.1 ความอยู่ดีด้านร่างกาย (Physical well-being)

4.2 ความอยู่ดีด้านจิตใจ (Mental well-being)

5. มาตรวัดระดับความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง (Desired Changes Scale) ประกอบด้วยคำถามที่วัดความต้องการในเรื่องเฉพาะ จำนวน 20 ข้อ และคำถามปลายเปิดที่ให้ระบุถึงสิ่งที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากที่ได้ถามในข้อ 1-20

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

● ประเวศ วะสี (2547) กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะดุลยภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากอยู่ในภาวะที่สมดุลก็มีสุขภาพดี หากมีการเสียดุลยภาพก็จะทำให้เจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิตได้

สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ (2552) กล่าวว่า สุขภาพองค์รวม หมายถึงความสมดุลของทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคหากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว และมีความสุขของทุกคนด้วย

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2552)

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 5 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใสปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว

3. มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุก ที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending)

5. มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบ ผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคล

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติซึ่งถือเป็นสุขภาวะจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะยึดกุมสุขภาวะในมิติอื่นๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และชุมชน หากขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง ขาดความสมบูรณ์ในตนเอง มีความรู้สึกบกพร่อง หากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีคุณค่าสูงสุดก็จะมีสุขหรือสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่น มีความพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง

ความเครียดและสุขภาพ

ความเครียดเป็นผลที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างกันไป เช่น มีปัญหาส่วนตัว และครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน บางคนเครียดเพราะรู้ตัวว่าแก่แล้วก็มี บางคนเครียดเพราะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ความเครียดจะกระตุ้นให้ตัวเราเองหาวิธีการที่จะสู้กล้าเผชิญแก้ปัญหาหรือหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ ไป ความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ที่จำเป็นต้องมีการปรับสมดุลให้กลับสู่ภาวะปกติให้ได้ ไม่เช่นนั้นตัวเราเองจะมีภัยคุกคามที่อันตรายอยู่ตลอดเวลา

3. ผลกระทบของความเครียดจากการทำงานต่อภาวะสุขภาพ

ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลายาวนานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจใน

ตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพจิต

นักจิตวิทยาตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดยเฉพาะ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) จะมองสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการควบคุมความต้องการในส่วนของจิตใต้สำนึก (subconscious) และอธิบายว่า มนุษย์มีแรงขับเคลื่อนตามธรรมชาติซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ถ้าบุคคลประสบเหตุการณ์เลวร้าย ไม่สมหวัง จะทำให้เก็บกดความรู้สึกไว้ ความทรงจำ และความรู้สึกเก็บกดนั้น จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และความรู้สึก และก่อให้เกิดกลไกป้องกันตนเองทางจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่นักจิตวิทยากลุ่มนี้ให้ความสำคัญ ดังนั้นความหมายของสุขภาพจิตตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จึงหมายถึง การไม่ปรากฏอาการซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางจิต เช่น ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ส่วนนักจิตวิทยาแนวมนุษยนิยม ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นพัฒนาการที่ทำให้บุคคลบรรลุซึ่งศักยภาพขั้นสูงสุด และนอกจากนี้นักจิตวิทยาแนวพฤติกรรมนิยม เช่น สกินเนอร์ (B.F. Skinner) ได้เสนอความคิดเห็นที่แตกต่าง เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต เพราะนักพฤติกรรมนิยมจะไม่เน้นเรื่องจิตใต้สำนึก และอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจ เพราะเป็นสิ่งที่สังเกตไม่ได้ แต่จะดูความผิดปกติทางจิตตรงปัญหาในการเรียนรู้ของบุคคล ดังนั้น ในขณะที่แนวคิดจิตวิเคราะห์พิจารณาปัญหาตรงที่เป็นรากฐานของพฤติกรรม และอาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิต แต่นักพฤติกรรมนิยมจะเน้นตรงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยตรง เพราะมีความเชื่อว่าความบกพร่องของการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติทางจิต ดังนั้นแนวคิดกลุ่มนี้จึงให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึงการเรียนรู้ หรือการรู้ใหม่ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่ต้องเผชิญในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่นักชีวเคมี ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของสมอง จะกล่าวถึงสุขภาพจิตว่า ขึ้นอยู่กับการทำงานของระบบเคมีไฟฟ้า และระบบประสาทในเซลล์สมองว่ามีการปรับสมดุลของระบบได้ดีหรือไม่

สมสร เชื้อหิรัญ (2533) กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี คือบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวเองให้สามารถเข้ากับสถานการณ์ โดยไม่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในอารมณ์และปราศจากอาการใดๆ ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความมั่นคง มีปรัชญาในการเป็นอยู่ของตนเอง มีความพอใจ และเต็มไปด้วยประสบการณ์ และความสามารถที่แผ่กว้างออกไป ช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

อัมพร โอตระกูล (2540) กล่าวว่า สุขภาพจิตคือสภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับ

บุคคลที่อยู่ร่วมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดีโดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

จากหลายแนวคิด และหลายนักวิชาการดังกล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นอาจสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีชีวิตที่สมดุลทั้งเรื่องงาน ชีวิตส่วนตัวและสังคม มีการเจริญเติบโต และพัฒนาตนเองอยู่เสมอมีสมดุลในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น เข้าใจตนเองในเรื่องพรสวรรค์ และขีดจำกัด นอกจากนี้ยังเข้าใจในเรื่องความแน่นอนและไม่แน่นอนในชีวิตและผู้ที่มีความสุขที่ดี คือผู้ที่เข้าใจตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจผู้อื่น พึงพอใจในเรื่องของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถตัดสินใจ และมีความรับผิดชอบต่อการกระทำ มีความยืดหยุ่นเป็นธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม มีความสมดุลทั้งเรื่องงาน และสันตนาการ สามารถเผชิญปัญหาและรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังเป็นบุคคลที่มีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ และการที่จะเป็นผู้มีความสุขที่ดีได้เช่นนี้ จะต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลตนเอง เพื่อให้มีลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีดังกล่าวมาแล้ว

การประเมินความเครียดสามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น ประเมินจากการสังเกต พฤติกรรมของบุคคลที่มีความเครียด ประเมินจากการตรวจสอบปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับของสารเคมี และฮอร์โมนในเลือด หรือใช้การประเมินตนเองโดยอาศัยเครื่องมือประเมินระดับความเครียดหรือประเมินความเครียดจากสาเหตุต่างๆ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี และสามารถคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชได้

ความเครียดกับการทำงานของระบบร่างกาย (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

ความเครียดมีผลให้สภาพร่างกายเสียสมดุลเนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ที่สำคัญคือระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมหมวกไต

1. ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เกี่ยวข้องกับการกำกับการควบคุมกิจกรรมของร่างกายโดยอัตโนมัติหรือโดยไม่รู้ตัว แบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) กับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ซึ่งบางครั้งทำงานร่วมกัน และบางครั้งต่อต้านซึ่งกันและกัน ระบบประสาทซิมพาเทติกเกี่ยวข้องกับพลังงานการกระทำและความอยู่รอด ซึ่งมักเรียกว่า พฤติกรรม/อาการ “สู้หรือหนี” (Fight or flight) และขณะเดียวกันระหว่างที่ต้องต่อสู้หรือต้องหนีนั้น ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) จะถูกกระตุ้น มีผลต่อการเต้นของหัวใจที่เร็วและแรงขึ้น เส้นเลือดตามผิวหนังหดตัวแต่ตามอวัยวะ

สำคัญจะมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เช่น หัวใจ ปอด สมอง ส่วนบรรดาลำไส้จะทำงานลดลง ถ้าความเครียดนั้นๆ เป็นอยู่นานหรือปัญหาที่เผชิญหน้าเกินกว่าที่จะจัดการได้ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเข้ามามีบทบาทส่งผลให้เหงื่อออกมาก ลำไส้ปั่นป่วน กรดในกระเพาะอาหารหลั่งมาก แต่ถ้าสภาพเช่นนี้คงอยู่เป็นเวลานาน ร่างกายจะทนไม่ได้ และเกิดความเสียหายตามมาแก่อวัยวะที่อ่อนแอ เช่น อาจเกิดความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะ ไมเกรน กระเพาะอาหารเป็นแผล

2. ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมวางตัวอยู่เหนือไตเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “Suprarenal gland” แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) และต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งอะดรีนาลิน (Adrenalin) และคอร์ติซอล (Cortisol) อะดรีนาลินหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนใน และคอร์ติซอลหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก

อะดรีนาลิน จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัว ความดันโลหิตสูง คอร์ติซอล จะเร่งการปลดปล่อยน้ำตาล เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อเตรียมใช้เป็นพลังงานทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง สอร์โมนคอร์ติซอลในเลือดเพิ่มขึ้นหลังเผชิญความเครียดประมาณหนึ่งชั่วโมง และทำให้ร่างกายทำงานรวดเร็วขึ้น ในระยะยาวอาจเกิดโรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดแข็งขึ้น และเป็นโรคหัวใจได้ คอร์ติซอลยังสามารถกดระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังทำให้เซลล์สมองเสื่อม และสูญเสียความทรงจำ การที่อวัยวะส่วนใดของร่างกายจะได้รับผลกระทบนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยทั่วไปแล้วเราเชื่อว่าเป็นผลมาจากความอ่อนแอของอวัยวะนั้นๆ ซึ่งไม่เหมือนกันในแต่ละคน และกรรมพันธุ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากความเครียดเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ สอร์โมนอะดรีนาลิน และคอร์ติซอลอาจก่อให้เกิดผลดีเพราะช่วยให้เซลล์ประสาททำงานด้านการรับรู้ตื่นตัว มีการจัดเก็บข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

การควบคุมการตอบสนอง

ระดับการควบคุมการตอบสนองจำแนกได้เป็น 2 ระดับสำคัญคือ การควบคุมในระดับอัตโนมติซึ่งเป็นการตอบสนองที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ และการควบคุมในระดับรู้สีกตัวซึ่งเป็นการตอบสนองภายใต้การควบคุมของจิตใจ ดังนี้

1. ระดับอัตโนมติ

- การตอบสนองอัตโนมัตติที่เกิดจากสัญชาตญาณ เป็นการตอบสนองทันทีทันใดเพื่อรักษาภาวะดุลยภาพของชีวิตตามธรรมชาติ การตอบสนองชนิดนี้ไม่ถูกควบคุมโดยการฝึก และไม่อยู่ในบังคับของจิตใจ เช่น รีเฟล็กซ์ของกล้ามเนื้อต่างๆ

- การตอบสนองอัตโนมัติที่เกิดจากการฝึก เป็นการตอบสนองอัตโนมัติที่เกิดขึ้นได้ เพราะการฝึกซ้ำๆ ช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการจดจำและเกิดวงจรของการตอบสนองแบบอัตโนมัติขึ้นใหม่และวงจรนี้ต้องได้รับการกระตุ้นอยู่เสมอเพราะอาจลบล้างเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้น

การตอบสนองอัตโนมัติเกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉพาะที่ (Local responses) และแบบทั่วไป (General responses) การตอบสนองอัตโนมัติแบบเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับทิสซู่ (Tissue) จำนวนน้อย ไม่ต้องอาศัยการควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ และไม่ต้องอาศัยการควบคุมของฮอร์โมน เช่น รีเฟล็กซ์ของกล้ามเนื้อเฉพาะมัด สำหรับการตอบสนองอัตโนมัติแบบทั่วไป เป็นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับทิสซู่จำนวนมาก รวมทั้งเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายส่วนของร่างกายที่อยู่ในความควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมน อาทิ การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียด

2. ระดับรู้สึกตัว

- การตอบสนองในระดับรู้สึกตัว เป็นการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกโดยอาศัยประสบการณ์หรือข้อมูลที่สะสมไว้ในสมองเพื่อการตัดสินใจต่อการสั่งการตอบสนอง การตอบสนองระดับนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติและต้องใช้เวลาพอสมควร

การควบคุมการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ สามารถคิดแปลงและเปลี่ยนถ่ายเป็นการควบคุมการตอบสนองความเครียดในระดับรู้สึกตัวได้ การฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคเป็นรูปแบบหนึ่งของการควบคุมความเครียดที่อาศัยหลักและวิธีการนี้ หรือการเปลี่ยนทิศทางของพลังความเครียดที่อาศัยหลักการและวิธีการเดียวกัน อาทิ คนที่อยู่ๆ เกิดความกลัวในการรับงานใหม่ในตำแหน่งที่สูงขึ้น เช่น กลัวความล้มเหลว ดังนั้นการเปลี่ยนทิศทางของพลังความเครียดซึ่งเกิดจากการความกลัวของตนเองทำได้โดย เปลี่ยนความคิดและจินตนาการเกี่ยวกับความกลัวด้วยการยอมรับความเป็นจริงว่าการบริหารงานใดๆ ย่อมต้องมีโอกาสล้มเหลว การไม่ประสบความสำเร็จเป็นเรื่องปกติ หากคนคนนั้นดัดแปลงความกลัวในครั้งแรกที่มีอยู่เดิมและเป็นพลังความเครียดอย่างหนึ่ง มาเป็นการวางแผนล่วงหน้าและวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อม ขณะเดียวกันก็ศึกษาวิธีการบริหารงาน ความหวาดกลัวซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติในครั้งแรกถูกปรับเปลี่ยนเป็นความตื่นเต้นและท้าทายความสามารถและทำให้คนคนนั้นวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ นับว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในระดับรู้สึกตัวซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควร

การตอบสนองความเครียดด้านร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกตัวตนเอง และสิ่งแวดล้อมถูกคุกคาม เป็นอันตราย โดยเริ่มแรก จะมีการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติ (Central and autonomic nervous system) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย สรุปได้ดังนี้ (กนกรัตน์ สุชะคุงตะ, 2537)

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากการคั่งของน้ำ และเกลือโซเดียม ปริมาณเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จึงมีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญมากขึ้น แต่เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนอื่นน้อยลง ทำให้มีการตีบตัวของเส้นเลือดฝอย จึงเป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
2. เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายน้อยลง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นชืดและเย็น
3. มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ลักษณะการหายใจจะเร็ว และลึก เพื่อเพิ่มจำนวนออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ
4. อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงกว่าปกติ ถ้าการเผาผลาญสารอาหารยังคงอยู่นานๆ จะเกิดการขาดน้ำ (mild dehydration)
5. ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขับสารกลูโคคอร์ติคอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งกลูคาγονเพิ่มมากขึ้น และมีการสลายตัวของไกลโคเจนจากตับ และกล้ามเนื้อจึงทำให้มีน้ำตาลในกระแสเลือดสูง
6. การทำงานของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น อาจมีอาการสั่น กระตุก เมื่อยล้าตึงตัว
7. ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง เนื่องจากต่อมไทมัส และลิมโฟด์เหี่ยว จึงมีการทำลายเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซด์ ลดการซึมผ่านสารเข้าไปในเซลล์ที่เกิดการอักเสบ
8. ระยะเวลาที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือดลดลง เนื่องจากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น และปริมาณของเม็ดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้โลหิตเข้มข้นขึ้น
9. ร่างกาย และจิตใจมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง ตื่นเต้น หรือกระวนกระวายใจเนื่องจากการกระตุ้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก

ความเครียดในงานของพยาบาล

บทบาทหน้าที่และลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

การพยาบาลเป็นวิชาชีพ (ประนอม โอทกานนท์, 2547)

ความหมายคำว่า “วิชาชีพ” (Professionalism)

-อาชีพเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง

-มีการศึกษาอบรมเฉพาะ มีทักษะ ความชำนาญ

-มีมาตรฐานทั้งสถาบันผลิตและหลักสูตร

-มีจริยธรรม มีจรรยาบรรณ

-เป็นความต้องการของสังคม ขาดไม่ได้

การพยาบาล (Nursing) มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

ตามความหมายที่มีสฟลอเรนซ์ นอดิงเกล (อ้างในสายสวาท เฝ้าพงษ์, 2542) ได้ให้ไว้ หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในสถานะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับความหมายของการพยาบาลที่เสนอโดย เวอร์จิเนียเฮน เดอร์สัน ได้แก่ การพยาบาลคือการช่วยเหลือบุคคล (ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้) ในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหรือส่งเสริมการหายจากโรค (หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ) ซึ่งบุคคลอาจจะปฏิบัติได้เองในสถานะที่มีกำลังกาย กำลังใจ และมีความรู้เพียงพอและเป็นการกระทำที่จะช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่สถานะที่ช่วยตนเองได้ โดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือนั้น โดยเร็วที่สุด กิจกรรมสำคัญของการพยาบาลได้แก่

1. การดูแลให้มีความสุขสบาย (Care and comfort) ช่วยเหลือบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วย (health illness continuum) ได้ด้วยตนเอง หน้าที่ของพยาบาลจึงมุ่งที่จะวิเคราะห์ข้อมูลทางการพยาบาล เพื่อให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (assessment and diagnosis)
2. ให้คำแนะนำ คำสอนด้านสุขภาพ (Health teaching) เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีและส่งเสริมผลการรักษา มุ่งด้านการดูแลตนเอง (self care) ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว
3. ให้คำปรึกษา (Counseling) ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติ และขณะที่มีภาวะกดดัน อันเป็นเหตุให้สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ
4. ให้การดูแลด้านสรีรจิตสังคม (Physiopsychosocial intervention) โดยการใช้วิธีการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับตามการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน และตามความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ความหมายของการพยาบาล การพยาบาลเป็นการดูแลบุคคลทุกวัย ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน ทั้งที่ป่วยหรือมีสุขภาพดีในทุกสถานที่ การดูแลนั้นมีทั้งในส่วนที่เป็นเอกสิทธิ์ มีอิสระ โดยปฏิบัติและในส่วนที่ต้องทำร่วมกับบุคคลอื่น การพยาบาล คือการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต บทบาทที่สำคัญของการพยาบาล คือ การปกป้องสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการ การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย การวิจัย การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพและระบบการจัดการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ประชาชน (International Council of Nurses (ICN), 1899-2009 อ้างในประนอม โอทกานนท์, 2547)

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 อ้างในสภาการพยาบาล (2546) ให้ความหมายการพยาบาลว่า เป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำการต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญห ความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่รับผิดชอบหลัก รับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการในโรงพยาบาลหรือชุมชนตามขอบเขตของงาน ซึ่งรวมทั้งการแก้ปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานและปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อนในการพยาบาลสาขาใดสาขาหนึ่ง ควบคุมนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเทคนิค และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นสองโดยมีขอบเขตหน้าที่ทั้งหมดตามกิจกรรม ในรายละเอียดของงานที่ทำ

1. รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการของครอบครัว และชุมชนได้ทุกระดับ
2. กำหนดแผนเพื่อจัดบริการพยาบาล วางแผนงาน กำหนดระบบและกระบวนการดำเนินงานนิเทศและประเมินผลงาน รวมทั้งการบริหารงานบุคคลในสายงานพยาบาล ตลอดจนการบริหารทรัพยากรในการดำเนินการพยาบาล
3. ให้บริการพยาบาลทั่วไปและการพยาบาลเฉพาะโรคได้ทุกระดับปัญหา และทุกระดับความรุนแรงของโรค
4. สังเกต บันทึก สรุปรายงานอาการเปลี่ยนแปลงและปฏิกิริยาของผู้ป่วย ต่อการรักษาพยาบาลตลอดจนความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล
5. ให้การผดุงครรภ์ตามสาขาการผดุงครรภ์แผนปัจจุบัน ชั้น 1
6. ตัดสินแก้ปัญหาทางการพยาบาล

7. ให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดผลดีแก่การพยาบาลและ/หรือ แก่สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการได้ทุกระดับและให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหา พยาธิสภาพการดำเนินของโรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาล
8. ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคขั้นต้นให้การพยาบาลกลุ่มอาการต่างๆ ทั้งทางด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม ตามขอบเขตของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2518)
9. วางแผนและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในตำแหน่งหัวหน้าทีม ร่วมกับวิชาชีพอื่นในด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน การอนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน การสุศึกษา การวางแผนครอบครัวการโภชนาการและการบริการด้านสุขภาพจิต
10. วางแผนและมอบหมายงานให้ผู้อยู่ในความรับผิดชอบ และดำเนินการป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและประชาชนโดยทั่วไป การให้ภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังโรค ตลอดจนการร่วมมือในการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในโรงพยาบาล
11. ประสานงานและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพให้การควบคุมดูแล เกี่ยวกับความปลอดภัย การป้องกันหรือยับยั้งภาวะทุพพลภาพ และพิจารณามอบหมายให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติ
12. ให้การนิเทศแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในความรับผิดชอบ
13. วิเคราะห์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาด้านบริการพยาบาลได้
14. จัดระเบียบงาน แบ่งงาน และมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ภายใต้อาณัติรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม
15. ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ภายใต้อาณัติรับผิดชอบ รวมทั้งประเมินผลงานของตนเองได้ตามหลักวิทยาศาสตร์
16. วางแผนป้องกันอุบัติเหตุและให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานรับผิดชอบ
17. ร่วมวางแผนและกำหนดดำเนินการในงานสาธารณสุขมูลฐานกับบุคคลและหน่วยงานอื่นได้
18. วางแผนการให้การศึกษาและอบรมฟื้นฟูด้านวิชาการ และดำเนินการสอนแก่เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้
19. จัดทำคู่มือและอุปกรณ์การสอน เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและปฏิบัติงานด้านการพยาบาล
20. สนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น งานสังคมสงเคราะห์ งานชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ งานเภสัชกรรม

หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2544)

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Assessment)

1.1 ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วน ทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่อง ตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.2 การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการ ประเมินผลการพยาบาล

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการ ที่คุกคามชีวิตและอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิดกกังวล กลัว เป็นต้น

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.2 การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อ การรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

3.3 การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละราย หรือแต่ละกลุ่มโรค/อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก ผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/อวัยวะด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละ ราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การ ประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อ

ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม

สมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (คณะอนุกรรมการจริยธรรม, 2545)

ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามความหมายของ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 นั้น หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จาก สภาการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ไว้ดังนี้

สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

สมรรถนะที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐาน และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

- 1.1 ประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการผู้ให้บริการอย่างเป็นองค์รวม
- 1.2 วินิจฉัยการพยาบาล
- 1.3 วางแผนการพยาบาล
- 1.4 ปฏิบัติการพยาบาล
- 1.5 ติดตามการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
- 1.6 จัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

สมรรถนะที่ 2 ปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐาน และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ประเมินปัญหาและความต้องการผู้ให้บริการ
- 2.2 วินิจฉัยการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์
- 2.3 วางแผนการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์
- 2.4 บริบาลครรภ์ โดยการรับฝากครรภ์ คัดกรอง และส่งต่อในรายผิดปกติ และประยุกต์หลักการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์
- 2.5 ทำคลอดปกติ
- 2.6 ตัด และซ่อมแซมฝีเย็บ
- 2.7 เตรียมและช่วยคลอดกรณีคลอดปกติ
- 2.8 ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก ตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด
- 2.9 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 2.10 ดูแลมารดา และทารกที่ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน และฉุกเฉิน
- 2.11 ให้ความรู้ และให้การปรึกษารอบครัวในการวางแผนครอบครัว และการเตรียมตัวเป็นบิดา มารดา และการดูแลตนเองของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์
- 2.12 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการผดุงครรภ์

สมรรถนะที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย และลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค และเกิดความเจ็บป่วย

- 3.1 ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน
- 3.2 สนับสนุนและช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและกลุ่มต่างๆ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3.3 ให้ข้อมูลและจัดการช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการได้รับสิทธิด้านสุขภาพ
- 3.4 จัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ

สมรรถนะที่ 4 ป้องกันโรคและเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้

- 4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของชุมชน และการระบาดของโรคในชุมชน
- 4.2 เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของชุมชนเพื่อป้องกันโรค
- 4.3 เฝ้าระวัง ค้นหา และสืบสวนโรคที่เกิดในชุมชน
- 4.4 ให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน

สมรรถนะที่ 5 พัฒนาสุขภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชนทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ

- 5.1 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- 5.2 เลือกใช้วิธีการฟื้นฟูสุขภาพ
- 5.3 แนะนำการใช้กายอุปกรณ์ และอวัยวะเทียม
- 5.4 ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยเหลือ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ ผู้ใช้บริการ ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง
- 5.5 ประสานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพชุมชน

สมรรถนะที่ 6 รักษาโรคเบื้องต้น ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล

- 6.1 คัดกรองโรคเบื้องต้น
- 6.2 วินิจฉัยโรคเบื้องต้น
- 6.3 รักษาโรคเบื้องต้น
- 6.4 ให้การผดุงครรภ์ และวางแผนครอบครัว

สมรรถนะที่ 7 สอนและให้การปรึกษามูลนิธิ ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

- 7.1 ส่งเสริม สนับสนุน และสอนผู้ให้บริการให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถดูแลสุขภาพตนเอง
- 7.2 ให้การปรึกษาแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีปัญหาทางกาย จิต สังคม ที่ไม่ซับซ้อน
- 7.3 แนะนำและส่งต่อผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

สมรรถนะที่ 8 ติดต่อสื่อสารกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 8.1 ติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับคนทุกเพศ ทุกวัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 8.2 บันทึกและเขียนรายงานได้อย่างถูกต้อง
- 8.3 นำเสนอความคิด ผลงานต่อสาธารณชน
- 8.4 ใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการติดต่อสื่อสารในงานที่รับผิดชอบ
- 8.5 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร

สมรรถนะที่ 9 แสดงภาวะผู้นำและการบริหารจัดการตนเอง และงานที่ได้รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

- 9.1 มีวิสัยทัศน์ สามารถวางแผน แก้ปัญหา และตัดสินใจ
- 9.2 รับผิดชอบงานในหน้าที่
- 9.3 วางแผนและจัดการทรัพยากร และเวลา
- 9.4 เจรจาต่อรองเพื่อรักษาประโยชน์ของผู้ใช้บริการ และงานที่ได้รับผิดชอบ
- 9.5 ประสานงานกับผู้ร่วมงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 9.6 พัฒนาคุณภาพของงานอย่างต่อเนื่อง
- 9.7 จัดการให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการ
- 9.8 ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าทีม หรือลูกทีม

สมรรถนะที่ 10 ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน

- 10.1 ดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการให้ได้รับสิทธิพื้นฐานตามที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้ใน "สิทธิผู้ป่วย"
- 10.2 ปฏิบัติตนตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด
- 10.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ในขอบเขตวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 10.4 ประกอบวิชาชีพโดยตระหนักถึงกฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ
- 10.5 ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความเสมอภาคต่อทุกกลุ่ม เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภาวะสุขภาพ

สมรรถนะที่ 11 ตระหนักในความสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนาการพยาบาล และสุขภาพ

- 11.1 มีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย
- 11.2 ใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล
- 11.3 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 11.4 คำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย และสิทธิมนุษยชน

สมรรถนะที่ 12 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

- 12.1 สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพและความรู้ที่เกี่ยวข้อง
- 12.2 เลือกใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ
- 12.3 บันทึกข้อมูลสุขภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

สมรรถนะที่ 13 พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

- 13.1 มีความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 13.2 มีความตระหนักในตนเอง และมีความเห็นใจผู้อื่น
- 13.3 จัดการกับอารมณ์ และความเครียดของตนเอง
- 13.4 ศึกษาค้นคว้า หาความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
- 13.5 มีความตระหนักในการปกป้อง รักษาสิทธิด้านสุขภาพแก่ประชาชน

สมรรถนะที่ 14 พัฒนาวิชาชีพให้มีความเจริญก้าวหน้า และมีศักดิ์ศรี

- 14.1 มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 14.2 ตระหนักในความสำคัญของการเป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพ
- 14.3 รู้รักสามัคคีในเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- 14.4 ให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรวิชาชีพ
- 14.5 ตระหนักในความสำคัญของการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการสอนนักศึกษาและบุคลากรใหม่ในสาขาวิชาชีพ

คุณลักษณะพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวังและพึงพอใจ

คุณลักษณะพยาบาลที่ผู้รับบริการคาดหวัง และพึงพอใจมีผู้ศึกษาไว้มากมาย ซึ่งศึกษาได้จากเอกสาร การสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับบริการ ประชาชน และจากผลงานวิจัยต่างๆ ซึ่งพอจะสรุปได้เป็นประเด็นทางด้านความรู้ ความสามารถ ด้านจริยธรรม และด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2546)

จากการศึกษาแนวโน้มในอนาคตด้านการผลิตและการพัฒนากำลังคน สาขาพยาบาลศาสตร์ (กาญจนา สันติพัฒนาชัย และคณะ, 2544 อ้างในสภาการพยาบาล, 2546) ในประเด็นคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษาที่พึงประสงค์ พบว่า ในส่วนการศึกษาคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา หรือบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ที่พึงประสงค์ในปัจจุบัน และอนาคตที่ได้มาจาก

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุข และจากหน่วยงานอื่นทั้งในและต่างประเทศ ดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปคุณลักษณะของผู้สำเร็จ การศึกษา หรือบัณฑิตสาขาศาสตร์ที่พึงประสงค์ว่าควรมีลักษณะดังนี้

1. ความสามารถด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) มีทักษะความสามารถ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพชุมชน
- 2) มีความสามารถในการให้บริการพยาบาลโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาล กระบวนการพยาบาล และศาสตร์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ความสามารถด้านวิชาการ

- 1) มีความสามารถในการคิด ใช้วิจารณ์ญาณและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ
- 2) มีความคิดริเริ่มปรับปรุงงานให้ทันต่อความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยี
- 3) มีความคิด ความสามารถเป็นสากล หรือในเชิงนานาชาติ
- 4) สามารถคัดกรอง แปล วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูล
- 5) มีความสามารถในการคิดรวบยอด วิเคราะห์ วิจัย
- 6) มีทักษะ ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดชีวิตมีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับระบบการบริการสุขภาพ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การตลาด ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ชาติพันธุ์ ฯลฯ

3. ความสามารถด้านการบริหาร

มีความสามารถในการเป็นผู้บริหารและการจัดการที่ดี มีความสามารถในการประกันการดูแลคุณภาพของการบริการ

4. ความสามารถด้านการวิจัย

แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อพัฒนาศาสตร์ทางวิชาชีพ สามารถร่วมทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้

5. ความสามารถด้านทักษะเกี่ยวกับมนุษย์และมวลชน

- 1) สามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลอื่นได้
- 2) มีการปรับตัว ขอมรับการเปลี่ยนแปลง เปิดกว้าง รับรู้สิ่งใหม่ๆ
- 3) มีความสามารถทางภาษา
- 4) มีศักยภาพด้านมนุษยสัมพันธ์มีความสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

6. ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการปกครอง
สามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมและการเมืองที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติการพยาบาลและสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงได้ สนับสนุนหลักการประชาธิปไตย และ
ดำรงตนเป็นพลเมืองดีของสังคม

7. คุณสมบัติด้านคุณธรรม และจริยธรรม

- 1) มีสมรรถนะให้คำปรึกษาด้านจริยธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ
- 2) มีความปรารถนา และพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ประชาชน
- 3) มีค่านิยมร่วมในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมของสังคม
- 4) มีคุณธรรม จริยธรรมในด้านส่วนตัว และหน้าที่การงาน
- 5) มีความจงรักภักดีต่อหน่วยงาน และองค์กร
- 6) ตระหนักและคำนึงถึงคุณค่าของวิชาชีพและสิทธิมนุษยชนของผู้รับบริการ
- 7) ใฝ่ดี ชำรงรักษาเอกลักษณ์ไทยที่พึงประสงค์

8. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี
เข้าใจและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถจัดการและใช้สารสนเทศในด้าน
ต่างๆ ได้

9. ความสามารถด้านภาวะผู้นำ
มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำและแหล่งบริการ
วิชาการที่เกื้อกูลประโยชน์ต่อสาธารณสุขและสังคม

10. คุณสมบัติด้านบุคลิกภาพ
มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมด้านการแต่งกาย อารมณ์ และจิตใจ มองโลกในแง่ดี มี
อารมณ์ขันมีความสุข

11. คุณสมบัติด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
ประหยัด และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าให้ความรู้ ณรงค์ ป้องกันภัยอันตราย
ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่า มีปัจจัย หรือสาเหตุ
ใดบ้างที่สัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะ
สุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และดัชนีมวลกาย ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้

อินทรา ปัทมินทร และคณะ (2542) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี จะสูงสุด และกลุ่มอายุ 51-60 ปีจะต่ำสุด สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ผู้ที่เป็นโสดจะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตสูงสุด ผู้ที่สมรสแล้วจะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต กลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตสูงสุด ส่วนผู้ที่อยู่แบบครอบครัวเดียวจะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำสุด

จุฑามาศ จันท (2543) พบว่า อายุที่ต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดแตกต่างกัน เนื่องจากอายุมากส่งผลให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงลดลง รูหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กลงจึงทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง อวัยยะ ส่วนปลายลดลง ในส่วนของหลอดเลือดเล็กบางส่วนที่ถูกทำลายไปทำให้ไฟบรินมารวมกัน เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และยังพบว่าสถานภาพสมรสต่างก็มีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ดัชนีมวลกายที่ต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน

ทัศนีย์ แสนมานิช (2543) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในทางร่างกายและในความรู้สึคนึกคิด ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จะมีปัญหาสุขภาพกายอยู่ในระดับน้อย และผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีปัญหาสุขภาพกายอยู่ในระดับมาก และยังพบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ครอบครัวขยายซึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ การศึกษาเป็นรากฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ถ้าบุคคลใดบุคคลหนึ่งขาดความรู้ ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ดีเท่าที่ควรจะเป็น ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล

อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และพนักงานขับรถโดยสารที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตซิสโตลิกสูงและไดแอสโตลิกสูงเป็น 6.36 เท่าและ 3.26 เท่าของพนักงานขับรถโดยสารที่มีอายุตั้งแต่ 39 ปี ลงมา

ชุมพล กาไวย์ (2546) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย เพราะบุคคลในแต่ละช่วงอายุมีความเสี่ยงหรือภาวะการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มวัยทำงานจะมีความเสี่ยงต่อโรคจากการประกอบอาชีพ กลุ่มผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อโรคจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย จึงทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลในแต่ละกลุ่มอายุต่างกัน และยังพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพโดยรวมและภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ เพราะการที่มีภาวะเศรษฐกิจดี มีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้บุคคลมีอำนาจในการซื้อเพิ่มขึ้นมีโอกาสนในการศึกษาสูง สามารถแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากกว่า การมีรายได้ที่ต่างกันทำให้เกิดความแตกต่างในการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีฐานะดีมีโอกาสนในการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

ธาดา อุดมธาดา (2546) พบว่า กลุ่มอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย แสดงให้เห็นว่า อายุ มีส่วนสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายของคนในหมู่บ้าน และยังพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิตใจ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้เกิดสมาชิกในบ้านเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องออกทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เกิดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย โดยพบว่าคนที่อยู่ครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าผู้ที่อยู่ครอบครัวขยาย แสดงให้เห็นว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็สูงขึ้นทำให้รายได้ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่ายด้านสุขภาพอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในครัวเรือน

สุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) พบว่าค่าตรวจราจรที่มีรายได้เพียงพอมีสุขภาพจิตไม่ปกติ ร้อยละ 20.5 และค่าตรวจราจรที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีสุขภาพจิตไม่ปกติสูงขึ้น ร้อยละ 37.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 55.5 และมีรายได้เฉลี่ย 11,566.16 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว มีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ส่งผลให้ค่าตรวจราจรต้องเผชิญความเครียดเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องใช้การเผชิญความเครียดเพื่อลดระดับให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตราย

4.2 สถานะการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงาน ต่อวัน และประสบการณ์ในการทำงาน ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้

อินทรี ปัทมินทร และคณะ (2542) พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตำรวจจราจรมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นตำรวจจราจรน้อยกว่า 5 ปี จะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตสูงสุด ในขณะที่ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ 26 ปีขึ้นไปจะมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตต่ำสุด

จุฑามาศ จันท (2543) พบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานสูงหรือประสบการณ์การทำงานหลายปีมีผลให้พยาบาลมีความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานสูงมีความสัมพันธ์กับอายุ ประสบการณ์สูงอายุก็มากขึ้น ดังนั้นโอกาสที่จะมีระดับความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นจึงมีตามไปด้วย

อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) พบว่าระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และพนักงานขับรถโดยสารที่มีระยะเวลาการทำงานตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันซิสโตลิกสูงและไดแอสโตลิกสูงเป็น 7.15 เท่าและ 6.19 เท่าของพนักงานขับรถโดยสารที่มีระยะเวลาการทำงานระหว่าง 1-9 ปี

เนลิณี ไชยเอีย และคณะ (2545) พบว่า กลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปีที่มีการเจ็บป่วยจะลาบ่อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 1-10 ปี ที่มีการเจ็บป่วย เนื่องจากอายุงานมีความสัมพันธ์กับอายุจริงสูง ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าเป็นธรรมชาติของผู้ที่มีอายุมากย่อมจะเจ็บป่วยมากเป็นธรรมดา หรืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่มีอายุงานมากมีระยะเวลาในการสัมผัสกับสารเคมี สารกัมมันตรังสี สารจุลชีพต่างๆ ในบรรยากาศนานกว่ากลุ่มที่ยังทำงานมาไม่นานจึงมีการเจ็บป่วยมากกว่า

4.3 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้

ทัศนีย์ แสนมานิช (2543) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) พบว่า การนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิก แต่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

วิไล สุธีราษฎร์ (2544) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคอเลสเตอรอล เนื่องจากตำรวจจราจรกลุ่มที่ออกกำลังกายมีจำนวนผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลผิดปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายและมีจำนวนผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลปกติมากกว่า และพบว่าการออกกำลังกายมี

ความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ เนื่องจากผู้ที่ออกกำลังกายและมีระดับไตรกลีเซอไรด์ปกติเป็นจำนวนมากกว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายในทำนองเดียวกันกับระดับคอเลสเตอรอล

4.4 พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้นอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ดังเช่นการศึกษาต่อไปนี้

วิลโล สุธีรางกูร (2544) พบว่า การรับประทานอาหารมันมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ เนื่องจากกลุ่มผู้ที่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมันเป็นประจำ มีจำนวนของผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน และน้อยกว่ากลุ่มผู้ที่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมันเป็นบางครั้ง และพบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับระดับ Uric acid เนื่องจากกลุ่มตำรวจจราจรที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีระดับ Uric acid ผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) พบว่าการรับประทานอาหารมัน อาหารทอดและปรุงด้วยกะทิ ไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิก แต่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยกลุ่มที่รับประทานอาหารมันๆ ทอดและปรุงด้วยกะทิทุกวันมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตซิสโตลิกสูงและไดแอสโตลิกสูงเป็น 1.95 เท่าและ 2.31 เท่าของพนักงานขับรถโดยสารที่รับประทานอาหารมันๆ ทอดและปรุงด้วยกะทินานๆ ครั้ง

ทัศนีย์ แสนมานิช (2543) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และพบว่าดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พนักงานขับรถโดยสารที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตซิสโตลิกสูงและไดแอสโตลิกสูงเป็น 3.36 เท่าและ 1.27 เท่าของพนักงานขับรถโดยสารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยังพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

4.5 ความเครียดจากการทำงาน

จุฑามาศ จันทร (2543) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

ถวัลย์ พบลาภ (2544) พบว่าความเครียดในการทำงานมีอิทธิพลต่อความดันโลหิตไดแอสโตลิกและความสัมพันธ์ทางอ้อมด้านบวก ผ่านการรับรู้ความเครียด แต่โดยรวมแล้ว ความเครียดในการทำงานมีอิทธิพลต่อความดันโลหิต และความดันโลหิตสูงในทางลบ

พัชรา จารุโรจน์จินดา (2545) พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกาย ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสังคม และอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีระดับความเครียดสูง ก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาซึ่งปัญหาที่จะ

พบในทุกกลุ่มอาการ และพยาบาลที่มีระดับความเครียดต่ำ ก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการในระดับต่ำด้วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

วรัญญา วงศ์ประสิทธิ์ (2540) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความเครียดในบทบาทกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพโดยการสุ่มแบบมีระบบ จำนวน 378 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความเครียดในบทบาทพยาบาล ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และความเครียดในบทบาทในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน สถานภาพสมรส และความเครียดในบทบาท

Lyna Hutapea (1995) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียดในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลมิตซึซึน กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือคุณลักษณะส่วนบุคคล สภาพการทำงาน อาการผิดปกติทางด้านร่างกาย และอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ตารางเวลาการทำงาน ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน แผนกที่ทำงาน และประสบการณ์การทำงาน กับความเครียดในการทำงาน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบระหว่างปัจจัยสภาพการทำงาน เช่น นโยบายการบริหารงาน กลุ่มสนับสนุน ความปลอดภัยในการทำงาน กับอาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ กับความเครียด

Rospita Ariani (2001) ศึกษาเรื่อง ความเครียดของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม พบว่ารูปแบบการนอนหลับและการพักผ่อนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อินทรา ปัทมินทร และคณะ (2542) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกจากตำรวจจราจรที่อยู่ในสังกัดหน่วยงาน 4 แห่ง คือ กองบังคับการตำรวจจราจร กองบังคับการตำรวจนครบาลพระนครเหนือ กองบังคับการตำรวจนครบาลพระนครใต้ และกองบังคับการตำรวจนครบาลธนบุรี จำนวน 2,301 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจสภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire-GHQ 28) ของ David Goldberg (1972) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับลักษณะข้อมูลทั่วไปด้วย คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในห้องเช่าหรือบ้านเช่า จะมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ส่วนกลุ่มที่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว คือ อยู่กันเฉพาะพ่อแม่ลูก และกลุ่มที่อาศัยอยู่ในบ้านของตัวเองหรือบ้านของคู่สมรสจะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

พิมลวรรณ ทิพาคำ (2543) ศึกษาเรื่อง ความเครียดในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 10 กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเขต 10 จำนวน 262 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม ตัวแปรอิสระคือ ความเครียดในงาน ตัวแปรตาม คือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเครียดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความเครียดในงานของ วิลเลอร์ และไรดิง และแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การดัดแปลงมาจากแนวคิดของ เมาคีย์ สเทียร์และพอตเตอร์ ผลการศึกษาพยาบาลมีความเครียดในงานและความผูกพันยึดมั่นต่อองค์การอยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผูกพันยึดมั่นต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จุฑามาศ จันทร (2543) ศึกษาเรื่องลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและแบบบันทึกความเครียดและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับคอเลสเตอรอลอยู่ในระดับที่ไม่เสี่ยง โดยอายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม ภาวะน้ำหนักเกิน และประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ แสนมาโนช (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม กับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูล

เกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายอยู่ในระดับน้อย ส่วนปัญหาสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง คุณลักษณะประชากร สภาพความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณลักษณะประชากร สภาพความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมด้านลักษณะครอบครัว การออกกำลังกาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2544) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานขับรถโดยสาร เพศชาย จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท พบว่า อัตราสูงของความดันโลหิตสูงในพนักงานขับรถโดยสารเท่ากับร้อยละ 18.5 ปัจจัยอายุ ระยะเวลาการทำงานและการรับรู้ต่อสภาวะการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับประทานอาหารมัน อาหารทอดหรือปรุงด้วยกะทิ การชอบรับประทานอาหารรสเค็มและความอิสระของการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ถวัลย์ พบลาภ (2544) ศึกษาเรื่องความเครียดในการทำงานและความดันโลหิตสูง: ทดสอบตัวแบบความสัมพันธ์ในตำรวจภูธรจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นตำรวจภูธรชายจำนวน 392 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามทั่วไป แบบสอบถามความเครียดในการทำงานของ Karasek และแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตำรวจกลุ่มตัวอย่างมีอัตราความดันโลหิตสูงร้อยละ 35 ความเครียดในการทำงาน มีความสัมพันธ์โดยตรงทางลบกับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ $p < 0.05$ และความสัมพันธ์ทางอ้อมด้านบวก ผ่านการรับรู้ความเครียด และการดื่มแอลกอฮอล์ แต่โดยรวมแล้ว ความเครียดในการทำงานมีอิทธิพลต่อความดันโลหิต

ชุมพล กาไว (2546) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่อยู่รอบโรงงานเครื่องปั้นดินเผา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนครัวเรือนในชุมชนบ้านชมพู จังหวัดลำปาง จำนวน 200 คน โดยใช้

วิธีการสัมภาษณ์ลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับดี รายได้ และพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ สถานภาพสมรส และการร่วมกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธาดา อุดมธาดา. (2546) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของประชาชนที่อพยพจากการขยายเหมืองลิคไนต์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนบ้านใหม่ณาแหม หมู่ที่ 7 ตำบลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง จำนวน 205 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ภาวะสุขภาพของประชาชน และปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพทางกาย มีผู้สูงอายุตายโดยไม่ทราบสาเหตุและกลุ่มวัยแรงงานตายจากอุบัติเหตุมากในช่วงแรกของการอพยพหมู่บ้าน และปัจจุบันมีประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานมากขึ้น ภาวะสุขภาพทางจิตใจพบว่า ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว เอกสารสิทธิที่ดิน ภาวะสุขภาพทางสังคมพบว่า การไปมาหาสู่ และความสัมพันธ์ในหมู่บ้านดีและเพื่อนบ้านมีแนวโน้มลดลง มีกองทุนหรือองค์กรกลุ่มต่างๆ ที่ช่วยเหลือกันในหมู่บ้าน แบ่งแยกหน้าที่ของกลุ่มชัดเจนมากขึ้น ส่วนภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณพบว่า ความภูมิใจต่อหมู่บ้านอยู่ในระดับดี อายุและโครงสร้างครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิตใจ ส่วนสถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกกลุ่มในหมู่บ้าน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรุณี จิระกรานนท์ (2546) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียดกับพยาบาล กรณีศึกษาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาล และที่ปรึกษาฝ่ายการพยาบาล จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ในปัจจัยด้านงานพยาบาล ด้านโครงสร้างของสถาบันและการบริหารองค์กร ด้วยบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ยกเว้นด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่พยาบาลมีความเครียดระดับต่ำ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยทั้ง 4 ด้าน พยาบาลที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้ามีระดับความเครียดต่ำกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยทุกด้าน ยกเว้นปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปมีความเครียดสูงกว่าพยาบาลที่

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยเฉพาะทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยด้านงาน พยาบาล

ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ (2544) ได้ศึกษา การประเมินความเครียดจากการ ทำงานของพนักงานผู้ทำงานในสำนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาแบบจำลอง Demand-Control Model จากแนวความคิดของ Robert Karasek ซึ่งอธิบายความเครียดจากการทำงาน พบว่า พนักงานที่ทำงานในเชิงรุกมี ความเครียดจากการทำงานสูง คือ ข้อเรียกร้องจากงานสูง และอำนาจในการตัดสินใจต่ำ และได้ เสนอว่าควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับอำนาจการทำนาย (Prediction power) การเกิดโรคที่ เกี่ยวกับความเครียด เช่น ความดันโลหิตสูง

สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ และคณะ จิรประมุขพิทักษ์ (2545) ได้ศึกษา สภาพ ความเครียดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน ในโรงงานประเภทอิเล็กทรอนิกส์ผลิตนาฬิกาข้อมือ จำนวน 536 คน โดยใช้แบบทดสอบ ความเครียดทั่วไปของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการประเมินความเครียดทั่วไป และ แบบสอบถามเพื่อค้นหาความเครียดจากการทำงานที่สร้างขึ้นตามรูปแบบ Demand-Control Model ของ Karasek ผลการศึกษาพบว่าความทุกข์ของผู้ที่มีความเครียดทั่วไปประมาณร้อยละ 24 ความทุกข์ของ ผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานประมาณร้อยละ 15 ความสัมพันธ์ของความเครียดจากการทำงานกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความสามารถในการควบคุม และสวัสดิการ มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับ ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ได้ศึกษา ความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพ ของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นตำรวจชั้น ประทวน ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านจราจรอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย คือ แบบสอบถาม เครื่องวัดความโลหิตแบบดิจิทัล และอุปกรณ์ในการเจาะเลือดตรวจหา ระดับคอเลสเตอรอล ผลการวิจัยพบว่า ตำรวจจราจรมีความเครียดจากการทำงานสูง รับรู้ข้อ ร้องเรียนจากงานระดับสูง รับรู้อำนาจตัดสินใจในงานต่ำ รับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ภาวะ สุขภาพของตำรวจจราจรพบ ความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลสูง และสภาวะสุขภาพจิตไม่ ปกติ ปัจจัยส่วนบุคคลเรื่องรายได้ มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การนอนหลับพักผ่อนมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และประสบการณ์ในการทำงาน รายได้ การนอนหลับพักผ่อนมี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเครียดจากการทำงานมี ความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยความเครียดจากการทำงานใน

ด้านข้อเรียกร้องจากงานมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยความเครียดจากการทำงานด้านอำนาจการตัดสินใจในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 266 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการบริหารงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ สวานส์เบิร์ก (Swansburg, 1996) และแบบประเมินความเครียดของพยาบาลวิชาชีพของ พิมผกา สุขกุล ที่ได้ปรับปรุงโดยยึดแนวคิดของ เซลเย (Selye, 1993) พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชมีส่วนร่วมในการบริหารงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรา จารุโรจน์จินดา (2545) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับ ภาวะสุขภาพจิต ของพยาบาลในจังหวัดนครปฐม จำนวน 365 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) ของโกลด์เบิร์ก (Goldberg) และแบบวัดระดับความเครียดของแอร์อน ที. เบค (Arron T. Beck) พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกาย กลุ่มความวิตกกังวล กลุ่มความบกพร่องทางสังคม กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง และในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์จิรา ลิ้มถาวร (2546) ศึกษาเรื่องความเครียดของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ทางประสาทศัลยกรรมในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยศึกษาจากกลุ่มประชากรจำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเครียด พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่า ความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยด้านระบบและลักษณะงานที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย ได้แก่ การจัดอัตราค่าจ้างให้เหมาะสม และการประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนการพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน และด้านผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ อาการเจ็บป่วย และแผนการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

ลัดดา แซ่เลี้ยว (2547) ศึกษาเรื่องความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลพะเยา กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพะเยา และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลพะเยาอีก 5 แห่ง จำนวน 277 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเครียดของพยาบาล ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1987) พบว่า ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลพะเยาโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ เป็นสถานการณ์ที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

งานวิจัยต่างประเทศ

คูเปอร์ (Cooper, 1986) ศึกษาความเครียดในการทำงานของตำรวจโดยประเมินหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน ความเหนื่อยหน่ายในงานกับความร่วมมือสนับสนุนจากผู้อื่น พบว่า การสนับสนุนของผู้บังคับบัญชา และเพื่อนๆ ยังมีมากขึ้นเท่าไร ก็จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายน้อยลง และกลับมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

แมคคินนีย์ และคณะ (Mc Kinney, et al., 1987) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ในระหว่างที่มีความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ และทันตแพทย์ พบว่าผู้ที่มีการแสดงของการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้มากเมื่อมีความเครียดมีแนวโน้มที่จะมีไขมันในโลหิตสูง หรือเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) หรืออาจต้องทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery) เนื่องจากการตีบตัน และยังพบว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอารมณ์น้อย และประสบเหตุการณ์ที่ตึงเครียดในครอบครัวหลายครั้งในรอบปีที่ผ่านมา

ฮาร์ทวิก และมิดตัน (Hartvig and Midttun, 1983) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในคนขับรถโดยสารประจำทางและคนขับรถบรรทุก จำนวน 52 คน โดยใช้วิธีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) มีกลุ่มควบคุมเป็นคนงานชายโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 52 คน ผลการศึกษาด้วยการจับคู่ (match) ทั้งสองกลุ่ม ในตัวแปรอายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ลักษณะนิสัยในการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า คนขับรถมีค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลในโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ในโลหิต และระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มคนขับรถยังมีความสัมพันธ์กับความกดดันทางจิตใจในการทำงาน และบุคลิกภาพแบบ A (รีบร้อน ชอบการแข่งขัน มีความทะเยอทะยานสูง) ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้พบในกลุ่มคนขับรถมากกว่ากลุ่มควบคุม

เมอร์ฟี (Murphy, 1991) ได้ศึกษาถึงลักษณะงานที่มีความสัมพันธ์กับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า งานที่ต้องอยู่ในสถานการณ์อันตราย งานที่ต้องอาศัยความรอบคอบ ความระมัดระวังและต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น งานที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลอย่างรวดเร็ว และงานที่ต้องอยู่กับเครื่องกลไกต่างๆ ลักษณะงานดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับโรคนี้ โดยอาชีพที่มีลักษณะงานนั้นๆ ได้แก่ ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักบิน และผู้ช่วยคนขับรถโดยสารประจำทาง คนขับรถบรรทุก วิศวกร ครู ช่างเครื่อง ช่างไม้ หัวหน้าคนงาน จะเห็นได้ว่าคนขับรถโดยสารประจำทางเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นเวลานานๆ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือด



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดนครนายก จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 410 คน โดยศึกษาประชากรทั้งหมด ซึ่งประกอบไปด้วย จำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามโรงพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายก จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (Number of Population)
โรงพยาบาลนครนายก	257
โรงพยาบาลบ้านนา	70
โรงพยาบาลองครักษ์	52
โรงพยาบาลปากพลี	31
รวม	410

โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกประชากรตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การเลือกผู้ยินยอมให้ทำการวิจัย (Inclusion criteria)

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพพิเศษปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

1.2 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

1.3 ไม่ได้อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอดบุตร

1.4 สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

2. เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยออก (Exclusion criteria)

ตัวอย่างขอยกเลิกขณะตอบแบบสอบถาม

วิธีการเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือก
ศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และให้ความร่วมมือใน
การศึกษา มีผู้เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ ทั้งหมด 410 ราย แต่พบว่าเป็นผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ที่กำหนด จำนวน 10 ราย และข้อมูลขาดความครบถ้วนจำนวน 5 ราย คงเหลือประชากรตัวอย่าง 395
ราย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ตัดประชากรตัวอย่างที่เป็นเพศชายออก จำนวน 5 ราย จึงเหลือประชากร
ตัวอย่างเฉพาะเพศหญิงทั้งสิ้น 390 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากการทำงาน

ตอนที่ 2 การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจในงาน

ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

รายละเอียดของเครื่องมือและเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชากร ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ
สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน
ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจใน
การประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน
ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต Thai GHQ-28 ที่พัฒนาโดย รศ.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire) ที่สร้างขึ้นโดย โกลด์เบอร์ก (Goldberg, 1972) ครอบคลุมองค์ประกอบของความเครียด 4 ด้าน คือ อาการทางกาย (Somatic Symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

จากผลการศึกษาของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539) พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าความไวและความจำเพาะตลอดจนสัมประสิทธิ์ความแม่นยำอื่นๆ ในระดับที่ค่อนข้างสูง และสมควรนำไปใช้เป็นแบบคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวช ทั้งในชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้ดี ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการใช้เครื่องมือจาก รศ.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจเรียบร้อยแล้ว Thai GHQ-28 มี Sub-scaled GHQ แบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ข้อ 1-7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms)
- กลุ่มที่ 2 ข้อ 8-14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)
- กลุ่มที่ 3 ข้อ 15-21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)
- กลุ่มที่ 4 ข้อ 22-28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)

ซึ่งมีค่าความเชื่อถือได้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 พบว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง มีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการคะแนนของ sub-scale ต่างๆ เพื่อดูรายละเอียดของอาการ

การให้คะแนนและการแปลผล การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ Score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่างวิธีทั้งสองนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94 ส่วนการแปลผล Thai GHQ-28 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545; 2)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงานของคุณสุภารัตน์ ชะนะศิลป์ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน ที่มีการทดลองใช้ในคนไทยแล้วมีความตรงในการวัดความเครียดจากการทำงานในวัฒนธรรมของคนไทย ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทยจากคุณสุภารัตน์ ชะนะศิลป์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินสภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน (Psychosocial Working Condition Questionnaire: PWC) ของวินเดอร์ซาล-บซิล และคณะ จากประเทศโปแลนด์ (Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Demand-

Control ของ Robert Karasek เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดลักษณะทางจิตวิทยาสังคมของงาน ประกอบด้วยมาตรวัดทางจิตวิทยา 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่เป็นเหตุได้แก่ (1) ข้อเรียกร้องจากงานทางจิตวิทยา (Psychological Demand) (2) อำนาจการตัดสินใจในงาน (Decision Latitude) (3) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และองค์ประกอบที่เป็นผล (4) ความผาสุก (Well-Being Scale) (5) ความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง (Desired Changes Scale) องค์ประกอบที่เป็นเหตุมีที่มาจากความคิดของคาราเสก และได้มีการศึกษาในประเทศโปแลนด์ 8 กลุ่มอาชีพ โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลขององค์ประกอบหลัก พบว่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบย่อยค่อนข้างสูง Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ 0.62–0.94 (Winderzal-Bazyl, 1995 อ้างใน Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) องค์ประกอบหลักทั้ง 3 ส่วนยังมีองค์ประกอบย่อยอีก 7 ส่วน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบหลักและจำนวนข้อคำถาม

องค์ประกอบ		จำนวนข้อคำถาม
หลัก	ย่อย	
ข้อเรียกร้องจากงาน	ข้อเรียกร้องทางสติปัญญา	9
	ข้อเรียกร้องทางจิตกายภาพ	9
	ข้อเรียกร้องทางบทบาท	7
อำนาจการตัดสินใจในงาน	การควบคุมพฤติกรรมในการทำงาน	10
	การควบคุมความสามารถการใช้ทักษะในการทำงาน	10
การสนับสนุนทางสังคม	การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	8
	การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	8

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษา 3 องค์ประกอบที่เป็นเหตุจากแนวคิดของ Robert Karasek คือ

- | | |
|--|------------------------|
| (1) วัดข้อเรียกร้องจากงาน (Demand Scale) | ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ |
| (2) วัดอำนาจการตัดสินใจในงาน (Control Scale) | ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ |
| (3) วัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) | ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ |

ระดับคะแนนแบบสอบถามมีลักษณะของข้อคำถาม 2 ลักษณะ คือ

- ข้อคำถามเชิงบวก คะแนนจะเรียงจาก 1, 2, 3, 4, 5
- ข้อคำถามเชิงลบ คะแนนจะเรียงจาก 5, 4, 3, 2, 1

คะแนนเฉลี่ยรายองค์ประกอบ คือคะแนนที่ได้จากการรวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ แล้วหารด้วยจำนวนข้อในองค์ประกอบนั้นๆ คะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 1-5

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานสูง (High Strain)

ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วมากกว่า 1

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานต่ำ (Non-High Strain)

ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเรียบร้อย และความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่างที่โรงพยาบาลลำลูกกา ตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โดยทดสอบช่วงเวลาวันที่ 2-13 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 เนื่องจากกลุ่มเป็นตัวแทนของประชากรตัวอย่างที่ทำการศึกษได้ เพราะมีลักษณะคล้ายคลึงกันของงานที่มีทั้งเร่งด่วน และไม่เร่งด่วน มีการทำงานเป็นกะ เพื่อให้ผู้ทดลองใช้ได้ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาหรือ ข้อความต่างๆ ให้ตรงกัน

แล้วนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรายองค์ประกอบจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด และความเที่ยงของแบบสอบถามเป็นดังนี้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.86

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน

(1) วัดข้อเรียกร้องจากงาน (Demand Scale) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.77

(2) วัดอำนาจการตัดสินใจในงาน (Control Scale) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.84

(3) วัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.93

ได้ความเที่ยงของทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84

โดยเมื่อตรวจสอบค่าความตรงรายข้อพบว่า มีบางข้อที่มีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้รับอนุญาตให้ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เคยทำการศึกษา และแก้ไขบริบทของเครื่องมือมาแล้ว จึงมีการปรับแก้ภาษาในแต่ละข้อเพื่อให้ประชากรตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความเข้าใจในแบบสอบถามมากขึ้น และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ตามขั้นตอนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจึงมีคุณภาพเพียงพอในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการหลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว หนังสืออนุญาตเลขที่ (No. MU 2007-077)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ของทุกโรงพยาบาลที่เป็นประชากรตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการแจ้งให้พยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลทราบ

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามด้วยตนเองในแต่ละโรงพยาบาลผ่านหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมแนบหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม และเอกสารชี้แจงผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำอธิบายของวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดตัวแปรและแบบสอบถาม วิธีการตอบแบบสอบถาม การรักษาความลับของข้อมูล ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และอธิบายให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิในการวิจัยว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้สามารถให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อช่วยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2551

3. ผู้วิจัยติดต่อขอรับข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์อีกครั้ง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติต่อไปนี้

1. อธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้นอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียดจากการทำงาน ภาวะสุขภาพกาย ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ สำหรับตัวแปรที่มีการจัดประเภทมาตราส่วนใช้ค่าเฉลี่ย

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยการหาค่าไค-สแควร์ (Chi-square test) และทำการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน กับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจากตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรที่มีค่าคะแนนเป็น Interval scale การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน ทำให้ทราบถึงขนาดความสัมพันธ์และทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม: การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัย โดยก่อนการเก็บข้อมูล จะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล และจัดทำจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ที่จะศึกษาทุกโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้

ข้อมูลมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และในระหว่างการให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูลรับทราบข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ และตกลงให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยแล้ว จึงจะให้ลงนามยินยอมให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ปี พ.ศ. 2551 โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 410 ชุด เป็นพยาบาลที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 คน ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 5 คน คงเหลือตัวอย่างทั้งสิ้น 395 คน ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ตัดตัวอย่างที่เป็นเพศชายออก จำนวน 5 ตัวอย่าง จึงเหลือตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 390 คน ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็นคำร้อยละ จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ความเครียดจากการทำงาน ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 4-23)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรที่มีค่าคะแนนเป็น Interval scale และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test) (ตารางที่ 24-42)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็นคำร้อยละ จำแนกตาม ระดับอายุ สถานภาพ สมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน และดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ยานอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ความเครียดจากการทำงาน สุขภาพกาย ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี และภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในเขตจังหวัดนครนายก ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลนครนายก	251	64.36
โรงพยาบาลบ้านนา	65	16.67
โรงพยาบาลองครักษ์	46	11.79
โรงพยาบาลปากพลี	28	7.18
รวม	390	100.00

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 30–39 ปี (ร้อยละ 49.7) รองลงมาอายุระหว่าง 40–49 ปี (ร้อยละ 25.1) โดยเฉลี่ยมีอายุ 36.2 ปี กลุ่มที่พบน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.3) รองลงมาเป็นโสด (ร้อยละ 31.8) ลักษณะครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 70.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.2)

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (สามัญ) (ร้อยละ 35.6) รองลงมาคืองานสูติ-นรีเวชกรรม ห้องคลอดและงานห้องผ่าตัด น้อยที่สุดคือฝ่ายการพยาบาล (ร้อยละ 13.8 และ

0.5 ตามลำดับ) ซึ่งส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานอยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 92.6) ปฏิบัติงานเป็นกะ (ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก) (ร้อยละ 69.2) มีชั่วโมงการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.2) แต่มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานต่อเนื่องมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมงถึง 50 คน (ร้อยละ 12.8) เฉลี่ยวันละ 8.68 ชั่วโมง และมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.17 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลระหว่าง 11–20 ปี (ร้อยละ 43.3) กลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 45.9

รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20,575.60 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,759.29 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 65.4) และรองลงมาอยู่ในช่วง 10,001–15,000 บาท (ร้อยละ 29.7) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารายได้เพียงพอ (ร้อยละ 46.2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 92.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.1 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
25-29 ปี	80	20.5
30-39 ปี	194	49.7
40-49 ปี	98	25.1
50 ปีขึ้นไป	18	4.6
$\bar{x} = 36.20$, S.D. = 7.06, Min = 25, Max = 60		
สถานภาพสมรส		
โสด	124	31.8
คู่	243	62.3
หม้าย	5	1.3
หย่า, แยก	18	4.6
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	274	70.3
ครอบครัวขยาย	116	29.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ) (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	379	97.2
ปริญญาโท	11	2.8
แผนก/หอผู้ป่วยในการปฏิบัติงาน		
ฝ่ายการพยาบาล	2	0.5
งานผู้ป่วยใน (สามัญ)	139	35.6
งานผู้ป่วยใน (พิเศษ)	50	12.8
งานผู้ป่วยนอก	53	13.6
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	45	11.5
งานสูติ-นรีเวชกรรม ห้องคลอด	54	13.8
และงานห้องผ่าตัด		
งานวิสัญญี	14	3.6
งานผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.)	16	4.1
งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	17	4.4
ตำแหน่งงาน		
ตำแหน่งบริหาร	29	7.4
ตำแหน่งปฏิบัติการ	361	92.6
ประเภทงาน		
งานไม่เป็นกะ (เฉพาะเวรเช้า)	120	30.8
งานกะ (ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย เวรคึก)	270	69.2
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
8 ชั่วโมง	340	87.2
มากกว่า 8 ชั่วโมง	50	12.8
$\bar{x} = 8.7$, S.D. = 2.2, Min = 8, Max = 24		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ) (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล		
1-10 ปี	150	38.5
11-20 ปี	169	43.3
21-30 ปี	63	16.2
มากกว่า 30 ปี	8	2.1
$\bar{x} = 14.17$, S.D. = 7.1, Min = 2, Max = 37		
ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล		
จนกว่าจะเกษียณอายุราชการ	179	45.9
เพียงระยะที่สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่	93	23.8
อาจจะเปลี่ยนอาชีพในอนาคตหากโอกาสอำนวย	118	30.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5,000-10,000 บาท	19	4.9
10,001-15,000 บาท	116	29.7
มากกว่า 15,000 บาท	255	65.4
$\bar{x} = 20,575.60$, S.D. = 7,759.29, Min = 7,900, Max = 48,000		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	103	26.4
เพียงพอ	180	46.2
ไม่เพียงพอ	26	6.7
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	81	20.8
อุบัติเหตุจากการทำงาน		
ไม่เคย	362	92.8
เคย	28	7.2
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	324	83.1
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	66	16.9

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที เป็นบางวัน ร้อยละ 53.8 และรองลงมาคือไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 44.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อนในแต่ละวันตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 91.8 และจำนวนชั่วโมงของการนอนหลับพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 7.1 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.3 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ (n = 390)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	175	44.9
เป็นบางวัน	210	53.8
ทุกวัน	5	1.3
การนอนหลับพักผ่อน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	32	8.2
6 ชั่วโมงขึ้นไป	358	91.8
$\bar{x} = 7.15$, S.D. = 1.35, Min = 4, Max = 12		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 82.1 และรองลงมาคือใช้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 17.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารมันๆ แกงกะทิ อาหารทอด เป็นบางวันมากที่สุด ร้อยละ 69.5 รองลงมาอื่นๆ ครึ่งร้อยละ 22.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.7 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง (n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยานอนหลับ		
ไม่เคยใช้	320	82.1
เป็นครั้งคราว	67	17.2
เป็นประจำ	3	0.8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง (ต่อ) (n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารมัน		
นานๆ ครั้ง	87	22.3
บางวัน	271	69.5
ทุกวัน	32	8.2
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	368	94.4
ดื่มบางวัน	22	5.6
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	389	99.7
สูบ	1	0.3

ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวัดองค์ประกอบทางจิตวิทยาสังคม

1. ด้านข้อเรียกร้องจากงาน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงการรับรู้เกี่ยวกับข้อเรียกร้องจากงานในภาพรวมระดับปานกลางที่คะแนนเฉลี่ย 3.52 ค่าต่ำสุด 2.68 และสูงสุด 4.44 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่คะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 90.5) รองลงมาที่คะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 7.2)

คะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านข้อเรียกร้องจากงาน สามารถจำแนกออกเป็นองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

(1) ข้อเรียกร้องด้านสติปัญญา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่คะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 66.7) รองลงมาที่ระดับคะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 31.0)

(2) ข้อเรียกร้องด้านจิตตภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.48 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่คะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 79.2) รองลงมาที่ระดับคะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 12.3)

(3) ข้อเรียกร้องในบทบาทที่ขัดแย้งและความรับผิดชอบที่มากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 3.32 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่คะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 68.2) รองลงมาที่ระดับคะแนนระหว่าง 2.00-2.99 (ร้อยละ 22.3) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบด้านข้อเรียกร้องจากงาน (n = 390)

องค์ประกอบที่วัด	ระดับคะแนน				
	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-3.99	4.00-4.99	5.00
ข้อเรียกร้องจากงาน $\bar{x} = 3.52$, S.D. = 0.30, Min = 2.68, Max = 4.44	0 (0.0)	9 (2.3)	353 (90.5)	28 (7.2)	0 (0.0)
ข้อเรียกร้องด้านสติปัญญา $\bar{x} = 3.74$, S.D. = 0.39, Min = 2.67, Max = 4.78	0 (0.0)	9 (2.3)	260 (66.7)	121 (31.0)	0 (0.0)
ข้อเรียกร้องด้านจิตตภาพ $\bar{x} = 3.48$, S.D. = 0.39, Min = 2.11, Max = 4.56	0 (0.0)	33 (8.5)	309 (79.2)	48 (12.3)	0 (0.0)
ข้อเรียกร้องในบทบาทที่ขัดแย้งและความรับผิดชอบที่มากเกินไป $\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.47, Min = 1.86, Max = 4.57	1 (0.3)	87 (22.3)	266 (68.2)	36 (9.2)	0 (0.0)

2. ด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานในภาพรวมที่คะแนนเฉลี่ย 3.60 ค่าต่ำสุด 2.2 และสูงสุด 4.90 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่คะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 79.0) รองลงมาอยู่ที่คะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 15.6)

คะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานสามารถจำแนกเป็น 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

(1) การควบคุมพฤติกรรมในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยที่ 3.43 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 74.1) รองลงมาที่คะแนนระหว่าง 2.00-2.99 (ร้อยละ 13.1)

(2) การควบคุมความสามารถใช้ทักษะในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยที่ 3.77 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 67.4) รองลงมาที่คะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 30.0) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบด้านการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงาน (n = 390)

องค์ประกอบที่วัด	ระดับคะแนน				
	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-3.99	4.00-4.99	5.00
การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงาน	0 (0.0)	21 (5.4)	308 (79.0)	61 (15.6)	0 (0.0)
$\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.39, Min = 2.20, Max = 4.90					
การควบคุมพฤติกรรมในการทำงาน	0 (0.0)	51 (13.1)	289 (74.1)	50 (12.8)	0 (0.0)
$\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.45, Min = 2.00, Max = 4.90					
การควบคุมความสามารถใช้ทักษะในการทำงาน	0 (0.0)	10 (2.6)	263 (67.4)	117 (30.0)	0 (0.0)
$\bar{x} = 3.77$, S.D. = 0.42, Min = 2.20, Max = 4.90					

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมค่าเฉลี่ยระดับปานกลางเท่ากับ 3.39 โดยค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.81 และสูงสุดเท่ากับ 5.00 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนระหว่าง 3.00-3.99 (ร้อยละ 71.8) รองลงมาคือคะแนนระหว่าง 2.00-2.99 (ร้อยละ 15.6)

คะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคม สามารถจำแนกเป็นองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ ได้แก่

- (1) การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา พบว่า มีค่าเฉลี่ย 3.39 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับคะแนน 3.00-3.99 (ร้อยละ 74.9) รองลงมาอยู่ที่ระดับคะแนนระหว่าง 2.00-2.99 (ร้อยละ 12.8)
- (2) ส่วนการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่ 3.77 โดยส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับคะแนน 3.00-3.99 (ร้อยละ 71.8) รองลงมาอยู่ที่คะแนนระหว่าง 4.00-4.99 (ร้อยละ 15.9) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามคะแนนองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม (n = 390)

องค์ประกอบที่วัด	ระดับคะแนน				
	1.00-1.99	2.00-2.99	3.00-3.99	4.00-4.99	5.00
การสนับสนุนทางสังคม	3 (0.8)	61 (15.6)	280 (71.8)	45 (11.5)	0 (0.0)
$\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.46, Min = 1.81, Max = 5.00					
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	1 (0.8)	50 (12.8)	292 (74.9)	45 (11.5)	2 (0.5)
$\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.47, Min = 1.88, Max = 5.00					
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	3 (0.8)	44 (11.3)	280 (71.8)	62 (15.9)	1 (0.3)
$\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.51, Min = 1.50, Max = 5.00					

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.2 และพบว่ามี
ความเครียดจากการทำงานสูง คิดเป็นร้อยละ 41.8 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความเครียดจากการทำงาน (n = 390)

ระดับความเครียดจากการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	227	58.2
สูง	163	41.8

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงส่วนใหญ่พบอยู่ในโรงพยาบาล
นครนายก จำนวน 113 ราย จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลนครนายก 251 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 45 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดนครนายก ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความเครียดจากการทำงาน และประเภทของโรงพยาบาล (n = 390)

โรงพยาบาล	ความเครียดจากการทำงาน			
	ต่ำ		สูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลนครนายก	138	55.0	113	45.0
โรงพยาบาลบ้านนา	38	58.5	27	41.5
โรงพยาบาลองครักษ์	35	76.1	11	23.9
โรงพยาบาลปากพลี	16	57.1	12	42.9

ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะสุขภาพกายของพยาบาลวิชาชีพ

1. การรับรู้การเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย และการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 30 ซึ่งการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นภูมิแพ้ ร้อยละ 38.5 และรองลงมาคือไทรอยด์ ร้อยละ 10.3 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

การรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการเจ็บป่วย	273	70.0
มีการเจ็บป่วย	117	30.0
-ภูมิแพ้	45	38.5
-ไทรอยด์	12	10.3
-กระดูกคอเสื่อม, หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท, ปวดหลัง, ข้อเข่าเสื่อม	8	7.7
-เวียนศีรษะ, ไมเกรน	8	7.7
-ความดันโลหิตสูง	8	6.8
-หอบหืด	8	6.8
-โรคกระเพาะอาหาร	8	6.8
-เบาหวาน	5	4.3
-ก้อนที่เต้านม, มะเร็งเต้านม	5	4.3
-อื่น ๆ	5	4.3
-ตับอักเสบ	4	3.4
-ไขมันในเลือดสูง	3	2.6
-โลหิตจาง, ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD	3	2.6
-ลิ้นหัวใจรั่ว, หัวใจเต้นเร็ว	2	1.7
-สะเก็ดเงิน	2	1.7
-วัณโรคปอด	1	0.9
-ข้ออักเสบรูมาตอยด์	1	0.9

2. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 30.8 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประสบการณ์การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย (n = 390)

การหยุดทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	270	69.2
เคย	120	30.8

3. จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี

กลุ่มตัวอย่างที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่หยุดงานอยู่ในช่วง 1-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 89.2 จำนวนวันเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5.7 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.9 ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามจำนวนวันที่หยุดงานจากการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา (n = 120)

จำนวนวันที่หยุดงานจากการเจ็บป่วยต่อปี	จำนวน	ร้อยละ
1-10 วัน	107	89.2
11-20 วัน	4	3.3
21-30 วัน	6	5.0
มากกว่า 30 วัน	3	2.5
$\bar{x} = 5.7$, S.D. = 9.9, Min = 1, Max = 60		

ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

1. ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกลุ่มอาการทางกาย

1.1 ประเด็นพิจารณาที่ 1 เกี่ยวกับความรู้สึกลึบสบายและมีสุขภาพดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือ แย่กว่าปกติ (ร้อยละ 14.4) ดีกว่าปกติ (ร้อยละ 3.1) และแย่กว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสุขภาพดี (ร้อยละ 85.4) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 1

1.2 ประเด็นพิจารณาที่ 2 เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 79.2) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 17.7) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 2.8) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา (ร้อยละ 96.9) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 2

1.3 ประเด็นพิจารณาที่ 3 เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือ ไม่เลย (ร้อยละ 41.8) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 11.5) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 87.7) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 3

1.4 ประเด็นพิจารณาที่ 4 เกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ ไม่เลย (ร้อยละ 40.0) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 11.5) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 88.2) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 4

1.5 ประเด็นพิจารณาที่ 5 เกี่ยวกับอาการเจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ ไม่เลย (ร้อยละ 40.5) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 11.3) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ (ร้อยละ 88.2) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 5

1.6 ประเด็นพิจารณาที่ 6 เกี่ยวกับความรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 39.7) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 11.8) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ (ร้อยละ 87.9) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 6

1.7 ประเด็นพิจารณาที่ 7 เกี่ยวกับอาการรูบร้อนหรือหนาว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 69.2) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 26.7) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 3.8) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาการรูบร้อนหรือหนาว (ร้อยละ 95.9) ดังตารางที่ 15 ประเด็นที่ 7

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการทางกาย เป็นรายข้อ (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี		
- ดีกว่าปกติ	12	3.1
- เหมือนปกติ	321	82.3
- แย่กว่าปกติ	56	14.4
- แย่กว่าปกติมาก	1	0.3
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา		
- ไม่เลย	309	79.2
- ไม่มากกว่าปกติ	69	17.7
- ก่อนข้างมากกว่าปกติ	11	2.8
- มากกว่าปกติมาก	1	0.3
3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี		
- ไม่เลย	163	41.8
- ไม่มากกว่าปกติ	179	45.9
- ก่อนข้างมากกว่าปกติ	45	11.5
- มากกว่าปกติมาก	3	0.8
4. รู้สึกไม่สบาย		
- ไม่เลย	156	40.0
- ไม่มากกว่าปกติ	188	48.2
- ก่อนข้างมากกว่าปกติ	45	11.5
- มากกว่าปกติมาก	1	0.3

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการทางกาย
เป็นรายข้อ (ต่อ) (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ		
-ไม่เลย	158	40.5
-ไม่มากกว่าปกติ	186	47.7
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	44	11.3
-มากกว่าปกติมาก	2	0.5
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ		
-ไม่เลย	188	48.2
-ไม่มากกว่าปกติ	155	39.7
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	46	11.8
-มากกว่าปกติมาก	1	0.3
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว		
-ไม่เลย	270	69.2
-ไม่มากกว่าปกติ	104	26.7
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	15	3.8
-มากกว่าปกติมาก	1	0.3
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกายในระดับ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.7 ได้คะแนน 1 คะแนนร้อยละ 11.5 ได้คะแนน 2 คะแนนร้อยละ 7.7 ได้คะแนน 3 คะแนนร้อยละ 5.1 ได้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 3.3 ได้คะแนน 5 คะแนนร้อยละ 1.5 ได้คะแนน 6 คะแนนร้อยละ 0.8 ได้คะแนน 7 คะแนนร้อยละ 0.3 จากจุดตัดที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านกลุ่มอาการทางกาย (ร้อยละ 97.3) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการทางกายเป็นรายข้อ (n = 390)

ระดับคะแนนกลุ่มอาการทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	272	69.7
1 คะแนน	45	11.5
2 คะแนน	30	7.7
3 คะแนน	20	5.1
4 คะแนน	13	3.3
5 คะแนน	6	1.5
6 คะแนน	3	0.8
7 คะแนน	1	0.3
$\bar{x} = 0.70$, Min = 0, Max = 7		
รวม	390	100.0

2. ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกลุ่มอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ

2.1 ประเด็นพิจารณาที่ 8 เกี่ยวกับนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 51.5) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 42.1) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 5.9) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาการนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ (ร้อยละ 93.6) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 8

2.2 ประเด็นพิจารณาที่ 9 เกี่ยวกับอาการไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 57.2) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 36.2) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 6.2) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว (ร้อยละ 93.4) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 9

2.3 ประเด็นพิจารณาที่ 10 เกี่ยวกับความรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 54.6) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 40.3) และก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 5.1) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา (ร้อยละ 94.9) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 10

2.4 ประเด็นพิจารณาที่ 11 เกี่ยวกับความรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 62.1) รองลงมาคือ ไม่เลย (ร้อยละ 29.7) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 7.9) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี (ร้อยละ 91.9) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 16

2.5 ประเด็นพิจารณาที่ 12 เกี่ยวกับความรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 67.4) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 31.3) และก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร (ร้อยละ 98.7) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 12

2.6 ประเด็นพิจารณาที่ 13 เกี่ยวกับความรู้สึกว่าเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 57.9) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 38.7) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 3.1) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกว่าเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว (ร้อยละ 96.6) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 13

2.7 ประเด็นพิจารณาที่ 14 เกี่ยวกับความรู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 53.6) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 43.8) และก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 2.6) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา (ร้อยละ 97.4) ดังตารางที่ 17 ประเด็นที่ 14

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับเป็นรายข้อ (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ		
-ไม่เลย	201	51.5
-ไม่มากกว่าปกติ	164	42.1
-ก่อนข้างมากกว่าปกติ	23	5.9
-มากกว่าปกติมาก	2	0.5

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับเป็นรายข้อ (ต่อ) (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว		
- ไม่เลย	223	57.2
- ไม่มากกว่าปกติ	141	36.2
- ค่อนข้างมากกว่าปกติ	24	6.2
- มากกว่าปกติมาก	2	0.5
10. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา		
- ไม่เลย	213	54.6
- ไม่มากกว่าปกติ	157	40.3
- ค่อนข้างมากกว่าปกติ	20	5.1
- มากกว่าปกติมาก	0	0.0
11. รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี		
- ไม่เลย	116	29.7
- ไม่มากกว่าปกติ	242	62.1
- ค่อนข้างมากกว่าปกติ	31	7.9
- มากกว่าปกติมาก	1	0.3
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร		
- ไม่เลย	263	67.4
- ไม่มากกว่าปกติ	122	31.3
- ค่อนข้างมากกว่าปกติ	5	1.3
- มากกว่าปกติมาก	0	0.0
13. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว		
- ไม่เลย	226	57.9
- ไม่มากกว่าปกติ	151	38.7
- ค่อนข้างมากกว่าปกติ	12	3.1
- มากกว่าปกติมาก	1	0.3

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับเป็นรายข้อ (ต่อ) (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
14. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา		
-ไม่เลย	209	53.6
-ไม่มากกว่าปกติ	171	43.8
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	10	2.6
-มากกว่าปกติมาก	0	0.0
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับในระดับ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.8 ได้คะแนน 1 คะแนนร้อยละ 6.7 ได้คะแนน 2 คะแนนร้อยละ 5.4 ได้คะแนน 3 คะแนนร้อยละ 1.8 ได้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 1.3 ได้คะแนน 5 คะแนนร้อยละ 0.5 ได้คะแนน 6 คะแนนร้อยละ 0.5 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับเป็นรายข้อ (n = 390)

ระดับคะแนนกลุ่มอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	327	83.8
1 คะแนน	26	6.7
2 คะแนน	21	5.4
3 คะแนน	7	1.8
4 คะแนน	5	1.3
5 คะแนน	2	0.5
6 คะแนน	2	0.5
$\bar{x} = 0.34$, Min = 0, Max = 6		
รวม	390	100.0

3. ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกลุ่มความบกพร่องทางสังคม

3.1 ประเด็นพิจารณาที่ 15 เกี่ยวกับการหาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 84.1) รองลงมาคือ ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 9.7) มากกว่าปกติ (ร้อยละ 4.1) และน้อยกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถหาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้ (ร้อยละ 88.2) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 15

3.2 ประเด็นพิจารณาที่ 16 เกี่ยวกับการทำอะไรซ้ำกว่าปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 90.3) รองลงมาคือ ซ้ำกว่าปกติ (ร้อยละ 7.7) เร็วกว่าปกติ (ร้อยละ 1.8) และช้ากว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถทำอะไรได้ปกติ (ร้อยละ 92.1) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 16

3.3 ประเด็นพิจารณาที่ 17 เกี่ยวกับความรู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 89.2) รองลงมาคือ ดีน้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 7.7) และดีกว่าปกติ (ร้อยละ 3.1) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้สึกโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี (ร้อยละ 92.3) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 17

3.4 ประเด็นพิจารณาที่ 18 เกี่ยวกับความพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า พอๆ กับตามปกติ (ร้อยละ 84.6) รองลงมาคือ มากกว่าปกติ (ร้อยละ 9.7) น้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 5.6) และน้อยกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป (ร้อยละ 94.3) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 18

3.5 ประเด็นพิจารณาที่ 19 เกี่ยวกับรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 84.9) รองลงมาคือ มากกว่าปกติ (ร้อยละ 9.7) และน้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 5.4) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ (ร้อยละ 94.6) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 19

3.6 ประเด็นพิจารณาที่ 20 เกี่ยวกับรู้สึกที่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 87.7) รองลงมาคือ มากกว่าปกติ (ร้อยละ 7.2) และน้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 5.1) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวม ได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ (ร้อยละ 94.9) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 20

3.7 ประเด็นพิจารณาที่ 21 เกี่ยวกับความสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า เหมือนปกติ (ร้อยละ 87.4) รองลงมาคือ น้อยกว่าปกติ (ร้อยละ 6.9) มากกว่าปกติ (ร้อยละ 5.4) และน้อยกว่าปกติมาก (ร้อยละ

0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ (ร้อยละ 92.8) ดังตารางที่ 19 ประเด็นที่ 21

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคมเป็นรายข้อ (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
15. ทำอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้		
-มากกว่าปกติ	16	4.1
-เหมือนปกติ	328	84.1
-ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ	38	9.7
-น้อยกว่าปกติมาก	1	0.3
16. ทำอะไรช้ากว่าปกติ		
-เร็วกว่าปกติ	7	1.8
-เหมือนปกติ	352	90.3
-ช้ากว่าปกติ	30	7.7
-ช้ากว่าปกติมาก	1	0.3
17. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี		
-ดีกว่าปกติ	12	3.1
-เหมือนปกติ	348	89.2
-ด้นน้อยกว่าปกติ	30	7.7
-ด้นน้อยกว่าปกติมาก	0	0.0
18. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป		
-มากกว่าปกติ	37	9.5
-พอๆ กับตามปกติ	330	84.6
-น้อยกว่าปกติ	22	5.6
-น้อยกว่าปกติมาก	1	0.3

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคมเป็นรายข้อ (ต่อ) (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
19. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ		
-มากกว่าปกติ	38	9.7
-เหมือนปกติ	331	84.9
-น้อยกว่าปกติ	21	5.4
-น้อยกว่าปกติมาก	0	0.0
20. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้		
-มากกว่าปกติ	28	7.2
-เหมือนปกติ	342	87.7
-น้อยกว่าปกติ	20	5.1
-น้อยกว่าปกติมาก	0	0.0
21. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้		
-มากกว่าปกติ	21	5.4
-เหมือนปกติ	341	87.4
-น้อยกว่าปกติ	27	6.9
-น้อยกว่าปกติมาก	1	0.3
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคมในระดับ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.8 ได้คะแนน 1 คะแนนร้อยละ 16.2 ได้คะแนน 2 คะแนนร้อยละ 4.1 ได้คะแนน 3 คะแนนร้อยละ 1.8 ได้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 1.5 ได้คะแนน 5 คะแนนร้อยละ 0.8 ได้คะแนน 6 คะแนนร้อยละ 1.8 ได้คะแนน 7 คะแนนร้อยละ 0.3 จากจุดตัดที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม (ร้อยละ 97.4) ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคมเป็นรายข้อ (n = 390)

ระดับคะแนนกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	288	73.8
1 คะแนน	62	15.9
2 คะแนน	16	4.1
3 คะแนน	7	1.8
4 คะแนน	6	1.5
5 คะแนน	3	0.8
6 คะแนน	7	1.8
7 คะแนน	1	0.3
$\bar{x} = 0.52$, Min = 0, Max = 7		
รวม	390	100.0

4. ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

4.1 ประเด็นพิจารณาที่ 22 เกี่ยวกับความคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 83.1) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 15.9) และค่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 1.0) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า (ร้อยละ 99) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 22

4.2 ประเด็นพิจารณาที่ 23 เกี่ยวกับความรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 86.7) และรองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกที่ชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 23

4.3 ประเด็นพิจารณาที่ 24 เกี่ยวกับความรู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 87.9) และรองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 12.1) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 24

4.4 ประเด็นพิจารณาที่ 25 เกี่ยวกับความคิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่อย่างแน่นอน (ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือ ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น (ร้อยละ 14.6) และมีอยู่บ้างเหมือนกัน (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่า

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความคิดว่าเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง (ร้อยละ 97.9) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 25

4.5 ประเด็นพิจารณาที่ 26 เกี่ยวกับความรู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 28.2) ก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 1.5) และมากกว่าปกติมาก (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกที่บางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก (ร้อยละ 98.2) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 26

4.6 ประเด็นพิจารณาที่ 27 เกี่ยวกับความคิดที่พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่เลย (ร้อยละ 89.5) รองลงมาคือ ไม่มากกว่าปกติ (ร้อยละ 9.7) และก่อนข้างมากกว่าปกติ (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ (ร้อยละ 99.2) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 27

4.7 ประเด็นพิจารณาที่ 28 เกี่ยวกับความคิดที่พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่า ไม่อย่างแน่นอน (ร้อยละ 86.9) รองลงมาคือ ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น (ร้อยละ 10.8) และมีอยู่บ้างเหมือนกัน (ร้อยละ 2.3) ตามลำดับ สรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ (ร้อยละ 97.7) ดังตารางที่ 21 ประเด็นที่ 28

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นรายข้อ (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
22. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า		
- ไม่เลย	324	83.1
- ไม่มากกว่าปกติ	62	15.9
- ก่อนข้างมากกว่าปกติ	4	1.0
- มากกว่าปกติมาก	0	0.0
23. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง		
- ไม่เลย	338	86.7
- ไม่มากกว่าปกติ	52	13.3
- ก่อนข้างมากกว่าปกติ	0	0.0
- มากกว่าปกติมาก	0	0.0

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นรายข้อ (ต่อ) (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป		
-ไม่เลย	343	87.9
-ไม่มากกว่าปกติ	47	12.1
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	0	0.0
-มากกว่าปกติมาก	0	0.0
25. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง		
-ไม่อย่างแน่นอน	325	83.3
-ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	57	14.6
-มีอยู่บ้างเหมือนกัน	8	2.1
-มีแน่ๆ	0	0.0
26. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก		
-ไม่เลย	273	70.0
-ไม่มากกว่าปกติ	110	28.2
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	6	1.5
-มากกว่าปกติมาก	1	0.3
27. พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้นๆ		
-ไม่เลย	349	89.5
-ไม่มากกว่าปกติ	38	9.7
-ค่อนข้างมากกว่าปกติ	3	0.8
-มากกว่าปกติมาก	0	0.0
28. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ		
-ไม่อย่างแน่นอน	339	86.9
-ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	42	10.8
-มีอยู่บ้างเหมือนกัน	9	2.3
-มีแน่ๆ	0	0.0
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงในระดับ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 94.9 ได้คะแนน 1 คะแนนร้อยละ 3.6 ได้คะแนน 2 คะแนนร้อยละ 0.8 ได้คะแนน 3 คะแนนร้อยละ 0.3 ได้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 0.5 จากจุดตัดที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงเป็นรายข้อ (n = 390)

ระดับคะแนนกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	370	94.9
1 คะแนน	14	3.6
2 คะแนน	3	0.8
3 คะแนน	1	0.3
4 คะแนน	2	0.5
$\bar{x} = 0.08$, Min = 0, Max = 4		
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการรวมกันพบคะแนนในระดับ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ได้คะแนน 1 คะแนนร้อยละ 14.6 ได้คะแนน 2 คะแนนร้อยละ 8.2 ได้คะแนน 3 คะแนนร้อยละ 5.6 ได้คะแนน 4 คะแนนร้อยละ 2.8 ได้คะแนน 5 คะแนนร้อยละ 3.3 ได้คะแนน 6 คะแนนร้อยละ 2.8 ได้คะแนน 7 คะแนนร้อยละ 2.3 ได้คะแนน 8 คะแนนร้อยละ 1.5 ได้คะแนน 9 คะแนนร้อยละ 0.5 ได้คะแนน 10 คะแนนร้อยละ 0.3 ได้คะแนน 11 คะแนนร้อยละ 1.0 ได้คะแนน 12 คะแนนร้อยละ 0.8 ได้คะแนน 13 คะแนนร้อยละ 0.3 ได้คะแนน 14 คะแนนร้อยละ 0.5 ได้คะแนน 15 คะแนนร้อยละ 0.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพทุกกลุ่มอาการ
(n = 390)

ระดับคะแนนทุกกลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	215	55.1
1 คะแนน	57	14.6
2 คะแนน	32	8.2
3 คะแนน	22	5.6
4 คะแนน	11	2.8
5 คะแนน	13	3.3
6 คะแนน	11	2.8
7 คะแนน	9	2.3
8 คะแนน	6	1.5
9 คะแนน	2	0.5
10 คะแนน	1	0.3
11 คะแนน	4	1.0
12 คะแนน	3	0.8
13 คะแนน	1	0.3
14 คะแนน	2	0.5
15 คะแนน	1	0.3
$\bar{x} = 1.63$, Min = 0, Max = 15		
รวม	390	100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการคิดคะแนนแบบ GHQ-28 โดยการใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 โดยคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 350 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.7 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับ 0.83 พยาบาลวิชาชีพมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเท่ากับ 8.53 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต (n = 390)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ดี	350	89.7
$\bar{x} = 0.83, S.D. = 1.33, \text{Min} = 0, \text{Max} = 5$		
ไม่ดี	40	10.3
$\bar{x} = 8.53, S.D. = 2.67, \text{Min} = 6, \text{Max} = 15$		
รวม	390	100.0

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพกายด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพกายด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพกายด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพกายด้านการหยุดงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.114	0.025*
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	-0.044	0.396
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.116	0.026*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.121	0.017*
ดัชนีมวลกาย	0.048	0.343
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	-0.030	0.550
ความเครียดจากการทำงาน	0.003	0.958

ผลการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกายของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกาย	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.041	0.421
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	-0.071	0.169
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.022	0.678
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.105	0.038*
ดัชนีมวลกาย	-0.018	0.727
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	-0.028	0.584
ความเครียดจากการทำงาน	0.163	0.001**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.019	0.703
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	0.003	0.947
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.016	0.766
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.050	0.327
ดัชนีมวลกาย	-0.061	0.230
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	0.017	0.739
ความเครียดจากการทำงาน	0.132	0.009**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุ และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคม	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.106	0.036*
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	0.015	0.763
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.094	0.071
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.062	0.224
ดัชนีมวลกาย	0.069	0.176
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	0.039	0.444
ความเครียดจากการทำงาน	0.163	0.001**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.061	0.232
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	0.018	0.732
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.068	0.194
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.096	0.059
ดัชนีมวลกาย	-0.102	0.043
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	0.058	0.256
ความเครียดจากการทำงาน	0.191	0.000**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตโดยภาพรวมทุกด้านของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตโดยภาพรวมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิต โดยภาพรวมทุกด้านของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิตโดยภาพรวมทุกด้าน	
	Pearson Correlation	p-value
อายุ	0.079	0.118
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	-0.023	0.649
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล	0.065	0.214
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.106	0.036*
ดัชนีมวลกาย	-0.015	0.775
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน	0.017	0.734
ความเครียดจากการทำงาน	0.217	0.000**

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย คือ สถานภาพสมรส พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.8 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 34.2 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรส โสด, หม้าย, หย่า, แยก มีถึงร้อยละ 76.9 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และร้อยละ 23.1 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.1 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 24.9 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีถึงร้อยละ 37.5 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และร้อยละ 62.5 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ดัชนีมวลกาย พยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.8 มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย เพียงร้อยละ 26.2 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 51.5 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และร้อยละ 48.5 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าดัชนี

มวดยกมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
($n = 390$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
25-29 ปี	59 (73.8)	21 (26.3)	7.342	0.062
30-39 ปี	144 (74.2)	50 (25.8)		
40-49 ปี	59 (60.2)	39 (39.8)		
50 ปีขึ้นไป	11 (61.1)	7 (38.9)		
สถานภาพสมรส				
โสด, หม้าย, หย่า, แยก	113 (76.9)	34 (23.1)	5.304	0.021*
คู่	160 (65.8)	83 (34.2)		
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	191 (69.7)	83 (30.3)	0.037	0.847
ครอบครัวขยาย	82 (70.7)	34 (29.3)		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	267 (70.4)	112 (29.6)	1.287	0.257
ปริญญาโท	6 (54.5)	5 (45.5)		
ลักษณะงาน				
งานไม่เร่งด่วน	182 (69.7)	79 (30.3)	0.027	0.869
งานเร่งด่วน	91 (70.5)	38 (29.5)		
ตำแหน่งงาน				
ตำแหน่งบริหาร	20 (69.0)	9 (31.0)	0.016	0.899
ตำแหน่งปฏิบัติการ	253 (70.1)	108 (29.9)		

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประเภทงาน				
งานไม่เป็นกะ	77 (64.2)	43 (35.8)	2.809	0.094
งานเป็นกะ	196 (72.6)	74 (27.4)		
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน				
8 ชั่วโมง	236 (69.4)	104 (30.6)	0.437	0.509
มากกว่า 8 ชั่วโมง	37 (74.0)	13 (26.0)		
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล				
1-10 ปี	107 (71.3)	43 (28.7)	11.243	0.010*
11-20 ปี	127 (75.1)	42 (24.9)		
21-30 ปี	36 (57.1)	27 (42.9)		
มากกว่า 30 ปี	3 (37.5)	5 (62.5)		
ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล				
จนกว่าจะเกษียณ	88 (74.6)	30 (25.4)	4.730	0.094
สุขภาพยังแข็งแรง	57 (61.3)	36 (38.7)		
อาจเปลี่ยนอาชีพ	128 (71.5)	51 (28.5)		
รายได้				
ไม่เพียงพอ	76 (71.0)	31 (29.0)	0.074	0.785
เพียงพอ	197 (69.6)	86 (30.4)		
อุบัติเหตุจากการทำงาน				
ไม่เคย	254 (70.2)	108 (29.8)	0.066	0.797
เคย	19 (67.9)	9 (32.1)		
ดัชนีมวลกาย				
ปกติ	239 (73.8)	85 (26.2)	12.926	0.000*
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	34 (51.5)	32 (48.5)		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390)

พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การออกกำลังกาย				
ไม่เคย	121 (69.1)	54 (30.9)	0.111	0.739
เคย	152 (70.7)	63 (29.3)		
การนอนหลับพักผ่อน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	23 (71.9)	9 (28.1)	0.058	0.809
6 ชั่วโมงขึ้นไป	250 (69.8)	108 (30.2)		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การใช้นานอนหลับ				
ไม่เคย	229 (71.6)	91 (28.4)	2.073	0.150
เคย	44 (62.9)	26 (37.1)		

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390) (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยง	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับประทานอาหารมัน				
บางวัน	67 (77.0)	20 (23.0)	2.621	0.105
ทุกวัน	206 (68.0)	97 (32.0)		
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	260 (70.7)	108 (29.3)	1.321	0.250
ดื่ม	13 (59.1)	9 (40.9)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	272 (69.9)	117 (30.1)	0.430	0.512
สูบ	1 (100.0)	0 (0.0)		

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 28.6 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 31.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ความเครียด จากการทำงาน	การรับรู้การเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย	มีการเจ็บป่วย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ	162 (71.4)	65 (28.6)	0.482	0.487
สูง	111 (68.1)	52 (31.9)		

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

คือ อายุ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 73.5 ที่ไม่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 26.5 ที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ 25-29 ปี มีเพียงร้อยละ 56.3 ที่ไม่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และร้อยละ 43.8 ที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ลักษณะงาน พยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานเร่งด่วน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.8 ที่ไม่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 20.2 ที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานไม่เร่งด่วน มีเพียงร้อยละ 64.0 ที่ไม่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และร้อยละ 36.0 ที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
25-29 ปี	45 (56.3)	35 (43.8)	8.294	0.040*
30-39 ปี	141 (72.7)	53 (27.3)		
40-49 ปี	72 (73.5)	26 (26.5)		
50 ปีขึ้นไป	12 (66.7)	6 (33.3)		
สถานภาพสมรส				
โสด, หม้าย, หย่า, แยก	101 (68.7)	46 (31.3)	0.030	0.862
คู่	169 (69.5)	74 (30.5)		
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	190 (69.3)	84 (30.7)	0.005	0.941
ครอบครัวขยาย	80 (69.0)	36 (31.0)		

ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ (ต่อ) (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	265 (69.9)	114 (30.1)	3.004	0.083
ปริญญาโท	5 (45.5)	6 (54.5)		
ลักษณะงาน				
งานไม่เร่งด่วน	167 (64.0)	94 (36.0)	10.195	0.001*
งานเร่งด่วน	103 (79.8)	26 (20.2)		
ตำแหน่งงาน				
ตำแหน่งบริหาร	20 (69.0)	9 (31.0)	0.001	0.974
ตำแหน่งปฏิบัติการ	250 (69.3)	111 (30.7)		
ประเภทงาน				
งานไม่เป็นกะ	75 (62.5)	45 (37.5)	3.686	0.055
งานเป็นกะ	195 (72.2)	75 (27.8)		
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน				
8 ชั่วโมง	239 (70.3)	101 (29.7)	1.408	0.235
มากกว่า 8 ชั่วโมง	31 (62.0)	19 (38.0)		
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล				
1-10 ปี	98 (65.3)	52 (34.7)	4.419	0.220
11-20 ปี	126 (74.6)	43 (25.4)		
21-30 ปี	40 (63.5)	23 (36.5)		
มากกว่า 30 ปี	6 (75.0)	2 (25.0)		
ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล				
จนกว่าจะเกษียณ	131 (73.2)	48 (26.8)	3.103	0.212
สุขภาพยังแข็งแรง	64 (68.8)	29 (31.2)		
อาจเปลี่ยนอาชีพ	75 (63.6)	43 (36.4)		

ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ (ต่อ) (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้				
ไม่เพียงพอ	73 (68.2)	34 (31.8)	0.070	0.791
เพียงพอ	197 (69.6)	86 (30.4)		
อุบัติเหตุจากการทำงาน				
ไม่เคย	254 (70.2)	108 (29.8)	2.069	0.150
เคย	16 (57.1)	12 (42.9)		
ดัชนีมวลกาย				
ปกติ	227 (70.1)	97 (29.9)	0.621	0.431
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	43 (65.2)	23 (34.8)		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย รายละเอียดแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 36 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของ
พยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

พฤติกรรมสุขภาพ	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การออกกำลังกาย				
ไม่เคย	119 (68.0)	56 (32.0)	0.226	0.635
เคย	151 (70.2)	64 (29.8)		
การนอนหลับพักผ่อน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	22 (68.8)	10 (31.3)	0.004	0.951
6 ชั่วโมงขึ้นไป	248 (69.3)	110 (30.7)		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยรายละเอียดแสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การใช้นานอนหลับ				
ไม่เคย	225 (70.3)	95 (29.7)	0.979	0.322
เคย	45 (64.3)	25 (35.7)		
การรับประทานอาหารมัน				
บางวัน	64 (73.6)	23 (26.4)	0.987	0.321
ทุกวัน	206 (68.0)	97 (32.0)		
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	255 (69.3)	113 (30.7)	0.012	0.913
ดื่ม	15 (68.2)	7 (31.8)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	270 (69.4)	119 (30.6)	2.256	0.133
สูบ	0 (0.0)	1 (100.0)		

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยร้อยละ 29.5 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยร้อยละ 32.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ความเครียด จากการทำงาน	การหยุดงานจากการเจ็บป่วย		χ^2	p-value
	ไม่มีการหยุดงาน	มีการหยุดงาน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ	160 (70.5)	67 (29.5)	0.401	0.527
สูง	110 (67.5)	53 (32.5)		

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.9 มีภาวะสุขภาพจิตดี มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีถึงร้อยละ 75.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี และร้อยละ 25.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
25-29 ปี	73 (91.3)	7 (8.8)	3.580	0.311
30-39 ปี	178 (91.8)	16 (8.2)		
40-49 ปี	84 (85.7)	14 (14.3)		
50 ปีขึ้นไป	15 (83.3)	3 (16.7)		

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สถานภาพสมรส				
โสด,หม้าย, หย่า,แยก คู่	132 (89.8)	15 (10.2)	0.001	0.979
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	246 (89.8)	28 (10.2)	0.001	0.970
ครอบครัวขยาย	104 (89.7)	12 (10.3)		
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	340 (89.7)	39 (10.3)	0.017	0.897
ปริญญาโท	10 (90.9)	1 (9.1)		
ลักษณะงาน				
งานไม่เร่งด่วน	232 (88.9)	29 (11.1)	0.626	0.429
งานเร่งด่วน	118 (91.5)	11 (8.5)		
ตำแหน่งงาน				
ตำแหน่งบริหาร	24 (82.8)	5 (17.2)	1.661	0.198
ตำแหน่งปฏิบัติการ	326 (90.3)	35 (9.7)		
ประเภทงาน				
งานไม่เป็นกะ	104 (86.7)	16 (13.3)	1.783	1.182
งานเป็นกะ	246 (91.1)	24 (8.9)		
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน				
8 ชั่วโมง	305 (89.7)	35 (10.3)	0.004	0.949
มากกว่า 8 ชั่วโมง	45 (90.0)	5 (10.0)		

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
(ต่อ) (n = 390)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล				
1-10 ปี	137 (91.3)	13 (8.7)	11.502	0.009*
11-20 ปี	157 (92.9)	12 (7.1)		
21-30 ปี	50 (79.4)	13 (20.6)		
มากกว่า 30 ปี	6 (75.0)	2 (25.0)		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	92 (86.0)	15 (14.0)	2.268	0.132
เพียงพอ	258 (91.2)	25 (8.8)		
ความตั้งใจในการประกอบอาชีพพยาบาล				
จนกว่าจะเกษียณ	166 (92.7)	13 (7.3)	3.976	0.137
สุขภาพยังแข็งแรง	83 (89.2)	10 (10.8)		
อาจเปลี่ยนอาชีพ	101 (85.6)	17 (14.4)		
อุบัติเหตุจากการทำงาน				
ไม่เคย	326 (90.1)	36 (9.9)	0.532	0.466
เคย	24 (85.7)	4 (14.3)		
ดัชนีมวลกาย				
ปกติ	293 (90.4)	31 (9.6)	0.986	0.321
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	57 (86.4)	9 (13.6)		

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต รายละเอียดแสดงในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390)

พฤติกรรมสุขภาพ	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การออกกำลังกาย				
ไม่เคย	154 (88.0)	21 (12.0)	1.048	0.306
เคย	196 (91.2)	19 (8.8)		
การนอนหลับพักผ่อน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	28 (87.5)	4 (12.5)	0.191	0.662
6 ชั่วโมงขึ้นไป	322 (89.9)	36 (10.1)		

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ การใช้นอนหลับ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยใช้นอนหลับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.6 มีภาวะสุขภาพจิตดี มีเพียงร้อยละ 8.4 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่เคยใช้นอนหลับ ร้อยละ 81.4 ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี และมีถึงร้อยละ 18.6 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า การใช้นอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 41

ตารางที่ 41 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การใช้นอนหลับ				
ไม่เคย	293 (91.6)	27 (8.4)	6.408	0.011*
เคย	57 (81.4)	13 (18.6)		

ตารางที่ 41 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)
(n = 390)

พฤติกรรมเสี่ยง	ภาวะสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับประทานอาหารมัน				
บางวัน	82 (94.3)	5 (5.7)	2.474	0.116
ทุกวัน	268 (88.4)	35 (11.6)		
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	330 (89.7)	38 (10.3)	0.034	0.853
ดื่ม	20 (90.9)	2 (9.1)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	349 (89.7)	40 (10.3)	0.115	0.735
สูบ	1 (100.0)	0 (0.0)		

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ มีสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 6.2 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 16.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 42

ตารางที่ 42 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 390)

ความเครียด จากการทำงาน	สุขภาพจิตดี	สุขภาพจิตไม่ดี	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ	213 (93.8)	14 (6.2)	9.866	0.002*
สูง	137 (84.0)	26 (16.0)		

สรุป

จากการศึกษาพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 36.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.17 ปี ส่วนมากปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน (สามัญ) (ร้อยละ 35.6) มีจำนวนร้อยละ 87.2 ที่ปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมง

ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.2 และพบว่ามีความเครียดจากการทำงานสูง คิดเป็นร้อยละ 41.8 และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงส่วนใหญ่พบอยู่ในโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 113 ราย จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลนครนายก 251 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดนครนายก

ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะสุขภาพกาย พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 70 และมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 30 ซึ่งในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นภูมิแพ้ ร้อยละ 38.5 และรองลงมาคือไทรอยด์ ร้อยละ 10.3 พยาบาลวิชาชีพที่มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 30.8 มีจำนวนวันที่หยุดงานอยู่ในช่วง 1-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 89.2

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายในด้านการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ คือ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายในด้านการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ คือ อายุ ลักษณะงาน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ภาวะสุขภาพจิต พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 350 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.7 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับ 0.83 พยาบาลวิชาชีพมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีเท่ากับ 8.53

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล และพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้นานอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

จากการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) อายุของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านความบกพร่องทางสังคมในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกายในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดัชนีมวลกายของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงในเชิงลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการทางกายในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตโดยภาพรวมทุกด้านในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีอัตราเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดี

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ผลการศึกษาผู้วิจัยได้อภิปรายผลเป็นประเด็นสำคัญ

การอภิปรายผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาการวิจัย
2. ระเบียบวิธีวิจัย
3. ผลการวิจัย

3.1 ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

3.2 ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัด นครนายก

ส่วนที่ 1 ความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาการวิจัย

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพของ พยาบาลในประเทศไทยยังมีอยู่จำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อนำ ผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพกาย และจิต ลดปัญหาสุขภาพ และการขาดงาน ลางานของพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพ บริการพยาบาลโดยรวมต่อไป

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลตามระเบียบวิธีวิจัย

2.1 รูปแบบงานวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว

2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Size of sample group)

ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ในจังหวัดนครนายก การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการศึกษานี้เลือกศึกษาพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมด 410 ราย เป็นพยาบาลที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ราย และจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเรียบร้อยครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้จำนวนประชากรตัวอย่าง 395 ตัวอย่าง และได้ทำการตัดประชากรตัวอย่างที่เป็นเพศชายออก ซึ่งมีจำนวน 5 ตัวอย่าง จึงเหลือประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 390 ตัวอย่าง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างจำนวนดังกล่าวมีขนาดที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้

2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample group)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายกทั้งหมด 4 แห่งด้วยกัน โดยแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือโรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือโรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลองครักษ์ และโรงพยาบาลปากพลี ซึ่งการศึกษานี้เลือกศึกษาพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และให้ความร่วมมือในการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (Self report) แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบสอบถามปลายปิดข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ

สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ยานอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้การเจ็บป่วย การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต GHQ-28 ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำมาประเมินภาวะสุขภาพจิตได้ในเบื้องต้น ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน ที่แปลมาจากแบบประเมินสภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน (Psychosocial Working Condition Questionnaire: PWC) ของ วินเดอร์ซาล-เบซิล และคณะ (Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000) ซึ่งมีองค์ประกอบทางจิตวิทยาสังคม 3 ด้าน คือ ข้อเรียกร้องจากงาน อำนาจในการตัดสินใจในงาน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมีจำนวนข้อทั้งหมด 61 ข้อ ซึ่งในรายละเอียดของเครื่องมือมีการประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานในแต่ละด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้มีการนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเนื้อหาส่วนของความเป็นปรนัยโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทดสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้ รายองค์ประกอบ และความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เป็น 0.84 ซึ่งแบ่งเป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน วัดข้อเรียกร้องจากงาน (Job Demand) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.77 วัดอำนาจการตัดสินใจในงาน (Job Control) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.84 วัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.93 ในครั้งนี้แบบสอบถามในแต่ละข้อที่มีค่าความสัมพันธระดับต่ำ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไข โดยศึกษาจากความสอดคล้องภายในของข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนโดยรวม ตามขั้นตอนการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจึงมีคุณภาพเพียงพอในการวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ทำให้คำตอบที่ได้มีความถูกต้องเชื่อถือได้มากขึ้น

2.5 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ตอบแบบสอบถามเองเนื่องจากทำให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านทำความเข้าใจสาระของคำถามด้วยตนเอง และตอบจากความรู้สึกที่แท้จริงโดยไม่จำกัดเวลา มีอิสระในการตอบทำให้

ปราศจากอคติและข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลอื่นๆ เช่น การส่งแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และการอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ส่งผ่านทางหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพราะข้อจำกัดของระยะเวลา และการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นกะ เวิร์ด 2-5 คน ทำให้ไม่สะดวกในการส่งแบบสอบถามด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างโดยตรง จึงไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างโดยตรงเมื่อเกิดข้อสงสัยในแบบสอบถาม แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงสามารถทำความเข้าใจกับข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพได้เป็นอย่างดี ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และคลาดเคลื่อนน้อย

2.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Statistics test)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ได้จำแนกแผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานในหนึ่งวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ยานอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียดจากการทำงาน ภาวะสุขภาพกาย ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาอัตราของความเครียดจากการทำงาน ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test)

ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน กับ ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจากตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรที่มีค่าคะแนนเป็น Interval scale การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน ทำให้ทราบถึงขนาดความสัมพันธ์และทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม

ส่วนที่ 3 การอภิปรายผลการวิจัย

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะประชากรส่วนใหญ่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพจากทั้งจังหวัดนครนายก แต่ความสมบูรณ์ของการตอบ และส่งกลับแบบสอบถามทำให้ข้อมูลที่น่าสนใจของข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 30-39 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 36.2 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน พยาบาลวิชาชีพมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน (สามัญ) มากที่สุด (ร้อยละ 35.6) รองมาคืองานสูติ-นรีเวชกรรม งานห้องคลอด และงานห้องผ่าตัด (ร้อยละ 13.8) อาจเนื่องจากการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วย และอัตราการครองเตียงที่มาก โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลระหว่าง 11-20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) เฉลี่ย 14.17 ปี ส่วนมากมีชั่วโมงการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 45.9 ที่ตั้งใจจะเปลี่ยนอาชีพในอนาคตหากโอกาสอำนวย อีกร้อยละ 30.3 และตั้งใจจะประกอบวิชาชีพพยาบาลเพียงระยะที่สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่ มีเพียงร้อยละ 23.8 ซึ่งข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า ทั้งๆ ที่พยาบาลเกือบทุกคนมีความตั้งใจศึกษาที่จะเป็นพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อเข้าศึกษาการพยาบาล แต่เมื่อประกอบวิชาชีพพยาบาลแล้วกลับเป็นกลุ่มอาชีพที่มีบุคลากรในสายวิชาชีพ ต้องการเปลี่ยนอาชีพมากที่สุดอีกอาชีพหนึ่งจากการค้นพบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (รายละเอียดปรากฏในตารางที่ 4) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจากการที่วิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่มีโอกาสเกิดความเครียดมาก มีภาวะบีบคั้นสูงมาก มีช่วงเวลางานไม่เป็นระบบ ธรรมชาติของงานถูกคาดหวังและถูกเรียกร้องจากทั้งผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนเวลา ปัจจัยเหล่านี้คาดว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มีพยาบาลจำนวนมากประสงค์จะประกอบอาชีพอื่นๆ หากมีโอกาส

รายได้เฉลี่ยต่อประชากรกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20,575.60 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,759.29 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 65.4) และรองลงมาอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 29.7) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารายได้เพียงพอ (ร้อยละ 46.2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน (ร้อยละ 92.8) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 83.1)

3.2 ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก

จากผลการศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายก พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.8) มีความเครียดจากการทำงานสูง และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงส่วนใหญ่พบอยู่ในโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 113 ราย จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลนครนายก 251 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดนครนายก อาจเนื่องจากโรงพยาบาลนครนายกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพจึงมีภาระงานที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

3.3 ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก

3.3.1 ภาวะสุขภาพกาย

จากการศึกษาภาวะสุขภาพกายของพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องของการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีการเจ็บป่วย (ร้อยละ 70) และมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 30 ซึ่งในพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นภูมิแพ้ (ร้อยละ 38.5) และรองลงมาคือไทรอยด์ (ร้อยละ 10.3) มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่หยุดงานอยู่ในช่วง 1-10 วัน (ร้อยละ 89.2) จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5.69 วัน

3.3.2 ภาวะสุขภาพจิต

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการทางกาย

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการทางกาย พบว่ามีคะแนนในระดับ 0-4 คะแนน ร้อยละ 97.3 ระดับ 5 คะแนนขึ้นไปพบร้อยละ 2.6 จากจุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านกลุ่มอาการทางกาย เนื่องจากความต้องการพื้นฐานทางสรีรวิทยา เช่น มีความต้องการอาหาร มีภาวะสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ และสามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอย่างดีเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จึงสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไข ดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง และในส่วนที่มีระดับคะแนนสูงนั้นอาจอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นมีภาวะสุขภาพร่างกายที่มีปัญหาอยู่แล้ว

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ พบว่ามีคะแนนในระดับ 0-4 คะแนน ร้อยละ 99.0 ระดับ 5 คะแนนขึ้นไปพบร้อยละ 1.0 จากจุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตในเกณฑ์ที่ดีด้านกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ คือมีความวิตกกังวลระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ว่า วิชาชีพพยาบาลนั้นได้ถูกฝึกความอดทน ฝึกการอดนอน สามารถนอนหลับได้ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืนตามช่วงเวลาของการพักจากการปฏิบัติงานแล้ว และได้รับการแนะแนวทางการลดความเครียด หลีกเลียงอารมณ์หงุดหงิดในเบื้องต้นก่อนแล้ว ตั้งแต่เริ่มเรียน ประกอบกับขณะที่ปฏิบัติงานจะมีรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์คอยให้คำปรึกษาและหลีกเลียงให้เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานอีกชั้นหนึ่ง ส่วนที่มีคะแนนสูงถึงแม้ว่าจะมีจำนวนน้อยแต่ก็น่าเป็นห่วงเพราะกลุ่มนี้มีการเก็บกอดอารมณ์ไว้ ในทางรูปธรรมควรแนะแนวทางให้หัวหน้างานหรือบุคคลใกล้ชิดช่วยลดความเครียดให้

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม พบว่ามีคะแนนในระดับ 0-4 คะแนน ร้อยละ 97.4 ระดับ 5 คะแนนขึ้นไปพบร้อยละ 2.6 จากจุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพนั้นมีความรับผิดชอบในการทำงานสูง และโดยธรรมชาติของงานต้องทำงานให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่ปฏิบัติงาน เพราะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือนั้นต้องให้ความช่วยเหลือในทันที ไม่สามารถนำงานกลับไปทำที่บ้านได้ จึงมักไม่มีงานค้างค้ำต่อเนื่อง ประกอบกับเมื่อมีเวลาว่างจะไปทำงานเสริมในโรงพยาบาลเอกชน หรือหารายได้เสริมจากการทำงานนอกเวลาราชการแล้ว ส่วนงานในลักษณะงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนเป็นหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลนั้นก็มักจะนำกลับไปทำที่บ้านต่อ จึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาว่างมากนัก

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง

ด้านภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบว่ามีคะแนนในระดับ 0-4 คะแนน ร้อยละ 100.0 จากจุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนนสามารถสรุปโดยภาพรวมได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดีในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ความอดทนสูง เห็นความเจ็บปวดทางร่างกาย การตายมามาก จึงเห็นคุณค่าแห่งการมีชีวิตอยู่

จากข้อสรุปรายด้านดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายกมีภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มอาการทางกาย กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม พบคนที่มีคะแนน 0 ในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนสุขภาพจิตในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงนั้น พบสัดส่วนที่เป็นคะแนนเป็น 0 สูงกว่ากลุ่มอาการอื่นๆ ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายกโดยทั่วไป มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางกาย กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาอาการซึมเศร้าที่รุนแรงนั้น จะเป็นอาการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงเป็นส่วนใหญ่มากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่างๆ ไป เช่น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ทำการศึกษานี้

และจากการวิเคราะห์ในภาพรวม และการแบ่งกลุ่มระหว่างกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดี และกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี โดยใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 ได้ข้อสรุปจากจุดตัดดังกล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายกมีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 89.7 และมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 10.3 (ดังปรากฏในตารางที่ 24) ซึ่งอัตราส่วนกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาจากกลุ่มประชากรอื่นๆ ซึ่งมีธรรมชาติของการดำรงชีวิต สภาพความบีบคั้นทางสังคม และอื่นๆ เช่น การศึกษาของจุมพล สมประสงค์ (2540) ที่ได้ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี จำนวน 250 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย เช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 22.0 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับความพอใจกับงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ และประกอบกับผลการศึกษาที่ตรงกับผลการศึกษาของนภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ (2542) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร จำนวน 250 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย เช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนผู้มีความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 19.1 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับอาชีพมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอินทรา ปัทมินทร และคณะ (2542) ที่ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,301 คน โดยใช้แบบสำรวจภาวะสุขภาพทั่วไป GHQ-28 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนผู้มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตสูงร้อยละ 43.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา จารุโรจน์จินดา (2545) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลจังหวัดนครปฐม จำนวน 365 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย เช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่าในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วน

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 14.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ได้ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 164 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ-12 ฉบับภาษาไทย พบว่าในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 29.9 ซึ่งพบว่าปัจจัยความเครียดจากการทำงานด้านอำนาจการตัดสินใจในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุคลากรที่อยู่ในสายการแพทย์ด้วยกันคือในการศึกษาของอัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2539) ที่ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 128 คน ด้วย GHQ-30 พบว่ามีแพทย์ผู้มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 42.2 และการศึกษาของวันเพ็ญ ชูฤทธิวัฒน์ (2540) ทำการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 341 คน ด้วย GHQ-60 ฉบับภาษาไทย พบว่าผู้มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 24.63

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสายการแพทย์ในส่วนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นนั้น มีประเด็นที่น่าสังเกตและพึงตระหนัก กล่าวคือการศึกษาที่บุคลากรในสายการแพทย์ซึ่งรวมทั้งพยาบาลด้วยนั้นเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจนั้น ยังมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่น่าเป็นห่วง กล่าวคือแม้ว่าในการศึกษารุ่นนี้ในภาพรวมจะมีจำนวนร้อยละ 10.3 ที่ต่ำกว่าการศึกษาของท่านอื่นๆ ดังกล่าวก็จริงอยู่ ทั้งนี้เพราะพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต จึงไม่ยากเปิดเผยถึงภาวะสุขภาพจิตที่ตนเผชิญอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดด้วยตนเองและไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ จึงเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะจากสภาพธรรมชาติของการทำงาน ประกอบด้วยระบบสายงาน และระบบการนับถึระดับชั้นอาวุโสของพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้พยาบาลเกิดความเครียดมากกว่าอาชีพอื่น และเป็นสัญญาณเตือนภัยอย่างดียิ่งในการต้องหาแนวทางแก้ไขโดยเร่งด่วน ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด ดังนั้นหากพยาบาลมาเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเสียเอง ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการต่อสาธารณสุขชนซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงอย่างยากที่จะหลีกเลี่ยงได้

แม้ว่าการเปรียบเทียบผลการศึกษาในครั้งนี้กับผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มอื่นๆ ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายกซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษารุ่นนี้ จะมีกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ด้น้อยกว่าก็ตาม แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เพราะจากจุดตัดคะแนนต่ำ 5/6 ดังกล่าว พบกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 10.3 ซึ่งจำนวน

ดังกล่าวก็ยังเป็นส่วนที่มากพอที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การอยู่ร่วมกันในสังคม และส่งผลกระทบโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้ป่วย

3.4 การทดสอบสมมติฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก

สมมติฐานที่ 1

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา ลักษณะงาน ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะสุขภาพกาย

1. การรับรู้การเจ็บป่วย

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.8 มีการรับรู้ตนเองไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 34.2 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรส โสด, หม้าย, หย่า, แยก มีถึงร้อยละ 76.9 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย และร้อยละ 23.1 ที่มีการรับรู้ตนเองว่าไม่มีการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันท (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่ มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ของ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ร้อยละ 75.1 มี

การรับรู้ว่าการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 24.9 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีเพียงร้อยละ 37.5 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย และร้อยละ 62.5 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันท (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์การทำงานสูงหรือประสบการณ์การทำงานหลายปีมีผลให้พยาบาลมีความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับอายุ ประสบการณ์สูงอายุก็มากขึ้น ดังนั้นโอกาสที่จะมีระดับความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นจึงมีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร วิสุทธิกุล (2540) ศรีชัย วีระมโนทัย (2539) และจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2536)

ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.8 มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 26.2 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมีเพียงร้อยละ 51.5 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย และร้อยละ 48.5 ที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันท (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าดัชนีมวลกายที่ต่างกันมีผลต่อความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน โดยเฉพาะการที่ค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติหรือภาวะอ้วนมีผลต่อความเครียดทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังการศึกษาของรวิวรรณ โรจนวิภาต และศุภชัย แสงรัตนกุล (2531) ที่พบว่าภาวะอ้วนมีผลต่อการเกิดโรคเนื่องจากเมื่อเกิดภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูงย่อมตามมา ซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นในการสูบฉีดเลือด ในขณะที่เดียวกันมักเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว หัวใจขาดเลือด และเกิดเบาหวาน และจากการศึกษาของลินจง โพธิบาล (2538) กนกพร วิสุทธิกุล (2540) ต่างพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีภาวะอ้วน เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย

2. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

อายุ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มี

อายุมากจะมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยมากไปด้วย อาจเป็นไปได้ว่าเป็นธรรมชาติของผู้ที่อายุมากย่อมเจ็บป่วยมากกว่า

ลักษณะงาน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานเร่งด่วน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนเอื้ออำนวยให้ลาหยุดงานได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในขณะที่ลักษณะงานที่เร่งด่วนบังคับให้ไม่สามารถลาป่วยได้ทุกครั้งที่ไม่สบาย

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากจะมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยมากไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนสินี ไชยเอีย และคณะ (2545) ที่ศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า กลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปีที่มีการเจ็บป่วยจะลาบ่อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 1-10 ปี ที่มีการเจ็บป่วย อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่มีอายุงานมากมีระยะเวลาในการสัมผัสกับสารเคมี สารกัมมันตรังสี สารจุลชีพต่างๆ ในบรรยากาศนานกว่ากลุ่มที่ยังทำงานมาไม่นานจึงมีการเจ็บป่วยมากกว่า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากจะมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยมากไปด้วย อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้มากเป็นผู้ทำงานมาก และอาจทำงานนอกเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยได้บ่อยกว่า

ภาวะสุขภาพจิต

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ร้อยละ 92.9 มีภาวะสุขภาพจิตดี มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีเพียงร้อยละ 75.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี และร้อยละ 25.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าตำรวจจราจรที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยอาจจะทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านความคุ้นเคย การ

ปรับตัว ความเครียดจากการทำงาน และลักษณะความสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของตนเอง รู้จักที่จะให้และรับ สามารถระบายความรู้สึกแท้จริงออกมาได้ มีอารมณ์มั่นคง และมีพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มและสังคม

การใช้นานอนหลับ ผลการวิจัยพบว่า การใช้นานอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปได้ตามสมมติฐาน อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มีปัญหาในการนอน ทำให้มีการใช้นานอนหลับมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะสุขภาพจิตดี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จึงเป็นไปได้ตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากจะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าตำรวจจราจรที่มีรายได้เพียงพอมีสุขภาพจิตไม่ปกติ ร้อยละ 20.5 และตำรวจจราจรที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีสุขภาพจิตไม่ปกติสูงขึ้น ร้อยละ 37.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 55.5 และมีรายได้เฉลี่ย 11,566.16 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว มีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ส่งผลให้ตำรวจจราจรต้องเผชิญความเครียดเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องให้การเผชิญความเครียดเพื่อลดระดับให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตราย

สมมติฐานที่ 2

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานต่ำมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 28.6 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 31.9 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กัน แต่เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติแล้ว ไม่พบความสัมพันธ์ อาจเนื่องมาจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้น้อย และอาชีพพยาบาลอาจจะเป็นอาชีพที่ธรรมชาติของงานต้องเผชิญกับภาวะความเครียดมากในด้านปัจจัยจากงานแต่ก็สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหา และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ จนไม่ก่อให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพได้

ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีอัตราเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งจากการศึกษานี้พบพยาบาลวิชาชีพที่มี

ความเครียดจากการทำงานต่ำ มีสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 6.2 เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงมีสุขภาพจิตไม่ดี ถึงร้อยละ 16.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติอธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสภาวะข้อเรียกร้องจากงานสูง ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ เป็นงานที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้อื่นในสถานการณ์ที่ตึงเครียดอยู่บ่อยๆ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพอยู่ในภาวะเครียดจากการทำงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา จารุโรจน์จินดา (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในจังหวัดนครปฐม พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกาย ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสังคม และอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง การที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างสองปัจจัย สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีระดับความเครียดสูงก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาซึ่งปัญหา ก็จะพบในทุกกลุ่มอาการ และพยาบาลที่มีระดับความเครียดต่ำ ก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการในระดับต่ำด้วย จากการศึกษาสภาพความเครียดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอิเล็กทรอนิกส์ ของสุรศักดิ์ บุณตริเวทย์ และตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ (2545) พบว่าคะแนนความเครียดจากการตอบแบบทดสอบความเครียดทั่วไปของกรมสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคะแนนจากความเครียดจากการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยด้านอำนาจการตัดสินใจในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ตำรวจจราจรที่มีอำนาจในการตัดสินใจสูงมีภาวะสุขภาพจิตไม่ปกติร้อยละ 24.0 ส่วนตำรวจจราจรที่มีอำนาจในการตัดสินใจต่ำ พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตสูง ร้อยละ 40.0 อธิบายได้ว่าระบบการทำงานของตำรวจจราจรเป็นระบบงานราชการซึ่งถือปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชา อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้บังคับบัญชา ซึ่งตำรวจจราจรชั้นผู้น้อยต้องปฏิบัติตาม ถึงแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตามจึงก่อให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ หรือเกิดความเครียด เกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลต่อสุขภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งอาจอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงก็ได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก และหาความสัมพันธ์จากตัวแปรดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก โดยแบ่งออกเป็น โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครนายก และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลองครักษ์ และโรงพยาบาลปากพลี โดยมีพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 410 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แผนก/หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อุบัติเหตุจากการทำงาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้นอนหลับ การรับประทานอาหารมัน การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับรู้การเจ็บป่วย การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี ตอนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต GHQ-28 ตอนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน ซึ่งแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2551 จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และสถิติวิเคราะห์ (Analysis statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไค-สแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน หาความสัมพันธ์ของความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะประชากรส่วนใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพในการศึกษารุ่นนี้ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 49.7 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 25.1 อายุสูงที่สุด 60 ปี ต่ำที่สุด 25 ปี จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.3 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 70.3 ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน (สามัญ) มากที่สุด ร้อยละ 35.6 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 มีตำแหน่งปฏิบัติการ ร้อยละ 92.6 ประเภทงานเป็นกะ ร้อยละ 69.2 ซึ่งมีชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ยวันละ 8.68 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.18 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 87.2 และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.17 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.13 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 38.5 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 45.9 พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อประชากรกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20,575.6 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,759.3 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 65.4 และรองลงมาอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 29.7 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.2 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 92.8 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.1

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที เป็นบางวัน เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 53.8 และรองลงมาคือไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 44.9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกเพียงพอต่อการนอนหลับพักผ่อนในแต่ละวัน ร้อยละ 91.8 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 8.2 และจำนวนชั่วโมงของการนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ย 7.09 ชั่วโมง

พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 82.1 และรองลงมาคือใช้เป็นครั้งคราว ร้อยละ 17.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารมันๆ แง

กะทิ อาหารทอด เป็นบางวัน มากที่สุด ร้อยละ 69.5 รองลงมาอื่นๆ ครั้งร้อยละ 22.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.4 โดยรองลงมาคือดื่มบางวันน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 5.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.7 และผู้ที่สูบ ร้อยละ 0.3

2. ความเครียดจากการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการทำงาน ในด้านข้อเรียกร้องจากงานมีค่าเฉลี่ย 3.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 ส่วนในด้านการควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานมีค่าเฉลี่ย 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 และด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดจากงานสูง คิดเป็นร้อยละ 41.8 และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงส่วนใหญ่พบอยู่ในโรงพยาบาลนครนายก จำนวน 113 ราย จากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในโรงพยาบาลนครนายก 251 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดนครนายก

3. ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย ร้อยละ 70.0 และมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 30.0 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นภูมิแพ้ ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือไทรอยด์ ร้อยละ 10.3 มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่หยุดงานอยู่ในช่วง 1-10 วัน ร้อยละ 89.2 จำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5.69 วัน

ภาวะสุขภาพจิต

พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี จำนวน 350 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.7 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับ 0.83 พยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.3 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเท่ากับ 8.53

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน

ปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะสุขภาพทางกาย

1. การรับรู้การเจ็บป่วย

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้การเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย คือ สถานภาพสมรส พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 65.8 มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 34.2 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก มีถึงร้อยละ 76.9 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และมีเพียงร้อยละ 23.1 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ร้อยละ 75.1 มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 24.9 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีเพียงร้อยละ 37.5 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และมีถึงร้อยละ 62.5 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ดัชนีมวลกาย พยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.8 มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 26.2 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมีถึงร้อยละ 51.5 ที่มีการรับรู้ไม่มีการเจ็บป่วย และร้อยละ 48.5 ที่มีการรับรู้มีการเจ็บป่วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

2. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย คือ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.114$, $p < 0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าเป็นธรรมชาติของผู้ที่อายุมากขึ้นจะเจ็บป่วยมากเป็นธรรมดา

ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($\chi^2 = 10.195$, $p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย มากกว่า

พยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานเร่งด่วน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนเอื้ออำนวยให้ลาหยุดงานได้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ในขณะที่ลักษณะงานที่เร่งด่วนบังคับให้ไม่สามารถลาป่วยได้ทุกครั้งที่ไม่สบาย

ประสบการณ์การทำงานในด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.116, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเนลนี ไชยเอีย และคณะ (2545) ที่ศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า กลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปีที่มีการเจ็บป่วยจะลาบ่อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 1-10 ปี ที่มีการเจ็บป่วย อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่มีอายุงานมากมีระยะเวลาในการสัมผัสกับสารเคมี สารกัมมันตรังสี สารจุลชีพต่างๆ ในบรรยากาศนานกว่ากลุ่มที่ยังทำงานมาไม่นานจึงมีการเจ็บป่วยมากกว่า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.121, p < 0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้มากเป็นผู้ทำงานมาก และอาจทำงานนอกเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยได้บ่อยกว่า

ภาวะสุขภาพจิต

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล 11-20 ปี ร้อยละ 90.5 มีภาวะสุขภาพจิตดี มีเพียงร้อยละ 9.5 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมากกว่า 30 ปี มีเพียงร้อยละ 75.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตดี และมีถึงร้อยละ 25.0 ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี

ความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพทางกายและทางจิต

ความเครียดจากการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย และการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.01$ แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีอัตราเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถเสนอแนะดังนี้

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลของการศึกษานี้มาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการด้านสุขภาพกายและจิตให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการให้บริการทางการพยาบาล เช่น การตรวจสุขภาพกายและจิตของบุคลากรอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และมีการจัดระบบรองรับเมื่อพบความผิดปกติ
2. การบริหารจัดการบรรยากาศในการทำงาน เพื่อลดความเครียดจากการทำงานในด้านอื่นๆ ของพยาบาลวิชาชีพ การสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน การสร้างองค์กรให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อเป็นการลดสถานการณ์ที่สร้างความกดดันของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน
3. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ควรมีการจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอกับสภาพงานที่มีความเร่งด่วน และซับซ้อนในแต่ละแผนก

ด้านการบริการ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการการพยาบาล และการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินสถานะด้านสุขภาพ เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติการพยาบาล
2. การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อลดความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิต
3. การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อการผ่อนคลายความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ ที่ต้องเผชิญกับความกดดันรอบด้านอันเป็นผลให้เกิดความเครียดในการทำงาน
4. ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพอนามัย ควรที่จะมีการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในการสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อลดความเครียดจากการทำงาน การสำรวจกระบวนการทำงานที่ส่งผลต่อความเครียดในการทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ด้านวิชาการ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้จัดการอบรม และให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในเรื่องความเครียดจากการทำงาน การจัดการความเครียดในขณะทำงาน เพื่อให้

พยาบาลวิชาชีพพบว่าความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับใด และการจัดการความเครียดในขณะทำงาน

2. พยาบาลวิชาชีพอนามัย ควรนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดจากการทำงานไปประยุกต์ใช้ในระหว่างการทำงาน
3. เผยแพร่ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพให้กับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สนใจทราบเพื่อนำไปศึกษาต่อยอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพกาย และจิตอื่นๆ ที่อาจจะเกิดจากการประกอบอาชีพของพยาบาลวิชาชีพอีก นอกจากความเครียดจากการทำงานแล้ว เช่น ภาวะซึมเศร้า และในเรื่องโรคทางเดินหายใจ ภูมิแพ้
2. ควรมีการนำ Job Demand-Control Model นี้ ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ
3. รูปแบบของงานวิจัย ควรให้มีการศึกษาติดตามพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง ในระยะยาว เพื่อดูปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่จะก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน
4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดอื่นๆ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนประชากรที่ดี
5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเครียดจากการทำงาน เพื่อวิเคราะห์ในรายองค์ประกอบ เพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำไปประเมินผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ ได้ดี
6. การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพควรมีการจัดกลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มให้ชัดเจนในเรื่องลักษณะงาน ประเภทงานเป็นกะเพื่อเปรียบเทียบความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพได้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดจากการศึกษา

1. การนำแบบสอบถามจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ ควรศึกษาจากต้นฉบับ และควรคำนึงถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีข้อมูลบางอย่างอาจมีอคติ เพื่อให้ทราบข้อมูลที่แท้จริงและชัดเจนมากขึ้น ควรใช้วิธีการศึกษาหลายๆ วิธีร่วมกัน เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์
3. กลุ่มตัวอย่างมีเวลาจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจได้ข้อมูลที่ไม่แท้จริง เพื่อให้ทราบข้อมูลที่แท้จริงและชัดเจน ควรใช้วิธีการศึกษาหลายๆ วิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์ ร่วมด้วย

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก

JOB STRESS AND HEALTH STATUS AMONG REGISTERED NURSES UNDER THE
OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH IN
NAKHONNAYOK PROVINCE, THAILAND

ทิพากร สายเพชร 4637648 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรรพรรณ แก้วบุญชู Ph.D.(Medical Science),
พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์ Ph.D.(Nursing), สรวิ อาภรณ์ Dr.(Biologie Human)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงภาวะสังคม และเศรษฐกิจเข้าสู่การพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนชีวิตการทำงานของบุคคลในทุกประเภทของการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดต่อผู้ปฏิบัติงาน จากการสำรวจในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วในแถบทวีปยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น พบว่า ปัญหาความเครียดจากการทำงาน นับวันจะยังมีมากขึ้น และมีความรุนแรงขึ้น โดยที่การมีความเครียดจากงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ

ปัญหาความเครียดจากการทำงาน ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นในประเทศทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ยังให้ความสำคัญกับปัญหาความเครียดจากการทำงานน้อย การแก้ปัญหาอาจมีบางส่วนใหญ่ มุ่งเน้นในเรื่องของการลดความเสี่ยงจากอันตรายของสิ่งแวดล้อมการทำงาน และสภาวะการทำงาน ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดงาน ลางาน เนื่องจากการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การขาดงาน ลางานส่วนหนึ่ง มีสาเหตุมาจากความเครียดจากการทำงาน

จากการที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสุขภาพจากการตั้งรับให้การรักษายาบาลในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีสุขภาพดี การป้องกันโรค การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนทางด้านบริการสุขภาพ จะมุ่งเน้นคุณภาพบริการ ความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการของประชาชน ท่ามกลางการจำกัดด้วยทรัพยากร งบประมาณ ประกอบกับภาระงานที่หลากหลาย และหนักหน่วงของพยาบาล ในขณะที่ยังต้องคงไว้ซึ่งคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับประชาชน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดแก่พยาบาล เนื่องจากต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงาน ต้องพัฒนาสมรรถนะของตนเอง ต้องรับผิดชอบในภาระหน้าที่ทางการพยาบาลซึ่งหนัก และหลากหลาย ประกอบกับกฎเกณฑ์ขององค์การ ระดับมาตรฐานของผลงานมีผลต่อความเครียดของพยาบาลด้วยเช่นกัน

นครนายกเป็นจังหวัดในภาคกลาง ห่างจากกรุงเทพมหานคร 105 กิโลเมตร ซึ่งมีวิสัยทัศน์คือ “เมืองที่มีความอุดมสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อเป็นฐานการท่องเที่ยวและการเกษตรอย่างยั่งยืน” จากยุทธศาสตร์ในการพัฒนาจังหวัด ทำให้มีผลต่อการทำงานในด้านสาธารณสุขด้วยภาระงานที่มากขึ้น จังหวัดนครนายกมีโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดจำนวน 4 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 437 คน (1 ตุลาคม 2548) อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร 1 คนเป็น 569 จากข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 30 คน มีการโยกย้ายจำนวน 8 คน ในรอบปี 2547 สภาพปัญหาเหล่านี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายก ต้องทำงานหนักมากขึ้นซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ และส่งผลกระทบต่อนปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมาได้

ความเครียดจากการทำงานของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลความหมายเกี่ยวกับลักษณะงานของแต่ละบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณงานจริง (Baker & Karasek, 1985) แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม 2 ส่วน คือ ข้อเรียกร้องจากงาน และการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน (Karasek 1998 อ้างใน Stellman eds. 1998) โดยที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองจะส่งผลต่อการเกิดความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากงานสูง แต่มีอำนาจในการตัดสินใจต่ำจะเกิดความเครียดจากงานสูง อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดความเครียด ซึ่งจอห์นสัน (Johnson, 1988) ได้ทำการศึกษาว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ข้อเรียกร้องจากงาน และอำนาจการตัดสินใจในงาน สามารถร่วมกันทำนายผลของการเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากความเครียดจากการทำงานได้ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาลในประเทศไทยยังมีอยู่จำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพกาย และจิต ลดปัญหาสุขภาพ และการขาดงาน ลางานของพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความเครียดจากการทำงาน ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

คำจำกัดความ

ความเครียดจากการทำงาน หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตวิทยาสังคม การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน และการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ประเมินความเครียดจากการทำงานโดยใช้แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน PWC (Psychosocial Working Condition Questionnaire) สร้างขึ้นโดย วินเคอร์ซาล-เบซิล และคณะ จากประเทศโปแลนด์ ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Demand-Control ของ Robert Karasek ประกอบด้วยมาตรวัดทางจิตวิทยา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากการทำงาน 2) การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจในงาน 3) การสนับสนุนทางสังคม คะแนนที่ได้จากการประเมิน จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานสูง ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วมากกว่า 1

กลุ่มที่มีความเครียดจากงานต่ำ ได้แก่กลุ่มที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านข้อเรียกร้องจากงานหารด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงานแล้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1

ภาวะสุขภาพ หมายถึง “ภาวะสมดุลของร่างกายในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ภาวะสมดุลจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป” (Roger, 1992: 27–34) ในการวิจัยครั้งนี้ ภาวะสุขภาพประกอบด้วยภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพกาย หมายถึง “ความมีกำลังของระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบการหายใจ และการสูบฉีดโลหิต กำลังและความทนทานของระบบกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นและสมส่วนของร่างกาย การมีภาวะโภชนาการและน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การใช้สิ่งเสพติดต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ” (Anspaugh DJ, Dignan MB, Anspaugh SL, 2000 อ้างใน กิริมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจริญศรีสร้างสี, 2549; 293) ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินภาวะสุขภาพกายจากการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และจำนวนวันหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเอง มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเองผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง” ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 (General Health Questionnaire-28)

ตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และความเครียดจากการทำงาน ได้แก่ ข้อเรียกร้องจากการทำงาน การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจในงาน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ภาวะสุขภาพกาย ได้แก่การรับรู้การเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยต่อปี
2. ภาวะสุขภาพจิต ที่ครอบคลุมปัญหา 4 ด้าน คือ
 1. อาการทางกาย
 2. อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ
 3. ความบกพร่องทางสังคม
 4. อาการซึมเศร้าที่รุนแรง

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล และความเครียดจากการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก จำนวน 390 คน ที่ปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต และแบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบค่าไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 30-39 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 36.2 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน พยาบาลวิชาชีพมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน (สามัญ) มากที่สุด (ร้อยละ 35.6) รองมาคืองานสูติ-นรีเวชกรรม งานห้องคลอด และงานห้องผ่าตัด (ร้อยละ 13.8) อาจเนื่องจากการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วย และอัตราการครองเตียงที่มาก โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลระหว่าง 11-20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) เฉลี่ย 14.17 ปี ส่วนมากมีชั่วโมงการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพพยาบาลจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 45.9 ที่ตั้งใจจะเปลี่ยนอาชีพในอนาคตหากโอกาสอำนวย อีกร้อยละ 30.3 และตั้งใจจะประกอบวิชาชีพพยาบาลเพียงระยะที่สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่ มีเพียงร้อยละ 23.8 ซึ่งข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า ทั้งๆ ที่พยาบาลเกือบทุกคนมีความตั้งใจศึกษาที่จะเป็นพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อเข้าศึกษาการพยาบาล แต่เมื่อประกอบวิชาชีพพยาบาลแล้วกลับเป็นกลุ่มอาชีพที่มีบุคลากรในสายวิชาชีพ ต้องการเปลี่ยนอาชีพมากที่สุดอีกอาชีพหนึ่งจากการค้นพบในการศึกษานี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจากการที่วิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่มีโอกาสเกิดความเครียดมาก มีภาวะบีบคั้นสูงมาก มีช่วงเวลาการทำงานไม่เป็นระบบ ธรรมชาติของงานถูกคาดหวังและถูกเรียกร้องจากทั้ง

ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนเวลา ปัจจุบันเหล่านี้คาดว่าจะเป็นส่วนสำคัญที่มีพยาบาลจำนวนมากประสงค์จะประกอบอาชีพอื่นๆ หากมีโอกาส

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 20,575.60 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7,759.29 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 65.4) และมีความคิดเห็นว่ารายได้เพียงพอ ร้อยละ 46.2 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 92.8 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.1

2. ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.8) มีความเครียดจากการทำงานสูง เนื่องมาจากมีข้อเรียกร้องจากการทำงานสูง และอำนาจในการตัดสินใจในงานต่ำ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูงส่วนใหญ่พบอยู่ในโรงพยาบาลนครนายก ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดนครนายก อาจเนื่องจากโรงพยาบาลนครนายกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพจึงมีภาระงานที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

3. ภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ร้อยละ 30 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภูมิแพ้ (ร้อยละ 38.5) และรองลงมาก็คือ ไทรอยด์ (ร้อยละ 10.3) มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 30.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่หยุดงานอยู่ในช่วง 1-10 วัน (ร้อยละ 89.2) จำนวนวันเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 5.69 วัน

พยาบาลวิชาชีพในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 89.7 และมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 10.3 ซึ่งอัตราส่วนกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีขึ้นนั้นจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างต่ำ และมีภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มอาการทางกาย กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการความบกพร่องทางสังคม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาอาการซึมเศร้าที่รุนแรงนั้น จะเป็นอาการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงเป็นส่วนใหญ่มากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับทั่วๆ ไป

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพกาย

1. การรับรู้การเจ็บป่วย

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย ($\chi^2 = 5.304, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทร (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสถานภาพสมรสต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย ($\chi^2 = 11.243, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทร (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์การทำงานสูงหรือประสบการณ์การทำงานหลายปีมีผลให้พยาบาลมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับอายุ ประสบการณ์สูงอายุก็มากขึ้น ดังนั้นโอกาสที่จะมีระดับความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอล และน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นจึงมีตามไปด้วย

ดัชนีมวลกาย ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย ($\chi^2 = 12.926, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทร (2543) ที่ศึกษาลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าดัชนีมวลกายที่ต่างกันมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินมีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด

2. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย

อายุ ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.114, p < 0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าเป็นธรรมชาติของผู้ที่อายุมากย่อมจะเจ็บป่วยมากเป็นธรรมดา

ลักษณะงาน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($\chi^2 = 10.195, p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนมีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานเร่งด่วน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าลักษณะงานที่ไม่เร่งด่วนให้อำนวยความสะดวกให้ลาหยุดงานได้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในขณะที่ลักษณะงานที่เร่งด่วนบังคับให้ไม่สามารถลาป่วยได้ทุกครั้งที่ไม่สบาย

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.116, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเนสินี ไชยเอีย และคณะ (2545) ที่ศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า กลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปีที่มีการเจ็บป่วยจะน้อยกว่ากลุ่มที่ทำงาน 1-10 ปี ที่มีการเจ็บป่วย อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่มีอายุงานมากมีระยะเวลาในการสัมผัสกับสารเคมี สารกัมมันตรังสี สารจุลชีพต่างๆ ในบรรยากาศนานกว่ากลุ่มที่ยังทำงานมาไม่นานจึงมีการเจ็บป่วยมากกว่า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการวิจัยพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ($r = 0.121, p < 0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีรายได้มากเป็นผู้ทำงานมากและอาจทำงานนอกเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยได้น้อยกว่า

ภาวะสุขภาพจิต

ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ($\chi^2 = 11.502, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าตำรวจจราจรที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยอาจจะทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านความคุ้นเคย การปรับตัว ความเครียดจากการทำงาน และลักษณะความสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของตนเอง รู้จักที่จะให้และรับ สามารถระบายความรู้สึกแท้จริงออกมาได้ มีอารมณ์มั่นคง และมีพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มและสังคม

การใช้นอนหลับ ผลการวิจัยพบว่า การใช้นอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ($\chi^2 = 6.408, p < 0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มีปัญหาในการนอน ทำให้มีการใช้นอนหลับมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะสุขภาพจิตดี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.106, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ จิรภัทรสกุล (2546) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าตำรวจจราจรที่มีรายได้เพียงพอมีปัญหาสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 20.5 ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีถึงร้อยละ 37.4 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอาจส่งผลให้ มีการะเร่ร่อนค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดเพราะต้องรักษามาตรฐานการดำเนินชีวิต

ความเครียดจากการทำงาน ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต ($r = 0.217, p < 0.01$) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง มีอัตราเสี่ยงทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตไม่ดี อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีสภาวะข้อเรียกร้องจากงานสูง ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ เป็นงานที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้อื่นในสถานการณ์ที่ตึงเครียดอยู่บ่อยๆ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพอยู่ในภาวะเครียดจากการทำงานมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา จารุโรจน์จินดา (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในจังหวัดนครปฐม พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มอาการทางกาย ความวิตกกังวล ความบกพร่องทางสังคม และอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง การที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างสองปัจจัย สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลที่มีระดับความเครียดสูงก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาซึ่งปัญหาก็จะพบในทุกกลุ่มอาการ และพยาบาลที่มีระดับความเครียดต่ำ ก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มอาการในระดับต่ำด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลของการศึกษานี้มาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการด้านสุขภาพกายและจิตให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ เช่น การตรวจสุขภาพกายและจิตของบุคลากรอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และมีการจัดระบบรองรับเมื่อพบความผิดปกติ

2. การบริหารจัดการบรรยากาศในการทำงาน เพื่อลดความเครียดจากการทำงานในด้านอื่นๆ ของพยาบาลวิชาชีพ การสร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน การสร้างองค์กรให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อเป็นการลดสถานการณ์ที่สร้างความกดดันของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน
3. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ควรมีการจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอกับสภาพงานที่มีความเร่งด่วน และซับซ้อนในแต่ละแผนก

ด้านการบริการ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการการพยาบาล และการดูแลสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินสถานะด้านสุขภาพ เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติการพยาบาล
2. การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อลดความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต
3. การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อการผ่อนคลายความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ ที่ต้องเผชิญกับความกดดันรอบด้านอันเป็นผลให้เกิดความเครียดในการทำงาน
4. ในบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัย ควรที่จะมีการพัฒนาบุคลากรพยาบาลในการสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อลดความเครียดจากการทำงาน การสำรวจกระบวนการทำงานที่ส่งผลต่อความเครียดในการทำงานเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ด้านวิชาการ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้จัดการอบรม และให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในเรื่องความเครียดจากการทำงาน การจัดการความเครียดในขณะทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรับทราบถึงความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับใด และการจัดการความเครียดในขณะทำงาน
2. พยาบาลอาชีวอนามัย ควรนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดจากการทำงานไปประยุกต์ใช้ในระหว่างการทำงาน
3. เผยแพร่ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพให้กับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สนใจทราบเพื่อนำไปศึกษาต่อยอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพกาย และจิตอื่นๆ ที่อาจจะเกิดจากการประกอบอาชีพของพยาบาลวิชาชีพอื่น นอกจากความเครียดจากการทำงานแล้ว เช่น ภาวะซึมเศร้า และในเรื่องโรคทางเดินหายใจ ภูมิแพ้
2. ควรมีการนำ Job Demand–Control Model นี้ ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในทีมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ
3. รูปแบบของงานวิจัย ควรให้มีการศึกษาติดตามพยาบาลวิชาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานสูง ในระยะยาว เพื่อดูปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่จะก่อให้เกิดโรคจากการทำงาน
4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดอื่นๆ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนประชากรที่ดี
5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเครียดจากการทำงาน เพื่อวิเคราะห์ในรายองค์ประกอบ เพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำไปประเมินผู้ประกอบการอาชีพอื่นๆ ได้ดี
6. การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพควรให้มีการจัดกลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มให้ชัดเจนในเรื่องลักษณะงาน ประเภทงานเป็นกะเพื่อเปรียบเทียบความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพได้อย่างชัดเจน

JOB STRESS AND HEALTH STATUS AMONG REGISTERED NURSES UNDER
THE OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH IN NAKHONNAYOK PROVINCE, THAILAND

TIPAGORN SAIPECH 4637648 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAWAN KAEWBOONCHOO, Ph.D.
(Medical Science), PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.(Nursing),
SARA ARPHON, Dr.biol. Hum.(Toxikologie)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale of the Study

Due to the social and economic changes of industrial development, persons in all occupations face new challenges in their working and living conditions. These changes cause job stress. Studies in many developed countries have found that job stress problems tend to increase and result in more serious violence. In addition, job stress over long periods of time affects both physical and mental health status.

Problems about job stress receive more attention from those in Europe, the USA and Japan, which are industrialized countries. However, in developing countries include Thailand, these problems receive less interest. Solving occupational problems, frequently reduces risk in the workplace environment and dangers from working, but these solutions can't reduce sick leave problems caused by job stress.

The Public Health revolution in Thailand resulted in health policy change to holistic care through attention to physical, psychological, social and spiritual elements. Health policy respects pro-active health services emphasizing quality improvement, coverage and access to care. This should include health promotion,

prevention, cure and recovery. These changes impacted nurses' level of job stress because they were required to change their working style, improve their self development and adapt to the new organization system.

Nakhonnayok is one of the central provinces of Thailand, 105 kilometres from Bangkok. The vision of Nakhonnayok province is "To be the city of plentiful natural resources for tourists and permanent home for agriculture development". According to the strategy for development of Nakhonnayok province, those working in public health will have an increased load. There are 4 hospitals under the office of the permanent secretary, Ministry of Public Health in Nakhonnayok province: Nakhonnayok, Banna, Ongkharak and Pakplee hospital. Nurses in Nakhonnayok consist of 437 registered nurses (1 October 2005). Therefore, the ratio of officials per population is 1:569. According to information from one community hospital in Nakhonnayok that has 30 registered nurses, 8 registered nurses transferred in 2004. Nurses in Nakhonnayok have to work hard with larger work loads, which may be the cause of job stress in registered nurses and impact their health status.

Job stress in each individual depends on perception and response to the job, but it does not depend upon the real load of work (Baker and Karasek, 1985). There was a perceived substantial imbalance between demand and response capability under conditions where failure to meet demand had important perceived consequences. A person with high job demand and low decision latitude (control) in the work place causes high strain. Johnson, 1988 indicated that stress related to social support, job demand and decision latitude was able to predict illness.

Therefore, the researcher would like to study job stress and health status among registered nurses. The results from this study will have benefits in planning programs and developing the work environment for registered nurses in order to support improved physical and mental health.

Objectives of the Study

General objective

To study the relationship between job stress and health status of registered nurses who work in the hospitals under the office of the permanent secretary, Ministry of Public Health in Nakhonnayok province.

Specific objectives

1. To examine job stress and to explore health status of registered nurses.
2. To study correlation among personal factors and job stress, and health status of registered nurses.

Definition

Job stress is the interaction of the body and the work environment that consists of job demand, decision latitude and social support. This research utilized the psychosocial working condition questionnaire (PWC) to created by Winderzal-Bazyl and Cieslak, 2000. It was developed by Robert Karasek based on the demand-control model to consist of three factors; psychological demand, decision latitude, and social supports. Scores from this questionnaire will be divided into 2 groups.

High strain group are those that get the ratio of average score in work requirement per controlling or decision latitude more than 1.

Non-High strain group are those that get the ratio of average score in work requirement per controlling or decision latitude less than 1.

Health status indicates the state of the body when interacting with the environment. The state of equilibrium occurs when the individual is situated in the appropriate environment but the probability of each person is different (Roger, 1992).

Physical health status means, “powerfulness of several organisms systems such as respiration system and circulation system, power and tendency of muscular system, elasticity and fitness of body, appropriate nutrition and body weigh, without drug addiction, enough sleeping and relaxation.” (Kamolratanakul P. and Jiamjarasungsri W. Ref. from Anspaugh DJ, Dignan MB, Anspaugh SL, 2000). This research evaluates physical health status from perception of illness and sick leave.

Mental health status means, “The happiness in life that results from opinions and mood management, the appropriate expression to yourself, others and society, and the last reason is creativeness under the changes of environment and times”. (Division of Psychological Health, Ministry of Public Health). This research evaluates the mental health status from Thai GHQ-28 (General Health Questionnaire-28).

Variables

- Independent variables:
- 1) Personal factors such as age, marital status, type of family, working experience, income and health behavior.
 - 2) Job stress which was assessed from job demand, decision latitude and social support.

Dependent variable: Health status which consisted of physical health status. This was assessed using perception of illness, sick leave, duration of sick leave and mental health status. Mental health status was evaluated by factors such as somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and severe depression.

Methodology

This study was conducted using a cross-sectional survey technique to analyze the relationship between personal factors and the health status and also between job stress and health status of registered nurses who work in the hospitals of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Nakhonnayok province. The research instrument was a questionnaire divided into 3 parts. The first part was about personal factors, second part was about mental health status and the last part was about psychosocial working conditions. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to describe the characteristics of the sample. Inferential statistics: Chi-square and Pearson's product moment correlation coefficient were applied to test hypotheses.

Result of the Study

1. Personal factors

In this research, the study populations were female. Most were aged in the range 30-39 years (37.7%). The average age was 36.2 years. More than half of the registered nurses were married (62.3%). Most worked in general wards (35.6%) and 13.87% worked in obstetric & gynecology, labor room and operation room. Most had 11-20 years work experience in nursing (43.3%). The average length of work

experience in nursing was 14.17 years. Most of the registered nurses worked 8 hours per day. The subjects stated that their job was physically and mentally demanding.

Most intended to work in the nursing profession until retirement (45.9%). Almost one third intended to leave the profession in the future (30.3%) and other intended to work in the nursing profession as long as their health allowed (23.8%). This study showed that despite having concentrated their education to become registered nurses, after starting work, many wanted to leave the nursing profession. Reasons included high job stress, high pressure, uncertainty of shift work, high expectations from patients, and demands from relatives.

Average income per month of registered nurses is 20,575.60 Baht with standard deviation at 7,759.29. Most had average monthly income over 15,000 Baht (64.5%), and nearly half considered their pay to be sufficient (46.2%). Most of the registered nurses had never been injured by accident in the workplace (92.8%). Most had normal body mass index (83.1%).

2. Job stress

The results indicated that half of the registered nurses have high job stress (41.8%) due to high job demand and low decision latitude. In addition, most of them work in Nakhonnayok hospital. Because Nakhonnayok hospital is a general hospital, the registered nurses in Nakhonnayok hospital may have a higher work load than the nurses in community hospitals in Nakhonnayok province.

3. Health status

30% of the registered nurses perceived themselves to have an illness; mostly allergy (38.5%) or thyroid problems (10.3%). Nearly one third (30.8%) of the registered nurses took sick leave; most of them (89.2%) took 1-10 days sick leave. Averages sick leave is 5.69 days.

Most of the registered nurses in Nakhonnayok province had good mental health status (89.7%) but a few of them had poor mental health status (10.3%). The ratio of the group that has problems about mental health is in the low level. The group with severe depression is smaller than the groups reporting other symptoms such as

anxiety and insomnia, somatic symptoms and social dysfunction. Severe depression is one symptom of persons who have serious mental health problems.

Discussion

Health status

Physical Health Status

1. Perception of illness

Marital status: there was a significant relationship between marital status and perception of illness ($\chi^2 = 5.304$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Juthamas Janthorn (2000) on “Population characteristics, working conditions, stress, self-regulation and health risks of cardiovascular diseases among health providers in general hospitals under the department of medical services, Bangkok metropolis. Marital status was found to be significantly associated with risk of cardiovascular diseases.

Work experience of nursing: there was a significant relationship between work experience of nursing and perception of illness ($\chi^2 = 11.243$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Juthamas Janthorn (2000) on “Population characteristics, working conditions, stress, self-regulation and health risks of cardiovascular diseases among health providers in general hospitals under the department of medical services, Bangkok metropolis. Work experience was found to be significantly associated with risk of cardiovascular diseases. The older registered nurses normally have more work experience than young persons, therefore they have more risk of cardiovascular diseases.

Body mass index: there was a significant relationship between body mass index and perception of illness ($\chi^2 = 12.926$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Juthamas Janthorn (2000) on “Population characteristics, working conditions, stress, self-regulation and health risks of cardiovascular diseases among health providers in general hospitals under the department of medical services, Bangkok metropolis. Difference of body mass index affects to risk of cardiovascular diseases. Especially, overweight affects to risk of cardiovascular diseases.

2. Sick leave

Age: there was a positive and significant relationship between age and sick leave ($r = 0.114$, $p < 0.05$). Normally, old persons may be sick more often than young persons.

Work type: there was a significant relationship between work type and sick leave ($\chi^2 = 10.195$, $p < 0.001$). Registered nurses who did not work with urgent conditions took sick leave more than those who worked with urgent conditions. Nursing staff that work with urgent conditions may be more constrained, therefore they can not take sick leave often while those whose work is not urgent can.

Work experience of nursing: there was a positive and significant relationship between age and sick leave ($r = 0.116$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Naesinee Chaiear, et al. (2002) on “Sickness Absence among Nursing Staff of Srinagarind Hospital” which showed that nursing staff who have more than 20 years of work experience took sick leave more often than nursing staff who have only 1 to 10 years of work experience. There are several potentially harmful substances that an individual can be exposed to in a hospital such as chemical reagents, radiation, virus, bacteria, or nosocomial agents. These exposures may be the major causes of sick leave among nursing staff, especially long term staff who may have had more exposure.

Income: there was a positive and significant relationship between income and sick leave ($r = 0.121$, $p < 0.05$). The registered nurses with higher income normally work hard and may have another part time job. Therefore they may not have enough time to relax and as result take sick leave more often.

Mental Health Status

Work experience of nursing: there was a significant relationship between work experience of nursing and mental health status ($\chi^2 = 11.502$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Suparat Jirapattarasakul (2003) on “Occupational stress and health status among traffic policemen in Samutprakarn province” which showed that inexperienced traffic policeman had to face many problems. These included adapting to their work, occupational stress, decision latitude, and responsibility.

Use of sleeping pills: there was a significant relationship between use of sleeping pills and mental health status ($\chi^2 = 6.408$, $p < 0.05$). The registered nurses who had poor mental health status may have had problems sleeping and had to use sleeping pills more than those who had good mental health status.

Income: there was a positive and significant relationship between income and mental health status ($r = 0.106$, $p < 0.05$). This conforms to the study of Suparat Jirapattarasakul (2003) on “Occupational stress and health status among traffic policemen in Samutprakarn province” which indicated that 20.5% of traffic policeman with sufficient income reported psychological problems compared to 37.4% in the group with insufficient income. Those reporting insufficient income were mostly married which may indicate higher costs to support their families and maintain living standards. This in turn may result in higher stress levels.

Job stress: there was a positive and significant relationship between job stress and mental health status ($r = 0.217$, $p < 0.01$). This indicated that registered nurses with high job stress risk developing mental health problems. Registered nurses face high demands in the workplace, they must work quickly and frequently deal with people in serious situations. This conforms to the study of Puthara Charuroadchinda (2002) on “Relationship between stress and mental health of nurses in Nakhonpathom”, which found a correlation between job stress and mental health status in aspects of somatic symptoms, anxiety symptoms, social dysfunction and severe depression. Positive correlation between these two factors can be explained as registered nurses who have high job stress also have a high level of mental health problems. Those with low job stress, reported low levels of mental health symptoms.

Suggestions

Recommendations based on Research Results

Administrative

1. The results of the study can be used as a database to improve the nursing services. Administrators and nurses should work together to set up a plan that is suitable in a hospital. For example, personnel could undergo physical and mental

screening once a year. A plan of action should be established for those cases whose screenings indicate abnormality.

2. Managers and administrators should create a healthy work environment by promoting unity and discouraging situations that create pressure on registered nurses which is related to job stress.

3. Human resource management should be concerned about employee health. Immediate steps should be taken to serve those employees with urgent and complicated cases in each department.

Services

1. The questionnaire utilized in this study can be used as a basic screening test to evaluate the health of registered nurses.

2. Arrange work activities to reduce job stress for registered nurses in order to improve their mental health status.

3. Provide appropriate support and welfare for those registered nurses who have been working under pressure.

4. Conduct a survey on working processes that affect job stress. Survey results should be used to solve problems that occur in the working process. Moreover, the survey will help improve the work environment.

Academics

1. The result of this study can be used as data in order to conduct a training program for registered nurses.

2. Occupational nurses should apply their knowledge about stress management while performing their tasks.

3. Dissemination of the significant relationship between job stress and health status to other public health units and organizations.

Recommendations for further study

1. Future research about physical and mental health status, such as depression, respiratory disease and allergy, resulting from job stress should be undertaken.

2. The Job Demand-Control Model should be used to study other groups of medical personal.

3. There should be a cohort study to follow nurses working under highly stressful conditions. This would allow the exploration of risk factors, which affect health status derived from work conditions.

4. Nurses in another province should be studies so that results may be generalized.

5. There should be a comparative study of job stress assessment tools. These tools should be consistent enough to be appropriate to assess those in other occupations.

6. It would be advantageous if studies of nurses could clearly classify work characteristics and shift work.

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร วิสุทธุกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกรัตน์ สุชะกุงตะ. (2537). ความเครียด-คล้ายเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 25(1); 7-15.
- กรมสุขภาพจิต (2545). โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล. (2544). การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจริยธรรม. (2545). แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- จันทร์จิรา ลิ้มถาวร. (2546). ความเครียดของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ทางประสาทศัลยกรรมในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2536). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.
- จุฑามาศ จันทร (2543). ลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเองและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุมพล สมประสงค์. (2540). การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตเวชศาสตร์, 42: 84-196.

- ชื่นชม เจริญยุทธ. (2543). แนวโน้มการพยาบาลและผดุงครรภ์หลังปี ค.ศ. 2000. วารสารพยาบาลศาสตร์, 18(3); 4-15.
- ชุมพล กาไวย์. (2546). ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่อยู่รอบโรงงานเครื่องปั้นดินเผา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถวัลย์ พบลาภ (2544). ความเครียดในการทำงานและความดันโลหิตสูง: ทดสอบตัวแบบความสัมพันธ์ในตำรวจภูธรจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, พิสมัย เสรีจรกิจเจริญ และจิตพรรณ ภูษาภักดิ์ภพ. (2544). การประเมินความเครียดจากการทำงานของพนักงานผู้ทำงานในสำนักงานของโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ แสนมาโนช. (2543). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร สภาพความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1); 2-17.
- ธาดา อุดมธาดา. (2546). ภาวะสุขภาพของประชาชนที่อพยพจากการขยายเหมืองลิกันต์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิวัฒน์ วชิรปราการ. (2542). การพัฒนาระบบราชการในภาวะวิกฤติ. วารสารข้าราชการ, 44(3); 6-10.
- นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. (2542). การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร, 1(3); 178-183.
- เนสินี ไชยเอื้อ และคณะ. (2545). การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร, 17(3); 171-179.
- ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร. (2544). การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ประนอม โอทกานนท์. (2547). **ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2549 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประเวศ วะสี. (2547). **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- พัชรา จารุโรจน์จินดา. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมลวรรณ ทิพาคำ. (2543). **ความเครียดในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 10**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2543). การหาความสุขให้ตนเองของพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 18(4); 78-80.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วิโรจน์ เจียมจรัสสร้างมี. (2549). แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ “สุขภาวะ” และ “การสร้างเสริมสุขภาพ”. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**, 50(5); 293.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- รวีวรรณ ไรจน์วิภาต และศุภชัย แสงรัตนกุล. (2531). **โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากรระดับเฉพาะสาขาวิชาชีพในมหาวิทยาลัยมหิดล**. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถัดดา แซ่เลี้ยว. (2547). **ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลินจง โปธิบาล. (2538). ความทุกข์ของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย. **พยาบาลสาร**, 22(มกราคม-มีนาคม); 1-11.
- วรัญญา วงศ์ประสิทธิ์. (2540). **การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความเครียดในบทบาทกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันพิณ ฐฤติศักดิ์ฉัตร. (2540). **การสำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 42(2); 88-99.

- วิไล สุธีรางกูร. (2544). การประเมินภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรชัย วีรมโนมัย. (2539). ศึกษาระดับโคเลสเตอรอลประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารกรมการแพทย์ 22(มกราคม-มีนาคม); 350-355.
- สภาการพยาบาล. (2546). ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สภาการพยาบาล. from file: <http://www.tnc.or.th/knowledge/know01.html>
- สภาการพยาบาล. (2546). คุณลักษณะพยาบาลที่ให้บริการคาดหวังและพึงพอใจ. สภาการพยาบาล. from file: <http://www.tnc.or.th/knowledge/know08.html>
- สมสร เชื้อหิรัญ. (2532). คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. (2542). พัฒนาการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ประชุมการช่าง จำกัด.
- สุรพจน์ วงศ์ใหญ่. (2552). การปรับสมดุลแบบสุขภาพองค์รวม. คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต. from file: http://www.rsu.ac.th/oriental_med/article12.html
- สุภารัตน์ จิรภัทรสกุล. (2546). ความเครียดจากการทำงานกับภาวะสุขภาพของตำรวจจราจรในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ และตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์. (2545). สภาพความเครียดจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอิเล็กทรอนิกส์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 11(3); 312-316.
- เสริมศรี สันตติ และคณะ. (2545). พันธนาการที่พยาบาลต้องปลดปล่อย. วารสารสภาการพยาบาล, 17(2); 85-87.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การสาธารณสุขไทย 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อนุวัฒน์ สุขขติกุล. (2542). ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรุณี จิระกรานนท์. (2546). ปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียดกับพยาบาล กรณีศึกษา ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2539). ปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามารับดี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41(2); 87-98.
- อัญชลี ศรีสวัสดิ์. (2544). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร โอตระกูล. (2540). **สุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- อินทรา ปัทมินทร และคณะ. (2542). การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารจิตวิทยาคลินิก**, 30(2); 42-48.

ภาษาอังกฤษ

- Baker DB. (1985). "The Study of Stress at Work." **Annual Review of Public Health**, 6; 367-381.
- Cassmeyer, L.V., Mitchell, H.P. and Betrus, A.P. (1995). **Medical-surgical nursing**. United States of America: Mosby-Book, Inc; 162-163.
- Cooper, R.K. (1986). "**Occupational Stress in Police work (Gender Difference, Social Support, Job Satisfaction, Burnout)**". Minnesota: Ph.d.Thesis, University of Minnesota.
- Fauvel, J. P., Quelin, P., Ducher, M., Rakotomalala, H., & Laville, M. (2001). Perceived Job Stress but not Individual Cardiovascular Reactivity to Stress Is Related to High Blood Pressure at work. **Hypertension**, 38(1); 70-75.
- Hartvig, P. & Midttun, O. (1983). Coronary heart disease risk factor in bus and truck drivers. **Inc Arch Occupation Environ Health**, 52; 353-360.
- Jamal, M. & Baba, V.V. (2000). Job Stress and Burnout Among Canadian Managers and Nurses: An Empirical Examination. **Canadian Journal of Public Health**, 91(6); 454-458.
- Johnson, JV. & Hall, EM. (1988). "Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population." **American Journal of Public Health**, 78(10); 1336-1342.

- Judkins, S.K. & Ingram, M. (2002). Decreasing Stress Among Nurse Managers: A long – Term Solution. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, 33(6); 259 – 264.
- Karasek RA. & Theorell T. (1990). **Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. United States of America: Basic Books.
- Karasek RA. et. al. (1988). “The job content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessment of Psychosocial Job Characteristics.” **Journal of Occupational Health Psychology**, 3(4); 322-355.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing.
- Luckman, J., & Sorensen, K.C. (1987). **Medical surgical nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lyna Hutapea (1995). **The Relationship Between Selected Factors and Job Stress Among Nurses at Bangkok Adventist Hospital**. Thesis Master of Science (Public Health) Major in Public Health Nursing, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Mckinney ME, McIlvain HE, Hofschire PJ, et al. (1987). Cardiovascular changes during mental stress: correlations with presence of coronary risk factor and cardiovascular disease in physicians and dentists. **J.Hum.Hypertens**, 1; 137–145.
- Murphy LR. (1991). Job dimension associated with severe disability due to Cardiovascular disease. **J Clin. Epidemiol**, 44; 155–166.
- Paoli, P. (1997). **Working conditions in Europe: Second European Survey on Working Conditions**. Ireland: European Foundation.
- Rogers, M.E. (1992). Nursing science and the space age. **Nursing Science Quarterly**, 5(1), 27-34.
- Rospita Ariani (2001). **Stress among shift work nurses at Uthaitani Hospital Uthaitani province Thailand**. Thesis Master of Public Health, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Sarafino, Edward P. (1994). **Health psychology: biopsychosocial interactions**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.

- Sullivan, E.J., & Decker, P.J. (2005). **Effective leadership & management in nursing**. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Schnall PL. (1998). **“A Brief Introduction of Job Strain”**. www.workhealth.org/briefintro.html.
- Schnall PL., Landsbergis PA., and Baker D. (1994). “Job Strain and Cardiovascular Disease.” **Annual Review of Public Health**, 15; 381–441.
- Selye, H. (1976). **The stress of life**. New York: McGraw-Hill Book.
- Selye, H. (1993). History of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), **Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects**. 3rd ed. New York: The Free Press. P.7-17.
- Stellman, J.M. (1998). **Encyclopaedia of Occupational Health and Safety**. 4th ed. Geneva. International Labour Office; 34.22-34.25.
- Steers, Richard M. (1993). **Organizational Behavior**. 5th ed. New York: HarperCollins College.
- Valentino, L.M. (2002). Future employment trends in nursing. **American Journal of Nursing**, January (102); 24-28.
- Winderzal-Bazyl M., Cieslak R. (2000). “Monitoring Psychosocial Stress at Work: Development of the Psychosocial Working Condition Questionnaire.” **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, Special Issue; 59–70.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
2. อาจารย์ ดร.ป้าหนัน พิษยกิจโญ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยาณี คล้ายนิล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสง้อุดมทรัพย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน
เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล



No. MU 2007-077

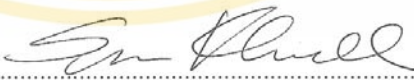
**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

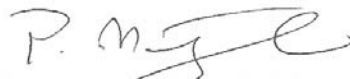
Title of Project: Occupational Stress and Health Status among Register Nurses under Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health in Nakhonnayok Province (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator: Mrs. Tipagorn Saypech

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: 23 APR 2007

Date of Expiration: 22 APR 2008



COA. No. MU-IRB 2008/176.1211

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Occupational Stress and Health Status among Register Nurses under Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health in Nakhonnayok Province (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Tipagorn Saypech

Name of Institution. Faculty of Public Health

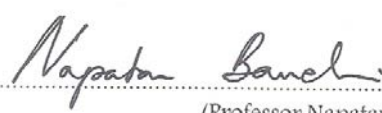
Approval includes. Annual Report version received date 31 October 2008

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Renewal (1st). 23 April 2008

Date of Expiration. 22 April 2009

Signature of Chairman.  (Professor Rutja Phuphaibul)
Vice Chair for Chair

Signature of Head of the Institute.  (Professor Napatawn Banchuin)
Vice President

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ภาคผนวก ก

หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย

โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

วันที่ให้คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย (นาง
ทิพากร สายเพชร) ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บข้อมูล การรายงานผลการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้งาน
ของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ
ในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับแจ้งให้
ทราบโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

แบบสอบถาม

ความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของประชากร
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ตอน
ตอนที่ 1 ความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากการทำงาน
ตอนที่ 2 การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจในงาน
ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม
2. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ
3. การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่าน แต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพกาย และจิต ลดปัญหาสุขภาพ และการขาดงาน ลางานของพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมต่อไป

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะถูกเก็บไว้ใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านและจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากพยาบาลวิชาชีพท่านใดมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีตอบและให้ช้คำถามข้อสงสัยได้ตลอดการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นางทิพากร สายเพชร

นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ทำการเก็บข้อมูล.....

ครั้งที่.....

แบบสอบถามความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาล

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยของความเครียดจากการทำงาน และภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเครียดจากการทำงานและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเครียดจากการทำงาน กับ

ภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน และเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และผู้รับบริการ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลของการวิจัยในรูปแบบวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลเสียใดๆ โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอขอบคุณทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่าง ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า, แยก ☐ อยู่ด้วยกันกับแฟน
4. ลักษณะครอบครัว
☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย (มีผู้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันมากกว่า 1 ครอบครัว)
5. วุฒิการศึกษา
☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านทำงานด้านการพยาบาลมาแล้ว.....ปี.....เดือน
7. ปัจจุบันท่านทำงานอยู่ในตำแหน่ง.....ระดับ.....แผนก/หอผู้ป่วย.....
8. ตำแหน่งที่ท่านทำงานอยู่เป็นตำแหน่งระดับ ☐ ผู้บริหาร ☐ ผู้ปฏิบัติการ
9. ท่านทำงาน ☐ ไม่เป็นผลัด (เฉพาะเวรเช้า) ☐ เป็นผลัด (ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย เวรดึก)
☐ อื่นๆ ระบุ.....
10. จำนวนชั่วโมงการทำงานการปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน
11. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านขึ้นเวรบ่าย.....เวร เวรดึก.....เวร
การทำงานล่วงเวลา.....ครั้ง/เดือน ครั้งละ.....ชั่วโมง
12. ความตั้งใจในการประกอบอาชีพพยาบาล
☐ ตั้งใจประกอบอาชีพนี้ไปจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ
☐ ประกอบอาชีพนี้เพียงระยะที่สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่
☐ อาจจะเปลี่ยนอาชีพในอนาคตหากโอกาสอำนวย
☐ จะเปลี่ยนอาชีพโดยเร็วที่สุด
13. ปัจจุบันท่านมีรายได้ของตนเอง.....บาท/เดือน รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
ความเพียงพอของรายได้ ☐ ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ☐ ไม่เพียงพอ
☐ เพียงพอ ☐ เพียงพอ และมีเหลือเก็บ
14. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านป่วยจนถึงกับต้องหยุดทำงานหรือไม่
☐ ไม่ป่วย ☐ ป่วย.....วัน

15. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงานหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุ).....
16. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุโรค.....
ถ้ามีท่านได้รับการรักษาหรือไม่ ☐ ไม่ได้รักษา ☐ รักษา ระบุวิธี.....
17. ท่านดื่มสุรา, เบียร์ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่
☐ ไม่ดื่ม
☐ ดื่ม ☐ ทุกวัน จำนวน.....แก้ว/วัน
☐ บางวัน จำนวน.....แก้ว/สัปดาห์
18. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
☐ ไม่สูบ ☐ สูบ จำนวน.....มวน/วัน
19. ท่านออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที บ้างหรือไม่
☐ ไม่ได้ออกกำลังกาย ☐ ออกเป็นบางวัน เฉลี่ย.....วัน/สัปดาห์ ☐ ออกทุกวัน
20. ท่านรับประทานอาหารมัน/แกงกะทิ/อาหารทอดหรือไม่
☐ นานๆ ครั้ง ☐ เป็นบางวัน ☐ ทุกวัน
21. ในแต่ละวันท่านนอนหลับพักผ่อน วันละ.....ชั่วโมง
22. ท่านใช้ยานอนหลับหรือไม่
☐ ไม่เคยใช้ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ
☐ ใช้ ระบุประเภท..... ปริมาณการใช้.....ต่อวัน.....ต่อสัปดาห์
23. ท่านมียาที่ต้องใช้เป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
24. ปัจจุบันท่านมีความดันโลหิตเท่ากับ...../.....มิลลิเมตรปรอท
25. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต

คำชี้แจง: สุขภาพโดยทั่วไปของท่านในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามโดย
 จิตเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือ
 ในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต

1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ แย่กว่าปกติ ☐ แย่กว่าปกติมาก
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีความแข็งแรง
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
4. รู้สึกไม่สบาย
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ก่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
- .
- .
- .
- .
- .
- .
28. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ
☐ ไม่อย่างแน่นอน ☐ ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น ☐ มีอยู่บ้างเหมือนกัน ☐ มีแน่ ๆ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน**ตอนที่ 1 ความกดดันหรือข้อเรียกร้องจากการทำงาน**

คำชี้แจง: โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านประสบ

1. ท่านทำงานวันละกี่ชั่วโมง โดยไม่รวมเวลาพัก

- ☐ น้อยกว่า 7 ชั่วโมง
- ☐ 7-8 ชั่วโมง
- ☐ 9-10 ชั่วโมง
- ☐ 11-12 ชั่วโมง
- ☐ มากกว่า 12 ชั่วโมง

2. ท่านต้องทำงานในวันหยุดประจำสัปดาห์ในขณะที่เพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ หยุดบ้างหรือไม่

- ☐ ต้องทำงานโดยไม่มีวันหยุดประจำสัปดาห์
- ☐ ทำบ้างประมาณ 2 วัน ในแต่ละเดือน
- ☐ ทำบ้างประมาณ 1 วัน ในแต่ละเดือน
- ☐ ทำบ้างประมาณ 1 วัน ใน 4 เดือน
- ☐ ไม่เคยต้องมาทำงานในวันหยุดประจำสัปดาห์เลย

3. ท่านมีเวลาในการทำงานให้เสร็จหรือไม่

- ☐ มีเวลาเพียงพอทุกครั้ง
- ☐ มีเวลาเพียงพอเป็นส่วนใหญ่
- ☐ มีเวลาเพียงพอเป็นบางครั้ง
- ☐ มีเวลาเพียงพอน้อยครั้งมาก
- ☐ งานมากจนทำไม่ทันทุกครั้ง

.
. .
.

25. ท่านต้องเผชิญหน้ากับผู้อื่นในสถานการณ์ที่ตึงเครียดมากน้อยเพียงใด

- ☐ เกือบตลอดเวลา
- ☐ บ่อยครั้ง
- ☐ บางครั้ง
- ☐ นานๆ ครั้ง
- ☐ ไม่เคย

ตอนที่ 2 การควบคุมและอำนาจในการตัดสินใจในงาน

คำชี้แจง: โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านมี

ประสบการณ์ในการทำงาน

1. ท่านสามารถตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับงานที่ท่านทำมากน้อยแค่ไหน

- ☐ ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้เลย
- ☐ ตัดสินใจด้วยตนเองค่อนข้างน้อย (20%)
- ☐ ตัดสินใจด้วยตนเองเป็นบางครั้ง (50%)
- ☐ ตัดสินใจด้วยตนเองเกือบทุกครั้ง (75%)
- ☐ ตัดสินใจด้วยตนเองทุกครั้ง (100%)

2. ท่านมีอำนาจในการบริหารจัดการงานที่ท่านอยู่หรือไม่

- ☐ ไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการ
- ☐ มีอำนาจในการบริหารจัดการเล็กน้อย
- ☐ มีอำนาจในการบริหารจัดการปานกลาง
- ☐ มีอำนาจในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก
- ☐ มีอำนาจในการบริหารจัดการมากที่สุด

3. ท่านวางแผนการทำงานเองมากน้อยเพียงใด

- ☐ วางแผนงานเองได้ทุกงาน
- ☐ วางแผนงานเองได้ค่อนข้างมาก
- ☐ วางแผนงานเองได้ในระดับปานกลาง
- ☐ มีส่วนในการวางแผนงานเล็กน้อย
- ☐ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนงานเลย

.
. .
.

20. ท่านคิดว่าตำแหน่งหน้าที่การงานของท่านมีความมั่นคงแค่ไหน

- ☐ ไม่มีความมั่นคงเลย
- ☐ ค่อนข้างไม่มั่นคง
- ☐ มั่นคงปานกลาง
- ☐ ค่อนข้างมั่นคงมาก
- ☐ มั่นคงมากที่สุด

ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านประสบ

1. ท่านได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรมจากผู้บังคับบัญชาบ่อยครั้งเพียงใด

- ☐ ไม่ได้เลย
☐ ได้เล็กน้อย
☐ ได้ในระดับปานกลาง
☐ ได้ค่อนข้างมาก
☐ ได้มากที่สุด

2. ท่านได้รับความช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรมจากเพื่อนร่วมงานบ่อยครั้งเพียงใด

- ☐ ไม่ได้เลย
☐ ได้เล็กน้อย
☐ ได้ในระดับปานกลาง
☐ ได้ค่อนข้างมาก
☐ ได้มากที่สุด

3. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหาต่างๆ บ่อยครั้งเพียงใด

- ☐ ไม่ได้เลย
☐ ได้เล็กน้อย
☐ ได้ในระดับปานกลาง
☐ ได้ค่อนข้างมาก
☐ ได้มากที่สุด

.

.

.

.

16. เพื่อนร่วมงานเห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านมากน้อยเพียงใด

- ☐ ไม่เห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านเลย
☐ เห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านเพียงเล็กน้อย
☐ เห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านปานกลาง
☐ เห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านค่อนข้างมาก
☐ เห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวท่านมากที่สุด

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางทิพากร สายเพชร
วัน เดือน ปีเกิด	25 มิถุนายน พ.ศ. 2515
จังหวัด และประเทศที่เกิด	จังหวัดนครนายก ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลผดุงครรภ์ลำปาง จังหวัดลำปาง, พ.ศ. 2533–2535 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สมทบ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดนครราชสีมา, พ.ศ. 2541–2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2546–2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากพลี ตำบลปากพลี อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก 26130 โทร. 037-399-793-4 E-mail: tipagorn8@gmail.com
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	ข1- 305/7 ถนนบ้านใหญ่ ตำบลนครนายก อำเภอเมืองนครนายก จังหวัดนครนายก 26000 โทร. 037-314-226, 08-9793-7975